**T.C.**
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**

# AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN SİGARA BAĞIMLILARINA YÖNELİK KISA KLİNİK MÜDAHALELERİN SİGARA BIRAKMAYA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Ayşegül AKAVİOĞLU**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR**
**2025**

**T.C.**
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**

# AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN SİGARA BAĞIMLILARINA YÖNELİK KISA KLİNİK MÜDAHALELERİN SİGARA BIRAKMAYA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. Ayşegül AKAVİOĞLU**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**
**Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU**

**ESKİŞEHİR**
**2025**

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi**

**Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,**

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Sigara Bağımlılarına Yönelik Kısa Klinik Müdahalelerin Sigara Bırakmaya Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı tarafından, 11.04.2023 tarihinde, 12 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

**Öğrencinin Adı Soyadı: Dr. Ayşegül Akavioğlu**

**Tarih:**

**İmza:**

**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Ayşegül AKAVİOĞLU'ya ait " Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Sigara Bağımlılarına Yönelik Kısa Klinik Müdahalelerin Sigara Bırakmaya Etkisinin Değerlendirilmesi " adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 22/05/2025

| | |
|---|---|
| Jüri Başkanı | Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU<br>Aile Hekimliği Anabilim Dalı |
| Üye | Prof. Dr. Uğur BİLGE<br>Aile Hekimliği Anabilim Dalı |
| Üye | Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN<br>Aile Hekimliği Anabilim Dalı |

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun …../…../…… Tarih ve ……/…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

## TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren sayın hocalarım Prof.Dr.İlhami ÜNLÜOĞLU'ya, Prof. Dr. Uğur BİLGE'ye, Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'ya, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN'a; kliniğimizde birlikte çalıştığım meslektaşlarım; Arş. Gör. Dr. Recep ÜNAL' a ve Arş. Gör. Dr. Ceren ŞAHİN ÖZKAN'a yardımları ve destekleri için teşekkür ederim. Eğitim ve öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi olarak varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim aileme; ağabeyim Cem ORKUNER'e, yeğenim Yonca Simge ORKUNER'e, eşim Mutlu AKAVİOĞLU ve oğullarım Murat ve Dorukhan AKAVİOĞLU'ya sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

## ÖZET

**Akavioğlu, A. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Yetişkin Sigara Bağımlılarına Yönelik Kısa Klinik Müdahalelerin Sigara Bırakmaya Etkisinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2024**. Sigara, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır ve her yıl 1,3 milyonu bebek ve çocuklar olmak üzere 8 milyondan fazla insan, sigara kullanımı nedeniyle ölmektedir. Bu çalışma ile, Aile Hekimliği polikliniğine başvuran yetişkin sigara bağımlılarına yönelik, kılavuza uygun yapılan kısa klinik müdahalelerin sigara bırakmaya etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 11.04.2023- 01.10.2023 tarihleri arasında Çukurhisar Aile Sağlığı Merkezi, 2614021 numaralı polikliniğe çeşitli nedenlerle başvuran 18 yaş üstü yetişkin hastalardan, günde en az bir adet sigara içen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 119 hasta (34 tanesi kadın, 85 tanesi erkek, ortalama yaş 51,34±13 yıldır) ile başlangıçta yüz yüze, sonrasında ise yüz yüze ve/veya telefon aracılığıyla tekrarlanan 6 görüşme yapılmıştır. İlk karşılaşmada çalışmaya katılanlardan sözel onay alınarak sosyodemografik özellikler, bazı kişisel bilgiler ve sigara içme öyküsünün sorulduğu, çalışmacı tarafından düzenlenmiş on soruluk bir anket doldurması istenmiştir. Sonraki görüşmelerde sigarayı bırakmak isteyen ya da istemeyen kişilerle, Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu- Türkiye' de yer alan uygun teknikler ile görüşmeler tamamlanmış ve sigara içme davranışındaki gelişme durumu kaydedilmiştir. Katılımcıların 19'u (%16) görüşmelerin ardından sigarayı bırakırken, 100'ü (%84) bırakmamıştır. Sigara içmeye devam eden katılımcıların 36'sı (%36) aynı miktarda sigara içmekteyken 64'ü (%64) sigara miktarını azaltmıştır. Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu- Türkiye' de yer alan; ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren düzeyde sigara bırakma danışmanlığı yapamayacak olan sağlık profesyonelleri için 'kısa klinik müdahaleler' olarak tanımlanan teknikler ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerde sigara bağımlılığını azaltmada yüksek oranda başarı elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** aile hekimliği, sigara bırakma, sigara bırakma kılavuzu, kısa klinik müdahaleler.

## ABSTRACT

**Akavioğlu, A. Evaluation of the Effect of Brief Clinical Interventions on Smoking Cessation in Adult Smokers Applying to Family Medicine Polyclinic. Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Eskişehir, 2024.** Smoking is the main cause of preventable death in the world, and more than 8 million people, including 1.3 million infants and children, die each year due to smoking. This study aimed to evaluate the effects of brief clinical interventions, conducted in accordance with the guideline, on smoking cessation in adult smokers applying to the Family Medicine Outpatient Clinic. Among the adult patients over the age of 18 who applied to Çukurhisar Family Health Center, outpatient clinic number 2614021 for various reasons between 11.04.2023 and 01.10.2023, 119 patients (34 female, 85 males, mean age 51.34 ± 13 years) who smoked at least one cigarette per day and agreed to participate in the study were interviewed face to face at the beginning and then 6 times face to face and/or via telephone. In the first meeting, participants were asked to give verbal consent and fill out a ten-question questionnaire prepared by the researcher, which included sociodemographic characteristics, some personal information, and smoking history. In subsequent interviews, interviews were completed with individuals who wanted or did not want to quit smoking, using the appropriate techniques included in the National Smoking Cessation Guide for Primary Care - Turkiye, and the progress in smoking behavior was recorded. Nineteen (16%) of the participants quit smoking after the interviews, while a hundred (84%) did not. Of the participants who continued to smoke, 36 (36%) smoked the same number of cigarettes, while 64 (64%) reduced the amount they smoked. The techniques defined as ‘brief clinical interventions’ for healthcare professionals who cannot provide detailed and expert level smoking cessation counselling in the “National Smoking Cessation Guide for Primary Care – Turkey” have been highly successful in reducing smoking addiction in adults applying to family medicine outpatient clinics.


**Key Words:** family medicine outpatient clinic, smoking cessation, smoking cessation guide, brief clinical interventions.

# İÇİNDEKİLER


| | | Sayfa |
|---|---|---|
| TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI | | iii |
| TEŞEKKÜR | | iv |
| ÖZET | | v |
| ABSTRACT | | vi |
| İÇİNDEKİLER | | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | | viii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | | ix |
| TABLOLAR DİZİNİ | | x |
| 1. | GİRİŞ | 1 |
| 2. | GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. | Tütün ve Tarihçesi | 3 |
| 2.2. | Tütünün İçeriği | 5 |
| 2.3. | Nikotinin Farmakolojik Özellikleri ve Nikotin Bağımlılığı | 6 |
| 2.4. | Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Olumsuz Etkileri | 7 |
| 2.5. | Sigara Epidemiyolojisi | 9 |
| 2.6. | Sigaranın Ekonomik Etkileri | 11 |
| 2.7. | Tütün Kontrol Stratejileri | 12 |
| 2.8. | Sigara Bırakmanın Önemi | 14 |
| 2.9. | Sigara Bıraktırma Tedavileri | 15 |
| 2.10. | Sigara Bırakmada Birinci Basamağın Önemi | 23 |
| 3. | GEREÇ VE YÖNTEM | 25 |
| 3.1. | İstatiksel Analiz | 26 |
| 4. | BULGULAR | 28 |
| 4.1. | İlk Görüşmeye Ait Genel Bilgiler | 28 |
| 4.2. | Son Görüşmeye Ait Genel Bilgiler | 32 |
| 4.3. | Sigara Bırakma Durumuna Göre Genel Bilgiler | 34 |
| 4.4. | Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler | 36 |
| 4.5. | Sigara İçmeye Devam Eden Katılımcılarda İlk ve Son Görüşmedeki Değişim | 39 |
| 5. | TARTIŞMA | 41 |
| 6. | SONUÇ VE ÖNERİLER | 47 |
| KAYNAKLAR | | 49 |

## SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| FNBT | Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi |
| HTP | Heated Tobacco Product |
| KOAH | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| KYTA | Küresel Yetişkin Tütün Araştırması |
| NRT | Nikotin Replasman Tedavileri |
| TKÇS | Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi |
| TÜİK | Türkiye İstatistik Kurumu |

# ŞEKİLLER

Sayfa

1.1. Katılımcıların Yaş Dağılımları 28

2.1. Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımları 29

3.1. Katılımcıların Mesleki Dağılımları 30

**TABLOLAR** Sayfa


| | | |
|---|---|---|
| 1.1. | Transteoretik Model Değişim Aşamaları | 17 |
| 2.1. | 5A (5Ö) Stratejisi | 18 |
| 3.1. | 5R Stratejisi | 19 |
| 4.1. | Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi | 20 |
| 5.1. | Katılımcıların Yaşı | 28 |
| 6.1. | Katılımcıların Cinsiyetleri | 29 |
| 7.1. | Katılımcıların Medeni Durumları | 29 |
| 8.1. | Katılımcıların Sigaraya Başlama Yaşı | 30 |
| 9.1. | Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısı | 30 |
| 10.1. | Katılımcıların Sigara İçme Süresi | 31 |
| 11.1. | Katılımcıların Önceden Sigarayı Bırakma Girişimi | 31 |
| 12.1. | Katılımcıların En son Sigara Bırakma Zamanı | 31 |
| 13.1. | Katılımcıların En Son Sigara Bırakma Girişiminde Geçen süre | 31 |
| 14.1. | Katılımcıların Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi | 32 |
| 15.1. | Katılımcıların Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumu | 32 |
| 16.1. | Katılımcıların Profesyonel Yardım Almayı İsteme Durumu | 32 |
| 17.1. | Katılımcıların Görüşmelerin Ardından Sigarayı Bırakma Durumu | 33 |
| 18.1. | Sigara İçmeye Devam Eden Katılımcıların Sigara İçme Miktarları | 33 |
| 19.1. | Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Günlük Sigara Miktarı | 33 |
| 20.1. | Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi | 34 |
| 21.1. | Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumu | 34 |
| 22.1. | Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Profesyonel Yardım Almayı İsteme Durumu | 34 |
| 23.1. | Sigara Bırakma Durumuna Göre Genel Bilgiler (İlk Görüşme) | 35 |
| 24.1. | Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler (İlk Görüşme) | 37 |
| 25.1. | Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler (Son Görüşme) | 39 |
| 26.1. | Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler (Son Görüşme) | 40 |

# 1. GİRİŞ

Tütün, içeriğindeki nikotin nedeniyle yüksek oranda bağımlılık yapar. Sigara kullanımı, en yaygın tütün kullanım şeklidir. Sigara, kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıkları ile birçok kanser türünden sorumludur. Hâlâ dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında sigara ilk sırada yer almaktadır ve her yıl 8 milyondan fazla insan sigara kullanımı nedeniyle ölmektedir. Bu ölümlerin 1.3 milyonunun bebek ve çocuklardan oluşması, kadın ve çocukların pasif içicilikten gördüğü zararı ortaya koymaktadır (1).

Dünyanın karşı karşıya kaldığı tütün salgınından korunmayı amaçlayan ilk adım, 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ile atılmıştır. Türkiye bu sözleşmeyi kabul eden ülkeler arasındadır. TKÇS'den 5 yıl sonra, MPOWER olarak kısaltılan, kanıta dayalı 6 temel uygulama da ülkemiz tarafından kabul edilmiştir. Bu uygulamalar; toplumun sigara dumanından korunmasına yönelik dumansız hava sahası oluşturulması, sigara bırakma hizmetleri kurulması, sigaranın zararları konusunda televizyon kanallarında eğitim içerikleri yayınlanması ve sigara paketleri üzerine uyarı yazıları konulması, reklam, tanıtım ve sponsorlukların yasaklanması, tütün ürünleri üzerindeki verginin artırılması olarak özetlenebilir (2).

Tütünle mücadele programına katılan tüm ülkelerde, programın etkinliği, DSÖ, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/ Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde 4 yılda bir tekrarlanmaktadır. Buna göre; 2008 yılında ülke genelinde tütün ürünü kullanım sıklığı %31,2 iken, 2012 yılında bu oranın %27,1'e düşmesi, 4 yıllık süreçte 2,2 milyon kişinin tütün ürünü kullanmayı bıraktığını göstermektedir. 2014 yılında %32,5 olan tütün kullanım sıklığı, yapılan faaliyetler neticesinde 2016 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında (KYTA) düşme eğilimi göstererek %31,6 'ya, aynı yıl yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasında ise %30,6'ya gerilemiştir (3). Sigara kullanım sıklığındaki azalmada, sigara fiyatlarındaki artışın, halka yönelik yapılan eğitimlerin, kamuya açık alanlardaki sigara yasaklarının ve medyanın tutumundaki değişikliğin etkili olduğu düşünülmektedir (4).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimleri, hastalar için ilk tıbbi temas noktası ve kolay ulaşılabilir olmaları, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada vermeleri, bireye özel ve bütüncül yaklaşım göstermeleri nedeniyle kişileri sigara bırakmaya teşvik edebilirler. Çalışmamızda, Aile Hekimliği birimine herhangi bir nedenle başvuran ve sigara kullanan yetişkinlere, sigara kullananlar için hazırlanan, Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu-Türkiye'de önerildiği gibi kısa klinik müdahaleler yapılarak, kısa klinik müdahalelerin sigara bırakmaya etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Tütün ve Tarihçesi

Tütün bitkisinin yetiştirilmesinin, ilk olarak Amerika kıtasında milattan önce 6000'lerde başladığı düşünülmektedir. Amerikalı yerliler tarafından, tütün sakızı, pipo, tütün lavmanı ve tütün tozlarının cilde sürülmesi şeklinde kullanıldığı anlaşılmaktadır. 1492'de Cristoper Colombus ve arkadaşları, Küba'da tanıştıkları bu bitkiyi Avrupa'ya taşımışlardır (5,6).

Colombus'un, San Salvador'da yerlilerin tütünü ağızda çiğnediklerini, ''tobacco'' adını verdikleri saz borusuyla tütünü ve yapraklarını tüttürdüklerini gördüğü kaydedilmektedir. Kızılderililer, ''petom'' adını verdikleri ve kutsal saydıkları tütün yapraklarını uzun çubuklarla ve tütün yaprağına sararak puro biçiminde tüttürerek tüketmişlerdir. Maya ve Aztek papazları tütünü dini törenlerde kullanmış, Mezopotamya ve Mısır medeniyetleri tarafından da tütsü olarak kullanılan tütün; yara tedavisinde, göğüs hastalıklarına ve baş ağrısına karşı dumanı koklatılarak tedavi edici olarak da kullanılmıştır (5).

Orta Amerika'da zevk için kullanılmakta olan tütün, bağımlılığa dönüşmüştür. Gemi Kaptanı Rodrigo de Jerez, İspanya'ya dönüşünde yanında getirdiği tütün yapraklarını içerken ağzından ve burnundan çıkan dumanlar nedeniyle büyücülükle suçlanmış ve Engizisyon tarafından 7 yıl hapse mahkûm edilmiştir. Bu sebeple Rodrigo de Jerez sigaradan zarar gören ilk tiryaki olarak adlandırılmıştır. Japonya'da 16. yüzyılın başında çayın yanında tütün ikramı yapılmaya başlanmış ve tütün tüm Avrupa'da entelektüel bir tüketime dönüşmüştür. 1559'da Fransız elçisi Jean Nicot'un, tütünün kullanıldığı tedavi çeşitlerini Fransız Kraliçesine sunmasından dolayı tütüne ''Kraliçe otu'' ya da ''Sefir otu'' denmiş, Fransa'dan Avrupa'ya yayılması sonrasında Fransız elçisine ithafen ''nicotiana'' ve alkoloitine ise ''nicotin'' adı verilmiştir (6).

1572 yılında Tütün Tedavisi adlı kitabın yazarı Fransız Jaques Gohory, tütün bitkisinin her derde deva bir bitki olduğunu ve bundan dolayı adının medicee olması gerektiğini söylemiştir. Önceleri dini törenlerde kullanılan tütünün, süs ve şifa bitkisi olarak kullanılmasıyla tüketimi artmıştır. Bir süre sonra dine aykırı olduğu, insanların ruhlarını teslim aldığı ve tütüne harcanan paranın fuzuli olduğu gerekçesiyle tütün kullanımı yasaklanmıştır (7).

Hollanda'da 1636 yılında meydana gelen veba salgını ile birlikte hastalığa iyi geldiği düşünülerek tekrar kullanımı yaygınlaşmış, hatta çocuklara sınıfta sigara içmeleri önerilmiştir. Sonraki zamanlarda sağlık çalışanları tarafından anatomi laboratuvarında pis koku ve hastalık bulaşma riskine karşı kullanılmaya devam edilmiştir. Tütün kullanımının tedavi yöntemi olarak kullanımından şüphe duyanlar da olmuştur. İngiliz hekim John Cotta tütünün ''birçok hastalığın canavarı'' tanımını yaptığı çalışmaları olmuştur (5,8).

18. yüzyılda Güney Amerika'da, tütün yaprağına veya kâğıda sarılarak içilmeye başlanan tütünün sigara şeklindeki ilk kullanımı İspanya'da olmuştur. İtalya'da ise kâğıt purolar rağbet görmüştür. Kırım savaşıyla beraber, tütünün gazete kâğıdına sarılarak tüketilmesi askerler arasında yaygınlaşmış, sigara sanayinin temellerinin atılması 1880 yılında Amerika'da James A. Bonsack tarafından ilk sigara makinesinin patentinin alınmasıyla gerçekleşmiştir. Sigara sanayinin gelişmesi ile maliyet düşmüş ve güvenli kibritin icadıyla sigara tüketimi artmıştır. Tütün tarım ve ticaretinin artmasıyla beraber, devletler sigara üzerindeki vergiyi artırmış ve tekeller kurmaya başlamışlardır. Böylece devletler tütün tarımını, ticaretini ve tüketimini teşvik etmişlerdir. Bunun sonucunda, sigaraya bağlı hastalıklarda ve ölümlerde meydana gelen artışlar, tütün tüketimini kısıtlama ve yasaklama ile sonuçlanmıştır. İlk tütün-kanser araştırması raporu, 1761'de İngiliz Doktor John Hill tarafından hazırlanmıştır (5,9).

Tütünün Osmanlı İmparatorluğuna gelişinin, İngiliz deniz tacirleri tarafından, 17. yüzyılda deniz yolu ile gerçekleştiği çeşitli kaynaklarda belirtilmiştir. Avrupa'daki hızlı yayılımına benzer şekilde Osmanlı'da da tütün kullanımı yaygınlaşmıştır (10). 18. yüzyılda Avrupa'da oldukça yaygın kullanılmaktayken zaman zaman; tütün bitkisine tapılması, din adamlarının tütün bağımlılığı gibi sebeplerle tütünün yasaklandığı dönemler de olmuştur. Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise rutubetten ileri gelen hastalıkları tedavi ettiği söylentileri sonucu artan kullanımı neticesinde hem halkın hem de devlet adamlarının müptela oldukları Peçevi'nin bir beytinde, "Tütün kahve iki dâne birâder / Cihânı müşterek zabteylemişler" şeklinde ifade edilmektedir. Diğer ülkelerde olduğu gibi Osmanlı'da da tütün aleyhine fikirler ortaya atılmıştır. IV. Murat tarafından, Cibali'de çıkan yangın bahane edilerek tütün kullanımı ve ekimini yasaklayan yaptırımlar getirilmiştir. IV. Murat'ın ölümünden sonra tütün

tiryakisi Şeyhülislam Bahai Efendi'nin fetvası ile IV. Mehmet tarafından tekrar serbest bırakılmıştır (5,11).

Osmanlı Devleti tütün ekimine 17. yüzyıl başlarında başlamış ve tütün tarımı çiftçiler için önemli bir geçim kaynağı haline gelmiştir. Diğer taraftan alınan vergiler, devlet için önemli gelir kaynağı olmuştur. 1875 yılında borçlarını ödeyemeyecek hale gelen Osmanlı devletinin tütün başta olmak üzere gelir kaynaklarını kontrol etmek için Duyun-ı Umumiye İdaresi kurulmuştur. Duyun-ı Umumiye 1884'de Osmanlı'da tütün ekimini daha iyi yönetmek amacıyla, tütün ekimi, ticareti ve imalini 30 sene boyunca Reji şirketine tekel olarak vermiştir. Reji idaresinin tütün tarımına sınırlamalar getirmesi ve düşük fiyat politikası nedeniyle çiftçiler, üretimlerini Reji'ye satmak yerine kaçakçılığa başvurmuştur. Reji'nin kaçakçılıkla mücadele etmek için kurduğu kolculuk teşkilatı tarafından gerçekleştirilen on binlerce ölümle sonuçlanan büyük sorunlar yaşanmıştır (12).

İstanbul'un işgali sonrasında, Temsil Heyeti adına Mustafa Kemal Paşa'nın emri ile Anadolu'daki Osmanlı Bankaları, Duyun-u Umumiye ve Reji İdareleri gelirlerine, savaş sonrası geri ödenmek üzere el konulmuştur. Hem borçlar reddedilmemiş, hem de hasılatın Milli Mücadeleye aktarılması sağlanmıştır. 17 Şubat 1923'te, İzmir İktisat Kongresinde, Reji'nin ılgası, inhisarın önüne geçilmesi veya devletin kontrolüne geçmesi bütün illerden toplanan meslek mensuplarının ortak tavrı olmuştur. Lozan görüşmelerinde de Duyun-u Umumiye'nin kaldırılması ile inhisarlar devletin kontrolüne girmiştir (13).

### 2.2. Tütünün İçeriği

Patlıcangiller ailesinden, keyif verici tek yıllık bir bitki olan tütünün günümüzde 60'tan fazla türü bulunmaktadır. En fazla yetiştirilen tür Nicotiana tabacum L., ülkemizde üretilen tütünün %95 kadarını oluşturur. Uluslararası camiada Türk veya şark tütünü de denilen bu tür, daha çok sigara imalinde kullanılır. İkinci sırada gelen Nicotiana rustica L. ise ülkemizin Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yetiştirilen ve nargile, enfiye, pipo ve çiğnemelik tütün olarak kullanılan, nikotin oranı yüksek olan bir tütün türüdür (14). Keyif verici özelliği dışında, aromatik ve endüstri bitkileri kategorisine de dahil olan tütün; farklı coğrafi şartlara uyum sağlaması sayesinde oldukça geniş bir alanda yetiştirilebilmektedir. Sıcak bölge ürünlerinden olmakla

birlikte, verimsiz kurak sahalarda bile yetiştirilebilmesi, geniş alanlara ihtiyaç duymaması gibi avantajlara sahiptir (15). Tütünün en sık kullanım şekli olan sigaranın dumanında 4000'den fazla antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik özellikte madde bulunmaktadır (16).

**2.3. Nikotinin Farmakolojik Özellikleri ve Nikotin Bağımlılığı**

Nikotin, akciğerlerden solunum yolu ile intravenöz uygulama sonrasına benzer bir hızda emilir. Sigara dumanında asidik pH'ya bağlı olarak iyonize olur ve hücre membranlarında fizyolojik pH'ya tamponlanarak kolayca nüfuz eder. Çiğnenen tütün, enfiye ve pipo formunda kullanımında nikotin, noniyonize halde olduğundan ağızdan iyi emilir (17). Nikotin, öncelikle CYP2A6 enzimi ile karaciğerde kotinine metabolize edilir. Kotinin ölçümü, nikotin maruziyetini göstermekte ve sigara bırakma tedavilerine uyumu saptamakta kantitatif bir belirteç olarak kullanılmaktadır. Nikotin metabolizması, bireysel, ırksal ve cinsiyet hormonlarına bağlı değişiklik gösterir. Kadınlarda erkeklerden daha hızlıdır. Asyalı ve Afrikalı Amerikalılar, Kafkasyalılardan daha yavaş metabolize eder. Östrojen içeren oral kontraseptif kullanan kadınlarda ve hamilelerde diğer kadınlara göre metabolizması daha hızlıdır (18). Nikotine en yüksek afinitesi olan organların; iskelet kası, karaciğer, dalak ve akciğer olduğu sigara içen bireylere yapılan otopsilerde gösterilmiştir. Nikotin, beyinde nikotinik kolinerjik reseptör sayısında artışa sebep olur ve böylece nikotin beyin dokusuna yüksek afinite ile bağlanır. Anne sütünden ve plasentadan kolaylıkla geçen nikotin, amnion sıvısı ve fetal serumda anne serumundan daha yüksek düzeylerde bulunur (19). Nikotin, merkezi ve periferik sinir sisteminde kolinerjik nikotinik reseptörlere bağlanarak etki gösterir. Yüksek konsantrasyonda depresif, düşük konsantrasyonda uyarıcı etkilidir. Tütün bağımlılığı, nikotinin merkezi sinir sistemi üzerine olan etkisi nedeniyledir. Nikotinin kalp ve damar sistemindeki etkileri doza bağımlıdır. Kalp atış hızının, kan basıncının ve kan akış hızının artmasına neden olurken düşük dozlarda bu etkinin aksi yönünde etkilere sebep olmaktadır. Periferik damarlarda yaptığı vazokonstriksiyon nedeniyle cilt sıcaklığında azalmaya neden olur. Nikotinin yağ metabolizmasını ve enerji harcanmasını artırarak vücut ağırlığında azalmaya sebep olduğu saptanmıştır (20). Nikotinin davranışlar üzerine etkisi, beyinde oldukça fazla bulunan nikotinik asetilkolin reseptörlerinin uyarılmasıyladır. Bu reseptörler;

korteks, talamus, interpedünküler çekirdek, amigdala, septum, beyin sapı motor çekirdekleri ve lokus sereloustа yaygın olarak bulunmaktadır. Normalde ödüllendirme davranışı ile nükleus akumbensten dopamin artışı ile keyif alma hissi oluşurken, nikotin alımı sonrası ekstrasellüler alanda dopamin artışı ile keyif verici etki oluşmaktadır (21).

**2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Olumsuz Etkileri**

Tütün kullanımı, dünya genelinde yılda 8 milyondan fazla kişinin ölümüne sebep olarak halk sağlığını tehdit eder. Tütün salgınından ölümlerin 7 milyonu doğrudan tütün kullanımından kaynaklanırken, 1,3 milyonu pasif sigara dumanı maruziyetinden kaynaklanmaktadır (1). Sigara kullanımı böyle devam ederse ölümlerin 2030 yılında 10 milyona, 21. Yüzyılın sonunda ise 1 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (22). Tütün kullanım türleri arasında en yaygın olanı sigara kullanımıdır ve tüm tütün ürünleri zararlıdır. Diğer tütün ürünleri; nargile, puro, ısıtılmış tütün, kendi sarma tütünü, pipo tütünü, bidis ve kreteks, sigarillo ve dumansız tütün ürünleridir (1).

Tütün kullanımı, kalp ve solunum sistemi hastalıkları ile akciğer kanseri başta olmak üzere birçok sağlık risklerinin oluşmasından sorumludur (23). Sigara, kardiyovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), solunum sisteminin viral ve bakteriyel enfeksiyonları, tüberküloz, akciğer kanseri, diyabet, romatoid artrit gibi hastalıklar açısından ciddi bir risk faktörüdür. Ayrıca pasif sigara dumanına maruziyet ile felç riskinin ilişkilendirildiği bildirilmiştir (24). Uzun süreli tütün kullananların yarısı tütüne bağlı bir hastalık nedeniyle kaybedilmekte ve yaşam süresi ortalama 10 yıl kısalmaktadır. Mortalite etkileri dışında, sigara içenlerde içmeyenlere ya da bırakanlara göre akut ve kronik hastalıklar daha çok görülmekte; buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılması ve sağlık harcamalarında artış, okul ve iş hayatında devamsızlık, günlük aktivitelerde kısıtlanma görülmektedir (22). 2004 yılında, sigaranın etkilediği hastalık listesine; maküler dejenerasyon, kolorektal kanser, erektil disfonksiyon, infantlarda ağız yüz yarıkları, ektopik gebelik, romatoid artrit, immun sistem hastalıkları gibi yeni hastalıklar eklenmiştir. Sigaranın içerdiği kimyasallar vücut tarafından hızla emilerek hücresel değişiklikler yapmakta; başlıca inflamasyon, oksidatif stres ve DNA hasarı mekanizmalarıyla hastalık yükünü oluşturmaktadır (22). Tütün inhale edildiğinde vücuda alınan kanserojen bileşikler, sitokrom P-450,

glutatyon-S transferaz vb. enzimler tarafından metabolize edilip atılırken bir kısmı DNA yapısında birikerek kanser gelişimine neden olmaktadır. Akciğer, oral ve nazal kavite, paranazal sinüsler, nazofarenks, orofarenks, hipofarenks, larenks, özefagus, mide, pankreas, karaciğer, böbrek, üreter, mesane, serviks kanserleri ve miyeloid lösemilerin de yer aldığı kanser türleri, tütün kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. İnvivo fare deneylerinde; meme, kolon ve akciğer kanserlerinde anjiogenezi uyardığı, akciğerdeki tümörlerin büyümesini ve metastazlarını artırdığı, aynı zamanda anti tümör immun yanıtı baskılayarak kemoterapi ve radyoterapi başarısını azalttığı bilinmektedir. Akciğer kanserlerinin %85'inden fazlasında tütün sorumludur. Sigaranın akciğer kanseri riskini 11 kat artırdığı gösterilmiştir (22). Solunum sistemi ile ilgili yakınmalar sigara kullananlarda sık görülür. Kronik öksürük, hırıltı, balgam, dispne şikâyetleri ile sigara arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Alt solunum yollarındaki bu belirtilerin altında yatan patofizyolojik değişiklikler ve fonksiyonel bozulmalar; peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış, epitel yapı ve fonksiyonunda değişikliklerin sonucunda hava yolu epitelinde silier kayıp, vasküler intimal kalınlaşma, permeabilite artışı ve alveoler harabiyettir. Genel olarak sigara içenlerde görülen FEV1 değerinde azalma gelişmekte olan solunum fonksiyon bozukluğunun en önemli göstergesidir. Bu etki sigara ile doz-yanıt ilişkisi içindedir. Orta yaşlı bireylerde bu bulguların görülmesi KOAH riskinin göstergesidir. KOAH ile sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. Sigara içenlerde artan KOAH riski dışında, pnömoni ve gripten ölümler daha fazla görülmektedir (16).

Literatürde pasif içicilik, sigara dumanı maruziyeti, istemsiz sigara içimi gibi farklı isimlerle ifade edilen, kişinin kendi istemi dışında çevresinde içilen sigara dumanına maruz kalmasına ikinci el sigara dumanı maruziyeti denilmektedir. Sigara içen kişinin bir nefes çektikten sonra ağız ve burnundan dışarıya üflediği ana akım dumanı ve içe çekilmeyen, sigaranın ucundan çıkan yan akım dumanının birleşimi olan ikinci el sigara dumanı, çok sayıda kanserojen ve toksik maddeyi içerir. Yan akım dumanında nikotin ve karbon monoksit gibi toksik bileşikler ana akım dumanından daha yüksek derişimde bulunmaktadır. İkinci el sigara dumanı solunum sistemi irritanı ve kanserojendir. İkinci el sigara dumanı ile hastalıkların doğrudan ilişkisini

gösteren epidemiyolojik kanıtlar bulunur. 1981 yılında sigara içmeyenlerde pasif içiciliğe bağlı akciğer kanseri ile ilgili ilk büyük çalışmayı, koroner kalp hastalığı ve inme riski ile ilişkilendiren bir başka çalışma takip etmiştir. 2004 yılında yapılan bir başka analizde, mortalitenin %28'i, morbiditenin ise %61'ini, ikinci el sigara dumanından etkilenen çocuklarda ortaya çıkan alt solunum yolu enfeksiyonları ve astım oluşturmuştur. Ebeveynleri sigara içen çocuklarda astım, wheezing, öksürük, balgam, nefes darlığı gibi alt solunum yolu belirtilerinde 1,23 ile 1,5 kat artış olduğu gösterilmiştir. Ayrıca annenin sigara içiminin fetüste pasif sigara dumanına maruziyet yaratarak prematür doğumlara sebep olduğu, perinatal mortaliteyi artırdığı da bilinmektedir (25).

**2.5. Sigara Epidemiyolojisi**

Dünya nüfusunun yaklaşık %22'sinin tütün kullandığı; erkekler arasında tütün kullanımının yaklaşık %36 iken, kadınlarda ise %7 olduğu 2020 yılında yapılan araştırmalara göre tespit edilmiştir (1). Dünya genelinde yaklaşık 1,5 milyara yaklaşan tütün kullanıcısının %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı, tütüne bağlı hastalık ve ölümlerin de artış gösterdiği bu ülkelerde ekonominin ağır bir yük altına girdiği bilinmektedir. Yüksek derecede bağımlılık yaptığı için engellenemeyen tütün kullanımı, yiyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçlara ayrılan bütçeyi azaltarak yoksulluğa katkıda bulunmaktadır (1,24).

Çin, Hindistan, Endonezya tütün kullanımının en fazla olduğu ülkelerin başında gelmektedir. Türkiye ise dünya tütün tüketiminin üçte ikilik bölümünü oluşturan ülkeler arasında 17 milyon tütün kullanıcı sayısıyla onuncu sırada gelmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle tütün kullanım sıklığı birbirinden farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde tütün ürünü kullanım sıklığı yüksekken, gelişmiş ülkelerde çok daha düşüktür. Ancak gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında tütün kullanım sıklığı gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşüktür. Gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek tütün ürünü kullanım sıklığı birbirine yakınken, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde daha yüksektir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı bakımından dünyada dört evre yaşandığı belirtilmiştir. ***Birinci Evre:*** Henüz kullanımın düşük düzeyde olduğu ancak başta erkeklerde olmak üzere tütün kullanımında artış yaşanmasının beklendiği evredir. ***İkinci Evre:*** Bu evre tütün kullanımının hızlı artışının yaşandığı evredir. Artış erkeklerde belirgin olmakla birlikte kadınlarda da yaygınlaştığı ve tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının arttığı evredir.

***Üçüncü Evre:*** Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının ve ölümlerin erkeklerde hızlı artış gösterdiği, kadınlarda ise tütün kullanımına bağlı ölümlerde artışın başladığı, buna bağlı olarak öncelikle erkeklerde onları takiben kadınlarda tütün kullanımının azaldığı evredir. ***Dördüncü Evre:*** Her iki cinsiyette de tütün kullanımının azaldığı, erkeklerde sigaraya bağlı ölümlerde de azalmanın görüldüğü ancak kadınlarda ölümlerin halen artmakta olduğu evredir. Batı Avrupa ile İngiltere, ABD, Kanada ve Avustralya dördüncü evreyi yaşayan ülkelerdir (26).

Türkiye'de 1960-2000 yılları arasında tütün kullanımı, o dönemki nüfus artışının 2,5 katı kadar artarak yıllık 118 milyar sigaraya ulaşmıştır. Bunun sebebi, çok uluslu tütün firmalarının ülkeye girmesi sonucu artan yoğun reklam çalışmaları olabilir. Tütün kullanımının en yüksek düzeye ulaştığı 2000 yılından sonra başlatılan tütün kontrolü uygulamaları sayesinde artış durmuş, bir süre aynı düzeyde kalmış ve 2009 yılından itibaren azalmaya başlamıştır (23).
Türkiye'de tütün ürünü kullanımının nüfusa oranı %31,5'dir. Erkeklerde kadınlara göre iki kat fazla tütün kullanımı olduğu söylenebilir. Tütün kullanımı yaş grupları arasında farklılık göstermektedir ancak her yaş grubunda erkeklerde daha yüksek kullanım olduğu görülmektedir. Tütün kullanımının en çok görüldüğü yaş aralığı 15-44 iken özellikle 30-44 yaş aralığında pik yaptığı, 45 yaş sonrası ise azaldığı görülmektedir (27). Eğitim düzeyi ile sigara kullanım sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında cinsiyetten bağımsız olarak lise düzeyine kadar bir artış olduğu, üniversite eğitimi olanlarda ise azaldığı görülmektedir. Türkiye'de günlük içilen sigara sayısı 18, günün ilk sigarasının uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içerisinde içilme oranı %21, 15-34 yaş tütün kullananların 15 yaş altında kullanıma başlama oranı %15, tüm kullanıcıların 18 yaş altında başlama oranı %57,5, ortalama tütüne başlama yaşı ise 17'dir (26,28). Tütün kullanıcılarının %96,5'i mamul sigara kullanmaktadır. Sarma sigara, nargile ve çok daha az oranda puro, pipo gibi diğer tütün ürünleri de kullanılmaktadır. Bu veriler sigara ile mücadelenin önemini ortaya koymaktadır. 1990'lı yıllarda Ortadoğu ülkelerinde yaygınlaşan, meyve aromaları, mentol ve şeker melası gibi çeşitlendirmelerle, cezbedici kokuya sahip ve kolay solunabilen özellikler taşıyan nargile şeklindeki tütün kullanımında artış dikkati çekmektedir. Sosyal ortamlar haline gelen nargile kafelerde aromatik nargile kullanımı uzun vadede, özellikle genç nüfus

arasında sigara bağımlılığına dönüşebilmektedir. Bilinenin aksine bir nargileden içe çekilen duman ile sigaradan çekilen duman kıyaslandığında nargile dumanının çok daha zehirli madde içerdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (6). Son zamanlarda riskin azaltılması iddiasıyla üretilen ısıtılmış tütün ürünleri (HTP'ler) hakkında daha az zararlı olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur. Tütün ürününde bulunan pek çok toksik madde HTP aerosolünde önemli ölçüde daha düşük bulunmuş olsa bile HTP aerosolü tütündekinden daha yüksek seviyede glisidol, piridin, dimetil trisülfid, aseton ve metilglioksal gibi diğer toksik maddeleri içermektedir. HTP aerosolünde, sigara dumanında bulunmayan bazı toksik maddeler bulunduğu tespit edilmiştir ve bu ürünler oldukça değişken kanserojen toksik maddeler içermektedir. Elektronik sigaralar, değişen miktarlarda nikotin ve toksik bileşenler içeren, elektronik nikotin dağıtım sistemlerinin ve elektronik nikotin olmayan dağıtım sistemlerinin en yaygın biçimidir. Daha az zararlı olduğu kanısının aksine bazı çalışmalar, akciğer ve kalp üzerindeki hastalık riskini artırdığını öne sürüyor (1).

**2.6. Sigaranın Ekonomik Etkileri**

Tütünün ekonomiye girişi ilk olarak 1619 yılında Virginia Meclisinde para yerine kullanılması ve vergilerin tütünle ödenebilmesine ilişkin kararın kabul edilmesiyle başlamıştır. 1727 yılında ise mevduat sertifikası özelliğine sahip tütün sertifikalarıyla borçların ödenebilmesi yasal hale gelmiştir. Gelir kaynağı olarak tarımı 1960'lara kadar devam eden tütünün, sağlığa olumsuz etkilerinin saptanmasıyla tütün kontrol programları gündeme gelmiştir. Çalışma hayatındaki bireylerin iş gücü ve ücret kaybına, sağlık harcamalarına ayrılan payın artmasına neden olan tütün ürünlerinden sigara, birey ve toplum açısından önemli maliyetlere yol açmaktadır (27).

Tütün endüstrisinin ise ayakta kalması için ölenlerin ve bırakanların yerine yeni içiciler bulma arayışıyla çocuk ve gençleri hedeflediği bilinmektedir. Dünya bankası verilerine göre tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. Sadece ABD'de ekonomik kayıplar 157 milyar dolara ulaşmış ve bunun 75 milyar doları kişisel sağlık harcamaları iken 82 milyar doları mortalite sonucu gerçekleşen iş gücü kaybına bağlıdır. İngiltere'de ise her yıl sigara içmeye bağlı hastalıklar nedeniyle ulusal sağlık hizmetleri tarafından 1,5 milyar sterlin harcanmaktadır. 2030 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki sigara

içicilerinin tüm dünyadakinin %80'ini oluşturacağı, tütün kullanımının neden olduğu sağlık harcamalarının bu ülkelerdeki sağlık hizmetlerine büyük yük olacağı tahmin edilmektedir (26). 2030 yılına kadar, dünya genelinde sigaranın ölüm, sakatlık durumunun neden olduğu iş gücü kaybı ve sağlık harcamaları düşünüldüğünde toplam maliyetinin 1,4 milyar doları geçeceği tahmin edilmektedir (27).

Tütünün ülkemize maliyetinin ise 8-10 milyar dolar olduğu; bu maliyetlerin oluşmasında tütün satın almak için harcanan paranın yanında tütün kullanımının neden olduğu hastalıkların tanı ve tedavisi için yapılan harcamaların ülke ekonomisine önemli bir yük olduğu bilinmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun Nisan 2010 ile Mart 2011 tarihleri arasındaki verilerine göre 32556 milyar TL sağlık harcaması yapılmıştır. Bunun %22'sinin kanser, kalp damar hastalıkları, akciğer hastalıkları ve üreme sağlığı sorunları için harcandığı, toplam sağlık harcamasının %9'unun ise tütüne atfedilebileceği hesaplanmaktadır. Ayrıca 2010 yılında tütünün neden olduğu sağlık sorunları nedeniyle tedavi edilen hasta sayısının önceki yıla göre %9,64 arttığı saptanmıştır (23,26).

Sigaranın ölçülebilir maliyetlerinin yanında meydana gelen zararların neden olduğu manevi üzüntü de göz ardı edilmemelidir. Söz konusu maliyetler ve manevi üzüntü göz önünde bulundurulduğunda çözüm üretilmesi zorunlu hale gelmiştir. Sigara üzerinden alınan vergilerin artırılması ve vergi gelirlerinin daha çok sağlık harcamalarına aktarılması, hem sigara tüketiminde azalmaya neden olurken hem de hastalıkların tedavisi için maddi kaynak teminini sağlamış olacaktır. Sigara kullanımının azaltılması konusunda bir başka girişim ise sigara bırakılmasına yönelik tedavi girişimleridir (26,27).

### 2.7. Tütün Kontrol Stratejileri

Tütün kontrolü, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla, tütün kullanımının azaltılmasına ve tütün dumanına maruziyetin önlenmesine yönelik arz, talep ve zararı azaltma stratejileridir (29). Özellikle tütün yetiştirilmesi, satışı ve pazarlama faaliyetlerini devlet eliyle yürüten TEKEL'in özelleştirilmesi ve satılması sonrası ülkeye giren yabancı sigara endüstrisinin yoğun reklamları nedeniyle Türkiye'de sigara kullanım hızı önemli bir atış göstermiştir. Sigara kullanımındaki bu artışın durdurulması amacıyla ilk olarak 1996 yılında Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun

çıkarılmış; bu sayede bazı kapalı mekânlarda sigara kullanımı yasaklanmış, tütün ve tütün ürünü reklamları yasaklanmış, sigara paketleri üzerine uyarı yazıları yazılmaya başlanmıştır. Bu sayede sigara kullanımının artışı durmuştur. 2008 yılında yapılan değişiklikle sigara yasağı tüm kapalı alanları kapsayacak şekilde genişletilmiş, yasaklara uymayanlara verilecek cezalar netleşmiştir. Bu yeni düzenleme ile sigara kullanım sıklığı azalmaya başlamış ve Türkiye dünyada tütün kontrolü alanında en başarılı ülkeler arasında yer almıştır (26).

Tütün kontrolü konusunda Türkiye'de yapılan ilk önemli yasal düzenleme 26 Kasım 2006'da yürürlüğe giren, 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanundur. 21 Mayıs 2003 tarihinde 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde onaylanan ve 28 Nisan 2004 tarihinde Türkiye adına Sağlık Bakanı tarafından imzalanan TKÇS, Türkiye Büyük Millet Meclisi (T.B.M.M.) tarafından 30 Kasım 2004'te onaylanmıştır. Sözleşme üç ana başlıktan oluşmaktadır:

***1)*** Tütün talebini azaltmaya yönelik önlemler,

***2)*** Tütün arzını azaltmaya yönelik önlemler,

***3)*** Çevrenin korunması.

İlgili bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla ‘‘Ulusal Tütün Kontrol Programı’’ hazırlanmıştır. Programla, 15 yaş ve üzerinin sigara içmeme yüzdesini %80'e, 15 yaş altının sigara içmeme yüzdesini ise %100'e çıkarmak amaçlanmıştır. Ardından tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesiyle ilgili 5727 sayılı Kanunun ilk aşaması 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve böylece alınan önlemler çoğaltılmıştır. Sağlık Bakanlığı halkı tütün ürünlerinin ve pasif içiciliğin zararları konusunda bilgilendirmek amacıyla ‘’havanı koru’’ sloganıyla ulusal bir medya kampanyası düzenlemiştir (30). DSÖ tarafından 2008 yılında sunulan MPOWER paketi ile TKÇS'deki maddelerin etkili bir şekilde uygulanması amaçlanmıştır. Altı maddeden oluşan paketin başlıkları şunlardır:

**Monitör:** Tütün kullanımını izlemek

**Protect:** İnsanları pasif sigara dumanının etkilerinden korumak

**Offer:** Tütün kullanılmasının bırakılması için yardım teklif etmek

**Warn:** Tütünün zararları konusunda uyarmak

**Enforce:** Tütün reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarını uygulamak

**Raise:** Tütün ürünleri üzerindeki vergiyi artırmak (31).

Türkiye'de 2008-2012 yılları arasında tütünle mücadelenin en yoğun ve en başarılı olduğu dönemde KYTA sonuçlarına göre 15 yaşından önce sigaraya başlama oranları %19,6'dan %16,1'e gerilemiştir. Kamuya açık yerlerde sigaradan pasif etkilenme oranları da gerilemiş, en belirgin azalma %55,9'dan %12,9'a düşerek restoranlarda, resmi dairelerde, sağlık kuruluşlarında, toplu taşıma araçlarında ve yasa kapsamında olmadığı halde konutlarda da ciddi azalma olmuştur. Sigara için yapılan aylık harcamalar artmış, 2008 yılında asgari ücretin %12,7'si iken, 2012 yılında %20,8'e yükselmiştir. Yetişkin bireylerin sigara karşıtı mesaj görme oranları artmış, en fazla televizyondan mesaj görülmüştür. Pasif sigara maruziyeti nedeniyle sağlık sorunları gelişmesi hakkında bilgili olma oranlarında değişiklik olamamakla birlikte oranlar yüksek bulunmuştur (%96'dan %97,8'e çıkmıştır). Sağlık profesyonelleri tarafından hastaların sigara içme durumlarının sorgulanması ve içen hastalara bırakma tavsiyesi yapılması açısından değişim gözlenmemiş olup, bu durum birinci basamakta hasta karşılayan birimler tarafından sorgulama ve tavsiye çalışmalarına ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir. Tütün kullanım prevalansında 2008'de %31,2'den 2012'de %27,1'e düşme başarısının sonraki yıllarda istikrarlı bir grafik çizememesini göz önünde bulundurursak, kişilerin ilk temas noktası ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği yerler olan aile hekimliği birimlerinde sigara bağımlılığı konusunda etkin müdahalelerin yapılması gerektiği söylenebilir (23,32).

### 2.8. Sigara Bırakmanın Önemi

Dünya çapında önlenebilir ölüm nedenleri arasında tütün kullanımı en başta gelmektedir. Bilimsel araştırma sonuçları, tütün kullananların yarısının tütünle ilişkili hastalıklar nedeniyle öldüklerini göstermiştir. Tütün kullanan yetişkinlerde ortalama yaşam süresinin 13 yıl kısa olduğu belirtilmektedir. Tütün kullanımının bırakılmasının ise her yaşta görülebilen ve bıraktıktan sonra hemen ölçülebilen yararları bulunmaktadır. Tütün kontrol programlarını kapsamlı olarak yerine getiren pek çok ülkede azalan tütün tüketiminin sonucu olarak, başta kanser olmak üzere kardiyovasküler sistem ve solunum yolu hastalıklarında belirgin azalma sağlanmıştır (33).

Sigaranın bırakılmasını takiben, kişide ilk yarım saat içinde nabız ve kan basıncı normale döner ve 6-8. saatte kandaki karbon monoksit düzeyi normale iner. 24 saat sonra akut miyokard enfarktüsü geçirme riski yarıya düşer. Sonraki yılların başlarında belirgin olmakla beraber sigaraya bağlı hastalıkların riskinde azalmalar olur. Sigarayı bıraktıktan 10-15 yıl sonra akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski hiç sigara içmeyen birinin riskine benzer düzeye iner. Sigarayı bırakanlarda görülen bu olumlu etkilerin her yaşta sigarayı bırakan kişilerde görülmesi, sigarayı bırakmak için hiçbir zaman geç olmadığını göstermektedir. İngiltere'de 1950-2000 yılları arasında yapılan bir çalışmada akciğer kanseri nedenli ölümlerin değerlendirilmesi sonucunda, 60 yaşında sigarayı bırakmanın dahi akciğer kanserinden ölüm olasılığını azalttığı saptanmıştır. Erken yaşlarda sigarayı bırakmanın ölüm riskini azalttığı tartışmasızdır. Sigara içen her 100 kişiden; 60 yaşında bırakanlarda akciğer kanseri nedenli ölüm olasılığı 10 kişi, 50 yaşında bırakanlarda 6 kişi, 30 yaşında bırakanlarda ise 1,7 kişiye düşmektedir (34).

Kanser hastalarında tütün kullanımının bırakılması, kullanıma bağlı ikinci bir malignite olasılığını azaltır ve kanser tedavisinin etkinliğini artırır. Araştırmalar göstermiştir ki kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinde dahi tütün kullanımını bırakmaları yaşam süresini uzatmaktadır. İleri evre akciğer kanseri olan 250 hastadan sigarayı bırakanlarda ortalama yaşam süresi 28 ay iken içmeye devam edenlerde ise 18 ay olduğu gösterilmiştir (33).

Sigara bağımlılığından kurtulmanın bazı yolları bulunmaktadır. Bazı kimseler bu yöntemleri kullanmak yerine kendi istekleri ile sigarayı bırakmayı başarabilirler. Ancak bu kişilerin sayısı fazla değildir. Sigarayı bırakma konusunda kişinin kendi kararı çok önemli olmakla beraber, profesyonel destek almadan bırakanların çoğu bir süre sonra yeniden sigara içmeye başlamaktadır. Bu nedenle sigara bırakma konusunda profesyonel destek alınması önemlidir (34).

**2.9. Sigara Bıraktırma Tedavileri**

Bağımlılığın genel tanımı, nesnelere, kişilere ya da bir varlığa yönelik önlenemeyen arzu ve iradesizlik durumu olarak özetlenebilir. Nikotin bağımlılığı ise ilk kez 1964'te ''Surgeon General" da rapor edilmiş, 1979 yılında ise nikotin çok güçlü bağımlılık yapıcı madde olarak tanımlanmıştır. Tütündeki

bağımlılık yapıcı maddenin nikotin olduğu, esrar-eroin gibi farmakolojik ve psikolojik boyutta bağımlılık yaptığı 1988 yılında raporlanmıştır (35).

Sigara bağımlığı ile mücadelede, bilişsel davranışçı yaklaşım ve farmakoterapi olarak adlandırılan iki yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler tek başına kullanılabileceği gibi beraber kullanıldığında birbirinin başarı oranlarını artıran yöntemlerdir (6). Sigara kullanan bireylerin saptanması, etkin sigara bırakma yollarının var olduğu hakkında bilgilendirilmesi ve profesyonel birimlere yönlendirilmesi için aile hekimleri ve hemşirelerinin hastalarını daha sık görmelerinin ve hastalarıyla daha güçlü ilişkiler kurmalarının bir avantaj olduğu, bu sayede aile hekimlerinin ve hemşirelerinin kısa süreli ancak daha etkili tavsiyeler verebilecekleri düşünülmektedir. Sağlık kuruluşuna gelen hastaların, geliş sebeplerine bakılmaksızın sigara içme durumları sorgulanmalıdır (4). Sigara kullanan bireyin sigara bırakma tedavisine hazır olup olmadığının değerlendirilmesi için 1983 yılında Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilen Transteoretik Model kullanılmaktadır (Tablo 1). Değişim Aşamaları Modeli olarak da bilinen bu modele göre sigara bırakma girişiminden önce bireyin motivasyon düzeyinin ve bırakmada hazır oluş durumunun belirlenmesinin başarıyı artıracağı düşünülmektedir (36).

**Tablo 1.1.** Transteoretik Model Değişim Aşamaları

| EVRE | TANIM |
|---|---|
| **Bırakmayı Düşünmeme** | Gelecekteki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmemektedir. Yardımı kabul etmez. Hastalık risklerini önemsemez. |
| **Bırakmayı Düşünme** | Gelecekteki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir. Sigaranın zararlarının farkındadır, ancak harekete geçemez. Düşünme aşamasında kalmıştır. |
| **Bırakmaya Hazırlanma** | Gelecekteki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir, plan ve strateji geliştirmiştir. |
| **Bırakmayı Deneme** | Kişi sigarayı bırakmış ancak henüz 6 ayı doldurmamıştır. |
| **Bırakmayı Sürdürme** | Kişi 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir. |

Sigara içen kişiler, bırakmak için istekli ve bırakmak için istekli olmayan şeklinde iki gruba ayrıldıklarında, bırakmak isteyen gruba yönelik 5A (5Ö), bırakmak istemeyen gruba ise 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (6,37). 5A stratejisi Tablo 2'de, 5R stratejisi ise Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 2.1.** 5A (5Ö) stratejisi

| | |
|---|---|
| **Ask (Öğren)** | Tütün kullanım durumu sorulmalı. Sigara kullanıyorsa günlük kullanım miktarı, kaç yıldır kullandığı ve diğer tütün ürünlerini kullanıp kullanmadığı sorulmalı. |
| **Advise (Öner)** | Açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir şekilde bırakma önerisinde bulunulmalı. |
| **Assess (Ölç)** | Kişinin bırakma isteğini sorgula ve nikotin bağımlılık düzeyini ölç. |
| **Assist (Önderlik et)** | Kişiye verilecek danışmanlık ve farmakoterapileri planla. |
| **Arrange (Örgütle)** | Bırakma sonrası yeniden başlamayı önlemek ve hızlı müdahalede bulunmak için kontrole çağır. |

**Tablo 3.1.** 5R stratejisi

| | |
|---|---|
| **Relevance (İlişki)** | Sigaranın zararlarını kişiye özel faktörlerle ilişkilendirerek anlat. |
| **Risks (Riskler)** | Sigaranın sebep olduğu sağlık risklerini anlat. |
| **Rewards (Ödüller)** | Sigara bırakmanın kazanımlarını anlat. |
| **Roadblocks (Engeller)** | Kişinin sigarayı bırakmasının önündeki engeller ve zorlukları tespit et. |
| **Repetition (Tekrarlama)** | Kişinin motivasyonu düşükse, her başvurusunda tekrar et. |

Sigarayı yeni bırakmış olgularda ise; bırakmaya bağlı sorunlar ve yeniden başlamaya neden olabilecek etkenlere yönelik çözüm önerileri getirilmesi relapsları önlemede fayda sağlayacaktır (35). Sigarayı bırakmak istediği tespit edilen bireylere farmakolojik tedaviler hakkında bilgi verilmesi ve nikotin bağımlılığının şiddetinin belirlenerek uygun farmakoterapinin kullanılması açısından Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yapılması önerilmektedir. FNBT altı sorudan oluşan, her cevabın farklı puanlar aldığı ve testin sonunda belirlenen toplam puana göre nikotin bağımlılığının üç grupta sınıflandırıldığı bir testtir: Nikotin bağımlılığı düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan) ve yüksek (≥7 puan) (6-38). FNBT soruları Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.1**. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

| | |
|---|---|
| 1. Uyandıktan sonra ilk sigaranızı ne kadar sürede içiyorsunuz? | |
| Bir saat sonra | (0 puan) |
| 31-60 dakika içinde | (1 puan) |
| 5-30 dakika içinde | (2 puan) |
| İlk 5 dakika içinde | (3 puan) |
| 2. Sigara yasağının olduğu yerlerde, sigara içmemek sizi zorluyor mu? (Örneğin otobüs, sinema, hastane, okul vb.) | |
| Hayır | (0 puan) |
| Evet | (1 puan) |
| 3. Sizin için hangisini bırakmak daha zor, yani hangisi sizin için daha değerli? | |
| Diğerleri | (0 puan) |
| Sabah ilk sigaram | (1 puan) |
| 4. Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz? | |
| 10 veya daha az | (0 puan) |
| 11 ile 20 arası | (1 puan) |
| 21 ile 30 arası | (2 puan) |
| 31 ve üstü | (3 puan) |

Tablo 4.1 devamı

| | |
|---|---|
| 5. Uyandığınız ilk saatler içinde, gün içinde içtiğinizden daha çok sigara içiyor musunuz?<br><br>Hayır<br><br>Evet | <br><br>(0 puan)<br>(1 puan) |
| 6. Hasta olduğunuz ve yatakta yatmak zorunda olduğunuz günlerde dahi sigara içer misiniz?<br><br>Hayır<br><br>Evet | <br><br>(0 puan)<br>(1 puan) |

Bu teste göre bağımlılık düzeyi düşük olmayan sigara içicilerine, bireysel kontrendikasyonları da yoksa farmakolojik tedavi önerilir. Farmakolojik tedavilerin temel amacı, bireyin sigarayı bırakmasıyla oluşacak nikotin yoksunluğu semptomlarını gidermek ve bağımlılıkla mücadele etmesine yardımcı olmaktır. Dünyada ve ülkemizde birinci sıra ilaçlar üç grupta ifade edilir; nikotin replasman tedavileri (NRT), bupropion, vareniklin (6)

NRT'de amaç; nikotin eksikliğinden kaynaklı yoksunluk semptomlarını kontrol ederek sigaranın bırakılmasında yaşanan sıkıntıları azaltmaktır. Sigara ile alınan nikotinin pik değerinden (20-50 µg/dl) daha düşük pik değere sahip (6-12 µg/dl) nikotin preparatları sayesinde plazmada yavaş yavaş yükselen nikotin, yoksunluk belirtilerini önlerken, tütün ile alınan nikotinin ortaya çıkardığı haz ve konsantrasyon artışı gibi pozitif pekiştirici etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaz. Türkiye'de zaman zaman pastil formu da satışa sunulmakla beraber, nikotinin kolay ulaşılabilen ticari formları bant ve sakızdır. Yurtdışında pastil, oral inhaler ve nazal sprey formları da vardır (39).

Nikotin sakızı günde 25 sigaradan az içenlerde 2 mg, 25 ve üzeri sayıda sigara içenlerde 4 mg dozu önerilir; ilk 6 hafta boyunca 1-2 saatte 1 adet, 7-9

hafta arası 2-4 saatte 1 adet, 10-12 hafta arası ise 4-8 saatte 1 adet olarak, günde 24 adeti geçmeyecek şekilde kullandırılabilir. Nikotin sakızının yavaş çiğnenmesi, ağızda yanma ve karıncalanma yaptığında ara verilerek, sakızın yanak ve diş eti mukozası arasında bir miktar bekletilerek rahatsızlık geçince devam edilmesi ve her defasında bekletilen bölgenin değiştirilmesi, kullanım sırasında ve kullanmadan en az 15 dakika önce yiyecek veya içecek tüketilmemesi, toplam tedavinin 12 haftayı geçmemesi önerilmektedir (6,39).

Nikotin bandının ülkemizde bulunan formu 24 saatliktir ve üç farklı doz ve boyuttadır; 30$cm^2$ bant 21 mg, 20 $cm^2$ bant 14 mg, 10 $cm^2$ bant ise 7 mg nikotin içermektedir. Günde içilen sigara adedi 15'den fazlaysa 21 mg ile başlanır ve 4 hafta devam edildikten sonra 2 hafta 14 mg, sonraki 2 hafta 7 mg doza geçilerek tedavi 8 haftaya tamamlanır. Günde 15 adetten az içenlerde 14 mg bant 6 hafta kullandırılır ve sonrasında 7 mg bantla 2 hafta daha devam edilerek tedavi 8 haftaya tamamlanır. Uykusuzluk, anormal ya da canlı rüya görme gibi yan etkiler olması durumunda gece yatarken bandın çıkarılması, bandın sabah uyanınca gövde ya da üst kol derisinin kılsız, kuru ve temiz bölgesine yapıştırılması ve yerinin değiştirilmemesi, her uygulamada farklı bir bölgeye yapıştırılması önerilmektedir (6,39).

NRT, 2 hafta ve daha yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü, unstabil angina pektoris, aritmi, ürtiker, psöriyazis ve kronik dermatitte kontrendikedir. Kalp yetersizliği, hipertansiyon, stabil angina pektoris, serebrovasküler hastalık, diyabetes mellitus, vazospazm, hipertiroidi ve ülser gibi hastalılarda ise NRT rölatif kontrendikedir. Nikotin sakızı temporomandibular eklem hastalığı olanlarda, gastrointestinal enflamasyonda, fruktoz intoleransı, böbrek ve karaciğer hastalığı varlığında kullanılmamalıdır (38,39).

Bupropion, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörü olan nortrisiklik, aminoketon yapıda bir antidepresandır. Sigara bırakmada etkinliği antidepresan özelliğinden bağımsızdır. Tek başına ya da NRT ile kombine edilerek de kullanılabilir. 150 mg yavaş salınımlı tabletleri bulunmaktadır; ilk üç gün bir adet, sonrasında iki adet kullanılarak tedaviye 6-12 hafta devam edilir (6,38). Tedaviye başlandıktan 7-14 gün içinde sigara bırakma günü belirlenir ve aynı dozda tedaviye devam edilir. Ağız kuruluğu ve uykusuzluk gibi yan etkileri olabilir. Konvulsiyon eşiğini düşüren ilaç ya da madde kullanımı, epilepsisi, santral sinir sistemi hastalıkları, kontrolsüz hipertansiyonu, santral

sinir sistemi kitleleri ve travma öyküsü, yeme bozuklukları, ağır hepatik nekrozu, çok ağır sirozu, monoamin oksidaz inhibitörü kullanımı, gebelik durumu, bipolar bozukluğu ve bupropion aşırı duyarlılığı olanlarda kullanımı kontrendikedir. Vareniklin, mezolimbik dopaminerjik sistemde bulunan nöronal nikotinik reseptörlere parsiyel agonistik etki ile dopamin salınımına neden olarak yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını önler. Ayrıca sonrasında sigara ile nikotin alınsa bile reseptörlere vareniklin bağlı olduğundan dopamin salınımı artmayacağı için sigara ile ortaya çıkan keyif hissinin ortaya çıkmasına da engel olmuş olur. Vareniklin 0,5 mg ve 1 mg tablet formlarında üretilmiştir. İlk üç gün sigara içen birey günde bir kez 0,5 mg, 4-7. günler günde iki kez 0,5 mg, 8.günden sonra 1mg dozdan günde iki kez kullanarak devam eder. 8-14.günler arası sigarayı bırakması hedeflenir. Tedaviye 12 hafta devam edilir. Uykusuzluk, anormal rüya görme, bulantı ve gastrointestinal yan etkiler görülebilir. Düşük dozda başlayıp yavaş doz artırımı yapmak yan etkileri azaltır. Bulantı sorun haline gelirse yemeklerle beraber alınması söylenebilir, bu da çözüm olmazsa doz azaltılabilir, bulantı geçince tekrar doz artışı yapılabilir. Uzun süreli kullanımı yan etkilerin hafiflemesini sağlar. %80 idrarla atıldığı için karaciğer yetersizliğinde doz ayarı gerektirmez. Ağır böbrek yetersizliğinde ise 0,5 mg/gün dozunda kullanılması önerilmektedir. İlaç etkileşimi bildirilmemiştir. İlaç aniden bırakılabilmektedir, doz titrasyonu gerektirmez (6).

### 2.10. Sigara Bırakmada Birinci Basamağın Önemi

Sigara bağımlılığı tekrarlayan tedaviler ve düzenli kontroller olmadan birden fazla kez nüks ve remisyonlarla giden kronik bir durumdur. Pek az sayıda sigara bağımlısı ilk denemesinde bırakabilmiştir. Her fırsatta sigara içen bireylerin tespit edilip bu bireylere yardım önerisi sunulması çok önemlidir (6). Hastalarını diğer uzmanlardan daha sık ve daha uzun sürelerle gören aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, hastalarıyla kurdukları yakın ilişkileri nedeniyle sigara bırakma sürecini başlatabilirler. Her fırsatta tekrarlanan müdahaleler sayesinde, fiziksel bağımlılık hakkında bilgilendirmenin artacağı, yanlış inanç ve davranış kalıplarının değiştirilebileceği düşünülmektedir (4) . Sağlık profesyonellerine kanıta dayalı bir çerçeve sunmak üzere ABD Klinik Uygulama Rehberi tarafından, 5Ö yaklaşımı geliştirilmiştir. Beş bileşen ile sigara bağımlılığının tanımlanması, bırakma girişiminin desteklenmesi, yardım

önerilerinin ve bırakma sürecinin yapılandırılması amaçlanmıştır. Birleşik Krallıkta diş hekimliği pratiği için çok kısa yaklaşım; Öğren, Öner, Yap (Ask, Advise, Act) önerilmekteyken, Ürdün'de birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzunda ise Öğren, Öner, Konsülte et (Ask, Advise, Refer) kısa tavsiyesi yer almaktadır (6). Kısa hekim müdahalelerinin bile sigara bırakma oranlarını artıracağı düşünülmektedir. Öncelikle bırakmaya istekli olanları ve istekli olmayanları belirlemek, her iki gruba farklı uygun yaklaşımlarda bulunmak, sigarayı yeni bırakmış olanlarda ise relapsı önlemek iyi bir yaklaşım olabilir (40). Son yıllarda ülkemizde açılan sigara bırakma poliklinikleri, sigarayı bırakmak için başvuran kişilere hem motivasyonel görüşme tekniklerinin hem de farmakoterapilerin uygulandığı, sigarayı bırakanların ise sürdürmelerine destek olacak çalışmaların yapıldığı yerler olarak hizmet vermektedir. Bu çalışmalar, sigara bırakma oranlarında ciddi artış sağlamaktadır. Ancak sigarayı bırakmayı düşünmeyenler veya düşünse dahi harekete geçmeyenler sigara bırakma polikliniklerine başvurmamaktadır. Bu kişilerin sağlıkta en sık başvuru noktası olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında tespit edilerek, harekete geçmesine yardımcı olmak, komplike olmayan sigara bırakma süreçlerini yürütmek ve gerekirse hastayı sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmek sigara bırakma oranlarını daha da artıracaktır (6).

Sigarayı bırakmada kişinin kararı büyük rol oynasa da, sigara bıraktırma danışmanlığının verildiği, gerektiği durumlarda farmakolojik tedavinin uygulandığı daha profesyonel bir süreç yönetimine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde 500'ü aşkın sigara bıraktırma kliniği mevcuttur. Aile Sağlığı Merkezlerinin organizasyonunda sigara bıraktırma kliniği bulunmamakla birlikte, aile hekimleri ve hemşirelerinin hastalarını sigara bırakma konusunda etkilemesi ve yönlendirme müdahalelerinin hem kişisel sağlık hem de halk sağlığı açısından önemi vurgulanmaktadır. Tüm sağlık çalışanlarının sigaraya karşı verilen mücadelede çabasına ihtiyaç duyulmakta. Ancak önemli bir hekim kitlesini oluşturan ve ilk başvuru noktası olan birinci basamakta ve Aile Sağlığı Merkezlerinde hem çok sayıda hasta-hekim görüşmesinin yapılabilmesi hem de daha çok hastaya ulaşılabilmesi nedeniyle, Aile Sağlığı Merkezlerinin önemi büyüktür (41).

## 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız için Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğünden 19.06.2023 tarihli Bilimsel Araştırmalar Komisyonunun onayı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 11.04.2023 tarihli ve ‘’12’’ numaralı onay alınmıştır. Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmamız, 11.04.2023- 01.10.2023 tarihleri arasında Eskişehir ili Tepebaşı ilçesi sınırları içerisinde yer alan Çukurhisar Aile Sağlığı Merkezinde, 2614021 numaralı polikliniğe çeşitli nedenlerle başvuran 18 yaş üstü yetişkin hastalardan, günde en az bir adet sigara içen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 119 hasta (34 tanesi kadın, 85 tanesi erkek, ortalama yaş 51,34±13 yıldır) ile başlangıçta yüz yüze, sonrasında ise yüz yüze ve/veya telefon aracılığıyla tekrarlanan, her hasta için 6 görüşme yapılarak tamamlanmıştır. 18 yaş altı, hamile, emziren, ağır psikiyatrik hastalığı, demans veya kognitif bozukluğu olan, devam eden bir sigara bırakma programına katılanlar hariç tutulmuştur. Çalışmaya katılanlardan sözel olarak onay alındıktan sonra sosyodemografik özellikler, bazı kişisel bilgiler ve sigara içme öyküsünün sorulduğu, çalışmacı tarafından düzenlenmiş on soruluk bir anket doldurması istenmiştir. Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu – Türkiye’nin önerdiği; ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren düzeyde sigara bırakma danışmanlığı yapamayacak olan sağlık profesyonelleri için ‘kısa klinik müdahaleler’ olarak tanımladığı, sigarayı bırakmaya istekli olanlar için Öğren-Öner-Sevk et (ÖÖS) yöntemi uygulandı. Sigara bırakmaya istekli olmayanlar için ise Relevanse (İlişkilendir) – Risks (Riskler) – Rewards (Ödüller) – Roadblocks (Engeller) – Repetition (Tekrarlama) önerileri sırayla uygulandı.

İlk görüşmede sigara bırakma önerisi yapılan, bırakma konusunda istekli kişiler Eskişehir Tepebaşı Sağlıklı Hayat Merkezi bünyesinde bulunan sigara bırakma polikliniğine ve Alo 171 Sigara Bırakma Telefon Hattına yönlendirildi. Sonraki görüşme 15 gün sonra kişilerin isteğine bağlı olarak yüz yüze ya da telefonla yapıldı. İlk bir ay 15 gün arayla iki görüşme yapılarak sigara bırakma davranışında bir değişiklik olup olmadığı soruldu. Sonraki 3 ay ayda bir kez ve 6. ay son defa aranarak sigara bırakma davranışı açısından hangi aşamada olduğu tespit edildi ve son durum bilgisi kayıt altına alındı. Sigara bırakma konusunda istekli olup sigara bırakma telefon hattına ya da

sigara bırakma polikliniğine gitmek istemeyenlerle ilk ay iki, üç ay ayda bir, 6. ayda son defa olmak üzere kişilerin isteği doğrultusunda yüz yüze ya da telefonla sigara bırakma önerisi tekrarlandı, kılavuza uygun olarak sigara içme isteğiyle başa çıkma yöntemleri anlatıldı, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş bilgilendirme broşürü verildi ve son durum bilgisi kayıt altına alındı.

İlk görüşmede sigara bırakma önerisi yapılan ancak istekli olmayan kişilere; kılavuzda 5R olarak kısaltılmış; Relevanse (İlişkilendir) – Risks (Riskler) – Rewards (Ödüller) – Roadblocks (Engeller) – Repetition (Tekrarlama) önerileri doğrultusunda görüşme yapıldı. Sigara bırakma konusunda istekli olamayan kişilere 5R yaklaşımı ilk ay 15 gün arayla iki görüşme, sonraki üç ay ayda bir ve 6. ay son görüşmede tekrarlanarak son durum bilgisi kayıt altına alındı. Her vizitte tekrarlanan uygulama sonucu istekli olan sigara kullanıcısı, profesyonel yardım almasını sağlamak üzere Eskişehir Tepebaşı Sağlıklı Hayat Merkezi bünyesinde bulunan sigara bırakma polikliniğine ve Alo 171 Sigara Bırakma Telefon Hattına yönlendirildi. İlk bir ay 15 gün arayla iki görüşme yapıldı ve sigara bırakma davranışı sorgulandı. Sonraki 3 ay ayda bir kez ve 6. ay son defa aranarak sigara bırakma davranışı açısından hangi aşamada olduğu tespit edildi ve son durum bilgisi kayıt altına alındı. Sigara bırakma konusunda istekli olup sigara bırakma telefon hattına ya da sigara bırakma polikliniğine gitmek istemeyenlerle ilk ay iki, üç ay ayda bir, 6. ayda son defa olmak üzere kişinin isteği doğrultusunda yüz yüze ya da telefonla sigara bırakma önerisi tekrarlandı. Kılavuza uygun olarak sigara içme isteğiyle başa çıkma yöntemleri anlatıldı. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş bilgilendirme broşürü verildi. Yapılan uygulamalar klinik kayıtlara kaydedildi.

**3.1. İstatistiksel Analiz**:

İstatistiksel analizler için SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli parametreler için, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir. Kategorik parametreler sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu incelenmiş ve verilerin normal dağılma özelliğine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple parametrik analiz yöntemleri çalışmada kullanılmıştır. Gruplar ile ölçümlerin karşılaştırılmasında “Bağımsız Örneklem T-testi” ve “Anova Analizi” kullanılmıştır. Anova analizinde, hangi

gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu belirlemek amacıyla Post-Hoc analizlerinden “Benferroni testi”nden faydalanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında “Ki-Kare Testi” ile “Fisher Exact Testi” kullanılmıştır. İlk ve son ölçümler arasındaki ilişkinin tespit edilebilmesi amacıyla “Bağımlı Örneklem T-testi” ve “Kappa analizi” kullanılmıştır. %95 güven aralığında $p<0,05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.

# 4. BULGULAR

## 4.1 İlk Görüşmeye Ait Genel Bilgiler

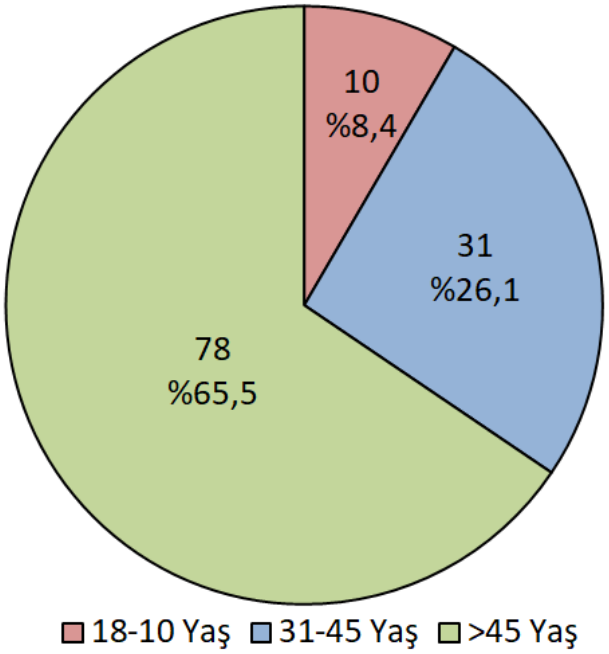
Çukurhisar Aile Sağlığı Merkezinde, 2614021 numaralı polikliniğe çeşitli nedenlerle başvuran 18 yaş üstü yetişkin hastalardan, günde en az bir adet sigara içen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 132 hasta ile başlandı. Katılan 1 kişinin vefatı, 1 kişinin psikiyatrik hastalık nedeniyle çalışmadan çıkarılması, kalan 11 kişinin ise düzenli görüşmelere katılamaması nedeniyle araştırma 119 katılımcı ile tamamlandı. Katılımcıların yaşı 21 ile 77 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 51,34±13,11 yıldır (Tablo 5). Katılımcıların 10'u (%8,4) 18-30 yaş aralığında, 31'i (%26,1) 31-45 yaş aralığında ve 78'i (%65,5) 45 yaş üzerindedir (Grafik 1).

**Tablo 5.1.** Katılımcıların Yaşları

| $\bar{X}$ | SS. | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|---|
| 51,34 | 13,11 | 21 | 77 |

$\bar{X}$:Ortalama, SS: Standart Sapma

**Grafik 1.1.** Katılımcıların Yaş Dağılımları




Araştırmaya katılanların 34'ü (%28,6) kadın iken, 85'i 8%71,4) erkektir (Tablo 6).

**Tablo 6.1.** Katılımcıların Cinsiyetleri

| **Cinsiyet** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Kadın | 34 | 28,6 |
| Erkek | 85 | 71,4 |

n: Sayı

Katılımcıların 17'si (%14,3) bekar, 102'si (%85,7) evlidir (Tablo 7).

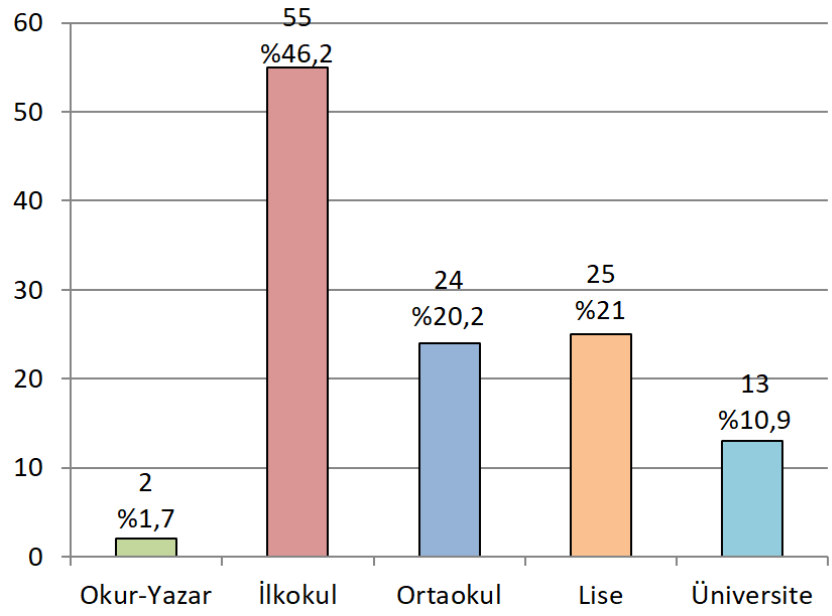
**Tablo 7.1.** Katılımcıların Medeni Durumları

| **Medeni Durum** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Bekâr | 17 | 14,3 |
| Evli | 102 | 85,7 |

n: Sayı

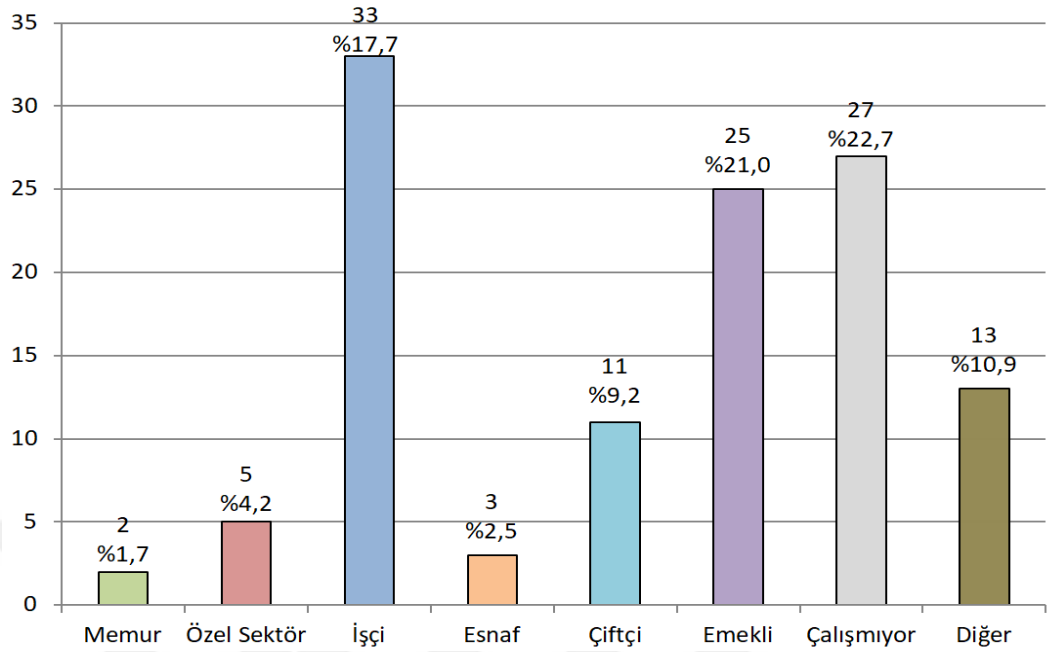
Katılımcıların 2'si (%1,7) okuryazar, 55'i (%46,2) ilkokul, 24'ü (%20,2) ortaokul, 25'i (%21) lise ve 13'ü (%10,9) üniversite mezunudur (Grafik 2).

**Grafik 2.1.** Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımları




Katılımcıların 2'si (%1,7) memur, 5'i (%4,2) özel sektör, 33'ü (%17,7) işçi, 3'ü (%2,5) esnaf, 11'i (%9,2) çiftçi, 25'i (%21) emekli, 27'si (%22,7) çalışmıyor ve 13'ü (%10,9) diğer mesleklere sahiptir (Grafik 3).

**Grafik 3.1.** Katılımcıların Mesleki Dağılımları




Katılımcıların sigaraya başlama yaşı 6 ile 45 yıl arasında değişmekte ve sigaraya başlama yaşı ortalaması 17,31±7,47 yıldır (Tablo 8).

**Tablo 8.1.** Katılımcıların Sigaraya Başlama Yaşı

| $\bar{X}$ | SS. | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|---|
| 17,31 | 7,47 | 6 | 45 |

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Katılımcıların günlük içtikleri sigara sayısı 2 ile 60 adet arasında değişmekte ve günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması 18,67±10,75 adettir (Tablo 9).

**Tablo 9.1.** Katılımcıların Günlük İçtikleri Sigara Sayısı

| $\bar{X}$ | SS. | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|---|
| 18,67 | 10,75 | 2 | 60 |

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Katılımcıların sigara içme süreleri 1 ile 63 yıl arasında değişmekte ve ortalama sigara içme süresi 32,59±15,22 yıldır (Tablo 10).

**Tablo 10.1.** Katılımcıların Sigara İçme Süresi

| $\bar{X}$ | SS. | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|---|
| 32,59 | 15,22 | 1 | 63 |

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Katılımcıların 82'si (%68,9) daha önce sigarayı bırakma girişiminde bulunmuşken, 37'si (%31,1) daha önce sigarayı bırakma girişiminde bulunmamıştır (Tablo 11).

**Tablo 11.1.** Katılımcıların Önceden Sigarayı Bırakma Girişimi

| Sigarayı Bırakma Girişimi | n | % |
|---|---|---|
| Evet; Oldu | 82 | 68,9 |
| Hayır, Olmadı | 37 | 31,1 |

n:Sayı

Katılımcıların 6 ay ile 37 yıl önce sigarayı bırakmayı denedikleri görülmüştür. Ortalama olarak 9,99±9,35 yıl önce sigarayı bırakmayı denemişlerdir (Tablo 12).

**Tablo 12.1.** Katılımcıların En Son Sigara Bırakma Zamanı

| $\bar{X}$ | SS. | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|---|
| 9,99 Yıl | 9,35 | 6 Ay | 37 Yıl |

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Katılımcıların 2 gün ile 120 ay süresince sigarayı bıraktıkları görülmüştür. Ortalama olarak 17,93±27,30 ay sigarayı bıraktıkları belirlenmiştir (Tablo 13).

**Tablo 13.1.** Katılımcıların En Son Sigara Bırakma Girişiminde Geçen Süre

| $\bar{X}$ | SS. | Minimum | Maksimum |
|---|---|---|---|
| 17,93 Ay | 27,30 | 2 Gün | 120 Ay |

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Katılımcıların 44'ü (%37) uyanınca hemen, 2'si (%1,7) uyandıktan 15 dk sonra, 10'u (%8,4) uyandıktan 30 dk sonra, 33'ü (%27,7) uyandıktan 1 saat sonra, 23'ü (%19,3) uyandıktan 2 saat sonra, 7'si (%5,9) uyandıktan 3-4 saat sonra sigara içmektedir (Tablo 14).

**Tablo 14.1.** Katılımcıların Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi

| **Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Hemen | 44 | **37,0** |
| 15 Dakika | 2 | 1,7 |
| 30 Dakika | 10 | 8,4 |
| 1 Saat | 33 | 27,7 |
| 2 Saat | 23 | 19,3 |
| 3-4 Saat | 7 | 5,9 |

n:Sayı

Katılımcıların 98'i (%82,4) sigara bırakmayı ciddi olarak düşünürken, 21'i (%17,6) sigara bırakmayı ciddi olarak düşünmemektedir (Tablo 15).

**Tablo 15.1.** Katılımcıların Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumu

| **Sigara Bırakmayı Düşünme** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet | 98 | 82,4 |
| Hayır | 21 | 17,6 |

n:Sayı

Katılımcıların 85'i (%86,7) sigara bırakmak için profesyonel yardım almayı isterken, 13'ü (%13,3) sigara bırakmak için profesyonel yardım almak istememektedir (Tablo 16).

**Tablo 16.1.** Katılımcıların Profesyonel Yardım Almayı İsteme Durumu

| **Profesyonel Yardım Alma** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet, İsterim | 85 | 86,7 |
| Hayır, İstemem | 13 | 13,3 |

n:Sayı

## 4.2. Son Görüşmeye Ait Genel Bilgiler

Katılımcıların 19'u (%16) görüşmelerin ardından sigarayı bırakmışken, 100'ü (%84) bırakmamıştır (Tablo 17). Sigarayı bırakan katılımcıların 3'ü (%15,8) görüşmeler sırasında profesyonel destek almıştır. İlaç tedavisi alarak sigarayı bırakan 1 katılımcı varken, diğerleri nikotin bandı, nikotin sakızı kullanmanın yanısıra günlük içilen sigara sayısını azaltarak bıraktıklarını belirtmiştir.

**Tablo 17.1.** Katılımcıların Görüşmelerin Ardından Sigarayı Bırakma Durumu

| **Sigarayı Bırakma Durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Bıraktı | 19 | 16,0 |
| Bırakmadı | 100 | 84,0 |

n:Sayı

Sigara içmeye devam eden katılımcıların 36'sı (%36) aynı miktarda sigara içmektedir ve 64'ü (%64) sigara miktarını azaltmıştır (Tablo 18).

**Tablo 18.1.** Sigara İçmeye Devam Eden Katılımcıların Sigara İçme Miktarları

| **Sigara İçmeye Devam Etme Durumu** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Aynı | 36 | 36,0 |
| Azalttı | 64 | 64,0 |

n:Sayı

Katılımcıların günlük içtikleri sigara sayısı 1 ile 50 adet arasında değişmekte ve günlük ortalama 13,19±10,61 adet sigara içmeye devam etmektedirler (Tablo 19).

**Tablo 19.1.** Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Günlük Sigara Miktarı

| **$\bar{X}$** | **SS.** | **Minimum** | **Maksimum** |
|---|---|---|---|
| 13,19 | 10,61 | 1 | 50 |

$\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Sigara içmeye devam eden katılımcıların 35'i (%35) uyanınca hemen, 2'si (%2) uyandıktan 15 dk sonra, 7'si (%7) uyandıktan 30 dk sonra, 32'si (%32) uyandıktan 1 saat sonra, 19'u (%19) uyandıktan 2 saat sonra, 5'i (%5) uyandıktan 3-4 saat sonra sigara içmektedir (Tablo 20).

**Tablo 20.1.** Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi

| **Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Hemen | 35 | 35,0 |
| 15 Dakika | 2 | 2,0 |
| 30 Dakika | 7 | 7,0 |
| 1 Saat | 32 | 32,0 |
| 2 Saat | 19 | 19,0 |
| 3-4 Saat | 5 | 5,0 |

n:Sayı

Sigara içmeye devam eden katılımcıların 76'sı (%76) sigara bırakmayı ciddi olarak düşünürken, 24'ü (%24) sigara bırakmayı ciddi olarak düşünmemektedir (Tablo 21).

**Tablo 21.1.** Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumu

| **Sigara Bırakmayı Düşünme** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet | 76 | 76,0 |
| Hayır | 24 | 24,0 |

n:Sayı

Sigara içmeye devam eden katılımcıların 17'si (%17) sigara bırakmak için profesyonel yardım almayı isterken, 83'ü (%83) sigara bırakmak için profesyonel yardım almak istememektedir (Tablo 22).

**Tablo 22.1.** Sigaraya Devam Eden Katılımcıların Profesyonel Yardım Almayı İsteme Durumu

| **Profesyonel Yardım Alma** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| Evet, İsterim | 17 | 17,0 |
| Hayır, İstemem | 83 | 83,0 |

n:Sayı

### 4.3. Sigara Bırakma Durumuna Göre Genel Bilgiler

Katılımcıların sigara bırakma durumuna göre ilk görüşmedeki genel bilgiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 23).

**Tablo 23.1.** Sigara Bırakma Durumuna Göre Genel Bilgiler (İlk Görüşme)

| | | **Bıraktı** | | **Bırakmadı** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | **%** | **n** | **%** | |
| **Cinsiyet** | Kadın | 4 | 11,8 | 30 | 88,2 | 0,429 |
| | Erkek | 15 | 17,6 | 70 | 82,4 | |
| **Medeni Durum** | Bekâr | 1 | 5,9 | 16 | 94,1 | 0,303 |
| | Evli | 18 | 17,6 | 84 | 82,4 | |
| **Eğitim Durumu** | Okur-Yazar | 0 | 0,0 | 2 | 100 | 0,750 |
| | İlkokul | 11 | 20,0 | 44 | 80,0 | |
| | Ortaokul | 3 | 12,5 | 21 | 87,5 | |
| | Lise | 4 | 16,0 | 21 | 84,0 | |
| | Üniversite | 1 | 7,7 | 12 | 92,3 | |
| **Meslekler** | Memur | 0 | 0,0 | 2 | 100 | 0,156 |
| | Özel Sektör | 0 | 0,0 | 5 | 100 | |
| | İşçi | 8 | 24,2 | 25 | 75,8 | |
| | Esnaf | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | |
| | Çiftçi | 0 | 0,0 | 11 | 100 | |
| | Emekli | 5 | 20,0 | 20 | 80,0 | |
| | Çalışmıyor | 3 | 11,1 | 24 | 88,9 | |
| | Diğer | 1 | 7,7 | 12 | 92,3 | |
| **Sigarayı** | Evet; Oldu | 16 | 19,5 | 66 | 80,5 | 0,116 |
| **Bırakma Girişimi** | Hayır, Olmadı | 3 | 8,1 | 34 | 91,9 | |
| **Uyandıktan Sonra** | Hemen | 8 | 18,2 | 36 | 81,8 | 0,263 |
| **Sigara İçme Süresi** | 15 Dakika | 0 | 0,0 | 2 | 100 | |
| | 30 Dakika | 0 | 0,0 | 10 | 100 | |
| | 1 Saat | 3 | 9,1 | 30 | 90,9 | |
| | 2 Saat | 6 | 26,1 | 17 | 73,9 | |
| | 3-4 Saat | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | |
| **Sigara** | Evet | 18 | 18,4 | 80 | 81,6 | 0,190 |
| **Bırakmayı Düşünme** | Hayır | 1 | 4,8 | 20 | 95,2 | |
| **Profesyonel** | Evet, İsterim | 16 | 18,8 | 69 | 81,2 | 0,766 |
| **Yardım Alma** | Hayır, İstemem | 2 | 15,4 | 11 | 84,6 | |

Tablo 23.1 devamı

| | $\bar{X}$ | SS. | $\bar{X}$ | SS. | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Yaş | 51,89 | 15,03 | 51,23 | 12,79 | 0,840 |
| Sigaraya Başlama Yaşı | 19,42 | 7,16 | 16,91 | 7,49 | 0,180 |
| Günlük İçilen Sigara Sayısı | 15,63 | 8,28 | 19,25 | 11,11 | 0,180 |
| Sigara İçme Süresi | 30,11 | 15,71 | 33,07 | 15,16 | 0,439 |
| Son Sigarayı Bırakma Zamanı | 7,78 | 5,99 | 10,54 | 8,68 | 0,433 |
| Sigara Bırakma Girişiminde Geçen Süre | 25,38 | 21,79 | 16,09 | 12,09 | 0,275 |

*p<0,05; n:Sayı, $\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

### 4.4. Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler

İlk görüşmede sigarayı bırakmayı düşünen katılımcıların (%73,8), sigarayı bırakmayı düşünmeyen katılımcılara göre (%25) daha büyük oranda sigara içmeyi azaltttıkları tespit edilmiştir (p<0,05). Sigara içme durumu ile ilk görüşmedeki diğer genel bilgiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05) (Tablo 24).

**Tablo 24.1.** Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler (İlk Görüşme)

| | | **Aynı** | | **Azalttı** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | **%** | **n** | **%** | |
| **Cinsiyet** | Kadın | 13 | 43,3 | 17 | 56,7 | 0,317 |
| | Erkek | 23 | 32,9 | 47 | 67,1 | |
| **Medeni Durum** | Bekâr | 7 | 43,8 | 9 | 56,3 | 0,481 |
| | Evli | 29 | 34,5 | 55 | 65,5 | |
| **Eğitim Durumu** | Okur-Yazar | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 0,159 |
| | İlkokul | 13 | 29,5 | 31 | 70,5 | |
| | Ortaokul | 10 | 47,6 | 11 | 52,4 | |
| | Lise | 5 | 23,8 | 16 | 76,2 | |
| | Üniversite | 7 | 58,3 | 5 | 41,7 | |
| **Meslekler** | Memur | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 0,550 |
| | Özel Sektör | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | |
| | İşçi | 7 | 28,0 | 18 | 72,0 | |
| | Esnaf | 1 | 100 | 0 | 0,0 | |
| | Çiftçi | 5 | 45,5 | 6 | 54,5 | |
| | Emekli | 5 | 25,0 | 15 | 75,0 | |
| | Çalışmıyor | 11 | 45,8 | 13 | 54,2 | |
| | Diğer | 5 | 41,7 | 7 | 58,3 | |
| **Sigarayı Bırakma Girişimi** | Evet; Oldu | 24 | 36,4 | 42 | 63,6 | 0,916 |
| | Hayır, Olmadı | 12 | 35,3 | 22 | 64,7 | |
| **Uyandıktan Sonra Sigara İçme Süresi** | Hemen | 14 | 38,9 | 22 | 61,1 | 0,110 |
| | 15 Dakika | 0 | 0,0 | 2 | 100 | |
| | 30 Dakika | 7 | 70,0 | 3 | 30,0 | |
| | 1 Saat | 11 | 36,7 | 19 | 63,3 | |
| | 2 Saat | 3 | 17,6 | 14 | 82,4 | |
| | 3-4 Saat | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | |
| **Sigara Bırakmayı Düşünme** | Evet | 21 | 26,3 | 59 | 73,8 | **0,001*** |
| | Hayır | 15 | 75,0 | 5 | 25,0 | |

Tablo 24.1 devamı

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Profesyonel** | Evet, İsterim | 18 | 26,1 | 51 | 73,9 | |
| **Yardım Alma** | Hayır, İstemem | 3 | 27,3 | 8 | 72,7 | 0,934 |
| | | **$\bar{X}$** | **SS.** | **$\bar{X}$** | **SS.** | **p** |
| Yaş | | 49,11 | 12,40 | 52,42 | 12,95 | 0,216 |
| Sigaraya Başlama Yaşı | | 17,03 | 7,24 | 16,84 | 7,68 | 0,907 |
| Günlük İçilen Sigara Sayısı | | 20,58 | 12,41 | 18,50 | 10,32 | 0,371 |
| Sigara İçme Süresi | | 30,80 | 15,01 | 34,34 | 15,22 | 0,265 |
| Son Sigarayı Bırakma Zamanı | | 10,48 | 8,90 | 10,61 | 8,57 | 0,970 |
| Sigara Bırakma Girişiminde Geçen Süre | | 15,14 | 6,10 | 16,67 | 6,48 | 0,838 |

***p<0,05**; n:Sayı, $\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

Son görüşmede sigarayı azalttığını söyleyen katılımcıların uyandıktan sonra sigara içme süreleri istatistiksel olarak farklıdır (p<0,05). Sigarayı azaltan katılımcıların (%77,6) sigarayı bırakmayı düşünme oranı, aynı sayıda sigara içmeye devam eden katılımcılara (%22,4) göre daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05). Sigarayı azaltan katılımcıların (9,03±6,52 adet), aynı sayıda sigara içmeye devam eden katılımcılara (20,58±12,41 adet) göre daha az sayıda günlük sigara içtikleri belirlenmiştir (p<0,05). Profesyonel yardım almak isteme ile sigarayı içmeye devam etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05) (Tablo 25).

**Tablo 25.1.** Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler (Son Görüşme)

| | | **Aynı** | | **Azalttı** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | **%** | **n** | **%** | |
| **Uyandıktan Sonra** | Hemen | 14 | 40,0 | 21 | 60,0 | |
| **Sigara İçme Süresi** | 15 Dakika | 0 | 0,0 | 2 | 100 | |
| | 30 Dakika | 7 | 100 | 0 | 0,0 | **0,002*** |
| | 1 Saat | 11 | 34,4 | 21 | 65,6 | |
| | 2 Saat | 3 | 15,8 | 16 | 84,2 | |
| | 3-4 Saat | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | |
| **Sigara Bırakmayı Düşünme** | Evet | 17 | 22,4 | 59 | 77,6 | **0,001*** |
| | Hayır | 19 | 79,2 | 5 | 20,8 | |
| **Profesyonel Yardım Alma** | Evet, İsterim/Aldı | 4 | 28,6 | 10 | 71,4 | 0,532 |
| | Hayır, İstemem | 32 | 37,2 | 54 | 62,8 | |
| | | **X̄** | **SS.** | **X̄** | **SS.** | **p** |
| Günlük İçilen Sigara Sayısı | | 20,58 | 12,41 | 9,03 | 6,52 | **0,001*** |

***p<0,05**; n:Sayı, X̄:Ortalama, SS:Standart Sapma

### 4.5. Sigara İçmeye Devam Eden Katılımcılarda İlk ve Son Görüşmedeki Değişim

Sigara içmeye devam eden katılımcıların uyandıktan sonra sigara içme ve sigara bırakmayı düşünme durumları, ilk ve son görüşmede benzerdi (p>0,05). Sigara içmeye devam eden katılımcıların ilk görüşmede (%83,1), son görüşmeye (%16,9) göre daha fazla oranda sigara bırakmak için profesyonel yardım almak istediği görülmüştür (p<0,05). Son görüşmede (13,19±10,61 adet), ilk görüşmeye (19,25±11,11 adet) göre daha az sayıda günlük sigara içtikleri tespit edilmiştir (p<0,05) (Tablo 26).

**Tablo 26.1.** Sigara İçmeye Devam Etme Durumuna Göre Genel Bilgiler (Son Görüşme)

| | | **İlk Görüşme** | | **Son Görüşme** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | **%** | **n** | **%** | |
| **Uyandıktan Sonra** | Hemen | 36 | 50,7 | 35 | 49,3 | 0,504 |
| **Sigara İçme Süresi** | 15 Dakika | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | |
| | 30 Dakika | 10 | 58,8 | 7 | 41,2 | |
| | 1 Saat | 30 | 48,4 | 32 | 51,6 | |
| | 2 Saat | 17 | 47,2 | 19 | 52,8 | |
| | 3-4 Saat | 5 | 50,0 | 5 | 50,0 | |
| **Sigara Bırakmayı Düşünme** | Evet | 80 | 51,3 | 76 | 48,7 | 0,495 |
| | Hayır | 20 | 45,5 | 24 | 54,5 | |
| **Profesyonel Yardım Alma** | Evet, İsterim/Aldı | 69 | 83,1 | 14 | 16,9 | **0,001*** |
| | Hayır, İstemem | 11 | 11,3 | 86 | 88,7 | |
| | | **$\bar{X}$** | **SS.** | **$\bar{X}$** | **SS.** | **p** |
| Günlük İçilen Sigara Sayısı | | 19,25 | 11,11 | 13,19 | 10,61 | **0,001*** |

***p<0,05**; n:Sayı, $\bar{X}$:Ortalama, SS:Standart Sapma

## 5. TARTIŞMA

Sigara, neden olduğu sağlık sorunları ile dünya genelinde önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Kişiye yönelik bütüncül yaklaşım ile koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan aile hekiminin, sigara bağımlılığı ile mücadelede önemli bir yeri vardır. Ülkemizde ve dünya genelindeki çalışmalara baktığımızda, sigara bırakma konusunda yapılan çalışmaların genellikle bağımsız sigara bırakma poliklinikleri ya da Aile Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulmuş olan sigara bırakma polikliniklerinde yapıldığını görmekteyiz. Sigara bırakmaya karar vermiş sigara bağımlılarına yönelik profesyonel sigara bırakma tedavilerinin sonuçları bu merkezlerde görülebilmektedir. Çalışmamızda; sigara bırakma isteği dışı farklı nedenlerle Aile Sağlığı Merkezine başvurmuş olan sigara bağımlılarının tespit edilip kendilerine kısa bir bırakma önerisi sunulduğunda, sigara bırakma oranlarının ne olacağını tespit etmeyi amaçladık. Çalışmamız; sigara bırakma polikliniği dışında, Bir Aile Sağlığı Merkezinde rutin poliklinik hizmeti sunarken yapılmış olması nedeniyle özgün bir çalışmadır. Yerel bir mahallede yapıldığından, bölgesel bir çalışma niteliğindedir.

Çalışmamıza katılan 119 katılımcının yaşları 21 ile 77 arasında değişmekteydi ve yaş ortalaması 51,34±13,11 yıldı. Çoğunluğu (%65,5) 45 yaş üzeri ve sigara içicisiydi. KYTA'da ise ülkemizde tütün kullanımının 30-44 yaş arası pik yaptığı, 45 yaş sonrası ise azaldığı gösterilmiştir (23). Çalışmamızdaki bu farklılığın, Aile Sağlığı Merkezinin bulunduğu mahallede yaşlı nüfusun yoğun olduğu, il merkezine uzak bir mahalle olması, aile hekimliği birimine başvuranların çoğunluğunu yaşlı nüfusun oluşturması ve gençlerin çalışmaya katılmadaki isteksizlikleri olduğunu düşünüyoruz. Kanada'da ise 25 yaş ve üzerindeki yetişkinler arasında sigara içme oranı %11,7 olarak tespit edilmiştir (42). Bu durum, 2022 yılında yapılan Kanada Tütün ve Nikotin Araştırması ile benzerdir ve bulgular paralellik göstermektedir.

Katılımcıların sigara bırakma durumu ile ilk görüşmedeki genel bilgiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı ($p>0,05$). Çalışmamızdaki bu bulgu ile kişisel özelliklerin sigara bırakma kararını doğrudan etkilemediğini ya da motivasyon ve çevresel faktörlerin daha etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda, sigara bırakma oranlarının eğitim düzeyi ile ilişkisini de inceledik. Zeynep Aytemur Solak ve ark. eğitim düzeyinin sigara bırakma üzerinde önemli bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir (43). Ancak, bizim çalışmamızda eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların sigara bırakma konusunda daha başarılı olduğu gözlendi. Bu farkın, hastaların sigara bırakma sürecine olan bilinçli yaklaşımının ve tedaviye uyumlarının bir sonucu olduğunu düşünüyoruz. Bu bulgu, eğitim seviyesi yüksek bireylerin sigara bırakma tedavisi sürecinde daha istekli olduklarını ve sağlıklı yaşam konusundaki farkındalıklarının daha yüksek olduğunu düşündürebilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigaraya başlama yaşı 6 ile 45 yıl arasında değişmekteydi. Sigaraya başlama yaşı 17,31±7,47 yıldı. Sebahat Gücük ve Mehmet Kayhan'ın çalışmasında sigaraya başlama yaşının 16,7±4,2 olduğu bildirildi. İki çalışmada katılımcıların sigaraya başlama yaşı benzer olduğu görüldü (44). Genelleştirilmiş katkı modeli kullanılarak İranlı yetişkin erkeklerde sigara içmeye başlama yaşına göre sigara içme yoğunluğunun modellenmesi çalışmasında; ağır sigara içicilerinin sigaraya başlama yaşının daha küçük olduğu bildirilmiştir (45). Genç yaşta sigaraya başlamanın, sigara içmenin sürekliliği üzerinde önemli bir etken olabileceğini düşünüyoruz. Bu konuda yapılacak yeni araştırmalar, sigara bırakma süreçlerinde erken yaşta başlama faktörünün etkisini ortaya koyabilir.

Çalışmamızın verilerine göre; katılımcıların günlük içtikleri sigara adeii 2 ile 60 arasında değişmekte ve günlük içtikleri sigara adedi ortalaması 18,67±10,75 saptandı. Gücük S. ve Kayhan M.'nin çalışmasında da benzer şekilde günlük içilen sigara 18,3±8,2 (min:3;maks:50) adet/gündür (44).

Katılımcıların sigara içme süreleri 1 ile 63 yıl arasında değişmekte ve ortalama sigara içme süresi 32,59±15,22 yıldı. Gücük S. ve Kayhan M.'nin çalışmasında ise sigara içilen süre 23,9±15,3 (min:1;maks:64) paket/yıl olarak belirtilmiştir (44). Katılımcıların uzun yıllar sigara içmiş olmaları bu konuda daha derinlemesine bir destek gereksinimlerini işaret edebilir. Sigara içme süresi uzun olan bireylerin bırakma sürecinde karşılaşacakları zorluklar konusunda motivasyonel desteğe gereksinim duydukları çalışmamız esnasında edindiğimiz gözlemlerden biriydi. Bu sebeple kişiye yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımların sigara bırakma üzerine daha etkili olabileceği düşünüyoruz.

Çalışmamızda daha önce sigara bırakma girişiminde bulunan hasta oranı %68,9 olup, Beklen ve ark. ‘nın çalışmasında da benzer şekilde önceki sigara bırakma deneyimi %68 olarak belirtilmiştir (46). Smith ve ark. ’nın bildirdiğine göre ise sigara içicilerinin önceki bırakma deneyimi oranı %57’ dir (47). Önceki bırakma girişimlerindeki bu yüksek oranlar, sigara içenlerin bir dönem bırakmayı denediklerini ancak başarılı olamadıklarını gösteriyor. Önceki başarısız olma nedenleri üzerinde durularak, daha iyi destek verme konusunda daha fazla veri toplamak gerektiğini düşünüyoruz.

Sabah uyandıktan hemen sonra sigara içme davranışı, çalışmamızda oldukça yüksek oranda (%37) bulunmuştur. Sabah içilen ilk sigara zamanı ile nikotin bağımlılığı arasında bağlantı olduğu ve uyanır uyanmaz sigara içmenin yüksek nikotin bağımlılığının bir göstergesi olduğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgu, yüksek nikotin bağımlılığı ve yerleşik bir sigara içme alışkanlığı olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılanların büyük bir kısmı (%82,4) sigara bırakmayı ciddi olarak düşündüklerini belirtti. Bu durum, çalışmaya katılan kişilerin sigara bırakma sürecine dahil olma isteklerinin yüksek olduğunu gösteriyor. %86,7’si ise profesyonel yardım almayı istemekteydi. Bu durum ise dışarıdan alınacak desteğin, kişilerin sigara bırakma sürecine katkı sağlayabileceğini düşündüklerini gösteriyor.

Çalışmamızın sonunda sigara bırakma oranını %16 olarak saptadık. Sigarayı bırakan 3 katılımcının profesyonel yardım alması, sigara bırakma sürecinde alınan profesyonel desteğin önemini göstermektedir. Gücük S. ve Kayhan M.’nin çalışmasında benzer şekilde sigara bırakma oranı %13,5 olarak ortaya konulmuştur (44). Zeynep Aytemur Solak ve ark. ’nın çalışmasında, tedaviye sık katılım ve yoğun desteğin sonucu olarak 1 yılın sonunda sigara bırakma oranının %45,5 olduğu belirlenmiştir (43). Yoğun destek ve NRT’ nin birleşiminin bu çalışmada etkili olduğu söylenebilir ancak bizim çalışmamızda tüm örneklemde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Leyla Sağlam tarafından sigara bırakma kliniğinde yürütülen bir çalışmada; genel sigarayı bırakma oranı 12 ayda %40,4 ve 18 ayda %30,9 olarak bulunmuştur (48).

Amerika Birleşik Devletlerinde hamile kadınların da dahil edildiği yetişkinlerde yapılan çalışmada, davranışsal müdahaleler ve farmakoterapi ile

sigara bırakma oranlarının incelenmiş ve müdahale grubunda sigara bırakma oranının %7-13 arasında değiştiği görülmüştür (49). İngiliz Toraks Derneğinin 2021 yılında sigara içen hastalar arasında farklı müdahale yöntemlerinin sigara bırakma üzerindeki etkisinin karşılaştırıldığı çalışmada, hekim tavsiyesi ile yapılan müdahalelerin sigara bırakma oranlarını artırdığı bildirilmiştir (50). Yazılı teşviklerin ve imzalanmış anlaşmaların da psikolojik bağımlılık üzerine etkinliği olduğu söylenebilir. MIRNET 2015 yılı çalışmasında ise aile hekimlerinin sigarayı bırakmaya yönelik 3-5 dakikalık danışmanlık görüşmelerinin, 6 aylık takiplerde hastaların %8' inde sigarayı bırakmayı sağladığı bildirilmiştir (51). Bu sonuç, önerdiğimiz kısa hekim danışmanlığını destekler niteliktedir.

Almanya Bilgisayar Destekli Mektuplar ve Kısa Tavsiyeler çalışmasında; sigara içen katılımcılara yönelik kişiselleştirilmiş bilgisayar destekli mektuplar ve hekim tarafından verilen kısa tavsiyeler uygulanmıştır. 6 aylık takibin sonunda kişiye özel mektupların daha etkili olduğu ve sigara bırakma oranının %18,3 olduğu bildirilmiştir (52). Sonuçlar; çalışmamıza benzer şekilde kişiye özel yaklaşımların, dijital araçlar ve yazılı materyallerle desteklendiğinde sigara bırakma oranlarını artırdığını göstermiştir.

Barselona' da 2015'te yapılan çalışmada, hekimler tarafından yapılan sigara bırakma tavsiyesiyle bir yılın sonunda müdahale grubunda %5,3' lük başarı elde edilmiştir (53). Yurt dışındaki bu bulgular, sigara bırakma sürecinde hekim rehberliğinin rolünü ortaya koyar.

Çalışmamızda sigara içmeye devam eden katılımcıların 76'sı (%76) sigara bırakmayı ciddi şekilde düşündüğü halde profesyonel yardım almak isteyenlerin oranı oldukça düşüktü (%17). Tekrarlayan görüşmeler sırasında, başlangıçta %86,7 olan profesyonel destek alma isteğindeki bu düşüşün nedenleri; sigara bırakma polikliniğine gitmek için çalıştığı işyerinden sağlık merkezine gitmek için izin almadaki zorluk, yaşadığı yerden sigara bırakma polikliniğine uzak olan mesafe, Alo 171 sigara bırakma hattının yoğunluğundan iletişime geçilememesi, yakınlarının veya kendilerinin olumsuz deneyimleri olarak sıralanabilir. Profesyonel yardıma olan isteksizlik ya da engeller hakkında daha fazla analiz yapılarak, sağlık otoritelerince atılacak adımlarla engellerin aşılarak kişilerin profesyonel desteğe ulaşım imkanı artırılabilir.

Sigara içmeye devam eden katılımcıların 36' sının (%36) günlük içtikleri sigara miktarında değişiklik olmadığı ancak 64' ünün (%64) günlük içtikleri sigara miktarını azalttıkları görüldü. Bu oran, sigara içme alışkanlığındaki kademeli azalmayı gösterebilir ve sigara bırakma sürecinde ilerleme olarak düşünülebilir. Bununla beraber ilk görüşmede sigarayı bırakmayı düşünen katılımcıların (%73,8), sigarayı bırakmayı düşünmeyen katılımcılara (%25) göre daha büyük oranda sigara içmeyi azalttıkları tespit edildi ($p<0,05$). Bu durum, başlangıçtaki bırakma niyetinin sigarayı azaltmada etkisi olduğunu düşündürüyor. Sigara içmeye devam eden katılımcıların sigara bırakmayı düşünme oranı; sigarayı azaltanlar arasında %77,6 iken, aynı miktarda sigara içmeye devam edenler arasında %22,4 saptandı. Sigara içenler arasındaki bu farklılık, sigarayı azaltmanın katılımcılarda olumlu bir düşünsel değişim yaptığını, daha fazla sigara bırakmayı düşündüklerini ve sigara bırakmaya daha yakın durduklarını gösterebilir. Son görüşmede sigarayı azalttığını söyleyen katılımcıların uyandıktan sonra sigara içme süreleri istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Sabah içilen ilk sigaranın zamanının nikotin bağımlılığı derecesiyle direkt bağlantılı olduğu bilinmektedir. Sigarayı azaltan katılımcılarda sabah uyanma zamanı ile içilen ilk sigara arasındaki sürenin uzamasının, bırakma niyetiyle sigara azaltmanın nikotin bağımlılığı üzerinde olumlu etkisi olduğunu düşünüyoruz.

**Çalışmamızın kısıtlılıkları:** Sigarayı bırakanlarda ekspirasyon havasında karbonmonoksit ölçümü ya da idrarda nikotin ölçümü gibi kantitatif testlerin Aile Sağlığı Merkezi şartlarında yapılamaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca başlangıçta çalışmaya dahil olmayı kabul edip, çalışma sürecinde telefonla arandıklarında yanıt vermeyenler çalışmadan çıkarıldığından hedeflenen sayıdan daha az kişiyle çalışma tamamlanmak zorunda kalındı.

Sigara bırakma konusunda ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda; farmakolojik tedavi, dijital destekler, bireyselleştirilmiş davranışsal terapiler ya da kısa hekim tavsiyesi gibi çeşitli yöntemlerin tek başına ya da kombine edilerek uygulandığında, sigara bırakma oranlarının değiştiğini görüyoruz. Sigara bırakma konusunda profesyonel yaklaşım sunan ve oldukça yüksek oranda sigara bıraktırabilen sigara bırakma polikliniklerine erişimde bazı zorluklar bulunmaktadır. Ayrıca bu merkezlere sadece sigara

bırakma niyetinde olan sigara içiciler başvurmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde sağlık hizmeti sunan Aile Hekimleri; hastalar için kolay ulaşılabilir ilk tıbbi temas noktasıdır. Bütüncül yaklaşımla kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunarlar. Poliklinik şartlarında yoğun klinik tedavi veremeseler de kısa tavsiyelerle sigara içicilerini sigarayı bırakmaya teşvik etmeleri, sağlık kalitesini artıran önemli bir faktördür. Çalışmamızda kısa klinik müdahalelerle sigara bırakma oranı %16 saptandı. Bu yüksek oran, Aile Hekimlerinin sigara bırakma konusunda teşvik edici faktör olduğunu açıkça ortaya koymuştur.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir Aile Sağlığı Merkezine farklı tıbbi nedenlerle gelen, sigara bırakma niyeti bilinmeyen hastalar arasında yaptığımız çalışmamızda, kısa klinik müdahalelerle sigara bırakma oranını %16 olarak saptadık. Bu bulgu, aile hekimlerinin sadece sigara bırakmaya karar vermiş kişilere değil, sigara bırakma niyetinde olmayan kişilere de tavsiyelerde bulunarak sigara bırakmada önemli bir rol üstlendiğini göstermiştir.

Sigara bırakma tedavilerine yönelik hazırlanan rehberlerde, sigara bırakma girişimleri yoğun klinik ve kısa klinik girişimler olarak sınıflandırılabilir. Sigara bıraktırma poliklinikleri gibi profesyonel birimlerce uygulanabilen yoğun klinik girişimler, özel eğitim ve uygulama için hastaya daha fazla zaman ayrılmasını gerektiren girişimler olup, sigara bırakma oranları kısa klinik girişimlere göre oldukça yüksektir. Aile Sağlığı Merkezinde ise hastalık tanı ve tedavilerinin yanında koruyucu sağlık hizmetleri, kronik hastalık taramaları ve izlemleri yapılmaktadır. Böylesine kapsamlı bir yoğun klinik girişimin rutin poliklinik işleriyle birlikte yapılması mümkün görünmemektedir. Rehberlerde “kısa klinik girişimler” olarak adlandırılan, hastaya sigara bırakmayı önererek, profesyonel desteğin verildiği birimlere sevk edilmesi şeklinde özetlenen girişimin bile sigara bırakmada etkili olduğu çalışmamızda gösterilmiştir.

Çalışmamızın başında profesyonel destek almak isteyen katılımcıların oranı %86,7 olduğu halde, profesyonel destek alan kişi oranını %15,8 saptadık. Bu da profesyonel destek almadaki zorlukları göstermektedir. Profesyonel destek almadaki en büyük engeller arasında iş yoğunluğu, sigara bırakma polikliniğine uzaklık ve önceki başarısız deneyimlerin etkisi olduğu görülmektedir. Bu etkenler nedeniyle çalışmamızın sonunda sigara içmeye devam eden katılımcıların %76’sı sigarayı bırakmayı düşündüğü halde, profesyonel destek almak isteyenlerin oranı ise %17’ye düşmüştür.

Çalışmamızda sigara içmeye devam edip sigarayı bırakmayı düşünen katılımcıların; günlük içtikleri sigara sayısını, ilk görüşmede bırakmayı düşünmeyenlere göre daha büyük oranda azalttıklarını gözlemledik. Sigara bırakma kararı almak kadar sigarayı azaltmanın da bir ön hazırlık olduğu ve sigara bırakma sürecinin bir parçası olduğu düşünülebilir. Özellikle sabah uyandıktan sonra ilk sigara içilmesine kadar geçen süresinin uzaması, azalan

nikotin bağımlılığı ile ilişkilendirilir ve bu da bırakma niyetinin olumlu bir işareti olabilir.

Çalışmamızın verileri, aile hekimlerinin sigara bırakma sürecinde teşvik edici yaklaşımlar ile tüm sigara içicilerine önemli bir fırsat sunabileceğini göstermiştir. Hastalarını yakından tanıyan ve kolay ulaşılabilen aile hekimleri sayesinde; kısa ama etkili bireyselleştirilmiş danışmanlık yöntemleriyle, sigara içicileri sigara bırakmaya teşvik edilebilir ve böylece sigara bırakma oranları artırılabilir. Sigara bırakma niyetinin sigara bırakma ile sonuçlanması ise yoğun, kapsamlı ve sürekli bir profesyonel yardım ile mümkündür. Profesyonel yardım almayı teşvik etmek için sigara bırakma kliniklerinin erişilebilirliğini artıracak sağlık politikaların geliştirilmesi büyük önem taşır.

## KAYNAKLAR


1- World Health Organization. Tobacco. 2023 Jul 31. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco [12.03.2024].

2- Bilir N, Özcebe LH. Türkiye MPOWER koşullarını ne kadar karşılamaktadır?. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(1).

3- T.C Sağlık Bakanlığı. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı: Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu (31 Mayıs-31 Aralık 2018). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı;2018.

4- McIvor A, Kayser J, Assaad J.M, Brosky G, Demarest P, Desmarais P, Weinberg R. Best practices for smoking cessation interventions in primary care. Can Respir J. 2009; 16: 129-134.

5- Seydioğulları M. Dünya'da ve Türkiye'de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. 2009. https://www.tutuneksper.org.tr [12.03.2024].

6- Şengün Y. Türkiye'de birinci basamağa yönelik ulusal sigara bırakma kılavuzu geliştirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce,2019.

7- Yılmaz F. Osmanlı İmparatorluğu'nda tütün: sosyal, siyasi ve ekonomik tahlili (1600-1883). Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, 2005.

8- Fidancı İ, Ünal M, Oruç MY, Selçuk MY, Öztürk O, Gümüş Y. Toplumlarda Tütüne Yüklenen Misyonlar. Turkish Green Crescent Society. 2019; 6(4): 426-431.

9- Aslan D. Dünyada ve Türkiye'de tütün kontrolünde yeni bir dönem başladı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005; 14(1): 19–21.

10- Turgut A, Memiş R. Tütün kullanımına bağlı akciğer kanseri riski: Türkiye'de sağlık sektörü ve harcamaları. Int J Discip Econ Adm Sci Stud. 2022; 8(41): 360–371.

11- Mu GŞO. Tütün bitkisi ve farmakolojik özellikleri. Academia.edu. Erişim adresi: https://www.academia.edu [Erişim tarihi: 12.03.2024].

**12-**Demir K. II. Meşrutiyet dönemi Osmanlı basınında tütün tarımı ve reji şirketi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2019; 22(41): 419–446.

**13-**Demirbilek S. Tek parti döneminde inhisarlar (1923-1946). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*. 2012; 12(24): 203–232.

**14-**Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye'de tütün (nicotiana tabacum L.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı / Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. *Doğu Coğrafya Dergisi*. 2014; 18(30): 71–102.

**15-**Karabacak K. Türkiye'de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. *Coğrafi Bilimler Dergisi*. 2017; 15(1): 27–48.

**16-**Karlıkaya C. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi. 2006; 7(1): 51–64.

**17-**Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. *Pharmacol Rep*. 2005; *57*(2): 143–153.

**18-**Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2009;*49*, 57–71.

**19-**Dilektaşlı AG. Tütün dumanının içeriği ve farmakokinetiği. Türkiye Klinikleri Pulmoner Tıp - Özel Konular. 2012;5(2):6–10.

**20-**Ocak F, Yüce Z. Nikotin ve nikotin taşıyan sistemler. FABAD J Pharm Sci. 1996;22:145–154.

**21-**Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin bağımlılığının nörobiyolojisi ve klinik özellikleri. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular. 2016;7(5):13–19.

**22-**Canbakan S. Tütün mü? Sağlık mı? Tütünün insan vücuduna zararlı etkileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016; *4*(1): 44–55.

**23-**T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Yayın No: 948. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2012.

**24-**Ergüden B, Aslan Y. Covid-19 pandemisinin yetişkin bireylerde sigara bırakma başarı öngörüsü üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2024;12(1):118–134.

**25-**Canbakan S. Pasif İçicilik ve Üçüncü El Tütün Etkilenimi. *Göğüs Hastalıkları*. 2015; 51:51–75

**26-**Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. İçinde: Aytemur AZ, Akçay S, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. 2011. s.21–23.

**27-**Memiş R. Tütün kullanımına bağlı akciğer kanseri riski: Türkiye'de sağlık sektörü ve harcamaları. Yüksek Lisans Tezi. Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray; 2021.

**28-**Öntaş E, Aslan D. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması: Türkiye 2016 Verileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Toplum için Bilgilendirme Dizisi; 2018.

**29-**Mutlu Eİ, Seydioğulları M. Tütün kontrolü ve hukuk: son gelişmeler. [Yayın Kurulu]. 2017;(30).

**30-**Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye'de tütün kontrolü politikaları. World Health Organization Raporu. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/document [Erişim tarihi: 12.03.2024].

**31-**Sezik HA, Hüseyin CAN, Kılınç EA, Çulha G, Polat S. Tütün ve tütün ürünleriyle mücadele. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016;8(6):42–47.

**32-**T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018.

**33-**Yerlikaya H. Kanser ve tütün kontrolü: neden, nasıl? [Yayın Kurulu]. 2021;(30):19–23.

**34-**Bilir N. Tütün kontrolünün temel stratejileri. Türkiye'de Kanser Kontrolü. 2009; s.113.

**35-**Korkmaz G, Şimşek Ç. Sigara bağımlılığına yönelik müdahaleler. 2017;3(1):14–23.

**36-**Koyun A. Yetişkin kadınlara değişim aşamaları modeli (transteoretik model) ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara; 2013.

**37-**Ayçiçek O, Öztuna F. Sigara bırakma tedavisinde 5A ve 5R. Göğüs Hastalıkları Dergisi. 2015;86.

**38-**Yoğurtçuoğlu B. Sigara bağımlılarında sigara bıraktırmaya yönelik bir telefon uygulamasının nikotin bağımlılığı üzerine etkisi. Tıpta Uzmanlık

Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum; 2022.

**39-**Aytemur ZA. Tütün kullanım bozukluğunun farmakolojik tedavisi. Göğüs Hastalıkları Dergisi. 2015;94.

**40-**Şengezer T. Sigara bırakma tedavisinde bilişsel davranışçı yöntemler. Göğüs Hastalıkları Dergisi. 2015;110.

**41-**Öztürk O, Yavuz E, Özdemir M, Ayraler A. Bir aile sağlığı merkezi bünyesinde kurulan sigara bıraktırma kliniğine müracaat eden hastaların analizi. Bağımlılık Dergisi. 2023;24(4):507–513.

**42-**Kanada Tütün ve Nikotin Araştırması. (2022). https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-nicotine-survey/2022-summary.html [12.03.2025]

**43-**Aytemur Solak Z, Gündüz Telli C, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. Toraks Dergisi. 2003;4(1):73–77.

**44-**Gücük S, Kayhan M. Hastalarımızın kontrole gelme sıklıkları ile sigarayı bırakma ilişkisi: polikliniğimizin ilk bir yıllık sonuçları. Osmangazi Tıp Dergisi. 2019;41(4):371–379.

**45-**Manoochehri Z, Faradmal J, Moghimbeigi A. Modeling of smoking intensity by age at smoking onset among Iranian adult male using generalized additive model. Sci Rep. 2022;12(1):16700..

**46-**Beklen A, Yıldırım BG, Mimaroğlu M, Yavuz MB. Sigaranın ağız sağlığı üzerindeki etkisi ve Türk diş hekimlerinin tütün bırakma desteğinin hasta değerlendirmesi. Tütün Kaynaklı Hastalıklar. 2021;19:49.

**47-**Smith AL, Carter SM, Chapman S, Dunlop SM, Freeman B. Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers. BMJ Open. 2015;5(4):e007301.

**48-**Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci. 2012;42(3):515–522..

**49-**Siu A. Hamile kadınlar dahil yetişkinlerde tütün sigarasını bırakmaya yönelik davranışsal ve farmakoterapi müdahaleleri: ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü tavsiye beyanı. Ann Intern Med. 2015;163:622–634

**50-**Research Committee of the British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. Thorax. 1990;45(11):835–840.

**51-**Demers RY, The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. J Fam Pract. 1990;31(6):625–629.

**52-**Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. Addiction. 2008;103(2):294–304.

**53-**Nebot-Adell M, Cabezas C, Abellana R, Mondon S, Segura J. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención. Rev Clin Esp. 1989;184(4):201–205.