

MUĞLA'DA 2015-2016 YILLARI ARASINDA SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Metin Pıçakçıefe¹, Volkan Akkaya¹, Erkan Erbaş¹, Belgin Doğu²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Muğla

²Menteşe Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi, Sigara Bırakma Polikliniği, Muğla

ÖZET

Amaç: Sigara kullanımı, önlenabilir erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında yer almaktadır. Çalışmamızın amacı Muğla'da 2015-2016 yılları arasında Sigara Bırakma Polikliniği'ne yapılan başvuruların değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metot: Sigara bırakma sürveyans verisinin analiz edildiği tanımlayıcı ve retrospektif tipteki çalışmanın evrenini 2015-2016 yılları arasında Muğla ilinde Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 1205 kişi oluşturmuştur. Veri, SPSS 20,0 programı kullanılarak çözümlenmiştir.

Bulgular: Başvuranların %70,4'ü erkek, %29,6'sı kadın ve yaş ortalaması 39,93±12,09'dur. Ortalama

21,50±12,62 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. İstatistiksel olarak anlamlı faktörler arasında, başvuru sayısı (3 ve üzeri), vareniklin tedavisi ve mesleki durum (hassas ve dikkatli işler) yer almaktadır.

Sonuç: Sonuçta birinci basamakta sigara kontrolü ülkemizin sigara ile mücadelesinde önemli bir yer tutmaktadır. Sigara bırakma çalışmalarının başarıya ulaşması için, Sigara Bırakma Poliklinikleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri arasında eşgüdüm çalışmaları geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Sigara bırakma, sigara bırakma polikliniği, toplum sağlığı merkezi. Nobel Med 2019; 15(1): 21-27

EVALUATION OF THE REFERRALS TO THE SMOKING CESSATION POLYCLINIC BETWEEN 2015-2016 IN MUĞLA

ABSTRACT

Objective: Smoking remains to be the major preventable cause of early mortality and morbidity. The purpose of this study is to evaluate the referrals to smoking cessation polyclinic in Muğla between the years of 2015-2016.

Material and Method: The target population of the descriptive and retrospective study where surveillance data was analyzed was constituted by 1205 people who applied to Smoking Cessation Polyclinic in Muğla between the years of 2015 and 2016. The data was analyzed through SPSS 20.0 program.

Results: 70.4% of the applicants were male, 29.6% were female and the mean of age were 39.93±12.09. The mean smoking time were 21.50±12.62 package per year. Statistically significant factors included application number (3 and above), varenicline treatment and occupational status (sensitive and attentive jobs).

Conclusion: In conclusion, the first-line tobacco control takes an important place in the control in tobacco our country. For a successful tobacco control, Smoking Cessation Polyclinic and Community and Family Health Centers must work coordinately.

Keywords: Smoking cessation, smoking cessation polyclinic, community health centers. Nobel Med 2019; 15(1): 21-27

GİRİŞ

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, tüm dünyada doğum öncesi dönemden başlayarak yaşam boyunca başta solunum yolları ve kalp-damar hastalıkları olmak üzere insan sağlığını tehdit eden en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada erişkin nüfusta sigara içme sıklığı endüstriyel ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir.¹ Türkiye’de toplam olarak 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%41,5) kadınlara göre (%13,1) daha yüksektir.² Sigara dünyada her yıl 5 milyon kişinin, Ülkemizde ise 100 bin kişinin erken yaşta ölümüne neden olmaktadır.^{2,3} Sigara içenlerin çoğunluğunun sigaraya 18 yaşından önce başladıkları bildirilmektedir.² Sigara içimine küçük yaşlarda başlanması, nikotin bağımlılığının uzun yıllar devam etmesine ve sigarayı bırakmayı zorlaştırmasına neden olmaktadır.

Ülkemizde toplumsal bilinçlenme, kapalı ortamlarda sigara kullanım yasağı, ortaya çıkan hastalıklar ve ekonomik nedenlerden ötürü sigara kullanan kişilerin sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı günden güne artmaktadır.⁴ 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye’de sigara kullanım prevalansı %31,2’den %27,1’e düşmüştür.² Bu düşüşün sebepleri arasında şüphesiz sigara bırakma poliklinikleri de yer almaktadır.

Gençleri de içine alan bir sigara bırakma programı toplumda tütünün kontrolünde hızlı ve büyük yarar sağlayan bir yöntemdir.^{5,6} Sigara bırakma mamografi, kolon kanseri taraması, PAP testi, orta ve hafif hipertansiyonun tedavisi ve yüksek kolesterol tedavisi gibi diğer yaygın klinik koruyucu sağlık hizmetlerinden daha maliyet-etkindir.⁷⁻⁹ 12 Aralık

2007 tarihinde, T.C. Sağlık Bakanlığı, 130 kurum ve kuruluşun katılımı ile hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programını açıklamıştır. Bu program ülke genelinde tütün kullanımını etkin şekilde azaltmak konusunda yapılması gereken tüm faaliyetleri içermektedir. Ulusal tütün kontrol uzmanları ve ilgili kurumlar tarafından 2008–2012 yılları için Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı hazırlanmıştır.¹⁰ Eylem planı sonrası sigara bırakma polikliniklerinin faaliyete geçmesi süreci hızlanmıştır. Muğla’da ise sigara bırakma polikliniği 2015 yılının Şubat ayında Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi’ne (TUBATİS) giriş yapılarak faaliyetlerine başlamıştır.

Sigara bırakma poliklinikleri, sigara ile mücadelede son derece önem arz eden kurumlardır. Yapılan çalışmalara bakıldığında bu merkezlerin sigara bıraktırmadaki başarılarının %32,3 ile %40,4 aralığında değiştiği görülmektedir.^{4,11-14} Sigarayı bırakma tedavisinde davranış tedavisi ile birlikte verilen motivasyon ve farmakoterapi yararı gösterilmiş iki yaklaşımdır. En iyi sonuçlar iki tedavi yönteminin birlikte kullanılmasıyla elde edilmektedir.¹⁵ Bahsedilen bu tedavi yaklaşım stratejileriyle sigara kullanımının sıklığında anlamlı düşüşler sağlandığı söylenmektedir.¹³

Ülkemizde sigara bırakma poliklinikleri ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca ülkemizde toplum sağlığı merkezlerine bağlı sigara bırakma polikliniklerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanmadık. Muğla ilinde ise sigara bırakma polikliniklerine başvuranların değerlendirilmesi ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Muğla’da sigara bırakma polikliniğine başvuranların 1 yıllık değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı ve retrospektif tipteki çalışmanın evrenini 2015 Şubat-2016 Şubat tarihleri arasında Muğla'da Menteşe Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi (EATSM), Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 1205 kişi oluşturmuştur. 25 Mart ile 25 Mayıs 2016 tarihleri arasında Sigara Bırakma Polikliniği'ne gidilerek, polikliniğe başvuran 1205 kişinin, Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı Başvuru Formu, Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı Bilgilendirilmiş Olur Formu ve Konsültasyon Bilgi Notlarının tamamı araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Kayıtlarda eksik bilgisi bulunan ve tedavi sonucu belirtilmeyen başvurular çalışma dışında bırakılarak, 335 (%27,8) başvuru araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri sosyodemografik ve özgeçmişle ilgili özellikler; cinsiyet, yaş, hassasiyet gerektiren meslek varlığı, kronik hastalıklar, polikliniğe başvuru ve sigara içme durumlarıyla ilgili özellikler; başvuru tarihi, bilgilendirilmiş olur formunun varlığı, Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT), sigara kullanımı miktarı 'paket.yıl' (günlük içilen ortalama paket sayısı x içilen yıl), izlem ve tedavi durumlarıyla ilgili özellikler; başvuru sayısı, konsültasyon durumu, tedavi yöntemi, tedavi sonucu ile ilgili özellikler alt başlıklarında irdelenmiştir. Sigara bırakma durumları, polikliniğe başvuranların beyanı esas alınarak belirlenmiştir.

Nikotin bağımlılığını belirlemek için Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) uygulanmıştır. FNBT, sıklıkla nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için kullanılmaktadır.¹⁶ "0-2 puan: çok düşük bağımlılık"; "3-4 puan: düşük bağımlılık"; "5 puan: orta bağımlılık"; "6-7 puan: yüksek bağımlılık"; "8-10 puan: çok yüksek bağımlılık" olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁷ FNBT, Ülkemizde birçok araştırmada kullanılmıştır.^{4,11-14,18,19}

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Sigarayı bırakma durumları için cinsiyet, yaş, meslek, kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık varlığı, başvuru tarihi, FNBT puanı, sigara tüketimi, başvuru sayısı ve tedavi yöntemi açısından fark bulunup bulunmadığı Pearson ki-kare kullanılarak incelendi. Tip 1 hata düzeyi %5 olarak kabul edildi. Bağımsız değişkenin alt gruplarının 2'den fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunan durumlarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak, farkı sağlayan alt grup saptandı.

Tablo 1. Sosyodemografik ve özgeçmişle ilgili özelliklerin dağılımı		
Özellikler	n	%
Sosyodemografik		
Cinsiyet (n:335)		
Kadın	99	29,6
Erkek	236	70,4
Yaş grubu (n:335)		
18-27	57	17,0
28-37	103	30,7
38-47	88	26,3
48-57	59	17,6
58-64	17	5,1
65 ve üzeri	11	3,3
Hassasiyet veya dikkat gerektiren meslek	29	8,7
Özgeçmiş		
Kronik hastalıklar (n:73)		
Psikiyatrik hastalık	25	34,5
Hipertansiyon	14	19,3
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	12	16,4
Diyabetes mellitus	9	12,3
Koroner arter hastalığı	4	5,4
Serebrovasküler hastalık	4	5,4
Alkol ve madde bağımlılığı	4	5,4
Karaciğer hastalığı	1	1,3

Araştırma etik kurallar çerçevesinde yürütüldü. Çalışmadan önce Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan (Protokol no: 57, Karar no: 57, Tarih: 21.03.2016) ve Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Kayıt no: 48883244/799, Tarih: 04.04.2016) onay alındı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 335 kişinin %70,4'ü erkek, %29,6'sı kadındır. Yaş ortalaması 39,93±12,09'dur. Polikliniğe başvuranların %30,7'si 28-37, %26,3'ü 38-47, %17,6'sı 48-57, %17,0'si 18-27, %5,1'i 58-64 yaş aralığında olup, 65 ve üzeri yaş grubunda olan yaşlıların oranı ise %3,3'dür. Katılımcıların %8,7'sinde hassasiyet veya dikkat gerektiren meslek varlığı saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların %34,5'inde psikiyatrik hastalık, %19,3'ünde hipertansiyon, %16,4'ünde KOAH, %12,3'ünde diyabetes mellitus, %5,4'ünde koroner arter hastalığı, %5,4'ünde serebrovasküler hastalık, %5,4'ünde alkol ve madde bağımlılığı ve %1,3'ünde karaciğer hastalığı olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Polikliniğe yapılan başvuruların %36,7'si ilkbahar, %28,7'ü sonbahar, %20,3'ü kış ve %14,3'ü yaz

Tablo 2. Polikliniğe başvuru ve sigara içme durumlarıyla ilgili özelliklerin dağılımı		
Özellikler	n=335	%
Başvuru		
Başvuru tarihi		
İlkbahar	123	36,7
Yaz	48	14,3
Sonbahar	96	28,7
Kış	68	20,3
Bilgilendirilmiş olur formu	335	100,0
Sigara içme durumu		
Fagerström nikotin bağımlılık testi puanı		
Çok yüksek	123	36,8
Yüksek	116	34,6
Orta	39	11,6
Düşük	39	11,6
Çok düşük	18	5,4
Bir günde içilen sigara adedi		
10 ve altı	7	2,1
11-20	130	38,8
21-30	136	40,6
31 ve üzeri	62	18,5
Sabahları içilen ilk sigara		
5 dakika içerisinde	151	45,1
6-30 dakika	124	37,0
31-60 dakika	37	11,0
60 dakikadan sonra	23	6,9
Sigara içilmesi yasağına uymakta zorlanma	215	64,2
Sabahları içilen ilk sigaradan vazgeçmeme	225	67,2
Sigarayı günün ilk saatlerinde daha sık içme	235	70,1
Sigara içmeye devam etme (hastalık varlığı dahil)	202	60,3

aylarında gerçekleşmiştir. Tüm başvuranlara bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmıştır. Kişilerin ortalama sigara tüketimi 21,50±12,62 paket.yıldır. FNBT puan ortalaması 6,58±2,15 olup, katılımcıların %36,8'i çok yüksek, %34,6'sı yüksek, %11,6'sı orta, %11,6'sı düşük ve %5,4'ü çok düşük bağımlı grubunda yer almaktadır. Bir günde içilen sigara sayılarına bakıldığında olguların %40,6'sı 21-30, %38,8'i 11-20, %18,5'i 31 ve üzeri, %2,1'i 10 adet ve daha az sigara tükettiği görülmüştür. Başvuranların %45,1'i günün ilk sigarasını sabah kalktıktan 5 dakika, %37,0'ı 6-30 dakika, %11,0'ı 31-60 dakika içerisinde, %6,9'u kalktıktan 1 saat sonra tükettiği bulunmuştur. Kişilerin %64,2'si sigara içme yasağına uymakta zorlandığını, %67,2'si sabahları içilen ilk sigaradan vazgeçemediğini, %70,1'i sigarayı günün ilk saatlerinde daha sık içtiğini ve %60,3'ü hastalık varlığında dahi sigara içmeye devam edeceğini belirtmiştir (Tablo 2).

Polikliniğe başvuru sıklıklarına bakıldığında, %61,2'si 2 ve altı kez başvurmuştur. Kişilerin %5,1'inden çeşitli sebeplerle (ilaç etkileşimi, tedavi yan etkileri... gibi) konsültasyon istendiği görülmüştür. Başvuranların %57,0'ına vareniklin, %30,1'ine bupropion, %7,8'ine Nikotin Replasman Tedavisi uygulanmış, %5,1'ine ise farmakolojik tedavi verilmeyip sadece davranış terapisi uygulanmış ve %72,8'inin sigarayı bıraktığı görülmüştür (Tablo 3).

Sigarayı bırakma durumlarını, cinsiyet, yaş grubu, kronik veya psikiyatrik hastalık olup olmadığı, başvuru tarihi, FNBT puanı ve sigara tüketim miktarının etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$). Hassasiyet veya dikkat gerektiren meslek sahibi olanların ($p=0,033$), başvuru sayısı 3 ve üzeri olanların ($p=0,001$) ve tedavi yöntemi vareniklin olanların ($p=0,003$), sigara bırakma durumları diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, polikliniğe başvuranların çoğunluğunun erkek olduğu saptanmıştır. Literatürde çok sayıda çalışmada da erkeklerin sigara bırakma polikliniklerine daha fazla başvurdukları görülmektedir.^{4,12-14,20} Bu durum erkeklerin daha fazla sigara kullanmalarından kaynaklanıyor olabilir. Tüm dünyada sigara kullanımı ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışmada, erkeklerde sigara kullanımının kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{21,22}

Literatür incelendiğinde, sigara bırakma polikliniğe başvuranların yaş ortalaması 38 ile 48 arasında bulunmuştur.^{4,11-14,18,20,23} Bizim çalışmamızda ise başvuranları yaş ortalaması 39,93±12,09 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla da uyumludur. Sigara bırakma polikliniğe başvuranların yaş ortalamasının yüksek olmasına rağmen, sigara içmeye başlama yaşının düşük olduğu görülmektedir. Örneğin, Ülkemizde her gün sigara içenlerin sigara içmeye başladıkları yaş ortalaması 17,1 yıldır. 15 yaşından önce sigara içmeye başlayanların yüzdesi ise %16,1 dir.²

Çalışmamızda polikliniğe başvuranlarda, kronik hastalıklar içerisinde en sık psikiyatrik hastalıklar görülmektedir. İkinci basamak devlet hastanesinin sigara bırakma polikliniğinde yapılan bir araştırmanın sonucu, çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir.¹⁴

Yapılan araştırmalarda, sigara tüketimi ortalaması 18,4 ile 33,2 paket.yıl arasında değişmektedir.^{11,12,14,20} Bizim çalışmamızın sonucu da literatürde belirtilen sigara tüketimi ortalamaları ile ilgili aralıkla uyumludur.

Literatüre bakıldığında, sigara bırakma polikliniğine başvuranların FNBT puan ortalamalarının 5,4 ile 5,7 arasında olduğu görülmektedir.^{11,12,19,20} Bizim çalışmamızın sonucuna göre ise sigara bırakma polikliniğine başvuranlarda FNBT puan ortalaması literatüre göre yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni Sağlık Bakanlığının sigara bırakmayla ilgili ilaç politikaları olabilir.

Çalışmamızda, polikliniğe başvuranlara en çok vareniklin, ikinci sırada ise bupropion tedavisi uygulanmıştır. Literatüre bakıldığında vareniklin tedavisinin uygulandığı çalışmaların olduğu görülmektedir.^{4,14,20} Ancak, Nikotin Replasman Tedavisinin (NRT) diğer tedavi seçeneklerine göre daha sık uygulandığı çalışmalar da bulunmaktadır.^{11,13,18,23} İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerdeki sigara bırakma polikliniklerinde yazılan ilaçlar, sisteme kaydedildiklerinde ücretsiz alınabilmelerine rağmen, bazen başvuranlar tarafından ücretli olarak temin edilebilmektedir. Bu nedenle bu polikliniklerde genellikle vareniklin veya bupropin yerine, Nikotin Replasman Tedavisi uygulanmış olabilir. Oysa bizim çalışmamızda da olduğu gibi, toplum sağlığı merkezlerine bağlı sigara bırakma polikliniklerinde yazılan ilaçlar tamamen ücretsizdir. Bu nedenle vareniklin ve bupropion tedavisi toplum sağlığı merkezlerine bağlı polikliniklerde daha çok uygulanmaktadır. Ancak nikotin bağımlılığı yüksek ve kullanılmasında sakınca olmayan kişilere NRT önerilmektedir.

Çalışmamızın sonucunda bulunan sigara bırakma sıklığı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerdeki sigara bırakma polikliniklerinde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre daha yüksek bulunmuştur.^{4,11-14} İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerdeki polikliniklere yapılan başvuruların değerlendirildiği çalışmalarda, kayıtların ve izlemlerin daha düzenli yapıldığı anlaşılmaktadır. Kayıtların düzenli tutulması ve izlemlerin uygun yapılması çalışma dışında bırakılma kriterlerini de azaltacaktır. Ancak Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi polikliniğine yapılan başvurular içerisinde sigarayı bırakanların kayıtlarının düzenli tutulmasına rağmen tedaviyi bırakanlarla ilgili kayıtlar bulunmamaktadır. EATSM polikliniğindeki kayıtların ve izlemlerin düzensiz yapılmasının nedeni; 'Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı' ile EATSM polikliniği arasında veri alışverişlerinin düzenli yapılmaması olabilir. Çalışmamızda eksik bilgi bulunan, tedavi sonucu belirtilmeyen başvuruların fazla olması ve bu başvuruların çalışma dışında bırakılması, sigarayı

Tablo 3. İzlem ve tedavi durumlarıyla ilgili özelliklerin dağılımı		
Özellikler	n= 335	%
İzlem		
Başvuru sayısı		
2 ve altı	205	61,2
3 ve üzeri	130	38,8
Konsültasyon durumu		
İstenmiş	17	5,1
İstenmemiş	318	94,9
Tedavi		
Tedavi yöntemi		
Vareniklin	191	57,0
Bupropion	101	30,1
NRT	26	7,8
Sadece davranış terapisi	17	5,1
Tedavi sonucu		
Bıraktı	244	72,8
Bırakmadı	91	27,2
NRT: Nikotin Replasman Tedavisi		

bırakanların sıklığının yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamıza katılanlarda hassasiyet veya dikkat gerektiren mesleği olanlarda, sigara bırakma sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak literatürde bu konuyla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, başvuru sayısı artmasıyla, sigara bırakma durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, bizim araştırmamıza benzer olarak, tedavi ve takip süresinin artmasıyla, sigara bırakma sıklığının arttığı bildirilmiştir.⁴

Çalışmamızın sonuçlarına göre, sigara bırakma tedavisi olarak vareniklin kullananlarda, sigara bırakma sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Sigara bırakma tedavisi rehberine göre, sigara bırakma sıklığı, plasebo kullananlara göre vareniklin kullananlarda 3,1, bupropiyon kullananlarda 2,0 kat daha fazla bulunmuştur.¹³ Literatüre bakıldığında çok sayıda çalışma, vareniklin tedavisinin sigara bırakma başarısını artırdığını bildirmiştir.^{4,14,20}

Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, sigara bırakma sıklığını cinsiyet ve sigara kullanım miktarının etkilemediği bildirilmiştir.¹¹ Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Tablo 4. Sigara bırakma polikliniğine başvuranların bazı özelliklerine göre sigara bırakma durumlarının dağılımı			
Özellikler	Sigarayı Bırakanlar		
	n=335	%*	p**
Cinsiyet			
Kadın	69	69,7	0,403
Erkek	175	74,2	
Yaş grubu			
18-27	40	70,2	0,395
28-37	81	78,6	
38-47	65	73,9	
48-57	37	62,7	
58-64	13	76,5	
65 ve üzeri	8	72,7	
Hassasiyet veya dikkat gerektiren meslek			
Var	26	71,2	0,033
Yok	218	89,7	
Kronik hastalık			
Var	60	73,9	0,458
Yok	184	69,8	
Psikiyatrik hastalık			
Var	18	72,7	0,805
Yok	226	75,0	
Başvuru tarihi			
İlkbahar	93	75,6	0,395
Yaz	35	72,9	
Sonbahar	72	75,0	
Kış	44	64,7	
FNBT puanı			
Çok düşük	16	88,9	0,188
Düşük	27	69,2	
Orta	32	82,1	
Yüksek	86	74,1	
Çok yüksek	83	67,5	
Sigara tüketimi ^a			
20 ve altı	135	75,4	0,414
21 ve üzeri	97	71,3	
Başvuru sayısı			
2 ve altı	136	66,3	0,001
3 ve üzeri	108	83,1	
Tedavi yöntemi			
Vareniklin	151	79,1	0,003
Bupropion	66	65,3	
NRT ^b	13	50,0	
Sadece davranış terapisi	14	82,4	

*: Satır yüzdesi, **: Pearson ki-kare, *: paket x yıl, *: nikotin resplasman tedavisi. FNBT: Fagerström nikotin bağımlılık testi

Diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre, FNBT puanı 6 ve altında olanların sigara bırakma oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.¹³ Bizim çalışmamızda ise FNBT puanı ve sigarayı bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

KISITLILIKLAR

EATSM sigara bırakma polikliniğine yapılan başvurular içerisinde, kayıtlarında eksik bilgi bulunmayan ve tedavi sonucu belirtilenler araştırmaya dahil edildiği için sigara bırakma başarısı ile ilgili sonuç gerçeği yansıtmayabilir, bu araştırmamızın en önemli kısıtlılığıdır.

Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı, EATSM sigara bırakma polikliniğine başvuran tüm kişilerin, sigara bırakma durumlarını telefon ile izlemektedir. Ancak bu izlemlerde elde edilen veriler, EATSM sigara bırakma polikliniğine bildirilmemektedir. Bu nedenle poliklinik kayıtlarında tedavi sonucu bilinmeyen çok sayıda kişi bulunmaktadır. Sonuçta, eksik verileri olan bu kayıtları çalışmamızın dışında bırakmak zorunda kaldık.

SONUÇ

Sonuç olarak, EATSM sigara bırakma polikliniğine başvuranların çoğunluğu erkek, en çok 28-37 yaş grubunda ve kronik hastalık olarak en sık psikiyatrik hastalıklara sahip oldukları bulunmuştur. Polikliniğe yapılan başvurular en sık ilkbahar aylarında yapılmış ve çoğunluğunun yüksek ve çok yüksek nikotin bağımlılık puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca polikliniğe başvuranların çoğuna vareniklin tedavisi uygulanmış ve yaklaşık dörtte üçü sigarayı bırakmıştır. Hassasiyet veya dikkat gerektiren meslek sahibi olma, başvuru sayısı 3 ve üzeri olma ve tedavi yöntemi olarak vareniklin kullanma durumlarının, polikliniğe başvuranların sigarayı bırakma durumlarını olumlu etkilemesi çalışmamızın en önemli sonucudur. Sigara bırakma polikliniğine başvuranların kayıtlarının düzenli ve eksiksiz tutulması ayrıca başvuranların düzenli ve sürekli takip edilmesi gerekmektedir. Sigara bırakma polikliniğine yapılan başvuruların daha erken yaşta yapılması sağlanmalıdır. 'Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı' tarafından yapılan izlemlerden elde edilen veriler EATSM sigara bırakma polikliniğine bildirilmelidir.

*Yazarlar herhangi bir çıkar ilişkisi içinde bulunmadıklarını bildirmiştir.

KAYNAKLAR

1. Dağlı E. Are low income countries targets of the tobacco industry? *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 113-118.
2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaber/Bultenleri.do?id=13142>. (Erişim tarihi:15.06.2016).
3. Report on the Global Tobacco Epidemic. -MPOWER. Warning about the dangers of tobacco. WHO: 2011http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf. (Erişim tarihi:15.06.2016).
4. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, ve ark. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 81-87.
5. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, et al. Has the California tobacco control program reduced smoking? *JAMA* 1998; 80: 893-899.
6. Hu TW, Sung HY, Keeler TE. Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *Am J Public Health* 1995; 85: 1218-1222.
7. Tsevat J. Impact and cost-effectiveness of smoking interventions. *Am J Med* 1992; 93: 435-475.
8. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA* 1997; 278: 1759-1766.
9. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261: 75-79.
10. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları. WHO Regional Office for Europe; 2010.
11. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 63-68.
12. Can G, Oztuna F, Topbaş M. Complaints related to smoking cessation. *Tuberk Toraks* 2007; 55: 364-369.
13. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Türk J Med Sci* 2012; 42: 515-522.
14. Mutlu P, Yıldırım BB, Açıkmeşe B. Results taken from a smoking cessation clinic at a second-level state hospital. *İstanbul Med J* 2015; 16: 145-148.
15. Fiore MC, Jaen CR, Baker T, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services: 2008.
16. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.
17. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, ve ark. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve faktör analizi. *Tuberk Toraks* 2004; 52: 115-121.
18. Örsel O, Örsel S, Alpar S, ve ark. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hastalıkları* 2005; 16: 112-118.
19. Salepci BM, Havan A, Fidan A, Kiral N, Saraç G. Sigara bırakma polikliniğinin KOAH ve küçük hava yolu hastalığının erken tespitine katkısı. *Solunum* 2013; 15: 100-104.
20. Abakay Ö, Abakay A, Tanrikulu AÇ, et al. The outcome of patients that admitted to outpatients of smoking cessation. *J Chest Dis Crit Care* 2014; 1: 7-10.
21. Guldish J, Passalacqua E, Pagano A, et al. An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction* 2016; 111: 220-230.
22. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet* 2012; 380: 668-679.
23. Aytemur ZA, Pişmişoğlu B, Kılınç O, et al. Intensive clinic intervention plus psychodrama in smoking cessation and effects on cessation outcome. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32: 630-637.