



# İZMİR'DE SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURANLARIN SİGARA VE DİĞER TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIM ÖZELLİKLERİ VE NİKOTİN BAĞIMLILIK DURUMLARI

Mustafa Kerem Kanık<sup>1</sup> , Mustafa Tözün<sup>2</sup> 

1- Doğu Beyazıt İlçe Sağlık Müdürlüğü

2- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

## Özet

Bu çalışmanın amacı sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumlarının değerlendirilmesidir. Bu kesitsel çalışmanın evrenini İzmir İli Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerinden Ocak – Mart 2018 tarihleri arasında hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma grubu 210 katılımcı ile oluşturuldu. Bu çalışmada, "Sigara Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi" ve "Sigara Dışı Tütün Ürünleri Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi" kullanıldı. Nikotin bağımlılığı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 22.0 kullanıldı. İstatistiksel analizler için ki kare testi ve student t testi kullanıldı. Ortalama sigaraya başlama yaşı 18.62±5.47 yıl, sigara bırakma polikliniğine başvurmadan önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin sıklığı %55.7 idi. Sigara dışı tütün ürünü kullanım sıklığı %21.9 (n: 46) olup en sık kullanılan ürün elektronik sigaradır (%16.7). Sigara dışı tütün ürünü kullanan 46 kişinin %43.5'i sigarayı bırakmak için, %21.7'si sigaradan daha az zararlı olduğunu düşündüğü için başlamıştır. Elektronik sigara için; sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünenler %51.4 (Elektronik sigara kullanan 35 kişide), nargile için sigaradan daha çok zararlı olduğunu düşünenlerin sıklığı %43.8'di (nargile için 16 kişide). Fagerström testi ile 99 (%47.1) kişi ileri derece nikotin bağımlılığına sahip bulundu. Yaş arttıkça nikotin bağımlılığı düzeyi artmaktaydı ( $p \leq 0.05$ ). Lise ve üzeri öğrenim düzeyinde ortaokul ve altı öğrenim düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeyi daha düşüktü ( $p \leq 0.05$ ). Katılımcıların tütün ürünleri konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir. Tütün ürünlerine başlanmasının engellenmesi öncelikli koruma önlemi olmakla birlikte, sigarayı bırakma polikliniklerinin hizmetlerinin etkinleştirilmesi de tütün ile mücadelede etkili olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara, sigara dışı tütün ürünü, sigara bırakma.

## SMOKING and OTHER TOBACCO USE CHARACTERISTICS and NICOTINE DEPENDENCE STATUS of THOSE WHO APPLIED to SMOKING CESSATION POLYCLINICS in İZMİR

The aim of this study was to evaluate smoking and other tobacco use characteristics and nicotine addiction among applicants in smoking cessation polyclinics in Izmir. The universe of this cross-sectional study consists of who applied to Karşıyaka and Konak Smoking Cessation Clinics in Izmir between January and March 2018. The study group was created with 210 participants. In this study, "Smoking Assessment Questionnaire" and "Non-Smoking Tobacco Product Evaluation Questionnaire" were used. Nicotine dependence was assessed by the Fagerstrom Nicotine Dependence Test. Statistical analyzes were performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0. Chi square test and student t test were used for statistical analysis. The average age of starting smoke was 18.62±5.47 year. The frequency of those who attempted to quit smoking before applying to the smoking cessation clinic was 55.7%. The frequency of using non-smoking products is 21.9% (n: 46) and the most frequently used product is electronic cigarette (16.7%). 43.5% of the 46 people using non-smoking tobacco products started to quit smoking and 21.7% thought it was less harmful than smoking. For electronic cigarettes; 51.4% think they are less harmful than cigarettes (among 35 people using electronic cigarettes), and 43.8% think they are higher harmful than cigarettes for water pipe (16 people using hookah). With Fagerstrom test, 99 (47.1%) subjects were found to have severe degree of nicotine dependence. As age increased, nicotine addiction level increased ( $p \leq 0.05$ ). The level of nicotine dependence was lower in collage and upper education level than secondary and lower education level ( $p \leq 0.05$ ). Participants' knowledge levels on tobacco products are insufficient. Preventing the initiation of tobacco products is a priority protection measure, while enabling the services of the quit smoking outpatient clinics will be effective in fighting tobacco.

**Keywords:** Cigarette, non-cigarette tobacco product, cessation.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Prof. Dr. Mustafa Tözün

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İzmir, Türkiye.

**e-posta / e-mail:** mtzn76@gmail.com

**Geliş tarihi / Received :** 28.05.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.12.2019

**Nasıl Atıf Yaparım / How to Cite:** Kanık MK, Tözün M. İzmir'de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranların Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanım Özellikleri ve Nikotin Bağımlılık Durumları ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(1):84-95.

## Giriş

**S**igara ve tütün ürünleri önlenabilir hastalıklar ve ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Dünya’da yaklaşık bir milyar sigara içicisi olduğu tahmin edilmekte ve her yıl yaklaşık altı milyon insan tütün, tütün ürünleri ve pasif sigara içiciliği nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayının 2030 yılında sekiz milyona yükseleceği, bu kaybın %80’inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (1,2). Günümüzde, Türkiye’de yetişkin nüfusun %26.5’i sigara içmektedir (3).

Sigara dumanının solunması ile nikotin pulmoner venöz dolaşım yoluyla absorbe edilir. Nikotik kolinerjik reseptörlere bağlanır ve ödüllendirici psikoaktif etkiler yaratan birtakım nörotransmitterlerin salınmasını tetikler. Gebelikte sigara kullanımı, bebeklerin beyin ve organ gelişimini kötü etkilemekte, düşüklere, ani bebek ölümlerine, düşük doğum ağırlığına, konjenital malformasyonlara neden olmaktadır (4,5).

Sigaranın kişilere ve ülkelere olan ekonomik yükü de önemlidir. 2010’daki bir rapora göre Türkiye’de sigara satın almak için her yıl ortalama 20 milyar ABD doları harcanmaktadır, bu miktar Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık 4 katıdır (6).

Sigara nedeniyle gelişen hastalıkların oluşması ve ölüm riski, sigara bırakanlarda anlamlı olarak azalmaktadır (7). Sigaraya bağlı morbidite ve mortalite artışı Nisan 2004 tarihinde Türkiye’nin de dâhil olduğu 177 ülke tarafından onaylanan ve tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşma olan

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) imzalanmasına yol açmıştır (8). Ülkemizde TKÇS’nin onaylanmasını takiben yapılacak çalışmaların planlanması ve tütün salgınının kontrol altına alınabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı’nın önderliğinde 2006–2010 yıllarını kapsayacak şekilde bir “Ulusal Tütün Kontrol Programı” hazırlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018 günümüz ihtiyaç ve şartlarına göre güncellendi. Dumansız ortamlar yaratılmasını teşvik etmek ve sigarayı bırakma projelerinin uygulanması da TKÇS’nin hayata geçirilmesi için önerilen stratejiler arasında yer almaktadır (9).

Sigara içimi ya da bağımlılığı DSÖ’nün sınıflandırmasında (ICD 9-10) bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevi olarak kabul edilmektedir. Sigara bırakma poliklinikleri sigaranın bırakılması ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu açısından kilit noktada yer almaktadırlar (10).

Nargile ve elektronik sigara gibi tütün benzeri ürünler ülkemizde son yıllarda giderek yaygınlaşmakta ve tütün endüstrisinin yeni stratejisi olmaktadır. E-sigaralar etkililik ve güvenlilikleri ile ilgili verilerin yetersiz olmasına ve yasal olmamalarına rağmen doğrudan veya internet üzerinden pazarlanmaktadır (11).

Bu çalışmanın amacı sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumlarının değerlendirilmesidir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışma kesitsel tipte bir araştırma olup İzmir İli Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerinde Ocak-Mart 2018 tarihlerinde yapıldı.

Çalışmanın evreni İzmir İli Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerinden hizmet alan hastalardı. Örneklem büyüklüğü belirlemek için priori

güç analizi *G\*Power* 3.1 programı kullanılmıştır. Sigara dışı ürün kullanım yüzdesi %15, etki büyüklüğü 0,10, tip 1 hata 0,05 ve %95 istatistiksel güçte 207 kişi örneklemedeki birim sayısı olarak hesaplanmıştır. Çalışma periyodunda Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerine ilk başvuru ve kontrol

hastaları içinden çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dâhil edildi. Çalışma grubu 210 katılımcı ile oluşturuldu. Karşıyaka Sigara Bırakma polikliniğinden 105 (%50.0), Konak'dan 105 (%50.0) kişi katıldı. Çalışmanın ilk davette zaman sıkıntısı nedeniyle reddedenlere, çalışma periyodu içerisinde uygun bir güne randevu verildi. Görüşme sağlandı. Böylece çalışma periyodunda Sigara Bırakma Polikliniklerine başvuranlar içerisinde çalışmayı reddeden kişi olmadı. Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniğinden katılanların cinsiyete ve yaşa göre dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunamadı (Sırasıyla;  $X^2$ : 0.078; p: 0.780 ve  $X^2$ : 0.778; p: 0.941).

Çalışmada kullanılmak üzere literatüre uygun bir anket form geliştirildi. Anketin birinci kısmında kişinin sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık, engellilik durumu, sportif faaliyetlere katılım durumu, çay ve kahve kullanımına yönelik sorular soruldu. Anketin ikinci kısmı Sigara Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi olarak tasarlandı. Sigaraya başlama yaşı, sigara kullanım süresi, sigara kullanım sıklığı ve ortalama sigara içme sayısı, sigarayı geçmişte bıraktıysa bırakma zamanı soruldu (10,12,13).

Anketin son kısmını ise "Sigara Dışı Tütün Ürünleri Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi" oluşturmaktaydı. Sigara dışı tütün ürünü kullanma alışkanlığı sorusuna "Evet" cevabını verenlere hangi tütün ürünü kullandığı soruldu. Sigara dışı tütün ürünü kullanım nedeni sorgulandı. "Sigara dışı tütün ürünlerine sigaranın yerine ikame olarak mı başladınız?" sorusu yöneltildi. Bu soruya "Evet" yanıtını verenlere bu görüşünüzü hâlâ devam ettirip ettirmediği soruldu. Katılımcılardan sigara ve diğer tütün ürünlerinin zararlarını karşılaştırması istendi. Cevaplar üçlü Likert ölçeği ile oluşturuldu. Son soru

kapalı alanlarda e-sigara içilebilirliği hakkında oluşturuldu (14-16). Sigara dışı tütün ürünlerini kullananlara bunların sigaraya göre sağlığa zararları, her bir ürün için o ürünü kullananlara soruldu.

Sigara içtiğini ifade edenlere Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Ölçek ilk kez 1978 yılında Fagerström tarafından önerildi ve 1991'de Heatherton ve arkadaşları tarafından yeniden ele alınarak ortaya çıktı (17). Altı sorudan oluşmakta olan Ölçekte, her cevabın 0-3 arası puanı vardı. Toplam puan 0 ila 10 arasında değişmekteydi. Sigaraya bağımlılık arttıkça ölçekten alınan puan da artmaktaydı. Düşük Derece 0-3, Orta Derece 4-6 ve 7-10 puan İleri Derece Nikotin Bağımlılığını göstermekteydi. Ölçeğin Türkiye'de güvenilirlik çalışması yapılmıştır (18).

Veriler kişilerden onay alındıktan sonra yüz yüze anket görüşmesi yöntemiyle toplandı.

Çalışmanın yapılabilmesi için, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.10.2017 tarihli ve 221 sayılı karar numarası ile çalışmanın etik kurul onayı alındı. Ayrıca, 21.12.2017 tarihinde 59403238 sayılı başvuru ve 2018/2 karar no ile İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzinleri Değerlendirme Komisyonu'ndan izin alındı. Bu çalışma bir tez çalışmasından üretildi.

İstatistiksel analizler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 22.0 ile yapıldı. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile değerlendirildi. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler için ki kare testi ve student t testi kullanıldı. p  $\leq$  0.05 değeri istatistiksel anlamlılık için kabul edildi.

## Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan katılımcıların %58.1'i (n: 122) erkek, %71.0'ı (n: 149) 30-59 yaş grubunda idi.

Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunuldu.

**Tablo 1:** Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri.

Özellikler (n: 210)	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	122	58.1
Kadın	88	41.9
<b>Yaş grubu (yıl)</b>		
18-29	36	17.1
30-59	149	71.0
60 ve üzeri	25	11.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	141	67.1
Evli değil (Bekâr, dul, boşanmış)	69	32.9
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
Ortaokul ve altı	44	21.0
Lise ve üzeri	166	79.0
<b>Çalışma durumu</b>		
Herhangi bir işi var	133	63.3
İşsiz, emekli, ev hanımı	77	36.7
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	198	94.3
Yok	12	5.7
<b>Algılanan aylık gelir düzeyi</b>		
Çok iyi + İyi	83	39.5
Orta	88	41.9
Kötü + Çok kötü	39	18.6
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	61	29.0
Yok	149	71.0
<b>Engellilik</b>		
Var	3	1.4
Yok	207	98.6
<b>Sportif faaliyetler</b>		
Düzenli yapıyor	27	12.9
Düzensiz yapıyor	59	28.1
Yapmıyor	124	59.0
<b>Çay alışkanlığı</b>		
Var	204	97.1
Yok	6	2.9
<b>Kahve alışkanlığı</b>		
Var	205	97.6
Yok	5	2.4

Çalışma grubunda ortalama sigaraya başlama yaşı  $18.62 \pm 5.47$  yıl olarak saptandı. Erkeklerde ortalama sigara başlama yaşı ( $17.30 \pm 3.82$ ) kadınlara göre ( $20.44 \pm 6.77$ ) daha düşüktü ( $p < 0.05$ ). Ortalama sigara

kullanma süresi  $23.46 \pm 12.02$  yıldır. Sigara kullanma sıklığı  $24.03 \pm 12.05$  adet/gün olarak bulundu. Katılımcıların %30.5'i (n: 64) 15 yaşından önce, %61.8'i (n: 130) 18 yaşından önce sigaraya başladığı saptandı.

Sigarayı daha önce bırakmayı deneyenler 117 (%55.7) kişiydi. Bunların %95.7'si (n: 112) kendi kendine sigarayı bırakmayı denemişlerdi.

Çalışma grubunun sigara kullanma alışkanlığı ile ilgili özellikleri Tablo 2'de sunuldu.

**Tablo 2:** Çalışma grubunun sigara kullanma alışkanlığı ile ilgili özellikleri.

Özellikler (N: 210)	Erkek	Kadın	Toplam	İstatistiksel* analiz
Sigaraya başlama yaşı (yıl) ( $\bar{X} \pm SD$ )	17.30 $\pm$ 3.82	20.44 $\pm$ 6.77	18.62 $\pm$ 5.47	t: -3.923; p<0.001
Sigara kullanma süresi (yıl) ( $\bar{X} \pm SD$ )	22.19 $\pm$ 12.16	25.21 $\pm$ 11.68	23.46 $\pm$ 12.02	t: -1.816; p: 0.710
Sigara kullanma sıklığı (adet / gün)	24.66 $\pm$ 11.28	23.15 $\pm$ 13.08	24.03 $\pm$ 12.05	t: 0.879; p: 0.381
Sigarayı daha önce bırakmayı deneyenler ne kadar zaman önce bıraktı? (ay) (n: 117) ( $\bar{X} \pm SD$ )			47.90 $\pm$ 42.73 (min: 1; max: 216)	
<b>Sigarayı bırakmayı deneyenlerde kullanılan yöntemler** (n: 117), (n, %)</b>				
İlaç tedavisi	36	30.8		
Sigara Bırakma Polikliniğine Gitme	22	18.8		
Kendi kendine	112	95.7		

\*Erkek ve kadın arasında istatistiksel analiz yapıldı.

\*\* Birden fazla yöntem kullananlar olduğu için toplam yüzde %100'ü aşmaktadır.

Elektronik sigara 35 (%16.7), nargile 16 (%7.6), sarma tütün 12 (%5.7) kişi tarafından kullanılıyordu.

Herhangi bir sigara dışı tütün ürünü kullanan 46 (%21.9) kişide, sigara dışı tütün ürünlerine başlama nedenleri içinde en sık rastlanan üç neden sırasıyla şöyleydi: Sigarayı bırakmak için (n: 20, %43.5), sigaradan daha az zararlı olduğunu düşündüğünden (n: 10, %21.7) ve merak nedeniyle (n: 5, %10.9). Sigara dışı tütün ürünlerine sigaranın yerine ikame olarak başladığını bildirenlerin sayısı 23 (%50.0) idi. Bu 23 kişinin sadece 3'ü (%13.0) Sigarayı Bırakma

Polikliniği hizmeti aldıktan sonra da sigara dışı tütün ürünlerinin sigara yerine ikame edildiği fikrine sahipti.

Elektronik sigara için; sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünenler %51.4 idi. Nargile için sigaradan daha çok zararlı olduğunu düşünenler %43.8 idi. Sarma tütünün ise sigaraya benzer zararlı olduğunu düşünenler %58.3 sıklıkta idiler.

Sigara dışı tütün ürünlerinin sigaraya göre sağlığa zararları üzerine bu ürünleri kullananların verdikleri cevapların dağılımı Tablo 3'de sunuldu.

**Tablo 3:** Sigara dışı tütün ürünlerinin sigaraya göre sağlığa zararları üzerine bu ürünleri kullananların verdikleri cevapların dağılımı.

Sigara dışı tütün ürünlerinin sigaraya göre sağlığa zararları üzerine verilen cevaplar	n	%
<b>Elektronik sigara (N: 35)</b>		
Daha az zararlı	18	51.4
Benzer	13	37.2
Daha çok zararlı	4	11.4
<b>Nargile (N: 16)</b>		
Daha az zararlı	4	25.0
Benzer	5	31.2
Daha çok zararlı	7	43.8

Sarma Tütün (N: 12)		
Daha az zararlı	0	0.0
Benzer	7	58.3
Daha çok zararlı	5	41.7

\*Çalışma grubunda; püro, pipo, maraş otu gibi diğer sigara dışı tütün ürünlerini kullanan yoktur.

“Sigara içme yasağı olan yerlerde sizce elektronik sigara içilebilir mi?” sorusuna cevap veren 35 kişiden 24’ü (%68.6) “Evet, içilebilir” cevabını verdi.

Çalışma grubunda Fagerström testi ile nikotin bağımlılığı değerlendirilmiş olup, 30 (%14.3) düşük derece, 81 (%38.6) orta derece ve 99 (%47.1) kişi ileri derece nikotin bağımlılığına sahip bulundu.

Yaş arttıkça nikotin bağımlılığı düzeyi artmaktaydı ( $p \leq 0.05$ ). Lise ve üzeri öğrenim düzeyinde ortaokul ve altı öğrenim düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeyi daha düşüktü ( $p < 0.05$ ). Kahve alışkanlığı olanlarda nikotin bağımlılığı düzeyi daha yüksek bulundu ( $p \leq 0.05$ ).

Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin nikotin bağımlılığına göre dağılımı Tablo 4’de sunuldu.

Sigarayı daha önce bırakmayı deneyen 117 kişide nikotin bağımlılığı düzeyinin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, aylık gelir, sportif faaliyet, çay ve kahve alışkanlıklarıyla ilişkisi olmadığı görüldü (her biri için  $p > 0.05$ ). Ancak kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre ileri derece nikotin bağımlılığının daha yüksek sıklıkta olduğu bulundu (sırasıyla; %63.9, %42,  $p \leq 0.05$ ).

**Tablo 4:** Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin nikotin bağımlılığına göre dağılımı.

Özellikler (N: 210)	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre Nikotin Bağımlılığı			İstatistiksel analiz $\chi^2$ ; p
	Düşük derece n (%)	Orta derece n (%)	İleri derece n (%)	
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	19 (15.6)	46 (37.7)	57 (46.6)	0.406; 0.816
Kadın	11 (12.5)	35 (39.8)	42 (47.7)	
<b>Yaş grubu (yıl)</b>				
18-29	12 (33.3)	13 (36.1)	11 (30.6) <sup>a</sup>	14.005; <b>0.007</b>
30-59	16 (10.7)	59 (39.6)	74 (49.7) <sup>b</sup>	
60 ve üzeri	2 (8.0)	9 (36.0)	14 (56.0) <sup>c</sup>	
<sup>a, b, c:</sup> İleri ki kare analizine göre İleri derece Nikotin bağımlılığı sıklığı üç yaş grubunda da farklılık göstermektedir.				
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	18 (12.8)	52 (36.9)	71 (50.4)	1.951; 0.377
Evli değil (Bekâr, dul, boşanmış)	12 (17.4)	29 (42.0)	28 (40.6)	
<b>Öğrenim düzeyi</b>				
Ortaokul ve altı	6 (13.6)	8 (18.2)	30 (68.2)	11.242; <b>0.004</b>
Lise ve üzeri	24 (14.5)	73 (44.0)	69 (41.6)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Herhangi bir iş var	19 (14.3)	54 (40.6)	60 (45.1)	0.705; 0.703
İşsiz, emekli, ev hanımı	11 (14.3)	27 (35.1)	39 (50.6)	
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	29 (14.6)	78 (39.4)	91 (46.0)	Fisher's Exact test: $p > 0.05$
Yok	1 (8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)	

<b>Algılanan aylık gelir düzeyi</b>				
Çok iyi + İyi	13 (15.7)	36 (43.4)	34 (41.0)	5.780; 0.216
Orta	11 (12.5)	36 (40.9)	41 (46.6)	
Kötü + Çok kötü	6 (15.4)	9 (23.1)	24 (61.5)	
<b>Kronik hastalık</b>				
Var	11 (18.0)	16 (26.2)	34 (55.7)	5.587; 0.061
Yok	19 (12.8)	65 (43.6)	65 (43.6)	
<b>Sportif faaliyetler</b>				
Düzenli, yapıyor	7 (25.9)	10 (37.0)	10 (37.0)	6.315; 0.177
Düzensiz, yapıyor	11 (18.6)	22 (37.3)	26 (44.1)	
Yapmıyor	12 (9.7)	49 (39.5)	63 (50.8)	
<b>Çay alışkanlığı</b>				
Var	29 (14.2)	80 (39.2)	95 (46.6)	Fisher's Exact test: p>0.05
Yok	1 (16.7)	1 (16.7)	4 (66.7)	
<b>Kahve alışkanlığı</b>				
Var	27 (13.2)	80 (39.0)	98 (47.6)	Fisher's Exact test: <b>p: 0.030</b>
Yok	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	

## Tartışma

Ülkemizde erişkin nüfusun ¼'ünden fazlasının tütün ve tütün ürünlerini kullandığını, bu oranın belirtildiğinin aksine azalmadığını görmekteyiz. Dolayısıyla tütün ve tütün ürünleri kullanımına bağlı başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanserin ve sakatlığa neden olan kardiyovasküler sorunlar gibi birçok sorunun gittikçe arttığı görülmektedir. Akciğer kanseri açısından baktığımızda sigara içen her on hastanın biri akciğer kanseri olmakta, akciğer kanserli hastaların ancak %15-20'si yaşam süresini uzatan küratif tedavi için uygun bulunmakta, kalan hastaların çoğu ilk bir yıl içinde kaybedilmektedir. Tanı ve tedavi aşamasındaki çabalar ve alınan sonuca bakıldığında hastalığın topluma ciddi bir yükü olduğu söylenebilir. Yani tütün ve tütün ürünleri kullanımı hem hastalık öncesi dönemde hem de hastalık oluştuktan sonra kişiye ve topluma maddi ve manevi ciddi yükler getirmektedir. Bu nedenle tütün ve tütün ürünleriyle yapılan mücadele kapsamında Sigara Bırakma Poliklinikleri'nin etkin çalıştırılması önemli bir sağlık politikasıdır.

Çalışmamızda erkeklerin sigara bırakma polikliniğine kadınlardan daha fazla başvuru yaptığı görülmüştür. Yapılan birçok araştırmada da erkeklerin

sigara bırakma polikliniğine daha fazla başvuru yaptığı gözlenmiştir (19,20). Çalışmamızda erkeklerin daha fazla başvuru yapmasının nedeni, ülkemizde erkekler arasında sigara içme prevalansının daha yüksek olmasına bağlanabilir. Erkeklerin sigara bırakma polikliniklerine başvuru imkân ve farkındalığına daha fazla sahip olmaları da bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin yaş ortalaması 42.5'dir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da sigara bırakma polikliniğine başvuranların kırk yaş üstünde orta yaşlı kişiler olduğu görülmektedir (10,21).

Kişilerin genellikle adölesan çağ ve genç yetişkin iken sigaraya başlamakta ve genellikle bırakmaya meyilli olmadıkları gözlenmektedir. Araştırmamızda sigara bırakma polikliniğine en fazla başvuran yaş grubu 30-59 (%71.0) olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması daha yüksektir (p<0.001). Kadınların daha ileri yaşlarda sigara bırakma nedeni kilo almaktan kaçınmaları ve erkeklere göre daha zor sigara bırakmaları olabilir.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe sigaranın zararlarına yönelik farkındalığın ve sigara bırakma eğiliminin

artması beklenebilir. Çalışmamızda lise ve üzeri öğrenim görenlerin oranı (%79.0) yüksek bulundu. Yurt içi ve yurt dışından benzer sonuçlar bildirilmektedir (10,22).

Çalışma grubunda ortalama sigaraya başlama yaşı  $18.62 \pm 5.47$  yıl olarak saptandı. Erkeklerde ortalama sigara başlama yaşı ( $17.30 \pm 3.82$ ) kadınlara göre ( $20.44 \pm 6.77$ ) daha düşüktü ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların %30.5'i (n: 64) 15 yaşından önce, %61.8'i (n: 130) 18 yaşından önce sigaraya başlamıştı. En düşük sigara başlama yaşı 8'di. Türkiye'de 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre erkeklerin %61.8'inin, kadınların ise %49'unun sigara içmeye 18 yaşından önce başladığı bildirilmiştir (14). Vatan ve arkadaşlarının (23) tıp öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada sigaraya başlama yaşı ortalama  $17.6 \pm 2.8$ 'di. En düşük sigara içmeye başlama yaşı 7 olarak bildirilmiştir. Kız öğrencilerde sigara içmeye başlama ortalama yaşı  $18.9 \pm 2.4$ , erkek öğrencilerde  $17.2 \pm 2.8$  bildirilmiştir. Filippidis ve arkadaşlarının (24) 27 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada, sigaraya başlama ortalama yaşı 16.6'dır. Bu sonuçlar sigaraya başlama yaşının oldukça düşük olması yönünden çalışmamızın sonuçlarıyla benzerdir.

Çalışmamızda, sigarayı daha önce herhangi bir yöntem veya yöntemlerle bırakmayı deneyenler 117 (%55.7) kişi ve son denemeden itibaren geçen süre  $47.90 \pm 42.73$  aydı. Bunların hemen hemen tamamı (%95.7) kendi kendine, üçte birine yakını (%30.8) ilaç tedavisi ve %18.8'i ise sigara bırakma polikliniğine başvurarak sigarayı bırakmayı denemişlerdi. Daha önceki sigara bırakma girişimlerinde sigara bırakma polikliniğine başvurunun yaklaşık beşte bir olması, öncelikle ilk denemelerde bağımlılığın daha düşük seviyede olmasına ve sigara bırakma poliklinikleri hizmetlerinin yeterince bilinmemesine bağlanabilir. Literatür tarandığında çeşitli çalışmalarda (25-27) son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin sıklığı %42-%81 arasında bildirilmiştir. Bu çalışma sonuçlarının

bizim çalışma sonucumuzla uyumlu oldukları söylenebilir.

Çalışma grubunda, elektronik sigara 35 (%16.7) kişi tarafından kullanılıyordu. Elektronik sigara kullanım sıklığı hakkında literatürü taradığımızda Türkiye'de yapılmış bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Farsalinos ve arkadaşlarının (28) 28 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada halen sigara içenler arasında elektronik sigara kullanımı %10.8 bulunmuştur. Elektronik sigara kullanım sıklığı açısından çalışma sonucumuz, Avrupa'da yapılan çalışmaya göre yüksektir, denilebilir. Yaklaşık %80'inin lise ve üzeri eğitim derecesine sahip, yine yaklaşık %80'inin orta ve üzeri gelir düzeyinde olan bu grubun sigara dışı tütün ürünleri konusundaki bilgi düzeyi göz önüne alındığında, elektronik sigara kullanımının yüksek bulunması bilgi eksikliğine değil, alışkanlıklardan vazgeçmemeye bağlanabilir. Kişiler elektronik sigaranın, sigara ve diğer tütün ürünlerinin sağlığa zararları karşısında bir "ikame" olacağına inanmakta veya inandırılmaktadırlar. Tütün endüstrisinin bu yönde yapmış olduğu çalışmalar ve oluşturduğu baskının sonuçları bu çalışma sonuçlarına da yansımıştır, diyebiliriz.

Türkiye'de, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın 2012 yılı Raporu'nda sigara dışında çeşitli tütün ürünlerinin kullanım sıklığı; nargile kullanımı için %0.8, sarma sigara kullanımı için %2.6 ve diğer tütün ürünleri kullanımı için %0.4 olarak bildirilmiştir (14). Bizim çalışmamızda nargile ve sarma tütün sıklıklarının Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın sonuçlarından daha yüksek olması çalışma grubunun genel popülasyondan değil, Sigarayı Bırakma Polikliniğine başvuran kişilerden oluşmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda, sigara dışı tütün ürünlerine en sık başlama nedenleri "Sigarayı bırakmak için, sigaradan daha az zararlı olduğundan ve merak" olarak saptandı. Sigara dışı tütün ürünleri kullananlar; Elektronik sigaranın sigaradan daha az zararlı olduğunu,



nargilenin sigaradan daha çok zararlı olduğunu ve sarma tütünün ise sigaraya benzer zararlı olduğunu daha yüksek sıklıkta bildirmişlerdir. “Sigara içme yaşağı olan yerlerde sizce elektronik sigara içilebilir mi?” sorusuna %68.6 sıklıkla “Evet, içilebilir” cevabı alındı. Vickerman ve arkadaşlarının (29) çalışmasında elektronik sigaraya başlama nedeni olarak katılımcılar diğer tütün ürünlerini bırakma (%51.3), diğer tütün ürünlerinin yerine (%15.2), merak/denemek için (%9.9), diğer tütün ürünlerinin zararını azaltmak (%7), davranışsal ikame (%6.2), tütünün kapalı alanda yasak olması (%5.2), aşerme, stres ve sinirlilikle baş etme (%5.1) ve daha az zararlı olduğu için (%4.5) cevaplarını vermişlerdi. Pepper ve arkadaşları (30) elektronik sigaraya başlama ve bırakma nedenlerini, merak (%53), bir arkadaş veya aile üyesi, bir elektronik sigara kullandı, verdi veya teklif etti (%34), sigarayı bırakmak ya da kesmek (%30), sigaranın normal sigaralardan daha az zararlı olduğunu düşünmek (%29), sigaranın yasak olduğu yerlerde kullanılabilmesi (%26) ya da diğer tütün ürünlerine göre daha az zararlı olması (%23) olarak rapor etmiştir. Aynı çalışmada elektronik sigaraya başlayanların %65’i daha sonra kullanmayı bırakmışlardı. Elektronik sigarayı bırakmanın en sık sebebi denemek için (%49), sigara gibi hissettirmedeği (%15), sigara gibi tat alamadığı (%14), elektronik sigara pahalı olduğu (%13) için elektronik sigarayı bırakmışlardı. Katılımcıların %11’i aşermelere ya da sigara bırakmaya etkisi olmadığı (%11) ve %12’si neden bıraktıklarını bilmedikleri için bırakmıştı. Sadece %3’ü sigarayı bıraktığı için bıraktığını bildirmiştir. Subaşı ve arkadaşlarının (31) çalışmasında kişilerin nargileye başlama nedenleri incelenmiş; katılımcıların %60.4’ü merak etmelerini, %34.1’i arkadaş etkisini, %1.8’i ise sigara yerine nargile içme durumunu, nargileye başlamalarında rol oynayan faktör olarak belirtmişlerdir. Nargileye başlama konusunda etkili olan diğer faktörler arasında özenti, hoşça gitme, stres, iş

ortamı, hobi, sosyal ortam, nargilenin aromasının hoşça gitmesi gibi nedenler olarak bulunmuştur. Türkiye dışında yapılan çalışmalara baktığımızda; Braun ve arkadaşlarının (32) lise öğrencileri arasında nargile kullanımı çalışmasında nargileye başlamak için ilk üç neden sosyalleşme (%29), akran etkisi (%27), rahatlama (%25) olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %88’i zararlı olduğunu bildiğini, %98’i ise istediği zaman bırakabileceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızın sonucuna benzer olarak elektronik sigara kullanmaya başlayan kişilerin daha çok; merak etmeleri, sigarayı bırakmak için ve sigaradan daha az zararlı olduğunu düşündükleri için sigaraya başladığını görüyoruz. Henüz, elektronik sigaranın sigara bırakma ve zararları konusunda yeterli çalışma olmayıp sigarayı bırakmak isteyenlerin doğru danışmanlık ve destek alması önemlidir. Nargileye başlama sebebi olarak daha çok; merak, sosyalleşme ve akran etkisini görmekteyiz. Sarma tütünün ise daha çok artan vergilerden dolayı sigaradan daha ucuz olduğu için tercih edildiği söylenebilir. Genel olarak, sigara dışı tütün ürünlerine başlama nedenleri ve bu ürünlerin sigaraya göre zararları hakkında alınan cevaplar açısından bizim çalışma sonuçlarımız ile literatürün uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışma grubunda Fagerström testi ile nikotin bağımlılığı değerlendirilmiş olup 30 (%14.3) düşük derece, 81 (%38.6) orta derece ve 99 (%47.1) kişi ileri derece nikotin bağımlılığına sahipti. *Velioğlu* ve arkadaşlarının (10) yaptığı çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skor dağılımına bakıldığında; %9.2 çok düşük, %22.4 düşük, %16.4 orta, %31.3 yüksek, %20.7 çok yüksek bulunduğu görülmektedir. Çelepkolu ve arkadaşlarının (33) yaptığı çalışmada katılımcıların nikotin bağımlılık skorları düşük; %22.5, orta; %17.6, yüksek; %45.8 ve çok yüksek; %14.1 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre orta derece bağımlılık

sıklığı biraz daha yüksek, yüksek derece bağımlılık ise biraz daha düşük bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamız ve diğer çalışmaların, sigara bırakma polikliniğine başvurma ihtiyacı duyan kişilerin yaklaşık yarısında, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı görüldüğünü bildirmesi, sağlık hizmeti planlaması açısından ilgi çekicidir.

Kadınların ortalama içtiği sigara miktarının erkeklere göre daha düşük olmasına bağlı olarak, nikotin bağımlık düzeyinin de daha düşük olması beklenebilir. Literatürde erkeklerin kadınlardan daha yüksek nikotin bağımlılığına sahip olduğu görülmektedir (34,35). Ancak çalışmamızda, erkek ve kadınlar arasında nikotin bağımlılığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Okutan ve arkadaşlarının (36) çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer olarak, erkek ve kadın arasında nikotin bağımlılığı yönünden fark bildirilmemiştir. Farklı sonuçlar, çalışma gruplarının farklı özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Sigara içme, genellikle adölesan çağlarda ve az miktarda sigara ile başlamaktadır. Tolerans geliştikçe içilen sigara miktarının ve bağımlılık düzeyinin arttığı bildirilmektedir (10). Bu çalışmada da yaş arttıkça nikotin bağımlılığı skorunun arttığı gözlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Bu çalışmada, düşük öğrenim düzeyine sahip olmak ile yüksek nikotin bağımlılığı arasında ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Brathwaite ve arkadaşlarının (37) ve Courtney-Long ve arkadaşlarının (38) yaptığı çalışmalarda öğrenim düzeyi ile nikotin bağımlılığı arasında güçlü, negatif yönde ilişki bildirmişlerdir.

Bu çalışmada, kahve içme alışkanlığı ile nikotin bağımlılığı düzeyi arasında ilişki saptandı. Kahve içme alışkanlığı olanlarda nikotin bağımlılığı

## Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen başlıca sonuçlar şöyle özetlenebilir: Sigara dışı tütün ürünü kullanan 46 kişide, sigara dışı tütün ürünlerine başlama nedenleri içinde en sık rastlanan üç neden sırasıyla

şiddeti daha yüksekti ( $p<0.05$ ). Marshall ve arkadaşlarının (39) yaptığı çalışmada da kahve ve sigara içiminin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sigara tiryakileri sigara ile birlikte genellikle kahve de içmektedir. Kahve ile nikotin bağımlılığı arasında gösterilen ilişkinin birlikte kullanmaya bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubunda nikotin bağımlılığı düzeyi ile herhangi bir kronik hastalık olma durumu arasında bir ilişki bulunamazken, sigarayı daha önce bırakmayı deneyen 117 kişi içerisinde, kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre ileri derece nikotin bağımlılığının daha yüksek sıklıkta olduğu bulundu ( $p\leq 0.05$ ). Bu sonuç nikotin bağımlılığına bağlı olarak kronik hastalıkların oluşması ve kronik hastalıkların yarattığı sağlık sorunları nedeniyle bu kişilerin sigarayı bırakmayı denemiş olabileceklerini düşündürdü.

## Güçlü yönler ve Kısıtlılıklar:

*Güçlü yönler;* Elektronik sigara kullanımı hakkında ülkemizde yapılan yayınlar kısıtlıdır ve çok yenidir. Araştırmamız bu konuda literatüre katkıda bulunarak bu konuda yapılacak yayınlar için yol gösterici olacaktır. *Kısıtlılıklar;* bu çalışma kesitsel bir çalışma olması nedeni ile sonuçları topluma genellenemez ve neden-sonuç ilişkileri gösterilemez. Tütün benzeri ürünlere başlama nedenleri sosyal ve ekonomik yönden incelenebilirdi. İleride bu husus ta dikkate alınarak daha kapsamlı prospektif ve klinik çalışmalar yapılabilir. Çalışma periyodunun kısa oluşu olgu sayısının yeterince yüksek olamamasına neden olmuştur. Bu çalışma daha geniş bir katılımcı sayısı ile gerçekleştirilebilirdi.

'sigarayı bırakmak için, sigaradan daha az zararlı olduğu düşünüldüğünden ve merak' idi.

Elektronik sigara için sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünenler çalışma grubunun yarısından çoktu.

Çalışma grubunun yarısına yakınında ileri derece nikotin bağımlılığı tespit edildi.

Toplum içinde yer etmiş, sigara dışı tütün ürünlerinin sigaradan daha az zararlı olduğu ve sigara yerine ikame edilebileceği algısının yenilmesinde, sigarayı bırakma polikliniklerinin yapacağı çalışmaların faydalı olacağı önerilir.

## Kaynaklar

1. World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular disease prevention and control [Internet]. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control, 2011. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/) (Available at: 21.06.2018)
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2008. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/> (Available at: 21.06.2018)
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854> (Erişim tarihi: 21.06.2018)
4. Benowitz N. Nicotine Addiction. *N Engl J Med.* 2010;362(24):2295–303.
5. Håkonsen L, Ernst A, Ramlau-Hansen C. Maternal cigarette smoking during pregnancy and reproductive health in children: a review of epidemiological studies. *Asian J Androl.* 2014;16(1):39.
6. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Policies of tobacco control in Turkey. WHO Regional Office for Europe, 2010, s. 1-98.
7. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. *N Engl J Med.* 2015;372(7):631–40.
8. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? Level of Tobacco Control in Turkey. *Turkish Thorac J.* 2009;(10):31–4.
9. Tuncer M. Türkiye Kanser Kontrol Planı (2013 - 2018). T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savas Dairesi Başkanlığı, 2015. [http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Plani\\_2013\\_2018.pdf](http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf) (Erişim tarihi: 21.06.2018).
10. Veliöğlu U, Sönmez CI. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyo demografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi *Dicle Tıp Derg.* 2018;45(1):35–41.
11. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med.* 2016;4(2):116–28.
12. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2004;52(1):63–8.
13. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: Human health effects. *Tob Control.* 2014;23(SUPPL. 2):36–40.
14. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye, 2012. [http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA\\_TR.pdf](http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf) (Erişim tarihi: 21.06.2018).
15. Bilir N. Successes and Challenges in Tobacco Control—Turkish Experience of 20 Years. *Eurasian J Pulmonol.* 2017;19(3):119–23.
16. Flouris AD, Chorti MS, Poulianiti KP, Jamurtas AZ, Kostikas K, Tzatzarakis MN, vd. Acute impact of active and passive electronic cigarette smoking on serum cotinine and lung function. *Inhal Toxicol.* 2013;25(2):91–101.
17. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-1127.
18. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks.* 2004;52(2):115–21.
19. Wu PC, Hsueh KC, Mar GY, Hsueh SC, Tu MS, McRobbie H, et al. Gender Differences in Outcome of an Attempt to Stop Smoking Among Smokers Attending a Smoking Cessation Clinic in Taiwan: 3-Year Follow-Up Study. *Eval Heal Prof.* 2016;39(3):317–25.
20. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, ve ark. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Derg.* 2013;14(14):81–7.
21. Walker NJ, Van Woerden HC, Kiparoglou V, Yang Y, Robinson H, Croghan E. Gender difference and effect of pharmacotherapy:

- findings from a smoking cessation service. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1–8.
22. Smith PH, Kasza KA, Hyland A, Fong GT, Borland R, Brady K, et al. Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: Results from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2014;17(4):463–72.
  23. Vatan İ, Ocakoğlu H İE. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2009;8(1):43–8.
  24. Filippidis FT, Agaku IT, Vardavas CI. The association between peer, parental influence and tobacco product features and earlier age of onset of regular smoking among adults in 27 European countries. *Eur J Public Health*. 2015;25(5):814–8.
  25. Thrasher JF, Swayampakala K, Cummings KM, Hammond D, Anshari D, Krugman DM, vd. Cigarette package inserts can promote efficacy beliefs and sustained smoking cessation attempts: A longitudinal assessment of an innovative policy in Canada. *Prev Med (Baltim)*. 2016;88:59–65.
  26. Bauermeister JA, Youatt EJ, Pingel ES, Soler JH, Johns MM. Psychosocial Obstacles to Smoking Cessation Attempts Among Young Adult Sexual Minority Women Who Smoke. *Behav Med*. 2018;44(2):123–30.
  27. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turk J Med Sci*. 2012;42(3):515–22.
  28. Farsalinos KE, Poulas K, Voudris V, Huezec J Le. Electronic cigarette use in the European Union: analysis of a representative sample of 27460 Europeans from 28 countries. *Addiction*. 2016;111(11):2032–2040.
  29. Vickerman KA, Carpenter KM, Altman T, Nash CM, Zbikowski SM. Use of electronic cigarettes among state tobacco cessation quitline callers. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(10):1787–91.
  30. Pepper JK, Ribisl KM, Emery SL, Brewer NT. Reasons for starting and stopping electronic cigarette use. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10345–61.
  31. Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M, ve ark. Nargile İçenlerin Nargile İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Türk Toraks Derg*. 2005;6(2):137–43.
  32. Braun RE, Glassman T, Wohlwend J, Whewell A, Reindl DM. Hookah use among college students from a Midwest University. *J Community Health*. 2012;37(2):294–8.
  33. Çelepkolu T, Atlı A, Palancı Y, Yılmaz A, Demir S, İbiloğlu AO, ve ark. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örneklemi. *Dicle Med J*. 2014;41(4):712–6.
  34. Azagba S, Asbridge M. Nicotine dependence matters: Examining longitudinal association between smoking and physical activity among Canadian adults. *Prev Med (Baltim)*. 2013;57(5):652–7.
  35. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Firat Güven S, Şipit T, vd. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeyleri. *Solunum Hast*. 2005;16:112–8.
  36. Okutan O, Taş D, Kaya H. Sigara içen sağlık personeline nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tuberk Toraks*. 2007;55(4):356–63.
  37. Brathwaite R, Smeeth L, Addo J, Kunst AE, Peters RJG, Snijder MB, vd. Ethnic differences in current smoking and former smoking in the Netherlands and the contribution of socioeconomic factors: A cross-sectional analysis of the HELIUS study. *BMJ Open*. 2017;7(7):1–12.
  38. Courtney-Long EA, Romano SD, Carroll DD, Fox MH. Socioeconomic factors at the intersection of race and ethnicity influencing health risks for people with disabilities. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2017;4(2):213–22.
  39. Marshall WR, Epstein LH, Green SB. Coffee drinking and cigarette smoking: I. coffee, caffeine and cigarette smoking behavior. *Addict Behav*. 1980;5(4):389–94