



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA COVID-19 FOBİSİ DÜZEYİ VE SİGARA
BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU SAYISI ÜZERİNE
ETKİSİ**

Dr. Hasan ARABACI

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Ağustos, 2021

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARDA COVID-19 FOBİSİ DÜZEYİ VE SİĞARA
BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU SAYISI ÜZERİNE
ETKİSİ**

Dr. Hasan ARABACI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL

Ağustos, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Hasan ARABACI'nın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu **“SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 FOBİSİ DÜZEYİ VE SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU SAYISI ÜZERİNE ETKİSİ”** başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İMZA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

.....

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

Prof. Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM

.....

Tez Savunma Tarihi: ../../2021

Yazar Bildirimi

“SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 FOBİSİ DÜZEYİ VE SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU SAYISI ÜZERİNE ETKİSİ” isimli uzmanlık tezinde

Dr. Hasan ARABACI;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ağustos, 2021

Dr. Hasan ARABACI

İmza:

Bilgilendirme

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Hasan ARABACI

Teşekkür

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Mehmet SARGIN' a;

Asistanlığa başladığım günden itibaren ve her çalışmamda desteğini esirgemeyen aynı zamanda tez danışmanım olan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran MUTLU' ya;

Asistanlık sürecinde bana destek olan ve bu sürecin verimli ve keyifli geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Desteğini asla esirgemeyen sevgili eşim Emine Şeyma ARABACI ve beni sabırla bekleyen kızlarım Asya Beren ARABACI ve Ahsen Eda ARABACI' ya ve yardımını hiç esirgemeyen değerli abim Mustafa Bünyamin BARUT' a;

Bugünlere ulaşmamı sağlayan, haklarını bir ömür boyu ödeyemeyeceğim annem Nuray ARABACI ve babam Zeki ARABACI ile değerli kardeşlerim Havva ARABACI, Yusuf Bünyamin ARABACI, Ahmet Furkan ARABACI ve kayınvalidem Mukadder BARUT ve kayınpederim Cemil BARUT' a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Dr. Hasan ARABACI

h.arabaci@live.com

İÇİNDEKİLER

ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ	viii
KISALTMALAR.....	x
Özet.....	xi
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Tütün ve Tütün Ürünleri	4
2.2 Tütün Kullanımının Tarihçesi	4
2.3 Tütün Epidemiyolojisi	5
2.4 Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Etkileri	6
2.5 Nikotin Bağımlılığı	7
2.6 Tütün Kullanım Bozukluğu	8
2.7 Tütün Kontrolü	9
2.7.1 Türkiye’de Tütün Kontrolü	10
2.8 Sigara Bırakma Yöntemleri	11
2.8.1 Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler	11
2.8.2 Farmakolojik Tedaviler	13
2.8.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi.....	13
2.8.2.2 Bupropion	13
2.8.2.3 Vareniklin	14
2.9 Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler	14
2.9.1.1 Nüks ve Hata.....	15
2.10 COVID-19 Pandemisi	15
2.10.1 Pandemi Nedir?	15
2.10.2 Koronavirüs Salgınları.....	15
2.10.3 COVID-19 Hastalığı.....	16
2.10.4 COVID-19 Epidemiyolojisi.....	16
2.10.5 COVID-19 Bulaş Yolları.....	17
2.10.6 COVID-19 Risk Faktörleri	18

2.10.7	COVID-19 Klinik Özellikleri.....	18
2.11	COVID-19 Pandemisinin Etkileri	20
2.11.1	Salgının Bireysel Etkileri.....	20
2.11.1.1	Psikolojik Etkileri	20
2.11.1.2	Ekonomik Etkileri.....	21
2.11.1.3	Sosyal Etkileri.....	22
3	GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1	Çalışma	23
3.1.1	Veri toplanması	23
3.2	Tanımlar.....	24
	Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği (C19P-S):	24
	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT):	24
	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21):	24
3.3	Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri Ve Ölçütleri	25
3.3.1	Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler	25
3.3.2	Sigara Kullanımına İlişkin Değişken ve Ölçütler	25
3.3.3	COVID-19 a bağlı İlişkin Değişken ve Ölçütler	25
3.4	Veri Analizi.....	26
4	BULGULAR.....	27
5	TARTIŞMA VE SONUÇ	57
5.1	Tartışma	57
5.2	Çalışmanın Kısıtlılığı	63
5.3	Sonuç Ve Öneriler	63
	Kaynaklar	65
	Anket Onam Formu Ve Anketler	74
	Etik Kurul Onay Formu	82

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: COVID-19 öncesi ve sonrası başvuran hastaların yaş dağılımları	28
Şekil 4.2: DASÖ-21 toplam ve alt boyut puanları	37
Şekil 4.3: DASÖ-21 alt boyut grupları	38
Şekil 4.4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) grupları	40
Şekil 4.5: Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam ve alt boyut puanları	44
Şekil 4.6: Depresyon durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puanları	45
Şekil 4.7: Anksiyete durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puanları	47
Şekil 4.8: Stres durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puanları	49

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: COVID-19 Tanısı, Vaka Tanımı Ve Vaka Yönetimi [68]	19
Tablo 4.1: COVID-19 öncesi ve sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların özellikleri	27
Tablo 4.2: Sosyodemografik özellikler.....	28
Tablo 4.3: Sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları ile ilgili özellikler	30
Tablo 4.4: Sigara bırakma davranışı ile ilgili özellikler	32
Tablo 4.5: Sigara bırakmak için destek alma durumu.....	33
Tablo 4.6: COVID-19 ile ilgili özellikler	34
Tablo 4.7: DASÖ-21'e verilen cevaplar	35
Tablo 4.8: DASÖ-21 toplam ve alt boyut puanları	36
Tablo 4.9: DASÖ-21 alt boyut grupları.....	37
Tablo 4.10: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	38
Tablo 4.11: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puan ve grupları .	39
Tablo 4.12: Koronavirüs-19 fobisi ölçeği	41
Tablo 4.13: Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam ve alt boyut puanları.....	43
Tablo 4.14: Depresyon durumuna Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar.....	44
Tablo 4.15: Anksiyete durumuna Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar.....	46
Tablo 4.16: Stres durumuna Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar.....	48
Tablo 4.17: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) gruplarına göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanların analizi	49
Tablo 4.18: DASÖ-21, FNBT ve Koronavirüs-19 fobisi ölçeği korelasyon analizi.....	51

Tablo 4.19: Sosyodemografik özelliklere göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar.....	51
Tablo 4.20: Kronik hastalıklar ve ilaç kullanımına göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar	53
Tablo 4.21: Sigara ve alkol kullanım özelliklerine göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar.....	54
Tablo 4.22: Çocuk sayısı, günlük içilen sigara miktarı ve sigara kullanma süresi ile Koronavirüs-19 fobisi ölçeği korelasyon analizi	55
Tablo 4.23: COVID-19 ile ilgili özelliklere göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar.....	55

KISALTMALAR

COVID-19	: Coronavirus Disease 2019(Koronavirüs hastalığı 2019)
CoV	: Koronavirüs
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome(Şiddetli Akut Solunum Sendromu)
MERS	: Middle East respiratory syndrome (Orta Doğu solunum sendromu)
SARI	: Severe Acute Respiratory Infections(Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları)
rRTPCR	: Real-Time Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction
NAAT	: Nucleic Acid Amplification Test
C19P-S	: Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
DASÖ-21	: Depresyon, anksiyete ve Stres Ölçeği-21

Özet

SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 FOBİSİ DÜZEYİ VE SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU SAYISI ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalarda COVID-19 korkusu düzeyi ve korkuyu etkileyen faktörler araştırılacaktır. Aynı zamanda pandemi öncesi ve sonrası başvuran hasta sayısı ve özellikleri karşılaştırılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne Şubat-Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran 464 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Fagerström nikotin bağımlılık testi(FNBT) , depresyon, anksiyete, stres ölçeği-21(DASÖ-21) ve koronavirüs-19 fobisi ölçekleri (C19P-S) uygulanmış olan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendi. Pandemi öncesi ve sonrası polikliniğimize başvuran hasta sayıları ve hasta bilgileri hastane sisteminden geriye dönük tarandı. Mevcut veriler ile sigara polikliniğine başvuran hastalarda COVID-19 korkusu düzeyi, başvuru sayılarındaki ve hasta özelliklerindeki değişim ile bunları etkileyen faktörlere dair veriler elde edilmiş statistical package for social sciences version 18.0 (SPSS 18) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 464 hasta dâhil edildi. Çalışmaya katılan hastaların %35,6'sı kadın, %64,4'ü erkektir. Yaş ortalamaları 38,18±11,35 olarak bulundu. Çalışmamıza katılan hastaların %8,4'ü COVID-19 geçirmiştir. Katılımcıların %8,4 'ünün en az bir yakını COVID19 nedeniyle vefat etmiştir. Korona virüs-19 fobisi ölçeği puan ortalaması 45,20±15,97, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı ortalaması 6,36±2,43 ve DASÖ-21 toplam puan ortalaması 16,39±12,99 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda COVID-19 korkusu düzeyi arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri de anlamlı şekilde artmaktadır($p<0,01$). Kadınların COVID-19 korkusu düzeyi erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p<0,05$). Çalışan hastaların COVID-19 korkusu çalışmayanlara göre anlamlı şekilde fazladır($p<0,05$). COVID-19 pandemisi döneminde sigara bırakma polikliniğimize başvuranların yaş ortalaması

Özet

anlamli olarak azalmiştir($p<0,001$). COVID-19 pandemisi döneminde başvuran erkek hasta sayisi COVID öncesi döneme kıyasla anlamli şekilde artmiştir($p:<0,05$)

Sonuç: Çalışmamıza katılan kadın hastalarda COVID-19 korkusunun erkeklere göre daha fazla olduğu, COVID-19 korkusunun depresyon, stres ve anksiyeteyi anlamli şekilde arttırdığı, genç yaş grubunda COVID-19 korkusunun daha düşük olduğu ve pandemi döneminde sigara bıraktırma polikliniğine başvuranların yaş ortalamasının anlamli şekilde düştüğü ve erkeklerin pandemi öncesine göre sigara bıraktırma polikliniğine daha fazla başvurduğu sonucuna ulaştık.

Anahtar kelimeler: sigara, COVID-19, koronovirüs-19 fobisi, korku

Abstract

COVID-19 PHOBIA LEVEL IN PATIENTS WHO APPLIED TO SMOKING CESSATION POLYCLINIC AND THE EFFECT ON THE NUMBER OF APPLICATIONS TO SMOKING CESSATION POLYCLINIC

Objective: In this study, the COVID-19 fear level in patients who applied to the Smoking Cessation Polyclinic during the COVID-19 pandemic period and the factors affecting the fear will be researched. Concurrently, the number of patients who applied before and after the pandemic and their characteristics will be compared.

Material and Method: 464 patients who applied to the Smoking Cessation Polyclinic between February and May 2021 were included in the research. The sociodemographic characteristics of the patients on whom Fagerström Nicotine Dependence Test (FNBT), Depression, Anxiety, Stress Scale-21 (DASÖ-21) and Coronavirus-19 Phobia Scales (C19P-S) had been applied were examined. The number of patients who applied to our polyclinic before and after the pandemic and patient information were retrospectively scanned in the hospital system. With the available data, the data on the COVID-19 fear level, the change in the number of applications and patient characteristics and factors affecting them were obtained from the patients who applied to Smoking Cessation Polyclinic. They were analysed by using statistical package for social sciences version 18.0 (SPSS 18) program.

Findings: 464 patients were included in the study. 35,6% of the patients participating in the study were female and 64,4% of them were male. The average age was $38,18 \pm 11,35$. 8,4% of the patients participating in our study had COVID-19. At least one relative of 8,4% of the participants died due to COVID 19. It came out that the average score of the Coronavirus-19 phobia scale was $45,20 \pm 15,97$, the average score of the Fagerström Nicotine Dependence Test was 6.36 ± 2.43 and DASO-21 total average score was 16.39 ± 12.99 . As the fear of COVID-19 increases, depression, anxiety and stress levels increase significantly ($p < 0.01$). The COVID-19 fear level of women was found to be significantly higher than men ($p < 0.05$). The COVID-19 fear level of working patients is significantly higher than non-working

Abstract

patients ($p<0.05$). The average age of those who applied to our Smoking Cessation Polyclinic after the COVID-19 pandemic has decreased significantly ($p<0.001$). The number of male patients admitted after the COVID-19 pandemic has increased significantly compared to the pre-COVID period ($p<0.05$).

Conclusion: We concluded that fear of COVID-19 was higher in female patients who participated in our study compared to men, fear of COVID-19 increased depression, stress and anxiety significantly, fear of COVID-19 was lower in the younger age group, the average age of those who applied to the Smoking Cessation Polyclinic after the pandemic decreased significantly and men applied to the Smoking Cessation Polyclinic more than before the pandemic.

Key Words: tobacco, COVID-19, coronavirus-19 phobia, fear

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019 tarihinde nedeni açıklanamayan solunum yolu enfeksiyonu vakaları tespit edilmiştir. Etyolojik ajan hemen saptanamadığı için ilk vakalar "nedeni bilinmeyen pnömoni" olarak sınıflandırılmıştır[1]. Araştırmalar sonrasında, hastalık etkeninin koronavirüs (CoV) ailesine ait yeni bir virüs olduğu açıklanmıştır. DSÖ tarafından, 11 Şubat 2020' de, yeni tip koronavirüs'ün neden olduğu bu hastalık, "koronavirüs hastalığı 2019" un kısaltması olan "COVID-19 hastalığı" olarak tanımlanmıştır[2].

Yeni tip koronavirüs'ün 7 Ocak 2020'de ilk kez bir hastadan izole edilmiş ve genom dizilimi yapılmıştır [3]. COVID-19 hastalığı, DSÖ tarafından uluslararası halk sağlığı sorunu kabul edilerek 30 Ocak 2020 tarihinde pandemi ilan edilmiştir [4].

COVID-19 salgınına ait ülkemizde ilk vaka Sağlık Bakanlığı tarafından 10 Mart 2020' de açıklanmıştır. İlk ölüm ise 15 Mart 2020'de gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanı tarafından 1 Nisan 2020 tarihinde COVID-19 vakalarının tüm Türkiye'ye yayıldığı açıklanmıştır[5]. Tüm dünyada Ağustos 2021 tarihi itibarıyla 200'den fazla ülke ve bölge olmak üzere, 4,2 milyondan fazla ölüm ve 200 milyondan fazla onaylanmış COVID-19 vakası tespit edilmiştir. Günümüzde halen devam etmekte olan salgının Ağustos 2021 itibarıyla Türkiye'de neden olduğu toplam ölüm 51 binin, toplam vaka sayısı ise 5,6 milyonun üzerindedir[6].

Sigara kullanımı tüm dünyada önlenabilir ölüm nedenleri içinde ilk sıralarda yer almaktadır. En önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. DSÖ'nün 2018'de yayınladığı rapora göre, 1,1 milyar kişi sigara kullanmaktadır ve sigara kullanımına bağlı nedenlerden her yıl 8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir[7]. Sağlık Bakanlığı'nın 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı Raporu verilerine göre ise Türkiye'deki 15 yaşın

üzerindeki nüfusun %29,2'si her gün düzenli olarak tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanımının insan sağlığı üzerindeki zararlı etkileri sebebiyle ülkemizde bir saatte 12, bir günde 300 kişi olmak üzere yaklaşık yüz bin erken ölüm gerçekleşmektedir[8].

Sigara kullanan kişilerin kronik hastalığa yakalanma oranı, sigara kullanmayanlara veya bırakmış olanlara göre daha yüksek olduğuna dair literatürde birçok çalışma mevcuttur. Sigara, akciğer kanseri ve ateroskleroz başta olmak üzere elliye yakın kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara kullanımı, tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kansere ve kalp hastalığına bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumludur[9].

Tütün ve tütün ürünleri solunum sistemi başta olmak üzere diğer sistemik enfeksiyonlara yatkınlığı artıran önemli bir risk faktörüdür. Sigara içilmesinin influenza gibi viral enfeksiyonları arttırdığı bilinen bir gerçektir. COVID-19 hastalığıyla ilgili de diğer viral enfeksiyonlar gibi literatürde benzer veriler bulundurmaktadır[10].

Çinde yapılan 5 çalışmanın derlemesinde sigara kullanımının COVID-19 hastalığının görülme sıklığı ve klinik seyrinin ağırlığı ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir[11]. Çin'de yapılan bir başka çalışmada ise erkeklerde artmış COVID-19 enfeksiyon sıklığı ve hastalığın daha kötü seyri erkeklerin daha yüksek oranda sigara kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür[12]. Bunun yanı sıra ağır seyirli olgularda sigara içme oranı daha yüksek bulunmuş olup, mekanik ventilasyon, yoğun bakıma yatış, ölüm oranları da daha fazla bulunmuştur. Sigara kullanan kişilerin hastalığın kötü seyri açısından 1,4 kat daha fazla riske sahip oldukları bulunmuştur[11].

COVID-19 pandemisi ve akabinde yaşanan gelişmeler, sağlık başta olmak üzere pek çok açıdan dünyayı etkisi altına almıştır. Devam etmekte olan COVID-19 pandemisinin ekonomik, politik ve zihinsel sağlık üzerine ciddi etkiler bırakabileceği düşünülmektedir[13]. COVID-19 pandemisi dünya genelinde birçok kişinin fiziksel sağlığı ve yaşamları için ciddi tehditlere neden olabildiği gibi aynı zamanda panik bozukluk, anksiyete, keder, kayıp ve depresyon gibi çok çeşitli psikolojik sorunların da oluşumunu

tetiklemektedir. Bu dönemde yapılan bir çalışmada insanların en sık yaşadıkları ruh sağlığı sorunu depresyon, stres ve anksiyete olarak bulunmuştur[14, 15].

COVID-19 pandemisi süresince alınan önlemler, yapılan karantinalar, uygulanan sokağa çıkma yasakları, eğitim faaliyetlerinin askıya alınması, spor müsabakalarının iptal edilmesi, toplumsal iletişimin fiziki kısıtlılığa uğraması, ekonomik faaliyetlerin durdurulması veya yavaşlatılması, yaşanan ekonomik sıkıntılar gibi hayatın pek çok alanını etkilemiştir. Günlük yaşamdaki bu tür ani değişikliklerin akıl sağlığını önemli ölçüde etkileyebilecek risk faktörleri olduğu düşünülmektedir.

COVID-19 pandemisinin sigara kullanan insanların sigara tüketiminde ve bağımlılık düzeylerinde artışa neden olduğuna dair çalışmalar mevcuttur[16, 17]. Sigara tüketiminde yaşanan bu artış ve bağımlılık düzeylerindeki artışın sigara bıraktırma polikliniğine başvuruları nasıl etkilediğini bulmayı ve olası sebepleri konusunda literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Çalışmamızda COVID-19 pandemisi sürecinde sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların COVID-19 fobisi düzeyi ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri araştırılacaktır. Aynı zamanda bu dönemde pandemi öncesine göre sigara bıraktırma polikliniğine başvuru sayılarının nasıl etkilendiğinden bahsedilecektir.

Literatürde, COVID-19 hastalığı ile ilgili yayınlar gittikçe artmakta, sigara kullanan hastalar üzerindeki psikolojik etkisi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu sebeple, çalışmamızda sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalarda COVID-19 hastalığı korkusu ve depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Bu sayede sigara bırakma konusunda yeni yaklaşımlar geliştirilebilir ve bunların yanı sıra sürece akademik anlamda katkı sağlanması amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Tütün ve Tütün Ürünleri

Tütün bitkisi(*Nicotiana tabacum*), patlıcangiller familyasından *Nicotiana* cinsinden yaprakları sigara ve tütün ürünleri yapımında kullanılan bir bitki türüdür[18].

Tütün ürünleri ise tütün bitkisinin yapraklarından üretilen kullanım şekli olarak başlıca tüttürme, emme, iğneme olmak üzere birçok farklı kullanımı olan maddelere denir. Başlıca sigara, nargile, pipo, puro, nikotin preperatları, çiğnemelik tütün olmak üzere birçok farklı şekilde kullanılmaktadır[19]. Ayrıca kâğıt, kolonya, esans üretimi için de kullanılmaktadır[20].

2.2 Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün bitkisi milattan önce yaklaşık 6000 yıllarında ilk olarak Amerika kıtasında yetiştirilmeye başlanmıştır. Yerliler tarafından tütün yapraklarını kurutulup sararak veya ufalayarak, çiğneyerek, deriye sürerek ve lavman şeklinde kullanılmıştır. Kristof Kolomb 1492 yılında Amerika kıtasına ulaştığında tütün Amerika kıtasında yaygın olarak tüketilmekteydi[21]. Tütün, Kristof Kolomb un Amerika kıtasını keşfinden sonra 16.yy'dan itibaren Avrupa'da, Avrupalı tüccarlarla Asya kıtasında ve Osmanlı imparatorluğunun etkisi ile Afrika kıtasında üretilmeye ve tüketilmeye başlanmıştır[22, 23].

Tütün Avrupa'da ilk olarak tıbbi amaçlarla kullanılmaya başlanmış ve 1566 yılında Jacques Nicot tarafından Kraliçe Catharine'e migren hastalığı için gönderilmiş ve bu olay sebebiyle tütün bitkisinin içerdiği alkaloide "Nikotin" ismi verilmiştir[24].

Tütünün ticari olarak üretimi 1612 yılında Amerika kıtasında başlamış ve 1881 yılında da sigara makinesi icat edilmiştir. 1913 yılında da RJ Reynolds tarafından modern sigara dünya'ya tanıtılmıştır[25].

Tütünün Türkiye sınırlarına girişi Osmanlı imparatorluğu zamanında Avrupalı tüccarlar aracılığıyla olduğu düşünülmektedir[26]. Osmanlı'da giderek artan tütün kullanımı nedeniyle IV. Murat tarafından tütün kullanımı yasaklanmış olsa da IV. Murat'ın ölümünden sonra yasaklar kalkmış ve Batı Trakya'da başlamış olan tütün üretimi Anadolu'ya da yayılmıştır[27].

2.3 Tütün Epidemiyolojisi

Tütün bağımlılığı önlenabilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada bulunmaktadır. Tütün, kullanan kişilerin en az üçte birinin ölümüne neden olmaktadır ve kullanıcılar ortalama 15 yıl erken ölmektedirler[28-30]. Dünyada her yıl yaklaşık 8 milyon kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu 8 milyon kişinin yaklaşık yüzde 15 ini pasif tütün kullanıcıları oluşturmaktadır. Dünya genelinde 2019 yılı itibari ile 1,1 milyardan fazla kişi tütün ve tütün ürünleri kullanmakta ve bu kullananların çoğunluğu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadırlar[7].

Sigara içme sıklığı 1990 yılından itibaren 15 yaş ve üstü nüfusta hem erkeklerde hem de kadınlarda azalmasına rağmen dünya nüfus artışı nedeniyle 1990 yılında 0,99 milyar olan sigara kullanan kişi sayısı 2019 yılında 1,14 milyara yükselmiştir[7].

Türkiye'de de dünyada olduğu gibi sigara kullanım sıklığı azalmasına rağmen sigara kullanımının yüksek olduğu ülkeler arasındadır. Her yıl yaklaşık 100 bin den fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır[31]. Ülkemizde 15 yaş üzerindeki yetişkinlerde tütün kullanma sıklığı 2016 yılında yayınlanan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre %31,6 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde bu oran %44,1 iken kadınlarda %13,2 olarak saptanmıştır[32].

DSÖ'ye göre 2025 yılında Türkiye'de sigara kullanma sıklığının %22,3; erkeklerde %33,9; kadınlarda %11,4 olacağı tahmin edilmektedir[33].

2.4 Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Etkileri

Tütün ürünleri kullanımı dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmakla birlikte bu tütün ürünlerinin başında sigara gelmektedir. Aktif sigara kullanıcıları sigara kullanıp bırakmış insanlara ve hiç içmemiş insanlara göre daha fazla akut ve kronik hastalıklara yakalanma riskine sahiptirler[34].

Sigara dumanında yaklaşık 4000 kimyasal madde bulunmaktadır. Bu 4000 maddenin en az 250 tanesinin insan sağlığı için zararlı olduğu ve 50'den fazla maddenin ise insanlar üzerinde kanserojen olduğu bilinmektedir. Tütün kullanımı yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara kalp damar hastalıklarının, serebrovasküler hastalıkların başlıca nedenlerinden biri iken, akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Sigara kullanımının 20'ye yakın ölümcül hastalık için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Sigara içimi kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin üçte birinden, tüm kronik akciğer hastalıklarının ise %80'inden sorumlu bulunmuştur[9].

Kalp ve damar hastalıkları: Sigara kullanımı koroner kalp hastalığı için hipertansiyon ve kolesterol yüksekliği ile birlikte en önemli risk faktörleri arasındadır. Sigara koroner kalp hastalığı riskini 2-4 kat arttırmaktadır. Ayrıca sigara kullanımı koroner kalp hastalığının diğer risk faktörleri arasında olan hipertansiyon ve hiperkolesterolemiye neden olabilmektedir. Bu faktörlerden herhangi birisinin varlığında sigara içilmesi hastalık riskini daha da arttırmaktadır. Ateroskleroz oluşumunda sigara önemli bir risk faktörüdür[35].

Kanser: Yaşın ilerlemesiyle birlikte kanser insidansı ve mortalite hızlarının da arttığı bilinmektedir. Sigara en az 10 kanser çeşidinin etyopatogenezinde önemli rol oynamaktadır. Bu kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 90 kadarı sigaraya bağlı meydana gelir. Akciğer kanseri dışında larinks, orofarinks, özofagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, meme ve serviks kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. Tüm kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden tütün ve tütün ürünleri sorumlu tutulmaktadır[35].

Kronik akciğer hastalıkları: Sigara dumanı etkisi ile mukosiliyer aktivite ve alveolar makrofaj aktivitesi bozulur, mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofi gelişir. Sigara dumanı bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına yol açarak hava yolu direncinin artmasına neden olur. Bu değişimler sonucunda zaman içinde kronik akciğer hastalığı gelişmektedir[35].

Sindirim sistemi hastalıkları: Sigara kullanımı sindirim kanalında gelişen çeşitli kanserler için risk faktörü olmasının yanında gingivit, diş çürüğü, özofajit, ülser gibi hastalıklar bakımından da risk oluşturmaktadır[35].

Kas-iskelet sistemi hastalıkları: Postmenopozal dönemdeki kadınlar için en sık yaşadıkları sağlık sorunlarında birisi osteoporozdur. Beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, alkol kullanımı gibi değişik faktörler osteoporoz için neden olabileceği gibi sigara içmek de osteoporoz için risk oluşturmaktadır. Sigara içen kadınlarda osteoporoz sıklığının daha fazla olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur.[35].

Nöro-psikiyatrik sorunlar: Serebrovasküler hastalıklar özellikle ileri yaş grubunda hem erkekler hem de kadınlar için en sık ölüm nedenleri arasındadır. Yaşlanmaya bağlı olarak artan bir diğer hastalık da Alzheimer hastalığıdır. Önceleri sigara kullanımının bu hastalık için koruyucu olabileceğinden bahsedilirken bunun doğru olmadığı aksine daha kapsamlı yapılan araştırmalarda algılama fonksiyonlarında yaşlanma ile ortaya çıkan kayıpların sigara içenlerde daha fazla olduğu bulunmuştur[35].

Bunun dışında sigara içimi bir tür bağımlılıktır ve DSÖ sigara bağımlılığını bir hastalık olarak tanımlamıştır. Sigara, bağımlılık yapan diğer maddeler kadar güçlü bağımlılık yapabilir. Bağımlılığın mekanizması nikotin etkisi ile meydana gelen dopamin salınımıdır[35].

Sigara gebelikte kullanıldığında düşük doğum ağırlıklı bebek riskini artırırken, infantlarda ani ölüm sendromuna yol açmaktadır. Pasif içicilik yılda 600 binden fazla prematür ölümüne neden olmaktadır[36].

2.5 Nikotin Bağımlılığı

Nikotin, psikoaktif özellikleri bulunan ve bu sebeple tütün kullanımının bağımlılık haline gelmesine neden olan tütün bitkisinin içinde bulunan bir

maddedir. Nikotin bir adet piridin ve pirolidin halkalarından oluşan tersiyer amindir. Nikotin santral sinir sistemi, otonom ganglionlar, adrenal medulla ve nöromuskuler bileşkedeki kolinerjik reseptörlere bağlanarak çeşitli katekolamin ve nöroaktif peptidin salınmasını tetikler[37].

Bağımlılık, belirli bir maddeyi (sigara, alkol ya da bağımlılık yapan diğer herhangi bir madde) beden ve ruh sağlığı ile sosyal ilişkilerini bozacak şekilde fazla ve tekrarlayıcı biçimde kullanma, kullanma isteğini kontrol edememe veya durduramama şeklinde tanımlanabilir. DSÖ'ye göre ise madde kullanma davranışının önceki dönemlere göre daha fazla önem verilen davranışların yerini aldığı fizyolojik, bilişsel, davranışsal olay veya durumlar grubudur[38, 39].

Bağımlılığın oluşmasında madde kullanan kişileri taklit etme, özendiği bir kişinin davranışlarını uygulama ve toplum tarafından kabul gören bir davranışı uygulama gibi toplumda bir yer edinmeye çalışmak etkili olmaktadır[38].

Bağımlılığı etkileyen temel faktörler[38]:

- Maddenin psikoaktif etkilerinin olması,
- Kompulsif kullanım,
- Madde kullanma davranışının pekiştirilmesi,
- Tekrarlayan kullanma isteği,
- Tolerans
- Yoksunluk,
- Öfori,
- Pozitif ve negatif pekiştiriciler

2.6 Tütün Kullanım Bozukluğu

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'e (DSM-V) göre tütün kullanım bozukluğu 12 aylık süre içinde aşağıdaki maddelerden en az ikisinin görüldüğü, klinik açıdan kişiyi zorlayan ve işlevselliği azaltan bir tütün kullanımı şeklinde tanımlanmıştır. Tütün kullanım bozukluğu için tanımlanan maddeler aşağıdaki şekildedir:

- Tütün kullanımının çoğu kez planlanandan daha uzun ya da daha fazla sürmesi,

- Tütüne ulaşmak, kullanmak ya da etkilerinden arınmak için fazla zaman harcama,
- Tütün kullanmayı kontrol etmek ya da sonlandırmak için arzu ya da başarısız çabalar,
- Günlük işlevselliği azaltarak ve yükümlülüklerini gerçekleştiremeye neden olan tekrarlayıcı tütün kullanımı,
- Tütün kullanımı için büyük arzu, kendini zorlanmış hissetme,
- Bireysel ya da sosyal hayatta problemler oluşturmalarına rağmen tütün kullanımını sürdürme,
- Tütün kullanımından dolayı sosyal, mesleki ya da eğlence faaliyetlerinin azaltılması ya da sonlandırılması,
- Riskli zamanlarda bile tütün kullanma,
- Tütün kullanımının yol açtığı ya da şiddetlendirdiği fiziksel ya da ruhsal bir problemi olmasına rağmen tütün kullanımını sürdürme,
- Tolerans gelişmesi (aşağıdaki maddelerden birinin varlığı):
 - Tütün kullanımı aynı düzeyde olmasına rağmen etkisinin azalması,
 - Etkinin istenen düzeye çıkarılması için tütün kullanım miktarının arttırılması,
- Yoksunluk gelişmesi (aşağıdaki maddelerden birinin varlığı):
 - Tütün yoksunluk semptomlarının ortaya çıkması (sinirlilik, öfke, kaygı, konsantrasyonda bozulma, iştah değişiklikleri, huzursuzluk, depresyon hali, uykusuzluk),
 - Yoksunluk belirtilerinin sonlandırılması için tütün kullanımı[40].

2.7 Tütün Kontrolü

20.yy'ın başlarında tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına dair bilimsel kanıtların çok sınırlı olması nedeniyle sigara tanıtım süreci devam etmiş ve sigaraya duyulan ilgi giderek artmıştır. Tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına dair kanıt üretilmesinin hızlandığı 20.yy'ın son çeyreğinde sigara kullanımının yaygınlaşmasını önleyici programlar planlanmaya başlanmıştır. DSÖ tarafından 2003 yılında "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" kabul edilmiştir. Bu sözleşmede amaç "tütün kullanımı ve

tütün dumanına maruz kalmanın yaygınlığını sürekli ve özlü bir şekilde azaltmak için, tarafların ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde uygulayacakları bir tütün kontrol önlemleri çerçevesi sağlamak suretiyle, mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumaktır” şeklinde ortaya konmuştur[41].

2.7.1 Türkiye’de Tütün Kontrolü

20.yy’ın sonlarına doğru tütün ürünlerinin zararlarına dair bilimsel kanıtların ortaya çıkması, sigaranın hem bireysel hem devlet açısından oluşturduğu ekonomik yük ve iş gücü kayıpları nedeniyle 1996 yılında 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” kabul edilmiştir. Bu kanun ile sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti verilen yerler, kapalı spor salonları ve toplu taşıma araçlarında tütün ve tütün mamulleri içilmesi; 18 yaşından küçüklere tütün ve tütün mamulleri satışı ve tütün ve tütün mamullerinin herhangi bir şekilde reklam veya tanıtımı ile teşvik ve özendirici kampanyalar düzenlenmesi yasaklanmıştır[42].

2004 yılında TKÇS(Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi) Türkiye tarafından da imzalanmıştır[43]. TKÇS’nin kabulü ile 2006 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı hazırlanmıştır. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı’nda Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı, illerde de İl Tütün Kontrol Kurulları kurulmuş ve Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012 oluşturulmuştur.

2010 yılında ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı açılmış ve sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılarının yer alması sağlanmıştır.

2011 yılında sigara bırakma hizmetlerinin düzenlenmesi amacıyla hazırlanan 28121 sayılı “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir.

12 Temmuz 2012’de marka paylaşımının yasaklanması, tütün ürünlerinin üzerine en az %65’ini kapsayacak şekilde resimli Türkçe uyarı mesajları yerleştirilmesi ve tütün bulunduran ya da bulundurmayan tüm nargile ve tütün ürünleri vb. ürünlerin 18 yaşından küçüklere satılması ve tüketimine sunulmasının yasaklanması sağlanmıştır.

2016 yılında gençlerin tütün ürünlerinin zararlarından korunması amacıyla “Tütünle Mücadele Gençlik Eylem Planı” kamuoyuna tanıtılmıştır.

2018 yılında tütün ürünlerine talebin azaltılması, tütün ürünlerine ulaşılabilirliğin azaltılması ve tütün kontrolünde koordinasyon, izleme ve değerlendirme ana başlıkları altında sekiz bölüm yer aldığı “Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı” 2018-2023 dönemini kapsayacak şekilde güncellenmiştir. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 içinde düz paket uygulaması, tütün ürünlerinin üzerine en az %85’ini kapsayacak şekilde resimli Türkçe uyarı mesajları yerleştirilmesi, televizyonda yayınlanan herhangi bir eserde, internette, topluma açık olan sosyal medya ve benzeri ortamlarda tütün ürünlerinin kullanılması ve görüntülenmesinin engellenmesi ve sağlık, eğitim-öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerleşkelerde tütün ürünlerinin satılmasının yasaklanması yer almaktadır.

Düz paket uygulaması için “Tütün Mamullerinin Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” 1 Mart 2019’da 30701 sayılı resmi gazete ile yürürlüğe girmiş ve buna göre düz paket kriterlerini taşımayan ürünler 5 Aralık 2019’dan sonra piyasaya arz edilemeyecek, 6 Ocak 2020’den sonra da piyasada bulundurulamayacaktır[44, 45]

2.8 Sigara Bırakma Yöntemleri

Sigara bırakma yöntemlerinde bilişsel ve davranışçı yöntem ile farmakolojik tedaviler olmak üzere iki temel yaklaşım mevcuttur[19, 38, 46].İki yaklaşımın birlikte kullanılması sigara bırakma başarısını artırmaktadır[47].

2.8.1 Bilişsel ve Davranışçı Yöntemler

DSÖ tarafından 5A ve 5R şeklinde kısaltılan birinci basamakta sigaranın bırakılmasına yönelik bilişsel ve davranışçı yöntemler geliştirilmiştir[46]. Bu yaklaşımda amaç kişinin tütün kullanımından kurtulmayı düşünmesini ve istemesini sağlamak, bunun sağlandığı kişilerde de bu süreçte karşılaşılabilecekleri sorunlarla baş etmede beceri kazandırmaktır[48]

Genel Bilgiler

Sigara kullanan insanların bir kısmı bu alışkanlıklarının sağlığa olan zararlarını bilmekte ve bu sebepten dolayı bazıları bırakmaya niyetli bazıları da bırakmayı denemiş ancak başarılı olamamıştır. Bu evredeki bireyler bırakmaya hazırlanmalı ve bıraktıktan sonra da bu kişilerin desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla 5A ya da Türkçe karşılığı 5Ö olarak bilinen basamak yöntemi uygulanır.

Öğren/Ask: Her hastanın sigara içip içmediği sorgulanmalı ve kayıt sistemine sigara kullanım durumu kaydedilmelidir.

Öner/Advice: Sigara içen her bireye açık, güçlü ve kişisel önerilerde bulunulmalı ve sigaranın bırakılması konusunda ısrarcı olunmalıdır.

Ölç/Assess: Sigara içen bireylerin bırakma isteği değerlendirilmelidir.

Önderlik et/Assist: Bırakmaya hazırlanan kişilerde bir bırakma planı hazırlanmalı ve iki hafta içinde sigara bırakma günü belirlenmelidir. Bireyin arkadaş, aile ve yakın çevresine sigara bırakma isteği açıklanmalı ve bu kararının desteklenmesi önerilmelidir. Yaşadığı ortam sigara içme isteği oluşturabilecek uyarılardan arındırılmalıdır. Bırakma günü geldiğinde sigara bırakması sağlanmalıdır. Tedavi içi ve dışında sosyal destek sağlanmalı, gerekli ise farmakoterapi uygulanmalıdır.

Örgüt/Arrange: Sigara bırakma tarihinden sonra birey ile düzenli aralıklarla görüşülmeli ve tekrar başlamanın önlenmesi için bireyler desteklenmelidir. Birey tekrar kullanmaya başladı ise nedenleri tartışılmalı, çözüm yolları geliştirilmeli, farmakoterapi etki ve yan etkileri sorgulanmalı ve gerekirse yeniden düzenlenmelidir[46].

Halen aktif olarak sigara tüketen ve sigara bırakmayı düşünmeyen kullanıcılar için ise 5R olarak bilinen basamak yöntemi uygulanır.

İlişki/Relevance: Bireyin o anki durumu (özgeçmiş, soygeçmiş, sosyoekonomik durum vb.) değerlendirilerek bırakmasının ne açılardan faydalı olacağı değerlendirilmeli ve bırakma yönünde cesaretlendirilmelidir.

Riskler/Risks: Sigara içmenin kısa ve uzun dönemdeki etkileri ile çevresel riskleri vurgulanmalıdır.

Ödüller/Rewards: Bıraktıktan sonra görülecek potansiyel yararlar konusunda bilgilendirilmelidir.

Engeller/Roadblocks: Bırakma döneminde karşılaşmayı beklediği zorluklar (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma korkusu vb.) saptanmalı ve bunların üstesinden gelme yöntemleri belirlenmelidir.

Tekrar/Repetition: Sigara bırakma konusunda motivasyon eksikliği olan kişiler için her başvuruda bu basamaklar tekrarlanmalı ve bırakma konusunda cesaretlendirilmelidir[46, 49]

Herhangi bir nedenle hekime başvuran hastalarda üç dakika kadar süren bir görüşmeyle bile sigarayı bırakmada anlamlı artışlar olduğu saptanmıştır[50]

2.8.2 Farmakolojik Tedaviler

Farmakolojik tedavi de ilk basamakta üç seçenek bulunmaktadır: NRT(Nikotin replasman tedavisi), bupropion ve vareniklin. Her bir tedavinin tercih edilme sebebi ve sigara bırakmada başarı oranı birbirinden farklıdır[48].

2.8.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin, psikoaktif özellikleri nedeniyle tütün ürünlerinin bağımlılık yapmasındaki esas moleküldür. Nikotinin kan ve beyindeki seviyelerinin hızla yükselmesi bireylerde öforik etkilerin oluşmasına neden olur. Nikotin yokluğunda ise öforik etkiler ortadan kalkar ve yoksunluk belirtileri olan sinirlilik, öfke, kaygı, konsantrasyonda bozulma, iştah değişiklikleri, huzursuzluk, depresyon hali, uykusuzluk gibi semptomlar ortaya çıkar. NRT ile bireyin sigara bırakma sürecinde mücadele etmesi daha kolay hale gelecektir[37, 40, 48]).

Piyasada nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin nazal sprey, nikotin sublingual tablet, nikotin pastil, inhaler nikotin gibi preparatlar yer almaktadır. Nikotin bandı ve nikotin sakızı en çok tercih edilen NRT preparatlarıdır[48, 51]

2.8.2.2 Bupropion

Bupropion, nikotin içermemesine rağmen nikotin bağımlılığının tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilk ajandır. Trisiklik olmayan aminoketon bir antidepresandır. Nikotin, nucleus accumbens'te dopaminerjik nöronların

asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopamin salınımına yol açar. Bupropion ise noradrenalin ve dopaminin geri Emilimini inhibe eder ve nikotin yoksunluk semptomlarını hafifletir[52]. Tek başına kullanıldığında, sigara bırakma başarısını 1,94 kat arttırdığı gösterilmiştir[53].

2.8.2.3 Vareniklin

Vareniklin beyindeki yüksek affiniteli nikotinik asetil kolin reseptörlerinin parsiyel agonistidir. Bu reseptörleri yarışmalı olarak inhibe ederken bir yandan da düşük düzeyde aktivasyon gösterir. Beyindeki yüksek affiniteli nikotinik asetil kolin reseptörleri nikotin bağımlılığı ve sigara içme isteğinde önemli rol oynar. Sigara içilmesi ile bu reseptörlerde up-regülasyon gerçekleşir ve hem nikotin bağımlılığı hem de nikotin yoksunluğunda semptomlar oluşur. Vareniklinin antagonist etkisi ile reseptörleri işgal ettiğinden sigara içilse dahi nikotin etkileri oluşmaz, agonist etkisi ile de kontrollü dopamin salınımı sağlar[53, 54]. Tek başına kullanıldığında, altı aylık süreçte sigara bırakma başarısını plaseboya göre bir çalışmada 2,27 kat arttırdığı gösterilmiştir[55].

2.9 Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler

Sigara içenlerin yaklaşık dörtte üçü sigarayı bırakmak istemektedir ve neredeyse her üç kişiden biri kendi kendine sigarayı bırakmayı denemiştir ancak %5'inden daha azı uzun dönemde sigarayı bırakabilmiştir[56].

Sigara bırakma başarısını etkileyen başlıca faktörlere aşağıda yer verilmiştir[48]

- Motivasyon ve kararlılık,
- Hata ve nüks deneyimleri,
- Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, meslek gibi sosyodemografik özellikler,
- Nikotin bağımlılık düzeyi,
- Depresyon, anksiyete gibi psikolojik faktörler,
- Sigara nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar,
- Sigara bırakma süreci boyunca ortaya çıkabilecek yoksunluk semptomları, kilo değişiklikleri gibi dinamik faktörler,
- Genetik özellikler

Bu faktörler her toplumda farklı paylara sahiptir ve genellenmesi zordur. Ancak tüm toplumlarda sigara bırakma başarısını etkileyen ortak faktörün nikotin bağımlılık düzeyi olduğu düşünülmektedir[48].

2.9.1.1 Nüks ve Hata

Sigara bırakmış kişilerde en önemli problem nükstür. Nüks sigarayı bırakmaya çalışan ya da bırakmış kişinin tekrar düzenli sigara tüketimine başlamasıdır. Sigara bırakma süreci içinde bir ya da iki kez ile sınırlı kalan sigara içme davranışı ise hata olarak tanımlanır. Bir bireyde hatanın nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini bireyin hataya olan bilişsel tepkisi belirler. Gençler, düşük eğitim düzeyi olanlar, düşük sağlık bilinci olanlar, bırakma öncesi yüksek bağımlılık düzeyi olanlar, beraberinde alkol kullanımı olanlar ve yakın çevresinde sigara içilen kişiler nüks riskinin yüksek olduğu gruplardır[48].

2.10 COVID-19 Pandemisi

2.10.1 Pandemi Nedir?

Pandemi kelimesi, eski Yunancadaki pan ve demos kelimelerinin bir araya gelmesiyle türetilmiştir. Pan:tüm ve demos:insanlar anlamına gelmektedir. Dünyada birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel isimdir.

Pandemi ilan edilebilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından üç temel kriter belirlenmiştir. Bu kriterler, hastalığa neden olan etkenin yeni bir virüs veya mutasyona uğramış bir ajan olması, insanlara kolayca geçebilmesi, insandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşmasıdır[57].

2.10.2 Koronavirüs Salgınları

SARS-CoV (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü) , MERS-CoV (Ortadoğu Solunum Sendromu Koronavirüsü) ve SARS-CoV-2 (COVID-19 etkeni) salgınları olmak üzere son 20 yılda 3 koronavirüs salgını yaşanmıştır. SARS hastalığı 2002-2003 yılları arasında MERS ilk olarak 2012 yılında ve COVID-19 ise 2019 Aralık ayında Çin'in Hubei eyaletine bağlı wuhan şehrinde başlayıp 2021 temmuz ayı itibariyle halen etkisini göstermektedir. SARS ilk kez Çin'in Guangdong kentinde tanımlanmış, 29

ülkeye yayılım göstermiş, 8096 doğrulanmış vaka ve 774 ölüm gerçekleşmiştir. Vaka ölüm oranı % 9,6'dır[58]. MERS, 2012 yılında Suudi Arabistan'ın Cidde şehrinde tanımlanmış ve tüm Arap Yarımadası'na yayılmıştır. Enfekte olan kişi sayısı 2574, hastalık sebebiyle ölen kişi sayısı 886'dır. Vaka ölüm oranı % 34,4 'tür[59].

2.10.3 COVID-19 Hastalığı

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde, 2019 yılında Aralık ayının sonlarında nedeni açıklanamayan solunum yolu enfeksiyonu vakaları tespit edilmiştir. Hastalığa neden olan atken hemen saptanamadığı için ilk vakalar "nedeni bilinmeyen pnömoni" olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmalar neticesinde, hastalık etkeni olarak koronavirüs (CoV) ailesine ait yeni bir virüs açıklanmıştır. DSÖ tarafından 11 Şubat 2020' de, yeni CoV' ün neden olduğu hastalığı, "koronavirüs hastalığı 2019" un kısaltması olan "COVID-19 hastalığı" olarak açıklamıştır [2]. COVID-19 hastalığı etkeni SARS hastalığı etkenine benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır[60].

2.10.4 COVID-19 Epidemiyolojisi

2019'un sonunda Çin'de ortaya çıkan ve epidemiyeye yol açan SARS-CoV-2 hayvanlardan insanlara geçiş yapan ve insandan insana bulaşan yeni bir koronavirüs olarak tespit edildi. 13 Ocak'ta Çin dışında ilk vaka Tayland'da görüldü, 30 Ocak tarihinde de DSÖ tarafından yüksek acil durum ilan edildi[60-62]. 11 Mart 2020'de DSÖ pandemi ilan etti. Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de saptandı[63].

Johns Hopkins Üniversitesi istatistiklerine göre COVID-19 hastalığına bağlı 9 Temmuz 2021 itibariyle dünyada toplam 185.841.190 vaka görüldü ve COVID-19 hastalığı 4.014.270 kişinin ölümüne neden oldu, Türkiye'de toplam 5.465.094 vaka ve 50.096 ölüm bildirildi[6]. SARS-CoV-1 ve MERS-CoV'a oranla SARS-CoV-2 daha az mortalite oranlarına sahip; SARS-CoV-1 enfeksiyonun fatalite oranı %10, MERS-CoV enfeksiyonunun %40, COVID-19 hastalığının ise %2-3 olarak tahmin ediliyor[64]. SARS'tan farklı olarak COVID-19 hastalarının asemptomatik ve prodromal dönemde daha

bulaştırıcı olmaları ve SARS-CoV-2 virüsünün inkübasyon süresinin de uzun olması nedeniyle asemptomatik taşıyıcılık oranı yüksek; bu da enfeksiyonun çok daha kolay yayılmasına neden oluyor[65, 66]. Diğer koronavirüs pandemilerine oranla daha düşük mortalite oranına sahip olmasına rağmen daha fazla bulaşıcı olması sebebiyle COVID-19 diğer pandemilere oranla çok daha fazla ölüme neden oldu[67].

2.10.5 COVID-19 Bulaş Yolları

SARS-CoV-2 virüsü esas olarak damlacık yolu ile bulaşmaktadır[68]. Primer olarak yakın temas ile damlacık yoluyla bulaş olsa da hastaların öksürme, hapşırma ile etrafa saçtığı damlacıklarla kontamine olmuş yüzeylere diğer kişilerin elleri ile direkt temas etmesi ve ellerini ağız, yüz ve gözlerine temas ettirmesi sonucu da bulaş olmaktadır[69].

İyi havalandırılmayan (otobüs, ofis, restoran vb.) ve insanların kalabalık olarak bulunduğu ortamlarda havayolu ile daha uzak mesafelere SARS-CoV-2 bulaşı olabilmektedir[70]. Hastanelerde uygulanan entübasyon, aspirasyon, nebülizatör uygulanması gibi damlacık oluşturan ve ortama yayılmasına neden olan uygulamalar daha uzak mesafelere bulaşma riskini oluşturmaktadır[71].

COVID-19 hastalığında bulaştırıcılık çoğunlukla semptomların başlamasından 1-2 gün önce başlayıp, semptomların kaybolması ile bulaştırıcılığın sona erdiği düşünülmektedir[68]. Yapılan bazı çalışmalarda semptomların başlamasından 1 gün öncesinde en yüksek bulaştırıcılık olduğu gözlenmiş ve ortalama inkübasyon süresi 5,2 gün olarak tespit edilmiş ve 7.gün ve sonrasında bulaştırıcılığın azaldığı görülmüştür[69].

SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte bir kişiden bulaşma riskinin birçok etkene bağlı olmakla birlikte, temas mesafesi, süresi, kullanılan koruyucu ekipmanlar ve hasta kişinin sekresyonlarındaki viral yük miktarı gibi kişisel özellikler bulaştırma oranını etkilemektedir[72].

2.10.6 COVID-19 Risk Faktörleri

COVID-19 hastalığına toplumun tamamı duyarlıdır fakat sağlık çalışanları etkenle karşılaşma açısından en riskli meslek grubunu oluşturmaktadır. Erkek cinsiyet, 50 yaşın üstünde olmak, kronik hastalıkları olanlar (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malignite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı [KOAH], böbrek hastalığı gibi), mevsimlik işçiler, bakım evlerinde kalanlar, okullar, kışlalar, ceza evleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas ve riskli gruplardır[68]. Ayrıca gebeler, evsizler ve sosyoekonomik olarak kötü durumda olanlar, psikiyatrik hastalığı olanlar da yine enfeksiyon riski açısından özel popülasyonlardır[73].

2.10.7 COVID-19 Klinik Özellikleri

COVID-19 hastalığının yaygın belirtileri solunum semptomları, ateş, öksürük ve dispnedir. Baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, yeni ortaya çıkan koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtiler de görülebilmektedir. Hastalık asemptomatik geçirilebilmekle birlikte, ciddi vakalarda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve hatta ölüm gelişebilmektedir[68]

Tablo 2.1: COVID-19 Tanısı, Vaka Tanımı Ve Vaka Yönetimi [68]

Olası Vaka	
A	Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri
	VE
	Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması
	VE
	Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde kendisi veya yakın temasının hastalık açısından yüksek riskli bölgede bulunma öyküsü
VEYA	
B	Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri
	VE
	Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde doğrulanmış COVID-19 vakası ile yakın temas eden
VEYA	
C	Ateş ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı),
	VE
	Hastanede yatış gerekliliği varlığı (SARI)*
	VE
	Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması
	*SARI (Severe Acute Respiratory Infections-Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları) son 14 gün içinde gelişen akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir hastada, ateş, öksürük ve dispne, takipne, hipoksemi, hipotansiyon, akciğer görüntülemesinde yaygın

Genel Bilgiler

	radyolojik bulgu ve bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yatış gerekliliği
VEYA	
D	• Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az ikisinin bir arada olması ve bu durumun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması.
Kesin Vaka	
• Olası vaka tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgular	

Olası vaka tanımına uyan herkesin COVID-19 tanısının konması için laboratuvar testi gereklidir. Laboratuvar testi olarak kastedilen; hastaların üst veya alt havayolu sürüntü veya sekresyonlarından alınan numunede rRTPCR (Real-Time Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) gibi bir NAAT (Nucleic Acid Amplification Test) ile virüs RNA'sının tespiti[68].

2.11 COVID-19 Pandemisinin Etkileri

Geçmişte yaşanan pandemiler ve şuan yaşamakta olduğumuz COVID-19 pandemisi bireyler ve toplum üzerinde kısa ve uzun vadede birçok psikolojik, sosyal ve ekonomik etkiye neden olmuştur.

2.11.1 Salgının Bireysel Etkileri

2.11.1.1 Psikolojik Etkileri

COVID-19 pandemisinin yayılmasını engelleme amacıyla birçok ülke katı önlemler almak zorunda kalmış, vatandaşlarından kendilerini evde izole etmelerini ve sosyal mesafe kurallarına uymalarını istemiştir. İzolasyon uygulamaları bireylerin üzerinde bazı etkiler ortaya çıkarmıştır. İzolasyonun insanlar üzerinde psikolojik etkileri araştırıldığında hastalık hakkında yetersiz bilgiye sahibi olmanın korku, hayal kırıklığı, kafa karışıklığı ve öfkeyi artırdığı bildirilmiştir. Bununla beraber ekonomik sıkıntılar ve hastalığa yakalanma dönemindeki damgalanma gibi sorunların travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine neden olduğu gözlenmiştir[74]

Yaşanılan tüm bu zorluklara karşı tüm bireyler aynı seviyede başa çıkma yöntemi geliştirememiş bu nedenle artan stres, korku ve öfke aile içerisinde yaşanan şiddet olaylarında artışa neden olmuştur[75]

Alınan önlemler ve uygulanan yasaklar nedeniyle insanlar toplumdan izole olmuş, evde yalnız başına veya daha önce bu kadar çok vakit geçirmediği aile bireyleriyle sürekli temas halinde bulunmuşlardır. Bu durum aile içi ilişkilerde çatışma meydana getirmiş ve bu karantina şartlarında yaşanan ekonomik, psikolojik ve sosyal sorunlar ile birlikte insanların sigara, internet ve sosyal medya kullanımını artırmıştır[76].

COVID-19 hastalığı süresince hastanede tedavi altında bulunan hastalarda travma sonrası stres bozukluğu geliştiği bu hastalarda depresyon ve uyku bozukluğu görülme sıklığının arttığı gözlenmiştir. Uzun hastanede kalış süresi, tedavinin belirsizliği, taburculuk sonrası semptomların bazılarının hala devam ediyor olması, işini kaybetme korkusu ve ekonomik faktörler stres düzeylerini artırmakta intihara kadar giden psikolojik hastalıklara sebep olmaktadır[77].

COVID-19 hastalığı fiziksel olarak atlatılsa dahi hastaların psikolojik durumlarının takip edilmesi, online olarak veya telefonla bireylerin yalnız olmadıkları ve hastalık sonrası normale dönüş ile ilgili sorunlarının giderilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. İnsanların stres, korku ve endişelerini azaltmak amacıyla karantina sürelerinin olabilecek en kısa düzeyde tutulması, karantinanın zorunluluktan ziyade gönüllü olarak uygulanması, gerekli medikal ve gıda ihtiyaçlarının sağlanacağı garantisinin verilmesi gerekmektedir[78]

2.11.1.2 Ekonomik Etkileri

COVID-19 pandemisi nedeniyle ülkeler ekonomik açıdan olağanüstü bir dönem geçirmekte ve iş dünyasının önde gelen kuruluşları, salgının ekonomik etkilerinin neler olacağı ve pandemi sonrası için bir öngöründe bulunamamaktadır. Pandemi nedeniyle üretimin sekteye uğraması ve toplumsal kaygının tüketimi artırması nedeniyle ekonomik dengesizlikler gözlemlenmeye başlanmıştır[79].

Uzmanlar tarafından yapılan açıklamalarda salgının yayılmasını azaltmak için alınan önlemlerin ortaya çıkardığı yüksek harcamalar nedeniyle birçok ülkenin ekonomisinin durağan hale geldiğini ve ekonomiler üzerindeki yükün giderek artacağını, daha ciddi önlemlerle ekonomilerin güçlü tutulması ve özel sektörün desteklenmesi gerektiğini vurgulanmıştır[80].

Pandemi döneminde üretimde meydana gelen sıkıntılar ilk olarak Asya ülkelerinde yaşanmaya başlamış devam eden süreçte ise küresel bir etki ile dünyanın genelinde tedarik zincirlerinde aksamalar meydana getirmiştir. Havacılık, turizm, lojistik, konaklama hizmetleri veren her kademedeki işletme ciddi zorluklarla uğraşmak zorunda kalmıştır. Oluşan kriz ve panik iklimi işletmelerin yatırımlarını azaltmasına ve çalışan sayısını azaltmalarına neden olmuştur[81].

İş ortamında oluşan bu huzursuzluk ve kontaminasyon riski işverenler tarafından esnek çalışma saatleri, dönüşümlü çalışma ve evden çalışma gibi uygulamaları gündeme getirmiştir. Pandemi sürecinin tam olarak bitmesine ve etkilerinin ortadan kalkmasına kadar çalışma hayatındaki bu değişikliğin devam edeceği düşünülmektedir. Bu durum yeni arayışları ortaya çıkararak iş huzuru, iş yönetimi ve etik ilkelerde değişiklikler meydana getirip online kontrol mekanizmalarını geliştirebilir[79].

2.11.1.3 Sosyal Etkileri

Dünya genelinde hastalığın yayılmasını engellemek adına ülkeler tarafından birçok tedbir alınmak zorunda kalınmıştır. Bu tedbirler içerisinde okulların kapatılması, spor faaliyetlerinin bir kısmının ertelenmesi veya iptal edilmesi, birçok işyerinin kapanması, sokağa çıkma kısıtlamaları, sinema, konser, tiyatro vb. kültürel ve sanatsal etkinliklerin iptal edilmesi, restoran ve kafelerin kapatılması gibi tedbirler bulunmakta ve bu tedbirler ile hayatın birçok alanında pandeminin etkileri görülmeye başlanmıştır. Yurt dışından gelebilecek bulaşları önlemek için ülkeler seyahat kısıtlaması getirmiş ve yurt dışından gelenlere zorunlu karantina uygulaması başlatıp riski azaltmaya çalışmışlardır[82].

3 GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Çalışma

Çalışmamız; T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan 2021/0073 karar numarasıyla etik kurul onayı alınarak Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde 15 Şubat 2021 ile 15 Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Sigara bıraktırma polikliniğine başvurup çalışmamıza katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik form, sigara kullanım alışkanlıkları, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) ve Koronavirüs-19 Fobisi ölçekleri (C19P-S) uygulanmıştır. Sigara bırakma polikliniğine başvuran pandemi öncesi ve pandemi dönemindeki 15 Aralık 2019-15 Mart 2020 ve 15 Aralık 2020-15 Mart 2021 tarihleri arasındaki 3 aylık dönemlerdeki polikliniğimize başvuran sırasıyla 1379 ve 1017 hastanın verileri hastane sistemi üzerinden elde edilmiştir

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Sigara Bıraktırma Polikliniğine başvuran hastalar
2. 18 yaşından büyük olmak
3. Sözlü veya yazılı onam verme

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

1. 18 yaşından küçük olma
2. Sözlü ve yazılı onam vermemek

3.1.1 Veri toplanması

Dosya verileri incelenerek hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek) , sigara içme davranış ve tutumları (sigaraya başlama yaşları, günlük sigara içme miktarları, daha

önceki bırakma deneyimleri, evde başka sigara içen kişinin olup olmadığı, sigara içmeyi tetikleyen unsurlar vb.) sigarayı neden bırakmak istedikleri ve ek hastalıkları, nikotin bağımlılık düzeyleri(FNBT), depresyon, anksiyete ve stres ölçeği(DASÖ-21), Koronavirüs Fobisi ölçeği(C19P-S) anketleri uygulanarak kaydedildi.

3.2 Tanımlar

Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği (C19P-S): Koronavirüse karşı gelişebilen fobiye ölçümlemek üzere geliştirilmiş, 5 dereceli Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek maddeleri; 1 “Kesinlikle Katılmıyorum” ile 5 “Kesinlikle Katılıyorum” arasında değerlendirilir. 1, 5, 9, 13, 17 ve 20. maddeler Psikolojik Alt Boyutu; 2. 6. 10. 14. Ve 18. maddeler Somatik Alt Boyutu; 3. 7. 11. 15. ve 19. maddeler Sosyal Alt Boyutu; 4. 8. 12. Ve 16. maddeler ise Ekonomik Alt Boyutu ölçmektedir. Alt boyut puanları o alt boyuta ait maddelere verilen cevapların puan toplamı ile elde edilirken; toplam C19P-S puanı alt boyut puanlarının toplamı ile elde edilir ve 20 ile 100 puan arasında değişir. Puanların yüksekliği alt boyutlardaki ve genel koronavirüs korkusundaki yüksekliğe işaret eder.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT): Nikotin bağımlılık düzeylerini tespit etmek için Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi testi uygulandı. Bu test 1978 yılında Fagerström tarafından oluşturulan ve 1-10 puan arasında skorlanarak bağımlılık düzeyinin ölçüldüğü anket formundan oluşmaktadır. Bu teste göre, 1-3 düşük düzey, 4-6 orta düzey, 7-10 yüksek düzey nikotin bağımlılığı olarak değerlendirildi.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21): Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini belirleyebilmek amacıyla “DASÖ21” kullanılmıştır. Ölçek, DASÖ-42’nin bazı maddeleri kullanılarak S. H. Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Sarıçam (2018) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Uyarlama çalışması hem psikiyatrik hastalardan hem de psikolojik anlamda herhangi bir tanısı olmayan iki farklı gruptan veri toplanarak yapılmıştır. Güvenilirlik için iç tutarlık ve test-tekrar test güvenilirliği yapılmış ve ölçeğin yeterli güvenilirliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 21 maddelik ölçeğin üç alt boyuttan (depresyon, anksiyete ve stres) oluştuğu

görülmüştür. Ölçeğin her alt boyutunda yedişer madde yer almaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarından alınan puanlara göre normal, hafif, orta, ağır ve çok ağır olarak sınıflandırılmıştır. Alınan yüksek puan ilgili alt boyuta ilişkin rahatsızlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri Ve Ölçütleri

3.3.1 Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu

3.3.2 Sigara Kullanımına İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Sigaraya başlama yaşı
- Sigaraya başlama nedeni
- Günlük içtiği adet
- Sigarayı bırakma denemesi ve yaşanan güçlükler
- Sigarayı bırakma nedeni
- Profesyonel destek alımı
- Sigara içmeyi tetikleyen durumlar
- Nikotin bağımlılık düzeyi

3.3.3 COVID-19 a bağlı İlişkin Değişken ve Ölçütler

- COVID-19 geçirme durumu
- COVID-19 bağlı şikâyetlerinizler
- Yakınlarınızdan COVID-19 geçirme öyküsü
- COVID-19 geçiren yakınınızın yakınlık dereceleri
- Yakınlarınızdan COVID-19 nedeni ile vefat varlığı
- COVID-19 nedeni ile vefat eden yakınınızın yakınlık dereceleri

3.4 Veri Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki kare testi, bağımsız iki grup ortalama karşılaştırmalarında parametrik test varsayımları sağlanmadığı için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda One-Way ANOVA ve post hoc LSD testi, sağlanmadığı durumlarda ise Kruskal Wallis testi ve ileri analizlerde pair wise comparisons testleri kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

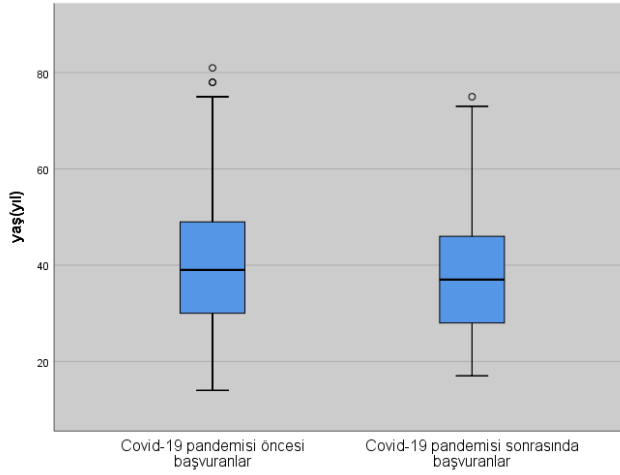
4 BULGULAR

Sigara bırakma polikliniğine başvuran hasta sayısı COVID-19 pandemisi öncesi 3 aylık dönemde 1379, COVID-19 pandemisi sürecinde üç aylık dönemde 1017'dir. COVID-19 öncesi başvuran hastaların yaş ortalaması $40,18 \pm 12,48$, COVID-19 pandemisi döneminde başvuran hastaların yaş ortalaması $37,81 \pm 11,85$ olarak hesaplanmış, COVID-19 pandemisi döneminde başvuranların yaş ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,001$) (Grafik 4.1). Cinsiyet bakımından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. COVID-19 pandemisi döneminde erkek hastaların başvuran hastalar içindeki yüzdesi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. ($p < 0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: COVID-19 öncesi ve sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların özellikleri

Değişken	COVID-19 öncesi	COVID-19 sonrası	Toplam	p değeri
Yaş (yıl)	$40,18 \pm 12,48$	$37,81 \pm 11,85$	$39,17 \pm 12,27$	<0,001*
Cinsiyet				
Erkek	812 (58,9)	641 (63,0)	1453 (59,6)	0,04*
Kadın	567 (41,1)	376 (37,0)	943 (40,4)	
Toplam	1379 (100,0)	1017 (100,0)	2396 (100,0)	

Yaş, ortalama değer ile gösterilmiş, Mann Whitney U testi yapılmıştır. * $p < 0,05$
Cinsiyet, frekans (%) değerleri ile gösterilmiş, Pearson Ki kare testi yapılmıştır.



Şekil 4.1: COVID-19 öncesi ve sonrası başvuran hastaların yaş dağılımları

Çalışmaya katılan hastaların 165'i (%35,6) kadın, 298'i (%64,4) erkektir. Yaş ortalamaları $38,18 \pm 11,35$, en küçük katılımcının yaşı 18, en büyük katılımcının yaşı 74'tür. %56,4'ü evli olan hastaların çocuk sayıları ortalama $1,77 \pm 1,06$ olarak hesaplanmıştır. Hastalar eğitim durumlarına göre incelendiğinde %39,5'inin yüksekokul, %29,7'sinin lise, %16,8'inin ilkokul, %12,9'unun ortaokul mezunu olduğu, 5 (%1,1) hastanın ise okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Meslek gruplarına göre incelendiğinde ise %31,4'ünün işçi, %21,0'inin özel sektör çalışanı, %13,8'inin ev hanımı, %10,4'ünün kamu çalışanı olduğu anlaşılmıştır. Çalışmanın yapıldığı an itibari ile aktif olarak çalışan 333 hasta (%75,2) bulunmaktadır. Hastaların %24,4'ünün kronik hastalığı, %13,8'inin sürekli kullandığı bir ilaç vardır. En çok görülen kronik hastalık kronik akciğer hastalığıdır (%6,7)(Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Sosyodemografik özellikler

Değişken		
Cinsiyet (n:463)		
Kadın	165	35,6
Erkek	298	64,4
Yaş (yıl) (n:454)		
18-40 yaş	279	61,5
40-60 yaş	156	34,4
60 yaş ve üzeri	19	4,2
Medeni Durum (n:459)		
Evli	259	56,4

Bulgular

Bekâr	200	43,6
Çocuk sayısı (n:223)	1,77±1,06	0-6
0	29	13,0
1	54	24,2
2	93	41,7
3	36	16,1
4	10	4,5
6	1	0,4
Eğitim durumu (n:458)		
Okuryazar değil	5	1,1
İlkokul	77	16,8
Ortaokul	59	12,9
Lise	136	29,7
Yüksekokul	181	39,5
Meslek (n:443)		
İşsiz	8	1,8
Ev hanımı	61	13,8
İşçi	139	31,4
Kamu	46	10,4
Esnaf	35	7,9
Emekli	19	4,3
Öğrenci	22	5,0
Sağlık çalışanı	20	4,5
Özel sektör	93	21,0
Aktif olarak çalışma durumu (n:443)		
Çalışmıyor	110	24,8
Çalışıyor	333	75,2
Kronik hastalık varlığı (n:464)		
Yok	351	75,6
Var	113	24,4
Kronik hastalıklar		
Diyabet (n:443)	21	4,5
Hipertansiyon (n:437)	27	5,8
Kronik kalp hastalığı (n:455)	9	1,9
Kronik akciğer hastalığı (n:433)	31	6,7
Psikiyatrik hastalık (n:462)	2	0,4
Romataolojik hastalık (n:462)	2	0,4

Bulgular

Malignite (n:460)	4	0,9
Diğer hastalıklar (n:423)	41	8,8
Sürekli kullanılan ilaç varlığı (n:464)		
Yok	400	86,2
Var	64	13,8

Sürekli değişkenler ort $\pm$ sd, kategorik değişkenler n (%) değerleri ile gösterilmiştir.

Tablo 3'te hastaların sigara ve alkol kullanma ile ilgili özellikleri gösterilmiştir. Sigaraya başlama yaşı ortalama 17,54 $\pm$ 4,64 yıldır. Sigaraya başlama nedenleri çoktan aza doğru özent, merak, stres ve diğer nedenler olarak sıralanmıştır. Günlük içilen sigara adedi ortalama 25,75 $\pm$ 11,55, sigara içme süresi ortalama 19,48 $\pm$ 11,18 yıl, içilen sigara miktarı 25,76 $\pm$ 20,16 paket/yıldır. Hastaların büyük çoğunluğu (%91,1) filtreli tütün kullanmaktadır. Sigara içmeyi tetikleyen durumlar sırası ile yemek sonrası, stres, çay, kahve, alkol ve diğer durumlar şeklindedir. Hastaların %76,5'inin evinde sigara içen başka bir birey bulunmaktadır ve %77,5'inin evinde balkon/pencere gibi alanlarda sigara içilmektedir. Evde sigaraya maruz kalan kişi sayısı ortalama 1,65 $\pm$ 1,28 olarak hesaplanmıştır. Hastaların %35,1'i alkol kullanmaktadır ve bunların da %19,1'i haftadan birden fazla alkol kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları ile ilgili özellikler

Değişken		
Sigaraya başlama yaşı (yıl) (n:452)	17,54 $\pm$ 4,64	6-52
0-10 yaş	10	2,2
10-14 yaş	83	18,4
14-18 yaş	219	48,5
18 yaş ve üzeri	140	31,0
Sigaraya başlama nedeni (n:438)		
Merak	127	29,0
Özent	184	42,0
Stres	72	16,4
Diğer	55	12,6
Günlük içilen sigara adedi (n:452)	25,75 $\pm$ 11,55	5-90
Sigara içme süresi (yıl) (n:448)	19,48 $\pm$ 11,18	1-60
İçilen sigara miktarı (paket/yıl) (n:442)	25,76 $\pm$ 20,16	1-120
Tütün türü (n:451)		

Bulgular

Filtreli	411	91,1
Filtresiz	32	7,1
Nargile	1	0,2
Diğer	7	1,6
Sigara içmeyi tetikleyen durumlar (n:452)		
Çay	190	42,0
Kahve	176	38,9
Alkol	77	17,0
Yemek sonrası	298	65,9
Stres	281	62,2
Diğer	60	13,3
Evde sigara içen başka birey varlığı (n:439)		
Hayır	91	23,5
Evet	297	76,5
Sigara içilen yer (n:440)		
Oturma alanları	99	22,5
Balkon/pencere	341	77,5
Sigaraya maruz kalan kişi sayısı (n:386)	1,65±1,28	0-7
Alkol kullanma durumu (n:462)		
Hayır	300	64,9
Evet	162	35,1
Alkol kullanma sıklığı (n:151)		
Nadir (ayda 1'den az)	48	31,8
Ara sıra (haftada 1'den az)	74	49,0
Sık (haftada 1'den fazla)	29	19,2

Sürekli değişkenler ort±sd, kategorik değişkenler n (%) değerleri ile gösterilmiştir.

Sigarayı bırakma polikliniğine başvuru nedeni %92,7 oranında kendi istekleri ile olmuştur. 371 hasta (%80,0) daha önce sigarayı bırakmayı denemiştir ve en uzun bırakma süresi 1 yıldan fazla olan 38 (%11,8) hasta vardır. Sigara bırakma denemesinde yaşanan sorunlar sırası ile sinirlilik, aşırı sigara içme isteği, iştah artışı, konsantrasyon bozukluğu, baş ağrısı, uyku bozukluğu, kabızlık, ağız yaraları şeklindedir. Sigarayı bırakmak isteme nedenleri ise sırası ile ileride hastalanma endişesi, ekonomik nedenler, çevresine zarar verdiği için, kokusundan rahatsız olma, hastalık nedeni ile, çevresine örnek olmak için, doktor önerisi, inançlarından dolayı,

Bulgular

utandığı için, toplum baskısı ve iş yeri baskısı olarak sıralanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Sigara bırakma davranışı ile ilgili özellikler

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigarayı bırakma polikliniğine başvuru nedeni (n:449)		
Doktor önerisi ile	22	4,9
Kendi isteği ile	416	92,7
Diğer	11	2,4
Daha önce sigara bırakmayı deneme (n:464)		
Hayır	93	20,0
Evet	371	80,0
En uzun bırakma süresi (n:321)		
Birkaç gün	71	22,1
1 aydan kısa	88	27,4
1-6 ay	89	27,7
6 ay-1 yıl	35	10,9
1 yıldan fazla	38	11,8
Sigara bırakma denemesinde yaşanan sorunlar (n:464)		
Sinirlilik	267	57,5
Konsantrasyon bozukluğu	126	27,2
Baş ağrısı	125	26,9
Uyku bozukluğu	74	15,9
Kabızlık	32	6,9
Ağız yaraları	23	5,0
İştah artışı	151	32,5
Aşırı sigara içme isteği	265	57,1
Diğer	35	7,5
Sigarayı bırakmak isteme nedenleri (n:464)		
Hastalığım nedeni ile	87	18,8
İleride hastalanma endişesi	298	64,2
Çevreme zarar veriyor	135	29,1
Ekonomik nedenler	164	35,3
İnançlarımdan dolayı	29	6,3
Çevreme örnek olmak için	73	15,7
Toplum baskısı	18	3,9
Utandığım için	25	5,4

Bulgular

Kokusundan rahatsız oluyorum	129	27,8
Doktor önerisi	31	6,7
İş yeri baskısı	4	0,9
Diğer	47	10,1

120 hasta (%26,5) sigarayı bırakmak için destek almıştır. En çok farmakolojik destek alınmış ve en çok kullanılan farmakolojik ajan Champix (%16,0) olmuştur. Champixi %7,6 ile nikotin replasmanı, %3,3 ile Zyban izlemektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Sigara bırakmak için destek alma durumu

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigarayı bırakmak için hiç destek aldınız mı? (n:452)		
Hayır	332	73,5
Evet	120	26,5
Ne tür destek aldınız? (n:114)		
Farmakolojik	108	94,7
Akupunktur	2	1,8
Diğer	4	3,5
Champix kullanımı (n:449)		
Hayır	377	84,0
Evet	72	16,0
Zyban kullanımı (n:448)		
Hayır	433	96,7
Evet	15	3,3
Nikotin replasmanı (n:448)		
Hayır	414	92,4
Evet	34	7,6

Tablo 4.6' da hastaların COVID-19 ile ilgili özellikleri sunulmuştur. COVID-19 geçiren 35 (%8,4) hasta bulunmaktadır. COVID-19 geçiren 35 hastada görülen şikâyetler sırası ile kas eklem ağrısı, baş ağrısı, ateş, kırgınlık, ishal, öksürük, solunum sıkıntısı, boğaz ağrısı, karın ağrısı ve kusmadır. 187 hastanın (%45,1) yakınlarında COVID-19 geçiren bir tanıdığı olmuştur ve bunların %39,9'u birinci derecede yakınıdır. 35 hastanın (%8,4) COVID-

Bulgular

19 nedeni ile vefat eden bir yakını olmuştur ve bunların %5,7'si birinci derece yakınıdır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: COVID-19 ile ilgili özellikler

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
COVID-19 geçirdiniz mi? (n:418)		
Hayır	383	91,6
Evet	35	8,4
COVID-19 geçirdiğinizde hangi şikâyetleriniz oldu? (n:35)		
Öksürük	13	37,1
Solunum sıkıntısı	13	37,1
Boğaz ağrısı	12	34,3
Ateş	18	51,4
Kırgınlık	18	51,4
Baş ağrısı	19	54,3
Kusma	1	2,9
İshal	13	37,1
Kas eklem ağrısı	21	60,0
Karın ağrısı	4	11,4
Diğer	7	20,0
Yakınlarınızdan COVID-19 geçiren var mı? (n:415)		
Hayır	228	54,9
Evet	187	45,1
COVID-19 geçiren yakınınızın yakınlık derecesi (n:178)		
Birinci derece	71	39,9
İkinci derece	40	22,5
Üçüncü derece	36	20,2
Dördüncü derece	16	9,0
Arkadaş/komşu/uzak akraba	15	8,4
Yakınlarınızdan COVID-19 nedeni ile vefat eden var mı? (n:415)		
Hayır	380	91,6
Evet	35	8,4
COVID-19 nedeni ile vefat eden yakınınızın yakınlık derecesi (n:35)		
Birinci derece	2	5,7
İkinci derece	4	11,4
Üçüncü derece	9	25,7
Dördüncü derece	4	11,4

Bulgular

Arkadaş/komşu/uzak akraba	16	45,7
---------------------------	----	------

Çalışmada kullanılan DASÖ-21 ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,93 bulunmuştur.

Tablo 4.7: DASÖ-21'e verilen cevaplar

DASÖ-21	0		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sakinleşip rahatlamak bana zor gelir	153	35,2	171	39,3	73	16,8	38	8,7
2. Ağzımın kuruduğunu fark ettim	165	37,9	126	29,0	89	20,5	55	12,6
3. Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi	220	50,7	133	30,6	50	11,5	31	7,1
4. Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	197	45,3	115	26,4	69	15,9	54	12,4
5. Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim	153	35,3	147	33,9	81	18,7	53	12,2
6. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim	159	36,6	152	34,9	75	17,2	49	11,3
7. Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	324	74,5	68	15,6	26	6,0	17	3,9
8. Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığını hissettim	171	39,3	138	31,7	84	19,3	42	9,7
9. Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum	258	59,3	114	26,2	32	7,4	31	7,1
10. Hiçbir beklentimin olmadığını	257	59,1	113	26,0	43	9,9	22	5,1

Bulgular

hissettim								
11. Tedirgin olduğumu fark ettim	226	52,1	133	30,6	45	10,4	30	6,9
12. Rahatlamak bana zor geldi	212	49,0	143	33,0	58	13,4	20	4,6
13. Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim	139	32,0	177	40,8	66	15,2	52	12,0
14. Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu	190	43,8	143	32,9	55	12,7	46	10,6
15. Kendimi paniklemeye yakın hissettim	276	63,6	95	21,9	37	8,5	26	6,0
16. Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım	229	52,8	143	32,9	39	9,0	23	5,3
17. Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim	285	65,7	89	20,5	35	8,1	25	5,8
18. Oldukça alıngan olduğumu hissettim	192	44,2	154	35,5	51	11,8	37	8,5
19. Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	222	51,2	117	27,0	50	11,5	45	10,4
20. Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	307	70,7	87	20,0	28	6,5	12	2,8
21. Hayatın anlamsız olduğunu hissettim	296	68,2	78	18,0	32	7,4	28	6,5

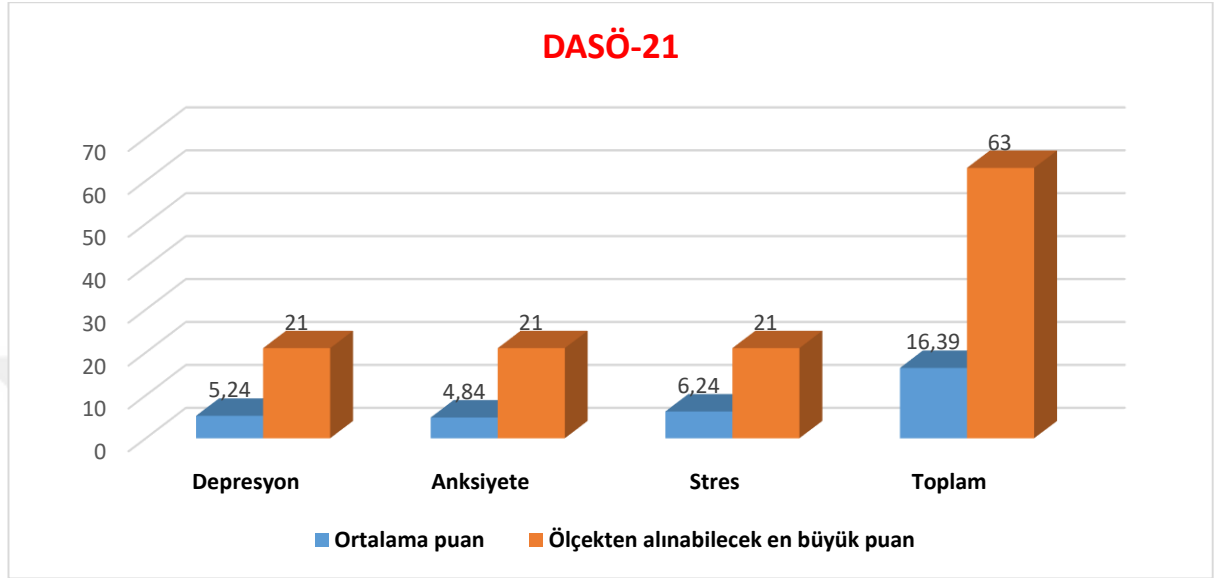
DASÖ-21 depresyon alt boyut puanı ortalama $5,24 \pm 4,60$, anksiyete alt boyut puanı ortalama $4,84 \pm 4,44$, stres alt boyut puanı ortalama $6,24 \pm 4,91$ ve toplam puan ortalama $16,39 \pm 12,99$ olarak hesaplanmıştır. DASÖ-21 ölçeğinden alınan ve ölçekten alınabilecek en büyük puanlar Grafik 4.2 ile gösterilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: DASÖ-21 toplam ve alt boyut puanları

	Ortalama	SD	Min-Maks	Ölçekten alınabilecek Min-Maks
Depresyon	5,24	4,60	0-21	0-21

Bulgular

Anksiyete	4,84	4,44	0-21	0-21
Stres	6,24	4,91	0-21	0-21
Toplam	16,39	12,99	0-61	0-63



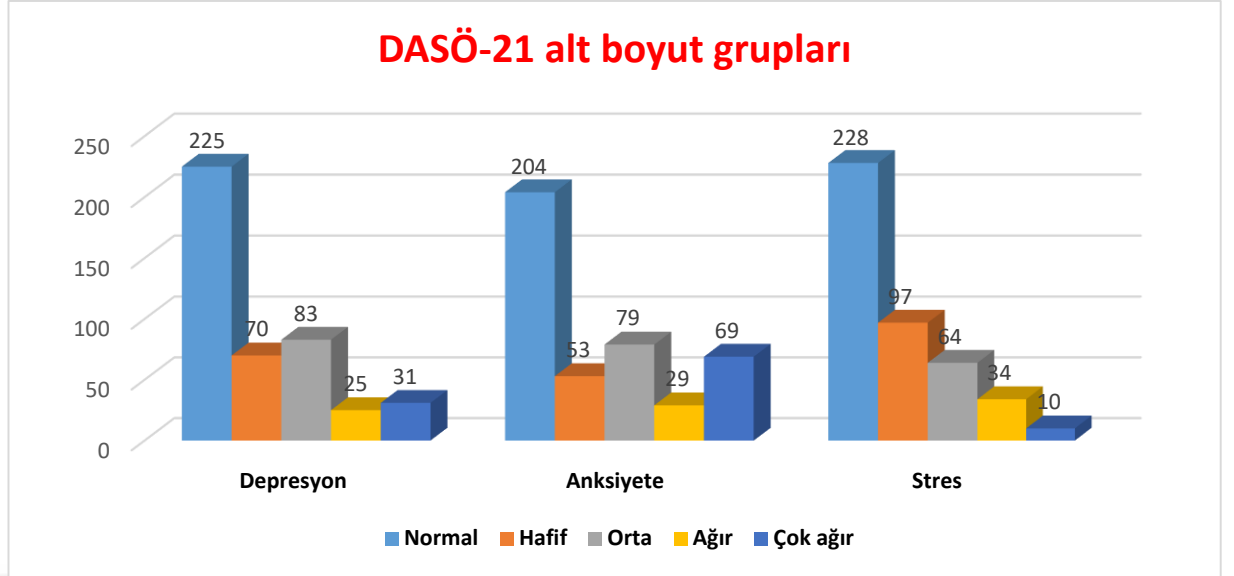
Şekil 4.2: DASÖ-21 toplam ve alt boyut puanları

DASÖ-21 ölçeğinden alınan puanlara göre yapılan gruplamalar ise tablo 9 ve grafik 3 ile gösterilmiştir. Hastaların %51,8'inin depresyon düzeyi normal iken %16,1'i hafif, %19,1'i orta, %5,8'i ağır, %7,1'i çok ağır depresyon grubundadır. Hastaların %47,0'sinin anksiyete düzeyi normal iken %12,2'si hafif, %18,2'si orta, %6,7'si ağır, %15,9'u çok ağır anksiyete grubundadır. Hastaların %52,7'sinin stres düzeyi normal iken %22,4'ü hafif, %14,8'i orta, %7,9'u ağır, %2,3'ü çok ağır stres grubundadır.

Tablo 4.9: DASÖ-21 alt boyut grupları

	Normal	Hafif	Orta	Ağır	Çok ağır
Depresyon	225 (51,8)	70 (16,1)	83 (19,1)	25 (5,8)	31 (7,1)
Anksiyete	204 (47,0)	53 (12,2)	79 (18,2)	29 (6,7)	69 (15,9)
Stres	228 (52,7)	97 (22,4)	64 (14,8)	34 (7,9)	10 (2,3)

Sonuçlar frekans (%) olarak gösterilmiştir.



Şekil 4.3: DASÖ-21 alt boyut grupları

Tablo 4.10’da hastaların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine verdikleri cevaplar gösterilmektedir. “İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?” sorusuna verilen en sık cevap ilk 5 dk (%45,9) olmuştur ve bunu 6-30 dk (%33,2) cevabı izlemiştir. 323 hasta (%71,9) sigara içmenin yasak olduğu yerlerde zorlandıklarını ve 275 hasta (%61,2) içmeden duramayacağı sigaranın sabah ilk olan sigara olduğunu belirtmişlerdir. Günde 11-20 sigara içen hastaların oranı %36,7, 21-30 sigara içenlerin oranı %33,9, 31 ve üzeri sigara içenlerin oranı %20,0’dır. %56,8 oranında hasta sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içtiğini, %67,7 oranında hasta da günü yatakta geçirecek kadar hasta olsa bile sigara içtiğini belirtmiştir.

Tablo 4.10: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Değişken (n:449)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?		
<1 saat	49	10,9
30-60 dk	45	10,0
6-30 dk	149	33,2
İlk 5 dk	206	45,9
Sigara içmenin yasak olduğu yerde zorlanır mısınız?		
Hayır	126	28,1

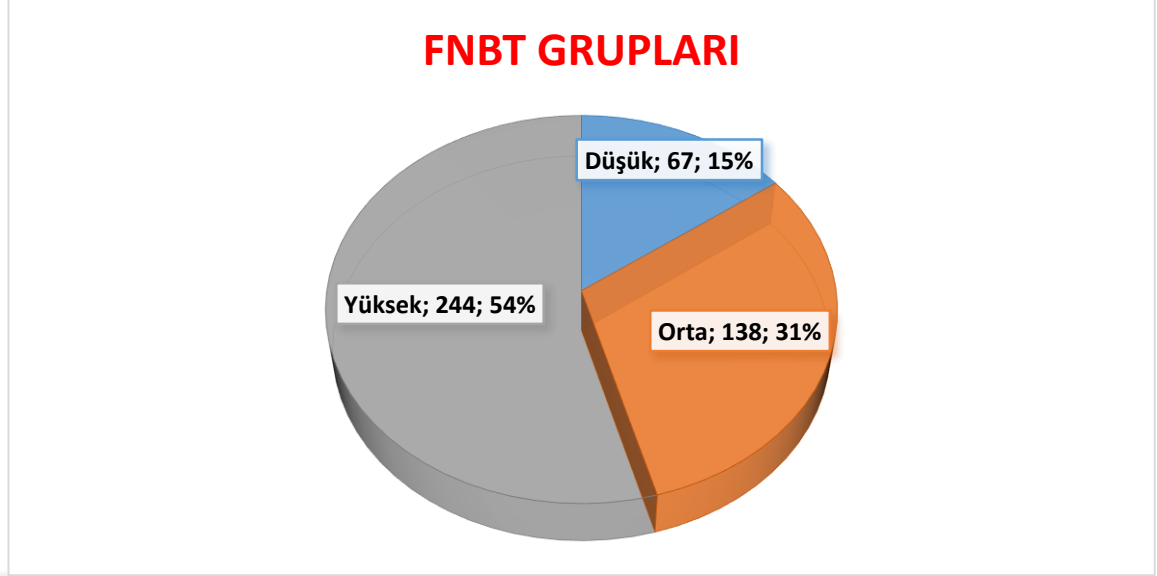
Bulgular

Evet	323	71,9
İçmeden duramayacağınız sigara hangisidir?		
Diğerleri	174	38,8
Sabah ilk olan	275	61,2
Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?		
<10	42	9,4
11-20	165	36,7
21-30	152	33,9
>31	90	20,0
Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?		
Hayır	194	43,2
Evet	255	56,8
Günü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?		
Hayır	145	32,3
Evet	304	67,7

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine verdikleri cevaplara göre hastaların ortalama puanı $6,36 \pm 2,43$ olarak hesaplanmış ve %14,9'u düşük, %30,7'si orta, %54,3'ü yüksek derecede bağımlı bulunmuşlardır (Tablo 4.11, Grafik 4.4).

Tablo 4.11: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puan ve grupları

Değişken (n:449)	Ort±sd	Min-Maks
FNBT puanı	6,36±2,43	0-10
FNBT grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük	67	14,9
Orta	138	30,7
Yüksek	244	54,3



Şekil 4.4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) grupları

Çalışmada kullanılan Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,92 bulunmuştur. “Koronavirüs kapma korkusu beni çok kaygılandırıyor” sorusuna en çok verilen cevap katılıyorum, “Koronavirüs sebebiyle karnıma ağrılar giriyor” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Öksüren insanları görünce korona virüs şüphesiyle aşırı kaygılanıyorum” sorusuna en çok verilen cevap katılmıyorum, “Koronavirüs nedeniyle yiyecek maddelerinin tükenmesinden kaygılanıyorum” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Ailemden birinin korona virüse yakalanma olasılığından aşırı derecede korkuyorum” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılıyorum, “Koronavirüs sebebiyle göğsüm ağrıyor” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Hapşırarak insanlardan korona virüs şüphesiyle kaçarcasına uzaklaşıyorum” sorusuna en çok verilen cevap katılmıyorum, “Koronavirüs nedeniyle temizlik maddelerinin tükenmesinden endişeliyim” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüsten ölüm haberleri beni müthiş derecede kaygılandırıyor” sorusuna en çok verilen cevap katılıyorum, “Koronavirüs sebebiyle elim ayağım titriyor” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüs sebebiyle, ellerimi temizlemek için aşırı zaman harcadığımı farkındayım” sorusuna en çok verilen cevap katılmıyorum, “Koronavirüs korkusuyla gıda stokluyorum” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüsle ilgili belirsizlikler beni

Bulgular

ciddi manada kaygılandırıyor” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüs korkusu nedeniyle uyku problemi yaşıyorum” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüse yakalanmak korkusundan sosyal ilişkilerim ciddi anlamda sekteye uğruyor” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüsten sonra, evdeki ihtiyaç malzemelerini kontrol etmezsem içim rahat etmiyor” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüsün yayılma hızı beni aşırı derecede panikletiyor” sorusuna en çok verilen cevap katılmıyorum, “Koronavirüs beni o kadar gerginleştiriyor ki, normalde yaptığım şeyleri bile yapmıyorum” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Başkalarından korona virüs kapma korkusundan kendimi alamıyorum” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum, “Koronavirüse karşı insanların duyarsız davranmaları sebebiyle çevremdekilerle hiddetle tartışıyorum (ya da tartışmak istiyorum)” sorusuna en çok verilen cevap kesinlikle katılmıyorum olmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Koronavirüs-19 fobisi ölçeği

Koronavirüs-19 fobisi ölçeği (n:422)	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Genellikle katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Koronavirüs kapma korkusu beni çok kaygılandırıyor	93	22,0	80	19,0	109	25,8	40	9,5	100	23,7
Koronavirüs sebebiyle karnıma ağırlar giriyor	256	60,7	118	28,0	21	5,0	7	1,7	20	4,7
Öksüren insanları görünce korona virüs şüphesiyle aşırı kaygılanıyorum	98	23,2	114	27,0	104	24,6	46	10,9	60	14,2
Koronavirüs nedeniyle yiyecek maddelerinin tükenmesinden kaygılanıyorum	184	43,6	132	31,3	57	13,5	15	3,6	34	8,1

Bulgular

Ailemden birinin koronavirüse yakalanma olasılığından aşırı derecede korkuyorum	55	13,0	68	16,1	112	26,5	44	10,4	143	33,9
Koronavirüs sebebiyle göğsüm ağrıyor	268	63,5	107	25,4	26	6,2	7	1,7	14	3,3
Hapşıran insanlardan korona virüs şüphesiyle kaçarcasına uzaklaşıyorum	105	24,9	98	23,2	110	26,1	47	11,1	62	14,7
Koronavirüs nedeniyle temizlik maddelerinin tükenmesinden endişeliyim	205	48,6	133	31,5	41	9,7	23	5,5	20	4,7
Koronavirüsten ölüm haberleri beni müthiş derecede kaygılandırıyor	88	20,9	99	23,5	107	25,4	41	9,7	87	20,6
Koronavirüs sebebiyle elim ayağım titriyor	266	63,0	109	25,8	22	5,2	16	3,8	9	2,1
Koronavirüs sebebiyle, ellerimi temizlemek için aşırı zaman harcadığımın farkındayım	114	27,0	141	33,4	82	19,4	41	9,7	44	10,4
Koronavirüs korkusuyla gıda stokluyorum	250	59,2	136	32,2	16	3,8	6	1,4	14	3,3
Koronavirüsle ilgili belirsizlikler beni ciddi manada kaygılandırıyor	109	25,8	88	20,9	105	24,9	61	14,5	59	14,0
Koronavirüs korkusu nedeniyle uyku problemi yaşıyorum	267	63,3	112	26,5	20	4,7	13	3,1	10	2,4
Koronavirüse yakalanmak korkusundan sosyal ilişkilerim ciddi anlamda sekteye uğruyor	123	29,1	113	26,8	85	20,1	45	10,7	56	13,3

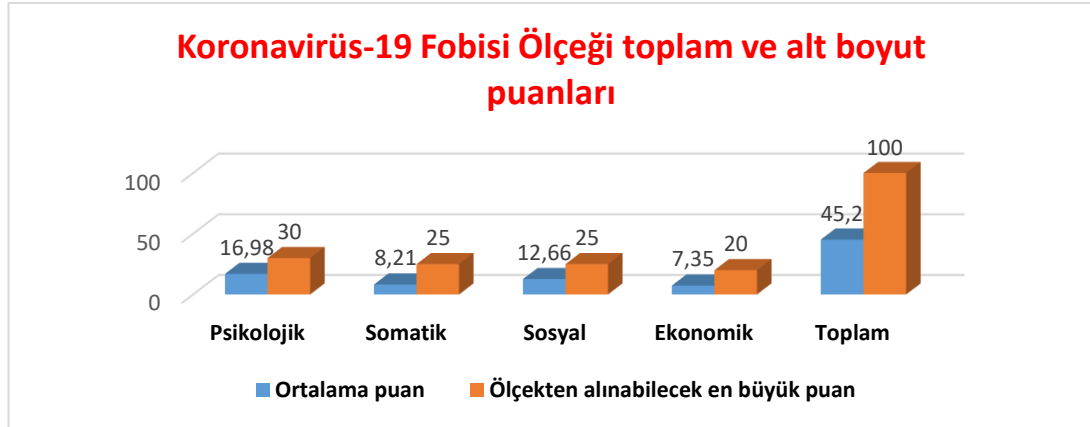
Bulgular

Koronavirüsten sonra, evdeki ihtiyaç malzemelerini kontrol etmezsem içim rahat etmiyor	211	50,0	115	27,3	53	12,6	13	3,1	30	7,1
Koronavirüsün yayılma hızı beni aşırı derecede panikletiyor	110	26,1	121	28,7	86	20,4	45	10,7	60	14,2
Koronavirüs beni o kadar gerginleştiriyor ki, normalde yaptığım şeyleri bile yapmıyorum	200	47,4	120	28,4	60	14,2	19	4,5	23	5,5
Başkalarından koronavirüs kapma korkusundan kendimi alamıyorum	136	32,2	120	28,4	82	19,4	40	9,5	44	10,4
Koronavirüse karşı insanların duyarsız davranmaları sebebiyle çevremdekilerle hiddetle tartışıyorum (ya da tartışmak istiyorum)	130	30,8	101	23,9	78	18,5	57	13,5	56	13,3

Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam ve alt boyut puanları tablo 13 ve grafik 5 ile gösterilmiştir. Yapılan analizlere göre psikolojik alt boyut puanı ortalama $16,98 \pm 6,38$, somatik alt boyut puanı ortalama $8,21 \pm 3,68$, sosyal alt boyut puanı ortalama $12,66 \pm 5,13$, ekonomik alt boyut puanı ortalama $7,35 \pm 3,19$ ve toplam puan ortalama $45,20 \pm 15,97$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.13: Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam ve alt boyut puanları

	Ortalama	SD	Min-Maks	Ölçekten alınabilecek Min-Maks
Psikolojik	16,98	6,38	6-30	6-30
Somatik	8,21	3,68	5-25	5-25
Sosyal	12,66	5,13	5-25	5-25
Ekonomik	7,35	3,19	4-20	4-20
Toplam	45,20	15,97	20-100	20-100



Şekil 4.5: Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam ve alt boyut puanları

Tablo 4.14’te depresyon durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar gösterilmiştir. Psikolojik alt boyutta depresyon düzeyi normal olanlar diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Depresyon düzeyi hafif olanlar ise ağır ve çok ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Somatik alt boyutta depresyon düzeyi normal olanlar ağır ve çok ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Depresyon düzeyi orta olanlar ise ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Sosyal alt boyutta depresyon düzeyi normal olanlar orta, ağır ve çok ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Ekonomik alt boyutta depresyon düzeyi normal olanlar ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Toplam puanda ise depresyon düzeyi normal olanlar orta, ağır ve çok ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$) (Grafik 4.6).

Tablo 4.14: Depresyon durumuna Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Depresyon					
Normal	15,27±5,87	6 (5-25)	11 (5-25)	6,5 (4-19)	40 (20-94)
Hafif	17,54±5,91	7 (5-17)	12 (5-24)	7 (4-16)	43 (20-80)
Orta	18,4±6,39	8 (5-18)	14 (5-25)	7 (4-15)	48 (20-81)
Ağır	20,12±6,00	10 (5-22)	17 (5-24)	9 (4-14)	56 (20-80)
Çok ağır	20,07±7,01	8,5 (5-25)	15,5 (5-25)	8 (4-20)	48,5 (20-100)
p	<0,001^a	<0,001^b	<0,001^c	0,005^d	<0,001^e

Bulgular

Normal dağılıma uyan veriler $\text{ort} \pm \text{sd}$, uymayan veriler ortanca (min-maks) değerleriyle gösterilmiştir.

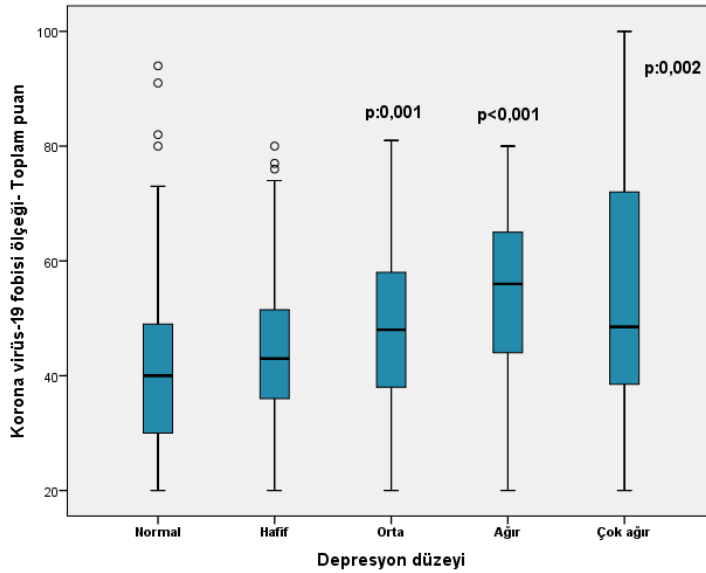
^a, One-Way ANOVA post hoc LSD test: “Normal” hepsinden farklı ($p < 0,01$), “hafif” ağır ve çok ağırdan farklı ($p < 0,05$).

^b, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” ağır ve çok ağırdan farklı ($p < 0,05$), “orta” ağırdan farklı ($p < 0,05$).

^c, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” orta, ağır ve çok ağırdan farklı ($p < 0,05$).

^d, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” ağırdan farklı ($p < 0,05$).

^e, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” orta, ağır ve çok ağırdan farklı ($p < 0,05$).



Şekil 4.6: Depresyon durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puanları

Tablo 4.15’te anksiyete durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar gösterilmiştir. Psikolojik alt boyutta anksiyete düzeyi çok ağır olanlar normal ve hafif olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p < 0,05$). Somatik alt boyutta anksiyete düzeyi çok ağır olanlar normal ve hafif olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p < 0,05$). Sosyal alt boyutta anksiyete düzeyi çok ağır olanlar normal ve hafif olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p < 0,05$). Ekonomik alt boyutta anksiyete düzeyi çok ağır olanlar normal ve hafif olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p < 0,05$).

Bulgular

Toplam puanda ise anksiyete çok ağır olanlar normal, hafif ve orta olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$). (Grafik 4.7)

Tablo 4.15: Anksiyete durumuna Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Anksiyete					
Normal	15 (6-30)	6 (5-25)	11 (5-25)	6 (4-19)	40 (20-94)
Hafif	16 (6-30)	6 (5-15)	12 (5-21)	6 (4-15)	41 (20-80)
Orta	17 (6-30)	7 (5-18)	13 (5-25)	7 (4-16)	43 (20-81)
Ağır	18 (6-30)	8 (5-13)	13 (5-21)	8 (4-15)	48 (20-72)
Çok ağır	19,5 (6-30)	9 (5-25)	15 (5-25)	8 (4-20)	53,5 (20-100)
p	<0,001^a	<0,001^b	<0,001^c	<0,001^d	<0,001^e

Veriler normal dağılıma uymadıkları için ortanca (min-maks) değerleriyle gösterilmiştir.

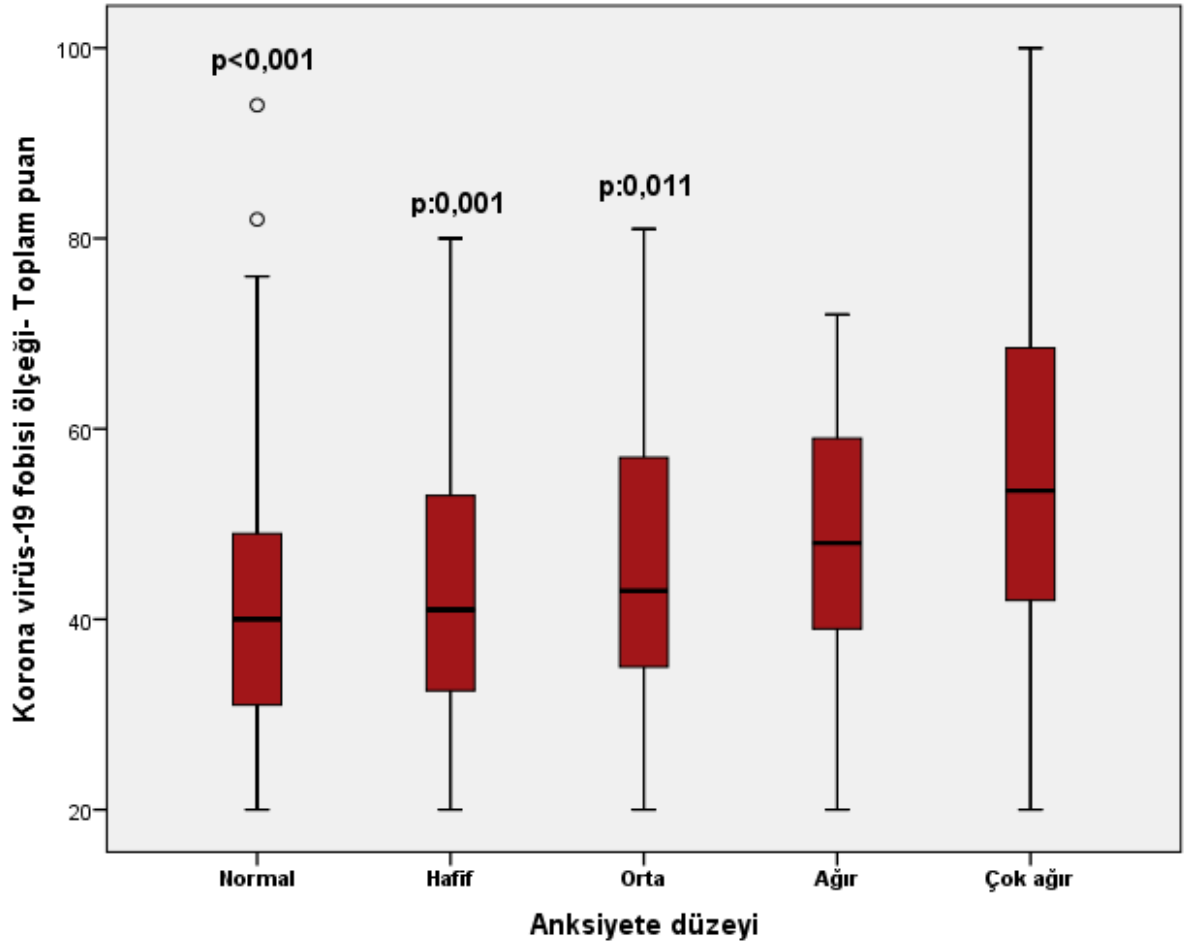
^a, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “Çok ağır” normal ve hafiften farklı ($p<0,05$).

^b, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “Çok ağır” normal ve hafiften farklı ($p<0,05$).

^c, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “Çok ağır” normal ve hafiften farklı ($p<0,05$).

^d, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “Çok ağır” normal ve hafiften farklı ($p<0,01$).

^e,Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “Çok ağır” normal, hafif ve ortadan farklı ($p<0,05$).



Şekil 4.7: Anksiyete durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puanları

Tablo 4.16’da stres durumuna göre Korona virüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar gösterilmiştir. Psikolojik alt boyutta stres düzeyi normal olanlar diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Somatik alt boyutta stres düzeyi normal olanlar diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Sosyal alt boyutta stres düzeyi normal olanlar diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Ekonomik alt boyutta stres düzeyi normal olanlar hafif ve çok ağır olanlardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Toplam puanda ise stres düzeyi normal olanlar düzeyi normal olanlar diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$) (Grafik 4.8).

Bulgular

Tablo 4.16: Stres durumuna Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Stres					
Normal	15 (6-30)	6 (5-25)	10 (5-25)	6 (4-16)	39 (20-94)
Hafif	18 (6-30)	8 (5-18)	13 (5-25)	8 (4-19)	47 (20-82)
Orta	19 (6-30)	8,5 (5-22)	14 (5-24)	8 (4-15)	46,5 (20-80)
Ağır	19 (6-30)	8 (5-25)	13 (5-25)	8 (4-20)	47 (20-100)
Çok ağır	23,5 (6-30)	10 (5-18)	16,5 (5-25)	11,5 (4-16)	64,5 (20-81)
p	<0,001^a	<0,001^b	<0,001^c	<0,001^d	<0,001^e

Veriler normal dağılıma uymadıkları için ortanca (min-maks) değerleriyle gösterilmiştir.

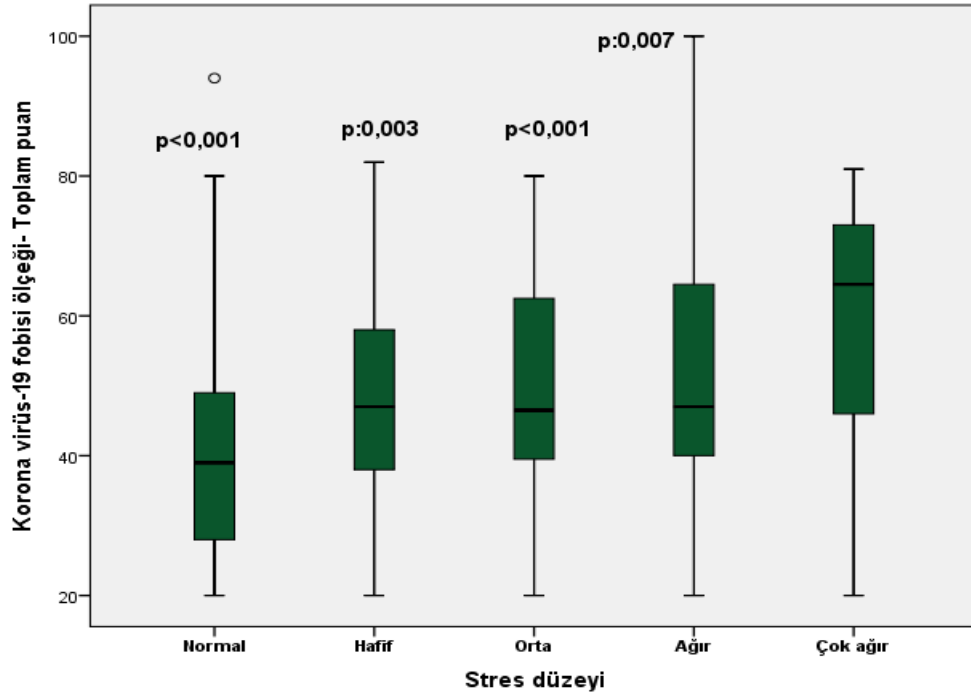
^a, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” tüm gruplardan farklı (p<0,05).

^b, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” tüm gruplardan farklı (p<0,05).

^c, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” tüm gruplardan farklı (p<0,05).

^d, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” hafif ve çok ağırdan farklı (p<0,05).

^e, Kruskal Wallis testi post hocpairwisecomparisons: “Normal” tüm gruplardan farklı (p<0,05).



Şekil 4.8: Stres durumuna göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puanları

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) gruplarına göre Korona virüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanların analizi ise tablo 4.17 ile gösterilmiştir. Yapılan analizlere göre psikolojik, sosyal, ekonomik alt boyutlarda ve toplam puanda düşük bağımlılığı olan gruptakiler orta ve yüksek bağımlılığı olan gruptakilere göre daha düşük puan almışlardır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$). Somatik alt boyutta ise tüm gruplar aynı puanı almışlardır.

Tablo 4.17: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) gruplarına göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanların analizi

	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
FNBT					
Düşük	16 (6-29)	7 (5-25)	11 (5-25)	6 (4-16)	42 (20-92)
Orta	17 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
Yüksek	17 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-19)	43 (20-94)
p	0,374	0,964	0,278	0,550	0,535

Veriler normal dağılıma uymadıkları için Kruskal Wallis testi yapılmış ve ortanca (min-maks) değerleriyle gösterilmiştir.

Bulgular

DASÖ-21, FNBT ve Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanların korelasyon analizi yapılmış ve analiz sonuçları tablo 4.18 ile gösterilmiştir. Koronavirüs-19 fobisi ölçeği psikolojik alt boyutu ile DASÖ-21 depresyon alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,277$, $p<0,01$), DASÖ-21 anksiyete alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,300$, $p<0,01$), DASÖ-21 stres alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,344$, $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Koronavirüs-19 fobisi ölçeği somatik alt boyutu ile DASÖ-21 depresyon alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,228$, $p<0,01$), DASÖ-21 anksiyete alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,254$, $p<0,01$), DASÖ-21 stres alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,274$, $p<0,01$), DASÖ-21 toplam puan arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,269$, $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Koronavirüs-19 fobisi ölçeği sosyal alt boyutu ile DASÖ-21 depresyon alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,300$, $p<0,01$), DASÖ-21 anksiyete alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,282$, $p<0,01$), DASÖ-21 stres alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,322$, $p<0,01$), DASÖ-21 toplam puan arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,332$, $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Koronavirüs-19 fobisi ölçeği ekonomik alt boyutu ile DASÖ-21 depresyon alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,208$, $p<0,01$), DASÖ-21 anksiyete alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,207$, $p<0,01$), DASÖ-21 stres alt boyutu arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,201$, $p<0,01$), DASÖ-21 toplam puan arasında aynı yönde düşük düzeyde ($r:0,226$, $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Koronavirüs-19 fobisi ölçeği toplam puan ile DASÖ-21 depresyon alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,305$, $p<0,01$), DASÖ-21 anksiyete alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,308$, $p<0,01$), DASÖ-21 stres alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,342$, $p<0,01$), DASÖ-21 toplam puan arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,349$, $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.18: DASÖ-21, FNBT ve Koronavirüs-19 fobisi ölçeği korelasyon analizi

Değişken	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
DASÖ-21 Depresyon	0,277*	0,228*	0,300*	0,208*	0,305*
DASÖ-21 Anksiyete	0,300*	0,254*	0,282*	0,207*	0,308*
DASÖ-21 Stres	0,344*	0,274*	0,322*	0,201*	0,342*
DASÖ-21 Toplam	0,334*	0,269*	0,332*	0,226*	0,349*
FNBT	0,017	-0,016	0,050	-0,016	0,014

*p<0,01, Spearmankorelasyon analizi

Sosyodemografik özelliklere göre koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar analiz edildiğinde kadınların psikolojik, sosyal alt boyutlarda ve toplam puanda erkeklere göre daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir ($p<0,05$), somatik ve ekonomik alt boyutlardan alınan puanlar ise istatistiksel olarak benzerdir ($p>0,05$). Somatik alt boyuttan 18-40 yaş aralığındaki hastalar ortalama 7, 40-60 yaş aralığındaki hastalar ortalama 8, 60 yaş ve üzerindeki hastalar ise ortalama 5,5 puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde farkın 18-40 yaş ile 40-60 yaş grupları arasında olduğu anlaşılmıştır. Somatik alt boyuttan bekârlar evlilere göre daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Aktif olarak çalışan bireyler psikolojik alt boyuttan ve toplam puandan çalışmayan kişilere göre daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre yapılan analizlerde ise eğitim durumu ilkököl ve yüksekoköl olanlar arasında bazı anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Eğitim durumu yüksekoköl olanlar ilkököl olanlara göre somatik, ekonomik alt boyutlarda ve toplam puanda daha düşük puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Sosyodemografik özelliklere göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

Değişken	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği puanları				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Cinsiyet					
Kadın	18 (6-30)	8 (5-22)	13 (5-25)	7 (4-19)	45 (20-93)
Erkek	16 (6-30)	7 (5-25)	11 (5-25)	7 (4-20)	42 (20-100)
p	0,004	0,184	0,023	0,432	0,013

Bulgular

Yaş grupları					
18-40 yaş	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	42 (20-100)
40-60 yaş	17 (6-30)	8 (5-25)	13 (5-25)	8 (4-19)	45 (20-94)
60 yaş ve üzeri	14,5 (6-26)	5,5 (5-16)	10,5 (5-23)	6 (4-12)	39 (22-76)
p	0,187	0,017^a	0,073	0,125	0,054
Medeni durum					
Evli	17 (6-30)	8 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-19)	44 (20-94)
Bekâr	16 (6-30)	6 (5-25)	12 (5-25)	6 (4-20)	42 (20-100)
p	0,464	0,003	0,375	0,052	0,122
Meslek					
İşsiz	14 (12-24)	9 (5-12)	10 (5-20)	8 (4-11)	40 (37-66)
Ev hanımı	19,5 (7-30)	9 (5-22)	13,5 (5-24)	8 (4-19)	48 (22-93)
İşçi	16 (6-30)	8 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-19)	42 (20-92)
Kamu	18 (6-30)	7 (5-25)	13 (5-24)	6 (4-15)	44 (20-94)
Esnaf	17 (6-30)	8 (5-25)	14 (5-25)	8 (4-20)	47,5 (20-100)
Emekli	17,5 (6-30)	9 (5-19)	12,5 (5-24)	8 (4-13)	48 (20-72)
Öğrenci	17 (6-26)	6 (5-18)	12 (5-21)	5 (4-14)	43 (20-75)
Sağlık çalışanı	15 (6-25)	6 (5-10)	11,5 (5-21)	6,5 (4-12)	40,5 (20-61)
Özel sektör	15 (6-30)	8 (5-22)	11 (5-25)	7 (4-14)	42 (20-91)
p	0,082	0,085	0,177	0,148	0,056
Aktif olarak çalışma durumu					
Çalışmıyor	19 (6-30)	9 (5-22)	13 (5-24)	8 (4-19)	46,5 (20-93)
Çalışıyor	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	42 (20-100)
p	0,009	0,061	0,077	0,056	0,010
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	13,5 (12-15)	9 (8-10)	11 (10-12)	-	41,5 (40-43)
İlkokul	18 (6-30)	8 (5-22)	13 (5-25)	8 (4-19)	46 (20-93)
Ortaokul	16 (6-30)	8 (5-15)	12 (5-24)	7 (4-15)	43 (20-69)
Lise	18 (6-30)	8 (5-25)	13 (5-25)	8 (4-16)	45 (20-92)
Yüksekokul	16 (6-30)	6 (5-25)	11 (5-25)	6 (4-20)	40 (20-100)
p	0,216	0,002^b	0,096	0,002^b	0,023^b

Veriler normal dağılıma uymadıkları için ortanca (min-maks) değerleriyle gösterilmiştir.

^a, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “18-40” ile “40-60” yaş arasında fark bulundu ($p<0,05$).

^b, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “ilkokul” ile “yüksekokul” arasında fark bulundu ($p<0,05$).

Bulgular

Katılımcılarda kronik hastalık varlığı, var olan kronik hastalıklar ve sürekli kullanılan ilaç varlığına göre koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar tablo 4.20 ile gösterilmiştir. Kronik hastalığı olanlar psikolojik, somatik alt boyutlarda ve toplam puanda daha yüksek puan almışlardır ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$). Sürekli ilaç kullananlar da ekonomik alt boyut dışındaki tüm puanlarda daha yüksek puan almışlardır ancak bu farklar da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.20: Kronik hastalıklar ve ilaç kullanımına göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

Değişken	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği puanları				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Kronik hastalık					
Yok	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
Var	18 (6-30)	7,5 (5-22)	12 (5-25)	7 (4-16)	45 (20-91)
p	0,072	0,347	0,707	0,992	0,279
Kronik hastalıklar					
Diyabet	17 (6-30)	8 (5-16)	12 (5-23)	7 (4-12)	45 (20-78)
Hipertansiyon	18 (8-30)	9 (5-22)	13 (5-25)	8 (4-15)	49,5 (22-91)
Kronik kalp hastalığı	15,5 (6-19)	7 (5-13)	8 (5-14)	8 (4-11)	38,5 (20-56)
Kronik akciğer hastalığı	16,5 (10-30)	6,5 (5-19)	12,5 (5-24)	7 (4-14)	43,5 (24-80)
Psikiyatrik hastalık	15 (11-27)	7 (5-9)	9 (8-16)	6 (4-11)	37 (29-62)
Romatolojik hastalık	17 (14-20)	13 (7-19)	17 (10-24)	7 (5-9)	54 (36-72)
Malignite	13 (10-17)	5 (5-16)	11 (10-13)	6 (4-12)	33 (31-58)
Diğer hastalıklar	18 (6-29)	9 (5-19)	13 (5-25)	7 (4-16)	47 (20-77)
Sürekli kullanılan ilaç varlığı					
Yok	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
Var	18 (6-28)	7,5 (5-19)	12,5 (5-24)	7 (4-16)	44,5 (20-78)
p	0,244	0,909	0,919	0,794	0,502

Bulgular

Sigara ve alkol kullanım özelliklerine koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde evde sigara içen birey olan katılımcıların sosyal ve toplam puanı daha yüksektir ($p<0,05$). Daha önce sigara bırakmayı denemiş olan katılımcılar denememiş olanlara göre ekonomik alt boyuttan daha düşük puan almışlardır. Alkol kullanma durumuna göre ölçekten alınan puanlar değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: Sigara ve alkol kullanım özelliklerine göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

Değişken	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği puanları				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Evde sigara içen birey varlığı					
Hayır	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-19)	42 (20-93)
Evet	18 (6-30)	7,5 (5-25)	13 (5-25)	7 (4-20)	45 (20-100)
p	0,006	0,626	0,047	0,807	0,044
Alkol kullanma durumu					
Hayır	17 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	44 (20-100)
Evet	16 (6-30)	7 (5-18)	11,5 (5-25)	6 (4-19)	42 (20-85)
p	0,145	0,141	0,348	0,107	0,112
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme					
Yok	17 (6-30)	8 (5-22)	12 (5-25)	8 (4-19)	44 (20-93)
Var	17 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
p	0,922	0,101	0,455	0,041	0,289
Sigarayı bırakmak isteme nedenleri					
Hastalığım nedeni ile	17 (6-30)	8 (5-22)	12 (5-25)	7 (4-19)	42 (20-93)
İleride hastalanma endişesi	17 (6-30)	7 (5-22)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
Çevreme zarar veriyor	16 (6-30)	7 (5-22)	12 (5-25)	7 (4-19)	44 (20-94)
Ekonomik nedenler	17 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-19)	43 (20-94)
İnançlarımdan dolayı	18 (6-30)	9 (5-25)	12 (5-25)	8 (4-20)	43(20-100)
Çevreme örnek olmak için	15,5 (6-30)	6,5(5-25)	12 (5-24)	6,5 (4-19)	43(20-94)
Toplum baskısı	17 (6-25)	7 (5-25)	12 (5-20)	5 (4-9)	43(20-60)
Utandığım için	19 (6-30)	8 (5-25)	13 (5-25)	8 (4-19)	48(20-94)
Kokusundan rahatsız oluyorum	17 (6-30)	7 (5-25)	13 (5-25)	7 (4-20)	43(20-100)
Doktor önerisi	18 (6-28)	6 (5-13)	12 (5-23)	6 (4-12)	42(20-63)
İş yeri baskısı	18,5 (18-19)	7,5 (6-9)	15 (13-17)	8 (5-11)	49(43-55)

Bulgular

Tablo 4.22’de çocuk sayısı, günlük içilen sigara miktarı ve sigara kullanma süresi ile koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanların korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Çocuk sayısı arttıkça somatik alt boyuttan alınan puanlar da bir miktar artmaktadır. Çocuk sayısı ile somatik alt boyut arasında aynı yönde, çok düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r:0,168$, $p<0,05$).

Tablo 4.22: Çocuk sayısı, günlük içilen sigara miktarı ve sigara kullanma süresi ile Koronavirüs-19 fobisi ölçeği korelasyon analizi

Değişken	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
Çocuk sayısı	0,064	0,168*	0,046	0,054	0,093
Günlük içilen sigara miktarı	0,041	0,024	0,013	0,075	0,040
Sigara kullanma süresi	0,114	0,120	0,104	0,056	0,116

* $p<0,05$, Spearman korelasyon analizi

Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanların analizi tablo 4.23 ile gösterilmiştir. COVID-19 geçiren katılımcılar geçirmeyenlere göre somatik alt boyuttan daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$). Yakınlarında COVID-19 geçiren biri olan katılımcılar ise psikolojik alt boyuttan daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$). COVID-19 geçiren yakının yakınlık derecesine göre alınan puanlar anlamlı olarak değişmemektedir. Yakınlarında COVID-19 nedeni ile vefat eden biri olan katılımcılar psikolojik ve sosyal alt boyuttan daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$). COVID-19 nedeni ile vefat eden yakının yakınlık derecesi üçüncü derece olanlar ikinci derece olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: COVID-19 ile ilgili özelliklere göre Koronavirüs-19 fobisi ölçeğinden alınan puanlar

Değişken	Koronavirüs-19 fobisi ölçeği puanları				
	Psikolojik	Somatik	Sosyal	Ekonomik	Toplam
COVID-19 geçirdiniz mi?					
Hayır	17 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43(20-100)
Evet	18 (6-30)	9 (5-22)	11 (5-25)	7 (4-15)	43(20-80)
p	0,525	0,029	0,978	0,545	0,371

Bulgular

COVID-19 geçirdiğinizde hangi şikâyetleriniz oldu?					
Öksürük	18,5(12-27)	10 (5-18)	14 (7-23)	8 (4-15)	52,5(29-75)
Solunum sıkıntısı	19 (12-30)	11 (5-22)	16 (9-25)	8 (4-15)	56 (31-80)
Diğer	18 (6-30)	9 (5-22)	11 (5-25)	7 (4-15)	43 (20-80)
Yakınlarınızdan COVID-19 geçiren var mı?					
Hayır	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
Evet	17 (6-30)	7 (5-22)	13 (5-25)	7 (4-19)	43 (20-91)
p	0,005	0,950	0,074	0,630	0,122
COVID-19 geçiren yakınınızın yakınlık derecesi					
Birinci derece	17 (6-30)	7 (5-22)	11 (5-25)	7 (4-16)	42 (20-80)
İkinci derece	18 (7-29)	7 (5-17)	13 (5-24)	7 (4-15)	46 (25-76)
Üçüncü derece	20 (8-30)	8 (5-19)	14 (5-25)	8 (4-19)	49,5(22-85)
Dördüncü derece	18 (11-30)	6,5 (5-22)	14,5(6-25)	6 (4-14)	46 (26-91)
Arkadaş/komşu/uzak akraba	18 (8-28)	8 (5-11)	12 (6-20)	6 (4-9)	43 (23-63)
p	0,442	0,599	0,535	0,165	0,388
Yakınlarınızdan COVID-19 nedeni ile vefat eden var mı?					
Hayır	16 (6-30)	7 (5-25)	12 (5-25)	7 (4-20)	43 (20-100)
Evet	19 (9-30)	7 (5-22)	15 (6-25)	6 (4-19)	48 (26-85)
p	0,004	0,836	0,021	0,102	0,088
COVID-19 nedeni ile vefat eden yakınınızın yakınlık derecesi					
Birinci derece	25,5(21-30)	14(6-22)	18(13-23)	4,5 (4-5)	62(44-80)
İkinci derece	10,5 (9-18)	6,5 (5-9)	10(7-16)	5,5 (4-7)	32,5(27-48)
Üçüncü derece	27 (11-30)	11(5-17)	16(6-25)	8 (4-19)	64 (26-85)
Dördüncü derece	20 (19-25)	8,5(6-19)	15(13-21)	8 (7-13)	53 (48-72)
Arkadaş /uzak akraba	18 (12-28)	6 (5-12)	12,5(8-23)	5 (4-9)	40 (32-68)
p	0,032^a	0,178	0,349	0,139	0,084

^a, Kruskal Wallis testi post hoc pairwise comparisons: “ikinci derece” ile “üçüncü derece” arasında fark bulundu (p<0,05).

5 TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1 Tartışma

Sigara bırakma polikliniğine pandemi öncesi ve sonrası başvuran hasta sayıları karşılaştırıldığında COVID-19 pandemisi öncesi Aralık 2019-Mart 2020 tarih aralığındaki 3 aylık dönemde 1379, COVID-19 pandemisi döneminde Aralık 2020-Mart 2021 tarih aralığındaki üç aylık dönemde 1017 olarak gerçekleşmiştir. COVID pandemisi öncesi başvuran hastaların yaş ortalaması, COVID-19 pandemisi döneminde başvuran hastaların yaş ortalamasından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur($p<0,001$). Cinsiyet bakımından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. COVID pandemisi döneminde erkek hastaların başvuran hastalar içindeki yüzdesi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Toplam başvuru sayısındaki değişim incelendiğinde COVID-19 pandemisi döneminde polikliniğimize başvuran hastalar yüzde 26,3 azalmıştır. Yapılan bazı çalışmalar, pandemi döneminde tütün kullanım davranışında bir değişim olmadığını göstermektedir[83, 84]. Ancak tütün kullanım davranışlarında değişim göstermeyen çalışmalar azınlıkta olmakla birlikte literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda sigara tüketiminin ve bağımlılık düzeyinin pandemi ile birlikte önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir[16, 17, 85-87].

Erkek cinsiyet, 50 yaşın üstünde olmak, kronik hastalıkları olanlar (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malignite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), böbrek hastalığı gibi) COVID-19 hastalığı açısından riskli grupta bulunmaktadır[73]. Erkeklerin COVID-19 nedeniyle ölüm oranlarının kadınlardan daha fazla olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur[88]. COVID-19 nedeniyle vefat edenlerin çoğunluğunu 65 yaş üstü hastalar oluşturmalarına rağmen pandeminin uzun sürmesi ile hastalığa yakalanan kişi sayısındaki artış ve ölen hastalar içinde zamanla daha fazla genç hastanın olmasına neden olmuş ve bu nedenle gençlerin COVID-19' yakalanma korkusunda artış olabileceğini düşünmekteyiz.

Gençlerde COVID-19 korkusunun yaşlılara göre daha fazla olduğuna dair çalışmaların olması da bu düşüncemizi desteklemektedir[89, 90]. Bu sebeple pandemi döneminde daha genç hastalar sigara bırakmak için polikliniğimize başvurmuş olabilir. Pandemi döneminde erkeklerin kadınlara oranla daha fazla başvurmuş olmasının nedeni erkek cinsiyetin COVID-19 açısından risk faktörü olması olabilir.

Çalışmamızın sosyodemografik verilere baktığımızda başvuran hastalarımızın yaş ortalaması $38,18 \pm 11,35$ tür. Literatür incelendiğinde çalışmamıza katılanların yaş ortalaması literatür ile benzer bulunmuştur. Hastaların daha çok orta yaş grubunda olması hastaların sigaranın olumsuz etkilerinin daha çok 10-15 yıllık kullanımdan sonra görülmeye başlaması olabilir[91-94].

COVID-19 fobisi düzeyleri yaş değişkenine göre incelendiğinde 18-40 yaş grubundaki kişiler 40-60 yaş grubundaki kişilere göre COVID-19 fobisi somatik alt boyuttan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puan almışlardır. Fakat diğer alt boyutlar ve toplam puanda yaş grupları arasında COVID-19 fobisi anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatür incelendiğinde bir başka çalışmada yaş arttıkça koronavirüs fobisinin azaldığı yönünde sonuç elde edilmiştir[89]. Yapılan diğer 2 çalışmada ise yaş ile COVID-19 korkusu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür[95, 96]. Bir diğer yandan orta yaş grubundaki bireylere kıyasla genç yetişkinlerin ve yaşlıların daha yüksek bir COVID-19 korku düzeyini olduğunu ortaya koyan bir çalışma da mevcuttur[90]. Literatürde bulunan birbirinden farklı sonuçların ortaya çıkması pandeminin seyri içerisinde başlarda yaşlıların COVID-19'dan daha fazla etkilendiğine yönelik bulguların olması fakat aşılama çalışmalarıyla birlikte ileri yaş grubunun önce aşılana başlama çalışmalardaki birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Hastalarımızın yüzde 56,4'sı erkek yüzde 35,6'sı kadındır. Velioğlu ve arkadaşlarının sigara bıraktırma polikliniğinde 2119 kişi ile yaptığı çalışmada da katılımcıların %69,3 ü erkekti[94]. DSÖ verilerine göre 2015 yılında 1,1 milyardan fazla tütün kullanan insan mevcut ve erkeklerin tütün kullanımı kadınlardan fazladır[97]. Bizim çalışmamızda da bu sebeple

bırakma başvurularında da erkeklerin çoğunlukta olması buna bağlanmıştır.

COVID-19 fobisi ölçeği sonuçları cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde kadınların erkeklere göre COVID-19 fobisi düzeyi anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde cinsiyetin COVID-19 korkusu açısından anlamlı farklılık gösterdiğine dair çalışmalar çoğunlukta olup kadınların COVID-19 korkusu erkeklere göre daha fazla bulunmuştur[90, 98-103]. Bunun yanında cinsiyetin COVID-19 korkusu açısından anlamlı farklılık oluşturmadığına dair de birkaç çalışma mevcuttur[96, 104]. Çinde yapılan farklı bir çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında cinsiyetinin kadın olması ile stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır[14]. Salgın hastalık durumunda kadınların sağlık konusunda erkeklere göre anksiyete seviyesinin daha yüksek olduğuna dair yapılan çalışma verileri birlikte değerlendirildiğinde kadın cinsiyetin COVID-19 korkusu açısından risk faktörü oluşturduğunu düşünmekteyiz[105]. İlaveten kadınların sosyal medyadaki COVID-19 ile ilgili haberlerden daha çok etkilendiği ve erkeklere kıyasla daha çok ölüm kokusu yaşadığını bildiren çalışmaların da olması bu düşüncemizi desteklemektedir[106, 107].

Evliler ile bekârların COVID-19 fobisi düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada bireylerin medeni halinin, pandemiyle ilişkili anksiyete ve korku düzeylerini etkilemediği görülmüştür[108, 109]. Yapılan bir diğer çalışmada ise bekarların evlilere oranla anlamlı bir şekilde COVID-19 korkusunu daha yüksek olduğu bulunmuştur[89]. Sakaoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında evli olan bireylerin bekâr bireylerden daha fazla stres ve anksiyete yaşadığını bildirmişlerdir [110]. Bu çalışmaların aksine, Küey ve arkadaşlarının çalışmasında ise bekâr bireylerin evli bireylere kıyasla daha fazla stres ve anksiyeteye sahip olduğunu rapor etmiştir[111]. Yapılan çalışmalarda birbirleriyle çelişen veriler bulunmaktadır.

Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlar yüksekokul ve üstü olanlara göre COVID-19 korkusu açısından somatik, ekonomik ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek puan almışlardır. Yapılan iki çalışmada eğitim düzeyinin, COVID-19 fobisi açısından istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur[112, 113]. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda ulaştığımız sonuç literatürden farklılık göstermektedir.

Katılımcıların %75 i halen çalışan ve %24,8 i ise çalışmayan kişilerden oluşmaktadır. Çalışmayanların çoğunluğunu (%13,8) ev hanımları oluşturmaktadır. Çalışmayanlar çalışan kişilere göre COVID-19 fobisi ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Pandemi döneminde çalışanlar sosyal izolasyonu daha az hissetmiş, çalışmaları nedeniyle daha fazla sosyal etkileşim içinde olmuş ve bu sebeple sosyal izolasyonu çalışmayanlara göre daha az hissetmiş olabilir[101].

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı olan ve olmayan kişiler arasında COVID-19 fobisi düzeyi açısından anlamlı fark tespit edilememiştir. Gencer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi kronik hastalığı bulunanlarda COVID-19 korkusu daha yüksek tespit edilmesine rağmen aynı şekilde anlamlı fark bulunamamıştır[89]. Literatür tarandığında araştırma sonuçlarımız bazı araştırmaların bulgularıyla çelişmektedir. Yapılan 2 çalışmada bizim çalışmamızın aksine kronik hastalık öyküsü bulunan hastalarda COVID-19 korkusu anlamlı şekilde yüksek bulunmuş[103, 114].

Çalışmamıza katılanların %76,5'inin evinde sigara içen başka bir birey bulunmaktadır. Evde kendisi dışında sigara tüketen birey olan kişilerin COVID-19 fobisi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın evinde kendisi dışında sigara içen birey bulunan kişilerin hem kendileri hem de sigara içen yakınları için de korku hissetmelerinden kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların %92,7 si kendi iradesi ile %4,9 u ise doktor önerisiyle polikliniğimize başvurmuşlardır. Hekimlerin hastalarına açık ve net bir şekilde sigarayı bırakmasını önermesinin %5-10 hastanın sigara bırakmasını sağladığını bildiren çalışmaların olduğu düşünüldüğünde

hekimlerin ne şikâyetle başvururlarsa başvursunlar karşılaştığımız hastalarımıza sigara bırakması gerektiği söylenmeli ve yardım alabileceği sağlık kuruluşuna yönlendirmesi gerekmektedir[115].

Katılımcıların %80'i daha önce sigarayı bırakmayı denemiş ve hastalarımızın yaklaşık yarısının (%49,5) bırakma denemesi 1 aydan kısa sürmüştür. Sigarayı bırakma denemesinde yaşanan en sık 3 sorun sırası ile sinirlilik(%57,5), aşırı sigara içme isteği(57,1), iştah artışı(32,5) dır. Ünüvar ve Dişçigil in 2017 yılında yaptığı çalışmada da en çok yaşanan güçlük sinirlilik olarak bildirilmiştir[116].

Sigarayı bırakmak isteme nedenleri arasında en sık 4 neden ise sırası ile ileride hastalanma endişesi(%64,2), ekonomik nedenler(%35,3), çevresine zarar verdiği için(%29,1), kokusundan rahatsız olduğu(%27,8) için olarak görülmüştür. Literatürde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında da benzer şekilde en fazla neden olarak hastalanma endişesi ve sağlığın bozulması endişesi olarak görülmüştür[117].

COVID-19 geçiren hastalarda COVID-19 fobisi somatik alt boyutu anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yakınlarında COVID-19 geçiren kişi olanlar psikolojik alt boyut puanında anlamlı bir şekilde yüksek puan almışlardır. Yakınlarında COVID-19 nedeniyle vefat eden kişi olan katılımcılar psikolojik ve sosyal alt boyutlardan anlamlı bir şekilde yüksek puan almışlardır. Alt boyutlarda anlamlı farklılıklar olmasına rağmen COVID-19 geçiren, yakınlarından COVID-19 geçirmiş olan ve yakınlarında COVID-19 nedeniyle vefat eden kişi bulunan katılımcıların COVID-19 fobisi toplam puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatür incelendiğinde Bakioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, çevresinde COVID-19'a yakalanan olma durumuna göre COVID-19 korkusunun değişmediği tespit edilmiştir[113]. Cao ve arkadaşlarının çalışmasında ise, yakınlarında COVID-19'a yakalanan kişi bulunan bireylerin korku düzeylerinin değişmediği, yakını COVID-19 nedeniyle kaybeden bireylerin ise COVID-19 korkularının yüksek olduğu bulunmuştur[118]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde COVID-19 nedeniyle yakını kaybeden insanlarda psikolojik ve sosyal alt boyut puanı yüksek tespit edilmiştir

Çalışmamıza katılanların nikotin bağımlılığı düzeyi için yapmış olduğumuz FNBT ölçeği ortalama puanı $6,36 \pm 2,43$ olarak hesaplanmış ve %14,9'u düşük, %30,7'si orta, %54,3'ü yüksek derecede bağımlı bulunmuşlardır. Esen ve Arıca'nın 2018 yılında 415 kişi ile yaptığı bir çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuranlarda FNBT puanı 5.64 ± 2.59 olarak bulunmuştur[119]. Aynı şekilde bizim çalışmamızda farklı olarak 2013 ve 2014 yıllarında yapılan çalışmalarda FNBT düzeyi 5,4 ve 5,7 bulunmuştur[120, 121]. Pandemi döneminde yapılan diğer bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde FNBT puan ortalaması 7 olarak bulunmuştur[122]. Yapılan bir diğer çalışmada salgın öncesinde düşük düzeyde bağımlılığı olanların %17,6'sının pandemi ile birlikte orta ve %29,4'ünün de yüksek bağımlılık düzeyine ulaştığı belirlenmiştir. Orta düzeyde bağımlıların ise %43,9'u yüksek bağımlılık düzeyine doğru ilerken, sadece %6,3'ünde bağımlılık düzeyinin düştüğü izlenmiştir[17]. Literatür incelendiğinde bağımlılık düzeylerindeki artışla beraber pandemi döneminde sigara kullanım miktarının anlamlı bir şekilde arttığına dair birçok çalışma da bulunmaktadır[16, 86, 87].

Çalışmamıza katılanların COVID-19 korkusu düzeyi($45,20 \pm 15,97$) orta-hafif düzey olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğimizin alt boyutları değerlendirildiğinde katılımcılarımızın psikolojik ve sosyal korku düzeyi orta düzey olarak bulunmuşken ekonomik ve somatik korku düzeyleri hafif düzeyde bulunmuştur. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların katıldığı COVID-19 korkusunun ve sigara davranışı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %56'sı COVID-19 dan korktuğunu belirtmiş yüzde 44 ü ise COVID-19 konusunda anksiyete yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Sigara kullanan hastalar üzerinde yapılmış COVID korkusu düzeylerinin araştırıldığı başka çalışma bulunmadığı için çalışmamıza katılanların COVID-19 korkusu düzeyleri literatür ile karşılaştırılamamıştır. Farklı popülasyonlar üzerinde yapılmış COVID korkusunun araştırıldığı çalışmalar mevcut olup COVID korkusu düzeyleri çalışmamıza benzer şekilde orta düzeyde bulunmuştur[99, 102, 123].

Çalışmamızda yaptığımız analizlerde depresyon, stres ve anksiyete düzeyi normal olanlar normal olmayanlara göre COVID-19 fobisi ölçeğinden hem toplam puanlarda hem de psikolojik, somatik, sosyal ve ekonomik alt

boyutlarında düşük puan almışlardır($p<0,05$). Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızla benzer şekilde COVID korkusu düzeyi ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında anlamlı şekilde pozitif korelasyon saptanmıştır. Depresyon, stres ve anksiyete düzeyi arttıkça COVID-19 korkusu düzeyi artmaktadır[98, 124-126]. Yaşanılan bu pandemi sürecinde COVID-19 pandemisinin depresyon, stres ve anksiyete üzerindeki etkisine yönelik yapılan bir çalışmada insanların en sık yaşadıkları ruh sağlığı sorunu olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bulunan sonuç ve literatürdeki diğer çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde pandemi döneminde yaşadığımız bu COVID-19 korkusundaki artış beraberinde insanların depresyon, stres ve anksiyete sorunlarıyla karşılaşmasına neden olduğu sonucu çıkarılabilir[14, 15].

5.2 Çalışmanın Kısıtlılığı

Çalışmamızın en önemli kısıtlayıcı faktörü kısa bir takip süresi içinde kesitsel bir inceleme olmasıdır. COVID-19 pandemisi döneminde yapılmış olmasından dolayı hastaların pandemi nedeniyle hastaneye başvurudan imtina etmeleri önemli bir kısıtlayıcı faktördür. Aynı zamanda hasta sayısının yeterince çok olmaması, yaş aralığındaki değişkenlik, sayısal olarak erkek yoğunluğunun kadınlara göre belirgin fazla olması, hastaların COVID-19 pandemisi öncesi döneme göre sigara kullanım miktarlarındaki değişikliğin sorulmamış olması çalışmamızı kısıtlayan diğer sebeplerdir.

5.3 Sonuç Ve Öneriler

Sigara kullanımı tüm dünyada önlenabilir ölüm nedenleri içinde ilk sıralarda yer almaktadır. Sigara bırakma poliklinikleri sigara bırakma konusunda yardım talep eden hastalarımız için giderek artan poliklinik sayısı ve ücretsiz temin edilebilen sigara bırakma konusunda etkinliği kanıtlanmış farmakolojik tedavi yöntemleriyle hizmet vermektedir. Son bir buçuk yıldır hayatın her alanını etkileyen COVID-19 pandemisinin sigara bırakmak isteyen hastalarımızı ne şekilde etkilediğini aydınlatmak istedik. Çalışmamızda kadın hastalarımızda bu korkunun erkeklere göre daha fazla olduğu, COVID-19 korkusunun depresyon, stres ve anksiyeteyi anlamlı şekilde arttırdığı, genç yaş grubunda COVID-19 korkusunun daha düşük olduğu ve pandemi döneminde sigara polikliniğine başvuranların yaş

Tartışma ve Sonuç

ortalamasının anlamlı şekilde düştüğü ve erkeklerin pandemi öncesine göre daha fazla başvurduğu sonucuna ulaştık ancak çalışmamızın birçok kısıtlılık faktörü olduğundan bunları net olarak söyleyebilmek mümkün değildir. COVID-19 pandemisinin sigara bırakma davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla daha fazla kontrollü randomize çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.



Kaynaklar

1. İşsever, H., T. İşsever, and G. Öztan, *COVID-19 epidemiyolojisi*. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi, 2020. **3**(S1): p. 1-13.
2. Rajnik, M., et al., *Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19)*. 2021, Uniformed Services University Of The Health Sciences.
3. Lu, H., C.W. Stratton, and Y.W. Tang, *Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: the mystery and the miracle*. Journal of medical virology, 2020. **92**(4): p. 401-402.
4. Şeker, M., et al., *COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. Türkiye Bilimler Akademisi, 2020.
5. *Türkiye'de COVID-19 pandemisi*. 1 Haziran 2021; Available from: https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=T%C3%BCrkiye%27de_COVID-19_pandemisi&oldid=25562459.
6. (JHU), C.f.S.S.a.E.C.a.J.H.U. *COVID-19 Dashboard*. 2021 09.07.2021]; Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
7. Reitsma, M.B., et al., *Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet.
8. *T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yılığ* 2017. 24.06.2019; Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydiijiv1pdf.pdf?0>.
9. Karlıkaya, C., et al., *Tütün kontrolü*. Toraks dergisi, 2006. **7**(1): p. 51-64.
10. Sönmez, Ö., et al., *COVID-19 ve Tütün*. ğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler'başlıklı ek sayısında derlemeyi, 2020: p. 22.
11. Vardavas, C.I. and K. Nikitara, *COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence*. Tobacco induced diseases, 2020. **18**.
12. Cai, H., *Sex difference and smoking predisposition in patients with COVID-19*. The Lancet Respiratory Medicine, 2020. **8**(4): p. e20.
13. Khan, G., et al., *Novel coronavirus pandemic: A global health threat*. Turk J Emerg Med, 2020. **20**(2): p. 55-62.
14. Wang, C., et al., *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*. International journal of environmental research and public health, 2020. **17**(5): p. 1729.

15. *Mental Health Ramifications of COVID-19: The Australian context.* 2020 01.08.2021]; Available from: https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/20200319_COVID19-evidence-and-reccomendations.pdf.
16. Bar-Zeev, Y., et al., *Changes in Smoking Behaviour and Home-Smoking Rules during the Initial COVID-19 Lockdown Period in Israel.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. **18**(4): p. 1931.
17. Fidancı, İ., et al., *Evaluation of the effect of the COVID-19 pandemic on smoking addiction levels.* International Journal of Clinical Practice, 2021. **75**(5): p. e14012.
18. Ersan, A., *Tütün Sektör Profili.* İstanbul Ticaret Odası, Etüt ve Araştırma Şubesi, 2004.
19. Bakanlık, T.S. and T.S.H.G. Müdürlüğü, *Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (hekimler için).* Ankara: Anıl Matbaacılık, 2010.
20. Parlak, E.Ş. and A. Karalezli, *Tütün Bitkisi ve Ürünleri.* GÖĞÜS HASTALIKLARI: p. 21.
21. Gately, I., *Tobacco: The story of how tobacco seduced the world.* 2001: Grove Press.
22. Benedict, C., *Golden-silk smoke: a history of tobacco in China, 1550–2010.* 2011: Univ of California Press.
23. Yach, D. *Tobacco in Africa.* in *World health forum* 1996; 17 (1): 29-36. 1996.
24. Hanafin, J. and L. Clancy, *History of tobacco production and use,* in *The Tobacco Epidemic.* 2015, Karger Publishers. p. 1-18.
25. *The History of Tobacco.* 06.06.2021]; Available from: <https://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>.
26. Okulu, T.E.Y., *Tütüncülüğe giriş.* TEYO yayını, İstanbul, 1978: p. 9-18.
27. Öztürk, S., *Osmanlı İmparatorluğu'nda Kamusal Alanın Dinamikleri.* Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2005. **21**: p. 95-124.
28. Peto, R., et al., *Mortality from smoking worldwide.* *British Medical Bulletin*, 52 (1), 12-21. 1996.
29. Peto, R., et al., *Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics.* *The Lancet*, 1992. **339**(8804): p. 1268-1278.
30. Health, U.D.o. and H. Services, *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General.* 2004, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and
31. *WHO Report On The Global Tobacco Epidemic.* 2008 06.06.2021].
32. Öntaş, E. and D. Aslan. *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi- (2018/2019-63).* 2019 06.06.2021]; Available from:

- <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf>.
33. WHO. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025 - Second edition*. 2018 06.06.2021]; Available from: <https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>.
 34. Peto, R., *Smoking and death: the past 40 years and the next 40*. Bmj, 1994. **309**(6959): p. 937-939.
 35. ASLAN, D., et al., *Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı*. 2010.
 36. Organization, W.H. *Tobacco*. 2020 [cited 2021 11.07.2021]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
 37. Tutka, P., J. Mosiewicz, and M. Wielosz, *Pharmacokinetics and metabolism of nicotine*. Pharmacol Rep, 2005. **57**(2): p. 143-153.
 38. Çalışma, T.T.D.T.K., *Grubu, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu*. 2014, Ankara.
 39. Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992: World Health Organization.
 40. Köroğlu, E., *Dsm-5 ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı*. 2013: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
 41. Organization, W.H. and R.f.I.T. Control, *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. 2008: World Health Organization.
 42. *4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*. 1996: Resmi Gazete.
 43. *Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Onaylanması Hakkında Karar*. 2004, Resmi Gazete.
 44. *TÜTÜN MAMULLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİNE DAİR KANUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN*. 2008: Resmi Gazete.
 45. *Türkiye'de Tütünle Mücadele Süreci*. 2016 11.07.2021]; Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec>.
 46. Organization, W.H., *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care*. 2014.
 47. Fidan, F., et al., *Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları*. Kocatepe Tıp Dergisi, 2005. **6**(3): p. 27-34.
 48. *Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi Hekim El Kitabı*. TÜRK TORAKS DERNEĞİ EĞİTİM KİTAPLARI SERİSİ. 2013, Ankara: Türk Toraks Derneği.
 49. Tutluoğlu, B., *Sigara bırakma yöntemleri*. Solunum, 2003. **5**: p. 230-6.

50. Uzaslan, E., *Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım*. Akciğer Arsivi, 2003. **4**: p. 225-234.
51. Tedavileri, N.R., *Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi*.
52. HEZER, H., *Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Bupropion*. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2016: p. 108-113.
53. Howes, S., et al., *Antidepressants for smoking cessation*. Cochrane database of systematic reviews, 2020(4).
54. UZASLAN, E., *Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin*.
55. Cahill, K., et al., *Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation*. Cochrane database of systematic reviews, 2016(5).
56. Tobacco, T.C.P.G.T., *A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report*. American journal of preventive medicine, 2008. **35**(2): p. 158-176.
57. Şeker, M., et al., *COVID-19 pandemi değerlendirme raporu*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları, 2020(34).
58. WHO. *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*. 2003 24 July 2015 11.07.2021]; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>.
59. EMRO, W. *MERS situation update*. 2021 May 2021 11.07.2021]; Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html>.
60. Cascella, M., et al., *Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19)*. StatPearls, 2021.
61. WHO. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. 2020 30 January 2020; Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
62. WHO. *COVID-19 - China*. 2020 12 January 2020 11.07.2021]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233>.
63. Platformu, T.C.S.B.C.-B. *Genel Koronavirüs Tablosu*. 2020 11.07.2021]; Available from: <https://COVID19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>.
64. Chen, J., *Pathogenicity and transmissibility of 2019-nCoV—a quick overview and comparison with other emerging viruses*. Microbes and infection, 2020. **22**(2): p. 69-71.

65. Zou, L., et al., *SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients*. New England Journal of Medicine, 2020. **382**(12): p. 1177-1179.
66. Lai, X., et al., *Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) infection among health care workers and implications for prevention measures in a tertiary hospital in Wuhan, China*. JAMA network open, 2020. **3**(5): p. e209666-e209666.
67. Mahase, E., *Coronavirus: COVID-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate*. BMJ 368: m641. 2020.
68. Müdürlüğü, S.B.H.S.G. *COVID-19(SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI* 2020 07.12.2020 11.07.2021]; Available from: <https://COVID19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/COVID-19rehberigenelbilgilerepidemiyojivetanipdf.pdf>.
69. Meyerowitz, E.A., et al., *Transmission of SARS-CoV-2: a review of viral, host, and environmental factors*. Annals of internal medicine, 2021. **174**(1): p. 69-79.
70. Morawska, L. and D.K. Milton, *It is time to address airborne transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Clinical Infectious Diseases, 2020. **71**(9): p. 2311-2313.
71. Organization, W.H., *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 09 July 2020*. 2020, World Health Organization.
72. Cevik, M., et al., *SARS-CoV-2 transmission dynamics should inform policy*. Available at SSRN 3692807, 2020.
73. Miray TÜMER, B.K., *COVID-19'da Hassas ve Riskli Gruplar*. Türkiye Klinikleri-COVID - 19, 2020(Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) ve Acil Tıp 2020).
74. Brooks, S.K., et al., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The lancet, 2020. **395**(10227): p. 912-920.
75. Xiang, Y.-T., et al., *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. The lancet psychiatry, 2020. **7**(3): p. 228-229.
76. Hatun, O., A.N. Dicle, and İ. Demirci, *Koronavirüs Salgınının Psikolojik Yansımaları ve Salgınla Başa Çıkma*. Electronic Turkish Studies, 2020. **15**(4).
77. Bo, H.-X., et al., *Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*. Psychological medicine, 2021. **51**(6): p. 1052-1053.
78. EMİRAL, E., Z.A. ÇEVİK, and Ş. GÜLÜMSER, *COVID-19 pandemisi ve intihar*. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 2020. **5**: p. 138-147.

79. Üstün, Ç. and S. Özçiftçi, *COVID-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: Bir değerlendirme çalışması*. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 2020. **25**(Special Issue on COVID 19): p. 142-153.
80. BARAN, M.F., *Pandemi Sürecinde COVID-19 Korkusu İle Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması*, in *Aile Hekimliği Anabilim Dalı*. 2021, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi: Konya.
81. Organization, I.L. *COVID-19 and the world of work: Impact and policy responses*. 2020 18 Mart 2020 11.07.2021]; Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf.
82. Malay, D.S., *COVID-19, pandemic, and social distancing*. The Journal of Foot and Ankle Surgery, 2020. **59**(3): p. 447.
83. Blom, V., et al., *Lifestyle Habits and Mental Health in Light of the Two COVID-19 Pandemic Waves in Sweden*, 2020. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. **18**(6): p. 3313.
84. Abouzid, M., et al., *Influence of COVID-19 on lifestyle behaviors in the Middle East and North Africa Region: a survey of 5896 individuals*. Journal of Translational Medicine, 2021. **19**(1): p. 129.
85. Gendall, P., et al., *Changes in Tobacco Use During the 2020 COVID-19 Lockdown in New Zealand*. Nicotine & Tobacco Research, 2021. **23**(5): p. 866-871.
86. Zhang, X., et al., *Individual-Level Determinants of Lifestyle Behavioral Changes during COVID-19 Lockdown in the United States: Results of an Online Survey*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. **18**(8): p. 4364.
87. Rahman, M.A., et al., *Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia*. Globalization and Health, 2020. **16**(1): p. 95.
88. Öksüz, E., et al., *COVID-19: Risk factors, drugs used in treatment and mortality rate*. Van Sağlık Bilimleri Dergisi/Van Health Sciences Journal, 2021: p. 98-105.
89. GENCER, N., *Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği*. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi, 2020(4): p. 1153-1173.
90. Majeed, M.M., H. Sarwar, and Z. Ramzan, *The Psychology of Coronavirus Fear: Are Dentists of Pakistan Suffering from Corona-Phobia*. JPDA, 2021. **30**(01).
91. Yaşar, Z., et al., *Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler*. Eurasian J Pulmonol, 2014. **16**: p. 99-104.
92. Şahin, E.V., et al., *Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler*. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019. **11**(3): p. 259-262.

93. Arpacioğlu, S., et al., *Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları: Bilişsel Davranışçı Müdahale ve Farmakoterapi Etkinliğinin İncelenmesi*. 2019.
94. Velioğlu, U., *Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler Ve Depresyon İle İlişkisi*, in *Aile Hekimliği Anabilim Dalı*. 2017: Düzce.
95. Haktanir, A., T. Seki, and B. Dilmaç, *Adaptation and evaluation of Turkish version of the fear of COVID-19 scale*. *Death Studies*, 2020: p. 1-9.
96. Ahorsu, D.K., et al., *The fear of COVID-19 scale: development and initial validation*. *International journal of mental health and addiction*, 2020: p. 1-9.
97. Ergüder, T., *Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control*. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018, 2018. **12**(4): p. 301-306.
98. Dörttepe, Z.Ü., H. Hoşgör, and H. Sağcan, *The Effect of COVID-19 Phobia on Perceived Stress: The Sample of Prehospital Emergency Care Professionals*. 2020.
99. KARACA, Y., M.H. SELÇUK, and M.C. KALAYCI, *Beden Eğitimi Öğretmenlerinin COVID-19 Fobilerinin İncelenmesi*.
100. MUTAF, M., E. TANTAN, and S. TEPE, *COVID-19 Çalışma Ortamının Çalışanların İş Stresi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. *II. ULUSAL*, 2021: p. 78.
101. Broche-Pérez, Y., et al., *Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020: p. 1-9.
102. Rahman, S., *Tıp fakültesi öğrencilerinin COVID-19 fobi durumlarının değerlendirilmesi*. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 2021. **35**(1): p. 68-73.
103. Ozgunay, S.E., et al., *Coronavirüs (COVID-19) Pandemi Sürecinde, Anestezistlerin Yaşadıkları Korku Düzeyleri ve Profilaksi Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. *JARSS*. **29**(1): p. 25-31.
104. HOŞGÖR, H. and M. YAMAN, *TÜKENMİŞLİK SENDROMU ÜZERİNDE COVID-19 KORKUSUNUN ETKİSİ: HASTANE ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ*. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*. **2**(2): p. 400-417.
105. Ekiz, T., E. İlman, and E. Dönmez, *Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile COVID-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması*. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2020. **6**(1): p. 139-154.
106. Horesh, D., R. Kapel Lev-Ari, and I. Hasson-Ohayon, *Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: Loneliness, age, gender, and health status play an important role*. *British journal of health psychology*, 2020. **25**(4): p. 925-933.
107. Laato, S., et al., *Why do people share misinformation during the COVID-19 pandemic?* *arXiv preprint arXiv:2004.09600*, 2020.

108. ATAY, Ü.T., et al., *COVID-19 Pandemi Sürecinde Diş Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Korku ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Dergisi. **2**(3): p. 86-93.
109. Türkmen, A., *Banka personelinin COVID-19 korkusunun incelenmesi*. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi. **3**(2): p. 87-92.
110. Sakaoğlu, H.H., et al., *COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik hastanesi örneği*. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi, 2020. **30**: p. 1-9.
111. Küey, L., T. Üstün, and C. Güleç, *Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması*. Toplum ve Hekim, 1987. **44**: p. 16-30.
112. KARKIN, P.Ö., et al., *Sağlık alanında çalışan kadınlar ile sağlık alanı dışındaki kadınların coronavirüs-19 fobisinin karşılaştırılması*. Batı Karadeniz Tıp Dergisi. **5**(2): p. 198-203.
113. Bakioğlu, F., O. Korkmaz, and H. Ercan, *Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress*. International journal of mental health and addiction, 2020: p. 1-14.
114. Bitan, D.T., et al., *Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population*. Psychiatry Research, 2020. **289**: p. 113100.
115. West, R., A. McNeill, and M. Raw, *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*. Thorax, 2000. **55**(12): p. 987-999.
116. Ünüvar, E.M. and G. Dişçigil, *Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler–Hekim adayları örneği*. The Journal of Turkish Family Physician, 2017. **8**(3): p. 57-65.
117. Argüder, E., et al., *Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler*. Türk Toraks Dergisi, 2013. **14**(3): p. 81-87.
118. Cao, W., et al., *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*. Psychiatry research, 2020. **287**: p. 112934.
119. Esen, A.D. and S. ARICA, *Sigarayı bırakmak için başvuranlarda nikotin bağımlılık düzeyi ve sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi*. Ankara Medical Journal, 2018. **18**(3): p. 328-336.
120. Abakay, Ö., et al., *The outcome of patients that admitted to out patients of smoking cessation*. Journal of Chest Disease and Critical Care, 2014. **1**: p. 7-10.
121. Salepci, B.M., et al., *Sigara bırakma polikliniğinin KOAH ve küçük hava yolu hastalığının erken tespitine katkısı*. Solunum, 2013. **15**(2): p. 100-104.
122. Tetik, B.K., I.G. Tekinemre, and S. Taş, *The effect of the COVID-19 pandemic on smoking cessation success*. Journal of Community Health, 2021. **46**(3): p. 471-475.

Kaynaklar

123. Keskin, E., S. Çelik, and S. Köstekli, *COVID-19 Pandemisinde Nöroşirurji Hastalarının Perspektifinden Cerrahi Süreç Kaygısı*. Kocaeli Tıp Dergisi, 2021. **10**(Supp: 1): p. 72-84.
124. Mertens, G., et al., *Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020*. Journal of anxiety disorders, 2020. **74**: p. 102258.
125. Toprak Celenay, S., et al., *Coronaphobia, musculoskeletal pain, and sleep quality in stay-at home and continued-working persons during the 3-month COVID-19 pandemic lockdown in Turkey*. Chronobiology International, 2020. **37**(12): p. 1778-1785.
126. ARPACIOĞLU, S., Z. BALTALI, and B. Ünübol, *COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler*. Cukurova Medical Journal, 2021. **46**(1): p. 88-100.



Anket Onam Formu Ve Anketler

Anket Onam Formu

Bu anket formu, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Aile Hekimliğinde ABD 'nda görevli Uzm.Dr.Hacer Hicran Mutlu ve Asistan Doktor Hasan Arabacı tarafından yürütülen bir araştırma için hazırlanmıştır. Çalışma, **Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastalarda COVID -19 hastalığı ile ilgili korku düzeyinin tespit edilmesi ve Başvuran Hastalardaki Depresyon,Anksiyete ve Stres Bozukluğu düzeyini**araştırmaktadır. Bilimsel nitelik taşıyan bu araştırmanın, idari ve siyasi herhangi bir yönü yoktur.

Lütfen anket formuna adınızı, soyadınızı veya kimliğinizi belirten hiçbir şey yazmayınız.Bu anket Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran ve anketimize katılmayı kabul eden hastalarımız tarafından cevaplandırılmalıdır. Bu ankette, 23 adet soru bulunmaktadır. Sorulara mümkün olduğu kadar tek seçenek ile cevap vermeye çalışınız. Sorulara eksiksiz, gerçekçi ve içtenlikle cevap veriniz, bu araştırmanın amacına ulaşmasında katkıda bulunacaktır.

Sorulara, karşılarında bulunan 1 den 5 e kadar numaralı dairelerden her soru için sadece bir dairenin içini doldurarak veya herhangi bir işaret koyarak cevaplandırınız.

Verilen şıklarda, size uygun cevaplar olmadığı takdirde, “Diğer veya belirtiniz.....” şeklindeki boşluklara yanıtınızı yazabilirsiniz. Cevap için ayrılan kısımlar yetmediği takdirde, anket formunun boş kısımlarını da yanıt için kullanabilirsiniz.

Sorulara vereceğiniz cevaplarla yapacağınız değerli yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Uzm.Dr. Hacer Hicran Mutlu

Araştırma Yöneticisi

Ass.Dr.Hasan Arabacı

Yardımcı Araştırmacılar

Sigara Bıraktırma Polikliniği Sosyodemografik Formu

Tarih:

Protokol No:

Adı Soyadı:

Doğ.Yeri ve Yılı:

Cinsiyet:

Kadın

Erkek

Medeni Durumu:

1-Evli

2-Bekar

Çocuk Sayısı:

Eğitim Durumu:

1-Okur-Yazar Değil 2-İlkokul3-Ortaokul

4-Lise

5-Yüksekokul

Meslek:

Adres:

SİGARA ANAMNEZİ

Başvuru:

1-Doktor önerisi

2-Kendi isteğiyle

3-Diğer

Sigara başlama nedeni:

1-Merak

2-Özenti

3-Stres

4-Diğer

Sigaraya başlama yaşı:

Şu anda içtiğiniz sigara miktarı:

Markası:

Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?(Paket/Yıl)

İçtiğiniz tütün türü:

1-Filtreli 2-Filtresiz 3-Pipo 4-Nargile 5-Nargile

Şimdiye kadar bırakmayı denediniz mi?

1-Evet

2-Hayır

Cevabınız Evet ise

1-Kaç kez?

2-En uzun ne kadar süre bıraktınız?

Bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdi?

1-Sinirlilik

4-Uyku bozukluğu

7-İştah artışı

2-Konsantrasyon bozukluğu

5-Kabızlık

8-Aşırı sigara içme isteği

3-Baş ağrısı

6-Ağız yaraları

9-Diğer

Alkol kullanır mısınız?

1-Evet

2-Hayır

Cevabınız evet ise

1-Kaç yıldır?

2-Ne sıklıkla?

Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?

- 1-Hastalığım nedeniyle 5-İnançlarımdan dolayı 9-Kokusundan rahatsızım
2-İleride hastalanma endişesi 6-Çevreme örnek olmak için 10-Doktor önerisi
3-Çevreme zarar veriyor 7-Toplum baskısı 11-İşyeri baskısı
4-Ekonomik nedenler 8-Utandığım için 12-Diğer

Sigarayı bırakmak için hiç profesyonel destek aldınız mı? 1-Evet 2-Hayır

Evet ise: 1-Farmakolojik: a) Champix b) Zyban c) Nikotin replas. (sakız, bant)

2-Akupunktur 3-Hipnoz 4-Psikiyatrik 5-Diğer

Sizce sigara içmenizi tetikleyen durumlar nelerdir?

- 1-Çay 2-Kahve 3-Alkol 4-Yemek sonrası 5-Stres 6-Diğer

Evde sizden başka içen var mı?

- 1-Evet 2-Hayır

İşyerinde birlikte çalıştığınız kişiler sigara içiyor mu?

- 1-Evet 2-Hayır

Evde sigara nerede içilir?

- 1-Oturma alanları

- 2-Balkon/pencere

Evde sigara içmeyip maruz kalan kaç kişi var?

ÖZGEÇMİŞ

Kronik hastalıklar:

Sürekli kullanılan ilaçlar:

Öyküde sorgulanacak olan durumlar:

Epilepsi/İlaç kullanım öyküsü

Suicid girişimi düşüncesi

Kafa travması/operasyonu

CVA öyküsü

Anorexia nervosa/Blumia

Alkolizm

BAŞVURU MUAYENE BULGULARI

TA:

Önerilen Tedavi

Boy/kilo:

İlaç Başlama Tarihi:

CO:

Sigara Bırakma Tarihi:

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

SON BİR HAFTA İÇİNDE

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi.	0 1 2 3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0 1 2 3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissedemeyecekmişim gibi geldi.	0 1 2 3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım (örn., aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0 1 2 3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0 1 2 3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0 1 2 3
7	Titremeler yaşadım (örn., ellerimde)	0 1 2 3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0 1 2 3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0 1 2 3
10	Hiçbir beklentimin olmadığını hissettim.	0 1 2 3

Anket Formları

11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0 1 2 3
12	Rahatlamak bana zor geldi.	0 1 2 3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0 1 2 3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0 1 2 3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0 1 2 3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duyamadım.	0 1 2 3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0 1 2 3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0 1 2 3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum (örn., kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0 1 2 3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0 1 2 3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0 1 2 3

Koronavirüs 19 Fobisi Ölçeği (CP19-S)

YÖNERGE: Aşağıda, insanların koronavirüs salgınında yaşayabilecekleri problemlerle ilgili bazı cümleler yazılıdır. Her cümleyi dikkatle, ama üzerinde çok da takılmadan okuyunuz.

Cümledeki duruma, **BU GÜN DAHİL GEÇEN HAFTA**, içinde ne kadar katıldığınızı **en iyi** anlatan kelimenin altındaki yuvarlağa tıklayınız. Lütfen hiçbir cümleyi boş bırakmadan hepsini değerlendiriniz. Lütfen her madde için sadece size en iyi uyan **tek** seçenek belirtiniz.

Örneğin, Bugün dahil geçen hafta içinde, “koronavirüs beni kaygılandırıyor” ifadesine katılmıyorsanız, 2 numaralı yuvarlağı seçmelisiniz. Seçiminizi yuvarlağın içini karalayarak ya da herhangi bir şekilde işaretleyerek belirtebilirsiniz

Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
①	②	③	④	⑤

1. Korona virüs kapma korkusu beni çok kaygılandırıyor.	①②③④⑤
2. Korona virüs sebebiyle karnıma ağrılar giriyor.	①②③④⑤
3.Öksüren insanları görünce koronavirüs şüphesiyle aşırı kaygılanıyorum.	①②③④⑤
4.Korona virüs nedeniyle yiyecek maddelerinin tükenmesinden kaygılanıyorum.	①②③④⑤
5.Ailemden birinin korona virüse yakalanma olasılığından aşırı derecede korkuyorum.	①②③④⑤
6.Korona virüs sebebiyle göğsüm ağrıyor.	①②③④⑤
7.Hapşırان insanlardan korona virüs şüphesiyle kaçarcasına uzaklaşıyorum.	①②③④⑤
8.Korona virüs nedeniyle temizlik maddelerinin tükenmesinden	①②③④⑤

Anket Formları

endişeliyim.	
9. Korona virüsten ölüm haberleri beni müthiş derecede kaygılandırıyor.	①②③④⑤
10. Korona virüs sebebiyle elim ayağım titriyor.	①②③④⑤
11. Korona virüs sebebiyle, ellerimi temizlemek için aşırı zaman harcadığımı farkındayım.	①②③④⑤
12. Korona virüs korkusuyla gıda stokluyorum.	①②③④⑤
13. Korona virüsle ilgili belirsizlikler beni ciddi manada kaygılandırıyor.	①②③④⑤
14. Korona virüs korkusu nedeniyle uyku problemi yaşıyorum.	①②③④⑤
15. Korona virüse yakalanmak korkusundan sosyal ilişkilerim ciddi anlamda sekteye uğruyor.	①②③④⑤
16. Korona virüsten sonra, evdeki ihtiyaç malzemelerini kontrol etmezsem içim rahat etmiyor.	①②③④⑤
17. Korona virüsün yayılma hızı beni aşırı derecede panikletiyor.	①②③④⑤
18. Korona virüs beni o kadar gerginleştiriyor ki, normalde yaptığım şeyleri bile yapamıyorum.	①②③④⑤
19. Başkalarından korona virüs kapma korkusundan kendimi alamıyorum.	①②③④⑤
20. Korona virüse karşı insanların duyarsız davranmaları sebebiyle çevremdekilerle hiddetle tartışıyorum (ya da tartışmak istiyorum).	①②③④⑤

COVID-19 hastalığını geçirdiniz mi? () Evet () Hayır <i>Cevabınız evet ise hastalık süresince hissettiğiniz semptomları işaretleyiniz</i> ☐ Öksürük ☐ Solunum Sıkıntısı ☐ Boğaz Ağrısı ☐ Ateş ☐ Kırıklık ☐ Baş Ağrısı ☐ Kusma ☐ İshal ☐ Kas/Eklemler Ağrısı ☐ Karın Ağrısı ☐ Diğer(.....)
Yakınlarınızdan/akrabalarınızdan COVID-19 geçiren var mı? () Evet () Hayır <i>Cevabınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz(.....)</i>
COVID-19 hastalığı nedeniyle vefat eden yakınınız /akrabanız var mı? () Evet () Hayır <i>Cevabınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz(.....)</i>

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1-İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz

İlk 5 dk(3) 6-30 dk (2) 31-60 dk (1) >1 saat (0)

2-Sigara içmenin yasak olduğu yerde zorlanır mısınız?

Evet(1) Hayır(0)

3-İçmeden duramayacağınız sigara hangisidir?

Sabah ilk olan(1) Diğerleri(0)

4-Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?

≤10(0) 11-20(1) 21-30(2) ≥31(3)

5-Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

Evet(1) Hayır(0)

6-Günü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

Evet(1) Hayır

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 27.01.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Covid -19 Fobisi Düzeyi ve Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuru Sayısı Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TELEFON	216 570 91 90
FAKS	216 565 55 26
E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Hacer Hicran MUTLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐	Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐	İlaç dışı klinik araştırma ☒
		Retrospektif ☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0073	Tarih: 27.01.2021			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

FETİH
A.İ. ÖNER
27.01.2021
Şükrü Sadık ÖNER

EK A. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 27.01.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Covid -19 Fobisi Düzeyi ve Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuru Sayısı Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER

İmza: