



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

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN SİGARA İÇME İLE İLGİLİ
BEKLENTİLERİ**

Dr. Esra TOYER
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Mayıs, 2021

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

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN SİGARA İÇME İLE İLGİLİ
BEKLENTİLERİ**

Dr. Esra TOYER
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Mayıs, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Esra TOYER'in hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SİGARA İÇME İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İMZA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU

Üyeler

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

Doç.Dr.Sabah TÜZÜN

Tez Savunma Tarihi: 17/ 05/2021

Yazar Bildirimi

“SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SİĞARA İÇME İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Esra TOYER;

- 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.

Mayıs, 2021

Dr. Esra TOYER

İmza

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran MUTLU
- 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. Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.

Dr. Esra TOYER

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içinde eğitimime katkıda bulunan tüm değerleri hocalarıma;

Asistanlık eğitimi sırasında bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen, tez danışmanlığının yanı sıra her daim desteğini hissettiğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hicran Mutlu'ya;

Hekimliğe ve hayata dair farklı bakış açıları kazandıran, bilgi birikimi ve deneyimleri ile ufukumuzu açan, idari ve eğitim sorumlumuz saygıdeğer hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sargın'a;

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

Tüm hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim annem Nuran Toyer, babam Bilal Toyer ve kardeşim Harun Toyer'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Esra TOYER

Özet

SİGARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SİGARA İÇME İLE İLGİLİ BEKLENTİLERİ

Amaç: Danışanlar sigara içmeye devam ederken sigaradan beklentileri de devam etmektedir. Sigara içme beklentisi sigara içme isteğini arttırabilmektedir. Bu durumda sigara bıraktırmayı zorlaştırmaktadır. Çalışmamızda sigara bıraktırma polikliniğimize başvuran danışanlarımızın sigaradan beklentilerini araştırıp; sosyokültürel özelliklerini, sigara içmede etkili faktörlerini, bağımlılık düzeyinin anksiyete-depresyon ile ilişkisini değerlendirdik.

Yöntem: Çalışmamız İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne, 20 Aralık 2020-20 Mart 2021 tarihleri arasında başvuran 399 olgunun 251 'i (%62,9) erkek ve 148 'i (%37,1) kadındı. Dosyalarında kayıtlı olan sosyodemografik verileri, sigara kullanım alışkanlıkları, FNBT sonuçları, HAD, sigaradan beklentiler ölçeği sonuçları kaydedilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, duygu durum ölçek skorları, bağımlılık düzeyleri ve sigara içme beklentileri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 399 kişinin 251'i (%62,9) erkek, 231'i (%57,9) evlidir. Yaş ortalaması $38,71 \pm 12,11$ yıl, sigaraya başlama yaş ortalaması $17,12 \pm 4,49$ (median:16,5), günlük içilen sigara miktarı ortalama $25,29 \pm 10,41$ adet, sigara içme süresi ortalama $21,33 \pm 11,98$ yıl olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumlarına göre incelendiğinde %33,6 yüksekokul, %29,8 lise, %21,6 ilkokul, %13,8 ortaokul mezunu katılımcılar bulunmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,5) sigara bırakma polikliniğine kendi istekleri ile başvurmuşlardır. Anksiyete skorları ortalama $7,05 \pm 4,00$, “pozitif” çıkan katılımcı sayısı 100 (%25,1) olmuştur. Depresyon skorları ortalama $6,43 \pm 4,00$, “pozitif” çıkan katılımcı sayısı 184 (%46,1) olmuştur. Fagerstrom skorları ise ortalama $6,42 \pm 2,27$, 18 kişi (%4,5) “çok düşük”, 71 kişi (%17,8) “düşük”, 47 kişi (%11,8) “orta”, 114 kişi (%28,6) “yüksek” ve 149 kişi (%37,3) “çok yüksek” bağımlılık grubunda yer almıştır. Sigaradan Beklentiler Ölçeğinden alınan genel ortalama puanları $129,02 \pm 35,62$ olmuştur. Anksiyete skoru ile depresyon skoru arasında aynı yönde orta düzeyde bir ilişki ($r:0,587$, $p<0,01$), Fagerstrom arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,142$, $p<0,01$), SBÖ

arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,224$, $p<0,01$) tespit edilmiştir. Depresyon skoru ile Fagerstrom arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,231$, $p<0,01$), SBÖ arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,205$, $p<0,01$) tespit edilmiştir. Fagerstrom skoru ile SBÖ arasında da yine aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,214$, $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda sigara bağımlılığı yüksek olan hastaların sigaradan beklentilerinin de aynı oranda yüksek olduğu görüldü. Danışanlar özellikle olumsuz duyguyu azaltması nedeniyle sigara içimine devam etmektedirler. Sigara bağımlılığı yüksek olan hastalarda sosyal bağlanma, olumsuz fiziksel etki, uyarılım ve olumsuz duyguyu azaltma beklentileri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigara bıraktırma polikliniğine başvuran danışanların sigaradan olumlu beklentilerini azaltacak ve olumsuz beklentilerini yükseltecek görüşme programlarının planlanması ile tedavi başarısı artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, anksiyete-depresyon, sigara içme beklentisi.

Abstract

SMOKING EXPECTANCIES OF PATIENTS APPLIED TO THE SMOKING CESSATION CLINIC

Objective: While the clients continue to smoke, their expectations from smoking continue as well. Smoking expectancy can increase the desire to smoke. This situation makes it difficult to quit smoking. Our study is to investigate the smoking expectations of our clients who applied to our smoking cessation clinic, and to evaluate the sociocultural characteristics, factors affecting smoking, and the relationship between addiction level and anxiety-depression.

Methods: Our study has been conducted with the participation of 399 adults, of which 251 (62.9%) male and 148 (37.1%) female, and who applied to the Smoking Cessation Outpatient Clinic of Istanbul Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital between 20 December 2020 and 20 March 2021. Sociodemographic data recorded in their files, smoking habits, FNBT results, HAD, and smoking expectancy scale results were recorded. The relationship between sociodemographic characteristics, mood scale scores, addiction levels and smoking expectations of the patients was examined.

Results: Of the 399 people included in the study, 251 (62.9%) were male and 231 (57.9%) were married. Average age was 11 years ($38,71 \pm 12$), mean age at starting smoking was 49 ($17,12 \pm 4$) (median:16,5), average daily amount of cigarettes was 41 ($25,29 \pm 10$), average smoking time was calculated as 98 years ($21,33 \pm 11$). When analyzed according to their educational status, 33.6% of the participants were graduates of vocational school, 29.8% of high school, 21.6% of primary school, and 13.8% of secondary school graduates. The majority of the participants (94.5%) applied to the smoking cessation outpatient clinic of their own accord. The average anxiety scores were $7,05 \pm 4,00$, and the number of participants who found “positive” was 100 (25.1%). The average depression scores were $6,43 \pm 4,00$, and the number of participants who found “positive” was 184 (46.1%). According to the average fagerstrom scores $6,42 \pm 2,27$, 18 people (4.5%) "very low", 71 people (17.8%) "low", 47 people (11.8%) "medium", 114 people (28.6%) were in the "high" and 149 people (37.3%) were in the "very high" addiction group. The overall mean score obtained

from the Smoking Expectancy Scale was $129,02 \pm 35,62$. A moderate correlation in the same direction between anxiety score and depression score ($r:0.587$, $p<0.01$), a weak correlation in the same direction between Fagerstrom ($r:0.142$, $p<0.01$), a weak correlation in the same direction between SES ($r: 0.224$, $p <0.01$) was determined. A weak correlation in the same direction between the depression score and the Fagerstrom ($r:0.231$, $p<0.01$), and a weak correlation in the same direction between the SES ($r:0.205$, $p<0.01$) was determined. Additionally, a weak correlation ($r:0.214$, $p<0.01$) was determined in the same direction between the Fagerstrom score and the SES.

Conclusion: In our study, it was observed that patients with high smoking addiction had similarly high expectations from smoking. The patients continue to smoke, especially because it reduces negative emotions. A significant relationship was found between social attachment, negative physical effects, arousal and negative emotion reduction expectations in patients with high smoking addiction. The success of treatment can be increased by planning interview programs that will reduce the positive expectations and increase the negative expectations of the clients who apply to the smoking cessation outpatient clinic.

Key Words: Smoking cessation, anxiety-depression, smoking expectancy.

İçindekiler

Tablo Listesi.....	xi
Grafik Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 TÜTÜN NEDİR?	3
2.2 TÜTÜN ÜRÜNÜ NEDİR?	3
2.3 DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ.....	3
2.3.1. Dünya’da Tütünün Tarihçesi.....	3
2.3.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi.....	5
2.4 TÜTÜN KULLANIM EPİDEMİYOLOJİSİ	6
2.5 SİGARANIN EKONOMİK ETKİLERİ	7
2.6 SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	7
2.7 SİGARA BAĞIMLILIĞI VE PSİKOLOJİK ETKİLERİ	9
2.8 SİGARAYA BAŞLAMA NEDENLERİ	10
2.9 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	11
2.10 SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1 ÇALIŞMA	18
3.2 ARAŞTIRMANIN BAĞIMZSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ	19
3.3 GEREÇLER	19
3.3.1. Sigaradan Beklentiler Ölçeği- Yetişkin Formu (SBÖ)	19
3.3.2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	21
3.3.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)	21
3.4 İSTATİSTİK YÖNTEMLER.....	21
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	51
5.1 TARTIŞMA	51
5.2 SONUÇ	56

Kaynaklar	58
Ekler	67
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	67
Ek-2: Sigara Bıraktırma Polikliniği Formu	68
Ek-3: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	70
Ek-4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği	70
Ek-5: Sigaradan Beklentiler Ölçeği.....	72
Etik Kurul Onay Formu.....	81



Tablo Listesi

2.1:	Fagerström Nikotin bağımlılık testi. (60).....	12
4.1:	Sosyodemografik özellikler.....	23
4.2:	Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili özellikler	25
4.3:	Sigarayı bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler	26
4.4:	Sigarayı bırakma isteme nedenleri	26
4.5:	Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	27
4.6:	Sigara içmeyi tetikleyen durumlar	27
4.7:	Ev ve iş ortamında sigara içme ile ilgili özellikler	28
4.8:	Anksiyete, Depresyon ve Fagerstrom skorları	28
4.9:	Sigaradan beklentiler ölçeğinden alınan puanlar	30
4.10:	Sigaradan beklentiler ölçeği toplam ve alt boyut puanları	32
4.11:	Anksiyete skoru, Depresyon skoru, Fagerstrom skoru ve SBÖ arasındaki korelasyon	34
4.12:	Anksiyete, Depresyon, Fagerstrom, SBÖ skorları ile yaş ve sigara kullanım özellikleri arasındaki korelasyon	35
4.13:	Anksiyete ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki.....	35
4.14:	Anksiyete ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki	36
4.15:	Depresyon ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki.....	37
4.16:	Depresyon ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki	38
4.17:	Sosyodemografik özellikler ile Fagerstrom arasındaki ilişki.....	39
4.18:	SBÖ ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki	40
4.19:	SBÖ ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki.....	41
4.20:	SBÖ ile sigara içmeyi tetikleyen durumlar arasındaki ilişki.....	42
4.21:	SBÖ ile ev ve iş ortamında sigara içen birey varlığı arasındaki ilişki	43
4.22:	“Olumsuz duyguyu azaltma” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki.....	44
4.23:	“Tat alma” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki	45

4.24: “Kilo kontrolü” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki.....	45
4.25: “Uyarılım” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki	46
4.26: “Olumsuz fiziksel etki” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki.....	47
4.27: “Sağlık riski” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki.....	48
4.28: “Olumsuz sosyal izlenim” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki.....	48
4.29: “Sosyal bağlanma” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki.....	49

Grafik Listesi

4.1: Anksiyete, Depresyon ve Fagerstrom skorları.....	29
4.2: Sigaradan beklentiler ölçeğinden alınan puanlar	31
4.3: Sigaradan beklentiler ölçeği toplam ve alt boyut puanları	33
4.4: Cinsiyete ve eğitim durumuna göre anksiyete varlığı	36
4.5: Eğitim durumuna göre depresyon varlığı	37
4.6: Alkol kullanım durumuna göre depresyon varlığı.....	38
4.7: Cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre SBÖ'den alınan puanlar	41
4.8: SBÖ ile sigara içmeyi tetikleyen durumlar arasındaki ilişki	43

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
KGTA	Küresel Gençlik Tütün Araştırması
KAH	Koroner Arter Hastalığı
LDL	Serum Düşük Dansiteli Lipoprotein
HDL	Serum Yüksek Dansiteli Lipoprotein
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FNBT	Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
SBÖ	Sigaradan Beklentiler Ölçeği
SCQ	Smoking Consequences Questionnaire
SCQ-A	Smoking Consequences Questionnaire-Adult
BSCQ-A	Brief Smoking Confidence Qestionnaire-Adult
HADS	Hastane Anksiyete Depresyon Skoru

GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün ürünleri, dünyada olduğu gibi ülkemizde de en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Önlenebilir hastalık ve ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır (1). Özellikle iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler olaylar, alt solunum yolu enfeksiyonları, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüberküloz, trakea-bronş-akciğer kanserleri için primer risk faktörü olarak bilinmektedir. Ülkemizde görülen tüm ölümlerin %23'ünde rol almakta ve yılda 100 bin kişinin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (2) Yapılan çalışmalarda, sigaraya bağlı ölümlerin artarak, 2030 yılında 8.4 milyona ulaşacağı ve tütüne bağlı ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir. Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalma, geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde artma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. (3)

Tütün ve tütün ürünleri, alındıklarında beyin ödül sistemini aktive ederek bağımlılık oluşmasına neden olurlar. Bilişsel, davranışsal ve fizyolojik semptomların olduğu bağımlılık durumunda, kişiler sorun yaşamalarına rağmen madde kullanımına devam etmektedirler. Sigara bıraktıktan sonra ortaya çıkan belirtiler nikotin yoksunluğu olarak tanımlanır. Yoksunluk bulguları; anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, depresif duygu durum, iştah artışı, uyku bozukluğu, sinirlilik, hayal kırıklığı, öfke hali, huzursuzluk ve aşırı sigara içme arzusudur (4) Genç yetişkinlerde sigara kullanma motivasyonunu araştıran çalışmalar, günlük sigara kullananların her gün sigara kullanmayan gençlere göre özgüvenlerini, sıkıntılarını ve duygularını sigara kullanarak yönettiklerini bildirdiklerini ortaya koymuştur (5) "Madde Kullanım Motivasyonunun Duygulanımsal Modeli" (Affective Model of Drug Motivation), kişilerin madde kullanımının olumsuz duygu durumunu baskılayacağını öğrendiklerini öne süren teorilerden biridir (6).

Sigara bıraktırma polikliniğimize başvuran hastaların sigaraya başlama sebepleri sorgulandığında pek çok neden göstermişlerdir. Bunlar stresle daha kolay başa çıkma, haz duyma, kilo alma endişesi arkadaş grubundan veya aileden etkilenme, olumsuz duygularını azaltma gibi nedenlerdir. Diğer yandan sigara içmeye devam ederken sigaradan beklentileri de devam etmektedir. Sigara içme beklentisi sigara içme isteğini artırabilmektedir. Psikolojik bağımlılık etkisiyle kişi sıkıntı ve stres durumunda sigarayı içmeyi bir çözüm aracı olarak algılamakta ve daha çok tüketmektedir. Sigara kullanım beklentileri ile ilgili yapılan çalışmalar, olumsuz etki azaltma ve can sıkıntısı azaltma gibi beklentilerin sigara bağımlılığını güçlendirdiğine dair bilgiler vermektedir. (7)

Bireylerin sigara kullanımından beklentilerini saptamak; kişilerin sigara kullanımına başlama, sigara kullanımını sürdürme ve bırakma davranışlarını anlamak için önemlidir. Bireylerin sigara kullanımındaki beklentilerini belirleyip bu doğrultuda uygun önleme ve bırakma programları oluşturulmalıdır. Bu çalışmanın amacı sigarayı bırakmak için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran hastaların sigaradan beklentilerini araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1 TÜTÜN NEDİR?

Patlıcangiller (solanaceae) familyasından “Nicotiana” cinsi bir bitkidir. Tek yıllık bir bitki olan tütün, keyif verici bitkiler kategorisinde yer almaktadır. Aynı zamanda aromatik bitkiler ve endüstri bitkileri kategorisinde de ele alınmaktadır. (8)

2.2 TÜTÜN ÜRÜNÜ NEDİR?

Tütünün 65 türü vardır. En yaygın bulunan türleri Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica'dır. Dünyadaki tütün üretiminin %90'ını Nicotiana tabacum oluşturur. Virginia, Burley ve Şark (Oriental) tipi tütünler bu grupta yer alırlar. Tütün kalitesi fiziki ve kimyasal özelliklerine göre değişmektedir. Tütünün fiziki özellikleri yaprağının dokusu, rengi, tadı, kokusu, yanma ve su tutma özelliğine; kimyasal özellikleri ise içerdiği nikotin, total azot ve indirgen maddelere bağlıdır. Bu da tütünün tipi, yetiştiği iklim, toprağın yapısı ve tütün yapraklarının kurutulma yöntemlerine göre değişiklik gösterir (9). Tütün yaprağı açık renkli ise nikotin oranı daha düşük olur ve bunlardan daha yumuşak içimli olan sigaralar üretilir. Koyu renkli yaprakların ise nikotin oranı yüksektir ve içimi sert olan puro, pipo ve enfiye üretilir (10).

2.3 DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

2.3.1. Dünya'da Tütünün Tarihçesi

Anayurdu Amerika kıtası olan tütün bitkisi ilk keşfedildiğinde yerliler tarafından kutsal sayılmış ve dini ayinlerde kullanılmıştır. Bilinen ilk yolculuğunu Christopher

Colombus ve arkadaşlarına ait gemilerle Amerika'dan Avrupa'ya doğru yapmıştır (11).

15 Ekim 1492 tarihinde San Salvador'da ilk defa tütün ve tütün yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü, ağızda çiğnendiğini gören Columbus yerlilerinin tütün içtikleri saz borusunun “tobacco” olan adını bitkiye verdiği kaydedilmektedir. (12). Kızılderililer, “petom” adını verdikleri tütünün kurutulmuş yapraklarını kutsal saydıkları için uzun çubuklarla veya tütünü; tütün yaprağına sararak ilkel bir puro biçiminde tütürerek tüketmişlerdir (13). Maya ve Aztek papazları tarafından önceleri dini ritüellerde kullanılmış, daha sonra tedavi edici olarak yaralar üzerine konmuş, göğüs hastalıklarına karşı dumanı koklatılmış ve kokusu baş ağrılarının tedavisinde kullanmıştır (14). Mezopotamya ve Mısır'daki eski medeniyetlerde de “tütsü” olarak kullanıldığı bilinmektedir (11).

Tütün hakkındaki ilk bilgileri kaleme aldığı bilinen piskopos Romano Pane, 1518 yılında getirttiği tütün tohumlarını İspanya Kralı Şarlken'e sunmuştur. (11). 1559 yılında Portekiz'de Fransız elçisi olan Jean Nicot'un öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü Fransız Kraliçesine sunmuştur. Bu sebepten tütüne “Kraliçe otu” ya da “Sefir otu” denmiştir (13). Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot'a ithafen “nicotiana”, 1828 yılında bulunan alkaloitte de “nicotin” ismi verilmiştir (11). 1565'te Sevilla'lı Profesör Nicolo Mondares tütünün öksürük, astım, baş ağrısı, mide ağrısı ve kadınların dönemsel ağrılarına birebir olduğunu ilan etmiş ve kısa süre içinde Vatikan'ın bahçesinde bile yetiştirilmeye başlanmıştır (15). 16. yüzyılın sonunda ata binmek, avlanmak ve kâğıt oynamanın yanı sıra, tütün içmek İngiltere'de bir meziyet, aristokratik bir ayrıcalık olarak kabul görmüştür. Tütün tüketiminin artış göstermesi üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa; Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak, tütün ticaretinden gelir sağlama yoluna gitmişlerdir. Hızla Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yayılan tütünü, Macellan Filipin adalarına; Portekizliler, Hindistan ve Çin gibi Doğu ülkelerine götürmüşlerdir (11).

18. yüzyılda Orta ve Güney Amerika'da, kıyılmış tütünlerin yine bir tütün yaprağına “cigar” veya kâğıda “papelitos” sarılarak içilmesine başlanmıştır. Papelitos adı

verilen sigaralar Brezilya’da çok rağbet görmüştür. Avrupa’da sigara şeklinde tütün içme ilk defa İspanya’da, daha sonra da Fransa’da gerçekleşmiştir (11).

1856 yılında yapılan Kırım Savaşı sırasında gazete kâğıdına sarılarak içilen tütünler Türk, İngiliz, Fransız ve yerli ordulara mensup askerler arasında büyük rağbet görmüştür. Savaş şartlarının tütün kullanımını artırması ve savaş sonrası ülkelerine dönen askerlerin bu alışkanlıklarını beraberinde götürerek oralarda devam ettirmesi sigara sanayinin temelini atılmasına vesile olmuştur (15).

Bundan sonraki süreçte devletler, tütün tüketiminden elde edilen gelirin yüksekliği nedeniyle tütün tarımını, ticaretini ve tüketimini teşvik etmişlerdir. Tütünden çeşitli vergiler almak için tekeller kurmaya başlamışlardır (11).

2.3.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi

Tütünün ilk defa İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla İstanbul’a getirildiği çeşitli kaynaklarda ifade edilmektedir (11). Peçevi Tarihi, 1600 yılı başlarında İstanbul’a ulaşan tütünün rutubetten ileri gelen bazı hastalıkları tedavi eder diye satıldığını, daha sonra halkın ve devlet adamlarının dahi tütüne müptela olduklarını yazmaktadır. Peçevi, İstanbul’da ilk kahvehanenin 1554 yılında Tahtakale’de açıldığını, kahvenin yanı sıra tütünle de tanışan ehli keyfin kısa zamanda ikisine birden müptela olduğunu anlatmaktadır. (15).

1678’de tütün ithalatından gümrük vergisi, 1686 yılında ise gümrük vergisinin yanı sıra tütün satışından da vergi alınmaya başlanmış, bu arada vergiler sürekli artırılmıştır. 1861 yılında tütün ithalatı yasaklanmış, 1862 yılında tütünün inhisar (tekeli) şeklinde idaresi ilk defa çıkarılan bir nizamname ile kabul edilmiştir. 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmuş, tütün satış fiyatları kayıt altına alınarak bandrol usulü uygulanmaya başlanmıştır (11).

İlk sigara fabrikası İstanbul Cibali sigara fabrikasıdır. Cumhuriyet döneminde tütün serbestisi sona ermiş, 1930 yılında tütün tekeli kurulmuş, 1938 yılında da sigara sanayi tamamen devlet kesiminde kurulup gelişen bir sanayi haline gelmiştir. Bu kapsamda birçok fabrikalar kurulmuştur. 1986 yılından sonra da devlet tekeliinden çıkarılarak üretim ve pazarlaması serbest hale getirilmiştir (16)

2.4 TÜTÜN KULLANIM EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç erişkinden birisi) tütün bağımlısıdır. Bunların %80'i orta ve gelişmekte olan ülkelerdedir (17) Son yıllarda tütün ürünü kullanımı gençler arasında belirgin olarak artış göstermekte ve bazı ülkelerde gençler erişkinlerden daha fazla tütün ürünü kullanmaktadırlar. (18) Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir (19)

Dünya Sağlık Örgütü 2019 Küresel Tütün Araştırmasına göre küresel olarak günümüzde yetişkinler arasında tütün kullanma oranı yüksek gelirli ülkelerde 2007'de %27 iken 2017'de %21.6'ya, orta gelirli ülkelerde 2007'de %22.1 iken 2017'de %19.5'e ve düşük gelirli ülkelerde 2007'de %13.9 iken 2017'de %11.2'ye düşmüştür (20). 2030 yılında, tütüne bağlı ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı ve sigaraya bağlı ölümlerin artarak, 2030 yılında 8.4 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (21)

Dünya Sağlık Örgütüne göre küresel sigara kullanım sıklığı giderek düşmektedir. DSÖ'nün 2017 küresel sigara raporuna göre; 15 yaş üzeri yetişkinlerde küresel sigara içme prevalansı 2007'de %23.5'ten 2015'te %20.7'ye düşmüştür. Yıllara göre erkeklerde %39'dan %35'e ve kadınlarda %8'den %6'ya düşmüştür (22).

Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasında olup, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ye göre Avrupa Bölgesi'nde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkeler arasındadır (23)Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre (KYTA-2016) Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmakta olup tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir. Günde içilen ortalama sigara sayısı 18'dir. Sigara içenlerin %21'i günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir. 15-34 yaş arasındaki tütün kullananların %15'i her gün kullanıma 15 yaş altında başlamışlardır. Sigara kullanıma 18 yaş ve altında başlayan yüzdesi 57,5 olup ortalama başlama yaşı 17'dir. (24)

Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) sonuçlarına göre 2003 yılında 13-15 yaşlarındaki gençlerin %6.9'u (E: %9.4, K: %3.5) sigara içerken bu değer 2009 yılındaki çalışmada %8.4 (E: %10.2, K: %5.3) olarak bulunmuştur. (25)

2.5 SİGARANIN EKONOMİK ETKİLERİ

Bireyler ve toplumlar için sigara yüksek maliyet yaratmaktadır. Dünya bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. (26). Hesaplamalara göre tütünün Türkiye'ye verdiği zarar ise 8-10 milyar dolardır. Bu sonuçlar karşısında sigara bırakmaya yönelik tedaviler, tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır (27).

Tütün kontrolü için birçok sektör işbirliği içinde olmalıdır. Özellikle tütünle mücadelenin işsizliğe yol açmayacağı, ekonomiye zarar vermeyeceğinin ortaya konması, yoksullukla mücadelede sigara ile mücadelenin öneminin ortaya konması önemlidir. Türkiye gibi yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getirdiği bildirilmektedir (28).

2030 yılında sigara içenlerin beşte dördünü geliştirmekte olan ülkelerdeki insanlar oluşturacaktır. Tütün kullanımına bağlı hastalıkların yol açtığı ekonomik maliyetler, büyük olasılıkla bu ülkelerin sağlık hizmetlerine çok büyük yükler yaratacaktır. Tütünün ülkemize verdiği zararın ise 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Bu tablo karşısında sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturacaktır (27-29)

2.6 SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigara tüm dünyada önlenebilir ölümlerin başlıca nedenidir. Sigara bağımlılığı dünya üzerinde çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de önemli bir toplum sağlığı sorunudur. (30) Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar hastalığı) ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir. (31) Tütün kullanımı tüm kanser ölümlerinin %27'sinden, tüm solunum sistemine bağlı ölümlerin %35'inden ve kardiyovasküler sistem ölümlerinin %13'ünden sorumludur. Hemen her organ için zarar verici olan tütün hem yaşam kalitesini hem de beklenen yaşam süresini azaltmaktadır. Uzun süreli tütün kullananların yarısı tütüne bağlı bir hastalıktan erken kaybedilmekte, yaşayabileceği ortalama 10 yılı kaybetmektedir. (32)

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, solunum epitelindeki yapısal

değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyete ilaveten inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojenik adherensde artış, vasküler ve epitelial permeabilite artışı sigaraya bağlı gelişen solunum yolu değişikliklerindendir (33,34) Solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne sigara içicilerde sıklıkla görülmektedir. Hava yolu epiteline silier kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişikliklerdir (35) Sonuç olarak sigara içimi gençlerde ve erişkinlerde respiratuar hastalık riskini artırmakta (36), sigara içenlerde içmeyenlere göre KOAH, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazla bulunmaktadır (35).

Tütün kullanımı ve çeşitli kanser türleri arasındaki ilişki epidemiyolojik kanıtlarla gösterilmiştir. Aralarında akciğer, oral kavite, nazal kavite ve paranazal sinüsler, nazofarinks, orofarinks, hipofarinks, larinks, özefagus, mide, pankreas, karaciğer, böbrek, ureter, mesane, serviks kanserleri ve miyeloid lösemilerin de yer aldığı çok sayıda kanser türü ile tütün kullanımı büyük ölçüde ilişkilidir. (37)

Yapılan çalışmalarda sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır. Akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindendir; tüm dünyada yıllık 1.3 milyon ölümle en sık öldüren kanserdir ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir [38] Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğu gösterilmiştir. [35].

Sigara içimi kardiyovasküler hastalıklar (KVH) için büyük risk yaratmaktadır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. (35) Ayrıca sigara, insülin direnci oluşturur ve kronik inflamasyonla makro ve mikrovasküler komplikasyonların gelişimini hızlandırır. Bu nedenle hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet gibi diğer major risk faktörlerinin de oluşumundan sorumlu görülmektedir. (39) Özellikle ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşiğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak, sigara içimi tekrarlayan endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza neden olur. Düz kas proliferasyonunu stimüle ederek platelet adherensini artırır. LDL-kolesterolü artırır ve/veya HDL-kolesterolü azaltır [35].

Gebelik sırasında sigara içimi doğmamış çocukta birçok ağır sağlık sorununa yol açabilir. Gebelik sırasındaki sigara içimi erken doğumların %14'ünden ve tüm bebek ölümlerinin %10'undan sorumludur. Annenin sigara içmesi bebek ve küçük çocuklardaki astımla da ilişkilidir. Bundan başka, ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksektir. (40)

Sigara içmeyenlere göre içen kadınların infertilite riski daha fazladır ve daha geç gebe kalmaktadırlar (41) Menopozdaki sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır [42].

Sigara erkeklerin seksüel fonksiyonlarını etkiler. Üreme hormonlarını, spermatogenezisi, sperm olgunlaşmasını bozar, spermatozoaları azaltır. Spermelerde DNA hasarı veya kromozom değişikliklerinden sorumludur. Bu yüzden fertilitiyi azaltmaktadır. (43)

İçilen sigara sayısı ve diyabet gelişim riski arasında pozitif doz cevap ilişkisi vardır. Sigara içen diyabetiklerde diyabetin mikro ve makrovasküler komplikasyonları daha fazla görülür. Bu yüzden tütün kullanan diyabetikler kalp ve böbrek hastalıkları, amputasyon, körlüğe giden göz hastalıkları, sinir hasarı, dolaşım problemleri açısından daha yüksek risk taşımaktadırlar (43).

2.7 SİGARA BAĞIMLILIĞI VE PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Bireylerin sigara içme süresi ve miktarı ile orantılı olarak nikotin bağımlılığında artmaktadır. Sigara bırakılmak istenildiğinde nikotin kaybı sonucunda dopamin ve noradrenalin seviyeleri değişir. Nikotin yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. İçiciler kendilerini daha endişeli, depresif, sinirli hissederler. Sigara bireyler için, başlaması kolay ancak terk etmesi oldukça zor bir bağımlılık olarak görülmektedir. (44) Nikotin yoksunluğu için kriterler şöyledir: (45)

- A. Birkaç hafta (en az) süreyle her gün tütün kullanmak.
- B. A maddesi ile tanımlanan tütün kullanmanın bırakılması ile veya ölçünün azalması ile 24 saat içinde, aşağıda yer alan 4 ya da daha çok kriterin gelişmesi:
 - 1. Kolay kızma, engellenmişlik hissi ya da öfke
 - 2. Bunaltı

3. Odaklanma g l   
 4. Yeme isteğinde artma
 5. Huzursuzluk
 6.      n duygudurum
 7. Uykusuzluk
- C. B maddesi ile tanımlanan kriterler klinik anlamda belirgin bir soruna veya i le ilgili, toplumsal ya da önemli başka işlevsellik alanlarında i levsellikte d     e sebep olur.
- D. Bu belirtiler başka bir patolojiyle ili kilendirilemez ve esr klik veya başka bir maddenin yoksunluğu da dahil olmak üzere başka ruhsal bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Sigara içenler için sigarayı bırakmayı zorlaştıran etkenlerden biri de psikolojik faktörlerdir. Sigara içmek   renilmi  bir davranıştır. Ayrıca sigara içme davranışı sigara içilen kişiler tarafından   ke, stres ve kaygı gibi olumsuz duyguları bastırmak amacıyla da kullanılmaktadır. (46) Amerikan Psikiyatri Derneği tütün ba ımlılı ını bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerin olduğu psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (47).

Manley ve ark.'nın yapmış oldukları bir çalışmada şiddetli nikotin bağımlısı olanların, günlük içiciler ve hafif i icilere göre depresyona yatkınlıklarının daha fazla olduğu bulunmuştur (48) Sigara içen adolesanlarda; davranış bozuklukları, major depresyon, ilaç ve alkol kullanımı, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar yaygındır. Ergenlik döneminde sigara içme daha sonraki yaşamında psikopatolojinin g     bir belirtisi olabilir (49). Sigara içen yetişkinlerde daha sonra anksiyete bozukluğu gelişebilir ve sigara bırakma tedavisi sırasında şiddetli yoksunluk semptomlarında artış görülebilir (50).

2.8 S GARAYA BA LAMA NEDENLER 

Bazı insanlar duygu durumlarını düzeltmek ve stresle ba  edebilmek için tütünü bir araç olarak kullanmaktadırlar (51). Sigara içen kişiler; üzüntü, stres, endişe ve   ke gibi duygu hakimiyetindeyken içilen sigara miktarının arttığını belirtmişlerdir (51-

52). Bu durumda sigara içmenin olumsuz duygu durumunu olumluları ile değiştirmesi beklentisi taşımaktadırlar (53). Kişiler alışkanlık olarak yemek sonrası, kahve veya çay, alkol ve sigara içen arkadaşlar ile daha fazla sigara içerler. Çevresel faktörler sigara içme davranışında önemli bir etkidir. Kullanılan tütün çeşidi, tadı ve kokusu da kullanımı etkiler. Sigara içicisini huzursuz eden durumdan sigara içerek kurtulması inancı da, sigara içme davranışını pekiştirir. (54)

Gençlerin sigarayı deneme olasılığı üç faktörü içermektedir; (55)

- Toplumsal baskı: Gençlerin çevrelerinde sigara içen kişileri örnek almaları, özentileri ve akran etkileri önemli olmaktadır. Büyüme özentisi ve kaygıdan kaçmak, dinlenmek amacı ile sigaraya başlarlar. Çalışan gençlik grubu ise sigarayı dinlendirici ve kendilerini bir yetişkin gibi algılamalarına yardımcı olma özellikleri için seçmektedirler.
- Sigara İçmeye Başlayanların Önceden Hazırlıklı Oluşları: Sigaranın stres gideren, dikkati toplamaya yardımcı olan özelliklerinin konuşulduğu bir aile içinde yetişen genç, büyük bir olasılıkla diğer aile üyeleri gibi sigarayı stres gideren bir arkadaş gibi algılayacaktır ya da kendini biraz dalgın hissettiği bir gün dikkatini toparlayabilmek için, sigaranın kendisine yardımcı olabileceğini düşünebilecektir.
- Karakter farkı: Hiç sigara içmeyenlerle, içenler arasında tepkilerini gösterme biçimi bakımından farklar vardır. Hiç içmeyenler, sigara ikramını reddetme veya içilen yeri terk etme gücünü gösterebilirken, sigara içenlerin çoğu strese ve etkilenmeye daha eğilimlidirler.

2.9 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Nikotin, “Nicotiana tabacum” bitkisinin yapraklarından elde edilen alkaloid, renksiz, uçucu ve sıvıdır. Sigara ve diğer tütün ürünleri içildiğinde tütün maddesinden nikotin ayrılıp akciğerlere ulaşır. Akciğerin ve küçük hava yollarının toplam alanı çok fazla olduğundan hızla sistemik dolaşıma katılır. Beyine ulaşır ve nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAchR) bağlanır. Salınan dopamin nikotinin ödüllendirici sisteminin temelini oluşturmaktadır. (56)

Nikotin, uyarandır, zevk verir, stres ve kaygıyı azaltır. Bunun sonucunda bağımlılık döngüsü başlar. Sigara içiciler günlük hayatlarında duygu durumlarını kontrol

etmeye çalışırlar. Sigara, konsantrasyonu ve reaksiyon zamanını arttırarak kişinin performansını arttırır. Bağımlı sigarayı bırakırsa yoksunluk bulguları ortaya çıkar. Yoksunluk bulguları; irritabilite, depresif duygu durum, huzursuzluk, anksiyete, aile ve arkadaşlarla geçimsizlik, konsantrasyon güçlüğü, iştah artışı, yerinde duramama ve tütün içme arzudur. (57)

İkizlerle yapılan birçok genetik çalışmaların meta-analizi sonucunda sigara bağımlılığının genetik yapı ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Sigara içme alışkanlığına başlamada genetik katkının erkeklerde %35, kadınlarda %52, sigara bağımlılığının gelişmesinde ise erkeklerde %45, kadınlarda %60 olduğu düşünülmektedir. Sigara içicilerde genetik farklılıklar; nikotin bağımlılığı düzeyine, sigara bırakma sürecine ve sigara bırakma ilaçlarına yanıtta değişkenlik gösterebilmektedir (58) CYP2A6 enzimi karaciğerde bulunur ve nikotinin kotinine dönüşümünün %90'ından sorumludur. CYP2A6'nın genetik farklılık göstermesi sonucunda nikotin metabolizması bireyler arasında oldukça değişkenlik gösterir. Nikotini CYP2A6 yoluyla yavaş metabolize eden kişiler, sigara bağımlısı olmada yüksek risk taşırlar. (59)

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, Fagerstrom tolerans anketi (FTQ), Fagerstrom nikotin bağımlılık testi (FTND), Sigara ağırlık indeksi (HSI), DSM güncel kriterleri, Sigara Bağımlılık Ölçeği (CDS), Nikotin bağımlılık sendrom ölçeği (NDSS), Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68), FTND-ST, Tütün Bağımlılığı Tarayıcı ölçek (TDS), TAPDS gibi bir çok test bulunmaktadır. Fakat sigara bırakma kliniklerinde, tedavi planlanmasında en yaygın olarak Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi kullanılmaktadır. (tablo 1) (60)

Tablo 2.1: Fagerström Nikotin bağımlılık testi. (60)

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	a. İlk 5 dakika içinde b. 6-30 dakika içinde c. 31-60 dakika içinde d. 1 saatten sonra	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?	a. Sabah ilk içilen sigara b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar	1 puan 0 puan

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	a. 31 ve daha fazla b. 21-30 adet c. 11-20 adet d. 10 ve daha az	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?	a. Evet (1 puan) b. Hayır	1 puan 0 puan
Puanlama; 0-2: Çok az bağımlılık 3-4: Az bağımlılık 5: Orta derecede bağımlı 6-7: Yüksek bağımlılık 8-10: Çok yüksek bağımlılık		

DSM-5'e göre tanı kriterleri ise; Tütün kullanan kişilerde, sorun tütün kullanımının 12 aylık bir süre içinde önemli klinik bozulma ve sıkıntılara yol açmasıdır ve bu süreçte aşağıdaki kriterlerden en az iki durumun ortaya çıkması tanı koydurucudur (61)

- Tütün kullanımı amaçladığından daha yüksek miktarlara çıkmış ya da daha uzun bir süre tüketiliyor ise
- Sürekli kullanım arzusu veya tütün kullanımı kontrol etmek, bırakmak için çabaların başarısız olması • Tütün temini ve kullanımı için oldukça zaman harcanması
- Tütün kullanımı için özlem, ya da güçlü bir tütün kullanımı isteği ya da dürtüsü
- İş, okul veya evde başlıca yükümlülüklerini yerine getirmekte yetersizlikle sonuçlanan tekrarlayan tütün kullanımı
- Tütünün etkisiyle ortaya çıkan veya neden olduğu kalıcı veya tekrarlayan sosyal ya da kişiler arası problemleri olmasına rağmen tütün kullanımına devam edilmesi
- Tütün kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence aktivitelerinin bırakılması veya azaltılması
- Fiziksel olarak riskli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanımı (yatakta sigara içme gibi)
- Muhtemelen tütünün neden olduğu veya kötüleştirdiği kalıcı veya tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik sorunu olduğu bilinmesine rağmen tütün kullanımına devam edilmesi

- Tolerans (aşağıdakilerden birinin tanımlanması)
- İstenilen etkiyi başarmak için daha fazla miktarda tütün kullanımına belirgin ihtiyaç duyma
- Aynı miktarda tütün kullanımı ile arzu edilen etkide belirgin azalma
- Yoksunluk (aşağıdakilerden birinin oluşması)
 - a. Tütün için karakteristik yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk semptomlarından kaçınmak veya rahatlamak için tütün kullanımı

2-3 semptom varlığı hafif, 4-5 semptom varlığı orta, 6 ve daha fazla semptom varlığı ağır bağımlılık olarak tanımlanmaktadır.

2.10 SİGARA İÇEN HASTAYA YAKLAŞIM

Muayene gelen her bireyde tütün kullanımı sorgulanmalı ve tütün mamülleri kullanan kişilere mutlaka sigarayı bırakması konusunda motivasyonel görüşme yapılmalıdır. (62). Nikotin bağımlısı olan bir kişide bağımlılık düzeyi belirlendikten sonra bu kişiye bağımlılıktan kurtulması için yardım edilmesi gerekir. Bu amaçla her kişiye özel bir tedavi programı planlanmalıdır. Prochaska ve ark. (63) tarafından 1982 yılında geliştirilen sistematığe göre (“Transteorik Model” (TTM)) tütün ürünü kullanan kişiler, sigara bırakma konusundaki düşünce ve tutumlarına göre 5 evrede değerlendirilmektedir:

a. Sigarayı bırakmayı düşünmeyenler (precontemplation phase): Bu aşamada kişi sigara içiyor olmaktan dolayı herhangi bir sorun hissetmemektedir, gelecekteki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı da düşünmemektedir. Bu aşamadaki kişilere sigara içmenin sağlık, ekonomik, çevresel vb. olumsuz etkileri ile sigarayı bırakması durumunda elde edeceği kazanımlar anlatılmalı ve sigara içmekten vazgeçmesi yönünde desteklenmelidir. (63)

b. Sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamış olanlar (contemplation phase): Bu kişiler sigara içmenin olumsuz sonuçlarını bilmektedir, sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamışlardır ve gelecekteki 6 ay içinde bırakma planları vardır. Ancak henüz sigarayı bırakma konusunda bir tarih tespit etme düşüncesi yoktur. Bu kişiler sigarayı bırakmayı istemekle birlikte, sürekli olarak bırakmayı ertelemek için

gerekçe üretirler. Bu kişileri sigarayı bırakma yönünde karar verme bakımından desteklemek gereklidir. (63)

c. Sigarayı bırakmaya hazır olanlar veya hazırlanma aşamasında olanlar (preparation phase): Bu kişilerin sigarayı bırakma konusundaki kararı oldukça kesinleşmiştir, gelecekteki 1 ay içinde sigarayı bırakma yönünde karar vermişlerdir. Ufak destekle bu kişilerin bırakma için gün belirleyerek eyleme geçmesi beklenir ve bu yönde desteklenme gereksinimi olabilir. (63)

d. Sigarayı bırakma, bırakmayı deneme (action): Bu kişiler sigarayı bırakmışlardır. Sigarayı bıraktıkları tarihten itibaren henüz 6 ay geçmemiştir ve bu nedenle henüz bıraktıkları konusunda kesin olarak emin değildirler. Her an sigara içmeye başlayabilirler, bu nedenle yakından izlenmeli ve sigaraya yönelmeleri engellenmeye çalışılmalıdır. Bu aşamada sigara içmeyi hatırlatacak ortamlardan ve davranışlardan uzak kalmak önemlidir. (63)

e. Bırakmışlık durumunu sürdürme (maintenance): Sigarayı bıraktıktan itibaren 6 ay veya daha uzun bir süre geçmiştir ve kişi sigarasız yaşamı benimsemiştir. Kişi artık sigarayı bıraktığı konusunda güvenlidir. Bununla birlikte nüks olasılığı hep vardır, bu nedenle bu kişilerin de sigara içmeyi çağrıştıracak ortamlardan ve davranışlardan uzak kalmaya özen göstermesi gereklidir. (63)

Bırakmaya hazırlanma evresindeki kişilere, bırakmayı denemeleri aşamasında bazı ilaçlar (farmakolojik yaklaşımlar) ve psikososyal destek yaklaşımları (bilişsel ve davranışçı yöntemler) ile yardımcı olunabilir (64).

Gerek sigarayı bırakmadan önceki görüşmelerde gerekse bırakma sonrası görüşmelerde kişilere sigara kullanımının olumsuz yönleri ile sigarayı bırakmanın yararları konularında bazı açıklamalar yapılması ve bu konuların tartışılması uygun olur. Tütün kontrolü ve sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda sigarayı bırakma konusunda isteksiz olan hastalar için 5R Stratejileri olarak bilinen bu konular şu şekildedir (65):

R-1 Relevance: İlişkilendirme Sigara kullanımının olumsuz yönleri günlük olaylarla ilişkilendirilmeye çalışılır. Bu konuda en sık yapılan uygulama, bir hastalıkla ilişkilendirme yapılmasıdır. Örneğin; kişinin veya yakınlarından birisinin o sırada bir sağlık sorunu varsa ve bu hastalık sigara kullanımı ile ilişkili ise bu durum öne çıkarılabilir. Ancak hastalık söz konusu değilse bile hava kirliliği, kişinin meslek

durumu ve çalışma sırasında karşılaşılan bazı faktörlerin sigara kullanımı ile ilişkisi olabileceği gibi konular da tartışılabilir.

R-2 Risks: Riskler Sigara kullanımının öncelikle sağlık açısından bilinen ciddi riskleri vardır. Bu riskler çoğu kez hastalar tarafından da bilinen risklerdir, ancak sağlık personeli olmayan veya konuda uzman olmayan kişilerin bilmediği sağlık riskleri de vardır, bu risklerden söz edilebilir. Ayrıca sağlık riskleri dışında çevre, ekonomi, toplumsal yaşam, özellikle pasif etkilenimin yol açtığı sorunlar gibi konular da tartışılabilir.

R-3 Rewards: Ödüller Kişinin sigarayı bırakmış olması önemli bir başarıdır, bu başarı kutlanmalıdır. Bu konuda sigarayı bırakmanın sağlayacağı olumlu yönler öne çıkarılır. En önemli ödül, kişinin sağlığına kavuşmasıdır. Bu bakımdan en ufak olumlu gelişmenin (nefesin rahatlaması, sabahları dinlenmiş olarak uyanma, yiyeceklerin tadının daha iyi algılanması, vb.) bile öne çıkarılması iyi bir yaklaşımdır. Ödüller arasında maddi kazanç konusu da tartışılabilir.

R-4 Roadblocks: Engeller Sigarayı bırakma sürecinin bazen uzun bir yol olduğu ve bu yol üzerinde çeşitli engellerle karşılaşılacağı bilinmelidir. Bu bakımdan nikotin yoksunluk belirtileri önemli bir sorun olabilir. Kimi kişiler bu sorunları daha ciddi boyutta yaşayabilir ve bu sorunlarla baş etmekte zorluk çekebilir. Hatta sigarayı bırakmış olduğu halde arada sigara içmiş de olabilir. Bu gibi durumlar anlayışla karşılanmalı, bu nedenle kişi suçlanmamalıdır. Özellikle kadınlar açısından önemli bir sorun da kilo alma konusudur. Sigarayı bırakanlar birkaç kilo alabilir. Bu konuyu önceden açıklamak ve buna karşı hazırlıklı olmak gerekir. Alınan birkaç fazla kiloyu sorun haline getirmeden çözebilmek iyi olur, zaten bu konuda duyarlı olan kişiler bir süre sonra aldıkları fazla ağırlığı verebilirler. Bu bakımdan beslenmede bazı konularda dikkatli olmak ve spor etkinliklerine yönelmek iyi bir yaklaşımdır. Çevrede ve yakın arkadaşlar arasında sigara içen kişilerin olması da dikkate alınması gereken bir konudur.

R-5 Repetition: Tekrarlama Kişilerle bütün görüşmelerde destekleyici yaklaşımın tekrarlanması iyi olur. Tekrarlama konusunda önemli bir nokta da, nüks meydana geldiğinde bütün sürecin tekrarlanabileceğidir. Sigara bırakma sürecinde nüks sık rastlanan bir durumdur. Bu nokta kişilere açık olarak anlatılmalı, yılgınlığa düşmeden bırakma süreci tekrarlanmalıdır.

Stead ve ark. (66) tarafından yazılan makalede, her doktorun ve sağlık personelinin günlük çalışmaları sırasında hastaların sigara içme davranışlarını öğrenmesi, sigara içenlere de bırakmaları yönünde destek sağlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Bırakmaya istekli hastalara 5  ilkesi uygulanmalıdır (İngilizce ifadelerin A ile başlayan ilk sözcükleri nedeniyle bu uygulamalar 5 A ilkesi olarak da bilinir):

- a. **đren (sor, ask):** Her görüşmede sigara kullanımını sor ve yanıtını değerlendir.
- b. **ner (advise):** Sigara kullananların tümüne bırakmayı ner. Burada doğru bilgi ve kesin öneri yapmak önemlidir.
- c. **l (değerlendirilmesi, assess):** Bırakma girişimi konusundaki isteği değerlendir ve yanıtını derecelendir.
- d. **nderlik et (yardımcı ol, assist):** Bırakma konusunda yardımcı ol, destek ol.
- e. **rgtle (düzenle, arrange follow-up):** Hastanın bırakma girişimindeki çabalarını desteklemek için düzenli olarak izle.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMA

Çalışmamız; Etik Kurul Yönergesi 'ne göre hazırlanan etik kurul raporu alındıktan sonra İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'nde 20 Aralık 2020 ile 20 Mart 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Veri Toplanması

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek), sigara içme davranış ve tutumları (sigaraya başlama yaşı, 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, anksiyete ve depresyon durumları, sigaradan beklentiler ölçeği uygulanarak kaydedilmiştir. Çalışmaya toplam 251 erkek ve 148 kadın dahil 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. Psikiyatrik hastalığa sahip olmak

3.2 ARAŞTIRMANIN BAĞIMZSIZ DEĞİŞKENLERİ VE ÖLÇÜTLERİ

Sosyodemografik özelliklere ilişkin değişken ve ölçütler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu

Sigara Kullanımına İlişkin Değişken ve Ölçütler

- Sigaraya başlama yaşı
- Sigaraya başlama nedeni
- Günlük içilen sigara miktarı
- Sigara içme süresi (yıl)
- Sigarayı bırakma denemesi
- Sigarayı bırakmadaki güçlükler
- Sigarayı bırakma nedeni
- Profesyonel destek alımı
- Sigara içmeyi tetikleyen durumlar
- Nikotin bağımlılık düzeyi

3.3 GEREÇLER

3.3.1. Sigaradan Beklentiler Ölçeği- Yetişkin Formu (SBÖ)

Sigaradan Beklentiler Ölçeği; Smoking Consequences Questionnaire (SCQ) 'nun orijinal versiyonunun revize edilmiş hali kullanılarak uygulanmıştır. Bu ölçeğin orijinal formu (SCQ), ilk olarak, üniversite öğrencilerinin sigaraya ilişkin sonuç beklentilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. (Brandon & Baker, 1991). 80 madde dahil olmak üzere dört tür sigara içme beklentisi göstermiştir. Olumsuz

Sonuçlar, Olumlu Pekiştirme / Duyusal Memnuniyet, Olumsuz Güçlendirme / Olumsuz Etki Azaltma ve İştah-Kilo Kontrolüdür. Brandon ve Baker, sigara içmeyle ilgili en olumlu sonuç beklentisinin ağır sigara içenlere, en az olumlu olanların ise içmeyenlere ait olduğunu bildirmişlerdir (1991). Copeland ve ark. 1995 yılında yetişkin popülasyon için uyarlanmış SCQ-A versiyonunu uygulamışlardır. 55 maddeden oluşan ölçekte 10 tür sigara içme beklentisi göstermiştir. Negatif Etki Azaltma, Uyarılma / Durum İyileştirme, Sağlık Riskleri, Tat / Sensorimotor Manipülasyon, Sosyal Kolaylaştırma, İştah / Kilo Kontrolü, Özlem / Bağımlılık, Olumsuz Fiziksel Duygular, Sıkıntı Azaltma ve Olumsuz Sosyal İzlenimdir. Katılımcılar için anketi bitirme sıkıntısını önlemek amacıyla psikometrik olarak geçerli, ekonomik BSCQ-A'nın versiyonu Rash ve Copeland (2008) tarafından geliştirilmiştir. Kısaltılmış form 25 madde (55 maddelik SCQ-A ölçeğinden indirgenmiştir) ve uzun versiyonla aynı olan 10 alt ölçek içermektedir. Süsen tarafından 2017 yılında BSCQ-A versiyonu sigradan Beklentiler Ölçeği (SBÖ) olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. 25 madde, 10 alt ölçeğe sahip form 0 (tamamen olası değil) ile 9 (tamamen olası) arasında değişen 10 puanlık Likert tipi bir ölçekle derecelendirilir. Yapılan keşifsel faktör analizine göre; 2., 3., 4., 6., 9., 10. ve 16. maddeler olumsuz duygu azaltma; 8., 23., 24. maddeler tat alma; 18., 20. ve 22. maddeler kilo kontrolü; 5. ve 7. maddeler uyarılım; 1., 17. ve 21. Maddeler olumsuz fiziksel etki; 13. ve 19. maddeler sağlık riski; 12. ve 15. maddeler olumsuz sosyal izlenim ve 11., 14. ve 25. maddeler sosyal bağlanma alt boyutunu oluşturmaktadır. Süsen tarafından yapılan çalışmada ölçek 10 alt boyutlu olarak uygulanmıştır. Boz çalışmasında (67) bağımlılık, can sıkıntısını azaltma ve olumsuz duygu azaltma faktörlerini oluşturan ifadelerin tek bir faktör altında birleşmesi sonucu 8 alt ölçek olarak uygulanmıştır. Bu durum haricinde elde edilen diğer faktörler ölçeğin orijinal yapısıyla gayet uyumludur. Dolayısıyla elde edilen toplam 8 faktör orijinal yapıdaki faktörler gibi sırasıyla, olumsuz duyguyu azaltma, tat/ duyusal motor manipülasyonu, kilo kontrolü, uyarım/durum geliştirme, olumsuz fiziksel duygu, sağlık riskleri, olumsuz sosyal izlenim ve sosyal kolaylaştırma şeklinde isimlendirilmiştir. Biz de çalışmamızda 8 alt ölçek olarak değerlendirdik.

3.3.2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Sigarayı bırakmak isteyenlerde bağımlılık düzeyinin tespit edilmesi tedavinin seçimi ve bırakma başarısı açısından önem taşımaktadır. Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan test Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir (FBNT). İlk kez 1978'de Fagerström, Fagerström Tolerans Testi'ni önermiştir. Bu test 1991'de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır [68]. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark.[69] tarafından yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur. Testte puanların toplamı 0 ile 10 arasında değişmekte ve daha yüksek puanlar önemli bir bağımlılığın göstergesi olarak yorumlanmaktadır. Bu teste göre 0-2 çok düşük düzey, 3-4 düşük düzey, 5 orta düzey, 6-7 yüksek düzey ve 8-10 çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı olarak değerlendirildi.

3.3.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçmek için Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastane anksiyete depresyon (HADS) Ölçeği kullanıldı. Bu ölçeğe göre hastalardan 14 soruluk anket formunu doldurması istendi. HAD ölçeğinde bulunan 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. sorular giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. sorular ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu puanların toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. sorular toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. soruların puanları toplanır. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.

3.4 İSTATİSTİK YÖNTEMLER

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 Ki-kare anlamlılık testi kullanılmıştır. İki grup ortalama

karşılaştırmalarında parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda independent samples t testi, sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İkiiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda One-Way ANOVA ve post hoc LSD testleri, sağlanmadığı durumlarda Kruskal Wallis ve post hoc pairwise comporisons testleri kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.



BULGULAR

Çalışmaya katılan 399 kişinin yaş ortalaması $38,71 \pm 12,11$, ortalanca yaş 37, en küçük yaş 17 ve en büyük yaş 75'tir. Katılımcıların 251'i (%62,9) erkek, 231'i (%57,9) evlidir. Eğitim durumlarına göre incelendiğinde %33,6 yüksekokul, %29,8 lise, %21,6 ilkokul, %13,8 ortaokul mezunu katılımcılar bulunmakta iken 5 (%1,3) katılımcının okur yazar olmadığı görülmektedir. Meslek durumlarına göre incelendiğinde ise çoğunluğun özel sektör çalışanı, memur ve ev hanımlarından oluştuğu gözlenmiştir. 92 (%23,1) katılımcının ek hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili verilen tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Sosyodemografik özellikler

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	$38,71 \pm 12,11$	37 (17-75)
Cinsiyet		
Erkek	251	62,9
Kadın	148	37,1
Medeni durum		
Bekâr	168	42,1
Evli	231	57,9
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	5	1,3
İlkokul	86	21,6
Ortaokul	55	13,8
Lise	119	29,8
Yüksekokul	134	33,6
Meslek (n:397)		
Ev hanımı	57	14,3
Özel sektör	63	15,9
Esnaf	31	7,8

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek (n:397)		
Öğrenci	31	7,8
İşçi	24	6,0
Emekli	22	5,5
Serbest	21	5,3
Şoför	20	5,0
Memur	51	12,8
Sağlık personeli	10	2,5
Diğer	58	14,5
İşsiz	9	2,3
Kronik hastalık varlığı		
Yok	307	76,9
Var	92	23,1

Sürekli değişkenler $\text{ort} \pm \text{sd}$, ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir.

Katılımcıların sigaraya başlama yaşları ortalama $17,12 \pm 4,49$, ortanca yaş ise 16,5'tir. En erken sigaraya başlayan katılımcı 7 yaşında, en geç sigaraya başlayan katılımcı ise 40 yaşında sigaraya başladığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,5) sigara bırakma polikliniğine kendi istekleri ile başvurmuşlardır. Bunun yanı sıra 10 katılımcı (%2,5) doktor önerisi ile, 12 (%3,0) katılımcı ise diğer nedenler ile başvuru yaptığını belirtmiştir. Sigaraya başlama nedenleri sıklık sırasına göre özenti, merak, stres ve diğer nedenler olarak belirtilmiştir. Günlük içilen sigara miktarı ortalama $25,29 \pm 10,41$ adet, sigara içme süresi ortalama $21,33 \pm 11,98$ yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%91,5) filtreli tütün kullandıklarını belirtmişlerdir. 301 katılımcı (%75,4) daha önce sigarayı bırakmayı denemiştir ve bırakmayı deneme sayısı tüm katılımcılarda ortalama $1,96 \pm 2,11$, bırakmayı deneyen katılımcılarda en uzun bırakma süresi ise ortalama 8 (en az 1, en fazla 384) hafta olarak hesaplanmıştır. Alkol kullandığını belirten 147 (%36,8) katılımcının alkol kullanma süreleri ise ortalama $12,20 \pm 8,52$ yıl olarak belirtilmiştir. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili özellikler

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başlama yaşı	17,12±4,49	16,5 (7-40)
Başvuru		
Kendi isteği ile	377	94,5
Doktor önerisi ile	10	2,5
Diğer	12	3,0
Başlama nedeni		
Özenti	138	34,6
Stres	99	24,8
Merak	111	27,8
Diğer	51	12,8
Günlük içilen sigara miktarı (adet)	25,29±10,41	20 (2-60)
Sigara içme süresi (yıl)	21,33±11,98	20 (2-62)
Tütün türü		
Filtreli	365	91,5
Filtresiz	29	7,3
Diğer	5	1,3
Bırakma denemesi		
Evet	301	75,4
Hayır	98	24,6
Bırakmayı deneme sayısı	1,96±2,11	2 (0-15)
En uzun bırakma süresi (hafta) (n:301)	24,77±45,19	8 (1-384)
Alkol kullanımı		
Evet	147	36,8
Hayır	252	63,2
Alkol kullanım süresi (yıl) (n:147)	12,20±8,52	10 (1-50)

Sürekli değişkenler ort±sd, ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir.

Sigarayı bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler sorgulanırken tüm katılımcılara birden fazla işaretleme yapabilecekleri dokuz seçenek sunulmuştur ve verilen cevaplar sıklık sırasına göre şu şekildedir; sinirlilik, aşırı sigara içme, iştah artışı, konsantrasyon bozukluğu, baş ağrısı, uyku bozukluğu, ağız yaraları, kabızlık ve diğer (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Sigarayı bırakma denemesinde karşılaşılan güçlükler

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sinirlilik	239	59,9
Konsantrasyon bozukluğu	101	25,3
Baş ağrısı	94	23,6
Uyku bozukluğu	60	15,0
Kabızlık	23	5,8
Ağız yaraları	29	7,3
İştah artışı	133	33,3
Aşırı sigara içme	231	57,9
Diğer	22	5,5

Sigarayı bırakmak isteme nedenleri de benzer olarak birden çok seçeneği işaretleyebilecekleri şekilde sorgulanmıştır ve verilen cevaplar sıklık sırasına göre şu şekildedir; ileride hastalanma endişesi, ekonomik nedenler, çevreme zarar veriyor, kokusundan rahatsız oluyorum, çevreme örnek olmak için, hastalığım nedeni ile, doktor önerisi, inançlarımdan dolayı, toplum baskısı, utandığım için, iş yeri baskısı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Sigarayı bırakma isteme nedenleri

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığım nedeni ile	66	16,5
İleride hastalanma endişesi	293	73,4
Çevreme zarar veriyor	130	32,6
Ekonomik nedenler	155	38,8
İnançlarımdan dolayı	19	4,8
Çevreme örnek olmak için	73	18,3
Toplum baskısı	18	4,5
Utandığım için	15	3,8
Kokusundan rahatsız oluyorum	114	28,6
Doktor önerisi	25	6,3
İş yeri baskısı	4	1,0
Diğer	56	14,0

Tablo 4.5'te katılımcıların sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumları ile ilgili özellikler sunulmuştur. Yapılan analizlere göre 78 katılımcının (%19,5) sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldığı ve alınan profesyonel desteğin

çoğunlukla (%85,9) farmakolojik destek olduğu, 4 kişinin akapuntur, 3 kişinin ise psikiyatrik destek aldığı gözlenmiştir. Akapuntur desteği alan 4 kişiden 3'ü aynı zamanda farmakolojik destek de almaktadır. Psikiyatrik destek alan 3 kişi ise psikiyatrik destek dışında ek bir destek almadıklarını belirtmişlerdir. Profesyonel destek aldığını belirten 78 kişinin %55,1'i Champix, %15,4'ü Zyban, %21,8'i nikotin replasman tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.5: Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma		
Evet	78	19,5
Hayır	321	80,5
Alınan profesyonel destek		
Farmakolojik* (n:78)	67	85,9
▪ Champix (n:78)	43	55,1
▪ Zyban (n:78)	12	15,4
▪ Nikotin repl. (sakız, flaster, diğer) (n:78)	17	21,8
Akapuntur (n:78)	4	5,1
Psikiyatrik (n:78)	3	3,8
Diğer	7	9,0

*Bir kişi bir veya birden fazla farmakolojik tedavi almıştır.

Katılımcıların verdikleri yanıtlara göre sigara içmeyi en fazla tetikleyen durum %71,9 ile stres olmuştur. Bunu sırası ile yemek sonrası, çay, kahve ve alkol yanıtları takip etmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Sigara içmeyi tetikleyen durumlar

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çay	170	42,6
Kahve	153	38,3
Alkol	88	22,1
Yemek sonrası	250	62,7
Stres	287	71,9
Diğer	56	14,0

200 katılımcının (%50,1) evinde, 29 katılımcının (%74,2) ise iş yerinde sigara içen birey bulunmaktadır. Evde en çok sigara içilen yer %82,2 ile balkon/pencere olarak

belirtilmiştir. 56 kişi (%14,0) oturma alanlarında, 15 kişi ise (%3,8) hem oturma alanları hem de balkon/pencerede sigara içildiğini belirtmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Ev ve iş ortamında sigara içme ile ilgili özellikler

Değişken (n:399)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evde sigara içen birey varlığı		
Evet	200	50,1
Hayır	199	49,9
İş yerinde sigara içilen birey varlığı		
Evet	296	74,2
Hayır	103	25,8
Evde sigara içilen yer		
Oturma alanları	56	14,0
Balkon/pencere	328	82,2
Oturma alanları ve balkon/pencere	15	3,8

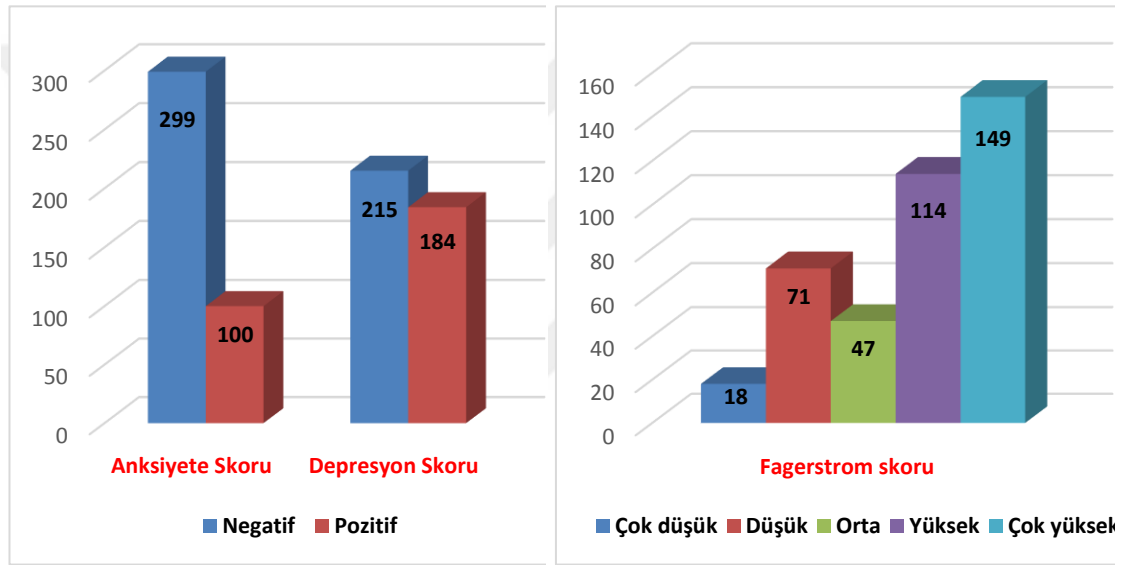
Katılımcılara uygulanan anksiyete, depresyon ve Fagerstrom ölçeklerinin sonuçları tablo 4.8’de gösterilmiştir. Yapılan analizlere göre tüm katılımcıların anksiyete skorları ortalama $7,05 \pm 4,00$, ortanca skor 7, en küçük skor 0 ve en büyük skor 20’dir. Anksiyete ölçeğine göre “pozitif” çıkan katılımcı sayısı 100 (%25,1) olmuştur. Tüm katılımcıların depresyon skorları ortalama $6,43 \pm 4,00$, ortanca skor 6, en küçük skor 0 ve en büyük skor 19’dur. Depresyon ölçeğine göre “pozitif” çıkan katılımcı sayısı 184 (%46,1) olmuştur. Tüm katılımcıların Fagerstrom skorları ise ortalama $6,42 \pm 2,27$, ortanca skor 7, en küçük skor 0 ve en büyük skor 10’dur. Fagerstrom derecelendirmesine göre 18 kişi (%4,5) “çok düşük”, 71 kişi (%17,8) “düşük”, 47 kişi (%11,8) “orta”, 114 kişi (%28,6) “yüksek” ve 149 kişi (%37,3) “çok yüksek” bağımlılık grubunda yer almıştır (Tablo 4.8) (Grafik 4.1).

Tablo 4.8: Anksiyete, Depreson ve Fagerstrom skorları

Değişken (n:399)	Ortalama $\pm$ SD n	Ortanca (min-max) %
Anksiyete skoru	7,05$\pm$4,00	7 (0-20)
Negatif	299	74,9
Pozitif	100	25,1
Depresyon skoru	6,43$\pm$4,00	6 (0-19)
Negatif	215	53,9
Pozitif	184	46,1

Değişken (n:399)	Ortalama±SD n	Ortanca (min-max) %
Fagerstrom skoru	6,42±2,27	7 (0-10)
Çok düşük	18	4,5
Düşük	71	17,8
Orta	47	11,8
Yüksek	114	28,6
Çok yüksek	149	37,3

Sürekli değişkenler ort±sd, ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir.

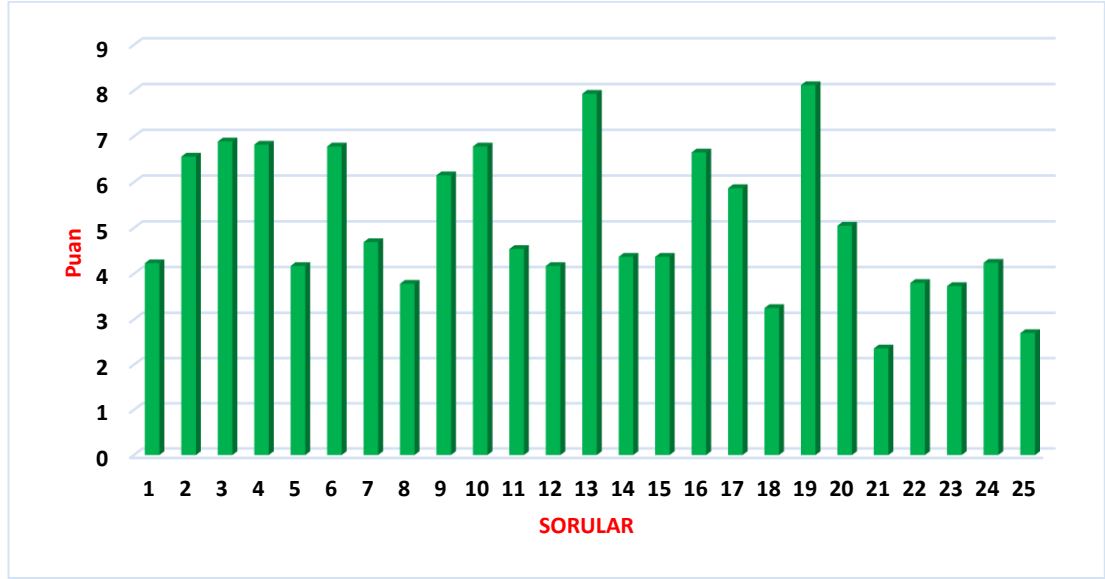


Grafik 4.1: Anksiyete, Depresyon ve Fagerstrom skorları

Tablo 4.9 ve grafik 4.2’de sigaradan beklentiler ölçeğinde her önerme için alınan puanlar ayrı ayrı sunulmuştur. 25 soru içerisinde en yüksek puan alan üç önerme sırası ile 19 numaralı önerme “Ne kadar çok sigara içersem sağlığımı o kadar çok riske atarım”, 13 numaralı önerme “Sigara içerek kalp hastalığına ve akciğer kanserine yakalanma riskini almış olurum” ve 3 numaralı önerme “Öfkeli olduğumda, biri beni sakinleştirir” olmuştur. En az puan alan üç önerme ise sırası ile 21 numaralı önerme “Sigara içerken gülünç görünürüm”, 27 numaralı önerme “Elimde sigara varsa, insanlara karşı daha rahat hissederim” ve 18 numaralı önerme “Sigara içmek kilomu kontrol etmemde bana yardımcı olur” olmuştur.

Tablo 4.9: Sigaradan beklentiler ölçeğinden alınan puanlar

Değişken (n:399)	Ort±SD	Ortn (min-max)
1. Sigara içtikten sonra boğazım yanar	4,23±2,81	5 (0-9)
2. Sigara içmek nikotin “krizlerini” yatıştırır	6,56±2,50	7 (0-9)
3. Öfkeli olduğumda, biri beni sakinleştirir	6,89±2,28	7 (0-9)
4. Yalnız olduğumda, bir sigara, zaman geçirmemde bana yardımcı olur	6,82±2,51	7 (0-9)
5. Bir sigara içmek, beni enerjik yapar	4,17±2,99	5 (0-9)
6. Sinirli hissettiğimde sigara içmek beni sakinleştirir	6,78±2,43	7 (0-9)
7. Sıkıldığımda ve yorgun olduğumda sigara içmek bana enerji verir	4,69±3,07	5 (0-9)
8. Sigaranın kokusundan ve tadından hoşlanırım	3,78±2,88	4 (0-9)
9. Yapacak hiçbir şeyim yoksa sigara içmek zaman öldürmeme yardımcı olur	6,15±2,86	7 (0-9)
10. Sigara içmek nikotin açlığını giderir	6,78±2,50	8 (0-9)
11. Sigara içen insanlarla beraber olduğumda, kendimi bir grubun parçasıymış gibi hissederim	4,54±3,36	5 (0-9)
12. Sigara içmek daha az çekici görünmeme yol açar	4,17±3,48	4 (0-9)
13. Sigara içerek kalp hastalığına ve akciğer kanserine yakalanma riskini almış olurum	7,93±2,17	9 (0-9)
14. Sigara içmek insanlarla geçirdiğim vakitten, daha fazla keyif almama yardımcı olur	4,37±3,01	5 (0-9)
15. İnsanlar sigara içtiğimi görürlerse benimle ilgili olumsuz düşünürler	4,37±3,18	5 (0-9)
16. Huzursuz hissettiğimde, bir sigara rahatlamama yardımcı olur	6,65±2,45	7 (0-9)
17. Sigara içmek ağızda ve boğazımda tahrişe neden olur	5,87±2,95	6 (0-9)
18. Sigara içmek kilomu kontrol etmemde bana yardımcı olur	3,25±3,17	3 (0-9)
19. Ne kadar çok sigara içersem sağlığımı o kadar çok riske atarım	8,12±2,00	9 (0-9)
20. Sigara, yemem gerekenden daha fazla yememe engel olur	5,05±3,37	5 (0-9)
21. Sigara içerken gülünç görünürüm	2,36±2,68	1 (0-9)
22. Sigara içmek kilomu düşük tutar	3,80±3,33	4 (0-9)
23. Sigara içtiğimdeki tat hoştur	3,73±3,16	4 (0-9)
24. Sigara içerken aldığım tadı severim	4,24±3,15	4 (0-9)
25. Elimde sigara varsa, insanlara karşı daha rahat hissederim	2,70±2,90	2 (0-9)



Grafik 4.2: Sigaradan beklentiler ölçeğinden alınan puanlar

Katılımcıların sigaradan beklentiler ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları ise tablo 4.10 ve grafik 4.3 ile gösterilmiştir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 225'tir ve katılımcıların genel ortalama puanları $129,02 \pm 35,62$ olmuştur. En az puan alan katılımcı 16, en yüksek puan alan katılımcı ise 217 puan almıştır.

“Olumsuz duyguyu azaltma” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 63'tür ve katılımcıların puan ortalaması $46,64 \pm 12,39$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63 olmuştur.

“Tat alma” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 27'dir ve katılımcıların puan ortalaması $11,75 \pm 8,03$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 27 olmuştur.

“Kilo kontrolü” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 27'dir ve katılımcıların puan ortalaması $12,10 \pm 7,97$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 27 olmuştur.

“Uyarılım” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 18'dir ve katılımcıların puan ortalaması $8,86 \pm 5,56$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 18 olmuştur.

“Olumsuz fiziksel etki” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 27'dir ve katılımcıların puan ortalaması $13,45 \pm 6,35$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 27 olmuştur.

“Sağlık riski” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 18’dir ve katılımcıların puan ortalaması $16,05 \pm 3,83$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 18 olmuştur.

“Olumsuz sosyal izlenim” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 18’dir ve katılımcıların puan ortalaması $8,54 \pm 5,43$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 18 olmuştur.

“Sosyal bağlanma” alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 27’dir ve katılımcıların puan ortalaması $11,60 \pm 6,97$ olmuştur. Bu alt boyuttan alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 27 olmuştur.

Tablo 4.10: Sigaradan beklentiler ölçeği toplam ve alt boyut puanları

Değişken (n:399)	Ort $\pm$ SD	Ortn (min-max)
Olumsuz duyguyu azaltma (max puan:63)	46,64 $\pm$ 12,39	48 (0-63)
Tat alma (max puan:27)	11,75 $\pm$ 8,03	12 (0-27)
Kilo kontrolü (max puan:27)	12,10 $\pm$ 7,97	12 (0-27)
Uyarılım (max puan:18)	8,86 $\pm$ 5,56	10 (0-18)
Olumsuz fiziksel etki (max puan:27)	13,45 $\pm$ 6,35	14 (0-27)
Sağlık riski (max puan:18)	16,05 $\pm$ 3,83	18 (0-18)
Olumsuz sosyal izlenim (max puan:18)	8,54 $\pm$ 5,43	9 (0-18)
Sosyal bağlanma (max puan:27)	11,60 $\pm$ 6,97	12 (0-27)
Genel (max puan:225)	129,02 $\pm$ 35,62	130 (16-217)

Tüm alt boyutlar içerisinde alınabilecek maksimum puana en yakın puan alınan grup “sağlık riski”, en uzak puan alınan grup ise “sosyal bağlanma” olmuştur (Grafik 4.3).



Grafik 4.3: Sigaradan beklentiler ölçeği toplam ve alt boyut puanları

Katılımcıların tüm ölçeklerden aldıkları puanların korelasyon analizi sonuçları tablo 4.11’de gösterilmiştir. Yapılan analizlere göre tüm skorlar arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Anksiyete skoru ile depresyon skoru arasında aynı yönde orta düzeyde bir ilişki ($r:0,587$, $p<0,01$), Fagerstrom arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,142$, $p<0,01$), SBÖ arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,224$, $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Depresyon skoru ile Fagerstrom arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,231$, $p<0,01$), SBÖ arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,205$, $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Fagerstrom skoru ile SBÖ arasında da yine aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki ($r:0,214$, $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.11: Anksiyete skoru, Depresyon skoru, Fagerstrom skoru ve SBÖ arasındaki korelasyon

	Anksiyete	Depresyon	Fagerstrom	SBÖ
Anksiyete	1			
Depresyon	0,587*	1		
Fagerstrom	0,142*	0,231*	1	
SBÖ	0,224*	0,205*	0,214*	1

*Tüm parametreler birbirleri ile anlamlı derecede korele bulunmuştur ($p<0,01$, Spearman korelasyon testi)

Tablo 4.12’de ise katılımcıların anksiyete, depresyon, Fagerstrom, SBÖ skorları ile yaş ve sigara kullanım özellikleri arasındaki korelasyon sonuçları sunulmuştur.

Yapılan analizlere göre yaş ile “olumsuz fiziksel etki” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,119$, $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Başlama yaşı ile Fagerstrom skoru arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r:-0,125$, $p<0,05$), SBÖ skoru arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r:-0,125$, $p<0,01$), “olumsuz duyguyu azaltma” skoru arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r:-0,124$, $p<0,05$), “tat alma” skoru arasında ters yönde zayıf bir ilişki ($r:-0,155$, $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Günlük içilen sigara miktarı ile depresyon skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,150$, $p<0,01$), Fagerstrom skoru arasında aynı yönde orta bir ilişki ($r:0,503$, $p<0,01$), SBÖ skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,155$, $p<0,01$), “olumsuz duyguyu azaltma” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,172$, $p<0,01$), “uyarılım” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,195$, $p<0,01$) ve “olumsuz fiziksel etki” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,137$, $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Sigara içme süresi “tat alma” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,143$, $p<0,01$), “uyarılım” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,102$, $p<0,05$) ve “olumsuz fiziksel etki” skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki ($r:0,126$, $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.12: Anksiyete, Depresyon, Fagerstrom, SBÖ skorları ile yaş ve sigara kullanım özellikleri arasındaki korelasyon

	Yaş	Başlama yaşı	Günlük içilen sigara miktarı (adet)	Sigara içme süresi (yıl)
Anksiyete skoru	0,023	-0,013	0,095	-0,009
Depresyon skoru	0,094	-0,055	0,150**	0,084
Fagerstrom skoru	0,026	-0,125*	0,503**	0,084
SBÖ	0,036	-0,137**	0,155**	0,091
Olumsuz duyguyu azaltma	-0,043	-0,124*	0,172**	0,011
Tat alma	0,090	-0,155**	0,039	0,143**
Kilo kontrolü	0,013	-0,080	0,039	0,045
Uyarılım	0,083	-0,072	0,195**	0,102*
Olumsuz fiziksel etki	0,119*	-0,080	0,137**	0,126*
Sağlık riski	-0,092	-0,062	0,056	-0,059
Olumsuz sosyal izlenim	0,028	0,001	0,080	0,032
Sosyal bağlanma	0,057	-0,076	0,080	0,082

*p<0,05, ** p<0,01 (Spearman korelasyon testi)

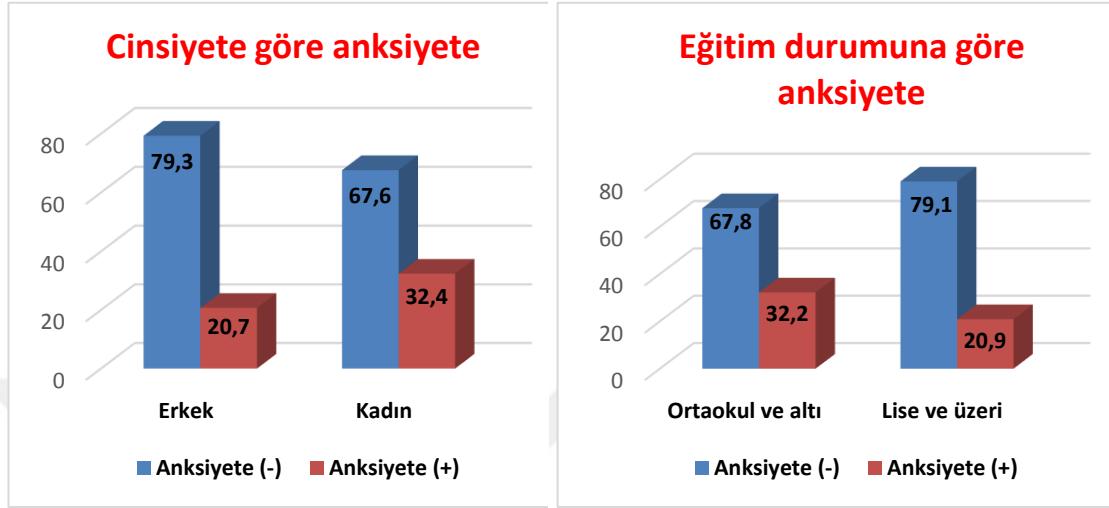
Katılımcılardaki anksiyete varlığının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi analiz edildiğinde kadınlarda anksiyete görülme durumunun (%32,4) erkeklere göre (%20,7) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu (p=0,009) ve yine benzer şekilde eğitim seviyesi ortaokul ve altında olanlarda anksiyete görülme durumunun (%32,2) eğitim seviyesi lise ve üzeri olanlara göre (%20,9) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu (p=0,013) gözlenmiştir. Bu çalışmada anksiyete varlığı yaş, medeni durum ve kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.13, Grafik 4.4).

Tablo 4.13: Anksiyete ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Negatif (n:299)		Pozitif (n:100)		p değeri
Yaş		36	17-75	39	20-71	0,430
Cinsiyet	Erkek	199	79,3	52	20,7	0,009
	Kadın	100	67,6	48	32,4	
Medeni durum	Bekâr	126	75,0	42	25,0	0,980
	Evli	173	74,9	58	25,1	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	99	67,8	47	32,2	0,013
	Lise ve üzeri	200	79,1	53	20,9	
Kronik hastalık	Yok	232	75,6	75	24,4	0,594
	Var	67	72,8	25	27,2	

Sürekli değişkenler ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir, Mann Whitney

U ve Ki kare testleri yapılmıştır.



Grafik 4.4: Cinsiyete ve eğitim durumuna göre anksiyete varlığı

Sigaraya başlama yaşı anksiyetesi olanlarda 16, olmayanlarda 16,5, günlük içilen sigara miktarı anksiyetesi olanlarda 30, olmayanlarda 20 adet, sigara içme süresi anksiyetesi olanlarda 14,5 olmayanlarda 16 yıl, alkol kullanım süresi anksiyetesi olanlarda 7, olmayanlarda 10 yıl olarak hesaplanmıştır. Alkol kullanımı olanların %25,8’inde olmayanların %23,8’inde anksiyete görülmüştür. Sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldığını belirten bireylerin ise %24,4’ünde anksiyete pozitif iken destek almayanlarda bu oran %25,2’dir ve tüm bu bulgular istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Anksiyete ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Negatif (n:299)		Pozitif (n:100)		p değeri
Başlama yaşı		16,5	9-25	16	10-31	0,459
Günlük içilen sigara miktarı (adet)		20	2-60	30	2-50	0,202
Sigara içme süresi (yıl)		16	3-62	14,5	6-61	0,935
Alkol kullanım süresi (yıl)		10	2-35	7	1-50	0,109
Alkol kullanımı	Evet	187	74,2	65	25,8	0,659
	Hayır	112	76,2	35	23,8	
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma	Evet	59	75,6	19	24,4	0,989
	Hayır	240	74,8	81	25,2	

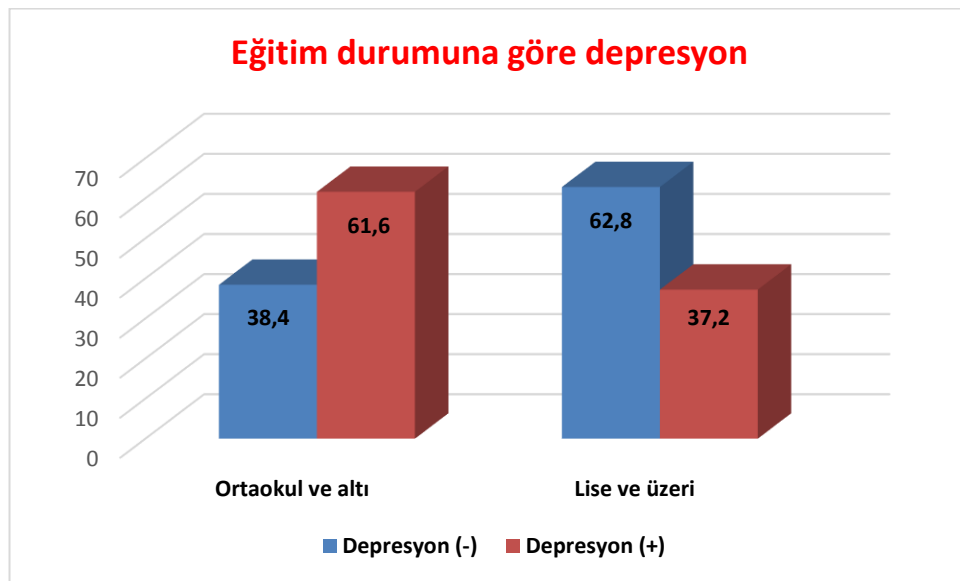
Sürekli değişkenler ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Ki kare testleri yapılmıştır.

Depresyon varlığı ise yaş, cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık varlığına göre değişmez iken eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim seviyesi ortaokul ve altı olan katılımcılarda (%61,6) eğitim seviyesi lise ve üzeri olan katılımcılara göre (%37,2) anlamlı derecede daha fazla depresyon gözlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.15, Grafik 4.5).

Tablo 4.15: Depresyon ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Negatif (n:215)		Pozitif (n:184)		p değeri
Yaş		35	17-75	39	18-71	0,105
Cinsiyet	Erkek	134	53,4	117	46,6	0,795
	Kadın	81	54,7	67	45,3	
Medeni durum	Bekâr	96	57,1	72	42,9	0,266
	Evli	119	51,5	112	48,5	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	56	38,4	90	61,6	<0,001
	Lise ve üzeri	159	62,8	94	37,2	
Kronik hastalık	Yok	171	55,7	136	44,3	0,184
	Var	44	47,8	48	52,2	

Sürekli değişkenler ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Ki kare testleri yapılmıştır.



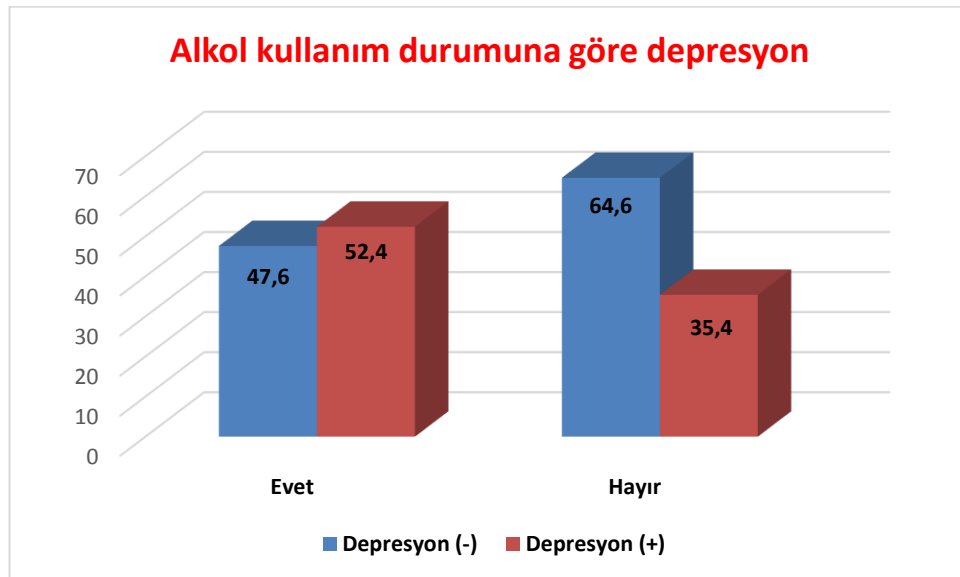
Grafik 4.5: Eğitim durumuna göre depresyon varlığı

Alkol kullanımı olan katılımcılarda depresyon görülme sıklığı %52,4 iken alkol kullanımı olmayan katılımcılarda bu oran %35,4'tür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$) (Grafik 4.6). Bunun dışında sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara miktarı, sigara içme süresi, alkol kullanım süresi, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu depresyon testi pozitif ve negatif olan bireylerde benzer bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Depresyon ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Negatif (n:215)		Pozitif (n:184)		p değeri
Başlama yaşı		17	9-25	16	10-31	0,620
Günlük içilen sigara miktarı (adet)		20	7-60	30	2-50	0,087
Sigara içme süresi (yıl)		15	3-62	16	3-61	0,169
Alkol kullanım süresi (yıl)		10	1-35	10	2-50	0,968
Alkol kullanımı	Evet	120	47,6	132	52,4	0,001
	Hayır	95	64,6	52	35,4	
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma	Evet	40	51,3	38	48,7	0,607
	Hayır	175	54,5	146	45,5	

Sürekli değişkenler ortanca (min-max), kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Ki kare testleri yapılmıştır.



Grafik 4.6: Alkol kullanım durumuna göre depresyon varlığı

Sosyodemografik özellikler ile Fagerstrom arasındaki ilişki incelendiğinde, Fagerstrom ölçeğinden alınan puanların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve kronik hastalık varlığına göre değişmediği ve tüm değişkenlerde ortanca puanın 7 olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak anksiyete ve depresyon varlığı ile Fagerstrom puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Anksiyetesi ve depresyonu olanların puanı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.17: Sosyodemografik özellikler ile Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Fagerstrom (max:10)		p değeri
		Ort±SD	Ortn (min-maks)	
Cinsiyet	Erkek	6,33±2,26	7 (1-10)	0,314
	Kadın	6,55±2,29	7 (0-10)	
Medeni durum	Bekâr	6,35±2,30	7 (0-10)	0,622
	Evli	6,46±2,26	7 (1-10)	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	6,63±2,28	7 (1-10)	0,192
	Lise ve üzeri	6,29±2,26	7 (0-10)	
Kronik hastalık	Yok	6,31±2,26	7 (0-10)	0,083
	Var	6,77±2,28	7 (1-10)	
Anksiyete	Negatif	6,25±2,26	6 (0-10)	0,009
	Pozitif	6,92±2,24	7 (0-10)	
Depresyon	Negatif	6,03±2,33	6 (0-10)	<0,001
	Pozitif	6,86±2,12	7 (1-10)	

Değişkenler ortalama±sd ve ortanca (min-maks) değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U testi yapılmıştır.

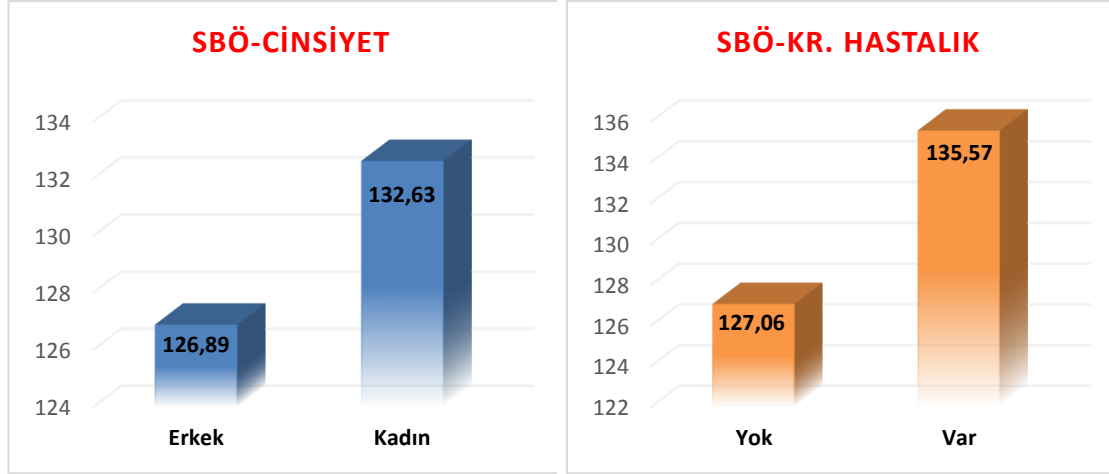
Tablo 4.18’de SBÖ ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki sunulmuştur. Erkeklerin SBÖ’den aldıkları puan ortalaması 126,89±35,92 iken kadınların ortalaması 132,63±34,94’tür. Kadınlar erkeklere göre SBÖ’den daha yüksek puan almışlardır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Benzer şekilde medeni durum ve eğitim durumuna göre de SBÖ’den alınan puanlar değişmemektedir. Ancak kronik hastalığı olanlarda, anksiyete ve depresyon test sonucu “pozitif” olanlarda olmayanlara göre SBÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Grafik 4.7). Ayrıca Fagerstrom grupları ile SBÖ’den alınan puanlar arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizlerde farkın “çok yüksek” grubundan

kaynaklandığı tespit edilmiştir. “Çok yüksek” grubu “çok düşük”, “düşük” ve “yüksek” gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.18: SBÖ ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		SBÖ (max:225)		p değeri
		Ortalama	SD	
Cinsiyet	Erkek	126,89	35,92	0,120
	Kadın	132,63	34,94	
Medeni durum	Bekâr	127,74	35,78	0,541
	Evli	129,95	35,56	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	127,76	38,30	0,592
	Lise ve üzeri	129,75	34,04	
Kronik hastalık	Yok	127,06	34,80	0,044
	Var	135,57	37,70	
Anksiyete	Negatif	125,37	34,85	<0,001
	Pozitif	139,94	35,86	
Depresyon	Negatif	123,16	36,12	<0,001
	Pozitif	135,87	33,87	
Fagerstrom	Çok düşük	115,11	28,77	<0,001
	Düşük	118,27	36,41	
	Orta	131,66	29,94	
	Yüksek	122,80	36,30	
	Çok yüksek	139,75	34,34	

Değişkenler ortalama±sd değerleri ile gösterilmiştir, Independent samples t ve One-Way ANOVA ve post hoc LSD testleri yapılmıştır, “çok yüksek” grubu “çok düşük”, “düşük” ve “yüksek” gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$).



Grafik 4.7: Cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre SBÖ'den alınan puanlar

Tablo 4.19'de SBÖ ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Sigaraya başlama nedenine göre SBÖ'den alınan puanlar incelendiğinde sigaraya “özentî” nedeni ile başlayanların en yüksek, “diğer” nedenlerle başlayanların en düşük puanı aldıkları ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Filtreli sigara içenler filtresiz sigara içenlere göre, bırakma denemesi olanlar olmayanlara göre, alkol kullanımı olanlar olmayanlara göre, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alanlar almayanlara göre SBÖ'den daha yüksek puan almışlardır ancak bu farklar anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.19: SBÖ ile sigara ve alkol kullanım özellikleri arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		SBÖ (max:225)		p değeri
		Ortalama	SD	
Başlama nedeni	Özenti	132,10	37,718	0,271
	Stres	128,70	35,100	
	Merak	129,36	34,945	
	Diğer	120,57	31,701	
Tütün türü*	Filtreli	129,13	35,54	0,969
	Filtresiz	128,86	39,48	
Bırakma denemesi	Evet	130,90	35,76	0,065
	Hayır	123,26	34,74	
Alkol kullanımı	Evet	129,31	34,33	0,900
	Hayır	128,85	36,42	
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma	Evet	129,78	32,11	0,834
	Hayır	128,83	36,47	

Değişkenler ortalama $\pm$ sd değerleri ile gösterilmiştir, Independent samples t testi yapılmıştır.

*"Diğer" kısmı analize dahil edilmedi (5 kişi)

Sigara içmeyi tetikleyen durumlar ile SBÖ'den alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde çay, kahve, alkol ve stres ile sigara içme isteğinin tetiklendiğini belirten katılımcılar bu değişkenlerle sigara içme isteğinin tetiklenmediğini belirten katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.20, Grafik 4.8).

Tablo 4.20: SBÖ ile sigara içmeyi tetikleyen durumlar arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		SBÖ (max:225)		p değeri
		Ortalama	SD	
Çay	Evet	134,69	35,10	0,006
	Hayır	124,81	35,50	
Kahve	Evet	135,30	32,16	0,004
	Hayır	125,11	37,14	
Alkol	Evet	136,43	30,01	0,014
	Hayır	126,92	36,83	
Yemek sonrası	Evet	130,66	34,99	0,233
	Hayır	126,26	36,61	
Stres	Evet	132,44	34,88	0,002
	Hayır	120,27	36,16	
Diğer	Evet	126,46	30,92	0,563
	Hayır	129,44	36,36	

Değişkenler ortalama $\pm$ sd değerleri ile gösterilmiştir, Independent samples t testi yapılmıştır.



Grafik 4.8: SBÖ ile sigara içmeyi tetikleyen durumlar arasındaki ilişki

Evde ve işte sigara içen birey varlığına göre SBÖ'den alınan puanlar değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: SBÖ ile ev ve iş ortamında sigara içen birey varlığı arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		SBÖ (max:225)		p değeri
		Ortalama	SD	
Evde sigara içen birey varlığı	Evet	128,99	33,67	0,984
	Hayır	129,06	37,57	
İş yerinde sigara içilen birey varlığı	Evet	128,16	36,16	0,414
	Hayır	131,50	34,10	

Değişkenler ortalama $\pm$ sd değerleri ile gösterilmiştir, Independent samples t testi yapılmıştır.

Tablo 4.22-4.29 arasında SBÖ alt boyutları ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki ayrı ayrı gösterilmiştir.

“Olumsuz duyguyu azaltma” alt boyutundan alınan puanların anksiyete, depresyon ve Fagerstrom gruplarına göre anlamlı düzeyde değiştiği tespit edilmiştir. Anksiyetesi ve depresyonu “pozitif” olanlarda “negatif” olanlara göre, Fagerstrom grubu “çok yüksek” olanlarda diğer gruplara göre “olumsuz duyguyu azaltma” puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22: “Olumsuz duyguyu azaltma” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Olumsuz duyguyu azaltma (max:63)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	48	0-63	0,562
	Kadın	48	5-63	
Medeni durum	Bekâr	49	0-63	0,537
	Evli	47	5-63	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	47	5-63	0,233
	Lise ve üzeri	49	0-63	
Anksiyete	Negatif	47	0-63	0,016
	Pozitif	50,5	13-63	
Depresyon	Negatif	46	0-63	0,002
	Pozitif	51	7-63	
Fagerstrom	Çok düşük	42	18-56	<0,001
	Düşük	43	0-63	
	Orta	45	28-63	
	Yüksek	47	5-63	
	Çok yüksek	53	18-63	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve post hoc pairwise comparisons testleri yapılmıştır. Fagerstrom ölçeğinde farkı yaratan grup “çok yüksek” grubudur.

“Tat alma” alt boyutundan alınan puanlar sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: “Tat alma” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Tat alma (max:27)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	12	0-27	0,626
	Kadın	12	0-27	
Medeni durum	Bekâr	11	0-27	0,158
	Evli	12	0-27	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	12	0-27	0,831
	Lise ve üzeri	12	0-27	
Anksiyete	Negatif	12	0-27	0,580
	Pozitif	12	0-27	
Depresyon	Negatif	11	0-27	0,586
	Pozitif	12	0-27	
Fagerstrom	Çok düşük	6,5	0-21	0,335
	Düşük	12	0-27	
	Orta	13	0-25	
	Yüksek	10	0-27	
	Çok yüksek	12	0-27	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır.

Anksiyete ve depresyon grubu “pozitif” olanlar “negatif” olanlara göre “kilo kontrolü” alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: “Kilo kontrolü” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Kilo kontrolü (max:27)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	12	0-27	0,858
	Kadın	12	0-27	
Medeni durum	Bekâr	12	0-27	0,857
	Evli	12	0-27	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	11,5	0-27	0,623
	Lise ve üzeri	12	0-27	
Anksiyete	Negatif	11	0-27	0,009
	Pozitif	15	0-27	

Değişken (n:399)		Kilo kontrolü (max:27)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Depresyon	Negatif	10	0-27	0,017
	Pozitif	13	0-27	
Fagerstrom	Çok düşük	12,5	0-27	0,763
	Düşük	13	0-27	
	Orta	11	0-27	
	Yüksek	11	0-27	
	Çok yüksek	13	0-27	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır.

“Uyarılım” alt ölçeğinden kadınlar erkeklere göre, anksiyetesi ve depresyonu “pozitif” olanlar “negatif” olanlara göre, Fagerstrom grubu “çok yüksek” olanlar “düşük” ve “yüksek” olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: “Uyarılım” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Uyarılım (max:18)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	9	0-18	<0,001
	Kadın	10,5	0-18	
Medeni durum	Bekâr	9	0-18	0,233
	Evli	10	0-18	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	9	0-18	0,720
	Lise ve üzeri	10	0-18	
Anksiyete	Negatif	9	0-18	<0,001
	Pozitif	11	0-18	
Depresyon	Negatif	9	0-18	0,002
	Pozitif	10	0-18	
Fagerstrom	Çok düşük	8,5	0-14	<0,001
	Düşük	7	0-18	
	Orta	10	0-18	
	Yüksek	8	0-18	
	Çok yüksek	11	0-18	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve post hoc pairwise comparisons testleri yapılmıştır. Fagerstrom ölçeğinde “çok yüksek” grubu ile “düşük” ve “yüksek” grupları arasında anlamlı fark çıkmıştır.

“Olumsuz fiziksel etki” alt ölçeğinden kadınlar erkeklere göre, evliler bekârlara göre, anksiyetesi ve depresyonu “pozitif” olanlar “negatif” olanlara göre, Fagerstrom grubu “çok yüksek” olanlar “çok düşük”, “düşük” ve “yüksek” olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: “Olumsuz fiziksel etki” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Olumsuz fiziksel etki (max:27)		p değeri
		Ortalama/Ortanca	SD/Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	12	0-27	<0,001
	Kadın	15	0-27	
Medeni durum	Bekâr	12	0-27	0,017
	Evli	15	0-27	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	14	0-27	0,185
	Lise ve üzeri	14	0-27	
Anksiyete	Negatif	12,83	6,22	0,001
	Pozitif	15,30	6,41	
Depresyon	Negatif	12	0-27	<0,001
	Pozitif	15	0-27	
Fagerstrom	Çok düşük	10,88	6,26	0,001
	Düşük	12,11	5,89	
	Orta	14,31	6,17	
	Yüksek	12,44	6,58	
	Çok yüksek	14,89	6,15	

Değişkenlerden normal dağılıma uyanlar ortalama $\pm$ sd değerleriyle gösterilmiş, Independent samples t, One-Way ANOVA ve post hoc LSD testleri yapılmıştır. Fagerstrom’da “çok yüksek” grubu ile “çok düşük”, “düşük” ve “yüksek” grupları arasında anlamlı fark çıkmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U testi yapılmıştır.

“Sağlık riski” alt boyutundan alınan puanlar sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27: “Sağlık riski” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Sağlık riski (max:18)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	18	0-18	0,125
	Kadın	18	0-18	
Medeni durum	Bekâr	18	0-18	0,547
	Evli	18	0-18	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	18	0-18	0,375
	Lise ve üzeri	18	0-18	
Anksiyete	Negatif	18	0-18	0,527
	Pozitif	18	4-18	
Depresyon	Negatif	18	0-18	0,060
	Pozitif	18	0-18	
Fagerstrom	Çok düşük	18	11-18	0,066
	Düşük	18	0-18	
	Orta	18	2-18	
	Yüksek	18	0-18	
	Çok yüksek	18	0-18	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır.

“Olumsuz sosyal izlenim” alt boyutundan alınan puanlar sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28: “Olumsuz sosyal izlenim” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Olumsuz sosyal izlenim (max:18)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	9	0-18	0,174
	Kadın	9	0-18	
Medeni durum	Bekâr	9	0-18	0,365

	Evli	9	0-18	
Değişken (n:399)		Olumsuz sosyal izlenim (max:18)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	9	0-18	0,598
	Lise ve üzeri	9	0-18	
Anksiyete	Negatif	9	0-18	0,104
	Pozitif	10	0-18	
Depresyon	Negatif	9	0-18	0,365
	Pozitif	9	0-18	
Fagerstrom	Çok düşük	8	0-16	0,154
	Düşük	7	0-18	
	Orta	10	0-18	
	Yüksek	9	0-18	
	Çok yüksek	9	0-18	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır.

“Sosyal bağlanma” alt ölçeğinden ise kadınlar erkeklere göre, anksiyetesi ve depresyonu “pozitif” olanlar “negatif” olanlara göre, Fagerstrom grubu “çok yüksek” olanlar “yüksek” olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır ($p<0,05$) (Tablo 4.29).

Tablo 4.29: “Sosyal bağlanma” alt ölçeği ile sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon varlığı ve Fagerstrom arasındaki ilişki

Değişken (n:399)		Sosyal bağlanma (max:27)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Cinsiyet	Erkek	11	0-27	0,017
	Kadın	13	0-27	
Medeni durum	Bekâr	12	0-27	0,422
	Evli	12	0-27	
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	12	0-27	0,447
	Lise ve üzeri	11	0-27	
Anksiyete	Negatif	11	0-27	0,003
	Pozitif	13	0-27	
Depresyon	Negatif	10	0-27	<0,001
	Pozitif	13	0-27	

Değişken (n:399)		Sosyal bağlanma (max:27)		p değeri
		Ortanca	Min-Max	
Fagerstrom	Çok düşük	8,5	0-22	0,043
	Düşük	12	0-25	
	Orta	11	0-26	
	Yüksek	10	0-27	
	Çok yüksek	14	0-27	

Değişkenler ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis ve post hoc pairwise comparisons testleri yapılmıştır. Fagerstrom'da “çok yüksek” grubu ile “yüksek” grupları arasında anlamlı fark çıkmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Sigaranın bağımlılık mekanizmaları, bağımlılığa yol açan nörolojik, psikolojik ve davranışsal nedenler göz önüne alındığında, sigara bağımlılığı birçok kişinin, uzun dönem mücadele etmesi gereken kronik ve nüks ihtimali olan bir durumdur. Tütün kontrolünde, sigara bırakma poliklinikleri önemli bir yere sahiptir. Dünya genelinde 942 milyonu erkek ve 175 milyonu kadın olmak üzere yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara içmektedir (15 yaş ve üzeri). (70)Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 kapmasında ülkemizde 18 milyon kişi her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,8'i, kadınların %17,5). (71)

Baykan ve Naçar' ın 2014 yılında yaptığı çalışmada (72)cinsiyete göre sigara içme durumları arasında fark vardı. Erkek öğrencilerin %40,6'sı sigara içtiğini söylerken kız öğrencilerin %6,7'si sigara içtiğini söylemiştir. 2019 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde (73) ve Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde (74) uzmanlık tezi olarak yapılan çalışmalarında bizim çalışmamızla uyumlu olarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Toplumda sigara kullanan erkeklerin oranının kadınlara göre daha yüksek olmasından dolayı çalışmamızda erkek danışan sayısı anlamlı olarak yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Sigarayı bırakmaya çalışanların katıldığı bir çalışmada, olguların %87'sinde ilk haftada yoksunluk semptomlarının görüldüğü bildirilmiştir. Bıraktıktan sonraki 30 gün içinde anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, gece uyanma şikayetleri gerilerken, iştah artışı 30 günden daha uzun sürmüştür (75). Yaşar ve arkadaşlarının (76)yaptığı çalışmada karşılaşılan en sık zorluklar sinirlilik, aşırı derecede sigara içme isteği ve konsantrasyon eksikliğiydi. Demir ve ark. (77) yaptıkları çalışmalarda

benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda sigarayı bırakmada en fazla yaşanan güçlük sinirlilik (%59,9) olmuştur. Takibinde aşırı sigara içme isteği (%57,9), iştah artışı (%33,3), konsantrasyon bozukluğu (25,3) gelmektedir. Bu bulguların nikotin eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çeşitli çalışmalarda sigaraya başlama nedenleri olarak; özentî, merak, çevre etkisi gibi faktörler bildirilmiştir. Fidan ve arkadaşlarının (78) yaptığı çalışmada en çok başlama nedeni özentî olmuştur. Devamında merak ve stres gelmektedir. Yaşar ve arkadaşlarının (76) yaptığı çalışmada sigaraya başlamanın nedenleri sıklıkla merak (%45,6), özentî (%45,2) ve stres (%45,2) olarak belirlenmiştir. Benzer sonuçların çıktığı çalışmamızda polikliniğimize başvuran hastaların sigaraya başlama nedeni en çok özentî (%34,6) sonra sırasıyla merak (%27,8), stres (%24,8) ve diğer nedenler (%12,8) olarak belirlenmiştir.

Yaşar ve arkadaşlarının (76) yaptığı çalışmada sigara içme isteğini arttıran nedenler arasında en sık görülen stres olmuştur. Devamında çay içme, yemek yeme ve kahve içme idi. Bizim çalışmamızda da katılımcıların verdikleri yanıtlara göre sigara içmeyi en fazla tetikleyen durum %71,9 ile stres olmuştur. Bunu sırası ile yemek sonrası (%62,7), çay (42,6), kahve (38,3) ve alkol (%22,1) yanıtları takip etmiştir. Fakat Fidan ve arkadaşlarının (78) yaptığı çalışmada en sık neden yemek sonrası iken, bunu çay, stres-üzüntü, alkol ve kahve izliyordu.

Yılmazel ve arkadaşlarının (79) yaptığı 200 erkek işçiye uyguladığı çalışmada sigarayı bırakmak isteme nedenleri arasında ilk üç sırada sağlığın bozulma korkusu, çevresine/çocuklarına iyi örnek olmak, maddi nedenler yer almaktaydı. Kayacık ve arkadaşlarının (80) yaptığı çalışmada da sigarayı bırakma nedenleri arasında en sık sağlığın bozulma korkusudur. Cinsiyete göre bakıldığında sağlığın bozulması ve kanser olma korkusu erkeklerde oransal olarak daha baskın iken, maddi yetersizlik, çocuk ya da torun sahibi olma, çevreden utanmanın kadınlarda oransal olarak daha baskın olduğu tespit edilmiştir. Benzer sonucun çıktığı çalışmamızda en sık sigara içme isteği ilerde hastalanma endişesi (%73,4) olmuştur. Bu oranı ekonomik etkenler (%38,8), çevreme zarar veriyor düşüncesi (%32,6) takip etmektedir. En düşük çıkanlar iş yeri baskısı (%1) ve utandığım için (%3,8) olmuştur.

Esen ve arkadaşlarının (81) yaptığı çalışmada en sık kendi isteğiyle başvuru olup takibinde doktor önerisi ile başvuru gelmektedir. Çalışmamızda benzer şekilde

katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,5) sigara bıraktırma polikliniğine kendi istekleriyle, %2,5 katılımcı ise doktor önerisi ile başvurmuştur. Bizden farklı olarak Yaşar ve arkadaşlarının (76) sigara bıraktırma polikliniğe başvuran 320 hastada yaptığı çalışmada ise çoğunluğu doktor önerisi ile başvurmuştur.

Velioğlu ve arkadaşlarının (82) yaptığı çalışmada Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sonucu yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda polikliniğimize başvuran hastaların FNBT ile yapılan değerlendirmelerinde %37.3 çok yüksek, %28.6 yüksek olarak sonuçlanmıştır. Fakat Şahin ve arkadaşlarının (83), Kutlu ve arkadaşlarının (84) yaptığı çalışmada nikotin bağımlılıkları düşük, Okutan ve ark. (85) çok düşük düzeyde bulmuştur. Sosyodemografik özellikler ile fagerstrom bağımlılığı arasındaki ilişkiye baktığımızda Velioğlu ve ark. (82), Okutan ve ark. (85) yaptığı çalışmada cinsiyet farkının, medeni durumun ve eğitim düzeyinin nikotin bağımlılık düzeyine etkili olmadığını saptamışlardır. Çalışmamızda da Fagerstrom ölçeğinden alınan puanların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve kronik hastalık varlığına göre değişmediği gözlenmiştir.

Şahin ve arkadaşlarının (83) yaptığı çalışmada Nikotin bağımlılık düzeyi; sigara içme süresi ile pozitif, sigaraya başlama yaşı ile negatif korelasyon göstermektedir. Yapılan başka bir çalışmada günlük içilen sigara sayısı ile bağımlılık düzeyi pozitif korelasyon göstermiştir. (86). Okutan ve ark (85) sigaraya başlama yaşı ile nikotin bağımlılığı arasında ters yönde bir ilişki bulmuşlardır. Günlük içilen sigara miktarı ile nikotin bağımlılığı arasında pozitif korelasyon vardı. Bizim çalışmamızda da sigara başlama yaşı ile fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi arasında ters yönde bir ilişki vardır. İçme süresi ile anlamlı fark bulunmamaktadır. Günlük içilen sigara miktarı ile fagerstrom skoru arasında aynı yönde orta bir ilişki bulunmaktadır.

10 yıl boyunca 1943 ergen ve genç erişkinde 6 aylık aralarla görüşülerek yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon belirtileri yüksek düzeyde olanlarda, düşük düzeyde olanlara göre nikotin bağımlılığı 2 katı yüksek bulunmuştur. (87). Şahin ve arkadaşlarının (83) yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyonun birbirleriyle ve nikotin bağımlılık düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı; anksiyete ve depresyon oranlarını arttırmaktadır. Benzer şekilde çalışmamızda da anksiyete skoru ile depresyon skoru arasında aynı yönde

orta düzeyde bir ilişki mevcut olup, depresyon-anksiyete skoru ile fagerstrom arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

Esen ve arkadaşlarının (81) yaptığı çalışmada yaş ve medeni durumunun Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği depreyon (HAD-D) ve anksiyete (HAD-A) ile arasında ilişki bulunamamıştır. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda HAD-A puan ortalamaları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olup HAD-D ortalamaları arasında kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiş. Eğitim durumunun anksiyete puanlarını etkilediği ve yüksekokul mezunlarının anksiyete puanlarının ilkokul mezunlarına göre düşük olduğu gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda benzer şekilde katılımcıların anksiyete varlığı kadınlarda (%32,4) erkeklere göre (%20,7) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür. Depresyon varlığı ile cinsiyet arasında fark gözlenmemiştir. Medeni durum, yaş grupları arasında anksiyete ve depresyon skorunda anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Eğitim seviyesi ortaokul ve altında olanlarda anksiyete ve depresyon görülme durumu lise ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu gözlenmiştir.

2019 yılında İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesinde yapılan A.N. BOZ un Uzmanlık Tezinde (67) uyguladığı Sigaradan Beklentiler Ölçeği (SBÖ) de “Ne kadar çok sigara içersem sağlığımı o kadar çok riske atarım” ifadesi en yüksek ortalamaya sahipken, “Sigara içerken gülünç görünürüm” ifadesi en düşük ortalamaya sahiptir. Bizim çalışmamızda 25 soru içerisinde en yüksek puan alan önerme 19 numaralı önerme “Ne kadar çok sigara içersem sağlığımı o kadar çok riske atarım”, en az puan alan önerme ise 21 numaralı önerme “Sigara içerken gülünç görünürüm” olmuştur.

Y Süsen’in (88) yapmış olduğu çalışmada alt boyutlar arasından en yüksek puan “sağlık riski” olurken en az puanı ‘olumsuz sosyal izlenim’ almıştır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde tüm alt boyutlar içerisinde alınabilecek maksimum puana en yakın puan alınan grup “sağlık riski”, en uzak puan alınan grup ise “sosyal bağlanma” olmuştur.

Copeland ve Rash (89) yaptığı çalışmada kilo endişesi, olumsuz duygulanım azaltma, olumsuz sosyal izlenim kadınlarda erkeklere göre yüksek çıkmıştır. Özellikle olumsuz duyguyu azaltma kadınlarda anlamlı derecede yüksekti. BOZ çalışmasında (67) cinsiyet grupları ile sigaradan beklentiler karşılaştırıldığında

anlamli bir fark görülmemiştir. Alt boyutlardan olan kilo kontrolü cinsiyet ile anlamli bir farklılık göstermiş olup erkeklerin sigaradan kilo kontrolü ile ilgili beklentileri kadınların beklentilerine göre daha yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda kadınlar erkeklere göre SBÖ'den daha yüksek puan almışlardır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamli değildir. Alt boyutlardan olumsuz fiziksel etki, uyarılım ve sosyal bağlanma ile cinsiyet arasında anlamli fark vardır. Bu alt boyutlarda kadınlar erkeklere göre daha yüksek puan almışlardır.

BOZ çalışmasında (67) sigara kullanım süresi ile sigaradan beklentiler arasında pozitif ve zayıf kuvvette ilişki bulunmuştur. Alt boyutlardan olan olumsuz duygu azaltma ve sağlık riski ile pozitif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sigara içme süresi ile SBÖ skoru arasında anlamli ilişki bulunamamıştır. Fakat alt boyutlardan tat alma, uyarılım ve olumsuz fiziksel etki arasında aynı yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

BOZ çalışmasında (67) günlük sigara kullanım miktarı ile sigaradan beklentiler arasında istatistiksel olarak anlamli bir ilişki vardır. Alt boyutlardan olumsuz duygu azaltma ve kilo kontrolü ile pozitif ve orta kuvvette, uyarılım ile ise pozitif fakat zayıf kuvvette bir ilişkiye sahiptir. Bizim çalışmamızda günlük içilen sigara miktarı ile SBÖ skoru arasında aynı yönde zayıf bir ilişki vardır. Al boyutlardan olumsuz duyguyu azaltma, uyarılım, olumsuz fiziksel etki arasında aynı yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

BOZ çalışmasında (67) sigarayı bırakma girişimi ile sigaradan beklentileri arasında istatistiksel açıdan anlamli bir ilişki vardır. Bizim çalışmamızda Sigara bırakma denemesi olanlar olmayanlara göre SBÖ'den daha yüksek puan almışlardır ancak bu farklar anlamli düzeyde değildir.

Copeland ve Rash 2008 yılında yaptığı çalışmada (89) FNBT ile olumsuz duygulanım azaltma, uyarılma, iştah/kilo kontrolü, sosyal kolaylaştırma alt boyutları ile anlamli pozitif korelasyon bulunmuştur. Y süsen çalışmasında Nikotin bağımlılığı ile olumsuz fiziksel duygular arasındaki korelasyon önemli ölçüde negatif olmasına rağmen, nikotin bağımlılığı; olumsuz duygulanım azaltma, sağlık riskleri, tat / sensorimotor manipülasyon, özlem / bağımlılık, can sıkıntısı azaltma ve iştah / kilo kontrolü ile pozitif ve anlamli bir şekilde korelasyon göstermiş. Bizim çalışmamızda

FNBT çok yüksek olanlarda olumsuz duyguyu azaltma, olumsuz fiziksel etki, sosyal bağlanma ve uyarılım alt boyutu anlamlı olarak yüksektir.

Susen çalışmasında (88) üniversite ve lise mezunlarının sigaradan beklentileri yüksek çıkmıştır. Tıbbi tanı öyküsünün can sıkıntısı azaltma ile ilişkisi negatif olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda eğitim durumu farkı ile sigaradan beklentiler arasında ilişki bulunamamıştır. Kronik hastalığı olanlar SBÖ den yüksek puan almışlardır.

Susen çalışmasında (88) duygu düzenlemedeki zorluklar, sigara içme sonuç beklentilerinden olumsuz duygulanım azaltma ve can sıkıntısı azaltma beklentileri yoluyla sigara bağımlılığı ile ilişkiliydi. Yaptığımız çalışmada depresyon-anksiyetesi pozitif olanlar SBÖ den yüksek puan almışlardır ve alt boyutlardan olumsuz duyguyu azaltma, olumsuz fiziksel etki, sosyal bağlanma, kilo kontrolü ve uyarılım alt boyutu anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Zorlayıcı duygular altındayken sigaranın bu beklentilerinin devam etmesi sigara içme davranışının sürdürülmesine katkıda bulunarak sigara bağımlılığında rol oynarlar.

5.2 SONUÇ

Sigara kullanım beklentileri, sosyal, psikolojik ve zihinsel süreçlere odaklanarak bireyin sigara kullanım durumunun duygu, düşünceler ve davranışlarla ilişkisini ifade etmektedir. Daha önceki çalışmalarda olduğu gibi sigara kullanımıyla ilgili olumlu beklentileri olan kişiler, olumsuz beklentileri olanlara kıyasla sigara kullanmaya daha çok ilgi göstermektedirler. Sigaradan beklentilerin kültüre ve sosyal çevreye göre değiştiğini doğrulayan çalışmalar mevcuttur.

Çalışmamızda SBÖ de en yüksek puanı sağlık riski alt boyutu alırken maddelerden en yüksek puanı ‘Ne kadar çok sigara içersem sağlığımı o kadar çok riske atarım’ olmuştur. En sık özenti nedeniyle başlanan ve yüksek derecede bağımlılık yapan sigara en çok sağlık üzerine olumsuz etkisi nedeniyle bırakılmak istenmektedir. Sigara içicilerin neredeyse tamamı tütünün sağlık üzerine zararları olduğunu kabul etmektedir ancak bu zararların kendilerine dair risklerinin ne kadar büyük olduğunu hafife almaktadır. Bu nedenle birinci basamağa başvuran her hastanın sigara içme durumu sorgulanmalı ve sigaranın sağlığa olan zararları hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ile sigaradan beklentiler değişmemektedir. Ancak kronik hastalık durumu, anksiyete depresyon varlığı ve yüksek nikotin bağımlılığı olan kişilerde sigaradan beklentiler de artmaktadır. Aynı şekilde anksiyetesi ve depresyonu olan kişilerde nikotin bağımlılığı yüksektir. FNBT çok yüksek olanlarda olumsuz duyguyu azaltma, olumsuz fiziksel etki, sosyal bağlanma ve uyarılım alt boyutu anlamlı olarak yüksektir. Depresyon-anksiyetesi pozitif olanlarda alt boyutlardan olumsuz duyguyu azaltma, olumsuz fiziksel etki, sosyal bağlanma, kilo kontrolü ve uyarılım alt boyutu anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlardan anlaşılabacağı üzere kişilerin psikolojik durumları, nikotin bağımlılık düzeyleri, sosyal yaşantıları, kültürel farklılıklarına göre sigaradan beklentileri değişmektedir. Bireylerin sigara kullanımından beklentilerini saptamak sigara kullanımını sürdürme ve bırakma davranışlarını anlamak için önemlidir. Özellikle bireylerin sigara kullanımına olan ihtiyacını anlayıp bu doğrultuda uygun bırakma programları oluşturulmalıdır. Sigara bırakma sürecinde hastalara bütüncül yaklaşım yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı. Tütün kontrolü strateji belgesi ve eylem planı 2018-2023. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-C3%BCt%C3%BCn-kontrol%C3%BC-strateji-belgesi-ve-eylem-plan%C4%B1.html>,
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları 2012.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006; 3 (11): e442.
4. American Psychiatric Association. Tobacco related disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.Ed.DSM-5. American Psychiatric publishing Washington, DC, London, England 2014:571-77
5. Greenberg, J.B., Ameringer, K.J., Trujillo, M.A., Sun, P., Sussman, S., Brightman, M. (2012). Associations between posttraumatic stress disorder symptom clusters and cigarette smoking. Psychological Addictive Behaviors, 26, 89-98. doi:10.1037/ a0024328.
6. Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. Psychological Review, 1, 33–51. DOI: 10.1037/0033-295X.111.1.33.
7. Thomas, J. L., Bronars, C. A., Stewart, D. W., Okuyemi, K. S., Befort, C. A., Nazir, N., Ahluwalia, J. S. (2009). Psychometric properties of a Brief Smoking Consequences Questionnaire for Adults (SCQ-A) among African American light smokers. Substance Abuse, 30 (1): 14–25.
8. Doğanay, H., Coşkun, O. (2015). Tarım Coğrafyası, III. Baskı, Pegem Akademi, s. 488, Ankara.
9. Otan H, Apti R. Tütün. 1.baskı. İzmir: ETAEM yayını; 1989: 9.

10. Çiçek N. Tütünde rezidü sorunları. Tekel Dergisi 1998; 2:44-7.
11. Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını, 1978: 9-18
12. Barış İzzettin, ed. Sigara ve sağlık. 1. baskı. Ankara: MEB yayınları, 1994: 11-14.
13. Nafi z Z. Tütün ziraati ve hastalıkları.1. baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10.
14. Özendi S. Avrupa Birliği'nde tütün kontrolü ve Türkiye'deki uygulamalarının incelenmesi [Tez]. Ankara: TAPDK; 2006
15. Yılmaz A. Türkiye'de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. [Tez]. Ankara: TAPDK; 2006
16. Yılmaz F. Tütünün macerası II. Tombak Dergisi 2000; 34: 24-30.
17. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenges and prospects. Bull World Health Organ 2000;78:867.
18. The Tobacco Atlas Sixth Edition. Jeffrey Drope, Neil W. Schluger, Editors. American Cancer Society, Inc. and Vital Strategies. Atlanta [Georgia]: 2018. [Internet]
https://tobaccoatlas.org/wpcontent/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf. Erişim:10 Nisan 2018.
19. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. Washington, World Bank.
20. World Health Organization. Who Report on the Global Tobacco Epidemic,2019. Ceneva: World Health Organization;; 2019. p. 20-117. [cited 2019 Aug 21]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/offer/en>
21. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006; 3 (11): e442.
22. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health

- Organization;; 2017. p.15-100 [cited 2019 Augh 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf>
23. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T (Çevirenler). Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER paketi. Ankara; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_tur.pdf. Erişim Tarihi: 07.09.2011.
24. Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016 [Internet] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>.
25. Ergüder T. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Data to Tobacco Control Policy in Turkey – 2003 and 2009 (in press).
26. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002;51:300-3.
27. Parrott S, Godfrey C, Raw M et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. Health Educational Authority. Thorax 1998;53 (Suppl5):S1-38.
28. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. Washington, World Bank.
29. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence-and implications for coverage. Pharmacoeconomics 1997;11:538-49.
30. World HealthOrganization. World Health Report. 2002. Geneva; 2002. https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1
31. 26-Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No:2. http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html#_edn7; 2003.
32. Smoking Statistics: Illness and Death.http://ash.org.uk/files/documents/ASH_107.pdf.- 2016.

33. Foster WM, Langenback EG, Bergofsky EH. Disassociation in the mucociliary function of central and peripheral airways of asymptomatic smokers. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:633-9.
34. Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med* 2000;21:121-37
35. Hasan SU. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1579-80.
36. Layes L, Haslam PL, Gratziou CG, et al. SmokeHaz Systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest* 2016; 150:164-79.
37. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to human: tobacco smoking. Volume 100E. Lyon, World Health Organisation and International Agency for Research on Cancer, 2012.
38. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control* 2003;10:315-24.
39. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S.Department of Health and Human Services, 2010
40. American Lung Association.®Fact Sheet. Women and Smoking. http://www.lungusa.org/tobacco/women_factsheet99.html; 2001.
41. US Surgeon General. Women and Smoking, A Report of the Surgeon General 2001. CDC's Office on smoking and health. 2001.
42. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30.
43. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

44. Santosa TB, Sutanto YS, Septiawan D. (2019). Hypnotherapy Effectiveness in Bronchoscopy to Control Anxiety, Breathlessness and Cough, *Journal of Pespirologi Indonesia*, Vol: 39/1.
45. M.Yavuz. Nikotin Bağımlılığında Psikolojik Dayanıklılık Ve Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Rolü.Şubat,2020. Yüksek Lisans Tezi
46. Rigotti, N. A. (2002). Treatment of Tobacco Use and Dependence. *New England Journal of Medicine*, 346 (7), 506–512.
47. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu CH. ve Demir P. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Tur Toraks Dergisi*. 2013; 14: 81-7.
48. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2009;104:126-32.
49. Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Krusei M. Cigarette Smoking And Psychiatric Comorbidity In Children And Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41 (11):1294-305.
50. Tobacco Use And Comorbidity. National Institute On Drug Abuse.NIH Publication Number 12- 4342.
51. Ikard, F. F., Green, D. E., ve Horn, D. (1969). A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *International Journal of the Addictions*, 4 (4), 649–659.
52. Russell, M. A. H., Peto, J., ve Patel, U. A. (1974). The Classification of Smoking by Factorial Structure of Motives. *Journal of the Royal Statistical Society*. 137 (3), 313.
53. Brandon, T. H., ve Baker, T. B. (1991). The Smoking Consequences Questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (3), 484–491.

54. Uysal, M. A. (2016). Nikotin sizi nasıl esir alıyor? Tütün bağımlılığının nörobiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 4 (1), 37-43.
55. M.Özer.Sigara Alışkanlığı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Aile ve Toplum Yıl: 5 Cilt: 2 Sayı: 6 Ekim-Aralık 2003 ISSN: 1303-0256
56. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008; 121 (4 Suppl 1): S3-10.
57. Diagnostic and Statistical Manual Manual of Mental Disorders- Forth Edition. Washington, DC:American Psychiatric Association 1994.
58. Tanner JA, Chenoweth MJ, Tyndale RF. Pharmacogenetics of nicotine and associated smoking behaviors. Curr Top Behav Neurosci. 2015; 23: 37-86.
59. Messina ES, Tyndale RF, Sellers EM. A major role for CYP2A6 in nicotine C-oxidation by human liver microsomes. J Pharmacol Exp Ther. 1997; 282 (3): 1608-14.
60. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.
61. American Psychiatric Association. Tobacco related disorders. In:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.Ed.DSM-5. American Psychiatric publishing Washington, DC, London, England (2014):571-577.
62. Anderson, J.E., et al., Treating tobacco use and dependence: an evidencebased clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest, 2002. 121 (3): p. 932-941.
63. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. Health Psychol 1993; 12: 399-405.
64. Batra A. Treatment of tobacco dependence. Dtsch Arztebl Int 2011; 108: 555-64
65. European Network for Smoking and Tobacco Control. European Smoking Cessation Guideliness. 2012. http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf

66. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10: CD008286
67. Ayşe Nur Boz. Sigara Kullanan Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Öz-Etkililik Algısının Sigara İçme Beklentisiyle İlişkisi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi. 2019, Yüksek Lisans Tezi
68. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-1127.
69. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 2004;52:115-121.
70. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. 2018. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies.
71. Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016
72. Zeynep Baykan, Melis Naçar. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. Dicle Tıp Dergisi / 2014; 41 (3): 483-490
73. ALTIN AÖ. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Saptanması Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2019 Uzmanlık Tezi
74. Şengün A. Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, 2019, Uzmanlık Tezi
75. US Department of Health and Human Services. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff and consortium representatives: a clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US public health service report. J Am Med Assoc 2000;283:2344-54

76. Z. Yaşar, Ö. Kar Kurt, F.Talay, A.Kargı. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. Eurasian J Pulmonol 2014; 16: 99-104
77. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. Tuberk Toraks 2004; 52: 63-8
78. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Tur Toraks Derg 2005; 6: 151-8.
79. G. Yılmazel, F. Çetinkaya2, M. Naçar. Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. Dicle Tıp Dergisi / 2014; 41 (4): 717-723
- 80- İ.Kayacık, Ö.A.Berktaş, L.Duysak, Y.Bayır Sigara Bırakan Kişilerde Bırakma Sebepleri. Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence | 2017; 18 (4):112-121
81. A. D.Esen, D.Kafadar. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye
82. U.Velioğlu, C.I.Sönmez. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi / Dicle Med J (2018) 45 (1) : 35 – 41
83. H.D. Şahin, İ.Naz, N.Aksel, F.Tuksavul, A.Özsöz. Hastane Personelinde Sigara Alışkanlığı: Psikolojik sorunların Etkisi Var mıdır? İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt XXIX Sayı 2, 2015
84. R. Kutlu, S.Çivi, O.Karaoğlu. Polislerde Sigara İçme Sıklığı ve Depresyon Arasındaki İlişki. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008: 7 (1)
85. O.Okutan, D.Taş, H.Kaya, Z.Kartaloğlu. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55 (4): 356-363

86. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction*, 1999;94:269–281.
87. McKenzie M, Olsson CA, Jorm AF, Romaniuk H, Patton GC. Association of Adolescent Symptoms of Depression and Anxiety With Daily Smoking and Nicotine Dependence In Young Adulthood: Findings From A 10-Year Longitudinal Study. *Addiction* 2010;105 (9):1652-9.
88. Yankı Süsen. The Role Of Affect-Related Smoking Outcome Expectancies In Relations Between Emotion Dysregulation/Negative Urgency And Smoking Dependence. Yıldıırım Beyazıt Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi
89. Carla J. Rash, Amy L. Copeland. The Brief Smoking Consequences Questionnaire– Adult (BSCQ-A): Development of a short form of the SCQ-A. *Nicotine & Tobacco Research* Volume 10, Number 11 (November 2008) 1633–1643

Ekler

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Sigara Bırakturma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme İle İlgili Beklentileri”dir.

Bu araştırmanın amacı, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakturma Polikliniği’ne başvuran kişilerde sigara içme ile ilgili beklentilerini belirlemektir.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk veya rahatsızlıklar söz konusu değildir, sadece sizin onayınız ile yapılacak anketlerdir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Hacer Hicran MUTLU

Görevi: DR. Öğr.Ü

Adresi: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tel.-Faks: 0553 707 2800

Tarih ve İmza:

Ek-2: Sigara Bıraktırma Polikliniği Formu

 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ SİĞARA BIRAKTIRMA POLİKLİNİĞİ					
Tarih:			Protokol no:		
Adı Soyadı:					
Doğ. Yeri ve Yılı:					
Cinsiyet:	Kadın	Erkek			
Medenî Durum:	1-evli	Çocuk sayısı:	2-bekar		
Eğitim Durumu:	1- OY değil	2-ilkokul	3-ortaokul	4-lise	5-yüksekokul
Meslek:					
Adres:					
Telefon:					
SİĞARA 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-diğer
Şimdiye kadar bırakmayı denediniz mi?		1-evet	2-hayır		
Evet ise:		1-Kaç kez?	2-En uzun ne kadar süre bıraktınız?		
Bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdi?					
1-sinirlilik	4-uyku bozukluğu	7-iştah 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		
Evet ise:		1-Kaç yıldır?	2-ne sıklıkta?		

Sigara bırakmayı neden istiyorsunuz?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1- Hastalığım nedeniyle | 5- İnançlarımdan dolayı | 9- Kokusundan rahatsız oluyorum |
| 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 repl. (sakız, flaster, diğer)

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 içmeyi maruz kalan kaç kişi var?

ÖZGEÇMİŞ

Kronik hastalıklar:

Sürekli kullanılan ilaçlar:

Öyküde sorgulanacak olan durumlar:

- | | |
|---|--|
| ☐ Epilepsi / ilaç kullanımı öyküsü | ☐ Suicid girişimi/düşüncesi |
| ☐ Kafa travması/operasyonu | ☐ CVA öyküsü |
| ☐ Anorexianervosa/bulimia | ☐ Alkolizm |

BAŞVURU MUAYENE BULGULARI

TA:

Önerilen Tedavi:

Boy/Kilo:

İlaç Başlama Tarihi:

CO:

Sigara Bırakma Tarihi:

EKG:

Ek-3: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği , Ek-4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği

ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman 3 ☐ Birçok zaman 2 ☐ Zaman zaman, bazen 1 ☐ Hiçbir zaman 0

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar 0 ☐ Pek eskisi kadar değil 1
☐ Yalnızca biraz eskisi kadar 2 ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil 3

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli 3 ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil 2
☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor 1 ☐ Hayır hiç öyle değil 0

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum

- ☐ Her zaman olduğu kadar 0 ☐ Şimdi pek o kadar değil 1
☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil 2 ☐ Artık hiç değil 3

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman 3 ☐ Birçok zaman 2 ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil 1 ☐ Yalnızca bazen 0

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman 0 ☐ Bazen 1 ☐ Sık değil 2 ☐ Hiçbir zaman 3

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle 0 ☐ Genellikle 1 ☐ Sık değil 2 ☐ Hiçbir zaman 3

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman 3 ☐ Çok sık 2 ☐ Bazen 1 ☐ Hiçbir zaman 0

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman 0 ☐ Bazen 1 ☐ Oldukça sık 2 ☐ Çok sık 3

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle 3 ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum 2
☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum 1 ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum 0

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla 3 ☐ Oldukça fazla 2 ☐ Çok fazla değil 1 ☐ Hiç değil 0

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar 0 ☐ Her zamankinden biraz daha az 1
☐ Her zamankinden kesinlikle az 2 ☐ Hemen hemen hiç 3

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık 3 ☐ Oldukça sık 2 ☐ Çok sık değil 1 ☐ Hiçbir zaman 0

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

- ☐ Sıklıkla 0 ☐ Bazen 1 ☐ Pek sık değil 2 ☐ Çok seyrek 3

Değerlendirme Ölçeği :

1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 numaralı sorular anksiyeteyi ölçer, skor ≥ 10 ise pozitif kabul edilir.

2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 numaralı sorular depresyonu ölçer, skor ≥ 7 ise pozitif kabul edilir.

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

PUAN :

1-İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar zaman 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 içer misiniz? Evet (1) Hayır (0)

Bırakma evresi: düşünmeme - düşünme - hazırlanma - deneme - sürdürme

Ek-5: Sigaradan Beklentiler Ölçeği

Ek-4 Sigaradan Beklentiler Ölçeği – Yetişkin Formu (SBÖ – Y)

Bu ölçek insanların sigara içme ile ilgili beklentilerini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Aşağıda sigara içme ile ilgili ifadelerin bir listesi yer almaktadır. Lütfen her bir ifadenin sigara içme ile ilgili beklentilerinize ne derece **UYGUN OLDUĞUNU** ya da **UYGUN OLMADIĞINI** değerlendiriniz. Eğer sonuç size **UYGUN** olarak gözüküyorsa, 5'ten 9'a kadar olan bir rakamı daire içine alınız. Örneğin, bir olasılığın gerçekleşmesi **tamamen uygun** gözüküyorsa, 9'u; **biraz uygun olmayan** bir olasılıksa 4'ü daire içine alınız.

← UYGUNDEĞİL X UYGUN →									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç Uygun Değil	Fazlasıyla Uygun Değil	Çok Uygun Değil	Oldukça Uygun Değil	Biraz Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Çok Uygun	Fazlasıyla Uygun	Tamamen Uygun

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sigara içtikten sonra boğazım yanar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. Sigara içmek nikotin "krizlerini" yatıştırır. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Öfkeli olduğumda, bir sigara beni sakinleştirir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Yalnız olduğumda, bir sigara, zaman geçirmemde bana yardımcı olur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Bir sigara içmek, beni enerjik yapar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. Sinirli hissettiğimde sigara içmek beni sakinleştirir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. Sıkıldığımda ve yorgun olduğumda sigara içmek bana enerji verir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Sigaranın kokusundan ve tadından hoşlanırım. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. Yapacak hiçbir şeyim yoksa sigara içmek zaman öldürmeme yardımcı olur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Sigara içmek nikotin açlığımı giderir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11. Sigara içen insanlarla beraber olduğumda, kendimi bir grubun parçasıymış gibi hissedirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

← UYGUNDEĞİL X UYGUN →									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç Uygun Değil	Fazlasıyla Uygun Değil	Çok Uygun Değil	Oldukça Uygun Değil	Biraz Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Çok Uygun	Fazlasıyla Uygun	Tamamen Uygun
12. Sigara içmek daha az çekici görünmeme yol									
açar.									
13. Sigara içerek kalp hastalığına ve akciğer									
kanserine yakalanma riskini almış olurum.									
14. Sigara içmek insanlarla geçirdiğim vakitten,									
daha fazkeyif almama yardımcı olur.									
15. İnsanlar sigara içtiğimi görürlerse benimle									
ilgili olumsuz düşünürler.									
16. Huzursuz hissettiğimde, bir sigara									
rahatlamama yardımcı olur.									
17. Sigara içmek ağızımda ve boğazımda tahrişe									
neden olur.									
18. Sigara içmek kilomu kontrol etmemde bana									
yardımcı olur.									
19. Ne kadar çok sigara içersem sağlığımı o									
kadar çok riske atarım.									
20. Sigara, yemem gerekenden daha fazla									
yememe engel olur.									
21. Sigara içerken gülünç görünürüm.									
22. Sigara içmek kilomu düşük tutar.									
23. Sigara içtiğimdeki tat hoştur.									
24. Sigara içerken aldığım tadı severim.									
25. Elimde sigara varsa, insanlara									
karşı daha rahat hissederim.									

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: 16.12.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme ile İlgili Beklentileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	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		

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi HACER HİCRAN MUTLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AİLE HEKİMLİĞİ			
	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		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐			
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☒			
	Retrospektif	☐			
	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 MATERYEL TRANSFER FORMU	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020/0620	Tarih: 16.12.2020
	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 toplantıya katılan 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.	

Etik Kurulu Başkanı: Doç. Dr. Şakir Sadık ÖNER

İmza: _____

Etik Kurul Onay Formu

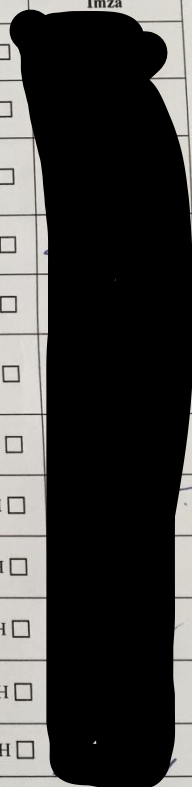
S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI: _____ Tarih: 16.12.2020

KONU: Etik Kurulu Kararı

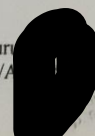
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara İçme ile İlgili Beklentileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

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 ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurulu Başkanı/Üyesi:  Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER

İmza: _____