

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



45-59 YAŞ GRUBU TÜTÜN KULLANAN BİREYLERDE YAPILAN
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN TÜTÜN KULLANIM
DURUMLARINA ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İBRAHİM YORULMAZ

BOLU, KASIM - 2025

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



45-59 YAŞ GRUBU TÜTÜN KULLANAN BİREYLERDE YAPILAN
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN TÜTÜN KULLANIM
DURUMLARINA ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İBRAHİM YORULMAZ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sebahat GÜCÜK

BOLU, KASIM - 2025

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin Turnitin adlı programında enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30'u geçmemektedir.

Bu çalışma için Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 310 sayısı ile etik izin alınmıştır.

.....

Dr. İbrahim YORULMAZ

KABUL VE ONAY SAYFASI

İbrahim YORULMAZ tarafından hazırlanan “**45-59 Yaş Grubu Tütün Kullanan Bireylerde Yapılan Motivasyonel Görüşmelerin Tütün Kullanım Durumlarına Etkisi**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak oy birliği/ oy çokluğuyla kabul edilmiştir. 14/11/2025

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Prof. Dr. Sebahat GÜCÜK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Mehmet KAYHAN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

TEŞEKKÜR

Tez yazım süresince bilgisini, desteğini ve tecrübesini esirgemeyen ve sabırla kahrımı çeken tez hocam Prof. Dr. Sebahat GÜCÜK'e

Asistanlık eğitimim boyunca desteklerini her zaman hissettiğim Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ'e, Doç. Dr. Mehmet KAYHAN'a ve Doç. Dr. Süleyman ÖZSARI'ya,

Eğitime beraber başladığımız ve bu zorlu süreci beraber tamamladığımız keyifle çalıştığım eşkıdem asistan arkadaşlarıma,

Çalışmanın yürütülmesinde desteklerini gördüğüm Mudurnu Aile Sağlığı merkezindeki çalışma arkadaşlarıma ve hastalarım,

Hayatım boyunca emek, ilgi ve sevgileriyle beni destekleyen anneme, babama ve kardeşlerime, yakın akrabalarım,

Daha yolun başındayken bana inanan ilkokul öğretmenim Serap KAYA hocama,

Eğitim öğretim hayatımda emekleri olan ilkokul, lise, üniversitedeki tüm hocalarıma,

Hayal ettiği mesleğe uzak bir köyde doğmuş bir çocuğa, imkân tanıyarak hayallerini gerçek yapan devlete,

Ve her şeyden önce verdiği bütün nimetler için Rabbime

sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK BEYAN	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Tütün Ve Tütünün Tarihçesi	3
2.2 Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi	4
2.3 Tütün Ürünleri Ve İçeriği	6
2.3.1 Tütün İçeriği	6
2.4 Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri.....	8
2.4.1 Yaşam Beklentisi	8
2.4.2 Sigara ve Kanser	8
2.4.3 Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları	9
2.4.4 Sigara ve Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	9
2.4.5 Sigara ve Üreme Sağlığı	10
2.4.6 Sigara ve Diğer Etkileri	10
2.5 Nikotin Bağımlılığı	10
2.6 Tütün Bağımlılığının Tanısı Ve Değerlendirilmesi	11
2.6.1 DSM-5 Tütün Kullanım Bozukluğu	12
2.6.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	13
2.6.3 DSM-5 Tütün Yoksunluğu	13
2.7 Sigara Bırakma Tedavileri	14
2.7.1 Hazır Olma Durumunun Değerlendirilmesi	15
2.7.2 Sigarayı Bırakmaya Yönelik Müdahaleler	15
2.7.3 Farmakolojik Tedaviler	16
2.8 Motivasyonel Görüşme.....	17
2.8.1 Motivasyonel Görüşme Tekniğinin İlkeleri.....	18
2.8.2 Uygulama Alanları.....	19
2.9 Aile Hekimlerinin Sigara Bırakmadaki Önemi	19

3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1 Çalışmanın Tasarımı:	20
3.2 Çalışmanın Örneklemi	21
3.3 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	21
3.4 Çalışmadan Hariç Tutulma Ve Çıkarılma Kriterleri.....	21
3.5 Veri Toplama Araçları	21
3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu	21
3.5.2 Sigara Kullanım Özellikleri Anketi	22
3.5.3 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	22
3.5.4 Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ).....	22
3.5.5 Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	23
3.5.6 Motivasyonel Görüşme Müdahalesi	23
3.6 İstatistiksel Analizler	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR.....	51
8. EKLER	59

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Günlük Tüketilen Sigara Ortalamasının Ölçüm Zamanı ve Gruplara göre Karşılaştırılması	39
---	----

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği Olan ve Olmayan Katılımcıların Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı	26
Tablo 2. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigara Kullanımına Başlama Yaşı.....	27
Tablo 3. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigara Kullanımına Başlama Nedenleri	29
Tablo 4. Çalışma Gruplarında Ve Katılımcıların Bütününde Sigara İçme Davranışını Etkileyen En Yaygın Faktörler	31
Tablo 5. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigara Bırakmaya Katkısı Olan Değişkenler	33
Tablo 6. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigarayı Bırakmayı Deneme Oranları	35
Tablo 7. Çalışma Gruplarında ve Bütününde Evde ya da İş Yerinde Başka Sigara İçen Kişilerin Varlığına göre Dağılımı.....	36
Tablo 8. Günlük sigara İçme Ortalamalarının Ölçüm Zamanına göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 9. Günlük Tüketilen Sigara Ortalamasının Ölçüm Zamanı ve Gruplara göre Karşılaştırılması	38
Tablo 10. Bağımlılık Düzeyi Testi (Fagerström), Sigara Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeklerine ilişkin Ortalamaların Ölçüm Zamanına göre Karşılaştırılması.....	40

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda Ve İlaç Dairesi)
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
IARC	: International Agency For Research On Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
ICD-10	: International Classification of Diseases-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MG	: Motivasyonel Görüşme
nAChR	: Nikotinik Asetilkolin Reseptörü
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SBBÖÖ	: Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği
TTM	: Trans Teorik Model

ÖZET

**45-59 YAŞ GRUBU TÜTÜN KULLANAN BİREYLERDE YAPILAN
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELERİN TÜTÜN KULLANIM
DURUMLARINA ETKİSİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ
İBRAHİM YORULMAZ
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

(TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. SEBAHAT GÜCÜK)

**BOLU, KASIM - 2025
XII + 63**

Giriş: Tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önemli halk sağlığı tehditlerinden biri olarak gösterilmektedir, tüm dünyada önlenebilir morbidite ve mortalitenin başlıca nedenidir. Motivasyonel görüşme, insanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için kullanılabilecek bir danışmanlık türüdür.

Amaç: Bolu ilinde Mudurnu Aile Sağlığı merkezine başvuran 45-59 yaş grubu tütün kullanan bireylerin tütün kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi, sigarayı bırakma isteklerinin incelenmesi ve yapılan motivasyonel görüşme desteğinin sigara bırakma başarısına etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma, tek grupta tekrarlı ölçümlerin yapıldığı yarı deneysel bir tasarım olarak planlanmıştır. Çalışmanın örneklemini 01.07.25/15.10.25 tarihleri arasında Mudurnu 1 Nolu Aile Sağlığı merkezine başvuran ve günde en az 1 adet sigara kullanan, 45-59 yaş aralığında olan çalışmaya katılmaya gönüllü olan 101 katılımcı oluşturmuştur. Katılımcılara ilk görüşme, birinci hafta ve birinci ay görüşmesi olmak üzere 3 farklı oturumdan oluşan motivasyonel görüşme desteği verilmiştir. Katılımcılarının sigarayı bırakmaya hazır olma durumları sorgulanmış sigarayı bırakma isteği veya düşüncesi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Çalışmada veri kaynağı olarak sosyodemografik verileri içeren form, sigara kullanım özelliklerini değerlendiren sorular, FNBT ölçeği, sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği, sağlık algısı ölçeğinden oluşan anket kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %85,1 erkek, %14,9 kadınlardan oluşmaktaydı. Katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması 17,50'ydı. Yapılan motivasyonel görüşmeler sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların FNBT puan ortalamalarının düşmesine, SBBÖÖ ve SAÖ puan ortalamalarının ise artmasına katkı sağlamıştır.

Sonuç: Motivasyonel görüşmeler arttıkça günlük sigara kullanımı ortalaması anlamlı şekilde azalmaktadır. Motivasyonel görüşmeler sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcılarda daha etkilidir.

ANAHTAR KELİMELELER: Tütün Kullanımı, Sigara, Motivasyonel Görüşme

ABSTRACT

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWS ON TOBACCO USE STATUS OF TOBACCO USERS IN THE 45-59 AGE GROUP

MSC THESIS

İBRAHİM YORULMAZ

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

FACULTY OF MEDICINE

FAMILY MEDICINE

(SUPERVISOR: PROF. DR. SEBAHAT GUCUK)

BOLU, NOVEMBER 2025

XII + 63

Introduction: Tobacco use is considered a major public health threat by the World Health Organization and is the leading cause of preventable morbidity and mortality worldwide. Motivational interviewing is a type of counseling that can be used to help people quit smoking.

Objective: This study aims to evaluate the tobacco use characteristics of individuals aged 45-59 who applied to the Mudurnu Family Health Center in Bolu province, to examine their desire to quit smoking, and to assess the effect of motivational interviewing support on smoking cessation success.

Method: The study was designed as a quasi-experimental study with repeated measures in a single group. The sample consisted of 101 participants aged 45-59 who applied to the Mudurnu No. 1 Family Health Center between July 1, 2025 and October 15, 2025, smoked at least one cigarette per day, and volunteered to participate in the study. Participants received motivational interviewing support consisting of three different sessions: initial interview, first week interview, and first month interview. Participants were divided into two groups based on their readiness to quit smoking: those with a desire or intention to quit and those without. The study used a questionnaire consisting of a form containing sociodemographic data, questions evaluating smoking habits, the FNBT scale, a smoking cessation success prediction scale, and a health perception scale as data sources.

Results: 85.1% of participants were male and 14.9% were female. The average age of starting smoking was 17.50. Motivational interviews contributed to a decrease in the average FNBT score and an increase in the average scores of the Smoking Cessation Success Prediction Scale and the Health Perception Scale among participants who had a desire/intention to quit smoking.

Conclusion: As motivational interviews increased, the average daily cigarette use decreased significantly. Motivational interviews were more effective in participants who had a desire/intention to quit smoking.

KEYWORDS: Tobacco Use, Smoking, Motivational Interviewing

1. GİRİŞ

Tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önlenabilir halk sağlığı tehditlerinden biri olarak gösterilmektedir. Tütün kullanımı tüm dünyada önlenabilir morbidite ve mortalitenin başlıca nedenidir (1). Dünyada 1 yılda görülen ölümlerin 8 milyonu tütüne bağlı bir sebepten kaynaklanmaktadır, bunlardan 7 milyonu doğrudan tütün kullanımı ilişkili iken, pasif içiciliğe bağlı olarak her yıl 1,3 milyon doğrudan tütün kullanımı olmayan insan ölmektedir (2). Tütün kullanımının sadece sağlıkla ilgili değil; ekonomik, çevresel ve sosyal açıdan da ciddi olumsuz sonuçları vardır (3).

Sigara içmeyenlere kıyasla sigara içenlerin göreceli ölüm oranları 45-64 yaş arası erkeklerde üç kat, 65-84 yaş aralığındakiler için ise iki kat artmıştır (4). Sigarayı bırakabilmek bir insanın sağlığını iyileştirmek adına kendine yapabileceği en önemli eylemlerden biridir. Her ne kadar arzulanan erken yaşta sigarayı bırakmak olsa da geç yaşta bile bırakmanın faydası vardır. Bu, kişinin ailesini, arkadaşlarını ve çevresini duman maruziyetinden koruyacağı için de önemlidir (5). Tütün bağımlılığı fizyolojik bir bağımlılık (nikotin bağımlılığı) ve tütün kullanımının davranışsal (veya şartlandırılmış) alışkanlığı olarak tanımlanır. Bu nedenle, maksimum etkililik için tütün bağımlılığı tedavisi çok yönlü bir yaklaşımı içermektedir. Bağımlılık davranış değişikliği programları, danışmanlık veya Food and Drug Administration (FDA) onaylı ilaçlarla tedavi edilebilir (6).

Motivasyonel görüşme kavramı, alkol kötüye kullanımının tedavisindeki deneyimlerden gelişmiştir ve ilk kez 1983'te Miller tarafından tanımlanmıştır (7). Motivasyonel görüşme, insanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için kullanılabilecek bir danışmanlık türüdür. İnsanların sigarayı bırakma konusundaki kararsızlıklarını keşfetmelerine ve sigarayı bırakmanın yollarını bulmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Danışmanlar, insanlara kendi davranışlarını değiştirmeyi seçmeleri için yardımcı olmaya çalışırlar ve başarılı olabileceklerine dair güvenlerini arttırırlar. Motivasyonel görüşme davranışla, yaşam tarzıyla ilgili birçok psikolojik veya fiziksel hastalıkla müdahalede kullanılabilecek bir yöntemdir. Diğer terapi yaklaşımlarıyla birlikte kullanıldığında daha etkili olduğu da tespit edilmiştir. Motivasyonel görüşme çeşitleri kısa müdahalelerden uzun bir değerlendirmeye, takip görüşmelerine kadar değişmektedir (8).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hekimin hastayı daha yakından tanıyıp sosyal yaşantıları, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması nedeniyle sigara bırakma danışmanlığı açısından oldukça önemli bir yere sahiptir (9). Hekimlerin rutin tedavi hizmetleri sırasında hastaların sigara içme durumunu sorgulamaları ve hastaları içmemeleri konusunda uyarmanın bile sigara bırakmayı düşünmeye yönelttiğı ve %1-3 oranında da sigarayı bırakmayı sağladığı bilinmektedir (10). Hekimlerin öneride bulunmaları ve sigarayı bırakma konusunda destek olmalarının birçok sigara içen hastayı motive ettiği ve cesaretlendirerek bırakmayı denemesini sağladığı belirlenmiştir. Bu konuda birinci basamakta çalışan hekimlere büyük rol düşmektedir (11).

AMAÇ: Bolu ilinde Mudurnu Aile Sağlığı merkezine başvuran 45-59 yaş grubu tütün kullanan bireylerin tütün kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi, sigarayı bırakma isteklerinin incelenmesi ve yapılan motivasyonel görüşme desteğinin sigara bırakma başarısına etkisinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tütün Ve Tütünün Tarihçesi

Tütün, kökeni Amerika kıtasının Peru ve Ekvador çevresine dayanan endemik bir bitkidir, tarih öncesi dönemlerden itibaren bu bölgede varlık göstermektedir. Avrupa'ya ilk olarak kaşifler aracılığıyla taşınmış, kısa sürede toplumlar tarafından benimsenmiş ve Avrupa'nın sömürgeci yayılma süreciyle birlikte küresel ölçekte yeniden dağıtımı gerçekleştirilmiştir. Amerika kıtasına özgü olan *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica* türleri, özellikle And Dağları'nın Peru ve Ekvador çevresindeki bölgelerinde evrimleşmiş bitkilerdir. Arkeolojik ve botanik araştırmalar, bu bitkilerin insanlar tarafından Amerika kıtasına yaklaşık 18.000 yıl önce Bering kara köprüsü üzerinden yapılan göçlerle karşılaşılacak birçok yerli tür arasında yer aldığını ortaya koymaktadır. Bu dönemde mısır, patates, domates, kakao gibi tarımsal değeri yüksek diğer bitki türleriyle birlikte tütünle de tanışılmıştır. Tütünün tarımının MÖ 5000 ila 3000 yılları arasında başladığına dair bulgular mevcuttur. 1492 yılında Kristof Kolomb'un Amerika'ya ulaşmasından önce tütünün hem kıtanın çeşitli bölgelerinde hem de Karayip adalarında, özellikle Küba'da, yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir (12).

Tütünün Amerika'dan dünyanın geri kalanına yayılmasının başlangıcı, değişmez bir şekilde, Kolomb'un Arawaks Hanedanı'nda kurutulmuş tütün yaprakları teklif edildiği ve bitkiyi kendisiyle birlikte Avrupa'ya götürdüğü 11 Ekim 1492'ye dayanıyor gibi görünüyor (IARC, 1986a). Muhtemelen, sigara içme tekniği de aynı zamanda benimsendi. Bitkiye, onu Fransız sarayına tanıttığı söylenen Portekiz'deki Fransız büyükelçisinin ardından 'nicotiana' adı verildi. Fransa ve İspanya'da yetiştirilen tütün, Brezilya ve Meksika kökenli tohumlardan gelen *Nicotiana tabacum*'du. Portekiz ve İngiltere'de ilk yetiştirilen tür, tohumları sırasıyla Florida ve Virginia'dan gelen *Nicotiana rustica*'dır (13).

Tütünün modern tarihi, on dokuzuncu yüzyılın ortalarında sigara makinesinin tasarımıyla başlar; 1880'de James Bonsack tarafından bir makine patenti alınmıştır (13). Sanayileşme ile birlikte üretim maliyetleri azalmış; güvenli kibritin geliştirilmesiyle sigara tüketimi hızla artmış ve tütünün sigara biçimindeki kullanımı diğer tüketim şekillerine göre baskın hale gelmiştir. Bu süreçte devletler, tütün tüketiminden sağlanan yüksek gelir nedeniyle tütün tarımı, ticareti ve tüketimini teşvik etmiş; ayrıca tütün ürünlerinden vergi almak amacıyla tekel sistemleri oluşturmuştur. Bu arada, tüketimin artmasıyla birlikte hastalıklarda ve ölümlerde meydana gelen artışlar, bilim ve tıp dünyasını tütünün zararlarını daha çok araştırma

yapmaya, yöneticileri de tütün tüketiminin kısıtlanması ve yasaklaması konusunda tedbirler almaya sevk etmiştir (14). 1914 yılında Birinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla beraber tütün yasaklama hareketleri yavaşlamış, cephede askerlerin kumanyalarına tütün eklenmiş ve tütünün temini ile cepheye ulaştırılmasına öncelik verilmiştir. Savaş yıllarının sonunda tütün ve sigara kullanımı artış göstermiştir. İkinci Dünya Savaşı sırasında ise tütün ve sigara cephede önemli maddeler haline gelmiş, özellikle sigara kullanımı yaygınlaşmış ve dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık %60-80'i sigara kullanmıştır (14).

Osmanlı'nın ise tütünle ne zaman ve nasıl tanıştığı konusunda birden fazla farklı görüş mevcuttur. Bu görüşlerin ortak noktasına baktığımız zaman 16. yüzyıl sonu ve 17.yüzyılın başlarında Anadolu'nun tütünle tanıştığını söylemek yanlış olmayacaktır (15). Tütünün ilk defa ingiliz, italyan, ıspanyol gemici ve tacirleri aracılığıyla istanbul'a getirildiği söylenmektedir. Osmanlı'da ilk tütün tarımı Makedonya, Yenice, Kırcali ve Anadolu'da Ayasuluk tepelerinde başlamıştır. Tütün kullanımının artışıyla beraber lehte ve aleyhte tartışmalar yaşanmış, 1634'te IV. Murat kahvehaneleri kapattırıp tütünü yasaklamıştır. Ancak, esas nedenin kahvehanelerin yönetim eleştirilerine zemin oluşturması olduğu belirtilmektedir. IV. Murat'ın ölümünden sonraysa tütün, Şeyhülislam Bahaî Efendi'nin fetvasıyla 1646'da IV. Mehmet döneminde tekrar serbest bırakılmıştır (14). 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmuş, tütün satış fiyatları kayıt altına alınarak bandrol usulü uygulanmaya başlanmıştır (14).

Tütün kullanımıyla hastalıkların ve ölümlerin artması sebebiyle tütünün zararlarının araştırılmaya başlanması kaçınılmaz olmuştur (14). Dr. John Hill 1761'de enfiye tütünün burun kanserine, Dr. Sömmerring ise 1795'te pipo kullanımının dudak kanserine yol açabileceğini belirtmiştir (16). Sigara ile akciğer kanseri arasındaki nedensel ilişki ilk kez 1939'da Dr. Ochsner ve Dr. DeBakey tarafından raporlanmıştır (17).

2.2 Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi

DSÖ'nün yayınladığı son "Küresel Tütün Eğilimleri Raporu" incelendiğinde dünyada tütün kullanan toplam kişi sayısının 2000 ve 2022 yılları arasında gittikçe azaldığı görülmektedir. On beş yaş ve üzeri tütün kullanıcıları 2000 yılında 1,362 milyarken; bu sayı her yıl azalarak 2022 yılında 1,245 milyara düşmüştür. Rapora göre bu sayının 2030 yılında 1,197 milyara düşeceği öngörülmektedir. Prevalanslara baktığımızda ise 2000 yılında dünya nüfusunun %32,7'si tütün kullanırken, 2022 yılında bu oran %20,9'a düşmüştür. 2022 verilerine göre, erkeklerin %34,4'ü ve kadınların %7,4'ü tütün ürünü tüketmiştir. Gençler (15-

24 yaş) arasında ise tütün kullanımı toplamda %13,3'tür; bu oran erkeklerde %21,8'e, kadınlarda ise %4,3'e ulaşmaktadır. Tütün kullanımında tüm yaş gruplarında erkeklerin oranı kadınlardan fazladır. Erkekler içinde en fazla tütün kullananlar 45-54 yaş aralığında bulunurken, kadınlar açısından en yoğun kullanım 55-64 yaş grubunda gözlenmektedir (18).

Dünya çapında 1,3 milyar tütün kullanıcısının yaklaşık %80'i, tütün kaynaklı hastalık ve ölüm yükünün en ağır olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Tütün kullanımı, hane halkı harcamalarını gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlardan tütüne kaydırarak yoksulluğa katkıda bulunmaktadır. Tütün son derece bağımlılık yapıcı olduğundan, bu harcama davranışının önüne geçmek zordur (19).

Tütün kullanımının hastalık yükü ve ölüm oranı açısından önde gelen küresel risk faktörlerinden olması onu en önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline getirmektedir. Atfedilebilir ölümler arasında tütün kullanımı 2019 yılında yüksek sistolik kan basıncından sonra tüm dünyada 8,71 milyon insanın ölümüne sebep olması ile en sık ikinci ölüm sebebi olmuştur (20).

2016 yılında Türkiye'de 15 yaş ve üzerindeki bireylerle gerçekleştirilen "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması"na göre, araştırma grubundaki bireylerin %31,5'i sigara içmektedir. Bu oran erkeklerde %43,4, kadınlarda ise %19,7 olarak ölçülmüştür. Katılımcıların %29,2'si her gün sigara kullanmaktadır. Her iki cinsiyette en fazla sigara tüketimi 30-44 yaş grubunda görülmektedir. Sigara içmeye başlama yaşı ortalama olarak 18,1'dir; erkeklerde bu yaş 17,2 iken, kadınlarda 20,2'dir (21).

"Türkiye Sağlık Araştırması" verilerine göre, 2022 yılında Türkiye'de tütün ve tütün ürünü kullananların oranı %32,1'dir; bunun %28,3'ü her gün, %3,8'i ise ara sıra kullanım şeklindedir (22).

Eurostat'ın 2019 verilerine göre, Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun %27,3'ü her gün sigara içiyor; bu oran Avrupa ortalaması olan %18,4'ün oldukça üstünde olup, Türkiye Bulgaristan'dan sonra ikinci sıradadır (23).

2.3 Tütün Ürünleri Ve İçeriği

Tütün ürünleri, dumanlı ve dumansız olmak üzere iki ana kategoride sınıflandırılmaktadır. Dumanlı tütün ürünleri temel olarak sigara, sarmalık tütün, pipo, puro, sigarillo, kreteks, bidi, nargile ve elektronik sigara gibi çeşitleri kapsamaktadır (24).

Tütün endüstrisi tarafından zararlarının daha az olduğu öne sürülen ve bazı araştırmacılar tarafından sigara bırakma sürecinde yardımcı olarak değerlendirilen dumansız tütün ürünleri; oral yolla kullanılan nemli enfiye, çiğneme tütünü ve nazal yolla kullanılan kuru enfiye gibi çeşitleri içermektedir. Türkiye'de ise en yaygın kullanılan dumansız tütün ürünü Maraş otudur (25).

2.3.1 Tütün İçeriği

Tütün, patlıcangiller (Solanaceae) familyasının Nicotiana cinsine ait bir bitki olarak sınıflandırılmaktadır. Söz konusu familya, aynı zamanda patates, biber ve bazı toksik türleri de içermektedir. Nicotiana cinsi, altmıştan fazla tür barındırmakta olup; bu türlerin yaklaşık %60'ı Güney Amerika, %25'i Avustralya ve Güney Pasifik, %15'i ise Kuzey Amerika kökenlidir (26).

Nicotina tabacum dünyada en çok yetiştirilen tütün türü olmakla beraber benzer şekilde ülkemizde de %95 ile en çok yetiştirilen türdür. Bu kadar fazla bölge ve coğrafi şartta yetişmesi tütün bitkisinin toleransının yüksek olduğunun göstergesidir. Bu özelliğine rağmen iklim şartları, toprak özellikleri, genetik yapısı ve yaprak kurutma yöntemlerine göre kalitesi değişen bir bitkidir (15).

Tütün bitkisinin yapraklarında ana alkaloid olarak nikotin bulunur. Nikotin, tütün kullanımında bağımlılık oluşturma özelliğine sahip olup merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etki gösterir. Ayrıca tütün yapraklarında nornikotin, anabazin ve anatabin gibi diğer alkaloidler de düşük miktarda bulunabilir. Tütünün işlenme süreçleri ve kurutma yöntemleri, yapraktaki kimyasal bileşenlerin dağılımı ve miktarını değiştirerek son ürünün özelliklerini belirler (27). Tütün ürünlerinde bulunan başlıca alkaloid nikotin ($C_{10}H_{14}N_2$) olup, bu madde saf formunda renksiz ve kokusuz, aynı zamanda uçucu bir özelliğe sahiptir. Snus, pipo ve sigara gibi ürünlerde benzer oranlarda nikotin yer alırken, puro ve çiğneme tütünü gibi seçeneklerdeki nikotin derişimi yaklaşık olarak bu ürünlerin yarısı kadardır. Ortalama bir sigaranın içeriğinde

10 ile 14 mg arasında nikotin bulunmakta; tüketim sırasında ise organizmaya emilen miktar genellikle 1 ila 1,4 mg arasında değişmektedir (28).

Sigara içimi sonrası akciğer alveollerinden hızla emilen nikotin, kanda da birkaç dakika içerisinde hızla en yüksek konsantrasyonuna ulaşır ve bu durum sigaranın en pekiştirici ve en çok bağımlılık yapıcı tütün ürünü haline gelmesini sağlar. Dumansız tütün ürünleri kullanımında ise nikotinin kandaki konsantrasyonu daha yavaş yükselir, pik yaptıktan sonra plato çizerek uzun süre boyunca devam eder (29).

Tütün ve tütün dumanı 9500'den fazla zararlı madde içermektedir. "Food and Drug Administration" (FDA-Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi) 2012 yılında yanmamış tütündeki ve tütün dumanındaki bileşenlerden zararlı ve potansiyel olarak zararlı olanları listelemiş; 79 bileşeni kanserojen olarak kabul etmiştir. "International Agency For Research On Cancer" (IARC-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı) ise 2012 yılından bu yana, yanmamış tütün ve tütün dumanındaki kanserojen olarak sınıflandırılan bileşiklerin sayısının giderek arttığı 35 monografi yayınladı. 2012'den beri rapor edilenlerle birlikte 37'si yanmamış tütünde ve 80'i tütün dumanında olmak üzere toplam 83 kanserojen tespit edilmiştir. Bunlardan 18 tanesi yanmış tütün dumanında ve 10 tanesi yanmamış tütünde olan insanlar için kanserojen olduğunu bildiğimiz Grup1, 15 tanesi yanmış tütün dumanında ve 6 tanesi yanmamış tütünde bulunan insanlarda kansere yol açma ihtimali oldukça muhtemel Grup 2A, 47 tanesi yanmış tütün dumanında ve 21 tanesi yanmamış tütünde bulunan hayvanlarda kanserojen olup insanlarda da kansere yol açabileceği düşünülen Grup 2B bileşendir. IARC'nin 2022 yılı itibari ile kanserojen olarak sınıflandırdığı bileşenler tabloda verilmiştir (30).

Sigara ve dumanında bulunan maddeler sadece kanserojen değildir ve sistemler üzerine toksik etkiye sahip olabilmektedir. Akrolein, asetaldehit, formaldehit ve 1,3-butadien solunum sistemi üzerine, karbon monoksit, nikotin, oksidanlar, hidrojen siyanür, arsenik ve akrolein kardiyak sistem üzerine toksik etkiye sahiptir (31). Manganez ve aseton nörotoksositeyle ilişkilendirilmiştir. Benzen lenfosit sayılarında azalmaya sebep verir (32). NNK, NNN, benzen, benzo[a]piren(B[a]P), 1,3-butadien, formaldehit, akrolein, asetaldehit ve aynı zamanda karbon monoksit "DSÖ Tütün Ürünleri Düzenlemesi Çalışma Grubu" tarafından azaltılmasının zorunlu kılınması önerilen toksik maddelerdir (30).

2.4 Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara kullanmanın sağlık üzerine olumsuz etkileri oldukça kapsamlıdır. Ağır sigara içicisi olma, sigara içme süresi ve erken başlama yaşı ile sigaraya bağlı hastalık ve ölüm riskinin yüksek olması arasında güçlü bir doz-yanıt ilişkisi vardır (33).

Sigara kullanımı, vücuttaki neredeyse tüm organlara zarar vermesi ve morbidite ile mortalitenin başta gelen fakat önlenabilir nedenlerinden biri olması açısından büyük önem taşımaktadır. Sigara ilişkili ölümlerin çoğunlukla akciğer kanseri olmak üzere çeşitli malignitelere, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) başta olmak üzere solunum sistemi hastalıklarına ve koroner arter hastalığı (KAH) ile diğer kardiyovasküler (KVH) hastalıklara bağlı olarak gerçekleştiği bilinmektedir (34). Sigara çok sayıda vücut sistemini etkiler; ayrıca, “ikinci el sigara dumanına maruziyetin” sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir. “Üçüncü el sigara dumanı maruziyeti” ve bunun sağlık üzerindeki etkileriyle ilgili araştırmalar ise halen sürmektedir (35).

2.4.1 Yaşam Beklentisi

Sigara içmeseydi daha sonra başka bir sebeple ölecek olan bir kişinin sigaraya bağlı bir sebeple ölmesi “sigaraya bağlı erken ölüm” olarak tanımlanabilir.(34) İngiltere’de gerçekleştirilen ve erkek doktorların 50 yıl süreyle izlendiği uzunlamasına bir çalışmada, sigara kullanan bireylerin, hiç sigara kullanmayanlara kıyasla ortalama 10 yıl daha erken mortaliteye maruz kaldıkları belirlenmiştir. Ayrıca, sigarayı bırakma yaşı göz önünde bulundurulduğunda; sırasıyla 30, 40, 50 ve 60 yaşlarında sigarayı bırakan bireylerde yaşam beklentisinde artışın, yine sırasıyla 10, 9, 6 ve 3 yıl olduğu saptanmıştır (36).

2.4.2 Sigara ve Kanser

2020 yılında dünya genelinde 19,3 milyon kişiye kanser tanısı konmuş ve yaklaşık 10 milyon kişi kansere bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiştir (37).

Kişilerin yaşam tarzı ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri ile yakından alakalı olan kanser gelişiminde tütün kullanımı, kansere bağlı tüm ölümlerin üçte birinden sorumlu olmasıyla önlenabilir en önemli risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (38,39).

Sigara kullanımı, özellikle akciğer kanseri olmak üzere ağız, burun, boğaz, özofagus, mide, karaciğer, pankreas, mesane ve böbrek gibi birçok organ kanserinin gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Akciğer kanserlerinin yaklaşık %85’inin sigara ile bağlantılı olduğu

bildirilmektedir. Kanser riskinin, sigara kullanım miktarı ile doğru orantılı olarak arttığı; öte yandan, bırakılması durumunda bu riskin zamanla azaldığı bilinmektedir. Tanı sonrası sigara kullanımının ise tedaviye bağlı toksisiteyi, ikincil kanser gelişme olasılığını artırdığı ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur (40).

2.4.3 Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Sigaranın solunum sistemi üzerindeki olumsuz etkileri; çeşitli hastalıkların gelişimine yol açması, mevcut kronik akciğer hastalıklarını tetiklemesi ve solunum yolu enfeksiyonları riskini artırması şeklinde özetlenebilir (41). Sigara kullanımı, amfizem ve akciğer hava yollarındaki hasarlarla birlikte KOAH için temel bir risk faktörüdür. Pasif içicilik ve hava kirliliği de diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır. 2017 yılında dünya genelinde KOAH prevalansının %4 olduğu ve tüm ölümlerin %5,7'sinin KOAH ile ilişkili olduğu tahmin edilmiştir (42). Sigara tüketiminin astım hastalarında prognozu olumsuz etkilediği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Bulgular, sigaranın astım ataklarının sıklığını ve semptomların şiddetini artırdığını, akciğer fonksiyonlarında gerilemeye neden olduğunu ve kortikosteroid tedavilerine yanıtı azaltabildiğini göstermektedir. Ayrıca sigara içen astımlı bireylerde yaşam kalitesinin düşmesi ve fiziksel aktivitenin kısıtlanması gözlenmiştir; bu gruptaki hastaların acil tıbbi müdahaleye daha sık ihtiyaç duydukları da rapor edilmiştir (41). Sigara hem kendisini tüketenlerde hem de dumanına maruz kalanlarda tüberküloz gelişme riskini 2 katına çıkarır. İki bin yirmi yılında 730.000 sigara içimine bağlı gelişen tüberküloz vakası olduğu düşünülmektedir (43). Sigaranın, tüberküloz tedavisinin başarısını azalttığı, nüksü ve ölüm oranlarını artırdığı, hatta tüberküloz tedavisi bittikten sonra hala akciğer sorunları yaşama olasılığını yükselttiği bilinmektedir (41,43).

2.4.4 Sigara ve Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Her yıl yaklaşık 17,9 milyon ölüme yol açan kardiyovasküler hastalıklarda, sigara kullanımı en önemli önlenabilir risk faktörüdür (44). Tütün, dünya genelinde KVH kaynaklı ölümlerin %30'una neden olmaktadır (45). Sigara kullanımı, koroner, serebral, karotis, aort ve periferik arterlerde ateroskleroz gelişimini hızlandırmaktadır. Ayrıca vazospastik angina pectoris, ventriküler hipertrofi ve kalp yetmezliği ile ilişkilendirilmektedir. Hipertansif kalp hastalığı prognozunu olumsuz yönde etkiler ve kardiyak aritmilere yol açabilir. Akut etkileri arasında ise miyokard enfarktüsü, inme ve ani kardiyak ölüm yer almaktadır (45).

2.4.5 Sigara ve Üreme Sağlığı

Sigara kullanımının sağlığa zararları arasında hem erkek hem de kadın doğurganlığını azaltması da vardır. Sigara erkeklerde üreme sistemi hormonlarını ve spermatogenezi bozar. Semen kalitesinin ve sperm hareketliliğinin düşmesine sebep olur. Aynı zamanda erektil disfonksiyona da sebep olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (46). Sigaranın kadınlarda doğurganlığı azaltmasının yanında yardımcı üreme tekniklerinin başarısını azalttığı ve erken yumurtalık yetmezliğiyle ilişkisi olduğu bilinmektedir (47). Sigara kullanımı; ektopik gebelik, spontan düşük, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü ve plasenta previa riskini artırır. Ayrıca, gebeliğin erken döneminde sigara içen annelerin bebeklerinde orofasiyal yarık gelişme olasılığı artar (41).

2.4.6 Sigara ve Diğer Etkileri

Sigara kullanımı, katarakt ve makula dejenerasyonu riskini artırmaktadır. Sigara içenlerde kemik mineral yoğunluğunun azaldığı ve osteoporozun daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca, sigara içen kişilerde ağrı ve sakatlık seviyeleri, sigara içmeyenlere göre daha yüksektir. Sigara, Alzheimer ve vasküler demans için de önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Erken kırışıklıkların ortaya çıkması ve atopik dermatit riskinin yükselmesi de sigara ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra, mide ve duodenum ülseri gelişme riski sigara içimiyle artarken, Crohn hastalığının ilerleyişi de olumsuz etkilenmektedir (34,48).

2.5 Nikotin Bağımlılığı

Bağımlılık, bireyde psikoaktif maddeyi tekrarlayan şekilde arama ve kullanma isteğiyle karakterize edilen, maddenin kullanımında kontrol kaybı ile bırakıldığında disfori, anksiyete veya irritabilite gibi yoksunluk semptomlarının görüldüğü, kronik seyirli ve nüks etme eğiliminde olan bir psikiyatrik bozukluktur. Psikoaktif maddeler, merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olarak kişinin algısal süreçlerini, bilinç düzeyini, duygudurumunu ve emosyonel yanıtlarını değiştirmektedir (49).

Günümüzde yaygın olarak tüketilen psikoaktif maddelerden biri olan nikotin, tütün bağımlılığında temel bağımlılık yapıcı ajan olarak rol oynamaktadır. Nikotin, sinir sisteminde geniş ölçüde dağılım gösteren asetilkolin nörotransmitterinin nikotinik reseptörlerine bağlanmak suretiyle etkisini gösterir. Mezolimbik dopaminerjik yolda aktivasyona neden olarak, bu bölgede dopamin salınımını artırır. Bağımlılığa neden olan maddelerin ortak özelliği,

bu yolla dopamin seviyesini yükseltmeleri ve bunun sonucunda organizmada ödülle ilişkili pozitif duygulanımlar oluşmasına yol açmalarıdır (50).

Bir sigaradan bir veya iki nefes alındıktan sonra, üç saat boyunca nAChR'lerin yaklaşık %50'si dolu kalmaktadır. Ancak, bir tam sigara içildiğinde bu oran %88'in üzerine çıkar. Ortalama bir sigara içicisi günün sonunda nAChR'lerini neredeyse tamamen doyurmuş olur. Gün içinde bağımlı sigara kullanıcılarında gözlenen yüksek afiniteli duyarsızlaşma durumunun, bu reseptörlerin yukarı regülasyonundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (51). Kronik nikotin maruziyetinin ardından nAChR'lerde görülen bu duyarsızlaşma ve takiben gelişen yukarı regülasyonunun yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olduğu öne sürülmektedir (52).

Bir kişi sigarayı bıraktığında, yoksunluk belirtileri genellikle son sigaradan sonraki ilk birkaç günde en yoğun seviyeye ulaşır ve çoğunlukla birkaç hafta içinde azalır. Ancak bazı bireylerde bu semptomlar aylar boyunca sürebilir. Yoksunluk belirtilerinin ne kadar şiddetli olacağı ise kişinin genetik özelliklerine bağlı gibi görünmektedir (52,53).

2.6 Tütün Bağımlılığının Tanısı Ve Değerlendirilmesi

“Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10 (ICD-10)” tütün bağımlılığını, tekrarlanan tütün kullanımı sonrası ortaya çıkan ve genellikle güçlü bir kullanım isteği, tütün kullanımını kontrol etmekte güçlük çekme, olumsuz sonuçlara rağmen tütün kullanmaya devam etme, tütüne diğer etkinliklerden ve sorumluluklardan daha fazla önem verme, artan tolerans ile bazen fiziksel yoksunluk belirtilerinin eşlik ettiği davranışsal, bilişsel ve fizyolojik durumlar bütünü olarak tanımlar (50).

Nikotin ve tütün bağımlılığının tanı ve değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan test Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir (FNBT). Ayrıca, Fagerström Tolerans Anketi (FTA), Sigara Ağırlık İndeksi (Heaviness of Smoking-HSI) ve DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 - Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5) tanı kriterleri gibi çeşitli diğer ölçüm araçları da kullanılmaktadır (54).

2.6.1 DSM-5 Tütün Kullanım Bozukluğu

Tütün kullanım bozukluğu; “Amerikan Psikiyatri Birliği” tarafından hazırlanmış DSM-5’te şu şekilde tanımlanmaktadır (55).

“Aşağıdakilerden en az ikisinin 12 aylık bir süre içinde meydana gelmesiyle kendini gösteren klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya veya işlevsellikte düşüşe sebep olan, sorunlu bir tütün kullanım modeli:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha çok miktarda ya da daha uzun bir süre boyunca tütün kullanılır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak veya kullanımı kontrol altında tutmak için devamlı bir istek veya sonuca varmayan çabalar vardır.
3. 4. Tütün elde etmek ve kullanmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
Aşırma veya tütün kullanmak için güçlü bir arzu duyma ve dürtü hissetmek.
5. İş, okul veya evdeki konumunun gereği doğan başlıca yükümlülüklerinin yerine getirilememesiyle sonuçlanan, tekrarlayıcı tütün kullanımı (örn. işini engelleme).
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu veya alevlendirdiği, devamlı veya tekrarlayan toplumsal veya kişilerarası sorunlar yaşamasına rağmen tütün kullanımını sürdürme (örn. başkalarıyla tütün kullanımıyla ilgili tartışmalara girmek).
7. Tütün kullanımından ötürü birtakım önemli sosyal, işle ilgili etkinlikler ya da eğlence faaliyetlerinden vazgeçilmesi veya faaliyetlerin azaltılması.
8. Fiziksel olarak tehlikeli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanmak (örn. yatakta sigara içmek).
9. Tütünün neden olduğu veya şiddetlendirdiği düşünülen, sürekli veya tekrarlayan fiziksel veya ruhsal bir sorunu olduğu bilinmesine rağmen tütün kullanımına devam edilmesi.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı şekilde tolerans gelişmiş olması:
 - a. İstenen etkinin sağlanabilmesi için belirgin olarak artan miktarlarda tütün kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı miktarda tütün kullanımının sürdürülmesine rağmen belirgin olarak daha az etki alınması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluğun gelişmiş olması:
 - a. b. Tütüne özgü olan yoksunluk sendromu
Yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya semptomlardan kaçınmak için tütün (veya nikotin gibi yakından ilişkili bir madde) alınması.”

2.6.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Altı sorudan oluşan test nikotin bağımlılığının derecesini belirlemek için kliniklerde en sık kullanılan testtir (Tablo 3). Testten elde edilen toplam puana göre nikotin bağımlılığı “çok az” (0-2 puan), “az” (3-4 puan), “orta” (5 puan), “yüksek” (6-7 puan), “çok yüksek” (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir.

Çeşitli araştırmacılar özellikle hasta değerlendirmesi için kısıtlı bir zamanı olan hekimlere FNBT’nin birinci ve dördüncü sorularından oluşan “Sigara Ağırlık İndeksi” kullanımını pratik bir alternatif olarak önermektedir (56).

2.6.3 DSM-5 Tütün Yoksunluğu

Kronik bir tütün kullanıcısı, kullanımı bırakırsa bir yoksunluk tablosu oluşur. “Nikotin Yoksunluk Sendromu” adı verilen bu tabloda somatik, kognitif ve afektif belirtiler gözlenir. Somatik belirtiler arasında bradikardi, gastrointestinal rahatsızlık ve iştah artışı yer alırken, afektif belirtiler arasında anhedoni, disfori, anksiyete, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, özlemi içeren depresif ruh hali yer almaktadır (57).

Tütün yoksunluğu DSM-5 kriterlerine göre şu şekilde tanımlanmaktadır (55):

“A. En az birkaç hafta süresince her gün tütün kullanmak.

B. Tütün kullanımının aniden bırakılması veya kullanılan tütün miktarının azaltılmasını takiben 24 saat içerisinde aşağıda belirtilen semptomlardan veya belirtilerden dördünün (veya daha fazlasının) görülmesi:

1. Anksiyete
2. Konsantrasyon güçlüğü
3. İştahta artma
4. Kolay kızma, engellenme, bastırılmışlık duygusu veya öfke
5. Huzursuzluk
6. Depresif ruh hali
7. Uykusuzluk

C. B kriterinde yer alan belirti veya semptomların klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında düşmeye neden olması.

D. Belirtilerin veya semptomların başka bir tıbbi duruma atfedilememesi ve intoksikasyon veya başka bir madde yoksunluğu dahil olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması.”

2.7 Sigara Bırakma Tedavileri

Tütün kullanımının bırakılmasında teşvik etmek esastır. Ancak nikotin bağımlılığı bu süreci zorlaştırır ve bırakma girişimlerinin çoğu başarısız olur. Tıbbi destek olmaksızın bırakma girişimlerinin %97'si başarısızlıkla sonuçlanır (58).

Azim ve irade unsurları, sigarayı bırakma süreci ve tekniklerinde bilinçlendirilmiş bireylerin başarı oranını artırmaktadır. Bilimsel olarak kanıtlanmış en etkili sigara bırakma yöntemleri davranışsal danışmanlık ve farmakolojik tedavilerdir. Genellikle bu iki yaklaşımın birlikte uygulanması, en yüksek başarıya ulaşılmasını sağlamaktadır. Hipnoz ve akupunktur gibi alternatif yöntemlerin etkinliğine ilişkin ise yeterli bilimsel veri bulunmamaktadır (59).

Tütün bağımlılarına yönelik uygulanan tedavi uygulama sınıfları;

a) Psikososyal tedaviler:

- 1) Uygulamalı danışmanlık hizmetleri (problem çözme, beceri geliştirme eğitimleri),
- 2) Sosyal destek,
- 3) Motivasyonel görüşme,
- 4) Bilişsel-davranışçı terapi,
- 5) Diğer davranışsal tedaviler,

b) Farmakolojik tedaviler:

- 1) Nikotin replasman tedavileri; nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin inhaler, nikotin nazal sprey, nikotin pastili,
- 2) Vareniklin,
- 3) Bupropion hidroklorür şeklinde ifade edilmektedir (11).

2.7.1 Hazır Olma Durumunun Değerlendirilmesi

Sigara bırakmaya yönelik uygun yaklaşımları bulmak için teorilere dayalı pek çok program geliştirilmiştir. Bunlardan biri de hazır olma durumunun değerlendirilmesinde kullanılan Trans Teorik Modeldir (TTM). Bu model 1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından geliştirilmiş ve davranış değişikliği için beş aşama tanımlanmıştır. Sigarayı bıraktırma sürecinde bireyin hangi aşamada olduğunu bilmek bırakma başarısı açısından önem kazanmaktadır. TTM'e göre sigara bırakma süreci beş ayrı aşamada tanımlanmıştır. Bu aşamalar değişim çarkı etrafında şekillenmektedir. Bir kişi sigarayı bırakma aşamasında bu evrelerden defalarca geçebileceği için bu aşamalar çark etrafında tanımlanmıştır. Yapılan ilk araştırmalarında Prochaska ve DiClemente, bağımlıların sigarayı tamamen bırakana kadar çarktan 3 ile 7 defa (ortalama 4 defa) geçtiklerini bulmuşlardır (60,61).

Bırakmayı düşünmeyen (Farkındalık öncesi evre): Bu bireylerin sigarayı bırakma ile ilgili hiçbir farkındalığı yoktur. Gelecek 6 ay içinde sigara ile ilgili bir bırakma planı da mevcut değildir. Alışkanlığının sonuçları ile ilgili yeterli bilgisi olmayabilir. Bu evrede bireylerin farkındalığını geliştirmek için klinik görüşme gerçekleştirilerek sigaranın riskleri ve bırakmanın kazançları bireylere aktarılabilir.

Bırakmayı düşünen (Farkındalık evresi): Hasta sigara içmenin sorun olduğunun farkına varmıştır. Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı istemektedir. Bu evrede hastalar tedavi olmak için başvururlar ve kararlarını destekleyici motivasyonel görüşmeler yapmak bu bireyler için fayda sağlayabilir.

Bırakmaya hazır: Bir ay içerisinde sigarayı bırakma planı vardır, risklerin farkındadır ve daha önce adımlar atmıştır. Eğer kişi eylem aşamasına girmeyi başarsa, değişim süreci ileriye doğru hareket edecektir. Aksi takdirde kişi tekrar ilk aşamaya dönecektir. Bu bireylerin bırakma günü belirleme konusunda eyleme geçmesi yönünde desteğe ihtiyacı olabilmektedir.

Bırakmak için harekete geçen (Eylem evresi): İlk adım atılmıştır ancak 6 aylık süre dolmamıştır. Bu evre nükslerin sık yaşandığı bir dönemdir. Kişi bu dönemde yakından takip edilmeli ve motivasyonu yüksek tutulmalıdır.

Bırakmayı sürdüren: Bireyin sigara içmediği süre altı ayı geçmiştir. Bu evrede de yine nüksler görülebileceği için amaç relapsları önlemek olmalıdır (62).

2.7.2 Sigarayı Bırakmaya Yönelik Müdahaleler

Tütün bağımlılığı, hem nikotine karşı gelişen fizyolojik bir bağımlılık hem de tütün kullanımıyla ilgili davranışsal ya da şartlanmış bir alışkanlık olarak tanımlanır. Bu nedenle,

etkili bir tedavi için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Bağımlılık, davranış değişikliği programları, danışmanlık ya da FDA onaylı ilaçlarla tedavi edilebilir.

Tütün kullanımının bırakılmasında teşvik etmek esastır. Ancak nikotin bağımlılığı bu süreci zorlaştırır ve bırakma girişimlerinin çoğu başarısız olur. Tıbbi destek olmaksızın bırakma girişimlerinin %97'si başarısızlıkla sonuçlanır (63).

2.7.3 Farmakolojik Tedaviler

Güçlü bir bağımlılık olan tütün bağımlılığı tedavisinde davranışsal müdahalelere ek olarak farmakolojik ajanların desteğini almak gereklidir. Tütün kullanımının bırakılması için mevcut farmakoterapiler: nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklidir (64).

Nikotin replasman tedavisi (NRT), nikotin bağımlılığı ve yoksunluğunun yönetiminde en yaygın başvuru farmakoterapötik yaklaşımdır ve vücuda kontrollü miktarlarda nikotin sunarak fizyolojik ve psikomotor yoksunluk semptomlarının hafifletilmesini amaçlamaktadır (65). Piyasada bulunan nikotin replasman ürünleri altı farklı gruba ayrılmaktadır. Bu gruplar arasında; nikotin deri yoluyla vücuda alınmasını sağlayan çeşitli transdermal yama sistemleri, nikotin burun spreyi, ağız mukozası üzerinden etki gösteren sakız, pastil, dil altı tabletler ve buhar inhaleri yer almaktadır. Söz konusu ürünler, farklı farmakokinetik özelliklere sahip olup, nikotin bağımlılığının tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir (65).

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT), çeşitli formlarda mevcut olup, sigara bırakma sürecinde kandaki nikotin seviyesinin kontrollü ve kademeli şekilde azaltılmasına imkân tanımaktadır. NRT'nin optimal uygulama şekli, uzun etkili nikotin bandı ile birlikte kısa etkili preparatların (örneğin sakız, inhaler veya burun spreyi) kombinasyon halinde kullanılması ve tedavi süresinin en az 12 hafta veya daha uzun bir zaman dilimine yayılmasıdır (66). Nikotin bandı, 24 saat boyunca sürekli olarak yoksunluk semptomlarının hafifletilmesini sağlarken; kısa etkili nikotin ürünleri ise ani gelişen nikotin isteği ve diğer yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınmasında gerektiğinde kullanılmaktadır (65).

Bir diğer tütün bağımlılığı ilacı olan bupropion, aminoketon grubuna dahil atipik bir antidepresandır. Bupropion ilk olarak 1989 yılında geliştirilmiş ve sigarayı bırakmaya yardımcı etkisi 1997 yılında keşfedilmiştir (67). Etkisini daha çok dopaminin ve daha az norepinefrinin geri alımını engelleyerek beyindeki düzeylerini artırması sonucu, nikotin bu nörotransmitterler üzerindeki etkilerini simüle ederek yapar. Biraz da nikotin reseptörlerini bloke ederek etki eder. Bu ilaç, dopaminerjik ve noradrenerjik mekanizmalar aracılığıyla etki

göstererek nikotin yoksunluğuna bağlı semptomların şiddetini azaltmaktadır. Tedaviye, belirlenen bırakma tarihinden yaklaşık bir hafta önce başlanması klinik olarak önerilmektedir. Hastanın tedavi süresince sigarayı tamamen bırakması ve aynı dozda farmakoterapiye devam etmesi beklenir. Standart tedavi süresi tipik olarak 8 hafta olmakla birlikte, endikasyon durumunda bu süre 6 aya kadar uzatılabilir (68). Ağız kuruluğu, baş ağrısı ve uykusuzluk yaygın yan etkilerdir; nöbet öyküsü olanlarda kullanımı kontrendikedir (65).

Vareniklin, beyinde dopamin salınımını sağlayan $\alpha 4\beta 2$ nAChR reseptörlerinin kısmi bir agonistidir ve bu reseptörlere güçlü bir şekilde bağlanarak nikotinin bağlanmasını engeller. Bu antagonistik etki, sigara içiminden alınan zevkin azalmasına yol açar. Önerilen doz, 1 haftalık bir titrasyonun ardından günde iki kez 1 mg'dır. Vareniklin ile tedavi edilen sigara içenler normalde tedavinin başlamasından yaklaşık 1 hafta sonra sigarayı bırakmayı hedeflemelidir (64).

Nöropsikiyatrik semptomları arttırabildiği konusunda uyarı ve olgu bildirimlerinin olması nedeni ile ilacın prospektüsüne ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve var olan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği bilgileri eklenmiştir. Ancak bu semptomlar nikotin yoksunluk belirtileri olarak da görülebilmektedir ve sigara bırakma sürecinin kendisi de bütün bu durumları arttırabildiği için bu konu tartışmalıdır (68).

Daha sonra yapılan çalışmalarda nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler yan etkiler desteklenmemiştir ve genel olarak güvenli kabul edilmiştir (69). Vareniklin ve nikotin bantlarının kısa etkili bir nikotin replasman formülasyonu ile kombinasyonu şu anda en etkili ilaçlar olarak kabul edilmektedir (70).

Etkisi yukarıda belirtilen ilaçlara kıyasla daha düşük veya belirsiz olan ikinci basamak tedavi ajanları arasında trisiklik antidepresanlar sınıfından nortriptilin ile etki mekanizması $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörünün kısmi agonistliği olan, bitki kökenli sitizin yer almaktadır. Sitizin, uzun süredir Doğu Avrupa'da sigara bırakma amacıyla kullanılmakta olup, henüz FDA veya Avrupa İlaç Ajansı tarafından değerlendirilmediğinden Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa'da kullanıma sunulmamıştır (71,72).

2.8 Motivasyonel Görüşme

Motivasyon; bireyin belirli bir amaca ulaşmak ya da bir davranışı yerine getirmek için içsel ya da dışsal etkenler doğrultusunda harekete geçmesini sağlayan dürtü, arzu, düşünce ve

duyguların bütünüdür. Dış etkenlerden etkilenebilen bu içsel durum, kişinin değişime olan hazırlık düzeyini ve istekliliğini yansıtır; ayrıca zaman içinde değişkenlik gösterebilir.

Motivasyonel Görüşme (MG), danışanların içsel motivasyonunu ortaya çıkararak sorunlarını keşfetmelerine ve çözmelerine yardım eden, iş birliğine dayalı ve danışan merkezli bir görüşme tekniğidir (73).

Motivasyonel Görüşme (MG), 1983'te başlangıçta, alkol bağımlılığı yaşayan hastaların motivasyonunu artırmak amacıyla kullanılmıştır. Daha sonra ise diğer sağlık problemlerinde de kullanılmaya başlanmıştır. MG, danışanların ambivalansı (çelişkili duygular, karşıt düşünceler ve ikili duygulanımlar) anlamalarına ve bunları çözmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini teşvik eden, danışanın ihtiyaçları ve perspektifleri doğrultusunda şekillenen bir yaklaşımdır (73).

MG; empatik yaklaşım, çelişkileri ortaya çıkarmak, dirençle mücadele etmek ve öz yeterliliği desteklemek olmak üzere 4 temel ilkeyi içermektedir. MG türleri 20 dakikalık kısa müdahalelerden uzun bir değerlendirme, kişiselleştirilmiş geribildirim ve takip görüşmeleri de dahil olmak üzere çok oturumlu bir tedavi şekli olan motivasyon geliştirme terapisine kadar değişmektedir. MG ayrıca telefon görüşmeleri ve gruplar halinde de sağlanabilmektedir (74).

2.8.1 Motivasyonel Görüşme Tekniğinin İlkeleri

Empati göstermek: Davranış değişikliği süreci oldukça güç olabildiğinden, empatiyi etkin biçimde ifade etmek büyük önem taşır. Yargılayıcı ya da eleştirel bir tutumdan uzak, destekleyici ve saygılı bir yaklaşım benimsenmelidir. Empati; danışanın bakış açısını anlamaya, şefkatli ve anlayışlı bir iletişim kurmaya olanak tanır. Aynı zamanda, danışanın düşünce ve duygularına karşı farkındalığı ve duyarlılığı içerir. Empatinin açıkça ifade edilmesi önemlidir; zira danışan kendini anlaşıldığını hissettiğinde, davranış değişikliği sürecine katılım isteği artmaktadır (75).

Çelişki geliştirmek: Danışanların mevcut davranışları ile istekleri ve değerleri arasında tutarsızlık açığa çıkarılarak danışanın bu çelişkileri görmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bir davranış kişisel hedeflerle çelişiyor olarak görüldüğünde, değişikliğin meydana gelmesi daha olasıdır. Burada tutarsızlığın geliştirilmesine yönelik yaklaşım, danışmanın danışana tutarsızlığın ne olduğunu ve bu konuda ne yapılması gerektiğini söylemesini değil, danışanın değişimin nedenlerini sunmasını sağlamaktır. Danışan endişelerini, değişimin nedenlerini ve değişme niyetini danışmandan daha çok dile getirmelidir (76).

Direnci çözmek: Direnç, değişim aşamasında beklenen bir süreçtir. Bireylerin direnç göstermesi değişime karşı olduklarını göstermez. Danışan ile danışman bir mücadele içinde olmamalıdır, çünkü MG kazanmak ya da kaybetmekle ilgili değildir. Danışmanın amacı, danışana değişim yönünde yeni bir bakış açısı kazandırmaktır (75).

Öz yeterliliği desteklemek: Öz yeterlilik algısı, kişinin sorumluluklarını yerine getirme ya da başarmaya yönelik kendine olan inancını ifade eder. Değişim sorumluluğu bireyin tamamen kendisine aittir ve danışman burada değişim sürecini kolaylaştırır. Ancak danışanın değişime yönelik hiçbir isteği veya çabası yoksa değişim gerçekleşemez. Bu nedenle MG seansındaki önemli nokta, danışanların özgüvenlerinin arttırılmasıyla değişimin zorluklarını aşabileceklerine inanmalarının sağlanmasıdır (75).

2.8.2 Uygulama Alanları

Alkol, sigara, uyuşturucu ve kumar bağımlılığında, diyetlerine uymakta zorluk çekenlerde, kilo verme sorunu olanlarda, bir konuda karar vermekte ve harekete geçmekte zorlananlarda, yaşam tarzı değişikliği yapmakta zorlananlarda, bulaşıcı hastalıklardan korunmada, suç işleme davranışını değiştirmede kullanılabilir (76).

2.9 Aile Hekimlerinin Sigara Bırakmadaki Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, tütün kullanımının belirlenmesi, bırakma konusunda bireylere danışmanlık sunulması ve sigarayı bırakma sürecine aktif destek sağlanması açısından belirgin fırsatlar barındırmaktadır. Sigara kullanan bireylerin çoğunluğu en az yılda bir kez aile hekimleriyle temas kurmakta ve bu hekimler, bırakma sürecinde güvenilir danışman olarak değerlendirilmektedir. Mevcut olanaklara ve etkili tedavi yöntemlerine karşın, pek çok sigara kullanıcısının yeterli desteğe ulaşamadığı gözlenmektedir. Müdahalelere ilişkin çeşitli engeller tanımlanmıştır. Bu engeller arasında zaman kısıtlamaları, konunun gündeme getirilmesine ilişkin güven eksikliği, yeterlilik, eğitim ve kaynak yetersizliği, sağlık profesyonellerinin kısa tavsiyelerin etkinliğine yönelik şüpheleri veya hastaların bırakma motivasyonlarının düşük olduğuna dair inançları ile doktor-hasta ilişkisinin istenmeyen tavsiyeler sonucu zarar görmesi riskine dair çekinceleri yer almaktadır (77). Tüm aile hekimleri sigara içicilerine sigarayı bırakmalarını tavsiye etmeli, sigarayı bırakma desteği sunmalı ve mevcut sigarayı bırakma ilaçlarını kullanmalarını önermelidir (78).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Tasarımı:

Çalışma, tek grupta tekrarlı ölçümlerin yapıldığı yarı deneysel bir tasarım olarak planlanmıştır. 01.07.2025-15.10.2025 tarihleri arasında Bolu ilinin Mudurnu İlçesinde birinci basamak sağlık hizmeti verilen Mudurnu 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 45-59 yaş grubundaki kişilerin sigara kullanım durumları sorgulanmıştır. Düzenli olarak günde en az 1 veya daha fazla sigara kullanan çalışmaya katılmaya gönüllü tütün kullanıcıları çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan bireylere ilk olarak çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü, yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmada veri kaynağı olarak sosyodemografik verileri içeren form, sigara kullanım özelliklerini değerlendiren sorular, FNBT ölçeği, sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği, sağlık algısı ölçeğinden oluşan anket kullanılmıştır.

Katılımcılara farmakolojik tedavi desteği önerilmiş ve aynı ilçede bulunan Mudurnu Devlet Hastanesi sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar takibe alınmıştır. Çalışmanın akışında katılımcılara ilk görüşme, birinci hafta ve birinci ay görüşmesi olmak üzere süreleri 20 dakikayı aşmayan 3 farklı oturumdan oluşan motivasyonel görüşme desteği verilmesi planlanmıştır. Katılımcılarının sigarayı bırakmaya hazır olma durumları sorgulanmış sigarayı bırakma isteği veya düşüncesi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

Birinci görüşmede hastalara sosyodemografik veri formu, sigara kullanım özellikleri verileri, FNBT, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeğinden oluşan anket araştırmacı gözetiminde uygulanmıştır. Hekim tarafından değerlendirme sonrası 10-20 dk süren yüzyüze motivasyonel görüşme desteği verilmiştir.

Birinci hafta ve birinci ayda yapılacak olan motivasyonel görüşmelerin planlaması yapılmıştır. Hastaların sigarayı bırakma isteği katılımcılara anket soruları içerisinde var/yok şeklinde sorulmuştur. Bu soruya göre bırakma isteği olan ve olmayanlar şeklinde iki çalışma grubuna ayrılmıştır.

Her iki çalışma grubundaki katılımcılar birinci hafta ve birinci ayda yapılması planlanan motivasyonel görüşmeler için polikliniğe davet edilmiş, başvurusuna gelmeyen katılımcılara telefon ile ulaşılmıştır.

İkinci görüşme ilk görüşmeden bir hafta sonra yapılmıştır, sigara kullanım özellikleri verileri sorgulanmış ve motivasyonel görüşme desteği verilmiştir.

Üçüncü görüşme ilk görüşmeden bir ay sonra yapılmıştır. Katılımcılara son kez motivasyonel görüşme desteği verilmiştir. FNBT, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği tekrarlanarak son test olarak uygulanmıştır.

3.2 Çalışmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini 01.07.25/15.10.25 tarihleri arasında Mudurnu 1 nolu aile sağlığı merkezine başvuran ve günde en az 1 adet sigara kullanan, 45-59 yaş aralığında olan çalışmaya katılmaya gönüllü olan 101 katılımcı oluşturmuştur.

3.3 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 45-59 yaş aralığında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Düzenli olarak günde 1 veya daha fazla sigara içiyor olmak

3.4 Çalışmadan Hariç Tutulma Ve Çıkarılma Kriterleri

- 45-59 yaş aralığı dışında olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Çalışmadaki anketleri dolduramayacak durumda olmak
- Belirlenen kontrol randevularına devamsızlık

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, kronik hastalıklar gibi kişisel verileri içermektedir.

3.5.2 Sigara Kullanım Özellikleri Anketi

Şu an sigara içip içmediği, sigara bırakma isteği durumu, günlük içilen sigara sayısı, tedavi alıyorsa şekli ve tedaviyi kullanım süreleri, sigarayı bırakma durumları, sigaraya başlama nedenleri, hangi durumların sigara içme isteğini arttırdığı, yakınlarından başka sigara içen olup olmadığı, sigarayı bırakma isteği sebepleri sorulmuştur

3.5.3 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Fagerström Tolerans Testini ilk kez nikotin fiziksel bağımlılığının ölçülmesi amacıyla 1978’de Fagerström, önermiştir. Bu test 1992’ de Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından yeniden gündeme gelmiş ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkmıştır. Bu test altı sorudan oluşmaktadır ve her soruya farklı puan verilmektedir. Sonuçta elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir. Uysal ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe’ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,56 olarak belirtilmektedir (79).

3.5.4 Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ)

Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği de sigara bırakma hastaları için hazırlanmış olup bırakma potansiyeli yüksek olan bireyleri belirlemek için kullanılan bir ölçektir. SBBÖÖ, 5’li likert tipi olup 10 maddedir. Katılımcılardan ölçeğe “Çok Az”, “Az”, “Orta”, “Biraz Çok” ve “Çok” şeklinde en uygun cevabı vermeleri istenmiştir. Ölçeğin “Kararlılık ve Hazır Oluş (1,2,6,13,14,15)” ve “Sağlık Algısı ve Uygun Çevre (3,4,5,7)” olarak iki adet ölçek alt boyutu vardır. Ölçekten alınabilecek en fazla puan 50, en az puan 10’dur. Sigara bırakma başarısının artan ölçek puanlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir (80).

3.5.5 Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık algısı, bireylerin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin kendi sağlıklarıyla ilişkilendirilmesini ifade eder ve bireylerin sağlık durumlarının belirlenmesinde bir ölçüt olarak kullanılır. Bireyin kendi sağlığı hakkındaki düşüncelerinin olumlu olması durumunda "iyi sağlık algısı", olumsuz olduğu durumlarda ise "kötü sağlık algısı" olarak tanımlanır. Sağlık algısı, sağlığın geliştirilmesi süreciyle doğrudan ilişkilidir ve her ikisinin de ortak amacı, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesi ve sürdürmesidir. Olumlu sağlık algısı, bireylerin gelecekteki sağlık sorunlarını kontrol etme ve sağlıklı yaşam biçimini benimseme konusunda olumlu bir etki sağlar. SAÖ, 2007 yılında Diamond ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. SAÖ beşli likert tipinde bir ölçek olup 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık olmak üzere dört adet alt boyut içermektedir. Ölçeğin pozitif ifadeleri 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeleri kapsarken, negatif ifadeler ise 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeleri içermektedir. Pozitif cümleler "çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmış olup, olumsuz cümleler ise ters puanlanmıştır. En düşük puan 15, en yüksek puan ise 75 olarak belirlenmiştir (81).

3.5.6 Motivasyonel Görüşme Müdahalesi

Çalışmaya dahil edilen sigara içen hastalara, davranış değişikliğini desteklemek amacıyla motivasyonel görüşme temelli danışmanlık uygulanmıştır. Motivasyonel görüşmeler, Miller ve Rollnick tarafından tanımlanan işbirlikçi, danışan merkezli ve yönlendirici iletişim ilkelerine dayanarak yürütülmüştür (75).

Görüşmeler, araştırmacı tarafından tüm hastalara ilk görüşmede yüz yüze olacak şekilde uygulanmış ve tüm hastalar tekrar görüşmeye davet edilmiştir, gelen hastalarda tekrar yüz yüze görüşülmüş gelmeyen hastalara ise telefon görüşmesi ile gerçekleştirilmiştir. Her bir hastayla ortalama **10–20 dakika** süren tekrarlayan seanslar ile görüşme yapılmıştır. Görüşmede aşağıdaki temel yapı izlenmiştir:

1. **Hazırlık ve ilişki kurma:** Hastanın mevcut sigara kullanımı, bırakmaya yönelik düşünceleri, geçmiş bırakma denemeleri ve motivasyon düzeyi değerlendirilmiştir.
2. **Odak belirleme:** Görüşmenin odağı, hastanın sigarayı bırakma motivasyonunu artırmak ve değişim isteğini ortaya çıkarmak olarak belirlenmiştir.

3. Uygulama:

- Açık uçlu sorular, yansıtıcı dinleme, onaylama ve özetleme teknikleri kullanılmıştır.
- Hastanın ikilemleri (“ambivalence”) keşfedilmiş ve değişim konuşması (“change talk”) teşvik edilmiştir.
- Hastanın hazır oluşluk düzeyine göre öz-yeterlik desteklenmiş ve hedef belirleme konusunda yönlendirme yapılmıştır.

4. **Planlama:** Görüşme sonunda, hastanın kabul etmesi halinde bireysel bir bırakma planı oluşturulmuş; gerekli durumlarda farmakolojik tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme yapılmış ve izlem randevuları planlanmıştır.

Tüm görüşmeler standart MI ilkelerine uygun şekilde, yargılayıcı olmayan ve hastanın kendi değişim motivasyonunu ortaya çıkarmayı amaçlayan biçimde yürütülmüştür.

3.6 İstatistiksel Analizler

Gruplarda yer alan bireylerin farklı değişkenler açısından sıklıkları, oranları, ortalama ve standart sapmaları betimsel istatistikler ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler için en yüksek değerler, en düşük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanırken, kategorik değişkenler içinse sayı ve % değerleri hesaplanmıştır. Verinin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadığını test etmek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar veri setinin normal dağılım sayıltısını karşıladığını göstermektedir. Gruplar içi karşılaştırmalarda, eşleştiriliş gruplar için *t* testi, tekrar ölçümlü ANOVA, grup-zaman etkileşimini incelemek için karma desenli ANOVA yürütülmüştür. Ayrıca grupların dağılım oranları arasındaki farklılaşmalar ki-kare ile analiz edilmiştir. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada verilerin analizleri SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız sigara kullanan 45-59 yaş arası çalışmaya katılmaya gönüllü olan 101 katılımcı ile yapıldı. Katılımcılar sigara bırakma polikliniğine yönlendirildi. Sorgulamada sigara bırakma polikliniğine yönlendirilenlerden başvurunun olmadığı tespit edildi.

Katılımcıların 86'sı (%85,1) erkek, 15'i (%14,9) kadındı. Sigara bırakma isteği/düşüncesi olanların ise 46'sı (%88,5) erkek, 6'sı (%11,5) kadındı. Kadın oranı, sigara bırakma isteği olanlarda biraz daha düşüktü. Aralarında istatistiksel olarak fark yoktu ($\chi^2(1)=0,93$, $p=0,335$). Sigara bırakma isteği olmayanların 43'ü (%87,8) evli, 3'ü (%6,1) bekâr ve 3'ü (%6,1) dul/boşanmıştı. Sigara bırakma isteği olanların ise 48'i (%92,3) evli, 1'i (%1,9) bekâr ve 3'ü (%5,8) dul/boşanmıştı. Katılımcıların 91'i (%90,1) evliydi. Her iki grupta da evli bireylerin oranı oldukça yüksekti. Aralarında istatistiksel olarak fark yoktu ($\chi^2(2)=1,23$, $p=0,547$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 28'i (%57,1) ilkokul, 5'i (%10,2) ortaokul, 9'u (%18,4) lise, 4'ü (%8,2) okur-yazar ve 3'ü (%6,1) üniversite mezunuydu. Sigara bırakma isteği olanların 33'ü (%63,5) ilkokul, 6'sı (%11,5) ortaokul, 4'ü (%7,7) lise, 9'u (%17,3) okur-yazardı ve üniversite mezunu yoktu. Toplamda katılımcıların 61'i (%60,4) ilkokul mezunuydu. Her iki grupta da ilkokul mezunlarının oranı en yüksekti. İstatistiksel olarak aralarında anlamlı bir farklılık yoktu ($\chi^2(4)=8,52$, $p=0,074$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 45'i (%91,8) çocuk sahibiydi. Sigara bırakma isteği olanların 49'u (%94,2) çocuk sahibiydi. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,22$, $p=0,636$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 17'si (%34,7) asgari ücret altı, 18'i (%36,7) asgari ücret, 14'ü (%28,6) asgari ücret üzerindedi. Sigara bırakma isteği olanların 13'ü (%25) asgari ücret altı, 21'i (%40,4) asgari ücret ve 18'i (%34,6) asgari ücret üzerindedi. Toplamda katılımcıların 39'u (%38,6) asgari ücret düzeyindedi. Her iki grupta da asgari ücret grubundakiler çoğunlukta idi. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(2)=1,18$, $p=0,555$). Sosyo demografik veriler Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği Olan ve Olmayan Katılımcıların Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı

Değişkenler			Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği			χ^2	<i>p</i>
			Yok	Var	Toplam		
Cinsiyet	Erkek	n	40	46	86	0,93	0,335
		%	81,6	88,5	85,1		
	Kadın	n	9	6	15		
		%	18,4	11,5	14,9		
Medeni Durum	Bekâr	n	3	1	4	1,232	0,547
		%	6,1	1,9	4		
	Dul/Boşanmış	n	3	3	6		
		%	6,1	5,8	5,9		
	Evli	n	43	48	91		
		%	87,8	92,3	90,1		
Eğitim	İlkokul	n	28	33	61	8,518	0,074
		%	57,1	63,5	60,4		
	Lise	n	9	4	13		
		%	18,4	7,7	12,9		
	Okur-Yazar	n	4	9	13		
		%	8,2	17,3	12,9		
	Ortaokul	n	5	6	11		
		%	10,2	11,5	10,9		
	Üniversite	n	3	0	3		
		%	6,1	0	3		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	n	45	49	94	0,224	0,636
		%	91,8	94,2	93,1		
	Hayır	n	4	3	7		
		%	8,2	5,8	6,9		
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	n	17	13	30	1,176	0,555
		%	34,7	25	29,7		

Kronik Hastalık	Asgari Ücret	n	18	21	39	0,002	0,964
		%	36,7	40,4	38,6		
	Asgari Ücret Üzeri	n	14	18	32		
		%	28,6	34,6	31,7		
	Var	n	13	14	27		
		%	26,5	26,9	26,7		
	Yok	n	36	38	74		
		%	73,5	73,1	73,3		
Total	n	49	52	101			
	%	100	100	100			

χ^2 : Ki-Kare Testi

Katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması $17,50 \pm 4,15$ 'ti. Sigara bırakma düşüncesi olan bireyler, ortalama $17,27 \pm 4,86$ yaşında sigara kullanmaya başlamışlardı. Sigara bırakma düşüncesi olmayan bireyler ise ortalama $17,76 \pm 3,27$ yaşında başlamıştı. Bulgular (Tablo 2)'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigara Kullanımına Başlama Yaşı

Gruplar	n	En Düşük	En Yüksek	Ort.	S
Tüm Grup	101	6	30	17,50	4,154
Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği Olanlar	52	6	30	17,27	4,863
Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği Olmayanlar	49	6	25	17,76	3,269

Sigara bırakma isteği olmayanların 18'i (%36,7) merak nedeniyle sigara kullanmaya başlamıştı. Sigara bırakma isteği olanların ise 15'i (%28,8) merak nedeniyleydi. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,714$, $p=0,398$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 5'i (%10,2) ebeveynini taklit ederek sigaraya başlamıştı. Sigara bırakma isteği olanların ise 2'si (%3,8) ebeveyn taklidi nedeniyle başlamıştı. Toplamda 7 katılımcı (%6,9) ebeveyn taklidi nedeniyle sigaraya başlamıştı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=1,581$, $p=0,209$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 22'si (%44,9) arkadaş etkisiyle sigaraya başlamıştı. Sigara bırakma isteği olanların ise 35'i (%67,3) arkadaş etkisiyle başlamıştı. Toplamda 57 katılımcı (%56,4) arkadaş etkisiyle sigaraya başlamıştı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2(1)=5,153$, $p=0,023$). Arkadaş etkisi, sigara bırakma isteği olanlarda anlamlı düzeyde daha yaygındı.

Sigara bırakma isteği olmayanların 7'si (%14,3) stres veya üzüntü nedeniyle sigaraya başlamıştı. Sigara bırakma isteği olanların ise 4'ü (%7,7) stres veya üzüntü nedeniyle başlamıştı. Toplamda 11 katılımcı (%10,9) stres veya üzüntü nedeniyle sigaraya başlamıştı. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=1,130$, $p=0,288$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 5'i (%10,2) diğer nedenlerle sigara kullanmaya başlamıştı. Sigara bırakma isteği olanların ise 3'ü (%5,8) diğer nedenlerle başlamıştı. Toplamda 8 katılımcı (%7,9) diğer nedenlerle başlamıştı ($\chi^2(1)=0,685$, $p=0,408$). Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. (Tablo 3)

Tablo 3. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigara Kullanımına Başlama Nedenleri

Başlama Nedenleri			Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği			χ^2	<i>p</i>
			Yok	Var	Toplam		
Merak	Hayır	n	31	37	68	,714	0,398
		%	63,30	71,20	67,30		
	Evet	n	18	15	33		
		%	36,70	28,80	32,70		
Ebeveyn Taklidi	Hayır	n	44	50	94	1,581	0,209
		%	89,80	96,20	93,10		
	Evet	n	5	2	7		
		%	10,20	3,80	6,90		
Arkadaş	Hayır	n	27	17	44	5,153	0,023
		%	55,10	32,70	43,60		
	Evet	n	22	35	57		
		%	44,90	67,30	56,40		
Stres, Üzüntü	Hayır	n	42	48	90	1,130	0,288
		%	85,70	92,30	89,10		
	Evet	n	7	4	11		
		%	14,30	7,70	10,90		
Diğer	Hayır	n	44	49	93	0,685	0,408
		%	89,80	94,20	92,10		
	Evet	n	5	3	8		
		%	10,20	5,80	7,90		

 χ^2 : Ki-Kare Testi p<0.05

Sigara bırakma isteği olmayanların 7'si (%14,3), sigara bırakma isteği olanların ise 4'ü (%7,7) yalnızlık nedeniyle sigara kullanmaktaydı. Toplamda 11 katılımcı (%10,9) sigara içme davranışını yalnızlık duygusuna bağlamıştı. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=1,130$, $p=0,288$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 36'sı (%73,5) stres nedeniyle sigara içmektedir. Sigara bırakma isteği olanların ise 34'ü (%65,4) stres etkisiyle sigara içmektedir. 70 katılımcı (%69,3) sigara içme davranışını stresle ilişkilendirmişti. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,775$, $p=0,379$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 14'ü (%28,6), olanların ise 16'sı (%30,8) gerginlik nedeniyle sigara içmekteydi. Toplamda 30 katılımcı (%29,7) gerginlik yaşadığında sigaraya yönelmekteydi. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,058$, $p=0,809$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 18'i (%36,7) öfke, olanların ise 21'i (%40,4) öfke nedeniyle sigara kullanmaktaydı. Toplamda 39 katılımcı (%38,6) öfke duygusu yaşadığında sigaraya yönelmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,142$, $p=0,707$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 16'sı (%32,7), olanların ise 15'i (%28,8) mutsuzluk nedeniyle sigara kullanmaktaydı. Toplamda 31 katılımcı (%30,7) mutsuzluk anlarında sigara içmektedir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,172$, $p=0,678$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 19'u (%38,8), sigara bırakma isteği olanların ise 19'u (%35,5) keyifli olduklarında sigara kullanmaktaydı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=1,082$, $p=0,582$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 5'i (%10,2), olanların ise 6'sı (%11,5) arkadaşlarının ikramı nedeniyle sigara içmektedir. Toplamda 11 katılımcı (%10,9) bu nedenle sigara içmektedir ($\chi^2(1)=0,046$, $p=0,830$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 9'u (%18,4), olanların ise 6'sı (%11,8) rahatlamak için kullanmaktaydı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,854$, $p=0,355$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 1'i (%2), olanların ise 3'ü (%5,8) iştahını bastırmak amacıyla sigara kullanmaktaydı. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,922$, $p=0,337$).

Analiz sonuçlarına göre, sigara içme davranışını etkileyen en yaygın faktörler stres, öfke ve gerginlik gibi duygusal değişkenlerdir. Ancak bu faktörlerin hiçbiri sigara bırakma isteği açısından anlamlı bir fark yaratmamaktadır ($p>0,05$). Bu durum, sigara içme davranışının duygusal düzenleme ile ilişkili olduğunu, ancak bırakma niyeti üzerinde doğrudan belirleyici bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. (Tablo 4)

Tablo 4. Çalışma Gruplarında Ve Katılımcıların Bütününde Sigara İçme Davranışını Etkileyen En Yaygın Faktörler

Faktörler			Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği			χ^2	<i>p</i>
			Yok	Var	Toplam		
Yalnızlık	Hayır	n	42	48	90	1,130	0,288
		%	85,70	92,30	89,10		
	Evet	n	7	4	11		
		%	14,30	7,70	10,90		
Stres	Hayır	n	13	18	31	,775	0,379
		%	26,50	34,60	30,70		
	Evet	n	36	34	70		
		%	73,50	65,40	69,30		
Gerginlik	Hayır	n	35	36	71	,058	0,809
		%	71,40	69,20	70,30		
	Evet	n	14	16	30		
		%	28,60	30,80	29,70		
Öfke	Hayır	n	31	31	62	,142	0,707
		%	63,30	59,60	61,40		
	Evet	n	18	21	39		
		%	36,70	40,40	38,60		
Mutsuzluk	Hayır	n	33	37	70	,172	0,678
		%	67,30	71,20	69,30		
	Evet	n	16	15	31		
		%	32,70	28,80	30,70		
Keyifli Olduğum Zamanlar	Hayır	n	30	33	63	1,082	0,582
		%	61,20	63,50	62,40		
	Evet	n	19	19	38		
		%	38,80	35,50	36,60		
Arkadaşların Sigara İkramları	Hayır	n	44	46	90	,046	0,830
		%	89,80	88,50	89,10		
	Evet	n	5	6	11		
		%	10,20	11,50	10,90		

Rahatlama İsteği	Hayır	n	40	45	85	,854	0,355
		%	81,60	88,20	85,00		
	Evet	n	9	6	15		
		%	18,40	11,80	15,00		
İştah Baskılama İsteği	Hayır	n	48	49	97	,922	0,337
		%	98,00	94,20	96,00		
	Evet	n	1	3	4		
		%	2,00	5,80	4,00		

χ^2 : Ki-Kare Testi $p<0.05$

Sigara bırakma isteği olmayanların 30'u (%61,2) sağlık sorunları nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 38'i (%73,1) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 68 katılımcı (%67,3) sağlık sorunları nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=1,611$, $p=0,204$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 4'ü (%8,2) inançlarından dolayı sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 2'si (%3,8) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 6 katılımcı (%5,9) inançlarından dolayı sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2(1)=0,841$, $p=0,359$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 18'i (%36,7) hastalanma korkusu nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 17'si (%32,7) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 35 katılımcı (%34,7) hastalanma korkusu nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,182$, $p=0,670$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 11'i (%22,4) doktor önerisi nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 10'u (%19,2) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 21 katılımcı (%20,8) doktor önerisi nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2(1)=0,159$, $p=0,690$).

Sigara bırakma isteği olmayanların 6'sı (%12,2) ekonomik nedenlerle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 8'i (%15,4) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 14 katılımcı (%13,9) ekonomik nedenlerle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. $\chi^2(1)=0,208$, $p=0,648$. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sigara bırakma isteği olmayanların 6'sı (%12,2) kokusundan dolayı sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 3'ü (%5,8) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 9 katılımcı (%8,9) kokusundan dolayı sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. $\chi^2(1)=1,303$, $p=0,254$. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sigara bırakma isteği olmayanların 6'sı (%12,2) kapalı alanlarda sigara içme yasakları nedeniyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 5'i (%9,6) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 11 katılımcı (%10,9) bu nedenle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. $\chi^2(1)=0,042$, $p=0,891$. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sigara bırakma isteği olmayanların 4'ü (%8,2) çevresinin önerisiyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. Sigara bırakma isteği olanların ise 3'ü (%5,8) bu nedenle bırakmayı deneyimlemiştir. Toplamda 7 katılımcı (%6,9) çevre önerisiyle sigarayı bırakmayı deneyimlemiştir. $\chi^2(1)=0,224$, $p=0,636$. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Hiçbir bırakma deneyimi nedeni açısından sigara bırakma isteği olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. En sık belirtilen neden sağlık sorunları (%67,3) olurken, inançlar ve çevre önerisi en düşük oranlara sahiptir. (Tablo 5)

Tablo 5. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigara Bırakmaya Katkısı Olan Değişkenler

Katkısı Olan Değişkenler			Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği			χ^2	p
			Yok	Yok	Toplam		
Sağlık Sorunları	Hayır	n	19	14	33	1,611	0,204
		%	38,80	26,90	32,70		
	Evet	n	30	38	68	0,841	0,359
		%	61,20	73,10	67,30		
İnançlardan Dolayı	Hayır	n	45	50	95	0,841	0,359
		%	91,80	96,20	94,10		
	Evet	n	4	2	6	.182	0,67
		%	8,20	3,80	5,90		
Hastalanma Korkusu	Hayır	n	31	35	66	.182	0,67
		%	63,30	67,30	65,30		

	Evet	n	18	17	35		
		%	36,70	32,70	34,70		
Doktor Önerisi	Hayır	n	38	42	80	0,159	0,69
		%	77,60	80,80	79,20		
	Evet	n	11	10	21		
		%	22,40	19,20	20,80		
Ekonomik Nedenler	Hayır	n	43	44	87	0,208	0,648
		%	87,80	84,60	86,10		
	Evet	n	6	8	14		
		%	12,20	15,40	13,90		
Kokusundan Dolayı	Hayır	n	43	49	92	1,303	0,254
		%	87,80	94,20	91,10		
	Evet	n	6	3	9		
		%	12,20	5,80	8,90		
Kapalı Alanlarda Sigara İçme Yasakları	Hayır	n	43	47	90	,042	0,891
		%	87,80	90,40	89,10		
	Evet	n	6	5	11		
		%	12,20	9,60	10,90		
Çevre Önerisi	Hayır	n	45	49	94	0,224	0,636
		%	91,80	94,20	93,10		
	Evet	n	4	3	7		
		%	8,20	5,80	6,90		

χ^2 : Ki-Kare Testi

Sigara bırakma isteği olmayanların 27'si (%55,1) daha önce sigarayı bırakmayı denemişti; 22'si (%44,9) ise denememişti Sigara bırakma isteği olanların 39'u (%75,0) daha önce sigarayı bırakmayı denemişti; 13'ü (%25,0) ise denememişti. Toplamda 66 katılımcı (%65,3) sigarayı bırakmayı daha önce denemişti. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2(1)=4,411$, $p=0,036$). Bu bulgu, daha önce sigarayı bırakmayı denemiş bireylerin, sigara bırakma isteği/düşüncesi olan grupta anlamlı biçimde daha yüksek oranda yer aldığını göstermekteydi. (Tablo 6)

Tablo 6. Çalışma Gruplarında ve Katılımcıların Bütününde Sigarayı Bırakmayı Deneme Oranları

		Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği			χ^2	p
Deneme		Yok	Var	Toplam		
Evet	n	27	39	66	4,411	0,036
	%	55,1	75,0	65,3		
Hayır	n	22	13	35		
	%	44,9	25,0	34,7		
Total	n	49	52	101		
	%	100,0	100,0	100,0		

χ^2 : Ki-Kare Testi

Sigara bırakma isteği olmayanların 21'i (%42,9) evde veya iş yerinde başka sigara içen kişiler bulunduğunu belirtmişti. Sigara bırakma isteği olanların ise 27'si (%51,9) evde veya iş yerinde başka sigara içenlerin olduğunu ifade etmişti. Toplamda 48 katılımcı (%47,5) çevresinde sigara içen başka kişilerin bulunduğunu belirtmişti ($\chi^2(1)=0,831$, $p=0,362$). (Tablo 7)

Tablo 7. Çalışma Gruplarında ve Bütününde Evde ya da İş Yerinde Başka Sigara İçen Kişilerin Varlığına göre Dağılımı

		Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği			χ^2	p
Sigara İçen		Yok	Yok	Toplam		
Evet	n	21	27	48	831	0,362
	%	42,9	51,9	47,5		
Hayır	n	28	25	53		
	%	57,1	48,1	52,5		
Total	n	49	49	52		
	%	100,0	100,0	100,0		

χ^2 : Ki-Kare Testi

Motivasyonel görüşmelerin sigara kullanım durumlarına etkisine bakıldığında katılımcıların sigara kullanım oranlarında anlamlı bir değişim olduğunu göstermektedir ($F(2, 74) = 28,309, p < ,001$). Farkın kaynağını incelemek için yürütülen Bonferroni post-hoc analizi sonucunda görüşme 3'te ve görüşme 2'de içilen sigara sayısı ortalamasının, görüşme 1'de içilen sigara sayısı ortalamasından anlamlı olarak daha düşük olduğu, görüşme 3'te içilen sigara sayısı ortalamasının da görüşme 2'de içilen sigara sayısı ortalamasından anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bir diğer deyişle görüşme sayısına bağlı anlamlı bir düşüş vardır. (Tablo 8)

Tablo 8. Sigara İçme Ortalamalarının Ölçüm Zamanına göre Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Ort.	S	F	p	η^2
Görüşme 1	20,18	13,591	28,309	< ,001	,271
Görüşme 2	18,13	13,603			
Görüşme 3	15,83	12,747			

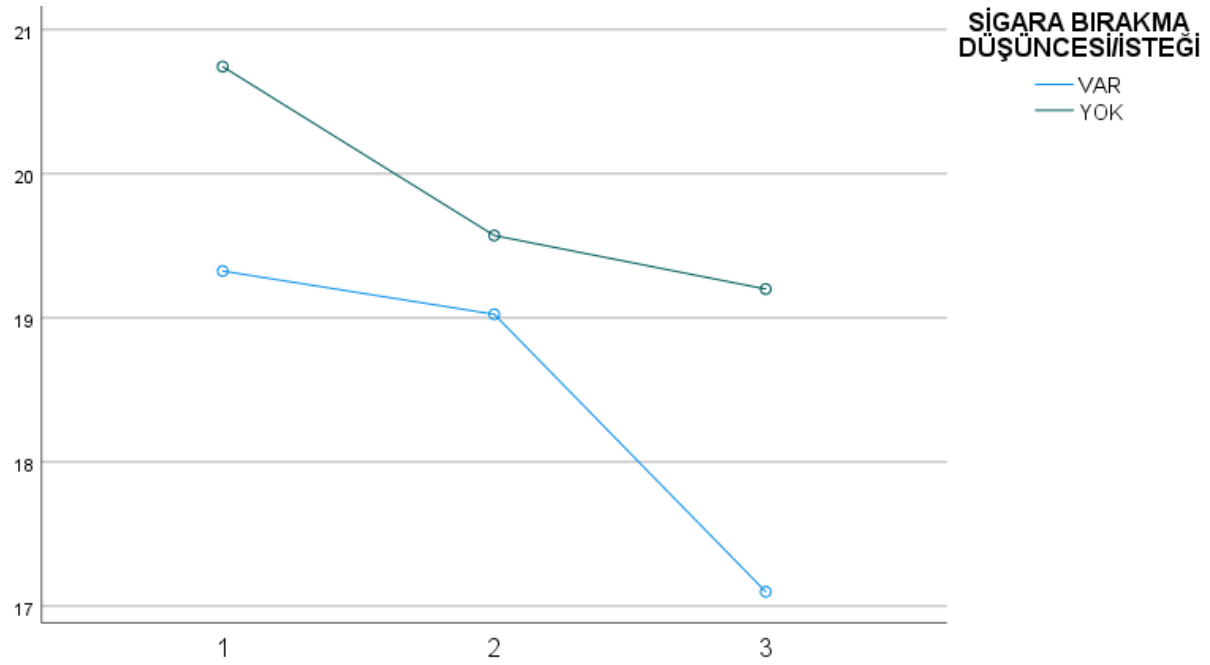
F: Tekrar Ölçümlü ANOVA, **η^2 :** Kısmî Eta Kare

Sigara bırakma isteği/düşüncesinin varlığı-yokluğu şeklinde gruplandırılan hastalarda yapılan motivasyonel görüşmelerin etkinliğindeki farklılığa bakıldığında elde edilen sonuçlar zamana bağlı değişimin anlamlı olduğunu (sırasıyla, $F(2, 74) = 27,338, p < ,001, \eta^2 = ,267$), ancak grup-zaman etkileşiminin anlamlı olmadığını göstermektedir. Ayrıca sigara bırakma düşüncesi olan ve olmayan grupların her üç görüşme zamanında da ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla üç ayrı bağımsız gruplar için *t* testi yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar Görüşme 1 ve Görüşme 2'de gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ($p > .05$), ancak Görüşme 3'te sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük hale geldiğini göstermektedir ($t(75) = 2,581, p < ,05$). (Tablo 9) (Şekil 1)

Tablo 9. Günlük Tüketilen Sigara Ortalamasının Ölçüm Zamanı ve Gruplara göre Karşılaştırılması

Sigara Bırakma Düşüncesi	G1	G2	G3	Grup İçi Karşılaştırma			Grup-Zaman Etkileşimi		
				<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>**F</i>	<i>P</i>	η^2
Var	19,36±14,21	17,40±14,16	14,10±12,90						
Yok	21,17±12,93	19,00±13,06	17,91±12,37	27,338	,000	,267	2,263	,108	,029
Toplam	20,18±13,59	18,13±13,60	15,83±12,75						
Gruplar Arası Karşılaştırma	<i>t</i> = ,482 <i>p</i> = ,631	<i>t</i> = ,510 <i>p</i> = ,612	<i>t</i> = 2,581 <i>p</i> = ,012						

**F*: ANOVA, η^2 : Kısmî Eta Kare, *t*: Bağımsız Gruplar için *t* testi



* 1: Görüşme 1

** 2: Görüşme 2

***3: Görüşme 3

Şekil 1. Günlük Tüketilen Sigara Ortalamasının Ölçüm Zamanı ve Gruplara göre Karşılaştırılması

Her iki hasta grubunda farklı görüşmelerde ön test ve son test olarak uygulanan bağımlılık düzeyi testi, sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği ve sağlık algısı ölçeklerinde motivasyonel görüşmelerin etkisine bakıldığında elde edilen sonuçlar, sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların ön test bağımlılık düzeyi testi (fagerström) ortalamalarının son test ortalamalarından anlamlı daha yüksek olduğunu göstermekte ($t(36) = 2,594, p < 2.594$). Aksine bu katılımcıların ön test sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği ve sağlık algısı ölçekleri ortalamalarının son test ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermekteydi. Bir diğer deyişle yapılan görüşmeler sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların bağımlılık düzeyi testi (fagerström) puan ortalamalarının düşmesine, sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği ve sağlık algısı ölçekleri puan ortalamalarının ise artmasına katkı sağlamıştır. Ancak sigara bırakma isteği/düşüncesi olmayan katılımcıların ön test ve son test puan ortalamalarında her üç değişkende de anlamlı bir değişme olmamıştır. Bu sonuç

motivasyonel görüşmelerin etkisinin yalnızca sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcılarda etkili olduğunu göstermektedir. (Tablo 10)

Tablo 10. Bağımlılık Düzeyi Testi (Fagerström), Sigara Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeklerine ilişkin Ortalamaların Ölçüm Zamanına göre Karşılaştırılması

Grup	Değişkenler	Ölçüm Zamanı	Ort	S	Fark	<i>t</i>	<i>p</i>
Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği Var	SBBÖÖ	Ön Test	24,46	3,91	-2,49	-2,605	0,013
		Son Test	26,95	4,17			
	SAÖ	Ön Test	52,22	6,49	-3,28	-3,349	0,002
		Son Test	55,50	7,22			
	Bağımlılık Puanı	Ön Test	3,89	2,85	,35	2,594	0,014
		Son Test	3,54	2,81			
Sigara Bırakma Düşüncesi/İsteği Yok	SBBÖÖ	Ön Test	21,58	3,38	-,55	-,722	0,475
		Son Test	22,12	3,71			
	SAÖ	Ön Test	52,77	7,44	-1,92	-1,565	0,130
		Son Test	54,69	8,12			
	Bağımlılık Puanı	Ön Test	4,30	2,65	,12	1,437	0,160
		Son Test	4,18	2,64			

t: Eşleştirilmiş Gruplar için *t* testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız Mudurnu Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve sigara kullanan 45-59 yaş arası çalışmaya katılmaya gönüllü olan 101 hastadan oluşturmuştur. Katılımcılara farmakolojik destek tedavisi önerilmiş ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmiştir, sonraki görüşmelerde ek farmakolojik destek tedavisi alma durumları sorgulanmıştır. Bir aylık takip süresince sigara bırakma polikliniğine başvuran ve farmakolojik destek tedavisi alan katılımcı olmamıştır. Çalışmamızda 45-59 yaş aralığındaki bireylerde uygulanan motivasyonel görüşmenin sigara kullanım durumlarına ve sigara bırakma sürecine etkisi kapsamlı biçimde değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, motivasyonel görüşmenin bu yaş grubundaki sigara bırakma düşüncesi olan katılımcılarda bırakma başarısı öngörüsünü anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir. Ayrıca bırakma düşüncesi/isteği olan ve olmayan her iki grup katılımcılarında zamanla sigara tüketiminin azaldığını göstermektedir. Orta yaş dönemi, sigara kullanımının süresinin genellikle uzun olduğu, nikotin bağımlılığının daha yerleşik hale geldiği ve bırakma girişimlerinin sıklıkla başarısızlıkla sonuçlandığı bir dönemdir. Buna karşın çalışmamızda gözlenen olumlu etkiler, motivasyonel görüşmenin davranış değişikliğine yönelik motivasyonu güçlendirmede önemli bir araç olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan 45-59 yaş grubu tütün kullanan bireylerin %85,1 erkek, %14,9 kadınlardan oluşmaktaydı. TÜİK 2022 verilerine göre her gün sigara içtiğini ifade eden erkeklerin oranı %41,3 iken, kadınların oranı %15,5 bulunmuştur. Bir başka ifade ile sigara kullananlar arasında erkeklerin oranı %72,7 iken kadınların oranı %27,3 bulunmuştur (82). DSÖ'nün 2022 yılı verilerine göre, erkeklerin %34,4'ü ve kadınların %7,4'ü tütün ürünü tüketmiştir. Bir başka ifade ile sigara kullananlar arasında erkeklerin oranı %82,2 kadınların oranı %17,8 olmuştur (18). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da sigarayı bırakma polikliniğine başvuran erkeklerin sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızdaki erkek/kadın oranının TÜİK verilerine göre daha düşük olması, TÜİK verilerinin bırakmayı düşünen ya da düşünmeyen tüm toplumu temsil etmesiyle çalışmamız verilerinin tek merkezli bir aile sağlığı merkezine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü kişileri temsil etmesi ile açıklanabilir. Çalışma merkezimiz olan aile sağlığı merkezine başvuran hastaların çoğunlukla köylerde ikamet etmesi, kadın ve erkek katılım oranlarını ulaşım ve sosyokültürel faktörlerle etkilemiş olabilir.

Çalışmamıza katılan kişilerin medeni durumları incelendiğinde toplamda %91'i evli, %6'sı dul/boşanmış, %4'ü bekardı. Sigara bırakma isteği olan ve olmayan grupta benzer

dağılımda olduğu görüldü, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Fidan ve arkadaşlarının çalınmasında da medeni durum ve sigara bırakma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (83). TÜİK 2022 verilerinde evlilerin oranı %61,3 olmuştur (84). Çalışmamızda evlilerin oranının daha yüksek olması çalışma grubumuzun 45-59 yaş grubu ile sınırlı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda toplamda katılımcıların %60,4 ilkokul, %12,9 lise, %10,9 ortaokul, %13 okuryazar, %3 üniversite mezunudur. Sigarayla bırakma isteği olan ve olmayan grupta dağılımda anlamlı bir fark görülmemiştir. Her iki grupta da ilkokul mezunlarının oranı en yüksektir. Yaşar ve ark tarafından Doğubeyazıt Devlet Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğu ilkokul (%34) ve ortaokul (%26,6) mezunuyken (85), İzmir ve ark. tarafından İzmir'de yapılan bir çalışmada kişilerin %78,4'ü üniversite mezunu olarak bulunmuştur (86). Eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklar çalışmaların bölgeleri arasındaki sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin farklı olması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızın yapıldığı bölge ağırlıklı olarak kırsal nüfusun yaşadığı bir bölge idi. Bazı çalışmalar eğitim durumu ile sigara bırakma isteği arasında pozitif ilişki olduğunu ortaya koysa da bizim çalışmamızda anlamlılığa yakın bir ilişki düzeyi bulunmaktadır(p:0,074).

Çalışmamızda katılımcıların %93,1 i çocuk sahibiydi, çocuk sahibi olmayanların oranı ise %6,9 olarak bulundu. Sigara bırakma isteği olan ve olmayan her iki grupta da çocuk sahibi olma oranı oldukça yüksekti, fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Kronik hastalık varlığı sigara bırakma başarısını etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle psikiyatrik hastalık varlığı hem sigara kullanma prevalansını hem de sigara bırakma başarısını hem de tedavi seçimini etkileyen önemli bir faktördür (87). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da eşlik eden medikal hastalık veya psikiyatrik hastalığın sigara bırakmaya olumlu ya da olumsuz etkisi gösterilememiştir (88). Başka bir çalışmada da sigara ilişkili bir kronik hastalığa sahip olmanın hastaları sigara bırakmada motive etmediği gösterilmektedir (89). Üçüncü basamak üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yarıya yakını (%47,2) medikal bir hastalığa, daha küçük bir kısmıysa (%9,5) psikiyatrik bir hastalık sahibi olarak bulunmuştur (90). Çalışmamızda sigara bırakma isteği olmayanların 13'ü (%26,5) kronik hastalığa sahipken, 36'sının (%73,5) kronik hastalığı yoktur. Sigara bırakma isteği olanların 14'ü (%26,9) kronik hastalığa sahipken, 38'inin (%73,1) kronik hastalığı yoktur. Çalışmamızda kronik hastalık oranının üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna oranla daha düşük olması birinci basamağa başvuran hasta profilinin farklılığı ile açıklanabilir.

Ulukoca ve ark.'nın yaptığı çalışmada geliri yüksek olanlarda sigara kullanımı daha yüksek bulunmuştur (91). Çapık ve Cingil'in çalışmasında ise gelir durumu sigara içmeyi etkilemediği görülmüştür (92). Çalışmamızda sigara bırakma isteği olmayanların 17'si (%34,7) asgari ücret altı, 18'i (%36,7) asgari ücret, 14'ü (%28,6) asgari ücret üzerindiydi. Sigara bırakma isteği olanların 13'ü (%25) asgari ücret altı, 21'i (%40,4) asgari ücret ve 18'i (%34,6) asgari ücret üzerindiydi. Toplamda katılımcıların 39'u (%38,6) asgari ücret düzeyindiydi.

Sigaraya başlama yaşının düşmesiyle, nikotine karşı fizyolojik bağımlılık riskinin arttığı görülmüştür (93). 2002-2018 yılları arasında ABD'de sigaraya başlama yaşı eğilimlerini inceleyen geniş çaplı bir çalışmada 18 yaş altında sigara içmeye başlayanların oranı 2002'deki %38,7'den 2018'de %55,9'a arttığı görülmüştür (94). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 verilerine göre ülkemizde sigara kullananların %57,5'i, 18 yaşından önce başlamıştır ve ortalama başlangıç yaşı 17'dir (95). Çalışmamızda katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması $17,50 \pm 4,15$ 'ti. Sigara bırakma düşüncesi olan bireyler, ortalama $17,27 \pm 4,86$ yaşında sigara kullanmaya başlamışlardı. Sigara bırakma düşüncesi olmayan bireyler ise ortalama $17,76 \pm 3,27$ yaşında başlamıştı. Her iki grupta benzer sonuçlar vardı. En erken başlangıç yaşı 6 en geç başlangıç yaşı ise 30'du. Çalışma bölgemizdeki sigaraya başlama yaşı verilerinin literatürdeki çalışmalar ile benzer olduğu görüldü. Çalışma grubumuz 45-59 yaş grubu sigara içen hastalardı ve erken sigaraya başlama yaşı sigaraya maruz kalınan süreyi arttırdığını söyleyebiliriz. Sigaraya yönelik tedbirlerin erken dönemlerde başlamasının sigaraya başlama yaşını yükseltebilir ve sigaraya maruz kalınan süreyi kısaltabilir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, sigaraya başlama nedenleri incelendiğinde kişilerin %28,9'unun "en yakın arkadaşları sigara içtiği", %27,3'ünün "merak", %20,2'sinin "stres" ve %7,3'ünün "heves" faktörü sebebiyle sigaraya başladığı bulunmuştur (96). Öztuna ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise kişilerin %55,2'si "özenti", %25,7'si "merak", %12'si "stres" ve %7,7'si "arkadaş etkisi" sebebiyle sigaraya başladığını ifade etmiştir (97). Çalışmamızda katılımcıların bütününde %56,4 ü arkadaş etkisiyle, %32,7 si merak nedeniyle, %6,9 u ebeveyn taklidi, %10,9 u stres/üzüntü ve %7,9 u diğer nedenlerle sigaraya başladığını söyledi. çalışma gruplarında arkadaş ortamı etkisi nedeniyle sigaraya başladığını söyleyenler sigara bırakma isteği/düşüncesi olmayan grupta % 44,9, sigara bırakma isteği/düşüncesi olan grupta ise %67,3 olduğu bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı(p:0,023). Arkadaş etkisi ile sigaraya başladığını düşünenlerin sigara bırakma isteği/düşüncesi olan grupta daha fazla olması kişilik özellikleri veya bağımlılık tipi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara içme davranışını etkileyen faktörler sorgulandığında öfke, mutsuzluk, keyifli olunan zamanlar, sigara ikramları gibi cevaplar alındı. Katılımcıların tamamında stres %69,3 ile en sık verilen cevaptı, öfke %38,6, keyifli olunan zamanlar %36,6, mutsuzluk %30,7'ydı. Daha az seçilen seçenekler ise yalnızlık, gerginlik, sigara ikramları, rahatlama isteği, iştah bakılama isteği gibi seçeneklerdi. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada yemek sonrası ve stres %68 ile sigara içme isteğini en sık arttıran iki neden olarak saptanmıştır (98). Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin sigarayı bırakma çabalarını etkileyen faktörlerin araştırıldığı niteliksel bir çalışmada algılanan yaşam stresi yüksek olan kişilerin sigarayı bırakma sonuçlarının daha az başarılı olduğu gösterilmiştir (99). Bizim çalışmamızda da sık verilen ruhsal durum ile ilgili cevaplar psikolojik faktörlerin sigara içme davranışını etkilediği değerlendirilmesi yapılabilir.

Katılımcıların bırakmak isteme nedenleri incelendiğinde katılımcıların %67,3 sağlık sorunları nedeniyle, %34,7 hastalanma korkusu nedeniyle, %20,8 doktor önerisi nedeniyle, %13,9 ekonomik nedenlerle bırakmak istedikleri görüldü. Kapalı alanlarda sigara içme yasakları, inançlar ve çevre önerisi en düşük oranlara sahipti. Her iki çalışma grubunda oranlar benzerdi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Düzce'de üniversitede yapılmış başka bir çalışmada sigarayı en çok bırakmak isteme nedenleri olarak; sağlığa zararlı olması ve ekonomik zarar oluşturması saptanmıştır (100). 45-59 yaş grubu kronik hastalıkların sıklığının arttığı yaş grubudur, hastaların sigara bırakmasında sağlık sorunları ve hastalanma korkusu motivasyon sağlanmasında kullanılabilir. Sağlık kurumlarına başvurularda sigara içen hastaların tespiti ve doktor tarafından bırakma tavsiyesi sigara bırakmada etkili olabilir.

Çalışma grubumuza evde veya iş yerinde başka sigara içen kimselerin varlığını sorguladık. Argüder ve ark."nın yaptığı çalışmada evde sigara içilip içilmemesi ve sigara bırakma başarısı arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (90). Rice ve ark. çevrenin pozitif desteğinin sigara bırakma başarısını artırdığını, negatif hareketlerinin ise azalttığını saptamıştır (101).

Çalışma grubumuzda sigara bırakma isteği olmayanların %42,9'u evde veya iş yerinde başka sigara içen kişiler bulunduğunu belirtmişti. Sigara bırakma isteği olanların ise %51,9'u evde veya iş yerinde başka sigara içenlerin olduğunu ifade etmişti. Toplamda katılımcıların %47,5'i çevresinde sigara içen başka kişilerin bulunduğunu belirtmişti.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2012 verilerine göre, sigara içenlerin %46'sı son bir yılda bırakmayı denemiş; bunların %13.6'sı farmakoterapi, %6'sı ise danışmanlık veya tavsiye almıştı (102). Literatür tarandığında çeşitli çalışmalarda son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin sıklığı %42-%81 arasında bildirilmiştir (103–105). Ülkemizde yapılan bir çalışmada sigarayı daha önce herhangi bir yöntem veya yöntemlerle bırakmayı deneyenler %55.7 olarak bulunmuş ve bunların hemen hemen tamamı (%95.7) kendi kendine, üçte birine yakını (%30.8) ilaç tedavisi ve %18.8'i ise sigara bırakma polikliniğine başvurarak sigarayı bırakmayı denemişlerdi (106). Xie ve ark. daha önce bırakmayı denemiş kişilerde bırakma başarısını 2,02 kat daha yüksek bulmuştur (107). Raheison ve ark. daha önceki bırakma girişimlerinin sayısı ile bırakma başarısı arasında ters bir orantı saptamış ve bu farkı anlamlı bulmuştur (108). Çalışma grubumuzda katılımcıların toplamda 66 katılımcı (%65,3) sigara bırakmayı daha önce denemişti. Sigara bırakma isteği olmayanların 27'si (%55,1) daha önce sigarayı bırakmayı denemişti; 22'si (%44,9) ise denememişti. Sigara bırakma isteği olanların 39'u (%75,0) daha önce sigarayı bırakmayı denemişti; 13'ü (%25,0) ise denememişti. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2(1)=4,411$, $p=0,036$). Bu bulgu, daha önce sigarayı bırakmayı denemiş bireylerin, sigara bırakma isteği/düşüncesi olan grupta anlamlı biçimde daha yüksek oranda yer aldığını göstermekteydi. Sigara bırakmayı denemiş olan bireylerin, sigara bırakma istekleri/düşüncesi olsa da başarısız bırakma girişimlerinin yeni denemelerde bırakma başarısını etkiliyor olabilir.

Çalışmamız birinci basamak bir aile sağlığı merkezine başvuran 45-59 yaş grubundaki günde en az bir sigara içen toplam 101 tütün kullanıcısını kapsamaktadır. Katılımcılar sigarayı bırakma isteği veya düşüncesi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruptaki katılımcılara ilk görüşme, 1. Hafta ve 1. ay görüşmesi olmak üzere süresi 20 dakikayı aşmayan üç farklı oturumdan oluşan motivasyonel görüşme desteği sağlanmıştır. Her iki çalışma grubumuzda katılımcıların bağımlılık düzeyi testi (fagerström), sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği ve sağlık algısı ölçekleri ön test ve son test ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda motivasyonel görüşmelerin sigara tüketimi ve sigarayı bırakmaya yönelik etkisi incelendiğinde ikinci ve üçüncü görüşmede içilen sigara sayısının ortalamasının birinci görüşmedekinden anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Motivasyonel görüşmeler arttıkça sigara kullanımı anlamlı şekilde azalmaktadır. Özellikle üçüncü görüşmede tüketimdeki ek düşüş, süregelen ve kümülatif bir azalma etkisine işaret etmektedir. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından yapılan bir meta-analiz sonucuna göre hekimlerin sigara bırakma konusunda eğitilmesinin ardından hastalarına bu konuda yalnızca birkaç dakika

ayırarak sigarayı bırakmayı tavsiye etmesinin sigara bıraktırmada anlamlı bir artış sağladığı tespit edilmiştir (109). Kısa süreli tavsiye ile tavsiye verilmemesi arasında, 16 çalışmadan elde edilen birleştirilmiş veriler, sigarayı bırakma olasılığında %2,5'lik küçük ama anlamlı bir artış olduğunu ortaya koymuştur (109). 50 yaş üstü 1454 sigara içicisiyle yapılan bir çalışmada, doktor tavsiyesinin çoğunlukla olumlu karşılandığı, yarısının bırakma kararını güçlü şekilde etkilediği ve üçte birinin özgüvenini artırdığı görülmüştür (110).

Stead ve ark.'nın yaptığı 42 çalışmanın derlendiği meta analizde hekimlerin sigarayı bırakmayı teşvik etmede yaptıkları müdahalelerin etkileri araştırılmış kısa hekim müdahalesine karşılık tavsiye almayanlarda (veya olağan bakım) elde edilen verilere göre, bırakma oranı 1,66 kat artmıştır. Müdahale daha yoğun uygulandığında ise 1,84 kat artış tespit edilmiştir (111). Motivasyonel görüşmenin (yaklaşık 10 dakika) kısa tavsiyeyle (2 dakika) karşılaştırıldığında motivasyonel görüşmenin bırakma girişiminde bulunma olasılığını artırdığı görülmüştür (112).

Bir psikiyatri hastanesinde yapılan bir araştırmada, 44 hasta ile motivasyonel görüşmenin etkinliği incelenmiştir. Tüm katılımcılara nikotin replasman tedavisi, günlük kısa sigarayı bırakma önerisi ve grup terapisi uygulanmıştır. Müdahale grubundaki 19 hastaya ise ek olarak, her biri 30 dakika süren toplam dört seanstan oluşan motivasyonel görüşme desteği verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, müdahale grubunda yer alan 4 kişi sigarayı bırakırken, kontrol grubunda ise hiç kimse sigarayı bırakmamıştır. Her iki grupta da ortalama günlük sigara tüketimi 8 adet azalmıştır (113). Çalışmamızda, sigara bırakmaktan çok tüketimin azalması ve bırakmaya yönelik motivasyonel değişimler öne çıkmıştır. Sadece sigarayı bırakma tavsiyesinin bile sigara kullanımına olan etkisi göz önüne alındığında, aile hekiminin birinci basamakta düzenli olarak yaptığı bırakma önerisinin, tüketilen sigara miktarında azalmaya motivasyonel görüşmeyle birlikte katkıda bulunmuş olabileceği söylenebilir.

Transteoretik model, uygulanacak yaklaşımın etkin olabilmesi için bireyin sigarayı bırakmaya hazır olma durumuna doğru tanımlanması gerektiğini vurgulamaktadır (114). Çalışmamızda sigara bırakma isteği veya düşüncesinin varlığı temelinde gruplandırılan hastalarda motivasyonel görüşmelerin etkinliği incelendiğinde, zamanla anlamlı bir değişim olduğu ancak grup-zaman etkileşiminin anlamlı olmadığı görülmüştür. Üç farklı görüşmede gruplar arasında ilk iki görüşmede fark yokken, üçüncü görüşmede sigara bırakma isteği/düşüncesi olanların günlük içilen ortalamaları anlamlı şekilde daha düşüktür. Bu durum, motivasyonel görüşmenin özellikle sigarayı bırakmaya hazır bireylerde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Nicola Lindson ve ekibi, 15.000'den fazla tütün kullanıcısını kapsayan 37 randomize kontrollü çalışmayı inceleyerek motivasyonel görüşmenin (MG) sigara bırakmaya etkisini değerlendirmiştir. Değerlendirme dışı bırakılan çalışmalar; sigara bırakmayı sonuç olarak gözlemlemeyen, takip süresi 6 aydan kısa olan veya çalışma gruplarında MG dışında farklı müdahale bileşenleri içerenlerdir. Araştırmaya katılanlar arasında yakın zamanda sigarayı bırakmayı planlayanlar ve bırakma niyeti olmayanlar bulunmuştur. Motivasyonel görüşmeler bir ile 12 seans arasında değişmiş; toplam süre ise 5 ile 315 dakika arasında olmuştur. Bulgulara göre, motivasyonel görüşmenin tedavi uygulanmayan gruba kıyasla sigara bırakmaya etkisi düşük kesinlikte kanıtlarla gösterilmiştir (RR=0,84). Mevcut destek programlarına eklenen motivasyonel görüşmenin yalnızca destek programına göre başarı oranı 1,07 RR, diğer sigara bırakma destekleriyle karşılaştırıldığında ise 1,24 RR olarak raporlanmıştır. Ek olarak, düşük güvenilirlikteki bulgular yüksek yoğunluklu MG'nin düşük yoğunlukluya göre daha etkili olabileceğini ortaya koysa da, yanlılık riski yüksek olan üç çalışma çıkarıldığında bu değer RR=1,00 olarak hesaplanmıştır (115). Sigara bırakmaya hazır olmayan 255 sigara kullanıcısı ile yapılan 4 seanslık motivasyonel görüşme yapılan ve sigara kullanıcılarının 6 ay takip edildiği başka bir çalışmada ise motivasyonel görüşmenin sigara bırakma üzerinde anlamlı bir etkisi tespit edilmemiştir (116). Çalışmamız 6 aydan kısaydı ve katılımcılar yalnızca bir aylık takip süreci boyunca izlenmekteydi. Ayrıca çalışmamız hastaların sigara bırakma durumunu değil sigara tüketim alışkanlıklarını ve sigara bırakma başarısı öngörüsünü ölçmekteydi. Daha uzun takip süreli ve sigara bırakma durumlarının kesin ölçülebildiği çalışmalar motivasyonel görüşmenin etkisini daha kesin olarak ölçebilir.

Çalışmamızda her iki hasta grubunda farklı görüşmelerde ön test ve son test olarak uygulanan fagerström bağımlılık düzeyi testi (FNBT), sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği (SBBÖÖ) ve sağlık algısı ölçeklerinde (SAÖ) motivasyonel görüşmelerin etkisine bakıldığında elde edilen sonuçlar, sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların ön test FNBT ortalamalarının son test ortalamalarından daha yüksek olduğunu göstermekte ($t(36) = 2,594, p < 2.594$). Aksine bu katılımcıların ön test sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği ve sağlık algısı ölçekleri ortalamalarının son test ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermekteydi. Bir diğer deyişle yapılan görüşmeler sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların bağımlılık düzeyi testi (FNBT) puan ortalamalarının düşmesine, sigara bırakma başarısını öngörü ölçeği ve sağlık algısı ölçekleri puan ortalamalarının ise artmasına katkı sağlamıştır. Ancak sigara bırakma isteği/düşüncesi olmayan katılımcıların ön test ve son test puan ortalamalarında her üç değişkende de anlamlı bir değişme olmamıştır. Bu sonuç

motivasyonel görüşmelerin etkisinin yalnızca sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcılarda etkili olduğunu göstermektedir. Daha uzun süreli takip desteği sağlamak, motivasyonel görüşme sayılarını arttırmak, ek farmakolojik yöntemler ile desteklenmesi içilen sigara sayısını azaltıp bırakma oranlarını artırabilir. Çalışmamızda katılımcılar bir ay boyunca izlenmektedir. Araştırma, katılımcıların sigarayı bırakmadaki başarılarını tahmin etmeyi amaçlamaktadır. Takip süresi uzatıldığında, sigara bırakma durumlarının kesin olarak gözlemlenmesi mümkündür.

Nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bırakma başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Çalışma gruplarımızda FNBT bağımlılık skorları ortalaması sigara bırakma isteği olan grupta 3.89, sigara bırakma isteği olmayan grupta 4.30 olarak bulunmuştur. Motivasyonel görüşmeler sonunda birinci ayda sigara bırakma isteği olan grupta 3,54, sigara bırakma isteği olmayan grupta 4,18 olarak değişmiştir. Ülkemizde, ruhsal hastalığı olan katılımcılarda yapılan bir çalışmada 2 ay sonunda bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde FNBT puanları ortalaması 5,17'den 3,47'ye değişerek başlangıç düzeyinden anlamlı bir azalma sağlanmıştır (117). Poggiolini'nin çalışmasında da yüksek nikotin bağımlılığı olan bireylerin sigarayı bırakma eğilimlerinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir (118). Argüder ve arkadaşlarının çalışmasında FNBT ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı fark bulunmasa da bırakamayanların FNBT skorunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (90). Yaşar ve arkadaşları ise sigarayı bırakamayan grubun FNBT skorunu bırakan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulmuştur (85). Bunun yanında ülkemizde yapılan başka bir çalışmada anlamlı ilişki saptanmamıştır (119). Çalışmamızda yapılan motivasyonel görüşmeler sigara bırakma isteği/düşüncesi olan katılımcıların bağımlılık düzeyi testi (fagerström) puan ortalamalarının düşmesine katkı sağlamıştır.

Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (SBBÖÖ) kişilerin sigara bırakma başarısını öngörmeye kullanılabilir bir ölçektir (80). Karasu ve Özdemir'in sigara içen hastaların kalp ve damar cerrahisi geçirdikten sonraki sigara bırakma başarısı öngörülerini inceledikleri 92 kişi ile yaptıkları çalışmada hastaların SBBÖÖ toplam puan ortalaması 39,47 olarak bulunmuştur (120). Nacar ve arkadaşlarının 182 kişi ile yaptıkları bir çalışmada ise katılımcıların SBBÖÖ toplam puanı 31,51 olarak bulunmuştur (121). Çalışma gruplarımızda sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği skorları sigara bırakma isteği olan grupta 24.46 sigara bırakma isteği olmayan grupta 21,58 olarak bulunmuştur. Yapılan motivasyonel görüşmeler sonrası birinci ayda takrarlanan son testte ise sigara bırakma isteği olan grupta 26,95 sigara bırakma isteği olmayan

grupta 22,12 olarak bulunmuştur. Yapılan motivasyonel görüşmelerin her iki grupta da ölçek puanlarını yükselttiği görülmektedir.

Choi ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmada, sigara içmenin zararları hakkında yetersiz bilgiye sahip bireylerin daha yoğun şekilde sigara tükettikleri ve sigarayı bırakma konusunda istekli olmadıkları belirlenmiştir (122). Sait ve arkadaşlarının araştırmasında, sigara içen bireylerde sağlık okuryazarlığının, sigaraya bağlı sağlık sorunlarına dair duyarlılıkları, bu problemlerin ciddiyetine dair algıları ve sigarayı bırakmanın faydalarına yönelik inançları ile sigarayı bırakma niyetleri arasında pozitif bir ilişkinin beklendiği ifade edilmiştir (123). Güllülü ve Türk'ün 2015 çalışmasına göre, sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler sigaranın zararlarını bilseler de bu bilgi, sigarayı bırakma niyetlerini anlamlı olarak etkilememiştir (124). Diğer bir çalışmada ise, sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olmanın, sigarayı bırakmaya yönelik daha yüksek bir eğilimle ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca Lee ve ekibi, sigarayla ilgili bilgi ve zararlar hakkındaki farkındalık düzeyinin düşük olmasının, sigarayı bırakma niyetini de olumsuz etkilediğini saptamıştır (125). Olgun ve Kutlu'nun yaptığı çalışmada hastaların Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam puan ortalamaları 48,2 olarak saptanmıştır (126). Şanlıurfada yapılan bir çalışmada ise katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam puan ortalaması 49,94 olarak belirlenmiştir (127). Çalışma gruplarımızda Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam puan ortalaması sigara bırakma isteği olan grupta 52,22 sigara bırakma isteği olmayan grupta 52,77 olarak bulunmuştur. Yapılan motivasyonel görüşmeler sonrası birinci ayda yapılan son testte ise sigara bırakma isteği olan grupta 55,50 sigara bırakma isteği olmayan grupta 54,69 olarak bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. 45-59 yaş grubunda sigara bırakma denemeleri olsa da sigara başlama yaşının erişkinlik öncesi döneme dayandığı görülmektedir. Sigaraya yönelik farkındalık ve tedbirlerin ergenlik yaş dönemlerine yoğunlaştırılması önerilir.
2. Motivasyonel görüşme sayısının artması ile zamana bağlı olarak günlük tüketilen sigara sayısının azaldığı görülmektedir. Motivasyonel görüşmeler hastalarını sık gören aile hekimleri tarafından sigara bıraktırma başarısının artırılması için kullanılabilir.
3. Sigara bırakma isteğine katkısı olan durumlar incelendiğinde sağlık sorunları, hastalanma korkusu ve doktor tavsiyesi sık verilen cevaplar arasında yer almaktadır. Kişiye özel motivasyonel görüşmelerde bu kaygılar motivasyon sağlanmasında kullanılabilir.
4. Çalışmamız motivasyonel görüşmenin özellikle sigarayı bırakmaya hazır bireylerde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Sigara bırakma isteği düşüncesi olan grupta motivasyonel görüşmeler ile FNBT bağımlık düzeylerinde, sigara bırakma başarısı öngörü ölçeği puanlarında ve sağlık algısı puanlarında oluşan pozitif değişme özellikle sigara bırakma isteği olan tütün kullanıcılarında motivasyonel görüşmelerin önemli olabileceğini düşündürmektedir.
5. Çalışmamızda katılımcılar bir ay boyunca izlenmiştir. Araştırmamız, katılımcıların sigarayı bırakmadaki başarılarını tahmin etmeyi amaçlamaktadır. Katılımcıların daha uzun süreler boyunca izlendiği, takip sonunda sigara bırakma durumunun kesin olarak tespit edilebildiği, kontrol grupları ile motivasyonel görüşme dışı diğer destek ve tedavi yöntemlerinin etkinliğinin kıyaslanabildiği çalışmalar motivasyonel görüşmelerin etkinliği hakkında daha kesin bilgiler verebilir.

7. KAYNAKLAR

(Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.)

1. Chandler MA, Rennard SI. Smoking Cessation. Chest. Şubat 2010;137(2):428-35.
2. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2023: Protect People From Tobacco Smoke.
3. Organization WH, Control WFC on T. WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14 [Internet]. World Health Organization; 2013 [a.yer 08 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/80510>
4. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality In Relation To Smoking: 40 Years' Observations On Male British Doctors. BMJ. 08 Ekim 1994;309(6959):901-11.
5. CDC. Smoking and Tobacco Use. 2024 [a.yer 08 Temmuz 2025]. Benefits of Quitting Smoking. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/tobacco/about/benefits-of-quitting.html>
6. Marakoğlu K, Kargin NÇ. Nikotin Bağımlılığının Medikal Tedavisi. Turk Klin Fam Med - Spec Top. 2016;7(5):49-54.
7. Miller W. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. Behav Psychother [Internet]. 1983 [a.yer 09 Temmuz 2025]; Erişim adresi: <https://www.semanticscholar.org/paper/Motivational-Interviewing-with-Problem-Drinkers-Miller/e3ee70c3a0ba067b2127f36aefc0bca1c98ae445>
8. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 02 Mart 2015;(3):CD006936.
9. Eldein HN, Mansour NM, Mohamed SF. Knowledge, Attitude and Practice of Family Physicians Regarding Smoking Cessation Counseling in Family Practice Centers, Suez Canal University, Egypt. J Fam Med Prim Care. Haziran 2013;2(2):159.
10. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation - Stead, LF - 2013 | Cochrane Library. [a.yer 09 Temmuz 2025]; Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/full>
11. West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: An Update. Thorax. 01 Aralık 2000;55(12):987-99.
12. Musk AW, De Klerk NH. History Of Tobacco And Health. Respiriology. 2003;8(3):286-90.
13. IARC. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking.
14. Seydioğulları M. Dünya'da ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları. İçinde: Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları; 2010. s. 3-20.
15. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye'de Tütün (Nicotiana Tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi Ve Coğrafi Dağılımı Le Développement Historique et la Dispersion Géographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. Doğu Coğrafya Derg. 31 Ocak 2014;18(30):0.

16. Redmond DE. Tobacco and Cancer: The First Clinical Report, 1761. N Engl J Med. 01 Ocak 1970;282(1):18-23.
17. DeBakey M. Carcinoma of the Lung and Tobacco Smoking: A Historical Perspective. Ochsner J. Temmuz 1999;1(3):106-8.
18. World Health Organization. WHO Global Report On Trends İn Prevalence Of Tobacco Use 2000–2030. 2024 Oca.
19. Organization WH. WHO Global Report On Trends İn Prevalence Of Tobacco Use 2000-2025. World Health Organization; 2020. 121 s.
20. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, vd. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 Ekim 2020;396(10258):1223-49.
21. Europe WHORO for, Health R of TM of. National household health survey in Turkey: prevalence of noncommunicable disease risk factors 2017. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2018.
22. TÜİK Kurumsal [İnternet]. [a.yer 05 Eylül 2025]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
23. [hlth_ehis_sk3e] Cinsiyete, Yaşa Ve Eğitim Düzeyine Göre Günlük Sigara İçenler [İnternet]. Erişim adresi: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_sk3e/default/table?lang=en
24. Aslan D, Bilir N, Dilbaz H, Kılınç O, Örsel O, Özcebe L. Tütün Kullanım Sıklığı ve Sağlık Üzerine Etkileri Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). Ankara: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010.
25. Öztuna F, Aytemur A, Elbek O, Kılınç O, Küçük ÇU, Akçay Ş, Dağlı E. Can The Use Of Smokeless Tobacco Products Be Accepted As A Harm Reduction Method İn Tobacco Addiction? Turk Thorac J 2014. 15(4):136-41.
26. Goodman J. Tarihte Tütün: Bağımlılık Kùltürleri.
27. Wilbert J. The Ethnopharmacology of Tobacco in Native South America. İçinde: Adlkofer F, Thureau K, editörler. Effects of Nicotine on Biological Systems [İnternet]. Basel: Birkhäuser; 1991 [a.yer 25 Eylül 2025]. s. 7-16. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-0348-7457-1_2
28. Benowitz NL, Iii PJ. Daily İntake Of Nicotine During Cigarette Smoking. Clin Pharmacol Ther. 1984;35(4):499-504.
29. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. Nicotine Chemistry, Metabolism, Kinetics and Biomarkers. İçinde: Henningfield JE, London ED, Pogun S, editörler. Nicotine Psychopharmacology. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009. s. 29-60.
30. Li Y, Hecht SS. Carcinogenic Components of Tobacco and Tobacco Smoke: A 2022 Update. Food Chem Toxicol Int J Publ Br Ind Biol Res Assoc. Temmuz 2022;165:113179.
31. Morgan JC, Byron MJ, Baig SA, Stepanov I, Brewer NT. How people think about the chemicals in cigarette smoke: a systematic review. J Behav Med. 01 Ağustos 2017;40(4):553-64.
32. Talhout R, Schulz T, Florek E, Van Benthem J, Wester P, Opperhuizen A. Hazardous Compounds in Tobacco Smoke. Int J Environ Res Public Health. Şubat 2011;8(2):613-28.

33. Edwards R. The Problem Of Tobacco Smoking. BMJ. 24 Ocak 2004;328(7433):217-9.
34. West R. Tobacco Smoking: Health İmpact, Prevalence, Correlates And Interventions. Psychol Health. 03 Ağustos 2017;32(8):1018-36.
35. Jacob PI, Benowitz NL, Destailats H, Gundel L, Hang B, Martins-Green M, vd. Thirdhand Smoke: New Evidence, Challenges, and Future Directions. Chem Res Toxicol. 17 Ocak 2017;30(1):270-94.
36. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. Br J Cancer. Şubat 2005;92(3):426-9.
37. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, vd. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
38. Warren GW, Cummings KM. Tobacco and Lung Cancer: Risks, Trends, and Outcomes in Patients with Cancer. Am Soc Clin Oncol Educ Book. Mayıs 2013;(33):359-64.
39. Cai Z, Liu Q. Understanding the Global Cancer Statistics 2018: implications for cancer control. Sci China Life Sci. 01 Haziran 2021;64(6):1017-20.
40. Hecht SS. Tobacco Carcinogens, Their Biomarkers And Tobacco-İnduced Cancer. Nat Rev Cancer. Aralık 2003;3(10):733-44.
41. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. (Reports of the Surgeon General).
42. McRobbie H, Kwan B. Tobacco Use Disorder And The Lungs. Addiction. 2021;116(9):2559-71.
43. Tobacco Exposed - Poisoning Our Planet And A Key Driver For The TB Epidemic [Internet]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/31-05-2022-tobacco-exposed---poisoning-our-planet-and-a-key-driver-for-the-tb-epidemic>
44. Cardiovascular Diseases [Internet]. [a.yer 09 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>
45. Benowitz NL, Liakoni E. Tobacco Use Disorder and Cardiovascular Health. Addiction. Nisan 2022;117(4):1128-38.
46. Dai JB, Wang ZX, Qiao ZD. The Hazardous Effects Of Tobacco Smoking On Male Fertility. Asian J Androl. 2015;17(6):954-60.
47. Camlin NJ, McLaughlin EA, Holt JE. Through the smoke: Use of *in vivo* and *in vitro* cigarette smoking models to elucidate its effect on female fertility. Toxicol Appl Pharmacol. 15 Aralık 2014;281(3):266-75.
48. Fagerström K. The Epidemiology of Smoking. Drugs. 01 Aralık 2002;62(2):1-9.
49. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology Of Addiction: A Neurocircuitry Analysis. Lancet Psychiatry. 01 Ağustos 2016;3(8):760-73.
50. Kaya E, Akpınar D, Akpınar H. Bağımlılığın Patofizyolojisi. 2019; 2618-6020

51. Brody AL, Mandelkern MA, London ED, Olmstead RE, Farahi J, Scheibal D, vd. Cigarette Smoking Saturates Brain $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptors. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Ağustos 2006;63(8):907-14.
52. Jackson KJ, Muldoon PP, De Biasi M, Damaj MI. New mechanisms and perspectives in nicotine withdrawal. *Neuropharmacology*. 01 Eylül 2015;96:223-34.
53. McLaughlin I, Dani JA, De Biasi M. Nicotine Withdrawal. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015;24:99-123.
54. Bardakçı M, Öztora S. Assessment of Physiological and Psychological Dependence on Tobacco. *Ank Med J*. 2023;23(4):441-54.
55. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 s. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
56. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
57. Picciotto MR, Kenny PJ. Molecular Mechanisms Underlying Behaviors Related to Nicotine Addiction. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 01 Ocak 2013;3(1):a012112.
58. Shiffman S, Rolf CN, Hellebusch SJ, Gorsline J, Gorodetzky CW, Chiang YK, vd. Real-World Efficacy Of Prescription And Over-The-Counter Nicotine Replacement Therapy. *Addiction*. 2002;97(5):505-16.
59. Paneli TK ve BR. Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi: 2008 Güncellemesi. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı; 2008.
60. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model Of Health Behavior Change. *Am J Health Promot AJHP*. 1997;12(1):38-48.
61. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical Therapy: Toward A More Integrative Model Of Change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3):276-88.
62. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search Of How People Change: Applications To Addictive Behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
63. Sağlam L. Clinical Evaluation of Nicotine Dependence. *Güncel Göğüs Hastalık Serisi*. 22 Şubat 2017;4(1):78-89.
64. Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy For Smoking Cessation: Pharmacological Principles And Clinical Practice. *Br J Clin Pharmacol*. Şubat 2014;77(2):324-36.
65. Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(5):281-99.
66. Rigotti NA. Strategies to Help a Smoker Who Is Struggling to Quit. *JAMA*. 17 Ekim 2012;308(15):1573-80.
67. Wilkes S. The Use Of Bupropion SR In Cigarette Smoking Cessation. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. Mart 2008;3(1):45-53.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010 Ankara. ISBN:978-975-590-325-5. s.33-4, 70,73 [İnternet]. [a.yer 06 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/Yayinlar/Tutun_Bagimliliği_ile_Mucadele_El_Kitabı.pdf

69. Research C for DE and. Varenicline (marketed as Chantix) Information. FDA [Internet]. 22 Mart 2022 [a.yer 19 Ekim 2025]; Erişim adresi: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/varenicline-marketed-chantix-information>
70. Selby P, Zawertailo L. Tobacco Addiction. N Engl J Med. 28 Temmuz 2022;387(4):345-54.
71. Rigotti NA. Cytisine — A Tobacco Treatment Hiding in Plain Sight. N Engl J Med. 18 Aralık 2014;371(25):2429-30.
72. Pharmacotherapy For Smoking Cessation in Adults - UpToDate [Internet]. [a.yer 19 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults>
73. Rollnick S. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. New York: Guilford Press; 2008. (Applications of motivational interviewing).
74. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational Interviewing For Smoking Cessation - Lindson - Hawley, N - 2015 | Cochrane Library. [a.yer 30 Ekim 2025]; Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>
75. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing : Helping People Change. 3rd Ed. New York: Guilford Press; 2013. (Applications Of Motivational Interviewing).
76. Bundy C. Changing Behaviour: Using Motivational Interviewing Techniques. J R Soc Med. 2004;97 Suppl 44(Suppl 44):43-7.
77. Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, Baxter N, Jawad M, Katsaounou PA, vd. Treating Tobacco Dependence: Guidance For Primary Care On Life-Saving Interventions. Position Statement Of The IPCRG. Npj Prim Care Respir Med. 09 Haziran 2017;27(1):38.
78. 2025 Guidelines For Treating Tobacco Nicotine Dependence English [Internet]. [a.yer 26 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://ensp.network/wp-content/uploads/2025/05/2025-Guidelines-For-Treating-Tobacco-Nicotine-Dependence-English-v2.pdf>
79. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Ve Toraks. 2004;52(2):115-21.
80. Aydemir Y, Doğu Ö, Dede C, Çınar N. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği: Geliştirme ve Geçerlik, Güvenirlilik Çalışması. Addicta Turk J Addict. 29 Haziran 2019;6(2).
81. Kadioğlu H. Validity and Reliability of Turkish Version of Perception of Health Scale. 2012;
82. TÜİK Kurumsal [Internet]. [a.yer 28 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
83. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. Kocatepe Tıp Derg. (3).
84. TÜİK Kurumsal [Internet]. [a.yer 09 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>
85. Yasar Z, Kar Kurt O, Talay F, Kargi A. One Year Follow up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. Eurasian J Pulmonol. 02 Eylül 2014;16(2):99-104.

86. İzmir A, Akçay Ş, Eyüboğlu FÖ. One-Year Follow-up Results of Başkent University İzmir Zübeyde Hanım Hospital Smoking Cessation Outpatient Clinic. *Balıkesir Health Sci J*. 2015;4(2):65-70.
87. Williams JM, Ziedonis D. Addressing Tobacco Among Individuals With A Mental İllness Or An Addiction. *Addict Behav*. Ağustos 2004;29(6):1067-83.
88. Ersoy Gölcü E, Çetin H, Tüzün S, Öner C, Şener Cömert S, Ersin Şimşek E. Factors affecting the success of smoking cessation clinic: a cross-sectional study. *Bağımlılık Derg*. 01 Haziran 2022;23(2):199-204.
89. Solak ZA, Göksel T, Telli CG, Erdinç E. Success of a Smoking Cessation Program among Smoking Relatives of Patients with Serious Smoking-Related Pulmonary Disorders. *Eur Addict Res*. 17 Mart 2005;11(2):57-61.
90. Arguder E, Karalezli A, Hezer H, Kilic H, Er M, Canan Hasanoglu H, vd. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. *Turk Thorac JournalTürk Toraks Derg* [İnternet]. 24 Nisan 2013 [a.yer 12 Aralık 2025]; Erişim adresi: <https://thoracrespract.org/articles/doi/ttd.2013.18>
91. Ulukoca N, Gökğöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Firat Tıp Derg/Firat Med J* 2013; 18(4): 230-234
92. Capik C, Cingil D. Cigarette Smoking, Nicotine Dependency Level And Associated Factors Among Nursing Students. *Kafkas J Med Sci*. 2013;3(2):55-61.
93. Prochaska JJ, Benowitz NL. Current Advances İn Research İn Treatment And Recovery: Nicotine Addiction. *Sci Adv*. 16 Ekim 2019;5(10):eaay9763.
94. Barrington-Trimis JL, Braymiller JL, Unger JB, McConnell R, Stokes A, Leventhal AM, vd. Trends in the Age of Cigarette Smoking Initiation Among Young Adults in the US From 2002 to 2018. *JAMA Netw Open*. 06 Ekim 2020;3(10):e2019022.
95. Türkiye - Global Adult Tobacco Survey 2016 [İnternet]. [a.yer 13 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872>
96. Bayramlar OF, Uysal GS, Kocak EN, Surme S, Karabey S. Spotlight on Nurses' Smoking Prevalence And Addiction İn Istanbul, Türkiye, The Leading Country İn The Implementation of WHO MPOWER policies. *BMC Nurs*. 24 Temmuz 2024;23(1):505.
97. Oztuna F, Can G, Özlü T. Five-Year Outcomes For A Smoking Cessation Clinic. *Respirol Carlton Vic*. Kasım 2007;12(6):911-5.
98. Mistik S, Uzun C. Sigara Bırakmak İçin Başvuran Hastalarda Motivasyonel Görüşmeye Ek Olarak Cep Telefonu Sigara Bırakma Uygulaması Kullanımının Sigara Bırakma Üzerine Etkisi [İnternet] [tıpta uzmanlık]. erciyes üniversitesi; 2021. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
99. Rae J, Pettay D, Aubry T, Stol J. Factors Affecting Smoking Cessation Efforts of People With Severe Mental İllness: A Qualitative Study. *J Dual Diagn*. 02 Ocak 2015;11(1):42-9.
100. Sönmez CI, Ayhan Başer D, Aydoğan S. Evaluation of Knowledge, Attitudes, Behaviors and Frequency of Smoking among Medical Students of Düzce University. *Konuralp Tıp Derg*. 06 Temmuz 2017;89.
101. Rice VH, Templin T, Fox DH, Jarosz P, Mullin M, Seiggreen M, vd. Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control*. Aralık 1996;5(4):280-5.
102. TÜİK Kurumsal [İnternet]. [a.yer 15 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kuresel-Yetiskin-Tutun-Arastirmasi-2012-13142>

103. Bauermeister JA, Youatt EJ, Pingel ES, Soler JH, Johns MM. Psychosocial Obstacles to Smoking Cessation Attempts Among Young Adult Sexual Minority Women Who Smoke. *Behav Med Wash DC*. 2018;44(2):123-30.
104. Sağlam L. Investigation Of The Results Of A Smoking Cessation Clinic And The Factors Associated With Success. *Turk J Med Sci [Internet]*. 01 Ocak 2012 [a.yer 12 Aralık 2025]; Erişim adresi: <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/vol42/iss3/20>
105. Thrasher JF, Swayampakala K, Cummings KM, Hammond D, Anshari D, Krugman DM, vd. Cigarette package inserts can promote efficacy beliefs and sustained smoking cessation attempts: A longitudinal assessment of an innovative policy in Canada. *Prev Med*. 01 Temmuz 2016;88:59-65.
106. Tözün M, Tözün M. İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranların Sigara Ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanım Özellikleri Ve Nikotin Bağımlılık Durumları. *Eskişehir Türk Dünya Uygul Ve Araşt Merk Halk Sağlığı Derg*. 17 Ocak 2020;5(1):84-95.
107. Xie* * J, Zhong* * R, Zhu L, Chang X, Chen J, Wang W, vd. Smoking Cessation Rate And Factors Affecting The Success Of quitting In A Smoking Cessation Clinic Using Telephone Follow-Up. *Tob Induc Dis*. 20 Aralık 2021;19(December):1-11.
108. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation Of Smoking Cessation Success In Adults. *Respir Med*. 01 Ekim 2005;99(10):1303-10.
109. Silagy CA, Stead LF. Physician Advice For Smoking Cessation - Silagy, CA - 2001 | Cochrane Library. [a.yer 17 Aralık 2025]; Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165/full>
110. Ossip-Klein DJ, McIntosh S, Utman C, Burton K, Spada J, Guido J. Smokers Ages 50+: Who Gets Physician Advice to Quit? *Prev Med*. 01 Ekim 2000;31(4):364-9.
111. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation - Stead, LF - 2013 | Cochrane Library. [a.yer 17 Aralık 2025]; Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/full>
112. Butler CC, Stott N. Motivational Consulting Versus Brief Advice For Smokers In General Practice: A Randomized Trial.
113. Barrio P, Hidalgo-Mazzei D, Ilzarbe D, Fàbrega M, Moreno J, Balcells M, vd. Motivational Interviewing for Smoking Cessation in a Psychiatric Day Hospital: A Feasibility Study. *J Dual Diagn*. 02 Ekim 2014;10(4):226-9.
114. Cole TK. Smoking Cessation In The Hospitalized Patient Using The Transtheoretical Model Of Behavior Change. *Heart Lung J Cardiopulm Acute Care*. 01 Mart 2001;30(2):148-58.
115. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation - Lindson, N - 2019 | Cochrane Library. [a.yer 21 Aralık 2025]; Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/full>
116. Catley D, Goggin K, Harris KJ, Richter KP, Williams K, Patten C, vd. A Randomized Trial of Motivational Interviewing: Cessation Induction Among Smokers With Low Desire to Quit. *Am J Prev Med*. 01 Mayıs 2016;50(5):573-83.
117. Çiftçili SS, Ersoy MG. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Motivasyonel Görüşmenin Sigara İçme Davranışı Üzerine Etkisi [Internet]. [2019]: Marmara Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı; Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

118. Poggiolini C. High Self-Efficacy Regarding Smoking Cessation May Weaken The Intention To Quit Smoking. Wu AMS, editör. Cogent Psychol. 01 Ocak 2019;6(1):1574096.
119. Department of Family Medicine, University of Health Sciences Gaziosmanpasa Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey, Baspinar MM, Basat O, Department of Family Medicine, University of Health Sciences Gaziosmanpasa Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey. The Relationship between Smoking Cessation Fatigue and Nicotine Dependence Severity. ADDICTA Turk J Addict. 20 Mayıs 2020;6(Supp4):157-67.
120. Karasu VE, Özdemir A. Kalp Ve Damar Cerrahisi Sonrası Hastaların Sigarayı Bırakma Öngörülleri. Göbeklitepe Med Sci J [Internet]. 2023 [a.yer 23 Aralık 2025];6(12). Erişim adresi: <https://gobeklitepejournal.com/index.php/pub/article/view/184>
121. Nacar G, Hazar S, Selçuk EB, TİMUR S. Sigara Kullanan Kadınların Gebelik Planlarında Sigara Bırakma Öngörülleri Belirlenmesi. Sağlık Bilim Derg. 03 Nisan 2023;32(1):137-44.
122. Choi YJ, Seo HG, Kim Y, Kim E young, Fong GT, Yan M, vd. Tobacco Related Knowledge Is Associated with Heaviness of Smoking Index (HSI) and Intention to Quit among Korean Smokers: Findings from 2016 ITC Korea Survey. J Korean Soc Res Nicotine Tob. 31 Ocak 2018;9(0):31-8.
123. Söyler S, Yorulmaz M. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İnancı ve Sağlık Arama Davranışının Sigarayı Bırakma Niyeti Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Araştırma. 2024;
124. Güllülü U, Türk B. Kamu Spotlarının Sigara Bırakma/Azaltma Niyeti Üzerine Etkileri. Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, Sayı: 16, Temmuz 2015, ss. 23-41
125. Lee EH, Shin SH, Jeong GC. Smoking Awareness and Intention to Quit Smoking in Smoking Female Workers: Secondary Data Analysis. Int J Environ Res Public Health. 01 Mart 2022;19(5):2841.
126. Olgun Z, Kutlu R. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Turk J Fam Med Prim Care. 20 Mart 2022;16(1):196-205.
127. Barut DÇ, Esen E. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Bırakma Başarısı Öngörülleri Ve Sağlık Algılarının Değerlendirilmesi [Internet]. Harran Üniversitesi; 2024 [a.yer 23 Aralık 2025]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

8. EKLER

EK 1

KISIM 1:

TARİH:

TELEFON NO:

Sosyodemografik Veri Formu

1. Ad Soyad:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

4. Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul/Boşanmış

5. Eğitim Durumu: ☐ Okur-yazar değil. ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul
☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

6. Çocuk sahibi olma. ☐ Evet ☐ Hayır

7. Mesleğiniz:

Gelir durumunuz: ☐ Asgari ücret altı ☐ Asgari ücret ☐ Asgari ücret üzeri

8-Kronik hastalık: Var ☐ Yok☐

9-Kronik hastalık var ise : ☐ Hipertansiyon ☐ Koroner arter hastalığı ☐ Hiperlipidemi

☐ Diyabet. ☐ Astım ☐ KOAH. ☐ Kanser

☐ Periferik arter hastalığı. ☐ Psikiyatrik hastalık ☐ Diğer

Sigara Kullanım Özellikleri Anketi

1.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? adet/gün

2. Sigarayı ilk kez kaç yaşınızda içtiniz?

3. Sigaraya başlama nedeni:

☐ Merak ☐ Ebeveyn taklidi. ☐ Arkadaş ortamı ☐ Stres, üzüntü ☐ Diğer:

4. Hangi durumlarda daha çok sigara içme davranışı sergilersiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

☐ Yalnızlık. ☐ Stres ☐ Gerginlik ☐ Öfke ☐ Mutsuzluk ☐ Keyifli olduğum zamanlar

☐ Arkadaşların sigara ikramları. ☐ Rahatlamak istediğimde ☐ İştahımı baskılamak istediğimde

5. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?

☐ Evet (Eğer evet ise, kaç kez: En uzun bırakabildiğiniz süre:.....) ☐ Hayır

6. daha önce sigarayı bırakmayı denediyseniz bunun için destek aldınız mı

☐ destek almadım ☐ psikososyal destek aldım ☐ farmakoterapi aldım (nikotin bandı, nikotin sakızı, champix...)

7. Evde ya da iş yerinizde başka sigara içen kimse var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

8. Aşağıdaki nedenlerden hangilerinin sigara bırakma isteğinize katkısı var

☐ sağlık sorunlarım ☐ inançlarımdan dolayı ☐ hastalanma korkusu ☐ doktor önerisi
☐ ekonomik nedenler ☐ kokusundan dolayı ☐ kapalı alanlarda sigara içme yasakları ☐ çevre baskısı

9. Sigarayı bırakma düşünceniz/isteğiniz var mı?	VAR ()	YOK ()
---	----------------	----------------

KISIM 2

Tarih:

Bu bölüm ikinci görüşmede doldurulacaktır.

- 1.Şu anda sigara içiyor musunuz? Evet (). Hayır ()
- 2.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? adet/gün
3. Sigara bırakma polikliniğine başvurunuz oldu mu? a) Evet. () b) Hayır ()
- 4.Herhangi bir medikal destek tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

KISIM 3

Tarih:

Bu bölüm 3. görüşmede doldurulacaktır

- 1.Şu anda sigara içiyor musunuz? Evet () Hayır ()
- 2.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? adet/gün
3. Sigara bırakma polikliniğine başvurunuz oldu mu? a) Evet () b) Hayır ()
- 4.Herhangi bir medikal destek tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

EK 2: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: Sabah uyandıktan sonraki ilk sigaranızı ne zaman içersiniz?

- 0--Bir veya daha fazla saat sonra (0 puan)
- 1--31-60 dk. içinde (1 puan)
- 2--6-30 dk. içinde (2 puan)
- 3--Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)

Soru 2: Sigara içme yasağı olan yerlerde bu kurala uymakta zorlanıyor musunuz?

- 0--Hayır (0 puan)
- 1--Evet(1puan)

Soru 3: Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

- 0--Diğer herhangi biri (0 puan)
- 1—Sabah içtiğim ilk sigaradan (1 puan)

Soru 4: Gün içerisinde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- 0--10 ve daha az (0 puan)
- 1--11-20 adet (1 puan)
- 2--21-30 adet (2 puan)
- 3—31vedahafazla(3puan)

Soru 5: Sabahın ilk saatlerinde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

- 0--Hayır (0 puan)
- 1--Evet(1puan)

Soru 6: Yatakta yatacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- 0--Hayır (0 puan)
- 1--Evet (1 puan)

0-2 çok hafif bağımlılık

3-4 hafif bağımlılık

5 orta derecede bağımlılık

6-7 ileri derecede bağımlılık

8-10 çok ileri derecede bağımlılık

EK 3: Sigarayı Bırakma Başarısını Öngörü Ölçeği

Soru	Çok	Orta	Az
1: Kendimi sigarayı bırakmaya hazır hissediyorum.	[]	[]	[]
2: Sigarayı bırakmayı yeterince düşündüm.	[]	[]	[]
3: Sigara içmeyi önemli bir sorun olarak görüyorum.	[]	[]	[]
4: Sigaranın sağlığını olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	[]	[]	[]
5: Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya hazırım.	[]	[]	[]
6: Sigarayı bırakma ile ilgili tüm önerilere uyarım.	[]	[]	[]
7: Sigarayı bırakmamı ailem ve yakın çevrem destekleyeceğini düşünüyorum.	[]	[]	[]
8: İstersem sigarayı bırakabileceğime inanıyorum.	[]	[]	[]
9: Sigarayı bırakırken çok zorlanacağımı düşünüyorum.	[]	[]	[]
10: Sigarayı bırakma yönündeki çabalarımın boşa gitmeyeceğini düşünüyorum.	[]	[]	[]

EK 4: Sağlık Algısı Ölçeği

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

1=Kesinlikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm					
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.					
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kahrım.					
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11.	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim					
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

EK 5



**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
Başvuru Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
(Tek sayfa olarak hazırlanacaktır)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "45-59 Yaş Grubu Tütün Kullanan Bireylerde Yapılan Motivasyonel Görüşmelerin Tütün Kullanım Durumlarına Etkisi"

Bu araştırmanın amacı Bolu ilinde Mudurnu aile aile sağlığı merkezine başvuran 45-59 yaş grubu tütün kullanan bireylerin tütün kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi ve birinci basamak özelinde gelen hasta profilinin çıkarılması, sigarayı bırakma isteklerinin incelenmesi ve yapılan motivasyonel görüşme desteğinin sigara bırakma başarısına etkisinin değerlendirilmesidir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05 [redacted] no.lu telefondan İbrahim YORULMAZ'a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada 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. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

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 tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza: