

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR SİGARA BIRAKMA MERKEZİNE
BAŞVURAN KİŞİLERDE ALGILANAN SOSYAL
DESTEĞİN SİGARA BIRAKMA ÜZERİNE ETKİSİ**

DR. MEHMET GÜRKAN GÜZEL

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**BİR SİGARA BIRAKMA MERKEZİNE
BAŞVURAN KİŞİLERDE ALGILANAN SOSYAL
DESTEĞİN SİGARA BIRAKMA ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MEHMET GÜRKAN GÜZEL

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. Türkan GÜNAY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi	7
2.2. Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi	8
2.2.1. Dünya’da tütün kullanımının epidemiyolojisi	8
2.2.2. Türkiye’de tütün kullanımının epidemiyolojisi	9
2.3. Tütün Kontrolü	9
2.3.1. Dünya’da tütün kontrolü çalışmaları	9
2.3.2. Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları	11
2.4. Sigarayı Bırakma Süreci	14
2.4.1. Sigara bırakmada olguların evrelendirilmesi	14
2.4.2. Sigara bırakmada olguların evresine göre yaklaşım	16
2.4.3. Sigara bırakma başarısı üzerine etkili faktörler	17
2.5. Sosyal Destek	18
2.5.1. Sosyal destek tanımları	18
2.5.2. Sosyal desteğin kaynağı, sınıflandırması	19
2.5.3. Sosyal desteğin işlevi	19
2.5.4. Sosyal desteğin etki modelleri	19
2.5.5. Sosyal destek ve sağlık	20
2.5.6. Sosyal destek ve sigara	20
2.6. Öz Yeterlilik	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi	24
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.4. Değişkenlerin Tanımlanması	27
3.5. Veri Toplama	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Çözümlemesi	30
3.7. Ulaşma Oranı	31
3.8. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	32
3.9. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler	32
4. BULGULAR	33
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	33
4.2. Çözümleyici Bulgular	40
5. TARTIŞMA	46
5.1. Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlgili Özellikler	46
5.2. Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Değişkenlerle İlgili Özellikler	47
5.3. Sağlığa İlişkin Değişkenlerle İlgili Özellikler	49
5.4. Sosyal Destek	49
5.5. Öz Yeterlilik	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
7. KAYNAKLAR	54
8. EKLER	64
EK 1: Ek Tablolar	64
EK 2: Veri Toplama Formu	67
EK 3: Etik Kurul Onay Formu	71

TABLO DİZİNİ

		Sayfa
Tablo 1.	DSÖ bölgelerinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklığı (2010 yılı ve 2025 yılı projeksiyonu)	9
Tablo 2.	Sigarayı bırakmak için istekli kişilere 5A yaklaşımı	16
Tablo 3.	Sigarayı bırakmak için isteksiz kişilere 5R yaklaşımı	17
Tablo 4.	Ulaşma durumu özellikleri	31
Tablo 5.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 6.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı	34
Tablo 7.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) ilk başvuru yıllarına göre dağılımı	34
Tablo 8.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlarda (kontrol) sigara ve alkol kullanımına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı	35
Tablo 9.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlarda (kontrol) evde kendisinden başka sigara içen kişilerin varlığına göre dağılımı	35
Tablo 10.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı	36
Tablo 11.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) kronik hastalık durumlarına göre dağılımları	37
Tablo 12.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) anksiyete ve depresyon durumlarına göre dağılımı	37
Tablo 13.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) kullanılan tedavi ile ilgili özelliklere göre dağılımı	38
Tablo 14.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyleri	39
Tablo 15.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması	41
Tablo 16.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında ilk başvuru yıllarının karşılaştırılması	41
Tablo 17.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sigara ve alkol kullanımına ilişkin özelliklerin karşılaştırılması	42
Tablo 18.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında kullanılan tedavi ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması	43
Tablo 19.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sağlığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılması	43
Tablo 20.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında algılanan sosyal destek ve genel öz yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması	44
Tablo 21.	Sigara bırakma üzerine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi	45

ŞEKİL ve GRAFİK DİZİNİ

		Sayfa
Şekil 1.	Sigara Bırakmada Olguların Evrelendirilmesi	15
Şekil 2.	Sosyal Desteğin Sigarayı Bırakmayı Etkileyebilecek Potansiyel Yolları	21
Şekil 3.	Örnek Seçimi	25
Şekil 4.	Araştırmanın Zaman Çizelgesi	32
Grafik 1.	Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı	36



KISALTMALAR

AHCPR: Agency for Health Care Policy Research

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

CO: Karbonmonoksit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

KYTA (GATS): Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (Global Adult Tobacco Survey)

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

OR: Odds Ratio

SSUK: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

TAPDK: Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurulu

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

WHO: World Health Organization

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında değerli katkı ve önerilerde bulunan tez danışmanım Prof. Dr. Türkan Günay'a,

Halk sağlığı uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, bilgi ve birikimlerini paylaştan tüm halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyelerine,

Beraber çalışmaktan ve öğrenmekten mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma,

Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezi çalışanlarına ve çalışmaya zaman ayırma özverisinde bulunan tüm katılımcılara,

Yaşamımın her anında sevgi ve destekleri ile yanımda olan canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Gürkan Güzel

BİR SİGARA BIRAKMA MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN SİGARA BIRAKMA ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sigara kullanımı önlenabilir hastalık ve ölümlerin en önemli sebebidir. Sigarayı bırakmak kişi ve kişinin çevresi için önemli bir davranış değişikliğidir. Sigara içenlerin bir kısmı sigara bırakma girişiminde bulunmakta ancak büyük bir kısmı başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Sigara bırakma sürecini etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi başarılı sigara bırakma girişimlerinin planlanması açısından önemlidir. Bu araştırmada İzmir ilinde Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezine Ocak 2011- Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran 30-59 yaşları arasında olan kişilerde algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma olgu kontrol tipinde bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Ocak 2011 – Aralık 2014 tarihleri arasında Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezine başvurmuş 30-59 yaş grubundaki 761 kişi oluşturmaktadır. Algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine orta düzeyde (0.5) etki büyüklüğü %95 güç ve %95 güven düzeyinde tespit edebilmek için kontrol/olgu oranı 1 alınarak, örneğe sigarayı on iki aylık izlem sonucunda bırakmış ve halen içmeyen (olgu) ve sigarayı bırakamamış ve halen sigara içen (kontrol) kişiler arasından en az 105'er kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. Olgu grubu için örnek seçilmeyip sigarayı bırakmış 185 kişinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Kontrol grubuna alınacak 185 kişi, sigarayı bırakamamış 554 kişi arasından basit rasgele örnek seçim yöntemiyle belirlenmiştir. Bağımlı değişken, sigarayı bırakma durumudur. Temel bağımsız değişken, algılanan sosyal destek düzeyidir ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Diğer bağımsız değişkenler, öz yeterlilik düzeyi, sosyo-demografik, sigara ve alkol kullanımına ilişkin ve sağlığa ilişkin değişkenlerdir. Öz yeterlilik düzeyi Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde ve ortalama veya ortanca değerler ile sunulmuştur. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ki-kare, t testi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada olgu grubundaki 185 kişiden 85 (%45.9)'i, kontrol grubuna seçilen 185 kişiden ise 82 (%44.3)'si araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyi ortalaması sigarayı bırakanlarda bırakamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak oklu analiz sonucunda algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin anlamlılığı kaybolmuştur. z yeterliliğin sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi çoklu analiz sonucunda da devam etmiştir. Kişilerin z yeterlilik leğinden aldıkları her bir puan artışının sigara bırakmayı %6 arttırdığı saptanmıştır. Kişilerin alkol kullanmıyor olmasının sigara bırakmayı 2.4 kat arttırdığı, kronik hastalılığının olmamasının ise sigara bırakmayı 2.2 kat arttırdığı gösterilmiştir.

Sonuç: Algılanan sosyal destek düzeyinde sigarayı bırakanlarla bırakamayanlar arasında fark bulunamamıştır. Kişilerin z yeterlilik algılarının artması, alkol kullanmaması ve kronik hastalılığının olmaması sigara bırakmayı arttırmaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde psikologlardan da destek alınarak başvuranların aile bireylerine de sigara bırakma süreciyle ilgili danışmanlık yapılması ve bireylerin öz yeterliliklerini geliştirici görüşmelerin yapılması sigara bırakma girişimlerinin etkinliğini arttırabilir.

Anahtar Szckler: Sosyal destek, sigara bırakma, z yeterlilik

THE EFFECT OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT ON SMOKING CESSATION ON PEOPLE WHO APPLY TO A SMOKING CESSATION CENTER

ABSTRACT

Introduction and Aim: Smoking is the main cause of preventable diseases and deaths. Smoking cessation is an important behavioral change for the individuals and those around them. Although some smokers try to quit smoking, most of them fail. Evaluating the factors that affect the process of smoking cessation is important for planning successful smoking cessation interventions. The aim of this study was to analyse the effect of perceived social support on people aged between 30 – 59 who applied to Balçova Municipality Smoking Cessation Center between January 2011 – December 2014 in the city of Izmir.

Method: The type of the study is case – control. The study population consists of 761 people aged between 30-59, of whom applied to Balçova Municipality Smoking Cessation Center between January 2011 December 2014. To determine the effect of perceived social support on smoking cessation at the moderate (0.5) effect size, 95% power, 95% confidence level; the control / case rate was taken as 1 and minimum sample size was calculated as 105 persons who quit smoking (case) and 105 persons who did not quit smoking (control) at the end of the 12 month follow-up after the application. All 185 individuals in the case group who quit smoking were aimed to reach and no sample was selected. Of 554 persons who could not quit smoking, 185 individuals were selected to the control group by simple random sampling. The dependent variable is smoking cessation status. The main independent variable is perceived social support status and it was evaluated with “Multidimensional Scale of Perceived Social Support”. Self-efficacy level, variables associated with socia-demographic status, cigarette and alcohol consumption and health status are the other independent variables of the study. Self efficacy level is evaluated with “General Self-Efficacy Scale”. Descriptive results were presented by numbers, percentage and mean or median values. The associations between dependent variable and independent variables are analyzed with chi-square, t test and logistic regression. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: In the study, 85 (45.9%) of the 185 persons in the case group and 82 (44.3%) of the 185 persons in the control group accepted to participate the survey. Perceived social support level was found significantly higher in those who quit smoking than those did not. But the effect of social support on smoking cessation was lost in multivariate analysis. The effect of self-

efficacy on smoking cessation continued in multivariate analysis. For each point gained in self-efficacy scale, the smoking cessation increased by %6. The rate of smoking cessation was 2.4 times higher in those who did not consume alcohol, and 2.2 times higher in those who did not have a chronic disease.

Conclusion: There was no significant difference in the levels of perceived social support in those who quit smoking and who did not. Smoking cessation was higher in individuals with higher self-efficacy levels, who did not consume alcohol and who did not have a chronic disease. Providing psychologist support for the smoking cessation process, consulting the family members of the applicants and improving the self-efficacy of the individuals by organized meetings may help to improve the efficiency of smoking cessation interventions.

Key Words: Social support, smoking cessation, self-efficacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bağımlılığı, tekrarlanan madde kullanımı sonrası gelişen fizyolojik, davranışsal, bilişsel olaylar olarak tanımlamaktadır. Bu olaylar maddeyi kullanmak için güçlü istek ve davranış gösterilmesi, madde kullanımının kontrolünde zorluk yaşanması, daha önceleri daha çok önem verilen diğer davranışlara göre öncelik kazanması, kötü sonuçlanacağını bilmesine rağmen kullanmaya devam etmesi, tolerans belirtilerinin görülmesi, fizyolojik çekilme belirtilerinin görülmesi olarak belirtilmektedir. Tütün bağımlılığı da diğer bağımlılık yapıcı maddelerle birlikte bu tanım kapsamında değerlendirilmektedir (1,2).

Tütün kullanımının en yaygın şekli sigaradır. Tütün kullanımı, çok yaygın bağımlılık çeşidi olması ve insan sağlığına olumsuz etkileri nedeniyle dünyada ve ülkemizde önemli ve önlenabilir halk sağlığı sorunlarından biridir (3). Dünya genelinde 1.6 milyar kişinin tütün kullanmakta olduğu ve yılda 6 milyon kişinin tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. 2012 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına (KYTA) göre Türkiye’de 15 ve üzeri yaştaki yetişkinlerin %27.1’inin (yaklaşık 15 milyon kişi) tütün ürünü kullandığı ve yılda yaklaşık 100 bin kişinin tütün kullanımına bağlı hastalıklardan öldüğü tahmin edilmektedir (4). KYTA’na katılan sigara içenlerin %46.0’ı KYTA yapılmasından önceki 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denemiş ve %55.1’i sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (5). Görüldüğü üzere sigara içenlerin bir kısmı sigara bırakma girişiminde bulunmakta ancak büyük bir kısmı başarısızlıkla sonuçlanmaktadır.

Sigara bağımlılığına yönelik uygulanan tedaviler psikososyal ve farmakolojik tedaviler başlıkları altında değerlendirilebilir (6). Farmakolojik tedavi kapsamında sıklıkla nikotin replasman tedavileri, vareniklin, bupropion hidroklorür kullanılmaktadır. Psikososyal tedaviler ise uygulamalı danışmanlık hizmetleri, bilişsel-davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, tedavinin bir parçası olarak ve tedavi dışı sosyal destek olarak sınıflandırılabilir (6).

Sosyal desteğin farklı tanımları olmakla birlikte bireyin çevresinden gördüğü dürüst ve empatik tepki, ilgi, sevgi, güven, saygı, takdir edilme, bilgi edinme ve maddi yardım gibi kişisel, sosyal, psikolojik ve ekonomik nitelikli her türlü yardım süreci olarak tanımlanmaktadır (7). Sosyal destek kuramsal olarak aile, arkadaşlar ve birey için anlamlı diğer kişiler olmak üzere üç farklı kaynaktan elde edilmektedir (8). Sosyal desteğin işlevi duygusal (güven verme, saygı, sevgi), bilgi sağlayıcı destek (tavsiye verme), araçsal destek (bir problemini çözmeye yardımcı olma) ve değerlendirme desteği (olumlu geribildirim verme) olarak tanımlanabilir (9).

Sosyal desteğin doğrudan etkiyle stres düzeyinden bağımsız bir şekilde kişinin arzu edilen veya arzu edilmeyen davranışlarını biçimlendirmeye yönlendirebileceği, davranış değişikliğini motive edebileceği ve motivasyonunu sürdürmesini sağlayabileceği, dolaylı etkiyle davranış değiştirmeye neden olan faktörleri (sakin ortam, günlük sorunların, stresin olumsuz duyguların azalması, uygun başa çıkma stratejilerini desteklemesi, öz yeterlilik algısı) etkileyerek sigara bırakmada etkili olduğu belirtilmektedir (9,10).

1.2. Amaç

Araştırmanın amacı İzmir ilinde Balçova Belediyesi sigara bırakma merkezine Ocak 2011 - Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran 30-59 yaş arası kişilerde algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün kullanımının tarihçesi

Tütün tarımının milattan önce 6000 yıllarında Amerika kıtasında başladığı ve tütünün Güney Amerikalı yerliler tarafından keyif, tören ve çeşitli tıbbi uygulamalar için kullanıldığı belirtilmiştir. Avrupa’da tütünün tanınması ve yaygınlaşması Christopher Columbus’un 1492 yılında Küba’ya ayak basmasından sonra Avrupalı gemicilerin önce kendilerinin alışması ve daha sonra Avrupa’ya götürmesi sonucu olmuştur (11,12).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılma amacı ve şekli tarihsel süreç içinde farklılaşmıştır. Tütün Küba adasındaki yerliler tarafından dini törenlerde ve şöenlerde kullanılmaktaydı. Önceleri puro ve pipo içinde kullanılırken, sonraları enfiye (snuff) şeklinde buruna çekme, tütün sakızı (dipped) şeklinde de kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca çiğnenmiş, yenilmiş, içilmiş (çay gibi), vücuda sürülmüş (bit ve diğer parazitleri öldürmek için), göz damlası ve lavman şeklinde kullanımları olmuştur. Cesaret verici özelliğinden dolayı savaş öncesi savaşçıların yüzlerine sürülmüş, böcek öldürücü özelliğinden dolayı dikim öncesi tarlalarda kullanılmıştır. Tıbbi olarak çeşitli rahatsızlıklar için kullanılmıştır (böcek ısırmaları, ağrı, kabızlık, hemoroid kanamaları, burun polipleri) (12–14).

On dokuzuncu yüzyılın başlarında puro kullanımı yaygınken sigara yapan makinenin 1881 yılında ABD’de bulunmasıyla sigara en sık kullanılan biçimi haline gelmiştir (12,15). Sigaranın zararlı etkilerinin bilinmediği dönemde kullanımı konusunda kısıtlama yapılmamış, hatta kullanımı çeşitli şekillerde desteklenmiş, bu şekilde sigara kullanımı hızla yaygınlaşmıştır (11).

Özellikle tütünün içinde bulunan nikotinin 1828 yılında ayrıştırılması ve bu maddenin etkilerinin keşfiyle tütüne olan bakış çok daha temkinli hale gelmiştir. Ancak 19. yüzyılın sonlarına doğru tütün bitkisinin tıbbi kullanımına yönelik çalışmalar yayınlanmaya devam etmekte ve antiseptik, uyarıcı amaçlı, kaşıntı, saçkıran, mantar hastalıklarının, çeşitli ülser türlerinin tedavisinde kullanımı devam etmektedir. British Medical Journal’da 1889 yılında yayınlanan bir makalede, sigara içen kişilerde difteri ve tifüs hastalıklarının görülme oranının düşük olduğu ifade edilirken; 1913 yılında yayınlanan başka bir makalede tütünün koleraya karşı önleyici etkisinden bahsedilmektedir (14).

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren Richard Doll, Frederick L. Hoffman, Alton Ochsner ve Michael Debaquey gibi araştırmacıların sigaranın sağlığa zararları ile ilgili çalışmaları sonucunda çeşitli ülkelerde sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımına kısıtlamalar getirilmesi gündeme gelmiştir (11,14). Tütün kullanımının insan sağlığına zararları konusunda ilk uyarı, 1964 yılındaki Surgeon General Raporunda belirtilmiştir. Tütün kullanımının zararları hakkında kanıtların yeterli düzeye gelmesinden sonra DSÖ 1970 yılında tütün kullanımının sağlık açısından sakıncalı olduğuna işaret etmiş, 10 yıl sonra ise sigaranın “sağlıklı olmak” ile bir arada olamayacağına işaretle “sigara ya da sağlık” ifadesini gündeme getirmiş ve “siz sağlığı seçin” önerisinde bulunmuştur (11).

2.2. Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı, önemli ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Tütün, kullanıcılarının yaklaşık üçte biri ile yarısını öldürmekte ve bu kişiler 15 yıl erken ölmektedirler (16–18). Dünya genelinde yılda yaklaşık 6 milyon kişi tütün kullanımına bağlı hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin 5 milyondan fazlası tütün kullananlarda, 600000’den fazlası ise pasif içicilerde görülmektedir (19). Tütün kullanımı kontrol edilmezse 2030 yılına gelindiğinde bu sayının 8 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (20,21).

Dünya genelinde 2015 yılında 1 milyardan fazla kişi tütün kullanmaktadır. Tütün kullananların %80’inden fazlasının sabit nüfus artışı ve tütün endüstrisinin hedefi olmaları sonucunda gelişmekte olan ülkelerde olduğu görülmektedir (19,21). 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin %80’inden fazlasının gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (20). DSÖ’nün yürüttüğü Global Adult Tobacco Survey (GATS) sistemi, 22 ülkeden tütün istatistikleri toplayarak dünya nüfusunun yaklaşık %60’ını kapsayan GATS verilerini sunmaktadır (22). Tablo 1’de DSÖ bölgelerinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklığı gösterilmektedir.

Tablo 1. DSÖ bölgelerinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklığı (2010 yılı ve 2025 yılı projeksiyonu) (23)

	2010			2025 projeksiyonu		
DSÖ bölgeleri	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Afrika	23.2	2.5	12.8	34.7	1.6	18.1
Amerika	24.1	14.2	19.0	16.3	8.6	12.3
Doğu Akdeniz	35.1	3.1	19.5	45.3	2.5	24.6
Avrupa	40.3	19.9	29.6	31.3	15.9	23.3
Güney Doğu Asya	33.1	2.9	18.2	27.5	1.2	14.5
Batı Pasifik	49.4	3.6	26.8	43.3	2.4	23.2
Genel	36.9	7.3	22.1	33.2	4.7	18.9

2.2.2. Türkiye’de Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi

Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında yıllara göre sigara kullanma sıklığının azaldığı gözlenmekle birlikte, sigara kullanımı sıklığının yüksek olduğu ülkeler arasındadır. Her yıl yaklaşık 100bin kişinin ölümüne sebep olmaktadır (21). Ülkemizde 15 yaş üzerindeki yetişkinlerde tütün kullanma sıklığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında 2008 yılında %31.2; 2012 yılında %27.1 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde bu oran 2008 yılında %47.9, 2012 yılında %41.5; kadınlarda 2008 yılında %15.2, 2012 yılında %13.2 olarak saptanmıştır (5,24).

DSÖ’ye göre 2025 yılında Türkiye’de sigara kullanma sıklığının %17.8; erkeklerde %28.0; kadınlarda %8.2 olacağı tahmin edilmektedir (23).

2.3. Tütün Kontrolü

DSÖ’nün tanımına göre tütün kontrolü, toplumun tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlık düzeylerini yükseltmeyi amaçlayan, arz, talep ve zararı azaltma stratejileridir (25).

2.3.1. Dünya’da tütün kontrolü çalışmaları

Sigaranın sağlığa zararları konusundaki bilimsel kanıtların 1950’lerden başlayarak ortaya konması ve bu bilgiler doğrultusunda 1964 yılında Surgeon General raporunda sigara ve akciğer kanseri ilişkisinin belirtilmesinden sonra dünyada bu konuya ilgi artmış ve tütün kullanımının kontrolü düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bir taraftan yeni araştırmalar yapılırken, bir taraftan da tütün kullanımının zararları ve korunma yollarının tartışılması amacıyla bilimsel toplantılar düzenlenmeye başlanmıştır (26).

İlk “Dünya Tütün ve Sağlık Konferansı” 1967 yılında New York’ta yapılmıştır. DSÖ’nün 1970 yılındaki Genel Kurul toplantısında alınan kararla tütün kullanımının zararlarının önlenmesi gereğini belirtir bildiri yayınlanmıştır. DSÖ, 1980 yılındaki Dünya Sağlık Günü’nde “Sigara ya da Sağlık; Siz Sağlığı Seçin” ifadelerini kullanarak sigara ile mücadelenin önemine dikkat çekmiştir. Daha sonra 1988 yılından başlayarak 31 Mayıs günü “Dünya Sigarasız Günü” olarak belirlenmiştir (26).

Dünya’da tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” (TKÇS) ile ilgili çalışmalar 2001 yılında başlamış, 21 Mayıs 2003 tarihinde Cenevre’de DSÖ’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. Sözleşme gereğince 40. ülkenin onayından 90 gün sonra 27 Şubat 2005 tarihinde uluslararası anlaşma haline gelerek yürürlüğe girmiştir (27). Ocak 2017 itibarıyla TKÇS’yi 168 ülke imzalamış ve TKÇS’ye 180 ülke taraf olmuştur (27).

Sözleşme’nin amacı tütün kullanımı ve tütün dumanına maruz kalmanın yaygınlığını azaltmak için ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde uygulanacak tütün kontrol önlemleri çerçevesi sağlayarak mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın olumsuz sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumaktır (28).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi aşağıdaki başlıkları içermektedir (29).

A. TÜTÜNE TALEBİ AZALTMAYA YÖNELİK ÖNLEMLER

1. Tütüne talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri

2. Tütüne talebi azaltmada fiyat dışı önlemler

- Tütün dumanından korunma
- Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme
- Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme
- Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi
- Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilinç
- Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu ile ilgili kısıtlamalar
- Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili önlemler

B. TÜTÜN ARZININ AZALTILMASINA YÖNELİK ÖNLEMLER

1. Tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin engellenmesi

2. Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılmasının engellenmesi

3. Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması

C. ÇEVRENİN KORUNMASI

1. Çevrenin ve insan sağlığının korunması
2. Araştırma, izleme ve bilgi alışverişi
3. Bilgi verme ve bilgi alışverişi
4. Bilimsel, teknik ve yasal alanlarda iş birliği ve uzman desteği sağlanması

TKÇS ile tütün kontrolü konusunda sağlanan başarıyı güçlendirmek amacı ile DSÖ tarafından 2008 yılında M-POWER eylem planı yayınlanmıştır. Bu eylem planında tütün kullanımı ve tütün kontrolü ile ilgili ülkelere yol gösterici nitelikte 6 temel strateji önerisinde bulunmaktadır (30).

Monitor tobacco use and prevention policies: tütün kullanımının ve tütün kontrolü konusundaki uygulamaların izlenmesi

Protect people from tobacco smoke: Bireylerin sigara dumanının pasif etkileniminden korunması

Offer help to quit tobacco use: sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanması

Warn about the dangers of tobacco: Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması

Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship: Tütün ürünlerinin reklamı, tanıtımı ve sponsorluğunun yasaklanması

Raise taxes on tobacco: Tütün ürünlerine uygulanan vergilerin artırılması

2.3.2. Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları

Sağlık Bakanlığı tarafından 1988 yılında ülke genelinde tütün kullanım sıklığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışma ile ülke genelinde tütün kullanım sıklığı %44; erkeklerde %62, kadınlarda %24 bulunmuş ve tütün kullanımının azaltılmasına yönelik çabalar başlamıştır. Bu amaçla hazırlanan ilk yasa 1991 yılında TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi) tarafından kabul edilmiş ancak Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiştir. Konu üzerine çalışmalar yapan doktorlar 1992 yılında tütün ve sağlık konusunda, akademisyenlerin, siyasi parti temsilcilerinin ve medya temsilcilerinin de davet edildiği bir sempozyum düzenlemişlerdir. Aynı grup 1995 yılı Mayıs ayında 11 kuruluşun katılımı ile Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi’ni (SSUK) oluşturmuştur. Yapılan çalışmalar sonucunda 7 Kasım 1996 tarihinde 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” yürürlüğe girmiştir (11). Bu yasanın getirdiği başlıca maddeler şu şekildedir:

- Sağlık, eğitim kurumları, spor tesisleri, toplu taşıma araçları başta olmak üzere bazı kapalı mekanlarda tütün kullanım yasağı,
- Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması,
- Sigara paketleri üzerine uyarı yazısı yazılması,
- Bütün TV kanallarına ayda 90 dakika süre ile tütün kullanımının zararları konusunda yayın yapma zorunluluğu
- 18 yaşın altındaki çocuklara tütün ürünü satışı yasağı

TKÇS, ülkemiz tarafından 28 Nisan 2004 tarihinde imzalanmış ve 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM’de kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanmıştır. TKÇS’ye uygun olarak, resmi ve sivil kuruluşlardan çok sayıda kişinin katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı hazırlanmış ve 12 Aralık 2007’de tanıtılmıştır (11).

4207 sayılı yasada 3 Ocak 2008 tarihinde 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile değişiklik yapılmış, yasanın kapsamı genişletilmiştir. Yasa ile yasanın adı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu” olarak değişmiş olup ikram sektörü işletmelerinde, okulların bahçelerinde, taksilerde de sigara içilmesi yasaklanmış, okullarda tütün ürünü satılması ve tütün ürünlerinin reklam ve tanıtım yasağına ek olarak sponsor olabilmesi de yasaklanmıştır. Yasa iki aşamalı olarak planlanmıştır. İkram sektörü işletmeleri dışındaki bütün kamuya açık kapalı yerlerdeki yasaklar ve diğer hükümler yasanın kabulünden 4 ay sonra 19 Mayıs 2008 tarihinde, ikram sektörü yasakları da 18 ay sonra 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylece ikamete mahsus konutlar (evler) hariç tüm kapalı alanlarda sigara içme yasağı getirilmiştir (31).

01 Mayıs 2010 tarihi itibarıyla sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları kullanılmaya başlanmıştır.

ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı 27 Ekim 2010 tarihinden itibaren faaliyete geçmiştir.

07 Ocak 2011 tarihinde “Tütün Mamulleri ve Alkollü İçeceklerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” TAPDK tarafından yayınlanmış olup Yönetmelik hükümleri 07 Temmuz 2011 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır (31).

- Tütün ürünlerinin, işyerinin dışarıdan görünmeyen ayrı bir bölümünde, 18 yaşını doldurmamış kişilerin doğrudan ulaşamayacağı şekilde satılması
- Satış ünitelerinin, yazılı, görsel, işitsel unsurları içermemesi ve reklam içerikli ibare ve işaretleri taşınamaması
- Satış ünitesinin bulunmadığı ya da satış ünitesinin sığamayacağı kadar küçük alanlarda, tütün ürünlerinin görünür yüzü şeffaf olmayan dolaplarda bulundurulmaması
- Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin satışının yasaklanması
- Posta ve benzeri dağıtım hizmetleri yoluyla tütün ürünü satışının yasaklanması

25 Şubat 2011 tarihinde 6111 sayılı Kanun ile işletmelere ceza verme yetkisi belediyelerden alınıp mahalli mülki amirlere verilmiştir. Kasım 2011’de Dumansız Hava Sahası Denetimleri Ankara ili pilot bölge seçilerek yapılmaya başlanmış ve sonrasında ülke geneline yaygınlaştırılmıştır (31).

12 Temmuz 2012 tarihinde çıkarılan 6354 sayılı kanunla marka paylaşımı yasaklanmış, tütün paketleri ve nargile şişeleri üzerine iki yüzünden her birine bu yüzlerin alanlarının %65’inden az olmamak üzere tütün ürünlerinin zararlarını belirten resimli uyarı veya mesajların yer alması sağlanmış, tütün ürünü ihtiva eden ve etmeyen nargile ile benzerlerinin 18 yaşını doldurmamış kişilere satılması yasaklanmıştır (31).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin 15 inci maddesi kapsamında hazırlanan "Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Protokol" DSÖ tarafından 10 Ocak 2013 tarihinde imzaya açılarak ülkemiz protokolü ilk gün imzalayan 12 ülkeden biri olmuştur (31).

11 Haziran 2013 tarihinde 4207 sayılı Kanunda yapılan değişiklik ile hususi araçların sürücü koltuklarında tütün ürünlerinin tüketilmesi yasaklanmış olup tütün içersin ya da içermesin, tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü ürün (elektronik sigara, bitkisel nargile vs.) tütün ürünü olarak kabul edilmiştir (31).

TKÇS hükümlerinden olan vergi artışı da ülkemizde uygulanmıştır. DSÖ’nün sigarada uygulanmasını önerdiği vergi oranı en az %75’tir. Ülkemizde bu oran yaklaşık %85’tir (31).

Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi Haziran 2015 tarihinde yayımlanmıştır. Genelgede aşağıdaki düzenlemeler ele alınmıştır (31).

- Havaalanı, otobüs terminali, tren garı, alışveriş merkezi, sinema, tiyatro, sağlık kurum ve kuruluşları gibi insanların yoğun olarak kullandıkları ve toplu halde giriş çıkışın olduğu kapalı alan mahiyetindeki yerlerin giriş kapılarına asgari 5 metre mesafede olacak şekilde tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin önlenmesi,
- Kamu kurum ve kuruluşlarımızın açık alanlarının yalnızca belirlenmiş yerlerinde tütün mamulü tüketimine müsaade etmeleri, bu alanların toplam açık alana oranının %30'dan fazla olmaması ve giriş kapısından en az 10 metre mesafede olmasına riayet ederek, Dumansız Kampüs uygulamalarının yaygınlaştırılması,
- Kamuya açık çocuk parkı gibi temelde çocukların faydalandığı tüm açık alanlarda ve yürüyüş yolu, aletli egzersiz yapılan kısımlar gibi vatandaşların spor yapmaları için kurumlarca oluşturulmuş alanlarda tütün ve tütün ürünü kullanımının önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması

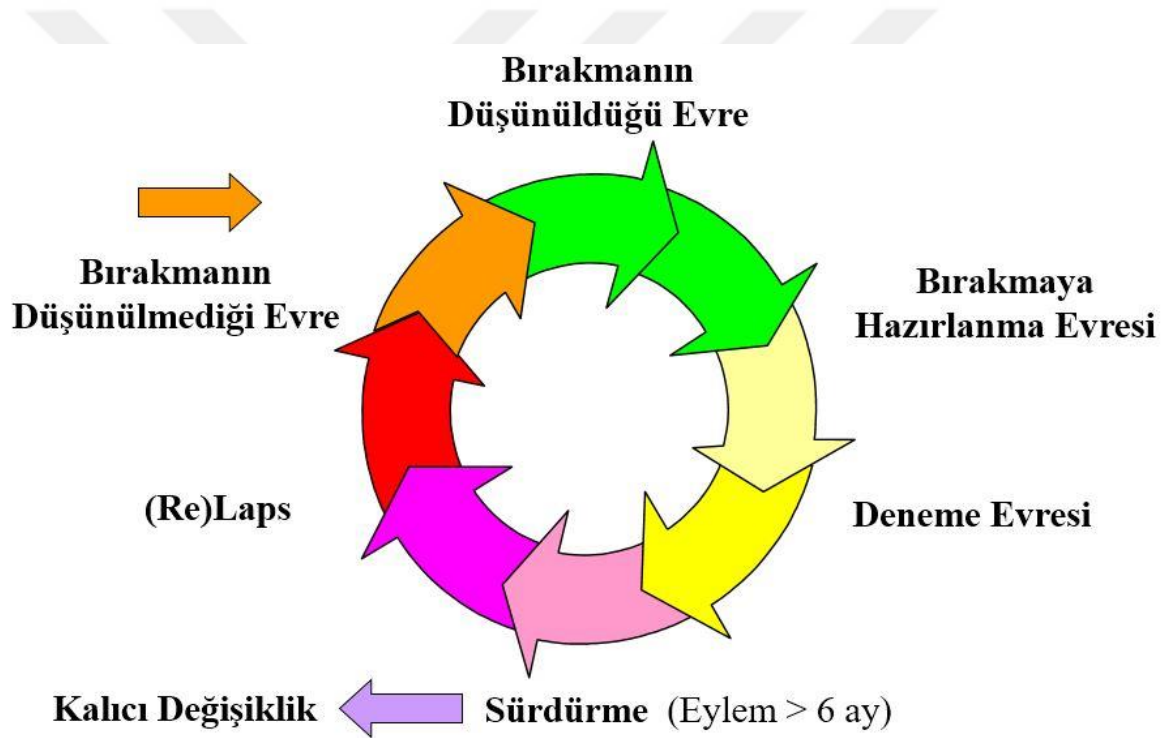
2.4. Sigarayı Bırakma Süreci

2.4.1. Sigara bırakmada olguların evrelendirilmesi

Etkili sigara bırakma yaklaşımları sigara içme davranışındaki değişiklikleri tanımlayan “Transteoretik Model” ve “Agency for Health Care Policy Research” (AHCPR) tarafından geliştirilen Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi doğrultusunda uygulanmaktadır. “Transteoretik Model” sigara bırakma sürecini beş aşamalı bir değişim süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar (32). Bu evreler:

- 1) Bırakmanın düşünülmediği evre (precontemplation)
Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir.
- 2) Bırakmanın düşünüldüğü evre (contemplation)
Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir.
- 3) Bırakmaya hazırlanma evresi (preparation)
Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir.
- 4) Deneme evresi (action)
Birey sigarayı bırakmış, henüz 6 ayı doldurmamıştır.
- 5) Sürdürme evresi (maintenance)
Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir.

Bu süreç dairesel (döngü oluşturacak şekilde) özelliktedir (Şekil 1). Bırakmayı deneme ve sürdürme evresine ulaşmış olanlar için daha geri evrelere dönme sık rastlanan bir durumdur. Sigara bırakma sürecinde başarı kişinin sigara içme durumu ile ilgili özelliklerinin doğru tanımlanmasıyla ilişkilidir. Sigara bırakma sürecindeki bireyleri tanımaya yönelik bu bilgiler doğrultusunda pratikte olgular 3 gruba ayrılmakta ve tedavi yaklaşımı da gruplara göre belirlenmektedir (32). Buna göre:



Şekil 1. Sigara Bırakmada Olguların Evrelendirilmesi

2.4.2. Sigara bırakmada olguların evresine göre yaklaşım

Sigarayı bırakmak için istekli kişilere yaklaşım 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö ya da 5D) stratejisi ile ele alınabilir (32,33). (Tablo 2)

Tablo 2. Sigarayı bırakmak için istekli kişilere 5A yaklaşımı

Ask	Öğren(sor)	Sigara kullanma durumunun sorulması
	Değerlendir	
Advice	Öner	Sigara kullananlara bırakma önerisinde bulunulması
	Doğru bilgi/ Kesin tavsiye	
Assess	Ölç (Değerlendir)	Bırakma kararlılığını, nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesi
	Derecelendir	
Assist	Önderlik et (yardımcı ol)	Bırakma konusunda yardımcı olunması
	Destek ol	
Arrange	Örgütle (düzenle)	Hastanın bırakma çabalarını destekleyecek düzenli izlemin yapılması
	Düzenli olarak izle	

Sigarayı bırakmayı düşünmeyen ve bu konuda isteksiz kişileri öncelikle bırakmayı düşünme aşamasına getirmek, bundan sonra hazırlanma ve deneme aşamalarına geçiş sağlamak amaçlanmalıdır. Bu kişilere uygulanabilecek öneriler “5R” basamak yöntemiyle açıklanabilmektedir. Türkçe’de TeRKET olarak adlandırılması benimsenmiştir (32,33) (Tablo 3).

Tablo 3. Sigarayı bırakmak için isteksiz kişilere 5R yaklaşımı

RELEVANCE	Tüm etkileri gözden geçirin, ilgilenme	Kişiye özel durumun ele alınması
RISKS	Riskleri vurgulayın	Sigara içmenin akut, kronik, çevresel sonuçlarının vurgulanması
REWARDS	Kazançları vurgulayın	Sigarayı bırakmanın yararlarının anlatılması
ROADBLOCKS	Engelleri Belirleyin	Sigarayı bırakmayı engelleyen sorunların saptanması
REPETITION	Tekrarlayın	Her başvuruda motivasyonun tekrarlanması

Sigarayı bırakmış olanlarda en büyük sorun relapstır (nüks). Relaps sigaranın bırakılmasından sonra tekrardan eskisi gibi düzenli olarak sigara içilmeye başlanmasıdır. Sigarayı bıraktıktan sonra tek bir sigara içilmesi kayma (slip), birkaç sigara içilmesi ya da birkaç gün az sayıda sigara içilmesi hata (laps) olarak tanımlanmaktadır. Kayma ve hatalar büyük oranda relaps ile sonuçlanmaktadır. Sigarayı bıraktıktan sonra ilk 5-10 gün relaps için en riskli dönemdir (34). Sigarayı bırakanlarda relapsı önlemek için önceden relapsa neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin getirilmesi planlanmalıdır. Daha önceki bırakma nedenleri, ne kadar süre bırakabildikleri ve neden tekrar başladıkları sorulmalıdır (35).

Sigara bağımlılığına yönelik uygulanan tedaviler psikososyal ve farmakolojik tedaviler başlıkları altında değerlendirilebilir (6). Farmakolojik tedavi kapsamında sıklıkla nikotin replasman tedavileri, vareniklin, bupropion kullanılmaktadır. Psikososyal tedaviler ise uygulamalı danışmanlık hizmetleri, bilişsel-davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, tedavinin bir parçası olarak ve tedavi dışı sosyal destek olarak sınıflandırılabilir (6).

2.4.3. Sigara bırakma başarısı üzerine etkili faktörler

Sigara bırakmaya yönelik medikal tedavi alınması başarı oranlarını arttırmaktadır. Bununla birlikte sigarayı bırakmayı etkileyen diğer birçok faktör olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bu faktörlerin incelenmesi başarılı sigara bırakma girişimleri için önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda ileri yaş, erkek, evli, yüksek eğitim durumu, yüksek gelir düzeyi, kişinin

kronik hastalığının olmaması, kişinin anksiyete depresyonun olmaması, düşük nikotin bağımlılık düzeyi, sigaraya geç yaşta başlama, günlük içilen sigara sayısının az olması, daha önce bırakmayı deneme ve daha fazla sayıda deneme, evde başka sigara içen olmaması, ev dışında kişinin daha fazla vakit geçirdiği kişilerin sigara içmemesi, medikal tedavi alınması ve tedavinin uygun süre kullanılması sigara bırakma ile ilişkili olarak gösterilmiştir (38-45).

2.5. Sosyal Destek

2.5.1. Sosyal destek tanımları

Sosyal ağ, sosyal bağlar ve sosyal entegrasyon gibi kavramları içeren araştırmalar 1970'lerden önce çok olsa da, sosyal desteğin ayrı bir yapı olarak üzerinde çalışılması 1970'lerin ortalarında başlamıştır. Birçok araştırmacının sosyal destek kavramını farklı boyutlarından ele alarak farklı tanımlar yaptığı görülmektedir. Sosyal desteğin ilk sistematik tanımlarından biri Sidney Cobb tarafından yapılmıştır. Cobb, sosyal desteği bireyin ilgilenildiğini, sevildiğini, saygı duyulduğunu ve karşılıklı bağlılıklardan oluşan bir sosyal ağın üyesi olduğunu hissetmesini sağlayan bilgi olarak tanımlamıştır (36,37).

Albrecht ve Adelman (1987), sosyal desteği, "durum, benlik ya da ilişki hakkındaki belirsizliği azaltan ve kişisel kontrolü sağlamak için işlev gören alıcılar ve sağlayıcılar arasındaki sözlü ve sözsüz iletişim" olarak tanımlamaktadır (38).

Özbesler (2001)'in aktardığına göre, Walker ve arkadaşları (1977), sosyal desteği bireylerin sosyal kimliklerini olumlu yönde etkileyen ve kişisel ilişkiler sayesinde aldıkları duygusal destek, maddi yardım ve hizmetler ile aldıkları bilgi ve kurulan yeni sosyal ilişkiler olarak tanımlamışlardır. Kahn (1978) sosyal desteği, çevredeki bireylere yönelik olumlu duygu ifadelerini içeren, bu bireylerin bazı davranışlarının veya tutumlarının onaylanmasını, onlara maddi ve manevi yardımda bulunulması gibi durumları içeren kişiler arası bir ilişki olarak ifade etmiştir. Thoits (1986), sosyal desteği genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlamaktadır (39).

Gottlieb (2000) sosyal desteği "ilişkilerdeki gerçek veya algılanan fiziksel veya psikososyal değişimler yoluyla baş etme, saygı, aidiyet ve yetkinliği geliştiren etkileşim süreci" olarak tanımlamıştır (38).

Yıldırım'a göre sosyal destek bireyin çevresinden gördüğü dürüst ve empatik tepki, ilgi, sevgi, güven, saygı, takdir edilme, bilgi edinme ve maddi yardım gibi kişisel, sosyal, psikolojik ve ekonomik nitelikli her türlü yardım süreci olarak tanımlanmaktadır (40).

2.5.2. Sosyal desteğin kaynağı, sınıflandırması

Sosyal desteğin kaynakları formal ve informal olarak sınıflandırılabilir. Aile, arkadaş, birey için anlamlı diğer kişiler (romantik partner, akraba, komşu v.b) informal sosyal destek kaynakları; resmi kurum ve kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları formal sosyal destek kaynakları olarak belirtilebilir (39,41).

Sosyal destek yapısal ve algılanan sosyal destek olarak sınıflandırılmaktadır. Yapısal sosyal destek, niceliksel olarak daha çok 'sosyal ağ' terimi üzerinden değerlendirilmektedir (42,43). Sosyal ağ değerlendirilirken bireyin sosyal yaşantısında ilişkide olduğu kişi sayısı; ilişkilerin sıklığı; bireylerin fiziksel yakınlığı, uzaklığı; ilişkide aktiflik ya da pasiflik derecesi; sosyal ağdaki bireylerin yaş, cinsiyet, ırk, kültürel özelliklere göre dağılımları gibi niceliksel özellikler incelenmektedir (43,44). İkincisi sosyal desteğin etkilerini değerlendiren algılanan sosyal destektir. Fonksiyonel sosyal destek olarak da adlandırılmaktadır (42). Algılanan sosyal destek, kişilerin öznel değerlendirmesiyle ihtiyaç duyduklarındaki destek kaynaklarının varlığıdır (45). Bir başka tanıma göre algılanan sosyal destek, sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimidir (43).

2.5.3. Sosyal desteğin işlevi

House, sosyal desteğin işlevlerini başkaları tarafından sağlanan duygusal destek, bilgi sağlayıcı destek, araçsal destek ve değerlendirme desteği olarak tanımlamıştır. Duygusal destek saygı, sevgi, güven verme, dinleme, empati, ilgi gibi durumları kapsamaktadır. Bilgi sağlayıcı destek kapsamında tavsiye alma, bir konuda bilgi alabilme gibi durumlar değerlendirilmektedir. Araçsal destek kapsamında bir problemi çözmeye yardımcı olma, maddi yardım değerlendirilmektedir. Değerlendirme desteği kapsamında olumlu geri bildirim alma gibi konular ele alınmaktadır (46). Schaefer, Coyne ve Lazarus da sosyal desteğin işlevlerini benzer şekilde duygusal destek, saygı desteği, ağ desteği, bilgi desteği, maddi destek olmak üzere beş kategoride incelemiştir (38,47).

2.5.4. Sosyal desteğin etki modelleri

Sosyal desteğin etkilerinin hangi yolla gerçekleştiğinin mekanizması net olarak bilinmese de desteğin birey üzerindeki etkileri temel etki ve tampon etki modelleriyle açıklanmaya çalışılmaktadır.

Temel etki modeline göre sosyal desteğin, temel insani bir ihtiyaç olduğu ve bireyin strese maruz kalmasından bağımsız olarak sağlık üzerine sürekli olumlu bir etki ile kişinin

kendini daha iyi hissetmesini sağladığı belirtilmektedir. Bu modele göre sosyal destek, sağlığı olumsuz etkileyebilecek stres oluşumunu da önlemektedir (48–50).

Tampon etkisi modeline göre sosyal desteğin, stres kaynaklarının sağlık üzerindeki olumsuz etkisine karşı bir tampon görevi gördüğü belirtilmektedir. Kişinin stresli durumlarla başa çıkmasını kolaylaştırır. Dolayısıyla, tamponlama etkisi yalnızca kişi stresli bir duruma maruz kaldığında ortaya çıkmaktadır ve stres yokluğunda sosyal desteğin etkisi yoktur (51).

2.5.5. Sosyal destek ve sağlık

Sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlığa olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (52,53). Bir metaanaliz çalışmasında sosyal destek eksikliği ile artmış mortalite riski arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (54). Düşük düzeyde sosyal desteğe sahip kişilerde çeşitli hastalıkların daha fazla görüldüğü ve daha geç iyileştiği belirtilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar, düşük immün sistem fonksiyonları, gebelik komplikasyonları, romatoid artrit fonksiyon kaybı düşük sosyal destekle ilişkili bulunmuştur (55–58). Tersine, yüksek sosyal destek çok sayıda olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bypass cerrahisi sonrası iyileşme, herpes ataklarına daha az yatkınlık, yüksek sosyal destek düzeyiyle ilişkili bulunmuştur (59,60). Yüksek sosyal destek düzeyi yaşa bağlı kognitif fonksiyon kaybı için koruyucu bulunmuştur (61).

Sosyal desteğin psikolojik sıkıntıları (anksiyete, depresyon) azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir (51). Sosyal destek; AIDS, romatoid artrit, kardiyovasküler hastalık, kanser, inme gibi hastalıkları olanlarda stresle baş etmede destekleyici bulunmuştur (62–66). Sosyal destek düzeyi düşük olanlarda sosyal fobi, majör depresyon, yeme bozukluklarının sosyal destek düzeyi yüksek olanlara göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir (67–70).

2.5.6. Sosyal destek ve sigara

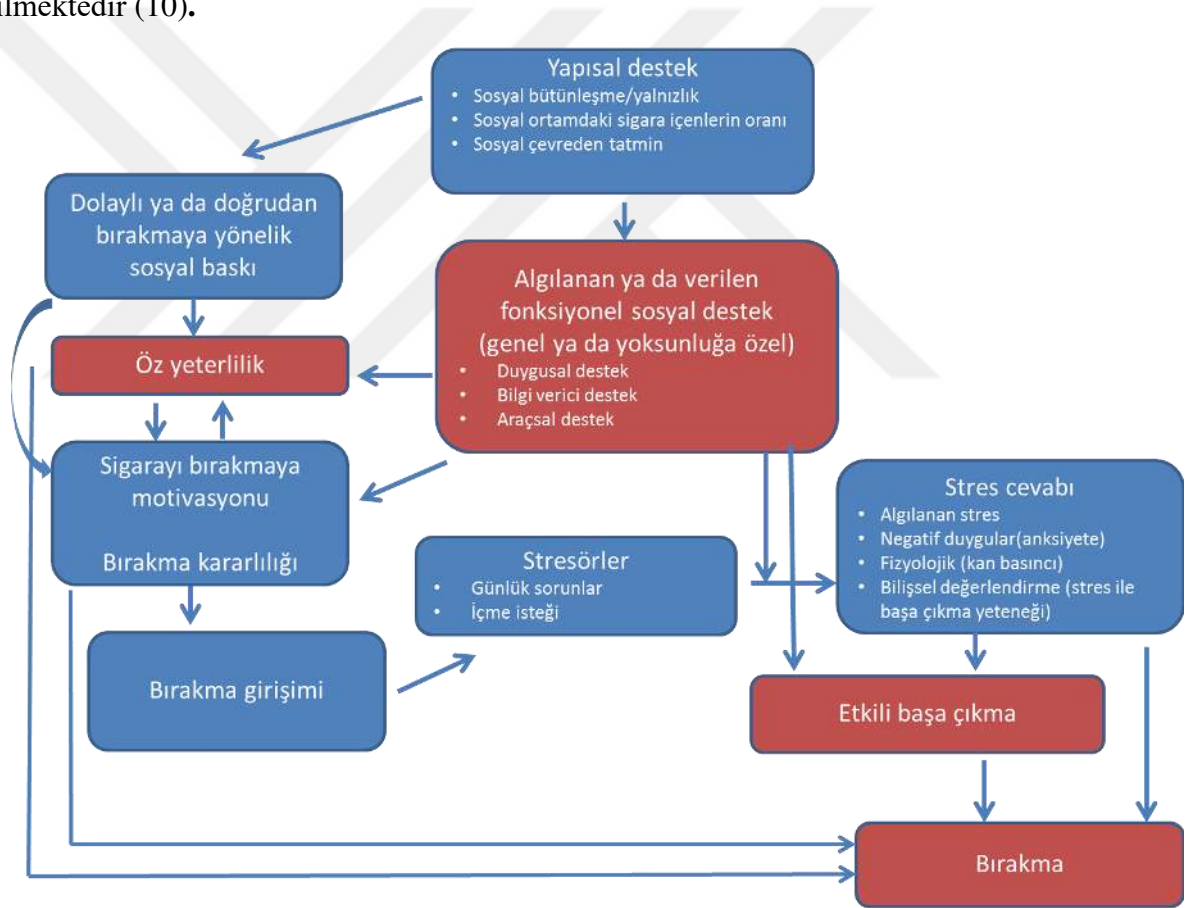
Sigara içimi, sosyal çevrenin sigara içme davranışından etkilenmektedir. Özellikle, ebeveynlerin, kardeşlerin, arkadaşların, akranların sigara içmesinin sigaraya başlama riskini önemli ölçüde arttırdığı görülmektedir (71,72). Sosyal çevrenin, sigara içenlere sağlanan sosyal destek yoluyla sigarayı bırakma üzerine etkili olduğu belirtilmektedir (73). Yapılan çalışmalarda hem genel sosyal desteğin, hem yoksunluğa özel sosyal desteğin sigara bırakma ve diğer madde bağımlılıklarında olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (74–81).

Sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin farklı yollardan gerçekleştiği belirtilmektedir. Öncelikle sosyal desteğin davranış değişikliğini direkt etkiyle motive

edebileceği, kişiyi arzu edilen veya arzu edilmeyen davranışlarını biçimlendirmeye yönlendirebileceği belirtilmektedir. Ayrıca indirekt etkiyle davranış değiştirmeye neden olan faktörleri (sakin ortam; günlük sorunların, stresin, olumsuz duyguların azalması, uygun olan başa çıkma stratejilerini desteklemesi, öz yeterlilik) etkileyerek sigara bırakmada etkili olabileceği belirtilmektedir (10).

Sigara bırakmada sosyal destek tedavi içi sosyal destek ve tedavi dışı sosyal destek olmak üzere ayrılmaktadır. Tedavi içi sosyal destek, klinisyenler tarafından sağlanan davranışçı tedavi bölümünü oluşturmaktadır. Tedavi dışı sosyal destek, kişinin çevresinden sağlanan sosyal destektir (9).

Şekil 2’de sosyal desteğin sigarayı bırakmayı etkileyebilecek potansiyel yolları gösterilmektedir (10).



Westmaas J et al, Social support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence, Nicotine & Tobacco Research, Volume 12, Number 7 (July 2010) 695–707

Şekil 2. Sosyal Desteğin Sigarayı Bırakmayı Etkileyebilecek Potansiyel Yolları

2.6. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik kavramı, ilk olarak ‘Sosyal Bilişsel Kuram’ kapsamında insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından tanımlanmıştır. Öz yeterlilik kişinin belirli sonuçları elde etmek için bir davranışı sergileyebileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (82). Öz yeterlilik ile davranış değişikliğinin devamlılığı arasında pozitif bir korelasyon gösterilmiştir (83,84). Bir kişi, belirli bir davranışı üzerinde kontrolünün olmadığı inancı içinde olursa, kişinin o davranışını değiştirmesi daha zor olmaktadır. Bu konudaki ilk kanıtlar anksiyete davranışları üzerine olmuştur (83,84).

Öz yeterlilik inancı, çeşitli bilgi kaynaklarından gelmekte ve bazı davranışsal sonuçları etkilemektedir. Bandura’ya göre öz yeterlilik kazanımı için dört temel bilgi kaynağı vardır. Bunlar performans başarıları, dolaylı öğrenme, sosyal ikna, duygusal durumdur (85).

- **Performans başarıları, deneyimler (performance accomplishments):**

Bir görevin veya davranışın gerçekleştirilmesinde kişinin geçmişte bu konuda başarılı olup olmaması sonucunda elde edilen bilgidir. Kişinin önceki başarılı deneyimleri daha güçlü öz yeterlilik inancına sahip olmasını sağlamaktadır.

- **Dolaylı öğrenme (vicarious learning):**

Bir kişinin başkalarının davranışlarını gözlemlemesi, öğrenmesi ile gerçekleşir. Başka kişilerin başarılarının gözlemlenmesi, aynı başarıyı yerine getirme inancını arttırmaktadır.

- **Sosyal ikna (social persuasion):**

Bir davranış için başkalarının tavsiyeleri, cesaret verici konuşması öz yeterlilik inancını arttırmak için güçlü bir araçtır.

- **Duygusal durum (emotional arousal):**

Bireylerin belirli davranışlar için öz yeterlilik inançlarını belirlemede hem duygusal hem de bedensel durumları önemlidir. Bir kişi belirli bir davranışa girdiği sırada endişe, korku duyarsa o davranışa genellikle daha az katılacaktır.

Öz yeterlilik inançlarının bu dört kaynağı doğrudan çeşitli davranışsal sonuçları etkilemektedir. Bunlar yaklaşma/kaçınma (approach versus avoidance), performans (performance), devamlılık (persistence) olarak sınıflandırılmaktadır. Belirli bir davranış için yüksek öz yeterliliği olan bir kişinin, bu davranışa yaklaşması, davranışı gerçekleştirmesi ve devam ettirmesi daha kolay olmaktadır (85,86).

Öz yeterlilik, kişinin riskli davranışlarını değiştirmek için ortaya koyduğu çaba ve motivasyonu zayıflatabilecek engellere karşı koymayı ve göze aldığı zorlukların ve hedeflerin derecelerini etkilemektedir. Öz yeterliliğin; planlama, inisiyatif kullanma, davranış değişikliğini sürdürme ve nüksleri yönetme süreçlerini etkilediği gösterilmiştir (87,88). Öz yeterliliğin; sağlık ilişkili yaşam kalitesini etkilediği farklı çalışmalarda gösterilmiştir (89,90). Farklı çalışmalarda, hipertansiyon, obezite, bağımlılık gibi kronik durumlarda davranış değişiklikleri yapmak için öz yeterliliğin önemli olduğu gösterilmiştir (91–95).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

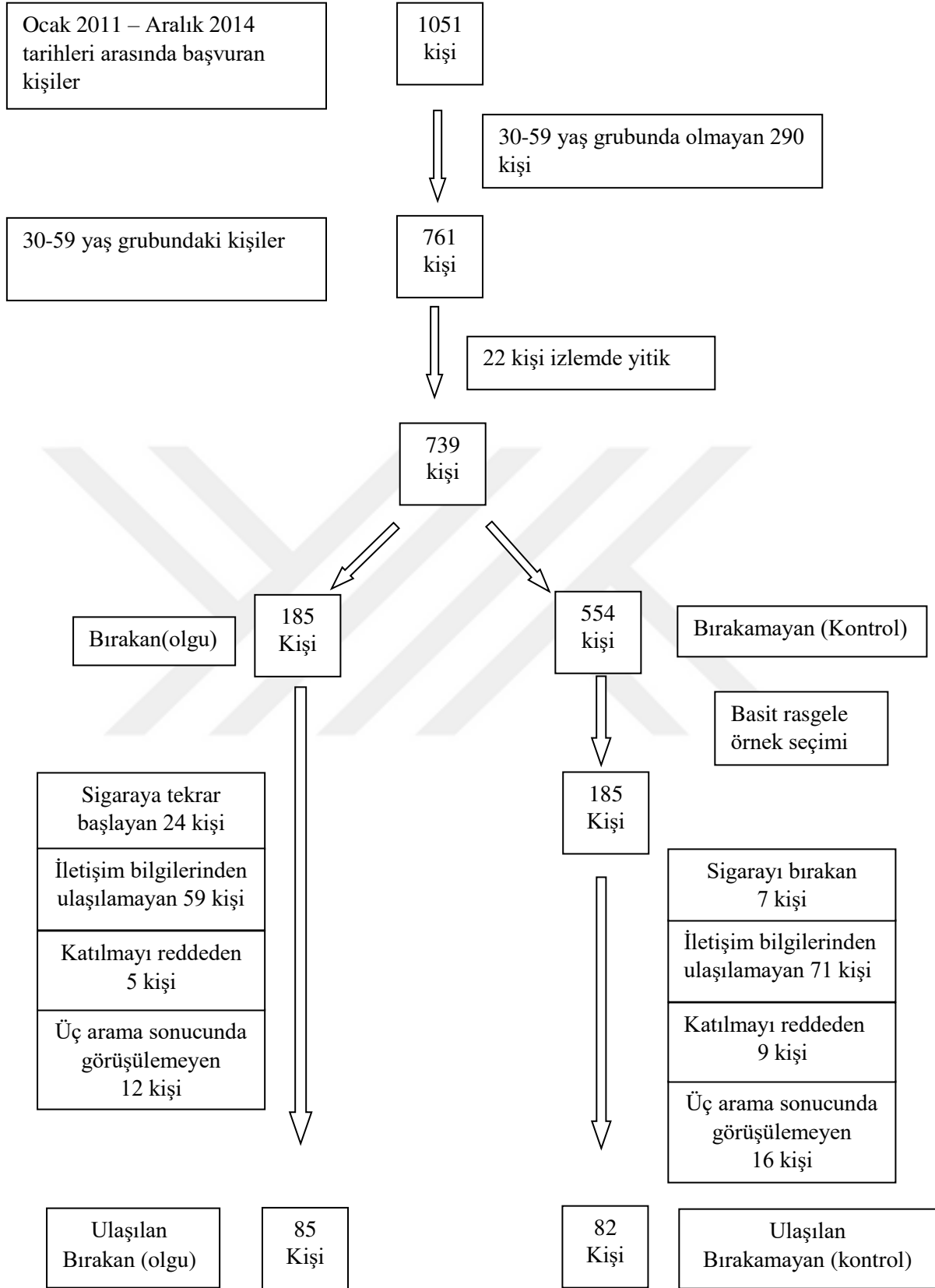
Araştırma olgu kontrol tipinde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2011 – Aralık 2014 tarihleri arasında Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezine başvurmuş 30-59 yaş grubundaki 761 kişi oluşturmaktadır. Algılanan sosyal desteğin sigara bırakma ile ilişkisini orta düzeyde (0.5) etki büyüklüğü, %95 güç ve %95 güven düzeyinde tespit edebilmek için kontrol/olgu oranı 1 alınarak, örneğe başvuru sonrası on iki aylık izlem sonunda sigarayı bırakmış (olgu) ve sigarayı bırakamamış (kontrol) kişiler arasından en az 105'er kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır (96). İletişim bilgisi değişikliği, çalışmaya katılmayı reddetme durumları göz önüne alınarak olgu grubu için örnek seçilmeyip sigarayı bırakmış 185 kişinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Kontrol grubuna alınacak 185 kişi, sigarayı bırakamamış 554 kişi arasından basit rasgele örnek seçim yöntemiyle belirlenmiştir.

Olgu grubunu on iki aylık izlem sonucu sigarayı bırakmış ve araştırma sırasında da sigara içmeyenler oluşturmuştur. Kontrol grubunu sigarayı bırakamamış ve araştırma sırasında da sigara içenler oluşturmuştur.

Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezi, Balçova'nın Kalbi Projesi (BAK) kapsamında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ile Balçova Belediyesi iş birliğiyle Kasım 2009 tarihinde kurulmuştur. Başlangıçta hedef grubu, BAK Projesi'nin durum saptama aşamasında saptanan koroner kalp hastalığı riski olan ve sigara içen kişiler oluşturmuştur. Proje Mart 2010'da tamamlanmıştır. Sigara Bırakma Merkezi, Nisan 2010'dan itibaren Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Balçova Belediyesi'nin iş birliği ile tüm İzmir halkına hizmet vermektedir.



Şekil 3. Örnek Seçimi

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.1. Bağımlı Değişken:

- *Sigarayı bırakma durumu*

3.3.2. Bağımsız Değişkenler

Temel Bağımsız değişken

- *Algılanan sosyal destek düzeyi*

Diğer bağımsız değişkenler

- *Öz yeterlilik düzeyi*
- *Başvuru yılı*

Sosyodemografik değişkenler

- *Yaş*
- *Cinsiyet*
- *Medeni durum*
- *Öğrenim durumu*
- *Çalışma durumu*
- *Ekonomik durum algısı*

Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Değişkenler

- *Nikotin bağımlılık düzeyi*
- *Günde içtiği sigara sayısı*
- *Sigara içmeye ilk başlama yaşı*
- *Düzenli olarak sigara içmeye başladığı yaş*
- *Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu*
- *Evde sigara kullanan varlığı*
- *Kullanılan tedavi yöntemi*
- *Kullanılan tedavi yöntemini kullanma süresi*
- *Alkol kullanım durumu*

Sağlığa ilişkin değişkenler

- *Kronik hastalık varlığı (hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı, inme, hiperkolesterolemi, KOAH, kanser)*
- *Anksiyete depresyon durumu*

3.4. Değişkenlerin Tanımlanması

3.4.1. Bağımlı değişkenin tanımlanması

Sigarayı bırakma durumu

Sigarayı bırakmış olma: Kişinin on iki aylık izlemi sonucunda sigarayı bırakmış olması ve araştırma sırasında da sigara içmediğini beyan etmesi ve/veya CO ölçümünün 6 ppm ve altında olması

Sigarayı bırakamama: Sigarayı bırakamadığını beyan etmesi ve araştırma sırasında da sigara içiyor olması

3.4.2. Bağımsız değişkenlerin tanımlanması

Algılanan sosyal destek düzeyi

Algılanan sosyal destek düzeyi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile belirlenmiştir. ÇBASDÖ Zimet ve arkadaşları (97) tarafından 1988 yılında, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve Arkar (98) tarafından yapılmıştır. ÇBASDÖ toplam 12 maddeden oluşur ve her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 alt grubu içerir. Bunlar; “aile” (3.,4.,8. ve 11. maddeler), “arkadaş” (6.,7.,9. ve 12. maddeler) ve “özel bir insan”dır (1.,2.,5. ve 10. maddeler). Her bir madde 1-7 arasında puanlanır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destek azlığını veya yoksunluğunu gösterir.

Öz yeterlilik düzeyi

Öz yeterlilik düzeyi Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile belirlenmiştir. Ölçeğin 23 maddelik ve 14 dereceli olan özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir (99). Sherer ve Adams (1983) tarafından geliştirilen sonraki hali beş dereceli likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir (100). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2010 yılında Yıldırım ve İlhan tarafından yapılmıştır (101). Türkçeleştirilen Genel Öz Yeterlilik Ölçeği 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, başlama (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 ve 17. maddeler) yılmama (3, 13, 14, 15 ve 16. maddeler) ve sürdürme çabası/ısrar (1, 8. ve 9. maddeler) olmak üzere üç boyuttan

oluşmaktadır. Her sorunun puanı 1 ila 5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 11 madde (2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. Elde edilen puanın artması öz yeterlilik inancının arttığını göstermektedir.

Başvuru Yılı

Sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki takvim yılıdır.

Yaş

Sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki yaşı kayıtlardaki doğum tarihine göre hesaplanmıştır. Yaş tanımlayıcı bulgular ve tekli çözümlemelerde '30-44 ve 45-59 yaş' olarak gruplandırılmış veri, çoklu çözümlemede sürekli veri olarak kullanılmıştır.

Medeni Durumu

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki durumudur. Tanımlayıcı bulgulara 'Bekar', 'Dul', 'Boşanmış', 'Evli' olarak; çözümlemede evli ve evli değil olarak gruplandırılmıştır.

Öğrenim Durumu

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki durumudur. 'Okur-yazar değil', 'Okur-yazar', 'İlkokul', 'Ortaokul', 'Lise', 'Üniversite mezunu' olarak sorulmuştur. Çözümlemede 'ortaokul ve altı' ve 'lise ve üzeri' olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma Durumu

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anında yaptığı iş sorgulanmıştır. Çözümlemede 'çalışıyor' ve 'çalışmıyor' olarak gruplandırılmıştır.

Ekonomik Durum

Kişilerin beyanlarına dayalı ekonomik durum algısıdır. 'Çok kötü', 'Kötü', 'Orta', 'İyi', 'Çok iyi' olarak sorulmuştur. Çözümlemede 'Çok kötü ve 'Kötü', 'Orta', 'İyi ve Çok iyi' olarak gruplandırılmıştır.

Nikotin Bağımlılık Düzeyi

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki bağımlılık düzeyidir. Nikotin bağımlılık düzeyi Fagerström bağımlılık testi ile ölçülmüştür. Bu testten 0-2 puan alanlar ‘çok düşük düzey’, 3-4 puan alanlar ‘düşük düzey’, 5 puan alanlar ‘orta düzey’, 6-7 puan alanlar ‘yüksek düzey’, 8-10 puan alanlar ‘çok yüksek düzey’ bağımlı kabul edilmiştir. Çözümlemede bağımlılık düzeyi ‘orta ve altı olanlar’ ve ‘yüksek ve üzeri olanlar’ olarak iki grupta incelenmiştir.

Günde İçtiği Sigara Sayısı

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki durumudur.

Sigara İçmeye İlk Başlama Yaşı

Düzenli Olarak Sigara İçmeye Başladığı Yaş

Daha Önce Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu

Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu ‘Evet’, ‘Hayır’ olarak sorgulanmıştır.

Evde Sigara Kullanan Varlığı

Katılımcıların evlerinde kendisinden başka sigara içen olup olmadığı ‘Var’, ‘Yok’ olarak sorgulanmıştır. ‘Var’ ise kim ya da kimler olduğu sorgulanmıştır. Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anında sorgulanmıştır.

Alkol Kullanım Durumu

Alkol kullanım durumu ve sıklığı sorgulanmıştır. Çözümlemede kullanıyor ve kullanmıyor olarak iki grupta incelenmiştir.

Kullanılan Tedavi Yöntemi

Kişilerin ilaç tedavisi seçeneklerinden vareniklin, bupropion; nikotin replasman tedavi seçeneklerinden nikotin bandı, nikotin sakızı tedavilerinden hangisini kullandığı kaydedilmiştir. Bu dört ayrı tedavi seçeneğinden birisini kullanmayan kişiler sadece ‘Davranışsal Tedavi’ almış olarak kabul edilmiştir. Çözümlemede ilaç tedavisi alma, nikotin replasman tedavisi, sadece davranışsal tedavi alma şeklinde gruplandırılmıştır.

Kullanılan Tedavi Yöntemini Kullanma Süresi

Kişi tıbbi tedavi almışsa, tıbbi tedaviyi kullanma süresi gün, ay olarak araştırma sırasında sorgulanmıştır. Çözümlemede ‘üç ay altı’ ve ‘üç ay ve üzeri’ olarak gruplandırılmıştır.

Kronik Hastalık Varlığı

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anında kendi bildirimlerine göre hastalık geçmişi sorgulanmıştır. Kişinin hipertansiyon, diyabet, koroner kalp hastalığı, inme, hiperkolesterolemi, KOAH, kanser hastalığı olup olmadığı ‘var’ ve ‘yok’ şeklinde sorulmuştur.

Anksiyete Depresyon Durumu

Kişinin sigara bırakma merkezine ilk başvuru anındaki durumudur. Anksiyete ve depresyon durumunu belirlemek için Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği Türkçe uyarlaması kullanılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102). On dört sorudan oluşan ölçekte yanıt seçenekleri ‘çoğu zaman, birçok zaman, sık değil, hiçbir zaman’ dan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde her yanıt 0-3 arasında puanlanarak, toplam skor elde edilmektedir. Toplam skora göre 0-7 puan arası ‘normal’, 8-10 puan arası ‘borderline’ ve 11-21 puan ‘yüksek’ kabul edilmektedir. Çözümlemede depresyon varlığı 7 ve üzeri, anksiyete varlığı 10 ve üzeri olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Veri Toplama

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara kullanımına ilişkin verileri, sağlıkla ilişkili verileri sigara bırakma merkezinin veri tabanından alınmıştır. Kişiler sigara bırakma merkezi veri tabanında kayıtlı telefon numaralarından aranarak sigara bırakma merkezine davet edilmiştir ve katılımcılardan sosyodemografik özelliklerini (veri tabanında eksik olan veriler için), çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve genel öz yeterlilik ölçeğini içeren anket formunu doldurmaları istenmiştir. Sigara bırakma merkezine gelemeyeceğini ifade eden kişilerin tercihine göre görüşme evlerinde, işyerlerinde yüz yüze ya da telefonla yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların 62’si ile yüzyüze, 23’ü ile telefonla görüşülmüştür. Çalışmaya katılan kontrollerin 53’ü ile yüzyüze, 29’u ile telefonla görüşülmüştür. Yüz yüze görüşülen olguların sigara içmedikleri nefesteki CO düzeyi Pico marka karboksimetre ile ölçülerek doğrulanmıştır ($CO \leq 6$ ppm). İlk aramada ulaşılamayan kişiler 2 kez daha aranarak toplam 3 aramada ulaşılamayan kişiler çalışma dışında bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Çözümlemesi

Veri çözümlemesi SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çözümlemelerde 0.05’in altındaki p değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı bulgular, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma, ortanca(min-maks) olarak sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin sigara bırakma durumu ile

ilişkilerini belirlemede eğitimde ki-kare, ki-kare, Student T testi; çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Lojistik regresyon modellerinden model 1’de tek değişkenli analizlerde sigara bırakma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunan algılanan sosyal destek, öz yeterlilik düzeyi, yaş ile birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak cinsiyet ve medeni durum alınmıştır. Model 2’de model 1’deki değişkenlere ek olarak tek değişkenli analizlerde sigara bırakma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunan diğer değişkenler olan sigarayı bırakmayı daha önce deneme, evde kendisinden başka sigara içen varlığı, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı alınmıştır. Olasılıklar Oranı (OR) değerleri %95 güven aralığında (GA) sunulmuştur. Çalışmanın lojistik regresyonla algılanan sosyal destek ve sigara bırakma arasındaki ilişkiyi göstermedeki gücü G-Power programı kullanılarak yapılmıştır.

3.7. Ulaşma Oranı

Araştırmada olgu grubundaki 185 kişiden 85 (%45.9)’ine, kontrol grubuna seçilen 185 kişiden ise 82 (%44.3)’sine anket uygulanmıştır. En az örnek büyüklüğü olan 105’e göre ulaşma oranı olgularda %81.0, kontrollerde %78.1 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın lojistik regresyonla algılanan sosyal destek ve sigara bırakma arasındaki ilişkiyi göstermedeki gücü %23.0 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ulaşma durumu özellikleri

	Olgu		Kontrol	
Durum	n	%	n	%
Ulaşılanlar	85	45.9	82	44.3
Olgular için relaps	24	15.7	7	3.8
Kontroller için bırakmış olma				
İletişim bilgilerinden ulaşılamayan	59	29.2	71	38.9
Çalışmaya katılmayı reddetme	5	2.7	9	4.9
Üç arama sonucunda görüşülemeyen	12	6.5	16	8.1
Toplam	185	100.0	185	100.0

3.8. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2015				2016												2017			
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Konu Seçimi																				
Kaynak İnceleme																				
Veri Toplama Araçları Geliştirme																				
Veri Toplama																				
Veri Girişi ve temizliği																				
Veri Çözümlemesi																				
Yazım																				

Şekil 4. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

3.9. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu da içeren veri toplama formu Ek 2’de sunulmuştur. “Bir Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Kişilerde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Bırakma Üzerine Etkisi” başlığı ile etik kurul onayı 15.01.2016 tarihinde 2016/02-29 karar numarası ile alınmış ve Ek 3’te sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezine başvuran kişilerden araştırmanın yönteminde belirtilen özelliklere uyan 167 kişi katılmıştır. Araştırma grubunun 85'i olgu, 82'si kontroldür.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması olgularda (sigarayı bırakan) 42.7 ± 8.5 (30-59), kontrollerde (sigarayı bırakamayan) 45.8 ± 7.8 'dir (30-59). Olguların %58.8'i 30-44 yaş grubunda; kontrollerin %39.0'u 30-44 yaş grubundadır. Olguların %54.1'i erkek; kontrollerin %48.8'i erkektir. Olguların %78.8'i, kontrollerin %71.9'u lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Olguların %83.5'i, kontrollerin %79.3'ü evlidir (Tablo 5).

Tablo 5. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)
Özellikler	n (%)	n (%)
Cinsiyet		
Kadın	39 (45.9)	42 (51.2)
Erkek	46 (54.1)	40 (48.8)
Yaş grubu		
30-44	50 (58.8)	32 (39.0)
45-59	35 (41.2)	50 (61.0)
Öğrenim durumu		
Okuryazar	1 (1.2)	2 (2.4)
İlkokul	11 (12.9)	16 (19.5)
Ortaokul	6 (7.1)	5 (6.2)
Lise	34 (40.0)	32 (39.0)
Üniversite ve üzeri	33 (38.8)	27 (32.9)
Medeni durum		
Bekar	12 (14.1)	8 (9.8)
Dul	1 (1.2)	2 (2.4)
Boşanmış	1 (1.2)	7 (8.5)
Evli	71 (83.5)	65 (79.3)

Olguların %63.5'i, kontrollerin %54.9'u çalışmaktadır. Olguların %65.9'unun, kontrollerin %62.2'sinin araştırma sırasında ekonomik durum algısının orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)
Özellikler	n (%)	n (%)
Çalışma durumu		
Çalışıyor	54 (63.5)	45 (54.9)
Çalışmıyor	31 (36.5)	37 (45.1)
Ekonomik durum algısı		
Çok kötü ve Kötü	7 (8.2)	7 (8.5)
Orta	56 (65.9)	51 (62.2)
İyi	22 (25.9)	24 (29.3)

Hem olguların (%55.3) hem de kontrollerin (%52.5) yarısından fazlası 2011 yılında başvurmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) ilk başvuru yıllarına göre dağılımı

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)
Özellikler	n (%)	n (%)
Başvuru yılı		
2011	47 (55.3)	43 (52.5)
2012	17 (20.0)	11 (13.4)
2013	11 (12.9)	21 (25.6)
2014	10 (11.8)	7 (8.5)

Günlük içilen sigara sayısı olgularda ortalama 20 (2-60) ve kontrollerde ortalama 20 (7-50) olarak saptanmıştır. Sigara içmeye ilk başlama yaşı olgularda ortalama 17 (6-34) yaş, kontrollerde ortalama 17 (12-33) yaş iken düzenli olarak her gün sigara içmeye başlama yaşı olgularda ortalama 20 (7-38) yaş, kontrollerde ortalama 20 (15-35) yaş olarak saptanmıştır. Başvurudan önceki son bir yılda sigara tüketim miktarı olguların %57.6'sında, kontrollerin %52.4'ünde değişim göstermemiştir. Olguların %81.2'si, kontrollerin %67.1'i daha önce sigara bırakmayı denediğini belirtmiştir (Tablo 8). Olgu ve kontrol grubundakilerin sigarayı bırakmayı deneme sayısı ortalama 2 (1-15) olarak saptanmıştır. Olguların %52.9'u kontrollerin %35.4'ü hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlarda (kontrol) sigara ve alkol kullanımına ilişkin bazı özelliklerin dağılımı

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)
Özellikler	n (%)	n (%)
Başvurudan önceki son 1 yılda sigara tüketim miktarı		
Arttı	28 (32.9)	28 (34.2)
Değişmedi	49 (57.6)	43 (52.4)
Azaldı	8 (9.5)	11 (13.4)
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme		
Evet	69 (81.2)	55 (67.1)
Hayır	16 (18.8)	27 (32.9)
Alkol kullanımı		
Kullanıyor	40 (47.1)	53 (64.6)
Hiç kullanmıyor	45 (52.9)	29 (35.4)

Tablo 9’da olgu ve kontrol gruplarında evde kendisinden başka sigara içen kişilerin varlığına göre dağılımı görülmektedir. Olguların %61.2’si, kontrollerin %41.5’i evinde kendisinden başka sigara içen olmadığını belirtmiştir. Eşi evde sigara içenlerin oranı olgularda %27.1 iken, kontrollerde bu oran %42.7’dir.

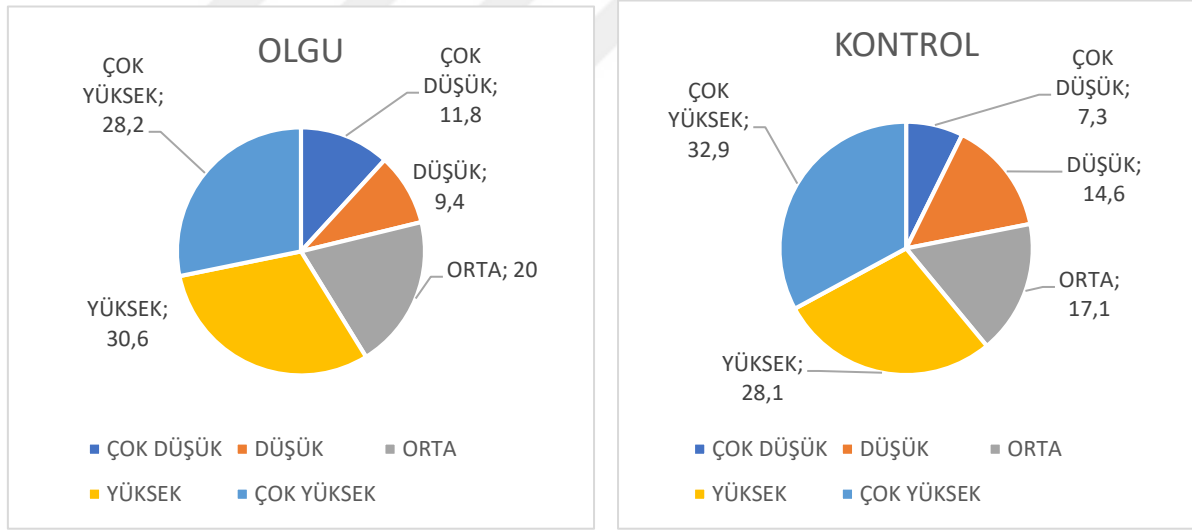
Tablo 9. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlarda (kontrol) evde kendisinden başka sigara içen kişilerin varlığına göre dağılımı

	Olgu (n:85)	Kontrol (n:82)
	n (%)	n (%)
Evde kendisinden başka sigara içen		
Var	33 (38.8)	48 (58.5)
Yok	52 (61.2)	34 (41.5)
Var ise kim olduğu		
Anne	1 (1.2)	1 (1.2)
Baba	6 (7.1)	5 (6.1)
Eş	23 (27.1)	35 (42.7)
Çocuk	5 (5.1)	7 (8.5)
Kardeş	3 (3.5)	4 (4.9)

Araştırmada olguların %58.8'i yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlı, kontrollerin %61.0'ı yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlıdır (Tablo 10).

Tablo 10. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)
Özellikler	n (%)	n (%)
Nikotin bağımlılık düzeyi		
Çok Düşük Düzeyde Nikotin Bağımlılığı	10 (11.8)	6 (7.3)
Düşük Düzeyde Nikotin Bağımlılığı	8 (9.4)	12 (14.6)
Orta Düzeyde Nikotin Bağımlılığı	17 (20.0)	14 (17.1)
Yüksek Düzeyde Nikotin Bağımlılığı	26 (30.6)	23 (28.1)
Çok Yüksek Düzeyde Nikotin Bağımlılığı	24 (28.2)	27 (32.9)



Grafik 1. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) nikotin bağımlılık düzeylerine göre dağılımı

Katılımcıların kendi bildirimlerine göre hastalık durumu sorgulandığında herhangi bir kronik hastalığı olma durumu olgularda %25.9 iken kontrollerde %50.0 olarak saptanmıştır. Olguların %10.6'sı hiperkolesterolemisi, %8.2'si hipertansiyonu, %7.1'i diyabeti, %4.7'si KOAH'ı, %3.5'i koroner kalp hastalığı, %2.4'ü kanseri, %2.4'ü inmesi olduğunu belirtmiştir. Kontrollerin %24.4'ü hipertansiyonu, %22.0'ı hiperkolesterolemisi, %12.2'si KOAH'ı, %8.5'i diyabeti, %8.5'i koroner kalp hastalığı, %4.9'u kanseri, %1.2'si inmesi olduğunu belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) kronik hastalık durumlarına göre dağılımları

	Olgu (n:85)	Kontrol (n:82)
	n (%)	n (%)
Kronik hastalık		
Var	22 (25.9)	41 (50.0)
Yok	63 (74.1)	41 (50.0)
Hipertansiyon	7 (8.2)	20 (24.4)
Diyabet	6 (7.1)	7 (8.5)
KKH	3 (3.5)	7 (8.5)
İnme	2 (2.4)	1 (1.2)
Hiperkolesterolemi	9 (10.6)	18 (22.0)
KOAH	4 (4.7)	10 (12.2)
Kanser	2 (2.4)	4 (4.9)

Olguların %76.1'i anksiyete puanına göre, %91.0'ı depresyon puanına göre normal bulunmuştur. Kontrollerin %67.9'u anksiyete puanına göre, %73.2'si depresyon puanına göre normal bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) anksiyete ve depresyon durumlarına göre dağılımı

	Olgu (n=67)	Kontrol (n=56)
Özellikler	n (%)	n (%)
Anksiyete durumu		
Normal	51 (76.1)	38 (67.9)
Borderline	11 (16.4)	10 (17.8)
Anormal	5 (7.5)	8 (14.3)
Depresyon durumu		
Normal	61 (91.0)	41 (73.2)
Borderline	2 (3.0)	8 (14.3)
Anormal	4 (6.0)	7 (12.5)

Olguların %72.9’una ilaç tedavisi, %11.8’ine nikotin replasman tedavisi, % 15.3’üne sadece davranış tedavisi uygulanırken kontrollerin %65.8’ine ilaç tedavisi, %11.0’ına nikotin replasman tedavisi, %23.2’sine sadece davranış tedavisi uygulanmıştır. Medikal tedavi kullananların kendi bildirimlerine göre tedaviyi kullanma sürelerine bakıldığında olguların %63.9’unun, kontrollerin %84.1’inin tedaviyi üç aydan kısa bir süre kullandığı görülmektedir (Tablo 13).

Tablo 13. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) kullanılan tedavi ile ilgili özelliklere göre dağılımı

	Olgu	Kontrol
Özellikler	n (%)	n (%)
<i>Uygulanan tedavi yöntemi</i>	(n=85)	(n=82)
Nikotin bandı	4 (4.7)	1 (1.2)
Nikotin sakızı	6 (7.1)	8 (9.8)
Vareniklin	33 (38.8)	30 (36.6)
Bupropion	29 (34.1)	24 (29.2)
Sadece davranış tedavisi	13 (15.3)	19 (23.2)
<i>Tedaviyi kullanma süresi</i>	(n=72)	(n=63)
En az 3 ay	26 (36.1)	10 (15.9)
3 aydan kısa	46 (63.9)	53 (84.1)

Olguların toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması 64.8 ± 11.8 , aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 25.2 ± 4.2 , kontrollerin toplam algılanan sosyal destek puan ortalaması 60.3 ± 15.0 , aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 23.5 ± 5.7 ’dir. Aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması hem olgu hem kontrolde diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 14).

Olgularda Genel Öz Yeterlilik Ölçeği “Başlama” boyutu puan ortalaması 36.9 ± 5.7 ; “Yılmama” boyutu puan ortalaması 21.0 ± 3.4 ; “Sürdürme Çabası/Israr” boyutu puan ortalaması 11.3 ± 2.3 ; genel puan ortalaması ise 69.3 ± 9.4 olduğu saptanmıştır. Kontrollerde Genel Öz Yeterlilik Ölçeği “Başlama” boyutu puan ortalaması 33.5 ± 6.5 ; “Yılmama” boyutu puan ortalaması 19.5 ± 3.9 ; “Sürdürme Çabası/Israr” boyutu puan ortalaması 10.8 ± 2.3 ; genel puan ortalaması ise 63.9 ± 10.5 olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanların (kontrol) algılanan sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyleri

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)
Özellikler	(Ortalama $\pm$ S)	(Ortalama $\pm$ S)
Algılanan Sosyal Destek	64.8 $\pm$ 11.8	60.3 $\pm$ 15.0
Aileden algılanan	25.2 $\pm$ 4.2	23.5 $\pm$ 5.7
Arkadaştan algılanan	20.1 $\pm$ 6.0	19.0 $\pm$ 6.6
Özel insandan algılanan	19.5 $\pm$ 6.1	17.8 $\pm$ 7.4
Genel Öz yeterlilik	69.3 $\pm$ 9.4	63.9 $\pm$ 10.5
Başlama	36.9 $\pm$ 5.7	33.5 $\pm$ 6.5
Yılmama	21.0 $\pm$ 3.4	19.5 $\pm$ 3.9
Sürdürme çabası-ısrar	11.3 $\pm$ 2.3	10.8 $\pm$ 2.3

4.2. Çözümleyici Bulgular

Araştırma örneğine seçilen olgu (n=185) ve kontrol (n=185) grupları arasında yaş, cins, medeni durum, öğrenim durumu, nikotin bağımlılık düzeyi açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Ek Tablo 1). Araştırma örneğine seçilen sigarayı bırakan kişiler (olgu) içinden araştırmaya katılan (n=85) ve katılmayanlar (n=100) arasında yaş, cins, medeni durum, öğrenim durumu, nikotin bağımlılık düzeyi açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Ek Tablo 2). Araştırma örneğine seçilen sigarayı bırakamayan kişiler (kontrol) içinden araştırmaya katılan (n=82) ve katılmayanlar (n=103) arasında cins, medeni durum, öğrenim durumu, nikotin bağımlılık düzeyi açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) ancak araştırmaya katılmayanlar katılanlara göre anlamlı olarak daha genç bulunmuştur ($p=0.001$) (Ek Tablo 3).

Çalışmaya katılan olgu ve kontroller arasında cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Olgularda 30-44 yaş grubunda olanlar kontrollere göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p=0.011$). Olgu grubunun yaş ortalaması 42.7 ± 8.5 , kontrol grubunun yaş ortalaması 45.8 ± 7.8 'dir. Olgular kontrollere göre anlamlı olarak daha gençtirler ($p=0.015$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)	
Özellikler	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	39 (45.9)	42 (51.2)	p=0.490
Erkek	46 (54.1)	40 (48.8)	
Yaş grubu			
30-44	50 (58.8)	32 (39.0)	p=0.011
45-59	35 (41.2)	50 (61.0)	
Öğrenim durumu			
Ortaokul ve altı	18 (21.2)	23 (28.0)	p=0.302
Lise ve üzeri	67 (78.8)	59 (72.0)	
Medeni durum			
Evli değil	14 (16.5)	17 (20.7)	p=0.479
Evli	71 (83.5)	65 (79.3)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	54 (63.5)	45 (54.9)	p=0.255
Çalışmıyor	31 (36.5)	37 (45.1)	
Ekonomik durum algısı			
Kötü ve çok kötü	7 (8.2)	7 (8.5)	p=0.726
Orta	56 (65.9)	51 (62.2)	
İyi ve çok iyi	22 (25.9)	24 (29.3)	

Olgu ve kontroller arasında ilk başvuru yılı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında ilk başvuru yıllarının karşılaştırılması

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)	
Özellikler	n (%)	n (%)	
Başvuru tarihi			
2011	47 (55.3)	43 (52.5)	p=0.167
2012	17 (20.0)	11 (13.4)	
2013	11 (12.9)	21 (25.6)	
2014	10 (11.8)	7 (8.5)	

Olgu ve kontrol grupları arasında nikotin bağımlılık düzeyleri, başvurudan önceki son bir yılda sigara kullanımındaki değişim açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Olgu grubundakiler kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha fazla sigara bırakma girişiminde bulunmuştur ($p=0.037$). Kontrol grubunda alkol kullanımı ve evde kendisinden başka sigara içen varlığı olgu grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır (sırasıyla $p=0.022$, $p=0.011$) (Tablo 17).

Tablo 17. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sigara ve alkol kullanımına ilişkin özelliklerin karşılaştırılması

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)	
Özellikler	n (%)	n (%)	
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Orta Düzeyde ve Altında Nikotin Bağımlılığı	35 (41.2)	32 (39.0)	p=0.777
Yüksek Düzeyde ve üzerinde Nikotin Bağımlılığı	50 (58.8)	50 (61.0)	
Başvurudan önceki son bir yılda sigara kullanımındaki değişim			
Arttı	25 (32.9)	28 (34.1)	p=0.813
Değişmedi	49 (57.6)	43 (52.4)	
Azaldı	8 (9.4)	11 (13.4)	
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme			
Evet	69 (81.2)	55 (67.1)	p=0.037
Hayır	16 (18.8)	27 (32.9)	
Evde sigara içen			
Var	33 (38.8)	48 (58.5)	p=0.011
Yok	52 (61.2)	34 (41.5)	
Alkol kullanımı			
Var	40 (47.1)	53 (64.6)	p=0.022
Yok	45 (52.9)	29 (35.4)	

Olgu ve kontrol grupları arasında nikotin replasman tedavisi, ilaç tedavisi ve sadece davranışsal tedavi kullanma dağılımları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.433$). Olgu grubunda en az 3 ay ve üzeri tedavi alanların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.008$) (Tablo 18).

Tablo 18. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında kullanılan tedavi ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)	
Özellikler	n (%)	n (%)	
Kullanılan tedavi yöntemi			
Nikotin replasman tedavisi	10 (11.8)	9 (11.0)	p=0.433
İlaç	62 (72.9)	54 (65.9)	
Sadece davranışsal	13 (15.3)	19 (23.2)	
Tedaviyi kullanma süresi			
	(n=72)	(n=63)	
En az 3 ay	26 (36.1)	10 (15.9)	p=0.008
3 aydan kısa	46 (63.9)	53 (84.1)	

Olgu grubunda herhangi bir kronik hastalığı olanların oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (p=0.001). Olgu ve kontrol grupları arasında anksiyete ve depresyon varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.220, p=0.206) (Tablo 19).

Tablo 19. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sağlığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılması

	Olgu	Kontrol	
Özellikler	n (%)	n (%)	
Kronik hastalık varlığı			
	(n=85)	(n=82)	
Var	22 (25.9)	41 (50.0)	p=0.001
Yok	63 (74.1)	41 (50.0)	
Anksiyete durumu			
	(n=67)	(n=56)	
Yok	62 (92.5)	48 (85.7)	p=0.220
Var	5 (7.5)	8 (14.3)	
Depresyon durumu			
	(n=67)	(n=56)	
Yok	63 (94.0)	49 (87.5)	p=0.206
Var	4 (6.0)	7 (12.5)	

Tablo 20’de olgu ve kontrol gruplarındaki bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ve genel öz yeterlilik ölçeklerinden ve boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Algılanan sosyal destek puan ortalaması olgularda kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0.031). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aileden algılanan sosyal destek boyutu olgularda kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.029) (Tablo 20).

Genel öz yeterlilik puan ortalaması olgularda kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.001$). Genel öz yeterlilik ölçeğinin başlama ve yılmama boyutu olgu grubunda kontrole göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (Sırasıyla $p=0.001$, $p=0.007$) (Tablo 20).

Tablo 20. Sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında algılanan sosyal destek ve genel öz yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması

	Olgu (n=85)	Kontrol (n=82)	
Özellikler	(Ortalama $\pm$ S)	(Ortalama $\pm$ S)	
Algılanan Sosyal Destek	64.8 $\pm$ 11.8	60.3 $\pm$ 15.0	p=0.031
Aileden algılanan	25.2 $\pm$ 4.2	23.5 $\pm$ 5.7	p=0.029
Arkadaştan algılanan	20.1 $\pm$ 6.0	19.0 $\pm$ 6.6	p=0.228
Özel insandan algılanan	19.5 $\pm$ 6.1	17.8 $\pm$ 7.4	p=0.116
Genel Öz yeterlilik	69.3 $\pm$ 9.4	63.9 $\pm$ 10.5	p=0.001
Başlama	36.9 $\pm$ 5.7	33.5 $\pm$ 6.5	p=0.001
Yılmama	21.0 $\pm$ 3.4	19.5 $\pm$ 3.9	p=0.007
Sürdürme çabası-ısrar	11.3 $\pm$ 2.3	10.8 $\pm$ 2.3	p=0.141

Yapılan çok değişkenli analizin sonuçları Tablo 21’de gösterilmiştir. Lojistik regresyon modeline tek değişkenli analizlerde sigara bırakma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunan değişkenlerle birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet ve medeni durum alınmıştır.

Model 1’de; algılanan sosyal destek düzeyi, öz yeterlilik düzeyi, yaş, cinsiyet, medeni durum alınmıştır. Model 2’de model 1’e ek olarak; sigarayı bırakmayı daha önce deneme, evde sigara içen varlığı, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı alınmıştır.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine tek değişkenli analizde bulunan anlamlı etkisi ortadan kalkmıştır. Öz yeterliliğin sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi her iki modelde de devam etmektedir. Kişilerin öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları her bir puan artışının sigara bırakmayı %6 arttırdığı saptanmıştır

Yaşın etkisi yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda model 1’de anlamlılığını devam ettirirken, model 2’de anlamlılığını yitirmiştir.

Tek değişkenli analizlerde sigara bırakma durumu ile anlamlı ilişkisi bulunan sigarayı bırakmayı daha önce deneme ve evde kendisinden başka sigara içen varlığının etkisi çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda ortadan kalkmıştır.

Model 2’de kişilerin alkol kullanmıyor olmasının bırakmayı 2.4 (%95 GA: 1.125-5.244) kat arttırdığı, kronik hastalığının olmamasının ise 2.2 (%95GA: 1.004-4.739) kat arttırdığı gösterilmiştir.

Tablo 21. Sigara bırakma üzerine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

Özellik (Referans grup)		MODEL 1*			MODEL 2**		
		BIRAKTI			BIRAKTI		
		p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA
Algılanan Sosyal Destek Düzeyi (Sürekli)		0.263	1.015	0.989-1.041	0.263	1.015	0.987-1.043
Genel Öz Yeterlilik Düzeyi (Sürekli)		0.001	1.062	1.026-1.100	0.001	1.057	1.018-1.097
Yaş (Sürekli)		0.010	0.946	0.907-0.987	0.056	0.955	0.912-1.001
Cinsiyet (Kadın)	Erkek	0.683	1.151	0.586-2.260	0.612	1.213	0.574-2.562
Medeni durum (Evli değil)	Evli	0.388	1.461	0.618-3.455	0.573	1.304	0.519-3.278
Sigarayı bırakmayı daha önce deneme (Hayır)	Evet				0.351	1.465	0.656-3.270
Evde sigara içen varlığı (Var)	Yok				0.090	1.858	0.908-3.801
Alkol kullanma durumu (Var)	Yok				0.024	2.429	1.125-5.244
Kronik hastalık varlığı (Var)	Yok				0.049	2.181	1.004-4.739
*Model 1: Algılanan sosyal destek düzeyi, genel öz yeterlilik düzeyi, sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum)							
**Model 2: 1. Modeldeki değişkenlere ek olarak sigara bırakmayı daha önce deneme, evde kendisinden başka sigara içen, alkol kullanma durum, kronik hastalık varlığı							

5. TARTIŞMA

Sigara kullanımı önlenabilir hastalık ve ölümlerin en önemli sebebidir. Sigarayı bırakmak kişi ve kişinin çevresi için önemli bir davranış değişikliğidir. Sigara içenlerin bir kısmı sigara bırakma girişiminde bulunmakta ancak büyük bir kısmı başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Sigara bırakma sürecini etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi başarılı sigara bırakma girişimlerinin planlanması açısından önemlidir. Bu araştırmada İzmir ilinde Balçova Belediyesi Sigara Bırakma Merkezine Ocak 2011- Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran 30-59 yaşları arasında olan kişilerde algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

5.1. Sosyo-demografik değişkenler

Olgu grubunda araştırmaya katılanlar ile katılanmayanlar arasında yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda araştırmaya katılmayanlar katılanlara göre daha genç bulunmuştur. Araştırmaya katılanların yaş dağılımındaki bu farklılıktan dolayı çalışmaya katılan sigarayı bırakanlar, bırakamayanlara göre anlamlı olarak daha genç bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda model 1’de bu farklılık anlamlılığını devam ettirirken, model 2’de anlamlılığını yitirmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda sigarayı bırakanların yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur (103–105). Benzer şekilde yaş gruplarının karşılaştırıldığı bir çalışmada 18-24 yaş grubuna göre 55-64 yaş ve 65 yaş ve üstü gruplarında sigara bırakma başarısı yüksek bulunmuştur (106). Yapılan bir sistematik derlemede de üç çalışmada daha yaşlılar daha başarılı bulunmuşken, dört çalışmada yaşla sigara bırakma arasında ilişki bulunamamıştır (107). Bazı çalışmalarda gösterilen ileri yaşlarda sigara bırakmadaki artışın bizim çalışmamızda görülmemesinin nedeni yaptığımız çalışmanın alt ve üst yaş (30-59) dahil olma kriterinden dolayı olabilir.

Erkeklerin sigara bırakmada kadınlara göre daha başarılı olduğunu gösteren bazı çalışmalar olmakla birlikte, bazı çalışmalar bizim çalışmamızda olduğu gibi sigarayı bırakmada cinsiyetler arasında fark olmadığını göstermektedir (105,106,108–112). Sigara bırakma başarılarını etkileyen faktörleri inceleyen bir sistematik derlemede sigara bırakma başarısı ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamıştır (107).

Çalışmamızda sigarayı bırakan ve bırakamayanların eğitim düzeyleri ve medeni durumları arasında farklılık yoktu. Bizim çalışmamızla benzer şekilde birçok çalışmada eğitim durumuyla sigara bırakma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (105,109,111,113,114). Yapılan bir sistematik derlemede eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısı ile ilişkisi

saptanmamıştır (107). Bazı çalışmalarda medeni durumda da benzer şekilde anlamlı farklılık saptanmamıştır (103,105,109). Ancak ABD’de büyük çaplı bir çalışmada evli yetişkinlerin hiç evlenmemiş, boşanmış veya dul yetişkinlere göre sigarayı daha fazla bıraktığı bulunmuştur (115). Bu durumun eşten sağlanan sosyal desteğin sigarayı bırakma üzerine olumlu etkisinden kaynaklanıyor olabileceği belirtilmiştir (115). Şahbaz ve arkadaşlarının; Lee ve Kahende; Waldron ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da evli olanlarda sigara bırakma başarısı evli olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (106,115,116). Bizim çalışmamızda böyle bir farklılığın saptanmamış olması çalışmamıza katılanların büyük oranda evli olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada çalışma durumu ve ekonomik algı açısından sigara bırakanlar ile bırakamayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde Tanrıverdi ve arkadaşlarının çalışmasında çalışma durumu açısından farklılık saptanmamıştır (111). Fransa’da, İngiltere ve İsviçre’de yapılan sigara bırakma girişim çalışmalarında da çalışma durumu ile sigara bırakma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (81,112,117). ABD’de yapılan bir çalışmada gelir artışının bırakmayı olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (108). Bizim çalışmamızda bu farklılığın saptanmamasının sebebi bizim gelir durumunu kişilerin algılarına göre değerlendirmiş olmamız ve katılımcıların büyük çoğunluğunun algısının orta düzeyde olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.2. Sigara ve alkol kullanımına ilişkin değişkenler

Bizim çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyleri açısından sigarayı bırakanlarla bırakamayanlar arasında farklılık bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda bağımlılık düzeyi bırakamayanlarda yüksek bulunmuştur (110,111,118). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan üç yıllık bir izlem çalışmasında sigara bırakma ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde bazı farklı çalışmalarda da bizim çalışmamızla uyumlu olarak anlamlı fark bulunmamıştır (105,112–114,119). Bu farklı sonuçların sebebi çalışmalara katılan kişilerin bağımlılık düzeylerindeki dağılım farklılıklarından, bağımlılık düzeylerine göre uygulanan tedavi yöntemindeki farklılıklardan, tedavi yöntemini kullanma sürelerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Prochaska, kişiler sigara bırakmayı ne kadar çok denerse sigara bırakma başarısının da o kadar artacağını belirtmiştir (120). Hymowitz ve arkadaşlarının ABD’de yürüttüğü beş yıllık izlem çalışmasında daha önce sigarayı bırakmayı deneme girişiminin sigara bırakma başarısını arttırdığı görülmüştür (108). Ülkemizde Fidan ve arkadaşlarının Afyon’da, Önen ve

arkadaşlarının Ankara’da yürüttüğü çalışmalarda daha önce sigarayı bırakmayı deneme açısından sigarayı bırakanlar ile bırakamayanlar arasında farklılık saptanmamıştır (109,121). Bizim çalışmamızda daha önce sigarayı bırakmayı deneme girişiminin olması tek değişkenli analizde anlamlı olarak sigara bırakmayı arttırmaktadır. Ancak çok değişkenli analizde diğer değişkenlere göre düzeltilildiğinde anlamlılığını yitirmiştir.

Bizim çalışmamızda evde kendisinden başka sigara içen varlığı tek değişkenli analizde anlamlı olarak sigara bırakmayı azaltmaktadır. Ancak ileri analizde diğer değişkenlere göre düzeltilildiğinde anlamlılığını yitirmiştir. ABD’de yürütülen çalışmada evde sigara içen yokluğunun başarıyı arttırdığı bulunmuştur (108). Ülkemizdeki üç farklı çalışmada evde sigara içen olup olmaması açısından sigara bırakanlarla bırakamayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (105,109,114).

Amerika’da yapılan beş yıllık izlem çalışmasında daha az alkol kullanımının olmasının sigara bırakma başarısını arttırdığı gösterilmiştir (108). Shiffman’ın çalışmasında da alkol kullanımının relapsı arttırdığı bulunmuştur (122). Ülkemizde Salepçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise farklılık saptanmamıştır (105). Çalışmamızda alkol kullanımının olmamasının hem ikili hem çoklu çözümlemede sigara bırakma başarısını arttırdığı görülmüştür. Bu durum alkolle birlikte sigara kullanma alışkanlığının olması ve alkolün sigarayı hatırlatıcı bir faktör olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kullanılan tedavi yöntemleri açısından sigarayı bırakanlar ile bırakamayanlar arasında farklılık yoktu ancak önerilen tedaviyi kullanma süresi açısından değerlendirildiğinde bırakanların bırakamayanlara göre tedaviyi kullanma süresi daha uzun bulunmuştur. Ankara’da yapılan bir çalışmada bupropion’un NRT ve sadece davranışsal tedavi ile kıyaslandığında daha etkili olduğu saptanmıştır (121). Diğer bir çalışmada vareniklin kullanan hasta grubunun sigara bırakma oranı bupropion ve NRT kullanan gruplardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (111). Yapılan başka bir çalışmada uygulanan tedavi grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuş bununla birlikte bizim çalışmamızla uyumlu olarak tedavi süresi uzadıkça bırakma başarısının arttığı saptanmıştır (103). Şahbaz ve arkadaşlarının çalışmasında medikal tedaviyi yeterli süre kullanmanın sigarayı bırakmama riskini 0.2 kat azalttığı bulunmuştur (116). Yeterli süre farmakolojik tedavinin bırakma hızlarını anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (118). Yüce ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uygulanan tedavi yöntemleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda uygulanan tedavi

yöntemi açısından fark olmamasının nedeni önerilen tedavinin uygun sürede kullanılmamasından kaynaklanıyor olabilir.

5.3. Sağlığa İlişkin Değişkenler

Herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda hem tek hem çok değişkenli analizlerde sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur. Salepçi ve arkadaşlarının; Şahbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sistemik ve pulmoner hastalık varlığının sigara bırakma başarısı üzerine etkisi bulunmamıştır (105,116). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yapılan başka bir çalışmada ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak kronik hastalık olmasının sigara bırakma başarısını azalttığı bulunmuştur (121). Aynı klinikte yürütülen başka bir çalışmada kardiyopulmoner hastalığı olanların ek başka hastalığı olanlara göre sigara bırakma başarısı düşük bulunmuştur (123). CDC (Centers for Disease Control and Prevention)'nin yürüttüğü ulusal sağlık araştırmasının bir raporunda sigara ile ilişkili hastalığı olanların; sigara ile ilişkili hastalığı olmayanlar ve hiç hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha çok sigara içmeye devam ettiği gösterilmiştir (124). Bu duruma kronik hastalığı olanların yüksek düzey bağımlı olması, hastalıkları sebebiyle kullandıkları farklı tedavilerin sigara bırakma tedavisine uyumu zorlaştırması ve medikal kontrendikasyonlar sebebiyle ilaç önerilmemesi sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda depresyon-anksiyete düzeyleri ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Afyon'da göğüs hastalıkları kliniğinde yapılan bir çalışmada sigara bırakanlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri bırakamayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (109). Bir başka çalışmada sigara bırakma başarısı ile depresyon anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (116).

5.4. Sosyal Destek

Bizim yaptığımız çalışmada algılanan sosyal destek puanı ortalaması sigarayı bırakanlarda bırakamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark iki değişkenli çözümlemede anlamlı bulunurken model 1'de öz yeterlilik, yaş, cinsiyet, medeni duruma göre, model 2'de model 1'e ek olarak sigara bırakmayı daha önce deneme, evde kendisinden başka sigara içen varlığı, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığına göre düzeltildiğinde anlamlılığını yitirmiştir. Literatürde sosyal destek ve sigara bırakma ilişkisinin farklı yöntemlerle incelendiği çalışmalar mevcuttur.

Ülkemizde sosyal destek ve sigara ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisinin araştırıldığı kesitsel çalışmada sigara kullananların aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur (125).

Mermelstein ve arkadaşlarının yürüttüğü iki kohort çalışmada algılanan genel sosyal destek puanı her iki çalışmada üç ay sonunda sigarayı bırakanlarda daha yüksek bulunmuş ancak bir çalışmada bu fark anlamlı bulunmuştur. Sigaraya özel sosyal destek puan ortalaması ise diğer çalışmada anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalarda 12 ay sonunda sigarayı bırakanlar ile bırakamayanlar arasında sosyal destek açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (73).

Cohen ve arkadaşlarının yaptığı 221 kişinin katıldığı izlem çalışmasında sigara özelinde pozitif sosyal destek ve negatif sosyal destek oranının yüksek olması sigara bırakma üzerine anlamlı olarak etkili bulunmuştur (77). Bir başka çalışmada destekleyici davranışların sigara bırakma ile olumsuz davranışların erken nüks ile ilişkisi bulunmuştur (78). İngiltere’de sigara bırakmada sosyo-demeografik belirleyicilerin araştırıldığı çalışmada düşük sosyal destek algısı sigara bırakamama ile ilişkili saptanmıştır (82).

Kanada’da toplum tabanlı davranışsal sigara bırakma programı kapsamında yapılan sosyal destek girişim çalışması sonucunda girişim grubu üç ay sonunda anlamlı olarak her iki cinsten daha başarılı bulunmuş, on iki ay sonunda bu anlamlılık sadece erkeklerde görülmüştür (126). Yapılan diğer bir çalışmada sosyal desteğin dört haftalık bırakma başarısı ile ilişkili olduğu bulunmuş ancak 26 haftalık sigara bırakma başarısı ile ilişkisi saptanmamıştır (127).

İran’da 80 madde bağımlısı erkekte sosyal desteğin ÇBASDÖ kullanılarak ölçüldüğü çalışmada algılanan sosyal destek arttıkça relapsın azaldığı bulunmuştur (128).

İsviçre’de çiftlerde sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada alınan duygusal desteğin, çiftlerin sigara bırakmasında önemli bir rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır (129).

ABD’de 18-65 yaş arası 349 kadının katıldığı randomize kontrollü çalışmada relaps riski; ilaç kullanım durumu, nikotin bağımlılığı, ırka göre düzeltildiğinde sosyal destek skoru ile ters ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada sosyal destek skoru arttıkça yoksunluk semptomlarının azaldığı bulunmuştur (130).

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı tarafından 2000 yılında yayımlanan Tütün Kullanımının ve Bağımlılığının Tedavisi kılavuzunda, tedavi dışı sosyal destek etkili bir

danışmanlık ve davranış terapisi olarak önerilmiştir. Bu kılavuzda sigara bırakma girişimlerinde sosyal desteğin odds ratio (OR)'su 1.5 (95%CI 1.1-2.1) olarak belirtilmiştir (131). Ancak 2008 yılında güncellenen kılavuzda tedavi dışı sosyal destek önerilerden kaldırılmıştır (132).

Partner desteğini içeren randomize kontrollü sigara bırakma girişim çalışmalarının dahil edildiği bir sistematik derlemede girişim gruplarında sigara bırakma oranları %14-59, kontrol gruplarında %15-64 olarak bulunmuş ve iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmaya dahil edilen 10 araştırmadan ikisinde partner desteğinin girişim grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (133).

ABD'de Gulliver ve arkadaşlarının yaptığı genel öz yeterlilik ve eşten algılanan genel ve sigara özelindeki sosyal desteğin değerlendirildiği izlem çalışmasında gençlerin, sosyal destek ve öz yeterlilik puanı düşük kişilerin relapsa daha yatkın olduğu belirtilmiştir (134).

İsviçre'de birlikte sigara bırakma girişiminde bulunan eşlerde yapılan çalışmada diğer günlere kıyasla daha fazla sosyal destek aldığını belirten kadın ve erkeklerin o gün içtikleri sigara sayısının anlamlı olarak daha az olduğu saptanmıştır (135).

Yapılan çalışmalarda sosyal destek ve sigara bırakma ilişkisinde farklı sonuçlar bulunmuştur. Sosyal desteğin öznel bir kavram olması ölçüm ve değerlendirilmesindeki zorlukları da beraberinde getirmektedir. Farklı sonuçlar bireysel, toplumsal, kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabileceği gibi çalışmaların yöntemsel faktörlerinden (bırakma süresi, ölçek farklılıkları, uygulanan girişimlerin standardının olmaması) kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda yapılan düzeltme sonrası anlamlı bir fark bulamamamız çalışmanın lojistik regresyonla algılanan sosyal destek ve sigara bırakma arasındaki ilişkiyi göstermedeki gücünün düşük olmasına, zamansal olarak sosyal desteğin değişmiş olmasına, sosyal desteğin daha çok bırakma sürecinin başlangıcında etki etmiş olmasına bağlı olabilir.

5.5. Öz Yeterlilik

Bizim çalışmamızda hem ikili hem çoklu çözümlemede öz yeterlilik sigarayı bırakanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmaların büyük kısmında sigara özelinde öz yeterliliğin sorgulandığı ve bizim çalışmamızla uyumlu olarak öz yeterliliğin anlamlı etkisi gözlemlendiği görülmektedir. Çalışmamızda kişilerin öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları her bir puan artışının sigara bırakmayı %6 arttırdığı saptanmıştır.

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde öz yeterlilik ve sigara ilişkisinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmada sigara içmeyenlerin öz yeterliliği içenlerden yüksek bulunmuştur.

Sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin öz yeterlilikleri sigarayı bırakamayacağına inanan öğrencilerin öz yeterliliklerinden daha yüksek bulunmuştur (136).

İsveç'te toplum tabanlı olarak yürütülen çalışmada sigarayı bırakma başarısı yaş, cins, kronik hastalık durumuna göre düzeltildikten sonra düşük nikotin bağımlılık düzeyi, yüksek öz yeterlilik puanıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (137). ABD'de 642 kişinin dahil edildiği bir çalışmada sigarayı bırakma özelinde öz yeterlilik düzeyi daha yüksek olan katılımcıların 27. haftada sigarayı bırakma oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (OR = 1.04, % 95 Cl: 1.01-1.06, p = 0.01) (138).

Hollanda'da yapılan bir çalışmada, yüksek ancak aşırı derecede yüksek olmayan öz yeterliliğin sigarayı başarıyla bırakmak için ideal olduğu gösterilmiştir (139).

Hollanda'da 149 adölesanın katıldığı öz yeterliliğin dinamik etkisinin laps ve relaps üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, öz yeterlilikteki günlük azalmaların ilk laps ve ilk lapstan relapsa ilerlemeyi öngördüğü saptanmıştır (140). Yapılan diğer çalışmalarda daha yüksek öz yeterliliğin sigara bırakma sürecinde daha düşük sigara içme isteği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (141,142).

Öz yeterlilik ve sigara bırakma ilişkisinin incelendiği bir meta analizde öz yeterlilik bırakma girişimi öncesinde değerlendirildiğinde öz yeterlilik puanları, sigara içmeyenlerde sigara içenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Öz yeterlilik, bırakma sonrası değerlendirildiğinde bu ilişki daha kuvvetli bulunmuştur (143). Bizim çalışmamızda da her ne kadar genel öz yeterliliği sorgulayan bir ölçek kullansak da bırakma sonrası değerlendirdiğimiz için bu etkiyi daha güçlü saptamış olabiliriz.

Uygulanan tedavi yöntemlerini kullanma süreleri bilgisi kişilerin bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Bu durum hafızaya dayalı yanılmaya sebep olmuş olabilir. Bazı katılımcıların verilerinin telefon görüşmesi ile toplanması ve telefon görüşmesi ile verisi toplanan sigarayı bırakanların bırakma durumlarının CO ölçümü ile doğrulanamaması diğer bir kısıtlılıktır. Ancak sigaraya tekrar başlayanların bu durumu doğru şekilde belirttiğini düşünmekteyiz.

Ülkemizde sosyal desteğin sigara bırakma ile ilişkisini değerlendiren çalışmaların kısıtlı olması ve bu çalışmanın bu yönde literatüre katkı yapmış olması güçlü yanıdır.

6. Sonuç ve Öneriler

Sonuçlar:

Algılanan sosyal destek düzeyi açısından sigarayla bırakanlarla bırakamayanlar arasında fark bulunamamıştır.

Genel öz yeterlilik düzeyi ortalaması sigara bırakanlarda bırakamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ölçeğin başlama ve yılmama boyutları bırakanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Öz yeterlilik düzeyinin sigara bırakma üzerine anlamlı etkisi çoklu analiz sonucunda da devam etmiştir. Kişilerin öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları her bir puan artışının sigara bırakmayı %6 arttırdığı saptanmıştır.

Kişilerin alkol kullanmıyor olması sigara bırakmayı 2.4 kat, kronik hastalığının olmaması ise 2.2 kat arttırmaktadır.

Öneriler:

Çoklu analizde anlamlılığını yitirse de sosyal desteğin kişilerde davranış değişikliği için önemli bir motivasyon kaynağı olduğunu ve bu konuya önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Sigara bırakma polikliniklerinde rutin olarak verilen davranışsal danışmanlığın yanında psikologlardan da destek alınarak başvuranların aile bireylerine de sigara bırakma süreciyle ilgili psikolojik danışmanlık yapılması ve bireylerin öz yeterliliklerini geliştirici görüşmeler yürütülmesi daha etkili sigara bırakma girişimleri için destekleyici olabilir.

Davranışsal danışmanlık ve takiplerde cesaret verici konuşmalara önem verilmeli, kişilerin sigara bırakma sırasındaki endişeleri giderilmelidir. Daha önce sigarayla bırakmış kişilerle sigarayla bırakmak için başvuran kişiler görüştürülerek dolaylı öğrenme yoluyla bireylerin öz yeterlilikleri geliştirilebilir. Grup terapileri de bu yönde katkı sağlayabilir.

Ayrıca alkol kullanan ve kronik hastalığı olan kişiler bırakma sürecinde karşılaşılabilecekleri zorluklar hakkında bilgilendirilmeli, daha yakın takip edilmelidir. Medikal tedavi önerilen kişilere tedavinin önerilen sürede kullanılmasının önemi açıklanmalı ve kişilerin uygun süre tedavi almaları sağlanmalıdır.

İleriye yönelik çalışmalar planlanması bu kavramların daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Dependence syndrome [Internet]. WHO. [kaynak 24 Şubat 2017]. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; 1992 [kaynak 24 Şubat 2017]. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
3. Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Aslan D (Ed). Ankara, 2009,
4. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. Türkiye İstatistik Kurumu.
6. T.C.Sağlık Bakanlığı, Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Yönetmeliği, 2011
7. Yıldırım İ. Anne Baba Destegi ve Başarı; Anne Babalar Çocuklarına Nasıl Destek Olabilirler. Anı Yayıncılık; 2006.
8. Çeçen AR. Öğrencilerin cinsiyetlerine ve ana baba tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. J Turk Educ Sci. 2008;6(3).
9. Shahab L. Smoking cessation interventions involving significant others: the role of social support. National Centre for Smoking Cessation and Training; 2012.
10. Westmaas JL, Bontemps-Jones J, Bauer JE. Social support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence. Nicotine Tob Res. 01 Temmuz 2010;12(7):695–707.
11. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını, Türkiye Sağlık Raporu, HASUDER, 2012.
12. Barış İ. Tütün Kullanımının Tarihçesi [Internet]. [kaynak 25 Şubat 2017]. Available at: http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHÇESİ-I_Barış.pdf
13. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology. 2003;8(3):286–290.
14. Mercimek HV, Akçiçek E, editörler. Mucizeden belaya yolculuk tütün. Birinci baskı. İstanbul: Tarihçi Kitabevi; 2014. 535 s.
15. Aslan D. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Başladı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. STED. 2005;14(1):19–21.
16. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. Br Med Bull. Ocak 1996;52(1):12–21.

17. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *The Lancet*. Mayıs 1992;339(8804):1268–78.
18. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004
19. WHO | Tobacco [Internet]. WHO. [kaynak 03 Ocak 2017]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
20. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, editör. *PLoS Med*. 28 Kasım 2006;3(11):e442.
21. Küresel Tütün Salgını Raporu MPOWER, DSÖ, Aralık 2008.
22. WHO | The GATS Atlas [Internet]. WHO. [kaynak 26 Şubat 2017]. Available at: <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/gatstlas/en/>
23. World Health Organization. Global Report On Trends In Tobacco Smoking 2000-2025 [Internet]. WHO. [kaynak 26 Şubat 2017]. Available at: <http://www.who.int/entity/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/index.html>
24. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008. Türkiye İstatistik Kurumu.
25. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Uygulama için Kılavuz İlkeler, TAPDK, Ankara 2010.
26. Bilir N, Aslan DD. Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrol çalışmaları. *Hacet Tıp Derg*. 2005;36:75–79.
27. WHO | Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. WHO. [kaynak 27 Şubat 2017]. Available at: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/
28. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi [Internet]. [kaynak 28 Şubat 2017]. Available at: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm>
29. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. Sağlık Bakanlığı - Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Şubat - 2008 Ankara.
30. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? *Tur Toraks Der* 2009;10:31-4
31. Türkiye’de Tütünle Mücadele Süreci [Internet]. [kaynak 01 Mart 2017]. Available at: <http://www.havanikoru.org.tr/surec.html>
32. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu, Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014
33. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010

34. Piasecki TM. Relapse to smoking. Clin Psychol Rev, 2006. 26(2): p. 196-215.
35. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Kasım 2013
36. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine,. 1976;(38(5), 300-314.).
37. Nurullah AS. Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. American Journal of Health Studies: 27(3) 2012
38. Mattson M, Hall JG. Health as communication nexus: a service-learning approach. Dubuque, IA: Kendall Hunt; 2011. 416 s.
39. Özbesler C. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi, Doktora Tezi,. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.
40. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 13: 81-87 (1997)
41. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? Clin Psychol Rev. Nisan 2002;22(3):383–442.
42. Lakey B. perceived support, enacted support and social integration. There are different. [kaynak 19 Mart 2017]; Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.485.810&rep=rep1&type=pdf>
43. Sorias O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1988;27(1):353-357.
44. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Edeb Fakültesi Yayın. 1992;(9):33–49.
45. Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. Procedia - Soc Behav Sci. 2010;2(2):3844–9.
46. House JS. Work stress and social support. Reading, Mass. : Addison-Wesley Pub. Co; 1981. 24-26 s.
47. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J Behav Med. Aralık 1981;4(4):381–406.
48. House JS. Social support and social structure. Sociological forum 1987 vol 2, num 1, s. 135–146.
49. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. Şubat 1979;109(2):186–204.

50. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychol Rev*. Temmuz 2011;118(3):482–95.
51. Taylor SE. Health psychology. Ninth edition. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2015. 430 s.
52. Albrecht TL, Adelman MB. Communicating social support. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1987. 317 s.
53. Burleson BR, Albrecht TL, Sarason IG, editörler. Communication of social support: messages, interactions, relationships, and community. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1994. 298 s.
54. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
55. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. Ağustos 2006;29(4):377–87.
56. Uchino BN. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. Mayıs 2009;4(3):236–55.
57. Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, vd. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod Oxf Engl*. Mart 2007;22(3):869–77.
58. Evers AWM, Kraaijmaat FW, Geenen R, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther*. Kasım 2003;41(11):1295–310.
59. Kulik JA, Mahler HI. Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: a longitudinal study. *J Behav Med*. Şubat 1993;16(1):45–63.
60. VanderPlate C, Aral SO, Magder L. The relationship among genital herpes simplex virus, stress, and social support. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 1988;7(2):159–68.
61. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. Temmuz 2001;20(4):243–55.
62. Turner-Cobb JM, Gore-Felton C, Marouf F, Koopman C, Kim P, Israelski D, vd. Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *J Behav Med*. Ağustos 2002;25(4):337–53.

63. Goodenow C, Reisine ST, Grady KE. Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 1990;9(3):266–84.
64. Robertson EK, Suinn RM. The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patient and family. *J Psychosom Res.* Ekim 1968;12(3):189–91.
65. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL. Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients. *J Pers Soc Psychol.* Nisan 1997;72(4):918–28.
66. Penninx BW, van Tilburg T, Boeke AJ, Deeg DJ, Kriegsman DM, van Eijk JT. Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* Kasım 1998;17(6):551–8.
67. Torgrud LJ, Walker JR, Murray L, Cox BJ, Chartier M, Kjernisted KD. Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cogn Behav Ther.* 2004;33(2):87–96.
68. Grissett NI, Norvell NK. Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *J Consult Clin Psychol.* Nisan 1992;60(2):293–9.
69. Dobson KS, Dozois DJA. *Risk Factors in Depression.* Academic Press; 2011. 510 s.
70. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* Mart 2002;21(2):131–8.
71. Daly KA, Lund EM, Harty KC, Ersted SA. Factors associated with late smoking initiation in Minnesota women. *Am J Public Health.* Eylül 1993;83(9):1333–5.
72. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control.* 1998;7(4):409–420.
73. Mermelstein R, Sheldon C, Lichtenstein E, John SB, Tom Kamarck. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54(4):447–453.;
74. Morgan GD, Ashenberg ZS, B E. Abstinence from smoking and the social environment. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(2):298–301.
75. Coppotelli HC, Orleans CT. Partner support and other determinants of smoking cessation maintenance among women. *J Consult Clin Psychol.* Ağustos 1985;53(4):455–60.
76. Rice VH, Templin T, Fox DH, Jarosz P, Mullin M, Seiggreen M, vd. Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control.* 01 Aralık 1996;5(4):280–5.
77. Cohen S, Lichtenstein E. Partner behaviors that support quitting smoking. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(3):304.

78. Roski J, Schmid LA, Lando HA. Long-term associations of helpful and harmful spousal behaviors with smoking cessation. *Addict Behav.* 1996;21(2):173–185.
79. Mermelstein R, Lichtenstein E, McIntyre K. Partner support and relapse in smoking-cessation programs. *J Consult Clin Psychol.* Haziran 1983;51(3):465–6.
80. West DW, Graham S, Swanson M, Wilkinson G. Five year follow-up of a smoking withdrawal clinic population. *Am J Public Health.* 1977;67(6):536–544.
81. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction.* Haziran 2004;99(6):770–7.
82. Bandura A. Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychol.* 2001;3(3):265–299.
83. Bandura A, Adams NE. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cogn Ther Res.* 1977;1(4):287–310.
84. Bandura A. Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. *Cogn Ther Res.* Haziran 1980;4(2):263–8.
85. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191.
86. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997. 604 s.
87. Luszczynska A, Schwarzer R. Planning and Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Breast Self-Examination: A Longitudinal Study on Self-Regulatory Cognitions. *Psychol Health.* Ocak 2003;18(1):93–108.
88. DiClemente CC, Fairhurst SK, Piotrowski NA. Self-Efficacy and Addictive Behaviors. İçinde: Maddux JE, editör. *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment. The Plenum Series in Social/Clinical Psychology*, Springer US; 1995 s. 109–41.
89. Papadopoulou C, Kotronoulas G, Schneider A, Miller MI, McBride J, Polly Z, vd. Patient-Reported Self-Efficacy, Anxiety, and Health-Related Quality of Life During Chemotherapy: Results From a Longitudinal Study. *Oncol Nurs Forum.* 01 Ocak 2017;44(1):127–36.
90. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Appl Nurs Res ANR.* Kasım 2016;32:148–55.
91. Criswell TJ, Weber CA, Xu Y, Carter BL. Effect of Self-Efficacy and Social Support on Adherence to Antihypertensive Drugs. *Pharmacotherapy.* Mayıs 2010;30(5):432–41.
92. Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health.* Şubat 2012;37(1):15–24.

93. Linde JA, Rothman AJ, Baldwin AS, Jeffery RW. The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* Mayıs 2006;25(3):282–91.
94. Roach JB, Yadrack MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe WA, Billon W. Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *J Am Diet Assoc.* Ekim 2003;103(10):1357–9.
95. Kadden RM, Litt MD. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addict Behav.* Aralık 2011;36(12):1120–6.
96. Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research: applications to practice.* 3rd ed. Upper Saddle River, N.J: Pearson/Prentice Hall; 2009.
97. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* Mart 1988;52(1):30–41.
98. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1):17-25
99. Sherer M, Maddux, Mercandante, et al., The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation, 1982; 51 (2) 663-671.
100. Sherer M, Adams CH , Construct validation of the Self-Efficacy Scale. *Psychol Rep.*1983; 53:899-902.
101. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel öz yeterlilik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010;21(4):301–308.
102. Yazıcı K, Demir B. Hamilton Anxiety Rating Scale: Interrater Reliability and Validity Study. *Turkish Journal of Psychiatry.* 1998. 9(2): p. 114-117.
103. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, vd. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Tur Toraks Derg.* 2013;14:81–7.
104. Günay T, Pekel Ö, Şimşek H. Smoking habits and cessation success What differs among adults and elderly? *Saudi Med J* 2014; Vol. 35 (6): 585-591
105. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. *Toraks Derg.* 2005;6(2).
106. Lee C, Kahende J. Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. *Am J Public Health.* 2007;97(8):1503–1509.
107. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review: Predictors of quit attempts and success. *Addiction.* Aralık 2011;106(12):2110–21.

108. Hymowitz N, Cummings K, Hyland A, Lynn W, Pechacek T, Hartwell T. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. Haziran 1997;6(Suppl 2):S57–62.
109. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Derg*. 2005;6(3):17–22.
110. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turk J Med Sci*. 2012;42(3):515–522.
111. Tanrıverdi H, Altuntaş M, Demir O, Afşar B, Celikiz M. Success Rate of Pharmacological Therapies Used for Smoking Cessation and Factors that Affect Smoking Cessation Rates. *Eur J Gen Med*. 2015;12(2):125–30.
112. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med*. Ekim 2005;99(10):1303–10.
113. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, Krall EA, Vokonas PS, Garvey AJ. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *Am J Public Health*. 2000;90(3):404.
114. Çan G, Öztuna F, Topbaş M, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinin Üç Yıllık Başvuru Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Toplum Hekim Bül*. 2006;25(2).
115. Waldron I, Lye D. Family roles and smoking. *Am J Prev Med*. Haziran 1989;5(3):136–41.
116. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi* 2007; 8(2):110-114
117. Bize R, Willi C, Chiolerio A, Stoianov R, Payot S, Locatelli I, vd. Participation in a population-based physical activity programme as an aid for smoking cessation: a randomised trial. *Tob Control*. Aralık 2010;19(6):488–94.
118. 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.
119. Robles GI, Singh-Franco D, Ghin HL. A review of the efficacy of smoking-cessation pharmacotherapies in nonwhite populations. *Clin Ther*. 01 Mayıs 2008;30(5):800–12.
120. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav*. 1985;10(4):395–406.
121. Onen ZP, Sen E, Eriş GB, Oztürk A, Akkoca YO, Acıcan T, vd. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tuberk Ve Toraks*. 2009;58(4):385–392.

122. Shiffman S. Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1982;50(1):71–86.
123. Onen ZP, Sen E, Eriş GB, Oztürk A, Akkoca YO, Acıcan T, vd. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates. *Tuberk Ve Toraks.* 2009;58(4):385–392.
124. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults-- United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 09 Kasım 2007;56(44):1157–61.
125. Baran M, Küçükakça G, Ayran G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2014; 15(1) : 9 - 15
126. Carlson LE, Goodey E, Bennett MH, Taenzer P, Koopmans J. The addition of social support to a community-based large-group behavioral smoking cessation intervention: improved cessation rates and gender differences. *Addict Behav.* 2002;27(4):547–559.
127. May S, West R. Do social support interventions (“buddy systems”) aid smoking cessation? A review. *Tob Control.* 2000;9(4):415–422.
128. Atadokht A, Hajloo N, Karimi M, Narimani M. The Role of Family Expressed Emotion and Perceived Social Support in Predicting Addiction Relapse. *Int J High Risk Behav Addict.* 2015 March; 4(1): e21250.
129. Lüscher J, Scholz U. Does social support predict smoking abstinence in dual-smoker couples? Evidence from a dyadic approach. *Anxiety Stress Coping.* Mayıs 2017;30(3):273–81.
130. Creswell KG, Cheng Y, Levine MD. A Test of the Stress-Buffering Model of Social Support in Smoking Cessation: Is the Relationship Between Social Support and Time to Relapse Mediated by Reduced Withdrawal Symptoms? *Nicotine Tob Res.* 01 Mayıs 2015;17(5):566–71.
131. Fiore M. Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services; 2000
132. Fiore M. Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services; 2008 update.
133. Park EW, Schultz JK, Tudiver FG, Campbell T, Becker LA. Enhancing partner support to improve smoking cessation. İçinde: *The Cochrane Collaboration*, editör. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004
134. Gulliver SB, Hughes JR, Solomon LJ, Dey AN. An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction.* 1995;90(6):767–772.
135. Lüscher J, Stadler G, Scholz U. A daily diary study of joint quit attempts by dual-smoker couples: The role of received and provided social support. *Nicotine Tob Res.*

136. Kilinc N, Tezel A. The Assessment of Self-Efficacy Level According to University Students' Smoking Situation. *TAF Prev Med Bull.* 2012;11(3):255.
137. Lindberg A, et al. Low nicotine dependence and high self-efficacy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: a three year follow up of a population-based study. *Tob Induc Dis* 2015; 13:27
138. Schnoll RA, Martinez E, Tatum KL, Glass M, Bernath A, Ferris D, vd. Increased self-efficacy to quit and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. *Addict Behav.* Ocak 2011;36(1–2):144–7.
139. Staring A. Decline in smoking cessation rate associated with high self-efficacy scores. *Prev Med.* Kasım 2004;39(5):863–8.
140. Van Zundert RMP, Ferguson SG, Shiffman S, Engels RCME. Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. *Health Psychol.* 2010;29(3):246–54.
141. Shadel WG, Niaura R, Goldstein MG, Abrams DB. Cognitive avoidance as a method of coping with a provocative smoking cue: the moderating effect of nicotine dependence. *J Behav Med.* Nisan 2001;24(2):169–82.
142. Niaura R, Abrams DB. Smoking cessation: progress, priorities, and prospectus. *J Consult Clin Psychol.* Haziran 2002;70(3):494–509.
143. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychol Addict Behav.* 2009;23(1):56–66.

EK-1

Ek Tablo 1. Araştırma örneğine seçilen sigarayı bırakan (olgu) ve bırakamayanlar (kontrol) arasında sosyo-demografik özelliklerin ve nikotin bağımlılık düzeyinin karşılaştırılması

	Olgu (n=185)	Kontrol (n=185)	
Özellikler	n (%)*	n (%)*	p
Cinsiyet			
Kadın	89 (48.1)	93 (50.3)	0.677
Erkek	96 (51.9)	92 (49.7)	
Yaş grubu			
30-44	102 (55.1)	108 (58.4)	0.529
45-59	83 (44.9)	77 (41.6)	
Öğrenim durumu			
Ortaokul ve altı	47 (25.4)	59 (31.9)	0.168
Lise ve üzeri	138 (74.6)	126 (68.1)	
Medeni durum			
Evli değil	40 (21.6)	41 (22.2)	0.900
Evli	145 (78.4)	144 (77.8)	
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Orta Düzeyde ve Altında Nikotin Bağımlılığı	70 (37.8)	65 (35.1)	0.589
Yüksek Düzeyde ve üzerinde Nikotin Bağımlılığı	115 (62.2)	120 (64.9)	

*sütun yüzdesi

Ek Tablo 2. Araştırma örneğine seçilen sigarayı bırakan kişiler (olgu) içinden araştırmaya katılan ve katılmayanlar arasında sosyo-demografik özelliklerin ve nikotin bağımlılık düzeyinin karşılaştırılması

	Katılan (n=85)	Katılmayan (n=100)	
Özellikler	n (%)*	n (%)*	p
Cinsiyet			
Kadın	39 (43.8)	50 (56.2)	0.576
Erkek	46 (47.9)	50 (52.1)	
Yaş grubu			
30-44	50 (49.0)	52 (51.0)	0.352
45-59	35 (42.2)	48 (57.8)	
Öğrenim durumu			
Ortaokul ve altı	18 (38.3)	29 (61.7)	0.223
Lise ve üzeri	67 (48.6)	71 (51.4)	
Medeni durum			
Evli değil	14 (35.0)	26 (65.0)	0.117
Evli	71 (49.0)	74 (51.0)	
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Orta Düzeyde ve Altında Nikotin Bağımlılığı	35 (50.0)	35 (50.0)	0.388
Yüksek Düzeyde ve üzerinde Nikotin Bağımlılığı	50 (43.5)	65 (56.5)	

*sıtr yüzdesi

Ek Tablo 3. Araştırma örneğine seçilen sigarayı bırakamayan kişiler (kontrol) içinden araştırmaya katılan ve katılmayanlar arasında sosyo-demografik özelliklerin ve nikotin bağımlılık düzeyinin karşılaştırılması

	Katılan (n=82)	Katılmayan (n=103)	
Özellikler	n (%)*	n (%)*	p
Cinsiyet			
Kadın	42 (45.2)	51 (54.8)	0.818
Erkek	40 (43.5)	52 (56.5)	
Yaş grubu			
30-44	32 (29.6)	76 (70.4)	0.001
45-59	50 (64.9)	27 (35.1)	
Öğrenim durumu			
Ortaokul ve altı	23 (39.0)	36 (61.0)	0.317
Lise ve üzeri	59 (46.8)	67 (53.2)	
Medeni durum			
Evli değil	17 (41.5)	24 (58.5)	0.676
Evli	65 (45.1)	79 (54.9)	
Nikotin bağımlılık düzeyi			
Orta Düzeyde ve Altında Nikotin Bağımlılığı	32 (49.2)	33 (50.8)	0.323
Yüksek Düzeyde ve üzerinde Nikotin Bağımlılığı	50 (41.7)	70 (58.3)	

*sattır yüzdesi

EK-2

Bir Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Bırakma Üzerine Etkisinin İncelenmesi Çalışması Veri Toplama Formu

Anket sıra no:

Görüşme tarihi:

Adı Soyadı:

Sosyodemografik Özellikler (SDÖ)

SDÖ1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

SDÖ2. Doğum tarihiniz: / / 19.....

Yaş:(doğum tarihi kaydedildi ise doldurulmayacak)

SDÖ3. Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar 2. Dul 3. Boşanmış 4. Evli

SDÖ4. Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu

SDÖ5. Sizce ailenizin ekonomik durumu / geçim durumu nasıldır?

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

SDÖ6. Ne iş yapıyorsunuz?

.....

SDÖ7. Ne iş yapıyorsunuz?

1. İşsiz (iş arıyor)
2. İşsiz (iş aramıyor)
3. Ev kadını (iş arıyor)
4. Ev kadını (iş aramıyor)
5. Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi
6. Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar
7. Beceri gerektiren, büro ve benzeri işlerde çalışanlar (hemşire, sekreter)
8. Doktor, mühendis, avukat yüksek eğitim gerektiren işler

9. Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren
10. Yanında 3'ten az işçi çalıştıran işveren
11. İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar
12. Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)
13. Tarım işleri
14. Emekli

SDÖ8. Emekli iseniz emekli olduğunuz işiniz neydi?

.....

SDÖ9. (Emekli ise) Emekli olduğunuz işiniz neydi?

1. Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi
2. Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar
3. Beceri gerektiren, büro ve benzeri işlerde çalışanlar (hemşire, sekreter)
4. Doktor, mühendis, avukat yüksek eğitim gerektiren işler
5. Yanında 3 ve üzerinde işçi çalıştıran işveren
6. Yanında 3'ten en az işçi çalıştıran işveren
7. İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar
8. Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)
9. Tarım işleri

Tıbbi Tedavi Kullanım Durumu

TD1. Sigara bırakma merkezimize başvurunuzdan sonra hangilerini kullandınız?

1. Nikotin bandı
2. Nikotin sakızı/şekeri
3. İlaç
 - a. Champix (vareniklin)
 - b. Zyban (bupropion)
4. Diğer
5. Hiçbiri

TD2. Eğer kullandıysanız bu tedaviyi ne kadar süre kullandınız?

1. Nikotin bandı Gün Ay
2. Nikotin sakızı/şekeri Gün Ay
3. İlaç
 - a. Champix (vareniklin) Gün Ay
 - b. Zyban (bupropion) Gün Ay
4. Diğer Gün Ay

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU:

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında da yanıtlarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu ya da olmadığını belirtmek için o cümlenin karşısındaki rakamlardan yalnız birinin hizasına **(X)** işareti koyunuz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Sorular	1 (Kesinlikle Hayır)	2	3	4	5	6	7 (Kesinlikle Evet)
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.							
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü,akraba, komşu, doktor) var.							
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği:

Aşağıda 17 cümle ve her bir cümlemin yanında da yanıtlarınızı işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizi ne kadar tanımlıyor ise ona uygun rakamlardan yalnız birinin hizasına (X) işareti koyunuz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Sorular	1 (Hiç)	2 (Nadiren)	3 (Arasıra)	4 (Çok)	5 (Çok iyi)
1	Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.					
2	Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır.					
3	Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarıya kadar uğraşırım.					
4	Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.					
5	Her şeyi yarım bırakırım.					
6	Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.					
7	Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.					
8	Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.					
9	Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.					
10	Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.					
11	Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.					
12	Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.					
13	Başarısızlık benim azmimi arttırır.					
14	Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.					
15	Kendine güvenen biriyim.					
16	Kolayca pes ederim.					
17	Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.					

	Karar No:2016/02-29	Tarih:14.01.2016
KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr.Türkan GÜNAY'ın sorumlusu olduğu "Bir Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Kişilerde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Bırakma Üzerine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	