



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE
UYARLANMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. EMEL GÖLBAŞI DÜNDAR

DANIŞMAN

DR.ÖĞR. ÜYESİ BÜNYAMİN DERE

ADYAMAN – 2025



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE
UYARLANMASI, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. EMEL GÖLBAŞI DÜNDAR

DANIŞMAN

DR.ÖĞR. ÜYESİ BÜNYAMİN DERE

ADYAMAN – 2025

ONAY SAYFASI

Dr.Öğr. Üyesi Bünyamin Dere danışmanlığında Dr. Emel Gölbaşı Dünder tarafından yapılan “Sigara Bağımlılık Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması” başlıklı tez çalışması .../ .../ ... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim/Bilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../.

Prof. Dr.

Adıyaman Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanma sürecinde bilgi, deneyim ve hoşgörüsüyle bana rehberlik eden, çalışmamın her aşamasında yol gösterici ve yapıcı eleştirileriyle katkı sunan değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bünyamin Dere'ye teşekkürlerimi sunuyorum. Uzmanlık eğitimimde ve tez yazım sürecinde bana katkı sağlayan saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Ümmühan Yılmaz'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık eğitimine sorumluluğunda başladığım, bir dönem beraber yol aldığımız, eğitim sorumluluğu bitse de her daim kendi asistanı hissettiğim, tez yazım sürecinde her aşamada bilgisi ve tecrübesinden faydalandığım, eğitim kurumunu aile çatısı olarak hissetmemi sağlayan, tanışmaktan onur duyduğum Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ferit Kaya'ya teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık eğitimim boyunca rotasyon dönemlerinde beraber çalıştığımız, bizlere hem mesleki gelişim anlamında katkı sunan hem de bizleri çok iyi ağırlayan ilgili rotasyon branş öğretim görevlisi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Birçok rotasyonda bana eşlik eden Dr. Mehmet Sucu başta olmak üzere 6 yıllık uzun ve yorucu Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimini daha eğlenceli hale getiren, birçok anı biriktirdiğimiz tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Eğitim hayatım boyunca beni destekleyen kıymetli annem ve babama, uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecinde fedakarlık ve hoşgörüsünü esirgemeyen çok kıymetli eşim Uğur'a , oğullarım Çağlar ve Eser'e, kızım Feryal'e sonsuz teşekkür ediyorum.

Dr.Emel Gölbaşı Dünder

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER	viii
TABLOLAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 TÜTÜN HAKKINDA GENEL BİLGİLER ve TÜTÜNÜN TARİHÇESİ.....	3
2.2 TÜTÜNÜN KULLANIM ŞEKİLLERİ ve İÇERİĞİ	5
2.3 SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.4 NİKOTİNİN FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ ve NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	6
2.5 TÜTÜN KULLANIMININ İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	9
2.6 İKİNCİ EL SİGARA DUMANI MARUZİYETİ.....	11
2.7 SİGARANIN EKONOMİK YÖNÜ VE KONTROL STRATEJİLERİ	13
2.8 TÜTÜN KULLANIM BOZUKLUĞU VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ	16
2.8.1 Tütün Kullanım Bozukluğu	16
2.8.2 Psikolojik ya da Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri.....	18
2.8.3 Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1 ARAŞTIRMA MODELİ	24
3.2 TÜRKÇE ADAPTAYON ÇALIŞMASI YAPILAN SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ’NİN (CDS-12) ÖZELLİKLERİ	24
3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	26
3.4 VERİLERİN TOPLANMASI.....	27
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	27
3.5.1 Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi	28
3.5.2 Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	28
4. BULGULAR.....	29
4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	29
4.2 SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİLİK ANALİZLERİ.....	30
4.2.1. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Güvenilirlik Bulguları	30
4.2.2. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Yapı Geçerlilik Analizi	33
5. TARTIŞMA	40

6. SONUÇLAR	46
7. KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	54



SİMGELER VE KISALTMALAR

CDS-12	: Sigara Bağımlılık Ölçeği-12
SBÖ-10	: Sigara Bağımlılık Ölçeği-10
FTQ	: Fagerström Tolerans Anketi
FTND	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
CDS-5	: Sigara Bağımlılık Ölçeği-5
nAchR	: Nikotinik Asetilkolin Reseptörü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NYKT	: Nikotin Yerine Koyma Tedavisi
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
SHC	: İsveç Kardeşliği Kohortu
STAD	: Stokholm Alkol ve Uyuşturucu Sorunlarını Önleme Organizasyonu
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ICD	: Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları

ŞEKİLLER

Şekil 1. Nikotin Bağımlılığının moleküler ve Davranışsal Yönü	8
Şekil 2. Sigara Bağımlılık Ölçeği Özdeğerler Grafiği.....	34
Şekil 3. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları-1.....	37
Şekil 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları-2.....	38



TABLÖLAR

Tablo 1. Tütün Kullanımının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri	10
Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler.....	29
Tablo 3. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Katsayısı ve Soruların Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyonları.....	30
Tablo 4. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin İç Korelasyon Analizi	32
Tablo 5. KMO ve Bartlett Testi	34
Tablo 6. Sigara Bağımlılık Ölçeği Maddelerine Ait Ortak Varyanslar	35
Tablo 7. Sigara Bağımlılık Ölçeği Maddelerine Ait Bileşen Matrisindeki Faktör Yükleri	35
Tablo 8. Maddelerin Tek Faktöre Yüklenmesi ile Yapılan Faktör Analizinde Maddelerin ve Faktörün Toplam Varyansı Açıklama Oranları.....	36
Tablo 9. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Değerleri.....	38

ÖZET

Sigara Bağımlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Emel Gölbaşı Dünder

Dünyada engellenebilir ölüm nedenlerinin başında tütün kullanımı gelmektedir. Sigara bağımlılığının belirlenmesi bırakma tedavilerinin planlanmasında, sigaraya bağlı mortalite ve morbiditenin önlenmesinde ve tütünle mücadele politikalarının belirlenmesinde önemli yer tutmaktadır. Bu çalışmada sigara bağımlılığını değerlendirmek amacı ile kendi kendine uygulanabilir Sigara Bağımlılık Ölçeği-12 (CDS-12)'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılarak literatüre kazandırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışma 01.07.2024 – 01.10.2024 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gelen, sigara içtiğini beyan eden, 18 yaş üstü 330 bireye rastgele uygulanmıştır. Tüm katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve CDS-12'nin Türkçe versiyonu uygulanmıştır.

Elde edilen veriler istatistik paket programa yüklenerek geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde birer madde dışlanarak Türkçe uyarlaması Sigara Bağımlılık Ölçeği-10 (SBÖ-10) olarak adlandırılmıştır. SBÖ-10'un cronbach alpha değeri 0,928'dir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, bağımlılık kriterlerini kapsayan, kendi kendine uygulanabilir, kısa ve geçerli bir ölçek olan SBÖ-10'un, hekimler tarafından klinik pratikte kullanılabilecek, bireylere kendi bağımlılıklarını değerlendirme becerisi kazandırabilecek, aynı zamanda sigara bağımlılığının inceleneceği çalışmalarda kullanılabilecek bir ölçek olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Sigara; Ölçek; Bağımlılık; CDS-12; Geçerlilik; Güvenilirlik.

ABSTRACT

Adaptation of the Cigarette Dependence Scale into Turkish: A validity and reliability study

Emel Gölbaşı Dünder

Tobacco use is the leading cause of preventable deaths worldwide. Identifying nicotine dependence plays a crucial role in planning cessation treatments, preventing smoking-related mortality and morbidity, and shaping tobacco control policies. It was aimed to contribute to the literature by conducting the validity and reliability analyses of the Turkish version of the self-administered Cigarette Dependence Scale-12 (CDS-12) developed to assess cigarette dependence.

The study was conducted between 01.07.2024 and 01.10.2024 with 330 randomly selected individuals over the age of 18 who visited Adıyaman University Training and Research Hospital and declared that they were smokers. All participants were administered a sociodemographic data form prepared by the researchers and the Turkish version of the CDS-12.

The collected data were entered into a statistical software package, and validity and reliability analyses were conducted. During the validity and reliability analyses, one item was excluded from each analysis, and the Turkish adaptation was named the Sigara Bağımlılık Ölçeği-10 (SBÖ-10). The cronbach alpha value of the CDS-10 was 0,928.

The findings of this study indicate that CDS-10, which is a brief, valid, and self-administered scale covering criteria for nicotine dependence, can be used by physicians in clinical practice, allows individuals to assess their own dependence levels, and can serve as a useful tool in future studies examining smoking addiction.

Key words : Cigarette; Scale; Dependence; CDS-12; Validity; Reability.

1. GİRİŞ

Sigara, ince kesilmiş, kurutulmuş tütün yapraklarının ince bir kâğıda sarılmasıyla üretilen bir tütün mamulüdür. Sigara, sigara içenler için olduğu gibi sigara içmeyenler için de zararlı olan nikotin ve kanser gibi sağlık sorunlarına neden olan birçok kimyasal madde içerir. Sigara içmek nikotin bağımlılığı yapmakta ve akciğer, larinks, oral kavite, özefagus, farinks, böbrek, mesane, pankreas, mide ve serviks kanserleri ile akut miyeloid lösemi dahil olmak üzere 20'den fazla kanser ve kanser alt türlerine neden olmaktadır. Sigara içmek kanser dışında amfizem ve kronik bronşit gibi akciğer hastalıkları, kalp hastalığı ve inme gibi başka sağlık sorunlarına da neden olur. Dünya genelinde meydana gelen ölümlerin 8 milyondan fazlasından tütün kullanımı sorumludur (1,2).

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesi, sigarayı bırakma müdahalelerinin tasarlanması açısından çok önemlidir. Bağımlılık düzeyi yüksek olan sigara içenlerin yoksunluk semptomlarını azaltmak için daha yoğun müdahalelere ihtiyacı olabilir (3,4). Sigara bağımlılığının değerlendirilebilmesi, etkili bir şekilde önlenmesi ve bilimsel araştırmalar için güvenilir bir ölçeğe ihtiyaç vardır. Klinimetrik gelenek ve psikometrik gelenek olmak üzere klinikte iki ölçüm geleneği vardır (5). Klinimetrik yaklaşım, doktorların uzmanlığına ve hastaların belirli bir hastalık için kabul edilen bir dizi belirti ve semptomu tanımlama deneyimine dayanır. Bir klinimetrik ölçeğin mantığı tıbbi görüşe dayanmaktadır ve bu ölçeği oluşturan maddeler oldukça farklı olabilir. Buna karşılık psikometrik yaklaşım gözlemlenemeyen değişkeni mümkün olduğunca yansıtan birbiriyle ilişkili bir dizi öğeyi tanımlamayı amaçlamaktadır. Bir psikometrik aracın gücü büyük ölçüde güvenilirlik ve geçerlilik gibi istatistiksel özelliklere dayanır (6).

Sigara Bağımlılık Ölçeği-12 (CDS-12) geliştirilene kadar sigara bağımlılığı yalnızca klinimetrik ölçeklerle değerlendirilmiştir ve en sık kullanılan ölçek Fagerström Tolerans Anketi (FTQ) olmuştur. FTQ, 1978 yılında yayınlanmıştır (7). Bu testin daha kısa versiyonu olan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FTND) ve bu testin ergenlere yönelik uyarlanmış versiyonu geliştirilmiştir (8,9). Bu testlerin çeşitli sınırlamaları vardır. Bağımlılığın Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması

ve İlgili Sağlık Sorunları'nda (ICD-10) tanımlanan önemli yönlerini içermekte yetersizdir (10,11). FTND' nin çeşitli maddelerinin orta derece sigara bağımlılığı olanlarda uygulanması zordur, FTND ve FTQ'nun iç tutarlılığı düşüktür (8–10,12).

CDS-12 geliştirilirken bağımlılık kriterlerini kapsayan kısa, geçerli, kendi kendine uygulanabilen sürekli bir ölçek olması amaçlanarak psikometrik bir yaklaşım kullanılmıştır (6). Uzun 12 soruluk versiyonu (CDS-12) ve ilk 5 soruyu kapsayan kısa versiyonu Sigara Bağımlılık Ölçeği-5 (CDS-5) mevcuttur. Her soru 1 ile 5 arasında puanlanacak şekilde cevap seçeneklerini içermektedir.

Günümüzde sigara bağımlılığını içeren çalışmalarda FTQ ve CDS-12 sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak yapılan literatür taramasında bugüne kadar CDS-12'nin Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmasının 18 yaş üstü genel popülasyonda yapılmadığı görülmüştür. Bu çalışma ile hem ileride yapılacak çalışmalarda kullanılması hem de klinik kullanımının sağlanması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 TÜTÜN HAKKINDA GENEL BİLGİLER ve TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

Tütün keyif verici bitkiler sınıfında patılcangiller ailesine dahil olup tek yıllıktır (13). Tütün aynı zamanda aromatik ve endüstriyel bitkiler sınıfında da ele alınmaktadır (14). Nicotina tabakum ve rustika tütün ürünlerinin yapıldığı alt türleridir (15). Tütün ürünleri çeşitli şekillerde kullanılır; pipo, nargile, sigara, puro bunlara örnek gösterilebilir. Tütün bitkisi elde edilen ürün çeşidine göre gruplandırılır. Bitki lifli kazık köke sahiptir. Gövdesi dik ve odunsu yapıdadır. Uzunluğu 50 santimetreden 2,5 metreye kadar ulaşabilir. Yapraklar tüylerle kaplıdır ve bu tüylerde salgı görevi vardır. Yapraklar gövdeye direkt olarak bağlanabildiği gibi bir sapla da bağlanabilirler. Beyaz, pembe ve kırmızı renkte çiçekler açar. Döllenmiş yumurta içeriğinde çiçeklerden kapsüllü meyveler gelişir. Bir bitkide 200'e kadar kapsül gelişebilir. Her bir kapsül 8 bine kadar tohum içerebilir. Tohumlar oldukça küçük olup yağ oranı yüzde 34 ile 45 arasındadır (13).

Geçmişe ait veriler incelendiğinde ilk tütün üretiminin milattan önce 6000 yıllarında Amerika'da başladığı görülmüştür. Orta Amerika'da yaşayan Mayalar'ın tütün üretimine geçmeleri ise milattan önce 1500'lü yıllara tekabül etmektedir. Yerliler bu yaprakları toz haline getirerek eski usul ile pipo olarak veya sararak kullanmıştır. Sakız ve lavman halinde tüketimi, doğrudan deriye tozunun sürülmesi gibi farklı uygulama şekillerine de rastlanmıştır. Mayalardan sonra Kızılderililer ve İnkalar da tarımsal üretim yapmaya başlamıştır (16).

Avrupalıların tütünle tanışması milattan sonra 15. yüzyılda Cristopher Colombus'un seyahati vesilesiyle olmuştur (17). Küba'da kutsal törenlerde ve kutlamalarda tüketilen, yerel halk tarafından 'tobacos' diye tabir edilen tütün Avrupa'dan gelen bu denizcilere ikram edilmiştir.

Bonsack sarma makinesinin 19. yüzyılın sonlarında üretilmesi ile sigaranın seri üretimini mümkün kılan yüzyıl, tütün tüketiminde kişi başı kullanım oranında muazzam artışa katkıda bulundu. 20. yüzyılın ilk yarısında, tüketim biçimi dumansız tütün kullanımından sanayileşmiş sigara kullanımına dönüşüyordu (17).

Osmanlı Devleti ilk kez 16. yüzyılda tütün ile tanışmıştır. Osmanlı Devleti'nde o dönemde Mısır'daki topraklarda ilk defa sigara içilmiştir. Kırım Savaşı sırasında Fransız ve İngiliz askerlerin sigara içtiklerini gözlemleyen Osmanlı askerleri onlardan etkilenmiş, bu kullanımı denemiş ve bu kullanıma kolaylıkla alışmışlardır. 1884 yılında Osmanlı Hükümeti ekonomik nedenlerle tütün tarımının yarısının Fransız Reji Şirketi ile paylaşma kararı almıştır. Bu ortaklık Ulusal Tekel'in 1925 yılı Mart ayında kurulmasıyla sona ermiştir (16).

Tütün ticareti ile ilgili tütünün tedarikinden işlem görmesi ve mamülün satılmasına kadar olan bütün sürecin yürütülme yetkisinin hükümete verilmesi 26.02.1923 tarih ve 558 sayılı kanun ile karara bağlanmıştır. Mevcut olan yurtdışından ithalat yasağının kaldırılmasına ise 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla karar verilmiştir.

"Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine" ilişkin kanun 7 Kasım 1996 tarihinde çıkarılmıştır (18).

2003 yılında tütünün insan sağlığı üzerinde yaptığı olumsuz etkileri önlemek amacı ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması oluşturulmuştur. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bu anlaşmayı desteklemiş ve 27 Nisan 2004 tarihinde anlaşma bakanlıkça imzalanmıştır. Ulusal anlamda da tütünle mücadele amacı ile Türk Toraks Derneği harekete geçmiştir. Ulusal tütün kontrol programı oluşturulmuş, 2006 yılının ekim ayında Başbakanlıkça yayınlanan genelge ile yürürlüğe girmesi sağlanmıştır (19).

"Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" Türkiye Büyük Millet Meclisinde 2008 yılının Ocak ayında kabul edilmiştir. Kamuya binalarında geçerli olan hükmü 2008 yılında uygulanmaya başlandı. Özel şahıslara ait hizmet amacıyla kullanılan restoran, eğlence mekanı ve benzeri binalarla ilgili hükmü ise 2009 yılında uygulanmaya başlandı. Tüm alt maddelerinin uygulanmaya geçmesi ile beraber şahsi kullanımda olan meskenler hariç tutulmak kaydıyla kapalı alanlarda sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımına yasak getirilmiş oldu. Bu kanunla hem tütün tüketimini azaltmak hem de özellikle içici olmayanların ikincil maruziyetinden kaynaklanacak sağlık sorunlarını engelleyerek birey ve toplum sağlığını korumak amaçlanmıştır (19).

2.2 TÜTÜNÜN KULLANIM ŞEKİLLERİ ve İÇERİĞİ

Tütün geçmişten günümüze gelene dek insanlar tarafından birçok farklı amaçla ve farklı Şekillerde kullanılmıştır. Bu kullanım Şekilleri temel olarak e ayırabilir : Tütünün yanması sonucu ortaya çıkan dumanın solunması, yakmaksızın ürünlerinin doğrudan kullanımı ve endüstriyel olarak farklı amaçlarla kullanımı (20).

Tütünün yanması sonucu ortaya çıkan dumanın solunması sigara, puro, pipo ve nargiledir. Tütünün dumansız olarak kullanımı iğnemelik tütün ve enfiyelik tütün: İşve snus, Amerikan snuff ve Maraş otudur. Bununla beraber sigara bırakma tedavileri içerisinde yer alan yerine koyma tedavisi için kullanılan ürünler de dumansız tütün ürünlerine dahil edilmektedir: Nikotin suyu, bantlar, inhaler nikotin preparatları, oral nikotin preperatları, nazal sprey ve nikotin aşısı gibi (20).

Tütünün endüstriyel olarak farklı amaçlarla kullanımına parazitler enfestasyonlarda tütün yaprağından elde edilmiş infüzyonların topikal kullanımı örnek verilebilir. Tarımsal mücadelede insektisid amacı ile nikotin sülfat tuzları kullanılmaktadır. Yağdan zengin olan tütün tohumları sabun ve boya üretiminde kullanılan güvenli içeriğe sahiptir.

Sigara dumanında birçok kimyasal madde bulunur. Kadmiyum, amonyak, aseton, siyanür, karbonmonoksit bu 4 bin kimyasal maddeden bazılarıdır. En az 81 tanesi kanserojen olarak bilinmektedir.Vinil klorür, arsenik, benzen bunlara örnek olarak gösterilebilir. Tütün dumanı bu kanserojenleri insanların direkt içine çektiği dumandan daha fazla barındırmaktadır (21).

2.3 SİĞARA EPİDEMİYOLOJİSİ

DSÖ tütün kullanımını bir salgın olarak tanımlamaktadır. Tütün kullanımı bugüne kadar halk sağlığını global olarak etkilemiş en büyük salgınlardan biri olarak nitelendirilmektedir. Yüzde 80'i alt ve orta ekonomik düzeye sahip ülkelerden oluşmak üzere dünya genelinde 15 yaş ve üzeri 1,3 milyar tütün tüketicisi vardır. Erkek kullanıcı sayısı 1 milyar 100 milyon civarındayken kadın kullanıcı 200 milyon civarındadır (22). Tütün kullanımı doğrudan ve dolaylı olarak dünya genelinde

8 milyonun üzerinde insanın ölümüne yol açmaktadır. Doğrudan tütün kullanıcıları bu sayının 7 milyonunu oluştururken 1,3 milyonu ise ikinci el sigara dumanına maruz kalan bireylerden oluşmaktadır (23).

2020 yılı verilerine göre Türkiye’de 15 yaş üzeri sigara içen sayısı yaklaşık 19 milyon 600 bin olup bunun 13 milyon 400 binini erkekler, 6 milyon 200 binini kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye’de yaşayan 15 yaş ve üzeri bireylerde sigara içme prevalansı 30,5 iken bu oran erkeklerde 42,8, kadınlarda 18,9’dur. DSÖ tarafından 2025 tarihi itibarıyla sigara içme prevalansının erkeklerde 40,5’e düşeceği kadınlarda 19,8’e yükseleceği öngörülmektedir (22).

2022 yılı verilerine göre 15 yaşın üzerindeki bireylerde her gün tütün kullananların oranı %28,3’tür (erkeklerde oran %41,3, kadınlarda oran %15,5). Kullanıcılar en sık 35-44 yaş arasındadır. 2022 yılı verilerine göre 15 yaşın üzerindeki bireylerde gün başına 17,8 adet sigara tüketimi düşmektedir. En sık sigaraya başlama nedeni %31,3 ile arkadaş özentsidir (24). Eğitim durumu ile sigara içme sıklığı arasında ters orantı vardır. Her iki cinsiyette de içme sıklığı en çok ilkokul ve lise seviyesinde eğitim durumu olanlardadır. Üniversite mezunlarında bu sıklık azalmaktadır (25).

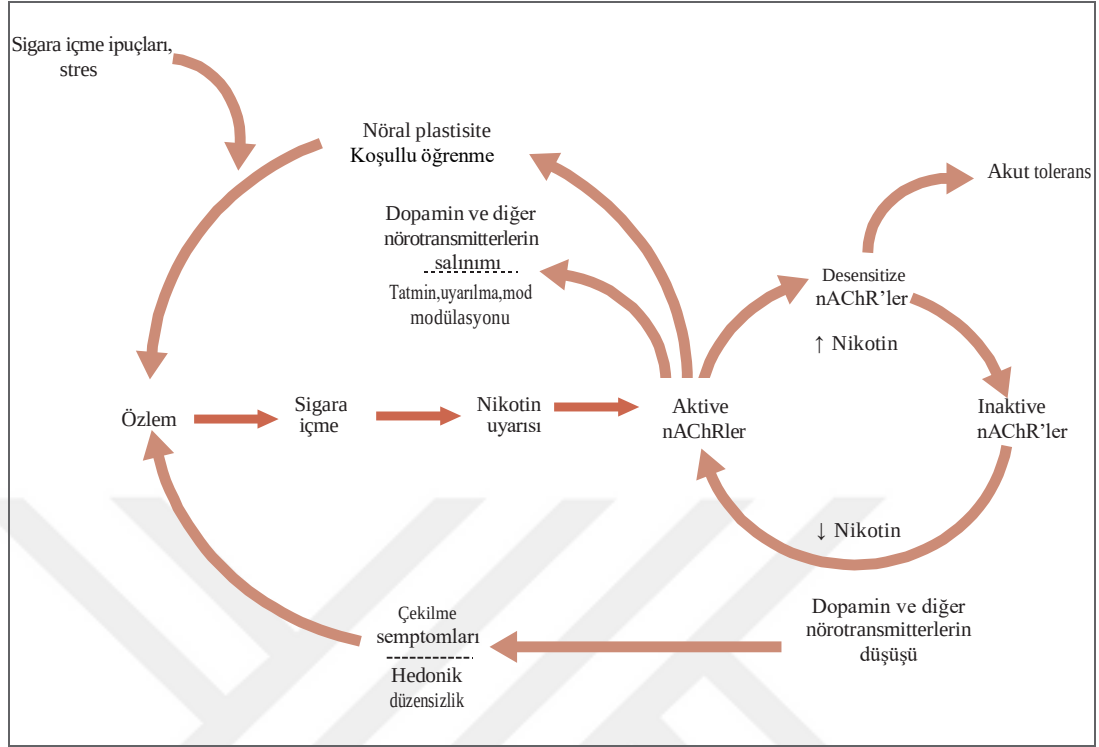
2.4 NİKOTİNİN FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ ve NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Nikotin temel formda kokusuz ve renksiz bir sıvıdır. Yaklaşık 2 saatlik bir yarı ömür ile hepatik olarak metabolize edilir ve protein bağlanma oranı % 5’in altındadır. Biyoyararlanımı uygulanma yoluna bağlıdır. Biyoyararlanım bulunduğu (örneğin sigara) en yüksek orana ulaşır ve bu oran %90’dır. Oral yolla kullanıldığında (dumansız kullanım) ise yaklaşık %60’tır (26,27).

Nikotin temel farmakolojik etkisini nikotinik asetilkolinerjik reseptörler üzerinden yapar. Her ne kadar nikotin doğrudan nikotinik reseptörleri aktive edip muskarinik reseptörler üzerinde etki göstermese de sonuç genellikle diğer nörotransmitter sistemlerin (dopamin, glutamat ve adrenerjik sistemlerin) indirekt etkilerinin karmaşık bir modelidir. Merkezi asetilkolin reseptörlerinin aktivasyonu bilişsel güçlendirme, uyarılma ve olumsuz duygular üzerinde artan kontrol gibi

nikotinin yararlı etkilerine neden olabilir (28). Beynin asetilkolin reseptörlerinin yararlı etkilerinin bir istisnası, periferik olarak meydana geldiği düşünülen kilo vermede metabolik ve lipolitik süreçlerde yer almasıdır (29). Asetilkolin gibi, nikotin de asetilkolinik reseptörleri uyarmaktadır. Ancak nikotin molekülü bağlandığında reseptörleri asetilkolin ile olandan daha uzun süre depolarize ettiği görülmektedir. Nikotin bu nedenle ikili bir etkiye sahiptir: Reseptörün uyarılması ile agonist fonksiyon ve ardından gelen bir reseptör blokajı ile antagonist fonksiyon. Bu nikotini tolere edemeyen insanlarda normal fonksiyonlarla çatışır. Bu yüzden santral sinir sistemi nikotinin istenmeyen etkilerine uyum sağlamaya çalışır. Blokaj etkisinin uyarıcı etkisinden daha önemli olduğu düşünülmektedir çünkü beyin blokajın üstesinden gelmek için nikotin reseptör sayısını artırır (30). Nöroadaptasyon vücudun nikotinin toksik etkisine karşı ana savunma mekanizması olarak görülebilir (31).

Yukarı regülasyon kullanım yoluyla ilişkilidir. Uzun süreli infüzyon aralıklı enjeksiyonlardan daha fazla yukarı regülasyonla ilişkilidir (32). Daha kısa aralıklarla ve daha çok miktarda sigara içenlerin uzun aralıklarla günde sadece birkaç sigara içenlere kıyasla reseptör yukarı regülasyonuna daha yatkın bir kullanım yaptıkları düşünülmektedir. Nikotin kullanımının tamamen bırakılması, sistemde çok fazla düzgün çalışan asetilkolin reseptörü olduğundan genellikle yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile sonuçlanır. Sigara bırakıldığında kolinerjik sinir sisteminin amacı nikotinsiz duruma yeniden adapte olmaktır. Bu yeniden adaptasyon süreci bireysel farklılık gösterir ancak bazı veriler asetilkolin reseptörünün önemli alt tipinin beta 2 alt biriminin sigara bırakıldıktan 6-12 hafta sonra sigara içmeyen seviyelere normaleştiğini göstermektedir (33).



Şekil 1. Nikotin Bağımlılığının Moleküler ve Davranışsal Yönü (34)

Özlem sigara içme ipuçları ve stres faktörleri ya da çekilme semptomlarından kurtulma isteği ile indüklenir ve beyne nikotin uyarısı sinyali veren sigara içme davranışını tetikler. Nikotinik kolinerjik reseptörler aktive olur; tatmin, uyarılma, ve mod modülasyonuna sebep olan dopamin ve diğer nörotransmitterlerin salınımına sebep olur. Reseptör aktivasyonu aynı zamanda çevresel ipuçları ve davranışsal koşullanma ile yeni nöral devrelerin oluşmasına (nöral plastisite) sebep olur. Nikotin tarafından aktive edildikten sonra, nikotinik asetilkolin reseptörleri (nAChR) nihayetinde ona karşı duyarsızlaşır, bu da nikotinin kısa süreli toleransına ve sigaradan duyulan tatminin azalmasına neden olur. İki sigara kullanımı arasındaki zamanda ya da sigara kullanımını bıraktıktan sonra beyinde nikotin düzeyi azalır, böylece dopamin ve diğer nörotransmitter düzeyinin azalmasına ve özlem de dahil olmak üzere yoksunluk semptomlarının yaşanmasına yol açar. Duyarsızlaşmış nAChR'ler nikotinin ortamdaki uzaklaşması ile beraber duyarlılıklarını tekrar elde eder ve yeni nikotin uyarısına yanıt vermek için tekrar aktifleşir (34).

2.5 TÜTÜN KULLANIMININ İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Dünyada engellenebilir ölüm nedenlerinin başında tütün kullanımı gelmektedir (35). Sigaranın insan ölümlerine en çok sebep olan sekiz hastalığın altısıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Koroner arter hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), tüberküloz, serebrovasküler hastalıklar, akciğer malignitesi ve alt solunum yolu enfeksiyonları bu altı hastalığı oluşturmaktadır (36). Sigaranın doğrudan kullanımı ve ikinci el sigara maruziyetinin sebep verdiği hastalıklar Tablo 1’de özetlenmiştir (37).

Sigaranın insan sağlığı üzerine olumsuz etkisi en çok kalp damar sistemi üzerinde gözlemlenmektedir. Kalp damar hastalıklarına yakalanma oranını iki katına çıkarmaktadır. Nabız sayısı ve kan basıncını artırır. Periferik vasküler dirençte ve katekolamin seviyelerinde artışa sebep olur. Ateroskleroza sebep olan inflamatuvar olayları kolesterol oksidasyonuna sebep olarak tetikler (38).

Nikotin akciğerlerden emildikten kısa bir zaman sonra merkezi sinir sistemine ulaşır ve sinir sistemini etkileyen bir uyarı yapar (39). Bu etkiyi yapması için gereken süre saniyelerle sınırlıdır (40). Dikkat ve haz duymanın artışına sebep olan dopamin seviyesinin yükselmesinden sorumludur (34). Santral sinir sistemindeki bu etkisi ile bağımlılık gelişmesi ve kesilmesi halinde yoksunluk belirtilerinin oluşmasına sebep olur (39).

Gastrointestinal sistem hastalıklarından olan inflamatuvar barsak hastalıklarına, reflüye ve peptik ülsera sigara kullanıcılarında yakalanma riski artmaktadır. Ayrıca hepatosellüler kanser, özefagus kanseri ve pankreas kanseri oluşumuna da sebep olmaktadır (41). Sigara kullananlarda dil, dudak ve yutak kanserlerine yakalanma riski artar (42).

Sigara kullanıcılarında alt solunum yollarında birçok patofizyolojik değişiklik meydana gelir. Peribronşiyal inflamasyon artar ve fibrozis gelişir. Müköz bezler hipertrofiye olur, goblet hücrelerinin sayıları artar, damarlarda intimal kalınlaşma olur ve alveollerde harabiyet meydana gelir. Patofizyolojik değişimlerle beraber fonksiyonel değişiklikler de meydana gelmektedir. Patojenlerin adherensi artar, akciğere gelen maddelerin klirensi azalır. Epitelde ve damarlarda permeabilite

artar (43).

Tablo 1. Tütün Kullanımının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri (37)

Akciğer Hastalıkları	<i>Diğer Dokular</i>	Febril Konvülsiyon
KOAH	Özefagus	Düşük Zeka
Amfizem	Pankreas	Davranışsal Hastalıklar
Kronik Bronşit	Mesane	Atopik Hastalık/Astım
Astım	Serviks	
	Böbrek	Sigara Kullanan Ebeveynlerin Çocukları
Diğer Akciğer Hastalıkları	Anüs	Astım
İdiyopatik Akciğer Fibrozu	Penis	Rinit
Histiyositoz X	Mide	Otit
Respiratuvar Bronşiyolit	Karaciğer	Pnömoni
Goodpasture Sendromu	Lösemi	Sigara İçme Riskinde Artış
Uyku Apnesi		
Pnömotoraks	Gastrointestinal Hastalık	Romatolojik Hastalık
	Peptik Ülser Hastalığı	Osteoporoz
Kardiyovasküler Hastalıklar	<i>Gastirik</i>	Romatoid Artrit
Aterosklerotik Vasküler H.	<i>Duedenal</i>	
Koroner Arter hastalığı		Psikiyatrik
Karotis Damar Hastalığı	Gastroözefajiyal Reflü	Depresyon
Mezenterik, Renal, İliak		Şizofreni
Abdominal Aort Anevrizması	Kronik Pankreatit	
		Oral Hastalık
Periferik Vasküler Hastalık	Kron Hastalığı	Periodontal Hastalık
Tronboanjitis Obliterans (Berger)		Tat duyusu kaybı
Derin Ven Trombozu	Kolon Adenomları	
Pulmoner Emboli		İşitme Kaybı
	Dermatolojik Hastalık	
Kardiyak Hastalık	Deri Kırışması	Enfeksiyöz Hastalık
Anjina Pektoris	Psöriyazis	Tüberküloz
Koroner Arter Spazmı		Pnömonokok Enfeksiyonu
Aritmi	Üreme Sistemi Hastalıkları	Meningokok Enfeksiyonu
	<i>Over disfonksiyonu</i>	
Malignensi	<i>Gebelikle ilişkili</i>	Endokrin Hastalık
<i>Solumun Sistemi</i>	Prematürite	Hormon Sekresyonunda Değişiklik
Akciğer Kanseri	Erken Membran Ruptürü	Graves Hastalığı
Skuamoz Hücreli	Spontan Abort	Antidiürez
Adenokanser		Guatr
Büyük Hücreli	<i>Düşük Sperm Kalitesi</i>	
Küçük Hücreli		Renal
Larenks Kanseri	<i>Fetal Etkileri</i>	Glomerulonefrit
Ağız Kanseri	Düşük Doğum Ağırlığı	
	Bozulmuş Akciğer Gelişimi	Benign Prostat Hipertrofisi
	Ani Bebek Ölümü Sendromu	
		Katarakt

Sigaraya doğrudan maruz kalan solunum sistemi epitelinde silyaların sayısı ve sıklığı azalır. Silya sayısının azalması toksik madde birikimine sebep olur. Toksik madde birikimi silyalı epitelde squamoz metaplaziye sebep olur. Metaplaziyi karsinoma in situ ve invaziv bronkojenik karsinoma izler (44). Tüm larenks ve akciğer kanseri vakalarının %94'ü sigara kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Sigara içmeyenlerle kıyaslama yapıldığında akciğer kanseri gelişme riskinin sigara içenlerde 24-36 kat arttığı gözlemlenmiştir (45).

Sigara içen kadınların gebeliği ve emzirme sırasında bebekleri olumsuz etkilenmektedir. Gebelik yaşına göre küçük bebek, miadından önce doğum riski artmıştır. Ani bebek ölümü sendromu ve ölü doğum oranlarında da artmış risk söz konusudur. Nikotin anne sütüne geçmektedir. Emzirme süreci olumsuz etkilenmekte ve bebekte alerji görülme riski artmaktadır. Emziren annenin bebeğinde astım, eozinofil sayısında artış ve atopi görülme sıklığı yüksektir (46).

Sigara içen kadınlarda üreme sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Dismenore ve amenore sıklığı artmıştır. Ortalama menopoz yaşı sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla 1-2 yıl kadar düşüktür. Kemik dansitesi daha düşük ölçülmektedir. Kalça kırığı riski düşük dansiteye bağlı olarak artmıştır (46).

2.6 İKİNCİ EL SİGARA DUMANI MARUZİYETİ

İkinci el tütün dumanı, nefesler arasında sigaranın yanan ucundan veya diğer yanmış tütün ürününden çıkan dumanı (yan duman olarak adlandırılır) ve sigara içen kişinin dışarı verdiği dumanı (solunan ana duman) içerir. Bir nefes çekme sırasında sigaranın ucundan ve sigara kağıdından, nefesler arasında ise kağıttan ve sigaranın ağız ucundan az miktarda çıkan duman da ikinci el sigara dumanına dahildir. Birçok çalışma ana akım ve yan akım dumanındaki sigara dumanı bileşenlerinin konsantrasyonlarını incelemiştir. Ana akım ve yan akım dumanın bileşimi niteliksel olarak benzer fakat niceliksel olarak farklıdır. Yan akım dumanının ana akım dumanına oranları, bileşene bağlı olarak büyük ölçüde değişir. Bazı kimyasalların yan akımda ana akıma oranları şunlardır: nikotin 7,1; karbon monoksit 4,8; amonyak 455; formaldehit 36,5; akrolein 18,6; benzo[a]piren 16; N'-nitrosonornikotin 0,43; (metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-bütanon 0,40. İkinci el tütün dumanının

fizikokimyasal özellikleri, iç mekana hızlı dilüsyonu ve yayılması nedeniyle ana duman ve yan dumandan farklıdır. İkinci el tütün dumanındaki bileşenlerin konsantrasyonları zamana ve çevre koşullarına göre değişmektedir (47).

Tütün kullanımı dört ana bulaşıcı olmayan hastalık için önemli bir risk faktörüdür: Kanser, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı ve diyabet. Yalnızca 2019 yılında tütün kullanımı dünya çapında 8,67 milyondan fazla ölüme neden olmuştur (yetişkin erkeklerde 6,53 milyon, yetişkin kadınlarda 2,14 milyon). Bu ölümlerin 7,37 milyonunun sebebi doğrudan sigara içiliği, 1,30 milyonunun sebebi ise ikinci el sigara dumanı maruziyeti olmuştur (48).

Amerikan Halk Sağlığı raporunda da belirtildiği gibi ikinci el sigara dumanının akciğer kanseri gelişmesinde ciddi bir risk oluşturduğu kanıtlanmıştır. İkinci el dumanın kanser riski aktif içiciliğe göre daha düşük olmakla birlikte doğumdan ölüme yaşam boyu devam eden bir risk olduğu göz ardı edilmemelidir. Eşi sigara içen kadınlarda akciğer kanser riskinin %27 oranında arttığı, iş yerinde ikinci el dumana maruz kalanlarda da 1,2 kat arttığı gösterilmiştir. Çalışmalarda ikinci el dumanı ile malignite ilişkisi incelendiğinde en yüksek ilişki küçük hücreli akciğer kanseri ile bulunmuştur. Kanseri dışında ikinci el duman maruziyetinin astım alevlenme, solunum fonksiyonlarında azalma, KOAH ve pnömoni riskini artırdığını gösteren çalışmalar da vardır. Meta-analizlerde ikinci el dumanın koroner arter hastalığı ve koronerlere bağlı ölüm riskini en az %25-30 artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca inme ve diyabet riskini artırdığı da kanıtlanmıştır. İkinci el duman tüm sebeplere bağlı ölümlerin %1'ini oluşturmaktadır. Bu riskler sigara içenlerle aynı evde yaşayanlarda olduğu kadar sigara içilen işyerlerinde çalışanlarda da yüksektir (49).

Çocukların dumana maruziyetleri henüz anne karnındayken başlamaktadır. İkinci el dumana maruz kalan gebelerde sigara dumanındaki zararlı maddelerin plasenta yoluyla bebeğe geçtiği ve bebeklerin fiziksel, zihinsel gelişimlerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. İkinci el duman, düşük doğum tartısı, erken doğum, anne karnında bebek ölümü, doğumdan sonra ani bebek ölümü risklerini artırır. Bebeğin zihinsel gelişimi üzerine de olumsuz etkileri olan ikinci el duman, çocuklarda orta kulak iltihabı, üst solunum yolu enfeksiyonları, bronşit ve pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, solunum zorluğu, astım hastalığı, astımı olan çocuklarda atak

risklerini arttırır. Annesi sigara içen çocukların solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatış risklerinin %50 daha fazla, anneler çocuklarını kucagında taşıırken içiyorsa bu riskin %73, beslerken içiyorsa %95 daha fazla oranda olduğu gösterilmiştir. İkinci el dumana maruz kalan çocuklarda “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Sendromu” da daha yüksek oranda görülmektedir. Löseminin en önemli sebebi olan “benzen” ikinci el dumanda yüksek oranda bulunduğu için sigara içen anne-babaların çocuklarında lösemi riski daha yüksektir (49).

2.7 SİGARANIN EKONOMİK YÖNÜ VE KONTROL STRATEJİLERİ

Tütün kullanımı, dünya çapında ailelere, topluluklara ve toplumlara zarar veren ciddi sağlık sorunlarına ve ekonomik hasara neden olmaktadır. Ülke ekonomileri üzerine direkt ve indirekt maliyetleri vardır. Direkt maliyetler sağlık hizmeti alımına bağlı maliyetlerdir. İndirekt maliyetler erken ölümlere bağlı iş gücü kaybı ve erken maluliyettir. 2012 yılındaki ekonomik verilere göre sigaranın yıllık maliyetinin 1,4 trilyon Amerikan dolarına denk geldiği düşünülmektedir ve bu da global gayri safi milli hasılanın %1,8’ine tekabül etmektedir. Amerika ekonomisinde 157 milyar dolarlık bir kayba sebep olduğu ve bunun 75 milyarlık kısmının doğrudan kişisel sağlık sorunları ile ilgili olduğu, 82 milyar dolarının ise dolaylı olarak işgücü kaybı ile ilgili olduğu görülmüştür. Sigaranın Türkiye ekonomisinde yaptığı kaybın ise 8 ila 10 milyar dolara ulaştığı anlaşılmaktadır. Bağımlılık ve tütün kullanımıyla ilişkili piyasa başarısızlıkları ve olumsuz dışsalılıklarla birlikte bu büyük yük, hükümetlerin tütün piyasasına müdahale etmeleri için güçlü bir gerekçe sunmaktadır (46,50,51).

Tütün tüketiminin yol açtığı sağlık sorunları ve ekonomik kayıplar ülkeleri tütün kullanımının kontrol altına alınması amacıyla çaba sarfetmeye itmiştir. Bu bağlamda uluslararası bir örgüt olan DSÖ tarafından 16 Haziran 2003 tarihinde tütün arzını ve talebini azaltmak amacıyla ülkelere yardımcı olmak üzere bu konuda dünyada uluslararası düzeyde ilk anlaşma olan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)”ni imzaya açmıştır (52). Etkin kontrol önlemlerini düzenleyen TKÇS, Türkiye tarafından 28 Nisan 2004 tarihinde imzalanmıştır. TKÇS 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanması ile yürürlüğe girmiştir (53).

Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesinde tütüne talebinin düşürülmesi amacı ile 12 madde kaleme alınmıştır. Bu maddelerin başlıkları aşağıda sıralanmıştır:

Madde 6. Tütüne talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri,

Madde 7. Tütüne talebi azaltmada fiyat dışı önlemler,

Madde 8. Tütün dumanından korunma,

Madde 9. Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme,

Madde 10. Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme,

Madde 11. Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi,

Madde 12. Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilinç,

Madde 13. Tütün reklamı, promosyonu (tanıtımı) ve sponsorluğu,

Madde 14. Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler,

Madde 15. Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti,

Madde 16. Çocuklara ve çocuklar aracılığı ile satış yapılması,

Madde 17. Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması (53).

Türkiye TKÇS'yi hayata geçirmek için gerekli yasal düzenlemeleri yapmanın yanı sıra uygulamanın gerçekleştirilmesi için gerekli birimleri de oluşturmuştur. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı çalışmaları başlatılmış ve ülke genelinde organizasyonu sağlamak için “Ulusal Tütün Kontrol Komitesi” kurulmuştur. Komiteye sağlık bakanlığı başkanlık etmektedir. İlk Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012 yılları için oluşturulmuştur (54). “Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı”nı oluşturan 10 ana amaç aşağıda listelenmiştir:

- Tütün kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri hakkında toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,

- Sigara tüketiminin bırakılmasının sağlanması,
- Fiyat ve vergilendirmenin artırılması,
- Bireylerin tütün tüketiminden pasif etkileniminin önlenmesi,
- Tütün ürünleri ile ilgili reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması,
- Tütün ürünlerinin kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi,
- Tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin engellenmesi,
- Gençlerin tütün ürünlerine ulaşabilirliğinin engellenmesi,
- Tütün üretiminin azaltılması ve alternatif politikaların üretilmesi,
- Tütün tüketimi ve kontrol yöntemlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi,

Bu ana hedefler “2015-2018 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı” ve “2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı”nda da mevcuttur (54).

2008 yılında tütünle mücadele eylem planları hazırlanırken DSÖ tarafından rehber olması amacıyla Küresel Tütün Salgını Raporu sunulmuş ve M-POWER paketi oluşturulmuştur (55). M-POWER tütün kontrol amacıyla etkinliği en yüksek olan 6 politikayı içermektedir:

1. Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek (**M**onitor tobacco use and prevention policies),
2. Toplumlara pasif sigara dumanı etkileniminden korumak (**P**rotect people from tobacco smoke),
3. Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (**O**ffer help to quit tobacco use),
4. Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak (**W**arn about the dangers of tobacco),

5. Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak (**Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**),

6. Vergileri ve fiyatı artırmak (**Raise taxes on tobacco**).

2013 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Küresel Tütün Epidemisi Raporu'nda Türkiye'nin M-POWER stratejilerinin bütününe uygulamaya geçirmiş ilk ülke olduğu belirtilmiştir. 2019'da yayınlanan raporda ise Brezilya ve Türkiye'nin kriterlerin tamamını karşılayan ilk ülkeler olduğu belirtilmiştir (54).

2.8 TÜTÜN KULLANIM BOZUKLUĞU VE SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

2.8.1 Tütün Kullanım Bozukluğu

Sigara bağımlılığı DSM-5'e göre tütün kullanım hastalıkları kategorisinde "Tütün Kullanım Bozukluğu" olarak tanımlanmaktadır. Tanı konulabilmesi için son 12 ay içerisinde en az iki belirtinin olması gerekmektedir.

- Tütün kullanımının istenenden daha fazla olması,
- Tütün kullanımı kontrol etmek için sürekli bir istek ve başarısız girişimler,
- Tütün elde etmek ve kullanmak için çok daha fazla zaman ayrılması,
- Tekrarlayan sigara kullanımı nedeniyle okulda, işte ve özel hayatındaki yükümlülüklerini yerine getirememesi,
- Tütünün etkilerinden kaynaklanan toplumsal ve kişiler arası ilişkilerde sorunlara rağmen tütün kullanımına devam edilmesi,
- Tütün kullanımından dolayı sosyal ve iş hayatındaki etkinliklerin azalması,
- Tehlikeli olabilecek durumlarda yineleyici şekilde sigara kullanımı,
- Tütün kullanımının neden olduğu zararları bilinmesine rağmen tütün kullanılması,

- Tolerans oluşması, beklenen etki için tütün tüketiminin artırılması ya da artırılmadığı durumda etkinin azalması,

- Tütüne bağlı yoksunluk semptomları görülmesi (56).

Nikotin yoksunluk belirtileri DSM-5'te 7 ana madde olmak üzere listelenmiştir; huzursuzluk, uykusuzluk, konsantrasyonda azalma, kızgın/asabi/bıkkın hissetme, iştahta artma, endişeli/gergin olma , depresif/üzgün hissetme. Yoksunluk belirtileri konstipasyon, oral mukozada lezyonlar, bulantı, baş dönmesi, boğazda ağrıyı da içerir. Nikotin yoksunluk semptomlarını bilişsel, somatik ve duygusal olmak üzere üç gruba ayırmak mümkündür. Duygusal belirtiler dürtüsel veya fevri davranış, anhedoni, disfori, anksiyete, hiperaljezi ve depresyondur. Somatik belirtiler iştahta artma, nabız sayısında düşme, hazımsızlık ve kabızlık gibi şikayetlerdir. Bilişsel belirtiler hafıza sorunları ve konsantrasyon azlığıdır.

Sigara kullanımı durdurulduktan 4-24 saat sonra yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. En yüksek seviyeye 3.günde ulaşır. Yoksunluk tanısı koymak için kullanımı azaltmayı veya durdurmayı takiben belirtilerden minimum 3'ünü göstermelidir. Belirtiler aşikar bir klinik probleme veya profesyonel hayat, sosyal hayat gibi işlevsellikte problemlere yol açmalıdır. DSM-5'te belirtilen dışında belirtiler de gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Yoksunluk belirtilerinin zamanı ve şiddeti sigara içilen süreye, kaç adet içildiğine ve kişiden kişiye değişebilir. Belirtiler bağımlılığın niteliği açısından bilgi verdiğiinden tedavi ve motivasyonel yöntemlerin seçilebilmesi için dikkatle incelenmelidir (57).

Hangi sebeple başvuru yapılırsa yapılsın sigara içen hastaya sigara kullanımının sorgulanması ve bu konuda kullanımın durdurulması için gerekli motivasyonun sağlanması ilk adım olarak oluca önmelidir. Bırakma yöntemlerinde alternatifler anlatılmalı, kişiye uygun tedavi tavsiye edilmelidir. Hasta tedaviye isteksiz yaklaşıyor ise hastanın motivasyonunu artırmak için yardımcı olunmalıdır (58). Hastayla yapılacak yaklaşık 3 dakikalık bir görüşmenin bile hastanın başvuru sebebinden bağımsız olarak sigara bırakma oranlarında belirgin bir artışa yol açtığı tespit edilmiştir (59).

Psikolojik ya da bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri ve farmakolojik tedavi yöntemleri olmak üzere sigara bırakma tedavileri iki ana başlık altında incelenmektedir. Bu iki tedavi yönteminin beraber kullanımının daha etkili sonuçlar verdiği düşünülmektedir (60,61). Sigara bıraktırma tedavisi başlanması düşünülen hastalarda ilk aşama hastanın bırakma isteğinin değerlendirilmesidir. Kişiye özgü tedavi planları yapılmalı ve hasta desteklenmelidir. Çalışmalar herhangi bir profesyonelden destek almadan sigara bırakma çabasında bulunanlarının çoğunun deneyiminin başarısızlıkla sonuçlandığını göstermiştir (62). Profesyonel desteği almadan sigarayı bırakma girişiminde bulunanların üçte biri ya da yarısı ilk günlerde, %50-60'ı ise takip eden iki haftada yeniden kullanmaya dönmektedir. Profesyonel destek almadan tedavi yöntemlerinin her ikisi kullanılsa bile birinci ayın sonunda tedavinin başarısı en fazla %37 oranındadır (62).

2.8.2 Psikolojik ya da Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri

Sigara bırakma tedavisinde sigara içen bireyin bırakma konusunda isteğinin olup olmadığını belirlemek en çok önem arz eden konudur. İstekli olup olmamasına göre mevcut iki yaklaşımdan birini tercih etmek gerekmektedir. İsteği olan kişilere 5A yaklaşımı seçilirken olmayanlara 5R yaklaşımı tercih edilir (60–62).

Bırakma isteği olan kişiler için tercih edilecek 5A yaklaşımında 5A uygulanacak 5 adımın kelimelerinin ilk harflerini temsil eder. Bunlar “Ask, Advise, Asses, Assist, Arrange”-“Öğren, Öner, Değerlendir, Yardım et, Örgütüle”dir. İlk adımda sigara kullanıp kullanmadığı öğrenilmeli, ikinci adımda bırakması önerilmeli, üçüncü adımda bırakma konusunda istekliliği sorgulanmalı, dördüncü adımda kişiye özel tedavi yönteminin tespiti için kişiye yardım edilmeli ve beşinci adım olarak kişinin telefonla ya da yüz yüze takibinin yapılmasıdır (60,61).

Sigara bırakma isteği olmayan veya motivasyonu düşük kişilerde seçilecek 5R yaklaşımında 5R uygulanacak adımların kelimelerinin ilk harflerini temsil eder. Bunlar “Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition”-“İlişkilendir, Riskler, Ödüller, Engeller, Tekrarlama”dır. İlk adımda sigara kullanıcı ve çevresindeki insanlar üzerinde yaratabileceği olumsuz durumlarla ilişkilendirilmeli ve bırakma hususunda motive edilmelidir. İkinci adımda kişinin orta ve uzun dönemde karşılaşılabileceği riskler tespit edilmeli, kişinin ne tür olumsuz durumlar yaşadığı

sorgulanmalı ve bu ikisi ilişkilendirilmelidir. Üçüncü adımda sigara kullanımını bırakması halinde sağlığı öncelikli olmak üzere yaşam biçiminde ortaya çıkacak gelişmeler anlatılmalıdır. Dördüncü adımda kişiyi engelleyecek sebepler (başarısız olma endişesi, yoksunluk belirtileri, vücut ağırlığında artış, yardım eksikliği, duygusal çöküş, sigara içmeyi sevmeye, sigara içen kişilerle vakit geçirme, etkili tedavi seçeneklerinin farkında olmama) tespit edilmeli ve uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Beşinci adımda kararsızlık yaşayan kişiye her görüşmede sigarayı bırakma kararlılığını artıracak motivasyonel destek tekrar verilmelidir (60–62).

Kullanıcıyla yapılan görüşmelerde kişinin istekliliğine göre uygun yaklaşım tespit edilmeli, uygulanacak farmakolojik tedaviye karar verilmelidir. Davranışçı ve bilişsel tedavi yöntemleri olan 5A ve 5R yaklaşımlarının amacı kişinin karar vermedeki psikolojik engeli aşması, engeli aştıktan sonra ise motivasyonel olarak desteklenmesidir. Bu yöntemler farmakolojik tedavinin alternatifi olarak düşünülmemelidir, tamamlayıcı olarak değerlendirilmelidir. Psikolojik olarak hazırlanmamış kişiye verilecek farmakolojik tedavilerden hedeflenen sonucu almak mümkün olmayabilir.

2.8.3 Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

2.8.3.1 Nikotin Yerine Koyma Tedavisi (NYKT)

NYKT'nin iki temel amacı bulunur: Nikotinik reseptörlerin sayısını düşürmek ve bu reseptörlere bağlanarak sigara içme isteğini ve bunun dışındaki yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak. Nikotin solunum yolundan emildikten sonra hızla beyne ulaşır ve reseptörleri güçlü bir etkiyle uyarır. Reseptörlerin yoğun olarak bulunduğu beyin bölgelerinde (ön tegmental alan, nukleus akkumbens) nikotin bağlandığında reseptörlerde duyarsızlaşma ve sayılarında artış gözlemlenir. Bu nikotine tolerans gelişmesi ve bağımlılığın temel mekanizmasını oluşturur (4).

NYKT ile verilen nikotinin beyne ulaşması sigaraya oranla daha geç olduğundan zirvede uyarılar oluşmaz ve reseptörler doyurulmasına rağmen sayıları azalır. Reseptör miktarının normal sayılara düşmesi için 3 aylık tedavi gerekmektedir. Tedavi sırasında yoksunluk semptomları ortadan kalkar.

NYKT günlük sigara içme sayısı 10'un üzerinde olan kişiler için

uygundur. NYKT preparatları birbirlerine anlamlı üstün değillerdir (63,64).

Nikotin Sakızı

Nikotin sakızının 2 mg ve 4 mg olmak üzere iki dozu vardır. Doz bağımlılık seviyesine göre belirlenir. Yüksek bağımlılık tespit edildiğinde 4 mg seçilmelidir. 10-15 sakız bir günlük kullanım için yeterlidir. 5 ile 10 kez çiğnenir ve sonrasında yanak içinde bekletilir (65). Sakızı kullanacak kişi artık sigara içmemeli sadece sakız çiğnemelidir. Dispepsi ve bulantı yan etkiler arasında en çok görülenleridir. Ağız içinde enflamasyon, diş eti kanaması, taşikardi, sefalji ve uyku problemleri de yaşanabilir. Hastaların %5-%10'unda bu preparata da bağımlılık oluşabilir (66).

Nikotin Bandı

Nikotin bandı 21 mg nikotin içeren 24 saatlik ve 15 mg nikotin içeren 16 saatlik olmak üzere iki formda üretilmektedir. 24 saatlik form günlük sigara kullanım sayısı 15'in üzerinde olan kişiler için 4 hafta boyunca uygulanmak üzere seçilmelidir. Tedavinin tamamı 8-12 hafta sürmekle beraber 2-4 haftada bir doz düşürülmelidir (8,67). Yapıştırılacak bölge temiz, kuru ve kılsız olmalıdır. Deride tahriş oluşmaması için 4 günden önce aynı bölgeye tekrar uygulama yapmaktan kaçınılmalıdır (8). Çarpıntı, sefalji, anormal rüyalar, uykusuzluk, konfüzyon, kontakt dermatit, alerji, göğüs ağrısı, ciltte kızarıklık ve kaşıntı gibi yan etkileri vardır (66).

Nazal sprey

NYKT arasında emilimi en hızlı olanıdır, verilen nikotinin kanda pik seviyeye ulaşması için 10 dakika yeterlidir. Sprey bir pafta 0,5 mg nikotin içerir (68). Yan etkileri arasında lakrimasyon, sefalji, burunda kanama ve rinit yer almaktadır (69).

İnhaler Nikotin

Sigara bağımlılığında var olan el ağız davranışsal yönünü tamamlamak amacıyla üretilmiştir. Ancak bu yönünün tamamlanmasının alışkanlığı devam ettirdiği için davranışsal değişimi de güçleştirebileceği göz ardı edilmemelidir. Her bir pafta 4 mg nikotin bulunur. Her ne kadar inhaler olarak adlandırılmışsa da en çok ağız boşluğundan emilir (%36). Yemek borusu ve midede %36'sı emilirken akciğerlerden

sadece %4 oranında emilim vardır. Çok sık yan etkiye rastlanmaz. Öksürük, boğazda ve oral kavitede geçici iritasyon yapabilir (70,71).

Nikotin Pastili

Nikotin pastili 2 mg ve 4 mg'lık dozlarla kullanım sıklığı ve içeriği ile sakız ile benzerlik göstermekle beraber eritilerek tüketilir. Tam olarak erimesi için 30 dakikalık bir süre gerekir, oral mukozadan yavaş şekilde emilir. Sakız çiğnemek istemeyen ve dozları ara ara alma ihtiyacı hisseden kişiler için bir seçenektir (70).

Sublingual Tablet

Her biri 2 mg nikotin içeren tabletler şeklinde üretilmiştir. Etkinliği ve güvenilirliği yüksek olması bakımından tercih edilebilir bir yöntemdir. İyi tolere edilmektedir. Oral mukoza ve boğazda iritasyon, hıçkırık ve hazımsızlık sık görülen yan etkiler arasında yer almaktadır (72).

2.8.3.2 Bupropion

Bupropion plasebo ile kıyaslandığında sigara bırakma oranlarını anlamlı olarak artıran, aminoketon grubu, nontrisiklik antidepresandır. NYKT ile beraber verilebilmektedir (73–75). Yoksunluk semptomlarının giderilmesinde etkinliği yüksektir. Tedavi etkinliğinin depresyon tanısı almayanlarla alanlarda denk olduğu gösterildiğinden sigara bırakma konusunda etkinliğinin antidepresan niteliğinden doğmadığı anlaşılmıştır. Bupropion tedavisi ile ilgili yürütülmüş 53 araştırma incelenmiş ve sadece bu ilacın kullanımının sigara bırakma oranını iki katına çıkardığı görülmüştür (76).

Bupropion tabletleri 150 mg etken madde içermektedir. Tedavi 8 hafta boyunca günlük 300 mg olacak şekilde planlanmalıdır. Günlük doz 2x150 mg olarak alınır. Gerekli durumlarda tedavi 6 aya kadar uzatılabilir. Birey halihazırda sigarayı bırakmamışken ilk 3 gün tedavi dozunun yarısı olacak şekilde başlanır, 7 ile 14. günler arasında sigara bırakma günü kararlaştırılır. Sigara bırakıldıktan sonra yoksunluk semptomlarının ciddi olduğu ve tek başına bupropionun başarısız olacağı düşünüldüğü durumlarda NYKT tedaviye eklenir (73).

Bupropionun çok yaygın görülen yan etkileri uykusuzluk, sefalji, baş dönmesi ile ağızda kuruma, bulantı ve kusma gibi gastrointestinal rahatsızlıklardır. Yaygın olarak görülen yan etkileri ise tremor, sersemlik, kontrasyon bozuklukları, görme bozuklukları, ürtiker benzeri aşırı duyarlılık reaksiyonları, iştahsızlık (anoreksi), abdominal ağrı ve kabızlıktır (61).

Gebeler, 18 yaş altı kişiler, konvüzyon geçirenler, konvüzyon eşğini düşüren ilaçları alanlar, merkezi sinir sistemi yaralanması veya tümörü olanlar, kontrol altına alınamamış hipertansiyon hastaları, siroz hastaları, bipolar duygu durum bozukluğu olanlar, yeme bozukluğu olanlar, monoamin oksidaz inhibitörü alanlar bupropion tedavisinin kontraendike olduğu grupta yer almaktadır (73).

2.8.3.3 Vareniklin

Vareniklin alkaloid sistisin bitkisinden elde edilmiş nikotinik reseptörlerin $\alpha 4$, $\beta 2$ alt ünitelerinin parsiyel agonistidir. Bu alt üniteyi içeren reseptörlerin bağımlılık mekanizması ve aşırı sigara içme arzusunda önemli yeri vardır. Vareniklinin antagonist fonksiyonu da bulunmaktadır. Böylece içme isteğini azaltırken yoksunluk belirtilerini de ortadan kaldırır (77–79).

Vareniklin tedavisi günde 2 defa alınmak üzere 1 mg'lık dozlarla 12 hafta süreyle planlanmalıdır. Birey halihazırda sigarayı bırakmamışken ilk 3 gün 0.5 mg dozunda sadece günde bir kez alınır, 4 ile 7.günler arası günde iki kez yarım doz alınır. 8.gün ve sonrasında tam doz alınır. 7 ile 14.günler arasında sigara bırakma günü kararlaştırılır. Sigara bırakma gününün 7.gün olarak belirlenmesi tavsiye edilmektedir (80).

Yan etki riskini düşürmek için doz artırılarak hedef doza ulaşılır. Bulantı en sık izlenen yan etkidir. Bunun dışında anormal rüya görme, gastrointestinal şikayetler, uykusuzluk ve sefalji görülebilir (80).

Vareniklinin gebelerde ve emzirenlerde kullanımından kaçınılmalıdır. Vareniklin tedavisi mevcut psikiyatrik hastalığı kötüleştirebilir, nörolojik ve psikiyatrik semptomları belirginleştirebilir, ajitasyona sebep olabilir, intihar eğilimini artırabilir. Hastaya bu konuda bilgi verilmelidir. Bu belirtiler sadece sigara

bırakmanın etkisiyle de gözlemlenebileceğinden ilaçla ilişkisi tartışma konusudur.

Tedavi alan hastalar psikiyatrik semptomlar açısından hekimi ve yakınlarınca dikkatle izlenmelidir. Depresyon, şizofreni ve bipolar duydurum bozukluğu olan hastalarda atak dönemlerinde önerilmez. Vareniklin görmede azalma ve dikkat eksikliğine sebep olabilmektedir. Hava trafik kontrolörleri ve pilotlarda kullanılması sakıncalıdır (81,82).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA MODELİ

Uzmanlık tezi olarak yürütülen bu araştırma metodolojik tipte planlanmıştır. Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.06.2024 tarihinde 2024/6-1 sayılı karar ile araştırmanın yürütülmesi ile ilgili etik sakınca bulunmadığına dair onay verilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesi ile ilgili çalışmayı yapan Jean Francois Etter'den e-mail yolu ile iletişime geçilerek izni alınmıştır. Araştırma 01.07.2024-01.10.2024 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde genel bekleme alanlarında uygulanmıştır.

3.2 TÜRKÇE ADAPTAYON ÇALIŞMASI YAPILAN SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ'NİN (CDS-12) ÖZELLİKLERİ

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesi, sigarayı bırakma müdahalelerinin tasarlanması açısından çok önemlidir. Bağımlılık düzeyi yüksek olan sigara içenlerin ilişkili yoksunluk semptomlarını azaltmak için daha yoğun müdahalelere ihtiyacı olabilir (3,4). Sigara bağımlılığının değerlendirilebilmesi, etkili bir şekilde önlenmesi ve bilimsel araştırmalar için geçerli ve güvenilir bir ölçeğe ihtiyaç vardır. Klinimetrik gelenek ve psikometrik gelenek olmak üzere klinikte iki ölçüm geleneği vardır (5). Klinimetrik yaklaşım, doktorların uzmanlığına ve hastaların belirli bir hastalık için kabul edilen bir dizi belirti ve semptomu tanımlama deneyimine dayanır. Bir klinimetrik ölçeğin mantığı tıbbi görüşe dayanmaktadır ve bu ölçeği oluşturan maddeler oldukça farklı olabilir. Buna karşılık psikometrik yaklaşım gözlemlenemeyen değişkeni mümkün olduğunca yansıtan birbiriyle ilişkili bir dizi ögeyi tanımlamayı amaçlamaktadır. Bir psikometrik aracın mantığı büyük ölçüde güvenilirlik ve geçerlilik gibi istatistiksel özelliklere dayanır (6).

CDS-12 geliştirilene kadar sigara bağımlılığı yalnızca klinimetrik ölçeklerle değerlendirilmiştir ve en sık kullanılan ölçek FTQ olmuştur. FTQ 1978 yılında

yayınlanmıştır (7). Bu testin daha kısa versiyonu olan FTND ve bu testin ergenlere yönelik uyarlanmış versiyonu geliştirilmiştir (8,9). Bu testlerin çeşitli sınırlamaları vardır. Bağımlılığın DSM ve ICD-10 da tanımlanan önemli yönlerini içermekte yetersizdir (10,11). FTND'nin çeşitli maddelerinin orta derece sigara bağımlılığı olanlarda uygulanması zordur. FTND ve FTQ'nun iç tutarlılığı düşüktür (8–10,12).

CDS-12 geliştirilirken sistematik bir yaklaşım uygulanmıştır. 1999 yılında, İsviçre'nin Cenevre kentindeki resmi ikamet kayıtlarından rastgele seçilen, 18–70 yaş aralığında sigarayı bırakmış ya da hala içmekte olan 2000 kişilik bir örnekleme posta yoluyla yapılan, asıl amacı nikotin replasman tedavisi konusunda tutumları incelemek olan çalışmada aynı zamanda açık uçlu bir soru sorulmuştur: “Sizce, bir sigara içicisinin sigaraya bağımlı olduğunu gösteren belirtiler nelerdir?” (83). Aynı soru, Ekim 1999 ile Nisan 2000 tarihleri arasında Stop-tabac.ch internet sitesinde de yayımlanmıştır. Her iki anketten elde edilen verilerden bilimsel literatürden yararlanarak, madde yazımıyla ilgili önerilen kurallara uygun şekilde Fransızca 153 madde yazılmıştır. Bu maddeler, DSM-IV ve ICD-10 tütün bağımlılığı tanımlarının her bir boyutunu ve nitel verilerde en çok yer alan kategorileri kapsayacak şekilde oluşturulmuştur.

Bu 153 maddelik anket iki parçaya ayrılmış ve Stop-tabac.ch sitesinden internet üzerinden katılan 506 ve 606 kişiden oluşan sigara içen iki gruba uygulanmıştır. Bu aşamada yüksek oranda yanıtlanmamış olan ya da bilmiyorum cevabı içeren, belirgin taban (floor) ya da tavan (ceiling) etkisi gösteren ve diğer bağımlılık göstergeleriyle zayıf ilişki gösteren 39 madde dışlanmıştır. Bu eleme sonrası kalan 114 maddelik anket, Eylül 2000 ile Haziran 2001 tarihleri arasında “Stop-tabac.ch” sigarayı bırakma programına katılan 5000 aktif sigara içicisine e-posta yoluyla gönderilmiştir. Katılanlardan 3009 geçerli veri elde edilmiştir. Tekrar testine katılmak isteyenlerden adlarını ve e-posta adreslerini bırakmaları istenmiştir. Tekrar testini 772 kişi cevaplamıştır. Tekrar testini uygulayanlardan 116 kişiye tükürük kotinin testi yapılmıştır.

Tekrar test ilk testten 2 hafta sonra gönderilmiş ve 15-31 gün içerisinde cevaplanmıştır. Yüksek oranda yanıtlanmamış ve “Bilmiyorum” seçeneği içeren,

belirgin taban (floor) veya tavan (ceiling) etkisi gösteren, test-tekrar test korelasyonu düşük olan, ana faktörde yüksek faktör yükü taşımayan, yapı geçerliliği testlerinde zayıf performans gösteren maddeler dışlanmış ve son olarak aynı temayı ifade eden benzer maddeler karşılaştırılmış ve geçerlilik testlerinde en iyi performans gösteren maddeler seçilerek ölçeğe dahil edilmiştir. Bu aşamalar sonucunda, hem psikometrik açıdan güçlü hem de içerik açısından anlamlı, daha kısa ve etkili çok maddeli ölçekler elde edilmiştir. DSM-IV ve ICD-10 tütün bağımlılığı tanımlarının her bir boyutunu ve nitel verilerde belirlenen ana kategorilerin her birinden en az bir maddeyi içerecek şekilde 12 maddelik son hali ve 5 soruluk kısa versiyonu geliştirilmiştir. Yapılan faktör analizleri ölçeğin her iki versiyonun da tek boyutlu olduğunu doğrulamıştır (6).

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Anlaşılmayan maddelerin tespiti için 100 kişilik bir grupta pilot çalışma yapılmıştır. Ana çalışmadaki örneklem büyüklüğü ile ilgili olarak envanter uygulamalarında madde sayısının beş veya on katı olarak belirlenmesini önerenler olduğu gibi, faktör analizinin yeterli bir şekilde yapılabilmesini sağlamak için minimum 300 katılımcı ile yapılmasını önerenler de vardır (84,85). Bu durum dikkate alınarak örneklem hacmi %10'luk hata payı ile 330 kişi olarak alınmıştır. Anketin hasta bireylere uygulanmasında herhangi bir sakınca bulunmadığından sağlıklı olma durumu gözetilmeksizin uygulanabilmektedir.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1) 18 yaş ve üzeri olmak
- 2) Sigara kullanmak
- 3) Sorulara cevap verecek bilişsel düzeye sahip olmak

Gönüllülerin araştırmadan dışlanma kriterleri

- 1) 18 yaştan küçük olmak
- 2) Sigara kullanmamak
- 3) Sorulara cevap verecek bilişsel düzeye sahip olmamak

3.4 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanması yapılmış olan CDS-12'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Anketler, araştırmacılar tarafından katılımcıların onamının alınmasını takiben verilmiş ve tamamlandıktan sonra toplanmıştır. Sosyodemografik veri formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi sorgulanmıştır.

CDS-12 ölçeği Jean Francois Etter tarafından geliştirilmiş olup 2003 yılında uluslararası bir dergide yayınlanmıştır (6). Ölçeğin geliştirilme aşamasında, DSM ve ICD-10 da tanımlanan bağımlılık kriterlerini kapsayan kısa, geçerli, kendi kendine uygulanabilen sürekli bir ölçek olması amaçlanarak psikometrik bir yaklaşım kullanılmıştır. Sigara Bağımlılık Ölçeği'nin 12 soruluk uzun versiyonu ve ilk 5 soruyu kapsayan kısa versiyonu mevcuttur. Her soru 1 ile 5 arasında puanlanacak şekilde cevap seçeneklerini içermektedir. Sorular İngilizce'den Türkçe'ye ana dili Türkçe olan ve Türkiye'de yaşayan kültüre hakim profesyonel çevirmenler (2 kişi) tarafından çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizceye geri çevirisi farklı profesyonel çevirmenler (2 kişi) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçek ve geri çevirisi anadili İngilizce olan İngiliz Dil Bilimi Eğitimi almış 2 kişi tarafından incelenerek denk bulunmuştur.

3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sosyodemografik verilerin ortalaması standart sapma ile verilmiştir. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Toplanan verilerin faktör analizine uygunluğu kontrol edilmiştir. Normal dağılım için kurtosis ve skewness değerlerine bakılmıştır. Değerler -1,5 ile +1,5 arasında normal dağılmaktadır (86).

Faktör analizinin yeterliliğini belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's test of sphericity testi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı : 0,001; KMO değeri 0,933; Bartlett's test :2225,147; sig: $p \geq ,000$ bulunmuş olup bu değerlerin faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir. “Temel Bileşenler Analizi” veri setinin analizinde kullanılmıştır. Döndürme yöntemi olarak varimax yöntemi kullanılmıştır. Yapılan çalışmada total varyans açıklama oranı % 66,547'dir.

3.5.1 Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi

Araştırmaya ait niceliksel verilerin analizi, istatistik paket programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin normallik varsayımı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanarak incelendi. Sürekli verilerin ortalama ve standart sapması ve ortanca değerleri belirtildi. Sosyodemografik özelliklerin incelenebilmesi için sayı (n), yüzde (%), ortalama (m), ortanca (md), standart sapma (SD) ve minimum (min)-maksimum (max) değerleri belirlenerek dağılım irdelendi.

3.5.2 Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

3.5.2.1 Güvenilirlik Analizleri

Ölçekteki maddelerin uygunluğunu veya değiştirilmesi gereken madde olup olmadığını değerlendirmek amacıyla madde-toplam puan korelasyonları analizi yapıldı.

3.5.2.2 Geçerlilik Analizleri

Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek, değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapıldı. Açımlayıcı faktör analizinin yanında KMO-Barlett testi uygulandı. Yapılan faktör analizi sonuçlarını doğrulamak adına Doğrulamalı Faktör Analizi yapıldı. Doğrulamalı faktör analizi IBM AMOS v23.0 (IBM, Armonk, NY, USA) ile analiz edildi. Değerlendirmede “Düzeltilme İndisleri” ve “Uyum İyiliği” yöntemleri kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Sosyodemografik veri formu ve anketin araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanmış hali 330 kişiye uygulanmış olup yaş ortalaması $39,59 \pm 14,28$, median değeri 37'dir. Yaş aralığı 18-84 arasında değişmektedir. Katılımcıların %67,6'sı erkek, %53,3'ü evlidir. Katılımcıların %35,8'i üniversite ve üzeri seviyede eğitim almıştır. Katılımcıların % 63'ü çalışmakta olup %49,1'inin geliri asgari ücretin üzerindedir.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler		n (Sayı)	% (Yüzde)
Yaş	≤ 28	91	27,6
	29-56	188	57
	≥ 57	51	15,4
Cinsiyet	Erkek	224	67,9
	Kadın	106	32,1
Medeni Durum	Evli/Birlikte Yaşıyor	177	53,6
	Bekar	153	46,4
Eğitim Durumu	Okula Gitmemiş	13	3,9
	İlkokul	43	13
	Ortaokul	62	18,8
	Lise	94	28,5
	Üniversite ve Üzeri	118	35,8
Çalışma Durumu	Evet	209	63,3
	Hayır	121	36,7
Gelir	Asgari ücret Altı	91	27,6
	Asgari ücret	75	22,7
	Asgari Ücret Üzeri	164	49,7

4.2 SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİLİK ANALİZLERİ

4.2.1. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Güvenilirlik Bulguları

4.2.1.1 Sigara Bağımlılık Ölçeğinin İç Tutarlılık Analizi

CDS-12'nin Türkçe uyarlamasının güvenilirliğinin incelenmesi için madde-toplam puan korelasyonları ile cronbach alpha iç tutarlılık kat sayıları hesaplanmış ve aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Ölçeğin maddelerinin çıkarılması halinde hesaplanan cronbach alpha değeri 0,891 ile 0,920 arasında değişmekteydi. Madde 12 dışlandığında cronbach alpha değeri 0,920'ye yükselmiştir. Yapılan iç tutarlılık analizi Tablo 3' de gösterilmiştir.

Tablo 3. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Katsayısı ve Soruların Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyonları

	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Çoklu Korelasyon Katsayısının Karesi	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha Değeri
Madde-1	38,6485	124,381	,680	,538	,898
Madde-2	38,9424	124,456	,719	,641	,897
Madde-3	38,4636	131,374	,367	,273	,913
Madde-4	38,8364	123,596	,705	,520	,897
Madde-5	38,2970	121,912	,724	,619	,896
Madde-6	38,6727	119,279	,730	,592	,895
Madde-7	38,9333	125,467	,687	,587	,898
Madde-8	39,2545	120,823	,639	,507	,900
Madde-9	38,4333	118,684	,822	,716	,891
Madde-10	38,8273	119,560	,698	,503	,897
Madde-11	38,1455	120,363	,771	,688	,893
Madde-12	38,1788	137,436	,196	,100	,920

İç Korelasyon Analizi

CDS-12' nin Türkçe uyarlamasına Madde 12 dışlandıktan sonra yapılan iç korelasyon analizinde maddeler korele olarak bulunmuştur. Ölçeğin 11 maddelik halinde korelasyon katsayısı 0,844 ile 0,968 arasında değişmektedir. İç korelasyon analizine ilişkin veriler Tablo 4'te de gösterilmiştir.



Tablo 4. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin İç Korelasyon Analizi

		Madde-1	Madde-2	Madde-3	Madde-4	Madde-5	Madde-6	Madde-7	Madde-8	Madde-9	Madde-10	Madde-11
Anti-Görüntü Kovaryansı	Madde-1	0,462	-0,141	-0,005	-0,062	-0,014	-0,044	0,009	0,016	-0,019	-0,021	-0,046
	Madde-2	-0,141	0,363	-0,15	-0,009	0,018	-0,018	-0,07	0,047	-0,064	-0,051	-0,029
	Madde-3	-0,005	-0,15	0,731	-0,043	0,069	-0,063	0,101	0,004	-0,045	-0,023	-0,007
	Madde-4	-0,062	-0,009	-0,043	0,48	-0,048	-0,048	-0,03	-0,119	-0,02	0,005	-0,034
	Madde-5	-0,014	0,018	0,069	-0,048	0,382	-0,117	-0,075	0,007	-0,075	-0,024	-0,04
	Madde-6	-0,044	-0,018	-0,063	-0,048	-0,117	0,409	-0,044	-0,133	-0,001	-0,026	0,013
	Madde-7	0,009	-0,07	0,101	-0,03	-0,075	-0,044	0,413	0,011	-0,013	-0,026	-0,108
	Madde-8	0,016	0,047	0,004	-0,119	0,007	-0,133	0,011	0,506	-0,08	-0,096	0,014
	Madde-9	-0,019	-0,064	-0,045	-0,02	-0,075	-0,001	-0,013	-0,08	0,285	-0,04	-0,094
	Madde-10	-0,021	-0,051	-0,023	0,005	-0,024	-0,026	-0,026	-0,096	-0,04	0,505	-0,052
	Madde-11	-0,046	-0,029	-0,007	-0,034	-0,04	0,013	-0,108	0,014	-0,094	-0,052	0,313
Anti-görüntü Korelasyonu	Madde-1	,944 ^a	-0,345	-0,008	-0,132	-0,033	-0,102	0,021	0,032	-0,053	-0,043	-0,12
	Madde-2	-0,345	,909 ^a	-0,292	-0,021	0,049	-0,047	-0,18	0,111	-0,199	-0,118	-0,086
	Madde-3	-0,008	-0,292	,844 ^a	-0,073	0,131	-0,114	0,183	0,007	-0,099	-0,037	-0,014
	Madde-4	-0,132	-0,021	-0,073	,960 ^a	-0,113	-0,109	-0,068	-0,241	-0,055	0,01	-0,089
	Madde-5	-0,033	0,049	0,131	-0,113	,934 ^a	-0,296	-0,189	0,017	-0,227	-0,056	-0,115
	Madde-6	-0,102	-0,047	-0,114	-0,109	-0,296	,932 ^a	-0,106	-0,293	-0,004	-0,056	0,037
	Madde-7	0,021	-0,18	0,183	-0,068	-0,189	-0,106	,933 ^a	0,023	-0,037	-0,057	-0,301
	Madde-8	0,032	0,111	0,007	-0,241	0,017	-0,293	0,023	,907 ^a	-0,212	-0,191	0,034
	Madde-9	-0,053	-0,199	-0,099	-0,055	-0,227	-0,004	-0,037	-0,212	,937 ^a	-0,106	-0,314
	Madde-10	-0,043	-0,118	-0,037	0,01	-0,056	-0,056	-0,057	-0,191	-0,106	,968 ^a	-0,13
	Madde-11	-0,12	-0,086	-0,014	-0,089	-0,115	0,037	-0,301	0,034	-0,314	-0,13	,935 ^a

4.2.2. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Yapı Geçerlilik Analizi

CDS-12'nin Türkçe uyarlamasının geçerliğini değerlendirmek amacı ile Ölçeğin Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulamalı Faktör Analizi yapılmıştır.

4.2.2.1. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

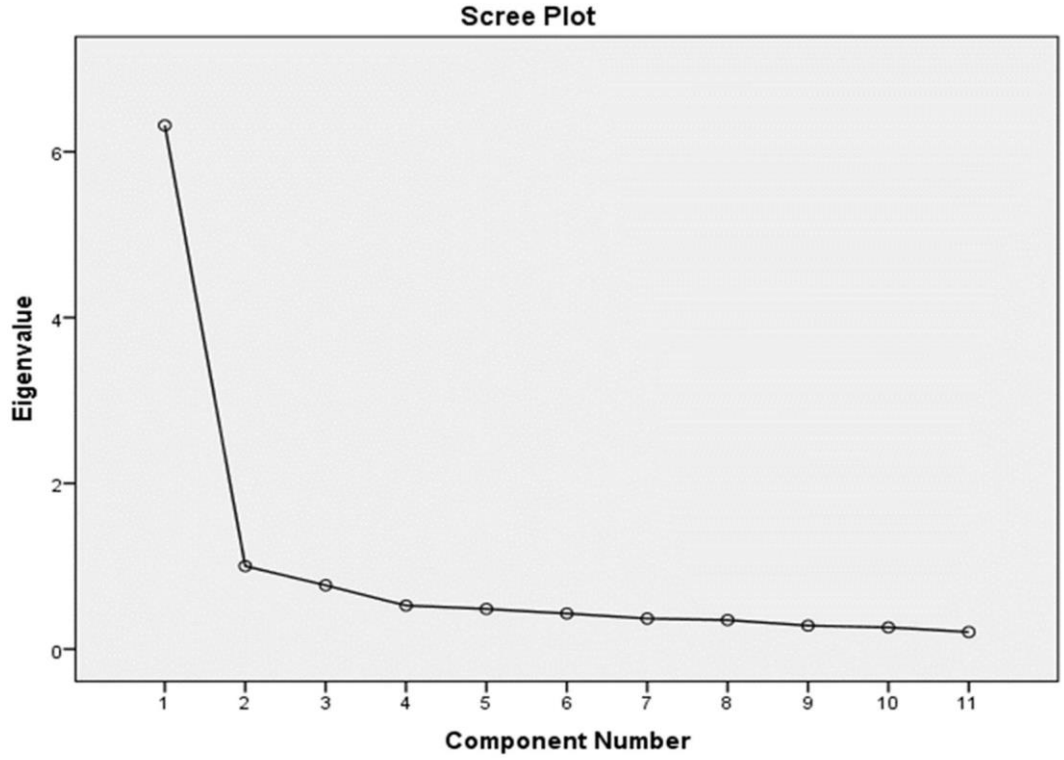
Ölçeğin yapı geçerliliğini istatistiksel olarak değerlendirmek amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Analize geçmeden önce, ölçeğin faktör analizine uygunluğunu belirlemek üzere KMO örneklem yeterliliği katsayısı ile Bartlett Küresellik Testi sonuçlarına bakılmıştır. KMO katsayısı, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılmaktadır. Kaiser'e göre bu değerin 0,50'nin altında olması analiz için yetersiz sayılırken, değerin 1'e yaklaşması durumunda örneklemin oldukça yeterli olduğu kabul edilmektedir. Öte yandan, değişkenler arası korelasyonların anlamlılığını değerlendiren Bartlett testi ise verilerin faktör analizine uygunluğunu gösteren bir diğer ölçüttür. Bu doğrultuda, verilerin analiz için uygun kabul edilebilmesi adına KMO değerinin 0,50'nin üzerinde olması ve Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlı çıkması beklenmektedir.

Faktör analizinin yeterliliğini belirlemek için KMO ve Bartlett's test of sphericity testi yapılmıştır. Korelasyon katsayısı: 0,341; KMO değeri 0,933; Bartlett's test:2225,147; sig: $p < 0,001$ bulunmuş olup faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür. "Temel Bileşenler Analizi" veri setinin analizinde kullanılmıştır. Döndürme yöntemi olarak varimax yöntemi kullanılmıştır. Yapılan çalışmada total varyans açıklama oranı % 66,547'dir. Total varyans açıklama oranının en az %50 olması gerekmektedir, daha yüksek oranlar tercih edilir (86).

Tablo 5. KMO ve Bartlett Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği Ölçüsü		,933
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-kare	2225,147
	df	55
	p	0,000

Maddelere ait özdeğerler grafiği (scree plot) aşağıda gösterilmiştir. Grafik incelendiğine sadece faktör 2’de keskin bir kırılma olduğu açıkça görülmektedir. Tek bir kırılmanın olması ölçeğin yapısının tek boyutlu olduğunu göstermektedir.



Şekil 2. Sigara Bağımlılık Ölçeği Özdeğerler Grafiği

Varimax yöntemi ile döndürme yapıp Madde 12 çıkarıldıktan sonra yapılan faktör analizinde maddelerin ortak varyanslarının 0,507 ile 0,853 arasında değiştiği, bileşen matrisindeki faktör yüklerinin 0,425 ile 0,872 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 6 ve Tablo 7).

Tablo 6. Sigara Bağımlılık Ölçeği Maddelerine Ait Ortak Varyanslar

	Başlangıç	Dışlanma
Madde-1	1,000	,603
Madde-2	1,000	,724
Madde-3	1,000	,853
Madde-4	1,000	,587
Madde-5	1,000	,715
Madde-6	1,000	,635
Madde-7	1,000	,656
Madde-8	1,000	,507
Madde-9	1,000	,760
Madde-10	1,000	,567
Madde-11	1,000	,715

Dışlanma Yöntemi :Temel Bileşenler Analizi

Tablo 7. Sigara Bağımlılık Ölçeği Maddelerine Ait Bileşen Matrisindeki Faktör Yükleri

	Bileşen	
	1	2
Madde-9	,872	
Madde-11	,843	
Madde-5	,797	-,283
Madde-6	,790	-,106
Madde-2	,789	,317
Madde-7	,772	-,245
Madde-4	,763	
Madde-1	,754	,186
Madde-10	,753	
Madde-8	,687	-,186
Madde-3	,425	,820

Dışlanma Yöntemi :Temel Bileşenler Analizi

Çalışmamızda maddelerin tek faktöre yüklenmesi ile yapılan faktör analizinde maddelerin ve faktörün toplam varyansı açıklama oranı %66,547 bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Maddelerin Tek Faktöre Yüklenmesi ile Yapılan Faktör Analizinde Maddelerin ve Faktörün Toplam Varyansı Açıklama Oranları

Bileşen	Başlangıç Özdeğerler			Çıkarım Sonrası Yüklerin Kareleri Toplamı		
	Total	Varyans Yüzdesi	Toplam Yüzde	Total	Varyans Yüzdesi	Toplam Yüzde
1	6,319	57,442	57,442	6,319	57,442	57,442
2	1,002	9,105	66,547	1,002	9,105	66,547
3	0,77	7,002	73,549			
4	0,526	4,779	78,328			
5	0,485	4,405	82,733			
6	0,429	3,899	86,631			
7	0,369	3,351	89,982			
8	0,351	3,191	93,173			
9	0,283	2,575	95,748			
10	0,262	2,378	98,127			
11	0,206	1,873	100			

Dışlanma Yöntemi :Temel Bileşenler Analizi

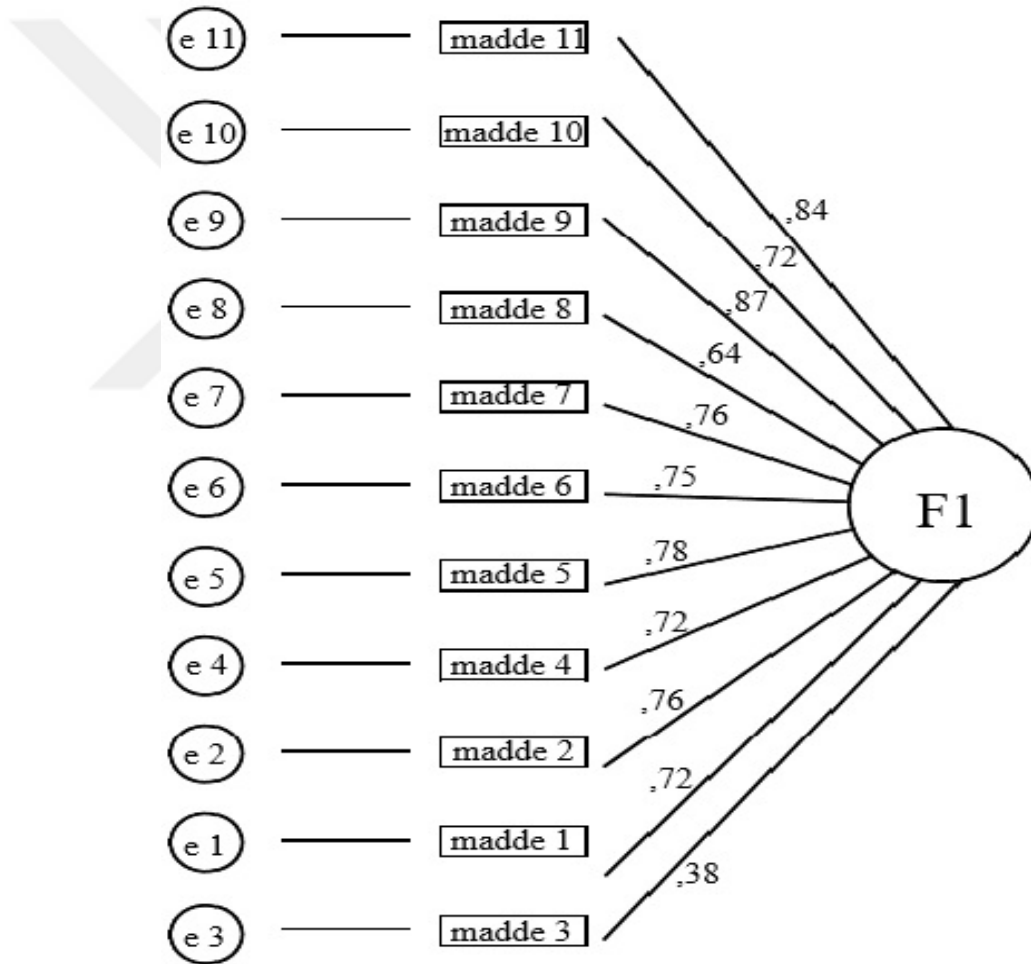
a. Bileşenler Korelasyonlu Olduğunda Yüklerin Karelerinin Toplamları Toplanarak Toplam Varyans elde edilmez.

4.2.2.2. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

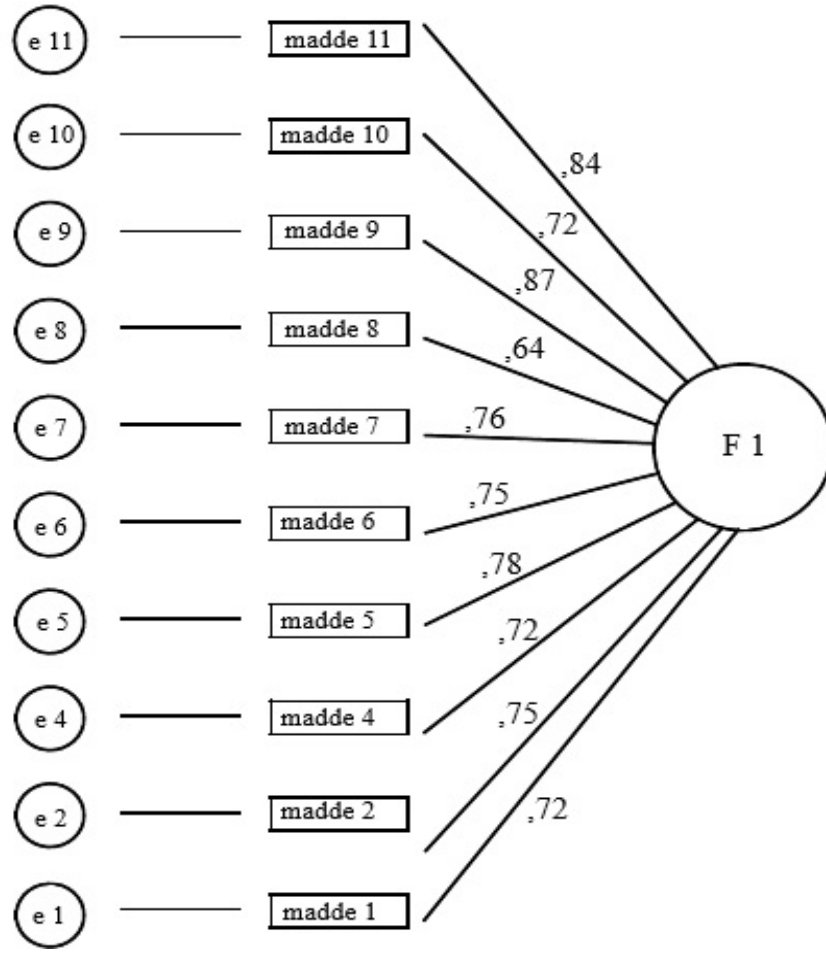
Açımlayıcı Faktör Analizinin gerçekleştirilmesi ile 11 maddeden oluşan ve tek boyutlu yapıya sahip olan hipotez modelinin doğrulanması amacıyla, AMOS 24 programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. DFA, kuramsal olarak belirlenmiş bir modelin mevcut veriyle ne derece örtüştüğünü test etmeye yönelik bir analiz türüdür. Bu analizde modelin veriyle olan uyumunu değerlendirmek için çeşitli uyum indeksleri kullanılmaktadır. Uyumun kabul edilebilir ya da iyi düzeyde olup olmadığını belirlemek üzere; GFI, CFI, NFI, IFI ve AGFI gibi indeks değerlerinin 0,90 ve üzerinde olması kabul edilebilir düzeyde uyumu, 0,95 ve üzeri ise iyi uyumu göstermektedir. Ayrıca, χ^2/sd oranı 3-5 arasında ise kabul edilebilir bir uyum olduğu; 3'ün altında olması ise iyi bir uyum olduğu anlamına gelmektedir.

Verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş olduğundan, analizde en çok tercih edilen yöntemlerden biri olan 'Maximum Likelihood' tahmin yöntemi kullanılmıştır.

Madde 12 çıkarıldıktan sonra yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizinde faktör yükleri 0,38 ile 0,87 arasında değişmekteydi. Faktör yükü 0,38 olan 3. Madde çıkarılarak analiz tekrarlandığında uyumluluk değerlerinin 0,64 ile 0,87 arasında değiştiği görülmüştür. İlgili şekiller aşağıda yer almaktadır (Şekil 3 ve Şekil 4). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri RMSEA=0,109, $\chi^2/sd = 4,943$, GFI= 0,888, CFI=0,921 olarak tespit edilmiş tablo 9'da gösterilmiştir. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucu Madde 3 de ölçekten çıkarılmıştır.



Şekil 3. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları-1



Şekil 4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları-2

Tablo 9. Sigara Bağımlılık Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Değerleri

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri	Sınır Değerler
χ^2/sd	4,943	≤ 5
p	<0,001	-
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0,109	$\leq 0,10$
Uyum İyiliği Endeksi (GFI)	0,888	$\geq 0,90$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,921	$\geq 0,90$

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerin tamamlanması ile ölçeğin son hali 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu Sigara Bağımlılık Ölçeği-10 olarak adlandırılacaktır (SBÖ-10). SBÖ-10'un cronbach alpha değeri 0,928 bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

CDS-12 ölçeği Francois Etter ve arkadaşları tarafından sistematik bir biçimde geliştirilmiştir. Elde edilen verilerle ölçeğin faktöriyel yapısını değerlendirmek için faktör analizi uygulanmıştır. Verinin tek boyutlu mu yoksa çok boyutlu mu olduğunu değerlendirmek amacıyla şu yöntemler kullanılmıştır: Velicer'in MAP testi, Horn'un paralel analiz yöntemi, 1'den büyük özdeğer (eigenvalue > 1) kriteri, yorumlanabilirlik ve içerik geçerliliği ölçütleri. Ölçeğin tek boyutlu olduğu sonucuna varılmıştır.

CDS-12 ölçeğinin içerik geçerliliğini değerlendirmek için, geliştirilen nihai ölçeğin içeriği; nitel verilerde ortaya çıkan kategorilerle, DSM-IV ve ICD-10 bağımlılık tanımlarıyla karşılaştırılmıştır. Ayrıca, ölçeklerin iç tutarlılığı değerlendirilerek, cronbach alpha katsayılarının 0,7'nin üzerinde olup olmadığı incelenmiştir. cronbach alpha değeri $\geq 0,84$ olarak hesaplanmıştır. Yapı geçerliliği; bağımlılık düzeyinin her gün sigara içenlerde ara sıra içenlere göre daha yüksek olup olmadığı, günlük içilen sigara sayısı, FTND puanı ve son sigara girişimindeki sigara içme isteği (0-100 arasında puanlanacak şekilde) ve tükürükte kotinin düzeyi ile ilişkisi incelenerek test edilmiştir. Her gün sigara içenlerin ara sıra içenlere göre toplam skoru 1,3 SD daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Günlük kullanılan sigara sayısı ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. CDS-12'nin korelasyon katsayısı, FTND'den anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($z = 24,9$; $p < 0,001$). Son sigara bırakma denemesinde hissedilen içme isteği ile bütün maddeler ve ölçek ilişkisi incelendiğinde CDS-12 için $R^2 = 0,25$ bulunmuştur. Tüm maddeler kotinin düzeyi ile ilişkili bulunmuş olup CDS-12 için $R^2 = 0,17$ 'dir.

CDS-12 ölçeği geliştirilirken bağımlılık maddeleri ve ölçekleri (bağımsız değişkenler) ile sürekli bağımlı değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için tek değişkenli doğrusal regresyon modelleri kullanılmıştır. Dikotom (iki kategorili) bağımlı değişkenlerle olan ilişkiler ise t-testi ile analiz edilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayılarının birbirinden anlamlı şekilde farklı olup olmadığını değerlendirmek için Fisher'in z dönüşümü uygulanmıştır. Test-tekrar test korelasyonu her bir madde için $\geq 0,60$ ve CDS-12 için $\geq 0,83$ olarak hesaplanmıştır.

Bu aşamalar sonucunda, hem psikometrik açıdan güçlü hem de içerik açısından anlamlı DSM-IV ve ICD-10 tütün bağımlılığı tanımlarının her bir boyutunu ve nitel verilerde belirlenen ana kategorilerin her birinden en az bir madde içeren CDS-12 ölçeğinin geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır (6).

CDS-12 ölçeğinin İsveç dili ve Norveç diline çevirisi yapılmıştır (87,88). Türkçe'ye çevirilerine ait iki farklı çalışma bulunmakta olup çalışmanın biri sadece genç üniversite öğrencilerinde diğeri ise İzmir'in Mansuroğlu semtinde yaşayan 50 yaş üzeri kişilerde yapılmıştır (89,90).

CDS-12 ölçeğinin orjinal geliştirme çalışmasına katılan 3009 katılımcıdan 2876'sı her gün sigara içen, 124'ü ise ara sıra sigara içenlerden oluşmuş olup yaş ortalaması 32, yaş aralığı 12-74 arasındadır (6). İsveç dili versiyonunda iki farklı grup üzerinde çalışma yapılmış bunlardan İsveç Kardeşliği Kohortu (SHC) grubunda katılımcı sayısı 1246 kişi olup yaş ortalaması $24 \pm 2,46$ 'dır. Katılımcı yaş aralığı 20-28 arasında değişmektedir. İkinci grup Stokholm Alkol ve Uyuşturucu Sorunlarını Önleme Organizasyonu (STAD) tarafından yönetilen gruptur. Bu grupta katılımcı sayısı 1229 kişi olup yaş ortalaması $44,3 \pm 18$ 'dir. Katılımcı yaş aralığı 17-83 arasında değişmektedir (87). Norveç versiyonuna 1265 kişi katılmıştır. Detaylı inceleme her gün sigara içen 290 kişide yapılmıştır. Yaş ortalaması $41,9 \pm 15,4$ 'dür (88). Türkçe versiyonlardan 50 yaş üzeri örneklem grubu çalışmasına 2497 kişi katılmıştır. İleri analizler hala sigara içmekte olan 587 kişi ile devam etmiştir (90). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğin genç yaş grubunda incelendiği çalışmada katılımcı sayısı 651 dir. Katılımcıların yaş ortalaması $22,11 \pm 3,46$ olup yaş aralığı 18-51 arasında değişmektedir (89). Çalışmamızda Sosyodemografik veri formu ve anketin araştırmacılar tarafından Türkçe'ye uyarlanmış hali 330 kişiye uygulanmış olup yaş ortalaması $39,59 \pm 14,28$ 'dir. Katılımcıların yaş aralığı 18-84 arasında değişmektedir. Ana çalışmadaki örneklem büyüklüğü ile ilgili olarak envanter uygulamalarında madde sayısının beş veya on katı olarak belirlenmesini önerenler olduğu gibi, faktör analizinin yeterli bir şekilde yapılabilmesini sağlamak için minimum 300 katılımcı ile yapılmasını önerenler de vardır (84,85). Bu durum dikkate alınarak örneklem hacmi %10'luk hata payı ile 330 kişi olarak alınmıştır ve bu anlamda örneklem büyüklüğü yeterlidir. Yaş ortalaması alt grup alınmaksızın yapılan Norveç versiyonu ve İsveç versiyonu STAD alt grubu ile benzerdir.

CDS-12 ölçeğinin orjinal geliştirme çalışmasında katılımcıların %47'si erkeklerden oluşmaktadır (6). İsveç versiyonu SHC grubunda katılımcıların %66,1'i; STAD grubunda katılımcıların %52,4'ü kadınlardan oluşmaktadır (87). Norveç versiyonunda %46'sı kadınlardan oluşmaktadır (88). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğin genç yaş grubunda incelendiği çalışmada katılımcıların %51'i erkektir (89). Türkçe versiyonlardan 50 yaş üzeri örneklem grubu çalışmasında katılımcıların %63,2'si erkektir (90). Bizim çalışmamızda katılımcıların %67,6'sı erkektir. CDS-12 ölçeğinin orjinal geliştirme çalışmasında ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda erkek oranının benzer şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

İsveç versiyonu SHC grubunda lise mezunlarının ortalaması %66,1; STAD grubunda ise lise mezunlarının ortalaması %43,9'dur (87). Norveç versiyonunda %68'i 11-13 yıl arasında eğitim almıştır (88). Türkçe versiyonlardan 50 yaş üzeri örneklem grubu çalışmasında katılımcıların %26,9'u ilkokul mezunudur (90). Bizim çalışmamızda katılımcıların %35,8'i üniversite ve üzeri eğitim almıştır. Eğitim düzeyi diğer çalışmalara nispeten yüksek bulunmuştur.

Norveç versiyonunda %43'ü evlidir ya da birlikte yaşamaktadır (88). Türkçe versiyonlardan 50 yaş üzeri örneklem grubu çalışmasında %61,8'i evlidir (90). Bizim çalışmamızda % 53,3'ü evlidir ya da birlikte yaşamaktadır. Her üç grupta da evlilerin sıklığı yüksektir.

CDS-12 ölçeğinin orjinal geliştirme çalışmasında ölçek güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlık analizi yapılmış ve cronbach alpha değeri 0,90 bulunmuştur (6). İsveç versiyonunda bu değer SHC Grubunda 0,91 STAD grubunda 0,90'dır (87). Norveç versiyonunda 0,81'dir (88). Türkiyede 50 yaş örnekleminde yapılan çalışmada 0,94'dür (90). Türkiyede örneklemini gençler olan çalışmada cronbach alpha değeri 0,91'dir (89). Bizim çalışmamızda ölçeğin maddelerinin çıkarılması halinde hesaplanan cronbach alpha değeri 0,891 ile 0,920 arasında değişmekteydi. Madde 12 dışlandığında cronbach alpha değeri 0,920'ye yükselmiştir. Araştırma aracı olarak grupları karşılaştırmak için kullanılan ölçeklerde, bireysel düzeydeki klinik uygulamalara kıyasla alpha değeri daha düşük olabilmektedir. Grupları karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda, α değerinin 0,7 ile 0,8 arasında olması yeterli kabul edilmektedir. Ancak klinik uygulamalarda, yani bireysel düzeyde kararlar verirken, daha yüksek α değerleri

gereklidir ve minimum değer 0,90 olmalıdır ve bu değerin daha yüksek olması tercih edilmektedir (91). Buradan yola çıkılarak Türkçe uyarlama çalışmasını yaptığımız ölçeğin daha güvenilir bir ölçek olmasını sağlamak için Madde-12 bu aşamada dışlanmış ve analizlere 11 madde üzerinden devam edilmiştir.

CDS-12 leğinin orjinal geliştirme çalışmasında madde-toplam puan korelasyonları incelenmiş Madde 9 ve Madde 12 haricinde bütün maddelerin korelasyonu 0,5'in üzerinde bulunmuş ancak diğer testlerdeki iyi performansları nedeniyle ölçekte tutulmuştur (6). İşve versiyonunda madde-toplam puan korelasyonları 0,52-0,78 arasında bulunmuştur (87). Bizim alışmamızda korelasyon analizi Madde 12 dışlandıktan sonra yapılmış maddeler korele olarak bulunmuştur. Ölçeğin 11 maddelik halinde i korelasyon katsayısı 0,844 ile 0,968 arasında değişmektedir. Bir ölçeğin güvenilir olması için her bir maddenin i korelasyon değeri 0,5'ten büyük olmalıdır (92). Bizim alışmamızda elde edilen değerler istenilen gibi yüksek çıkmıştır.

Açımlayıcı faktör analizinde örneklem yeterliliğini belirlemek için yapılan KMO ve Bartlett's test of sphericity testi Türkçe versiyonu genç populasyonda çalışılan grupta uygulanmıştır. KMO değeri 0,94 bulunmuştur. Bartlett's testi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, sig: $p < 0,0001$ 'dir (89). Bizim alışmamızda korelasyon katsayısı: 0,341; KMO değeri 0,933; Bartlett's test: 2225,147; sig: $p < 0,001$ bulunmuş olup bu değerlerin faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir. KMO değerinin 0,90'ın şt olması mkemmek olarak kabul edilmektedir (93).

CDS-12 leğinin orjinal geliştirme çalışmasında total varyans açıklama oranı %45 bulunmuştur (6). İşve versiyonunda total varyans açıklama oranı SHC grubu için %51, STAD grubu için %55 bulunmuştur (87). Türkiyede rneklemi gençler olan çalışmada total varyans açıklama oranı %46,03'tür (89). Bizim alışmamızda total varyans açıklama oranı % 66,547'dir. Total varyans açıklama oranının en az %50 olması gerekmektedir, daha yüksek oranlar tercih edilmektedir (86).

CDS-12 leğinin orjinal geliştirme alışması, İşve versiyonu ve Türkiye genç örneklem grubu çalışmalarında faktör analizi yapılmış olup maddelerin özdeğerleri incelenmiş ve testin tek faktörlü yapısı doğrulanmıştır (87,89).

Bizim çalışmamızda da özdeğerler incelenmiş, tek bir kırılmanın olduğu gözlenmiştir. Bu ölçeğin yapısının tek boyutlu olduğu anlamını taşımaktadır (eigen value (λ) > 1) (94).

CDS-12 maddelerine ait bileşen matrisindeki faktör yükleri analiz edildiğinde İsveç versiyonunda tüm maddeler için 0,60'ın üzerinde, Türkiye genç nüfus örnekleminde 0,30 ile 0,78 arasında bulunmuştur (87,89). Bizim çalışmamızda ise bu değer 0,425 ile 0,872 arasında değişmektedir.

İlgili çalışmalardan Türkiye genç nüfus örneklemini olan çalışmada doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır ve faktör yükleri bütün maddeler için 0,50'nin üzerinde (0,61-0,88) bulunmuştur (89). Bizim çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizi sonucu faktör yükü 0,38 olan 3. Madde dışlanarak analiz tekrarlandığında uyumluluk değerlerinin daha iyi olduğu (0,64-0,87) saptanmıştır. Bu aşamada Madde-3'de ölçekten çıkarılmıştır. Faktör yükü için 0,50'nin üzerindeki yükler anlamlı kabul edilirken, 0,70 veya daha yüksek yükler çok anlamlı olarak kabul edilmektedir (94).

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri Türkiye Genç Nüfus Örnekleminde RMSEA=0,034; χ^2/sd = 1,77; GFI= 0,99; CFI=0,98 olarak tespit edilmiştir (89). Bizim çalışmamızda elde edilen uyum iyiliği değerleri RMSEA=0,109; χ^2/sd = 4,943; GFI= 0,888; CFI=0,921 olarak tespit edilmiştir. RMSEA değerinin $\leq$ 0,10 olması beklenmekte iken bizim çalışmamızda bu değer 0,009 daha yüksek çıkmıştır. Bu yükseklik gözardı edilebilir olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin orijinal hali 12 maddeden oluşmaktaydı ve her bir madde 1 ile 5 arasında olacak şekilde toplam 60 puan ile skorlanmaktaydı. Bizim çalışmamızda veriler incelenerek iç tutarlılık analizi sonrası 12. Madde dışlanmıştır. Ölçek geliştirme çalışmasında Madde 12'nin madde-toplam puan korelasyonunun düşük olduğu ancak diğer testlerde iyi sonuçlar verdiği için ölçekte tutulduğu belirtilmiştir (6). Açımlayıcı faktör analizi sonrası ise 3. Madde dışlanmıştır. Türkçe uyarlamasının nihai hali 10 sorudan oluşmakta olup her bir madde 1 ile 5 arasında puanlacak şekilde toplam 50 puan ile skorlanacaktır.

Çalışmanın üstün yönleri: CDS-12 ölçeğinin daha önce 18 yaş üstü genel popülasyona uygulanmış bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Çalışmanın sadece tek bir merkezde yapılmış olması çalışmanın kısıtlı yönüdür.



6. SONUÇLAR

Türkiye’de tütün ve tütün ürünleri ile mücadele kapsamında bireylerde sigara bağımlılığının değerlendirilebilmesi, ve bilimsel araştırmalarda kullanıma yönelik bir ölçeğe duyulan ihtiyaç nedeniyle, bu çalışmada 18 yaş üstü bireylerde ilk kez CDS-12’ nin Türkçe’ye çevirisi ve geçerlilik-güvenilirlik araştırması yapılmıştır. Bulgularımıza göre:

- Ölçeğin nihai hali, iç tutarlılığı yüksek, geçerli ve güvenilirdir

-SBÖ-10 bağımlılık kriterlerini kapsayan kısa, geçerli, kendi kendine uygulanabilen sürekli bir ölçektir. SBÖ kişinin sağlığı geliştirmedeki sorumluluğunu yerine getirebilmesi için kişiye bağımlılığını ölçme yetisi verebilecektir.

-Klinisyenler tarafından pratikte sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde kullanılabilecektir.

-Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi planlarının belirlenmesinde yönlendirici olabilecektir.

-Sigara bağımlılığının inceleneceği bilimsel çalışmalarda yüz-yüze klinisyen tarafından veya kişinin kendisi tarafından uygulanabilecektir. Kendi kendine uygulanabilir olma niteliği taşıdığından internet üzerinden uygulama kolaylığı sağlayabilecektir.

Ölçeğin bu haliyle ileriki zamanlarda yapılacak çalışmalara ve literatüre katkı sağlayacağı ve özellikle bağımlılık düzeyinin puanlanabileceği versiyonunun geliştirilmesi halinde daha kullanışlı olacağı kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. National Cancer Institute. Definition of cigarette - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI [Internet]. [cited 2024 May 11]. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/cigarette>
2. World Health Organisation. Tobacco [Internet]. [cited 2024 May 11]. Available from: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville (MD):US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
4. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl. 2020 Guidelines for treating tobacco dependence. Brussels; 2020.
5. Wright JG, Feinstein AR. A Comparative Contrast of Clinimetric and Psychometric Methods For Constructing Indexes and Rating Scales. J Clin Epidemiol. 1992;45(11):1201–18.
6. Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: The cigarette dependence scale. Neuropsychopharmacology. 2003;28(2):359–70.
7. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviors. 1978;3(3–4):235–41.
8. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119–27.
9. Prokhorov AV, De Moor C, Pallonen UE, Suchanek Hudmon K, Koehly L, Hu S. Validation of the modified fagerström tolerance questionnaire with salivary cotinine among adolescents. Addictive Behaviors. 2000;25(3):429–33.
10. Etter JF, Vu Duc T, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. Addiction. 1999;94(2):269–81.
11. Moolchan ET, Radzius A, Epstein DH, Uhl G, Gorelick DA, Cadet JL, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and the Diagnostic Interview Schedule: Do they diagnose the same smokers? Addictive Behaviors. 2002;27(1):101–13.
12. Lichtenstein E, Mermelstein RJ. Some methodological cautions in the use of the tolerance questionnaire. Addictive Behaviors. 1986 ;11(4):439–42.
13. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. Doğu Coğrafya Dergisi. 30:71–102.
14. Kerime K. Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. Coğrafi Bilimler Dergisi. 2017;15(1):27–48.
15. Özkan Sarılı S. Nargile Kullanımında Riskler, Tehditler ve Önleyici Yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri İleri Araştırmalar Dergisi. 2019;2(3):105–14.

16. İzzettin Barış Y. Tütün Kullanımının Tarihçesi. In: Küçükusta AR, editor. Sigara ve Sağlık. Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; 1994. p. 13–22.
17. Berridge V. Tobacco control in the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe. 2020;
18. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. 1996;(22829):114–6.
19. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ülkemizdeki Tütün Kontrol Çalışmaları [Internet]. [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/tuetuen-hakkinda/uelkemizdeki-tuetuen-kontrol-calismalari.html>
20. Atam Tasdemir Z. Tobacco Products. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):27–31.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tütün Dumanının Zararları [Internet]. [cited 2024 Sep 19]. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/sagligimiza-etkileri/tutun-dumaninin-zararlari.html>
22. World Health Organisation. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 [Internet]. 4th ed. 2021. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
23. World Health Organisation. Tobacco [Internet]. [cited 2024 Sep 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
24. Başara BB, Soyututan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Ünal G, ve ark. T.C Sağlık Bakanlığı-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Başara BB, Soyututan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2024.
25. Türkoğlu İ, Çadır Ç, Çetin Mİ. Dünyada ve Türkiye'de Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi. Şehir Sağlığı Dergisi. 2021;2(1):20–5.
26. Lunell E, Lunell M. Steady-state nicotine plasma levels following use of four different types of Swedish snus compared with 2-mg Nicorette chewing gum: A crossover study. Nicotine and Tobacco Research. 2005;7(3):397–403.
27. Jacob P 3rd, Benowitz NL, Shulgin AT. Recent Studies of Nicotine Metabolism in Humans I. Pharmacol Biochem Behav. 1988;30:249–53.
28. Sherwood N. Effects of Nicotine on Human Psychomotor Performance. Hum Psychopharmacol. 1993;8:155–84.
29. Perkins KA. Weight Gain Following Smoking Cessation. J Consult Clin Psychol. 1993;61(5):768–77.
30. Benwell ME, Balfour DJd, Birrell CE. Desensitization of the nicotine-induced mesolimbic dopamine responses during constant infusion with nicotine. Br J Pharmacol. 1995;114:454–60.
31. Fagerström K. Nicotine: Pharmacology, toxicity and therapeutic use. J Smok Cessat. 2014;9(2):53–9.

32. Ulrich YM, Hargreaves KM, Flores CM. A Comparison of Multiple Injections versus Continuous Infusion of Nicotine for Producing Up-regulation of Neuronal [3H]-Epibatidine Binding Sites. *Neuropharmacology*. 1997;36(8):1119–25.
33. Cosgrove KP, Batis J, Bois F, Maciejewski PK, Esterlis I, Kloczynski T, et al. 2-Nicotinic Acetylcholine Receptor Availability During Acute and Prolonged Abstinence From Tobacco Smoking. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(6):666–76.
34. Benowitz NL. Mechanisms of Disease Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2010;362:2295–303.
35. Ewart S, Langfeldt Layout M, Sadki R, Evans D, Savedoff W, Singh A, et al. The World Health Report 2003-Shaping the Future. 2003.
36. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):2011–30.
37. Rennard S1., Hepp LM. Cigarette smoke-induced disease. In: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Blackwell Publishing; 2008. p. 385–96.
38. D lek H, Tuzcular Vural Z, G nen  I. Risk Factors in Cardiovascular Diseases. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2018;9(2):53–8.
39.  olako lu T. Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Veren Okullardaki   rencilerin Sigara Kullanma Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2005;3(4):151–8.
40. Bilir N. Sigara ve Akciğerler. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı; 2008.
41. Pi kinpa a N, Pi kinpa a ME. Polis Hastalarda Sigara İçme Alı kanlı ı ve İrritabl Barsak Sendromu İlişkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(1):24–6.
42. Sönmez  . Türk Tıbbi Onkoloji Derneği - Toplum Bilgilendirme Sitesi [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-ve-yasam/ben-sigarayi-icime-cekmiyorum-yine-de-zarari-olur-mu>
43. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans : tobacco smoke and involuntary smoking. Vol. 83. Lyon: IARC Press; 2004. 1452 p.
44. Yıldız L, Kılıç H. Sigaranın Klinik ve Biyokimyasal Etkileri. *T Klin Tıp Bilimleri*. 2000;20:306–12.
45. G ksel T, Turkish Thoracic Society L and PMSG 1. Pattern of Lung Cancer in Turkey, 1994-1998. *Respiration*. 2002;69(3):207–10.
46. Karlıkaya C,  ztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M,  rsel O. T t n Kontrolü. *Toraks Dergisi*. 2006;7(1):51–64.
47. National Center for Biotechnology Information. Second-Hand Tobacco Smoke - Personal Habits and Indoor Combustions - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2024

Sep 22]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304394/#a007.R64>

48. The Tobacco Atlas. Worldwide Smoking Deaths per Year | Tobacco Atlas [Internet]. [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/challenges/deaths/>
49. Türk Toraks Derneği Çalışma Grubu. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu 'İkinci El Duman, Pasif İçicilik' Basın Bildirisi. World Health Organization.
50. World Health Organisation. Health Promotion [Internet]. [cited 2024 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/economics>
51. Cancer Institute N, Department of Health U, Services H, Health Organization W. The Economics of Tobacco and Tobacco Control [Internet]. U.S Department of Health & Human Services; 2016. Available from: <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs>.
52. World Health Organization. 4. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva; 2003.
53. Altan P, Aras Kılınç E, Aygöl F, İlter H, Öztürk M. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Başarı Öyküsü. J Pulm Med-Special Topics. 2012;5(2):16–20.
54. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. Politik Ekonomik Kuram. 2020;4(1):20–44.
55. World Health Organization. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER paketi. 2008.
56. Çelik ZH, Mortan Sevi O. Sigarayı Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020 ;12(1):54–71.
57. Chen LS, Baker TB, Piper ME, Breslau N, Cannon DS, Doheny KF, et al. Interplay of genetic risk factors (CHRNA 5-CHRNA 3-CHRNA4) and cessation treatments in smoking cessation success. American Journal of Psychiatry. 2012;169(7):735– 42.
58. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002;121(3):932–41.
59. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi. 2003;4:225–34.
60. Erkmén Yıldırım G. Tütün Bağımlılığı ve Tedavisinde Hekim Sorumluluğu ve 5A 5R Yaklaşımı. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):90–6.
61. Özge C, Aytemur ZA, Bilir N, Boztaş H, Çan G, Elbek O, et al. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. Ankara; 2014.

62. Aytemur ZA. Sigara Bırakma: Nüks ve Tedavisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):152–5.
63. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2008.
64. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström KO, Gratziau C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: A high priority, integral component of therapy. European Respiratory Journal. 2007;29(2):390–417.
65. Atilla Uysal M, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Gülhan Bayram N, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52(2):115–21.
66. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri. Sted. 2005;14(5):98–101.
67. Igotti NA. Treatment of Tobacco Use and Dependence. N Engl J Med. 2002;346(7).
68. Hjalmarson A, Nilsson F, Sjöström L, Wiklund O. The Nicotine Inhaler in Smoking Cessation. Arch intern Med. 1997;157:1721–8.
69. Hurt RD, Dale LC, Croghan GA, Croghan IT, Gomez-Dahl LC, Offord KP. Nicotine nasal spray for smoking cessation: Pattern of use, side effects, relief of withdrawal symptoms, and cotinine levels. Mayo Clin Proc. 1998;73(2):118–25.
70. Abakay A, Isik R. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Nikotin Replasman Tedavileri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):104–7.
71. Sutherland G, Stapleton JA, Russel MAH, Jarvis MJ, Hajek P, Belcher M, et al. Randomised controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. The Lancet. 1992;340:324–9.
72. Glover ED, Glover PN, Franzon M, Sullivan CR, Cerullo CC, Howell RM, et al. A comparison of a nicotine sublingual tablet and placebo for smoking cessation. Nicotine and Tobacco Research. 2002;4(4):441–50.
73. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med. 1997;337(17):1195–202.
74. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Harm PD, et al. A Controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999;340(9):685–91.
75. Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for Smoking Cessation A Randomized Trial. Arch Intern Med. 2004;164:1797–803.
76. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2007.
77. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an alpha4beta2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs

- Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation. *JAMA*. 2006;296(1):47.
78. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation. *JAMA*. 2006;296(1):56–63.
 79. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, et al. Smoking Cessation With Varenicline, a Selective $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Receptor Partial Agonist. *Arch Intern Med*. 2006;166:1561–8.
 80. Uzaslan E. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):114–7.
 81. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, et al. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction*. 2012;108(1):203–10.
 82. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J. Psychiatric Adverse Events in Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trials of Varenicline. *Drug Saf*. 2010;33(4):289–301.
 83. Etter JF, Perneger T V. Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clin Pharmacol Ther*. 2001;69(3):175–83.
 84. MacCallum RC, Widaman KF, Preacher KJ, Hong S. Sample size in factor analysis: The role of model error. *Multivariate Behav Res*. 2001;36(4):611–37.
 85. Osborne JW. *Best Practices in Exploratory Factor Analysis*. Scotts Valley, CA: CreateSpace Independent Publishing; 2014. 99 p.
 86. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Sixth Edition. Pearson; 2013. 1055 p.
 87. Rydell M, Sundin E, Ramstedt M, Galanti MR. Measuring tobacco dependence in the general population: Evaluation of the Cigarette Dependence Scale (CDS-12) and its adaptation to smokeless tobacco use (STDS-12) in two Swedish surveys. *Scand J Public Health*. 2016;44(2):134–42.
 88. Stavem K, Røgeberg OJ, Olsen JA, Boe J. Properties of the cigarette dependence scale and the Fagerström test of nicotine dependence in a representative sample of smokers in Norway. *Addiction*. 2008;103(9):1441–9.
 89. Ünal Çoker E, Köse AM. Inspecting smoking addiction in youth in Türkiye: A latent class analysis using the Turkish version of the cigarette dependence scale. *Int J Healthc Manag*. 2025;18(2):234–43.
 90. Sari D, Pektas I, Baykal Z, Cakir Y, Tuna Malak A, Ekti Genç R, et al. Cigarette Dependence among Males and Females Aged 50+ Living in İzmir, Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2011;12:1813–5.
 91. J MB, Douglas GA. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997;314:572.

92. Wu RMX, Zhang Z, Zhang H, Wang Y, Shafiabady N, Yan W, et al. An FSV analysis approach to verify the robustness of the triple-correlation analysis theoretical framework. *Sci Rep.* 2023;13:1–20.
93. Kaiser HF. An Index of Factorial Simplicity. *Psychometrika.* 1974;39(1):31–6.
94. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis.* 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2010.



EKLER



T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
Girgisimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
12/06/2024	6	2024/6-1

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi, Binyamin DURE'nin " Sigara Bağımlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" adlı proje için hazırlanmış olan ve 03/06/2024 tarihinde sunulan Girgisimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürütülükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararına başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

(İmza)
Prof. Dr. Gülnur TARHAN
Üye

(İmza)
Prof. Dr. Tuncay ÇELİK
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. H. Sinan HATİPOĞLU
Üye

(İmza)
Dr. Öğr. Üys. Muhittin ÖNDERCI
Üye

(İmza)
Prof. Dr. İsmail AĞIR
Üye

(İmza)
Prof. Dr. Fatih ÜÇKARDEŞ
Üye

(İmza)
Doç. Dr. Sendar OLT
Üye

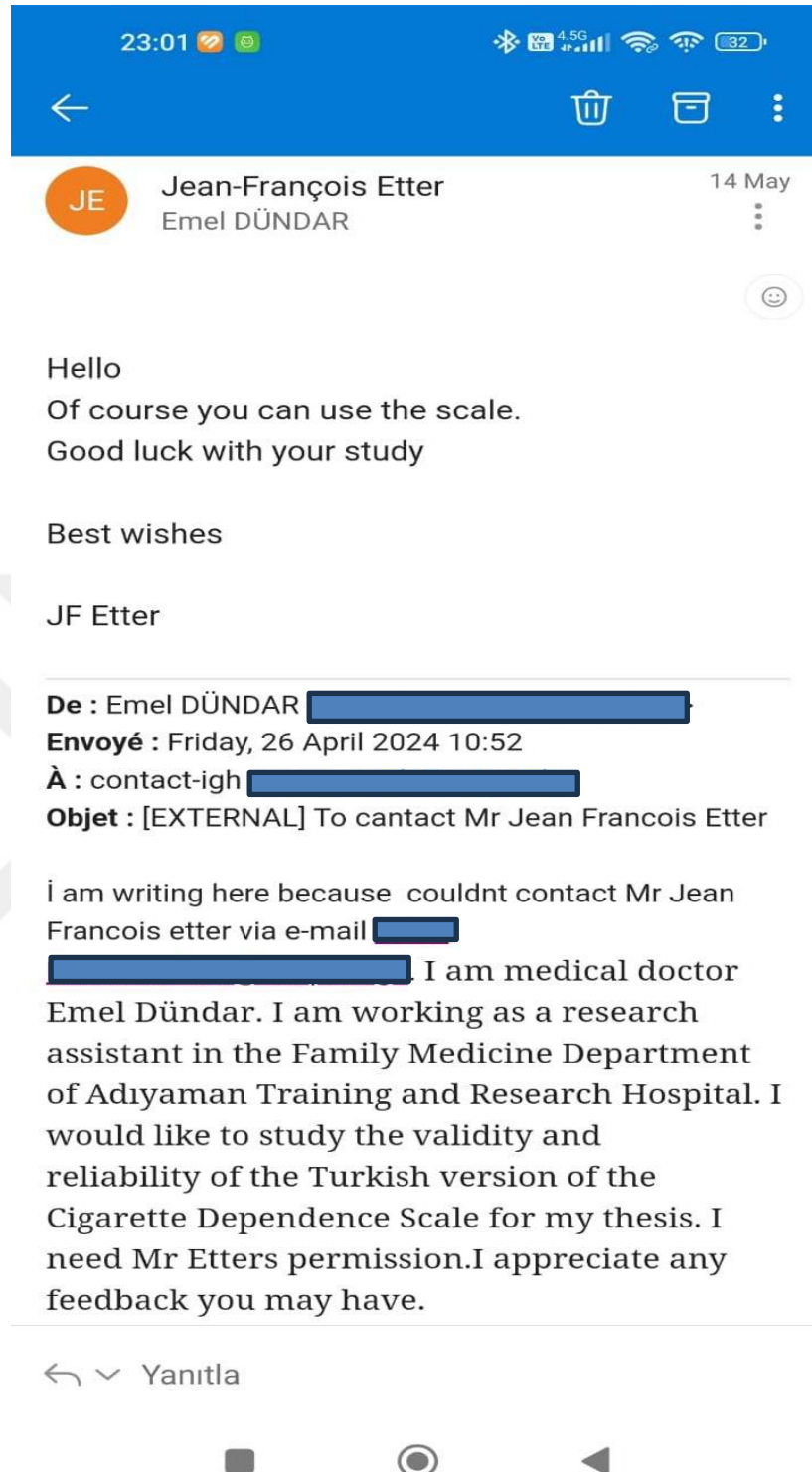
(İmza)
Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. Talip KARACOR
Üye

(İmza)
Dr. Öğr. Üys. Ayşe TAŞ
Üye

(İmza)
Dr. Öğr. Üys. Savaş SAĞMAK
Üye

(İmza)
Doç. Dr. Tuba Koç ÖZKAN
Üye



The Cigarette Dependence Scale, English-language version

Questions	Response options	Recoding
1. Please rate your addiction to cigarettes on a scale of 0 to 100: - I am NOT addicted to cigarettes at all = 0 - I am extremely addicted to cigarettes = 100	___ Addiction	0-20 = 1 21-40 = 2 41-60 = 3 61-80 = 4 81-100 = 5
2. On average, how many cigarettes do you smoke per day?	___ Cigarettes / day	0-5 = 1 6-10 = 2 11-20 = 3 21-29 = 4 30+ = 5
3. Usually, how soon after waking up do you smoke your first cigarette?	___ Minutes	0-5 = 5 6-15 = 4 16-30 = 3 31-60 = 2 61+ = 1
4. For you, quitting smoking for good would be:	Impossible = 5 Very difficult = 4 Fairly difficult = 3 Fairly easy = 2 Very easy = 1	No recoding
<i>Please indicate whether you agree with each of the following statements:</i>		
5. After a few hours without smoking, I feel an irresistible urge to smoke	Totally disagree = 1 Somewhat disagree = 2 Neither agree nor disagree = 3 Somewhat agree = 4 Fully agree = 5	
6. The idea of not having any cigarettes causes me stress	Totally disagree = 1 Somewhat disagree = 2 Neither agree nor disagree = 3 Somewhat agree = 4 Fully agree = 5	
7. Before going out, I always make sure that I have cigarettes with me	Totally disagree = 1 Somewhat disagree = 2 Neither agree nor disagree = 3 Somewhat agree = 4 Fully agree = 5	
8. I am a prisoner of cigarettes	Totally disagree = 1 Somewhat disagree = 2 Neither agree nor disagree = 3 Somewhat agree = 4 Fully agree = 5	
9. I smoke too much	Totally disagree = 1	

	Somewhat disagree	= 2
	Neither agree nor disagree	= 3
	Somewhat agree	= 4
	Fully agree	= 5
10. Sometimes I drop everything to go out and buy cigarettes	Totally disagree	= 1
	Somewhat disagree	= 2
	Neither agree nor disagree	= 3
	Somewhat agree	= 4
	Fully agree	= 5
11. I smoke all the time	Totally disagree	= 1
	Somewhat disagree	= 2
	Neither agree nor disagree	= 3
	Somewhat agree	= 4
	Fully agree	= 5
12. I smoke despite the risks to my health	Totally disagree	= 1
	Somewhat disagree	= 2
	Neither agree nor disagree	= 3
	Somewhat agree	= 4
	Fully agree	= 5

SİGARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GÜVENİLİRLİK GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI

BÖLÜM-1 SOSYO DEMOGRAFİK VERİLER

1. YAŞINIZ

2. CİNSİYETİNİZ

() Erkek () Kadın

3. MEDENİ DURUMUNUZ

() Bekar () Evli () Boşanmış/Dul

4. EĞİTİM DÜZEYİNİZ

() Okula Gitmemiş () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve Üzeri

5. ÇALIŞIYOR MUSUNUZ ?

() EVET () HAYIR

6. GELİR DURUMUNUZ NEDİR?

() ASGARİ ÜCRET ALTI () ASGARİ ÜCRET () ASGARİ ÜCRET VE ÜZERİ

7. ALKOL YA DA MADDE KULLANIYOR MUSUNUZ?

() EVET () HAYIR

SİĞARA BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ-10 (SBÖ-10)

Sorular	Cevap Seçenekleri	Puanlama
1. Lütfen Sigara Bağımlılığınızı 0'dan 100'e kadar puanlayınız: - Sigaraya hiç bağımlı değilim. = 0 - Sigaraya aşırı derecede bağımlıyım. = 100	___Bağımlılık	0-20 = 1 21-40 = 2 41-60 = 3 61-80 = 4 81-100 = 5
2. Günde ortalama kaç sigara içersiniz?	___Sigara / Gün	0-5 = 1 6-10 = 2 11-20 = 3 21-29 = 4 30+ = 5
3.Sizin için sigarayı tamamen bırakmak şöyle olacaktır :	İmkansız = 5 Çok zor = 4 Oldukça zor = 3 Oldukça kolay = 2 Çok kolay = 1	
Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birine katılıp katılmadığınızı belirtin:		
4. Birkaç saat sigara içmedikten sonra karşı konulmaz bir sigara içme isteği duyuyorum.	Kesinlikle katılmıyorum = 1 Kısmen katılmıyorum = 2 Ne katılıyorum ne de katılmıyorum = 3 Kısmen katılıyorum. = 4 Kesinlikle katılıyorum = 5	
5. Sigaramın olmaması fikri beni strese sokuyor	Kesinlikle katılmıyorum = 1 Kısmen katılmıyorum = 2 Ne katılıyorum ne de katılmıyorum = 3 Kısmen katılıyorum. = 4 Kesinlikle katılıyorum = 5	

6. Dışarıya çıkmadan önce yanımda sigaram olduğuna mutlaka emin olurum.	Kesinlikle katılmıyorum	= 1
	Kısmen katılmıyorum	= 2
	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	= 3
	Kısmen katılıyorum.	= 4
	Kesinlikle katılıyorum	= 5
7. Ben sigaranın esiriyim	Kesinlikle katılmıyorum	= 1
	Kısmen katılmıyorum	= 2
	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	= 3
	Kısmen katılıyorum.	= 4
	Kesinlikle katılıyorum	= 5
8. Çok fazla sigara içiyorum	Kesinlikle katılmıyorum	= 1
	Kısmen katılmıyorum	= 2
	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	= 3
	Kısmen katılıyorum.	= 4
	Kesinlikle katılıyorum	= 5
9. Bazen herşeyi bırakıp dışarıya sigara almaya giderim	Kesinlikle katılmıyorum	= 1
	Kısmen katılmıyorum	= 2
	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	= 3
	Kısmen katılıyorum.	= 4
	Kesinlikle katılıyorum	= 5
10. Her zaman sigara içiyorum	Kesinlikle katılmıyorum	= 1
	Kısmen katılmıyorum	= 2
	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	= 3
	Kısmen katılıyorum.	= 4
	Kesinlikle katılıyorum	= 5