

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE TELE-
KONSÜLTASYON İLE YAPILAN DANIŞMANLIĞIN
SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEY**

Dr. Hasan Semih DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2023

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE TELE-
KONSÜLTASYON İLE YAPILAN DANIŞMANLIĞIN
SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEY**

Dr. Hasan Semih DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

Prof. Dr. Vildan MEVSİM

YARDIMCI TEZ DANIŞMANI:

Doç. Dr. Makbule Neslişah TAN

İZMİR-2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	xii
ABSTRACT/SUMMARY.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SİGARA BIRAKMA.....	3
2.1.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi.....	3
2.1.2. Tütün Kullanım Şekilleri.....	5
2.1.3. Sigara Epidemiyolojisi.....	5
2.1.4. Sigaranın İçeriği.....	6
2.1.5. Nikotin.....	6
2.1.6. Aşırma ve Tütün Kullanım Bozukluğu.....	7
2.1.6.1. Aşırmanın Değerlendirilmesi.....	8
2.1.7. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri.....	9
2.1.7.1. Sigara ve Solunum Sistemi.....	9
2.1.7.2. Sigara ve Kardiyovasküler Sistem.....	9
2.1.7.3. Sigara ve Kanser.....	10
2.1.7.4. Sigara, Fertilite ve Gebelik.....	11
2.1.7.5. Sigara ve Diğer Sistemler.....	11
2.1.8. Pasif İçicilik	11
2.1.9. Sigara Bırakma Tedavileri.....	12
2.1.9.1. Motivasyonel Görüşme.....	15
2.1.9.2. Farmakolojik Tedaviler.....	16
2.1.9.2.1. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT).....	16
2.1.9.2.1.1. Transdermal Bant (Nikotin Bandı).....	16
2.1.9.2.1.2. Nikotin Sakızı.....	17
2.1.9.2.2. Bupropion.....	18
2.1.9.2.3. Vareniklin.....	19
2.1.10. Tedavi Uyumu.....	19
2.1.10.1. Tedavi Uyumunu Değerlendirme Yöntemleri.....	20
2.2. TELEKONSÜLTASYON.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırma Modeli.....	22
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	22
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	23
3.2.2. Hariç Bırakma Kriterleri.....	23

3.3. Araştırmanın Uygulanması.....	23
3.3.1. Müdahale.....	24
3.3.2.Kontrol.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	30
3.4.1. Anket (Sosyodemografik Veri Formu).....	30
3.4.2. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği.....	31
3.4.3. Aşerme Yaşantı Ölçeği.....	31
3.4.4. Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu.	31
3.4.5. Teletıp Memnuniyet Anketi.....	32
3.4.6. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)	32
3.4.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	32
3.5. İstatistiksel Analiz.....	33
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.6.1. Birincil Sonuç Çıktı	33
3.6.2. İkinci Sonuç Çıktılar	33
3.6.3. Bağımlı Değişkenler.....	33
3.6.4. Bağımsız Değişkenler.....	33
3.7. Gerekli İzinler.....	34
4.BULGULAR.....	34
4.1. Başlangıç Bulgular.....	34
4.1.1. Sosyodemografik Değişkenler.....	34
4.1.2. Sigara kullanımı ile ilgili değişkenlerin değerlendirilmesi.....	36
4.1.3. Aşerme Yaşantı Ölçeği Başlangıç Değerlendirmesi.....	38
4.2. Analitik Bulgular.....	39
4.2.1. Müdahale Grubuna Dahil Edilen Katılımcıların Başlangıç, Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	39
4.2.1.1. Sigara Aşerme Durumları.....	39
4.2.1.2. Tedavi Uyumu Durumları.....	41
4.2.1.3. Sigara Bırakma Durumları.....	43
4.2.1.4. Teletıp Memnuniyet Durumları.....	43
4.2.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilen Katılımcıların Başlangıç, Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	44
4.2.2.1. Sigara Aşerme Durumları.....	44
4.2.2.2. Tedavi Uyumu Durumları.....	46
4.2.2.3. Sigara Bırakma Durumları.....	48
4.2.2.4. İzleme Gelme Durumları.....	49

4.2.3. Kontrol ve Müdahale Grubuna Dahil Edilen Katılımcıların Başlangıç, Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	50
4.2.3.1. Sigara Bırakma Durumları.....	50
4.2.3.2. Sigara Aşerme Durumları.....	51
4.2.3.3. Tedavi Uyumu Durumları.....	54
5.TARTIŞMA.....	57
Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	61
Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
7.KAYNAKÇA.....	64
EK 1. ETİK KURUL ONAYI.....	78
EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	79
EK 3. AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ POLİKLİNİĞİ İZİN BELGESİ.....	80
EK 4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU.....	81
EK 5. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ.....	81
EK 6. AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ.....	82
EK 7. SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ İZLEM GÖRÜŞMESİ FORMU.....	83
EK 8. TELETIP MEMNUNİYET ANKETİ.....	84
EK 9. FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ (FNBT).....	85
EK 10. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD).....	86

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö veya 5D) Stratejileri.....	13
Tablo 2. Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı.....	35
Tablo 3. Sigara Kullanımı İle İlgili Sayısal Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4. Sigara Kullanımı ile İlgili Bazı Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	37
Tablo 5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 6. Aşerme Yaşantı Ölçeği Başlangıç Değerlendirmesi.....	38
Tablo 7. Müdahale Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Güç Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	39
Tablo 8. Müdahale Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Sıklık Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9. Müdahale Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinde Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne Göre Motivasyon Düzeylerinin Farkı.....	41
Tablo 11. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne Göre Bilgi Düzeylerinin Farkı.....	42
Tablo 12. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'nden Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	42
Tablo 13. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Sigara Bırakma Durumunun Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Sigara Bırakma Durumu ile Karşılaştırılması.....	43

Tablo 14. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 6. Ayında ‘Teletıp Memnuniyet Anketi’nden Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 6. Ayındaki Sigara Bırakma Durumu ile Karşılaştırılması.....	44
Tablo 15. Kontrol Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Güç Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	44
Tablo 16. Kontrol Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Sıklık Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	45
Tablo 17. Kontrol Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinde Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	46
Tablo 18. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne Göre Motivasyon Düzeylerinin Farkı.....	47
Tablo 19. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne Göre Bilgi Düzeylerinin Farkı.....	47
Tablo 20. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.....	48
Tablo 21 . Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Sigara Bırakma Durumunun Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Sigara Bırakma Durumu ile Karşılaştırılması.....	49
Tablo 22. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Sigara Bırakma Polikliniğine Gelme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 23 . Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 24. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Güç Bölümünde Alınan Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	51

Tablo 25. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Sıklık Bölümünde Alınan Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 26. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinde Alınan Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 27. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'nden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	54
Tablo 28. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre Motivasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	55
Tablo 29. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	56

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Polikliniği İş Akış Şeması.....	24
Şekil 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavi Süreci İş Akış Şeması.....	26
Şekil 3. Kontrol Grubu Çalışma İşlem Şeması.....	27
Şekil 4. Müdahale Grubu Çalışma İşlem Şeması.....	28
Şekil 5. Consort Akış Şeması.....	29



KISALTMA LİSTESİ

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

TKÇS: Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

IARC: The International Agency for Research on Cancer

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

KAH: Koroner Arter Hastalığı

DA: Dopamin

MAO: Monoamin Oksidaz

FDA: The United States Food and Drug Administration

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

DT: Davranış Tedavisi

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım sayın Prof. Dr. Vildan MEVSİM hocama; uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince ayırdığı vakit, verdiği destek, gösterdiği sabır ve değerli katkıların yanında ufkumuzu açıp bizleri daha iyisini yapabileceğimize inandırdığı için teşekkürlerimi sunuyorum. Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresince sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, iyi bir aile hekiminin nasıl olması gerektiğini bana öğreten, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana gösteren, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Doç. Dr. Neslişah Tan, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM, Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'ye, iyi ki bu yola birlikte çıkmışız dediğim eş kıdemlerime ve bu süreci birlikte yaşadığım sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her döneminde desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren canım ailem Seval DOĞAN, Özgür DOĞAN, Erdem DOĞAN'a ve bana öz oğulları gibi destek olan Asuman KAYA ile Ünal KAYA'ya, tezimin ve hayatımın her sürecinde yanımda olan, düştüğümde beni ayağa kaldıran sevgili eşim Dr. Sezen KAYA DOĞAN'a ve patili oğlumuz Dobby'e minnet ve sevgilerimi sunarım.

ÖZET

SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİNDE TELE-KONSÜLTASYON İLE YAPILAN DANIŞMANLIĞIN SİĞARA BIRAKMA BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEY

Dr. Hasan Semih DOĞAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Vildan MEVSİM

Yardımcı Tez Danışmanı: Doç. Dr. Makbule Neslişah TAN

E-posta: hsemihdogan@hotmail.com

Amaç: Bu çalışmada, Tele-Konsültasyon ile yapılan danışmanlığın bireylerde sigara bırakma başarısı üzerine etkinliğini saptamak amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırma; Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yürütülen randomize kontrollü bir müdahale çalışmasıdır. Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası hastalar dahil edilme ve hariç bırakılma açısından değerlendirildi, uygun hastalar randomizasyona alındı. Hastalar kontrol ve müdahale grubuna ayrıldı. Her iki gruptaki hastalar ile kayıt günü yüz yüze görüşüldü. Sonrasında sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay1, 2.ay1, 3.ay1, 6.ay1 müdahale grubu ile telekonsültasyon yöntemiyle hasta görüşmesi yapıldı, kontrol grubu ile ise Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğinde yüz yüze hasta görüşmesi yapıldı. Müdahale grubuna tek hekim tarafından danışmanlık verildi, kontrol grubuna ile ise o anda Sigara Bırakma Polikliniğinde görevli olan hekimler tarafından danışmanlık verildi. Her iki gruptaki hastalar da yaklaşık 6 ay süreyle izlendi. Her hastaya kayıt gününde, Hasta Bilgi Formu, ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’, Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Ardından sigara bırakmanın 10. Günü, 1.ay1, 2.ay1, 3.ayında Türkçe ‘Modifiye Morisky Ölçeği’, ‘Aşerme Yaşantı ölçeği’, ‘Tedavi İzlem Formu’ uygulandı. Sigara bırakmanın 6.ayında ise, ‘Aşerme Yaşantı ölçeği’, ‘Tedavi İzlem Formu’ ve müdahale grubuna ayrıca ‘Teletıp Memnuniyet

Anketi' uygulandı. Araştırma verileri SPSS (24.0) programında değerlendirildi. İstatistik analizlerde tanımlayıcı analizler, khi kare analizi, independent t testi, mcnemar, paired t test ve per protocol analizleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan 65 katılımcının 32'si müdahale grubunda, 33'ü kontrol grubundadır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların müdahale grubunun yaş ortalaması $38,94 \pm 9,41$, kontrol grubunun yaş ortalaması $35,15 \pm 8,98$ yıldır. Çalışmaya katılan müdahale grubundan 32 kişinin %31,3'ü (n=10) kadın, %68,8'i (n=22) erkek; kontrol grubundan 33 kişinin %39,4'ü (n=13) kadın, %60,6'sı (n=20) erkektir. Her iki grubun başlangıçtaki sosyodemografik özellikleri, sigara kullanım özellikleri, 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği' nden aldıkları puanlar ve 'Aşerme Yaşantı ölçeği' nden aldıkları puanlar benzer olarak saptanmıştır. Sigara bırakmanın 6. ayında iki grup arasında sigara bırakma durumları ve tedavi uyum puanları arasında fark yoktur. Sigara bırakmanın 6. ayında müdahale grubunun aşerme puanları ve relaps sayıları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Sigara bırakmanın 6. ayında müdahale grubunun teletıp memnuniyeti arttıkça sigara bırakma oranlarının arttığı görülmüştür.

Sonuç: Sigara kullanımı her yıl milyonlarca insanın ölümüne neden olmaktadır. Fakat buna rağmen sigara bırakma oranları istenilen düzeyde değildir. Sigara bırakmak isteyen hastalar poliklinik takiplerine çeşitli sebeplerle gelememektedir. Sigara bırakma başarısını artırabilmek için hastaların sigara bırakma hizmetlerine ulaşmasının önündeki engellerin kaldırılması oldukça önemlidir. Çalışmamızda kontrol grubunda poliklinik kontrollerine gelme oranlarının anlamlı olarak düştüğü görülmüştür. Tele-konsültasyon ile yapılan danışmanlığın sigara bırakma üzerinde anlamlı bir etkisi görülmemiş olsa da tele-konsültasyon ile yapılan danışmanlık, hastaların relaps sayılarında ve aşermelerinde anlamlı olarak düşüş sağlamıştır. Tele-konsültasyon ile yapılan danışmanlığın sigara bırakma başarısı üzerine etkisi ile ilgili daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimi, Sigara bırakma, Telekonsültasyon

ABSTRACT/SUMMARY

THE EFFECT OF TELE-CONSULTATION COUNSELING ON SMOKING CESSATION SUCCESS IN SMOKING CESSATION THERAPY: RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Dr. Hasan Semih DOĞAN

**Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine The Department of Family
Practice**

Supervisor: Prof. Dr. Vildan MEVSİM

Assistant Thesis Advisor: Uzm. Dr. Makbule Neslişah TAN

E-mail: hsemihdogan@hotmail.com

Aim: In this study, it is aimed to determine the effectiveness of counseling with Tele-Consultation on the success of smoking cessation in individuals.

Method: This research is a randomized controlled intervention study conducted on patients who applied to Dokuz Eylul University Family Medicine Department, Smoking Cessation Treatment Outpatient Clinic. Patients aged 18-55 years who applied to the Smoking Cessation Outpatient Clinic were evaluated in terms of inclusion and exclusion, and eligible patients were randomized. Patients were divided into control and intervention groups. The patients in both groups were interviewed face-to-face on the day of registration. Afterwards, patient interviews were conducted with the 10th day, 1st, 2nd, 3rd, and 6th month of quitting smoking. Patients were interviewed by teleconsultation with the intervention group, and a face-to-face interview was conducted with the control group at the Dokuz Eylül University Family Medicine Department, Smoking Cessation Treatment Outpatient Clinic. The intervention group was counseled by a single physician, while the control group was counseled by the physicians who were currently working in the Smoking Cessation Outpatient Clinic. Patients in both groups were followed for approximately 6 months. On the day of registration, 'Patient Information Form', 'Turkish Version of the Craving Experience Questionnaire', 'Turkish Version of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence' and 'Turkish Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale' were administered to each

patient. Then, on the 10th day, 1st month, 2nd month and 3rd month of quitting smoking, ‘Turkish Version of Modified Morisky Scale’, ‘Turkish Version of the Craving Experience Questionnaire’, ‘Treatment Follow-Up Form’ were applied. In the 6th month of quitting smoking, ‘Turkish Version of the Craving Experience Questionnaire’ and ‘Treatment Follow-Up Form’ were applied to the both groups, ‘Turkish Version of Telemedicine Satisfaction Questionnaire’ were applied to the intervention group. Research data were evaluated in SPSS (24.0) program. Descriptive analyzes, chi square analysis, independent t test, mcnemar, paired t test and per protocol analyzes were used for statistical analyses.

Results: Of the 65 participants, 32 were in the intervention group and 33 were in the control group. The mean age of the intervention group was 38.94 ± 9.41 years, and the control group was 35.15 ± 8.98 years. 31.3% of the 32 participants from the intervention group were female, 68.8% were male; 39.4% of 33 people in the control group were female and 60.6% were male. At the beginning sociodemographic characteristics, smoking characteristics, ‘Turkish Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale’ scores and ‘Turkish Version of the Craving Experience Questionnaire’ scores were found to be similar in both groups. At the 6th month of smoking cessation, there was no difference between the two groups in terms of quitting smoking and ‘Turkish Version of Modified Morisky Scale’ scores. At the 6th month of quitting smoking, the ‘Turkish Version of the Craving Experience Questionnaire’ scores and relapse numbers of the intervention group were found to be significantly lower than the control group. It was observed that as the telemedicine satisfaction of the intervention group increased at the 6th month of quitting, smoking cessation rates increased.

Conclusion: Smoking causes the death of millions of people every year. However, smoking cessation rates are not at the desired level. Patients who want to quit smoking can not come to their follow-up appointments for various reasons. In order to increase the success of smoking cessation, it is very important to remove the barriers that prevent patients from reaching smoking cessation services. In our study, it was observed that the rate of coming to face to face controls decreased significantly in the control group. Although counseling with tele-consultation did not have a significant effect on smoking cessation, counseling with tele-consultation significantly decreased the number of relapses and cravings of patients. It is important to conduct more comprehensive studies on the effect of teleconsultation on smoking cessation success.

Keywords: Family Doctor, Smoking Cessation, Teleconsultation

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye nüfusunun %31,3'ü tütün kullanmaktadır. Erkeklerde bu oran %44,8 iken kadınlarda %18,2'dir(1). Dünya'da ise bu oran %23,6'dır.Erkeklerde %38,6, kadınlarda %8,5 (2). Sigaranın sağlık üzerine birçok negatif etkisi vardır. Nefes darlığı, astım alevlenmesi, KOAH, miyokard enfarktüsü, çeşitli kanserler, stroke bunlardan bazılarıdır (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2015 yılında yayınladığı rapora göre sigara kullanımı, Dünya'da yılda yaklaşık 6 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır. Pasif içicilik ise dünya çapında her sene 603.000 ölüme sebep olmaktadır (4).

Sigara bırakma polikliniklerinin, sigara bırakma oranlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda 2016 yılında %17,8 olan bırakma oranlarının, 2018'de %25'e ulaştığı görülmektedir (5). WHO'ya göre yıllık ortalama sigara bırakma oranı %20'dir (6).

Yaygın bir bağımlılık olarak kabul edildiği halde sigara içenlerin sadece yaklaşık yarısı başvurdukları hekim tarafından bırakma konusunda tavsiye almaktadır. Gereksinimi olan bireylerin danışmanlık, bırakma programına yönlendirilme ya da ilaç tedavisi seçeneklerine ulaşabilmesi daha az düzeylerde. Yapılan çalışmalar, sigarayı bırakma üzerindeki etkililiği en iyi kanıtlanmış iki tedavi yönteminin davranış danışmanlığı ve ilaç tedavisi olduğunu göstermektedir. En etkili sonuçlar bu iki yöntemin birlikte uygulanmasıyla sağlanmaktadır (3).

Motivasyonel görüşme son yıllarda bağımlılık alanında geleneksel yöntemlerin başarısız olması nedeniyle önem kazanmış, değişim sürecine karşı dirençli olan bireyleri bu sürece katmak için geliştirilmiş bir yöntemdir. Motivasyonel görüşme; iş birliği, hatırlatma, özerklik ile empatik yaklaşım, çelişkiyi ifade etme, dirençle mücadele ve kendine yeterliliği (Özgüveni) destekleme temel yaklaşımlarını içerir (7). 1997 ile 2014 yılları arasında yayınlanan, 16.000'den fazla katılımcıyı içeren 28 çalışmayı inceleyen bir meta-analiz çalışması sonucunda motivasyonel görüşmenin sigara bırakmayı arttırdığı gösterilmiştir (8).

Sigara bırakma tedavisinde birçok zorlukla karşılaşılır. Bunlar: fizyolojik (örn. Nikotin bağımlılığı seviyesi, yoksunluk semptomları), davranışsal (örn. Sigara içme şekli), çevresel (örn. Sigara içenlerle yaşamak veya çalışmak, sigara içen arkadaşlara sahip olmak), psikolojik veya duygusal (örn. Stres, depresyon, anksiyete, psikiyatrik bozukluklar), bilişsel (örn. Bilgi, motivasyon, öz-yeterlik), müdahalelere erişimin önündeki engeller (örn. Uygun maliyetli bırakma ilaçları, tedavi programları), sigara içen kişinin düşük bir öncelik vermesine neden

olabilecek sosyal bağlam veya yaşam koşullarıdır (örn. Yoksulluk, sosyal izolasyon, güvenlik algısı eksikliği, sosyal normlar) (9–13).

Tele-tıp, mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda doğru bilginin alışverişi, hastalık ve yaralanmaların teşhisi-tedavisi-önlenmesi, araştırmaları ve değerlendirmeleri, sağlık hizmeti verenlerin sürekli eğitimi, bireylerin ve toplulukların sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır (14). Tele konsültasyon, hasta görüşmelerinde kullanılmış ve etkinliği bazı çalışmalarda gösterilmiştir (15–17). Bir başka çalışmada ise Covid-19 pandemisi döneminde sigara bırakma tedavisinde uzaktan destek kullanımının arttığı gösterilmiştir (18).

Teletıp teknolojileri, kaliteli sağlık hizmetleri ve sonuçlarının sunulması ve bunlara erişilmesi için verimli ve uygun maliyetli bir araç olarak giderek daha fazla benimsenmekte ve uygulanmaktadır. Teletıp; yanlış ilaç kullanımı, gereksiz acil servis ziyaretleri ve uzun süreli hastanede yatışlar gibi sorunları azaltarak sağlık harcamalarını azaltma potansiyeline sahiptir. Teletıp, kırsal alanlardaki veya sağlayıcı eksikliği olan bölgelerdeki hastalar için kaynaklara ve bakıma erişim sağlar, daha yüksek maliyetler olmadan verimliliği artırır, hasta seyahatini ve bekleme sürelerini azaltır ve iyileştirilmiş bakım kalitesine olanak tanır. Teletıp kullanımıyla bakıma daha iyi erişim, rahatlık ve stresin azalması da hasta memnuniyetini artırabilir(118-119).

Teletıp, ulaşım, çocuk bakımı ve seyahat masrafları gibi dünya çapında her yaştan kişide sigara bırakma tedavisinin önündeki hasta seviyesindeki engelleri azaltma potansiyeline sahiptir. Ayrıca kırsal ve kentsel coğrafi eşitsizlikleri ele almak ve küresel olarak kırsal alanlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin erişimini, sunumunu ve etkinliğini iyileştirmek için teletıp erişimini genişletmek önemlidir(120).

Bu çalışmanın araştırma sorusu, ‘Sigara bırakma tedavisinde tele-konsültasyonla yapılan danışmanlığın sigara bırakma başarısına etkisi var mıdır?’ şeklindedir. H0 hipotezimiz, ‘Sigara bırakma tedavisinde tele-konsültasyonla yapılan danışmanlığın sigara bırakma başarısına etkisi yoktur.’, H1 hipotezimiz, ‘Sigara bırakma tedavisinde tele-konsültasyonla yapılan danışmanlığın sigara bırakma başarısına etkisi vardır.’ şeklindedir.

Bu çalışmada, Tele-Konsültasyon ile yapılan danışmanlığın bireylerde sigara bırakma başarısı üzerine etkinliğini saptamak amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.SİGARA BIRAKMA

2.1.1.Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasından genellikle bir yıllık, bazı türler itibariyle çok yıllık bitkidir. Bitki sistematğinde solanaceae familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde yer alır. Nicotiana cinsine dâhil yaklaşık 65 tür vardır. Bu türlerden sadece “Nicotiana tabacum” ve “Nicotiana rustica”, sigara, puro, pipo vb. tütün mamullerinin yapımında kullanılır(19).

Tarih kitaplarına göre tütün tarımı milattan önce 6000 yılında Amerika kıtasında başlamış ve 4500 yıl sonra Orta Amerika’da yaşayan Mayalar tarafından kullanılmıştır(20).

Avrupalılar tütünle Kolomb (Christopher Columbus) aracılığıyla tanışmışlardır. Kolomb, San Salvador’da 15 Ekim 1492 tarihinde ilk defa tütünü ve tütün yapraklarının çubuklarla tüttürüldüğünü ve çiğnendiğini görmüştür (21).

Tütün yetiştiriciliği ticari olarak 1612 yılında Amerika’da başlamıştır. Sigara makinelerinin 1881 yılında Amerika’da icadıyla tütün üretim hızı artmış, modern anlamda sigaranın doğuşu ise 1913 yılında gerçekleşmiştir (22). Birinci ve İkinci Dünya Savaşları tütün kullanımının yayılmasında büyük rol oynamıştır (23)

Osmanlıda tütün kullanımı 1500’lü yıllarda Mısır’da başlamıştır. 1853-1856 yılları arasında Kırım Savaş’ında Osmanlı askerleri İngiliz ve Fransız subaylarının tütününü kâğıda sararak içtiklerini görüp bu kullanma şeklini benimsemişlerdir. Osmanlı hükümeti 1884 yılında devletin dış borcuna karşılık tütün ekiminin yarı hissesini Fransız Reji şirketine vermiştir. Türkiye Cumhuriyeti döneminde 4 Mart 1925 günü Atatürk’ün kurduğu Ulusal Tekel ile Reji dönemi sona erdi. (20).

Türkiye’de tütün ve tütün mamullerinin yasal hükümler doğrultusunda düzenlenmesi konusunda dönüm noktası, 7 Kasım 1996 yılında kabul edilip, 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829

sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 Sayılı Kanun”dur (24).

Devletlerin tütün bağımlılığı ile mücadele etmek için uyguladığı pek çok yerel ve uluslararası politika vardır. Uluslararası boyutta, sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının giderek artması, dünya çapında insan sağlığını tehdit eder boyutlara varması ve tütün sektörü tarafından geliştirilen stratejiler ile başa çıkmak için oluşturulan ilk uluslararası anlaşma özelliğindeki Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) onaylanarak 2003 yılında hayata geçirilmiştir (25).

Türkiye 2004 yılında imzaladığı TKÇS ile birlikte tütün kontrolünde etkin bir şekilde politika üretmeye başlamıştır. 2006 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı yürürlüğe girmiş ve 2007 yılında tüm illerde İl Tütün Kontrol Kurulları oluşturulmuştur. Yine aynı yıl Sağlık Bakanlığı bünyesinde Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. TKÇS bağlamında bir Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı (2008- 2012 yılları için) oluşturularak tütün kontrolü faaliyetleri netleştirilmiş ve 2008 yılında tütün kontrolü yasalaştırılmıştır. 2008 yılından itibaren kamuya açık tüm kapalı alanlarda, 2009 yılından itibaren özel işletmelerin kapalı alanlarında tütün tüketimi yasaklanmıştır (25).

TKÇS’de yer alan konuların etkili şekilde uygulanabilmesi için DSÖ tarafından 2008 yılındaki Küresel Tütün Salgını Raporu’nda sigaraya karşı geliştirilen 6 politikayı içeren MPOWER paketi hazırlanmıştır:

- M: Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme (Monitor tobacco use and prevention policies; prevalence of tobacco use)
- P: Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerin önlenmesi (Protect people from tobacco smoke; smoke-free environments)
- O: Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi (Offer help to quit tobacco use; treatment of tobacco dependence)
- W: Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması (Warn about dangers of tobacco; health warnings on tobacco packages)
- E: Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship; bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)

R: Tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması (Raise taxes on tobacco; tobacco taxation policy)

MPOWER paketi sayesinde tütün salgınının kontrol edilebileceği ve neden olduğu ölümlerin azaltılabileceği vurgulanmıştır (26,27) .

2.1.2. Tütünün Kullanım Şekilleri

Genetik olarak değiştirilsin ya da değiştirilmesin tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler “tütün mamulü” veya “tütün ürünü olarak adlandırılmaktadır (28)

Tütün serüvenine milattan önce 1500’lü yıllarda ilkel pipo, çiğneme ve toz olarak cilde sürülerek başlamıştır. Günümüzde tütün mamulleri, birçok teknolojik işleminden geçtikten sonra farklı ambalajlarla piyasaya sürülmektedir. Sigara, pipo, puro, nargilede tütünün yanmasından dolayı ortaya çıkan duman kullanılırken, çiğneme, enfiye, spre, bant, sakız, tablet, granül ise dumansız olarak kullanılan nikotin formlarıdır. Tütünün haz verici ve bağımlılık yapıcı bireysel kullanımı dışında; kağıt, esans, böcek ilacı, kolonya üretmek gibi amaçlarla sanayide de kullanılır (29,30)

2.1.3 Sigara Epidemiyolojisi

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve 1,2 milyonu pasif içici olmak üzere yılda 8 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır (31).

DSÖ’nün 2021 verilerine göre 847 milyonu erkek ve 153 milyonu kadın olmak üzere 15 yaş ve üzerinde yaklaşık 1 milyar kişi sigara kullanmaktadır. Sigara kullanan kişi sayısında 2007 yılına göre yaklaşık 100 milyon kişilik bir azalma olmuştur (32).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasının (KYTA) 2016 verilerine göre Türkiye’de 19,2 milyon kişi (%31,6) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir. 15-34 yaş arasındaki tütün kullananların %15’i her gün kullanıma 15 yaş altında başlamışlardır. Kullanıma 18 yaş ve altında başlayan yüzdesi 57,5’tir. Ortalama başlama yaşı 17’dir (33).

Orta gelirli ülkelerde yaşayan erkekler, dünyada sigara kullanan en büyük grubu oluşturmaktayken, kadın sigara kullanıcılarının ise neredeyse yarısı yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır (34).

1990 yılında 30 yaşını aşkın erkeklerin %55.9'u, kadınların %15.3'ü sigara içmekteydi. Veriler karşılaştırıldığında, sigara içen orta yaşlı ve yaşlı erkekler %18 kadar azalmışken, içen kadınların oranı %15 kadar artmıştır. Sadece 30-59 yaş kesimi göz önüne alındığında, sigara içen kadınların oranı %24 kadar yükselmiştir(35).

2.1.4. Sigaranın İçeriği

En yaygın kullanılan tütün mamulü olan sigaranın dumanı, tütün yaprağının yanması sonucu ortaya çıkan heterojen bir aerosoldür (36).

Sigara dumanında 4000'den fazla madde bulunmaktadır. 1985 yılında The International Agency for Research on Cancer (IARC) sigara dumanını insan için birinci grup karsinojen olarak kabul etmiştir. Dumandaki maddeler farmakolojik olarak aktif, mutajenik veya toksiktir (37).

The International Agency for Research on Cancer (IARC) bu maddelerin 81 tanesinin karsinojen olduğunu bildirmiştir. IARC tütün dumanını Grup1 (kanseri yaptığı bilinen) karsinojen olarak kabul etmiştir. Bu 81 maddenin 11'i Grup1 (kanseri yaptığı bilinen), 14'ü Grup2A (insanda kanser yapması olası), 56'sı Grup2B (insanda kanser yapabilen) karsinojen olduğu saptanmıştır.

- Grup1 (kanseri yaptığı bilinen) bazı maddeler: benzen, kadmiyum, vinil klorid, radon-222 ve radyoaktif bileşikler.
- Grup2A (insanda kanser yapması olası) bazı maddeler: benzoapiren, N-Nitrozodietilamin(DEN), N-Nitrozodimetilamin (DMN), azot hardalı.
- Grup2B (insanda kanser yapabilen) bazı maddeler: asetaldehit, propilen oksit, vinil asetat, aromatik aminler(38).

2.1.5. Nikotin

Nikotin, tütün yapraklarında botanik bir insektisit görevi gören doğal bir bileşendir. Ticari sigara tütününde ağırlıkça yaklaşık %1,5 oranında meydana gelen ve toplam alkaloid içeriğinin yaklaşık %95'ini oluşturan başlıca tütün alkaloididir. Ağızdan enfiye ve pipo tütünü, sigara tütününe benzer konsantrasyonlarda nikotin içerirken, puro ve çiğneme tütünü, sigara tütününün nikotin konsantrasyonunun sadece yaklaşık yarısına sahiptir. Ortalama bir tütün çubuğu 10-14 mg nikotin içerir (39). Ortalama olarak yaklaşık 1-1,5 mg nikotin sigara içme sırasında sistemik olarak emilir (40).

Tütün bağımlılığının temel nedeni nikotindir (41). Sigara dumanından solunan nikotin pulmoner kapiller tarafından hızla emilir ve 10-19 saniye içinde beyne ulaşır. Nikotin 15-20 dakikalık bir dağılım yarı ömrü ve 1-2 saatlik bir eliminasyon yarı ömrü vardır (42).

Nikotin, beyindeki başlıca etkilerini talamus, prefrontal korteks ve oksipital lob görme alanında gösterdiği, görüntüleme yöntemleriyle tespit edilmiştir. Nikotin ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronlardaki nikotinik kolinerjik reseptörlere (nAChR) bağlanarak nükleus akumbensten dopamin deşarjına neden olur. Dopamin, iştah azalmasından ve haz oluşmasından sorumlu nörotransmitterdir. Böylece nikotine bağlı pozitif pekiştirici etki yani ödüllendirme etkisi ortaya çıkar (43).

2.1.6. Aşerme ve Tütün Kullanım Bozukluğu

Aşerme, ödüllendirici bir nesne veya deneyim için duyulan yoğun istek olarak tanımlanır ve bağımlılığın etiyolojisinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (44). Aşermenin madde kullanım bozuklukları tanısı için geçerli bir gösterge olduğu ve bağımlılık farmakoterapisinin anahtar hedefi olduğu bildirilmektedir (45).

Aşerme, DSM-IV'ten farklı olarak DSM-V'e bir tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. DSM-IV'te madde ile ilişkili bozukluklar başlığı altında toplanan bozukluklar DSM-V'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları adı altında toplanmıştır. Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı "madde kullanım bozuklukları" başlığı altında birleştirilmiştir. (46).

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) tanı kriterlerine göre Tütün Kullanım Bozukluğu 12 aylık bir süre içinde ortaya çıkan, aşağıdaki maddelerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü olarak tanımlanmıştır.

1. Genellikle amaçlanandan daha büyük miktarlarda veya daha uzun bir süre boyunca tütün alınması.
2. Tütün kullanımı için ısrarlı bir istek olması ya da azaltmak veya kontrol altına almanın başarısızla sonuçlandığı çabaların olması.
3. Tütün elde etmek veya kullanmak için gerekli faaliyetlerde çok fazla zaman harcanması.
4. Aşerme, tütün kullanmak için şiddetli arzu veya aciliyet hissetme.

5. İştaki, okuldaki veya evdeki önemli rol yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlara (örn. tütün kullanımı hakkında başkalarıyla tartışmalar) rağmen tütün kullanımının sürdürülmesi.
7. Tütün kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya boş zaman etkinliklerinin bırakılması veya azaltılması.
8. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tekrar tekrar tütün kullanımı (örn. yatakta sigara içmek).
9. Tütün kullanımının neden olmuş veya şiddetlendirmiş olması muhtemel inatçı veya yineleyici fiziksel veya psikolojik problemler olduğu bilinmesine rağmen tütün kullanımına devam edilmesi.
10. Aşağıdaki maddeler ile kendisini gösteren Tolerans:
 - A. İstenen etkiyi elde etmek için belirgin olarak artan miktarlarda tütün ihtiyacı.
 - B. Aynı miktarda tütünün sürekli kullanımı ile belirgin şekilde azalmış bir etki.
11. Aşağıdaki maddeler ile kendisini gösteren Yoksunluk:
 - A. Tütün için karakteristik yoksunluk sendromu.
 - B. Yoksunluk semptomlarından kaçınmak için tütün alınması (47).

2.1.6.1. Aşermenin Değerlendirilmesi

Aşerme, sigara bırakma tedavisinde kişinin izleminde kullanılabilir (48).

Aşermenin ölçülmesi için kullanılabilecek bazı ölçüm araçları şunlardır: “Craving Experience Questionnaire “, “Questionnaire of Smoking Urges”(QSU), “Minnesota Nicotine Withdrawal Scale”, “Mood and Physical Symptoms Scale”, “Shiffman Scale”, “Wisconsin Smoking Withdrawal Scale”, “Cigarette Withdrawal Scale”, “a simple rating of craving”(49,50).

Bunların içinden Jon May ve ark. tarafından geliştirilmiş olan Craving Experience Questionnaire; 2018 yılında Dr.Sema KILIÇ, Prof.Dr.Vildan MEVSİM, Uzm.Dr.M.Neslişah TAN tarafından “Aşırme Yaşantı Ölçeği” olarak Türkçeye uyarlanmıştır (51).

2.1.7. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri

Tütün kullanımı dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenidir (52). Ergenlik döneminde sigara kullanmaya başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara kullanan kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların da yarısı orta yaşlarda ölmektedir. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (53). Tütün kullanımı dünyadaki en sık sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk faktörüdür. Bunlar; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseridir (54). Sigara dumanının olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğu mekanizma, tütün dumanının bileşenlerinden kaynaklanan serbest radikallere maruz kalmaktan kaynaklanan ve artan oksidatif stres, iltihaplanma ve Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) hasarına yol açan çok sayıda karmaşık adımı içerir. Tütün dumanındaki kimyasal toksinler, akciğerlerden kan dolaşımına aktarılır ve burada insan vücudunun neredeyse her yerine taşınır(55).

2.1.7.1. Sigara ve Solunum Sistemi

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bunlar peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimada kalınlaşma ve alveoler harabiyettir. Fonksiyonel bozukluklar inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelyal permeabilite artışıdır(56,57).

Solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu epitelinde siliyer kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişikliklerdir(58).

Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır (59). KOAH'ın yanında astım ve interstisyel akciğer hastalıkları da dahil olmak üzere kronik solunum yolu hastalıkları sigara kullanımı ile ilişkilidir(60).

2.1.7.2. Sigara ve Kardiyovasküler Sistem

Özellikle yetişkin yaşlarda insanlar arasındaki en önde gelen ölüm nedeni olan koroner kalp hastalığının bilinen nedenleri arasında en büyük etkisi olan faktörlerden birisi de sigara içimidir (3).

Sigara dumanına maruz kalma, sigaraya bağlı kardiyovasküler olayların patogeneğinde önemli bir faktör olan tromboz riskinde artışa yol açar. Sigara içmek; hem koroner hem de periferik arterlerde endotel hasarına ve işlev bozukluğuna, trigliserit düzeyinde artışa, HDL düzeyinde düşüşe yol açarak ateroskleroz katkısında bulunur. Endotel disfonksiyonundan oksitleyici kimyasalların ve nikotinin sorumlu olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır (61).

Kardiyovasküler etkiler birçok prospektif çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları, koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içenlerde KAH insidansı 2-4 kat fazladır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH'nın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir(62).

Prospektif çalışmaların dahil edildiği bir meta analizde halen sigara içenlerde hiç içmemişlere göre kalp yetmezliği gelişme riski 1,75 (%95 GA: 1,54-1,99) kat olarak saptanmıştır(3).

2.1.7.3. Sigara ve Kanser

Akciğer kanseri tüm dünyada en yaygın görülen kanser tipidir. 1950 yılından itibaren sigara akciğer kanseri nedensellik ilişkisi gösterilmeye başlanmıştır. 1964 yılında Luther Terry, Surgeon General isimli raporunda sigaranın akciğer kanserine neden olduğunu ve sağlığa zararlı olduğunu belirtmiştir. Daha sonra yapılan çalışmalarda da sigaranın tüm akciğer kanseri histolojik tiplerine neden olduğu kanıtlanmıştır(63–65).

Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişme riski, içmeyenlere kıyasla 20 kat daha fazladır. Erkeklerde görülen akciğer kanserlerinin %90'ı, kadınlarda ise %80'inden sigara sorumludur(66).

Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 90 kadarı sigara nedeniyle meydana gelir. Akciğer kanseri dışında larinks kanseri, ağız boşluğu, farinks, özofagus, mide, kolon, pankreas,

böbrek, mesane, meme ve serviks kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. İnsanlardaki bütün kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır(3).

2.1.7.4. Sigara, Fertilite ve Gebelik

Sigara içen kadınların amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskleri daha yüksektir. Bu kadınlarda menapoz ortalama olarak 1-2 yıl daha önce görülmektedir (58). Sigara içen kadınlarda ektopik gebelik riski ise 2 kat daha yüksektir(67).

Sigara, kadınların yanı sıra erkeklerde erektile disfonksiyona, sperm kalitesini etkileyerek fertilizasyonda azalmaya, defektlerde ve düşüklerde artışa neden olabilir (68,69).

Sigara içen annelerin prematüre, düşük ağırlıklı bebek ve erken doğum ihtimalleri daha yüksektir. Ayrıca sigara içen kadınlarda ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski daha yüksektir. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri, emzirme sürecinde ise sütle bebeğe nikotin geçtiği saptanmıştır(67).

Tütün dumanındaki mutajenik ve karsinojenik maddeler plasentadan fetal dolaşıma rahatlıkla geçerler. Ancak tütün dumanında bulunan bu maddelerin hangi miktarda plasentaya geçtiği ve hangi bileşiklerin fetüse zarar verdiği büyük oranda bilinmemektedir. Bununla birlikte prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok majör doğumsal defektin ortaya çıktığı bilinmektedir (67). Gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinde astım riski artmıştır(69).

2.1.7.5. Sigara ve Diğer Sistemler

Sigara, peptik ülser ve gastroözofageal reflü hastalığı ile ilişkili bulunmuştur(70).

Sigara içen diyabet hastalarında nefropati, körlük, periferik nöropati ve amputasyon gibi komplikasyonların gelişme riski daha yüksektir(55).

Sigara içenlerde hem romatoid artrit sıklığı, hem romatoid artrit hastası olanlarda akciğer tutulumu görülme riski artmıştır (57,71).

Sigara içen postmenopozal kadınlar, hiç sigara içmemiş kadınlara göre daha düşük kemik yoğunluğuna sahiptir ve kalça kırığı riski daha yüksektir. Ayrıca sigara içmek yüzde erken yaşta kırışıklıklar oluşması neden olur (72).

2.1.8. Pasif İçicilik

Pasif içicilik, sigaranın yanan uç kısmından çıkan yan akım dumanı ve sigara içen kişinin dışarı verdiği havada bulunan ana akım dumanının karışımının solunması ile ortaya çıkar. Yan akım dumanı pasif içiciliğin majör komponentidir ve ana akım dumanından daha toksiktir (73).

Sigara içmeyen kişilerdeki akciğer kanserlerinin önemli kısmı, başkalarının içtiği sigaraların dumanını solumaktan kaynaklanmaktadır. Pasif etkilenim sigara içmeyenlerde akciğer kanseri riskini %20-30 arttırmaktadır (74).

Sigara içmeyenlerde 30 dakikalık bir pasif içicilik, koroner kan akımında sigara içenlerden ayırt edilemeyecek düzeyde düşmeye sebep olur. Bu duruma endotelden salınan nitrik oksit karşısında koroner vazodilatasyonun nikotin tarafından inhibe edilmesi sebep olur. Nikotin bu etkisi ortamda bulunan çok küçük dozlarda bile maksimuma ulaştığından, aktif ve pasif sigara içiminin damarlar üzerindeki etkisi çok farklı değildir. Günde 1-4 sigara içenlerdeki kalp hastalıkları da buna bağlıdır (74).

Pasif içicilik hem çocuklarda hem de yetişkinlerde birçok hastalığa ve erken ölümlere yol açar. Pasif içici çocuklarda ani bebek ölümü sendromu, akut solunumsal enfeksiyonlar, kulak problemleri ciddi astımlı olma riski ve akciğer gelişimlerinde yavaşlama vardır. Pasif içici olan erişkinlerde kardiyovasküler sistem hemen olumsuz etkilenir bu da koroner kalp hastalığı ve akciğer kanseriyle sonuçlanır(75).

2.1.9. Sigara Bırakma Tedavileri

Sigara bağımlılığı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle tedavisi her hekimin görevidir (26,76).

Tütün kullanan bir hastayla karşılaşıldığında, tütün kullanım durumunun sorgulanması ve bırakma için motive edilmesi ilk aşama olarak büyük önem taşımaktadır. Her hastaya etkin tedavilerin varlığı anlatılmalı ve uygun tedavi önerilmelidir. Hasta bırakma konusunda isteksizse mutlaka motivasyonel destek sağlanmalıdır (77). Yapılan meta analiz sonuçları da hekimin bırakmayı önermesinin erişkinlerde bırakma hızında artışa neden olduğunu; hatta üç dakika gibi kısa bir süreyle bir danışmanlık yapmasının etkili olduğunu göstermiştir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), birinci basamak sağlık hizmetlerinin sigarayı bırakma konusunda tavsiye ve destek sağlamak için en uygun sağlık ortamı olduğunu savunmaktadır (78).

Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazır olup olmadığı ve sigara bırakma isteği değerlendirilmelidir. Bunun için transteorik model kullanılabilir (79). “Transteorik Model” (TTM), Proshaska ve arkadaşlarının 1983 yılında geliştirdiği kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini ortaya koyan bir modeldir. Bu modele göre, sigara içen bireyler davranışsal olarak 5 evre arasında geçiş yaparlar(80):

- Niyet öncesi (pre-contemplation): Bırakmanın henüz düşünülmediği dönem
- Niyet (contemplation): Bırakma ile ilgili bazı düşüncelerin olduğu dönem
- Hazırlık (preparation): Bırakmayı düşünme
- Eylem (action): İlk davranış değişimi
- Sürdürme (maintenance): Oluşan davranış değişimini belirli bir süre devam ettirme dönemi

Hekimin hastaya sigarayı bırakma konusundaki yaklaşımları 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö ya da 5D) stratejileri başlığında ele alınmaktadır(3).

Tablo 1: 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö veya 5D) Stratejileri

1	ASK	ÖĞREN (SOR)	DEĞERLENDİR	Her görüşmede sigara kullanımını sor.
2	ADVICE	ÖNER	DOĞRU BİLGİ/ KESİN TAVSİYE	Sigara kullananların tümüne bırakmayı öner.
3	ASSESS	ÖLÇ (DEĞERLENDİR)	DERECELENDİR	Bırakma konusundaki isteğini değerlendir.
4	ASSIST	ÖNDERLİK ET (YARDIMCI OL)	DESTEK OL	Bırakma konusunda yardımcı ol.
5	ARRANGE	ÖRGÜTLE (DÜZENLE)	DÜZENLİ OLARAK İZLE	Hastanın bırakma çabalarını destekleyecek düzenli izlemi yap.

Bırakmayı düşünmeyenlere uygulanacak yöntemin uygulaması ise aşağıdaki başlıkları içermektedir (**TeRKET kılavuzu-5R**)(3):

- Tüm etkileri gözden geçirin: Sigara bırakmanın hastanın kendisiyle ne kadar ilgili olduğunu, tüm etkilerini mümkün olabildiği kadar spesifik bir şekilde anlamasını sağla.

- **Riskleri vurgulayın:** Doktor, hastadan sigaranın sağığı üzerine olan negatif etkilerini belirtmesini istemelidir. Doktor hasta ile ilişkili gibi gözüken özelliklerin altını çizebilir. Doktor, düşük nikotinli veya düşük katranlı sigara formlarının (pipo, puro vb) bu riskleri azaltmayacağını vurgulamalıdır.
- **Kazançları vurgulayın:** Doktor, hastadan sigarayı bırakmanın potansiyel yararlarını belirtmesini istemelidir. Doktor hasta ile ilişkili gibi gözüken özelliklerin altını çizebilir.
- **Engelleri Belirleyin:** Doktor, hastadan sigarayı bırakmanın önündeki engelleri ve zorlukları saptamasını istemelidir ve tedaviye yol gösterecek bileşenleri not almalıdır.
- **Tekrarlayın:** Motivasyonu olmayan hastaların görüldüğü her muayenede motivasyon görüşmesi tekrarlanmalıdır. Daha önceki girişimlerinde başarısız olan sigara kullanıcılarına, çoğu sigara içicisinin, başarılı bırakma öncesi pek çok bırakma girişiminde bulunduğu anlatılmalıdır.

Bırakma konusunda kesinlikle kararlı hasta ile bırakma gününden yaklaşık bir hafta kadar önce hazırlık görüşmesi yapılması önerilmektedir. Hastanın kararlılığı güçlendirilmeye çalışılır. Bu görüşmede(3);

- Bırakma kararlılığı güçlendirilir.
- Daha önceki bırakma deneyimlerinin üzerinden geçilerek riskler değerlendirilir.
- Tedavi seçeneklerinin ne olduğuna değinilir.
- 1 hafta–10 gün sonrası için bırakma tarihi belirlenir.
- Bırakma sonrası olası güçlükler ve özellikle yoksunluk belirtileri tarif edilir.
- Kullanılacak tedavi tarif edilerek hastaya reçetesi yazılır.
- Bu süreçteki görüşme takvimi netleştirilir.

Çalışmalarda ilk iki haftanın yoğun nikotin çekilme semptomlarının yaşandığı dönem olarak görülmesinden dolayı, bırakma sonrası 1. ayda iki hasta görüşmesi önerilmektedir. Eğer hasta gelemiyorsa telefon vizitleri yapılmalıdır (81). Görüşmelerimizin sıklığı, ilk aydan sonra 3 aya kadar aylık sonrasında 3 aylık takipler şeklinde en az bir yıl olmalıdır. Ancak her vaka kendine özel olduğundan takip vizitleri hasta ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır(82).

Sigara bırakma tedavisinin iki önemli birbirini tamamlayan komponenti vardır. Biri farmakoterapi, diğeri ise ilaç dışı olarak tanımlayabileceğimiz bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkilidir ancak en etkili sonuçlar bu iki yöntemin birlikte uygulanmasıyla sağlanmaktadır(83).

2.1.9.1. Motivasyonel Görüşme

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar sigarayı bırakmak için yapılan motivasyonel görüşmelerin, kısa tavsiyeler vermekten daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (8).

Motivasyonel görüşme (MG), ilk kez 1983 yılında William Miller tarafından kullanılmıştır. Motivasyonel görüşme tekniği (MGT) ilk olarak problemli bağımlıların tedavisinde geliştirilmiş, klinik prosedürleri ve prensipleri Miller ve Rollnick tarafından daha sonra geliştirilmiştir (84,85).

Motivasyonel görüşmenin güncel tanımı şudur: Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini çıkartmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır(86).

Motivasyonel görüşme madde kullanımı ve bağımlılık alanında özellikle son yıllarda giderek önem kazanan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem özellikle madde kullanan kişiyi bırakmaya zorlayan yöntemlerin başarısız olmasıyla önem kazanmıştır. Motivasyonel görüşmenin en etkileyici yanlarından birisi kısa süreli olması ve kişide bırakma yönünde kalıcı etkiler yapmasıdır(87,88).

Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri şunlardır:

- Empatinin gösterilmesi: Burada sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım kastedilmektedir. Empatik sıcaklık ve yansıtıcı dinleme (reflective listening) görüşmenin en başından itibaren ve tüm motivasyonel görüşme boyunca uyulması gereken bir kuraldır.
- Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Motivasyonel görüşmede ikinci ilke kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri hastanın zihninde ortaya çıkarmaktır. Bu süreci tanımlamanın en iyi yolu kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaktır.
- Dirençle çalışma: Motivasyonel görüşme bir savaş değildir. Kazanan veya kaybeden yoktur. Hekime düşen hastaya değişim yönünde yeni bir ivme

kazandırmaktır. Burada kastedilen algılamadaki değişiktir. Hekim yeni hedefler veya bakışlar getirmez. Hasta yeni bilgileri kabul etmeye ve yeni bakış açılarını görmeye davet edilir.

- Kendine yeterliliği destekleme: Kendine yeterlilik değişme için anahtar bir etkidir ve bağımlılığı olan kişilerin tedaviden iyi sonuç alması için önemli bir ön belirleyicidir. Hekim, yukarıda belirtilen dört ilkenin başarılı uygulanması ile kişiyi ciddi bir sorunu olduğunun fark etmesine yardımcı olabilir.

Motivasyonel görüşmede otoriter olunmamalıdır. “Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğini sana söyleyeceğim” mesajından kaçınılması gerekmektedir. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç hastanın içsel motivasyonunu artırmaktır(86).

2.1.9.2. Farmakolojik Tedaviler

2.1.9.2.1. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Amaç, nikotin aracılı nörofarmakolojik etkileri sağlamaktır. Farmakolojik yöntemlerden nikotin replasman tedavisi kabul görmüştür bir yöntemdir. Bırakma oranları %20-24 arasındadır. En az 6-8 hafta süreyle kullanılmalıdır (89). Tedavide kullanılan alternatif nikotin formları sakız, transdermal bant, nazal sprey, oral inhaler ve dil altı tabletler/pastillerdir (90). Ülkemizde transdermal bant ve sakız formları bulunmaktadır(3).

2.1.9.2.1.1. Transdermal Bant (Nikotin Bandı)

Nikotin bandı ile vücuda nikotin kontrolü olarak verilmesi sağlanır. Bandın 16 saat (Nicorette Invisi) ve 24 saat (Nicotinell TTS) vücuda yapışık kalan iki formu vardır (3).

Ülkemizde 24 saatlik formu bulunan Nicotinell TTS bantlar üç farklı boyutta olup, 30 cm² 'lik bantta 21 mg, 20 cm² 'lik bantta 14 mg, 10 cm² 'lik bantta 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Sigaranın bırakılması aşamalarında 2–4 haftada bir doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren bantlara geçilir ve tedavi 8–12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2’şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir. 10–15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir (3).

Nicorette Invisi 16 saatlik form gündüz takılıp (16 saat) gece uyurken çıkarılan (8 saat) nikotin bandıdır. Nicorette invisı’ nin 25 mg, 15 mg ve 10 mg olmak üzere 3 formu vardır. Fagerström Testi skoru ≥ 6 olan veya günde 20 ve üzerinde sigara içenlere 25 mg dozundaki

bant ile tedaviye başlayıp 8 hafta süreyle kullanılması önerilir. Daha sonra bant kullanımı 2 hafta süreyle kademeli olarak azaltılarak 15 mg ve 10 mg'lık banda geçilir. Fagerström Testi skoru <6 olan veya günde 20'den daha az sigara içenlere 15 mg ile tedaviye başlayıp, 8 hafta süreyle devam ettikten sonra 10 mg'lık doz 4 hafta kullanılmalıdır(91).

Nikotin bantının yan etkileri azdır. Transdermal bant sabahleyin kuru, temiz ve kılsız deriye (genellikle gövdenin üst kısmına, omuz etrafına ve üst kol bölgesine) yapıştırılıp, 20 saniye kadar üzerine parmakla basılarak vücuda tam teması sağlanır. Her gün farklı bir bölgeye yapıştırılarak (örneğin sırasıyla; sağ omuz başı, sol omuz başı, sağ üst kol, sol üst kol) ancak dört gün sonra tekrar aynı yere yapıştırılması önerilir. Böylece deride oluşabilecek irritasyon eritem gibi yan etkilerin sıklığı azalır. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, nadiren tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde oluşabilecek deri reaksiyonlarının yanı sıra, ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, hafif vertigo, sersemlik, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da diyare, eklem ve sırt ağrısı ortaya çıkabilir (82).

2.1.9.2.1.2. Nikotin Sakızı

Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Emilimin iyi olabilmesi için ağzın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir. Alkali ortamda nikotin absorpsiyonu daha iyi olduğu için sakızlara bikarbonat eklenmiştir. Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir, çünkü hızlı çiğnenmesi aşırı tükürük salgısına ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açar. Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir (3).

Nikotin sakız tedavisini kullanan kişi, sigara içme isteği ortaya çıktığı zaman, nikotin tadını hissedene kadar sakızı 5-10 kez çiğneyip sonra birkaç dakika yanak mukozasında bekletmelidir, bu dönemde mukozadan emilim olacaktır. Fagerström Testine göre orta ve düşük bağımlılığı olanlarda 2 mg'lık sakızlarla, yüksek bağımlılığı olanlarda 4 mg'lık sakızlarla tedavinin başlanması önerilir. Günde 25 adetten az sigara içenlerde 2 mg'lık formun, günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık formun, günde en fazla 24 adet çiğnenmesi önerilmektedir. Nikotin sakız tedavisinin 8–12 hafta kullanılması yeterlidir, ancak gerektiğinde bu süre uzatılabilir(3).

Nikotin sakızlarının yan etkileri, ağız, boğaz ve midede nikotin yutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık gibi bazı geçici hafif semptomlardır (3).

2.1.9.2.2. Bupropion

Bupropion seçici bir dopamin ve noradrenalin gerilim inhibitörüdür. Depresyon tedavisinde etkili olmasının yanı sıra sigaranın bırakılmasına bağlı gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmada etkinliği kanıtlanmış bir ilaçtır ve bu amaçla kullanılmasına ilişkin onay almış ilk nikotin dışı farmakolojik ajandır (92).

Nikotin ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler, beyin sapından nükleus akumbense uzanan ödül döngüsünde rol alan dopamin (DA) salgılayan nöronları aktive eder. Bupropionun, bu nöronların DA salgısını azaltarak ödül döngüsünü 39 baskıladığı ve sigara içme arzusunu azalttığı gösterilmiştir (93).

Bupropionun sigara bırakma tedavisinde kullanılan formları 150 mg'lık yavaş salımlı tablet formundadır. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7–14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. İlacın iki dozu arasında en az 8 saatlik bir zaman arası bırakılmalıdır. Olgu tedavi alırken sigarayı bırakır ve tedaviyi aynı dozda sürdürür. Tedavi 8 hafta sürer ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir. Bupropion kullanılırken içilen sigara sayısına göre doz ayarlamasına gerek yoktur (3).

En sık rastlanılan yan etkisi uykusuzluk ve ağız kuruluğudur (94). Bupropion kullanımı; konvülsiyon ve konvülsiyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya MSS travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda, 18 yaş altı sigara içenlerde, hamilelerde, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda, santral sinir sistemi tümörü olanlarda, bipolar hastalığı olanlarda, çok ağır siroz olgularında kontrendikedir (3).

Bu alanda yayımlanan veriler gözden geçirildiğinde, nikotin bağımlılığı tedavisinde bupropionun etkililiğini destekleyen 40 randomize çalışma saptanmış ve bupropionun uzun süre başarıyla sigaradan uzak durma oranlarını plaseboya göre iki katına çıkardığı görülmüştür (bupropionun sigaraya karşı tek tedavi olarak kullanıldığı 31 çalışmada olasılık oranının (OO) 1.94 olduğu belirlenmiştir (%95 GA 1.72–2.19)(95).

2.1.9.2.3. Vareniklin

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ve nikotin içermeyen FDA onaylı bir diğer ilaç Vareniklin'dir (96).

Vareniklin $\alpha 4$, $\beta 2$ subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Yarışmalı olarak bu reseptörleri bloke ederken bir miktarda reseptör aktivasyonuna neden olmaktadır. Nikotinik reseptörlerden $\alpha 4 \beta 2$ subünitesini içerenler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteği gelişiminde anahtar rol oynarlar. Vareniklin $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile nükleus akumbensten dopamin salınımını sağlar, izleyen dönemde vareniklin kullanırken nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz. Vareniklin agonist ve antagonist fonksiyonları ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller (3).

Vareniklin tedavisine ilk 3 gün 0.5 mg günde tek doz şeklinde başlanır. Sonraki 4 gün doz günde iki kez 0.5 mg'a yükseltilir. Sonraki günlerde ise tedavi günde iki kez 1 mg şeklinde 12 haftaya tamamlanır. Bazen tedavi süresinin 24 haftaya uzatılması gerekebilir. Tedaviye bağlı en sık görülen yan etki bulantıdır. Daha seyrek olarak kusma, gaz çıkarma, ağızda kötü tat, anormal rüyalar ve uyku düzensizlikleri görülmektedir (97). Ciddi böbrek hastalığı olanlarda doz ayarlaması gerektirir (89).

Vareniklin tedavisi alanlarda sigara bırakma oranları 12. hafta sonunda %23 ile %29.7 arasında bulunmuştur. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hastalarda Vareniklin ile yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada 9-12. haftalar arasında bırakma oranları plasebo ile %8.8, Vareniklin ile %42.3 tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise vareniklin ile altı ay sonraki bırakma başarısı %49.5 olarak bulunmuştur(98).

2.1.10. Tedavi Uyum

Uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir. Tedaviye uyumsuzluk ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeni ile ortaya çıkabilir (99).

Tedavi uyumu pek çok faktörden etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tedavi uyumunu etkileyen faktörleri beş başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- Sosyodemografik-ekonomik faktörler
- Sağlık sistemi ilişkili faktörler
- Koşul ilişkili faktörler
- Tedavi ilişkili faktörler
- Hasta ilişkili faktörlerdir (100).

Sigarayı bırakmada başarı için tedaviye isteklilik ve uyumun kilit noktalar olduğu bildirilmiştir. Tedaviye uyumsuzluğun, sigara bırakma başarısı ile başarısızlığı arasındaki uçurumun ana faktörü olsa da bunun yanında sigaraya tekrar başlamanın önemli bir belirleyicisi olduğu belirlenmiştir(101,102).

2.1.10.1. Tedavi Uyumunu Değerlendirme Yöntemleri

Tedavi uyumu ölçüm yöntemleri olarak kişinin kendi bildirimi, eczane verileri, hap sayımı, elektronik ilaç monitörleri ve biyolojik numunelerden elde edilen ilaç konsantrasyonları kullanılabilir. Ancak her yöntemin kendine özgü güçlü ve zayıf yönleri vardır. Ölçüm yönteminden bağımsız olarak, uyum zamanla değişen bir faktördür ve bu nedenle tekrar tekrar değerlendirilmesi gerekir (103–105).

İlaç tedavisine uyumu değerlendirmede öz-bildirim, pratik ve uygun bir yöntem olarak görülmektedir. Bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş anket ve ölçekler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği, İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (MASES-SF), İlaç Tutumu Ölçeği-10 ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeğidir (106–109).

2.2. TELEKONSÜLTASYON

Teletıp, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılında yayınladığı raporunda “mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda, hastalıklardan ve yaralanmalardan korunulması, hastalık ve yaralanmaların tanı ve tedavisi için, sağlık profesyonelleri tarafından, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak gerçekleştirilen sağlık hizmeti sunumu” olarak tanımlanmıştır (110).

Tele-tıp uygulamaları tele-radyoloji, tele-dermatoloji, tele-patoloji, tele-konsültasyon, tele-psikiyatri, tele-evde bakım ve tele-cerrahi gibi alanlarda kullanılmaktadır (111).

Telekonsültasyon, coğrafi ve işlevsel mesafeyi aşabilmek için bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanan eş zamanlı veya eş zamansız danışma olarak tanımlanır. Hedefleri,

coğrafi olarak birbirinden ayrı iki veya daha fazla sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında veya sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasında teşhis veya tedavi amaçlıdır(112).

Teletıp Uygulamalarının Faydaları:

- Sağlık hizmetine eşit olarak ulaşılabilirlik sağlanarak bölgesel farklılıkları ortadan kalkması.
- Hayati öneme sahip hastalıklarda bekleme zamanının kısalması.
- Sağlık çalışanlarına yeni gelişmeleri takip etme, doğru ve etkili karar verme, hasta bilgilerine çabuk ulaşma, becerilerini geliştirme ve sürekli eğitim fırsatı .
- Yatak devir sürelerinin azalması, yatış süreçleri maliyetlerine olumlu etki.
- Acil durumlarda erken müdahale.
- Özellikle küçük ölçekli hastanelerin hizmet kalitesinin artmasıdır (111).

İnternet hızı ve kapasitesindeki gelişmelerle birlikte gerçek zamanlı, etkileşimli, görsel-işitsel ve dijital teknolojilerin kalitesindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerinde tele-tıbbın kullanım alanlarını ve kabulünü her geçen gün arttırmaktadır (113). Bununla birlikte günümüzde görülen koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgını, tele-tıpı güvenli, hızlı ve yüksek kaliteli bakım sağlama yeteneğini dünya çapında daha belirgin hale getirmiştir(114).

2017 yılında yayınlanan Kronik Kalp Yetmezliği olan hastaların izlemlerinde teletıpın etkinliğini araştıran 39 tane çalışmanın incelendiği meta-analiz çalışmasında teletıp grubunun kontrol grubuna göre hastaneye yatış, hastaneye yatma süresi ve mortalite oranları anlamlı derecede düşük bulundu (15).

2018 yılında Avustralya’da Diyabet ve KOAH hastalarının 1 yıllık kontrollerinde teletıpın etkinliğini araştıran bir çalışmada hastaneye yatma ve yatış süresi teletıp grubunda daha düşük bulundu. Ayrıca yatış maliyetinde olan masraf düşüşünün, tele-tıp hizmetinin maliyetini dengelediği görüldü(16).

2017 yılında Brezilya’da madde bağımlısı kişilerin ailelerine yapılan karşılıklı bağımlılık davranışını değiştirme müdahale çalışmasında 6 ay süren motivasyonel görüşmelerin ardından müdahale grubundaki davranış değişikliği olasılığı, kontrol grubunun 2 katı olarak bulundu (17).

2020 yılında İngiltere’de yapılmış olan ve 20.558 hastanın katıldığı kesitsel bir çalışma Covid-19 pandemisinde sigara içme yaygınlığındaki anlamlı bir değişiklik olmadığını, ancak sigara içenlerin bırakma ve bırakma girişimlerindeki artış olduğunu gösterdi. Ayrıca bu çalışmaya göre sigarayı bırakmaya çalışan kişilerde uzaktan destek kullanımı arttı (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma, sigara bırakma tedavisinde Telekonsültasyon ile yapılan danışmanlığın sigara bırakma başarısı üzerindeki etkisini araştırmaya yönelik açık etiketli, paralel gruplu, randomize kontrollü müdahale çalışması olarak planlanmıştır. Bu doğrultuda Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası olan hastalar dahil edilme ve hariç bırakılma kriterleri açısından değerlendirilip çalışmaya katılmak için gönüllü olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen kişilere kayıt gününde, Hasta Bilgi Formu, ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’, Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Ardından sigara bırakmanın 10. Günü, 1.ay, 2.ay, 3.ayında Türkçe ‘Modifiye Morisky Ölçeği’, ‘Aşerme Yaşantı ölçeği’, ‘Tedavi İzlem Formu’ uygulanmıştır. Sigara bırakmanın 6.ayında ise, ‘Aşerme Yaşantı ölçeği’, ‘Tedavi İzlem Formu’ ve müdahale grubuna ayrıca ‘Teletıp Memnuniyet Anketi’ uygulanmıştır. Her iki gruptaki hastalar ile kayıt günü yüz yüze görüşüldü. Sonrasında sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay, 3.ay, 6.ay müdahale grubu ile tele konsültasyon yöntemiyle hasta görüşmesi yapılmıştır, kontrol grubu ile ise Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğinde yüz yüze hasta görüşmesi yapılmıştır. Müdahale grubu ile araştırmacı, kontrol grubu ile ise poliklinikte o anda görevli olan hekim görüşmüştür.

Müdahale ve kontrol grupları arasında Telekonsültasyon ile yapılan danışmanlık sonrası sigara bırakma başarısı açısından bir farklılık olup olmadığı belirlenen süre içerisindeki sigara bırakma durumları ile değerlendirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğine 1 Kasım 2021 ile 28 Şubat 2022 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Randomize kontrollü deney ile Telekonsültasyonun sigara bırakma başarısındaki etkisi araştırılırken örneklem olarak; 0,05 hata payı, %80 güç, %50 etki gücü ve randomize kontrol çalışmalarında %15 kayıp olasılığını da ekleyerek 75 müdahale ve 75 kontrol olmak üzere 150 hasta hedeflenmiştir.

Çalışmaya uygunluk açısından polikliniğe başvuran 18-55 yaş arası hastalar (n=71) ile görüşülmüş olup dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya gönüllü olan 68 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilme ve hariç bırakılma kriterleri açısından değerlendirme sonucunda uygunluğu belirlenen katılımcılara müdahale çalışması konusunda gönüllülükleri soruldu, gönüllü olanlardan yazılı onamları alınarak, gönüllü olanlar randomizasyona alındı. Çalışmamıza katılmaya gönüllü olan kişiler basit randomizasyon yöntemi ile müdahale grubu 33, kontrol grubu 35 kişi olacak şekilde ayrılmıştır (Şekil 2). Çalışmanın yürütüldüğü süreçte müdahale grubundan 1 hasta, kontrol grubundan 2 hasta kendi istekleriyle çalışmadan ayrılmıştır. Bu nedenle çalışmaya müdahale grubunda 32, kontrol grubunda 33 olmak üzere 65 hasta ile devam edilmiştir.

3.2.1. Dahil edilme kriterleri

- DEÜTF Aile Hekimliği Sigara Bırakma Tedavisi polikliniğine başvurmak
- Gönüllü olmak
- 18-55 yaş arası
- PC veya Akıllı telefon sahibi olmak ve kullanabilmek
- Okuryazar olmak

3.2.2. Hariç bırakma kriterleri

- İletişim probleminin olması
- Psikotik bozukluk olması
- Gebe, emziren kadın
- Son 1 yıl içinde sigara bırakmak için tedavi almış olmak

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya 1 Kasım 2021 ile 28 Şubat 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası hastalar dahil edilmiştir.

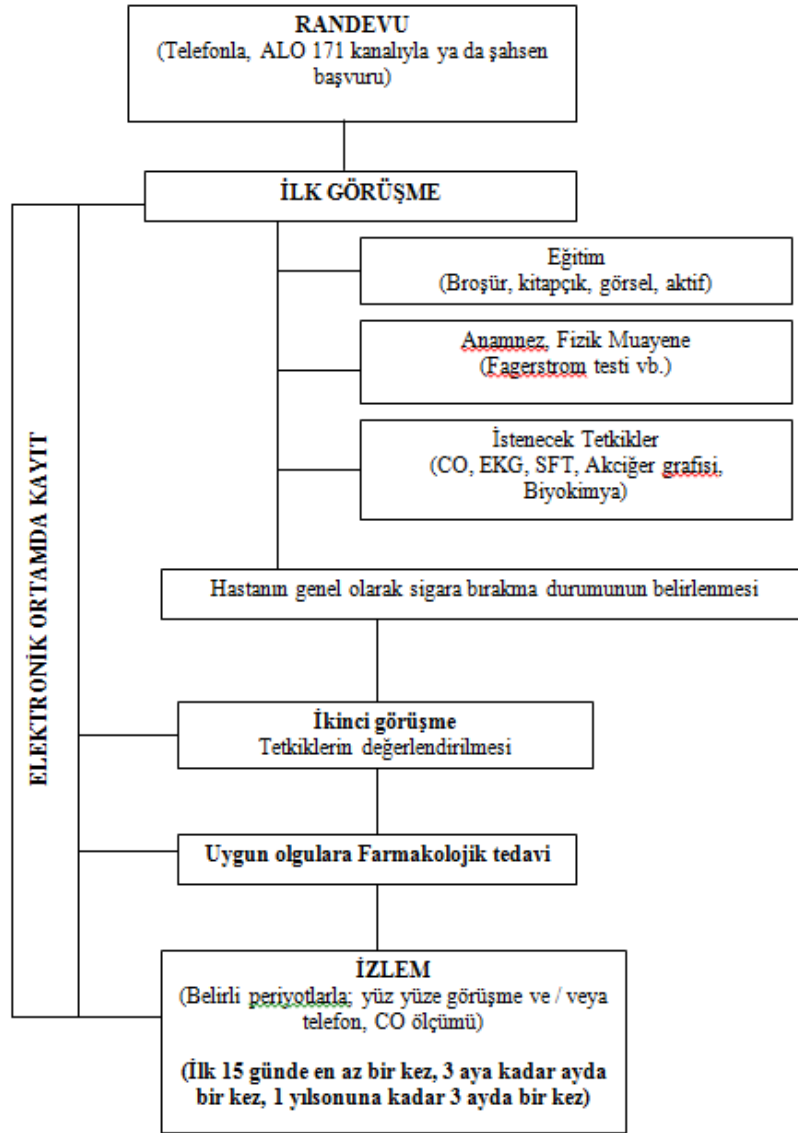
Çalışma Kasım 2021 ile Ağustos 2022 arasında, kayıt günü her iki gruba yüz yüze, sonrasında sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay, 3.ay ve 6.ayında müdahale grubu ile online, kontrol grubu ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Polikliniğe gelemeyen kontrol grubu hastaları ile telefon görüşmesi aracılığıyla görüşülüp danışmanlık verilmiş ve verileri toplanmıştır.

3.3.1. Müdahale

Müdahale grubundaki hastalara kayıt gününden sonraki görüşmeden (Sigara bırakmanın 10.günü) itibaren video görüntülü telekonsültasyon ile danışmanlık verildi. Hastalarla kayıt günü yüz-yüze, bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay, 3.ay, 6.ay telekonsültasyon ile olmak üzere toplamda 6 kez görüşüldü. Her hastaya kayıt gününde, Hasta Bilgi Formu, 'Aşerme Yaşantı Ölçeği', Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Ardından sigara bırakmanın 10. Günü, 1.ay, 2.ay, 3.ayında Türkçe 'Modifiye Morisky Ölçeği', 'Aşerme Yaşantı ölçeği', 'Tedavi İzlem Formu' uygulandı. Sigara bırakmanın 6.ayında ise, 'Aşerme Yaşantı ölçeği', 'Tedavi İzlem Formu' ve 'Teletıp Memnuniyet Anketi' uygulandı.

Şekil 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Polikliniği İş Akış Şeması

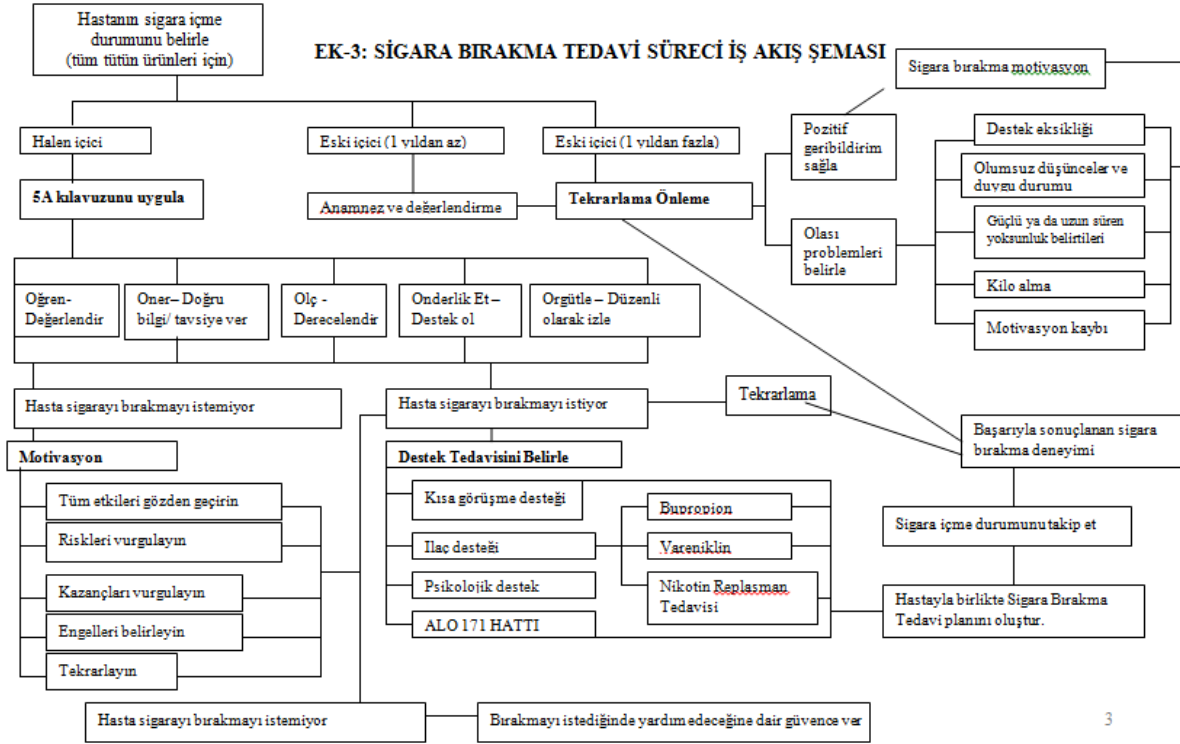
EK-2: SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ İŞ AKIŞ ŞEMASI



Hasta görüşmelerinde Sağlık Bakanlığının sigara poliklinikleri için önerilen tedavi planları uygulanmıştır (Şekil 1, Şekil 2). İlk görüşmede hastanın anamnezi alındı, fizik muayenesi yapıldı. EKG, SFT, Akciğer grafisi ve biyokimya tetkikleri istendi. Hastanın genel olarak sigara bırakma durumu belirlendi ve 5A kılavuzu uygulandı. Sonrasında tetkikler değerlendirildi, uygun olgulara farmakolojik tedavi başlandı, motivasyonel görüşme yapıldı ve danışmanlık verildi. Takip eden ilk 2 hafta içinde bir sigara bırakma tarihi belirlendi, müdahale grubu ile bu tarihten sonraki ilk 10 gün içinde görüntülü olarak telekonsültasyon üzerinden kontrol görüşmesi planladı ve sonrasında sigara bırakma tarihinden 1 ay, 2 ay, 3 ay ve 6 ay

sonraki tarihlerde yine telekonsültasyon üzerinden danışmanlık verildi, motivasyonel görüşme yapıldı, hastaların verileri toplandı.

Şekil 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavi Süreci İş Akış Şeması



3.3.2. Kontrol

Hasta görüşmelerinde Sağlık Bakanlığının sigara poliklinikleri için önerilen tedavi planları uygulanmıştır (Şekil 1, Şekil 2).

Kontrol grubundaki hastalara kayıt gününden itibaren yüz yüze danışmanlık verildi. Hastalarla kayıt günü, bırakmanın 10.günü, 1.ayı, 2.ayı, 3.ayı, 6.ayı olmak üzere toplamda 6 kez görüşüldü. Her hastaya kayıt gününde, Hasta Bilgi Formu, ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’, Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Ardından sigara bırakmanın 10. Günü, 1.ayı, 2.ayında Türkçe ‘Modifiye Morisky Ölçeği’, ‘Aşerme Yaşantı ölçeği’, ‘Tedavi İzlem Formu’ uygulandı. Sigara bırakmanın 6.ayında ise, ‘Aşerme Yaşantı ölçeği’ ve ‘Tedavi İzlem Formu’ uygulandı.

İlk görüşmede hastanın anamnezi alındı, fizik muayenesi yapıldı. EKG, SFT, Akciğer grafisi ve biyokimya tetkikleri istendi. Hastanın genel olarak sigara bırakma durumu belirlendi ve 5A kılavuzu uygulandı. Sonrasında tetkikler değerlendirildi, uygun olgulara farmakolojik tedavi başlandı, motivasyonel görüşme yapıldı ve danışmanlık verildi. Takip eden ilk 2 hafta içinde bir sigara bırakma tarihi belirlendi, kontrol grubu ile bu tarihten sonraki ilk 10 gün içinde poliklinik üzerinden kontrol görüşmesi planladı ve sonrasında sigara bırakma tarihinden 1 ay, 2 ay, 3 ay ve 6 ay sonraki tarihlerde yine telekonsültasyon üzerinden danışmanlık verildi, motivasyonel görüşme yapıldı, hastaların verileri toplandı. Polikliniğe gelemeyen kontrol grubu hastaları ile telefon görüşmesi aracılığıyla görüşülüp danışmanlık verildi, motivasyonel görüşme yapıldı ve verileri toplandı.

Şekil 3 . Kontrol Grubu Çalışma İşlem Şeması

	Başlangıç	Sigara bırakmanın 10. günü	Sigara bırakmanın 1.ay	Sigara bırakmanın 2.ay	Sigara bırakmanın 3.ay	Sigara bırakmanın 6.ay
Klinik Öykü	X					
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	X					
Randomizasyon	X					
Yüz Yüze Sigara Bırakma Danışmanlığı	X	X	X	X	X	X
Sosyodemografik Veri Formu	X					
Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)	X					
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	X					
Aşırma Yaşantı Ölçeği	X	X	X	X	X	X
Türkçe Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği		X	X	X	X	

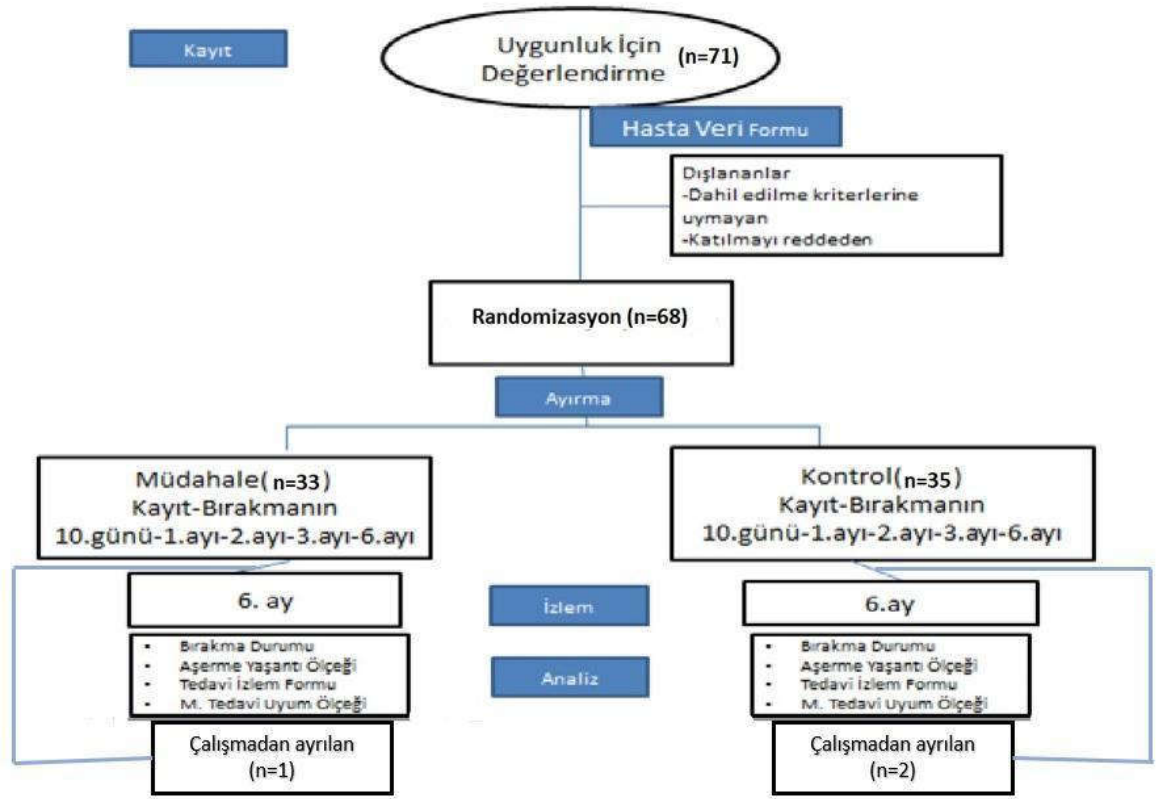
Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu		X	X	X	X	X
--	--	---	---	---	---	---

Şekil 4. Müdahale Grubu Çalışma İşlem Şeması

	Başlangı ç	Sigara bırakmanı n 10. günü	Sigara bırakmanı n 1.ay1	Sigara bırakmanı n 2.ay1	Sigara bırakmanı n 3.ay1	Sigara bırakmanı n 6.ay1
Klinik Öykü	X					
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	X					
Randomizasyon	X					
Yüz Yüze Sigara Bırakma Danışmanlığı	X					
Telekonsültasyo n ile Sigara Bırakma Danışmanlığı		X	X	X	X	X
Sosyodemografi k Veri Formu	X					

Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)	X					
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	X					
Aşerme Yaşantı Ölçeği	X	X	X	X	X	X
Türkçe Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği		X	X	X	X	
Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu		X	X	X	X	X
Teletıp Memnuniyet Anketi						X

Şekil 5 : Consort Akış Şeması



3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan “Sosyodemografik Veri Formu”, tedavi uyumlarını belirlemeye yönelik ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’, aşerme seviyelerini ölçmeye yönelik ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ ve Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak sigara bırakma tedavisi alan hastaların izlemlerinde hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olabilmek amacıyla kullanılan ‘Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu’ ve Teletıp yönteminden memnuniyetlerini ölçmeye yönelik ‘Teletıp Memnuniyet Anketi’ kullanılmıştır.

3.4.1. Anket (Sosyodemografik Veri Formu)

Katılımcıların hepsine sosyo-demografik verileri başta olmak üzere 12 sorudan oluşan anket uygulandı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, başvuru için birisinin mi yönlendirdiği yoksa kendi isteği ile mi başvurduğu, sigaraya kaç yaşında başladığı, sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişikliği, şu anda

günde içtiği sigara miktarını, paket yılı cinsinden sigara tüketim durumu, daha önce sigara bırakmayı düşünüp düşünmediği, daha önce sigara bırakmayı deneyip denemediği soruldu (Ek-4).

3.4.2. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği

1986 yılında Morisky tarafından antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede aile hekimlerine yardımcı olmak üzere dört soruluk bir anket olarak geliştirilen, daha sonra iki yeni soru ilavesiyle modifiye edilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Vural ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır (115–117).

Ölçeğin avantajları kısa oluşu, kolay puanlanması ve çok çeşitli ilaç tedavileri için uygun olmasıdır.

Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmış olup değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise, düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir(Ek-5).

3.4.3. Aşerme Yaşantı Ölçeği

Aşerme Yaşantı Ölçeği (Craving Experience Questionnaire-CEQ), 2013 yılında May ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Aşerme Yaşantı Ölçeği, alkol aşermesini ve bu aşerme esnasında beyinde oluşan görüntünün canlılığının yoğunluğunu ve zorlayıcılığını ölçen “Alcohol Craving Experience” ölçeğinden çikolata, yiyecek, sigara ve alkol için uyarlanmıştır (49).

2018 yılında Dr.Sema KILIÇ, Prof.Dr.Vildan MEVSİM, Uzm.Dr.M.Neslişah TAN tarafından Aşerme Yaşantı Ölçeği olarak Türkçeye uyarlanmıştır. Aşerme Yaşantı Ölçeği, 10 maddelik iki alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir madde 0-10 puan arasında değerlendirilir (51). (Ek-6)

3.4.4. Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak sigara bırakma tedavisi alan hastaların izlemlerinde hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olabilmek amacıyla kullanılmaktadır. Belirlenen sigara bırakma günü, hastanın sigarayı bıraktığı tarih, kaç gündür sigara içmediği, belirlenen sigara bırakma gününden beri kaç adet sigara içtiği, fiziksel ve

psikolojik şikayetleri, ilacını düzgün kullanıp kullanmadığı, günde kaç tane kullandığı, ilaca bağlı şikayetleri, sigara içme isteğinin hangi durumlarda geldiği ve bu durumlarda ne yaptığı, kendisinde sigara içme isteği oluşturabilen hangi durumları değiştirdiği ve tedavi ile ilgili memnuniyet düzeyini içeren 12 soru sorulmuştur. (Ek-7)

3.4.5. Teletıp Memnuniyet Anketi

Teletıp Memnuniyet Anketi (Telemedicine Satisfaction Questionnaire -TSQ) 2003 yılında Yip ve arkadaşları tarafından hastaların telerehabilitasyon hizmetinden memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir(121).

2021 yılında Özden ve arkadaşları tarafından Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 5’li likert şeklinde puanlanan 14 maddeden oluşmaktadır (1= Katılmıyorum, 5= Katılıyorum). Toplam puan 14 ile 70 arasında değişebilmektedir(122) (Ek-8).

3.4.6. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT)

Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık düzeyini saptamak için geliştirilmiş olan ölçektir. Bu ölçekte hastaya 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir(123). Testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(124). Sorulara verilen yanıtlara göre; 0-2 puan çok az bağımlılık, 3-4 puan az bağımlılık, 5 puan orta derece bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık ve 8-10 puan ise çok yüksek bağımlılık belirtisi olarak değerlendirilir.(Ek-9)

3.4.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Anksiyete ve depresyon düzeyinin belirlenmesi için Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” (HAD) kullanılmıştır(125,126). Ölçek, iki alt ölçekten ve toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Anksiyete alt ölçeği için 10 puan, Depresyon alt ölçeği için 7 puan üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan sıfır iken en yüksek puan 21’dir

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmada veriler IBM SPSS V24 Programına girilmiştir. Tanımlayıcı analizler (frekans, yüzde, ortalama, ss vb.), per protocol, bağımsız gruplarda kategorik değişkenler için ki-kare, ölçülebilen değişkenler için independent t test, bağımlı gruplarda kategorik değişkenler için McNemar, ölçülebilen değişkenler için paired t testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ olan veriler anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmamıza katılan 35 katılımcı kontrol, 33 katılımcı müdahale grubuna dahil olan toplamda 68 hasta içerisinden; çalışmamızı tamamlayan 33 katılımcı kontrol, 32 katılımcı müdahale grubu içerisinde olan 65 hasta ile per protocol analizleri yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1 Birincil Sonuç Çıktı

- Sigara bırakma durumu

3.6.2 İkinci Sonuç Çıktılar

- Tedavi Uyumu
- Sigara Aşerme Durumu
- Hasta Memnuniyeti

3.6.3. Bağımlı Değişkenler

- Sigarayı Bırakma Durumu
- Tedavi Uyum
- Sigara Aşerme Durumu
- Hasta Memnuniyeti
- Sigara yoksunluk bulguları
- İlaç yan etki bulguları

3.6.4. Bağımsız Değişkenler

- Telekonsültasyon kullanarak sigara danışmanlığı
- Demografik değişkenler
- Sigara kullanma durumu ile ilgili değişkenler
- Farmakoterapi

3.7. Gerekli İzinler

Gerekli izinler; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-1). Katılımcılara araştırmanın amacını belirten bir açıklama yapılmış ve gönüllülük onamı sözel ve yazılı olarak alınmıştır (Ek-2). Tez çalışmasının Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniği'ne başvuran hastalarda yapılması konusunda Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığından yazılı olarak izin alınmıştır (Ek-3).

4.BULGULAR

4.1. Başlangıç Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Değişkenler

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğine 1 Kasım 2021 ile 28 Şubat 2022 tarihleri arasında başvuran; 18-55 yaş arası, müdahale grubuna 33, kontrol grubuna 35 hasta olmak üzere 68 hasta çalışmaya dahil edildi. Müdahale grubundan 1 hasta, kontrol grubundan 2 hasta kendi istekleri ile çalışmadan ayrıldı. Bu nedenle çalışma müdahale grubunda 32, kontrol grubunda 33 olmak üzere 65 hasta ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların müdahale grubunun yaş ortalaması $38,94 \pm 9,41$, kontrol grubunun yaş ortalaması $35,15 \pm 8,98$ yıldır. Kontrol ve müdahale grupları arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,102$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan müdahale grubundan 32 kişinin %31,3'ü ($n=10$) kadın, %68,8'i ($n=22$) erkek; kontrol grubundan 33 kişinin %39,4'ü ($n=13$) kadın, %60,6'sı ($n=20$) erkektir. Kontrol ve müdahale grupları arasında cinsiyet dağılımları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,492$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan müdahale grubundan 32 kişinin %50,0'ı ($n=16$) bekar, %50,0'ı ($n=16$) evli; kontrol grubundan 33 kişinin %57,6'sı ($n=19$) bekar, %42,4'ü ($n=14$) evlidir. Kontrol ve müdahale grupları arasında medeni durum dağılımları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,54$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan müdahale grubundan 32 kişinin %50,0'ının ($n=16$) eğitim durumu lise ve öncesi, %50,0'ının ($n=16$) üniversite; kontrol grubundan 33 kişinin %45,5'inin ($n=15$)

lise ve öncesi, %54,5'inin (n=18) üniversitedir. Kontrol ve müdahale grupları arasında eğitim durumu dağılımları açısından anlamlı farklılık yoktu (p= 0,714) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan müdahale grubundan 32 kişinin %71,9'u (n=23) herhangi bir işte çalışıyor, %28,1'i (n=9) çalışmıyor; kontrol grubundan 33 kişinin %81,8'i (n=27) herhangi bir işte çalışıyor, %18,2'si (n=6) çalışmıyor. Kontrol ve müdahale grupları arasında herhangi bir işte çalışıyor olma dağılımları açısından anlamlı farklılık yoktu (p= 0,341) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan müdahale grubundan 32 kişinin %87,5'i (n=28) kendi isteği ile, %12,5'i (n=4) diğer; kontrol grubundan 33 kişinin %90,9'u (n=30) kendi isteği ile, %9,1'i (n=3) diğer nedenlerle başvurdu. Kontrol ve müdahale grupları arasında başvuru dağılımları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. (p= 0,708) (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı

Değişkenler	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)	p
Cinsiyet				
Erkek	20 (60,6)	22 (68,8)	42 (100,0)	0,492
Kadın	13 (39,4)	10 (31,3)	23 (100,0)	
Medeni durum				
Bekar	19 (57,6)	16 (50,0)	35 (100,0)	0,54
Evli	14 (42,4)	16 (50,0)	30 (100,0)	
Eğitim Durumu				
Lise ve Öncesi	15(45,5)	16(50,0)	31(100,0)	0,714
Üniversite	18(54,5)	16(50,0)	34(100,0)	
Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?				
Evet	27 (81,8)	23 (71,9)	50 (100,0)	0,341
Hayır	6 (18,2)	9 (28,1)	15 (100,0)	
Başvuru				
Kendi isteği ile	30 (90,9)	28 (87,5)	58 (100,0)	0,708
Diğer**	3 (9,1)	4 (12,5)	7 (100,0)	
Yaş				
Ortalama $\pm$ ss	35,15 $\pm$ 8,98	38,94 $\pm$ 9,41	37,02 $\pm$ 9,32	0,102
Toplam	33 (100,0)	32 (100,0)	65 (100,0)	-

*Tabloda satır yüzdesi kullanılmıştır.

**Diğer; doktor önerisi ile, eşinin isteği ile, akrabalarının önerisi ile..

4.1.2. Sigara kullanımı ile ilgili değişkenlerin değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların müdahale grubunun sigaraya başlama yaşı $18,69 \pm 5,44$, kontrol grubunun ortalaması $17,73 \pm 3,70$ yıldır. Kontrol ve müdahale grupları arasında sigaraya başlama yaşı ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,408$) (Tablo 3).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların müdahale grubunun başvuru anında günde içtiği sigara miktarı ortalaması $24,84 \pm 11,10$, kontrol grubunun ortalaması $21,88 \pm 10,62$ adettir. Kontrol ve müdahale grupları arasında grubunun başvuru anında günde içtiği sigara miktarı ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,276$) (Tablo 3).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların müdahale grubunun paket yılı cinsinden sigara tüketimi ortalaması $21,84 \pm 13,05$, kontrol grubunun ortalaması $16,48 \pm 9,85$ yıldır. Kontrol ve müdahale grupları arasında paket yılı cinsinden sigara tüketimi ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,066$) (Tablo 3).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların müdahale grubunun fagerström nikotin bağımlılık testi ortalaması $6,44 \pm 2,16$, kontrol grubunun ortalaması $5,82 \pm 2,45$ puandı. Kontrol ve müdahale grupları arasında nikotin bağımlılık düzeyi ortalamaları açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,286$) (Tablo 3).

Tablo 3. Sigara Kullanımı İle İlgili Sayısal Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Kontrol ort $\pm$ ss	Müdahale ort $\pm$ ss	Toplam ort $\pm$ ss	P
Sigaraya başlama yaşı	$17,73 \pm 3,70$	$18,69 \pm 5,44$	$18,20 \pm 4,63$	0,408
Halen günde içtiği sigara miktarı	$21,88 \pm 10,62$	$24,84 \pm 11,10$	$23,34 \pm 10,88$	0,276
Sigara tüketimi (paket yılı)	$16,48 \pm 9,85$	$21,84 \pm 13,05$	$19,12 \pm 11,76$	0,066
Fagerström nikotin bağımlılık testi	$5,82 \pm 2,45$	$6,44 \pm 2,16$	$6,12 \pm 2,32$	0,286

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişikliklere bakıldığında müdahale grubunda 24 kişinin, kontrol grubunda 30 kişinin sigara içme miktarının yıllar içinde arttığı görülmüştür. Kontrol ve müdahale grupları arasında sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,087$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olma durumlarına bakıldığında müdahale grubunda 30 kişinin, kontrol grubunda 31 kişinin daha önce sigara bırakmayı düşündüğü görülmüştür. Kontrol ve müdahale grupları arasında daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olma açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 1,000$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların daha önce sigara bırakmayı denemiş olma durumlarına bakıldığında müdahale grubunda 27 kişinin, kontrol grubunda 31 kişinin daha önce sigara bırakmayı denediği görülmüştür. Kontrol ve müdahale grupları arasında daha önce sigara bırakmayı denemiş olma açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,258$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara verilen farmakolojik tedavilere bakıldığında müdahale grubunda 24 kişinin 25 mg, 8 kişinin 15 mg, kontrol grubunda ise 22 kişinin 25 mg, 11 kişinin 15 mg nikotin bandı kullandığı görülmüştür. Kontrol ve müdahale grupları arasında verilen farmakolojik tedavi açısından anlamlı farklılık yoktu ($p= 0,460$) (Tablo 4).

Çalışma yapıldığı esnada normalde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen diğer farmakolojik tedavi seçenekleri olan Champix (Vareniklin) ve Zyban (Bupropion) stoklarda mevcut olmadığı için çalışmamızda kullanılamadı. Champix (Vareniklin) çalışmanın yapıldığı tarihlerde piyasadan toplatıldığı için eczanelerden de temin edilemedi. Zyban (Bupropion) ise hastaların ekonomik nedenlerle kendileri temin etmek istememeleri ve Champix ilacının piyasaya geri gelmesini beklemek istemeleri nedeniyle kullanılamadı. Çalışmamızda o esnada T.C. Sağlık Bakanlığı'nın stoklarında mevcut olan ve ücreti devlet tarafından karşılanan 15 mg ve 25 mg nikotin bantları kullanıldı. Çalışmamıza başvuran hastalarda nikotin bandı kullanımı açısından herhangi bir kontraendikasyon veya engel bulunmamaktaydı.

Tablo 4. Sigara Kullanımı ile İlgili Bazı Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Kontrol	Müdahale	Toplam	p
Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler				
Azaldı / Değişmedi	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (100,0)	0,087
Arttı	30 (55,6)	24 (44,4)	54 (100,0)	
Daha önce sigara bırakmayı düşünme				
Evet	31 (50,8)	30 (49,2)	61 (100,0)	1,000
Hayır	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)	
Daha önce sigara bırakmayı deneme				
Evet	31 (53,4)	27 (46,6)	58 (100,0)	0,258
Hayır	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100,0)	

Verilen Farmakolojik Tedavi				
15 mg Nikotin Bandı	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100,0)	0,460
25 mg Nikotin Bandı	22 (47,8)	24 (52,2)	46 (100,0)	
Toplam	33 (100,0)	32 (100,0)	65 (100,0)	-

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara uygulanan ‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’nin ‘Anksiyete’ alt ölçeğinden alınan ortalama puanlara bakıldığında müdahale grubu ($6,78 \pm 3,70$) ile kontrol grubu ($8,18 \pm 4,36$) benzerdi ($p=0,168$) (Tablo 5).

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara uygulanan ‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’nin ‘Depresyon’ alt ölçeğinden alınan ortalama puanlara bakıldığında müdahale grubu ($6,75 \pm 3,48$) ile kontrol grubu ($6,73 \pm 3,44$) benzerdi ($p=0,979$) (Tablo 5).

Tablo 5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Kontrol ort $\pm$ ss	Müdahale ort $\pm$ ss	Toplam ort $\pm$ ss	p
Anksiyete	$8,18 \pm 4,36$	$6,78 \pm 3,70$	$7,49 \pm 4,08$	0,168
Depresyon	$6,73 \pm 3,44$	$6,75 \pm 3,48$	$6,74 \pm 3,43$	0,979

Müdahale ve kontrolün fagerstrom anksiyete depresyon ve verilen tedavileri müdahale ve kontrol olarak buraya tablolarını koymalısın

4.1.3. Aşerme Yaşantı Ölçeği Başlangıç Değerlendirmesi

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların başlangıçta ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Güç’ ve ‘Sıklık’ bölümleri ile ‘Toplam’ aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde müdahale grubunun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puan $71,59 \pm 19,40$, kontrol grubunun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puan $65,45 \pm 18,44$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Sıklık’ bölümünden aldığı ortalama puan $68,00 \pm 19,44$, kontrol grubunun ‘Sıklık’ bölümünden aldığı ortalama puan $60,36 \pm 18,78$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Toplam’ aldığı ortalama puan $139,59 \pm 38,18$, kontrol grubunun ‘Toplam’ aldığı ortalama puan $125,81 \pm 36,13$ olarak bulunmuştur. Kontrol ve müdahale gruplarının başlangıçta ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Güç’ ve ‘Sıklık’ bölümleri ile ‘Toplam’ aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla $p=0,196$, $p=0,112$, $p=0,140$) (Tablo 6).

Tablo 6. Aşerme Yaşantı Ölçeği Başlangıç Değerlendirmesi

Değişkenler	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Toplam ort±ss	p
Aşerme Yaşantı Ölçeği Güç Başlangıç	65,45 ± 18,44	71,59 ± 19,40	68,47 ± 19,02	0,196
Aşerme Yaşantı Ölçeği Sıklık Başlangıç	60,36 ± 18,78	68,00 ± 19,44	64,12 ± 19,34	0,112
Aşerme Yaşantı Ölçeği Toplam Başlangıç	125,81 ± 36,13	139,59 ± 38,18	132,60 ± 37,51	0,140

4.2. Analitik Bulgular

4.2.1. Müdahale Grubuna Dahil Edilen Katılımcıların Başlangıç, Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Değişkenlerinin Karşılaştırılması

4.2.1.1. Sigara Aşerme Durumları

Müdahale grubu katılımcılarının başlangıç ile sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Güç’ bölümünden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. günündeki puan ortalamaları (58,06 ± 18,01), sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları (52,37 ± 17,24), sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları (47,75 ± 20,44), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları (45,78 ± 21,11), sigara bırakmanın 6.ayındaki puan ortalamaları (41,18 ± 21,69) başlangıçtaki puan ortalamasından (71,59 ± 19,40) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000) (Tablo 7).

Tablo 7. Müdahale Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Güç Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç	Müdahale ort±ss	Fark %	p
Başlangıç	71,59 ± 19,40	-	-
10.GÜN	58,06 ± 18,01	%18	0,000
1.AY	52,37 ± 17,24	%26	0,000

2.AY	47,75 ± 20,44	%33	0,000
3.AY	45,78 ± 21,11	%36	0,000
6.AY	41,18 ± 21,69	%42	0,000

Müdahale grubu katılımcılarının başlangıç ile sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Sıklık’ bölümünden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. günündeki puan ortalamaları (52,25 ± 18,01), sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları (45,12 ± 14,05), sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları (42,84 ± 15,59), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları (39,15 ± 16,12), sigara bırakmanın 6.ayındaki puan ortalamaları (34,96 ± 20,32) başlangıçtaki puan ortalamasından (68,00 ± 19,44) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000) (Tablo 8).

Tablo 8. Müdahale Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Sıklık Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık	Müdahale ort±ss	Fark %	p
Başlangıç	68,00 ± 19,44	-	-
10.GÜN	52,25 ± 18,01	%23	0,000
1.AY	45,12 ± 14,05	%33	0,000
2.AY	42,84 ± 15,59	%37	0,000
3.AY	39,15 ± 16,12	%42	0,000
6.AY	34,96 ± 20,32	%48	0,000

Müdahale grubu katılımcılarının başlangıç ile sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nden toplamda aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. günündeki puan ortalamaları (110,31 ± 32,58), sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları (97,50 ± 27,98), sigara bırakmanın 2.ayındaki

puan ortalamaları ($90,59 \pm 35,47$), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları ($84,93 \pm 36,66$), sigara bırakmanın 6.ayındaki puan ortalamaları ($76,15 \pm 41,46$) başlangıçtaki puan ortalamasından ($139,59 \pm 38,18$) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 9).

Tablo 9. Müdahale Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinde Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Toplam	Müdahale ort $\pm$ ss	Fark %	p
Başlangıç	139,59 $\pm$ 38,18	-	-
10.GÜN	110,31 $\pm$ 32,58	%20	0,000
1.AY	97,50 $\pm$ 27,98	%30	0,000
2.AY	90,59 $\pm$ 35,47	%35	0,000
3.AY	84,93 $\pm$ 36,66	%39	0,000
6.AY	76,15 $\pm$ 41,46	%45	0,000

4.2.1.2. Tedavi Uyumu Durumları

Müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayında ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre motivasyon düzeyi değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısının ($n=27$), sigara bırakmanın 1.ayında motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı ($n=23$) ile benzer olduğu saptandı ($p= 0,289$). Sigara bırakmanın 2.ayında motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısının ($n=11$) ve sigara bırakmanın 3.ayında motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısının ($n=10$), sigara bırakmanın 10. gününde motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısından ($n=27$) az olduğu saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 9).

Tablo 10. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne Göre Motivasyon Düzeylerinin Farkı

Müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayında ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre bilgi düzeyi değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde bilgi düzeyi yüksek kişi sayısının (n=30), sigara bırakmanın 1.ayında bilgi düzeyi yüksek kişi sayısı (n=28) ile benzer olduğu saptandı (p= 0,487). Sigara bırakmanın 2.ayında bilgi düzeyi yüksek kişi sayısının (n=11) ve sigara bırakmanın 3.ayında bilgi düzeyi yüksek kişi sayısının (n=11), sigara bırakmanın 10. gününde bilgi düzeyi yüksek kişi sayısından (n=30) az olduğu saptandı (sırasıyla p=0,000, p=0,000) (Tablo 11).

Tablo 11. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne Göre Bilgi Düzeylerinin Farkı

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği - Bilgi-Müdahale	Düşük n (%)	Yüksek n (%)	Toplam n (%)	Fark n (%)	p
Müdahale 10.GÜN	2(6,2)	30(93,8)	32(100)	-	-
Müdahale 1.AY	4(12,5)	28(87,5)	32(100)	2(6,3)	0,687
Müdahale 2.AY	21(65,6)	11(34,4)	32(100)	17(53,1)	0,000
Müdahale 3.AY	21(65,6)	11(34,4)	32(100)	0(0,0)	0,000

Müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayındaki ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden’ aldıkları toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları ($4,37 \pm 1,33$), sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları ($1,81 \pm 2,57$), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları ($1,78 \pm 2,56$), sigara bırakmanın 10.günündeki puan ortalamalarından ($5,25 \pm 1,16$) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla p= 0,001, p=0,000, p=0,000) (Tablo 12)

Tablo 12. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği - Toplam	Müdahale ort±ss	Fark %	p
10.GÜN	5,25 ± 1,16	-	-
1.AY	4,37 ± 1,33	16,7	0,001
2.AY	1,81 ± 2,57	65,5	0,000
3.AY	1,78 ± 2,56	66,9	0,000

4.2.1.3. Sigara Bırakma Durumları

Müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay, 3.ay ve 6.ayındaki sigara bırakma durumları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde sigarayı bırakmış kişi sayısının (%53,12) (n=17) ile sigara bırakmanın 1.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%53,12) (n=17), sigara bırakmanın 2.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%46,87) (n=15), sigara bırakmanın 3.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%43,75) (n=14), sigara bırakmanın 6.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısının (%43,75) (n=17) benzer olduğu saptandı (sırasıyla p=1,000, p= 0,500, p=0,375, p=0,375) (Tablo 13)

Tablo 13. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Sigara Bırakma Durumunun Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Sigara Bırakma Durumu ile Karşılaştırılması

Sigara Bırakma Durumu	Müdahale n (%)	Fark* %	p
10.GÜN	17 (53,12)		
1.AY	17 (53,12)	0,00	1,000
2.AY	15 (46,87)	-6,25	0,500
3.AY	14 (43,75)	-9,37	0,375
6.AY	14 (43,75)	-9,37	0,375
Toplam	32(100,00)	-	-

4.2.1.4. Teletıp Memnuniyet Durumları

Müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 6. ayındaki ‘Teletıp Memnuniyet Anketi’nden aldığı toplam puan ortalaması ile sigara bırakmanın 6. ayındaki sigara bırakma durumları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 6. Ayında sigara bırakmış olan hastaların

‘Teletıp Memnuniyet Anketi’nden almış olduğu toplam puan ortalaması ($66,07 \pm 3,51$), sigara bırakmanın 6. Ayında sigara bırakmamış olan hastaların ‘Teletıp Memnuniyet Anketi’nden almış olduğu toplam puan ortalamasından ($60,22 \pm 3,04$) daha yüksek olarak saptandı ($p=0,000$) (Tablo 14).

Tablo 14. Müdahale Grubunda Sigara Bırakmanın 6. Ayında ‘Teletıp Memnuniyet Anketi’nden Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 6. Ayındaki Sigara Bırakma Durumu ile Karşılaştırılması

Değişkenler	Sigara Bırakmış ort $\pm$ ss	Sigara Bırakmamış ort $\pm$ ss	Toplam ort $\pm$ ss	p
Teletıp Memnuniyet Anketi - Toplam	$66,07 \pm 3,51$	$60,22 \pm 3,04$	$62,78 \pm 4,35$	0,000

4.2.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilen Katılımcıların Başlangıç, Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Değişkenlerinin Karşılaştırılması

4.2.2.1. Sigara Aşerme Durumları

Kontrol grubu katılımcılarının başlangıç ile sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Güç’ bölümünden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. günündeki puan ortalamaları ($57,15 \pm 20,26$), sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları ($58,27 \pm 19,32$), sigara bırakmanın 6.ayındaki puan ortalamaları ($55,96 \pm 24,87$) başlangıçtaki puan ortalamasından ($65,45 \pm 18,44$) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,011$, $p=0,037$). Sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları ($60,00 \pm 20,62$), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları ($59,45 \pm 21,36$) ile başlangıçtaki puan ortalamaları benzer olarak saptandı (sırasıyla $p=0,112$, $p=0,097$) (Tablo 15).

Tablo 15. Kontrol Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Güç Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Aşırme Yaşantı Ölçeği-Güç	Kontrol ort±ss	Fark %	p
Başlangıç	65,45 ± 18,44	-	-
10.GÜN	57,15 ± 20,26	%12	0,000
1.AY	58,27 ± 19,32	%10	0,011
2.AY	60,00 ± 20,62	%8	0,112
3.AY	59,45 ± 21,36	%9	0,097
6.AY	55,96 ± 24,87	%14	0,037

Kontrol grubu katılımcılarının başlangıç ile sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşırme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Sıklık’ bölümünden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. günündeki puan ortalamaları ($52,57 \pm 18,61$), sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları ($49,90 \pm 18,51$), sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları ($50,03 \pm 19,50$), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları ($49,48 \pm 19,88$), sigara bırakmanın 6.ayındaki puan ortalamaları ($46,36 \pm 21,87$) başlangıçtaki puan ortalamasından ($60,36 \pm 18,78$) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 16).

Tablo 16. Kontrol Grubunda Başlangıçtaki Aşırme Yaşantı Ölçeğinin Sıklık Bölümünde Alınan Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Aşırme Yaşantı Ölçeği-Sıklık	Kontrol ort±ss	Fark %	p
Başlangıç	60,36 ± 18,78	-	-
10.GÜN	52,57 ± 18,61	%12	0,000
1.AY	49,90 ± 18,51	%17	0,000
2.AY	50,03 ± 19,50	%17	0,000
3.AY	49,48 ± 19,88	%18	0,000
6.AY	46,36 ± 21,87	%23	0,000

Kontrol grubu katılımcılarının başlangıç ile sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nden toplamda aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. günündeki puan ortalamaları ($109,72 \pm 38,03$), sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları ($108,18 \pm 36,83$), sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları ($110,03 \pm 39,46$), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları ($108,93 \pm 40,55$), sigara bırakmanın 6.ayındaki puan ortalamaları ($102,33 \pm 46,12$) başlangıçtaki puan ortalamasından ($125,81 \pm 36,13$) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 17).

Tablo 17. Kontrol Grubunda Başlangıçtaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinde Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Toplam	Kontrol ort $\pm$ ss	Fark %	p
Başlangıç	125,81 $\pm$ 36,13	-	-
10.GÜN	109,72 $\pm$ 38,03	%12	0,000
1.AY	108,18 $\pm$ 36,83	%14	0,001
2.AY	110,03 $\pm$ 39,46	%12	0,009
3.AY	108,93 $\pm$ 40,55	%13	0,008
6.AY	102,33 $\pm$ 46,12	%18	0,003

4.2.2.2. Tedavi Uyumu Durumları

Kontrol grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayında ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre motivasyon düzeyi değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 1.ayında motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısının ($n=17$), sigara bırakmanın 2.ayında motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısının ($n=8$) ve sigara bırakmanın 3.ayında motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısının ($n=7$), sigara bırakmanın 10. gününde motivasyon

düzeyi yüksek kişi sayısından (n=26) az olduğu saptandı (sırasıyla p=0,004, p=0,000, p=0,000) (Tablo 18).

Tablo 18. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne Göre Motivasyon Düzeylerinin Farkı

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği - Motivasyon-Kontrol	Düşük n (%)	Yüksek n (%)	Toplam n (%)	Fark n (%)	p
Kontrol 10.GÜN	7(21,2)	26(78,8)	33(100)	-	-
Kontrol 1.AY	16(48,5)	17(51,5)	33(100)	9(27,3)	0,004
Kontrol 2.AY	25(75,8)	8(24,2)	33(100)	9(27,3)	0,000
Kontrol 3.AY	26(78,8)	7(21,2)	33(100)	1(3,0)	0,000

Kontrol grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayında 'Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne göre bilgi düzeyi değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde bilgi düzeyi yüksek kişi sayısının (n=31), sigara bırakmanın 1.ayında bilgi düzeyi yüksek kişi sayısı (n=26) ile benzer olduğu saptandı (p= 0,063). Sigara bırakmanın 2.ayında bilgi düzeyi yüksek kişi sayısının (n=8) ve sigara bırakmanın 3.ayında bilgi düzeyi yüksek kişi sayısının (n=8), sigara bırakmanın 10. gününde bilgi düzeyi yüksek kişi sayısından (n=31) az olduğu saptandı (sırasıyla p=0,000, p=0,000) (Tablo 19).

Tablo 19. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Günü ile 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'ne Göre Bilgi Düzeylerinin Farkı

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği - Bilgi-Kontrol	Düşük n (%)	Yüksek n (%)	Toplam n (%)	Fark n (%)	p
Kontrol 10.GÜN	2(6,0)	31(94,0)	33(100,0)	-	-
Kontrol 1.AY	7(21,2)	26(78,8)	33(100)	5(15,2)	0,063
Kontrol 2.AY	25(75,8)	8(24,2)	33(100)	18(54,6)	0,000
Kontrol 3.AY	25(75,8)	8(24,2)	33(100)	0(0,0)	0,000

Kontrol grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayındaki ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden’ aldıkları toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 1.ayındaki puan ortalamaları ($3,84 \pm 1,39$), sigara bırakmanın 2.ayındaki puan ortalamaları ($1,18 \pm 2,15$), sigara bırakmanın 3.ayındaki puan ortalamaları ($1,09 \pm 1,99$), sigara bırakmanın 10.günüdeki puan ortalamalarından ($4,75 \pm 1,09$) daha düşük olarak saptandı (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 20).

Tablo 20. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden Alınan Toplam Puan Ortalamasının Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı ve 3. Ayında Alınan Toplam Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği - Toplam	Kontrol ort$\pm$ss	Fark %	p
10.GÜN	$4,75 \pm 1,09$	-	-
1.AY	$3,84 \pm 1,39$	20,1	0,000
2.AY	$1,18 \pm 2,15$	75,1	0,000
3.AY	$1,09 \pm 1,99$	77,0	0,000

4.2.1.3. Sigara Bırakma Durumları

Kontrol grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay , 3.ay ve 6.ayındaki sigara bırakma durumları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde sigarayı bırakmış kişi sayısının (%45,45) (n=15) ile sigara bırakmanın 1.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%48,48) (n=16), sigara bırakmanın 2.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%36,36) (n=12), sigara bırakmanın 3.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısının (%30,30) (n=10) benzer olduğu saptandı (sırasıyla $p=1,000$, $p=0,375$, $p=0,063$). Sigara bırakmanın 6.ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%27,27) (n=9) ise sigara bırakmanın 10. Gününde sigarayı bırakmış kişi sayısından (%45,45) (n=15) anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0,031$) (Tablo 21)

Tablo 21 . Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10.Gününde Sigara Bırakma Durumunun Sigara Bırakmanın 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Sigara Bırakma Durumu ile Karşılaştırılması

Sigara Bırakma Durumu	Kontrol n (%)	Fark* %	p
10.GÜN	15 (45,45)	-	-
1.AY	16 (48,48)	+3,03	1,000
2.AY	12 (36,36)	-9,09	0,375
3.AY	10 (30,30)	-15,15	0,063
6.AY	9 (27,27)	-18,18	0,031
Toplam	33(100,00)	-	-

4.2.1.4. İzleme Gelme Durumları

Kontrol grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay, 3.ay ve 6.ayındaki izleme gelme durumları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde izleme gelen kişi sayısının (%45,45) (n=15) ile sigara bırakmanın 1.ayında izleme gelen kişi sayısı (%57,16) (n=19), sigara bırakmanın 2.ayında izleme gelen kişi sayısı (%33,3) (n=11), sigara bırakmanın 3.ayında izleme gelen kişi sayısının (%24,2) (n=8) benzer olduğu saptandı (sırasıyla p=0,344, p= 0,388, p=0,118). Sigara bırakmanın 6.ayında izleme gelen kişi sayısı (%18,2) (n=6) ise sigara bırakmanın 10. Gününde izleme gelen kişi sayısından (%45,45) (n=15) anlamlı olarak düşük saptandı (p=0,035) (Tablo 22)

Tablo 22. Kontrol Grubunda Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Sigara Bırakma Polikliniğine Gelme Durumlarının Değerlendirilmesi

İzleme Gelme Durumu	Kontrol n (%)	Fark* %	p
10.GÜN	15 (45,45)	-	-
1.AY	19 (57,16)	+11,71	0,344
2.AY	11 (33,3)	-12,15	0,388
3.AY	8 (24,2)	-21,25	0,118
6.AY	6 (18,2)	-27,27	0,035
Toplam	33(100,00)	-	-

4.2.3. Kontrol ve Müdahale Grubuna Dahil Edilen Katılımcıların Başlangıç, Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Değişkenlerinin Karşılaştırılması

4.2.3.1. Sigara Bırakma Durumları

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki sigara bırakma durumları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı %53,1)(n=17) ile kontrol grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı %45,5)(n=15) benzerdir (p=0,623). Sigara bırakmanın 1.ayında müdahale grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%53,1) (n=17) ile kontrol grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%48,5) (n=16) benzerdir (p=0,806). Sigara bırakmanın 2.ayında müdahale grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%46,9) (n=15) ile kontrol grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%36,4) (n=12) benzerdir (p=0,455). Sigara bırakmanın 3.ayında müdahale grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%43,8) (n=14) ile kontrol grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%30,3) (n=10) benzerdir (p=0,310). Sigara bırakmanın 6.ayında müdahale grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%43,8) (n=14) ile kontrol grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%27,3) (n=9) benzerdir (p=0,200) (Tablo 23).

Tablo 23 . Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi

Sigara Bırakma Durumu	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)	Fark* %	p
10.Gün					
Bırakmış	15 (45,5)	17 (53,1)	32 (49,2)	+7,67	0,536
Bırakmamı	18 (54,5)	15 (46,9)	33 (50,8)		
1.Ay					
Bırakmış	16 (48,5)	17 (53,1)	33 (50,8)	+4,64	0,708
Bırakmamı	17 (51,5)	15 (46,9)	32 (49,2)		
2.Ay					
Bırakmış	12 (36,4)	15 (46,9)	29 (44,6)	+10,51	0,390
Bırakmamı	21 (63,6)	17 (53,1)	36 (55,4)		
3.Ay					
Bırakmış	10 (30,3)	14 (43,8)	26 (40,0)	+13,45	0,261
Bırakmamı	23 (69,7)	18 (56,3)	39 (60,0)		
6.Ay					

Bırakmış	9 (27,3)	14 (43,8)	23 (35,4)	+16,48	0,165
Bırakmamış	24 (72,7)	18 (56,3)	42 (64,6)		
Toplam	33 (100,0)	32 (100,0)	65 (100,0)		-

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun farkı yüzde olarak hesaplanmıştır.

4.2.3.2. Sigara Aşırme Durumları

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşırme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Güç’ bölümünden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunun aldığı ortalama puan $58,06 \pm 18,01$, kontrol grubunun aldığı ortalama puan $57,15 \pm 20,26$ olarak bulunmuştur. Her iki grubun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puanlar benzerdir ($p= 0,849$). Sigara bırakmanın 1.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan $52,37 \pm 17,24$, kontrol grubunun aldığı ortalama puan $58,27 \pm 19,32$ olarak bulunmuştur. Her iki grubun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puanlar benzerdir ($p= 0,199$). Sigara bırakmanın 2.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan $47,75 \pm 20,44$, kontrol grubunun aldığı ortalama puan $60,00 \pm 20,62$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür ($p= 0,019$). Sigara bırakmanın 3.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan $45,78 \pm 21,11$, kontrol grubunun aldığı ortalama puan $59,45 \pm 21,36$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür ($p= 0,012$). Sigara bırakmanın 6.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan $41,18 \pm 21,69$, kontrol grubunun aldığı ortalama puan $55,96 \pm 24,87$ olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Güç’ bölümünden aldığı ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür ($p= 0,013$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Aşırme Yaşantı Ölçeğinin Güç Bölümünde Alınan Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Aşırme Yaşantı Ölçeği-Güç	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Toplam ort±ss	Fark* %	p
10.GÜN	$57,15 \pm 20,26$	$58,06 \pm 18,01$	$57,60 \pm 19,04$	+1,59	0,849
1.AY	$58,27 \pm 19,32$	$52,37 \pm 17,24$	$55,36 \pm 18,42$	-10,12	0,199

2.AY	60,00 ± 20,62	47,75 ± 20,44	53,96 ± 21,29	-20,41	0,019
3.AY	59,45 ± 21,36	45,78 ± 21,11	52,72 ± 22,17	-22,99	0,012
6.AY	55,96 ± 24,87	41,18 ± 21,69	48,69 ±24,34	-26,41	0,013

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun farkı yüzde olarak hesaplanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşerme Yaşantı Ölçeği’ nin ‘Sıklık bölümünden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunun aldığı ortalama puan 52,25 ± 18,01, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 52,57 ± 18,61 olarak bulunmuştur. Her iki grubun ‘Sıklık bölümünden aldığı ortalama puanlar benzerdir (p= 0,943). Sigara bırakmanın 1.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 45,12 ± 14,05, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 49,90 ± 18,51 olarak bulunmuştur. Her iki grubun ‘Sıklık’ bölümünden aldığı ortalama puanlar benzerdir (p= 0,246). Sigara bırakmanın 2.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 42,84 ± 15,59, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 50,03 ± 19,50 olarak bulunmuştur. Her iki grubun ‘Sıklık’ bölümünden aldığı ortalama puanlar benzerdir (p= 0,107). Sigara bırakmanın 3.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 39,15 ± 16,12, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 49,48 ± 19,79 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Sıklık’ bölümünden aldığı ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür (p= 0,025). Sigara bırakmanın 6.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 34,96 ± 20,32, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 46,36 ± 21,87 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ‘Sıklık’ bölümünden aldığı ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür (p= 0,033) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Aşerme Yaşantı Ölçeğinin Sıklık Bölümünde Alınan Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Toplam ort±ss	Fark* %	p
-------------------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------	----------------	----------

10.GÜN	52,57 ± 18,61	52,25 ± 18,01	52,41 ± 18,18	-0,60	0,943
1.AY	49,90 ± 18,51	45,12 ± 14,05	47,55 ± 16,51	-9,57	0,246
2.AY	50,03 ± 19,50	42,84 ± 15,59	46,49 ± 17,92	-18,36	0,107
3.AY	49,48 ± 19,79	39,15 ± 16,12	44,40 ± 18,68	-20,87	0,025
6.AY	46,36 ± 21,87	34,96 ± 20,32	40,75 ±21,73	-24,59	0,033

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun farkı yüzde olarak hesaplanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10. günü, 1. ayı, 2. ayı, 3. ayı ve 6.ayındaki ‘Aşırme Yaşantı Ölçeği’ nden aldıkları toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunun aldığı ortalama puan 110,31 ± 32,58, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 109,72 ± 38,03 olarak bulunmuştur. Her iki grubun aldığı toplam ortalama puanlar benzerdir (p= 0,947). Sigara bırakmanın 1.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 97,5 ± 27,98, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 108,18 ± 36,83 olarak bulunmuştur. Her iki grubun aldığı toplam ortalama puanlar benzerdir (p= 0,194). Sigara bırakmanın 2.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 90,59 ± 35,47, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 110,03 ± 39,46 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun aldığı toplam ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür (p= 0,041). Sigara bırakmanın 3.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 84,93 ± 36,66, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 108,93 ± 40,55 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun aldığı toplam ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür (p= 0,015). Sigara bırakmanın 6.ayında müdahale grubunun aldığı ortalama puan 76,15 ± 41,46, kontrol grubunun aldığı ortalama puan 102,33 ± 46,12 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun aldığı toplam ortalama puan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür (p= 0,019) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayındaki Aşırme Yaşantı Ölçeğinde Alınan Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Toplam	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Toplam ort±ss	Fark* %	p
10.GÜN	109,72 ± 38,03	110,31 ± 32,58	110,01 ± 35,18	+0,53	0,947
1.AY	108,18 ± 36,83	97,5 ± 27,98	102,92 ± 32,96	-9,87	0,194
2.AY	110,03 ± 39,46	90,59 ± 35,47	100,46 ± 38,52	-17,66	0,041
3.AY	108,93 ± 40,55	84,93 ± 36,66	97,12 ± 40,24	-22,03	0,015
6.AY	102,33 ± 46,12	76,15 ± 41,46	89,44 ± 45,50	-25,58	0,019

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun farkı yüzde olarak hesaplanmıştır.

4.2.3.3. Tedavi Uyumu Durumları

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3. ayında ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden aldıkları toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunun ölçek puan ortalaması (5,25 ± 1,16) ile kontrol grubunun ölçek puan ortalaması (4,75 ± 1,09) benzerdir (p=0,083). Sigara bırakmanın 1. ayında müdahale grubunun ölçek puan ortalaması (4,37 ± 1,33) ile kontrol grubunun ölçek puan ortalaması 3,84 ± 1,39) benzerdir (p=0,126). Sigara bırakmanın 2. ayında müdahale grubunun ölçek puan ortalaması (1,81 ± 2,57) ile grubunun ölçek puan ortalaması (1,18 ± 2,15) benzerdir (p=0,287). Sigara bırakmanın 3. ayında müdahale grubunun ölçek puan ortalaması (1,78 ± 2,56) ile kontrol grubunun ölçek puan ortalaması (1,09± 1,99) benzerdir (p=0,229) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Toplam	Kontrol ort±ss	Müdahale ort±ss	Toplam ort±ss	Fark* %	p
10.GÜN	4,75 ± 1,09	5,25 ± 1,16	5,00 ± 1,14	+10,52	0,083
1.AY	3,84 ± 1,39	4,37 ± 1,33	4,10 ± 1,38	+13,80	0,126

2.AY	1,18 ± 2,15	1,81 ± 2,57	1,49 ± 2,37	+53,38	0,287
3.AY	1,09± 1,99	1,78 ± 2,56	1,43 ± 2,29	+63,30	0,229

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun farkı yüzde olarak hesaplanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3. ayında ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre motivasyon düzeyi değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=27) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=26) benzerdir (p=0,751). Sigara bırakmanın 1. ayında müdahale grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=23) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=17) benzerdir (p=0,127). Sigara bırakmanın 2. ayında müdahale grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=23) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=17) benzerdir (p=0,422). Sigara bırakmanın 3. ayında müdahale grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=10) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=7) benzerdir (p=0,408) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6.Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre Motivasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği-Motivasyon	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)	Fark* (%)	p
10.Gün					
Düşük	7 (21,2)	5 (15,6)	12 (18,5)	+5,6	0,751
Yüksek	26 (78,8)	27 (84,4)	53 (81,5)		
1.Ay					
Düşük	16 (48,5)	9 (28,1)	25 (38,5)	+20,4	0,127
Yüksek	17 (51,5)	23 (71,9)	40 (61,5)		
2.Ay					
Düşük	25 (75,8)	21 (65,6)	46 (70,8)	+10,2	0,422
Yüksek	8 (24,2)	11 (34,4)	19 (29,2)		
3.Ay					
Düşük	26 (78,8)	22 (68,8)	48 (73,8)	+10,1	0,408
Yüksek	7 (21,2)	10 (31,3)	17 (26,2)		

Toplam	33 (100,0)	32 (100,0)	65 (100,0)		-
---------------	------------	------------	------------	--	---

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun yüzdesinin farkı olarak hesaplanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3. ayında ‘Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre bilgi düzeyi değerlendirildiğinde; sigara bırakmanın 10. gününde müdahale grubunda bilgi düzeyi yüksek kişi sayısı (n=30) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=31) benzerdir (p=1,000). Sigara bırakmanın 1. ayında müdahale grubunda bilgi düzeyi yüksek kişi sayısı (n=28) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=26) benzerdir (p=0,511). Sigara bırakmanın 2. ayında müdahale grubunda bilgi düzeyi yüksek kişi sayısı (n=11) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=8) benzerdir (p=0,422). Sigara bırakmanın 3. ayında müdahale grubunda bilgi düzeyi yüksek kişi sayısı (n=11) ile kontrol grubunda motivasyon düzeyi yüksek kişi sayısı (n=8) benzerdir (p=0,422) (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların Sigara Bırakmanın 10. Günü, 1. Ayı, 2. Ayı, 3. Ayı ve 6. Ayında Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’ne göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği-Bilgi	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)	Fark* (%)	p
10.Gün					
Düşük	2 (6,1)	2 (6,3)	4 (6,2)	-0,1	1,000
Yüksek	31 (93,9)	30 (93,8)	61 (93,8)		
1.Ay					
Düşük	7 (21,2)	4 (12,5)	11 (16,9)	+8,7	0,511
Yüksek	26 (78,8)	28 (87,5)	54 (83,1)		
2.Ay					
Düşük	25 (75,8)	21 (65,6)	46 (70,8)	+10,2	0,422
Yüksek	8 (24,2)	11 (34,4)	19 (29,2)		
3.Ay					
Düşük	25 (75,8)	21 (65,6)	46 (70,8)	+10,2	0,422
Yüksek	8 (24,2)	11 (34,4)	19 (29,2)		
Toplam	33 (100,0)	32 (100,0)	65 (100,0)		-

*Kontrol grubuna göre müdahale grubunun yüzdesinin farkı olarak hesaplanmıştır.

5.TARTIŞMA

Tütün kullanımı, dünyadaki en sık sekiz ölüm nedeninin 6 tanesi için risk faktörüdür. Bunlar iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, alt solunum yolu enfeksiyonu, KOAH, tüberküloz ve akciğer kanseridir(26).Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinin, sigara bırakma oranlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda 2016 yılında %17,8 olan bırakma oranlarının, 2018’de %25’e ulaştığı görülmektedir(5).Teletıp; sigara bırakma tedavisinde karşılaşılan ulaşım, çocuk bakımı, seyahat masrafları gibi engelleri azaltma potansiyeline sahiptir(120).

Literatürde sigara bırakma tedavisinde video görüntülü tele konsültasyon yöntemi ile yapılan sigara bırakma danışmanlığının yüz yüze yapılan sigara bırakma danışmanlığı ile karşılaştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Araştırmamız Tele-Konsültasyon ile yapılan danışmanlığın bireylerde sigara bırakma başarısı üzerine etkinliğini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın başlangıcında kontrol ve müdahale grubunun sosyo-demografik özellikler, sigaraya başlama yaşı, halen günde içtiği sigara miktarı, sigara tüketimi (paket yılı), ‘Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’ nden aldıkların toplam puanlar, sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler, daha önce sigara bırakmayı düşünme, daha önce sigara bırakmayı deneme, verilen farmakolojik tedavi, ‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’ nin ‘Anksiyete’ ve ‘Depresyon’ alt ölçeklerinden aldıkların toplam puanlar açısından benzer olmasının kontrol ve müdahale grubu arasında homojenitenin sağlanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza 1 Kasım 2021 ile 28 Şubat 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniğine başvuran 18-55 yaş arası, müdahale grubuna 32, kontrol grubuna 33 hasta olmak üzere 65 hasta dahil edilmiştir. Müdahale grubu ile kayıt günü yüz-yüze, bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay, 3.ay, 6.ay video görüşmeli telekonsültasyon ile motivasyonel görüşme yapıp danışmanlık verilerek telekonsültasyon ile yapılan danışmanlığın sigara bırakma başarısı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların %35,38'i kadın, %64,62'si erkektir. 2019 TÜİK verilerine göre Türkiye'de erkeklerde tütün kullanma oranı %44,8 iken kadınlarda %18,2'dir(1). Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Bunun nedeni Türkiye'de tütün kullanan erkeklerin kadınlardan fazla olması olabilir.

2005 yılında Örsel ve arkadaşlarının, 2013 yılında Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda sigara bırakma başarısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (131,132). 2012 yılında Sağlam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerin sigara bırakmada daha başarılı olduğu belirtilmiştir (133). Bizim çalışmamızda ise sigara bırakmanın 6. ayındaki sigara bırakma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,646$).

Literatürde daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olmanın sigara bırakma başarısını arttırdığını gösteren çalışmalar bulunsa da bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu açıdan bizim çalışmamız; 2003 yılında Kaya ve arkadaşlarının, 2004 yılında Chatkin ve arkadaşlarının çalışması ile benzer sonuçlar verdi (134,135).

Müdahale grubu katılımcılarında sigara bırakmanın 6. Ayında sigara bırakmış olan hastaların 'Teletıp Memnuniyet Anketi'nden almış olduğu toplam puan ortalaması ($66,07 \pm 3,51$), sigara bırakmanın 6. Ayında sigara bırakmamış olan hastaların 'Teletıp Memnuniyet Anketi'nden almış olduğu toplam puan ortalamasından ($60,22 \pm 3,04$) daha yüksek olarak saptandı. Hastaların telekonsültasyon ile yapılan danışmanlıktan memnun olma durumları sigara bırakma başarılarını arttırmış olabilir. Literatürde daha önce telekonsültasyon ile yapılan sigara bırakma danışmanlığının teletıp memnuniyetini nasıl etkilediğinin incelendiği benzer bir çalışma bulunmamaktadır.

Müdahale grubu katılımcılarının 'Teletıp Memnuniyet Anketi'nde madde başına aldıkları ortalama puan 4,48 olup en yüksek puan ortalamasına sahip olan madde 4,75 puan ile 9 numaralı, telekonsültasyonda ulaşım gerekmediği için zamandan edilen tasarrufun sorgulandığı maddedir.

2015 yılında Hollanda'da yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, plastik yüz ameliyatı olan hastaların 6. haftadaki kontrolleri yüz yüze ve telekonsültasyon yoluyla yapılmıştır. Müdahale grubuna "the Telemedicine Satisfaction Questionnaire" uygulanmıştır. Madde başına alınan ortalama puan 3,50 olup en yüksek puan ortalamasına sahip olan madde 4,38 puan ortalamasıyla 9 numaralı maddedir (129). Yine 2008 yılında Amerika Birleşik

Devletleri’nde yapılan bir randomize kontrollü çalışmada Parkinson hastalarına telekonsültasyon yoluyla ve yüz yüze ses terapisi verilmiştir. Müdahale grubuna “the Telemedicine Satisfaction Questionnaire” uygulanmıştır. Madde başına alınan ortalama puan 4,35 olup en yüksek puan ortalamasına sahip olan madde 4,83 puan ortalamasıyla 9 numaralı maddedir (130). Çalışmamız, telekonsültasyon kullanılan hastalarda en yüksek memnuniyet puanını zaman tasarrufundan alması açısından literatür ile uyumludur. Madde başına alınan ortalama puan açısından plastik cerrahi hastalarında yapılan randomize kontrollü çalışma ile çalışmamız arasındaki farkın sebebi, hekimin ameliyat izlerini fiziksel olarak inceleyememesi olabilir.

Müdahale grubu katılımcılarında sigara bırakmanın 10. gününde sigarayı bırakmış kişi sayısı (%53,12) (n=17) ile sigara bırakmanın 6. ayında sigarayı bırakmış kişi sayısının (%43,75) (n=14) benzer olduğu saptandı. Kontrol grubu katılımcılarında ise sigara bırakmanın 6. ayında sigarayı bırakmış kişi sayısı (%27,27) (n=9) ise sigara bırakmanın 10. gününde sigarayı bırakmış kişi sayısından (%45,45) (n=15) anlamlı olarak düşük saptandı. Telekonsültasyon ile yapılan danışmanlık relapsı azaltmış olabilir. Literatürde daha önce telekonsültasyon ile yapılan sigara bırakma danışmanlığının relapsı nasıl etkilediğinin incelendiği benzer bir çalışma bulunmamaktadır.

Kontrol grubu katılımcılarında sigara bırakmanın 6. ayında izleme gelen kişi sayısı (%18,2) (n=6) ise sigara bırakmanın 10. Gününde izleme gelen kişi sayısından (%45,45) (n=15) anlamlı olarak düşük saptanırken müdahale grubunda başlangıç ve 6. ayda görüşülen hasta sayısı (n= 32) eşittir. Kontrol grubundaki düşüşün nedeni sigara bırakmaktan vazgeçmeleri, iş yerlerinden izin alamamaları, muayeneye gelmek için gerekli zamanı bulamamaları, yol masrafları olabilir. Nikotin bağımlılığı tedavisinin etkinliğine ilişkin Japon ulusal anketi, polikliniklere hasta ziyaretlerinin sayısı ile tedavi başarı oranı arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermiştir(127).

Daha önce kronik kalp yetmezliği olan hastaların izlemlerinde teletıpın etkinliğini araştıran 39 tane çalışmanın incelendiği meta-analiz çalışması sonucunda teletıp grubunun kontrol grubuna göre hastaneye yatış, hastaneye yatma süresi ve mortalite oranları anlamlı derecede düşük bulunmuştur(15). 2018 yılında Avustralya’da diyabet ve KOAH hastalarında telekonsültasyon ile yapılan 1 yıllık kontrollerin incelendiği bir çalışmada hastaneye yatma ve yatış süresi telekonsültasyon grubunda daha düşük bulunmuştur. Ayrıca yatış maliyetinde olan masraf düşüşü, tele-tıp hizmetinin maliyetini dengelemiştir(16). 2016 yılında Brezilya’da

madde bağımlısı kişilerin ailelerine teletıp ile yapılan yapılan karşılıklı bağımlılık davranışını değiştirme müdahalesinin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada 6 ay süren motivasyonel görüşmelerin ardından müdahale grubundaki davranış değişikliği olasılığı, kontrol grubunun 2 katı kadar bulunmuştur(17).

Bizim çalışmamızda ise sigara bırakmanın 6.ayında müdahale grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%43,8) (n=14) ile kontrol grubunda sigarayı bırakmış kişi sayısı (%27,3) (n=9) benzer olarak bulunmuştur. Bunun nedeni istenen farkı gösterebilmek için gerekli olan örneklem sayısına ulaşamamış olması olabilir. 2016 Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan bir çalışmada video görüntülü telekonsültasyon ile yapılan ve yüz yüze yapılan sigara bırakma programında 3.ay ve 12.aylarda kontrol ve müdahale gruplarında sigara bırakma durumu benzer olarak bulunmuştur (128). 2019 yılında Japonya'da yapılmış bir çalışmada video görüntülü telekonsültasyon ile yapılan ve yüz yüze yapılan sigara bırakma programında taşınabilir karbon monoksit ölçer cihazda 9. hafta ile 12. hafta arasındaki ölçülen değerlere göre devamlı yoksunluk oranı kontrol ve müdahale grubunda benzer olarak bulunmuştur (127). Çalışmamızın sonucu bu açıdan literatür ile uyumluydu.

Şahbaz ve arkadaşları 6 ay sonunda verilen tedavi yönteminin başarı oranlarını Bupropion için %48,6, Bupropion ve NRT için %44,4, NRT için %35,9, DT için %17,6 saptamıştır (136). Berkeşoğlu ve arkadaşları 6 aylık sigara bırakma başarısını Vareniklin tedavisiyle %30,7, Bupropion tedavisiyle %22,6, NRT ile %10, sadece DT ile %5,7 bulmuştur (137). Cahill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara bırakma oranları, NRT (%17.6) ve Bupropion'da (%19.1) plaseboya (%10.6) kıyasla daha yüksekti. Tek başına Vareniklin (%27.6) ve NRT kombinasyonu (%31.5) (örneğin, yama artı inhaler) ise sigarayı bırakmada en etkili sonuç olmuştur (138). Argüder ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada üç ay sonundaki tedavi sonuçlarının yer aldığı çalışmasında davranış terapisiyle beraber vareniklin verilenlerin %50,7'sinin, bupropion verilenlerin %39,3'ünün, NRT verilenlerin %36,2'sinin sigarayı bıraktığı bulunmuştur (132). Bizim çalışmamızda NRT kullanılmıştır. Kontrol grubunda sigara bırakma oranı %27,3'ken müdahale grubunda %43,8'dir. Kontrol grubunun sigara bırakma başarısı bazı çalışmalara göre düşük, bazı çalışmalara göre yüksek bulunmuşken müdahale grubunun başarı oranı diğer çalışmalara göre yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda sigara bırakmanın 2.ay, 3.ay ve 6.ayında müdahale grubu katılımcılarının 'Aşırme Yaşantı Ölçeği' nden aldıkları toplam puan ortalamaları; (Sırasıyla $90,59 \pm 35,47$, $84,93 \pm 36,66,55$, $76,15 \pm 41,46$) kontrol grubunun katılımcılarının aldığı toplam

puan ortalamalarına (Sırasıyla $110,03 \pm 39,46$, $108,93 \pm 40,55$, $102,33 \pm 46,12$ göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Telekonsültasyon ile yapılan danışmanlık aşermeyi azaltmış olabilir. Literatürde daha önce telekonsültasyon ile yapılan sigara bırakma danışmanlığının aşermeyi nasıl etkilediğinin incelendiği benzer bir çalışma yapılmamıştır. 2022 yılında Sözen tarafından yapılan bir çalışmada sigarayı bırakmış olan hastaların %16,1'inin sigaraya tekrar başlama sebeplerinin aşerme olduğu görülmüştür (139). Telekonsültasyonun, sigara bağımlılığının bir göstergesi olan aşermeyi azaltması, daha geniş bir örneklem ile yapılacak bir araştırmada sigara bırakma başarısını arttırabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının sigara bırakmanın 10.günü, 1.ay, 2.ay ve 3.ayında 'Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamaları benzerdir. Literatürde daha önce telekonsültasyon ile yapılan sigara bırakma danışmanlığının tedavi uyumunu nasıl etkilediğinin incelendiği benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Daha önce yapılmış olan 13 tane çalışmanın incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında; dislipidemi, hipertansiyon ve tip 2 diyabet hastalarının takibinde teletıp kullanımının ilaç uyumunu arttığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda bunu görememiş olmamızın sebebi kontrol grubunda sigarayı bırakamayıp tedaviyi bırakan hasta sayısına karşılık müdahale grubunda sigara bırakmaya devam etmesine rağmen ilaç kullanmayı bırakan hastaların olması olabilir (140).

Araştırmanın Güçlü Yönleri

Çalışmamız randomize kontrollü deneysel çalışmadır. Çalışmamıza alınan 68 hasta içerisinde sadece 3 hasta kaybı vardır.

Katılımcılarımızın hepsiyle birebir görüşülerek 'Sosyodemografik Veri Formu', 'Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği', 'Aşerme Yaşantı Ölçeği', 'Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu', 'Teletıp Memnuniyet Anketi' işlenmiştir. Veri kaybı ve kişilerin yanlış anlamasından doğabilecek yanlış değerlendirmeler engellenmiştir.

Daha önce sigara bırakma tedavisinde video görüntülü telekonsültasyon ile yapılan danışmanlığın yüz yüze yapılan danışmanlık ile karşılaştırıldığı araştırmalarda iki grup arasında tedavi uyumu ve aşerme kıyaslanmamıştır.

Ülkemizde sigara bırakma tedavisinde video görüntülü telekonsültasyon ile yapılan danışmanlığın bireylerde sigara bırakma başarısı üzerine etkinliğine ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Yurtdışında yapılan çalışma sayısı da oldukça azdır. Bu çalışma, sigara bırakma tedavisinde video görüntülü telekonsültasyon ile yapılan danışmanlığın bireylerde sigara bırakma başarısı üzerine etkinliğinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır;

1. Hedeflenen hasta sayısına ulaşamamıştır.

Bu durumun aşılması amacıyla veri toplama süresi uzatıldı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ile sözel olarak görüşülüp sigara bırakma isteği olan hastaların tarafımıza yönlendirilmesi rica edildi ancak yine de yeterli sayıya ulaşamadı. Bu durum 6.aydaki sigara bırakma başarısının kontrol grubu ve müdahale grubunda benzer sonuçlar vermesine neden olmuş olabilir.

2. T.C. Sağlık Bakanlığının karşıladığı diğer tedaviler mevcut olmadığı için farmakolojik olarak sadece 15 mg ve 25 mg nikotin bandı kullanılmıştır.

Verilerin toplandığı dönemde Champix (Vareniklin) ilacının piyasadan toplatılmış olması ve Zyban (Bupropion) ilacının dışarıdan temin edilmesinin hastalar tarafından tercih edilmemesi nedeniyle bu ilaçlar kullanılamamıştır. Bu durum her iki grupta da sigara bırakma başarısını etkilemiş olabilir.

3. Sigara bırakma tedavisinde 1 yıl izlem gerekmektedirken çalışmamız 6 ayı kapsamaktadır.

Bu durum 1. yılın sonunda gerçekleşecek relaps sayısının artmasına neden olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara kullanımı her yıl milyonlarca insanın ölümüne neden olmaktadır. Fakat buna rağmen sigara bırakma oranları istenilen düzeyde değildir. Sigara bırakmak isteyen hastalar poliklinik takiplerine çeşitli sebeplerle gelememektedir. Sigara bırakma başarısını arttırabilmek için hastaların sigara bırakma hizmetlerine ulaşmasının önündeki engellerin kaldırılması oldukça önemlidir.

Çalışmamızda video görüntülü tele-konsültasyon ile yapılan danışmanlığın aşermeyi ve relapsı azalttığı görülmüştür. Sigara bırakmada daha yüksek bir oran yakalanmış olsa da anlamlı bir fark elde edilememiştir. Tele-konsültasyon ile yüz yüze verilen sigara bırakma danışmanlığının daha geniş bir örneklem ile değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda video görüntülü tele-konsültasyon ile yapılan sigara bırakma danışmanlığı ve yüz yüze yapılan danışmanlık, tedavi uyumu açısından benzer bulunmuştur. Bunun sebebi tele-konsültasyon ile yapılan danışmanlıkta sigarayı bırakmaya devam ediyor olmasına rağmen farmakolojik tedaviye artık ihtiyaç duymayan hastaların olması olabilir.

Tele-konsültasyonun sigara bırakma başarısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmemiş olsa da yüz yüze verilen danışmanlık kadar etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca yüz yüze verilen danışmanlıkta sigara bırakmanın 6.ayında hastaların poliklinik kontrollerine gelme oranları anlamlı olarak düşmektedir. Bu sebeple tele-konsültasyon ile sigara bırakma danışmanlığı verilmesi için uygun altyapıların geliştirilmesi ve talep eden hastalara hizmet verilmesi faydalı olabilir. Tele-konsültasyon ile sigara bırakma danışmanlığı verilen hastalar içinde sigara bırakmanın 6.ayında sigara bırakmış olan hastaların ile 'Teletıp Memnuniyet Anketi'nden aldıkları puanlar daha yüksek saptanmıştır. Hastaların telekonsültasyon ile yapılan danışmanlıktan memnun olma durumları sigara bırakma başarılarını arttırmış olabilir. Bu sebeple tele-konsültasyon hizmetlerinin geribildirimlerle daha da geliştirilmesi faydalı olabilir.

Literatürde tele-konsültasyon ile yapılan ve yüz yüze yapılan sigara bırakma danışmanlığının kıyaslandığı çok az çalışma bulunmaktadır. Bu konuda daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>

2. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>
3. İçin H, Bağımlılığı T, Mücadele İ, Kitabı EL. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE EL KİTABI. [cited 2023 Apr 4]; Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/havanikoru/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimlilik-el-kitabi-hekimler-icin.pdf>
4. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. 2015 [cited 2023 Apr 4]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf;jsessionid=426ED426C0D8666470145D3EFD8BF4EE?sequence=1
5. Sigara Bırakma Hizmetleri [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/sigara-birakma-hizmetleri.html>
6. WHO European strategy for smoking cessation policy. 2004 [cited 2023 Apr 4]; Available from: <http://www.euro.who.int>
7. Miller WR& RS (2002) ÇevKÖFKAT 2008) AHybYayıncılık. Motivasyonel Görüşme; İnsanları Değişime Hazırlama.
8. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 Mar 2 [cited 2023 Apr 4];2015(3). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>
9. Ockene JK, Mermelstein RJ, Bonollo DS, Emmons KM, Perkins KA, Voorhees CC, et al. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. Health Psychol [Internet]. 2000 Jan [cited 2023 Apr 4];19(1S):17–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10709945/>
10. Abrams D, Niaura R, Brown R, Emmons K, Goldstein M, Monti P. The tobacco dependence treatment handbook: A guide to best practices [Internet]. Guilford Press; 2003 [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/the-tobacco-dependence-treatment-handbook-a-guide-to-best-practic>
11. Nicotine Addiction in Britain: A Report of the Tobacco Advisory Group of the ... - Royal College of Physicians of London. Tobacco Advisory Group - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from:

https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=y62ZBt538WAC&oi=fnd&pg=PA1&ots=ORQ3yhd1EY&sig=IGP88ycaah0Q3eF4dewef2uwGLM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

12. Mullins RM. Key findings of the 1996 and 1997 household surveys Article. 1998 [cited 2023 Apr 4]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/237774358>
13. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews* [Internet]. 2004 May 1 [cited 2023 Apr 4];5(2):95–103. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-789X.2004.00131.x>
14. A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997 [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>
15. Lin MH, Yuan WL, Huang TC, Zhang HF, Mai JT, Wang JF. Clinical Effectiveness of Telemedicine for Chronic Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1136/jim-2016-000199> [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Apr 4];65(5):899–911. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1136/jim-2016-000199?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
16. Bohingamu Mudiyansele S, Stevens J, Watts JJ, Toscano J, Kotowicz MA, Steinfort CL, et al. Personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2023 Apr 4];25(6):343–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29793387/>
17. Bortolon CB, Moreira T de C, Signor L, Guahyba BL, Figueiró LR, Ferigolo M, et al. Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2017 Jan 28 [cited 2023 Apr 4];52(2):164–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27754731/>
18. Jackson SE, Garnett C, Shahab L, Oldham M, Brown J. Association of the COVID-19 lockdown with smoking, drinking and attempts to quit in England: an analysis of 2019–20 data. *Addiction* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Apr 4];116(5):1233–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.15295>
19. Eksperi T. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ, ÜRETİMİ, TİCARETİ VE TEMEL POLİTİKALARI Ankara Mustafa SEYDİOĞULLARI. 2009;
20. İzzettin Barış Y. TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ.

21. Gately I. La diva nicotina : the story of how tobacco seduced the world. 2002;403.
22. The tobacco atlas / Judith Mackay and Michael Eriksen [Internet]. [cited 2023 Apr 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42580>
23. Nikotin (Sigara) bağımlılığı | TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik>
24. Salgın T, Riskli Gruplar A, Bilir N. DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE TÜTÜN KULLANIMI EPİDEMİYOLOJİSİ.
25. Başol E. TÜTÜN TÜKETİMİNİN EKONOMİK ETKİLERİ VE TÜTÜN KONTROL POLİTİKALARI ÜZERİNE BİR İNCELEME. BJSS Balkan Journal of Social Sciences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;(7).
26. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43818>
27. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44616>
28. Editörler K, Kitapları T. TÜTÜN VE TÜTÜN KONTROLÜ Türk Toraks Derneği.
29. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5. .
30. ÇAKIT MO, ARSLAN İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 5];7(5):1–4. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-tutun-ve-tutun-kullanim-sekilleri-76795.html>
31. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Smoking Tobacco Use Prevalence 1990-2019 | GHDx [Internet]. [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-smoking-tobacco-use-prevalence-1990-2019>
32. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products [Internet]. [cited 2023 Apr 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
33. for Disease Control C. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016. 2016;
34. Drope J, Schluger NW. THE COMPANION VOLUME TO THE TOBACCOATLAS.ORG WEBSITE-NEWLY REVISED, EXPANDED AND UPDATED SIXTH EDITION. [cited 2023 Apr 10]; Available from: www.tobaccoatlas.org

35. Altan ONAT Yazarlar Altan ONAT E, Günay CAN D, YüKsEl H, ADEmOğlu E, ERGiNEl-üNAITuNA N, Ayşem KAYA D, et al. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük.
36. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. 2002;
37. Alavanja M, Baron JA, Brownson RC, Buffler PA, DeMarini DM, Djordjevic M V., et al. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum [Internet]. 2004 [cited 2023 Apr 10];83:1. Available from: /pmc/articles/PMC4781536/
38. DİLEKTAŞLI AG. Sigara Bağımlılığının Farmakolojik Tedavisi. Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları - Özel Konular [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 12];5(2):43–50. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-sigara-bagimliginin-farmakolojik-tedavisi-63206.html>
39. Kozlowski LT, Mehta NY, Sweeney CT, Schwartz SS, Vogler GP, Jarvis MJ, et al. Filter ventilation and nicotine content of tobacco in cigarettes from Canada, the United Kingdom, and the United States. Tob Control [Internet]. 1998 [cited 2023 Apr 12];7(4):369–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10093170/>
40. Benowitz NL, Jacob P, Fong I, Gupta S. Nicotine metabolic profile in man: comparison of cigarette smoking and transdermal nicotine. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. 1994;268(1).
41. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. 2005;
42. Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 Genetic Variation for Smoking Behaviors and Nicotine Dependence. Clin Pharmacol Ther [Internet]. 2005 Mar 1 [cited 2023 Apr 12];77(3):145–58. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.clpt.2004.10.011>
43. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. Respir Med [Internet]. 2005 Oct 1 [cited 2023 Apr 12];99(10):1303–10. Available from: <http://www.resmedjournal.com/article/S0954611104004676/fulltext>
44. Wise RA. The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. J Abnorm Psychol [Internet]. 1988 [cited 2023 Apr 12];97(2):118–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3290303/>
45. O’Brien CP. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. Am J Psychiatry [Internet]. 2005 Aug [cited 2023 Apr 12];162(8):1423–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16055763/>

46. Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2023 Apr 12];7(4):448–60. Available from: www.cappsy.org
47. Dilip Jeste P V, Jeffrey Lieberman PEA, David Fassler T, Rcxser Peele S, Speaker Scott Benson AR, elinda L Young SEM, et al. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5tm. 2012 [cited 2023 Apr 12]; Available from: www.psych.org
48. West R, Ussher M. Is the ten-item Questionnaire of Smoking Urges (QSU-brief) more sensitive to abstinence than shorter craving measures? Psychopharmacology (Berl) [Internet]. 2010 Feb 22 [cited 2023 Apr 13];208(3):427–32. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00213-009-1742-x>
49. May J, Andrade J, Kavanagh DJ, Feeney GFX, Gullo MJ, Statham DJ, et al. The Craving Experience Questionnaire: a brief, theory-based measure of consummatory desire and craving. Addiction [Internet]. 2014 May 1 [cited 2023 Apr 13];109(5):728–35. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12472>
50. Demirezen M, Kurçer M. Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15.
51. Kılıç S, Mevsim V, Tan MN. Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması [Internet]. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://toad.halileksi.net/olcek/aserme-yasanti-olcegi-ayo/>
52. The World health report : 2003 : shaping the future [Internet]. [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>
53. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ : British Medical Journal [Internet]. 1994 Oct 10 [cited 2023 Apr 16];309(6959):937. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541135/>
54. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med [Internet]. 2006 Nov [cited 2023 Apr 16];3(11):2011–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132052/>
55. Services USD of H and H, Prevention C for DC and, Promotion NC for CDP and H, Health O on S and. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. 2014 [cited 2023 Apr 16];1–36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>

56. Foster WM, Langenback EG, Bergofsky EH. Disassociation in the mucociliary function of central and peripheral airways of asymptomatic smokers. *Am Rev Respir Dis* [Internet]. 1985 [cited 2023 Apr 16];132(3):633–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2864009/>
57. Murin S, Bilello KS, Matthay R. OTHER SMOKING-AFFECTED PULMONARY DISEASES. *Clin Chest Med*. 2000 Mar 1;21(1):121–37.
58. Hasan SU. ATS statement--cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 1996 [cited 2023 Apr 17];154(5):1579–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8912785/>
59. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. *Am Rev Respir Dis* [Internet]. 1981 [cited 2023 Apr 16];123(2):149–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7235353/>
60. Department of Health U, Services H, for Disease Control C, Center for Chronic Disease Prevention N, Promotion H, on Smoking O. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General, 2020. 2020;
61. Benowitz NL. Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003 Jul 1;46(1):91–111.
62. Hasan SU. ATS statement--cigarette smoking and health. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.154.5.8912785>. 2012 Dec 20;154(5):1579–80.
63. Doll R, Hill AB. Smoking and Carcinoma of the Lung. *Br Med J* [Internet]. 1950 Sep 9 [cited 2023 Apr 17];2(4682):739. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038856/>
64. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 1999 Jul 21 [cited 2023 Apr 17];91(14):1194–210. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10413421/>
65. Jemal A, Thun MJ, Ries LAG, Howe HL, Weir HK, Center MM, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2008 Dec [cited 2023 Apr 17];100(23):1672–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19033571/>
66. Cigarette Smoking and Smoking Cessation | Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 5e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical [Internet]. [cited 2023 Apr 17]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=81188448&bookid=1344&resultclick=2>
67. Uncu G. Sigaranın fertilitite ve gebelik üzerine etkileri. *Sigara ve Sağlık*. Özyardımcı N, editor. 2002. 257–295 p.

68. Centers for Disease Control and Prevention (US), (US) NC for CDP and HP, (US) O on S and H. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General [Internet]. 2010 [cited 2023 Apr 17];792. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
69. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol [Internet]. 2009 [cited 2023 Apr 17];49:57–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18834313/>
70. Chu KM, H. Cho C, Y. Shin V. Nicotine and Gastrointestinal Disorders: Its Role in Ulceration and Cancer Development. Curr Pharm Des. 2013 Feb 19;19(1):5–10.
71. Smoking and risk of rheumatoid arthritis - PubMed [Internet]. [cited 2023 Apr 17]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8308766/>
72. (US) O on S and H. Women and Smoking. Maternal smoking at time of delivery [Internet]. 2001 [cited 2023 Apr 17]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44303/>
73. Tobacco Atlas - 3rd Edition | WHO | Regional Office for Africa [Internet]. [cited 2023 Apr 17]. Available from: <https://www.afro.who.int/publications/tobacco-atlas-3rd-edition>
74. The Health Benefits of Smoking Cessation - Smoking Cessation - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2023 Apr 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555590/>
75. Centers for Disease Control and Prevention (US), U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Publications and Reports of the Surgeon General [Internet]. 2006 [cited 2023 Apr 17];727. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/>
76. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. Solunum Sistemi ve Hastalıkları. 2010.
77. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest [Internet]. 2002 Mar 1 [cited 2023 Apr 18];121(3):932–41. Available from: <http://journal.chestnet.org/article/S0012369216447306/fulltext>
78. WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL. [cited 2023 Apr 18]; Available from: www.who.int/fctc

79. Sun X, Prochaska JO, Velicer WF, Laforge RG. Transtheoretical Principles and Processes for Quitting Smoking: A 24-Month Comparison of a Representative Sample of Quitters, Relapsers, and Non-Quitters. *Addictive behaviors* [Internet]. 2007 Dec [cited 2023 Apr 19];32(12):2707. Available from: /pmc/articles/PMC2080834/
80. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19(3):276–88.
81. Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. 2008 [cited 2023 Apr 19]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
82. Kontrolü T, Grubu Ç. Türk Toraks Derneği SİĞARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU. [cited 2023 Apr 19]; Available from: www.toraks.org.tr
83. Textbook of Family Medicine E-Book - Robert E. Rakel - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Apr 18]. Available from: https://books.google.com.tr/books/about/Textbook_of_Family_Medicine_E_Book.html?id=ntcoDwAAQBAJ&redir_esc=y
84. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995;23(4):325–34.
85. Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational interviewing and self-determination theory. *J Soc Clin Psychol*. 2005 Sep;24(6):811–31.
86. Miller WR (William R, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991. 348 p.
87. Apodaca TR, Abrantes AM, Strong DR, Ramsey SE, Brown RA. Readiness to Change Smoking Behavior in Adolescents with Psychiatric Disorders. 2007;
88. Freyer-Adam J, Coder B, Baumeister SE, Bischof G, Riedel J, Paatsch K, et al. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Mar 1;93(3):233–43.
89. Mengel M, Schwiebert L. *Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma*. Fifth Edition. Aydoğan Ü, Sağlam K, editors. 2013.
90. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine Replacement Therapy: An Overview. *Int J Health Sci (Qassim)* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Apr 19];10(3):425. Available from: /pmc/articles/PMC5003586/

91. DeVeugh-Geiss AM, Chen LH, Kotler ML, Ramsay LR, Durcan MJ. Pharmacokinetic comparison of two nicotine transdermal systems, a 21-mg/24-hour patch and a 25-mg/16-hour patch: A randomized, open-label, single-dose, two-way crossover study in adult smokers. Clin Ther [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2023 Apr 20];32(6):1140–8. Available from: <http://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149291810001992/fulltext>
92. Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. Drug Alcohol Rev [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2023 Apr 20];22(2):203–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/09595230100100642>
93. Doğan YH. Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü. TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ. 9(1):32–6.
94. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained-release bupropion in the management of smoking cessation. Drugs [Internet]. 2002 Oct 15 [cited 2023 Apr 20];62(SUPPL. 2):45–52. Available from: <https://link.springer.com/article/10.2165/00003495-200262002-00005>
95. Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. Br J Clin Pharmacol [Internet]. 2014 Feb [cited 2023 Apr 20];77(2):324. Available from: </pmc/articles/PMC4014023/>
96. Want to Quit Smoking? FDA-Approved and FDA-Cleared Cessation Products Can Help | FDA [Internet]. [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/want-quit-smoking-fda-approved-and-fda-cleared-cessation-products-can-help>
97. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El kitabı [Internet]. [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,44319/madde-bagimlilik-tani-ve-tedavi-kilavuzu-el-kitabi.html>
98. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Factors affecting the success of smoking cessation. Turk Toraks Dergisi [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 20];14(3):81–7. Available from: <http://turkthoracj.org/en/factors-affecting-the-success-of-smoking-cessation-13326>
99. Compliance to Treatment in Depressive Patients: A Naturalistic Follow-up Study.
100. Adherence to long-term therapies : evidence for action [Internet]. 2003 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
101. Hays JT, Leischow SJ, Lawrence D, Lee TC. Adherence to treatment for tobacco dependence: association with smoking abstinence and predictors of adherence. Nicotine Tob Res [Internet]. 2010

May 10 [cited 2023 Apr 21];12(6):574–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20457644/>

102. Balmford J, Borland R, Hammond D, Cummings KM. Adherence to and reasons for premature discontinuation from stop-smoking medications: data from the ITC Four-Country Survey. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2023 Apr 21];13(2):94–102. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21147894/>
103. Deschamps AE, De Geest S, Vandamme AM, Bobbaers H, Peetermans WE, Wijngaerden E Van. Diagnostic value of different adherence measures using electronic monitoring and virologic failure as reference standards. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2023 Apr 21];22(9):735–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18754705/>
104. Miller LG, Hays RD. Measuring adherence to antiretroviral medications in clinical trials. *HIV Clin Trials* [Internet]. 2000 [cited 2023 Apr 21];1(1):36–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11590488/>
105. Gross R, Yip B, Lo Re V, Wood E, Alexander CS, Harrigan PR, et al. A Simple, Dynamic Measure of Antiretroviral Therapy Adherence Predicts Failure to Maintain HIV-1 Suppression. *J Infect Dis* [Internet]. 2006 Oct 15 [cited 2023 Apr 21];194(8):1108–14. Available from: <https://academic.oup.com/jid/article/194/8/1108/870673>
106. Chan AHY, Horne R, Hankins M, Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Apr 21];86(7):1281–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31823381/>
107. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* [Internet]. 2008 May [cited 2023 Apr 21];10(5):348–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18453793/>
108. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2023 Apr 21];56(6):520–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12873646/>
109. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* [Internet]. 1983 [cited 2023 Apr 21];13(1):177–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6133297/>

110. Telemedicine: Opportunities and developments in Member State | WHO | Regional Office for Africa [Internet]. [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.afro.who.int/publications/telemedicine-opportunities-and-developments-member-state>
111. KORKMAZ Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi S, Üniversitesi G. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TELE-TIP UYGULAMALARI: TELE-TIP UYGULAMA BOYUTLARINI İÇEREN BİR ARAŞTIRMA TELEMEDICINE APPLICATIONS IN HEALTH SECTOR: A RESEARCH IN VOLVING TELEMEDICINE APPLICATION DIMENSIONS İsmihan HOŞMAN. 2018 [cited 2023 Apr 21];4(3):251–63. Available from: www.timurbeyan.files.wordpress.com/2013/11/yazc4b1_2005-
112. Bove AA, Homko CJ, Santamore WP, Kashem M, Kerper M, Elliott DJ. Managing hypertension in urban underserved subjects using telemedicine--a clinical trial. Am Heart J [Internet]. 2013 Apr [cited 2023 Apr 21];165(4):615–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23537980/>
113. Rahi S, Khan MM, Alghizzawi M. Factors influencing the adoption of telemedicine health services during COVID-19 pandemic crisis: an integrative research model. <https://doi.org/10.1080/1751757520201850872> [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 21];15(6):769–93. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17517575.2020.1850872>
114. Latifi R, Doarn CR. Perspective on COVID-19: Finally, Telemedicine at Center Stage. Telemed J E Health [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2023 Apr 21];26(9):1106–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32408804/>
115. CMAG CASE MANAGEMENT ADHERENCE GUIDELINES Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies. 2006;
116. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. The Journal of Turkish Family Physician [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 21];3(4):343–54. Available from: <https://desytamara.blogspot.com/2017/11/sistem-pelayanan-perpustakaan-dan-jenis.html>
117. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care [Internet]. 1986 [cited 2023 Apr 21];24(1):67–74. Available from: https://www.researchgate.net/publication/19217072_Concurrent_and_Predictive-Validity_of_A_Self-Reported_Measure_of_Medication_Adherence

118. Rutledge CM, Kott K, Schweickert PA, Poston R, Fowler C, Haney TS. Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 17];8:399. Available from: [/pmc/articles/PMC5498674/](#)
119. Virtual Risk:An Overview of Telehea From a Risk Management Perspective [Internet]. [cited 2023 Jun 17]. Available from: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:uXjXOwh77sYJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1&scioq=Virtual+Risk:+an+overview+of+telehealth+from+a+risk+management+perspective
120. Merianos AL, Fevrier B, Mahabee-Gittens EM. Telemedicine for Tobacco Cessation and Prevention to Combat COVID-19 Morbidity and Mortality in Rural Areas. *Front Public Health* [Internet]. 2020 Jan 18 [cited 2023 Jun 17];8:598905. Available from: [/pmc/articles/PMC7848166/](#)
121. Yip MP, Chang AM, Chan J, Mackenzie AE. Development of the Telemedicine Satisfaction Questionnaire to evaluate patient satisfaction with telemedicine: a preliminary study. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2003 [cited 2023 Jun 18];9(1):46–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12641893/>
122. Ozden F, Özkeskin M, Sari Z, Ekmekçi Ö, Yüceyar N. The reliability and validity of the Turkish version of the telehealth usability questionnaire and the telemedicine satisfaction questionnaire in patients with multiple sclerosis. *Neurological Sciences and Neurophysiology* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Jun 18];38(3):173. Available from: <http://www.nsnjournal.org/article.asp?issn=2636-865X;year=2021;volume=38;issue=3;spage=173;epage=179;aulast=Ozden>
123. HEATHERTON TF, KOZLOWSKI LT, FRECKER RC, FAGERSTROM K -O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* [Internet]. 1991 [cited 2023 Jun 19];86(9):1119–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1932883/>
124. UYSAL Ö, KADAKAL F, UYSAL MA, BAYRAM NG, YILMAZ V, KARŞIDAĞ Ç. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* [Internet]. 2004 [cited 2023 Jun 19];52(2):115–21. Available from: <http://search/yayin/detay/188>
125. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1983 [cited 2023 Jun 19];67(6):361–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/>
126. (PDF) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/301778685_Hastane_Anksiyete_ve_Depresyon_Olcegi_T

urkce_Formunun_Gecerlilik_ve_Guvenilirlik_Calismasi_Reliability_and_Validity_of_the_Turkish_version_of_Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale

127. Kato A, Tanigawa T, Satake K, Nomura A. Efficacy of the Ascure Smoking Cessation Program: Retrospective Study. JMIR Mhealth Uhealth [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Jun 19];8(5). Available from: [/pmc/articles/PMC7256743/](#)
128. Calhoun PS, Datta S, Olsen M, Smith VA, Moore SD, Hair LP, et al. Comparative Effectiveness of an Internet-Based Smoking Cessation Intervention versus Clinic-Based Specialty Care for Veterans. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2023 Jun 19];69:19. Available from: [/pmc/articles/PMC5040120/](#)
129. Westra I, Niessen FB. Implementing Real-Time Video Consultation in Plastic Surgery. Aesthetic Plast Surg [Internet]. 2015 Oct 13 [cited 2023 Jul 12];39(5):783–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26169952/>
130. Tindall LR, Huebner RA, Stemple JC, Kleinert HL. Videophone-Delivered Voice Therapy: A Comparative Analysis of Outcomes to Traditional Delivery for Adults with Parkinson’s Disease. <https://home.liebertpub.com/tmj> [Internet]. 2009 Mar 5 [cited 2023 Jul 12];14(10):1070–7. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2008.0040>
131. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: Doğal izlem çalışması - Osman ÖRSEL, Sibel ÖRSEL, Sibel ALPAR, Nazire UÇAR, Tuğrul ŞİPİT, Bahar KURT | Asos İndeks [Internet]. [cited 2023 Jul 12]. Available from: <https://asosindex.com.tr/index.jsp?modul=articles-page&journal-id=1791&article-id=300090>
132. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kiliç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Factors affecting the success of smoking cessation. Turk Toraks Dergisi [Internet]. 2013 [cited 2023 Jul 12];14(3):81–7. Available from: <http://thoracrespract.org/en/factors-affecting-the-success-of-smoking-cessation-13326>
133. SAĞLAM L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci [Internet]. 2012 [cited 2023 Jul 12];42(3):515–22. Available from: <http://search.yayin/detay/141977>
134. Sigarayı Bırakmada Ruhsal Etkenlerin Etkisi E Kaya, AE Danacı, A Şakar, A Yorgancıoğlu Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6(4):245-250

135. Chatkin JM, De Abreu CM, Haggstr m FM, Wagner MB, Fritscher CC. Abstinence rates and predictors of outcome for smoking cessation: Do Brazilian smokers need special strategies? *Addiction*. 2004 Jun;99(6):778–84.
136. KILIN  O,  AHBAZ S, CEYLAN E, G NAY T. Sigara i me ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonu larına etkileri. *Toraks Dergisi* [Internet]. 2007 [cited 2023 Jul 12];8(2):110–4. Available from: <http://search/yayin/detay/73211>
137. BERKE O LU  ,  ZG R ES, DEM R AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sa lık Bilimleri Dergisi* [Internet]. 2018 Dec 25 [cited 2023 Jul 12];11(3):355–65. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mersinsbd/issue/41117/473902>
138. Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA* [Internet]. 2014 Jan 8 [cited 2023 Jul 12];311(2):193–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24399558/>
139. S zen A. S GARA BIRAKMA POL KL N KLER NE BA VURARAK S GARAYI B R YIL veya DAHA UZUN SÜRE BIRAKMIŞ B REYLER N YEN DEN S GARAYA BA LAMA SIKLIĞI ve  L  K L  FAKTÖRLER. 2022.
140. Bingham JM, Black M, Anderson EJ, Li Y, Toselli N, Fox S, et al. Impact of Telehealth Interventions on Medication Adherence for Patients With Type 2 Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia: A Systematic Review. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Jul 12];55(5):637–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32815400/>

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

Karar No:2021/19-13		Tarih:23.06.2021		
KARAR BİLGİLERİ Prof.Dr. Vildan Mevsim'in sorumlusu olduğu "Sigara Bırakma Tedavisinde Telekonsültasyon ile Yapılan Danışmanlığın Sigara Bırakma Başarısı Üzerindeki Etkisi: Randomize Kontrollü Deney" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili mi?
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐ H ☒
Prof.Dr. Emel Çalışkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐ H ☒
Prof.Dr. Suna Aslısoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

*Dokuz Eylül Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Başvuru Formu*

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim elemanlarından Prof.Dr. Vildan MEVSİM'in sorumluluğunda 'Sigara Bırakma Tedavisinde Telekonsültasyon ile Yapılan Danışmanlığın Sigara Bırakma Başarısı Üzerindeki Etkisi: randomize kontrollü deney' isimli Dr. Hasan Semih DOĞAN'ın uzmanlık tez çalışması yürütülmektedir.

Çalışmamızda Sigara Bırakma Tedavisinde Telekonsültasyon ile Yapılan Danışmanlığın Sigara Bırakma Başarısı Üzerindeki Etkisinin değerlendirilmesi sağlanıp, sigara bırakma tedavisinde web tabanlı video görüntülü danışmanlığın etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Bu araştırmada, çalışmaya katılmaya gönüllü, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Tedavisi Polikliniği'ne başvuran, 18-55 yaş arası hastalara kimlik bilgileri kullanılmadan sosyodemografik özellikleri içeren 'Sosyodemografik Veri Formu', Aşerme Yaşantı Ölçeği, Türkçe 'Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği', Sigara Bırakma Tedavisi İzlem Görüşmesi Formu uygulanacaktır. Araştırmamızın sonuçları bilimsel amaçlar dışında kimseyle paylaşılmayacak ve kullanılmayacaktır. Çalışmada kimlik bilgileri verilmeyecek, verilmişse de kimse ile paylaşılmayacaktır. Vücut bütünlüğünü bozan herhangi bir tıbbi girişim uygulanmayacaktır. Herhangi bir ilaç verilmeyecek ve çalışma boyunca herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Vildan MEVSİM'in sorumluluğunda yürütülen Dr. Hasan Semih DOĞAN'ın uzmanlık tezi 'Sigara Bırakma Tedavisinde Telekonsültasyon ile Yapılan Danışmanlığın Sigara Bırakma Başarısı Üzerindeki Etkisi: randomize kontrollü deney' isimli araştırma hakkında bilgilendirildim.

Araştırmada herhangi bir ilaç verilmeyeceği, herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulmayacağı tarafıma anlatıldı, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlar dışında kimseyle paylaşılmayacağı ve kullanılmayacağı konusunda bilgilendirildim. Çalışma boyunca benden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmada kimlik bilgilerim kullanılmayacaktır. Verilerin bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmasına onay veriyorum.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Dr. Hasan Semih DOĞAN

Tel:

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı

Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

EK 3. AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ POLİKLİNİĞİ İZİN BELGESİ



T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



BİRİM / BÖLÜM : Aile Hekimliği Anabilim Dalı
SAYI : 79371373/ 97
KONU : Tez Çalışman HK.

09 / 06 / 2021

İZMİR

Sayın Prof. Dr. Vildan MEVSİM,

DEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Öğretim Üyesi

Danışmanlığınızda Dr. Hasan Semih DOĞAN'ın yürüttüğü "Sigara Bırakma Tedavisinde Telekonsültasyon İle Yapılan Danışmanlığın Sigara Bırakma Başarısı Üzerindeki Etkisi" isimli tez çalışmasının, Anabilim Dalımız Sigara Bırakma Tedavisi polikliniği'ne başvuran hastalarda gönüllülük esasına göre yürütülmesi uygundur.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nilgün OZÇAKAR
Aile Hekimliği AD. Bşk.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi / Inciraltı 35340 - İZMİR Tel: 0 232 412 49 51 Fax: 0 232 412 49 59 E-posta: nilgun.ozcakar@deu.edu.tr
Birim sorumlusu: Prof. Dr. Nilgün OZÇAKAR (412 49 51)
Düzenleyen: Züleyha DİNÇER

İzmir

EK 4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih: .../.../...

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

1. Yaşınız	
2. Cinsiyetiniz	☐ Erkek ☐ Kadın
3. Medeni Durumunuz	☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Dul
4. Eğitim Durumunuz	☐ Okur yazar değil ☐ Okur yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
6. Başvuru	☐ Doktor önerisi ile ☐ Kendi isteği ile ☐ Diğer
7. Sigaraya kaç yaşında başladınız?	
8. Sigara içme miktarında yıllar içinde olan değişiklikler	☐ Değişmedi ☐ Arttı ☐ Azaldı
9. Şu anda günde içtiği sigara miktarı	
10. Sigara tüketimi (paket yılı)	
11. Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü?	☐ Evet ☐ Hayır
12. Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?	☐ Evet ☐ Hayır

EK 5. TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ

Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	☐ Evet ☐ Hayır
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	☐ Evet ☐ Hayır
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	☐ Evet ☐ Hayır
5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır

EK 6. AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ

Aşerme Yaşantı Ölçeği

AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ

Tarih: ____/____/____ # _____ CEQ-11

Sigara içmeyi

Son içinde en çok istediğiniz zamanı düşünün ve

Size en yakın değerlendirme için ilgili kutucuğu işaretleyiniz.

Tam o an.....

...onu ne kadar istediniz?

Hiç ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Aşırı derecede

...ona ne kadar ihtiyacınız vardı?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

...onu kullanma isteğiniz ne kadar güçlüydü?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

Tam o anda, ne kadar canlı bir şekilde.....

...zihninizde canlandırdınız?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

...tadını hayal ettiniz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

...kokusunu hayal ettiniz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

...ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

Tam o anda.....

...onu düşünmemeye çabalamak ne kadar zordu?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

...düşünceler ne kadar ısrarcıydı?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

...başka şeyler düşünmek ne kadar zordu?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Aşırı derecede

Şimdi sizden birkaç benzer soruya cevap vermenizi istiyoruz, ancak bu sefer lütfen geçmiş da/de bunların ne sıklıkla olduğunu düşünerek cevaplayınız.

Son da/de, ne sıklıkla

... istediniz?

Hiç ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Sık sık

... ihtiyacı duyduunuz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

...onu kullanma isteğiniz güçlüydü?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

... zihninizde canlandırdınız?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

... tadını hayal ettiniz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

... kokusunu hayal ettiniz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

... ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

Son da/de, ne sıklıkla

...onu düşünmemeye çabaladınız?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

... düşünceler ısrarcıydı?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

... başka şeyler düşünmek zordu?

Hiç ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sık sık

EK 7. SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ İZLEM GÖRÜŞMESİ FORMU

SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ İZLEM GÖRÜŞMESİ FORMU

Tarih: Kaçınıcı izlem: ☐ 1. Müdahale Grubu ☐ 2. Kontrol Grubu

Adı Soyadı:	
1. "Sigara bırakma günü" tarihi:	8. İlaça bağlı şikayetleri neler? ☐ 1. Şikayeti YOK ☐ 2. Uykusuzluk ☐ 3. Kabızlık ☐ 4. Baş dönmesi ☐ 5. Kulak çınlaması ☐ 6. Diğer
2. Sigarayı bıraktığı tarih:	9. Sigara içme isteği hangi durumlarda geliyor?
3. Kaç gündür sigara içmiyor?	
4. Belirlenen "Sigara Bırakma Günü"nden beri içilen sigara miktarı kaç adet?	
5. Fiziksel ve psikolojik şikayetleri var mı? Neler yaşıyor? (birden çok işaretlenebilir) ☐ 1. Şikayeti YOK. ☐ 2. Akut/denetim altına alınamayan sigara içme ihtiyacı/isteği ☐ 3. İritabilite/asabiyet ☐ 4. Huzursuzluk/öfke/anksiyete duyguları ☐ 5. Yorgunluk ☐ 6. İştah artışı ve kilo alma ☐ 7. Konsantrasyon ve odaklanma güçlüğü ☐ 8. Depresyon ☐ 9. Kalp hızında azalma ☐ 10. Baş ağrısı ☐ 11. Uykusuzluk ☐ 12. Sersemlik ☐ 13. Diğer	10. Bu durumlarda ne yapıyor?
6. İlaçı düzenli kullanmış mı?	11. Sigarayı içme isteğini oluşturabilen hangi durumları değiştirmiş?
7. Günde kaç tane kullanıyor?	
12. Aldığı tedavi hizmetinden memnun mu? ☐ 1. Çok memnun ☐ 2. Memnun ☐ 3. Orta düzeyde memnun ☐ 4. Memnun değil ☐ 5. Hiç memnun değil	

EK 8. TELETIP MEMNUNİYET ANKETİ

TELETIP MEMNUNİYET ANKETİ (TMA)

Aşağıdaki ifadelerle katılıp katılmadığınızı 1'den 5'e kadar rakam ile ifade ediniz. Örneğin 1 rakamı ifadeye hiç katılmadığınızı gösterirken, 5 rakamı en çok katıldığınızı gösterir.

1-Klinisyenimle kolayca konuşabilirim.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

2-Klinisyenimi net bir şekilde duyabilirim.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

3-Klinisyenim sağlık durumumu anlayabilir.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

4-Klinisyenimi, yüz yüze tanışmışız gibi görebiliyorum.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

5-Teletip hizmetini kullanırken yardıma ihtiyacım yoktur.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

6-Klinisyenimle iletişim kurarken kendimi rahat hissediyorum.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

7-Teletip yoluyla sağlanan sağlık hizmetinin uygun olduğunu düşünüyorum.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

8-Teletip kullanarak sağlık hizmetlerine daha iyi erişirim.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

9-Telesağlık hizmetleri, bir hastaneye veya özel kliniğe ulaşım gerektirmedikinden dolayı zaman tasarrufu sağlamaktadır.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

10-Teletip hizmeti üzerinden yeterince ilgi görüyorum.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

11-Teletip sağlık hizmeti ihtiyacımı karşılıyor.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

12-Teletip hizmetlerini, sağlık hizmetlerine ulaşmanın kabul edilebilir bir yolu olarak görüyorum.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

13-Teletip hizmetlerini tekrar kullanacağım.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

14-Genel olarak, teletip aracılığıyla sağlanan hizmetin kalitesinden memnunum.

Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Katılıyorum

Teletip Memnuniyet Anketi (TMA) © 2021 by Öğr. Gör. Fatih Özden, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Özkeskin is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Teletip Memnuniyet Anketi (TMA) © 2021 by Öğr. Gör. Fatih Özden, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Özkeskin is licensed under CC BY-NC-ND



EK 9. FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ (FNBT)

Fagerstrom Testi

1. Günde kaç sigara içiyorsunuz?	
☐ 10 taneden az 0 puan	☐ 11-20 1 puan ☐ 21-30 2 puan ☐ 31 ve daha fazla 3 puan
2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?	
İlk 5 dakika içerisinde ☐ 3 puan	31 – 60 dakika içinde ☐ 1 puan
6-30 dakika içerisinde ☐ 2 puan	1 saatten sonra ☐ 0 puan
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	
Evet 1 puan	☐ Hayır 0 puan
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?	
☐ Sabah içilen ilk sigara 1 puan	☐ Diğerleri 0 puan
5. Sigarayı günün ilk saatlerinde , daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?	
☐ Evet 1 puan	☐ Hayır 0 puan
6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız , yine de sigara içer misiniz?	
☐ Evet 1 puan	☐ Hayır 0 puan
Toplam bağımlılık puanı: Değerlendirme	
☐ 0-2 çok düşük	☐ 3-4 düşük ☐ 5 orta düzeyde ☐ 6-7 yüksek ☐ 8-10 çok yüksek

EK 10. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek