



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SİGARA BIRAKMA YORGUNLUK ÖLÇEĞİ İLE NİKOTİN
BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şüheda GÜL

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SİGARA BIRAKMA YORGUNLUK ÖLÇEĞİ İLE NİKOTİN
BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Şüheda GÜL

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

Bursa-2021

İÇİNDEKİLER

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sigaranın Tarihçesi	5
2.2. Sigaranın Epidemiyolojisi	6
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolü	8
2.3.1. Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları	8
2.3.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları.....	8
2.4. Sigaranın Sağlığa Etkileri	9
2.5. Sigara Bağımlılığı	11
2.6. Pasif Maruziyet.....	15
2.7. Sigara Bırakma Tedavileri	15
2.7.1. Sigara Bırakmaya Yaklaşım	15
2.7.2. Tedaviler	16
2.7.2.1. Davranışsal Yöntemler.....	16
2.7.2.2. Nikotin Replasman Tedavisi.....	17
2.7.2.2.1. Transdermal Bantlar	18
2.7.2.2.2. Nikotin Sakızları.....	18
2.7.2.2.3. Nikotin İnhaler.....	19

2.7.2.2.4. Nikotin Nazal Sprey	19
2.7.2.3. Bupropion.....	19
2.7.2.4. Vareniklin	20
2.7.2.5. Nortriptilin.....	22
2.7.2.6. Klonidin	22
2.8. Tedavi Hedefleri	23
2.9. Aile Hekimlerinin Tütün ile Mücadeledeki Rolü	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Özellikleri	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırma Grubu.....	25
3.4. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5. Sosyodemografik Form	26
3.6. Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği (SBYÖ).....	26
3.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	27
3.8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT).....	28
3.9. Verilerin Toplanması	28
3.10. Verilerin Analizi.....	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	30
4.2. Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri.....	32
4.3. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu ve Etkileyen Faktörler	35
4.4. Sigara Bırakma Durumuna Göre Verilerin Değerlendirilmesi	36
4.5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sigara Bırakma Arasındaki İlişki	39

4.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Sigara Bırakma Arasındaki İlişki	39
4.7. Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği ve Sigara Bırakma Durumu Arasındaki İlişki.....	40
4.8. Korelasyon Analizi	40
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER	63
EK-1: Etik Kurul Onayı.	63
EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.	66
EK-3: Anket Formu.....	67
9. TEŞEKKÜR	76
10. ÖZGEÇMİŞ	77

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo-1: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	14
Tablo-2: Sosyodemografik Veriler.....	31
Tablo-3: Sigara Kullanım Özellikleri.....	32
Tablo-4: Sigaraya Başlama Nedenleri	33
Tablo-5: Sigara Bırakma İsteme Nedenleri.....	34
Tablo-6: 3. Aydaki Sigara Bırakma Durumu	35
Tablo-7: 6. Aydaki Sigara Bırakma Durumu	35
Tablo-8: Sigara Bırakma Durumu ve Sigara Bırakma Denemesi.....	37
Tablo-9: Bırakma Yöntemine Göre 3. Aydaki Bırakma Durumu	38
Tablo-10: Bırakma Yöntemine Göre 6. Aydaki Bırakma Durumu	38
Tablo-11: Ölçek Skorları	41

ÖZET

Sigara tüm dünyada önlenabilir morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir. Sigara bırakma sürecindeki hastalara yardımcı olmak amacıyla birçok yöntem geliştirilmiştir. Çalışmamızda, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile sigara bırakma durumları ve bunları etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

Çalışma tek merkezli, kesitsel ve yüz yüze anket yöntemi ile yürütülmüş olup, Eylül 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakma amacıyla başvuran 18 yaş ve üzeri gönüllüler dahil edilmiştir. Araştırmada sosyodemografik bilgi formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği (SBYÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışma grubunun yaşları 20 ile 75 arasında değişmekte olup, 119'u (%33,2) kadın, 239'u (%66,8) erkek olmak üzere toplam 358 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanlardan 150 kişi (%44,9) üçüncü ayda sigarayı bırakmış, 131 kişi (%39,5) altıncı ayda sigarayı bırakmıştır. Katılımcıların sigara bırakma durumları ile daha önce sigara bırakma denemesi, aylık sigaraya harcadığı ortalama gider, sigarayı ilk kez deneme yaşı arasında ilişki bulunmuştur. HAD anksiyete ve depresyon skorları ile bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. SBYÖ duygusallık alt boyutu ile HAD depresyon ve anksiyete skoru arasında korelasyon saptanmıştır.

Bırakma yorgunluğu, stres ve bırakma durumu arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Sigara bırakma tedavisinde hastayı bütüncül değerlendirmek, kişiye özel motivasyonel görüşme ve tedavi yöntemi seçmek bırakma başarısını arttırmak için çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği, sigara bırakma tedavisi.

SUMMARY

EVALUATION OF NICOTINE ADDICTION WITH THE SMOKING CESSATION FATIGUE SCALE

Smoking is one of the most important causes of preventable morbidity and mortality worldwide. A wide range methods have been developed to assist patients in the smoking cessation process. In our study, we aimed to investigate the smoking cessation status of the patients who applied to Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Family Practice Outpatient Clinic for Smoking Cessation, and the factors affecting them using the Smoking Cessation Fatigue Scale.

The study was conducted with a concentric, cross-sectional and face-to-face survey method, and volunteers aged 18 and over who applied to Bursa Uludağ University Faculty of Medicine Family Medicine Smoking Cessation Polyclinic between September 2020 and February 2021 were included. Sociodemographic information form, Fagerström Nicotine Dependence Test, Smoking Cessation Fatigue Scale and HAD Scale were used in the study.

The age of the study group varies between 20 and 75 and consists of a total of 358 people, 119 of them (33.2%) are women and 239 of them (66.8%) are men. 150 people (44.9%) who participated in the study quit smoking in the third month, and 131 people (39.5%) quit smoking in the sixth month. A relationship was found between the smoking cessation status of the participants, their previous attempts to quit smoking, the average monthly expenditure on cigarettes, and the age at which they first tried smoking. A significant correlation was found between HAD anxiety and depression scores and quitting status. A correlation was determined between the emotionality sub-dimension of the SCFS (Smoking Cessation Fatigue Scale) and HAD depression and anxiety scores.

Further studies are required to comprehend the relationship between smoking cessation fatigue, stress, and quitting status. In the treatment of smoking cessation, it is very important to evaluate the patient in a holistic manner, to choose a personalized motivational interview and treatment method to increase the success of quitting.

Keywords: Smoking Cessation Fatigue Scale, smoking cessation treatment.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigarayı dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak gördüğünü ifade etmiştir (1). Sigara içmek dünya çapında morbidite ve mortalite için önde gelen risk faktörlerinden biridir (2). Tütün, tam olarak üreticilerin amaçladığı şekilde kullanıldığında birçok kullanıcısını öldüren yasal bir uyuşturucudur (3). Sigaraya başlamanın cesaretini kırmak, sigarayı bırakmayı teşvik etmek ve bireylerin sigaradan uzak kalmalarına yardımcı olan faktörleri keşfetmek toplumun geneli için büyük önem arz etmektedir (4).

Sigara içmek vücudun hemen hemen her organına zarar verir ve kalp hastalığı, felç ve birçok kanser türü dahil olmak üzere sağlık açısından olumsuz sonuçlara neden olur (5). Klinik olarak, tütün içimi koroner kalp hastalığı (KKH) (miyokard enfarktüsü ve ani ölüm dahil), serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalığı ve abdominal aort anevrizması riskini artırır (6). Sigaraya bağlı ölümlerde düşüş olması, sigara içme oranlarının daha da azaltılmasıyla sağlanabilir. Akciğer kanseri ve KOAH gibi önde gelen ölüm nedenleri, sigara içme prevalansı önemli ölçüde azalırsa, gelecek nesillerde nispeten nadir hale gelebilir (7). Tütün ürünlerinin kardiyovasküler hastalıklara, kansere veya solunum hastalığına neden olan etkileri bileşenlerine ve dozlarına bakarak değerlendirilemez veya tahmin edilemez (8). Sigarayı bırakmak aynı zamanda sigaranın neden olduğu durumların birçoğu için hastalığın ilerlemesinde önemli gelişmeler sağladığından, sigara bağımlılığının tedavisi, sigaranın neden olduğu tüm hastalıkların yönetiminde anahtar bir bileşen olmalıdır (9).

İçinde bulunduğumuz pandemi ile birlikte sigarayı bırakmak daha da önem kazanmıştır. COVID-19 pandemisi fiziksel aktivite, sigara, alkol kullanımı ve uyku gibi sağlık davranışlarında olumsuz değişikliklere neden olabilir. COVID-19 akut bir solunum yolu hastalığı olduğundan, pandemi sırasında

tütün kullanımının başlaması veya devam etmesi, virüsle enfekte olanlar için sonuçların kötüleşmesine neden olabilir (10). Sigara, COVID-19 hastalığının şiddetinin hemen hemen değiştirilebilir tek risk faktörüdür. Sigara içenler viral enfeksiyonlara ve akciğer hastalıklarına karşı daha savunmasız olduklarından ve ayrıca COVID-19 ile hastaneye kaldırıldıklarında sigara içmeyenlere göre daha kötü sonuçlara sahip oldukları için sigara bırakma kampanyaları önemlidir (11). Hem tütün hem de COVID-19 enfeksiyonu akciğer hasarı, bağışıklık düzensizliği, pıhtılaşma bozukluğu ve kardiyomiyopatiye katkıda bulunur. Bu dönemde tütün tedavisinin daha da önemli olduğu ve yeni sağlık hizmetleri ortamına uyarlanması gerektiği düşünülmektedir (12).

Dünya çapında 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1,1 milyar sigara içicisi (Dünya nüfusunun %21'i) var. Dünya Sağlık Örgütleri'nin (WHO) son verileri, son yirmi yılda küresel tütün kullanımının önemli ölçüde azaldığını göstermektedir, bu da büyük ölçüde sigara içen kadın sayısının azalmasından kaynaklanmaktadır (13). Sigaranın zararlarına dair nedensel kanıtlar ve etkili tütün kontrol programları ve politikalarını tanımlamak ve uygulamak için on yıllardır süren araştırma ve çalışmalar, sigara içiminin azaltılmasına katkıda bulunmuştur (14).

Türkiye'de ölümlerin yaklaşık dörtte biri sigaraya bağlı gelişen hastalıklar sonucunda görülmektedir. Kullanım sıklığı kişilerin eğitim düzeyine, mesleğe, sosyoekonomik seviyeye göre değişmektedir (15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üzerinde tütün kullanım oranı erkeklerde %44,1, kadınlarda %19,2 iken bu oran tüm cinsiyetlerde ortalama %31,6'dır (16). Ülkemizde tütünle mücadele kapsamında Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 yayınlanmıştır (17).

Dünya'da Sigara içme prevalansı azalırken, puro veya diğer tütün ürünlerinin ve e-sigara kullanımının arttığı görülmüştür (18). E-sigara ve nargile gibi diğer alternatif nikotin ve tütün ürünleri, genç yetişkinler için giderek daha çekici hale gelmiştir. Müdahaleler yalnızca geleneksel sigaralara odaklanmamalı, aynı zamanda halkın tütün kullanımının iyi bilinen olumsuz sağlık sonuçları olduğunu anlamasına yardımcı olmak için diğer tütün yöntemlerini de içermelidir (19).

Sigara içmek, bırakılması zor bir alışkanlıktır çünkü nikotin yüksek oranda bağımlılık yapar ve sigara içme davranışı birden fazla günlük aktivite ve rutin ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Bir kişi sigara içtiğinde, davranışının farklı yönlerini günlük yaşama dahil eder. Bunlar fiziksel davranış, tütün içerek stresi görünüşte azaltmayı amaçlayan davranış ve tütünle ilişkili alışkanlıklardır (sigara içme saatleri, eşzamanlı alkol veya kahve gibi tüketimler, belirli öğünlerden sonra sigara içmek vb.) (20). Sigara bağımlılığını tedavi etmek için hem farmakolojik olmayan (davranışsal danışmanlık) hem de farmakolojik tedavileri içeren farklı stratejiler mevcuttur. Davranışsal danışmanlık ve farmakoterapinin birlikte kullanılması önerilen yaklaşım olmakla beraber tedavi başarısını arttırmaktadır (21).

Sigarayı bırakan hastalara yardımcı olmak, birinci basamak hekiminin en önemli görevlerinden biridir ve hastaların sigara içme davranışını değerlendirmenin faydaları iyi bilinmektedir (22). Birinci basamak sağlık hizmetleri ekipleri ve hastaneler, hastaların mevcut sigara içme durumları hakkında kolayca erişilebilir kayıtlar oluşturmali ve tutmalıdır (23). Hekimlerin sigara içenlere yılda en az bir kez sigarayı bırakmalarını tavsiye etmeleri ve bunu yaptıklarını kaydetmeleri önerilmektedir (24). Tüm sağlık çalışanları hastaların sigara içmemesi konusunda ısrar etmeye devam etmelidir. Nikotin bağımlılığı ile mücadelede %1 sigara bırakma oranı bile başarı olarak kabul edilir (22).

1.2. Amaç

Sigara bırakma danışmanlığı verilen hastalara yardımcı olmak ve uygun tedavi stratejilerini belirlemek amacıyla çeşitli ölçekler ve testler kullanılmaktadır. Bu testler kişinin bağımlılığını iyi analiz etmek, hastaya uygun yaklaşımı belirlemek ve bırakma başarısını arttırmayı amaçlamaktadır.

Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği'nin sigara bıraktırma tedavilerinin başarısını ve relapsları öngörebileceği düşünülmüştür. Bırakma yorgunluğu ve relaps arasındaki ilişkiyi anlamak hastalara sigara bırakma danışmanlığı verirken yol gösterici olabilir. Bu çalışmada sigarayı bırakmak için Bursa

Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesindeki Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastaların Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigaranın Tarihçesi

Tütünün yaklaşık 4000 yıldır Amerika kıtasında kullanıldığı bilinmekle birlikte bilinen ilk yolculuğu Christoper Colombus ve arkadaşları vasıtasıyla Amerika'dan Avrupa'ya olmuştur. Amerika'nın keşfinden sonra savaşlar ve ticaret yoluyla tüm dünyada kullanımı giderek artmıştır (25).

1492 yılında Christopher Colombus, Küba seyaheti sırasında karşılaştığı yerlilerin "tobacco" ismini verdikleri bitkiyi kullandıklarını görmüş. Bu şekilde Avrupalılar tütünle tanışmışlardır. 1566 yılında Portekiz'de Fransız elçisi olarak görev yapan Jean Nicot tütünü Kraliçe Catherina'ya migreni tedavi etmesi için göndermesiyle hızla tütün tüm Avrupa ülkelerine yayılmıştır (26).

Avrupa'dan Akdeniz'e gelen tütün, buradan Osmanlı topraklarına geçerek orada da kullanılmaya başlamıştır. Osmanlılarda sigara içme alışkanlığının edinilmesi, sigaranın yakılarak içilmesi ve sigara sarma makinesinin keşfiyle (1880) devam eden bir süreç oluşmuştur (1).

Tütünün ilk kullanılış şekli, kurutulmuş tütün yapraklarının küçük parçalar halinde bir boruda yakılması ve borunun ucundan dumanın çekilmesiyle gerçekleşmiştir. Bir süre sonra daha basit şekilleriyle puro ve pipo tarzında tütün kullanımı görülmüştür (27).

İkinci Dünya Savaşı ile birlikte tütün ve sigara, en az silah ve mühimmat kadar önemli hale gelmiş ve sigara tüketimi yaygınlaşmıştır. Dünyada yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 60-80'i sigara içer hale gelmiştir. Sigara tüketimin artmasıyla birlikte hastalıklarda ve ölümlerde meydana gelen artışlar, bilim ve tıp dünyasını tütünün zararlarını daha çok araştırma yapmaya, yöneticileri de tütün tüketiminin kısıtlanması ve yasaklaması konusunda tedbirler almaya sevk etmiştir (27).

Tütün kullanımının zararlı olduğu ve tütüne bağlı gelişen hastalık fikri ilk kez 1761 yılında İngiliz Doktor John Hill tarafından "Caution against the immoderate use of snuff" isimli yazısında ilk kez tütün ve kanser arasında ilişki

olabileceği ortaya konuldu ve tütün kullanımı yaygınlaştıkça zararlı etkilerinin de olabileceği çeşitli araştırmalarla görüldü. Buna bağlı sigara üretimi ve kullanımı yaygınlaştıkça sigara kısıtlamaları ve tütün yasakları da tüm dünyada giderek yaygınlaştı. O zamandan bu yana tütün ürünlerinin zararları konusunda birçok çalışma yapılmış 1960'lı yıllardan itibaren sigara kullanımının bir bağımlılık olduğu fikri yerleşmeye başlamış ve sigaranın zararlarını anlatan yayınlar hızlı bir biçimde artmıştır (28).

Mustafa Kemal Atatürk döneminde yabancı sermayeli kuruluşların devletleştirilmesi kapsamında Tütün Rejisi 1925 yılında satın alınarak devletleştirilmiştir (29).

2.2. Sigaranın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada yaklaşık 1,2 milyar kişi tütün kullanmaktadır. Dünyada tütün kullanımının trendi incelendiğinde 2000'den günümüze dek prevalansta bir düşme gözlemlendiği görülmektedir. DSÖ'nün 2019 yılında yayınladığı raporda 2015 verilerine göre tüm dünyada erkeklerin %34,1'i, kadınların %6,4'ü, tüm popülasyonun %20,2'si tütün kullanmakta idi.

2025 yılında öngörülen sigara kullanma oranları erkeklerde %30,0, kadınlarda %4,7, her iki cinste %17,3 olarak hesaplanmıştır. Sigara kullanımı kadınlar arasında erkeklere göre daha az yaygındır (30).

Tüm dünyada 15 yaş üzerinde 942 milyon erkek, 175 milyon kadın sigara kullanmaktadır. Günlük sigara içen erkeklerin yaklaşık dörtte üçü orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde yaşarken, kadınların yaklaşık yarısı yüksek gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Tütün kullanımı önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etse de dünya çapında tütün kullanımı yaygınlığındaki düşüşler aktif tütün kontrol programları ve etkili stratejilerle sağlanabilir (26).

Dünyada yılda 7 milyondan fazla, ülkemizde de 100.000'den fazla kişi tütün ürünü kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin 6 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının sonucu olarak

görüürken yaklaşık 1 milyon kişi de tütün dumanına maruz kaldığı için hayatını kaybetmektedir (31).

Türkiye sigara kullanım oranının yüksek olduğu bir ülkedir. Dünyada en fazla tütün kullanma oranı olan ülkeler sırasıyla Çin, Hindistan ve Endonezya iken Türkiye bu listede 10. sırada yer almaktadır. Buna karşılık geçmiş yıllarda dünyadaki toplam tütün üretiminin %4'ü Türkiye'de yapılmaktaydı. Son 20 yılda tütün üretimi ciddi olarak azalmıştır (27)

DSÖ 2019 yılı verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üzerinde tütün kullanım oranı erkeklerde %44,1, kadınlarda %19,2 iken bu oran tüm cinsiyetlerde ortalama %31,6'dır. Sigara kullanım oranları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gün geçtikçe azalmaktadır. Sigara kullanım oranlarının daha da düşmesi ve sigaraya bağı ölüm oranlarında azalmanın devam etmesi için sigarayla mücadeleyi sürdürmeliyiz (16).

Tütün ve sigara kullanımı bakımından dünyada son 100 yıllık süre içinde 4 evre yaşandığı ifade edilmektedir (27).

1. evre: Bu evre tütün kullanımının henüz düşük düzeyde olduğu ama zaman içinde artma yönünde gelişmesinin beklendiği evredir. Artma öncelikle erkekler arasında olacaktır, kadınlarda sigara kullanımı henüz çok düşük düzeylerde dir.

2. evre: İkinci evre tütün kullanımı bakımından hızlı artışın yaşandığı dönemdir. Artış daha çok erkeklerde olmakla birlikte kadınlar arasında da sigara kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu evrede tütün kullanımına bağı sağlık sorunlarında da artmalar başlamıştır.

3. evre: Bu evre tütün kullanımına bağı sağlık sorunlarının çok görüldüğü evre olup sigara kullanımında da azalma başlamıştır. Sigara kullanımındaki azalma da öncelikle erkekler arasında olacak, kadınlardaki azalma bunu izleyecektir. Bu dönemde erkeklerde sigaraya bağı sağlık sorunları ve bu nedenle olan ölümler hızlı artış göstermektedir. Kadınlarda da sigaraya bağı ölümlerde artma başlamıştır.

4. evre: Tütün kullanımındaki bu son evrede hem erkeklerde hem de kadınlarda sigara kullanımı önemli şekilde azalma göstermektedir. Erkeklerde sigaraya bağı ölümlerde de azalma olmaktadır, ancak kadınlarda bu nedenle

olan ölümler halen artma yönünde sürmektedir. Bugün için Batı Avrupa ülkeleri ile İngiltere, ABD, Kanada ve Avustralya dördüncü evreyi yaşamakta olan ülkelerdir. Güney Avrupa ve Latin Amerika üçüncü evredir. İkinci evre ülkeler arasında Çin, Japonya, Kuzey Afrika yer almaktadır. Sahra Altı ülkeler birinci evreyi yaşamaktadır. Ülkemiz ikinci evreden üçüncü evreye geçen ülkeler arasındadır.

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolü

2.3.1. Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları

Tütün tüm dünyada ilk 10 ölüm sebeplerinden altısı için risk faktörüdür. Bugüne kadar tütün kullanımı azaltmak için pek çok strateji geliştirilse de çok az sayıda ülkede tütün salgınını önlemeye yönelik etkili stratejiler uygulanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2003 yılında Cenevre’de yürüttüğü bir programla 160’dan fazla ülkenin katıldığı Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) hızla uygulanmaya başlamıştır. Ülkemiz adına Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında imzalanmış ve uygulamaya girmiştir. Bu kapsamda MPOWER politikaları açıklanmıştır (32).

- M (Monitor): Tütün kullanımını izlemek
- P (Protect): İnsanları pasif sigara dumanının zararlarından korumak
- O (Offer): Tütün kullanımından vazgeçmeleri için yardım önermek
- W (Warn): Tütünün zararları hakkında uyarmak
- E (Enforce): Tütün reklam ve promosyon yasaklarını uygulamak
- R (Raise): Tütün ürünlerinin vergilerini artırmak

2.3.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları

Türkiye tütün mücadelesinin başarılı ile ilerlediği kabul edilen ülkelerden biridir. Tütünle mücadelenin ilk yasal düzenlemesi 1996 yılında 4207 sayılı ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’ kanun

ile yürürlüğe girmiştir. Türkiye 2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalamıştır. Bu gelişmeler sayende Türkiye tütünsüz ülkeler sıralamasında ilk altı ülke arasına girebilmiştir. Sağlık Bakanlığı tütünle mücadeleyi daha kolay sürdürebilmek için tütün, alkol ve madde bağımlılığı ile mücadeleden sorumlu bir birim oluşturmuştur. Tütün kullanımı ile mücadele bilimin aydınlık yüzünden yararlanılarak ulusal ve uluslararası politikalar ile eşgüdüm içinde yürütülmelidir (33).

2.4. Sigaranın Sağlığa Etkileri

Ülkemizde sigaranın tüm tütün kullanımındaki oranı ve araştırma konusu sigara bırakma polikliniklerinde görülen hastalar olduğu için sorun 'sigara kullanımı' olarak anılacaktır. Sigara içmek önemli bir sağlık tehlikesi olmaya devam ediyor. Kardiyovasküler morbidite ve mortaliteye önemli ölçüde katkıda bulunuyor. Nikotinin, katekolamin salınımının artırarak sempatik aktivasyon yoluyla akut ve kronik kardiyovasküler etkileri vardır (34). Sigaranın etkilerini endotel disfonksiyon sonucu gelişen ateroskleroz sonucu görüyoruz, ikinci ölçüde tromboembolik olaylardır. Hem aktif hem de pasif (çevresel) sigara dumanına maruz kalmak kardiyovasküler olaylara yatkınlık yaratır. Epidemiyolojik çalışmalar hem erkeklerde hem de kadınlarda sigara kullanımının miyokard enfarktüsü (MI) ve ölümcül koroner arter hastalığı (KAH) insidansını arttırdığı iddiasını kuvvetle desteklemektedir. Sigara içmek, kısmen lipid profili üzerindeki etkileriyle ateroskleroza teşvik edebilir. Sigara içenlerin serum kolesterol, trigliserit ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeyleri önemli ölçüde daha yüksektir, ancak yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre daha düşüktür (35).

Sigara içimi ve ikinci el dumana maruz kalma, KOAH gelişimine ve artan KOAH mortalitesinin katkıda bulunur. Sigara içme yatkınlığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik tartışmalar devam etmektedir. M Bartal yaptığı çalışma sonucu kadınların sigara içmeye karşı daha yüksek bir duyarlılığa sahip olduğunu gösterirken, Anthonisen her iki cinsiyet için eşit düzeyde

yatkınlık olduğu görüşünü savunmaktadır. Sigara içme prevalansı arttıkça ve genç kadınlar daha erken sigara içmeye başladıkça KOAH'ın yükü kadınlarda artacaktır. Ana nedensel süreçler en azından oksidanlar-antioksidanlar, proteazlar-antiproteazlar, uygun olmayan onarım ve solunum yollarının kronik enflamasyonunu içerir. Bu süreçler, alveolar duvar yıkımı ve aşırı mukus salgılanması, fonksiyonel bozukluk ve biyomoleküllerin ölümü, hücre dışı matrisin bozulması ve submukozal, adventif ve düz kas kalınlaşması ile akciğer fibrozu ile sonuçlanır. Bu nedenle, KOAH patogenezini inhibe etmek, hastalığın tedavisi ve semptomların iyileştirilmesi için iyi bir strateji olmalıdır. Sigarayı erken bırakmak, KOAH gelişiminde ve akciğer fonksiyonundaki düşüşte büyük fayda sağlar, özellikle sigarayı bırakanlarda akciğer fonksiyonunun azaldığı 30 yaşından önce sağlıklı sigara içmeyenlerden ayırt edilemez (36).

Sigara, birçok kanser türünün gelişmesinde ana risk faktörüdür. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'na (IARC) göre, tütün içmek ağız boşluğu, orofarenks, nazofarenks, hipofarenks, yemek borusu, mide, kolon ve rektum, karaciğer, pankreas, burun boşluğu ve paranazal sinüsler, gırtlak kanserleri, akciğer, rahim serviks, yumurtalık (müsinöz), idrar kesesi, böbrek (vücut ve pelvis), üreter ve kemik iliği (miyeloid lösemi) ile ilişkilidir. Tütünle ilişkili bu kanserler, küresel neoplastik hastalık yükünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Sigara kullanan kişilerde bronş ve akciğer kanseri gelişme riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Kansere bağlı morbidite ve mortaliteyi önlemenin en önemli basamağını sigara ile mücadele oluşturmaktadır (37).

Gebelik öncesinde sigara kullanan kadınların yaklaşık %70'i gebelikte de sigara kullanmayı sürdürmektedir. Bu nedenle gebe olduğu öğrenilen sigara kullanıcılarına sigara bırakma danışmanlığı verilmelidir (38). Gebelikte sigara içimi ile bebeğin doğum ağırlığı arasındaki negatif ilişki iyi bilinmektedir. Gebelikte ilk trimesterden sonra devam eden aktif sigara içiciliği düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkilidir ve bu ilişki nedensel ve doza bağlıdır (39). Hamilelik sırasında aktif sigara içimi, olumsuz perinatal sonuçlara yol açar.

Normal fetal büyüme ve gelişmeyi bozar ve akciğer fonksiyon bozukluğu daha sık görülür (40).

Tütün dumanı çocuklar için zararlıdır. Tütün dumanına hem utero hem de pasif maruz kalma, çocuklarda hem çocuklukta hem de daha sonraki yaşamlarında bir dizi olumsuz sağlık etkisine yol açar. Önemli sayıda çocuk, rahimde ve çevresinde tütün dumanına maruz kalmaktadır. Kritik gelişim dönemlerinde nikotin ve tütün dumanına maruz kalma, çocuklarda çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarına neden olur (41).

2.5. Sigara Bağımlılığı

Nikotin, tütün bağımlılığından sorumlu tütün dumanının başlıca psikoaktif bileşenidir. Kronik maruziyetten sonra nikotinden uzak durma, sigara kullanan insanlarda negatif semptomlar ile birlikte yoksunluk sendromu yaratır. Nikotin dopamin salınımı üzerindeki etkileriyle beyin ödül işlevini artırır. Bu ödül açığının önlenmesi ve hafifletilmesinin, sigara içenlerde tütün alışkanlığının kalıcılığına katkıda bulunan önemli bir motivasyon kaynağı sağladığı varsayılmaktadır (42).

İkiz çalışmaları, sigara içme prevalansında, sigarayı bırakma (bağımlılık) ve günlük içilen sigara sayısında yüksek derecede (~%50) kalıtımın etkisi olduğunu göstermektedir. Sigara kullanma gibi karmaşık davranışların çevresel faktörlerin yanı sıra çoklu genler tarafından belirlendiği ortaya konulmuş ve incelenebilecek birçok farklı bağımlılık fenotipi olduğu ve bunların farklı genetik temellere sahip olduğu düşünülmektedir (43).

Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin (nAChR'ler) uyarılması, sigara içmenin etkileriyle yakından bağlantılıdır. Sigara içiminin beyin dopamin mezolimbik yolağının aktivasyonuna sebep olduğuna ve bunun da ventral striatum ve nukleus accumbens'te artan dopamin salımı ve devri ile sonuçlandığına dair kapsamlı kanıtlar vardır. Nikotine yanıt olarak, glutamat salınımı prefrontal kortekste gösterilmiştir (44).

Sigara kullanımında karmaşık sosyal ve fizyolojik faktörlerin nikotin bağımlılığına katkıda bulunduğu, bu etkilerin sigara içme, nikotin

yoksunluğunun biliş üzerindeki etkileri, sigara içme davranışının sürdürülmesi ve nükse katkıda bulunduğu bilinmektedir (45).

Sigara bırakma akut dönemde yoksunluk semptomları duygudurum değişiklikleri, bilişsel bozukluk, motivasyon kaybı ve somatik semptomlarla ilişkilidir. Somatik semptomlar anksiyete, depresyon, sinirlilik, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, sindirim bozuklukları, baş dönmesi, uyku bozuklukları, iştah artışı ve sigara içme arzusu ile karakterizedir. Bu semptomlar bırakmayı takiben 2-4 hafta devam edebilir (46).

Psikoaktif bir ilaç olan nikotin, oldukça bağımlılık yapan, merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır. Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)'ya göre, Tütün Kullanım Bozukluğu, bir kişi tütünde bulunan nikotine bağımlı olduğunda ve aşağıdaki alt özelliklerden en az ikisi ortaya çıktığında, bozukluk teşhis edilir.

- Bunun için gösterilen çabalara rağmen tütün kullanımını bırakamama veya azaltamama
 - Tütün elde etmek veya kullanmak için harcanan aşırı zaman
 - Tütün için arzu (istek)
 - Tütün kullanımı nedeniyle sorumluluktan vazgeçmek
 - Tütün kullanımı hem sosyal hem de ilişkilerde olumsuz etkilerine rağmen devam etmektedir.
- Tütün kullanmak için kariyer, sosyal ve diğer faaliyetlerden vazgeçmek
- Tütünü zararlı durumlarda / ortamlarda kullanın.
- Tütün kullanımıyla ilgili fiziksel veya duygusal zorluklar karşısında bile kullanım kalıcıdır.

DSM-5'e göre tütün kullanımı için risk faktörleri alt gelir grubuna sahip olmak, düşük eğitim seviyesi, genetik, madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluk, depresif bozukluk, kişilik bozukluğu gibi durumlardır.

Sigara içmek karmaşık bir davranıştır ve hem klinik hem de araştırma ortamlarında nikotin bağımlılığını değerlendirmek için farklı yöntemler kullanılır (47). Sigarayı bırakmayla ilgili önceki çalışmalarda hastanın sigara içme

durumunun araştırılmasının, sigara konusunda duyarlı hale getirilmesinin ve bırakmaya teşvik edilmesinin önemi vurgulanmıştır. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) puanlarının sigara bağımlılığı düzeyini ölçmede ve tedaviye yanıtı değerlendirmede etkili olduğu belirtilmiştir (48).



Tablo-1: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ
1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz? • En çok 10 tane (0 puan) • 11-20 tane (1 puan) • 21-30 tane (2 puan) • >31 tane (3 puan)
2. Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir? • Uyandıktan 5 dakika sonra (3 puan) • 6-30 dakika (2 puan) • 31-60 dakika (1 puan) • 1 saatten fazla (0 puan)
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitapçı gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? • Evet (1 puan) • Hayır (0 puan)
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir? • Günün ilk sigarası (1 puan) • Diğer herhangi biri (0 puan)
5. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? • Evet (1 puan) • Hayır (0 puan)
6. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? • Evet (1 puan) • Hayır (0 puan)
Toplam Skor: 0-2: Çok az bağımlılık, 3-4: Az bağımlılık, 5: Orta derecede bağımlılık, 6-7: Yüksek Bağımlılık, 8-10: Çok yüksek bağımlılık

2.6. Pasif Maruziyet

Aktif sigara içmenin sağlık üzerindeki etkisini araştıran binlerce çalışma yapılmıştır ve aktif sigara içmenin toksik etkileri kabul edilmektedir. Buna karşılık çevresel tütün dumanının sağlık üzerindeki etkileri dünya çapında giderek daha fazla araştırılmaktadır. Pasif içiciliğin, özellikle çocuklarda ve kanserlerdeki hastalıklar olmak üzere birçok hastalık ve sağlık sorunu riskinin artmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Sigara içmeye karşı daha katı düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır çünkü sigara sadece kendi sağlığına değil, aynı zamanda başkalarının sağlığına da zarar vermektedir (49).

2.7. Sigara Bırakma Tedavileri

2.7.1. Sigara Bırakmaya Yaklaşım

Sigarayı bırakma tedavisindeki gelişmeler, nikotin bağımlılığının ve sigara bırakmayı engelleyen diğer faktörlerin daha iyi anlaşılmasını gerektirir (50).

Tütün ürünü kullanan kişiler, tütün ürünlerini bırakmaları için açık tavsiyeler almalı ve kanıtlanmış farmakolojik sigara bırakma yardımları için reçeteler ve sağlık hizmeti sistemi ve / veya toplum temelli kanıta dayalı davranışsal desteğe proaktif bağlantı içeren kısa bir müdahale önerilmelidir. Daha önce sigara içenler, özellikle son zamanlarda bırakanlar (son bir yıl içinde sigarayı bırakanlar), sigaraya geri dönme olasılığına karşı yakından izlenmelidir. Sigara içmeyenlere (hem eski sigara içenler hem de hiç sigara içmeyenler) rutin olarak ikinci el dumana maruz kalma hakkında sorular sorulmalı ve bundan kaçınmaları tavsiye edilmelidir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sigara bırakma tedavisinde beş basamak önermektedir. Klinik olarak tütün kullanımına ve bağımlılığına yaklaşım için genellikle “5 A” modeli olarak bilinen beş adım kullanılır (21).

- Ask (Sor): Tütün kullanımını sorun. Her ziyarette her hasta için tütün kullanım durumunu tanımlayın ve belgeleyin.

- **Advise (Öner):** Bırakmayı tavsiye edin. Açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir şekilde, her tütün kullanıcısını her ziyarette bırakmaya teşvik edin.

- **Assess (Değerlendir):** Bırakma kararlılığını ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendir.

- **Assist (Önderlik Et):** Bırakma girişiminde bulunmaya istekli hasta için bırakmasına yardımcı olmak amacıyla danışmanlık veya ek tedavi sağlayın veya yönlendirin.

- **Arrange (Örgüt):** Bırakma girişiminde bulunmak isteyen hasta için, bırakma tarihinden sonraki ilk hafta içinde başlayıp sonraki 12 ay boyunca nüks riskini veya nüksün kendisini yöneterek takip görüşmeleri ayarlayın. O sırada bırakma girişiminde bulunmak istemeyen hastalar için, tütün bağımlılığı ve bir sonraki klinik ziyaretinde bırakma isteğini ele alın.

Ziyaret sırasında bırakmak istemeyen hastalar için, gelecekteki bırakma girişimlerini artırmak için tasarlanmış müdahalelerin uygulanması tavsiye edilir. Klinisyen "5 R" modelini takip etmelidir.

- **Relevance (İlişki):** Hasta "Sigarayı bırakmak neden bu kadar önemli?" sorusuna cevap vermelidir.

- **Risks (Riskler):** Tütün kullanmaya devam etmesi halinde hastanın sağlığı açısından karşılaşacağı riskler anlatılmalıdır.

- **Rewards (Ödüller):** Bırakma sonrası hastanın sağlığı için sağlayacağı faydalardan bahsedilmelidir.

- **Roadblocks (Engeller):** Sigarayı bırakma başarısını muhtemelen neyin engelleyebileceğini anlamak için bırakma barikatlarını belirlenmelidir.

- **Repetition (Tekrarlama):** Her klinik vizite motivasyonun tekrarlanmalıdır.

2.7.2. Tedaviler

2.7.2.1. Davranışsal Yöntemler

Yetişkinlere sigarayı bırakmada yardımcı olmada etkili olduğu gösterilen davranışsal müdahaleler, yüz yüze danışmanlık, telefonla danışmanlık ve kendi kendine yardım materyallerini içerir. Bu müdahaleler,

sigara bırakma oranlarını kontrol gruplarında %5'ten %11'e, müdahale gruplarında %7'den %13'e çıkarabilir (22).

Davranış terapileri, sigarayı bırakmada etkili olduğu kanıtlanan ilk psikolojik tedaviler arasındadır. Davranış terapileri, sigara içmenin sosyal ve bağlamsal yönlerini vurgular ve genel başarı oranlarını artırır. Kısa motivasyonel müdahaleler ve motivasyonel görüşme stratejileri, sigara içenlerin tütün kullanımıyla ilgili hislerini, inançlarını, fikirlerini, değerlerini ve bırakmaya yönelik herhangi bir kararsızlığı ortaya çıkarmayı keşfetmeye odaklanır. Son zamanlarda araştırmacılar, davranışsal aktivasyon ve farkındalık gibi üçüncü nesil psikolojik tedaviler üzerine çalışmaya yöneldi ve bazı klinik denemeler bunların etkinliğini kanıtladı (51).

İki randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtlar motivasyonel görüşmenin sigarayı bırakmak için kısa tavsiyelerde bulunmaktan daha etkin olduğunu desteklemektedir (52). Motivasyonel görüşme; empatiyi ifade etme, çelişkiyi geliştirme (sigara içenlerin hayatlarının nasıl olmasını istedikleri ile nasıl oldukları arasındaki uyumsuzluğu keşfederek değişimin değerini anlamalarına yardımcı olmak) ilkeleri rehberliğinde doğrudan, hasta merkezli bir danışmanlık müdahalesi olarak tanımlanır. Amerikan kılavuzları, sigarayı bırakmak istemeyen hastalar için motivasyonel görüşmenin kullanılmasını önermektedir. Çünkü bu tekniğin gelecekteki bırakma girişimlerini artırmada etkili olduğu bulunmuştur. Klinisyenlerin tüm hastalarını düzenli egzersiz, daha fazla meyve ve sebze yemeyi ve alkol tüketimini sınırlamayı içeren sağlıklı bir yaşam tarzına geçmeye teşvik ederek bırakma oranlarını artırabilecekleri bilinmektedir (53).

2.7.2.2. Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)'nin ana etki mekanizmasının, beynin ventral tegmental alanındaki nikotinik reseptörlerin uyarılması ve sonuçta akümbens çekirdeğinde dopaminin salınması olduğu düşünülmektedir. Bu tedavi yöntemi sigarayı bırakan düzenli sigara içicilerde nikotin yoksunluk semptomlarında bir azalmaya yol açar. NRT, herhangi bir bırakma girişiminde başarı şansını artırır, ancak yoğun davranış desteği ile birleştirildiğinde en etkili sonuç alınabilir. NRT'nin sigarayı bırakmaya motive

olmayan veya nikotin yoksunluk semptomları yaşamayan veya yaşamayı beklemeyen sigara içenlere yardım etme olasılığı nispeten düşüktür (54).

2.7.2.2.1. Transdermal Bantlar

Nikotin bantları cilde uygulanır ve nikotini nispeten sabit bir hızda cilde iletir. Yamalar, daha yüksek bağımlı sigara içicilerinin en güçlü yamaları kullanmasına ve daha düşük bağımlı sigara içicilerinin daha düşük bant kullanmasına izin veren çeşitli dozajlarda mevcuttur. Mevcut kanıtlar, tütün yoksunluğu için uzun süreli nikotin yama tedavisinin kullanımının güvenliğini desteklemektedir (55).

Nikotin bantlarının akut NRT formülasyonlarına göre temel avantajı, uyumluluğun basit olmasıdır, sabahları vücuda yerleştirir. Farklı dozlarda bulunurlar ve 24 saatlik bir süre boyunca 5 mg ile 22 mg arasında nikotin sağlarlar. En sık bildirilen yan etkiler lokal deri reaksiyonlarıdır. Yama uygulama bölgesini talimatlara göre günlük olarak hareket ettirmek, yamaya cilt reaksiyonlarının görülme sıklığını azaltabilir. Uyku bozuklukları da genellikle 24 saatlik yama kullananlarda bildirilmiştir (56).

Hasta belirlenen sigara bırakma gününde uyandıktan sonra göğüs üst kısım, omuz, üst kol bölgesi, sırt gibi kılsız, temiz ve kuru bir bölgeye bandı yapıştırmalıdır. Bandı her gün farklı bölgelere yapıştırmak suretiyle en erken 4 gün sonra aynı bölgeye uygulanabilir.

Bant tedavisinin kontrendikasyonları akut miyokard enfarktüsü geçiriyor olmak ya da son bir ay içinde miyokard enfarktüsü geçirmek, unstabil anjina, gebelik, emziren anneler, yaygın deri hastalığı olanlar, bant alerjisi olanlar ve 18 yaşından küçüklerdir.

2.7.2.2.2. Nikotin Sakızları

Nikotin sakızları 2 ve 4 mg'lık dozlar şeklindedir. Çalışmalar 4 mg çiğnenebilir sakızın 2 mg'a kıyasla daha başarılı geri çekilme oranına sahip olduğunu göstermiştir. Doz sayısı, birkaç hafta veya aylık kullanımdan sonra her gün kademeli olarak azaltılır. En fazla 6 ay olmak üzere 6–12 hafta süreyle reçete edilir. 2-3 ay sonra çiğneme süresi kısılır veya sakız küçük parçalara bölünür veya nikotin sakızı şekersiz sakız ile değiştirilerek tamamen

durdurulur. Aralıklı olarak çiğnenir ve tadı kuvvetli hale gelene kadar (yaklaşık 30 dakika) ağızda tutulur (57).

Hastaların nikotinin bukkal emilimini engelleyebileceğinden önce ve sonra en az 15 dakika soda, kahve, bira gibi asitli içecekleri tüketmemeleri önerilir. Bulantı, kusma, hazımsızlık gibi geçici ve hafif yan etkiler bildirilmiştir (58).

Günlük sigara kullanımı 25 adet ve altında olan hastalar için 2 mg'lık nikotin sakızı, günlük sigara tüketimi daha fazla olan hastalar için 4 mg'lık sakız önerilir.

2.7.2.2.3. Nikotin İnhaler

Nikotin replasman ürünlerinden biri olan oral nikotin inhalerinin sigarayı bırakmada etkili bir yardımcı olduğu gösterilmiştir. Bir nikotin inhalatörünün sigara içen kişiler tarafından kullanımı, sigarayı tamamen bırakamayan veya bırakamayanlar tarafından kullanılması, inhaler sigara içmenin bazı yönlerini taklit ettiği ve nikotin içerdiği için sigara tüketimini azaltmak için iyi bir yaklaşım olabilir (59).

2.7.2.2.4. Nikotin Nazal Sprey

Nikotin nazal spreyi, yetişkin popülasyonlarda nikotin replasman tedavisinin en başarılı formlarından biri olmuştur. Diğer replasman tedavilerine göre görece daha hızlı nikotin emilimine sahiptir. Nazal spreyin kendi kendine uygulanması, geri çekilme semptomlarından kurtulmanın daha fazla öz kontrolüne izin verir ve kendi kendini kontrol, bırakmaya çalışan adölesanlar için stratejilerde büyük bir rol oynayabilir (60).

2.7.2.3. Bupropion

Bupropion, nikotin replasman tedavisine (NRT) benzer etkinliğe sahip, nikotinik reseptör antagonisti olarak da görev yapan atipik bir antidepresandır. Bupropionun antidepresan etkisinin mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır, ancak bupropion, merkezi sinir sistemindeki dopamin, noradrenalin ve serotoninin geri alımını inhibe eden, rekabetçi olmayan bir nikotin reseptör antagonistidir ve yüksek konsantrasyonlarda, noradrenerjik nöronların uyarılmasını engeller (61).

Bupropion başlangıçta antidepresan olarak yaygın kullanılıyordu. Sürekli salınımlı bupropionun sigara içen kişinin depresyonda olup olmamasından bağımsız olarak sigarayı bırakmaya yardımcı olduğu bulunmuştur. Sigarayı bırakma tedavisinde bupropionun güvenli ve etkili olduğu, plaseboya göre bırakmayı teşvik etmede (%55) anlamlı derecede daha iyi olduğu gösterilmiştir (62).

Bupropion, bir dizi klinik çalışmada sigarayı bırakma etkinliğini kanıtlamıştır ve sigara içenlerin yaklaşık beşte birinin sigarayı bırakmasına yardımcı olmuştur. Bupropion nadiren nöbetlerle ilişkilidir, ancak nöbet eşiğini düşürebilecek ilaçlarla birlikte reçete yazarken dikkatli olunmalıdır. Ayrıca bupropion, güçlü bir enzim inhibitörüdür ve antidepresanlar, antiaritmikler ve antipsikotikler dahil olmak üzere bazı ilaçların plazma seviyelerini yükseltebilir (63).

Tedavi genellikle 8 hafta sürer, ancak 6 aya kadar uzatılabilir. İlk 3 gün 150 mg tablet günde bir kez alınır. Dördüncü gün ve sonrasında 150 mg tabletlerden sabah ve akşam, günlük toplam 300 mg, kullanılır. Hasta ile birlikte 7-14 günler arasında sigara bırakma günü belirlenir.

Ağız kuruluğu ve uykusuzluk, kullanımla ilişkili en yaygın yan etkilerdir. Sigara bırakma tedavisinde bupropionun kontrendike olduğu durumlar epileptik nöbet, merkezi sinir sistemi travma öyküsü olan hastalar, merkezi sinir sistemi tümörü olanlar, bipolar affektif bozukluğu olan hastalar, hamileler, emzirenler ve 18 yaş altındaki kişilerdir (64).

2.7.2.4. Vareniklin

Vareniklin, nikotin bağımlılığında birincil etki mekanizması olan nikotinik asetilkolin reseptörlerinde nikotin aktivitesini seçici olarak hedeflemek için geliştirilen ilk ilaçtır. Güçlü bir kısmi agonist olarak vareniklin, nikotin kaynaklı dopamin salınımını zayıflatır. Aynı zamanda bırakma döneminde yoksunluk semptomlarını da azaltır. Klinik araştırmalar, vareniklinin güvenli olduğunu ve çeşitli hasta popülasyonlarında iyi tolere edildiğini göstermiştir (65).

En yaygın yan etki olan mide bulantısı hastaların yaklaşık %30'unda görülür. Vareniklin tedavisi sırasında erken mide bulantısının iyileştirilmiş

yönetiminin, uyumu artırarak sigara bırakma başarısını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Vareniklinin neden olduğu mide bulantısının hem periferik hem de merkezi olarak aracılık edilen sistemler yoluyla oluştuğu düşünülmektedir. Vareniklinin neden olduğu mide bulantısı için potansiyel yönetim stratejileri titrasyon süresini uzatmak, tedavi süresi boyunca günde iki kez 0.5 mg dozunda kalmak, hastanın bulantısının zamanla azalacağı yönünde telkin etmek, antiemetik kullanmak olabilir (66).

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 2008'de vareniklin kullanan hastalarda ciddi nöropsikiyatrik semptomların meydana geldiğine dair bir uyarı yayınladı. Bu semptomlar davranış değişiklikleri, ajitasyon, depresif ruh hali, intihar düşüncesi ve intihara teşebbüs ve tamamlanmış intiharı içerir. Bazı hastalar nikotin yoksunluğunun bir sonucu olarak bu tip semptomları ve olayları yaşamış olabilirken, ciddi nöropsikiyatrik semptomlar ve olaylar yaşayan vareniklin kullanan bazı hastalar henüz sigarayı bırakmamışlardır. Raporlarına göre nöropsikiyatrik semptom vakalarının çoğu vareniklin tedavisi sırasında gelişirken, diğerlerinde semptomlar vareniklin tedavisinin kesilmesinin ardından gelişti (67).

Temel psikiyatrik yan etkilerin bir meta-analizi (depresif duygudurum, diğer duygudurum bozuklukları, bipolar bozukluk, deliryum, intihar ve kendine zarar verme davranışları, uyum bozuklukları) plaseboya kıyasla vareniklin için psikiyatrik yan etkilerin artışı gösteriyordu. Uyku bozukluğu ve anormal rüya sıklığında kontrol grubuna göre anlamlı artış görülmüştür. Yaşa, cinsiyete, etnik kökene göre depresyon ve intihar düşüncesinde bir değişiklik saptanmamıştır (68).

Sigarayı bırakmak, muhtemelen bir sigara içicisinin kardiyovasküler ve diğer sigaraya bağlı hastalık riskini azaltmak için yapabileceği en önemli eylemdir. Ulusal kılavuzlar, sağlık uzmanlarının sigara içen hastalarına sigarayı bırakma davranışsal desteği ve farmakoterapi sunmasını önermektedir. Bu tür bir tedavi, sigara bırakma başarısını önemli ölçüde artırır ve kardiyovasküler hastalık riskini önemli ölçüde azaltabilir.

Yapılan araştırmalar sigara içen hastaların sigarayı bırakması ile kalp sağlığında elde edilen faydanın, ilaca bağlı kardiyovasküler zarar riskinden fazla

olduğunu göstermiştir (66).Etkili bir sigara bırakma tedavisi olarak vareniklinin faydaları, herhangi bir potansiyel kardiyovasküler zarar riskinden daha ağır basmaktadır (69).

Vareniklin tedavisi, hastanın hedeflenen bırakma tarihinden bir hafta önce başlatılır. Doz, günde bir kez 0,5 mg ile başlar ve 4. günde iki kez 0.5 mg'a çıkar. Hedeflenen bırakma tarihinde (8. gün), doz günde iki kez 1 mg'a çıkarılır ve 12 hafta boyunca bu doz ile devam edilir. Tedavi 6 aya kadar uzatılabilmektedir.

2.7.2.5. Nortriptilin

Nortriptilin, trisiklik bir antidepresandır. Sigarayı bırakmak için doz, bırakma tarihinden 1 hafta önce başlamak üzere 12-14 hafta boyunca günde 75-100 mg'dır. Yan etki profili nedeniyle, dozu izlemek ve muhtemelen ayarlamak için yakın denetime ihtiyaç vardır (70).

Nortriptilin, uzun süreli sigara bırakmaya yardımcı olmaktadır. Kanıtlar nortriptilinin etki tarzının antidepresan etkilerinden bağımsız olduğunu ve nikotin replasmanına benzer etkiye sahip olduklarını göstermektedir. Antidepresanların sigarayı bırakmaya yardımcı olabileceğine inanmak için en az üç neden vardır. İlk olarak, nikotin yoksunluğu depresif belirtiler oluşturabilir veya büyük bir depresif dönemi hızlandırabilir ve antidepresanlar bunları hafifletebilir. İkinci olarak, nikotin, sigarayı sürdüren antidepresan etkilere sahip olabilir ve antidepresanlar bu etkinin yerini alabilir. Son olarak, bazı antidepresanlar, nikotin bağımlılığının altında yatan nöronal yollar (örn. Monoamin oksidazı inhibe etme) veya reseptörler (örn. Nikotinik-kolinerjik reseptörlerin blokajı) üzerinde spesifik bir etkiye sahip olabilir (71).

2.7.2.6. Klonidin

Klonidin, kan basıncını düşürmek için kullanılan bir ilaçtır, ancak aynı zamanda uyuşturucu ve alkol yoksunluk semptomlarını da azaltabilir. Denemelerin gözden geçirilmesi, klonidinin sigarayı bırakma olasılığı yüksek olan insan sayısında küçük bir artışa yol açabileceğini buldu. Bununla birlikte, denemelerin kalitesi yetersizdi ve bu da kanıt gücünü zayıflatıyordu. Klonidinin yan etkileri arasında ağız kuruluğu ve sedasyon vardır. Klonidin, sigarayı bırakmaya çalışan kişiler için en iyi seçenek olmayabilir, ancak nikotin

replasman tedavisi veya antidepresanlardan yardım almayan kişiler için yararlı olabilir (72).

2.8. Tedavi Hedefleri

Sigara bırakma tedavisinde en az 6-12 ay süre ile takip önerilmektedir. Sigara bırakma başarısının en önemli ölçütü sigara içmeden geçen zamandır. Sigara bırakmayı takiben en az bir sigara içilmesi hata (lapse) olarak adlandırılır. Hatanın tekrarlaması durumunda hastanın eski sigara içme alışkanlıklarına geri dönmesi ise nüks (relaps) olarak adlandırılır. Özellikle sigara bırakmanın ilk haftalarında nüks riski daha fazla olmakla beraber uzun süreli bırakmadan sonra da nüks görülebilmektedir. Bırakma sonrasında hedef bir nefes dahi sigara içilmemesidir (73).

2.9. Aile Hekimlerinin Tütün ile Mücadeledeki Rolü

Tütünle ilgili hastalıklar önlenebilir olduğundan, sigara içen hastalarda sigarayı bırakmayı teşvik etme çabaları, koruyucu birinci basamak bakım önlemlerinde rutin bir adım olmalıdır. Aile hekimleri, hastaların sigarayı bırakma girişimlerini kolaylaştırmak için ideal bir konumdadır. Sigara içen hastaların %70'i, aile hekimlerinden aldıkları sağlam, destekleyici mesajların sigarayı bırakmak için önemli bir motivasyon olduğunu söylemişlerdir (74).

Aile hekimleri, hastaların yaşam tarzları ve sağlık durumları hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu için motivasyon ve danışman rollerinde daha iyi bir konuma sahiptir. Bu sebeple sigara bırakma danışmanlığında aile hekimi uzman bir danışmandan daha etkili olabilir. Aile hekimleri ve hastaları arasında iyi bir ilişki vardır ve bu da hekimlerin etkili danışman olarak rollerine katkıda bulunur. Bir araştırma, çoğu aile hekiminin (>%91) sigarayı bırakma müdahaleleri sağlama konusunda kendinden emin olduğunu ve hastaların sigarayı bırakmalarına yardımcı olabileceklerine inandıklarını ortaya koymuştur (75).

Sigarayı bırakmayı teşvik etmek, aile hekimlerinin hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek ve yaşam sürelerini uzatmak için yapabilecekleri en etkili müdahaledir. Temel müdahale, hekimlerin tüm hastalara her uygun fırsatta sigara içip içmediklerini sormaları ve şu anda sigara içiyorlarsa bırakmaları için teşvik etmeleridir. Bu basit müdahale bırakma oranlarını ikiye veya üçe katlayabilir. Aile hekimlerinin bu mücadelede yer alması olabildiğince çok sigara içen kişiye ulaşmak ve bırakmalarına yardımcı olmak için çok önemlidir. Kısa, empatik ve kişiye en uygun müdahalede bulunarak, destek ve farmakolojik tedavilerin kombinasyonu ile sigara içenleri sigarayı bırakmaları için cesaretlendirmeye ve kişilere sigarasız yaşama şansı elde etmeye yardımcı olabilir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Özellikleri

Bu araştırma anket veri toplama araçlarından yararlanılmış kesitsel bir çalışmadır. Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalara sosyodemografik veri anketi, Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği (SBYÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır. Sigara bırakma amacıyla danışmanlık alan hastalarda Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile sigara bırakma başarısının ve diğer faktörlerin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmamız Eylül 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde yapılmıştır. Bu çalışma için etik kurul onayı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 19.08.2020 tarihinde 2020-14/15 numaralı dosya ile alınmıştır. Çalışma Eylül 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Grubu

Yapılan bu çalışmadaki araştırma grubu, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakma amacıyla başvuran 358 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin ortak özellikleri, 18 yaşından büyük olmaları, sigara kullanıyor olmalarıdır. Katılımcıların gönüllülüğü esas alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket formu, Türkçe geçerlilik güvenirliği olan Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Çalışmada yer alan anket ve ölçeklere ait sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Ölçeklerin uygulanması yaklaşık olarak 30 dakika kadar sürmüştür.

3.5. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik Bilgi Formu katılımcılar hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından literatüre uygun şekilde hazırlanmıştır. 24 sorudan oluşmaktadır. Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, boy ve kilo, medeni hali, mesleği (TÜİK Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması), aylık ortalama geliri, aylık sigaraya harcanan miktarın gelirin yüzde kaçı olduğu, eğitim durumu, bilinen kronik hastalıkları (klinik tanı almış), alkol kullanımı, çay içme alışkanlığı, kahve içme alışkanlığı, sigarayı ilk deneme yaşı, sigara içme süresi (paket/yıl), neden sigara kullandığı, sigara dışında kullanılan tütün mamülü, evde sigara kullanan başka kişi, daha önce sigara bırakma denemesi, daha önceki bırakma denemesinde sigara içmediği en uzun süre, olumsuz denemenin önündeki engeller, sigara bırakma isteğine neden olan faktör soruldu. Araştırmacı tarafından doldurulan 5 madde mevcuttu. Bunlar seçilen bırakma yöntemi, 3. aydaki bırakma durumu, 6. aydaki bırakma durumu, sigarayı bıraktıysa yardımcı olan faktörler, sigara bırakma denemesi olumsuz sonuçlandıysa engel olan faktörlerdi.

3.6. Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği (SBYÖ)

Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği sigara bırakma tedavilerinde yol gösterici olması beklenen, geçerliği ve güvenirliği gösterilmiş, uygulaması

kolay beşli likert tipi,nicel bir ölçme aracıdır. Mathew ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk halinde 17 madde bulunurken, şu anki halinde 13 madde bulunmaktadır. Ölçek 2018 yılında Öztürk ve arkadaşları tarafında Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Bu ölçeğin alt ölçeklerinde duygusal tükenmişlik, karamsarlık ve değersizleşme bulunmaktadır. Toplam puan 3 alt ölçeğin (duygusal tükenmişlik, karamsarlık ve değersizleşme) puanlarının toplamı ile elde edilmektedir. Hem toplam hem de alt ölçek puanları ayrı ayrı değerlendirilir. Ölçekte 1, 2, 3, 4, 5, 6 maddeler ile duygusallık bpyutu, 7, 8, 9 maddeler ile karamsarlık, 10, 11, 12, 13 maddeler ile değersizleşme alt boyutu değerlendirilmiştir. Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği 5'li likert tipi ölçektir ve maddeler 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum).

3.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

HAD ölçeği olarak bilinen 'Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği', Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Hastayı anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirmek, düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Kısa ve anlaşılır olması sebebiyle uygulaması kolaydır. Klinik pratiklerde sıkça kullanılmaktadır.

Toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar dörtlü likert biçiminde değerlendirilerek 0-3 puan arası puanlanmaktadır. Tek sorular anksiyete, çift sorular depresyonu değerlendirmektedir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir.

3.8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, nikotin bağımlılığını değerlendirmede en sık kullanılan testtir. Uysal ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Kısa ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle sıkça kullanılmaktadır.

Toplam 6 sorudan oluşmaktadır. İlk 2 soru 0-3 arasında puanlandırılırken 3, 4, 5 ve 6. sorular 0-1 olarak puanlandırılmaktadır. Toplam skor 0-2 puan çok az bağımlılık, 3-4 puan az bağımlılık, 5 puan orta derecede bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık, 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirilir.

3.9. Verilerin Toplanması

Ölçeklerin uygulandığı katılımcılar gönüllülük esas alınarak dahil edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yoluyla, hasta mahremiyetine uygun koşullarda, Sigara Bırakma Polikliniği hasta muayene odasında Şüheda Gül tarafından uygulanmıştır. Hastaların 15. gün, birinci ay, üçüncü ay ve altıncı ay kontrolleri yüz yüze yapılmıştır. Pandemi kısıtlamaları ve özel nedenlerle kontrole gelemeyen hastalara iletişim numaralarından ulaşılmış olup, telefon görüşmesi yapılmıştır. Her muayenede motivasyonel görüşme yapılmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma, nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için iki grup karşılaştırmalarında t-testi, göstermeyen değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel

analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu çalışmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 358 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanlardan 150 kişi (%44,9) üçüncü ayda sigarayı bırakmış, 131 kişi (%39,5) altıncı ayda sigarayı bırakmıştır.

Çalışmaya katılanlardan 119 kişi (%33,2) kadın, 239 kişi (%66,8) erkek idi. Çalışmaya katılanların en düşük yaş değeri 20, en yüksek yaş değeri 75, ortalama değer 39,46'dır. Katılımcılardan 237 kişi (%66,2) evli, 111 kişi (%31) bekar, 9 kişi (%2,5) dul, 1 kişi (%0,3) ayrı yaşıyor olarak tespit edildi.

Katılımcıların mesleklerine bakıldığında 57 kişi (%15,9) profesyonel meslek gruplarında, 96 kişi (%26,8) teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek gruplarında, 38 kişi (%10,6) büro hizmetlerinde çalışan elemanlar, 46 kişi (%12,8) hizmet ve satış elemanları, 4 kişi (%1,1) nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları, 3 kişi (%0,8) sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, 7 kişi (%2) tesis ve makine operatörleri ve montajcıları, 105 kişi (%29,3) nitelik gerektirmeyen meslekler, 2 kişi (%0,6) silahlı kuvvetlerle ilgili mesleklere sahipti. Çalışmaya katılanlardan 5 kişi (%1,4) okur-yazar, 119 kişi (%33,2) ilköğretim mezunu, 125 kişi (%34,9) lise mezunu, 102 kişi (%28,5) üniversite mezunu, 7 kişi (%2) yüksek lisans/doktora mezunuydu.

Katılımcıların aylık ortalama gelirlerine bakıldığında 33 kişinin (%9,2) ortalama geliri asgari ücretin altında, 99 kişinin (%27,7) ortalama geliri asgari ücret, 226 kişinin (%63,1) ortalama geliri asgari ücretin üstündeydi.

Tablo-2: Sosyodemografik Veriler

		n=358	%
Cinsiyet	Kadın	119	33,2
	Erkek	239	66,8
Medeni Durum	Evli	237	66,2
	Bekar	111	31
	Dul	9	2,5
	Ayrı yaşıyor	1	0,3
Meslek	Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler	2	0,6
	Yöneticiler	0	0
	Profesyonel meslek mensupları	57	15,9
	Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	96	26,8
	Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	38	10,6
	Hizmet ve satış elemanları	46	12,8
	Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	4	1,1
	Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	3	0,8
	Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	7	2
	Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	105	29,3
Aylık Ortalama Gelir	Asgari ücretin altında	33	9,2
	Asgari ücret	99	27,7
	Asgari ücretin üstünde	226	63,1
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	0	0
	Okur-yazar	5	1,4
	İlköğretim mezunu	119	33,2
	Lise mezunu	125	34,9
	Üniversite mezunu	102	28,5
	Yüksek lisans/doktora	7	2

Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalıkları sorgulandığında 27 kişinin (%7,5) kardiyovasküler sistem hastalığı, 14 kişinin (%3,9) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 15 kişinin (%4,2) astım, 26 kişinin (%7,3) hipertansiyon, 21 kişinin (%5,9) diyabetes mellitus, 4 kişinin (%1,1) böbrek hastalığı, 3 kişinin (%0,8) karaciğer hastalığı, 5 kişinin (%1,4) kanser, 6 kişinin (%1,7) depresyon, 8 kişinin (%2,2) anksiyete bozukluğu, 32 kişinin (%8,9)

diğer hastalıklara sahip olduğu görüldü.Çalışmaya katılanlardan 107 kişi (%29,9) alkol kullanıyor, 251 kişi (%70,1) alkol kullanmıyor. Katılımcılardan 263 kişinin (%73,5) çay içme alışkanlığı var, 95 kişinin (%26,5) çay içme alışkanlığı yoktur. Katılımcılardan 206 kişinin (%57,5) kahve içme alışkanlığı var, 152 kişinin (%42,5) kahve içme alışkanlığı yoktur.

4.2. Katılımcıların Sigara Kullanım Özellikleri

Çalışmaya katılan kişilerin sigarayı ilk deneme yaşı en düşük 5 yaş, en yüksek 55 yaş, ortalaması 16,07 yaşıdır. Sigaraya başlama yaşı en düşük değer 7 yaş, en yüksek değer 55 yaş, ortalaması 18,5 yaşıdır.

Sigara içme süresi paket/yıl olarak hesaplanmış olup en düşük 1 paket/yıl, en yüksek 104 paket/yıl, ortalama 24,24 paket/yıldır.

Tablo-3: Sigara Kullanım Özellikleri

	Ortalama	Standart sapma	Medyan	En düşük	En yüksek
Sigarayı ilk deneme yaşı	16,07	5,03	15,00	5,00	55,00
Sigaraya başlama yaşı	18,50	5,52	18,00	7,00	55,00
Sigara içme süresi paket/yıl	24,24	17,55	20,00	1,00	104,0

Çalışmaya katılan kişilerin sigara başlama nedenleri sorgulandığında 229 kişinin (%64) arkadaş etkisi ile, 36 kişinin (%10,1) merak, 64 kişinin (%17,9) özentisi, 17 kişinin (%4,7) depresyon, 10 kişinin (%2,8) kayıp, 2 kişinin (%0,6) askerlik nedeniyle sigaraya başladığı görüldü.

Tablo-4: Sigaraya Başlama Nedenleri

	n=358	%
Arkadaş ortamı	229	64,0
Merak	36	10,1
Özenti	64	17,9
Depresyon	17	4,7
Kayıp	10	2,8
Askerlik	2	,6
Toplam	358	100,0

Çalışmaya katılanlardan 25 kişinin (%7) sigara dışında kullandığı tütün ürünü (nargile, puro vb.) mevcut, 333 kişinin (%93) sigara dışında kullandığı tütün ürünü yoktur. Katılımcılardan 164 kişinin (%45,8) yaşadığı evde sigara kullanan başka kişi varken, 194 kişinin (%54,2) evinde sigara kullanan başka kişi yoktur.

Çalışmaya katılan kişilerden 277 kişi (%77,4) daha önce en az bir kez olmak üzere sigarayı bırakmayı denemiş, 79 kişinin (%22,1) daha önce bırakma denemesi yoktur. Daha önceki sigara bırakma denemelerinde sigara içilmeyen en kısa süre 1 gün, en uzun süre 10 yıldır. Katılımcıların daha önceki sigara bırakma denemelerinin olumsuz sonuçlanma nedenlerinden, bırakma döneminde 83 kişinin (%23,2) aşırı sigara isteği, 40 kişinin (%11,2) sinirlilik, 5 kişinin (%1,4) konsantrasyon eksikliği, 1 kişinin (%0,3) ağız yarası, 2 kişinin (%0,6) baş ağrısı, 2 kişinin (%0,6) iştah artışı, 3 kişinin (%0,8) kilo alımı, 1 kişinin (%0,3) uyku bozukluğu, 18 kişinin (%5) evde sigara içen birinin olması, 21 kişinin (%5,9) iş yerinde sigara içen birinin olmasıdır.

Katılımcıların sigara bırakmak isteme nedenleri sorgulanmış olup 43 kişi (%12) karşılaştığı bir sağlık problemi nedeniyle , 185 kişi (%51,7) sağlık endişesi nedeniyle, 32 kişi (%8,9) maddi yükü sebebiyle, 50 kişi (%14) çocuk sahibi olduğu için (çocuklarına kötü örnek olmak istememe/çocuklarının sigarayı bırakmak için teşvik etmesi), 4 kişi (%1,1) çocuk sahibi olmak istediği için, 17 kişi (%4,7) sigaranın kötü kokusu nedeniyle, 11 kişi (%3,1) covid-19 pandemisi nedeniyle (covid-19 pandemisinin oluşturduğu sağlık endişesi), 12 kişi (%3,4) partnerlerinin isteği üzerine, 4 kişi (%1,1) doktor önerisiyle sigarayı bırakmak istemiştir.

Tablo-5: Sigara Bırakma İsteme Nedenleri

	n=358	%	Geçerli %	Kümülatif %
Sağlık problemiyle karşılaşmak	43	12,0	12,0	12,0
Sağlık endişesi	185	51,7	51,7	63,7
Maddi kaygılar	32	8,9	8,9	72,6
Çocuk sahibi olmak	50	14,0	14,0	86,6
Çocuk sahibi olmak isteme	4	1,1	1,1	87,7
Kötü koku	17	4,7	4,7	92,5
Covid-19 pandemisi	11	3,1	3,1	95,5
Partner isteği	12	3,4	3,4	98,9
Doktor önerisi	4	1,1	1,1	100,0
Toplam	358	100,0	100,0	

4.3. Katılımcıların Sigara Bırakma Durumu ve Etkileyen Faktörler

Çalışmaya katılan kişilerden 338 kişiye (%94,4) vareniklin, 19 kişiye (%5,3) nikotin replasman terapisi başlanmıştır. 1 kişi (%0,3) yalnızca motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerden 24 kişi (%6,7) takiplere gelmemiş olup bırakma durumlarını sorgulanmak amacıyla telefon ile arandığında ulaşılamamıştır. Katılımcılardan 150 kişi (%44,9) üçüncü ayda sigarayı bırakmış, 184 kişi (%51,4) sigara kullanmaya devam etmiştir. Katılımcıların altıncı ay kontrollerinde sigara bırakma durumları incelendiğinde 131'i (%39,5) sigarayı bırakmış, 201'i (%60,5) sigara kullanmaya devam etmiştir.

Tablo-6: 3. Aydaki Sigara Bırakma Durumu

	n=	%
Biraktı	150	41,9
Bırakmadı	184	51,4
Total	334	93,3
Ulaşılamayan hasta	24	6,7
Toplam	358	100,0

Tablo-7: 6. Aydaki Sigara Bırakma Durumu

	n=	%
Biraktı	131	36,6
Bırakmadı	201	56,1
Toplam	332	92,7
Ulaşılamayan hasta	26	7,3
Toplam	358	100,0

Kişilerin kendisine hangi yöntemin etkili olduğu sorulduğunda altıncı ayda sigara bırakan kişilerden 76 kişi (%57,6) ilaç tedavisi, 39 kişi (%29,5) motivasyonel görüşme, 1 kişi (%0,8) elektronik sigara, 10 kişi (%7,6) sosyal destek, 5 kişi (%3,8) covid-19 pandemisi, 1 kişi (%0,8) hobi edinme yardımıyla sigarayı bıraktığını belirtti.

Çalışmaya katılan ve altıncı ayda sigarayı bırakma denemesi olumsuz sonuçlanmış kişilerden 78 kişi (%38,8) stres, 15 kişi (%7,5) ilaç yan etkisi, 59 kişi (%29,4) sigara içme isteği, 33 kişi (%16,4) ilaç temin edememek, 10 kişi (%5) iş ortamında sigara içen birinin olması, 2 kişi (%1) evde sigara içen birinin olması, 4 kişi (%2) ise arkadaş ortamı nedeniyle sigarayı bırakamadığını belirtmiştir.

4.4. Sigara Bırakma Durumuna Göre Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların 3. aydaki bırakma durumları yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, kronik hastalıklar, alkol kullanımı, çay içme alışkanlığı, kahve içme alışkanlığı gibi özellikler açısından incelendiğinde bu faktörler ile arada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya dahil edilen hastaların 6. aydaki bırakma durumları da yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, kronik hastalıklar, alkol kullanımı, çay içme alışkanlığı, kahve içme alışkanlığı açısından anlamlı fark göstermemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların 3. ve 6. aydaki sigarayı bırakma durumlarına göre bırakan ve bırakmayan hasta grupları arasında sigaraya başlama nedeni, kullanılan başka tütün ürünü, evde başka sigara içen birinin olması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan 3. aydaki bırakma durumu ve daha önce sigara bırakma denemesi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcılardan 6. aydaki bırakma durumu ve daha önce sigara bırakma denemesi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grupta

da daha önce sigara bırakmayı deneyenlerde bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-8: Sigara Bırakma Durumu ve Sigara Bırakma Denemesi

			6. aydaki bırakma durumu		
			Bıraktı	Bırakmadı	Toplam
Daha önce sigara bırakma denemesi	Evet	n=	111 _a	147 _b	258
		%	84,7%	73,9%	78,2%
	Hayır	n=	20 _a	52 _b	72
		%	15,3%	26,1%	21,8%
Toplam		n=	131	199	330
		%	100,0%	100,0%	100,0%

a ve b gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan kişilerin üçüncü ve altıncı ayda sigarayı bırakma durumları ile sigarayı bırakmak isteme nedenleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan üçüncü ayda sigarayı bırakan 150 kişiden 142'si vareniklin ve motivasyonel görüşme, 7'si nikotin replasman tedavisi ve motivasyonel görüşme, 1'i yalnızca motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Üçüncü aydaki bırakma durumuna göre seçilen bırakma yöntemleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılardan altıncı ayda sigarayı bırakan 131 kişiden 124'ü vareniklin ve motivasyonel görüşme, 6'sı nikotin replasman tedavisi ve motivasyonel görüşme, 1'i yalnızca motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Altıncı aydaki bırakma durumuna göre seçilen bırakma yöntemleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo-9: Bırakma Yöntemine Göre 3. Aydaki Bırakma Durumu

			Bıraktı	Bırakmadı	Toplam
Seçilen bırakma yöntemi	Vareniklin	n=	142 _a	172 _a	314
		%	94,7%	93,5%	94,0%
	Nikotin replasman terapisi	n=	7 _a	12 _a	19
		%	4,7%	6,5%	5,7%
	Nonfarmakolojik	n=	1 _a	0 _a	1
		%	0,7%	0,0%	0,3%
Toplam	n=	150	184	334	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tablo-10: Bırakma Yöntemine Göre 6. Aydaki Bırakma Durumu

			Bıraktı	Bırakmadı	Toplam
Seçilen bırakma yöntemi	Vareniklin	n=	124 _a	188 _a	312
		%	94,7%	93,5%	94,0%
	Nikotin replasman terapisi	n=	6 _a	13 _a	19
		%	4,6%	6,5%	5,7%
	Nonfarmakolojik	n=	1 _a	0 _a	1
		%	0,8%	0,0%	0,3%
Toplam	n=	131	201	332	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Çalışmaya katılan kişilerden elde ettiğimiz bir başka özellik üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ile aylık sigaraya harcadığı ortalama gider arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların altıncı aydaki

sigara bırakma durumları ile aylık sigaraya harcadığı ortalama gider arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılanların üçüncü aydaki bırakma durumu ile sigarayı ilk kez deneme yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların altıncı aydaki bırakma durumu ile sigarayı ilk kez deneme yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların üçüncü ve altıncı aydaki bırakma durumları ile daha önce bıraktıkları dönemdeki sigara içmedikleri süre arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Sigara Bırakma Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen kişilerin üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru ($p=0,075$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya dahil edilen kişilerin altıncı aydaki sigara bırakma durumu ve Fagerström nikotin bağımlılık skoru arasında ($p=0,071$) anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Test skoru ile sigara dozu (paket/yıl) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,325$; $p<0,001$).

4.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Sigara Bırakma Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan kişilerin üçüncü aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete ($p=0,005$) ve depresyon ($p=0,03$) skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların altıncı aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete skoru ($p=0,026$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların altıncı

aydaki bırakma durumu ile HAD depresyon skoru ($p=0,138$) arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

HAD depresyon skoru ile sigara dozu (paket/yıl) arasında anlamlı ilişki bulunmuş gibi görünse de ($r=0,108$; $p=0,041$) bu ilişki önemsizlenecek düzeydedir.

4.7. Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği ve Sigara Bırakma Durumu Arasındaki İlişki

Katılımcıların üçüncü aydaki sigara bırakma durumu ile sigara bırakma yorgunluk ölçeği duygusallık alt boyutu ($p=0,108$), sigara bırakma yorgunluk ölçeği karamsarlık alt boyutu ($p=0,811$), sigara bırakma yorgunluk ölçeği değersizleşme alt boyutu ($p=0,848$) ve sigara bırakma yorgunluk ölçeği total skoru ($p=0,315$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların altıncı aydaki sigara bırakma durumu ile sigara bırakma yorgunluk ölçeği duygusallık alt boyutu ($p=0,151$), sigara bırakma yorgunluk ölçeği karamsarlık alt boyutu ($p=0,960$), sigara bırakma yorgunluk ölçeği değersizleşme alt boyutu ($p=0,541$) ve sigara bırakma yorgunluk ölçeği total skoru ($p=0,319$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.8. Korelasyon Analizi

Çalışmaya katılan kişilerde uygulanan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), HAD ölçeği, Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği (SBYÖ) arasındaki ilişki gözlenmek amacıyla Spearman korelasyon testi yapılmıştır.

Tablo-11: Ölçek Skorları

	Ortalama	Standart Deviasyon	Medyan	En düşük	En yüksek
Fagerström Nikotin Bağımlılık Test Skoru	6,05	2,21	6,00	,00	10,00
Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği duygusallık alt boyutu skoru	17,25	5,58	17,00	6,00	32,00
Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği karamsarlık alt boyutu skoru	9,11	2,75	9,00	3,00	15,00
Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği değersizleşme alt skoru	17,89	3,91	20,00	1,00	21,00
Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği total skoru	44,28	8,08	45,00	12,00	65,00
HAD Anksiyete skoru	8,28	4,12	8,00	,00	21,00
HAD Depresyon skoru	6,53	3,85	6,00	,00	21,00

Buna göre altıncı ayda sigarayı bırakanların SBYÖ karamsarlık alt boyutu ile değersizleşme alt boyutu arasında korelasyon mevcuttur ($\rho=0,331$). SBYÖ duygusallık alt boyutu ile HAD anksiyete skoru ($\rho=0,304$) ve HAD depresyon skoru ($\rho=0,257$) arasında korelasyon mevcuttur. SBYÖ total skoru ile HAD anksiyete skoru arasında korelasyon mevcuttur ($\rho=0,276$). HAD anksiyete skoru ile HAD depresyon skoru arasında korelasyon mevcuttur ($\rho=0,651$). Altıncı ayda sigara bırakmayanların FNBT skoru ile SBYÖ duygusallık alt boyutu arasında ($\rho=0,221$) ve total skoru arasında ($\rho=0,187$) korelasyon mevcuttur. SBYÖ duygusallık alt boyutu ile HAD anksiyete skoru ($\rho=0,374$) ve HAD depresyon skoru ($\rho=0,269$) arasında korelasyon mevcuttur. SBYÖ total skoru ile HAD anksiyete skoru ($\rho=0,277$) ve HAD depresyon skoru ($\rho=0,202$) arasında korelasyon mevcuttur. HAD depresyon ve anksiyete skoru arasında ($\rho=0,629$) korelasyon mevcuttur.

5. TARTIŞMA

Sigarayı bırakmak, önlenabilir morbidite ve mortaliteyi azaltmada çok önemli bir rol oynar. Sigara içen bir kişinin yaşam beklentisi sigara içmeyenlere göre en az 10 yıl daha kısadır ve sigara içenlerin üçte ikisi sigaraya bağlı bir hastalıktan ölmektedir. Davranışsal ve ilaç tedavilerinin bir kombinasyonu olan sigara bırakma tedavisi gören sigara içenler, kendi başlarına bırakmaya çalışanlara göre sigarayı bırakmada beş kat daha başarılıdır. Bununla birlikte, bazı sigara içenlerin tedavi görmelerine rağmen sigarayı bırakmaları zor ya da başarısız olmaktadır (76).

Literatürde sigara bırakma danışmanlığı alan hastalarda bırakmayı etkileyen faktörlerle ilgili birçok çalışma mevcuttur. Sigara bırakma tedavilerine yardımcı olmak amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Bunlardan biri de Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeğidir. Bırakma yorgunluğu ya da sigarayı bırakmaya çalışmanın yorgunluğu, bugüne kadar sınırlı ampirik ilgi görmüş, ümit verici bir bireysel farklılık özelliğidir. Bırakma yorgunluğu ilk olarak bırakma motivasyon kaybı, bırakma başarısında umut kaybı, başa çıkma becerilerinin kullanımının azalması, öz yeterliliğin azalması ve öz denetim kaynaklarının tükenmesini içeren gizli bir yapı olarak kavramsallaştırılmıştır (77). Mathew ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirdikleri çok boyutlu sigara bırakma yorgunluğu ölçeği, ileriye dönük sigara bırakma durumunu tahmin edip edemeyeceğini test eden ilk çalışmadır (78). Sigarayı bırakmaya çalışmanın yorgunluğu olarak tanımlanan bırakma yorgunluğu, nüks sürecini anlamada önemli bir yapı olabilir. Bir bırakma girişiminin başlangıcında, bireyler bırakma konusunda hevesli olabilir ancak stres faktörleri, güçlü sigara içme dürtüleri ve sigara dışında başka yollarla olumsuz duygulanımla başa çıkmak için gereken ekstra çaba varlığında motivasyon zamanla azalabilir (79). Heckman ve arkadaşları 2018 yılında sigara bırakma yorgunluk ölçeğinin tahmin geçerliliğini incelemiştir. Sonuçlara göre bırakma yorgunluğu bırakmayı sürdürmeyi engellemektedir (80). Bırakma yorgunluk ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik güvenirlik çalışması Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Stres

ve bırakma yorgunluğu arasında korelasyon testi uygulanmış ve pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (81).

Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylere ilk değerlendirmede sosyodemografik verileri, FNBT, SBYÖ, HAD ölçeği uygulanmıştır. Hastaların takiplerinde üçüncü ay ve altıncı aydaki bırakma durumuna göre veriler değerlendirilmiştir.

Genel olarak erkeklerde sigara içme prevalansı kadınlara göre daha yüksektir. Yapılan birçok çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin büyük çoğunluğu erkeklerin oluşturduğu gösterilmiş. Bu çalışmada da katılımcıların %66,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Bu durum sigara içme prevalansının erkeklerde daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir (82).

Çalışmamızda üçüncü ve altıncı ayda bırakma başarısında cinsiyetler açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,54$). Kadınlar erkeklere göre sigaranın belirli sağlık sonuçları açısından daha fazla risk yaşarlar (örn, Koroner kalp hastalığı, KOAH) (83). Kadınlarda sigara içme prevalansı giderek arttığı için KOAH'ın kadınlarda görülmesi sıklığı artmaktadır. Son birkaç on yılda KOAH'tan kaynaklanan artan morbidite ve mortalite, kısmen kadınlarda artışın olmasından kaynaklanmaktadır. Kadın sigara içenler, daha az miktarda (paket/yıl) sigara içmelerine rağmen, FEV1'de erkek sigara içenlere göre daha hızlı yıllık düşüşe sahip oldukları gösterilmiştir (84). Sitokrom P450 enzimlerinin ekspresyonu ve aktivitesindeki cinsiyet farklılıkları nedeniyle sigara dumanının metabolizması kadınlarda farklılık gösterebilir. Erkekler ve kadınlar arasındaki sigara içme alışkanlıkları, erkeklerin sigara dumanını daha derin solumasıyla farklılık gösterebilir, ancak içilen sigara sayısı ve sigaraya başlama yaşı cinsiyetler arasında benzerdir. Hormonal etkiler nedeniyle, sigara dumanına verilen inflamatuvar yanıtın kadınlarda farklı olması olasıdır, ancak bu kanıtlanmamıştır (85).

Yapılan bir meta-analizin sonuçlarına göre vareniklin tedavisinin erkeklere kıyasla kadınlar için daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bupropion ve nikotin replasman tedavisinde ise kadınlarda bırakma başarısı erkeklerden daha düşük izlenmiştir (86). Kadınlar arasında sigara bırakma oranlarını arttırmak amacıyla cinsiyet odaklı çalışmalara ihtiyaç vardır (83).

Polikliniğe başvuru yaşının 20-75 yaş, ortalamasının 39 yaş olduğu görüldü. Sigara bırakma polikliniğine en çok başvurunun 28-50 arasında olduğu görüldü. TÜİK verilerine göre Türkiye’de sigara içen kişilerin çoğunluğunu 25-44 yaş oluşturmaktadır. Monso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ve cinsiyet sigara bırakmada etkili faktörler olarak izlenmiştir (87). Çalışmamızda yaşa göre bırakma durumunda anlamlı fark izlenmedi.

Katılımcılardan 237 kişi (%66,2) evli, 111 kişi (%31) bekar, 9 kişi (%2,5) dul, 1 kişi (%0,3) ayrı yaşıyor idi. Kişilerin medeni durumları ile bırakma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Yapılan bir çalışmada evli olan ya da bir partnerle birlikte yaşayan kadınların sigara bırakma olasılıkları yalnız kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (88). Esmer ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada en az 3 ay süreyle sigara bırakan olguların evli ve çocuk sahibi olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (89).

Çalışmaya katılanlardan 5 kişi (%1,4) okur-yazar, 119 kişi (%33,2) ilköğretim mezunu, 125 kişi (%34,9) lise mezunu, 102 kişi (%28,5) üniversite mezunu, 7 kişi (%2) yüksek lisans/doktora mezunuydu. Kanada’da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kişilerde sigara içme yaygınlığı ve günlük kullanılan sigara miktarı daha fazla bulunmuştur. Eğitim düzeyi daha yüksek olan kişilerde bırakma olasılığı daha fazla izlenmiştir (87). Çalışmamızda eğitim düzeyi ile bırakma durumu arasında anlamlı farklılık izlenmedi.

Çalışma planlanırken sosyo-demografik anket meslek grupları TÜİK Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması referans alınmıştır. Başlıca 10 adet meslek grubu belirlenmiştir. Katılımcıların mesleklerine bakıldığında büyük çoğunluğunu 57 kişi (%15,9) profesyonel meslek gruplarında, 96 kişi (%26,8) teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel meslek gruplarında, 46 kişi

(%12,8) hizmet ve satış elemanları, 105 kişi (%29,3) nitelik gerektirmeyen meslekler oluştuyordu. Sonuçlarımıza göre meslek grupları ile bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Avrupa'da yapılan 15 çalışmanın meta-analiz sonuçlarına göre sigara içenler sigara içmeyenlere göre %11 daha fazla iş gerginliği bildirmiştir. Bununla birlikte, sigarayı bırakanlar ve hiç içmeyenler arasında iş gerginliğinde hiçbir fark gözlenmedi. İş gerginliği, halen sigara içenlerde sigara dozu ile ilişkiliydi (90).

Katılımcıların aylık ortalama gelirlerine bakıldığında 33 kişinin (%9,2) ortalama geliri asgari ücretin altında, 99 kişinin (%27,7) ortalama geliri asgari ücret, 226 kişinin (%63,1) ortalama geliri asgari ücretin üstündeydi. Sosyoekonomik durum sigara içme davranışlarının önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmiştir. Genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde belirlenen eğitim, tütüne maruz kalma ve sigara içme davranışlarının güçlü bir yordayıcısı olabilir. Aksine, gelir ve mesleğin önemi yaşlı yetişkinler için artarak sigara tüketim seviyelerini ve sigarayı bırakmayı etkileyebilir (91).

Aylık sigaraya harcanan ortalama gider, aylık ortalama gelirin %21,5'i olarak, standart deviasyon 10,2 olarak saptandı. Katılımcıların aylık sigaraya harcadığı ortalama gider ile üçüncü ay bırakma ($p=0,017$) ve altıncı ay bırakma ($p=0,003$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yüksek geliri olan katılımcıların eğitim ve geliri düşük veya orta seviyeli olanlara göre bırakma olasılığı %20-30 daha yüksekti. Buna ek olarak, yüksek eğitilmiş katılımcıların, düşük veya orta eğitilmiş olanlara kıyasla en az 6 ay boyunca bırakma olasılıkları %30 daha yüksekti. Reid JL ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma, daha düşük sosyo-ekonomik grupların arasında daha düşük bırakma başarısının, sadece sigara içenler arasında daha az sayıda bireyin sigara bırakmaya çalışmasından kaynaklanmadığını göstermektedir (92).

Çalışmaya katılan kişilerin sigarayı ilk deneme yaşı en düşük 5 yaş, en yüksek 55 yaş, ortalaması 16,07 yaştır. Sigaraya başlama yaşı en düşük değer 7 yaş, en yüksek değer 55 yaş, ortalaması 18,5 yaştır. Çalışmamızda sigara ilk deneme yaşı ile üçüncü ay bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,02$). Avrupa'da son yıllarda genel olarak sigaraya başlama

oranları önemli ölçüde azalmış olsa da genç ergenlerde (11-15 yaş) sigara kullanmaya başlama endişe verici bir şekilde artmıştır. Sigaraya başlama yaşının düşük olması sigaraya bağlı mortalite ve morbidite riskinde artış ile ilişkilidir. Erken başlama, bırakıldıktan sonra daha fazla relaps riski ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bu bulgular erken yaş grubunu hedef alan ve etki tütün kontrol stratejilerinin uygulanması gerektiğini düşündürmektedir (93).

Çalışmamızda çay, kahve ve alkol kullanımı ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Treur ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içmek daha yüksek kahve tüketimi ile ilişkilidir. Çay tüketimi ise kültürel farklılıklar göstermektedir. Alkolsüz içecek tüketimi ve sigara kullanımı arasında pozitif korelasyon mevcuttur (94).

Sigara başlama nedenleri arasında 229 kişi arkadaş ortamı (%64), 64 kişi özenmek (%17,9) ve 36 kişi merak (%10,1) sebebiyle sigaraya başladığını belirtti. Bulgular literatür ile uyumlu izlendi (95). Bu sebepler dışında depresyon, kayıp yaşamak gibi duygusal stres yaratan faktörler sigara başlama nedenleri arasında görüldü. Batı toplumlarında başlamayı öngören önemli faktörler sigara içen arkadaşlara sahip olmak, sigara içen ebeveynlere sahip olmak, düşük sosyal sınıf, ruh sağlığı sorunlarına eğilim ve dürtüselliktir. Günlük sigara içmeye geçiş, bazen çok hızlı ve bazen birkaç yıl süren oldukça değişken bir örüntü izler. Düzenli sigara içmeye geçişi öngören önemli faktörler sigara içen arkadaşlara sahip olmak, zayıf akademik yönelim, düşük ebeveyn desteği, sigara yanlısı tutumlar, alkol ve düşük sosyo-ekonomik statüdür (96).

Çalışmaya katılan kişilerden 277 kişi (%77,4) daha önce en az bir kez olmak üzere sigarayı bırakmayı denemiş, 79 kişinin (%22,1) ise daha önce bırakma denemesi yoktur. Katılımcıların üçüncü ay ($p<0,002$) ve altıncı ay ($p<0,019$) sigara bırakma durumu ile daha önce sigara bırakma denemesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigarayı bırakmak isteyen sigara içenler birçok deneme yapmaktadır. Sigara bırakma başarısı daha yüksek olanların 1 veya daha fazla bırakma girişiminde bulunduklarını bildirdi (97). Olumsuz sonuçlanan denemelerden öğrenilen davranış ve bilgilerin bir sonraki

denemede kullanılması, nikotin yoksunluğuyla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi muhtemeldir.

Katılımcılardan 150 kişi (%44,9) üçüncü ayda sigarayı bırakmış, 184 kişi (%51,4) sigara kullanmaya devam etmiş, altıncı ayda 131'i (%39,5) sigarayı bırakmış, 201'i (%60,5) sigara kullanmaya devam etmiştir. Ülkemizde sigara bırakma polikliniğinde yapılan bir çalışmada üçüncü ay bırakma başarısı %36,5 olarak bulunmuştur (98). Yapılan diğer çalışmalarda birinci yılın sonunda sigara bırakma başarısı %19-48 arasında izlenmektedir (99). Sigarayı bırakma girişimlerinin belirleyicilerinin tespit edilmesi ve sigarayı bırakma başarısının izlenmesi, etkili sigara önleme ve bırakma programları için çok önemlidir. Sigarayı bırakma programları sağlık politikalarının önceliklerinden birisini oluşturmalıdır, çünkü bunlar sigaraya bağlı hastalıkların görülme sıklığını azaltacak, böylece insanların yaşam kalitesini artıracak ve ulusal sağlık bakım maliyetlerinin yükünü azaltacaklardır. Bununla birlikte, sigara içme davranışının karmaşıklığından dolayı, sigarayı bırakmak için etkili yeni stratejiler geliştirmek oldukça zor görünmektedir. Yetişkin sigara içenlerin önemli bir kısmı aktif olarak sigarayı bırakmaya çalışsa da bırakmadaki başarı yüzdesi oldukça düşüktür. Bu nedenle bırakma girişimlerinin belirleyicilerinin ve sigarayı bırakmanın başarısının belirlenmesi, tütün kullanımını ortadan kaldırmayı amaçlayan müdahale programlarını etkin bir şekilde hedeflemek için çok önemlidir (100).

Hasta takiplerimizde ilk başvuru ve her kontrolde motivasyonel görüşme yapılmıştır. Motivasyonel görüşme, insanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için kullanılabilecek bir danışmanlık türüdür. İnsanların bırakma konusunda kararsız hissettikleri nedenleri keşfetmelerine yardımcı olmayı ve kendilerini daha istekli ve sigarayı bırakmaya hazır hissettirmenin yollarını bulmayı amaçlamaktadır. Danışmanlar, kişiye davranışlarını neden ve nasıl değiştirmeleri gerektiğini anlatmak yerine, insanlara kendi davranışlarını değiştirmeyi seçmeleri için yardımcı olmaya çalışırlar ve başarılı olabileceklerine dair güvenlerini arttırırlar (52). Sigara bırakma danışmanı bırakma ile ilişkili bireysel faktörlerin etkisi için rehberlik edebilir ve tedaviyi,

hasta alt grupları arasında başarıyı kolaylaştırma veya engelleme olasılığı en yüksek olan faktörlere göre uyarlamada yardımcı olabilir. Bu çalışmadan hareketle, düzenli aralıklarla (yani 6 ay boyunca yaklaşık 6 kez) verilen yönlendirici, tavsiye odaklı danışmanlığın, sigarayı bırakma konusunda güçlü bir kolaylaştırıcı olduğu görülmüştür (101). Bireysel danışmanlığın bırakma olasılığını artırdığına dair tutarlı kanıtlar vardır. Farmakoterapiden bağımsız olarak kullanılan bireysel danışmanlığın, 11.000'den fazla katılımcının dahil edildiği derlemede en az altı ay sonra bırakmayı % 40 ila % 80 artıracığı tahmin edilmektedir (102).

Çalışmaya katılan kişilerden 338 kişiye (%94,4) vareniklin, 19 kişiye (%5,3) nikotin replasman terapisi başlanmış, 1 kişi ise (%0,3) yalnızca motivasyonel görüşme ile takip edilmiştir. Bursa'da bulunan ilçe sağlık müdürlük stoklarında bupropion olmaması nedeniyle tedavi yöntemi olarak kullanılamamıştır. Büyük oranda vareniklin kullanılmasının gerekçesi başvuran danışanların çoğunluğunun FNBT skorunun orta-yüksek olması ve danışanların daha önceki denemelerinde başarısız sonuçlanmasıydı. Katılımcıların üçüncü ay ve altıncı ay bırakma durumu ile seçilen tedavi yöntemi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Klinik araştırmalar, vareniklinin güvenli olduğunu ve çeşitli hasta popülasyonlarında iyi tolere edildiğini göstermiştir. En yaygın yan etki olan mide bulantısı hastaların yaklaşık %30'unda görülür ve sıklıkla sürekli kullanım ve/veya doz titrasyonu ile hafifletilebilir. Bupropion ve nikotin replasman tedavileri dahil olmak üzere, vareniklinin, sigara içenlerde plaseboya ve aynı zamanda mevcut diğer sigarayı bırakmaya yardımcı metotlara kıyasla daha etkili olduğu gösterilmiştir (65). Sigarayı bırakmaya motive olmuş yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada nikotin bandı, vareniklin veya kombinasyon nikotin replasmanı ile sigarayı bırakma oranlarında önemli bir farklılık saptanmadı (103). Vareniklinin NRT ile kombine kullanılmasının etkinliğini ve güvenliğini araştıran bir araştırma yapılmıştır. Vareniklinin NRT ile kombinasyon tedavisi sigarayı bırakmada tek başına vareniklinden daha etkili bulunmuştur. Kombinasyon tedavi, özellikle nikotin bandının kesilme öncesi tedavisi uygulanıyorsa tek

başına vareniklinden daha etkilidir. Kombinasyon tedavinin advers olayları, cilt reaksiyonları haricinde mono tedaviye benzerdir (104).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skoru en düşük 0 puan (1 kişi), en yüksek 10 puandı (15 kişi). Ortalama puan 6,05 olup, standart deviasyon $\pm 2,21$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların bağımlılık düzey ortalaması yüksek saptanmıştır. Bu durum Alo 171 hattından polikliniğimize yönlendirilen hasta grubunun çoğunlukla orta-yüksek bağımlılık skorlarına sahip hasta grubu olmasıyla ilişkilendirilebilir. Katılımcıların FNBT skoru ile üçüncü ay ve altıncı ay bırakma başarıları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Toplumdaki tiryakilik dağılım aralığının çalışma örneklem grubumuza daralarak yansması bu sonuçlara neden olmuş olabilir. Literatürde sigara bırakma durumu ile FNBT skoru arasındaki ilişkiyi değerlendiren birçok çalışma mevcuttur. Bazı çalışmalar anlamlı ilişki saptamışken bazı çalışmalarda anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yaygın kullanıma rağmen, dikkate değer literatür, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi'nin genellikle nispeten zayıf güvenilirlik ve geçerlilik özelliklerini yansıtan şüpheli psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermiştir (105). Çalışmamızda FNBT skoru ile SBYÖ arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum FNBT skorunun bağımlılığı değerlendirmek ve anlamak için kullanılmasına rağmen bırakma yorgunluğunda belirleyici olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

HAD anksiyete skoru ortalaması 8,2 puan $\pm 4,1$ puan, depresyon skoru $6,5 \pm 3,8$ olarak saptanmıştır. HAD skoru değerlendirmesine göre <8 puan normal, 8-10 puan sınırda hasta, >10 puan belirgin hasta olarak değerlendirilmektedir. Bulgulara göre katılımcıların anksiyete skorları yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin üçüncü aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların altıncı aydaki bırakma durumu ile HAD anksiyete skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çok sayıda çalışmada nikotin bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları arasında çift yönlü bir bağlantı olduğunu tespit etmiştir. Spesifik olarak, sigara içme oranlarının anksiyete bozukluğu olan popülasyonda klinik olmayan popülasyona göre önemli ölçüde daha yüksek

olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, nikotin bağımlılığı kişinin anksiyete bozukluklarına karşı savunmasızlığını artırırken, sigaranın anksiyete bozuklukları ile ilişkili semptomları hafifletmek için bir araç olarak hizmet edebilmesi ve dolayısıyla anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında nikotin bağımlılığını artırması mümkündür. Anksiyete bozuklukları ile sigara içme arasındaki bağlantıya benzer şekilde, depresyon ve nikotin bağımlılığının da karşılıklı bir ilişkisi vardır. Tıpkı sigara içenlerin daha yüksek depresyon oranları göstermesi gibi, majör depresyonlu hastaların klinik olmayan popülasyona göre daha yüksek sigara içme düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir. Sigarayı bıraktıktan sonra artan depresyon şiddeti ve yoksunluk semptomlarının, depresyonlu kişilerde daha düşük başarılı sigarayı bırakma seviyelerine katkıda bulunabileceğini göstermektedir (106). SBYÖ duygusallık alt boyutu ile HAD anksiyete skoru ve HAD depresyon skoru arasında korelasyon mevcuttur. SBYÖ total skoru ile HAD anksiyete skoru arasında korelasyon mevcuttur. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete ile sigara bırakma yorgunluğu arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır (81). Bulgularımız literatürü desteklemektedir. Ancak nikotin bağımlılığı, sigara bırakma ve stres ilişkisini anlamak için daha çok araştırma yapılmalıdır. HAD anksiyete skoru ile HAD depresyon skoru arasında korelasyon mevcuttur. Anksiyete ve depresyon çoğu zaman eşzamanlıdır ve ortak etiyolojik sebepleri vardır. Anksiyete odaklı tedavi modelleri hem anksiyete hem de depresif semptomlar üzerinde önemli etkiler yaratmıştır (107).

Çalışmaya katılanların SBYÖ duygusallık boyutu skoru $17,2 \pm 5,5$ puan, karamsarlık boyutu $9,1 \pm 2,7$ puan, değersizleşme boyutu $17,8 \pm 3,9$ puan, total skoru $44,2 \pm 8$ puan olarak bulunmuştur. Katılımcıların SBYÖ skoru ile üçüncü ay ve altıncı ay bırakma durumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Üçüncü ay bırakma durumunda FNBT skoru ile SBYÖ duygusallık boyutu skoru ve SBYÖ total skoru arasında korelasyon saptanmıştır. Üçüncü ay bırakma durumunda HAD anksiyete ve depresyon skorları ile SBYÖ duygusallık alt boyutu skoru ve SBYÖ total skoru arasında korelasyon saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, anksiyete bozukluğu öyküsü olan sigara içenler olmayanlara göre bırakma girişiminden önceki ve sonraki

hafta boyunca bırakma yorgunluğunda daha fazla artış yaşadı. Bırakma girişiminin ilk iki haftasında bırakma yorgunluğunun arttığını buldu, ancak bu sigarayı bırakma ilaçları kullanılarak azaltılabileceği anlaşıldı. Kombinasyon nikotin replasman tedavisi (yama + pastil) bırakma yorgunluğunda en büyük uzun vadeli azalmayı sağladı. Daha düşük bırakma yorgunluğu, daha uzun sigara bırakma süresi ile ilişkiliydi. Bırakma yorgunluğu, altı aya kadar sigara bırakan eski sigara içicilerde en yüksek seviyedeydi (77). Heckman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada SBYÖ duygusallık alt boyutunun bırakma sonuçlarının en güçlü öngörücüsü olarak bulundu. Bırakma yorgunluğunun bırakmayı engelleyebileceği bulunmuştur. Daha fazla ayrıntıyla duygusallık alt ölçeğinin, nüksetmeye karşı savunmasız bireyleri tanımlamak için bir triyaj aracı olarak kullanılmasını öngörülmüştü (80). Bırakma yorgunluğunu nüks eğilimi ve nikotin yoksunluğu ile ilgili bir yapı olarak sonuçlarıyla ilişkisi desteklenmişti (78). Çalışmamızda bu bulguları destekler nitelikteydi. SBYÖ duygusallık alt boyut skoru yüksek olan danışanların HAD anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek saptanması ve relaps oranlarının daha yüksek seyretmesi literatürle uyumlu bulgular arasındadır. SBYÖ'nin özellikle duygusallık alt boyutunun sigara bırakma danışmanlığında önemli kilometre taşlarından biri olması öngörülmektedir.

Altıncı ayda sigara bırakma denemesi olumsuz sonuçlanmış kişilerin bırakamama nedenleri 78 kişi (%38,8) stres, 15 kişi (%7,5) ilaç yan etkisi, 59 kişi (%29,4) sigara içme isteği, 33 kişi (%16,4) ilaç temin edememek, 10 kişi (%5) iş ortamında sigara içen birinin olması, 2 kişi (%1) evde sigara içen birinin olması, 4 kişi (%2) arkadaş ortamı nedeniydi. Yapılan bir çalışmada da en sık sigara bırakamama nedenleri stres ve sigara içme isteği olarak bulunmuştur. Relapsın da en sık nedeni stres ve sigara içme isteğinin olmasıdır. İlaç yan etkisi tedavide aksamaya neden olan diğer konuydu. İlaç yan etkisiyle karşılaşan danışanların kontrolleri azaltmış olması muhtemeldir. Bir çalışmada, poliklinik kontrollerinin nüks riskini azalttığı gösterilmiştir (99). Çalışmamızda en sık engel olan üçüncü neden olarak ilaç temin edememe görülmüştür. Bu durum poliklinik takipleri sırasında belli bir dönemde il

stoklarında tedavi yöntemlerinin bulunmaması ve pandemi döneminde uygulanan karantina kuralları ile açıklanabilir.

Altıncı ayda sigara bırakmış hastalara bırakmaya yardımcı faktörler sorulduğunda 76 kişi (%57,6) ilaç tedavisi, 39 kişi (%29,5) motivasyonel görüşme, 1 kişi (%0,8) elektronik sigara, 10 kişi (%7,6) sosyal destek, 5 kişi (%3,8) covid-19 pandemisi, 1 kişi (%0,8) hobi edinme yardımıyla sigarayı bıraktığını belirtti. Sonuçlar farmakoterapinin ve motivasyonel görüşmenin önemini bir kez daha vurgulamıştır. Sigara bağımlılığında davranış alışkanlığı, fiziksel ve psikolojik bağımlılık rol oynamaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde sosyal destek bırakmayı kolaylaştırıcı faktör olarak görülmektedir. Dikkat çeken diğer nokta covid-19 pandemisinin bırakma motivasyonu ve bırakmayı kolaylaştırıcı olarak karşımıza çıkmasıydı. Pandemiden zarar görme riskini azaltmak, bazı kullanıcıların bırakması için önemli bir motivasyon kaynağı olabilir. Bir çalışmada pandemi sırasında yaşanan yaygın korku nedeniyle sigarayı bırakma oranlarının yaklaşık %8 arttığına rapor edilmiştir. Bu dönemde sigara içen bireylerin COVID-19 pandemisinden daha fazla ve daha kötü şekilde etkilenebileceği düşünüldüğünde, bırakma çalışmalarının daha kararlı bir şekilde yapılması ve görüşmelerde covid-19 pandemisi ile kombine riskler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (48). Yapılan bir çalışmada pandemi katılımcıların yaklaşık %30'unun sigara kullanımlarını artırmış ve yaklaşık %15'i sigara bırakma motivasyonlarını azaltmıştır. Negatif duygulanım ve sigara içme arasındaki ilişki göz önüne alındığında bazı kişilerde pandeminin neden olduğu strese sigara kullanımlarını artırarak yanıt vermeleri olabilir (108). Sigara bağımlılığı çok boyutlu olup covid-19 pandemisi ile olan ilişkisini anlamak amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri, çalışma süresince Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz sağladığı tedavi yöntemlerinde bupropion bulunmadığı için tedavi yöntemi olarak kullanılamamıştır. Bazı dönemlerde il stoklarında tedavi yöntemleri bulunmuyordu. Bu dönemde başvuran danışanlar devlet

tarafından ücretsiz sağlanan tedavi yöntemlerini kullanmak istedikleri için takipleri bırakmıştır.

Bir diğer kısıtlılık Covid-19 pandemisi nedeniyle uygulanan karantina kuralları nedeniyle bazı hastaların takiplere uyum sağlayamamasıydı. Takip sıklığı azaldığı için danışanların motivasyonları azalmış ve tedaviyi olumsuz etkilemiş olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran kişilerde Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği ile nikotin bağımlılığını değerlendirdiğimiz çalışmada katılımcıların üçüncü ay ve altıncı ay bırakma durumları literatür ile uyumlu izlendi. Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği ile stres düzeyi arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı. SBYÖ duygusallık alt boyutu stres ve yüksek relaps ile ilişkiliydi. SBYÖ duygusallık alt boyutu sigara bırakma danışmanlığında yeni bir pencere açmaktadır.

Sigarayı ilk kez deneme yaşı ile bırakma arasında ilişki bulundu. Küçük yaşlarda sigarayı deneyen kişilerde bırakma başarısı daha düşüktü. Daha önce sigara bırakmayı deneyenlerin bırakma başarısı bırakmayı denemeyenlere göre yüksek saptandı. Aylık sigaraya harcanan toplam gider ile bırakma başarısı arasında ilişki bulunmuştur.

Sigara bırakma danışmanlığı sigara bırakmanın yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Hem toplum sağlığı hem de sigara içen bireylerde gelişen hastalıkların tedavisinde harcanan kaynaklar göz önüne alındığında sigara bırakma polikliniklerin sayısı artırılmalıdır. Sigara bırakma danışmanlığı alan kişilere başlanan tedavilerin ücretsiz olarak ve en yakın sürede temin edebilmeleri sigara bırakma durumuna önemli etki göstermektedir.

Aile hekimleri sigara bırakma mücadelesinde önemli bir yere sahiptir. Hastayı bütüncül olarak değerlendirmek, ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, kişiye özel motivasyonel görüşme ve tedavi rejimlerinin uygulanması sigara bırakma başarısını arttıracaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Nikotin (Sigara) bağımlılığı | TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ [Internet] Erişim Tarihi: 18.02.2021.
2. Jackson SE, Beard E, Kujawski B, et al. Comparison of Trends in Self-reported Cigarette Consumption Sales in England, 2011 to 2018. JAMA Netw open. 2019;2(8):e1910161.
3. WHO, Organization WH. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. 2015. 359 s.
4. Bergmark TS, et al. Lifestyle and Long-Term Smoking Cessation. Dep Sociol Stock Univ Stock Sweden. 2020;13:1–7.
5. Redfield RR, Kenzie WR Mac, Kent CK, et al. Tobacco Product Use Among Adults. Centers Dis Control Prev Morb Mortal Wkly Rep. 2017;67(44):1226–32.
6. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2018;72(25):3332–65.
7. B Adhikari, J Kahende, A Malarcher, T Pechacek, V Tong, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion C. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses --- United States, 2000--2004. 2008;
8. Conklin DJ, Schick S, Blaha MJ, et al. Cardiovascular injury induced by tobacco products: Assessment of risk factors and biomarkers of harm. A Tobacco Centers of Regulatory Science compilation. Am J Physiol - Hear Circ Physiol. 2019;316(4):H801–27.
9. Ekezie W, Murray RL, Agrawal S, et al. Quality of smoking cessation advice in guidelines of tobacco-related diseases: An updated systematic review. Clin Med J R Coll Physicians London. 2020;20(6):551–9.
10. Stanton R, To QG, Khaledi S, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):1–13.
11. Heerfordt C, Heerfordt IM. A Google Trends study--smoking cessation. Public Health. 2020;183(January):6–7.
12. Rasmussen S. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-. Ann Oncol. 2020;(January):19–21.
13. Münzel T, Hahad O, Kuntic M, et al. Effects of tobacco cigarettes,

- e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. *Eur Heart J*. 2020;41(41):4057–70.
14. Kaufman AR, Twesten JE, Suls J, et al. Measuring Cigarette Smoking Risk Perceptions. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(11):1937–45.
 15. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel yetişkin tütün kullanım istatistikleri, 2016 [Internet]. Erişim Tarihi: 18.02.2021.
 16. WHO. WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2019. 2019.
 17. T.C. Başbakanlık, T.C. Cumhurbaşkanlığı, TBMM. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. 2018;1–178.
 18. Levy DT, Yuan Z, Li Y, St. Claire AW, Schillo BA. The Minnesota SimSmoke Tobacco Control Policy Model of Smokeless Tobacco and Cigarette Use. *Am J Prev Med*. 2019;57(4):e103–15.
 19. Sullman MJM, Gras ME, Kagiialis A, Papageorgi I, Font-Mayolas S. Cigarette, E-cigarette and waterpipe use among young adults: Differential cognitions about these three forms of smoking. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
 20. Rosel JF, Elipe-Miravet M, Elósegui E, et al. Pooled Time Series Modeling Reveals Smoking Habit Memory Pattern. *Front Psychiatry*. 2020;11(February):1–8.
 21. Giulietti F, Filipponi A, Rosettani G, et al. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2020;27(5):349–62.
 22. Sharma. TSS. Smoking Cessation. 2020.
 23. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax*. 2000;55(12):987–99.
 24. Fowler G. General practitioners' advice against smoking. *Br Med J*. 1979;2(6189):551.
 25. Seydioğulları M. Dünya'da ve Türkiye'de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. *Tütün ve tütün kontrolü*. 2009;3–20.
 26. Mackay DJ, Eriksen M. The Tobacco Atlas.
 27. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. *Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları*. 2010;10:1–572.
 28. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi [Internet] Erişim Tarihi: 18.02.2021.
 29. Türkiye'de Tütün Politikaları, Pazarlama Sorunları ve Çözüm Önerileri [Internet] Erişim Tarihi: 18.02.2021.
 30. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025 [Internet] Erişim Tarihi: 18.02.2021.
 31. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ULUSAL. ULUSAL TÜTÜN KONTROL

- PROGRAMI VE EYLEM PLANI 2008 - 2012. 2012;
32. Mpower: Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi. [Internet] Erişim Tarihi: 18.02.2021.
 33. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. Politik Ekonomi Kuram. 2020;4(1):20–44.
 34. Barutcu I, Esen AM, Kaya D, et al. Cigarette smoking and heart rate variability: Dynamic influence of parasympathetic and sympathetic maneuvers. Ann Noninvasive Electrocardiol. 2005;10(3):324–9.
 35. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. J Am Coll Cardiol. 2004;43(10):1731–7.
 36. Huang X, Mu X, Deng L, et al. The etiologic origins for chronic obstructive pulmonary disease. Int J COPD. 2019;14:1139–58.
 37. De Souza Moura MA, Bergmann A, De Aguiar SS, Santos Thuler LC. The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: A multicenter study. BMJ Open. 2014;4(2):1–8.
 38. Tezcan S, Kavlak O, Gebelik Ö. Öncesi Sigara İçen Kadınların Gebelik Döneminde Sigara İçme Durumlarına Etki Eden Faktörleri İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2012;28(2):55–62.
 39. Hayes C, Kearney M, O’Carroll H, et al. Patterns of smoking behaviour in low-income pregnant women: A cohort study of differential effects on infant birth weight. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(11):13–5.
 40. Salihu HM, Wilson RE. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. Early Hum Dev. 2007;83(11):713–20.
 41. Widomska Justyna. Tobacco, E-Cigarettes and Child Health Lisa. Physiol Behav. 2017;176(5):139–48.
 42. Kenny PJ, Markou A. Conditioned nicotine withdrawal profoundly decreases the activity of brain reward systems. J Neurosci. 2005;25(26):6208–12.
 43. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: Addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57–71.
 44. Kobilka B. Functional brain imaging of tobacco use and dependence Arthur. Bone. 2012;23(1):1–7.
 45. Hoda Badr, Cindy L. Carmack, Deborah A. Kashy, Massimo Cristofanilli and TAR. Working memory in cigarette smokers: Comparison to non- smokers and effects of abstinence. Bone. 2011;23(1):1–7.

46. Manuscript A. Patterns of change in withdrawal symptoms, desire to smoke, reward motivation, and response inhibition across three months of smoking abstinence. 2010;104(5):850–8.
47. Chen J, Loukola A, Gillespie NA, et al. Genome-Wide Meta-Analyses of FTND and TTFC Phenotypes. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(6):900–9.
48. Kayhan Tetik B, Gedik Tekinemre I, Taş S. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Smoking Cessation Success. *J Community Health.* 2020;(0123456789).
49. Cao S, Yang C, Gan Y, Lu Z. The health effects of passive smoking: An overview of systematic reviews based on observational epidemiological evidence. *PLoS One.* 2015;10(10):1–12.
50. Baker TB, Piper ME, et al. Smoking : Implications for nicotine dependence. 2010;9(Suppl 4).
51. Garcia-Gomez L, Hernández-Perez A, Noe-Diaz V, Antonio Riesco-Miranda J, Jimenez-Ruiz C. Smoking cessation treatments: Current psychological and pharmacological options. *Rev Investig Clin.* 2019;71(1):7–16.
52. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(7).
53. McIvor A, Kayser J, Assaad JM, et al. Best practices for smoking cessation interventions in primary care. *Can Respir J.* 2009;16(4):129–34.
54. Molyneux A. Nicotine replacement therapy. *BMJ.* 2004 Feb 21;328(7437):454–6. Erratum in: *BMJ.* 2004 Mar 20;328(7441):686.
55. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine replacement therapy: An overview. *Int J Heal Sci.* 2016;10(3):425–35.
56. Prochaska JJ. Nicotine replacement therapy as a maintenance treatment. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2015;314(7):718–9.
57. Rajkumari E. et al. Nicotine replacement therapy: A friend or foe. *J Fam Med Prim Care.* 2020;
58. McDonough M. Update on medicines for smoking cessation. *Aust Prescr.* 2015;38(4):106–10.
59. Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, et al . Smoking reduction with oral nicotine inhalers: Double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *Br Med J.* 2000;321(7257):329–33.
60. Jaiswal. A Randomized Trial of Nicotine Nasal Spray in Adolescent Smokers. *Bone.* 2014;23(1):1–7.
61. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *Bmj.* 2004;328(7438):509–11.
62. Widomska Justyna. The Past, Present, and Future of Nicotine

- Addiction Therapy Judith. *Physiol Behav.* 2017;176(5):139–48.
63. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *Int J COPD.* 2008;3(1):45–53.
64. Henningfield JE, et al. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(5):281–99.
65. Jordan CJ, Xi ZX. Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert Opin Drug Discov.* 2018;13(7):671–83.
66. Peng AR, Swardfager W, Benowitz NL, et al . Impact of Early Nausea on Varenicline Adherence and Smoking Cessation *Annie.* 2021;115(1):134–44.
67. Manuscript A. Review of Varenicline for Tobacco Dependence : Panacea or. 2012;12(11):1799–812.
68. Kyla HT, et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *Bmj.* 2015;
69. Sterling LH, Windle SB, Filion KB, Touma L, Eisenberg MJ. Varenicline and adverse cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(2):1–11.
70. West R, Raw M, McNeill A, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: A review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction.* 2015;110(9):1388–403.
71. Howes S, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hong B, Lindson N. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(4).
72. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;2017(12).
73. Aytemur ZA. Smoking Cessation: Relapse and Therapy. *Güncel Göğüs Hast Serisi.* 2017;4(1):152–5.
74. Castel OC, Karkabi S, Dahan R, Karkabi K, Hermoni D. A review of the evidence based smoking cessation interventions delivered by the family physician. *Harefuah.* 2005 Oct;144(10):724-8, 750, 749. Hebrew.
75. Chung YH, Chang HH, Lu CW, Huang KC, Guo FR. Addition of one session with a specialist counselor did not increase efficacy of a family physician-led smoking cessation program. *J Int Med Res.* 2018;46(9):3809–18.
76. Komiyama M, Takahashi Y, Tateno H, et al. Support for patients who have difficulty quitting smoking: A review. *Intern Med.* 2019;58(3):317–20.
77. Shannon K. Longer Duration of Smoking Abstinence is Associated with Waning Cessation Fatigue. *Physiol Behav.* 2016;176(1):139–

- 48.
78. Mathew AR, Heckman BW, Meier E, Carpenter MJ. Development and initial validation of a cessation fatigue scale. *Drug Alcohol Depend.* 2017 Jul 1;176:102-8. 2017 May 17.
79. Liu X, Li R, Lanza ST, Vasilenko SA, Piper M. Understanding the role of cessation fatigue in the smoking cessation process. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133(2):548–55.
80. Heckman BW, Dahne J, Germeroth LJ, et al. Does cessation fatigue predict smoking-cessation milestones? A longitudinal study of current and former smokers. *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(11):903–14.
81. Öztürk YE. Turkish Validity and Reliability Study of Smoking Cessation Fatigue Scale. 2018;(25):1996–2004.
82. Jayakumar N, Chaiton M, Zhang B, Selby P, Schwartz R. Sex Differences in Use of Smoking Cessation Services and Resources: A Real-World Study. *Tob Use Insights.* 2020.
83. Javier E. et al. Sex Differences in Graphic Warning Label Ratings by Addictions Clients. *Physiol Behav.* 2016;176(1):139–48.
84. Gan WQ, Man SFP, Postma DS, Camp P, Sin DD. Female smokers beyond the perimenopausal period are at increased risk of chronic pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Respir Res.* 2006;7:1–9.
85. Barnes PJ. Sex Differences in Chronic Obstructive Pulmonary Lung Function and Polycyclic Aromatic Hydrocarbons in China. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016;193(8):813–24.
86. McKee SA, Smith PH, Kaufman M, Mazure CM, Weinberger AH. Sex differences in varenicline efficacy for smoking cessation: A meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):1002–11.
87. Monsó E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control.* 2001;10(2):165–9.
88. Martin JL, Barnes I, Green J, et al. Social influences on smoking cessation in midlife: Prospective cohort of UK women. *PLoS One.* 2019;14(12):1–10.
89. Esmer B, Sengezer T, Aksu F, Özkara A, Aksu K. Clinical, sociodemographic and tobacco-use factors associated with smoking cessation rates at three years followup, Ankara, Turkey. *Tob Prev Cessat.* 2019;5(December):1–8.
90. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, et al. Job strain and tobacco smoking: An individual-participant data meta-analysis of 166 130 adults in 15 european studies. *PLoS One.* 2012;7(7).
91. Wang Q, Shen JJ, Sotero M, Li CA, Hou Z. Income, occupation and

- education: Are they related to smoking behaviors in China? *PLoS One*. 2018;13(2):1–17.
92. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, Fong GT, Siahpush M. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(SUPPL. 1):20–33.
 93. Pesce G, Marcon A, Calciano L, et al. Time and age trends in smoking cessation in Europe. *PLoS One*. 2019;14(2):2000–10.
 94. Treur JL, Taylor AE, Ware JJ, et al. Associations between smoking and caffeine consumption in two European cohorts. *Addiction*. 2016;111(6):1059–68.
 95. Mayda AS, Gerçek ÇG, Gümüş G, et al. Prevalence of cigarette, alcohol and substance use in students of Forestry Faculty of Düzce University and causes to start to use them. *Duzce Med J*. 2010;12(3):7–14.
 96. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Heal*. 2017;32(8):1018–36.
 97. Phung A, Luo L, Breik N, Alessi-Severini S. Use of smoking cessation products: A survey of patients in community pharmacies. *Can Pharm J*. 2017;150(5):326–33.
 98. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, et al. Factors affecting the success of smoking cessation. *Turk Toraks Derg*. 2013;14(3):81–7.
 99. Esen AD, Soylem Y, Arica S, Belgin G, Gonultas N. Factors affecting success and abstinence within a smoking cessation clinic: A one-year follow-up study in Turkey. *Tob Prev Cessat*. 2020;6:1–8.
 100. Radaeli A, Nardin M, Azzolina D, Malerba M. Determinants of smoking status in a sample of outpatients afferent to a tertiary referral hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21).
 101. Nollen NL, Mayo MS, Sanderson Cox L, et al. Predictors of quitting among African American light smokers enrolled in a randomized, placebo-controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):590–5.
 102. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3(3):CD001292.
 103. Breiding MJ. The Effects of the Nicotine Patch vs. Varenicline vs. Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Controlled Trial. *Physiol Behav*. 2014;63(8):1–18.
 104. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, et al. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than

- varenicline alone: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–8.
105. Korte KJ, Capron DW, Zvolensky M, Schmidt NB. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: Do revisions in the item scoring enhance the psychometric properties? *Addict Behav*. 2013;38(3):1757–63.
106. Breiding MJ. Nicotine Addiction and Psychiatric Disorders. *Physiol Behav*. 2014;63(8):1–18.
107. Garber J, Brunwasser SM. Treatment and Prevention of Depression and Anxiety in Youth: Test of Crossover Effects. 2017;33(10):939–59.
108. Klemperer EM, West JC, Peasley-Miklus C, Villanti AC. Change in tobacco and electronic cigarette use and motivation to quit in response to COVID-19. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1662–3.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı.



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/484
Konu : Etik Kurul kararı

24 / 08 / 2020

Sayın Prof.Dr.Yeşim Uncu
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacı olduğunuz “*Sigara bırakma yorgunluk ölçeği ile nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi*” başlıklı araştırmanız ile ilgili kurulumuzun 19 Ağustos 2020 tarih, 2020-14/15 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa STAFAOĞLU
Kurul Başkanı

EKLER:
1-Karar (1 adet)
2-BGO formu (1 adet)
3-Anket formu (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi
------------------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Yeşim Uncu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Şüheda Gül
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	01.09.2020 / 6 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	150
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	17.08.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.08.2020	Türkçe
	ANKET FORMU, ÖLÇEK	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	☒ Tarih: 17.08.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	☒ Tarih: 17.08.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	☐
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	☒ Tarih: 17.08.2020
	SONUÇ ÖZET RAPORU	☐
	DİĞER:	☒ Araştırma ilk başvuru ön yazısı (tarih: 10.08.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacı tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi
------------------------------	--

Karar No: 2020-14/15	Tarih: 19 Ağustos 2020
-----------------------------	-------------------------------

KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi. 1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.
------------------------	---

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
----------------------	---

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
-----------------------------------	---------------------------------

ÜYELER		Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Unvanı/Adı/Soyadı				E	K	E	H	E	H
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	☒	☐	☐	☒	☒	☐
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı		Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	☐	☒	☐	☒	☒	☐
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye		Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	☒	☐	☐	☒	☒	☐
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye		Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	☒	☐	☐	☒	☒	☐
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye		Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	☐	☒	☐	☒	☒	☐
Doç.Dr.Hüseyin ÖZKAN Üye		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	☐	☒	☐	☒	☐	☒
Doç.Dr.Hasan ARI Üye		Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	☒	☐	☐	☒	☐	☒
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye		Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	☒	☐	☐	☒	☐	☒
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye		Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	☐
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye		Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	☒	☐	☐	☒	☒	☐
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER Kafa Üye		Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	☐	☒	☐	☒	☒	☐
Selen MİGAL Üye		Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	☐	☒	☐	☒	☒	☐

*.Toplantıda Bulunma

EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.

	UÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa : 1 / 2
	Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Prof. Dr. Yeşim Uncu tarafından yürütülen “**Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi**” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

(Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)
Prof. Dr. Yeşim UNCÜ

Araştırmanın Amacı:

Planlanan bu araştırmada Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran, sigara bırakma danışmanlığı verilen hastalarda sigara bırakma yorgunluk ölçeği ile 3. ve 6. aydaki sigara bırakma başarıları arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Tıp literatürüne ve pratik uygulamaya katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran gönüllü hastalara yüz yüze görüşmeyle anket uygulaması planlanmıştır. Anket sosyodemografik bilgiler, Fagerström nikotin bağımlılık testi ve sigara bırakma yorgunluk ölçeğini içermektedir. Anket toplamda 62 sorudan oluşmaktadır. Anket süresi tahmini 20-30 dakikadır. Anketi yüz yüze görüşme yoluyla hekim dolduracaktır. Elde edilecek verilerin analizinde SPSS 23 programı kullanılacaktır. Araştırmada doğru ve güvenilir bir sonuca ulaşabilmek açısından anket sorularının tam olarak cevaplanması çok önemlidir; istenen bilgilerin anket üzerinde eksik girilmesi geçersiz olmasına neden olacağından dolayı tüm önermelerin yanıtlanması gerekmektedir.

Araştırmanın Süresi:6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:150 kişi

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Prof. Dr. Yeşim Uncu / Arş. Gör. Dr. Şüheda Gül

Çalışmanın adı: Sigara Bırakma Yorgunluk Ölçeği ile Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi
Tarih:17.08.2020

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14 / 19

EK-3: Anket Formu.

Sigara Bırakma Yorgunluğu ile Nikotin Bağımlılığın Değerlendirilmesi

1. Ad-Soyadı:

2. Yaş:

3. Cinsiyet:

- 1) Kadın
- 2) Erkek

4. Boy: cm

5. Kilo: kg

6. Medeni hali:

- 1) Evli
- 2) Bekar
- 3) Dul
- 4) Ayrı yaşıyor

7. Mesleği:

- 1) Yöneticiler
- 2) Profesyonel meslek mensupları
- 3) Teknisyenler, Teknikerler, ve Yardımcı profesyonel meslek mensupları
- 4) Büro hizmetlerinde çalışan elamanlar
- 5) Hizmet ve satış elemanları
- 6) Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları
- 7) Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar
- 8) Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar
- 9) Nitelik gerektirmeyen meslekler
- 10) Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler

8. Aylık ortalama gelir düzeyi:

- 1) Asgari ücretin altında
- 2) Asgari ücret
- 3) Asgari ücretin üstünde

9. Aylık toplam gelirinizin yüzde kaçını sigaraya harcıyorsunuz?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-4/15

10. Eğitim durumu:

- 1) Okur-yazar değil
- 2) Okur-yazar
- 3) İlköğretim
- 4) Lise
- 5) Üniversite
- 6) Yüksek Lisans/ Doktora

11. Bilinen kronik hastalığınız var mı?

- 1) Kardiyovasküler sistem hastalıları
- 2) KOAH
- 3) Astım
- 4) Hipertansiyon
- 5) Diabetes Mellitus
- 6) Böbrek hastalığı
- 7) Karaciğer hastalığı
- 8) Kanser
- 9) Depresyon
- 10) Anksiyete bozukluğu
- 11) Diğer.....

12. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

13. Çay içme alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

14. Kahve içme alışkanlığınız var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

15. Sigarayı ilk deneme yaşıınız:

16. Sigarayı düzenli kullanmaya başladığınız yaş:

17. Sigara içme süresi (paket/yıl):

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/15

18. Neden sigara kullanmaya başladınız?

19. Sigara dışında tütün ürünü kullanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

20. Evinizde sizden başka sigara içen var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

21. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır (Cevabınız 'Hayır' ise 24.soruya geçebilirsiniz)

22. Daha önce sigarayı bırakmayı denediyseniz en fazla ne kadar süre sigara kullanmadınız?:

23. Olumsuz sonuçlanan bırakma girişiminin önündeki engel/engeller nelerdi?:

- 1) Aşırı sigara isteği
- 2) Sinirlilik
- 3) Konsantrasyon eksikliği
- 4) Ağız yarası
- 5) Baş ağrısı
- 6) İştah artışı
- 7) Kabızlık
- 8) Kilo alımı
- 9) Uyku bozukluğu
- 10) Evde sigara içen birinin olması
- 11) İş yerinde sigara içen birinin olması
- 12) Diğer

24. Sigara bırakma isteğine neden olan faktör/faktörler nelerdir? :

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/15 ✓

25. Seçilen sigara bırakma yöntemi:

- 1) Vareniklin
- 2) Bupropion
- 3) NRT
- 4) Nonfarmakolojik

26. 3. aydaki sigara bırakma durumu:

- 1) Bıraktı
- 2) Bırakmadı

27. 6. aydaki sigara bırakma durumu:

- 1) Bıraktı
- 2) Bırakmadı

28. Sigarayı bıraktıysanız size ne yardımcı oldu?

29. Sigarayı bırakma deneyiminiz olumsuz sonuçlandıysa bırakmanızın önündeki engeller nelerdi?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 15.08.2020
Karar No : 2020-14/15

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ	
1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz? a. En çok 10 tane (0 puan) b. 11-20 tane (1 puan) c. 21-30 tane (2 puan) d. >31 tane (3 puan)	
2. Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir? a. Uyandıktan 5 dakika sonra (3 puan) b. 6-30 dakika (2 puan) c. 31-60 dakika (1 puan) d. 1 saatten fazla (0 puan)	
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitapçı gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)	
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir? a. Günün ilk sigarası (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)	
5. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)	
6. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)	

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.08. 2020
Karar No : 2020-14/15

SİĞARA BIRAKMA YORGUNLUĞU ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
DUYGUSALLIK BOYUTU						
1	Sigarayı bırakmaya çalışmaktan duygusal olarak tükenmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
2	Çoğu zaman sigarayı bırakmaya çalışmak bile anlamsız görünüyor.	1	2	3	4	5
3	Sigarayı bırakmak konusunda umutsuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
4	Sigarayı bırakmayı düşündüğüm zaman cesaretim kırıldı.	1	2	3	4	5
5	Sigarayı bırakmaya çabalamak çok güç.	1	2	3	4	5
6	Sigarayı bırakmaya çalışmaktan artık yoruldum.	1	2	3	4	5
KARAMSARLIK BOYUTU						
7	Sigara içmeye dayanabileceğim öğrendiğim durumlar var.	1	2	3	4	5
8	Sigarayı bırakmama yardım edecek birçok stratejim var.	1	2	3	4	5
9	Zamanla sigarayı bırakmak için neyin işe yarayıp neyin işe yaramadığını öğrendim.	1	2	3	4	5
DEĞERSİZLEŞME						
10	Sigarayı bırakmak genel yaşam kalitemi artıracak	1	2	3	4	5
11	Sigarayı bırakmanın yararları zararlarına göre çok daha fazla.	1	2	3	4	5
12	Sigarayı bırakmak beni bir birey olarak mutlu ederdi.	1	2	3	4	5
13	Sigara bırakılmaya değer.	1	2	3	4	5

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 15.08.2020
Karar No : 2020-14/15

HAD ÖLÇEĞİ

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 olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/15

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 göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.04.2020
Karar No : 2020-14/15

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/15

9. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi, birikim ve deneyimlerinden faydalandığım başta tez danışmanım Prof. Dr. Yeşim UNCU olmak üzere öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan hocalarım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR ve Prof. Dr. Züleyha ALPER'e,

Asistanlığımda tanıdığım, bana her zaman rehber olan, değerli bilgileriyle yolumu aydınlatan, sevgi dolu kalbiyle varlığını her daim yanımda hissettiğim çok kıymetli Uzm. Dr. Gaye ÇELİKCAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca arkadaşlıklarından mutluluk duyduğum çok sevgili Dr. Meryem Betül ERDAL ve Dr. Reyhan ÇANAKCI'ya,

Asistan süresi boyunca yolumuzun kesiştiği, beraber çalıştığımız, kimi zaman sevinci kimi zaman hüznü paylaştığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

Arkadaşlığı, sevgisi, sohbeti ve neşesiyle yüzümde tebessüm olan, desteğini esirgemeyen çok kıymetli yol arkadaşşıma,

Tüm hayatım boyunca bana her zaman destek olan, sevgi dolu kalpleriyle beni sarıp sarmalayan, yardımlarını asla esirgemeyen canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■ da doğdum. İlköğretim eğitimimi Bursa Emine Hasan Özatav İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi Bursa Atatürk Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2011 senesi Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi 2017 senesinde tamamladım. Kocaeli Dilovası Devlet Hastanesi'nde başladığım mecburi hizmet görevimi yaklaşık 5 ay sürdürdükten sonra 2018'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan hekimlik görevime başladım. Atatürk Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümünden 2020 yılında mezun oldum. Anadolu Üniversitesi Sosyoloji bölümünde eğitimim devam etmektedir.