**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

BİR ÜNİVERSİTE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNDE SİGARAYI BIRAKAMAYAN BİREYLERİN YENİDEN BIRAKMAYA HAZIR OLMA DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**ABDÜLKADİR DENİZ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN:**

**Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ İkinci Danışman: Dr. Seyfi Durmaz**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-20002 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2021**

# KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Abdülkadir DENİZ tarafından hazırlanan “Bir Üniversite Sigara Bırakma Polikliniğinde Sigarayı Bırakamayan Bireylerin Yeniden Bırakmaya Hazır Olma Durumları ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:…/07/2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Üye T.D | Doç. Dr. Safiye Özvurmaz | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ……….. |
| Üye | Doç.Dr. Hakan Baydur | Celal Bayar Üniversitesi | ……….. |
| Üye | Doç. Dr. Filiz Adana | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ………... |

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ……………..……..… tarih ve sayılı

oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

# TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmam süresince beni her zaman destekleyen, ilgi, yardım ve hoşgörülerini hiç bir zaman esirgemeyen danışmanım Doç. Dr.Safiye ÖZVURMAZ’a ve ikinci danışmanlığımı yürüten Dr. Seyfi DURMAZ’a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca değerli bilgi ve becerileriyle beni yönlendiren, destekleyen, eğitimime katkı sağlayandeğerli hocalarım Doç. Dr. Filiz ADANA’ya, Dr. Öğr. Üyesi Belgin YILDIRIM’a ve Dr. Öğr. Üyesi Nükhet KIRAĞ’a, ve hiçbir zaman yardımını esirgemeyen araştırma görevlisi Duygu YEŞİLFİDAN’a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca, desteğini ve sevgisini hiç esirgemeyen yol arkadaşım Canan TOPCU’ya;

Bana varlıkları ile güç veren oğlum Mehmet Furkan ve kızım Buse Arzu’ya teşekkür ederim.

**İÇİNDEKİLER**

[KABUL VE ONAY i](#_TOC_250055)

[TEŞEKKÜR ii](#_TOC_250054)

[SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ vi](#_TOC_250053)

[ŞEKİLLER DİZİNİ vii](#_TOC_250052)

[TABLOLAR DİZİNİ viii](#_TOC_250051)

[ÖZET ix](#_TOC_250050)

[ABSTRACT xi](#_TOC_250049)

1. [GİRİŞ 1](#_TOC_250048)
2. [GENEL BİLGİLER 5](#_TOC_250047)
   1. [Sigara: Hastalık ve Ölüm Nedeni 5](#_TOC_250046)
   2. [Sigara İçme Salgını ve Safhaları 5](#_TOC_250045)
   3. [Dünya’da ve Türkiye’de Sigara İçme Durumu 7](#_TOC_250044)
      1. [Sigaranın Sağlığa Etikileri ve Türkiye’de Sigaranın Ekonomik Zarar Boyutu 10](#_TOC_250043)
   4. [Sigara İçme Bağımlılığı 12](#_TOC_250042)
   5. [Sigarayı Bırakma 13](#_TOC_250041)
      1. [Bırakamama Direnci Sonrası: Nüks/relaps 14](#_TOC_250040)
      2. [Bırakma İsteğini Sorgulama Adımları ve Ülkelere Göre Oranları 15](#_TOC_250039)
   6. [Transteoretik Model Kavramsal Yapısı 17](#_TOC_250038)
      1. [Transteoretik Model Değişim Aşamaları ve Tepkisel İfadeler 18](#_TOC_250037)
      2. [Tranteoretik Model Kalıcı Çıkışın Döngüsel Süreci 20](#_TOC_250036)
   7. [Sigarayı Bırakanlar İçin Risklerdeki Düşme ve Kazanımlar 22](#_TOC_250035)
   8. [Türkiye’de Sigara Bırakma Hizmetleri 23](#_TOC_250034)
      1. [Ege Üniversitesi Sigara Bırakma Hizmeti 24](#_TOC_250033)
         1. [Poliklinik Çalışma Düzeni 24](#_TOC_250032)
      2. [Sigarayı Bıraktırma Müdahalesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü 26](#_TOC_250031)
3. [GEREÇ VEYÖNTEM 28](#_TOC_250030)
   1. [AraştırmanınTipi 28](#_TOC_250029)
   2. [Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 28](#_TOC_250028)
   3. [Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 28](#_TOC_250027)
   4. [Araştırmaya Alınma Kriterleri 29](#_TOC_250026)
   5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri 29
   6. [Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 29](#_TOC_250025)
   7. [Araştırmada Kullanılan Veri ToplamaAraçları 29](#_TOC_250024)
      1. Anket (Görüşme)Formu 29
         1. [Poliklinik Anket(Görüşme) Formu 30](#_TOC_250023)
         2. [İzlem Formu 30](#_TOC_250022)
         3. [Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği 30](#_TOC_250021)
         4. [Hastane Anksiyete Depresyon Skalası (HADS) 31](#_TOC_250020)
   8. [Araştırmanın Ön Uygulaması 31](#_TOC_250019)
   9. [Araştırmanın Uygulama Süreci 31](#_TOC_250018)
   10. [Değişkenler 31](#_TOC_250017)
   11. [Araştırmanın Etik Yönü 32](#_TOC_250016)
   12. [Verilerin İstatistiksel Analizi 32](#_TOC_250015)
4. [BULGULAR 33](#_TOC_250014)
5. [TARTIŞMA 47](#_TOC_250013)
6. [SONUÇ VE ÖNERİLER 60](#_TOC_250012)
   1. [Sonuçlar 60](#_TOC_250011)
   2. [Öneriler 60](#_TOC_250010)

[KAYNAKLAR 62](#_TOC_250009)

[EKLER 83](#_TOC_250008)

Ek 1. Anket(Görüşme) Formu 83

[Ek 2.Poliklinik Anket (Görüşme) Formu 86](#_TOC_250007)

[Ek 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Formu 90](#_TOC_250006)

[Ek 4.Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği 91](#_TOC_250005)

[Ek:5 İzlem Formu 92](#_TOC_250004)

[Ek 6.Etik Kurul İzin Yazısı 93](#_TOC_250003)

[Ek 7.Kurum İzin Yazısı 94](#_TOC_250002)

[Ek 8.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 96](#_TOC_250001)

BİLİMSEL ETİK SAYFASI 98

[ÖZ GEÇMİŞ 99](#_TOC_250000)

# SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|  |  |
| --- | --- |
| **ABD** | **:** Amerika Birleşik Devletleri |
| **DSÖ-WHO** | **:** Dünya Sağlık Örgütü |
| **FNBÖ** | **:** Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği |
| **FCTC** | : Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi |
| **HAD** | **:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği |
| **KGTA** | **:** Küresel Gençlik Tütün Araştırması |
| **KOAH** | **:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| **KYTA** | **:** Küresel Yetişkin Tütün Araştırması |
| **KGTA** | **:** Küresel Gençlik Tütün Araştırması |
| **MPOWER** | **:** Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise, İzle, Koru, Öner, Uyar, Yasakla, Vergilendir |
| **OECD** | : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü |
| **OMS** | **:** OrganizacionMundial de la Salud |
| **TAPDK** | **:** Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu |
| **TKÇS** | **:** Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi |
| **TTM** | **:** Transteoretik Model |
| **TÜİK** | : Türkiye İstatistik Kurumu |

# ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.** Tütün Epidemisinin Dört Safhası (Bilir, 2010) 6

**Şekil 2.** Yeni Model Tütün Epidemisi Safhaları(U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016) 7

**Şekil 3.** Türkiye'de 15 Yaş Üstü Sigara İçme Oranları(1996-2016)(TNASA,2017) 8

**Şekil 4.** Türkiye'de Sigara İç Satışında Yıllara Göre Artış Oranları(TAPDK,2019) 9

**Şekil 5.** Küresel Gençlik Tütün Araştırması(KGTA,2017) 10

**Şekil 6.** Transteoretik Ögelerinin Şematik Görünümü(pmcpuclichealt,2013) 18

**Şekil 7.** Transteoretik Model Değişim Aşamaları Diyagramı(Diclement,1992) 20

**Şekil 8.** Transteoretik Model Değişim Aşamaları Boyunca Hareket Döngüsü (Diclement,1992) 21

**Şekil 9.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği İşleyiş Şeması 25

# TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 1.** Görüşme Yapıan Ve Araştırmaya Dahil Edilen Grupların Sosyo-Demografik Özellikleri 34

**Tablo 2.** Sigara İçmeye Devam Eden Katılımcıların Sağlık Durumları ve İlaç Kullanımı İle İlgili Değişkenleri 35

**Tablo 3.** Katılımcıların Sigara Tüketim ve Bırakma Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı 37

**Tablo 4.** Katılımcıların Sürece Göre Dağılım Özellikleri 38

**Tablo 5.** Katılmcıların Sosyo-Demeografik Özelliklerine Göre Transteoretik Model'de Bulundukları Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması 40

**Tablo 6.** Katılımcıların Sağlık Ve Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumlarının Transteoretik Model'e GöreBulundukları Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması 41

**Tablo 7.** Katılımcıların Sigara Tüketim ve Bırakma Deneyimlerinin Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması 42

**Tablo 8.** Süreç Bileşenlerinin Transteoretik Model'e Göre Bulundukları Değişim Aşamaları İle Kaşılaştırılması 44

**Tablo 9.** Katılımcıların Sosyo-Demografik,Sigara Tüketim,Boş Zamanlarını Değerlendirme Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakmak İçin Harekete Hazır Olma ve Düşünüyor Olma Durumu 45

# ÖZET

**BİR ÜNİVERSİTE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNDE SİGARAYI BIRAKAMAYAN BİREYLERİN YENİDEN BIRAKMAYA HAZIR OLMA DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Deniz A.K. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın,2021.**

**Amaç:** Bu araştırma bir polikliniğe destek için başvurmuş ancak bir yıl sonunda sigarayı bırakamayanlarda yeniden hazır oluş durumlarının ve ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma kesitsel tipte bir çalışma olarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniği’ne Temmuz 2018-Haziran 2019 tarihlerinde başvurmuş ve bir yıl sonra sigaraya bırakamayan bireyler ile gerçekleştirilmiştir.Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu ve poliklinik kayıtları ile toplanmıştır. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistiklerde ortalama ± standart sapma, ki-kare testi ile multinominal lojistik regresyon ve basit regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin 219’u hala sigara içmektedir. Katılımcıların

%43,8’i kadın, %69,3’ünün eğitim durumu lise ve üzeri, yaş ortalaması ise 42,30±12,50’dir. Katılımcıların %61,6’sı evli olup %56,6’sı çocuk sahibi, %30,8’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Transteoretik Modelin Değişim Aşamalarına göre %49,3’ü harekete hazır;

%28,8’ü düşünüyor, %21,9 düşünmüyor olarak bulunmuştur. Çalışmada 40 yaş ve üzeri, eğitim düzeyi orta eğitim ve altında, evli, çocuğu olanlar, boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlik ile değerlendirenler ve paket-yıl süreleri 20 yıldan fazla olanlarda “harekete hazır olma” daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Ayrıca 40 yaş ve üzeri, evliler, boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlik ile değerlendirenler ve paket-yıl süreleri 20 yıldan fazla olanlarda “düşünüyor olma”daha fazla bulunmuştur(p<0,05).

**Sonuç:** Bu çalışmada bir poliklinik hizmetinden destek almış olan ve bir yıl içinde yine de sigarayı bırakamayan bireylerin yeniden sigarayı bırakmayı düşünüyor ve harekete hazır

olma oranın yüksek olduğu, bırakmanın hazırlık aşamasında olan bırakamayan bireylerin daha istekli bırakma düşünce ve niyetine sahip oldukları ve öncelikli olarak sigara bırakma programlarında yeniden daha hassas yaklaşımlarla değerlendirilmelerinin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Bağımlılık, Relaps, Sigara bırakma, Transteoretik Model.

# ABSTRACT

**INDİVİDUALS WHO CAN'T QUİT SMOKİNG AT A UNİVERSİTY SMOKİNG CESSATİON OUTPATİENT CLİNİC ARE READY TO QUİT AGAİN AND RELATED FACTORS**

**Deniz A.K. Aydın Adnan Menderes University, Institute of HealthSciences, Department of Public Health Nursing, Master'sThesis, Aydın, 2021.**

**Objective:** This research was carried out with the aim of determining the re-readiness status and factors that may be related to those who applied for support at a outpatient clinic but could not quit smoking at the end of the year.

**Material and Methods:** The research was carried out as a cross-sectional type study with individuals who applied to Ege University Faculty of Medicine Department of Public Health Smoking Cessation Clinic between July 2018 and June 2019 and could not quit smoking a year later. The data were collected by interview form and outpatient records prepared by the researcher. The analysis of the data was evaluated with an average ± standard deviation in descriptive statistics, multinominal logistic regression with chi-square test and simple regression analysis.

**Results:** 219 of the individuals who participated in the study still smoke. 43,8% of the participants are women, 69,3% of them have a high school and above education status, and the average age is 42.30±12.50. 61,6% of the participants are married, 56,6% have children and 30,8%do not work in any job. According to the Transteoretic Model's change stages, 49,3% of participants were found ready to take action,; 28,8% were considering to take action, and 21,9% were found not considering to take action. In the study, "readiness for action" was found in those aged 40 and over, have a secondary education level education and below, married, have children, those who evaluated their leisure time by hand, physical and social activity, and those with package-year durations of more than 20 years (p<0.05). In addition, those aged 40 and over, married people who spent their free time with hand, physical and social activity, and those with package-year durations of more than 20 years were found to be more likely to "think"

**Conclusion:** In this study, it was concluded that individuals who have received support from an outpatient service and still cannot quit smoking within a year are considering quitting smoking again and have a high rate of readiness for action, that individuals who cannot quit who are in preparation for quitting have more willing cessation thoughts and intentions, and that they should be evaluated with more precise approaches in smoking cessation programs.

**Keywords:** Addiction, Relapse, Smoking Cessation, Transteoretic Model.

# GİRİŞ

Sigara, küresel çapta kullanılan en yaygın ölümcül tüketici ürünüdür(Mackenbach ve diğerleri,2017). Sigara içmek bireylere, ailelere ve toplumlara ciddi zararlar vermektedir(Hsu ve diğerleri,2020). Sigara içenlerin sigara bırakmayı isteme sebepleri, başlamaya sebep olan etkenlerin iki katından daha fazla olmasına rağmen sigarayı bırakmak özel çaba gerektiren zorlu bir süreçtir(Kayacık ve diğerleri, 2017; Kanbay, 2020). “Sigarayı bırakma” veya “sigarayı bırakmak” yakılarak içilen sigarayı tamamen bırakmaktır. Nikotin sigarada bağımlılık etkenidir ancak zararın çoğuna nikotin değil, sigara dumanındaki katran ve diğer toksik kimyasal maddeler neden olur(Cancer Institute ve diğerleri, 2016; Patwardhan ve Rose, 2020; Sengezer, 2017; West, 2017; Yang ve diğerleri, 2019).

Sigarayı bırakamayan bireylerin bırakamama sebepleri çok çeşitli faktörlere bağlı olabilir. Bunlardan ilki “bırakma sonrası negatif duygulanım ve zihinsel yorgunluktan” kurtulmak için yetersiz zaman ve muhtemelen çoğu sigara içen bireyin, son derece istekli olmasına rağmen başarısız sigara bırakma deneyimleridir. Bu başarısız deneyimin getirdiği yorgunluk, motivasyonun düşmesi, sosyal istihdam, ilişkilerdeki değişiklikler, ölümler, maddi krizler, önemli bir etken olan öz yeterlilik kaybı sonucu yeni bir nüks yaşanmasını getirebilmektedir. (Brueck ve Frick, 2019; Everding ve Marcus, 2020, Şengün, 2019, Karakaş, 2019, Güngörmüş, 2008). 2016 yılında yapılan bir çalışmada, bırakma direncinin kırılmasında, bireylerin öz yeterliliklerinin yükseltilmesine yönelik girişimlerin önemi vurgulanmıştır. Başka bir araştırmada sigarayı bırakamayıp nüks edenlerde; konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, iş yerinde içilen sigara adedi, Fagerström bağımlılık seviyesi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca başka bir çalışmada ise sigara içme oranları daha yüksek sigara içenler ve sert içiciler için sigarayı bırakmaya özel teşvik ve destek önerilmektedir.(Bardak ve diğerleri 2016; Banu ve diğerleri 2017; Benowitz ve diğerleri, 2016; Dalton ve Gottlieb 2003; Joly ve diğerleri, 2016; Reid ve diğerleri, 2016; Yaşar ve diğerleri, 2014; Demirezent ve Kurçer, 2017).

Sigara bırakma oranları küresel düzeyde %3 ile %12 arasında değişmektedir. Nüks oranları ilk altı ayda %75 ile %80 arasındadır. Bir yıllık yoksunluktan sonra dahi %30 ile

%40 oranları değişiklik göstermektedir(O’Leary ve Polosa, 2020; WHO, 2019). İzmir’de bir üniversite sigara bırakma kliniğinde sigara içmeyi tetikleyen nedenleri ve bu nedenler ile

mücadele yöntemlerin sorgulandığı çalışmada; nüksler için tetikleyici faktörlerin oranları; stres %31,4, yemek sonrası içme %23,3, çay %19,8, kahve %17,4 ve alkol %8 olarak bulunmuştur(Şimşek ve diğerleri,2018). Sigarayı bırakmak, farklı hazırlık durumlarında gerçekleşebilmektedir. 1982 yılında James Prochaska ve Diclemente’nin geliştirdiği Transteoretik Model (TTM) günümüzde sigara bıraktırmada hazır oluşluğu kapsamlı biçimde açıklayan ve davranış değişimini kolaylaştıran, etkili rehber olarak kullanılmaktadır. TTM düşünmüyor, düşünüyor, hazır, harekete geçmiş ve sürdürme olarak beş aşama içermektedir. Model, sigara bırakmaya uyarlandığında ise davranış değişiminin üç aşaması; düşünmüyor, düşünüyor ve hazır aşamaları öne çıkmaktadır(Akdeniz, 2019; Atak, 2007; Bilir, 2009; Erol ve Erdoğan, 2007; Fidanci Izzet, Öztürk Onur, 2017; Glover ve McRobbie, 2017; Hsu ve diğerleri., 2020; Karadağlı, 2012; LaMorte, 2018; Prochaska ve diğerleri., 1992; F. Taş ve diğeri., 2016; Woody ve diğerleri., 2008).

Amerika Birleşik Devletleri(ABD) Ulusal Kanser Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) dünya genelinde çok az sigara içen bireylerin akciğer kanseri, kardiyovasküler hastalıklar ve inme dahil sigaraya özgü sağlık risklerine inandığı sonucunu bildirmiştir(U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016; United States Department of Health and Human Services, 2014; WHO, 2019). Sağlık profesyonellerinden kısa tavsiyeler, bırakma ihtimal başarısını %30'a kadar artırabilirken, yoğun tavsiye bırakma ihtimalini %84 artırabilmektedir(U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016). Hemşireler sigarayı bırakmanın teşvik edilmesi için toplumdaki herhangi bir grup arasında en büyük güç potansiyeline sahiptir. Sigara içen bireylere en iyi yardımı sağlamak için, sağlık profesyonellerinin sigarayı bırakmanın temel tedavi bileşenleri hakkında iyi bilgilendirilmeleri gerekir. Yapılan çalışmalarda sağlık uzmanları tarafından sağlanan sigarayı bırakma yardımlarının, sigarayı bırakmak isteyenler için etkili olduğu kanıtlanmıştır (De Ruijter ve diğerleri., 2017; Glover ve McRobbie, 2017; Griffis ve diğerleri., 2016; Moreno ve Johnston, 2015; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012; Örsel, 2008; Rajani ve diğerleri., 2019; Reserved, 2012; Rice ve diğerleri, 2017; Siewchaisakul ve diğerleri., 2020; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016; WHO, 2019; Yang ve diğerleri, 2019).

Sigara içenleri sigarayı bırakmaya özendiren programlar dünya genelinde etkili bir halk sağlığı programı olarak bilinmektedir. Sigara bıraktırma programlarının etkili olabilmesi için sigara içenlerin faydalı sağlık bilgilerine erişimlerini sağlamalı, bırakmaya özendiren ortam ve hasta ile işbirliği içerisinde farklı stratejiler geliştirilmelidir(Altın, 2019;

Bayman, 2016; Bulat ve Luai Ahmad, 2019; Dikbaş ve diğerleri,2016; Yıldırmaz, 2019; Kahveci, 2018; Köksal, 2018; Temel, 2018) . Sigara bıraktırmayı özendiren ortamların en etkili sunulduğu yerler sigara bıraktırma poliklinikleridir. Güney Kore’de yapılan bir çalışmada halk sağlığı temelli etkinliklere katılanların olumlu sağlık davranışı kazanma meyili katılmayanlara göre fazla bulunmuştur (Berkeşoğlu ve diğerleri, 2018; Göktaş, 2017; Jung, 2016; Yalçınkaya, 2019).Bu bağlamda sigara bıraktırma poliklinikleri çok alanlı tedavi seçenekleri sunarak sigara bırakma çabalarında önemli ve büyük rol üstlenmektedir. Ayrıca, tedavi için en basit ve en tesirli yol olarak gösterilmektedir. Sigara bırakma destek ve yardım tedavilerinin branşlaşmış sigara bıraktırma polikliniklerinde, hastaların özellikle bireysel özelliklerinin tespiti, yakından takibi ve iyi motive edilmesi başarı ihtimalini yükseltmektedir. Sigara bırakma stratejilerinin başarısızlığının önündeki önemli engellerden birisi, bireyin değişim için hazır olma durumuna bakılmadan sigara bırakma yöntemlerinin uygulanmasıdır. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasının bırakma yöntemlerinin başarı oranını yükselteceği bilinmeli ve bu konuda sigarayı bıraktırma polikliniklerinde bırakmaya hazır olma durumunun doğru tespiti için daha özenle değerlendirilmelidir(Esen ve Arıca, 2018; Bayman, 2016; Erol ve Erdoğan, 2007; Kanık, 2018; Köksal, 2018; LaMorte, 2018; Sezik ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a; Velioğlu ve Sönmez, 2018).

Türkiye’deki sigara bırakma polikliniklerinin, sigara bıraktırma oranlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan araştırmalarda 2016’da %17,8’den 2018’de %20’ye yükseldiği bildirilmiştir(HSGM, 2018). Ayrıca 2008 ile 2012 arasındaki 4 yıllık süreçte Türkiye’de 2,2 milyon kişinin sigarayı bıraktığını göstermektedir. Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 raporunda belirtilen hedeflerden biri de sigarayı bırakmanın yaygınlaştırılması, sigara bağımlılığı tedavisinde ve yeniden başlamayı önlemede başarı yüzdesinin yükseltilmesidir.(HSGM, 2018) . Ankara’da 2017 ve Sivas’ta 2019 yılında bir üniversite sigara bırakma polikiliniklerinde takip edilen hastaların, sigara bırakma durumları ve başarı oranları ile ilgili yapılan yapılan çalışmalarda; sigara içicisi olan bireylere tekrar sigara bırakma için polikliniğine başvurma isteği sorgulanmış %44,3 ve

%56 evet cevabı alınmıştır(Kıdık, 2017; E. Taş, 2019). İngiltere’de sigarayı bırakma girişimleri ve bırakma başarısı ile retrospektif raporların incelendiği bir çalışmada, bırakma girişimlerinin başarı ihtimalinin önceki bırakma girişiminden bu yana geçen ay sayısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu öngörülmüş olup, incelenen en uzun bırakma arası süresi 12-18 ay olan bireylerin, 3 aydan az bir aralığa göre önemli ölçüde daha yüksek bırakma başarısı ihtimali ile ilişkilendirilmiştir(Jackson ve diğerleri,2020). Bu kapsamda bir yıl sonunda

sigarayı bırakamayanların, tekrar ve daha uzun süre izlenimi için gerekli izlem ve sorgulamanın yapılarak, hazır olma durumlarının ve ilişkili faktörlerin araştırılması bırakma başarısının arttırılmasına, bağımlılıkla mücadeleye ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı; Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran bireylerden; bir yıl süre ile danışmanlık ve ilaç desteği almasına rağmen, bir yıl sonunda sigarayı bırakamamış olanların, yeniden bırakmaya hazır oluş durumu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sigaraya yeniden başlayan ve bırakamayanlarda yeniden hazır oluş durumlarının tespiti ile destek müdahalesine olanak yaratmak amaçlanmaktadır.

**Araştırma Soruları**

Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuran ve bir yıl sonunda sigarayı bırakamamış olan bireylerin hazır oluş durumlarının; sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisi var mıdır?

Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuran bir yıl sonundasigarayı bırakamamış olan bireylerin hazır oluş durumlarının; sigara içme durumları ile ilişkisi var mıdır?

Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuran bir yıl sonunda sigarayı bırakamamış olan bireylerin hazır oluş durumlarının; sağlık durumları ile ilişkisi varmıdır?

Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuran bir yıl sonunda sigarayı bırakamamış olan bireylerin hazır oluş durumlarının; sigara bırakma destek süreci ile ilişkisi var mıdır?

# GENEL BİLGİLER

* 1. **Sigara: Hastalık ve Ölüm Nedeni**

En çok üretilen tütün mamülü sigara; kronik ve salgın hastalıklara yol açarak çok sayıda erken ölümlerin ve önlenebilir kronik hastalıkların en başta gelen sebeplerinden birisidir(Alkan ve Demir, 2020; Mackenbach vd., 2017). Dünya için çok büyük bir ekonomik yük olarak görülmektedir(Garcia-Gomez ve diğerleri, 2019; Solak ve diğerleri, 2018). Küresel çapta sigara içme, yüksek tansiyondan sonra yaklaşık %7'lik bir oranla ikinci sırada hastalık yükünün sebebidir.(Cancer Institute ve diğerleri 2016; Mackenbach ve diğerleri, 2017) Sigara içme bağımlılığı günümüzde her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir.(Ivey ve diğerleri, 2019; Stanaway ve diğerleri, 2018) Türkiye’de sigaraya içme kaynaklı ölümler, erkeklerde %26,6 kadınlarda ise %7,58 oranı ile dünyada 7. ve Avrupa’da 5. ve sigara tüketimi ile dünyada 24. sırada yer almaktadır.(Drope ve diğerleri, 2018; Karaca, 2020; KYTA, 2019; Yasemin, 2019).

* 1. **Sigara İçme Salgını ve Safhaları**

Sigaranın fabrikasyon üretim ve yaygın kullanılmasına başlandığı yüzyıllık sürecin dört safhaya ayrıldığı görülmektedir(Bilir, 2010; Elbek vd., 2015; Jung, 2016; Türk Toraks Derneği, 2014; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).

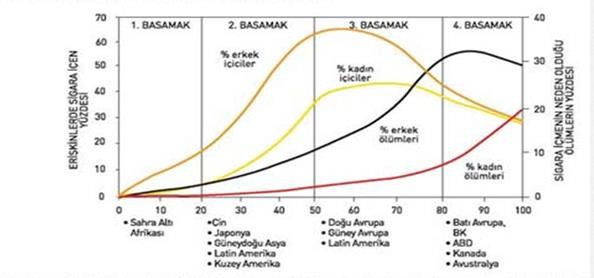
* + 1. Safha: Sigara içen bireylerin sayısının henüz düşük olduğu ve artmaya meyilli olduğunun görüldüğü ve beklendiği safhadır. Bu safhada ilk olarak artma erkek sigara içenlerde olur, kadınlarda ise sigara içen sayısı daha azdır. Sahra altı Afrika ülkeleri(Güney Afrika, Sudan, Gana ) bu evreden geçmekte olan ülkelerdir.(Bilir, 2010; Elbek vd., 2015; Koyun, 2013; Türk Toraks Derneği, 2014; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016)
    2. Safha: Sigara içme yaygınlığındaki yükselişin hızlı olduğu, erkeklerle birlikte kadınlarda da sigara içenlerin erkekler ile birlikte yaygınlaşması sonucu sigara kaynaklı

sağlık sorunlarının yaşanmaya başladığı safhadır. Bu safhada Çin, Güney Doğu Asya, Güney Avrupa Batı Pasifik ülkeleri gösterilebilir.(Bilir, 2010; Elbek ve diğerleri., 2015; Türk Toraks Derneği, 2014; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).

* + 1. Safha: Uzun süreli sigara içmeye bağlı sağlık problemlerinin yüksek oranda ortaya çıkmaya diğer taraftan sigara içen birey sayısında düşmelerin başladığı safhadır. Erkek sigara içenlerin sayısında düşme eğilim yönde olup sigara kaynaklı erkek ölümlerinin arttığı görülür(Elbek ve diğerleri., 2015; Türk Toraks Derneği, 2014).

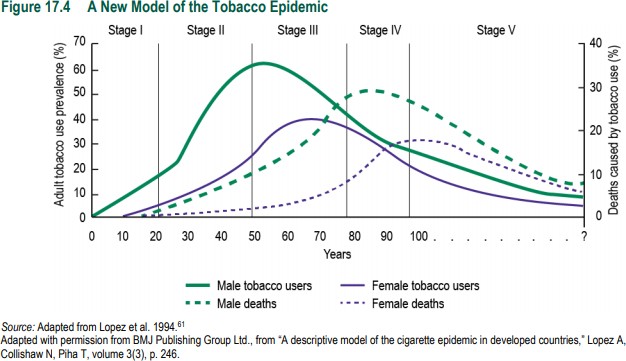
Güney, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri üçüncü aşamadan geçen ülkelerdir. Bununla birlikte kadınların sigara içme yaygınlığı %35-45 gibi yüksek seviyelerde olduğu görülmektedir(Bilir, 2010; Elbek ve diğerleri., 2015; Türk Toraks Derneği, 2014; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).

* + 1. Safha: Bu son safhada kadın ve erkek sigara içenlerde önemli seviyede azalma görülmektedir. Erkeklerde sigaraya bağlı ölümlerde düşme görülürken , kadınlarda henüz artma eğilimindedir.. Batı Avrupa ülkeleri, İngiltere, Kanada, Finlandiya ve ABD gibi gelişmiş ülkeler sayılabilir. Bu gelişmiş ülkelerin yoksul kesimlerinde sigara içicisi yüksektir. Ayrıca bu ülkelerde genç kızlarda sigara içenlerin yüksek bırakma oranlarının genç erkeklere göre düşük olduğu belirtilmektedir. (Bilir, 2010; Elbek ve diğerleri., 2015; Türk Toraks Derneği, 2014; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).



**Şekil 1.** Tütün Epidemisinin Dört Safhası(Bilir, 2010)

Yukarda belirtilen safhalara ek olarak 2012'de Thun ve meslektaşları salgının aşamalarını ayrı ayrı açıklamak ve modelin ülkeler için faydasını artırmak için modeli güncellenmesini önererek beşinci safhayı eklediler. Önerilen ve güncellenen beşinci aşamanın amacı hem erkekler hem de kadınlar tarafından sigara içme yaygınlığının ve sigara kaynaklı ölümlerde meydana gelen düşüşün azalmaya devam ettiğini göstermektedir(U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).



**Şekil.2.** Yeni Model Tütün Epidemisi Safhaları(U.S. National Cancer Institute and World

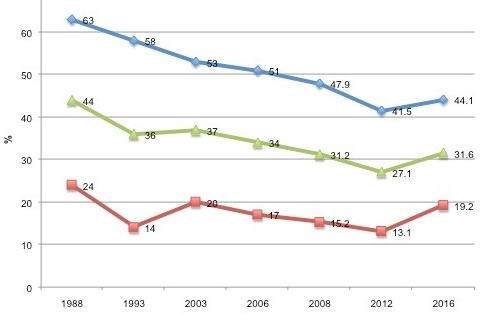
Health Organization, 2016)

* 1. **Dünya’da ve Türkiye’de Sigara İçme Durumu**

DSÖ, verilerine göre 2015 yılında 15 yaş ve üstündeki dünya nüfusunun %20,2'si halen sigara içmektedir. Dünya genelinde sigara içme oranlarının 2000'den beri %6,7 ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (WHO FCTC)'nin 2005'te yürürlüğe girmesinden bu yana %4,1 düştüğünü bildirmiştir(WHO, 2018). Mortalite istatistikleri her 4 saniyede bir ve her 10 sigara içicisinin ölüm sebebinin sigara kaynaklı olduğunu göstermektedir. Sigara bağımlılığına karşı yürütülen tedbirler dışında daha kapsamlı tedbirler uygulanmazsa, mevcut tüketiminin devam etmesi sonucu 2030 yılına ulaşıldığında dünya genelinde tütün mamülleri nedenli yaklaşık 10 milyon ölüm öngörülmektedir(Hatice Aygar ve Selma Metintaş, 2018; Karaca, 2020; Marlatt ve Donovan, 2005; Solak ve diğerleri, 2018; World Health Organization, 2019). Dünyada sigara içen toplam 1,3 milyar kişinin en büyük bölümü Çin, Hindistan ve Endonezya Rusya ve ABD’de yaşamaktadır. Ve bu

kullanıcılarının üçte ikisinin Türkiye’nin de dahil olduğu 13 ülkede olduğu tespit bildirilmektedir. Bu ülkeler arasında Türkiye ise 11. sırada yer almaktadır(Asma ve diğerleri., 2015).

Türkiye dünya genelinde sigara ile mücadelede ilk sıralarda yer almaktadır. Yine de sigara, ölüm ve hastalık nedeni olarak hala en büyük olumsuz sağlık davranış risk unsuru olmaya devam etmektedir. 2008‘de %31,2 olan Türkiye genelinde sigara içenlerin prevelansı 2012’de %27,1’e düştüğü ancak, 2016 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması [KYTA] verileri incelendiğinde ise, 2008’den itibaren başlayan ve 2012 yılları KYTA‘nda görülen sigara içme oranındaki düşme meyilinin durakladığına ve hatta 2012’den sonraki dört yılda ise hem erkek hem kadınlarda bir yükselişin başladığını görülmektedir(Şekil 4). Bununla birlikte yeniden 2014 yılında %32,5 olan sigara içme sıklığının, KYTA 2016’ya göre yeniden düşmeye başlayarak %31,6’ya yine 2016 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA] %30,6’ya gerilediği bildirilmiştir(TNSA, 2017; WHO, 2016).

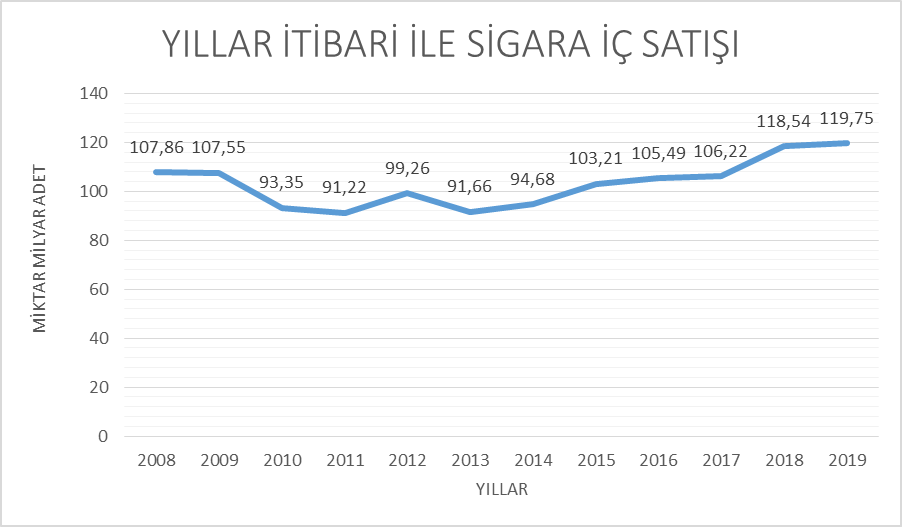


--- Erkek, --- Kadın, ---Total

**Şekil 3.** Türkiye'de 15 Yaş Üstü Sigara İçme Oranları(1996-2016)(TNASA,2017)

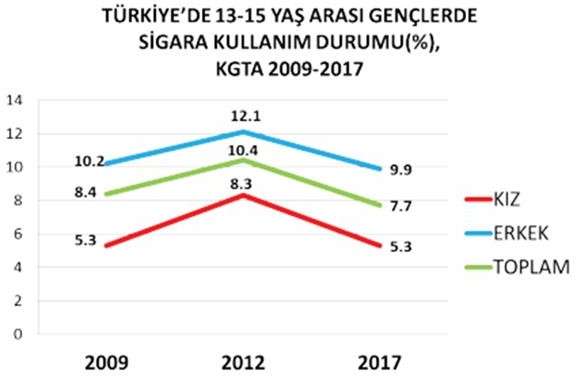
Sigara ile mücadelede yaşanan başarılı gelişmelere rağmen 15 yaşın üzerindeki Türk nüfusunun üçte biri ve erkeklerin yaklaşık yarısı sigara içmektedir(Özer ve diğerleri. 2018). Türkiye’de 2017 yılı (TNSA) sonuçlarına göre ise her gün düzenli sigara içenler %97,3’tür (erkekler %97,3; kadınlar %97,2)(Hsgm, 2017).Türkiye’nin 15 yaş ve üstü her gün sigara içme durumunun cinsiyete göre dağılımına bakıldığında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü [OECD] ortalamasının çok üzerinde Fransa ve Yunanistan’dan sonra üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir(OECD, 2019). Bir çalışmada üniversite öğrencileri arasında erkek öğrencilerin daha çok sigara içtiği bulunmuştur(Dağtekin ve diğerleri, 2020).

Türkiye’deki her gün düzenli sigara içen birey sayısı ile sigara tüketim adedi dikkate alınarak incelendiğinde, 2016 yılı öncesinde artışın başladığı görülmektedir. 2012–2016 döneminde görülen bu yükseliş, 2011 – 2018 yılları arasında uygulanan politikaların zayıflaması sonucu kaynaklıdır. Bu sonuca paralel olarak, tütün endüstrisi düşük katranlı slim sigara modeli ile zararı azaltılmış sigara şeklinde çeşitli pazarlama teknikleri kullanarak piyasaya çok çeşitli sigaralar sunmuş ve Türkiye’de sigara iç satışının istikrar kazanarak yükselmesine neden olmuştur. Tabloda görüldüğü gibi özellikle 2017 ile 2018 arasında geçen bir yıllık sürede 106,22 milyar adetten 118,54 milyar adete yükseldiği dikkat çekmektedir(TAPDK, 2019).



**Şekil 4.** Türkiye'de Sigara İç Satışında Yıllara Göre Artış Oranları(TAPDK,2019)

Sigara içme bağımlılığının erken yaşlarda başladığı göz önüne alındığında gençlerde sigara içmeye başlamaların engellenmesi tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye içinde büyük ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küresel Gençlik Tütün Araştırması [KGTA] 2017 verileri incelendiğinde; 2009 yılında nispeten düşük olan gençler arasında sigara içme oranı, 2012 yılında yükselmiş olup, 2017 yılında ise 2009 yılındaki orandan daha düşük oranlarda tespit edilmiştir. Türkiye’de 13-15 yaş grubunda hiç sigara içmemiş olanların gelecekte sigara içme ihtimali erkeklerde 10,6; kızlarda 9,9 ve toplamda 9,2 olarak bulunmuş olup; üzerinde durulması ve mücadele edilmesi gereken önemli bir sorundur( 2017 TNSA, 2018,TÜİK,2016,Avci, 2018; KGTA, 2017).



**Şekil 5.** Küresel Gençlik Tütün Araştırması(KGTA,2017)

**2.3.1. Sigaranın Sağlığa Etikileri ve Türkiye’de Sigaranın Ekonomik Zarar Boyutu**

Sigaranın içeriğinde toksik ve kansere neden olduğu bilinen en az 250 kimyasal ve 70’i kesin kanserojen olmak üzere 8000 kadar kimyasal madde bulunmaktadır. 1964’lü yıllarda sigaranın içilmesi, erken yaşanacak ölümlerin ve bu ölümlerin en az ikisi akciğer kanseri ve KOAH için büyük bir risk etkeni olduğu biliniyordu. 50 yıl sonra sigara kaynaklı hastalıkların sayısı 30’dan fazla olduğu görülmüştür. Ancak akciğer kanseri ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)’ndan daha düşük rölatif riskleri içerdiğinden son eklenen hastalıkların ilişkisinin tespitini zorlaştırmıştır. Örneğin akciğer kanserinde risk 20 faktör iken tip 2 diabetüsmellitus riski 1,3 civarındadır. Ayrıca sigaranın kadınlarda postmenopozal sonrası endometriyal kanser riski ve gebe kadınlar arasında erken doğum ve düşük doğum ağırlığı riskini yükseltmektedir(Baran, 2018; Çavuşoğlu, 2018; Jung, 2016; Mackenbach ve diğerleri., 2017; Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2017; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016; WHO, 2019).

İnme, dolaşım hastalığı ve kanser, kalp krizi, gırtlak ve ağız kanseri riskini artırır. Sigara içmek tüm solunum yolu hastalıklarına ilk sırada katkıda bulunan etkendir. Sigara içen bireylerde ölüm riski eskiden düşünülen gibi içmeyen bireylere göre 2 değil 3 kat fazladır. Sigara içmek son on yılda OECD ülkesinde yitirilen sağlıklı yaşam süresinin en büyük payına ve 16 OECD ülkesinde ölümlerin ikinci sebebi olmuştur. Yaşam boyu sigara içenler ortalama olarak en az 10 yıl hayatını kaybederler(Europäische Kommission, 2018; Jung, 2016; OECD, 2019; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016).

Pasif sigara dumanı maruziyeti etkileri ile ilgili son yıllarda yapılan araştırma sonucu ortaya çıkan gelişmeler dikkat çekmektedir. Pasif sigara dumanı sadece içenlerin ve maruz kalanlarda gözlerin ve solunum yollarının etkilenmesi değildir. Küresel çapta, çocukların

%40'ı ve sigara içmeyen yetişkinlerin %34'ü sigara dumanına maruz kalmaktadır(Argüder ve diğerleri, 2019; Drope ve diğerleri., 2018).

Türkiye’de sigara içmeye bağlı oluşan hastalıkların tedavisi ve kaybedilen sağlığın geri kazanılması için yapılan harcamalar sonucu direkt, erken ölüm ve hastalık nedeniyle oluşan iş gücü kaybı sonucu endirekt harcama giderlerinin toplam maliyeti 41.494 milyon liradır. Türkiye’de yıllık ölümlerin yaklaşık %41,6’sı (100.000 kişi) sigara kaynaklı hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir. Yeterli tedbirlerin alınmaması halinde ise, Türkiye’de 2050 yılına gelindiğinde yılda 127.000 bireyin sigaranın neden olduğu hastalıklar sebebi ile erken yaşlarda hayatını kaybedeceği öngörülmektedir. Ayrıca 15 yaş ve altı 6,4 milyon genç yetişkinliğe ulaştıklarında içici olacaklar ve maalesef 2,57 milyon genç sigara kaynaklı hastalıklar sebebiyle yine erken yaşlarda yaşamları sona erebilecektir(Başol ve Can, 2015; Drope ve diğerleri., 2018; Örsel, 2020; Sezik ve diğerleri, 2016; Yeşilay, 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2017 Türkiye’de toplam harcama türlerine göre hane halkı tüketim harcamalarının dağılımı çalışması sonuçlarına göre 2017 yılında sigara tüketimine ayrılan oran %4,5, 2018 yılında %4 olarak bildirilmiştir. Gelire göre en düşük gelir düzeyine mensup olanlarda 2017 yılında %5,4, 2018 yılında %5,en yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda ise 2017 yılında %3,6, 2018 yılında %3 olarak bildirilmiştir. Maalesef sigara tüketimi düşük gelir ile birlikte artmaktadır(2017 TNSA, 2018;TUİK,2017,2018). Her yıl 2,5 milyon hektar orman alanı tütün endüstrisinin kâğıt ihtiyacının karşılanması için yok edilmektedir. Kentlerde çıkan yangınların yarısından fazlası sigara nedeniyle çıkmaktadır. İstanbul'da 2013 ile 2017 yılları arasında çıkan yangınların %40’ı sigara izmariti ve kibrit kaynaklıdır(Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Yangın İstatistikleri,2019).

Geçmişten günümüze geçen sürede genel olarak tüm yaş grupları incelendiğinde Türkiye erkeklerde sigara içme oranında düşüş eğilimi gösterse de; erkeklerde ki sigara içme oranı hala kadın sigara içenlerden yüksektir. Sigara kaynaklı günde 300 civarı kişinin öldüğü Türkiye’de, mevcut 20 milyon sigara içen bireylerin, yarısının gelecek 40 yıl zarfında sigara kaynaklı sebeplerle yaşamını yitireceği düşünülmektedir(Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2017; Sengezer, 2017; Şimşek ve diğerleri., 2018; Güler ve diğerleri,2016).

* 1. **Sigara İçme Bağımlılığı**

Diğer sağlık davranışlarında olduğu gibi sigara içmek karmaşık bir süreçtir ve aşamalandırmak için "altın standart" algoritmaları yoktur(Ivey ve diğerleri., 2019 ).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sigara içme bağımlılığını, ‘düzenli olarak günde bir sigara içme’ şeklinde tanımlamıştır. Bağımlılığın esas nedeni psikoaktif, zayıf bir baz olan nikotindir. Nikotin kötüye kullanımının başlaması, bağımlılığın başlangıç aşamalarında ödüllendirici duyusal uyaranlara ve ilişkisel öğrenme süreçlerine katkıda bulunan mezolimbikdopamin sistemini içerir(Chinwong ve diğerleri, 2018; WHO, 2006; Wittenberg ve diğerleri, 2020). Sigara içme bağımlılığı; tüketiminin legal, bağımlılık yapıcı özelliğinin yüksek, ulaşılabilirliğinin kolay, ayrıca başka bağımlılık yapan maddelere geçiş niteliğini tetiklemesi sebebiyle diğer bağımlılık yapan maddelerin kullanım riskini çoğaltan, en sık görülen toplum sağlığı açısından en önemli madde bağımlılığı şeklidir(Kahveci, 2018; WHO, 2006; Yiğit, 2019).

Sigaranın içilmesi sonucu saniyeler içinde beyne ulaşan nikotin, dikkati çoğaltan dopamin salgısını arttırır ve içiciye ödül verme davranışının cazibesi sonucu bağımlılık mekanizmasını başlatır. Sigara içicileri 5 dakika içinde 10 fırt sigara dumanını derin nefes ile içine çekmek yoluyla, yaklaşık 1-2 mg nikotinin emilimini gerçekleştirirler. Nikotinin yarılanma ömrü 2-3 saat kadardır ve tekrarlanan sigara içme sonucu bu süre azalmaktadır. Nikotin bağımlıları, nikotin alımının azaltılması veya bırakılması sonrasında görülen psikosomatik yoksunluk belirtileri DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zihinsel hastalıkların tanı ölçütüne göre; NY(Nikotin yoksunluğu) kriteri olarak kabul edilmektedir(Cancer Institute, 2016; Dalton ve Gottlieb, 2003; Engelhart ve Moughamian, 2005; Gülsen ve Uygur, 2018; Guydish ve diğerleri, 2016; Hezer ve Karalezli, 2019; O’Leary ve Polosa, 2020; Sağlam, 2017; Ün, 2018; WHO, 2006).

*Nikotin yoksunluk bulguları*; sigaranın bırakılması sonucu 4-24 saat sonra görülmeye başlar ve yaklaşık 72 saatte doruk seviyeye ulaşır, müteakiben 3-4 haftada bulguların etkileri giderek hafifler (Drope ve diğerleri, 2018; Engelhart ve Moughamian, 2005; Glover ve McRobbie, 2017). Baş ağrısı, öksürük, yoğun bir açlık hissi, iştah artışı, kilo alma, aşerme, grip benzeri bulgular, kaygı, hayal kırıklığı, yoğunlaşmada zorluk, huzursuzluk, depresyon, özlem, öfke, sinirlilik, stres, anksiyete, uyku bozuklukları, nabız ve tansiyonun düşmesi, motor yeteneklerde düşme, kas kramp artışı olduğu bilinmektedir. Ayrıca bireysel olarak farklı bulgular gösteren nikotin yoksunluğunun sosyal yaşamda önemli problemlere

sebep olabileceği öngörülmektedir(Capik ve Cingil, 2013; Davidson, 1992; Demirezent ve Kurçer, 2017; Dorfman, 2008; Hezer ve Karalezli, 2019; Merve, 2008).

Sigaranın sosyal hayat içinde yarattığı sorunlar ise; sigarayı temin etmek, sigara içmek ve sigara kaynaklı sağlık sorunlarından kurtulmak için çok zaman ve para harcanması, tehlikeli durumlarda bile sigara içilmesine devam edilmesi, sigara içme dürtüsünün sık yaşanması nedeniyle sosyal ve iş yaşamında üzerine düşün görevleri tam olarak yerine getirememe, sigaranın bütün olumsuz sonuçlarına rağmen devamlı veya aralıklı olarak sigara içmeyi sürdürmesi, sigara içmenin sebep olduğu ya da içinde bulunulan ortamları daha sağlıksız bir hale getirdiğini bilmesine rağmen toplumsal ve kişiler arası ilişkilerinin bozulmasını göze alınması, sigara içebilmek için sosyal, kişisel etkinliklerden uzaklaşılması sayılabilir(Acar ve diğerleri, 2019; Başol ve Can, 2015).

* 1. **Sigarayı Bırakma**

Sigarayı bırakma, sigara ve / veya diğer tütün ürünlerinden en az 6 ay, ancak tercihen 1 yıl sürekli uzak kalma olarak tanımlanır(Campell, 2003; Glover ve McRobbie, 2017). Sigarayı bırakmak, kapsamlı bir tütün kontrol stratejisi ve programının önemli bir bileşeni olmak ile birlikte çok uygun maliyetli bir hayat kurtarıcı girişimdir. Sigarayı bırakma strateji alanları ve bırakmak isteyen sigara içen bireylere yönelik çok sayıda etkili tedavi yöntemlerinde gelişmeler yaşanmaktadır. Bu gelişmeler ile ilgili yapılan “Sigaranın Hassas Tedavisine Yönelik Tutumlar” kohort araştırmasında hassas yaklaşımların klinik uygulamasının, motivasyon ve güven spektrumlarında sigara içenleri kapsaması gerektiğini öne sürmektedir. Örneğin yapılacak olan kan, tükürük testleri sonucu akciğer kanserine yakalanma riskinin gösterilmesi sigara içenlerin sigarayı bırakma konusunda daha kararlı adımlar atacağını bildirmiştir. Bu durum ile ilgili alt yapı yetersizliklerinin ve diğer eksikliklerinin olabileceği vurgulanmıştır. Özellikle düşük, orta gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde artan sigara tüketimi sonucu oluşan sağlık tehlikeleri sebebiyle sigara bırakma girişimlerine dair acil gereksinim oluşmuştur (Glover ve McRobbie, 2017;Senft ve diğerleri., 2019; Teker, 2016).

Sigarayı bıraktırmak, bağımlılığı tedavi etmeyi ve sigara içen kişinin davranışını değiştirmeyi gerektirdiğinden, psikolojik ve farmakolojik müdahaleler ile sigara bırakma poliklinklerinin etkinleştirilmesine ihtiyaç vardır(Bilgen, 2019; Garcia-Gomez ve diğerleri.,

2019; Kanık, 2018; Kanık ve Tözün, 2020). Sigarayı bırakma tedavisi gören sigara içenlerin yaklaşık %30 ile %80 arasında relaps yaşadığı bildirilmektedir(Martínez-Vispo, C.ve diğerleri,2020). DSÖ’ye göre sigara bağımlılığı mücadelesinde, bırakmak isteyenlere gerekli yardım ve destek kapsamında danışmanlık ile farmakoterapi verilmelidir. Danışmanlık ve davranışsal yönetimin önemi vurgulanmakta olup; Sor, Tavsiye Et, Değerlendir, Yardımcı Ol ve Düzenle şeklindeki '5 A' ya dayalı girişimler uygulanmaktadır (Aytemur, 2017; Bilir, 2009; Cancer Institute, 2016; Erkmen Yildirim, 2017; Glover ve McRobbie, 2017; Karlıkaya ve diğerleri, 2006; Örsel, 2008). En iyi sonuçlar, davranışsal ve sosyal destekle birlikte farmakoterapi ile elde edilmektedir. Bu kapsamda sigara içen tüm bireylere davranış değişikliği desteği, uygun kanıtlanmış ilaç destek tedavisi ile birlikte bırakanların takibinin büyük önem kazandığı görülmektedir. Sigarayı bırakmak sağlığı geliştirme hedefinde ilk sırada olmalıdır. Sigarayı bırakanlar, hastalık ve erken ölüm risklerini büyük ölçüde azaltır. Avantajlar, erken yaşlarda bırakanlar için daha fazladır, ancak sigara kullanımını bırakmak her yaşta faydalıdır(Cancer Institute, 2016; Durmaz, 2017; Lim ve diğerleri, 2019; Owusu ve diğerleri, 2019; United States Department of Health and Human Services, 2014).

* + 1. **Bırakamama Direnci Sonrası: Nüks/relaps**

Sigara içme bağımlılığında, nüks/relaps eskiden olduğu gibi sigara içmeye dönme riski yüksek, sık ve kolay yaşanan büyük bir sorun ve henüz tam olarak anlaşılamamış karmaşık bir olaylar zinciridir( Martínez-Vispo, C. Ve diğerleri, 2020). Sigara içenlerin

%70'inin bırakmak istediği tahmin edilmektedir ve yaklaşık%50'si geçen yıl bir bırakma girişimi bildirmiştir, ancak sadece %4,7'si başarıya ulaşmıştır(Jamie Hartmann-Boyce ve diğerleri, 2018). Sigara içmeyi bıraktıktan sonra bir iki adet sigara ya da bazen az miktarda (hata/laps) veya tek bir sigara içen (kayma/slip) bireylerin uzun süreli izlem sonuçlarına göre yeniden sigara içme riski %95 gibi yüksek orandadır(Engelhart ve Moughamian, 2005;J. Hartmann-Boyce ve diğerleri, 2019; Jamie Hartmann-Boyce ve diğerleri, 2018).

Her bırakma teşebbüsü, kalıcı olarak bırakma yönünde doğru yönde atılmış olumlu birer deneyimdir. Bu deneyimler pek çok kez zaman alsa da, her deneyimden sonra sürdürülen bırakma deneyimleri daha uzun süren bırakmayı sürdürmeyi sağlayacaktır(Aytemur, 2017; Cahill ve diğerleri, 2010; Everding ve Marcus, 2020; Gücük

ve Kayhan, 2017; Karadağlı, 2012; Livingstone-Banks, Ordóñez-Mena, ve diğereleri, 2019; Prochaska ve diğerleri, 1992; Sengezer, 2017). Nüks yaşayan sigara içenler güvenlerini kaybetmemeleri ve nüksetmeyi başarısızlık kabul etmemeleri vurgulanmalıdır. Ayrıca gelecekte tamamen sigara içmeyi tamamen bırakabilmek için daha iyi başa çıkma yeteneklerinin nasıl geliştireceklerini nükslerden öğrendikleri deneyimler ile gerçekleştirebilirler(Aytemur, 2017; Gürbüzel, 2019; Koyun ve Eroğlu, 2014; Sengezer, 2017; Yılmaz, 2019). Eski durumuna geri dönen sigara içenler yine aşamalar boyu tekrar ilerlemeye başlarlar ve problemli davranış ile baş edebilmek için yeni yollar öğrenirler. Böylece bırakmak isteyenler şanslarını yükseltebilmektedirler(Aytemur, 2017; Livingstone- Banks, Norris, ve diğerleri, 2019; Martínez-Vispo ve diğerleri, 2019; Prochaska ve diğerleri, 1992).

Sigara bıraktırma polikliniklerinde hastaların sık yaşadıkları başarısız sigara bırakma girişimleri incelendiğinde, özellikle en son yaşanan başarısız bırakma girişimi sonrası nüksü tetiklediğinden, şüphelenilen nüks risk faktörlerini hedefleyen danışmanlık ve motivasyonun sağlanması, ödül teklifi gibi davranış değişikliğini öneren aşamalı bakım planlarının yanında daha az risk taşıyan zarar azaltma yaklaşımlarından olan nikotin yerine koyma ürünleri seçenekleri de düşünülmelidir. Yapılan bir çalışmada hastaların en sık stres (%51,8) nedeniyle ve ilk 6 ayda (%66,2) tekrar sigaraya başladığı bulunmuştur (Brueck ve Frick, 2019; Glover ve McRobbie, 2017; Jackson ve diğerleri, 2020; Lancaster ve Stead, 2017; Lindson-Hawley ve diğerleri, 2016; E. Taş, 2019). Transteoretik model relaps ve hata yapmayı doğal bir durum ve değişim aşamalarında ilerlerken muhtemel bir ihtimal olarak kabul eder. Relapsları engellemenin en iyi ve önerilen yolu kendi kendine bırakma seçeneğinden çok etkili yardım ve destek tedavileri almaktır. Etkili ve onaylı tedaviler arasında, sağlık hizmeti sunanlardan öneri ve telkin; bireysel davranışsal, grup davranışı ve telefon danışmanlığı: “Bırak ve Kazan” yarışmaları ve onaylı ilaçlar yer almaktadır (Harris ve diğereleri, 2016; Marlatt ve Donovan, 2005; Prochaska ve diğerleri, 1992; WHO, 2014).

* + 1. **Bırakma İsteğini Sorgulama Adımları ve Ülkelere Göre Oranları**

Bir sigara içicisine sigarayı bırakma tavsiye edilmesinden sonra, bir sonraki adım sigara içen bireyin sigarayı bırakma isteği düşüncesini ve düzeyini sorgulamaktadır. Bireyin sigarayı içme zararlarının farkını kavrayıp, bir ay içinde sigarayı bırakmayı planlaması

durumuna da “bırakmaya hazır” olarak değerlendirmek olasıdır(Davidson, 1992; DiClemente ve Prochaska, 1998; Karadağlı, 2012; Prochaska ve diğerleri, 1992; Velicer ve diğerleri, 1998). Hazır olma durumunu değerlendirmek, sigaranın bırakılmasına yönelik destek bakımından önemlidir. Sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara; sigara içme durumunu sorgulayan ve kullanıcılarına sigarayı bırakmalarını tavsiye eden sağlık hizmeti veren üniteler bırakma başarısını artırabilir(A. Durmaz, 2004; S. Durmaz, 2017; Karadağlı, 2012; Prochaska ve diğerleri, 1992; Uçar, 2018; Yalçinkaya-Alkar & Karanci, 2007;

Yalçınkaya, 2019).

Son 1 yıl içinde bir sağlık hizmeti sağlayıcısını ziyaret eden sigara içenlerin arasında sigara içme durumları hakkında sorulanların oranı %35 arasındadır. Yunanistan'da %84'e içme durumu sorulmakta ve %17 ile %72 arasında sigara bırakma tavsiye edilmektedir. Sigara içen kişi sayısının en çok olduğu Çin’de ise %41’ine sigara içme durumu sorulmakta

%34’ üne bırakması önerilmektedir. 15 yaş üstü yetişkin erkek oranının en yüksek olduğu Endonezya’da ise %40’ına sorulmakta ve %35’ine önerilmektedir. Türkiye’de ise %49 oranında sigara içme durumu sorulmakta ve %41’ine sigara bırakması tavsiye edilmektedir(KYTA, 2019a, 2019b; Ministry of Health and Family Welfare Government of India, 2017; WHO, 2016). Halen sigara içenlerden son 12 ay içerisinde doktor ya da sağlık çalışanı tarafından sigara içmeyi bırakması tavsiye edilenler %22,3’tür (erkekler %21,2; kadınlar %24,7)(“T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, 2018). Sarı(2020) Eskişehir’de yaptığı çalışmada halen sigara içen ve bırakan katılımcıların %66,5’i başvurdukları sağlık personelinin sigara içme durumunun sorgulandığını ve bırakma tavsiyesinde bulunduğunu belirtmiştir.

KYTA 2016 verilerine göre, halen sigara içenler ve son bir yılda içmeyi bırakan kişiler arasında; araştırmadan önceki bir yıl içinde (2015 yılı) sigara içmeyi bırakma girişimi

%24,6'dır. Bu değer erkekler için %26,2 ve kadınlar için de %20,8’dir. TNSA 2017 verilerine göre, Türkiye’de halen sigara içenlerin yaklaşık dörtte birinin (%27,4), sigara içmeyi bırakmayı denediğini ve sigara içmeyi bırakmayı deneme girişimlerinin erkeklerde (%29,4) kadınlardan (%23,0) daha yüksektir (TNSA, 2017). Halen sigara içenler ve son 12 ay içinde içmeyi bırakanlar arasında; son 12 ay içinde sağlık kurumuna başvuranların

%40,1'ine sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir. Halen Türkiye’de sigara içenlerin %32,8'i bırakmayı planlamakta ya da bırakmayı düşünmektedir. Ancak sadece %7,2’lik bir grup gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünmektedir. Daha önce her gün sigara içenlerin

%13,6'sı, sigarayı içmeyi bırakmıştır. Bu oranlar sigara içme bağımlılığından kurtulmaya

istekli ve de gönüllü sayısının azımsanmayacak kadar olduğunu göstermektedir(HSGM, 2020; KYTA, 2019a; WHO, 2016).

KGTA 2017 verilerine göre; halen tütün içenlerin son 12 ayda sigarayı bırakma girişimleri erkeklerde %61,1 kızlarda %46,8 toplamda %56,4’tür. Halen sigara içenlerin şu anda bırakmak istemeleri erkeklerde %57,4 kızlarda %43,7 toplamda %53,2’dir. Halen sigara içenler arasında isterse bırakabileceğini düşünenler erkeklerde %62,7, kızlarda %77,2 ve toplamda %67,3’tür. Halen sigara içenlerin bırakmak için bir profesyonelden ya da bir programdan yardım/tavsiye almış olma durumu erkeklerde %15,7 kızlarda %9,3 ve toplamda %13,6 olarak bulunmuştur(Karaca, 2020; KGTA, 2017).

* 1. **Transteoretik Model Kavramsal Yapısı**

1980'lerin başında, James Prochaska ve Carlo Diclemente, bağımlılığın değişim sürecini açıklamak için 'Kendi kendini değiştirenler' araştırmalarına dayanan Değişim Aşamaları Modeli, en yaygın adı ile bilinen **Transteoretik Model’i** geliştirerek daha kapsamlı bir kavramsal çerçeveye oturttular(DiClemente ve diğerleri, 1991; DiClemente ve Prochaska, 1983; LaMorte, 2018). Böylece TTM kullanılarak, insanların davranışlarında ne ölçüde değişiklik yapabileceğini ölçmek için çeşitli araçlar geliştirdiler. TTM, yeniden sigaraya başlayanların hiçbir zaman bırakmayan bireylerden nasıl farklılaştığını incelemek için yaygın kullanılan teorik bir rehberdir. TTM; değişim aşaması, değişim süreçleri, karar dengesi, ayartılma(cazip etki) olarak dört yapıdan oluşur. TTM, bireylerin Değişim Aşaması veya bir olumsuz davranışı değiştirmeye hazır olmaları çerçevesinde düzenlenmiştir. Olumsuz bir davranışı değiştirmeye hazır olma (sigarayı bırakma) üç temel yapı veya “çaba” değişkeni olarakda ayrılabilir. Aslında bu model, Şekil 9'd gösterildiği gibi, sağlık davranış değişikliğinin ve değişim aşaması, on değişim süreci, iki karar dengesi ve üç cazip etki alanı vasıtasıyla ilerlemeyi kapsadığını varsayan bir çerçeve sunmaktadır(DiClemente ve diğerleri, 1991; DiClemente ve Prochaska, 1998; Gokbayrak ve diğerleri, 2015; Mollaoğlu ve diğerleri, 2013; Ünver, 2019a).

**Transteoretik Ögeleri**

Değişim Aşaması

Değişim Süreçleri

Karar Dengesi

Ayartılma Cazip Etki

Düşünmüyor

Davranışsal

Deneyimsel

Artıları

Sosyal Durumlar

Düşünüyor

Karşı Koşul

Sosyal

Özgürlük

Eksileri

Alışkanlık

Harekete Geçiş

Kendini Özgürleştirme

Yükseltm

Bilinç

e

Özlem

Raising

Hareket

Güçlendirme

Yönetim

Çevresel Yeniden Değerlendirme

Olumsuz Etki Durumları

Sürdürmek

Uyaran Kontrolü

Dramatik Rahatlama

İlişkilere Yardım Etmek

Kendini Yeniden Değerlendirme

**Şekil 6.** Transteoretik Ögelerinin Şematik Görünümü(pmcpuclichealt,2013)

* + 1. **Transteoretik Model Değişim Aşamaları ve Tepkisel İfadeler**

Bir bireyin davranış değişiklikleri ile ilişkili değişim aşama ve süreçlerini tanımlamaya çalışan TTM yaklaşımı, çeşitli önleyici davranışların oluştuğunu ve ilgili çalışmalarda başarıyla uygulandığı bilinmektedir. Bu etkili model gereğince, sigarayı bırakmalarına yardım ve destek veren müdahaleler, sigarayı bırakmaya hazır olma aşamalarına ilişkili olarak şekillendirilmeli ve onları tam başarıya doğru bir sonraki aşamalarda ilerletmek üzere kurulmalıdır. TTM; Düşünmüyor, düşünüyor, hazır, harekete geçmiş ve sürdürmek olarak aşamalara ayrılmıştır. Bırakmanın hazır ve harekete geçmiş aşamalarındaki bireyler, düşünmüyor veya düşünüyor olanlardan başka şekillerde desteğe gereksinim duyacaktır. Bir davranış değişikliğinin hazır aşamasındaki sigara içenler, düşünüyor aşamasındaki sigara içenlerden daha fazla bir niyet etme içinde olsalar da,

kolayca bir davranış değişikliği göstermezler (DiClemente ve Prochaska, 1998; Jung, 2016; LaMorte, 2018; Prochaska ve diğerleri, 1992).

* + - 1. **Düşünmüyor:** Gelecek 6 aylık sürede sigara bırakma niyeti yoktur. Birey davranış değişikliğinden kaçınır ve eksi durumları görmemezlikten gelir ya da zararları ile bırakma durumunda artıları hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Birey birkaç başarısız denemenin ardından moral ve güven kaybına uğramıştır. Sosyal çevre değişimin önünde önemli bir engeldir. Bilinçlenmelerini çoğaltacak fikir ve hareketlerden uzak kalmayı tercih eden birey “kanımca değiştirmem gereken bir problem davranışa sahip değilim”, “sağlığa zararlı davranışım var ancak önemli boyutta zarar verecek bir problem değil” ifadelerini sıkça kullandıkları bilinmektedir. (Atak, 2007; Aytemur, 2017; Davidson, 1992; DiClemente ve Prochaska, 1998;Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a).
      2. **Düşünüyor:** Gelecek altı ay içinde bırakma niyetinde olan birey değişimin artıları ve eksileri arasında ikili duygudan kaynaklanan kararsızlıktan dolayı uzun bir süre bu aşamadan çıkamayabilir. Bu dönemde yoğun düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma görülür. Değişim için çaba ve motivasyonları eksiktir ve çözüm yollarını düşünmekle birlikte sahip olduğu davranışın cazibeleri ile de ilgilenmektedir**.** ; “Aslında problem oluşturacak boyutta bir sigara alışkanlığına sahip değilim. Sağlığıma biraz zarar verecek kadar kullanıyorum ama tiryaki değilim. Durum kontrolüm altında, ne zaman istersem sigara içmeyi bırakabilirim” ifadelerini sıkça kullanmaktadırlar. (Aytemur, 2017; Prochaska ve diğerleri, 1992;Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a; Bardak ve diğerleri, 2016).
      3. **Hazır:** Önümüzdeki ilk 1 ay içinde harekete geçmeye niyet eden bireyin daha önce başarısız girişimleri vardır. Çeşitli kendi kendine çözümlemeleri olsa da düzenli ve aktif olarak gerçekleştirememektedir. Birey sigara içmenin neden olduğu sağlık risklerinin bilincindedir. Hazır aşaması, harekete geçmiş aşamasının tetikleyicisi olduğundan bu evredeki birey “Sağlığıma zarar veren problem davranışımı değiştirmem lazım, bu değişimi nasıl gerçekleştirebilirim?” ifadelerinden tanınabilir(Aytemur, 2017; Prochaska ve diğerleri, 1992; Taş ve diğerleri, 2016;).
      4. **Harekete geçmiş:** Sigarayı bırakmış ama daha 6 aylık süreyi dolduramamış olan birey için yeniden davranışa dönmenin en sık görüldüğü kritik bir dönemdir. Bireye bu aşamada yoksunlukla mücadele için gerekli tüm baş etme yolları öğretilmelidir. Başardığı bu davranış değişikliğinin gayet zor ve gayretinin ödüllendirilmesi ve eskiye dönmesini tetikleyecek ortamlardan kaçınması vurgulanmalıdır. Bu aşamadaki bireyin “diğer insanlar davranış değiştirmeyi düşünürken ben harekete geçtim, problem davranışımı bıraktım” gibi

ifadeleri kullandığı görülür(Aytemur, 2017; Prochaska ve diğerleri, 1992;Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a).

* + - 1. **Sürdürmek:** Bu aşamadaki birey davranış değişikliğini gerçekleştirmeyi başararak sigara içmemekte olup, altı aylık kritik dönemi geçmiş ve değişimin başladığı zamanlardan sınırsız süreye kadar sürebilecek olan davranışı kazanmıştır. Olumsuz uyarıları tetikleyecek uyaranlardan daha az etkilenen bireyin güveni yüksektir. Relaps riski düşük olsa da relapsı engellemek için gerekli bütün önlemlere daha dikkat edilmesi önerilir. Sürdürme aşaması durağan bir süreçtir ve davranış değişimin riskinin tamamen yok olduğu söylenemez. Sürdürme sürecinde terkedilen davranışın yerine alternatif davranışlar keşfi sağlanmalıdır. Sürdürme aşamasındaki birey “bana yardım ve destek verecek insanlara ihtiyacım var çünkü değişimleri henüz yeni başardım” “problemli davranışıma tekrar geri dönmemek için çaba gösteriyorum” türündeki ifadeleri daha fazla kullanır(Aytemur, 2017; Prochaska ve diğerleri, 1992;Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a;).



DÜŞÜNÜYOR

Birey değişimi düşünüyor



DÜŞÜNMÜYOR: Değişimi henüz düşünmeyen birey



HAREKETE GEÇİŞ

Birey değişime karar verir





RELAPSE:

Birey değişim öncesi davranışa geri döner

HAREKET:

Bireysel davranış değişikliği

SÜRDÜRMEK:

Birey yeni davranışını sürdürür

**Şekil 7.** Transteoretik Model Değişim Aşamaları Diyagramı(Diclement,1992)

**2.6.2. Tranteoretik Model Kalıcı Çıkışın Döngüsel Süreci**

Bireylerin aşamalar arasındaki geçişi genellikle ileriye doğru gerçekleşse de bazen bir önceki aşamaya geriye hareket ve dönüş(nüks/relaps) yaşanmaktadır. Bırakmayı düşünüyor olan bireylerden yeniden başlama olmaksızın bırakmayı sürdürme aşamasına ulaşma oranı ortalama olarak %5 düzeyindedir. Yeniden içmeye başlayanların %15’i

bırakmaktan vazgeçerken(bırakmayı düşünmüyor aşaması), diğer %85’i düşünüyor ve bırakmaya hazır aşamalarına dönüş yapmaktadır. Diyagram, transteoretik modeli, " **kalıcı çıkışa** " varana kadar bir seri aşamadan geçen ilerlemeyi döngüsel bir süreç olarak gerçekleşeceğini değişim döngüsünün devam edeceğini göstermektedir. Bir çalışmada sigara içen bireylerin aynı aşamada gerileme ya da kalmaya göre başarılı bir şekilde sürdürülen bırakmaya doğru ilerleme ihtimallerinin daha yüksek olduğunu gösterdiğini ve bu sonucun da değişim aşamaları boyunca spiral hareketi desteklediğini bildirilmiştir(LaMorte, 2018; Prochaska ve diğerleri, 1992; Siewchaisakul ve diğerleri, 2020;Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a).

Motivasyon Karar verme Öz - yeterlik

Düşünmüyor Düşünüyor Hazır Harekete Geçmiş Sürdürmek



Kişiye özel Çevresel Karar Bilişsel Örgütsel

Davranışsal Süreçler

Endişeler Baskılar Denge Deneyimsel

(Artılar ve Eksiler) Süreçler

Geri dönüşüm Relapse

**Şekil 8**. Transteoretik Model Değişim Aşamaları Boyunca Hareket Döngüsü(Diclement,1992)

TTM, bireylerin farklı değişime hazır olma konumlarının farklı aşamalarda olduğunu kabul eder. Bireylerin anında veya kalıcı bir davranış değişikliğine hazır olduklarını veya yapmak istediklerini hipotezi ile çalışır. Değişim sürecinde bireylerin konumunu belirleyerek bireyin çok iyi tanımlanması, müdahaleyi değişim açısından harekete hazır olma aşamasına daha uygun biçimde eşleştirebilir(Fidancı ve diğerleri, 2017; Gokbayrak ve diğerleri., 2015; Heller ve diğerleri, 2013; Prochaska ve diğerlri, 1992;Taş ve diğerleri, 2016; Woody ve diğerlerid, 2008).

Davranışı sürdürme ve relaps yaşanmaması için tüm değişim aşamaları kendine has girişim, zaman ve enerjinin uygulanmasını gerektirir. Aksi takdirde başarılı bir davranış değişimden söz etmek mümkün değildir. Harekete geçmiş ve devam ettirme aşamasında bulunan bireyler yeni davranışlarının, olumlu özelliklerini ortaya çıkarırken, düşünmüyor ve

düşünüyor aşamasında bulunanlar ise davranışın faydalarından daha çok zararlarından bahsederler. Hazır aşamasındaki bireylerde ise, davranışın fayda ve zararlarının dengeli olduğu bir davranış biçimini sergilerler(Akdeniz, 2019; History ve diğerleri., 2017; Karadağlı, 2012; Koyun, 2013; Prochaska vd., 1992; Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019)

Kendi kendine yeterlilik her aşamada öneme sahiptir. Motivasyon eksikliği, önceki aşamalara geri dönülmesine sebep olur. Sigara bırakma ile ilgili bireylerin %50-60'ının düşünmüyor, %30-40'ının düşünüyor, %10-15'inin hazır aşamasında olduğu tespit edilmiştir. ABD’de sigara içen genç yetişkinlerin %59,0'ı sigara içmenin düşünmeme aşamasında olduğu bildirilmiştir(Heller ve diğerleri, 2013; Sengezer, 2017; Taş ve diğerleri, 2016). Hazır ve harekete geçmiş aşamasındaki bireylere deneyimsel ve davranışsal süreç uygulamalarının tesiri fazla iken, düşünüyor ve düşünmüyor aşamasındaki bireylerde uygulanan girişimler geçersiz üstelik olumsuz etki gösterebilmektedir. Düşünmüyor aşamasındaki bireye kısa klinik görüşmelerle farkındalık sağlanmalı, düşünmeye teşvik edilmeli, sigara içenlere kişiye özel endişeleri ile birlikte çevresel faktörlü zorluklar ile ilgili motivasyon desteği yapılmalıdır. Düşünüyor aşamasındaki bireylere bırakmanın artı ve eksileri ile davranışı olumlu yönde değiştirme karar alması için desteklenmelidir. Hazır aşamasında olan bireylere bir sonraki aşamaya geçebilmesi ve nüksün yaşanmaması için deneyimsel süreç unsurları kullanılmalıdır. Harekete geçmiş aşamasında davranışsal süreç ögeleri ile desteklenmelidir(Aytemur, 2017; F. Karadağlı, 2009; Prochaska ve diğerleri, 1992;Taş ve diğerleri, 2016; Ünver, 2019a; Velicer ve diğerleri, 1998).

* 1. **Sigarayı Bırakanlar İçin Risklerdeki Düşme ve Kazanımlar**

Sigarayı bırakmanın sağlık için getireceği faydaları ile birlikte hayati önemdeki kazanımlar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2 ana başlık altında belirtilmiştir. Tüm sigara içenler için sigarayı bırakmanın öncelikli, acil ve uzun vadeli yararları bilinen bir gerçektir.

1. Sigarayı içmenin bırakıldığı ilk anlarda başlayan ve zaman geçtikçe artan faydalı sağlık değişiklikleri:

20 dakika içinde nabız ve tansiyonda düşme başlar.

8-12 saat içinde kandaki karbon monoksit seviyesi düşerken, kandaki oksijen düzeyi normale yaklaşır. 24 Saat Sonra: Kalp krizi riski azalmaya başlar. 48 Saat Sonra: Sinir uçları

yenilenmeye başlar. Solunum 2-12 hafta içinde kolaylaşır. Akciğer fonksiyonu yüzde 30 oranında iyileşmeye başlar.

1-9 ay, Öksürük krizleri, yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı azalır. Akciğerde temizlenmeye başlaması ile enfeksiyon riski düşer.

1. yılda, koroner kalp hastalığı riskiniz sigara içenlere göre yaklaşık yarısı kadardır.

5. yılda, inme riskiniz sigarayı bıraktıktan 5 ile 15 yıl sonra sigara içmeyenlere göre

azalır.

10. yılda, akciğer kanseri riskiniz sigara içenlerin yaklaşık yarısına düşer ve ağız, boğaz, yemek borusu, mesane, serviks ve pankreas kanseri riskiniz azalır.

1. yılda, koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyenlerin riski ile eşit hale gelir.
2. Sigara kaynaklı kötü sağlık sorunları yaşayabilecek, yaşamış ve yaşamakta olan her yaştan insan hala sigarayı bırakabilir ve içmeye devam edenlere kıyasla;

30’lu yaşlarda bırakmak: ömrümüze yaklaşık 10 yıl kazandırır. 40’lı yaşlarda bırakmak: ömrümüze yaklaşık 9 yıl kazandırır. 50’li yaşlarda bırakmak: ömrümüze yaklaşık 6 yıl kazandırır.

60’lı yaşlarda bırakmak: ömrümüze yaklaşık 3 yıl kazandırır. Kalp krizi geçirdikten sonra sigarayı bırakanlar, başka bir kalp krizi geçirme ihtimalini %50 azaltır(Banks ve diğerleri., 2015; Karadoğan ve diğerleri., 2018; U.S. National Cancer Institute and World Health Organization, 2016; WHOb, 2019).

* 1. **Türkiye’de Sigara Bırakma Hizmetleri**

Ülkemizde sigara ve tütün bağımlılığı ile mücadele 1,2 ve 3.basamak sağlık kuruluşları bünyesindeki sigara bırakma/bıraktırma polikliniklerinde verilmektedir. Sigara bırakmak isteyenlere yardımcı olmak amacıyla 27 Ekim 2010 “Sigara Bırakma Danışma Hattı” ALO 171, Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS) ve Sigara Bırakma Poliklinikleri hizmete girmiştir. Bu polikliniklerde Ocak 2009’dan Temmuz 2019 tarihine kadar yaklaşık 2,5 milyon bıraktırma hizmeti sunulmuştur(HSGM, 2020).

Sağlık Bakanlığı tarafından sigara bırakma polikliniklerinde hekimlerce uygun görülen hastalara Nikotin replasman tedavisinde kullanılmak üzere ücretsiz olarak vareniklin ve nikotin bandı verilmektedir. 01 Ocak- 31 Aralık 2019 tarihleri arasında 238.774 kutu vareniklin ve 320.354 kutu nikotin bandı hastalara ücretsiz olarak sunulmuştur. 2019 yılı itibariyle 537 adet Sigara Bırakma Polikliniği’nde hizmet sunulmaktadır. Sigara Bırakma Polikliniğinde 845 sertifikalı hekim, 476 yardımcı sağlık personeli çalışmaktadır. 01 Ocak 2019-31 Aralık 2019 tarihleri arsında ise sigara bırakma polikliniklerinde toplam muayene sayısı 420.846 olmuştur. Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre bu birimlerde görev yapacak personelin uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitim programlarını tamamlamaları gerekmektedir. Bu kapsamda pratik ve yüz yüze eğitim olmak üzere 11 kez Tütün Bağımlılığı Tedavisi ve Eğitimi düzenlenmiş olup, 463 hekime sertifika verilmiştir(HSGM, 2020).

* + 1. **Ege Üniversitesi Sigara Bırakma Hizmeti**

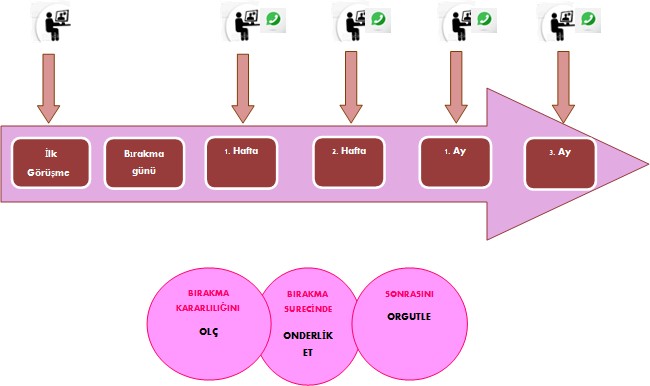
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı bünyesindeki Sigara Bırakma Polikliniği 2016 başından itibaren hafta içi beş yarım gün, hastane binası içinde, hizmet vermektedir. Poliklinik hizmetini her gün bir deneyimli hekim (toplam dört hekim) ve bir araştırma görevlisi hekim birlikte yürütmektedir.

* + - 1. **Poliklinik Çalışma Düzeni**

Başvuru yapan tüm bireyler için poliklinik görüşmesi 30-60 dakikalık sürelerde gerçekleştirilmektedir. İzlemler yüz yüze görüşmelerle ortalama 5-10 dakikalık süreler ile gerçekleştirilmektedir. Görüşmelerin ve izlemlerin daha faydalı olabilmesi nedeniyle her gün için 2-3 ilk görüşme, 2-3 izlem planlanmaktadır. Randevular bu doğrultuda planlanıp, poliklinik sekreterliği ya da Anabilim Dalı sekreterliğince verilmektedir. Poliklinikte gerçekleşen bırakma görüşmesinde hizmeti yürüten hekimler tarafından hazırlanmış form, rehber olarak kullanılmaktadır.

Bireyin hangi bırakma aşamasında olduğu, demografik özellikleri, sigara tüketim alışkanlıkları, sigara bırakma deneyimleri, sağlık özgeçmişi, sağlık soy geçmişi, olası

kullanılacak ilaç kontendikasyonları ve olası ilaç etkileşimleri, nikotin bağımlılık oranı, depresyon ve anksiyete eğilim durumu, akciğerde karbon monoksit ölçümü, kilo ve kan basıncı değerlendirmesi yapılıp başvuran bireylerle birlikte uygun müdahale kararı verilmektedir. Görüşme sonuna uygun ilaç tedavisi ve/veya davranışsal değişiklik önerileri ile birlikte bırakma günü ve ilk izlem günü belirlenmektedir. İzlemlerin kısa süreli görüşmeler şeklinde yüz yüze yapılması tercih edilmektedir. Ayrıca zaman ve mesafe problemleri nedeniyle telefon ile de görüşmeler yapılmaktadır. İzlemlerde standart izlem formu ile bırakma durumu, içmeye devam ediyorsa günlük ortalama tüketim miktarı, içmeye devam etme sebebi, ilaç önerildiyse kullanma durumu, bırakma sürecinde yaşadığı sorunlar değerlendirilmektedir. Yüz yüze görüşmelerde ayrıca karbonmonoksit, kan basıncı, kilo ölçümü de yapılmaktadır. Rutinde uygulanmaya çalışılmakta olup, izlem düzeni birinci ve ikinci hafta, birinci, üçüncü, altıncı ay ve birinci yıl olarak planlanmaktadır. İlk üç aylık dönemler ile polikliniğe başvuru yapmış hastaların sigara kullanım durumları tespit edilip Sağlık Bakanlığına sunulmaktadır.



**Şekil 9.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği İşleyiş Şeması

* + 1. **Sigarayı Bıraktırma Müdahalesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi (UHK; International Council of Nurses) hemşirelerin küresel düzeyde sigara ile mücadelede ilk sıralarda yer alması gerektiğini bildirmektedir. Halk sağlığı hemşirelerin esas amaç ve hedefleri toplum sağlığının geliştirilmesidir (Akdeniz, 2019; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012; Bilir, 2005). Sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları ve toplumun diğer farklı kesimlerinde görev yapan hemşireler sigara içen bireyleri bırakma konusunda yönlendirme ve teşvik etmede önemli rol üstlenebilirler (Çamözü, 2017; De Ruijter ve diğerleri., 2017; Rice ve diğerleri., 2017). Halk sağlığı hemşirelerinin bu rolleri, her yaştan kişiye ev, okul, iş yeri, ceza evleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve huzur evleri gibi yaşamın çok çeşitli sahalarında aktif şekilde hizmet vermek, değişik sahalarda sigara bağımlılığı ile mücadeleyi gerçekleştirmekle birlikte ayrıca ve özellikle gebeler için yapılan ev ziyaretlerinde gebe kadınlara gebelik öncesi ve sonrasında sigarayı bırakma ile ilgili yoğun davranışsal destek yardımı vererek motivasyon yükseltmede en ön safhada bulunmak olarak sıralanabilir(Çamözü, 2017; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012).

Sigaranın bıraktırılmasında yapılan davranışsal müdahale ile motivasyonun arttırılması sigara bıraktırma hızında etkili olduğu bilinmektedir(Taş ve diğerleri., 2016; Ünver, 2019b). Hemşirelerin sigara bıraktırmada yoğun olarak kullandıkları müdahalelerinin davranışsal müdahaleler kapsamında olan; yoğun davranışsal destek, telefonla kısa danışmanlık ve mobil sigara bıraktırma olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin gerçekleştirdikleri bu müdahalelerde motivasyonel görüşme, sigara içenlerde sigara kullanımı ile ilgili davranış değişimi oluşturmada önemli bir faktör olduğu kabul edilmekte ve danışmanlık modeli şeklinde öne çıkmaktadır(Rajani ve diğerleri., 2019).

Yetişkin bireylerde hemşirelik müdahalesi ile sigara bırakma müdahalelerinin etkinliğini belirlemek için yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından verilen sigarayı bırakmayı motive etmek ve sürdürmek için davranışsal desteğin, uzun süreli yoksunluğa ulaşan sigara bağımlısı sayısında kısmi bir artışa yol açabileceği yönünde orta kalitede kanıt bildirilmiştir. Bir çalışmada sağlık profesyonellerinin sigara içenleri düşünme aşamasında daha ileri adım atmaya teşvik edebileceğini bildirilmiştir. Birincil önleme ortamındaki klinisyenler ve hemşireler, düşünme aşamasında olan sigara içenlere odaklanırken daha verimli ve kapsamlı çalışmaları gerektiği vurgulanmış, ayrıca sigarayı bırakma konusunda düşünmüyor olma aşamasında olanları teşvik etmek için diğer alanlardan çabalara ve girişimlere ihtiyaç olduğu bildirilmiştir.(Livingstone-Banks, Norris, ve diğerleri., 2019;

Siewchaisakul ve diğerleri., 2020). Sigara içenlerin sigara hakkında bilgilerinin ve bırakma yöntemleri ile ilgili bilinç seviyelerinin, sigara bıraktırmada yapılan hemşirelik müdahalelerinin başarısında etkili olduğu belirtilmektedir. (De Ruijter ve diğerleri., 2017; Lancaster ve Stead, 2017)**.** Yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin sigara içen yatarak tedavi gören hastalara sundukları NRT tedavi öneri ve kabulü umut verici olarak bulunmuş ve hemşireler için eğitim, hemşire liderliği ve terapötik ittifak önerilmiştir (Malone ve diğerleri, 2019).

# GEREÇ VE YÖNTEM

* 1. **AraştırmanınTipi**

Kesitsel tipteki bu araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniği’ne Temmuz 2018-Haziran 2019 tarihlerinde başvuran ve bir yıl sonra sigarayı bırakamayan bireylerin yeniden bırakmaya hazır olma durumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

* 1. **Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniği’nde Ocak 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın anket uygulaması Temmuz 2020 ayı içinde tamamlanmıştır.

* 1. **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini, Temmuz 2018-Haziran 2019 tarihlerinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliğine başvuran ve danışmanlık almasına rağmen bir yıl sonrasında sigarayı bırakamayan 370 birey oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi ise evren içerisinden Temmuz 2018- Haziran 2019 tarihlerinde Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuru yapmış, 1 yıllık tedavi sürecini tamamlanmış fakat birinci yıl sonunda sigarayı bırakamamış bireylerden oluşturulmuştur. G-power programı kullanılarak orta etki büyüklüğü, 0.05 hata payı %80 güç ve %30 olan bir yıllık bırakma başarı oranına göre hesaplanmış ve en az 311 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak bireyler ile gerçekleştirilen toplam üç telefon görüşmesi sonunda örneklem hedefine ulaşılmıştır.

* 1. **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniği’ne Temmuz 2018-Haziran 2019 tarihlerinde başvurmuş olma,

1 yıl sonunda hala sigara içiyor olma, 18 yaş üstü olma,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

* 1. **Araştırmadan Dışlama**

olmak

* Sigarayı bırakmış olmak
* Altı aydan uzun süredir bir tane bile sigara içmemiş olmak, bırakmayı sürdürüyor
* Son bir ay içerisinde sigara bırakmaya yönelik profesyonel destek almış olmak, ya

da ilaç kullanıyor olmak.

* + İletişime engel olabilecek bilişsel sorunu olması
  1. **Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

Araştırmanın herhangi bir safhasında çalışmadan çekilmek isteme, Veri toplama formlarını eksik doldurma.

* 1. **Araştırmada Kullanılan Veri ToplamaAraçları**

Araştırmada anket formu, poliklinik anket formu, Fagerstorm Nikotin Bağımlılık Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası ve hasta izlem formu” kullanılmıştır.

* + 1. **Araştırma Anket (Görüşme)Formu**

Anket formu; katılımcıların bırakmaya hazır olma durumunu ve ilişkili faktörleri TTM Değişim Aşamalarının sınıflandırılması doğrultusunda ve ilgili literatürden faydalanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır(DiClemente ve Prochaska, 1998; Prochaska ve diğerleri., 1992; Velicer ve diğerleri., 1998; Yalçinkaya-Alkar ve Karanci,

2007). Hazırlanan anket formu bireyin; halen sigara içiyor ve tekrar bırakmayı düşünüyor olma durumu ile ilgili 13 adet, halen sigara içiyor ve bırakmayı düşünmüyor olma durumu ile ilgili 2 adet soru, polikliniğe başvuru yapmış olmanın katkısı ile ilgili 5 adet soru, sigarayı bırakmaya yönelik reçete edilmiş ilaçlarını düzenli kullanılıp kullanmama durumu ile ilgili 2 adet soru, son bir yıl içinde sigarayı bırakma polikliniği tarafından aranma durumu, kontrol görüşmelerine gitme durumu ile ilgili 4 soru ve kilo değişimi ile ilgili 2 adet soru bulunmaktadır.

Veri toplama süreci, yüz yüze ve mobil telefon ile anket uygulama yöntemi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bireylerin beyanları esas alınarak gerçekleştirilmiştir.

* + - 1. **Poliklinik Anket (Görüşme) Formu**

Araştırmanın yürütüldüğü poliklinik tarafından standardize edilmiş ve başvuruda bulunan tüm bireylere rutinde uygulanan form; sosyo-demografik özellikleri içeren 8 soru, sigara tüketim alışkanlıkları 8 soru, sigara bırakma deneyimleri 5 soru, sağlık özgeçmişi, sağlık soy geçmişi ve iletişim bilgilerini içeren toplam 8 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

* + - 1. **İzlem Formu**

Bireylerin poliklinik izlem sayısını sorgulayan 4 soru, yoksunluk durumunu sorgulayan 14 soru, kilo değişimini sorgulayan 2 soru, sigarayı bırakmada kullandığı ilaçlara devam etme durumunu sorgulayan 4 soru içermektedir (Ek 5).

* + - 1. **Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği**

İlk kez 1978 yılında Fagerström geliştirilen form, 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından tekrar değerlendirilerek son şeklini almıştır. Türkçe geçerlilik güvenirliliği Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (Uysal ve diğerleri, 2004). Her biri farklı puanlama içeren “Nikotin Bağımlılık Ölçeği”, nikotinin fiziksel bağımlılığını sorgulayan 6 sorululuk bir testtir. Puanlama bireyin bağımlılık derecesini;0-2 puan: çok düşük düzey, 3-4 puan: düşük düzey, 5 puan: orta düzey, 5-7 puan: yüksek düzey, 8-10 puan: çok yüksek düzey olarak 5 düzeyde sınıflandırmaktadır (Ek:3).

* + - 1. **Hastane Anksiyete Depresyon Skalası (HADS)**

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği”, anksiyete ve depresyon olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Her alt boyut 0- 3 puan arasında değeri olan 7 soru içermektedir. Anksiyete için10, depresyon için ise 7 puan kesme noktasıdır (Ek 4). HAD ölçeğinin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik analizi Aydemir ve ark. tarafindan yapılmıştır (Aydemir ve diğerleri, 2019).

* 1. **Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda ve 3 uzman görüşü alınarak (1 tane Doç.2 tane Dr.öğretim üyesi) oluşturulan form, 29 Haziran 2020 tarihinde telefonla anket uygulaması yöntemi ile araştırmaya dahil edilmeyen 7 katılımcıya uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda araştırmada kullanılacak anket formunun yanıtlanma süresinin uygun ve soruların anlaşılır olduğu tespit edilmiştir.

* 1. **Araştırmanın Uygulama Süreci**

Araştırma, Ocak 2020-Temmuz 2020 tarihleri arasında yüzyüze ve telefonla anket uygulaması yöntemi ile yürütülmüştür. Birinci yıl kontrollerine gelen katılımcılarla yüz yüze, ulaşılamayan bireylere 1 hafta sonra 2. arama, 2.aramada ulaşılamayan bireylere ise bir hafta sonra 3. telefon araması yapılmıştır. Yapılan yüz yüze veya telefon görüşmeleri yaklaşık10-15 dakika sürmüştür. Araştırmanın anket uygulaması Temmuz 2020 ayı içinde yapılmıştır. Araştırma öncesi araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılmış yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

* 1. **Değişkenler**

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde sigara içme durumuna göre TTM değişim aşamaları kriterleri sorgulanmış, harekete geçmiş olan ve bırakmayı sürdürüyor olan bireyler dışlanarak görüşmeye devam edilmiştir. Bu çalışmada sigara içen bireylerin TTM’ye göre değişim aşamalarından bırakmaya hazır olma / düşünme / düşünmeme durumları “hazır olma durumu” bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, göç durumu, çalışma durumu, mesleği ile ilişkili dikkat gereksinimi, çocuk sayısı,

işe bağlı sosyal sınıfı, Ege Üniversitesi çalışanı olma durumu), sigara kullanım alışkanlıkları (günlük sigara tüketimi, sigara paket yılı, sigara başlama yaşı ve sigara kullanımına ilişkin alışkanlıkları, evde ve işyerindeki diğer bireylerin sigara içme durumu, sigarayı bırakma deneyimi, doktor önerisi, profesyonel destek alma durumu, yoksunluk seviyesi, sigarayı bırakmak için reçete edilen ilaçları kullanma durumu), sağlık durumu (kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, daha önce psikiyatrik tedavi almış olma durumu, anksiyete ve depresyon düzeyi), boş zamanlarını değerlendirme durumu, sigara bırakma polikliniğinden aldığı hizmetin özellikleri (hekim dağılımı, poliklinik tarafından aranma durumu, aranma sıklığı, görüşme yöntemi, görüşme sıklığı), araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

* 1. **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma, İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu (99166796-050.06.04 - 20-1T/37 Tarih:09.01.2020t) onayı, araştırmanın gerçekleştirildiği kurum olan İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin ve araştırmaya katılan bireylerin yazılı izni alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-20002 proje numarası ile desteklenmiştir.

* 1. **Verilerin İstatistiksel Analizi**

Verilerin analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp. IBM Corp. Released 2016). Tanımlatıcı istatistiklerde sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için yüzde değerleri ile verilmiştir. Sigarayı bırakamama ile hasta özellikleri (cinsiyet, çalışma durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü), sigara bırakma tedavileri, komorbidite durumu ve sigara içme alışkanlığı arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılığa ulaşan değişkenler ile sigarayı bırakamamayı öngörmedeki bağımsız belirleyiciler multinominal lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tekli regresyonda bağımlı değişken ile anlamlı ilişkisi saptanmış değişkenler kullanılarak çoklu regresyon uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizinde saptanan olasılıklar oranı (odds ratio: OR) %95 güven aralığı (%95 GA) ile verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

# BULGULAR

Tablo1’de polikliniğe bir yıl içinde başvuru yapmış ve araştırmaya dahil edilen katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, göç durumu, çalışma durumu, mesleği ile ilişkili dikkat gereksinimi, çocuk sayısı, işe bağlı sosyal sınıfı, Ege Üniversitesi çalışanı olma durumu) ve TTM Değişim Aşamalarına göre dağılımına ilişkin bulgular gösterilmiştir.

Katılımcıların bireysel özellikleri incelendiğinde; %43,2’si kadın, %56,8’i erkektir.

%74,5’inin eğitim durumu lise ve üzeri, %69,4’ünün doğum yeri İzmir dışı olup yaş ortalamaları 41,36±12,36’dir. Bireylerin %60’ı evli olup %53’ü çocuk sahibidir. Bireylerin%33,2’si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışanların ise işe bağlı sosyal sınıf dağılımı incelendiğinde %33,2’sinin iş buldukça çalışan, %38,9’unun mavi yakalı,

%23,4’ünün beyaz yakalı çalışan olduğu ve %4,5’inin kendi işinde çalıştığı tespit edilmiştir. Bir yıl sonrasında sigara içmeye devam edenlerin TTM Değişim Aşamalarına göre dağılımı harekete hazır olanlar %49,3 düşünüyor olanlar %28,8 düşünmüyor olanlar ise %21,9 bulunmuştur. (Tablo 1).

Görüşme gerçekleştirilen katılımcıların 219’u hala sigara içmeye devam ettiğini beyan etmiştir. Sigara içmeye devam eden katılımcıların %43,8’i kadın, %69,3’ünün eğitim durumu lise ve üzeri, %68,2’inin doğum yeri İzmir dışıdır. Grubun yaş ortalaması 42,30±12,50’dir. Sigara içmeye devam eden katılımcıların %61,6’sı evli olup %56,6’sı çocuk sahibidir. Sigara içmeye devam eden katılımcıların %30,8’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışanların ise işe bağlı sosyal sınıf dağılımı incelendiğinde %36,8’inin iş buldukça çalışan, %40,4’ünün mavi yakalı, %21,1’inin beyaz yakalı çalışan olduğu ve

%1,8’inin kendi işinde çalıştığı tespit edilmiştir.(Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | Polikliniğe Başvuranlar | | Bir Yıl Sonra İçmeye  Devam Edenler | |
|  | n | % | n | % |
| **Sigara İçme Durumu** |  |  | - | - |
| İçmeyedevameden | 219 | 70,4 | - | - |
| Bırakan | 92 | 29,6 | - | - |
| **Ttm’ye Göre Değişim Aşaması** | | | | |
| Düşünmüyor | 48 | 15,4 | 48 | 21,9 |
| Düşünüyor | 63 | 20,3 | 63 | 28,8 |
| Harekete Hazır | 108 | 34,7 | 108 | 49,3 |
| Harekete Geçmiş | 28 | 9,0 | - | - |
| Sürdürüyor | 64 | 20,6 | - | - |
| **Cinsiyet** |  |  |  |  |
| Kadın | 160 | 43,2 | 96 | 43,8 |
| Erkek | 210 | 56,8 | 123 | 56,2 |
| **Yaş** |  |  |  |  |
| 18-39 | 168 | 45,5 | 95 | 43,4 |
| 40 veÜzeri | 201 | 54,5 | 124 | 56,6 |
| ±Ss (Min-Max) | 41,36±12,36 |  | 42,30±12,50 | |
| **Eğitim Düzeyi** |  |  |  |  |
| OrtaveAltı | 93 | 25,5 | 67 | 30,7 |
| Lise ve Üzeri | 272 | 74,50 | 151 | 69,3 |
| **Göç (Olası Göç)** |  |  |  |  |
| İzmir Doğumlu | 109 | 30,6 | 67 | 31,8 |
| İzmir DışıDoğumlu | 247 | 69,4 | 144 | 68,2 |
| **Medeni Durum** |  |  |  |  |
| Evli | 219 | 60.0 | 135 | 61,6 |
| EvliDeğil | 146 | 40.0 | 81 | 38,4 |
| Toplam | 365 | 100,0 | 211 | 100,0 |
| **Çocuk Sahibi Olma Durumu** | | | | |
| Var | 196 | 53.0 | 124 | 56,6 |
| Yok | 174 | 47.0 | 95 | 43,4 |
| **ÇalışmaDurumu** |  |  |  |  |
| Çalışıyor | 237 | 66.8 | 146 | 69,2 |
| Çalışmıyor | 118 | 33.2 | 65 | 30,8 |
| **İşe Bağlı Sosyal Sınıf** |  |  |  |  |
| İşsiz / İşBuldukça | 118 | 33,2 | 65 | 30,8 |
| MaviYaka | 138 | 38,9 | 89 | 42.2 |
| BeyazYaka | 83 | 23,4 | 44 | 20,8 |
| Kendi İşi | 16 | 4,5 | 13 | 6,2 |
| **İşin Dikkat Gerektirmesi** |  |  |  |  |
| Evet | 89 | 30,7 | 56 | 30,9 |
| Hayır | 201 | 69,3 | 125 | 69,1 |

\*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 2’de sigara içmeye devam eden katılımcıların sağlık, ilaç kullanma, daha önceki psikiyatrik tedavi alma, anksiyete, depresyon düzeyi ve boş zamanlarını değerlendirme ile ilgili değişkenlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Sigara içmeye devam eden katılımcıların %67,6’sının en az bir hastalığı mevcut olup

%49,3’ü herhangi bir hastalığa dair düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların

%35,6’sının daha önce psikiyatrik tedavi aldığı ve %20’sinin anksiyete skoru, %35,1’in ise depresyon skorunun yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %21,7’si boş zamanlarını el meşgalesi ve entelektüel etkinlik ile değerlendirirken, %41,8’inin fiziksel aktivite %14,8’inin sosyal etkinlik ile değerlendirdiği tespit edilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Sigara İçmeye Devam Eden Katılımcıların Sağlık Durumları ve İlaç Kullanımı İle İlgili Değişkenlerinin Dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | n | % |
| **Hastalık Durumu** (n=219) |  |  |
| Yok | 71 | 32,4 |
| Var | 148 | 67,6 |
| **İlaç Kullanma Durumu** (n=219) |  |  |
| Hayır | 108 | 49,3 |
| Evet | 111 | 50,7 |
| **Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu** (n=212) | | |
| Evet | 78 | 35,6 |
| Hayır | 134 | 64,4 |
| **Anksiyete Düzeyi** (n=185) |  |  |
| Düşük | 148 | 80,0 |
| Yüksek | 37 | 20,0 |
| **Depresyon Düzeyi** (n=185 ) |  |  |
| Düşük | 120 | 64,9 |
| Yüksek | 65 | 35,1 |
| **Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumu** (n=175) | | |
| El meşgalesi | 38 | 21,7 |
| Fiziksel aktivite | 73 | 41,8 |
| Sosyal etkinlik | 26 | 14.8 |
| Entelektüel etkinlik | 38 | 21.7 |

\*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 3’te sigara içmeye devam eden katılımcıların günlük sigara tüketimi, içme süresi, ilk sigarayı içme zamanı, başlama yaşı, evde ve iş yerinde sigara içmeyen birey varlığı, öneri alma, bırakma deneyimleri ve profesyonel destek alma değişkenlerinin cinsiyete göre dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Sigara içmeye devam eden katılımcıların günlük sigara tüketimi incelendiğinde;

%8,7’sinin ≤10, %46,6’sının 11-20 arası, %27,1’inin 21-30 arası ve %17,4’ünün 31 ve üzeri sayıda sigara tükettiği belirlenmiştir. Günlük sigara tüketimi ortalamaları 22,92±9,85’dir.

Cinsiyete göre incelendiğinde ise günlük 20 adetten fazla sigara içen erkek katılımcıların oranı %54,9 iken kadınlarda bu oran %31,2 bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.002). Erkeklerde günlük sigara tüketimi ortalamaları 24,14±10,05 iken kadınlarda 22,01±11,42’dir.(Tablo 3).

Sigara içmeye devam eden bireylerin paket yıl üzerinden tüketimi incelendiğinde

%45’inin 20 yıldan fazla süredir sigara kullandığı tespit edilmiştir. Cinsiyete göre incelendiğinde bu oran erkeklerde %47,1 ve kadınlarda %42,4 bulunmuştur. İlk sigarasını sabah uyandıktan sonra 5 dakika içinde içenlerin oranı %44,3 iken cinsiyete göre bu oran kadınlarda %56,3 erkeklerde %35,3 bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.027).

Sigara içmeye devam eden bireylerin sigaraya başlama yaşı incelendiğinde; 15 yaşından daha küçük yaşta başlayanların oranı %39,4 iken cinsiyete göre incelendiğinde bu oran kadınlarda %30,5 ve erkeklerde %46,3 bulunmuştur. Sigara içmeye devam eden katılımcıların ailelerinde evde katılımcı harici sigara içen birey olması %53,8 iken cinsiyete göre incelendiğinde bu oran kadınlarda %63,5 ve erkeklerde %50 bulunmuştur. İş yerinde sigara içmeyen birey varlığı olması %72,2 iken bu kadınlarda %75,3 erkeklerde ise %88,8 bulunmuştur (p=0.000). Doktor önerisi alanlar %27,3 iken erkeklerde bu oran %30,9 kadınlarda %38,5 bulunmuştur (Tablo 3).

Sigara içmeye devam edenlerin %15,3’i hiç sigara bırakma deneyimi olmadığını bildirirken cinsiyete göre incelendiğinde bu oran kadınlarda %18,8 erkeklerde %12,8 bulunmuştur. Sigara içmeye devam edenlerden en uzun bırakma süresi deneyimi 0-60 gün arasında olanların oranı %58,7 iken cinsiyete göre bu oran kadınlarda %57 ve erkeklerde

%60 bulunmuştur. Sigara içmeye devam edenlerden önceki denemelerinde profesyonel destek alanların oranı %27,3 iken cinsiyete göre bu oran kadınlarda %34,1 erkeklerde

%21,8 bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.039). Sigara içmeye devam eden bireylerin yoksunluk seviyeleri incelendiğinde

%59,3’ünün yoksunluk seviyesi düşük (2-3) iken cinsiyete göre bakıldığında kadınların

%59,4’unun erkeklerde ise %59,3’ünün yoksunluk seviyesi çok yakın bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3.** Katılımcıların Sigara Tüketim ve Bırakma Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımının Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | Toplam |  | Kadın |  | Erkek | p |
| n | % | n | % | n | % |
| **Günlük Sigara Tüketimi** (n=218) |  |  |  |  |  | 0,002 |
| ≤10 | 19 | 8,7 | 14 | 14,6 | 5 | 4,1 |
| 11-20 | 102 | 46,8 | 52 | 54,2 | 50 | 41,0 |
| 21-30 | 59 | 27,1 | 19 | 19,8 | 40 | 32,8 |
| ≥31 | 38 | 17,4 | 11 | 11,4 | 27 | 22,1 |
| **Paket-yılı** (n=211) |  |  |  |  |  | 0,756 |
| 0-10 Yıl | 50 | 23,7 | 22 | 23,9 | 28 | 23,5 |
| 11-20 Yıl | 66 | 31,3 | 31 | 33,7 | 35 | 29,4 |
| >20 yıl | 95 | 45 | 39 | 42,4 | 56 | 47,1 |
| **İlk Sigaranızı Sabah Uyandıktan Ne**  **Kadar Süre Sonra İçersiniz?**(n=218) |  |  |  |  |  | 0,027 |
| 1 saatsonra | 31 | 14,2 | 10 | 10,4 | 21 | 17,2 |
| 31-60 dkarası | 33 | 15,1 | 12 | 12,5 | 21 | 17,2 |
| 6-30 dkarası | 57 | 26 | 20 | 20,8 | 37 | 30,3 |
| İlk 5 dk | 97 | 44,3 | 54 | 56,3 | 43 | 35,3 |
| **Sigara Başlama Yaşı**(n=216) |  |  |  |  |  | 0,500 |
| <15 | 85 | 39,4 | 29 | 30,5 | 56 | 46,3 |
| 16-18 | 67 | 31 | 32 | 33,7 | 35 | 28,9 |
| >18 | 64 | 29,6 | 34 | 35,8 | 30 | 24,8 |
| **Evde Sigara İçmeyen Birey**  **Varlığı**(n=214) |  |  |  |  |  | 0,136 |
| Yok | 96 | 46,1 | 35 | 36,5 | 59 | 50,0 |
| Var | 118 | 53,9 | 61 | 63,5 | 59 | 50,0 |
| **İş Yerinde Sigara İçmeyen Birey Varlığı**(n=189) | |  |  |  |  | 0,000 |
| Yok | 31 | 14,2 | 18 | 24,7 | 13 | 11,2 |
| Var | 158 | 72,2 | 55 | 75,3 | 103 | 88,8 |
| **Polikinliğe Başvuruda Doktor**  **Yönlendirmesi var mı?** (n=219) |  |  |  |  |  | 0,149 |
| Hayır | 144 | 72,7 | 59 | 61,5 | 85 | 69,1 |
| Evet | 75 | 27,3 | 37 | 38,5 | 38 | 30,9 |
| **Bırakma Deneyimi Var mı?** (n=219) |  |  |  |  |  | 0,284 |
| Hayır | 32 | 14,6 | 16 | 16,7 | 16 | 13.0 |
| Evet | 187 | 85,4 | 80 | 83,3 | 107 | 87,0 |
| **Bırakma Deneyimi Kaç Kez?** (n=202) |  |  |  |  |  | 0,496 |
| 0 | 31 | 15,3 | 16 | 18,8 | 15 | 12,8 |
| 1 | 58 | 28,7 | 24 | 28,2 | 34 | 29,0 |
| ≥2 | 113 | 55,9 | 45 | 53,0 | 68 | 58,2 |
| **En Uzun Bırakma Deneyimi**  (n=184) |  |  |  |  |  | 0.396 |
| 0-60 gün | 108 | 58,7 | 45 | 57,0 | 63 | 60,0 |
| ≥61gün | 76 | 41,3 | 34 | 43,0 | 42 | 40,0 |
| **Önceki Bırakma Denemelerinde**  **Profesyonel Destek Alma**(n=198) |  |  |  |  |  | 0,039 |
| Hayır | 144 | 72,7 | 58 | 65,9 | 86 | 78,2 |
| Evet | 54 | 27,3 | 30 | 34,1 | 24 | 21,8 |
| **Yoksunluk Seviyesi** (n=214) |  |  |  |  |  | 0,832 |
| Yok | 61 | 28,5 | 29 | 30,2 | 32 | 27,1 |
| Düşük (2-3) | 127 | 59,3 | 57 | 59,4 | 70 | 59,3 |
| Orta (4-5) | 22 | 10,3 | 8 | 8,3 | 14 | 11,9 |
| Yüksek 6 veüzeri | 4 | 1,9 | 2 | 2,1 | 2 | 1,7 |

\*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 4’te katılımcıların süreç özelliklerine göre, danışmalık aldığı hekim, telefonla izlem yapılmış olması, yüz yüze izlem durumu, yüz yüze izlem sıklığı ve ilaçları düzenli kullanma dağılımlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcılardan poliklinik başvurusu sonrası dönemde sigarayı bırakmak için ilaç kullananların %55,5’i düzenli, %32,’sı düzensiz ilaç kullandığını belirtirken %11,9’u ilaç almadığını ifade etmiştir. “Son bir yıl içinde sizi sigara bırakma ile ilgili bakanlık veya sigara bıraktırma polikliniğinden arayan oldu mu?” Sorusuna katılımcıların %71,0’ı hayır cevabı vermiş olup; %6,0’ı 3-4 kez arandığını ifade etmiştir. Katılımcıların yüz yüze görüşme sıklığı incelendiğinde %86,2’si hiç yüz yüze görüşülmediğini ifade ederken sadece

%11,1’i 1-2 kez yanıtını vermiştir(Tablo4).

**Tablo 4.** Katılımcıların Bırakma Sürecine Ait Özelliklerinin Dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | Total |  |
| n | % |
| **Danışmanlık Aldığı Hekim** (n=219) | | |
| A Hekim | 54 | 22,7 |
| B Hekim | 40 | 16,2 |
| C Hekim | 28 | 12,4 |
| D Hekim | 39 | 19,2 |
| E Hekim | 58 | 29,2 |
| **Telefonla İzlem Yapılmış Olması** (n=207) | | |
| Hayır yapılmamış | 147 | 71,0 |
| Evet aranmış | 60 | 29,0 |
| **Telefon İzlem Sayısı**(n=215) |  |  |
| Hiç | 147 | 68,4 |
| 1-2 kez | 46 | 21,4 |
| 3-4 kez | 13 | 6,0 |
| 5 kez ve üstü | 1 | ,5 |
| Hatırlamıyor | 8 | 3,7 |
| **Yüz Yüze İzlem Durumu**(n=217) | | |
| Hayır | 187 | 86,2 |
| Evet | 30 | 13,8 |
| **Yüzyüze İzlem Sıklığı** (n=217) |  |  |
| Hiç | 187 | 86,2 |
| 1-2 kez | 24 | 11,1 |
| 3 kez ve üstü | 6 | 2,8 |
| **İlaçları Düzenli Kullanmış Mı?(**n=218) | | |
| Evet | 121 | 55,5 |
| Hayır | 71 | 32,6 |
| İlaç alamamış | 26 | 11,9 |

\*Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 5’te polikliniğe bir yıl içinde başvuran ve bir yıl sonra hala sigara içmeye devam eden katılımcıların; TTM’de bulundukları değişim aşamamalarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, göç durumu, çalışma durumu, mesleği ile ilişkili dikkat gereksinimi, çocuk sayısı, işe bağlı sosyal sınıfı, Ege Üniversitesi çalışanı olma durumu) karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmiştir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniğine Haziran-Aralık 2018 tarihlerinde Kadınların %20,8’i erkeklerin %22,8’i artık sigara bırakmayı düşünmediği ifade etmiştir (p=0,896). 40 yaş ve üzeri bireylerde sigara bırakmaya yönelik desteğe açık olanlar %85,5 (harekete hazır olanlar %50,8 ve düşünenler

%34,7) iken 18-39 yaş grubunda %68,5 (harekete hazır olanlar %47,4 ve düşünenler %21,1) bulunmuştur. Yapılan tekli değişken analizlerinde harekete hazır durumu ve düşünmüyor ile 40 yaş üstü olma yönünde ilişki tespit edilmiştir (p=0,005).Orta ve altı eğitimli olanların

%61,2’si lise ve üzeri eğitimlilerin ise %44,4’ü harekete hazır bulunmuştur. Harekete hazır durumu ve düşünmüyor ile orta ve altı eğitim durumu olma yönünde ilişki tespit edilmiştir(p=0,017).

İzmir doğumlu bireylerde sigara bırakmaya yönelik desteğe açık olanlar %76,2 (harekete hazır olanlar %46,3 ve düşünenler %29,9) iken, İzmir dışı doğumlularda %79,2 (harekete hazır %52,1 ve düşünenler %27,1) bulunmuştur (p=0,731). Evli olan bireylerden sigara içmeye devam edenlerin %57,8’i harekete hazır iken evli olmayanların %33,3’ü düşünmediğini bildirmiştir. Harekete hazır ve düşünmüyor ile evli olma yönünde ilişki vardır (p=0,002). Çocuk sahibi olan sigara içmeye devam edenlerin %57,3’ü harekete hazır iken, çocuğu olmayan sigara içmeye devam edenlerin %38,9’u harekete hazır bulunmuştur. Harekete hazır durumu arasında çocuk sahibi olma yönünde ilişki tespit edilmiştir. Çalışan bireylerde sigara bırakmaya yönelik desteğe açık olanlar %81,5 (harekete hazır %54,8 ve düşünenler %26,7) iken, çalışmayanlarda (harekete hazır %41,5 ve düşünenler %30,8) bulunmuştur(p=0,165).

İşe bağlı sosyal sınıf dağılımında yer alan işsiz/iş buldukça çalışan bireylerde sigara bırakmaya yönelik desteğe açık olanlar %71,3 (harekete hazır %41,5 ve düşünenler %20,8), mavi yaka olanlar %82,1 (harekete hazır %59,60 ve düşünenler %22,5), beyaz yaka olanlar

%80,7 (harekete hazır %47,4 ve düşünenler %33,3) bulunmuştur (p=0,190). Mesleği hassasiyet ve dikkat gerektiren bireylerde sigara bırakmaya yönelik desteğe açık olanlar (harekete hazır %44,6 ve düşünenler %28,6), iken mesleği hassasiyet ve dikkat gerektirmeyen %79,2 (harekete hazır %53,6 ve düşünenler %25,6) bulunmuştur (p=0,412).(Tablo:5).

**Tablo 5.** Katılmcıların Sosyo-Demeografik Özelliklerine Göre Transteoretik Model'de Bulundukları Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Değişkenler | Harekete hazır | | Düşünüyor | | Düşünmüyor | | p |
| n | % | n | % | n | % |
| **Cinsiyet** (n=219) |  |  |  |  |  |  |  |
| Kadın | 47 | 49,0 | 29 | 30,2 | 20 | 20,8 | 0,896 |
| Erkek | 61 | 49,6 | 34 | 27,6 | 28 | 22,8 |  |
| **Yaş**(n=219) |  |  |  |  |  |  |  |
| 18-39 | 45 | 47,4 | 20 | 21,1 | 30 | 31,6 | 0,005 |
| 40 ve üzeri | 63 | 50,8 | 43 | 34,7 | 18 | 14,5 |  |
| **Eğitim Düzeyi**(n=218) |  |  |  |  |  |  |  |
| Orta ve altı | 41 | 61.2 | 19 | 28,4 | 7 | 10,4 | 0,017 |
| Lise ve üzeri | 67 | 44.4 | 44 | 29,1 | 40 | 26,5 |  |
| **Göç** |  |  |  |  |  |  |  |
| İzmir doğumlu | 31 | 46,3 | 20 | 29,9 | 16 | 23,9 | 0,731 |
| İzmir dışı doğumlu | 75 | 52,1 | 39 | 27,1 | 30 | 20,8 |  |
| **Medeni Durum** (n=216) |  |  |  |  |  |  |  |
| Evli | 78 | 35,6 | 38 | 28,1 | 19 | 14,1 | 0,002 |
| Evli değil | 30 | 12.0 | 24 | 29,6 | 27 | 33,3 |  |
| **Çocuk Sahibi Olma Durumu** | | | | | | | |
| Var | 71 | 57,3 | 34 | 27,4 | 19 | 15,3 | 0,009 |
| Yok | 37 | 38,9 | 29 | 30,5 | 29 | 30,5 |  |
| **Çalışıyor mu?** |  |  |  |  |  |  |  |
| Evet | 80 | 54,8 | 39 | 26,7 | 27 | 18,5 | 0,165 |
| Hayır | 27 | 41,5 | 20 | 30,8 | 18 | 27,7 |  |
| **İşe Bağlı Sosyal Sınıf** |  |  |  |  |  |  |  |
| İşsiz / İş buldukça | 27 | 41,5 | 20 | 30,8 | 18 | 27,7 | 0,190 |
| Mavi yaka | 53 | 59,6 | 20 | 22,5 | 16 | 18,0 |  |
| Beyaz yaka | 27 | 47,4 | 19 | 33,3 | 11 | 19,3 |  |
| **Mesleğinin Hassasiyet Ve Dikkat**  **Gerektirme Durumu** | | | | | | | |
| Evet | 25 | 44,6 | 16 | 28,6 | 15 | 26,8 | 0,412 |
| Hayır | 67 | 53,6 | 32 | 25,6 | 26 | 20,8 |  |

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 6’da katılımcıların sağlık, ilaç kullanma, daha önceki psikiyatrik tedavi alma, anksiyete, depresyon düzeyi ve boş zamanlarını değerlendirme durumlarının TTM’ye göre bulundukları değişim aşamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

En az bir hastalık varlığı olan katılımcıların sigara bırakma sürecinde hareket hazır olma oranı %50,0 iken düşünmüyor olanların oranı %21,6 bulunmuştur(p=0,958). İlaç kullanan katılımcıların harekete hazır olma oranı %49,5 iken, düşünmeyen katılımcıların oranı, %19,8’dir(p=0,696). Daha önce psikiyatrik tedavi almış olan ve anksiyete ile depresyon skoru yüksek olan katılımcıların harekete hazır olma oranları sırası ile %46,2-

%51,4-%49,2’dir(p=0,942). Katılımcılardan boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlikler ile geçirenlerin harekete hazır olma oranı %51,80, düşünmüyor 16,80, iken entelektüel

etkinlik ile geçirenlerden harekete hazır %42.10, düşünmüyor oranı %39,50 bulunmuştur(Tablo:6).Boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlikler ile değerlendirmede harekete hazır olan ve düşünmüyor yönünde ilişki tespit edilmiştir(p=0.009).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tablo** | **6.** | Katılımcıların Sağlık ve | Boş Zamanlarını | Değerlendirme | Durumlarının |
|  |  | Transteoretik Model'e | GöreBulundukları | Değişim | Aşamalarının |
|  |  | Karşılaştırılması |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | **Harekete hazır** | | **Düşünüyor** | | **Düşünmüyor** | | **p** |
| n | % | n | % | n | % |
| **Hastalık Varlığı**(n=219) |  |  |  |  |  |  | 0,958 |
| Yok | 34 | 47,9 | 21 | 29,6 | 16 | 22,5 |  |
| Var | 74 | 50,0 | 42 | 28,4 | 32 | 21,6 |  |
| **İlaç Kullanıma Durumu**(n=219) |  |  |  |  |  |  | 0,696 |
| Hayır | 53 | 49,1 | 29 | 26,9 | 26 | 24,1 |  |
| Evet | 55 | 49,5 | 34 | 30,6 | 22 | 19,8 |  |
| **Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu** (n=212) |  |  |  |  |  |  | 0,942 |
| Evet | 36 | 46,2 | 24 | 30,8 | 18 | 23,1 |  |
| Hayır | 69 | 51,5 | 37 | 27,6 | 28 | 20,9 |  |
| **Anksiyete Düzeyi** (n=185) |  |  |  |  |  |  | 0,865 |
| Düşük 0-10 | 73 | 49,3 | 41 | 27,7 | 34 | 23,0 |  |
| Yüksek 10 üzeri | 19 | 51,4 | 11 | 29,7 | 7 | 18,9 |  |
| **Depresyon Düzeyi** (n=185 ) |  |  |  |  |  |  | 0,813 |
| Düşük | 60 | 50,0 | 35 | 29,2 | 25 | 20,8 |  |
| Yüksek | 32 | 49,2 | 17 | 26,2 | 16 | 24,6 |  |
| **Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumu**(n=175) |  |  |  |  |  |  | 0,009 |
| El, fiziksel ve sosyal etkinlikler | 71 | 51,8 | 43 | 31,4 | 23 | 16,8 |  |
| Entelektüel etkinlik | 16 | 42,1 | 7 | 18,4 | 15 | 39,5 |  |
| \*Satır yüzdesi kullanılmıştır |  |  |  |  |  |  |  |

Tablo 7’de sigara içmeye devam eden katılımcıların günlük sigara tüketimi, içme süresi, ilk sigarayı içme zamanı, başlama yaşı, evde ve iş yerinde sigara içmeyen birey varlığı, öneri alma, bırakma deneyimleri ve profesyonel destek alma değişkenlerinin TTM’ye göre değişim aşamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların günlük sigara tüketimine göre hazır olma durumu en yüksek olan grup

≥31 adet sigara tüketen grup olmuştur. Hazır olan ve düşünen grup toplamı %84,2 oranındadır. Sigara adedi ile harekete hazır ve düşünüyor arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir(p=0,039). Katılımcıların paket yılı 20 yıldan fazla olanların harekete hazır olma oranı %50,5 iken düşünmüyor olanların oranı %13,7 bulunmuştur. Paket yılı kullanımı ile harekete hazır ve düşünmüyor oranı arasında ilişki tespit edilmiştir (p=0,006). 18 yaşından sonra sigaraya başlayan katılımcıların harekete hazır olma oranı %54,7 iken bırakmayı

düşünmeyenlerin oranı 18,8’dir(p=0,725). Katılımcıların evde ve iş yerinde sigara içmeyen birey varlığı olmayanların harekete hazır olma oranı sırası ile %55,1, 52,5 iken bırakmayı düşünmeyenlerin oranı sırası ile %19,4, %21,5’tir(p=0,258). Katılımcılardan doktor önerisi almayanlardan harekete hazır oranı %50,7 iken düşünmüyor oranı %19,4’tır(p=0,381). Katılımcılardan bırakma deneyimi olanların oranı %49,7 iken bırakma deneyimi olmayanların düşünmüyor oranı %15,6’tır(p=0,424). Bırakma deneyimi hiç olmayanlar ile 2 ve üzeri deneyimi olanların harekete hazır olma oranı %50 ve düşünmüyor olanların oranı da %25,9’tur(p=0,543). En uzun sigara bırakma deneyimi 6 ay ve 364 gün arası olan katılımcıların harekete hazır oranı %77,8 iken 6 aydan az deneyimi olan düşünmüyor oranı ise %16,3 bulunmuştur(p=0,074). Önceki deneyimlerinde profesyonel destek alan katılımcıların harekete hazır olma oranı %53,7 iken, almayanların düşünmüyor oranı

%19,4’tür(p=0,069).Yoksunluk seviyesi yüksek (6 ve üzeri) bireylerin harekete hazır olma oranı %75 iken düşünmeyen birey yoktur. Yoksunluk seviyesi yok ve düşük olan katılımcıların düşünmüyor oranı %21,3’tir(p=0,784). (Tablo:7).

**Tablo 7.** Katılımcıların Sigara Tüketim ve Bırakma Deneyimlerinin Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | Harekete  hazır | | Düşünüyor | | Düşünmüyor | | p |
|  | n | % | n | % | n | % |  |
| **Günlük Sigara Tüketimi**  (n=218) |  |  |  |  |  |  | 0,039 |
| ≤10 adet | 7 | 36,8 | 7 | 36,8 | 5 | 26,3 |  |
| 11 –20 adet | 45 | 44,1 | 35 | 34,3 | 22 | 21,6 |  |
| 21—30 adet | 37 | 62,7 | 7 | 11,9 | 15 | 25,4 |  |
| ≥31 adet | 19 | 50,0 | 13 | 34,2 | 6 | 15,8 |  |
| **Paket yılı** (n=211) |  |  |  |  |  |  | 0,006 |
| 0-10 Yıl | 18 | 36,0 | 13 | 26,0 | 19 | 38,0 |  |
| 11-20 Yıl | 39 | 59,1 | 14 | 21,2 | 13 | 19,7 |  |
| >20 yıl | 48 | 50,5 | 34 | 35,8 | 13 | 13,7 |  |
| **Sabah Uyandıktan Sonra Ki İlk Sigara İçme Zamanı**  (n=218) |  |  |  |  |  |  | 0,043 |
| 1 saat sonra | 10 | 32,3 | 11 | 35,5 | 10 | 32,3 |  |
| 31-60 dk arası | 14 | 42,4 | 15 | 45,5 | 4 | 12,1 |  |
| 6-30 dk arası | 27 | 47,4 | 17 | 29,8 | 13 | 22,8 |  |
| ilk 5 dk | 57 | 58,8 | 19 | 19,6 | 21 | 21,6 |  |
| **Sigara Başlama Yaşı**(n=216) |  |  |  |  |  |  | 0,725 |
| <15 | 42 | 49,4 | 25 | 29,4 | 18 | 21,2 |  |
| 16-18 | 29 | 43,3 | 20 | 29,9 | 18 | 26,9 |  |
| >18 | 35 | 54,7 | 17 | 26,6 | 12 | 18,8 |  |
| **Evde Sigara İçmeyen Birey Varlığı**(n=214) |  |  |  |  |  |  | 0,258 |
| Yok | 65 | 55,1 | 30 | 25,4 | 23 | 19,5 |  |

**Tablo 7.** Katılımcıların Sigara Tüketim ve Bırakma Deneyimlerinin Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | Harekete  hazır | | Düşünüyor | | Düşünmüyor | | p |
| Var | 40 | 41,7 | 31 | 32,3 | 25 | 26,0 |  |
| **İşyerinde Sigara İçmeyen Birey Varlığı**(n=189) |  |  |  |  |  |  | 0,381 |
| Yok | 83 | 52,5 | 41 | 25,9 | 34 | 21,5 |  |
| Var | 15 | 48,4 | 10 | 32,3 | 6 | 19,4 |  |
| **Doktor Önerisi Mi?** (n=219) |  |  |  |  |  |  | 0,470 |
| Hayır | 73 | 50,7 | 43 | 29,9 | 28 | 19,4 |  |
| Evet | 35 | 46,7 | 20 | 26,7 | 20 | 26,7 |  |
| **Bırakma Deneyimi Var Mı?**  (n=219) |  |  |  |  |  |  | 0,424 |
| Hayır | 15 | 46,9 | 12 | 37,5 | 5 | 15,6 |  |
| Evet | 93 | 49,7 | 51 | 27,3 | 43 | 23,0 |  |
| **Bırakma Deneyimi Kaç Kez**  (n=202) |  |  |  |  |  |  | 0,543 |
| **0** | 29 | 50,0 | 14 | 24,1 | 15 | 25,9 |  |
| **1** | 54 | 47,8 | 33 | 29,2 | 26 | 23,0 |  |
| **≥2** | 29 | 50,0 | 14 | 24,1 | 15 | 25,9 |  |
| **En Uzun Bırakma Deneyimi**  (n=184) |  |  |  |  |  |  | 0,076 |
| <6 ay | 26 | 60,5 | 10 | 23,3 | 7 | 16,3 |  |
| 6 ay ve 364 gün | 7 | 77,8 | 0 | 0,0 | 2 | 22,2 |  |
| 1 yıl ve fazla | 53 | 46,5 | 33 | 28,9 | 28 | 24,6 |  |
| **Önceki Bırakma**  **Denemelerinde Profesyonel Destek Alma**(n=198) |  |  |  |  |  |  | 0,069 |
| Hayır | 70 | 48,6 | 46 | 31,9 | 28 | 19,4 |  |
| Evet | 29 | 53,7 | 9 | 16,7 | 16 | 29,6 |  |
| **Yoksunluk Seviyesi** (n=214) |  |  |  |  |  |  | 0,784 |
| **Yok** | 29 | 47,5 | 19 | 31,1 | 13 | 21,3 |  |
| **Düşük (2-3)** | 63 | 49,6 | 37 | 29,1 | 27 | 21,3 |  |
| **Orta (4-5)** | 10 | 45,5 | 5 | 22,7 | 7 | 31,8 |  |
| **Yüksek 6 ve üzeri** | 3 | 75,0 | 0 | 0,0 | 1 | 25,0 |  |

**\***Satır yüzdesi kullanılmıştır

Tablo 8’de katılımcıların süreç bileşen özellikleri; hekim dağılımı, aranma durumu, yüz yüze görüşme durumu yüz yüze görüşme sıklığı pandeminin bırakma isteğine etkisi ve boş zamanlarını değerlendirme durumlarının TTM’ye göre bulundukları değişim aşamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

A ve E hekiminde harekete hazır olma oranı sırası ile %53,7 ve %53,4 bulunan katılımcıların A ve E hekiminde düşünmüyor oranı sırası ile 25,9 ve %13,8’dir. (p=0,264).Son bir yıl içinde sigara bırakma poliklinikleri veya bakanlık tarafından aranan katılımcıların harekete hazır olma oranı %53,3 iken, düşünmeyenlerin oranı ise

%15’dirp=0,585). Son bir yıl içinde sigara bırakma polikliniği veya bakanlık tarafından 1-2 kez aranan katılımcıların harekete hazır oranı %63,0 iken, düşünmüyor olanların oranı

%13,0’tir. Yapılan tekli analizde katılımcıların son bir yıl içinde aranma durumu 1-2 kez aranılmış olma durumu ile harekete hazır ve düşünmüyor arasında ilişki tespit edilmiştir(p=0.020). Bir/iki kez yüz yüze görüşme yapılan katılımcıların tamamı harekete hazır bulunmuştur. Son bir yıl içinde kontrol görüşmesi için sigara bırakma polikliniğinde yüz yüze görüşme gerçekleştirilenlerin harekete hazır oranı %53,3 bulunmuştur (p=0,238). İlaçlarını düzenli kullanan katılımcıların %52,1’i harekete hazır iken %19,0’ düşünmüyor bulunmuştur(p=0,237)(Tablo:8)

**Tablo 8**. Süreç Bileşenlerinin Transteoretik Model'e Göre Bulundukları Değişim Aşamaları İle Kaşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | Harekete hazır | | Düşünüyor | | Düşünmüyor | | p |
| n | % | n | % | n | % |
| **Hekim Dağılımı**(n=219) |  |  |  |  |  |  | 0,264 |
| A Hekim | 29 | 53,7 | 11 | 20,4 | 14 | 25,9 |  |
| B Hekim | 17 | 42,5 | 16 | 40,0 | 7 | 17,5 |  |
| C Hekim | 11 | 39,3 | 7 | 25,0 | 10 | 35,7 |  |
| D Hekim | 20 | 51,3 | 10 | 25,6 | 9 | 23,1 |  |
| E Hekim | 31 | 53,4 | 19 | 32,8 | 8 | 13,8 |  |
| **Arama** (n=207) |  |  |  |  |  |  | 0,585 |
| Hayır | 75 | 51,0 | 41 | 27,9 | 31 | 21,1 |  |
| Evet aranmış | 32 | 53,3 | 19 | 31,7 | 9 | 15,0 |  |
| **Son Bir Yıl İçinde Aranma Durumu** (n=215) |  |  |  |  |  |  | 0,020 |
| Hayır | 75 | 51,0 | 41 | 27,9 | 31 | 21,1 |  |
| 1-2 kez | 29 | 63,0 | 11 | 23,9 | 6 | 13,0 |  |
| 3-4 kez | 3 | 23,1 | 7 | 53,8 | 3 | 23,1 |  |
| 5 kez ve üstü | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 |  |
| Hatırlamıyor | 1 | 12,5 | 2 | 25,0 | 5 | 62,5 |  |
| **Yüz Yüze Görüşme Durumu** (n=217) |  |  |  |  |  |  | 0,760 |
| Hayır | 91 | 48,7 | 56 | 29,9 | 40 | 21,4 |  |
| Evet | 16 | 53,3 | 7 | 23,3 | 7 | 23,3 |  |
| **Yüz Yüze Görüşme Sıklığı** (n=217) |  |  |  |  |  |  | 0,238 |
| Hayır | 13 | 54,2 | 6 | 25,0 | 5 | 20,8 |  |
| 1-2 kez | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |  |
| 3 kez ve üstü | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 |  |
| **Pandemi Bırakma İsteğinizde Etkili Oldu Mu**?(183) |  |  |  |  |  |  | 0,867 |
| Evet | 35 | 57,4 | 21 | 34,4 | 5 | 8,2 |  |
| Hayır | 72 | 59,0 | 39 | 32,0 | 11 | 9,0 |  |
| **İlaçları Düzenli Kullanmış Mı?**(n=218) |  |  |  |  |  |  | 0,237 |
| Evet | 63 | 52,1 | 35 | 28,9 | 23 | 19,0 |  |
| Hayır | 34 | 47,9 | 23 | 32,4 | 14 | 19,7 |  |
| İlaç alamamış | 11 | 42,3 | 5 | 19,2 | 10 | 38,5 |  |
| \*Satır yüzdesi kullanılmıştır |  |  |  |  |  |  |  |

Tablo 9’da katılımcıların yaş eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, sigara tüketim, boş zamanlarını değerlendirme özelliklerine göre sigarayı bırakmak için harekete hazır olma ve düşünüyor olma durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Katılımcıların sigara bırakmada harekete hazır olma aşaması ile ilişkili faktörlerin multinominal lojistik regresyon ile değerlendirme sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir. Harekete hazır olma durumu ile katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, sigara bırakma sürecinde boş zamanlarını değerlendirme şekli ve sigara bırakma öncesinde sigara tüketim paket yılı ilişkili saptanmıştır (p<0,05).

Kişisel özellikler açısından incelendiğinde 40 yaş ve üzeri grupta “harekete hazır olma” durumu daha genç yaşlara göre 2,33(%95 GA 1,16 -4,69) fazla bulunmuştur. Eğitim düzeyi orta eğitim ve altında olan grupta “harekete hazır olma” durumu daha eğitimlilere göre 3,50(%95GA 1,43- 8,53) kat; evlilerde evli olmayanlara göre 3,70 (%95GA 1,79 -7,61) kat; çocuğu olanlarda ise olmayanlara göre 2,93 (%95GA 1,45 -5,91) kat fazladır.

Sigarayı bırakma sürecinde boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlik ile değerlendirilen bireyler, entelektüel etkinlik ile değerlendirilenlere göre birinci yıl sonunda sigarayı tekrar bırakmak için harekete hazır olma durumları 2,89 (%95 GA 1,24 - 6,75) kat fazla saptanmıştır.

Sigarayı bırakma girişiminden önce saptanmış paket-yıl süreleri (0-10 paket-yıl referans alındığında) 20 yıldan fazla olanların harekete hazır olma durumları3,90 (%95GA 1,60 -9,49) kat; 11-20 paket-yıl olanların ise 3,17 (%95GA 1,29 - 7,79) kat fazladır.

**Tablo 9.** Katılımcıların Sosyo-Demografik, Sigara Tüketim, Boş Zamanlarını Değerlendirme Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakmak İçin Harekete Hazır Olma ve Düşünüyor Olma Durumunun Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Özellikler (N=219) | | Harekete Hazır Olma | | |  |  | Düşünüyor Olma | | |  |  |
| n | % | OR | %95 GA |  | n | % | OR | %95 GA | |
| **Yaş** (n=219) | 40 yaş ve üzeri | 63 | 50,81 | **2,33** | **1,16** | **4,69** | 43 | 34,68 | **3,58** | **1,63** | **7,89** |
|  | 18-39 yaş(ref) | 45 | 47,37 | 1,00 |  |  | 20 | 21,05 | 1,00 |  |  |
| **Eğitim Düzeyi** (n=218) | Lise öncesi  eğitim | 41 | 61,19 | **3,50** | **1,43** | **8,53** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Lise ve üzeri  (ref) | 67 | 44,37 | 1,00 |  |  | - | - | - | - | - |
| **Medeni Durum**  (n=216) | Evli | 78 | 57,78 | **3,70** | **1,79** | **7,61** | 38 | 28,15 | **2,25** | **1,03** | **4,90** |
| Evli değil  (ref) | 30 | 37,04 | 1,00 |  |  | 24 | 29,63 | 1,00 |  |  |
| **Çocuk Sahibi Olma Durumu**  (n=219) | Var | 71 | 57,26 | **2,93** | **1,45** | **5,91** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| Yok (ref) | 37 | 38,95 | 1,00 |  |  | - | - | - | - | - |

**Tablo 9.** Katılımcıların Sosyo-Demografik, Sigara Tüketim, Boş Zamanlarını Değerlendirme Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakmak İçin Harekete Hazır Olma ve Düşünüyor Olma Durumunun Karşılaştırılması (Devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Özellikler (N=219) |  | Harekete Hazır Olma | |  |  |  | Düşünüyor Olma | | |  |  |
|  | n | % | OR | %95 GA |  | n | % | OR | %95 GA | |
| **Boş Zamanlarını Değerlendirm e** (175) | El, fiziksel ve sosyal etkinlikler | 71 | 51,83 | **2,89** | **1,24** | **6,75** | 43 | 31,39 | **4,01** | **1,43** | **11,22** |
| Entelektüel  etkinlik (ref) | 16 | 42,11 | 1,00 |  |  | 7 | 18,42 | 1,00 |  |  |
| **Paket-yılı**  (n=211) | >20 yıl | 18 | 36,00 | **3,90** | **1,60** | **9,49** | 13 | 26,00 | **3,82** | **1,48** | **9,90** |
| 11-20 yıl | 39 | 59,09 | **3,17** | **1,29** | **7,79** | 14 | 21,21 | 1,57 | 0,56 | 4,42 |
| 0-10 yıl (ref) | 48 | 50,53 | 1,00 |  |  | 34 | 35,79 | 1,00 |  |  |

Katılımcıların sigara bırakmada düşünme aşaması ile ilişkili faktörlerin multinominal lojistik regresyon ile değerlendirme sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir. Düşünüyor olma durumu ile katılımcıların yaş, medeni durumu, sigara bırakma sürecinde boş zamanlarını değerlendirme şekli ve sigara bırakma öncesinde sigara tüketim paket yılı ilişkili saptanmıştır (p<0,05).

Kişisel özellikler açısından değerlendirildiğinde 40 yaş ve üzeri grupta “düşünüyor olma” durumu daha genç yaşlara göre 3,58 (%95 GA 1,63 - 7,89) fazla; evlilerde evli olmayanlara göre 2,25 (%95GA 1,03 - 4,90) kat fazladır. Sigarayı bırakma sürecinde boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlik ile değerlendirilen bireyler, entelektüel etkinlik ile değerlendirilenlere göre birinci yıl sonunda sigarayı tekrar bırakmayı düşünüyor olma durumları 4,01 (%95 GA 1,43 -11,22) kat fazla saptanmıştır.

Sigarayı bırakma girişiminden önce saptanmış paket-yıl süreleri 20 yıldan fazla olanların,0-10 paket-yıl referans alındığında, sigarayı bırakmayı düşünüyor olma durumları 3,82 (%95GA 1,48 - 9,90) kat fazladır.

# TARTIŞMA

Bu araştırma Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği’ne başvuru yapmış ve bir yıl süre ile danışmanlık almış ancak sigarayı bırakamamış bireylerin hazır oluş durumlarının; sosyo-demografik özellikleri, sigara içme davranışları, sağlık durumları ve sigara bırakma destek süreci ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Sigara içmeye devam edenlerden harekete hazır olanlar %49,3; düşünüyor olanlar %28,8; düşünmüyor olanlar ise %21,9 bulunmuştur. Harekete hazır olma durumu ile katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, sigara bırakma sürecinde boş zamanlarını değerlendirme şekli ve sigara bırakma öncesinde sigara tüketim paket yılı ilişkili saptanmıştır. Düşünüyor olma durumu ile katılımcıların yaş, medeni durumu, sigara bırakma sürecinde boş zamanlarını değerlendirme şekli ve sigara bırakma öncesinde sigara tüketim paket yılı ilişkili saptanmıştır.

Ülkemiz genelinde sigara ile ilgili çoğunlukla araştırılan konular; sigara bırakma polikliniklerinin başarı ve başvuru yapmış bireylerin sigara bırakma durumları, sigara bağımlılık düzeyleri, sosoyo-demografik özellikleri üzerine yapılmıştır. Bu çalışma ise, sigara bırakma polikliniğine başvuru yapmış, danışmanlık, destek ve yardım tedavisini bir yıl boyunca almış yine de, sigarayı bırakamamış bireylerin hazıroluşluk durumlarını ele almasından dolayı özgün bir araştırma özelliği taşımaktadır. Bu sebeple araştırmamız literatürde çoğunlukla bağımlılık düzeyleri, bırakma durumlarının sosyo-demografik özellikleri, hastalık durumları gibi multifatöriyel özelliklerin analiz edildiği araştırmalar ile yapılmıştır. Araştırmamızda elde edilen bulgular literatürdeki ilgili ve yakın kaynaklar doğrultusunda tartışılmıştır.

**Görüşme Yapılan ve Araştırmaya Dâhil Edilen Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması**

Çalışmamızda sigara bırakma polikliniğe başvuranların ve çalışmaya dâhil edilen grubun yaşları 19 ile 71 yaş aralığında olup; yaş ortalaması 42,30’dur. Pıçakefe ve diğerleri (2019) yaş ortalaması 39,93±12,09, Uz (2020) 18 ve maksimum 64 yaş aralığı ortalama yaş

32, Kıdık (2017) 20 yaş altı ile 61 yaş üstü ve ortalama yaş 42,45±12,82, Yaşar ve

diğerleri(2014) yaş aralığı 17-77 ve ortalamaları 42,6±13,5, Yalçınkaya(2019) 18 ile 71 ortalama yaş 31,54±12,25, Köksal (2018) olguların yaş aralığı 21-64 ve yaş ortalamaları 41,34±10,93, Shahwan ve diğerleri (2019) ortalama yaş 45,2 ile Avcı (2018) ortalama yaş

44,3±18,2 yaş aralığı 15- 96 olarak tespit etmişlerdir.

Sigara bırakmaya yönelik desteğin sorgulandığı ya da poliklinik hizmetlerinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda yaş ortalamaları 32-45 arasında değişmekle birlikte Kıdık(2017) yaptığı tez çalışmasında da ortalama yaş 42,45±12,82 Yaşar ve diğerlerinin çalışmasında (2014) yaş aralığı 17-77 ve ortalamaları 42,6±13,5 ile Karadoğan ve diğerlerinin( 2018) çalışmasında ise ortalama yaş 44.3 ± 13.9 olarak açıklanmıştır. Ülkemizde ve dünya genelinde genç yaşlı fark etmeksizin, her yaş grubundan bireyin sigara bıraktırma polikliniklere başvuru yaptığı görülmektedir. Bu kapsamda bu çalışmanın yaşa göre dağılımı literatürdeki çalışmalara benzerlik göstermektedir(Karadoğan ve diğerleri., 2018; Kıdık, 2017; Pıçakçıefe ve diğerleri., 2019; Uz, 2020; Shahwan ve diğerleri., 2019;

Yalçınkaya, 2019; Yaşar ve diğerleri., 2014).

Çalışmamızda polikliniğe başvuru yapanların ve araştırmaya dâhil edilen grubun

%56,2 yüzdelik dilimi ile büyük çoğunluğunun erkek olduğu tespit edilmiştir. Dünya genelinde erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği bilinmektedir. OECD genelinde ortalama olarak, erkeklerin%23'ü ve kadınların %14’ü her gün düzenli sigara içmektedir. Sigara içme oranlarındaki cinsiyet farkı Kore ve Türkiye ile Endonezya, Çin ve Rusya Federasyonu'nda oldukça yüksektir. Endonezya (%76), Rusya Federasyonu (%50), Çin (%48) ve Türkiye'de (%40) erkeklerde en yüksek iken Kosta Rika ve İzlanda'da%10'un altındadır. Kadınlarda en yüksek Avusturya, Yunanistan, Şili, Fransa ve Macaristan iken (%20'nin üzerinde) Çin, Hindistan, Kosta Rika, Kore, Meksika ve Endonezya'da yaklaşık

%5'i sigara içmektedir. Bu farkın nedeni gelişmişlik ve kültürel yapı ile açıklanabilir(OECD, 2019). Karadoğan ve diğerleri(2018) erkek katılımcı oranını %63,9 Gören(2019) %72,6, Yalçınkaya(2019) %50,5, Uz(2020) %79,2 ile Shahwan ve diğerleri(2016) %49,6 bulmuştur. Literatürdeki, çok sayıda çalışma erkeklerin sigara bırakma polikliniklerine başvurularının kadınlardan daha fazla olduğunu bildirmektedir(Guydish ve diğerleri, 2016; Kıdık, 2017; Yalçınkaya, 2019; Yaşar ve diğerleri, 2014). Böyle olmasının sebebi erkeklerin daha fazla sigara içtikleri ile açıklanabilir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da sigarayı bırakma polikliniğine başvuran erkeklerin sayısının daha fazla olduğu görülmüştür(Esmer ve diğerleri., 2019;

Marakoğlu ve diğerleri, 2017; Velioğlu ve Sönmez, 2018). KYTA 2016’da Türkiye’de erkekler %44,1 ve kadınlar %/19,2 olarak bildirilmiştir. Çalışmamız literatür ile benzerlik taşımaktadır.

Eğitim durumuna bakıldığında polikliniğe başvuran ve çalışmaya dâhil edilen grubun sırası ile %74,5 ve %69,3’ünün eğitim durumu lise ve üzeri bulunmuştur. Yalçınkaya (2019) %65,4’ü lise üzeri, Gürbüzel (2019), %74 ü lise ve üzeri, Kıdık (2017),

%63, Karadoğan ve diğerleri(2018) yılında yaptığı çalışmada %52,6, Uz(2020) %77,5 ile Shahwan ve diğerleri,(2016) %46,4 lise ve üzeri eğitim düzeyini yüksek bulmuştur. Çalışmamız eğitim düzeyi yüksekliği ile belirtilen çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte eğitim durumuyla ilgili yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde lise ve üzeri eğitimi olan bireylerin oranının bu kadar yüksek olmadığı görülmektedir (Esmer ve diğerleri, 2019; Velioğlu ve Sönmez, 2018).

Çalışmamızda polikliniğe başvuru yapanların ve araştırmaya dahil edilen grubun sırası ile %60 ve %61,6’sı evlidir. Köksal (2018), %59,8, Kanık ve Tözün (2020), %67,1, bizim çalışmamıza yakın oranlar bulmuşlardır. Uçar(2018) %82,2, Esmer ve diğerleri (2019) %79,7, Taş (2019), %74, Gören(2019) %70,6, Uz(2020) %61,1 ile Shahwan ve

diğerleri(2016) %59,8 evli olma oranı tespit etmişleridir. Yalçınkaya(2019) %30,2 bizim çalışmamızda olduğu gibi evli olma oranı düşük bulmuştur. Bunun nedeni bölgesel ve il bazında boşanmaların fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir(“T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, 2018;TNSA, 2017).

Çalışmamızda polikliniğe başvuru yapanların ve araştırmaya dahil edilen grubun işe bağlı sosyal sınıf dağılımı incelendiğinde, sırası ile %33,2 ve %30,8’inin iş buldukça çalışan, %38,9 ve 42,2’sinin mavi yakalı, %23,4 ve %20,8’inin beyaz yakalı çalışan olduğu ve %4,5 ve %6,2’sinin kendi işinde çalıştığı tespit edilmiştir. Satıcı ve Özülkü’nün (2019),

%15,7’sinin beyaz yaka, %39,7’sinin mavi yaka, %3,5 kendi işinde çalışan, Durmaz’ın (2017), %2,6’sının iş buldukça çalışan, %35,9’unun mavi yakalı, %56,4’ünün beyaz yakalı çalışan olduğu ve %5,1’inin kendi işinde çalışan olduğu ile Karadoğan ve diğerleri’nin (2018) yaptığı çalışmada %24,3 beyaz yakalı, %28,3 mavi yakalı çalışan olarak bulunmuştur. Çalışmamızda mavi yakalı, beyaz yakalı, kendi işinde çalışan ve iş buldukça çalışan oranları açısından benzerlik bulunmuş olup, diğer çalışmalar ile benzer kapsamdadır.

TTM’ye göre davranış değişikliği değerlendirmesi yapılmış olup bir yıl sonrasında sigara içmeye devam edenlerin TTM Değişim Aşamalarına göre dağılımı harekete hazır olanlar %49,3 düşünüyor olanlar %28,8 düşünmüyor olanlar ise %21,9 bulunmuştur.

İvey ve diğerleri (2019) ABD’de düşünmeme %40, düşünme %40, hazır olma %20, Avrupa’da düşünmeme %70 düşünme %20 hazır olma %10 ve Avustralya’da düşünmeme

%55 düşünme %34 hazır olma %11 ile değişmekte olduğunu bildirmişlerdir. Karadağlı ve Nahcivan’ın (2012) Sigara bırakmada hazıroluşluk durumu ile ilgili çalışmasında, %53,8’i düşünmeme, %24’ü düşünme ve %22,2 si hazır aşamasında, Koyun ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada düşünmeme %49,7 düşünme %29,2 hazırlık %21,Guirguis ve diğerleri’nin (2010) yaptığı çalışmada düşünmeme %22,7 düşünme %44,0 %14 hazır Yalçınkaya (2019) sigara içen bireylerin %58,6’sının sigara bırakmayı düşünmeme,

%20,6’sının sigara bırakmayı düşünme, %20,9’unun ise sigara bırakmaya hazırlık aşamasında olduğunu bulmuşlardır. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı oranların çıkmasının nedeni çalışmanın yine bizim çalışmamız gibi sigara bırakma polikliniklerinde ancak yapısal özellik bakımından farklı olması kaynaklı olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda sigarayı bırakamayanların tekrar hazır oluşlukları araştırılmıştır. Bu kapsamda bırakamayanların tekrar bırakmaya hazır olma oranı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bırakma oranlarının yükseltilmesi için sigarayı bırakmayanların tekrar tekrar sorgulanarak takip ve izlem ile bıraktırma mücadelesi süreci daha uzun zaman dilimi şeklinde düşünülmelidir. 20 düşük ve orta gelirli ülkenin verilerine göre yapılan bir çalışmada TTM'nin farklı aşamalarındaki yetişkinlerin oranlarının ülkeler arasında farklılık gösterdiği ve 20 ülkenin ortalamasında günlük sigara içen yetişkinlerin yaklaşık %80'i TTM'nin düşünmeme, %15'i düşünme ve %5'i sigarayı bırakmak için hazırlık aşamasında olduğu bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen ülkelerin dahil edilme yılı, katılımcı sayısı ve TTM’nin düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamalarının oranlarına bakıldığında; en yüksek düşünmeme oranı Endonezya 2011-118-92,9 en yüksek düşünme oranı, Senegal 2015-168-%32 ve en yüksek hazırlık aşaması ise yine Senagal’de %19,0 olarak bildirilmiştir. Ayrıca Kazakistan’da 2014 yılı verilerine göre %1,0 hazırlık aşamasında birey oranı düşüklüğü dikkat çekmektedir(Owusu ve diğerleri, 2020). Bizim çalışmamızın aksine genel toplam ortalaması ve ülke bazında düşünmeme oranı en yüksek hazır olma aşaması en düşük oranda bulunmuştur. Bunun nedeni ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, sigara bırakma mücadelesi ile ilgili stratejileri ve yine günlük sigara içenlerin ilk kez sigarayı bırakma aşamalarının değerlendiriliyor olması olarak düşünülebilir. Düşünmeme aşamasında olanların en fazla oranda olmaları bu aşamadaki bireylere, sigarayı bırakma motivasyonun artırılarak sağlık yararlarını ön plana çıkaracak planlama stratejilerinin yapılmasının önemini göstermektedir. Bununla birlikte bizim çalışmamızı destekleyen çalışma sonuçları mevcuttur. Çavuşoğlu (2018) yaptığı çalışmada girişim ve

kontrol grubundaki KOAH’lı hastaların son izlemlerine göre değişim aşamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmuştur. Koyun(2013) Ankara’da yaptığı çalışmada müdahale grubunda ilk görüşmede kadınların %34,2’si düşünmeme, %34,2’si düşünme, %31,6’sı hazırlık aşamasında iken; son görüşmede kadınların %15,8’i düşünmeme, %39,5’i düşünme,

%31,6’sı hazırlık, aşamasında olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kontrol grubunda ilk görüşmede kadınların %35,9’u düşünmeme, %35,9’u düşünme, %28,2’si hazırlık aşamasında iken; son görüşmede kadınların %43,8’i düşünmeme, %33,3’ü düşünme,

%23,1’i hazırlık aşamasında olduğu bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubundaki farkın nedeni nüks yaşanması olarak açıklanmıştır. Çünkü nüks yaşama sigara bırakmada bilinen bir gerçektir bu kapsamda bizim çalışmamızda bırakamayanların bir nedeni olarak da nüks ve ralaps yaşadıkları sonucu bırakamadıkları söylenebilir. Bu doğrultuda sigara bırakma ile mücadelede sigara bırakma polikliniklerinin sigara bırakmada olan etkisinin yükseltilmesi ve bırakma oranlarının arttırılması için daha kapsamlı hale getirilmesi düşünülmelidir. Takip ve desteğin daha uzun süreli yapılması için gerekli düzenlemeler yapılmasının önemi ön plana çıkmaktadır.

**Katılımcıların Sigara Tüketim ve Bırakma Deneyimlerinin Cinsiyete Göre Dağılımının Tartışılması**

Çalışmamızda günlük sigara içme adedi incelendiğinde, günde 20 adetten fazla sigara içen katılımcıların oranı erkeklerde %54,9 iken kadınlarda ise %31,2 oranı bulunmuştur. Teker (2016), günlük tükettikleri sigara adetlerinin, erkeklerin %51,2’si kadınların ise %36,7 ile Dağtekin (2020), erkeklerde %33,6, kadınlarda %23,2 olarak erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuş olup bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların erkeklerde günlük sigara tüketimi ortalamaları 24,14±10,05, kadınlarda 22,01±11,42’dir. Cinsiyetler arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Günlük sigara tüketimi ortalamaları ile ilgili yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında erkeklerde 24,66 ± 11,28 kadınlarda 23,15 ± 13.08

24,03 ± 12,05, (Kanık ve Tözün, 2020), erkeklerde 23,91 ± 8,42, kadınlarda 19,34 ± 8,22

(Hezer ve Karalezli, 2019), erkeklerde 24,66 ± 11,28 adet ve kadınlarda 23,15 ± 11,68

(Kanık, 2018), erkeklerde 25,39 ± 11,47, kadınlarda ise 21,01 ± 8,95, Esen ve Arıca’nın

(2018) yaptığı çalışmada ise, erkeklerde 25,39 ± 11,47 adet, kadınlarda ise 21,01 ± 8,95 adet, bizim çalışmamız ile uyumludur. Avustralya yapılan kohort çalışmasında ise

erkeklerde günlük içilen ortalama sigara sayısının 18,9 ± 10,4 olduğu, kadınlarda ise 16,6 ± 8,6 olduğu (Banks ve diğerleri., 2015; Hezer ve Karalezli, 2019; Kanık, 2018; Kanık ve Tözün, 2020) bulunmuştur. Çalışmamız Banks ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile Türkiye ortalamasından yüksektir. Türkiye ortalaması erkekler %16,8; kadınlar %12,7’dir (“T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, 2018). Bunun nedeni çalışmaların sigara bırakma polikliniklerinde yapılmış olmasından kaynaklı olduğu ön görülmektedir. Kadınların günde ortalama içtiği sigara adedinin erkeklere göre daha düşük olmasını, Türk sosyal hayatında kadınlarda sigara içmenin sosyal açıdan kabul görmemesi kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların ilk sigarasını sabah uyandıktan sonra 5 dakika içinde içenlerin oranı %44,3 iken cinsiyete göre bu oran kadınlarda %56,3 erkeklerde %35,3 bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.027). Uçar (2018), Antalya’da yaptığı çalışmada, toplamda %30,7’si, kadınlarda %29 erkeklerde

%71 olarak bulmuştur. Bilgin(2020) Eskişehir’de yaptığı çalışmada bizim çalışmamız aksine cinsiyetler arası istatiksel anlam bulmamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda genel ortalamalar bildirilmiştir. Avcı (2018), Aydın’da yaptığı çalışmada %26,3, Koyun(2013) Ankara’da yaptığı çalışmada %17,3, Bulat (2016), Ankara’da yaptığı çalışmada %42,4, Pıçakefe ve diğerleri (2019), Muğla’da yaptığı çalışmada %45,1 ile İstek (2020), İstanbul’da yaptığı çalışmada %32,31 sabah uyandıktan ilk 5 dakika içinde ilk sigarasını içmektedir. Sigara içme bağımlılığının seviyesinin belirlenmesinde, sabah uyandıktan sonra ilk sigaranın ne kadar erken içildiği ve günlük içilen sigara adedi en güçlü özelliklerden kabul edilmektedir. Türkiye’de sigara içen 4-5 bireyden birinin yüksek düzeyde sigara içme bağımlısı olduğu bildirilmektedir. Çalışmamız toplamda Türkiye geneli ile paralellik göstermektedir(Avci, 2018; Bulat ve Luai Ahmad, 2019; İstek, 2020; Koyun, 2013; KYTA,

2019b; Pıçakçıefe ve diğerleri., 2019; Sarı, 2020; Uçar, 2018).

Çalışmamızda sigara içmeye devam edenlerden önceki denemelerinde profesyonel destek alanların oranı %27,3 iken cinsiyete göre bu oran kadınlarda %34,1 erkeklerde

%21,8 bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.039). Altın (2019), İzmir’de yaptığı çalışmada sigarayı bırakmayı deneyenlerde sağlık profesyonellerinden destek alma oranı %16,7, Esengül (2017), Ankara’da yaptığı çalışmada deney grubunun %18,2'i kontrol grubunun %24,3 ile İstek (2020), İstanbul’da yaptığı çalışmada %20,3 oranı ile bizim çalışmamızla paralellik bulunmuştur. Sigara bırakma başarı oranı profesyonel destek alanlarda %39,2 iken, almayan grupta ise %10,9 düşük kalmıştır.

Yapılan çalışmalara uygun olarak sigara kullanımını bırakan grupta profesyonel destek alımı

%33,7 seviyesinde iken, halen kullanan grupta %13,9 seviyesinde kalmıştır. Başka bir çalışmada 5,4 kat fazla, Avustralya’da %25,5, Amerika Birleşik Devletlerinde %31,0 olarak daha önce bir hekimden veya başka bir sağlık hizmeti sağlayıcısından bırakma tavsiyesi aldıklarını belirttiği, bulunmuştur(Altın, 2019; Çamözü, 2017; İstek, 2020; Ivey ve diğerleri., 2019; Temel, 2018). 2018 yılında kuzey Tayland’da yapılan bir çalışmada bırakma niyetinin en yaygın sebebi kadınların sağlıkları konusunda daha çok endişe duymaları ve sağlıklarına zararlarının farkında olmaları bulunmuştur. Bu doğrultuda kadın sigara içen bireylerin profesyonel destek alma oranın yüksek çıkması bazı çalışmalarda belirtildiği gibi bağımlılık oranlarının yüksek ve kendilerine daha fazla özen göstermeleri olarak açıklanabilir(Chinwong ve diğerleri., 2018). Profesyonel destek almanın sigarayı bırakmada etkili olduğunun vurgulanarak yaygınlaştırılması gerektiği önem arz etmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların son bir yıl içinde aranma durumu analiz sonucuna göre 1-2 kez aranılmış olma durumu ile harekete hazır ve düşünmüyor arasında ilişki tespit edilmiştir(p=0.020). Kıdık(2017) Ankara’da yaptığı tez çalışmasında hastaların takip sürecinde telefonla aranma durumları değerlendirilmiş ve bırakma süresi ve başarısında etkili olduğu, ayrıca çoklu regresyon analizinde 3,9 kat daha etkili olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamız çoklu regresyon analizinde anlamını yitirmiştir. Başka çalışmalarda da hastaların takip sürecinde üç veya daha fazla ve/veya yapılan destekleyici telefonla aramanın, bırakma başarısını arttırdığı bulunmuştur(Gücük ve Kayhan, 2017; Kıdık, 2017;Taş, 2019).

Çalışmamızda sigara başlama yaşı, evde sigara içmeyen birey varlığı, doktor önerisi, bırakma deneyimi ve sayısı, en uzun bırakma deneyimi ve yoksunluk seviyesi oranları, danışmanlık, ilaç kullanımı ile ilgili istatiksel ilişki bulunamamıştır

**Katılımcıların Sosyo-Demografik, Sigara Tüketim, Boş Zamanlarını Değerlendirme Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakmak İçin Harekete Hazır Olma Durumlarının Tartışılması**

Kişisel özellikler açısından incelendiğinde 40 yaş ve üzeri grupta “harekete hazır olma” durumu daha genç yaşlara göre 2,33(%95 GA 1,16 -4,69) fazla bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada bireylerin yaş ortalamaları 35,39±13,49, Ivey ve diğerlerinin (2019) yaptığı

çalışmada hazır olma aşamasında olanların yaş ortalaması 53,0 ile sigara bırakmaya hazır olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Yalçınkaya, 2019). Karadağlı ve Nahcivan(2012) İstanbul’da yaptığı çalışmada 36 yaş üstü bireylerde hazırlık %22,7, oranı ile yaş ile sigaraya hazır olma düzeyi anlamlı bulmamıştır. Fidan ve diğerleri(2005) ile Altın(2019) yaptıkları çalışmalarda yaş artıkça sigara bırakma başarısı çalışmamızdaki bulgularla benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda elde edilen analizler doğrultusunda, yaş arttıkça sigara bırakmaya hazır olma düzeyinin arttığı, bu durumun, artan yaş ile beraber sigaranın olumsuz sağlık etkilerinin giderek çok yaşanması ve günümüzdeki sigara ile mücadele stratejilerinin toplumdaki bilinçlenmeyi yükseltmesinin sonucu olabileceği söylenebilir(Altın, 2019;Karadağlı, 2012; Yalçınkaya, 2019; Fidan ve diğerleri, 2005).

Kişisel özellikler açısından incelendiğinde eğitim düzeyi orta eğitim ve altında olan grupta “harekete hazır olma” durumu daha eğitimlilere göre 3,50(%95GA 1,43- 8,53) kat fazladır. Yalçınkaya(2019) İstanbul’da yaptığı tez çalışmasında, lise üstü eğitim düzeyinde olanların sigara bırakmayı düşünmeme aşamasında olma oranı, lise ve altı eğitim düzeyinde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ve eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bırakmaya hazır olma durumu daha düşük seviyede olduğunu bulmuştur. Yine Yalçınkaya-Alkar ile Karancı’nın 2007’de yaptıkları Türk sigara içicilerinin TTM’deki değişim aşamaları arasındaki farklılıklarını inceledikleri çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların sigara bırakmaya hazır olma durumu daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bizim çalışmamız ile benzer şekilde eğitim düzeyi yüksekliği sigara bırakmaya hazır oluşluğu düşürmektedir. Literatür incelendiğinde eğitim düzeyi ile sigara bırakmaya hazır olma durumu arasında negatif ilişki tespit eden araştırmalar görülmüştür. Bardak ve diğerleri(2019) Değişkenler Arası İlişkinin İncelenmesi çalışmasında değişim aşamalarına göre anlamlı bir fark görülmemiştir. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düştükçe Fagerström nikotin bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğu ve sigara bırakma polikliniklerine kontrele gelme oranında düşme görüldüğü bildirilmiştir. Bir çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe sigaranın olumsuz sağlık risklerinin daha yüksek farkındılığa sahip olunduğu bulunmuştur(Altın, 2019; Bardak ve diğerleri., 2016; Gücük ve Kayhan, 2018; Kanık ve Tözün, 2020;Buturak ve diğerleri, 2016; Uz, 2020; Shahwan ve diğerleri, 2019; Türker, 2019).

Medeni duruma göre evli olan bireyler evli olmayanlara göre sigarayı bırakmak için hazır olma durumuna göre;2,11 (%95 GA 0,78-5,72) evlilerde evli olmayanlara göre 3,70

(%95GA 1,79 - 7,61) kat fazla bulunmuştur. Yalçınkaya(2019) İstanbul’da yaptığı tez çalışmasında, katılımcıların medeni durum ile sigara bırakmaya hazır olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmuştur. Evlilerin sigara bırakmaya hazır aşamasında olma oranı, evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yani bekâr kişilerin sigara bırakmaya hazır olmaları evlilere göre daha düşük seviyededir(Yalçınkaya, 2019). Karadağlı ve Nahcivan(2012)İstanbul’da yaptığı çalışmasında, harekete hazır olma durumu ile evli olma yönünde ilişki bulmamıştır. Evli olmanın sigara bırakma konusunda etkili olmasının nedeni evli olmayanların düzensiz yaşam koşullarından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Yılmaz (2019), Gürbüzel (2019), Temel (2018) ile Altın (2019) yaptıkları tez çalışmalarında evli olmanın sigarayı bırakma başarısına etkisi olmadığını bulmuşlardır.

Kişisel özellikler açısından incelendiğinde çocuğu olanlarda ise olmayanlara göre “harekete hazır olma” durumu 2,93 (%95GA 1,45 -5,91) kat fazladır. Esmer ve diğerleri (2019) Ankara’da yaptıkları çalışmada çocuğu olmayanlarda uzun süreli sigara bırakma oranları çocuğu olanlara göre %7 kadar düşük bulmuştur. Kıdık (2017) Ankara’da Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları tez çalışmasında çocuk varlığı ve çocuk sayısı ile Ballıca (2020) Adana’da yaptığı çalışmada çocuk varlığı sigara bırakma oranları arasında istatiksel anlam bulmamışlardır. Bayman (2016) Ankara’da yaptığı çalışmada çocuk varlığı sigara bırakma denemelerinde başarıyı arttırdığını bulmuştur. Sigara dumanına pasif maruziyetin anne karnından itibaren çocuk sağlığı üzerine birçok olumsuz etkisinin bilinen bir gerçek olması ve çocuğun ilerde sigaraya özenerek başlaması söylenebilir(Mackenbach ve diğerleri, 2017; Topçu ve diğerleri, 2018)

Çalışmamızda boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlik ile değerlendiren bireyler, entelektüel etkinlik ile değerlendirenlere göre;1,95(%95 GA 0,69-5,52) kat müdaheleye hazır bulunmuştur. Kanık ve Tözün (2020) yaptığı çalışmada fiziksel aktivite, Fidancı(2016) yaptığı çalışmada fiziksel aktivite ölçek puanının azalması ile kaygı puanının artması ilişkili bulunmuştur. Sigaranın fiziksel bağımlılık ile birlikte tekrar kullanım alışkanlığı yarattığı bilinmektedir(Dalton ve Gottlieb, 2003; Fidancı, ve diğerleri 2016; Köksal, 2018; Marlatt ve Donovan, 2005). Fiziksel etkinlik ve sosyal etkinlik ile boş zamanlarını değerlendirenlerin sigara bırakmaya daha hazır ve başarılı olduğu sigaranın yapmış olduğu fiziksel bağımlılıkla başa çıkmada, el, fiziksel ve sosyal etkinliklerle daha çok meşgul olabilmeleri ile açıklanabilir.

Sigarayı bırakma girişiminden önce saptanmış paket-yıl süreleri (0-10 paket-yıl referans alındığında) 20 yıldan fazla olanların harekete hazır olma durumları 3,90 (%95GA 1,60 -9,49) kat; 11-20 paket-yıl olanların ise 3,17 (%95GA 1,29 - 7,79) kat fazladır. Ivey ve diğerlerinin (2019) yaptığı çalışmada hazır olma aşamasında olanların paket-yıl ortalaması 18,1 (8,7±37,4), 2014 yılında Adviye Özer’in yaptığı Sigara Bıraktırma Yöntemlerinde Başarı Oranları tez çalışmasında sigara paket yılı >40 sigara içenlere göre 20 yıldan az olanlarda başarı oranında istatiksel anlam bulmuştur. Satıcı ve Özülkü’nün (2020) Nikotin İçermeyen Tedavi Kullanan Yetişkin Hastalarda Erken Dönem Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi çalışmasında, sigara içilen yıl sigarayı bırakmayan grupta daha fazla bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmanın lojistik regresyon analizi sonucunda sigarayı bırakma başarısını azaltan bağımsız değişkenlerinde sigara içilen sürenin kısa olması bizim çalışmamızla benzerlik bulunmuştur. Bunun aksine Yalçınkaya- Alkar ve Karancı’nın 2007’de yaptıkları Türk sigara içicilerinin değişim aşamaları arasındaki farklılıklarını analiz çalışmada sigara içme süresi daha fazla olan kişileri bırakmaya daha hazır bulmuşlardır. Bunun nedeni sigara içme süresinin fazlalığından dolayı oluşabilecek ve bir anlamda korkularak beklenen sağlık risklerinin ortaya çıkabilmesi düşüncesi olarak söylenebilir. Gücük (2017), Yalçınkaya (2019), Şahin ve diğerleri (2019), Yaşar (2014), Pıçakefe ve diğerleri (2019) ile Karadağlı ve Nahcivan’ın (2012) sigara bırakmaya hazır oluşluk ile ilgili İstanbul’da yaptıkları çalışmalarda, bizim çalışmamızın aksine sigara içilen süre sigara bırakma oranlarında etkisiz ve sigara içme süreleri ile sigara bırakmaya hazır olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Literatürde sigara bırakma ile paket/yıl açısından pozitif ve negatif ilişki tespit eden çalışmalar bulunmaktadır(Gücük ve Kayhan, 2017;Karadağlı, 2012;Özer, 2014; Şahin ve diğerleri, 2019; Satıcı, 2020; Yalçınkaya, 2019; Yaşar ve diğerleri, 2014).

**Katılımcıların Sosyo-Demografik, Sigara Tüketim, Boş Zamanlarını Değerlendirme Özelliklerine Göre Altı Ay İçinde Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumunun Tartışılması**

Kişisel özellikler açısından değerlendirildiğinde 40 yaş ve üzeri grupta “düşünüyor olma” durumu daha genç yaşlara göre 3,58 (%95 GA 1,63 - 7,89) kat fazla müdahaleye hazır bulunmuştur. Bir çalışmada bireylerin %77,5’i sigarayı bırakmayı düşünmekte ve 55 yaş üstündeki katılımcılarda, sigara bırakma başarı oranı daha genç grup katılımcılara göre

anlamlı oranda yüksek bulunmuş ve bizim çalışmamız ile benzer sonuç elde edilmiştir(Temel, 2018). Bu duruma ilerleyen yaşla birlikte sigaranın olumsuz sağlık risklerinden daha çok etkilenme ile açıklanabilir. Bizim ve yapılan diğer çalışmalarda elde edilen bulgular TTM değişim aşamaları modeline göre, sigara bırakmayı düşünme aşamasında olmanın sigara bırakma konusuna daha duyarlı oldukları sonucundan kaynaklı olduğu söylenebilir. Bu neden düşünme aşamasında olanların bir üst aşama olan hazır aşamasına geçmelerine yardımcı olmak için takip ve izlem ile motivasyon yardım desteği arttırılmalıdır.

Ivey ve diğerlerinin (2019) Avusturalya’da yaptığı çalışmada, düşünme aşamasında olanların yaş ortalaması 53,5 olarak bulunmuştur. Yalçınkaya (2019) SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri’nde yaptığı tez çalışmasında %19,3, Hsu ve diğerleri (2020), Polikliniklerde Sigara Bırakma Davranışlarının Transteorik Modelin Araştırılması çalışmasında %10, Günaydın (2018), Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı, Depresyon Semptomatolojisi ve Premenstruael Sendrom Durumlarının Değerlendirilmesi çalışmasında, %22,2 olarak farklı oranlarda sigarayı bırakmayı düşünüyor oranları bulunmuştur. Farklılığın sebepleri çalışmaların yapısından kaynaklı olabilir. Yaman (2019) Zonguldak’ta yaptığı maden ı̇şçı̇lerı̇ ile ilgili tez çalışmasında, 6 ay içinde bırakmayı düşünen işçilerin yaş grupları arasında istatiksel anlam bulamamıştır. Ancak sigarayı bırakmaya yönlendirici etkenlerinin puan ortalamaları diğer aşamalardaki işçilerin ortalamalarına göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bardak ve diğerleri (2019) Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi çalışmasında düşünme aşamasında olanların da düşünme öncesi aşamada olanlara göre sigara içmeye yönelik olumsuz algıları daha yüksektir. Yine aynı çalışmada düşünme aşamasındaki bireylerin hazırlık aşamasında olanlara göre sigara içmeye dair cazip gelme algılarının daha yüksek, düşünme aşamasındaki bireylerin düşünmüyor aşamada olan bireylere göre sigarayı bırakmaya dair öz yeterlilik seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünen işçiler düşünmeyen işçilere göre sigara konusunda duyarlılık ve ciddiyet algı puan ortalamaları diğer işçilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(Yaman, 2019).

Kişisel özellikler açısından değerlendirildiğinde evlilerde evli olmayanlara göre “düşünüyor olma” durumu 2,25 (%95GA 1,03 - 4,90) kat fazladır. Karadağlı ve Nahcivan’ın (2012) yaptığı çalışmada evli olanların düşünüyor olma durumu %23,1,Yalçınkaya (2019) yaptığı tez çalışmasında evlilerde %24,7 oranı ile evli olmayanlara göre yüksek

bulunmuştur. Evlilerde düşünüyor olma durumunun evli olmayanlara göre fazla olmasının nedeni sigara içmeyen eş ve eş desteği olarak düşünülebilir.

Sigarayı bırakma sürecinde boş zamanlarını el, fiziksel ve sosyal etkinlik ile değerlendirilen bireyler, entelektüel etkinlik ile değerlendirilenlere göre birinci yıl sonunda sigarayı tekrar bırakmayı düşünüyor olma durumları 4,01 (%95 GA 1,43 - 11,22) kat fazla saptanmıştır. Bir çalışmada sigara bırakma sürecinde sigara içme istekleriyle başa çıkabilmek için, kendilerini meşgul edebilecek aktiviteler, yeni hobiler edinmenin ve yürüyüş yapmanın etkili olabildiği belirtilmiştir(Yasemin, 2019).Çalışmamızda elde etiğimiz sonuç doğrultusunda, sigarayı bırakmayı düşünüyor olma durumu, sigaranın olumsuz etkilerinin farkına varılarak sigaranın fiziksel bağımlık yapıcı özelliğinden kaynaklı oluşan stresle başa çıkmada el, fiziksel ve sosyal etkinliklerle boş zamanlarını değerlendirme becerisine yatkın ve istekli olmalarından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Sigarayı bırakma girişiminden önce saptanmış paket-yıl süreleri 20 yıldan fazla olanların, 0-10 paket-yıl referans alındığında, sigarayı bırakmayı düşünüyor olma durumları 3,82 (%95GA 1,48 - 9,90) kat fazladır. Ivey ve diğerlerinin (2019) Avusturalya’da yaptığı çalışmada düşünme aşamasında olanların paket-yıl 28,0(17,2;41,6) yıl olarak bulunmuştur. Esen ve diğerleri (2019) Bir Sigara Bırakma Kliniğinde Başarı Ve Yoksunluğu Etkileyen Faktörler: Türkiye'de bir yıllık bir takip çalışmasında 20,86±10,29, Avcı (2018) Aydın’da yaptığı çalışmada düşünme oranı %60,1 ve düşünenlerin ise 19,7±18,2 paket/yıl olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Joly (2016) Fransa’da yaptığı Sigarayı Bırakma Girişimleri: Çok Sigara İçenleri Tedavi Etmek Faydalı mı? çalışmasında normal sigara içenlerin paket/yıl oranı 28,1 çok sigara içenlerin 33,9 paket/yıl olarak daha yüksek ve çok sigara içenlerin sigarayı bırakmayı düşünme oranı daha düşük bulunmuştur.

2014 yılında Adviye Özer’in yaptığı Sigara Bıraktırma Yöntemlerinde Başarı Oranları tez çalışmasında paket / yıl 20 yıldan az olanlarda, Velioğlu ve Sönmez(2018) yaptığı çalışmada, 20 yaş altı bireylerin nikotin bağımlılıkları daha düşük bulmuş ve sebebini sigara içme yılının az olmasına bağlamışlardır. Sigara kullanım süresi ile sigarayı bırakmayı düşünme durumu arasında pozitif ilişki bulunan çalışmalar ile birlikte negatif ilişki saptamış çalışmalar bildirilmiştir(Altın, 2019; Demirezent, Kurçer, 2017; Dikbaş, ve diğerleri 2016; Kıdık, 2017; Pıçakçıefe ve diğerleri, 2019)**.**

**Araştırmanın Sınırlıkları:**

1. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.
2. Araştırma, 1 yıl süre ile sınırlıdır.
3. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.
4. Veriler beyana dayalı olarak toplanmıştır.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

* 1. **Sonuçlar**
     + Katılımcıların %43,8’i kadın, %69,3’ünün eğitim durumu lise ve üzeri, yaş ortalaması ise 42,30±12,50’dir. Katılımcıların %61,6’sı evli olup %56,6’sı çocuk sahibi,

%30,8’i herhangi bir işte çalışmamaktadır.

* + - Çalışmamızın sonuçlarına göre sigarayı bırakmak için harekete hazır olanlar %49,3 sigarayı bırakmayı düşünüyor olanlar %28,8 sigarayı bırakmayı düşünmüyor olanlar ise

%21,9 bulunmuştur.

* + - Çalışmamızda 40 yaş ve üzeri grupta sigarayı bırakmak için harekete hazır ve düşünüyor olma durumu daha genç yaşlara göre daha fazla bulunmuştur.
    - Çalışmamızda medeni durumu evli, olanların bekar olanlara göre tekrar sigara bırakma eğilimleri daha belirgindir.
    - Çalışmamızda katılımcıların sigarayı bırakmayı sürdürme sürecinde her ne kadar başarısız olsalar da el uğraşı fiziksel aktivitesi olması ve sosyal etkinlerde bulunmak yeniden bırakma sürecinde avantajlı bir durum olarak görülmektedir.
    - Çalışmamızda katılımcıların paket yılı 20 yılın üzerinde olan grup diğerlerine göre daha fazla bırakmayı yeniden düşünmekte ve hareket hazır bulunmuştur.
    - Çalışmamızda çocuk sahibi olanların ve eğitim düzeyi düşük olanların sigarayı bırakmak için daha yüksek oranda harekete hazır olarak tespit edilmiştir.
  1. **Öneriler**
     + Sigarayı bırakamayan bireylerin harekete hazır olma durumlarının kalıcı bırakma başarısına ulaşmalarını sağlamak için daha hassas girişimlerin yapılmasının önemini düşünülmelidir.
     + Katılımcılardan daha genç yaşta olanların daha fazla önerinin yanında bırakma yöntemleri ve bilgilendirme çalışmaları ile erken yaşta sigarayı bırakma düşünüyor ve harekete hazır aşamasına geçişlerinin sağlanarak, sigara bırakma başarı oranlarını yükseltilmesi düşünülmelidir.
     + Sigarayı bırakma sürecinde eş desteği ve teşviği ön plana çıkarılabilir, sigara bırakma sürecinde boş zamanlarını değerlendirmenin sigara bırakma stresini azalttığı ile ilgili kanıtlar içeren eğitimler ve yönlendirmeler yapılabilir, sigara içme süresinin sağlık risklerinin ortaya çıkmasında etkili olduğu konusunda eğitimler gerçekleşirilerek motivasyon artırılabilir.
     + Sigarayı bırakamayan bireylere daha hassas içerikli tevadi yöntemleri için sigara bırakma polikliniğinde, sağlık risklerini bireysel olarak gösteren çalışmalar yapılabilir. Sigara bıraktırma müdahaleleri, hasta geçmişine ve değişime hazır olma durumuna göre kişiselleştirilebilir.
     + Sigarayı bırakamayan bireylerin yeniden bırakabilmeleri için öncelikli motivasyon, genel sağlığı iyileştirmeyi yükseltmek olabilir. Özellikle bırakmanın hazırlık aşamasında olan bırakamayan bireyler daha istekli olarak bırakma düşünce ve niyetine sahip olduklarından, bırakma programlarında daha öncelikli yardım ve destek verilebilir. Ayrıca, Türkiye’de sigarayı bırakamayan bireylerin değişim aşamalarına göre araştıran çalışmaların olmaması sebebiyle, çalışmamızın, sigarayı bırakamayanlar ile ilgili çalışma yapmak isteyenlere öncü çalışma olacağı düşünülmektedir.

# KAYNAKLAR

Acar, S., Şaşman Kaylı, D., Yararbaş, G. (2019). Sigara Kullanan, Sigara Bırakma Tedavisi Alan ve Sigara Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Bakımından Karşılaştırılması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *0*(0), 539–566. <https://doi.org/10.15805> addicta.2019.6.3.0029

Akdenİz, E. (2019). *Sigara Bağımlılığı Sağlığa E tkileri ve Sigara Bıraktırmada Kullanılan Transteoretik Model The Effects to Health of Smokıng Addıctıon and Transtheoretıcal Model Used ın Quıt Smokıng*. 11–25.

Alkan, O., ve Demir, A. (2020). Investigation and Detection of Risk Factors Related to the Period without Tobacco Consumption. *ADDICTA: The Turkish Journal on Addictions*, *6*(Supp4), 99–115. https://doi.org/10.5152/addicta.2020.19085

Altın, A. Ö. (2019). *Sı̇ gara birakma polı̇ klı̇ nı̇ ğı̇ ne başvuran hastalarda sı̇ gara birakma başarisini etkı̇ leyen faktörlerı̇ n saptanma si*. Uzmanlık Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Aile Hekimliği Anabilim Dalı,İzmir.

Andrews, M. E., Sabado, M., Choi, K. (2018). Prevalence and characteristics of young adult smokers in the U.S. in the precontemplation stage of smoking cessation HHS Public Access. *Addict Behav*, *84*, 167–170. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.008

Argüder, E., Abuzaina, O., Bakır, H., Karalezli, A., Hasanoglu, H. C. (2019). Hasta Ve Yakınlarının Pasif Sigara İçiminin Oluşturduğu Sağlık Sorunları Hakkındaki Farkındalığı. *Ankara Medical Journal*, *19*(2), 213-225.

Asma, S., Mackay, J., Yang Song, S., Zhao, L., Morton, J., Palipudi, K. M., Bettcher, D., Bhatti, L., Caixeta, R., Chandora, R., Cavacos Dias, R., da Costa e Silva, V. L., Fouad, H., Hsia, J., Husain, M. J., McAfee, T., Ramanandraibe, N., Rarick, J., Sinha, D., … Tursan d’Espaignet, E. (2015). The GATS Atlas. Içinde CDC Foundation. https://doi.org[/http://dx.doi.org/10.1002/](http://dx.doi.org/10.1002/cncr.23197)c[ncr.23197](http://dx.doi.org/10.1002/cncr.23197)

Atak, N. (2007). A transtheoretical review on smoking cessation. Içinde *International Quarterly of Community Health Education*. https://doi.org/10.2190/IQ.28.2.f

Avci, B. A. (2018). *Aydın Efeler Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerde Sigra içme sıklığı*. Tıpta Uzmanlık Tezi,Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Aydın.

Aydemir, Y., Doğu, Ö., Dede, C., Çınar, N. (2019). Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği: Geliştirme ve Geçerlik, Güvenirlik Çalışması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *6*(2). https://doi.org/10.15805/addicta.2019.6.2.0022

Aytemur, Z. A. (2017). Smoking Cessation: Relapse and Therapy. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, *4*(1), 152–155. https://doi.org/10.5152/gghs.2016.021

Banks, E., Joshy, G., Weber, M. F., Liu, B., Grenfell, R., Egger, S., Paige, E., Lopez, A. D., Sitas, F., & Beral, V. (2015). *Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence*. https://doi.org/10.1186/s12916-015-0281-z

Banu, A., Tozun, M., Padir, I., Ertem, M. (2017). *Some sociodemographic factors on smoking cessation rate in Konak smoking cessation outpatient clinic*. *34*(1), 33– 38. https://doi.org/10.5835/jecm.omu.33.04.007

Baran, S. (2018). *Şanlıurfa’da Gebe Kadınların Sigaraya Maruz Kalma Durumları ve Etkilyen Faktörlerin Belirlenmesi* Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şanlıurfa.

Bardak, F., Dinar, C., Dogan, D., Alparslan, M. (2016). *Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. 152–163.

Başol, E., ve Can, S. (2015). Tütün Tüketı̇mı̇nı̇nEkonomı̇Etkı̇lerı̇ Ve Tütün Kontrol Polı̇tı̇kalari Üzerı̇ne Bı̇r İnceleme. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, *4*(7). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/43828/538862>

Bayman, E. (2016). *Atatürk Eğı̇ tı̇ m ve Araştırma Hastanesı̇ Sı̇gara Bırakma Polı̇ klı̇ nı̇ klerı̇ ne Başvuran Hastalarda Başarısızlığa Neden Olan Faktörlerı̇ n Belı̇ rlenmesı̇* . Uzmanlık Tezi,Sağlık Bakanlığı,Anakara Atatürk Eğitim ve Aratırma Hastanesi,Ankara.

Benowitz, N. L., Nardone, N., Dains, K. M., Hall, S. M., Stewart, S., Dempsey, D., Iii, P. J. (2016). *Exposure : Two Year Follow Up*. *110*(10), 1667–1675. https://doi.org/10.1111/add.12978.Effect

Berkeşoğlu, Ç., Özgür, E. S., Demir, A. U. (2018). *Araştırma Makalesi Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler*. *11*(3), 355–365.

Bilgen, S. (2019). *Sigara Bırakma Poliklinikleri İçin Psikolojik Destek Modülü Geliştirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi,Ege Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

Bilir, N. (2005). Tütün kontrolunda sağlik profesyonellerı̇nı̇n rolü. Içinde *WHO*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43219/9241593202\_tur.pdf;jsess adresinden erişildi.

Bilir, N. (2009). Türkiye tütün kontrolünde dünyanin neresinde? *Turk Toraks Dergisi*, *10*(1), 31–34.

Bilir, N. (2010). Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. *Tütün ve Tütün Kontrolü*, 21–35.

Brueck, R., ve Frick, K. M. (2019). Motivational interviewing in smoking cessation. Içinde

*Atemwegs- und Lungenkrankheiten*. https://doi.org/10.5414/ATX02358

Bulat, Ahmad L. (2019). *Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları Ve Başarıda Etkili Faktörler.* (C. 53, Sayı 9). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Buturak, Ş. V., Günal, N., Özçiçek, G., Özdemir Rezaki, H., Özpolat, B. (2016). *Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve sigara bağımlılık şiddetleri Sociodemographic characteristics and cigarette addiction*. *7*(3), 72–76. https://doi.org/10.18663/tjcl.05665

Cahill, K., Lancaster, T., Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004492.pub4

Campell, I. (2003). Smoking cessation: Nicotine replacement works. Içinde *U.S. Pharmacist* (C. 20, Sayı 6, s. 84).

Cancer Institute. (2016). Section 4: Non-Price Determinants of Demand Smoking Cessation. Içinde *Monograph 21: The Economics of Tobacco and Tobacco Control* (ss. 313–348). <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/> 21/docs/m21\_9.pdf

Capik, C., Cingil, D. (2013). Cigarette smoking, nicotine dependency level and associated factors among nursing students. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, *3*(2), 55–61. https://doi.org/10.5505/kjms.2013.91885

Chinwong, D., Mookmanee, N., Chongpornchai, J., Chinwong, S. (2018). A Comparison of Gender Differences in Smoking Behaviors, Intention to Quit, and Nicotine Dependence among Thai University Students. *Journal of Addiction*, *2018*, 8081670. https://doi.org/10.1155/2018/8081670

Çamözü, E. (2017). *3-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlere Ev Ziyaretinde Transteoretik Model Kullanılarak Verilen Sigara Bıraktırma Eğitiminin Etkinliği.* (C. 53, Sayı 9) [Doktora Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Gülhane SağlıkBilimleri Enstitüsüs,Ankara]. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Çavuşoğlu, F. (2018). *The Effect Of Home Nursing Interventions Based On Transtheoretical Model For Smoking Cessation in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.

Dagtekin G, Atay E, Kilinc A, Eyuboglu M, Eyuboglu D, Unsal A, Arslantas D. (2020). *Tıp Fakü ltesi Ö ğ rencilerinde Cinsiyete Gö re Siğara Tü ketimi , Alğılanan Stres ve Yaşam Kalitesi Ciğarette Smökinğ , Perceived Stres and Qüality öf Life by Gender*. *42*(4), 350–356. https://doi.org/10.20515/otd.

Dalton, C. C., ve Gottlieb, L. N. (2003). The concept of readiness to change. *Journal of Advanced Nursing*, *42*(2), 108–117. https://doi.org/10.1046/j.1365- 2648.2003.02593.x

Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente’s model of change: a case study? *British Journal of Addiction*, *87*(6), 821–822. https://doi.org/10.1111/j.1360- 0443.1992.tb01971.x

De Ruijter, D., Smit, E. S., De Vries, H., Goossens, L., Hoving, C. (2017). Understanding Dutch practice nurses’ adherence to evidence-based smoking cessation guidelines and their needs for web-based adherence support: Results from semistructured interviews. *BMJ Open*, *7*(3), 1–8. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014154

Demirezent, M.,ve Kurçer, M.A. (2017). Effect of Smoking Cessation on Anxiety and Urge for Smoking. *Bağımlılık Dergisi*, *18*(2), 53–58.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., Rossi, J. S. (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(2), 295–304. <https://doi.org/> 10.1037/0022-006X.59.2.295

DiClemente, C. C., ve Prochaska, J. O. (1983). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. Içinde *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change:*

DiClemente, C. C., ve Prochaska, J. O. (1998). Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change. Içinde *Treating Addictive Behaviors*. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1934-2\_1

Dorfman, S. F. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update Guideline Panel*. *May*.

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Drope, J., Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N., Stoklosa, M. (2018). The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. Içinde *the American Cancer Society, Inc.* [www.tobaccoatlas.org](http://www.tobaccoatlas.org/)

Durmaz, A. (2004). *Üniversitelerde hemşirelik eğitimi alan öğrencilerin sigara kullanım ve kişilik özelliklerinin saptanması*. Yüksek Lisans Tezi,Dokuz Eylül Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

Durmaz, S. (2017). *Sigarayı bırakma polikliniğine eklemlenmiş WhatsApp uygulaması kullanımının sigara bırakma başarısına etkisi: Randomize kontrollü müdahale çalışması*. Doktora Tezi,Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

Elbek, O., Kılınç, O., Aytemur, Z. A., Akyıldız, L., Küçük, Ç. U., Özge, C., Sağlam, L., Bostan, P., & Dağli, E. (2015). Tobacco control in Turkey. *Turk Toraks Dergisi*, *16*(3), 141–150. https://doi.org/10.5152/ttd.2014.3898

Emel Dikbaş,E., Bozkurt, N., Kılınçarslan,V.,Bozkurt, A. İ. (2016). *Evaluation of the results of smoking cessation clinic at the organized industrial zone*. 135–144. https://doi.org/10.5505/ptd.2016.48902

Engelhart, M. D., ve Moughamian, H. (2005). Book Reviews : Book Reviews. Içinde *G. Alan Marlatt And Dennıs M. Donovan,, Eds: Relapse Prevention* (C. 176, Sayı 6). <https://doi.org/10.1177/001316447103100233>

Erkmen Yildirim, G. (2017). Responsibility of Physician on Tobacco Addiction and Treatment: 5A 5R Approach. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, *4*(1), 90–96. https://doi.org/10.5152/gghs.2016.012

Erol, S., ve Erdoğan, S. (2007). Sağlik Davranışlarını Gelı̇ştı̇rmek ve Değı̇ştı̇rmek ı̇çı̇n Transteoretı̇k Modelı̇n Kullanilması. *Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksek okulu dergisi*, *10*(2), 86–94.

Esen, A.D., ve Arıca ,S. (2018). *Sigarayı Bırakmak için Başvuranlarda Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi The*. *18*(3). https://doi.org/10.17098/amj.461371

Esmer B, Sengezer T, Aksu F, Özkara A, Aksu K. (2019). *Clinical, Sociodemographic and Tobacco-Use Factors Associated with Smoking Cessation Rates at Three Years Follow-up, Ankara, Turkey. Tob Prev Cessat 5;47.* https://doi.org/10.18332/tpc/114082

Europäische Kommission. (2018). *Annual Report 2018 Joint Research Centre*. https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC115957/kj-ar-19- 001-en-n\_003.pdf adresinden erişildi.

Everding, J., ve Marcus, J. (2020). The effect of unemployment on the smoking behavior of couples. *Health Economics (United Kingdom)*, *29*(2), 154–170. https://doi.org/10.1002/hec.3961

Fırat, M., Kanbay, Y., Ayran, G. (2020). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sigaraya Başlama , Sigara Kullanma ve Sigara Bırakmayla İlgili Özellikleri. *Addicta: The Turkısh Journal On Addictions*, *6*(2019), 244–256.

Fidan,F., Pala,E., Ünlü,M.,Sezer,M.,Kara, Z. (2005). Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, *6*(3), 27–34. https://doi.org/10.18229/ktd.62331

Fidancı, İ., Arslan, İ., Fidancı, İ., Taci, D. Y., İşcan, G., Kıbrıslı, E., ... Tekin, O. (2016). *Fiziksel Aktivite ve Sigara Kullan ı m ı n ı n Duygu Durumu ve Anksiyete ile İ li ş kisi*. *March*. https://doi.org/10.17098/amj.77013

Fidanci, İ., Öztürk, O., Ünal, M. (2017). *Transtheoretic model in smoking cessation*. *34*(1), 9–13. https://doi.org/10.5835/jecm.omu.34.01.003

Garcia-Gomez, L., Hernández-Perez, A., Noe-Diaz, V., Antonio Riesco-Miranda, J., Jimenez-Ruiz, C. (2019). Smoking cessation treatments: Current psychological and pharmacological options. *Revista de Investigacion Clinica*, *71*(1), 7–16. https://doi.org/10.24875/RIC.18002629

Glover, M., ve McRobbie, H. (2017). *Smoking Cessation* (S. R. B. T.-I. E. of P. H. (Second

E. Quah (Ed.); ss. 534–544). Academic Press. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00412-4

Gokbayrak, N. S., Paiva, A. L., Blissmer, B. J., Prochaska, J. O. (2015). Predictors of relapse among smokers: Transtheoretical effort variables, demographics, and smoking severity. *Addict Behav*, *0*, 176–179. <https://doi.org/10.1016/> j.addbeh.2014.11.022

Göktaş, A. (2017). Determination of Knowledge, Attitude and Practices of Using Physical Restraint of Nurses Working in Psychiatric Setting. *Journal of Psychiatric Nursing*, *9*(1), 1–10. https://doi.org/10.14744/phd.2017.38247

Griffis, H., Matone, M., Kellom, K., Concors, E., Quarshie, W., French, B., Rubin, D., Cronholm, P. F. (2016). Home visiting and perinatal smoking: a mixed-methods exploration of cessation and harm reduction strategies. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3464-4

Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., Delucchi, K. (2016). An International Systematic Review of Smoking Prevalence in Addiction Treatment HHS Public Access. *Addiction*, *111*(2), 220–230. https://doi.org/10.1111/add.13099

Gücük S, Yıldırmaz İL. (2019). *Knowledge on Tobacco Control Campaigns and Recommendations for Reduction of Tobacco Use : A Cross- Sectional Study Recommendations for Reduction of Tobacco Use*. *13*(1), 34–41. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.528009

Gücük, S., ve Kayhan, M. (2017). *Hastalarımızın Kontrole Gelme Sıklıkları İle Sigara Bırakma Davranışları İlişkisi : Polikliniğimizin İlk Bir Yıllık Sonuçları The Relationship Between Frequency Ofpatients ’ Visits to Checkup Sessionsand Smoking Cessation Behavior : First Annual Results o*. 371–379. https://doi.org/10.20515/otd.441217

Gücük, S., ve Kayhan, M. (2018). Hastalarımızın Kontrole Gelme Sıklıkları İle Sigara Bırakma Davranışları İlişkisi: Polikliniğimizin İlk Bir Yıllık Sonuçları. *OSMANGAZİ Journal of Medicine*, *00*, 371–379. https://doi.org/10.20515/otd.441217

Gülsen, A., ve Uygur, B. (2018). Psychological Features of Smokers. *Respiratory Care*, *63*(12), 1492–1497. <https://doi.org/10.4187/RESPCARE.06287>

Güngörmüş, Z. (2008). *Açik kalp amel ı̇ yati sonrasi hem şı̇ reler tarafindan ver ı̇ len taburculuk e ğı̇ t ı̇ m ı̇ n ı̇ n hastalar tarafindan kullanilma oranlari*.

Gürbüzel, A. (2019). *Sı̇ gara iİçme Davranişi ve Sı̇ gara Birakma Sürecı̇ nı̇ n Multı̇ faktörı̇ yel Analı̇ zı̇* . Tıpta Uzmanlık Tezi,Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,Ankara.

Harris, K. K., Zopey, M., Friedman, T. C. (2016). Metabolic effects of smoking cessation.

Içinde *Nature Reviews Endocrinology*. https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.32

Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Wheat, H., Fanshawe, T., Hong, B. (2019). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670.pub4

Hartmann-Boyce, Jamie, Fanshawe, T. R., Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Ordóñez- Mena, J. M., Aveyard, P. (2018). Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013229

Hatice Aygar ve Selma Metintaş. (2018). *Halk sa ğ li ğ i derg ı̇ s ı̇* . *3*(2), 50–67.

Heller, L. J., Skinner, C. S., Tomiyama, A. J., Epel, E. S., Hall, P. A., Allan, J., LaCaille,

L., Randall, A. K., Bodenmann, G., Li-Tsang, C. W. P., Sinclair, K., Creek, J., Baumann, L. C., Karel, A., Andersson, G., Hanewinkel, R., Morgenstern, M., Puska, P., Bucks, R. S., … Denollet, J. (2013). Transtheoretical Model of Behavior Change. Içinde *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\_70

Hezer, H., ve Karalezli, A. (2019). *Sigaraya Psikolojik Bağımlılığın Sigara İçme Arzusu ve Nikotin Yoksunluk Semptomlarına Etkisi The Effect of Psychological Dependence on Smoking Urge and Nicotine Withdrawal Symptoms*. *19*(4), 700–707. https://doi.org/10.17098/amj.

HSGM. (2018). *Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-tütün- kontrolü-strateji-belgesi-ve-eylem-planı.html adresinden erişildi.

HSGM. (2020). *T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bı̇ rı̇ m faalı̇ yet raporu*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/> HSGM\_ 2019\_Birim\_Faaliyet\_Raporu.pdf?type=file adresinden erişildi.

Hsu, C. Y., Liao, H. E., Huang, L. C. (2020). Exploring smoking cessation behaviors of outpatients in outpatient clinics: Application of the transtheoretical model. *Medicine*, *99*(27), e20971. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020971

Ivey, M. A., Maguire, G. P., Toelle, B. G., Marks, G. B., Abramson, M. J., Wood-Baker, R., Augustine, S. (2019). Characteristics in Stages of Change and Decisional Balance among Smokers: The Burden of Obstructive Lung Diseases (BOLD)- Australia Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health Article*. https://doi.org/10.3390/ijerph16183372

İstek, E. (2020). *Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran Hastaların Oranlarının Sigara İçme Arzusu Ve Sigara Bırakma Yoğunluğu İle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi,İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Aile Hekimliği Anabilim dalı,İstanbul.

Jackson, S. E., West, R., & Brown, J. (2020). Addictive Behaviors If at fi rst you don ’ t succeed , when should you try again ? A prospective study of failed quit attempts and subsequent smoking cessation. *Addictive Behaviors*, *106*(February), 106366. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106366

Joly, B., Athis, P. D., Gerbaud, L., Hazart, J., Perriot, J., Quantin, C. (2016). Smoking cessation attempts : is it useful to treat hard core smokers ? *Tobacco Induced Diseases*, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12971-016-0100-0>

Jung, M. (2016). Exploring socio-contextual factors associated with male smoker ’ s intention to quit smoking. *BMC Public Health*, 1–8. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3054-5

Kahveci, F. (2018). *Adolesanlarda Nı̇ kotı̇ n Bağimliliğinin Değerlendı̇ rı̇ lmesı̇* . Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilmleri Üniversitesi,Ankara Dr.Sami Ulus Kadın Doğum,Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,Ankara.

Kanık, M. K. (2018). *İzmir’De Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı Ve Diğer Tütün Ürünlerini Bırakma Ile Ilişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi,İzmir Katip Çalebi Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Anabilim Dalı,İzmir.

Kanık,M.K ve Tözün, M. (2020). *İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranların Sigara Ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanım Özellikleri Ve Nikotin Bağımlılık Durumları*. *5*(1), 84–95.

Karaca, M. (2020). *Tütün Kontrol Politikasının Sistem Yaklaşımı ile Analizi : Türkiye ’ de Gençler için Dumansız Dünya Analysis of Tobacco Control Policy with System Approach : Smokeless World for Young People in Turkey Murat Karaca*. *6*(2019), 1–29.

Karadağlı, F. (2009). *Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversites,sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karadağlı, F. ve Nahçivan, N. (2012). *Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler \**. *5*(1), 8–15.

Karadogan, D., Önal, Ö., Say Şahin, D., Kanbay, Y., Alp, S., Şahin, Ü. (2018). Treatment adherence and short-term outcomes of smoking cessation outpatient clinic patients. *Tobacco Induced Diseases*, *16*(August). <https://doi.org/10.18332/tid/94212>

Karakaş, S. (2019). *Sigaraya geri dönüşte etkili psikolojik faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi,Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir.

Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z. A., Özkan, M., & Örsel, O. (2006). *Tütün Kullanımı*.

*7*(1), 51–64.

Kayacık, İ., Berktaş, Ö. A., Duysak, L., & Bayır, Y. (2017). *Sigarayı Bırakan Kişilerde Bırakma Sebepleri Reasons for Quitting the Smoking Cessation in People*. *18*(4), 112–121.

KGTA. (2017). *Küresel Gençlik Tütün Araştırması*. 7–8. [https://hsgm](https://hsgm/). saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA- 2017\_pdf.pdf adresinden erişildi

Kıdık, E. (2017). *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 Yıllık süreçteki sigara bırakma durumları (Uzmanlık Tezi)*. Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Ankara.

Koyun, A. (2013). *Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli ( Transteoretik Model ) İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi,Hacettepe Üniversitesi,SağlıkBilimleri Enstitüsü,Ankara.

Koyun, A., Eroğlu, K. (2014). The transtheoretical model use for smoking cessation.

*European Journal of Research on Education*. https://doi.org/2147-6284

Köksal, N. G. (2018). *T.C. Sağlik Bakanliği İstanbul Medeniyet Ünġversitesi Göztepe Eğitġm Ve Araştirma Hastanesi*. Uzmanlık Tezi,İstanbul Medeniyet Üniversitesi,Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,İstanbul.

KYTA, 2016. .*Öntaş E, Aslan D; Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasi Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) [Internet]* [*http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/*](http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/) adresinden erişildi.

KYTA. (2019a). Küresel yetı̇şkı̇n tütün araştirmasi. *GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY (GATS)*, 1–2. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> adresinden erişildi

LaMorte, W. W. (2018). *The Transtheoretical Model (Stages of Change)*. Boston University School of Public Health.

Lancaster, T., Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. Içinde *Cochrane Database of Systematic Reviews* (C. 2017, Sayı 3). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3

Lim, K. H., Heng, P. P., Nik Mohamed, M. H., Teh, C. H., Mohd Yusoff, M. F., Ling, J.

M. Y., Baharom, N., Wee, L. H., Chan, C. M. H., Ho, B. K., Robson, Z., Draman, S., Ab Rahman, N. S., Kartiwi, M., Ab Rahman, J. (2019). Prevalence and Factors Associated With Attempts to Quit and Smoking Cessation in Malaysia. *Asia- Pacific journal of public health*, *31*(7\_suppl), 22S-31S. <https://doi.org/> 10.1177/1010539519874944

Lindson-Hawley, N., Banting, M., West, R., Michie, S., Shinkins, B., Aveyard, P. (2016). Gradual versus abrupt smoking cessation a randomized, controlled noninferiority trial. *Annals of Internal Medicine*. https://doi.org/10.7326/M14-2805

Livingstone-Banks, J., Norris, E., Hartmann-Boyce, J., West, R., Jarvis, M., Chubb, E., Hajek, P. (2019). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*.

https://doi.org/10.1002/14651858.CD003999.pub6

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., Hartmann-Boyce, J. (2019). Print-based self- help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001118.pub4

M. Prochska, J., Koyun, A. (2015). the Stages of Change Regarding Smoking Cessation Behavior: a Concept Analysis. *International Refereed Journal of Nursing Researches*, *2015514476*(5), 81–81. https://doi.org/10.17371/uhd.2015514476

Mackenbach, J. P., Damhuis, R. A. M., Been, J. V. (2017). De gezondheidseffecten van roken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *161*(2), 1–6.

Malone, V., Ezard, N., Clifford, B., Middleton, S., McInnes, E., Bonevski, B. (2019). A systems change intervention for nurse-led smoking cessation care in hospitals. *Collegian*, *26*(2), 235–241. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.

2018.07.007

Marakoğlu, K., Kargın, N. Ç., Merve Uçar, R., Kızmaz, M. (2017). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology Evaluation of pharmacologic therapies accompanied by behavioural therapy on smoking cessation success: a prospective cohort study in Turkey Evaluation of pharmacologic therapies accompanied by behavioural therapy*. https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1342751

Marlatt, G. A., Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention, Second Edition: Maintenance Strategies in the Treatment ... - Google Books* (ss. 1–87). https://books.google.com.my/books?hl=en&lr=&id=Sj-NZMIF- QcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=treatment+for+alcohol+abuse&ots=lQTxnU4BRY& sig=HmNR\_YlHK6m8ipv09wnaQTbC5wg&redir\_esc=y#v=onepage&q=treatme nt for alcohol abuse&f=false

Martínez-Vispo, C., Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Senra, C., Del Río, E. F., Becoña, E. (2019). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *14*(4), 1–20. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214252

Merve, Y. (2008). The Role Of Psychologıcal Resıstance And Emotıon Regulatıons In Nıcotıne Dependence [Yüksek Lisans Tezi,Maltepe Üniversitesi,Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,İstanbul]. Içinde *Journal of Chemical Information and Modeling* (C. 53, Sayı 9). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Ministry of Health and Family Welfare Government of India. (2017). Global adult tobacco survey, India 2016-17. *February-2014*, 360.

https:/[/www.who.int/toba](http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/GATS_India_2016-)c[co/surveillance/survey/gats/GATS\_India\_2016-](http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/GATS_India_2016-) 17\_FactSheet.pdf%0ATata Institute of Social Sciences (TISS), Mumbai and Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. Global Adult Tobacco Survey GATS 2 India 2016-17.%0AIS

Mollaoğlu, M., Fertelli, T., Tuncay, F.  (2013). Investigation of the measures taken and the risk of falling in hospitalized patients in internal medical clinics | Dahili kliniklerde yatan bireylerin d??me riski ve alinan ?nlemlerin Incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *12*(1), 27–34. <https://doi.org/10.5455/pmb.1335787686>

Moreno, J. P., Johnston, C. A. (2015). Smoking Cessation. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *9*(2), 105–108. https://doi.org/10.1177/1559827614562725

O’Leary, R., Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st century. *Drugs and Alcohol Today*, *20*(3), 219–234. https://doi.org/10.1108/DAT-02-2020-0007

OECD. (2019). *Adult population smoking daily, 2007 and 2017 (or nearest years)*. https://doi.org/10.1787/04a37f69-en

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention , treatment and management of noncommunicable diseases*. 38.

Owusu, D., Quinn, M., Wang, K., Williams, F., Mamudu, H. M. (2020). Smokefree home rules and cigarette smoking intensity among smokers in different stages of smoking cessation from 20 low-and-middle income countries HHS Public Access. *Prev Med*, *132*, 106000. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106000

Owusu, D., Wang, K. S., Quinn, M., Aibangbee, J., John, R. M., Mamudu, H. M. (2019). Health care provider intervention and utilization of cessation assistance in 12 low- and middle-income countries. *Nicotine and Tobacco Research*. https://doi.org/10.1093/ntr/nty028

Örsel, O. (2008). *Tütün ve tütün kontrolü*. *8*, 1–8. [https://app.trdizin](https://app.trdizin/). gov.tr/makale/TmpReU1EazU/tutun-kontrolu adresinden erişildi

Özer, A. (2014). *Sigara Bıraktırma Yöntemlerinde Başarı Oranları*. Yüksek Lisans Tezi,Okan Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Adana.

Özer, N., Kiliçkap, M., Tokgözoǧlu, L., Göksülük, H., Karaaslan, D., Kayikçioǧlu, M., Yilmaz, M. B., Barçin, C., Abaci, A., Şahin, M. (2018). Data on smoking in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi*, *46*(7), 602–612. https://doi.org/10.5543/tkda.2018.85349

Patwardhan, S., Rose, J. E. (2020). Overcoming barriers to disseminate effective smoking cessation treatments globally. *Drugs and Alcohol Today*, *20*(3), 235–247. <https://doi.org/10.1108/DAT-01-2020-0001>

Pıçakçıefe1, M., Akkaya1, V., Erbaş1, E., Belgin Doğu2. (2019). *Muğla’da 2015-2016 yillari arasinda sı̇ gara birakma polı̇ klı̇nı̇ ğı̇ ne yapilan başvurularin değerlendı̇ rı̇ lmesı̇* . *15*(1), 21–27.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*(9), 1102– 1114. https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102

Rajani, N., Mastellos, N., Filippidis, F., Weth, D. (2019). Adherence of popular smoking cessation mobile applications to evidence-based guidelines. *BMC Public Health*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-019-7084-7

Reid, R. D., Pritchard, G., Walker, K., Aitken, D., Mullen, K. A., Pipe, A. L. (2016). Managing smoking cessation. Içinde *CMAJ*. https://doi.org/10.1503/cmaj.151510

Rice, V. H., Heath, L., Livingstone-Banks, J., Hartmann-Boyce, J. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. Içinde *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5

Saglam, L. (2017). Clinical Evaluation of Nicotine Dependence. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, *4*(1), 78–89. https://doi.org/10.5152/gghs.2016.011

Sami, M., Uz. (2020). *Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin nikotin bağımlılığı ile depresyon - anksiyete arasındaki ilişkisi ve sigara bırakma sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin nikotin bağımlılığı ile depresyon*. Tıpta Uzmanlık Tezi,Selçuk Üniversitesi,Tıp fakültesi,Konya.

Sarı, H. B. (2020). *Eskı̇ şehı̇ r ı̇ l merkezı̇ ndekı̇ aı̇ le sağliği merkezlerı̇ ne başvuran erı̇ şkı̇ nlerde tütün ı̇ çme oranlari ve tütün kullanimini birakma durumlarinin ı̇ ncelenmesı̇* . Tıpta Uzmanlık Tezi,Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Eskişehir.

Satıcı, C. E. Ö. (2020). *Nikotin İçermeyen Tedavi Kullanan Yetişkin Hastalarda Erken Dönem Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi Investigation of Independent Variables Affecting Smoking Cessation Success in Early Period Among Adult Patients Using*. *6*(2019), 272–282.

Seda Topçu, E. A., Ulukol, B., Orhon, F. Ş., Başkan, S. (2018). *Awareness , Attitudes and Behaviors of Parents for Child Exposure to Tobacco Smoke*. *12*(1), 35–42. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.399918

Senft, N., Sanderson, M., Selove, R., Blot, W. J., King, S., Gilliam, K., Kundu, S., Steinwandel, M., Sternlieb, S. J., Andersen, S. W., Friedman, D. L., Connors, E., Fadden, M. K., Freiberg, M., Wells, Q. S., Canedo, J., Tyndale, R. F., Young, R. P., Hopkins, R. J., Tindle, H. A. (2019). *Attitudes toward Precision Treatment of Smoking in the Southern Community Cohort Study*. https://doi.org/10.1158/1055- 9965.EPI-19-0179

Sengezer, T. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy Methods in Tobacco Addiction. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, *4*(1), 97–103. <https://doi.org/10.5152/> gghs.2016.013

Sezik, H. A., Can, H., Kılınç, E. A., Çulha, G., Polat, S. (2016). Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, *8*(6), 42–47. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/45398/488282

Shahwan, S., Abdin, E., Shafie, S., Chang, S., Sambasivam, R., Zhang, Y., Vaingankar, J. A., Teo, Y. Y., Heng, D., Chong, S. A., Subramaniam, M. (2019). *Prevalence and correlates of smoking and nicotine dependence: results of a nationwide cross- sectional survey among Singapore residents*. https://doi.org/10.1136/bmjopen- 2019-032198

Siewchaisakul, P., Luh, D.-L., H Chiu, S. Y., F Yen, A. M., Chen, C.-D., Chen, H.-H. (2020). *Smoking cessation advice from healthcare professionals helps those in the contemplation and preparation stage: An application with transtheoretical model underpinning in a community-based program*. <https://doi.org/> 10.18332/tid/123427

Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu 2014. <http://www.toraks.org.tr/book.aspx> ?list=1655&menu=240 adresinden erişilmiştir.

Solak, I., Yıldırım, D. İ., Gümüş, F., Eren, İ., Eryılmaz, M. A. (2018). Depresyon ve anksiyetenin sigara bırakma tedavisi üzerine etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, *10*(2), 128–133. <https://doi.org/10.18521/ktd.351519>

Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., … Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990- 2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. *The Lancet*, *392*(10159), 1923–1994. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6

Şahin E.V., Sunay,D., Balcı, N., Parbucu, M.,Özpak A.M., Arslan, I. (2019). *Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler Approaching nicotine dependency and affecting factors in smoking*. *11*(3), 259–262.

Şengün, A. (2019). *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği’ne Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısı*.Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği,Aydın.

Şimşek, G., Güler, N., Kılınç, O. (2018). DEUMF Pulmonary Diseases Department smoking cessation clinic data. *Tobacco Induced Diseases*, *16*(3). https://doi.org/10.18332/tid/94878

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2018). Içinde *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. https://[www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-](http://www.saglik.gov.tr/TR%2C62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-) yayinlanmistir.html

Taş, E. (2019). *Yılları Arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 2002- 2018 Yılları Arasında.* Uzmanlık Tezi,Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,Sivas.

Taş, F., Seviğ, E. Ü., & Güngörmüş, Z. (2016). *Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması*. *8*(4), 380–393. https://doi.org/10.18863/pgy.253444

Teker, A. G. (2016). *Bı̇ r göğüs hastaliklari hastanesı̇ nı̇ n sı̇ gara birakma polı̇ klı̇ nı̇ ğı̇ ne başvuran hastalarin ı̇ zlem sonuçlari ve bu sonuçlara etkı̇ eden faktörler*. Uzmanlık Tezi,Marmara Üniversitesi,TıpFakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Temel, M. (2018). *Kayseri İl Merkez’indeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Sigara Kullanan Veya Kullanıp Bırakmış Olan 18 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Sigarayı Bırakma Teşebbüsü, Uygulanan Yöntemler Ve Başarı Durumu.* Tıpta Uzmanlık Tezi,Erciyes Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Kayseri.

TNSA. (2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder

T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.

Türker, Ö. B. (2019). *Öz Yeterlilik Derecesi , Bağımlılık Derecesi ve Demografik Özlelliklerin Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,İstanbul Ha.

Tütün Ve Alkol Piatasası Düzenleme Kurumu [TAPDK]. (2019). *Tütün Ve Alkol Dairesi Başkanlığı*. https://www.tarimorman. gov.tr/TADB adresinden erişildi.

U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. (2016). The Economics of Tobacco and Tobacco Control. Içinde *National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21.: C. NIH Public* (Sayı No. 16-CA-8029A). [http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html.](http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html)

Uçar, A. H. (2018). *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları.* Uzmanlık Tezi,Akdeniz Üniversitesi,Tıp Fakültesi,Aile Hekimliği Anabilim Dalı,Antalya.

United States Department of Health and Human Services. (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress A Report of the Surgeon General. *A Report of the Surgeon General*, 1081.

Uysal, M. A., Kadakal, F., Karşidag, C., Bayram, N. G., Uysal, O., Yilmaz, V. (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve toraks*, *52*(2), 115–121.

Ün, B. (2018). *Farelerde Nikotin Yoksunluğunun Hipokampus ’ Taki Etkilerinin Davranışsal Ve Epigenetiksel Olarak İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi,Mersin Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Mersin.

Ünver, Z. (2019a). Sağlik DavranişlariDeğı̇ştı̇rı̇lmesı̇ndeTransteoretı̇k Model Kullanimi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, *2*, 218–228. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.643162>

Ünver, Z. (2019b). Sağlık Davranışlarının Değiştirilmesinde Transteoretik Model Kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. https://doi.org/10.33715/inonusaglik.643162

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, *38*(5–6), 216– 233.

Velioğlu, U., Sönmez, C. I. (2018). *Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi Relationship of Nicotine Dependence with Sociodemographic Characteristicsand Depression in The Patients Admitted to Smoking Cessa*. *45*, 35–41. https://doi.org/10.5798/dicletip.

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, *32*(8), 1018–1036. https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890

WHO. (2006). Addiction to Nicotine. Içinde *WHO* (ss. 137–150). https:/[/www.who.int/toba](http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_addictio)c[co/publications/gender/en\_tfi\_gender\_women\_addictio](http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_addictio) n\_nicotine.pdf adresinden erişildi.

WHO. (2014). *A guide for tobacco users*. <https://www.who.int/tobacco/> publications/smoking\_cessation/9789241506939/en adresinden erişildi.

WHO. (2016). *GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016*. 4–5. https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment. aspx?ID=3452.adresinden erişildi.

WHO. (2018). *Who global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition*. https:/[/www.who.int/tobac](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-)c[o/publications/surveillance/trends-](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-) tobacco-smoking-second-edition/en/ adresinden erişildi

WHO. (2019). *Diseases Caused By All Forms of Tobacco Diseases Caused By Tobacco Smoke*. 7000. https:/[/www.who.int/publi](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-19.1)c[ations/i/item/WHO-NMH-PND-19.1](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-19.1) adresinden erişildi.

WHO. (2019). *mpower: Offer help to quit tobacco use*. <http://www.who.int/tobacco/mpower/offer/en/>adresinden erişildi.

WHOb. (2019). *Offer help to quit tobacco use fresh and alive*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf adresinden erişildi.

Wittenberg, R. E., Wolfman, S. L., De Biasi, M., & Dani, J. A. (2020). Nicotinic acetylcholine receptors and nicotine addiction: A brief introduction. *Neuropharmacology*, *177*, 108256. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/ j.neuropharm.2020.108256

Woody, D., DeCristofaro, C., Carlton, B. G. (2008). Smoking cessation readiness: Are your patients ready to quit? Içinde *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00344.x

Yalçınkaya, M. (2019). *SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Herhangi Bir Nedenle Başvuran ve Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazır Olma Durumu ve Bununla İlişkili Faktörlerin Saptanması*. Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,İstanbul.

Yalçinkaya-Alkar, Ö., Karanci, A. N. (2007). What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? *Addictive Behaviors*, *32*(4), 836–849. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh>.

2006.06.023

Yaman, N. (2019). *Maden ı̇ şçı̇ lerı̇ nı̇ n sı̇ gara birakmaya yönelı̇ k davranişlari ve sı̇ gara birakmada sağlik ı̇ nanç modelı̇ ölçeğı̇ nı̇ n geçerlı̇ lı̇ k ve güvenı̇ lı̇ rlı̇ ğı̇* . Yüksek Lisans Tezi,Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Zonguldak.

Yang, T., Zhu, Z., Barnett, R., Zhang, W., Jiang, S. (2019). Tobacco Advertising, Anti- Tobacco Information Exposure, Environmental Smoking Restrictions, and Unassisted Smoking Cessation Among Chinese Male Smokers: A Population- Based Study. *American Journal of Men’s Health*, *13*(3). https://doi.org/10.1177/1557988319856152

Yangın İstatistikleri (2018) <http://www.yanginguvenlik.com.tr/yayin/797/gelismis-> ulkelerde-ve-turkiye-de-yangin-istatistikleri\_23649.html adresinden erişildi

Yasemin, G. (2019). *Sigara Bırakma Polikliniği’ne Başvuran Ve Bir Yıllık Süreçte Sigara Bırakma Tedavisi Başarısızlıkla Sonuçlanan Hastalarda Relaps Nedenleri.* Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği,Ankara.

Yaşar, Z., Kurt, Ö. K., Talay, F., Kargı, A. (2014). *Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız : Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler One-Year Follow up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic : Factors Affecting The Cessation of Smoking*. 99–104. https://doi.org/10.5152/ejp.2014.48295

Yeşilay. (2017). Sigara Vücudun Düşmanı. https://tbm.org.tr/media/1164/05\_yetiskin\_tutun.pdf adresinden erişildi.

Yılmaz, B. (2019). *Ankara eğitim ve araştırma hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,Ankara.

Yiğit, Ü., Öncü, E. (2019). *Çalışan Gençlerde Sigara , Alkol , Uyuşturucu / Uyarıcı Madde Kullanımı ve Risk Faktörleri Smoking , Alcohol , Drug Use and Risk Factors in Working Youth*. *6*, 49–66.

# EKLER

**Ek 1. Anket Formu (Görüşme) Formu**

**ANKET FORMU**

Yönerge: Bu çalışma Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniği’ne başvuran bir yıl sonra sigaraya bırakamayan bireylerin yeniden bırakmaya hazır olma durumu ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Abdülkadir Deniz’e(Tel: 05323019812, Mail: [kadirdenizi@hotmail.com](mailto:kadirdenizi@hotmail.com) [kadirdeniz0973](mailto:kadirdeniz0973@gmail.com) [@gmail.com](mailto:kadirdeniz0973@gmail.com) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 10 dakikadır. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Abdülkadir DENİZ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

**BÖLÜM 1: SİGARA İÇİYOR VE TEKRAR BIRAKMAYI DÜŞÜNÜYOR OLMA VE OLMAMA DURUMU**

1. Şu anda Sigara İçiyor musunuz?

Evet ( ) İse 2. sorudan devam ediniz. Hayır İse ( ) 18’inci soruya geçiniz.

1. Bırakmayı Tekrar Düşünüyor musunuz? Hayır Düşünmüyor ise ( ) 8. Sorudan devam ediniz.

Evet ( ) ise 3.sorudan devam ediniz.

1. Önümüzdeki bir ay içinde mi? ( )
2. Önümüzdeki altı ay içinde mi? ( )
3. Daha uzun sürede mi? ( )
4. Neden bırakmak istiyorsunuz? ( )
5. Covid-19 salgını bırakma isteğinizde etkili oldu mu? ( )
6. Fiknizi ne değiştirdi ………………………………….
7. Covid-19 salgını fikrinizi değiştirir mi? Evet ( ) Hayır ( )
8. Son bir yıl içinde sizi poliklinikten ya da bakanlıktan arayan oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( ) 11. Kaç kez ?...........

1. Son bir yıl içinde kontrol görüşmelerinize gittiniz mi? Evet ( ) Hayır gitmedim ( )
2. Kaç kez? …....
3. İlaçlarınızı düzenli kullandınız mı? Evet ( ) Hayır ( )
4. Ne kadar süre?..…..
5. Polikliniğe başvuru yapmış olmanızın katkısı oldu mu? Evet ( ) Hayır Olmadı ( )
6. Olduysa nasıl oldu? Olumlu ( )
7. Tek bir nefes bile mi içmiyorsunuz? ( )
8. Tek tük içtiğiniz oluyor mu? ( )
9. En son sigaranızı ne zaman içtiniz? .Altı aydan uzun ( ) Altı aydan kısa ( )
10. Sigara bırakma süreciniz ne kadar sürdü? .........................
11. Polikliniğe başvuru yapmış olmanızın katkısı oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )
12. Olduysa nasıl oldu? Olumlu ( )

24. Olmadıysa bırakmanızda ne etkili oldu?...........................................................................

1. Kilo değişimi yaşadınız mı? Evet ( ) Hayır ( )
2. Ne kadar? …..
3. İlaçlarınızı düzenli kullandınız mı? Evet ( )
4. Ne kadar süre Hayır ( )

**Ek 2. Poliklinik Anket (Görüşme) Formu**

**BÖLÜM 2: KİŞİSEL BİLGİLER**

OLGU NO: …………………………………

Tarih: Protokol No: Doğum Yeri ve Yılı:

Cinsiyeti:

Medeni Durumu:

Eğitim Durumu:

1- Okur/yazar değil [ ]2-Okur/yazar 3- İlkokul [ ] 4-Ortaokul [ ]

5- Lise [ ] 6-Üniversite [ ] İş:

Hassasiyet ve dikkat gerektiren bir iş mi? Hayır Evet

e-posta: Telefon Numarası:

*İletişim bilgileri, kontrol görüşmeleri için gerekmektedir.*

Başvuru nedeni: Doktor önerisi

Kendi isteği ile

Diğer

**BÖLÜM 3: SİGARA ANAMNEZİ**

Sigarayı ilk kez kaç yaşında içtiniz: …………………..

Sigaraya başlama nedeni:

1.Merak 2.Çevrenin psikolojik baskısı 3.Kendini ispatlama 4.Özenti

5.Yasağa tepki 6.Stres, üzüntü

7.Diğer: ……………

…

Şu anda günde içtiği sigara miktarı adet/gün

Sigara tüketimi paket -yıl

Sigara tipi ve markası: Sigara Açık tütün Diğer ……………………

Buraya gelmeden önce en son sigarayı ne zaman içtiniz ? Sigarayı bırakmayı isteme nedenleriniz:

1. Şu andaki hastalık 7.Toplum baskısı
2. İleride hastalanma korkusu 8.Utandığım için
3. Çevreme zarar veriyor 9.Kokusundan iğrendiğim için
4. Ekonomik nedenler 10.Doktor önerisi
5. İnançlarından dolayı 11. Çevreye iyi örnek olmak için
6. İşyeri baskısı 12.Diğer: …………………………

Daha önce bırakmayı denediniz mi? Hayır

Evet

ise

Kaç kez ? ………Son bırakmayı deneme tarihi: …………..

En uzun bırakabildiğiniz süre: ……………………………………..

Daha önce bırakmayı denediğinizde karşılaştığınız güçlükler nelerdir?

1. Sinirlilik 7.Kabızlık
2. Konsantrasyon bozukluğu 8.Baş ağrısı
3. Baş ve yüzde uyuşma 9.Zorluk yok
4. Uyku bozukluğu 10.İştah artışı
5. Dengesizlik 11.Ağız yaraları
6. Aşırı sigara içme isteği 12.Diğer

Profesyonel destek aldınız mı? Hayır Evet

(Aldıysanız) hangi yöntem ?

1.Farmakolojik (isim belirtiniz)………………………………………..

2.Akupunktur 3.Hipnoz 4.Psikiyatrik 5.Diğer

Evde sizden başka sigara içen var mı? HAYIR

EVET

İşyerinizde birlikte çalıştığınız kişiler sigara içiyor mu? HAYIR

EVET

Evinizde sigara içmeyen, içtiğiniz sigara dumanına maruz kalan kaç kişi var? İş yerinde günde yaklaşık kaç sigara içiyorsunuz?

Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz, hobileriniz nelerdir?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Alişkanlıklar ve BağımlılıklarYok Var

Alkol Miktarı ………………………….

Diğer Bağımlılıklar …………………………..

Sigara İçme isteğini artıran nedenler?

1.Çay 2.Yemekten sonra

3.Stres 4.Kahve

5.Alkol 6.Diğer

**BÖLÜM 4: SAĞLIK DURUMU**

Bu bölümde sağlık durumunuzun durum tespiti için değerlendirme yapılacaktır. Daha önce psikiyatrik tedavi aldınız mı? (ilaç, grup terapi,vb) HAYIR EVET Son iki haftadır kendinizi nasıl hissediyorsunuz? İYİ KÖTÜ ÖZGEÇMİŞ

Geçirdiği Hastalıklar :

Kullandığı İlaçlar :

Aşağıdaki yakınmalardan hangisi sizde mevcut?

Öksürük Balgam Efor kapasitesinde azalma Nefes darlığı Anksiyete Göğüs ağrısı

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nikotin Sakızı** | **Nikotin Bandı** | **Bupropion** | **Veraniklin** |
|  |  |  |  |
| Diş ve çene problemi | Bant alerjisi | Konvülsiyon eşiğini düşüren | Terminal Böbrek |
|  | Yaygın Deri Hastalığı | Ağır Hepatik Nekroz Siroz | Psikiatrik |
|  |  | Anoreksia Blumia | Epilepsi |
|  |  | SSS travma öyküsü,TM |  |
|  |  | MAO inh. Kullanma\* |  |
|  |  | Bipolar Hastalık |  |
| Aktif yada son bir ay içinde MI | |  |  |
| Gebe,emzirme durumu | |  | |
| **18 Yaş altı** | |  | |

**KONTRENDİKASYONLAR AÇISINDAN**

*\*MAO İnhibitörleri:* Aurorix,Edronax,Efexor,Faverin,İnsomin,Molrem Seroxat,Zestat

**SOY GEÇMİŞ**

*Lütfen ailenizde aşağıdaki rahatsızlıklardan herhangi biri varsa hangi akrabanızda olduğunu belirtiniz.*

|  |  |
| --- | --- |
| Diyabet : | Akciğer kanseri: |
| Enfarktüs: | Diğer kanserler: |
| Angina: | Kronik bronşit: |
| Hipertansiyon: | Peptik ulcus: |
| Hiperlipidemi: | Damar tıkanıklığı: |

**MUAYENE**

CO :………. COHb :………. Kg :………. TA :………./………./……….

**Ek 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Formu**

**BÖLÜM 5:NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ**

Aşağıda nikotinin fiziksel bağımlılığını sorgulayan 6 soruluk Fagerström Nikotin Bağımlılık Formu testi bulunmaktadır. Bağımlılık derecenize uygun puanları gösteren bölümleri işaretleyiniz**.**

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

DEĞERLENDİRME

|  |  |
| --- | --- |
| 0-2 | Çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı |
| 3-4 | Düşük düzeyde nikotin bağımlılığı |
| 5 | Orta düzeyde nikotin bağımlılığı |
| 6-7 | Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı |
| 8-10 | Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı |

**Ek 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği**

**BÖLÜM 6:ANKSİYETE DEPRESYON SKALASI**

Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtı işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.Kendimi gergin,”patlayacak gibi” hissediyorum.** | | **2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk** | |
| 3 | Çoğu zaman Birçok zaman  Zaman zaman bazen Hiçbir zaman | Aynı eskisi kadar Pek eskisi kadar değil  Yalnızca biraz eskisi kadar Neredeyse hiç eskisi kadar değil | 0 |
| 2 | 1 |
| 1 | 2 |
| 0 | 3 |
| **3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya** | | **4.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını** | |
| 3 | Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli Evet, ama çok da şiddetli değil  Biraz, ama beni endişelendiriyor Hayır hiç öyle değil | Her zaman olduğu kadar Şimdi pek o kadar değil Şimdi kesinlikle o kadar değil Artık hiç değil | 0 |
| 2 | 1 |
| 1 | 2 |
| 0 | 3 |
| **5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor** | | **6.Kendimi neşeli hissediyorum** |  |
| 3 | Çoğu zaman | Çoğu zaman | 0 |
| 2 | Birçok zaman | Bazen | 1 |
| 1 | Zaman, zaman ama çok sık değil | Sık değil | 2 |
| 0 | Yalnızca bazen | Hiçbir zaman | 3 |
| **7.Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek** | | **8. Kendimi sanki durgunlaşmış**  **gibi hissediyorum** |  |
| 0 | Kesinlikle Genellikle Sık değil  Hiçbir zaman | Hemen hemen her zaman Çok sık  Bazen  Hiçbir zaman | 3 |
| 1 | 2 |
| 2 | 1 |
| 3 | 0 |
| **9.Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe** | | **10.Dış görünüşüme ilgimi kaybettim** |  |
| 0 | Hiçbir zaman Bazen Oldukça sık Çok sık | Kesinlikle  Gerektiği kadar özen göstermiyorum Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum Her zamanki kadar özen gösteriyorum | 3 |
| 1 | 2 |
| 2 | 1 |
| 3 | 0 |
| **11.Kendimi sanki hep birşey yapmak** | | **12.Olacakları zevkle bekliyorum** |  |
| 3 | Gerçekten de çok fazla Oldukça fazla  Çok fazla değil  Hiç değil | Her zaman olduğu kadar  Her zamankinden biraz daha az Her zamankinden kesinlikle az Hemen hemen hiç | 0 |
| 2 | 1 |
| 1 | 2 |
| 0 | 3 |
| **13.Aniden panik duygusuna kapılıyorum.** | | **14.İyi bir kitap, televizyon ya da radyo** |  |
| 3 | Gerçekten de çok sık Oldukça sık  Çok sık değil Hiçbir zaman | Sıklıkla Bazen  Pek sık değil Çok seyrek | 0 |
| 2 | 1 |
| 1 | 2 |
| 0 | 3 |
|  | **TOPLAM PUAN** |  |  |

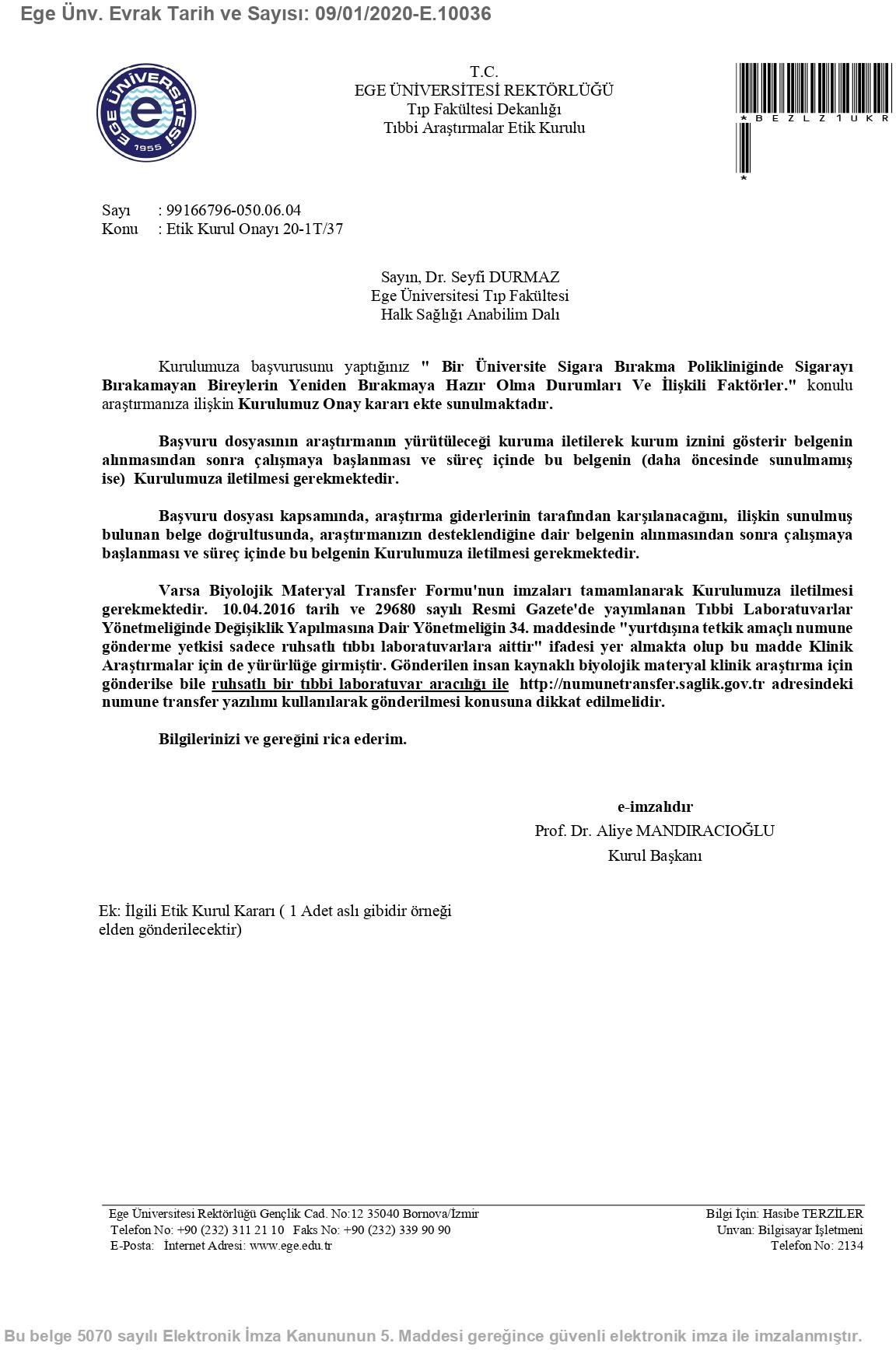
**Ek 5. İzlem Formu**

**8**

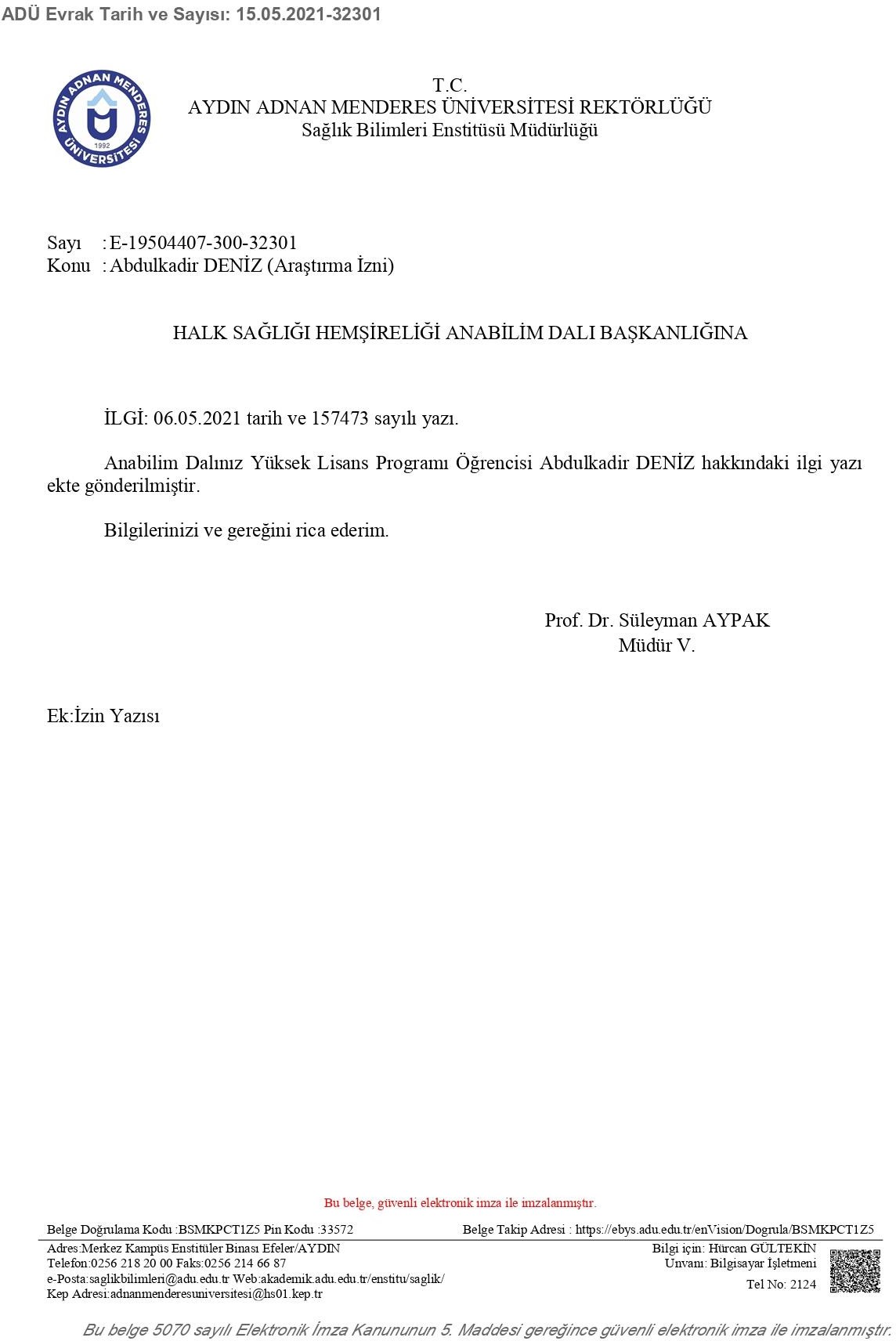
**BÖLÜM 7: SİGARAYI BIRAKMA SÜRECİ DEĞERLENDİRME**

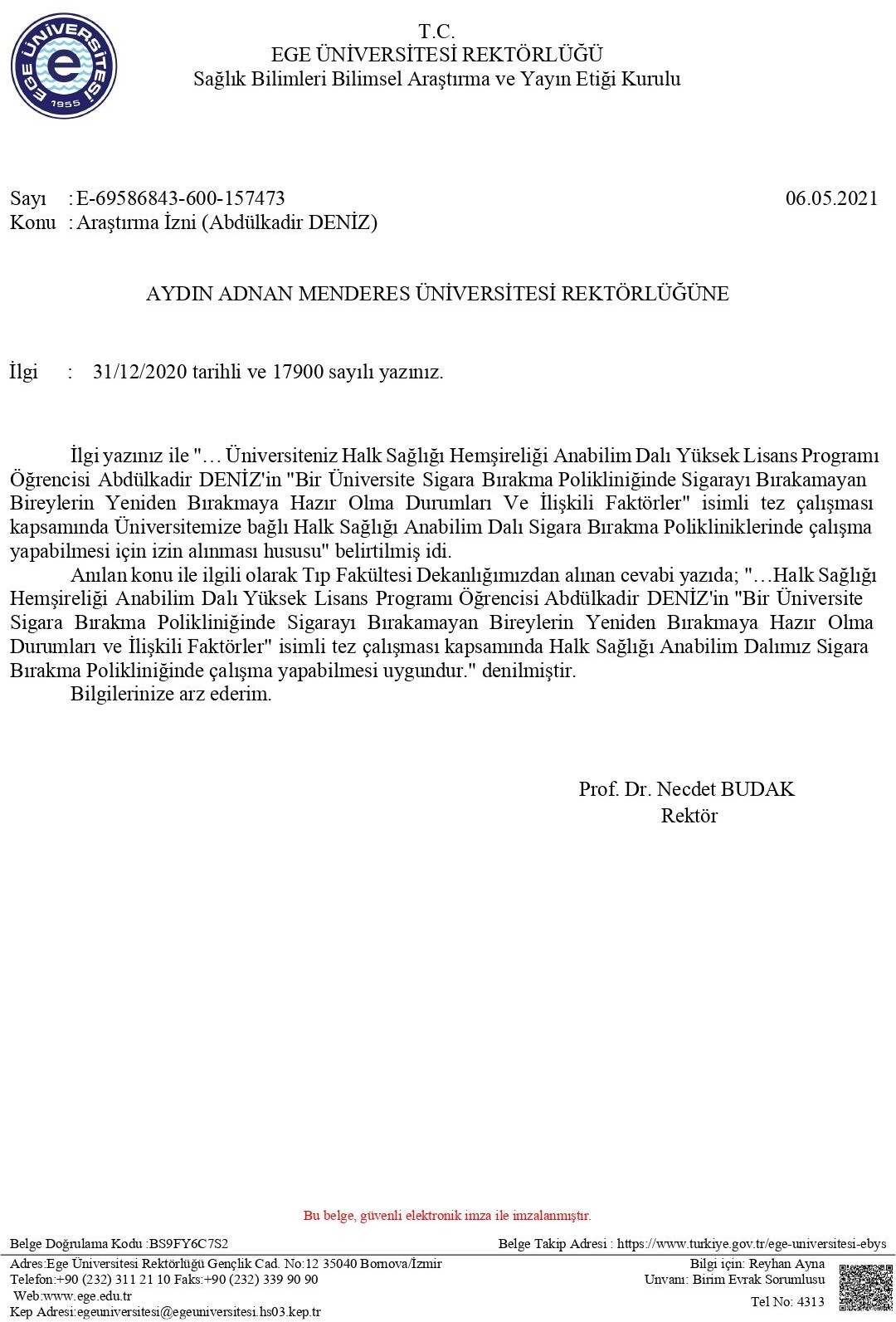
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OLGU NO:** |  | |
| **Tarih:** |  | |
| **Kontrol Şekli:** | Yüz yüze Telefon Diğer ………………… | |
| **Bırakma tarihi:** |  | |
|  | Varsa Güncellenen bırakma tarihi: | |
| **Bu sürede sigara içti mi?** | Hayır Evet | |
| **Evet ise son bir haftada** | 1-5 sigara 5’den fazla | |
|  | Nedeni: | |
|  | En son sigarayı zaman içti: | |
| **İlaç durumu:** |  | |
| **Kontrol muayene:** | Kilo: | |
| CO: | |
|  | COHb: | |
|  | TA: | |
| **Bir sonraki kontrol zamanı:** |  | |
| **Kontrol sonucu:** | Tedavi devam Tedavi değişti | |
|  | Varsa Eklenen tedavi: | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Yakınmalar** | | |
| **1.**Sinirlilik | **6.**Yorgunluk | **11.**Çarpıntı |
| **2.**Huzursuzluk | **7.**Anormal rüya görme | **12.**Kabızlık |
| **3.**Konsantrasyon zorluğu | **.**Depresif durum | **13.**Uykuya eğilim |
| **4.**Uykusuzluk | **9.**İştah artışı+kilo alma | **14.**Ağız yaraları |
| **5.**Endişe | **10.**Titreme | **15.**Diğer |

**Ek 6. Etik Kurul İzin Yazısı**



**Ek 7. Kurum İzin Yazısı**





**Ek 8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

|  |
| --- |
| **BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU** |
| **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**  Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. |
| **Bu çalışmanın adı ne?**  Bir üniversite sigara bırakma polikliniğinde sigarayı bırakamayan bireylerin yeniden bırakmaya hazır olma durumları ve ilişkili faktörler |
| **Bu çalışmanın amacı ne?**  Bir üniversite sigara bırakma polikliniğinde sigarayı bırakamayan bireylerin yeniden bırakmaya hazır  olma durumları ve ilişkili faktörleri belirlemek amaçlanmaktadır |
| **Size nasıl bir uygulama yapılacak?**  Sizinle, yapılacak olan telefon görüşmesinde 28 soruya yanıt vermeniz beklenecektir. |
| **Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Yok.** |
| **Ne kadar zamanınızı alacak?**  Sizden poliklinik görüşmesi için 45 dakika zaman ayırmış olmanız ve telefon görüşmesinde en faza on dakikalık zaman ayırmanız beklenecektir. |
| **Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır?**  En az 311 kişinin katılımı beklenmektedir. |
| **Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması)**  Yoktur. |
| **Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?**  Sizden telefon görüşmesinde 28 soruluk bir anketi yanıtlamanız istenecektir. |
| **Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak?**  Yok. |
| **Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?**  Yok |
| **Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?**  Hayır |
| **Eğer katılmak istemezseniz ne olur?**  Gönüllü olmazsanız problem yoktur. |
| Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?  **-** |
| **Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?**  Hayır |
| **Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?**  Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir. |
| **Bilgilerin gizliliği:** Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla  kullanılacaktır.Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. |
| **Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri Adı, soyadı:** Seyfi Durmaz  **Ulaşılabilir telefon numarası:** 533 7487292  **Görev yeri:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı |
| **Çalışmaya Katılma Onayı:**  Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren belgeleri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.  Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. | | | | |
|  | Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan  yetkin bir araştırmacının | | İMZASI |  |
| ADI & SOYADI |  |  |  |
| ADRESİ |  |
| TELEFONU |  |
| TARİH |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| ADRESİ |  |
| TELEFONU |  |
| TARİH |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| ADRESİ |  |
| TELEFONU |  |
| TARİH |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Bir Üniversite Sigara Bırakma Polikliniğinde Sigarayı Bırakamayan Bireylerin Yeniden Bırakmaya Hazır Olma Durumları ve İlişkili Faktörler” başlıklı Yüksek Lisans tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise hertürlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Abdülkadir DENİZ

…/…/20..

# ÖZ GEÇMİŞ

|  |  |
| --- | --- |
| **Soyadı, Adı** | : DENİZ, Abdülkadir |
| **Uyruk** | : T.C. |
| **Doğum yeri ve tarihi** | : Yunak / 27.02.1973 |
| **Telefon** | : 0 532 301 98 12 |
| **E-posta** | : [kadirdenizi@hotmail.com](mailto:kadirdenizi@hotmail.com) |
| **Yabancı dil** | : İngilizce |

## EĞİTİM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |
| Y. Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | - |
| Lisans | Erzurum Atatürk Üniversitesi | 2018 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Unvan** |
| 1992-1996 | Kastamonu Kaşçılar Sağlık Ocağı | Sağlık Memuru |
| 1996-1997 | Aydın/Nazilli Bayındır Sağlık Ocağı | Sağlık Memuru |
| 1997-2004 | Aydın/Kuşadası 2 No’lu Sağlık Ocağı | Sağlık Memuru |
| 2004-2008 | Aydın/ Kuşadası Sağlık Grup Başkanlığı | Hasta Hakları Birim Sor. |
| 2008-Halen | Aydın/Kuşadası Devlet Hastanesi Acil Servis | Sağlık Teknikeri |
| 2017 | Aydın/Söke Hemşirelik Yüksek Okulu | Öğretim Görevlisi  Görevlendirme |
| 2018 | Aydın/Söke Hemşirelik Yüksek Okulu | Öğretim Görevlisi  Görevlendirme |
| 2018-2019 | Aydın/Söke Hemşirelik Yüksek Okulu | Öğretim Görevlisi  Görevlendirme |

**AKADEMİK YAYINLAR**

**BİLDİRİLER**

**DenizAbdülkadir,** Özvurmaz Safiye. Aktif Yaşlanma 2.Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi,18.10.2019-19.10.2019.

**Deniz Abdülkadir,** Taşkıran Nihal. Hemşirelikte Mesleki Risk Faktörleri2.Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi,18.10.2019-19.10.2019.