**T.C.**
**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

# ANKSİYETE DUYARLILIĞININ NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ

**Dr. ŞEYDA ŞEN**
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DÜZCE**
**2018**

**T.C.**
**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

# ANKSİYETE DUYARLILIĞININ NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARA BIRAKMA BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ

**Dr. ŞEYDA ŞEN**
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**
**Yrd. Doç. Dr. Cemil Işık SÖNMEZ**

**DÜZCE**
**2018**

## ÖNSÖZ

Tıp Fakültesi ve Aile Hekimliği eğitimim boyunca; bilgi birikimi, hoşgörü ve deneyimlerini esirgemeyen, bana bugün sahip olduğum klinisyenlik ve hekimlik donanımımı kazandıran tüm hocalarıma, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız ve aynı zamanda tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Cemil Işık Sönmez'e, tez çalışmamda yardımını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali Sungur'a

Asistanlığım süresince destekleri ve samimi dostluklarıyla benim yanımda olan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum; Dr. Feyza Sarıgüzel, Dr. Osman Karakılıç, Dr. Usame Velioğlu, Dr. Elif Gülen Onur, Dr. Günnur Örenli Güneş, Dr. Zemze Özbey, Dr. Şennur Doğan, Dr. Tuğba Karamancı Aktaş ve Aile Hekimliği Anabilim Dalımızdaki diğer tüm asistan doktor arkadaşlarıma ve sekreterimiz Sultan Demir Odabaşı'ya içtenlikle teşekkür ederim.

Beraberken her şeyin anlamlı olduğu, yanımda olduklarını, destek ve gururlarını her zaman hissettiğim annem Habibe Şen'e, babam Üzeyir Şen'e, kardeşim Ayşe Hacer Şen'e ve ailemden ayrı düşünemeyeceğim Dr. Fatime Demir'e teşekkür ederim.

Dr. Şeyda ŞEN

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğe başvuran hastaların, anksiyete duyarlılık seviyelerinin; nikotin bağımlılığı ve sigara bırakma başarısıyla ilişkisini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem**: Bu retrospektif çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2017 – Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran 286 kişi dahil edildi. Sosyodermografik özellikleri, sigara kullanım düzeyleri, nikotin bağımlılık düzeyleri (FNBT skorları), Beck depresyon ölçeği ile ölçülen depresyon skorları dosyalardan taranan hastalara, Beck anksiyete ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ölçekleri yapıldı. Hastalara ulaşılarak sigara bırakma durumları ile ilgili güncel bilgi alındı.

**Bulgular:** Çalışmadaki hastaların -vizitlere gelmemeleri sebebi ile medikal tedaviye başlayamadıklarımız dahil- %19,58'i sigarayı bırakmıştı ve bırakma davranışını.en az altı aydır devam ettirmekteydi. Çalışmamızda anksiyete duyarlılığı ve özellikle fiziksel anksiyete duyarlılığı puan ortancaları, nikotin bağımlılığı yüksek ve orta olanlarda hafif olanlara göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0,001$ $p<0,001$). Sigara bırakmayanlarda anksiyete duyarlılığı ve tüm alt ölçeklerinin (fiziksel, bilişsel ve toplumsal anksiyete duyarlılığı) puan ortancaları, bırakmayanlardan anlamlı olarak yüksekti (her biri için $p<0.001$).

**Sonuç:** Anksiyete duyarlılığının sigara bırakma başarısının önünde bir engel olabileceği saptanmıştır. Aynı zamanda anksiyete duyarlılığı, nikotin bağımlılığının yüksek olması ile anlamlı olarak ilişkilidir. Anksiyete duyarlılığındaki artışla; anksiyete düzeyleri de anlamlı artış göstermiştir. Ayrıca anksiyete duyarlılığı depresyonla yakın ilişkilidir. Sigara bırakma hastalarının ilk gelişlerinden itibaren anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmeleri önemlidir. Sigara bırakmayı başarabilmeleri için anksiyete duyarlılığı yüksek bireyler daha yakından takip edilmelidir ve anksiyete duyarlılıklarının azaltılmasına yönelik tedaviler uygulanmalıdır.



**Anahtar Kelimeler**: Anksiyete duyarlılığı, sigara bırakma, nikotin bağımlılığı, depresyon, anksiyete

**ABSTRACT**

**Aim**: In this study,we aimed to research the relationship between anxiety sensitivty levels and nicotine dependence and smoking cessation in the patients whom applied to smoking cessation clinic.

**Method:** This retrospective study included 286 patients who applied to Düzce University Medical Faculty Family Medicine Smoking Cessation Policlinic between January 2017 and July 2017. Beck anxiety scale and Anxiety Sensitivity Index-3 were performed on the patients whose sociodemographic characteristics, smoking levels, nicotine dependence levels(FTND), depression scores- scaled with Beck depression scale- were all scanned from their files and also reached via contact informations on their files. The information about their actual quitting status was received.

**Results:** The rate of smoking cessation was 19.58%, including the cases in which the patients in the study did not come to the visits and medical treatment could not be started. In our study, anxiety sensitivity and especially physical anxiety sensitivity were found significantly effective at nicotine dependence( in order p=0,001, p<0,001). Anxiety sensitivity and all subgroups of sensitivity significantly complicated smoking cessation(p<0,001 for each).

**Conclusion:** Anxiety sensitivity has been determined as a potential obstacle to smoking cessation success. At the same time, anxiety sensitivity is significantly associated with high nicotine dependence. The effects of anxiety sensitivity on anxiety, depression, nicotine dependence and smoking cessation have been discussed. It is important that patients' assessment with an interdisciplinary approach from the first visit. Individuals with high anxiety sensitivity should be followed closely and cures should be made to reduce anxiety sensitivities in order to be able to quit smoking.

**Keywords:** Anxiety sensitivity, smoking cessation, nicotine addiction, depression, anxiety.

**İÇİNDEKİLER**

Sayfalar

ÖNSÖZ ..... **İİ**

ÖZET ..... **İ**

ABSTRACT ..... **İİ**

İÇİNDEKİLER ..... **İİİ**

KISALTMALAR ..... **V**

TABLOLAR ..... **Vİ**

EKLER ..... **Vİİ**

1. GİRİŞ VE AMAÇ ..... 1

2.GENEL BİLGİLER ..... 1

2.1.Sigara ..... 3
2.1.1. Tütün Kullanımı ..... 3
2.1.2. Sigara Epidemiyoloji ..... 6
2.1.3. Sigara Kullanımı ve Sağlık ..... 7
2.1.4. Nikotinin Farmakolojik Özellikleri ve Nikotin Bağımlılığı ..... 10
2.1.5. Tütün Kontrolü ve Sigara Bıraktırma Poliklinikleri ..... 13

2.2. Depresyon ..... 18
2.2.1.Tanım ..... 18
2.2.2. Epidemiyoloji ..... 18
2.2.3. Etiyoloji ..... 19
2.2.4. DSM 5'e Göre Depresyon Bozuklukları ..... 20

2.3.Anksiyete ..... 21
2.3.1. Tanım ..... 21
2.3.2. Anksiyeteyi Açıklayan Teoriler ..... 22
2.3.3. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Teoriler ..... 23
2.3.4. Anksiyete Belirtileri ..... 25

2.4. Anksiyete Duyarlılığı ..... 27
2.4.1.Tanım ..... 27
2.4.2. Etiyoloji ..... 28
2.4.3. Klinik ..... 28

3.GEREÇ VE YÖNTEM ..... 30

3.1. Katılımcılar ..... 30
3.2. Kullanılan Ölçekler ..... 30
3.3. İstatistiksel Değerlendirme ..... 32

4.BULGULAR ..... 33
4.1. Sosyodemografik Özellikler ..... 33
4.2. Sigara Bırakma Durumu ve Etkileyen Faktörler ..... 33
4.3. Nikotin Bğımlılığı Düzeyleri ..... 35
4.4. Beck Depresyon Düzeyleri ..... 38
4.5. Beck Anksiyete Düzeyleri ..... 40
4.6. ADI-3 Düzeyleri ve Korelasyonları ..... 42

5. TARTIŞMA ..... 46

6.SONUÇLAR ..... 58

7. KAYNAKLAR ..... 60

8. EKLER ..... 77
Ek 1: Etik Kurul Onayı ..... 77
Ek 2: Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 ..... 79
Ek 3: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ..... 80
Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği ..... 81
Ek 5: Beck Anksiyete Ölçeği ..... 82

**KISALTMALAR**

DSÖ**:** Dünya Sağlık Örgütü

GATS: Global Adult Tobacco Surveillance System

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

IgE: Immunoglobulin E

FEV-1: 1. Saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm

DSM-5: Diagnostik and statistical manual of mental disorders-5

(Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı son baskı)

LDL: Low Density Lipoprotein (Düşük yoğunluklu lipoprotein)

HDL: High Density Lipoprotein (Yüksek yoğunluklu lipoprotein)

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

SBP: Sigara Bırakma Poliklinikleri

PH: Power of hydrogen (Çözeltinin asit-baz ölçüm birimidir)

5-HT2: 5-hidroksitiriptamin 2 (Serotonin reseptörü2)

5-HT: 5-hidroksitiriptamin (Serotonin)

GH: Growth Hormon (Büyüme hormonu)

TRH: Thyrotropin Releasing Hormon (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)

GABA: Gamma Aminobütirik Asit

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography (Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi)

EEG: Elektroensefalografi

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

TAPDK: Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasa Düzenleme Kurulu

PİAR: Purchase request (PİAR çalışması genelde şirketlerin, ürünün satın alınma isteğini araştırdıkları çalışmalardır)

Mg: miligram

Kg: kilogram

**TABLOLAR**

Tablo 1: 5A/5D/5Ö Modeli

Tablo 2: 5R Modeli

Tablo 3: Psikanalitik Teori

Tablo 4: Bilişsel belirtiler

Tablo 5: Duygusal/davranışsal belirtiler

Tablo 6: Fizyolojik belirtiler

Tablo 7: Sosyodemografik özellikler ve bırakma durumları

Tablo 8: Bırakma durumunu etkileyen faktörler

Tablo 9: FNBT düzeyi ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

Tablo 10:FNBT düzeyi ile Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları ilişkisi

Tablo 11: FNBT düzeyi ile ADI-3 puanları arasındaki ilişki

Tablo 12: FNBT düzeyi ile sigara bırakma ilişkisi

Tablo 13: Beck depresyon düzeyi ve sosyodemografik özellikler

Tablo 14: Beck depresyon düzeyi ile FNBT puanları, Beck anksiyete puanları ve ADI-3 puanları arasındaki ilişki

Tablo 15: Beck anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Tablo 16: Beck anksiyete düzeyi ile FNBT puanları, Beck depresyon puanları ve ADI-3 puanları arasındaki ilişki

Tablo 17: Örneklemin ADI-3 puan ortancaları

Tablo 18: Cinsiyete göre ADI-3 puan ortancaları

Tablo 19: Medeni duruma göre ADI-3 puan ortancaları

Tablo 20: Eğitim durumuna göre ADI-3 puan ortancaları

Tablo 21: ADI-3 ile yaş, başlama yaşı, paket/yıl korelasyonları

Tablo 22: ADI-3 verilerinin istatistiksel anlam içeren korelasyonları

**EKLER:**

EK 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

EK 2. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3)

EK 3. Fagestrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği

EK 5. Beck Anksiyete Ölçeği

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kişilerin uyarılma ile ilişkili bedensel duyumlarına verdikleri yanıtlara bağlı olarak korkuyu deneyimlemeleri arasındaki farklılığı ortaya koyan uyarı-sonuç beklentisi ilişkisine anksiyete duyarlılığı denir (1). Anksiyete duyarlılığı ile ilgili çalışmalar; anksiyete ve ruhsal hastalıklar ile ilişkisini ortaya koymaya yönelik olsa da, madde ve maddenin kötüye kullanımı sorunlarında rol aldığı görüşü giderek artmaktadır (2, 3). Bu maddelerden önemli bir tanesi ise toplumda yaygın kullanımıyla bildiğimiz sigaradır.

Sigara içen kişilerde, olumsuz duygudurum ve duygudurum bozukluklarının, sigara bırakmada başarısızlık riskini artırdığı gösterilmiştir (4, 5). Bu nedenle, sigara bırakma sonuçlarını iyileştirmek için depresif belirtiler ve kaygı belirtilerini daha iyi anlamak hekimlere, klinik hedefler açısından yarar sağlayacaktır. Depresif belirtiler ve kaygı belirtilerini anlamak, belirtilere odaklanmaktan ziyade mevcut transdiyagnostik faktörleri tanımlamaktır (6, 7). Anksiyete duyarlılığı tam da bu belirtilerin gelişmesinde, sürdürülmesinde ve belirtilerin hastalık ortaya çıkarma riskini artırmasında rol alan bir transdiyagnostik faktördür. Endişe veren durumlara duyarlılıklar yani anksiyete duyarlılığı, birer bireysel farklılık olarak kabul edilmiştir (8-13).

Araştırmalara göre anksiyete duyarlılığının yüksek olmasının getirdiği negatif etkileri azaltmak için sigara içme, sigara içme nedenlerindendir. Sigara içenlerde de yüksek kaygı duyarlılığına sahip olanlarda sigara içilmesi, düşük anksiyete duyarlılığına sahip olanlara göre öznel olarak kaygılarını azaltmaktadır. Bazı çalışmalara göre de kaygı duyarlılığı yüksek olan bireyler bırakmayı daha zorlayıcı olarak algılarlar. Diğer çalışmalar, anksiyete duyarlılığının erken bırakma evrelerinde daha yoğun nikotin yoksunluğu çekilmesiyle ilişkili olabileceğini belirlemiştir. Yine erken dönemde kaçamakların görülmesi ve iki haftalık bırakma döneminden sonra relapsların görülmesi de anksiyete duyarlılığı yüksek olanlarda daha sık olarak gözlemlenmiştir. Anksiyete duyarlılığı ve sigara etkileri arasındaki bu ilişki; sigara içme miktarı, nikotin bağımlılığı, cinsiyet, eşzamanlı farklı madde kullanımı (alkol, esrar gibi), panik atak ya da trait benzeri negatif duygudurum eğilimi ile açıklanamayacak düzeyde anlamlı bulunmuştur.

Anksiyete duyarlılığı ve sigara bırakmada zorluk yaşanması arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar ışığında bırakma sonuçlarını iyileştirmek için anksiyete duyarlığını azaltmaya yönelik çalışmalar da yapılmıştır. Bu çalışmalara endişe duygudurum psikopatolojisinin önlenmesi için tütüne yönelik olmayan müdahale programları rehberlik etmektedir; bu programlar, psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılanma gibi unsurları içermektedir. Bu unsurlarla, kaygı eğilimli sigara içenler için sigarayı bırakma isteği uyandıran sigarayı bırakma programları oluşturulmuştur. Bu alandaki ilk araştırmada, 16 seanslık anksiyete duyarlılığı tedavisinin, anksiyete duyarlılığını başarıyla azalttığı ve sigara bırakma başarısını arttırdığı görülmüştür (13).

Sigara bırakma tedavilerini uygularken hekimlere yol gösterici, tedavileri kolaylaştırıcı, hasta takip düzenini belirleyici aksiyete duyarlılığı sigara kullanma ve bırakma ilişkisini gösteren bu çalışmaların ülkemizde ve sigara bırakma polikliniklerinde yapılması yenilikçi bir yaklaşım olacaktır. Biz de çalışmamızda bu hedeflerle yola çıkarak anksiyete duyarlılığının; nikotin bağımlılığı ve sigara bırakma başarısı üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sigara

### 2.1.1 Sigara ve Tütün Kullanımı

2.1.1.1.Tarihçe

Tütün tarımı, Amerika kıtasında milattan önce 6000'li yıllarda başlamıştır. Tarih kitaplarında geçen bir diğer bilgiye göre ise milattan önce 1500'lerde Maya'lara ait tarihi taşlar üstündeki resimlerde ve Kuzey Ohio'daki höyüklerde pipo resimleri ve tütünün çeşitli kullanma şekilleri görülmüştür. Bu şekillerden anlaşılan; lavman olarak, yaprakları çiğnenerek, tozunu yaraya sürerek tütünün kullanıldığıdır (14, 15).

Avrupa tütünle 1492'de tanışmıştır. Küba'ya ayak basan Christopher Columbus 15 Ekim 1492 tarihine ait anılarda Amerika kıtasında gezerken karşılaştığı tütünden bahseder. Yerlilerin tütün içerken kullandıkları saz borusuna "Tobacco" denirken Columbus, tütün bitkisinin isminden böyle bahsetmiştir. Tütün hakkında bilgilerin yer aldığı ilk kitap, 1505 yılında basılan Amerigo Vespucci'nin kaleme aldığı kitaptır. Vespucci kitabında, kendi gördüğü şeyleri anlatarak, yerlilerin tütünü kullanma şekillerini ve bunun tedavi için nasıl kullanılabileceğinin üstünde durmuştur. Romano Pane isminde bir piskopos da 1518'de tütün tohumunu, İspanya Kralı Charles Quint'e tanıtmıştır. Bu tarihten itibaren İspanya'da tütün tarımı başlamıştır (16).

Tütünün Avrupa'ya yayılımı ise daha ileri yıllarda 1559'dan itibarendir. Portekiz'deki Fransa elçisi Jean Nicot de Villemain'ın, migren ağrılarından muzdarip olan Fransa Kraliçesi Catherine de Medicis'in annesi için kraliçeye 1560 yılında tütün tohumunu göndermesiyle başlamıştır. Saray bahçesinde yetiştirilen tohumların çiçek açma vaktinden sonra, migren ve benzeri baş ağrılarını geçirdiği fark edilince, tütünün ilaç olarak da kullanılabileceği düşünülmüş ve kraliçenin kullanması halka örnek olmuştur. Tüm bunlar tütünün Avrupa'da yayılmasını hızlandırmıştır. "Elçi otu" denmeye başlanan tütüne, kraliçenin ilgisi sebebiyle "Kraliçe otu" adı verilmiştir. Sonraları ise Jean Nicot'un gösterdiği ilgiden dolayı adı "Nicotinia" olmuş ve 1828'de keşfedilen en etkin alkoloidine "Nicotin" adı verilmiştir (15, 17).

Tütün hakkında teorik bilgi bakımından ilk büyük kapsamlı çalışma, İspanya Kraliyet Doktoru Monardes tarafından yazılan "Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi" isimli kitapta yer bulmuştur. Amerika'ya seyahat eden Avrupalıların anlattıklarına ve Francisco Hernandez'in düzenlediği raporlara dayandırılarak hazırlanan kitap, 1571 yılında basılmıştır. Kitapta bir bölüm yalnızca tütüne ayrılmıştır. Bölümde tütünün yetiştirilmesi ve kullanım şekillerinden bahsedilmiş; diş ağrısından kansere çok sayıda şikayete yararlı olduğu belirtilmiştir. Ticari tütünün ilk yetiştirilmesi 1612'de Virginia'da hayata geçirilmiş ve ilk tütün ihracatı buradan Londra'ya 1619'da olmuştur. Amerika kıtasında 1862 yılında sigaraya ilk kez vergi uygulanmıştır. 1881'de ise Amerika Birleşik Devletleri'nde sigara üretim makinesi ilk kez üretilmiş ve kullanılmıştır (18).

Osmanlıda tütün içimi 1500'lerde Mısır'da başlamıştır. Kırım Savaşı'nda, 1853-1856 tarihleri arasında, Osmanlı askerleri Fransız ve İngilizlerin, kıyılmış tütünü kağıda sarıp sigara şekline getirdiklerini ve öyle içtiklerini görüp benimsemişlerdir (14).

2.1.1.2. İçerik

Tütün bir bitkidir. Küçük organik ve inorganik moleküllerden biyopolimerlere kadar değişen yaklaşık 3800 bileşenden oluşur (19). Tütün dumanında ise 4800 farklı madde belirlenmiştir (20). Bu maddelerdan kanser oluşumuna sebep açtığı kanıtlananlar: Radon-222 ve radyoaktif bileşikleri, kadminyum, benzen, vinil kloriddir. Riski artıranlar ve daha az sebep olanlar: Propilen oksit, asetaldehit, aromatik aminler, : N-Nitrozodietilamin, benzoapiren, N-Nitrozodimetilamin, vinil asetat, azotlu hardallardır (21). Element olarak söylemek gerekirse dumanında radon, rutenyum, strontiyum, sezyum gibi çok sayıda radyoaktif izotop bulunmaktadır. Tümöral oluşuma da bu elementlerden katkı veren esas radon ve radyumun alfa ışıması yapan radyoaktif izotoplarıdır (22). Tütündeki kimyasalların miktarı bitkinin çeşidine göre farklılıklar gösterir. Tütünün yaprağı selüloz, lignin, pentosanlar, pektinler, polifenoller, fenolik asitler ve fenolik asit türevleri, okzalik asit, sitrik asit, malik asit, proteinler, aminoasitler, amitler, amonyak, nitrat bileşikleri, alkoloidler, şekerler, nişasta, dekstrin içerir (22-24). İçerdiği 60 kadar fenol hücre yapısında bulunan fenollerdir ve bunlar yandığında

zararlı olan serbest fenoller oluşur (25). Fakat esas toksik etki alkoloidlerle oluşur (26). Bu alkoloidlerin yüzde doksan beşini hepimizin bildiği nikotin alkoloidi oluşturur. Kalan oran ise nikotein, nornikotin, nikotoin, nikotellin, nikotemin, izonikotin, nikotyrin, kotinin, anabazin, nikotin N-oksit ve myosamidden oluşmaktır (25, 27). Alkoloidlerin miktarını da tütünün hasat şekli, kurutma şekli, filiz kırma ve tepe kırma işlemlerinin uygulanması değiştirir. Alkoloidlerin düzeyleri sabahtan akşama kadar artar; gece ise düşer (25).

En fazla bulunan elementlerse kalsiyum, potasyum, magnezyum, sodyum, demir, fosfor, silisyum, kükürt ve klordur (22). İçerdiği organik asitler oksalik asit, malik asit ve sitrik asit yapısındadır. Az oranda da süksinat, glikolik asit, malonik asit, pruvat, fumarat yapısındadır. Bitkinin yaprağındaki tüysü çıkıntılar; reçineler, uçucu yağlar, parafinler, mumlar ve benzer yağ asitleri gibi maddeler salgılar. Yapraktaki yeşil rengi oluşturan pigmentler de yanınca zararlı hale gelen steroller içerir. Yeşil yaprağın klorofili, sararmış yaprağın karotini, ksantofili vardır. Bu pigmentler ise tütünde bahsedilen sert içim ve yumuşak içimi belirler. Genelde açık renkte tütün yumuşak içimlidir, koyu renkte tütün sert içimlidir. Sigara üretimi için de açık renkte tütün kullanılırken; puro, pipo ve enfiye için tütün koyu renkte olanlardan seçilir (25).

2.1.1.3. Kullanım şekilleri

Tütünün çiğneyerek veya dumanını soluyarak kullanımını sağlayacak çeşitleri vardır. Çiğneme preparatları ülkemizde bulunmamaktadır. Maraş otu denen tütün ürününün çiğnenmesi esasına dayanır ve maden gibi duman ve ateş istenmeyen yerlerde daha sık kullanılır. Sigara en sık kullanım şeklidir. Sigaranın da aromalandırma, kokulandırma gibi işlemlerden geçirilerek sunulan çeşitleri vardır. Bu aroma ve koku katılan sigaralardaki toksik maddelerin zararları konusunda aromasız sigaralardan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Purolar ise sigaraya benzer paketlenme sarılma işlemi yapılan tütünlerden oluşur. Fakat tütün çeşidi farklıdır ve nikotin oranı sigaraya nazaran daha yüksektir (21).

Hindistan menşeili nargile de Osmanlı döneminde ülkemize gelmiş olup içinde kullanılan tütün ürününe tömbeki denir ve Türkiye'de üretimi mevcuttur.

Nargile sisteminde tütün dumanı su içinden geçirilerek soğuk buhar olarak inhale edilir (28).

Tütünün toz haline getirip burundan çekme yöntemi de enfiye olarak kullanımıdır. Çeşit sayısı 250'yi aşkındır. Pipo ise pipo adı verilen ucunda tütün yakılarak dumanı inhale etme prensibine dayalı bir kullanımdır. Türkiye'de mevcuttur. Tütün tütsü olarak da yakılabilir (29).

Tohumlarından yağ üretimi yapılabilir. Çiçeklerinden kolonya üretimi yapılmaktadır. Yerine koyma tedavilerinde de kullandığımız nikotin preparatları için gereken nikotin de tütün yapraklarından elde edilir (30).

### 2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi

Sigara bağımlılığı, kullanımının yasal, temininin kolay olması sebebiyle en sık görülen bağımlılıktır (14). Sigaranın bağımlılık gücünü ise bir kez içen her dört kişiden üçünün, içmeye devam etmesi göstermektedir (31). Dünyadaki 15 yaş üstü nüfusun %22'si sigara kullanmaktadır. Bu bilgiye göre yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara kullanmaktadır. 1,1 milyar kişinin yaklaşık 800 milyonu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (32). Mevcut tüketicilerin ise yaklaşık 6 trilyon sigara tüketmeleri bekleniyor. Bununla beraber diğer tütün biçimlerinin sayısı net tutulamamaktadır. Örneğin sadece Hindistan'da 700 milyar 'bidis' ismi verilen bir tür elle çekilen filtresiz sigara kullanılıyor (33). Türkiye'den Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne bildirilen 2010 verilerine göre ise Türkiye'deki sigara kullanımı %30,5 oranındadır. Kadınlar bu orana %16,3 ile; erkekler ise %44,7 ile katkı sağlamaktadır (34). 2012'de Türkiye'de yapılan kapsamlı çalışmanın sonucunda ise bu oranlar değişiklik göstermiştir. Tüm erişkinlerde %27,1; kadınlarda %13,1; erkeklerde %41,5 olan sigara kullanımı oranları yayınlanmıştır ve aynı çalışmada ülkemizde sigara başlama yalının 13-17 aralığında olduğu belirtilmiştir (35). Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'da başlanan çalışmaya göre, kadınların %18,9'u, erkeklerin %59,4'ü sigara içmektedir. Yine bu çalışmaya göre 2000'deki taramalarda erkek cinsiyetinde sigara içme sıklığı %11 oranında azalmışken özellikle gençlerde olmak üzere, kadın cinsiyetinde bu oranın arttığı görülmüştür (36, 37). Tüm bu araştırmalar ve oranlar gösteriyor ki 90'lı yıllardan bu yana Türkiye'de sigara tüketimi azalan bir grafik sergilemiştir.

Dünyada tütün kullanmak ve tütüne maruz kalmak sebebiyle yılda yaklaşık 6 milyon kişi ölüyor ve bu sayı, tüm kadın ölümlerinin %6'sı; erkek ölümlerinin ise %12'sini kapsıyor. Bu da her on saniyede bir insanın ölümü demek oluyor(38). Bu sayının yaklaşık 600 bin kadarı tütün kullanmayan sadece tütüne maruz kalan kişilerdir (39). Yıllık tütünle ilişkili ölümlerin 2020 yılına kadar 7,5 milyona yükselmesi beklenmektedir ve bu sayı yıllık ölümlerin yaklaşık %10'una tekabül etmektedir (40). Bunların büyük çoğunluğunun da gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (41). DSÖ'nün farklı bölgelerde yürüttüğü çalışmaların sonuçlarına göre GATS(Global Adult Tobacco Surveillance System) ile tütün kullanımı her yıl güncellenir.

Erkeklerde ve gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı giderek azalmaktadır (41). Gelişmiş ülkelerdeki bu başarıyı sağlayan uygulanan sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalardır. Bu kısıtlamalarla karşı karşıya kalan dev sigara şirketleri yeni pazar arayışı için üçüncü dünya ülkelerine yönelmekte ve bu ülkelerin tütünle mücadelesini zorlaştırmaktadır (42, 43).

### 2.1.3. Tütün Kullanımı ve Sağlık

Sigara içenler, hiç içmeyenler ve içmeyi bırakanlara göre yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir. Akut ve kronik rahatsızlıklara daha fazla yakalanır ve 20-25 yıl daha kısa yaşarlar. Sigara, direkt ölümle sonuçlanmayan 50 farklı kronik hastalıkla ilişkilendirilmiştir (21).

Sigara tüm solunum yollarında sebep olduğu irritasyonla patofizyolojik değişikliklere yol açar. Epitel yapıda değişiklikler, vasküler intimal tabakada kalınlaşmalar, alveoler hasar, peribronşiyal inflamasyon, peribroşiyal fibrozis bu değişikliklerdendir. Solunum epitel yapısında yol açtığı değişiklikler siliyer kayıp, permeabilite artışı, müköz bez hipertrofisi, goblet hücrelerinde artıştır. Proteolitik ve anti-proteolitik dengesizlik ve bronş aşırı duyarlılığına da yol açtığı gösterilmiştir. Öksürük(özellikle kronik öksürük), hırıltı, dispne, postnazal akıntı, balgam gibi solunum yakınmalarının sebebi de doz-yanıt ilişkili bir şekilde olmak üzere işte bu gerçekleşen değişimlerdir (21).

Sigara kullananlarda, KOAH (kronik obstruktif akciğer hastalığı) riskinin en önemli göstergelerinden olan 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volum yani FEV1

değerleri daha düşüktür. FEV1 azalma hızı da fazladır. Sigara içimi ve KOAH arasında da doz-yanıt ilişkisi vardır. Pamuk tozu, tahıl tozu, kömür, silikaya ek olarak sigaraya maruz kalmak da KOAH riskini daha fazla artırır. İşyerinde platin ve nemli ortamdan kaynaklı antijenlere maruz kalanlarda IgE (immunoglobulin E) antikorlarının miktarını ve astım gelişme riskini de arttırır. Mesleki hastalıklara bağlı akciğer kanseri gelişiminde önemli rolü vardır. Çünkü asbest, radon, aromatik aminler, silika, arsenik gibi akciğeri harap edici solunum yolu ile alınan maddelere maruz kalanlarda da sigara, kanser gelişme riskini sinerjistik olarak artırır. Tüm bunlar sigaranın meslek hastalıklarının ortaya çıkma oranlarını artırdığını gösterir (21).

Sigara içimi ile sıkı ilişkisi olan akciğer kanseri; sigara içmeyi bırakma ile önlenebilir bir hastalıktır. Dünyada sigaraya karşı hareket etme gerekliliğinin başlaması ve büyümesinin sebebi de sigaranın akciğer kanserine sebep olmasıdır (44). Bu ilişki ilk kez 1964 yılında "The Reports of Surgeon General" in yayınlanması ile ortaya konmuştur. 1970 ve 1980 yıllarında ise bu raporlarda pasif içiciliğin de zararları yayınlanmaya başladı (45).

Sigara miyokartta akut ve kronik hasara sebep olur. Oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan akım miktarını azaltarak miyokarda oksijen sunumunu azaltır ve miyokard iskemisine sebep olur. Trombosit adezyonu ve agregasyonuna sebep olur. Koroner arterlerde spazma sebep olur. Ventriküler fibrilasyon ve diğer disritmilerin eşik değerini azaltarak ani ölümlere sebebiyet verebilir. Tekrarlayan endotel hasarı yaparak koroner ateroskleroza sebep olur, düz kas proliferasyonunu stimüle eder, LDL (düşük dansiteli lipoprotein) kolesterolü arttırırken HDL (yüksek dansiteli lipoprotein) kolesterolü ise azaltır. Birçok prospektif çalışmaya dayanarak sigara kullananların kardiyak açıdan daha yüksek riske sahip olduğu durumlar; miyokart enfarktüsü, tekrarlayıcı miyokart enfarktüsleri, koroner arter hastalığı kaynaklı ani ölüm olarak sınıflanabilir. Koroner arter hastalığının insidansları 2 ile 4 kat arasında artış göstermiştir. Koroner arter hastalığına bağlı ölüm riski ise sigara içerkenki inhalasyon derinliği, günde içilen miktar, başlama yaşı ve içilen toplam yıl sayısı ile ilişkilidir. Sigara içimi koroner arter hastalıklarının risk faktörlerinden olan hiperkolesterolemi ve diyabet hastalıklarını da yüksek oranda etkilemektedir (21).

Sigara ağızda kanser oluşumu, özefagus kanserleri, kolorektal kanserler ve pankreas kanserleri için risk faktörüdür. Örneğin, pankreas kanserinde risk sigara içenlerde 2 kat daha yüksektir. Mide ülseri, duodenal ülser ve Crohn hastalığı gibi sindirim sistemi hastalıklarının gelişme riski de sigara içenlerde artar. Sigara içmeyi bırakanlarda bu hastalıkların prognozu düzelme göstermektedir. Ülseratif kolit hastalığında ise çok ender bir duruma rastlanmaktadır; sigara içen hastalarda daha az görülür (21).

Sigara içmenin arteriyosklerotik etkilerine bağlı olarak serebrovasküler hastalıkların sıklığında artış olur (46). Yaşlanmayla sıklığı artan diğer bir nörolojik hastalıklardan olan Alzheimer hastalığının oluşumunda eski bilgilere göre sigara içiminin koruyucu olduğu düşünülmüştür. Uzun süreli, kapsamlı izlem çalışmalarında sigaranın herhangi bir koruyuculuğu olmadığı, demans sıklığını artırdığı görülmüş ve algılama fonksiyonlarındaki yaşa bağlı kaybın sigara içenlerde daha fazla olduğu ortaya konmuştur (47).

Plasentadan geçen nikotinin uterin ve umblikal arter kan akımını azaltarak fetüsün oksijenlenmesinin bozulmasına, asit-baz dengesinin bozulmasına, sonuç olarak arter basıncı ve fetal kalp hızı artışına sebep olduğu hayvan çalışmalarında gösterilmiştir. Plasentadan fetal dolaşıma karbon monoksit geçer ve fetus hemoglobinine bağlanarak karboksihemoglobine dönüşerek yetersiz oksijenlenmeye sebep olur. Yetersiz oksijenlenme nedeniyle gebeliklerinde sigara içen kadınların bebekleri düşük doğum ağırlıklıdır. Spontan abortus, plasenta previa, plasental membranların yırtılması, prematürite, perinatal ve neonatal mortalitede de artış görülür (48). Pasif içicilik infantlarda ani ölüme sebep olurken yılda 600 bini geçen sayıda prematür bebeğin ölümüne de sebep olmaktadır. Örneğin ülkemizde Sivas ilinde yapılan bir çalışmaya göre; düşük doğum ağırlığı görülme oranı, gebelik esnasında sigara içen annelerin bebeklerinde %12 oranında, gebelik esnasında bırakan annelerin bebeklerinde %9, gebelikte hiç içmemiş olan annelerin bebeklerinde %4 olarak bulunmuştur (49). Sigara kullanımı kadınlarda erken menopoz(ortalama 1-2 yıl), dismenore, amenore, adet düzensizliği ve infertilite görülme sıklığında artışa sebep olur (33, 50). Erken menopozun sigara içen kadınlarda postmenopozal osteoporoz sıklığının daha yüksek olması gibi birçok problemde rolü vardır (47). Öte yandan sigara kadınlarda sık görülen kanserlerden

serviks kanserinin de riskini artırır. Human Papilloma Virus enfeksiyonu serviks kanseri risk faktörlerinin ilk sırasındadır çünkü neredeyse tüm vakalarda bu enfeksiyon pozitif bulunur. Sigara içmek serviks kanseri için bu enfeksiyondan sonra en önemli risk faktörü olma özelliği taşımakta ve Human Papilloma Virusun serviks kanseri ilişkisinde etki artışına sebep olmaktadır. Sigara içmek Human Papilloma Virus pozitif kadınlarda ise bu riski 2 ile 3 kat arasında arttırır. Pasif içici olanlarda malesef durum pek değişmemekte ve risk artmaktadır (51).

Sigara içenlerde glokom, yaşa bağlı makula dejenerasyonu, katarakt ve Graves hastalığına bağlı oftalmopati görülme sıklıkları artmaktadır. Sigaranın göz sağlığı üzerine olan zararının sigara kullanımının yol açtığı oksidatif stres ve immünolojik mekanizmaların tetiklenmesi ile gerçekleştiği düşünülmektedir (52, 53). Sigara içmek hücresel ve humoral bağışıklığı bozar. İnflamatuvar öncüsü sitokinleri uyarır, anti-inflamatuvar sitokinlerinse düzeyini düşürür. IgE konsantrasyonlarını arttırır. Bununla ilişkili olarak sigara içenlerde başta astım olmak üzere, romatoid artrit, Crohn hastalığı, tiroid bezinin Graves hastalığı ve buna bağlı oftalmopati, Goodpasture sendromu, sistemik lupus eritematozis, multiple sklerozis, sistemik sklerozis, Burger hastalığı, fibromiyalji, primer bilier siroz gibi birçok otoimmün hastalığın görülme riski daha yüksektir. Sigaranın bu hastalıklardaki rolü sadece hastalığın gelişimine sebep olmak değil hastalığın şiddetini de tetiklemektir (54).

### 2.1.4. Nikotinin Farmakolojik Özellikleri ve Nikotin Bağımlılığı

Nikotin tütünün ana alkaloididir ve bağımlılık potansiyelinden sorumludur (55). Nikotin lipofilik bir madde olduğundan hücre membranlarından kolayca absorbe edilir. İnhale nikotin (ör: sigara dumanı) sistemik dolaşım yerine pulmoner yoldan hızla absorbe edildiği için de beyne 10-20 saniye arası bir sürede ulaşır. PH'sı 7,9 olduğundan asidik ortamda iyonlaşmış haldedir ve membranları kolayca geçebilir. Bukkal mukozadan emilimi azdır bu yüzden çiğneme tütünleri ve çiğnenmeye dayalı nikotin preparatlarında etki azdır. Yutulduktan sonra ise barsak emilimi olur ve portal venöz dolaşıma katılarak karaciğerde metabolize edilir. Biyoyarlanımı %30'lara düşer. Bu sebeplerden nikotinin bu formları tedavi için verildiğinde ek bir tedavi önerilir (56). Hepatik ekstraksiyonu %60-70 olan nikotinin

vücuttan atılması hepatik kan akımı ile de ilgilidir. Bu yüzden akımı değiştiren; egzersiz, postür, yemek, ilaçlar nikotin atılımı üzerine etkilidir. Yemeğin kan akımına etkisi de yaklaşık yarım saat sonra başlar (57).

Alveoler kılcal yüzeyler çok geniştir ve her dakika vücudun tüm kan hacmi buradan geçiş yapar. Dolayısıyla maksimum ve hızlı absorbsiyon söz konusudur. İnhalasyon süresi ve derinliği gibi birçok sebebe dayalı olarak sigara başına emilen nikotin miktarı 0,4 mg (miligram)-1,6 mg arasında değişiklik gösterir ortalama 1 miligramdır (58). Vücutta maksimum dağılımı ise 2,6 litre/kg (kilogram)dir. Yirmi ile otuz dakika arasında özellikle kas sistemi olmak üzere tüm vücuda dağılır. Beyindeki konsantrasyonu ise maruz kalırken ve maruziyetin sonunda maksimum düzeydedir, sonrasında düşüşe geçer (59). Elminasyon süresi ortalama iki saatken kanda 6-8 saat kalır (60). Farmakokinetik parametrelere göre 16 saat boyunca sigara içen bir kişinin gece boyunca nikotin seviyesi düşer ve bu yoksunlukla uyanırlar (55).

Nikotin beyine ulaştıktan sonra dopaminerjik etkileri başlar. Ventral tegmental alan ve burada yer alan akumbens çekirdekteki nikotinik reseprörlere bağlanarak bu etkiyi yaparlar. Akumbens çekirdekte nikotinle indüklenen uyuşturucu kullanma davranışına benzer bir etki oluşur. Başta oluşan ödül ve keyif algısı nikotin yokluğunda yoksunluk algısı burada oluşur (61). Tabi bu etkiler sadece nikotine bağlı değil dumandaki diğer bileşikler, koku, ısı, görme, dumanın da katkısı olan etkilerdir (62).

Nikotin, oluşturduğu psikoaktif etkiler, koşullanma davranışı, sigarayla bunu kolay ve hızlı elde etmesi, genetik temeller ve esas olarak nöroadaptif değişiklikler ile bağımlığı da beraberinde getirir ve sürdürür (63).

DSM-5 (Diagnostik and statistical manual of mental disorders-5)'te belirtilen tütün kullanım bozukluğunda; on iki aylık süre içerisinde aşağıda belirtilen örüntüden en az iki madde ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı veya işlevsellikte bozulma yapan tütün kullanımı vardır.

1. Çoğu kez istenenden büyük ölçüde veya daha uzun süreli tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak veya denetim altında tutmak için sürekli bir istek ve sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Tütünün etkilerinin neden olduğu veya alevlendirdiği sürekli veya yineleyici, toplumsal veya kişiler arası sorunlar olmasına rağmen kullanımı sürdürme.
5. Tütün kullanmaya içinin gitmesi veya kullanmak için büyük istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme.
6. Tütün kullanımından ötürü önemli toplumsal, işle ilgili etkinliklerin bırakılması veya azaltılması.
7. İşte, okulda, veya evdeki konumu gereği yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda, yerlerde tütün kullanma.
9. Büyük olasılıkla tütünün neden olduğu yada alevlendirdiği sürekli veya yineleyici bedensel veya ruhsal olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürme.
10. a. İstenen etkiyi sağlamak için belirgin ölçüde artan tütün kullanma gereksinimi

    b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

    a veya b' ye tolerans gelişmesi
11. a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu

    b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için tütün alma

    a veya b nin olması

En az iki hafta, her gün tütün kullananlarda tütünün bırakılmasından sonraki 24 saat içinde dört veya daha fazla bulgu görülmesine tütün yoksunluğu diyebiliriz.

1. Kolay kızma, öfkelenme
2. Yeme isteğinde artma
3. Odaklanma güçlüğü
4. Bunaltı
5. Uykusuzluk
6. Huzursuzluk

7. Çökkün duygudurum

Yoksunluk belirtileri nikotin çekilmesine bağlıdır. İlk 24 saatte başlar ve 2-3 günde maksimum düzeye ulaşır, 2-3 hafta devam eder. Depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, hiperaktivite bozukluğu olanlarda yoksunluk daha şiddetli görülür (64).Nikotin bağımlılık düzeyini ölçtüğümüz bazı testler vardır. Bunlardan Türkçe geçerlilik çalışması yapılmış, en sık kullanılanı ise FNBT (Fagestrom nikotin bağımlılık testi)'dir (65).

### 2.1.5. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Poliklinikleri

Tütün kontrolünün hedefleri tütün kullanımını azaltmaya ve yok etmeye yöneliktir. Kullanmayanlarınsa maruziyetini engelleyerek ve tütüne başlamalarını önleyerek bu hedeflere hizmet eder. Yani, tütün kaynaklı meydana gelebilecek tüm hasarlara göğüs geren stratejilerle toplum sağlığını korumaya çalışmaktır. DSÖ, tütünün zararlarıyla ilgili ilk bildiriyi 1970 tarihinde yayınlamıştır. Sigara endüstrisinin genç erişkinleri hedef alıp, gençlerin sosyal aktivitelerine ve hayatlarına sigarayı sokma çabası etkili olmuştur (66).

Tütün ekimi, sigara üretimi ve içeriği, kaçakçılığın engellenmesi, ürünlerin fiyatlandırılması, pasif içiciliğin engellenmesi, çocuklara satışın yasaklanması, reklam ve sponsorluk konularını içeren "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi", Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan ve hemen hemen tüm dünyada hayata geçen bir protokoldür. İki bin bir tarihinde hazırlıklarına başlanan sözleşme 2003'te oy birliği sağlanmış, kabul edilmiştir. 168 ülkenin bakanları da imzalamıştır ve içeriği özetle şöyledir:

- Tütün ve sigara firmalarının reklam ve sponsorluklarının yasaklanması
- Sigara paketlerine uyarı yazısı, sigara zararları ile ilgili dikkat çeken resimler eklenmesi; resimlerin büyüklüğünün, paket boyutunun en az %30'unu kapsayacak düzeyde tutulması
- Tütün kaçakçılığının engellenmesi
- Sigaradan alınan vergilerin arttırılması
- Sigara fiyatlarının arttırılması
- Çevresel sigara dumanından etkilenmenin önüne geçilmesi (67).

Türkiye'de tütün kontrolü ile ilgili bilimsel toplantı ilk olarak 1992 tarihinde "Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi"dir. Büyük Millet Meclisimizde 4207 sayılı "Tütün Mamullerin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" 7 Kasım 1996'da kabul edilerek 20 gün sonrasında yürürlüğe girmiştir. Kanun 2008' de bazı düzenlemelerle tekrar yürürlüğe girmiştir (68).

Türkiye'de dönüm noktası sayılabilecek adımları kronolojik şekilde: 1991'de sigara paketlerine uyarıcı yazı eklendi; 1996' da kanuni düzenlemeler yapıldı; 2002' de bazı düzenlemelerle kanuni düzenlemelerin uygulanmasına ilişkin icraatlar yapıldı; 2004'te DSÖ' nün çerçeve sözleşmesi kabul edildi; 2006'da "Ulusal Tütün Programı" yayınlandı; 2007'de "Ulusal Tütün Komitesi" oluşturuldu; 2008' de 4207 sayılı kanun güçlendirildi; yine 2008'de 4733 sayılı kanuna göre 5752 sayılı kanun ve diğer kanunlarla kuruma verilen görevi yerine getirmek amacıyla özerk olarak "T.C. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu" kuruldu; 2011' de DSÖ'nün çerçeve sözleşmesi yeniden kabul edildi; 2015'te "Dumansız Hava Sahası" ulusal medya kampanyası başlatıldı; olarak sayabiliriz. Türkiye'nin mücadeleyi ciddiyetle sürdürmesi sonucu ülkemiz nezdinde yetkililerimiz 2008, 2010, 2012 ve 2013 tarihlerinde DSÖ tarafından ödüllere layık görülmüşlerdir.

DSÖ'nün politikası tüm üye ülkelere önerdiği M-POWER paketi (çerçeve sözleşmesinde yer alan) ise şu şekilde özetlenebilir:

M: "monitör" : Tütün kullanımını takip et.

P: "protect" : Pasif dumandan koru.

O: "offer" : Bırakmak isteyenlere destek ol.

W: "warn" : Zaraları konusunda toplumu uyar.

E: "enforce" : Reklamları önle.

R: "raise" : Vergileri arttır (21, 69, 70).

Hekimlerimiz Sağlık Bakanlığımızın düzenlediği "Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi"ne katılım göstererek sertifika alabilmektedir. Sigara bıraktırma polikliniklerimizde sertifikalı hekimlerimiz halen görev yapmaktadır. Sigarayı bırakmak isteyenler sigara bırakma polikliniklerine ücretsiz ve bireysel başvurabilirler. 171 numaralı "Sigara Bırakma Danışma Hattı"nı arayarak randevu ve destek alabilirler.

Sigara bırakmayı sigara içenlerin %70'i düşünmektedir. Fakat destek almadan sigara bırakmayı deneyenlerin yalnız %3-7'si başarabilmektedir. Destek ile başarı oranı %30'lara kadar çekilebilir (71, 72).

Sigara Bırakma Poliklinikleri(SBP)'nde hekim ilaç ve ilaç dışı tedaviler uygulayabilir ve belli tedavi protokollerinden yardım alır. Motivasyonel ve eğitsel görüşme kuramlarından yardım alır ve "5A modeli" dediğimiz yöntemle hastaya yaklaşır.

**Tablo 1.** 5A/5D/5Ö Modeli

| | | |
|---|---|---|
| 1. **A**sk | Değerlendir/Öğren | **Her hastanın sigara kullanımını her vizite sor** |
| 2. **A**dvice | Doğru bilgi/Öner | **Her kullanıcıya sigara bırakmayı öner** |
| 3. **A**sses | Derecelendir/Ölç | **Hastanın bırakma isteğini ölç** |
| 4. **A**ssist | Destek ol/Önderlik et | **Bırakmasına yardım et** |
| 5. **A**rrange | Düzenli/Örgütle | **Düzenli vizitlerle hastayı takip et** |

Sigara kullanan hastalarda sigara bırakmayı düşünmeyenlerde 5R modelinden faydalanırız.

**Tablo 2.** 5R modeli

| | | |
|---|---|---|
| **1. R**elevance | İlgilen | Hastanın durumu ile ilgilenin, |
| **2. R**isks | Riskler | Riskleri anlatın ve vurgulayın |
| **3. R**ewards | Kazançlar | Kazançları anlamasını sağlayın |
| **4. R**oadblocks | Engeller | Engelleri belirleyin |
| **5. R**epetition | Tekrar | Bu görüşmeleri tekrarlayın |

Sigara bıraktırma çalışmalarında nikotin bağımlılık düzeyinin saptanması da önemlidir. Seçilecek tedavi yöntemi ve süresi nikotin bağımlılığının düzeyi ile yakın ilişkilidir. Bağımlılık düzeyi bırakma başarısını etkileyen en önemli faktördür(73).

Sigara bırakma polikliniklerinde bilişsel davranışçı tedavi ve farmakolojik tedaviler uygulanır. Davranışçı tedaviler, pratik önerilerden oluşmalıdır. Sigarayı bırakmayı takip eden üç ay içinde kişi farklı yoğunluklarda problemlerle karşılaşabilir. Bu dönemde hasta takibine ve desteğine devam etme sigara bırakma oranlarını arttırır. Erken yoksunluk semptomları ile mücadele adına kişiye bu

dönemde, sigara içme ihtimali yüksek ortamlardan uzak durması, fiziksel aktivite yapması, sakız kullanması, nefes egzersizleri yapması önerilmelidir. Sigara bırakmayı izleyen üç ay içinde depresyon ve kilo artışı da izlenebilir. Depresyon genellikle tedavi ihtiyacı doğuracak yoğunlukta değildir. Kilo artışını engellemek içinse hastaya düşük kalorili gıda alımı ve egzersiz önerilmelidir (74)

Farmakolojik tedaviler, nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır ve sigara bırakma ve bırakmayı sürdürmeyi kolaylaştırır. Birincil tedaviler; nikotin replasman tedavileri (NRT), bupropion ve vareniklindir. Tütün kullanımı hem öğrenilen bir davranıştır hem de nikotine karşı fiziksel bağımlılık sözkonusudur. Bu nedenle hem danışmanlık hem de ilaç tedavisi ile sigarayı bırakmak, yöntemlerin tek başına kullanılmasından daha başarılıdır (75).

NRT iki yolla sigara bırakmaya yardımcı olur. Nikotinik reseptörlere bağlanıp aşırı istek ve yoksunluk semptomlarını giderir ve nikotinik reseptör sayısını azaltıp nikotin bağımlılığını da azaltmış olur. NRT preparatları; transdermal nikotin bandı, nazal sprey, nikotin sakızı, sublingual tablet ve inhaler nikotindir. Sigaranın yerine koyduğumuzda, karbonmonoksit, oksidan gazlar ve katrana maruziyet de azalmış olur. Ülkemizde yalnızca nikotin sakızı ve transdermal nikotin bandı bulunur. NRT preparatları birbirleri, bupropion veya vareniklin ile beraber kullanılabilir (76, 77). Nikotin bantları deriden, nikotin sakızı da oral mukozadan emilir. Bu ürünlerin hiçbiri sigara dumanı kadar hızlı nikotin emilimine neden olmaz. Nikotin bantları, yavaş salınımlı olması nedeniyle yoksunluk semptomlarını daha yavaş düzeltir. Hasta uyumu kolaydır ama kısa zamanda müdahaleleye izin vermez. Oral nikotin formları ise kısa etkilidir. Dolayısıyla yoksunluk semptomlarına karşı daha hızlı etkilidir. Fakat gün içinde tekrarlayan uygulamalar gerektirdiğinden zordur. Randomize kontrollü çalışmalara göre NRT'ler, plaseboya göre iki kat fazla etkinliğe sahiptir. Etkinlik açısından ürünler arasında fark görülmemiştir. Replasman ürünlerinin kombine edildiğinde ise tek ürüne göre daha etkili olduğu görülmüştür (78). NRT'nin 2-3 ay süre ile kullanılması önerilirken, relaps riski yüksek hastalarda uzun periyotlarla da kullanılabilir. Sigarayı bıraktıktan sonra bu ürünlere karşı bağımlı olma, çok nadirdir. NRT'ler bupropion ve varenikline göre çok daha az yan etkiye sahiptir ve kardiyovasküler hastalığı olanlarda da güvenle kullanılır (77, 79). Nikotin bantları, günde 10'dan fazla sigara içenlerde, sigara bırakılan gün, yüksek

dozda (21 mg/gün) ve 6 hafta süreyle; ardından14 mg/gün olacak şekilde 2 hafta; takiben 7 mg/gün iki hafta süreyle kullanılır. Hasta zayıfsa veya günde 10'dan az sigara içiyorsa 14mg/gün 6 hafta süreyle ve ardından 7 mg/gün 2 hafta süreyle uygulanır. Sakız kullanımı tütün yoksunluk semptomlarının yoğunluğunu azaltır. Günde 25 veya daha fazla sigara içenlerde 4 mg'lık doz; daha az içenlere 2 mg'lık doz önerilir. Sigara içmek istediğinde sakız çiğnenir. Maksimum konsantrasyona 20 dakikada erişilir. İlk 6 hafta 1-2 saatte bir, ikinci 6 hafta dozu azaltılmak üzere 3 ay süre ile sakız çiğnenebilir. Yan etki olarak bulantı, kusma, kabızlık, karın ağrısı, hıçkırık, ağız irritasyonu görülebilir (74, 79).

Bupropionun etki mekanizması nöradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörü olduğundan noradrenerjik ve dopaminerjik salınım artışına sebep olmasıdır. Tedavi süresi 8 haftadır. Kullanımın ilk üç gününde 150 mg/gün, 4. günden sonra 300 mg/gün önerilir. Bupropionun plasebo karşılaştırma çalışmalarında, sigarayı bırakmadaki başarısı 2 kat fazladır. Genelde sigarayı bırakma tarihinden bir hafta önce bupropiona başlanır. Tedavi süresi uzatılabilir. Hastaya göre değerlendirilmeli; daha önce sigara bırakma deneyimi olanlarda bir yıla kadar uzatılabilir (74, 79).Sık rastlanan yan etkiler; uykusuzluk, ağız kuruluğu, ajitasyon ve baş ağrısıdır. Ciddi yan etkisi ise nöbet eşiğini düşürmesidir. Çalışmalarda bupropion kullanımına bağlı nöbet riski bin hastada bir görülmektedir. Bu etki ise doz bağımlıdır. Epilepsi veya nöbet geçirme predispozanı olan hastalarda kontrendikedir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından bupropion ile intihar girişimi arasında muhtemel ilişki olabileceği söylenmiştir. Bu nedenle, ilaç alan hastaların nöropsikiyatrik değerlendirmelerinin de yapılması gerekir. Kardiyovasküler hastalık ve KOAH'ı olanlarda ise güvenlidir (76, 77, 79).

Vareniklinin etkisi nikotinik asetilkolin reseptörünün alfa-4 beta-2 subunitlerinin parsiyel agonisti olması yoluyladır. Bu reseptörleri uyararak nikotin yoksunluk semptomlarında azalmaya yol açar. Bu reseptörlere bağlanarak da nikotinin bağlanmasını engeller. Plaseboya göre 3 kat daha fazla başarılı olduğu görülmüştür (76). Karaciğerde metabolize edilmediği ilaç etkileşimi azdır. Böbreklerden atıldığı içinse böbrek yetmezliğinde doz ayarlaması yapılmalıdır. Güvenliği ile ilgili ise iki temel endişe vardır. Bu endişeler nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler yan etkilerdir. Davranış değişiklikleri, sinirlilik, ajitasyon bilişsel

bozukluklar, depresif duygudurum ve intihar görülebilir. Bu bulgular, vareniklin almayanlarda nikotin yoksunluk semptomları olarak da görülebilir. Psikiyatrik özgeçmişi olanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Ciddi kardiyovasküler hastalığı olanlarda kardiyovasküler olay gelişim riskini artırabilir. Düşük kardiyovasküler riski olanlarda ise klinik önem taşıyan kardiyovasküler hastalık risk artışına neden olmaz (77, 79).

## 2.2. Depresyon

### 2.2.1. Tanım

İnsanların olaylara, uyaranlara, anılara ve düşüncelere verdiği duygusal tepkilere duygulanım denir. Bunun dışavurumu sevinç, öfke, üzüntü, kin, nefret şekillerinde olur. İnsanın içe dönük duygusal durumu ise duygudurumdur. Yani anlamlı bir süre boyunca insanın bulunduğu duygulanıma duygudurum denir (80). Depresyon sık olarak çökme, kederli hissetme durumu, aktivite azalması anlamlarında kullanılır. Kökeni "depress" kelimesidir ve Latince "depressus" tan gelir ve düşük, çökük anlamına gelir (81).

Depresyon, daha önceki süreçte kişiye haz veren durumlardan eskisi gibi haz alamama; bu durumlara olan ilgi kaybı ile kendini gösteren, karamsarlık, çökkünlük, keder duyguları ön plana çıkaran depresif duygudurumu ile baş gösterir. Tabii ki her benzer her duygudurumu, depresyon hastalığı kabul edemeyiz. Depresyonda bu duygudurum hem yoğun hem süreğendir. Öyle ki kişinin günlük yaşamını etkileyip bozacak düzeydedir. Psikomotor yavaşlama ve düşünce içeriğinde kısıtlılık görülür. Fiziksel ve zihinsel alanda enerji azlığı görülmesiyle gün yüzüne çıkar (82).

### 2.2.2. Epidemiyoloji

Psikiyatrik hastalıklar arasında hayat boyu yaygınlık gösteren hastalık depresyondur. Hastaların yaklaşık yarısında başlama yaşı 20-50 arasındadır. Tabiki çocuklarda , gençlerde ve yaşlılarda da görülür. Hayat boyu erkeklerin yaklaşık %5-12'si; kadınlarınsa %10-25'inde görülür. Kadınlarda iki kat yüksek oranda görülmesi

dikkat çekmektedir (83). Türkiye'deki çalışmalarda da depresyon yaygınlık oranı benzer bulunmuştur (84). Bekarlarda depresyon oranları evli olanlara göre yüksek bulunmuştur. Ülkemizde ve dünyada yapılan benzer epidemiyolojik çalışmalar, depresyon oranlarının artışı ile düşük sosyoekonomik durum arasında ilişki olabileceğini göstermiştir (85, 86).

### 2.2.3. Etiyoloji

Depresyonun genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler olarak ayırabileceğimiz multifaktöriyel sebeplerle ortaya çıkan bir hastalık olduğu üzerinde durulur.

Genetik etkenler olduğu ilk olarak monozigot ikiz ve evlat edinme çalışmalarında görülmüştür. Monozigotlarda, dizigotlardan anlamlı olarak farklı benzerlik görülmüştür (82, 83). Bunun üzerine ilgili olduğu düşünülen genlerle çalışmalar yapılmış fakat depresyona özgü bir gen bulunamamıştır (87).

Biyolojik etkenler kabaca nörobiyolojik ve hormonal yolaklar olarak gruplandırılabilir. Noradrenerjik ve serotonerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerin işlev bozukluklarının rol oynadığı bilinmektedir. Ya depresyon beyin işlevlerindeki değişikliklerden etkilenerek oluşuyor; ya da kendisi bu değişimleri oluşturuyor (82, 83). Patofizyolojisinden esas sorumlu biyojenik aminin serotonin olduğunu düşünülmektedir. Genelde serotonin yapımı ve metabolizmasındaki işlevsel bozukluk ile limbik bölgede serotonin azalmasından söz edilmektedir. Depresif ve intihar girişiminde bulunan hastalarda yapılan çalışmalarda; postsinaptik 5-HT2 reseptörlerinde artma olmasına rağmen, presinaptik serotonin bağlanma alanlarının azaldığı gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunanların bazılarının beyin omurilik sıvısında; serotonin metabolitleri düşük düzeyde, trombositlerde bulunan serotonin geri alım noktalarının da düşük konsantrasyonda olduğu bulunmuştur (82, 83, 88). Ayrıca adrenerjik reseptörlerde de aktivasyon olup sinaptik aralığa noradrenalin salınımı azalır. Noradrenalin salınımı prefrontal korteks işlevlerini düzenler. Salınımında bozukluk, çalışma, bellek, dikkati yöneltme ve dikkati sürdürme gibi prefrontal korteks işlevlerini bozar. Bunun göstergesi inhibitör etkili alfa–2 adrenerjik presinaptik reseptörlerin artmasıdır.

İnhibitör etkili alfa–2 adrenerjik reseptörler noradrenalin salınımını azaltır ve serotonerjik nöronlarda da bulunmasından dolayı serotonin salınımını kontrol ederek benzer etki ile serotonin salınımını da azaltırlar (82, 88). Depresyonda mezolimbik alandaki dopamin yolağı da işlev bozukluğu gösterir. Bu da D1 reseptörünün hipoaktivite göstermesi ile olur(89). GH (büyüme hormonu) salınımı, TRH (tirotiroksin salgılatıcı hormon) salınımı ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksında yaşanan problemlerin depresyona yol açtığı bilinmektedir (90).

Psikososyal etkenler, psikanalitik ve bilişsel yaklaşımlarla açıklanır (89). Çevresel stres, eş kaybı, on bir yaşından önce ebeveyn kaybı büyük stresörlerden sayılabilir. Bilişsel yaklaşımlarda kişinin kendisini, geleceğini, çevresini; algılaması, duyumsaması ve buna karşı oluşan davranışları arasında etkileşim vardır. Kendilerini tamamen olumsuz değerlendirip tasarlarlar. Tasarladıkları olumsuzlukların gelecekte de devam edeceğine inanırlar (91).

### 2.2.4. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları

Depresyon bozuklukları; yıkıcı duygu durum düzensizliği bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, aybaşı öncesi disfori bozukluğu, maddenin yol açtığı depresyon bozukluğu, distimi, tanımlanmamış depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğudur. Bu bozuklukların ortak yönü üzgün, çabuk kızan, boş duygudurumuna bilişsel ve bedensel değişikliğin eşlik etmesi ve işlevselliğin etkilenmesidir. Majör depresyon bunlar içinde en çok bilinenidir.

Majör depresyon bozukluğu tanı kriterleri şöyledir:

A. 1. Çökkün duygu durum (neredeyse her gün)

2. Tüm etkinliklere karşı ilgi kaybı, zevk almama

3. Kilo vermeye veya almaya çalışmıyorken; çok kilo verme veya alma

4. Uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma (neredeyse her gün)

5. Psikodevinsel ajitasyon veya yavaşlama

6. Yineleyici ölüm düşünceleri

7. Düşünmekte ve odaklanmakta güçlük, kararsızlık yaşama (neredeyse her gün)

8. Değersizlik veya aşırı, uygunsuz suçluluk duyguları

Süregelen 2 haftalık dönemde bunların beş veya daha çoğu olması ve bunlardan en az birinin 1. veya 2.seçenek olması

B. A'daki belirtilerin klinik olarak sıkıntı yaratması veya işlevselliği bozması

C. Tüm bunların fizyolojik bir döneme veya fizyoloji üzerine etkili bir duruma bağlanamaması. A-C arası majör depresyon dönemini oluşturur.

D. Majör depresyonun ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, sanrılı bozukluk, şizofrenimsi bozukluk, şizofreni veya psikozla giden diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Mani veya hipomani hiçbir şekilde geçirilmemiştir.

## 2.3. Anksiyete

### 2.3.1. Tanım

Anksiyete, kişinin hoş olmayan, belirsizlik içeren kaygı halidir ve benliğin tehdit altında hissedildiği gerilimle karakterize bir duygulanımdır (92). Latince "anxietas" tan gelir ve Türkçe'de bun, endişe, bunaltı, iç sıkıntısı, kaygı ve can sıkıntısı ile eş anlamlıdır (93). Kişide tehlike hissi gösteren ve beraberinde otonom belirtiler olan bir durumdur. Anksiyete tehlikeye karşı uyarır ve tehlikeye karşı önlem almaya iter (13). Benzer bir uyarıcı sinyal korkudur ancak; korkuda, bilinen ve belirli bir tehdide yanıt verilir. Anksiyetede ise; bilinmeyen ve belirsiz bir tehdide yanıt verilir.

Anksiyete çoğu durumda bir hastalık belirtisi değil, hayatın olağan bir parçasıdır. Genellikle kayıplardan ve tehdit olarak algılanan durumlardan sonra yaşanmaya başlar. Tehdit olarak algılanan durumlar; sağlığın korunması ve sürdürülmesine, benlik saygısına, prestij ve statü korunmasına, duygusal-fiziksel-ekonomik-sosyokültürel durumların korunmasına, yaşamını kontrol etmeye, sevdiği kişilere, bağımsızlığına, gereksinimlerin karşılanmasına, beklentilerin gerçekleşmesine karşı oluşabilecek tüm olumsuzluklardır.

Anksiyetede psikolojik ve somatik iki bileşen bulunur. Somatik belirtiler; baş ağrısı, baş dönmesi, kas sertliği, sırt ağrısı, yorgunluk, tremor, irkilme reaksiyonu, güçsüzlük, çarpıntı, sıcak basması, nefes darlığı, solukluk, hiperventilasyon, pupillerde genişleme, kol ve bacaklarda karıncalanma, göğüste sıkışma hissi,

terleme, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, epigastrik rahatsızlık, ağız kuruluğu, diare, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, sık idrara çıkma olarak özetlenebilir (94).

DSM-5'te anksiyete bozuklukları; ayrılma anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık, panik bozukluğu, özgül fobi, agorofobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, başka belirlenmiş anksiyete bozukluğu, madde veya ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, belirlenmemiş anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılır (95).

### 2.3.2. Anksiyeteyi Açıklayan Teoriler

#### 2.3.2.1 Psikanalitik teori

Psikanalitik teoriye göre dört komponent vardır. Aşağıdaki tablolaştırmada bu komponentler özetlenmiştir (96).

**Tablo 3.** Psikanalitik Teori

| | |
|---|---|
| İd anksiyete | İnfantil dönemde, bebeğin talepleri doğrultusunda oluşur. |
| Seperasyon anksiyetesi | İnfantil dönemden sonra ortaya çıkar. Sevgi objesini kaybetmekten korkma sonucu meydana gelir. |
| Kastrasyon anksiyetesi | Çocukluk döneminde, çocuğun psikoseksüel gelişimi şekillenir. Bu dönemde hissettiği korkuları içerir. |
| Üstbenlik anksiyetesi | Prepubertal dönemde gelişen süper egonun baskısına bağlı hissedilen korkular oluşturur. |

#### 2.3.2.2.Davranışsal-bilişsel teori

Anksiyetenin davranışsal teorisi, anksiyete bozukluklarının tedavisinde yararlı bazı metotlar geliştirmiştir. Çevresel uyaranlara karşı birey, spesifik olarak şartlanma cevabı oluşturur, teorinin temelinde bu vardır (96). Teoriye göre, fobiler ve obsesif kompulsif bozukluk, bu cevaplar sonucu oluşmaktadır. Fobilerin devamlılık göstermesinde en önemli etken, uyarandan kaçma davranışlarıdır. Seçici dikkat, fizyolojik ve bedensel belirtiler, davranış değişikliklerini de anksiyete sürekliliğinden

sorumlu tutar. Bu davranışların söndürülmesi veya alışma dönemi ortaya çıkarmak amacıyla, "alıştırma tedavileri" dediğimiz yaklaşım geliştirilmiştir (97).

Davranışsal teoriler; korkuların edinilmesinde, öğrenme ve şartlanmanın önemini kabul eder. Şartlanma sonucu olsun veya olmasın, vurgulanacak yer bireyin olayla ilgili yorumlarıdır. Anksiyete tepkisinin devam etmesi de değiştirilmemiş veya ortadan kaldırılmamış davranışsal hataların devam etmesiyle ilgilidir. Anksiyete bozukluklarının devamından sorumlu olan bu hatalara "Temel/kritik/anahtar veya sorumlu biliş" denir (97).

2.3.2.3.Varoluşçu teori

Varoluşçu felsefenin önemli kavramlarından biri de anksiyetedir. Varoluşçu teori genelde yaygın anksiyete bozukluğunu açıklamaya çalışır. Bu görüşte anksiyetenin kaynağı, korkudan öte hiçliktir. Teori temel bir çatışmayı vurgular. Bastırılmış içgüdüler ve içselleştiren önemli kişilerle olan çatışma üzerinde değil; kişinin var olmasının getirdikleriyle yüzleşmesi kaynaklı çatışmanın üzerinde durur (98).

2.3.2.4. Spielberger'in Anksiyete Teorisi

Kaygı, insanın temel duygularından biridir. Tehlikeli koşullar genellikle herkesin yaşadığı duruma bağlı, geçici bir kaygı oluşturur. Bu kaygıya "Durumluk Kaygı" denir ve bu kişinin içinde bulunduğu stresten dolayı yaşadığı öznel bir korkudur.

Bazen de kişi sürekli bir huzursuzluk içindedir. Direkt çevreden gelen tehlikelerden bağımsız, içten gelen bir huzursuzluktur. Bu kaygı da "Sürekli Kaygı"dır. Sürekli Kaygı, kişinin kaygıya yatkınlığını gösterir. Kriterlere göre normal durumları kişinin tehlikeli ve tehdit edici olarak algılamasıyla oluşur ve mutsuzluk, hoşnutsuzluk duygusu ile kendini gösterir. Sürekli kaygı seviyesi yüksek kişilerin karamsarlığa kolaylıkla kapıldıkları görülür. Durumluk kaygı yaşantılamaları da daha yoğun ve sıktır (98, 99).

### 2.3.3. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Teoriler

Otonom sinir sistemi anksiyete bozukluğunda, sempatik tonus artışıyla giden, tekrarlayan uyaranlarla uyumlu ve uyaranlara aşırı yanıt verir. Otonom sinir sistemi uyarılınca başta kardiyovasküler sistem olmak üzere, respiratuvar sistem, gastrointestinal sistem ve kas iskelet sisteminde semptomlara yol açar (100).

Anksiyetede, hasta aktivite patlamaları şeklinde olan, noradrenerjik sistem regülasyon problemleri yaşayabilmektedir. Panik bozukluğu olanlarda beta adrenerjik agonistler ve alfa 2 adrenerjik antagonistler panik atakların şiddet ve sıklığını artırır. Aynı zamanda beyin omurilik sıvısında veya idrarda noradrenerjik metabolit 4-metoksi 4-hidroksifenil glikol miktarında da artış olur (101).

Akut stres prefrontal korteks, amigdala, lateral hipotalamus ve nükleus akumbenste 5-HT dönüşümünü artırır. Örneğin; serotoninerjik etkili ilaç m-klorofenil piperazin ve serotonin salınımı yapan fenfluraminin anksiyete bozukluğu olanlarda anksiyeteyi arttırmıştır. Yayınlanan birçok raporda da liserjik asit dietilamid ve amfetaminin serotinerjik etkileri ile akut ve kronik anksiyete bozukluklarına neden oldukları gösterilmiştir (101).

GABA (Gamma aminobütirik asit)'nın rolü ise tedavide kullanılan benzodiazepinlerin etkinliği ile desteklenmektedir. Çünkü benzodiazepinler GABA-A reseptörlerine etki ederek GABA etkisini arttırarak etki gösterir (100). Anksiyete bozukluklarının semptomları benzodiazepinlerle düzeltilebilmektedir. Yüksek potensli olanları ise panik bozukluğu tedavisinde etkindir. Gönüllü normal insanlara benzodiazepinin ters agonisti olan beta karboline 3-karboksilik asid verilince anksiyete bozukluğuna neden olmuştur. Bundan da otonom sinir sistemi semptomları ortaya çıkarması sorumlu tutulmuştur. Bu bulgular, anksiyete bozukluklarında GABA-A reseptörlerinde anormalliğin olduğu düşüncesine götürmüştür (102).

Anksiyete bozuklukları ile bağlantılı beyin görüntüleme çalışmaları da yapılmıştır. Sonuçta da ciddi bulgulara ulaşılmıştır. BT (bilgisayarlı tomografi) ve MRI (manyetik rezonans ile görüntüleme) görüntülemelerinde beyin ventriküllerinde hacim artışı gibi bulgular vardır. Panik bozukluklu hastaların MRI görüntülemelerinde sağ temporal lobta defekt tespit edilen çalışmalar vardır (100). SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) ve EEG

(Elektroensefalografi) gibi fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında, oksipital ve temporal bölgelerde, frontal kortekste de anormallikler gözlenmiştir (102).

Genetik çalışmalarda da anksiyete oluşumuna bazı genetik komponentlerin olduğu görülmüştür. Panik bozukluğu olanların yarısına yakınında en az bir akraba da etkilenmiştir (103).

Anksiyete, beyin sapındaki çekirdekler, serebellum, limbik sistem, prefrontal korteks arasındaki etkileşimin sonucu ortaya çıktığına dair hipotezler de vardır. Limbik sistem ve amigdala, gerginlik yaratan durumlarda gelişen duygusal tepkilerin ve otonom sistem tepkilerinin kontrolünde rol oynar. Hipokampus ve amigdala da korku edinilmesi, korkunun sürdürülmesi veya körelmesinin öğrenilmesinde ve hatırlanmasında rol oynarlar (104). Ayrıca frontal beyin korteksi parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamusa bağlıdır ve bu bölgeler anksiyete bozukluğu gelişiminde etkili olabilir (105).

### 2.3.4. Anksiyete Belirtileri

Genellenebilecek belirtiler tablolaştırılmıştır. Bilişsel, duygusal davranışsal, fizyolojik belirtiler başlıkları altında toplanmıştır (Tablo 4, tablo 5, tablo 6).

**Tablo 4.** Bilişsel Belirtiler

| **Duygusal zorluklar** | **Düşünce zorlukları** | **Kavramsal zorluklar** |
|---|---|---|
| Aklın bulanık olması | Bilinç sislenmesi | Tekrarlayan korkulu düşünceler |
| Nesneleri uzakta veya bulanık görme | Önemli olan şeyleri hatırlamakta güçlük | Korku veren görsel imgeler |
| Aşırı uyanıklık hali | Konsantrasyon güçlüğü | Bilişsel sapmalar |
| Kendini aşırı gözleme | Düşünceleri kontrol edememe, neden sonuç ilişkisi kuramama | Başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu |
| Gerçek dışı duygular | Düşünmede duraksamalar, kesintiler | Başa çıkamama korkusu, kontrolsüzlük korkusu |
| Çevrenin farklı, gerçek dışı görülmesi | Dikkat dağınıklığı | Fiziksel zarar görme veya ölüm korkusu |
| | Objektif düşünmede güçlük | Aklını kaybetme korkusu |

**Tablo 5.** Duygusal ve Davranışsal Belirtiler

| **Duygusal belirtiler** | **Davranışsal belirtiler** |
|---|---|
| Korku | Kaçma |
| Endişe | Kaçınma |
| Gerginlik | Huzursuzluk |
| Sinirlilik | Olduğu yerde hareketsiz donakalma |
| Tedirginlik | Davranışların inhibisyonu |
| Çaresizlik | Konuşma akışında bozukluk |
| Alarm durumuna geçme | Koordinasyon yeteneğinde azalma |
| Dehşet | |

**Tablo 6.** Fizyolojik Belirtiler

| | |
|---|---|
| Kardiyovaskuler Sistem | Çarpıntı hissi, taşikardi, göğüs ağrısı, baygınlık, baygınlık hissi, |
| Kas Ve İskelet Sistemi | Kaslarda sertlik, ağrı, seğirme, sızlama, yorgunluk |
| Genital Ve Üriner Sistem | Sık idrar, sıkışma hissi, cinsel bozukluk, menstrüel siklus bozuklukları |
| Nörolojik Sistem | Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük |
| Solunum Sistemi | Nefes darlığı, göğüste basınç hissi, iç çekme, taşipne |
| Otonom Sinir Sistemi | Terleme, ağız kuruması, baş ağrısı, ellerde ayaklarda üşüme, ateş basması |
| Gastrointestinal Sistem | Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare |

(84)

## 2.4. Anksiyete Duyarlılığı

### 2.4.1. Tanım

Anksiyete duyarlılığı, kişide kalıtımsal olduğu düşünülen ve anksiyete belirtilerinin bilişsel yapılandırımını sağlayan bilişsel süreçlerden birisidir. Anksiyete Bozuklukları'nın etiyolojisinde de bu şekilde rol aldığı düşünülmektedir.

Anksiyete duyarlılığı ilk olarak "korkmaktan korkmak" olarak tanımlanmıştır. Anksiyete duyarlılığı yüksek olanların, korku yaratabilecek uyarılara daha yüksek anksiyete ile yanıt verdiği ve anksiyete belirtilerini daha yoğun, baş edilemez olarak yaşadıkları ileri sürülmüştür. Reiss'in 1991 yılında ortaya koyduğu 'Bekleme Teorisi'nde üç temel korkudan biridir ve hastalık/ölüm korkusu, negatif değerlendirilmeyi kapsar. Bu üç temel korku, korkuların yanında fobileri de ortaya çıkaran ve sağlayan faktörlerdendir (106). Öğrenilmiş yaşantının veya şartlanmaların farklı kişilerde değişken yoğunlukta tepkiler ortaya çıkarması da kalıtsal bu yatkınlığı destekleyen klinik bir bulgudur. 1970'lerde Beck, duygu ve düşünce arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Birçok ruhsal bozukluk temelinde, yaşanan duygunun ötesinde, duyguyu açığa çıkaran ve sürdüren bir düşünce olduğunu psikiyatristler de yüksek oranda kabul etmiştir. Beck, tehlike ve tehdit içeren düşüncelerin anksiyete sürdürülürlüğünde önemli olduğunu ileri sürmüştür. Bu bilişlerin oluşumunu da; yatkın olan kişilerin çevrelerindeki olay ve durumları sağlıklı bireylere göre daha tehlikeli algılamasına bağlar (107). Beck'in aslında bir yatkınlık olarak tariflediği ve bilişi etkilediğini ileri sürdüğü durum anksiyete duyarlılığı kavramı ile örtüşmektedir. Anksiyete duyarlılığı, beklenti anksiyetesinden başka bir kavramdır (108). Beklenti anksiyetesinde panik atak sonrası kişide gelişen tekrar atak geçirme korkusu, bilişsel bir süreçle ilgilidir ve korku kaynağı açısından anksiyete duyarlılığından farklıdır. Anksiyete duyarlılığı ile karıştırılabilen diğer kavram da sürekli anksiyetedir. Sürekli anksiyetede, anksiyete belirtilerinin kendisinden korkmaktan ziyade, önceden yaşadığı anksiyete deneyimlerini tekrar yaşama veya yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerine yatkınlık vardır (109). Yüksek anksiyete duyarlılığında ise sahip bir bireyin düşük sürekli anksiyete değerlerine sahip olabildiği ölçüm araçları yoluyla da saptanmıştır (110).

### 2.4.2. Etiyoloji

Anksiyete duyarlılığı, anksiyete gibi öğrenme yollarından herhangi biri yoluyla kazanılabilir. Yani kişilerde anksiyete belirtilerinin oluşumunu klasik, edimsel, gözlemsel şartlanma sağlayabilir (111). Mesela annesinden anksiyete belirtilerinin felaketleştirmeyi ve olumsuzlaştırmayı öğrenen bir çocuk, diğerlerinden yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olabilir. Stein birçok çalışmasına dayanarak anksiyete duyarlılığının genetik bir yönü olduğunu ve bu oranın ikizlerde yaklaşık %45 oranında olduğunu söylemiştir (112). Kadınların anksiyete duyarlılığı puanları da erkeklere göre biraz yüksektir. Fakat kesin sonuca varmak için anksiyete duyarlılığı ve cinsiyetle ilgili daha çok çalışma yapılması gerekmektedir (112).

### 2.8.3. Klinik

Anksiyete duyarlılığı kliniği olan bir hastalık değil, anksiyete belirtileri ile seyreden klinik bozukluklara yatkınlığı artıran hastalığın gidişini, tedavi seçeneklerini ve tedavi sürecini etkileyen bir kavramdır. Anksiyete duyarlılığının panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozukluklarının gelişimini yordayabildiği gösterilmiştir (113, 114). Konuyla ilgili çalışmalarda, anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin düşük olanlara kıyasla Anksiyete Bozukluğu geliştirme oranlarında yaklaşık beş kat artış bulmuşlardır (115). Anksiyete bozuklukları ile ilişkiyi inceleyen araştırmalara göre depresyonla arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar daha azdır. Depresyon hastalarının, panik bozukluğa oranla daha düşük olmakla beraber diğer anksiyete bozukluklarıyla benzer düzeyde anksiyete duyarlılığı puanına sahip oldukları görülmüştür (113). Otto ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete bozukluğu tanılı hastaların dışlanarak değerledirildiği depresyon hastalarında ADİ(Anksiyete Duyarlılığı İndeksi) puanları yükselmiştir. Antidepresanlarla yapılan depresyon tedavisinin ardından ADİ puanlarının da gerilediği görülmüştür (116). Anksiyete bozukluğu tanılı depresyon hastalarında ise ADİ puanları daha yüksektir. Bazı çalışmalarda ise depresyonun, anksiyete duyarlılığının sadece bilişsel komponentini kapsadığı bir ilişki

gösterilmiştir (1). Psikiyatrik bozuklukların etiyolojisi ve sürdürülmesinden hangisini daha çok etkilediği ise tam olarak ortaya konamamıştır. Sosyodemografik özelliklerin de anksiyete duyarlılığına etkisinin ortaya konması için çalışmalar yeterli değildir. Buna rağmen tedavi şekli ve devamında rolü olduğu düşünülmektedir (117).

Sigara kullanımı ile ilişkisinden Novak ve arkadaşlarının 2003'te 293 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada bahsedilmiştir. Bu çalışmada alkol ve sigara kullanımının anksiyete duyarlılığı ile ilişkisi olmadığı söylenmiştir. Sadece alkol kullanımının başa çıkma nedeniyle içilmesiyle ilişkisi saptanmıştır (118). Başka çalışmalarda ise, olumsuz duygulanımda başvurulan sigaranın anksiyete duyarlılığı ile orantılı yüksekliği bulunmuştur. Brown ve arkadaşlarının çalışmasında da sigarayı bırakma erken döneminde, ankiyete duyarlılığı yüksek olanlarda relaps oranlarında artmış risk olabileceği gösterilmiştir. Sonuç olarak anksiyete duyarlılığı yüksek olan sigara içicilerinde, negatif duygudurumla baş edebilme veya bu durumu azaltabilme için sigara içme davranışı vardır ve bu sigara içicilerinin bırakma erken döneminde yoksunluk belirtileriyle başa çıkabilmelerinin daha zor ve yetersiz olabileceği söylenmiştir (119).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Katılımcılar

Çalışmamıza Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2017- Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran 286 hasta dahil edilmiştir. Verilen ölçekleri uygun bir biçimde anlayıp cevaplayabilecek olanlardan gönüllülük esasına uygun olan hastalarla yapılmıştır. Çalışmayı planlama aşamasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 2017/125 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek-1).

Sigara bırakma polikliniğimizde kullandığımız hasta takip formu ile hasta dosyaları oluşturulan hastalar çalışmaya alınmıştır. Formdaki sorular polikliniğimize başvuran tüm hastalara sorulmaktadır. Çalışmamızda, hasta dosyalarında sorgulanan sosyodemografik özelliklerden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara deneme yaşı, sigaraya başlama yaşı, ne kadar süre sigara içtiği bilgileri yer almaktadır. Hastaların sigara bırakma durumlarının devamlılığı, hasta dosyalarında bulunan telefon bilgileriyle kendilerine ulaşılıp sorgulanmıştır.Altı ay süreyle sigara içmemiş olan hastalar sigarayı bıraktı kabul edilmiştir.

## 3.2. Kullanılan Ölçekler

### 3.2.1. Anksiyete duyarlılığı indeksi-3(ADI-3)

Anksiyete duyarlılığının ölçümü ilk olarak, aynı zamanda anksiyete duyarlılığını tanımlayan Reiss ve arkadaşlarının 1986'da geliştirdiği ölçekle yapılmıştır ve buna "Anksiyete duyarlılığı indeksi" adı verilmiştir (8). Onaltı maddesi vardır ve beşli likert tip ölçektir (Ek-2). Maddeler anksiyete belirtilerinin sonuçlarıyla ilgili inanışlarını teste tabi tutar. Maddelerin her birinden 0-4 aralığında puan alınabilir. Fiziksel, bilişsel ve sosyal olarak kendi içinde ayrı hesaplamalara tabi tutulur. Alt ölçekler birbirinden farklı psikiyatrik bozuklukları yordayabilir ve bu araştırmalarla desteklenmektedir (117, 120). Ölçek 2007'de Taylor ve arkadaşları gözden geçirilmiş ve son hali 18 maddeden oluşan, 0-72 aralığında puan getiren ve

yine aynı üç alt ölçekten oluşan Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 adını almıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2008'de yapılmıştır (121, 122).

### 3.2.2. Fagerstrom nikotin bağımlılık testi(FNBT)

"Fagerström Tolerans Testi" olarak bildiğimiz test, nikotin bağımlılığını ölçmek için en sık kullan testtir. Fagerström'un 1991'de geliştirdiği, Heatherton ve Kozlowski'nin tekrar değerlendirip yenilediği test 6 soruluk son halini almıştır (Ek-3). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, orta derecede bulunmuş ve sigara bırakma polikliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Üçüncü sorunun hastalara anlaması tam sağlanarak sorulması önerilmiştir (65).

### 3.2.3. Beck depresyon ölçeği

Öz bildirime dayalı olarak cevaplanan 21 sorudan oluşmuştur. Her yanıttan elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilir. Toplam puana göre; 1-10 arası depresyon yok, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası puan subklinik depresyon, 21-30 arası puan orta düzeyde depresyon; 31-40 arası puan ciddi düzeyde depresyon, 41-63 arası puan ise ağır depresyon olarak değerlendirilmektedir (Ek-4). Erişkinlerde depresyon riski, depresif belirtiler ve düzeyleri, depresyon şiddet değişimini ölçmek için 1961'de Beck tarafından geliştirilmiştir (123). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989'da Hisli tarafından yapılmıştır (124). Aktürk ve arkadaşlarının çalışmasına göre, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda depresyon tarama amaçlı ölçeğin kullanılabileceği söylenmiştir (125).

### 3.2.4. Beck anksiyete ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen, bireylerin sahip olduğu anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacıyla kullandığımız özbildirime dayalı ölçektir (Ek-5). 21 maddeden oluşur. Her soru 0-3 arası puanlanan likert tipi

bir ölçektir (126). Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Ulusoy ve arkadaşları, 1998'de yapmıştır (127).

### 3.3. İstatiksel Analiz

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilks testiyle incelenmiş ve grupların karşılaştırılmasında verilerin dağılım şekline bağlı olarak, iki grup karşılaştırmaları için IndependentSamples t test veya Mann-Whitney U test, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise One-Way ANOVA veya Kruskal-Wallis testlerinden yararlanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde beklenen değer kuralına bağlı olarak PearsonChi-Square veya Fisher'sExact testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arası korelasyonların incelenmesinde, değişkenlerin dağılım şekline bağlı olarak Pearson veya Spearmankorelasyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS v.22 paket programı ile yapılmış ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak dikkate alınmıştır.

# 4.BULGULAR

## 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniğine Ocak 2017 - Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran 286 kişiye ulaşılmış ve bırakma durumları hakkında bilgi alınmıştır. Bu şekilde oluşan örneklem grubumuzun yaş aralığı 15-76 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 39,14±13,41 (15-78)'ti.

Örneklem grubunda 194(%67,8) erkek,92(%32,2) kadın bulunmaktaydı. 207(%72,4) kişi evli; 79 kişi(%27,6) ise bekardı. Eğitim düzeyleri; 74(%25,9) üniversite ve üstü, 57(%19,9) lise mezunu, 34(%11,9), ortaokul mezunu, 121(%42,3) ilkokul mezunu-okur/yazardı. Meslek gruplarına göre dağılım; 40(%14) memur, 11(%3,8) özel sektörde memur düzeyinde çalışan, 92(%32,2) işçi, 18(%6,3)serbest, 8(%2,8) çiftçi, 31(%10,8) öğrenci, 31(%10,8) emekli, 55(%19,2) çalışmıyor veya düzensiz. Çalışmaya katılanların ortalama paket/yıl ortanca değeri 18(1-179)'di.

## 4.2. Sigara Bırakma Durumu ve Etkileyen Faktörler

Sigarayı bırakanlar 56(%19,58) kişi, bırakmayanlar 230(%80,4) kişiydi. Sigarayı bırakanların yaş ortalaması 38,07±14,75; bırakmayanların yaş ortalaması 39,40±13,09 idi ve sigarayı bırakanlarla bırakmayanların yaş ortalaması anlamlı bir farklılığa sahip değildi (p=0,506). Erkeklerin %19,58'i, kadınların %19,56 sı bıraktı ve istatistiksel(p=0,996) olarak sigara bırakma oranları iki cinsiyet arasında farklı değildi. Bırakanların %69,6'sı evli; bırakmayanların %73'ü evliydi ve evli olanlardaki sigara bırakma oran artışı ise istatistiksel (p=0,610) anlam taşımıyordu.

Çalışmayanların %14,5'i, işçilerin %20,7'si, memurların %20'si, emeklilerin %29'u, serbest çalışanların %11,1'i, öğrencilerin %25,8'i, özel sektörde memur statüsünde çalışanların %18,2'si bırakmıştı, çiftçilerden ise bırakan olmamıştı. Meslek grup sayıları çok olduğundan yaptığımız değerlendirme handikap gösterse de çiftçilerde sigara bırakan olmaması dikkat çekmekteydi. Çiftçilerdeki sigara bırakamama durumu ve emeklilerdeki %29 sigara bırakma oranı yüksekliği istatistiksel anlam taşıyordu (p=0,002). Bırakanların sigara kullanımı ortancası 15 (1-

76) paket/yıl; bırakmayanların ise 18 (1-179) paket/yıl idi ve bırakmayanlardaki bu yüksek ortanca istatistiksel (p=0,125) olarak anlamlı değildi. Sigarayı bırakanların ortalama deneme yaşı 14,79±3,66; bırakmayanların ise 14,78±4,99 idi ve deneme yaşları açısından istatistiksel (p=0,992) bir fark görülmedi. Başlama yaşı bırakanlarda ortalama 17,02±3,96; bırakmayanlarda ise 16,75±4,91 idi ve başlama yaşları da istatistiksel(p=0,707) farka sahip değildi. Sosyodemografik özelliklere dayanan bu veriler Tablo 7'de özetlenmiştir.

**Tablo 7.** Sosyodemografik özellikler ve bırakma durumları

| | | **Bıraktı (n=56 %19,6)** | **Bırakmadı (n=230 %80,4))** | **P** |
|---|---|---|---|---|
| **Yaş ortalama** | | 38,07±14,75 | 39,40±13,09 | 0,506 |
| **Cinsiyet (satır%)** | **Erkek** | 38 (19,5) | 156 (80,5) | 0,996 |
| | **Kadın** | 18 (19,6) | 74 (80,4) | |
| **Medeni durum (satır%)** | **Evli** | 39 (18,8) | 168 (81,2) | 0,610 |
| | **Bekar** | 17 (21,5) | 62 (78,5) | |
| **Meslek (satır%)** | **Çalışmıyor** | 8(14,5) | 47(85,5) | **0,002** |
| | **İşçi** | 19(20,7) | 73(80,3) | |
| | **Devlet memuru** | 8(20) | 32(80) | |
| | **Öğrenci** | 8(25,8) | 23(74,2) | |
| | **Emekli** | 9(29) | 27(71) | |
| | **Özel** | 2(18,2) | 9(81,8) | |
| | **Serbest meslek** | 2(11,1) | 16(88,9) | |
| | **Çiftçi** | 0(0) | 8(100) | |
| **Eğitim (satır%)** | **İlkokul /okurvazar** | 22 (18,2) | 99 (81,8) | 0,595 |
| | **Ortaokul** | 9 (26,5) | 25 (73,5) | |
| | **Lise** | 9 (15,8) | 48 (84,2) | |
| | **Üniversite ve üstü** | 16 (21,6) | 58 (78,4) | |
| **Paket yıl ortanca değer** | | 15 (1-76) | 18 (1-179) | 0,125 |
| **Deneme yaşı ortalama** | | 14,79±3,66 | 14,78±4,99 | 0,992 |
| **Başlama yaşı ortalama** | | 17,02±3,96 | 16,75±4,91 | 0,707 |

**Tablo 8.** Bırakma durumunu etkileyen faktörler

| | **Bıraktı (n=56)** | **Bırakmadı (n=230)** | **P** |
|---|---|---|---|
| **FNBT puanı** | 4 (0-9) | 6 (1-10) | ***0,008*** |
| **Beck depresyon puanı** | 10 (0-43) | 15 (0-55) | ***0,006*** |
| **Toplam ADI-3 puanı** | 13 (0-47) | 30 (1-72) | ***<0,001*** |
| **Fiziksel ADI-3 puanı** | 8 (0-24) | 15 (0-28) | ***<0,001*** |
| **Toplumsal ADI-3 puanı** | 3 (0-16) | 8 (0-28) | ***<0,001*** |
| **Bilişsel ADI-3 puanı** | 4 (0-16) | 8 (0-24) | ***<0,001*** |
| **Beck anksiyete puanı** | 12 (0-32) | 25 (0-52) | ***<0,001*** |

Sonuçlardaki p değerleri, test puanlarının ortanca değerleri dikkate alınarak hesaplanmıştır. Parantez içinde belirtilen sayılar en düşük ve en yüksek puan aralıklarını göstermektedir.

### 4.3. Nikotin Bağımlılığı Düzeyleri

Hafif düzeyde nikotin bağımlılarında yaş ortalaması 37±14,76; orta düzeyde 39,82±13,97; yüksek düzeyde ise 39,51±11,92 idi ve istatistiksel(p=0,398) olarak anlamlı bulunmadı. Nikotin bağımlılık düzeyleri cinsiyetler arasında da istatistiksel (p=0,665) olarak anlamlı farka sahip değildi. Medeni durum ile nikotin bağımlılık düzeyleri arasında da anlamlı fark yoktur (p=0,190).

İlkokul-okur/yazar eğitim düzeyinde olanların (121) %15,7'si hafif; %41,32'si orta %42,97' si yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahipti. Ortaokul mezunu olanların (34) %29,41'i hafif; %38,23' ü orta; %32,35' i ise yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahipti. Lise mezunlarının (57) %15,78'i hafif; %50,87'si orta; %33,3'ü yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahipti Üniversite ve daha üst düzey eğitim seviyesine sahip olanların (74) %25,67'si hafif; %41,89'u orta; %32,49'u ise yüksek düzey nikotin bağımlılığına sahipti (p=0,283). Meslekler arası anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Nikotin bağımlılık düzeylerine göre paket/yıl medyan düzeyleri hafif bağımlılıkta 10 (1-54); orta düzey bağımlılıkta 18 (1-123); yüksek bağımlılıkta ise 23 (3-179)'tür ve istatistiksel anlamı yüksektir (p=0,001).

Deneme yaşının medyan değeri hafif düzeyde 16,25±5,30; orta düzeyde 15,22±4,28; yüksek düzeyde 13,48±4,68 olup istatistiksel olarak yüksek anlamlıdır (p=0,001). Başlama yaşının medyan değeri ise hafif düzeyde 18,25±4,71; orta düzeyde 17,24±4,43; yüksek düzeyde 15,52±4,82 olup yine istatistiksel olarak anlam taşır (p=0,001). (Tablo 9)

**Tablo 9.** FNBT düzeyi ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

| | | **Hafif (≤3) (n=57)** | **Orta (4-6) (n=123)** | **Yüksek (≥7) (n=106)** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş ortalama** | | 37,00±14,76 | 39,82±13,97 | 39,51±11,92 | 0,398 |
| **Cinsiyet (satır%)** | **Erkek** | 41 (21,1) | 84 (43,3) | 69 (35,6) | 0,665 |
| | **Kadın** | 16 (17,4) | 39 (42,4) | 37 (40,2) | |
| **Medeni durum (satır%)** | **Evli** | 36 (17,4) | 90 (43,5) | 81 (39,1) | 0,190 |
| | **Bekar** | 21 (26,6) | 33 (41,8) | 25 (31,6) | |
| **Meslek (satır%)** | **Çalışmıyor** | 6(10,9) | 26(47,5) | 23(41,8) | 0,790 |
| | **İşçi** | 20(21,7) | 37(40,2) | 35(38) | |
| | **Devlet memuru** | 9(22,5) | 16(40) | 15(37,5) | |
| | **Öğrenci** | 10(32,3) | 13(41,9) | 8(25,8) | |
| | **Emekli** | 5(16,1) | 15(48,4) | 11(35,5) | |
| | **Özel** | 1(9) | 5(45,5) | 5(45,5) | |
| | **Serbest meslek** | 5(27,8) | 8(44,4) | 5(27,8) | |
| | **Çiftçi** | 1(12,5) | 3(37,5) | 4(50) | |
| **Eğitim (satır%)** | **İlkokul/okuryazar** | 19 (33,3) | 50 (40,7) | 52 (49,1) | 0,283 |
| | **Ortaokul** | 10 (17,5) | 13 (10,6) | 11 (10,4) | |
| | **Lise** | 9 (15,8) | 29 (23,6) | 19 (17,9) | |
| | **Üniversite ve üstü** | 19 (33,3) | 31 (25,2) | 24 (22,6) | |
| **Paket yıl ortanca değer** | | 10 (1-54)[a] | 18 (1-123)[b] | 23 (3-179)[c] | ***0,001*** |
| **Deneme yaşı ortalama** | | 16,25±5,30[a] | 15,22±4,28[a] | 13,48±4,68[b] | ***0,001*** |
| **Başlama yaşı ortalama** | | 18,25±4,71[a] | 17,24±4,43[a] | 15,52±4,82[b] | ***0,001*** |

[a,b] : Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.

Nikotin bağımlılık düzeylerinin Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları ile yüksek anlamlı ilişkisi vardır (sırasıyla, p=0,002 ve p<0,001). (Tablo 10)

**Tablo 10.** FNBT düzeyi ile Beck depresyon puanları ve Beck anksiyete puanları ilişkisi

| | **Hafif (≤3) (n=57)** | **Orta (4-6) (n=123)** | **Yüksek (≥7) (n=106)** | **P** |
|---|---|---|---|---|
| **FNBT** | 2 (0-3)[a] | 5 (2-6)[b] | 8 (7-10)[c] | ***<0,001*** |
| **Beck depresyon puanı** | 10 (1-35)[a] | 13 (0-51)[b] | 17 (0-55)[c] | ***0,002*** |
| **Beck anksiyete puanı** | 12 (0-43)[a] | 22 (0-51)[b] | 23 (1-52)[b] | ***<0,001*** |

[a,b] : Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.
Sonuçlardaki p değerleri, test puanlarının ortanca değerleri dikkate alınarak hesaplanmıştır.Parantez içinde belirtilen sayılar en düşük ve en yüksek puan aralıklarını göstermektedir.

ADI-3 toplam,fiziksel,bilişsel,toplumsal puanları ile ilişkisi de istatistiksel olarak anlam taşır ve Tablo 11'de gösterilmiştir (p=0,001).

**Tablo 11.** FNBT düzeyi ile ADI-3 puanları ilişkisi

| | **Hafif (≤3) (n=57)** | **Orta (4-6) (n=123)** | **Yüksek (≥7) (n=106)** | **P** |
|---|---|---|---|---|
| **Toplam ADI-3** | 20 (2-52)[a] | 28 (0-72)[b] | 27 (0-59)[b] | ***0,001*** |
| **Fiziksel ADI-3** | 9 (0-21)[a] | 15 (0-28)[b] | 14 (0-26)[b] | ***<0,001*** |
| **Toplumsal ADI-3** | 6 (0-20)[a] | 9 (0-28)[b] | 7 (0-21)[a,b] | ***0,020*** |
| **Bilişsel ADI-3** | 6 (0-19)[a] | 8 (0-24)[b] | 7 (0-21)[a,b] | ***0,007*** |

[a,b] : Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.
Sonuçlardaki p değerleri, test puanlarının ortanca değerleri dikkate alınarak hesaplanmıştır.Parantez içinde belirtilen sayılar en düşük ve en yüksek puan aralıklarını göstermektedir.

Nikotin bağımlılığının bırakmaya etkisi ise anlamlı derecede yüksektir ve tablo 12'de gösterilmiştir (p<0,001).

**Tablo 12.** FNBT düzeyi ile sigara bırakma ilişkisi

| | | Hafif (≤3) (n=57) | Orta (4-6) (n=123) | Yüksek (≥7) (n=106) | P |
|---|---|---|---|---|---|
| **Bırakma (sütun%)** | **Bıraktı** | 22 (38,6)[a] | 15 (12,2)[b] | 19 (17,9)[b] | ***<0,001*** |
| | **Bırakmadı** | 35 (61,4)[a] | 108 (87,8)[b] | 87 (82,1)[b] | |

[a,b]: Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.

### 4.4. Beck Depresyon Düzeyleri

Depresyon olmayanlarda yaş ortalaması 39,87±14,63; hafif düzeyde yaş ortalaması 42,10±13,28; orta düzeyde yaş ortalaması 37,34±12,63; şiddetli düzeyde yaş ortalaması ise 35,26±9,99 idi. Hafif düzey depresyon puanları ile orta ve şiddetli düzey kıyaslandığında yaş ortalamasının anlamlı olarak azaldığı görüldü (p=0,026). (Tablo 13).

Depresyon olmayanlarda erkeklerin oranı % 74,8 (77) iken; hafif düzeyde % 76,1 (51), orta düzeyde % 61,2 (52), şiddetli düzeyde ise % 45,2 (14) idi. Depresyonda olmayanların % 25,2 (26)'si kadınken; hafif düzeydekilerin % 23,9 (16), orta düzeydekilerin % 38,8 (33), şiddetli düzeydekilerin ise % 54,8 (17)'i kadındı. Bu oranlara göre depresyon olmayanlarla orta ve şiddetli depresyon kıyaslandığında anlamlı olarak kadınlarda depresyon düzeyleri yüksek bulunumuştur (p=0,004) (Tablo 13).

Eğitim düzeyleri ile de depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır. (p=0,008). Gruplar arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Ortaokula gidip depresyonu olmayanların oranı %35, liseye gidenler depresyonu olmayanların %19,4, üniversite mezunu olanlar depresyonu olmayanların %36,9'dur.Üniversite mezunu olanların orta düzeyde depresyonu olanların yüzdesi (%18,8); lise, ortaokul ve ilkokul mezunu olup orta düzey depresyonu olanların yüzdelerine kıyasla (%27,8 , %33,2 , %32,2) anlamlı derecede düşüktür. Üniversite ve lise mezunu olup şiddetli depresyonu olanların yüzdeleri (%3,4 , %6,1), ilkokul ve ortaokul mezunu olup şiddetli depresyonu olanların yüzdelerinden (%14,0 , %14,1) anlamlı düzeyde düşüktür. Çalışmayanlarda depresyon olmamasından şiddetli depresyona doğru bakıldığında artan anlamlı bir oran görmekteyiz (p=0,003). Emeklilerde ise tersi bir durum söz konusudur. Çalışmayanlarda depresyon düzeyleri yüksekken emeklilerde,

memurlarda ve özel sektörde memur düzeyinde çalışanlarda depresyon düzeyleri düşüktür.

**Tablo 13.** Beck depresyon düzeyi ve sosyodemografik özellikler

| | Beck depresyon puanı | Yok (0-9) (n=103) | Hafif (10-16) (n=67) | Orta (17-29) (n=85) | Şiddetli (30-63) (n=31) | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş ortalama** | | 39,87±14,63[a,b] | 42,10±13,28[a] | 37,34±12,63[b] | 35,26±9,99[b] | ***0,026*** |
| **Cinsiyet (sütun%)** | **Erkek** | 77 (74,8)[a] | 51 (76,1)[a] | 52 (61,2)[a,b] | 14 (45,2)[b] | ***0,004*** |
| | **Kadın** | 26 (25,2)[a] | 16 (23,9)[a] | 33 (38,8)[a,b] | 17 (54,8)[b] | |
| **Medeni durum (sütun%)** | **Evli** | 72 (69,9) | 51 (76,1) | 60 (70,6) | 24 (77,4) | 0,726 |
| | **Bekar** | 31 (30,1) | 16 (23,9) | 25 (29,4) | 7 (22,6) | |
| **Meslek (sütun%)** | **Çalışmıyor** | 11(10,7) | 10(14,9) | 20(23,5) | 14(45,2) | **0,003** |
| | **İşçi** | 24(23,3) | 27(40,3) | 31(36,5) | 9(10,6) | |
| | **Devlet memuru** | 21(20,4) | 9(13,4) | 9(10,6) | 1(3,2) | |
| | **Öğrenci** | 13(12,6) | 6(9) | 11(12,9) | 1(3,2) | |
| | **Emekli** | 14(13,6) | 7(10,4) | 10(11,8) | 0(0) | |
| | **Özel** | 6(5,8) | 3(4,5) | 1(1,2) | 1(3,2) | |
| | **Serbest** | 10(9,7) | 4(6) | 2(2,4) | 2(6,5) | |
| | **Çiftçi** | 4(3,9) | 1(1,5) | 1(1,2) | 2(6,5) | |
| **Eğitim (sütun%)** | **İlkokul /okuryazar** | 36 (35,0)[a] | 25 (37,3)[a] | 38 (44,7)[a,b] | 22 (71,0)[b] | ***0,008*** |
| | **Ortaokul** | 9 (8,7)[a] | 11 (16,4)[a] | 10 (11,8)[a] | 4 (12,9)[a] | |
| | **Lise** | 20 (19,4)[a] | 15 (22,4)[a] | 19 (22,4)[a] | 3 (9,7)[a] | |
| | **Üniversite ve üstü** | 38 (36,9)[a] | 16 (23,9)[a,b] | 18 (21,2)[a,b] | 2 (6,5)[b] | |
| **Paket/yıl ortanca değer** | | 16 (1-140) | 20 (1-80) | 18 (1-179) | 18 (3-50) | 0,245 |
| **Deneme yaşı ortalama** | | 15,25±5,17 | 15,22±4,89 | 14,04±4,43 | 14,29±3,68 | 0,260 |
| **Başlama yaşı ortalama** | | 17,36±4,84 | 17,19±5,07 | 16,28±4,53 | 15,55±3,97 | 0,166 |

**Tablo 14.** Beck depresyon düzeyi ile FNBT düzeyi, Beck anksiyete düzeyi ve ADI-3 puanları arasındaki ilişki

| | **Yok (0-9) (n=103)** | **Hafif (10-16) (n=67)** | **Orta (17-29) (n=85)** | **Şiddetli(30-63)(n=31)** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| **FNBT düzeyi** | 5 (0-10)[a] | 5 (1-10)[a] | 6 (0-10)[a,b] | 7 (1-10)[b] | ***0,002*** |
| **Beck anksiyete puanı** | 14 (0-45)[a] | 21 (2-45)[a.b] | 24 (1-50)[b,c] | 29 (4-52)[c] | ***<0,001*** |
| **Fiziksel ADI-3** | 10 (0-28)[a] | 12 (0-26)[a] | 15 (0-26)[a,b] | 18 (1-26)[b] | ***0,001*** |
| **Bilişsel ADI-3** | 5 (0-24)[a] | 7 (0-19)[a] | 8 (1-21)[a] | 14 (0-24)[b] | ***<0,001*** |
| **Toplumsal ADI-3** | 6 (0-28)[a] | 7 (0-19)[a] | 8 (0-21)[a,b] | 9 (0-24)[b] | ***<0,001*** |
| **Toplam ADI-3** | 20 (0-72)[a] | 24 (0-51)[a] | 28 (3-50)[a] | 38 (2-68)[b] | ***<0,001*** |

[a,b,c]: Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.
Sonuçlardaki p değerleri, test puanlarının ortanca değerleri dikkate alınarak hesaplanmıştır.Parantez içinde belirtilen sayılar en düşük ve en yüksek puan aralıklarını göstermektedir.

### 4.5. Beck Anksiyete Düzeyleri

Beck anksiyete düzeyleri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 15). Anksiyete olmayanların paket/yıl ortancası 13; hafif düzeyde olanların 15 (2-66); orta düzeyde olanların 18 (1-123); yüksek düzeyde olanların ise 23 (1-179) idi. Paket yıl düzeyinin bu artışı istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001). Anksiyete düzeyindeki artış ile deneme yaşı ve başlama yaşı ortalamalarında düşüş olduğu görüldü. Bu ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0,043; p=0,012). (Tablo 15)

**Tablo 15.** Beck anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

| | | Yok (0-7) (n=62) | Hafif (8-15) (n=55) | Orta (16-25) (n=50) | Şiddetli (26-63) (n=119) | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş ortalama** | | 36,60±13,52 | 39,09±13,98 | 37,86±12,95 | 41,03±13,16 | 0,167 |
| **Cinsiyet (sütun%)** | **Erkek** | 46 (74,2) | 38 (69,1) | 32 (64,0) | 78 (65,5) | 0,612 |
| | **Kadın** | 16 (25,8) | 17 (30,9) | 18 (36,0) | 41 (34,5) | |
| **Medeni durum (sütun%)** | **Evli** | 39 (62,9) | 40 (72,7) | 36 (72,0) | 92 (77,3) | 0,237 |
| | **Bekar** | 23 (37,1) | 15 (27,3) | 14 (28,0) | 27 (22,7) | |
| **Meslek (sütun%)** | **Çalışmıyor** | 7(11,3) | 12(21,6) | 10(20) | 26(21,8) | 0,091 |
| | **İşçi** | 19(30,6) | 13(23,6) | 19(38) | 41(34,5) | |
| | **Devlet** | 12(19,4) | 13(23,6) | 5(10) | 10(8,4) | |
| | **Öğrenci** | 12(19,4) | 3(5,5) | 5(10) | 11(9,2) | |
| | **Emekli** | 6(9,7) | 6(10,9) | 3(6) | 16(13,4) | |
| | **Özel** | 3(4,8) | 3(5,5) | 4(8) | 1(0,8) | |
| | **Serbest meslek** | 3(4,8) | 3(5,5) | 2(4) | 10(8,4) | |
| | **Çiftçi** | 0(0) | 2(3,6) | 2(4) | 4(3,4) | |
| **Eğitim (sütun%)** | **İlkokul okuryazar** | 18 (29,0) | 22 (40,0) | 22 (44,0) | 59 (49,6) | 0,269 |
| | **Ortaokul** | 6 (9,7) | 9 (16,4) | 7 (14,0) | 12 (10,1) | |
| | **Lise** | 15 (24,2) | 10 (18,2) | 11 (22,0) | 21 (17,6) | |
| | **Üniversite ve üstü** | 23 (37,1) | 14 (25,5) | 10 (20,0) | 27 (22,7) | |
| **Paket yıl ortanca değer** | | 13 (1-67)[a] | 15 (2-66)[a,b] | 18 (1-123)[b,c] | 23 (1-179)[c] | ***0,001*** |
| **Deneme yaşı ortalama** | | 15,19±4,18[a] | 15,84±5,79[a] | 13,30±4,43[b] | 14,70±4,52[a,b] | ***0,043*** |
| **Başlama yaşı ortalama** | | 17,89±4,39[a] | 17,87±5,56[a] | 15,64±4,71[b] | 16,24±4,34[b] | ***0,012*** |

[a,b,c] : Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.

Anksiyete gruplarındaki nikotin bağımlıları medyan değerlerine göre kıyaslandığında görülen, anksiyete düzeyi ile beraber artan nikotin bağımlığı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p=0,02)(Tablo 16). Anksiyete olmayan gruptan anksiyetenin şiddetli olduğu gruba gidildikçe depresyon düzeyleri

anlamlı olarak artış göstermiştir (p<0.01). (Tablo 16) Anksiyete düzeyi arttıkça tüm ADI-3 alt gruplarında ve dolayısıyla toplam ADI-3 puanlarında da yine anlamlı artış sözkonusudur (4 grupta da p<0,001). (Tablo 16)

**Tablo 16.** Beck anksiyete düzeyi ile FNBT düzeyi, Beck depresyon puanları ve ADI-3 puanları arasındaki ilişki

| | **Yok (0-7) (n=62)** | **Hafif (8-15) (n=55)** | **Orta (16-25) (n=50)** | **Şiddetli(26-63)(n=119)** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| **FNBT** | 5 (0-10)[a] | 6 (1-10)[b] | 7 (0-10)[b] | 6 (1-10)[b] | ***0,002*** |
| **Beck depresyon** | 9 (0-36)[a] | 12 (1-49)[b] | 15 (0-55)[b] | 16 (0-51)[b] | ***<0,001*** |
| **Fiziksel ADI-3** | 6 (0-28)[a] | 10 (0-21)[a,b] | 12 (0-24)[c] | 18 (2-26)[d] | ***<0,001*** |
| **Bilişsel ADI-3** | 3 (0-24)[a] | 5 (0-19)[a,b] | 7 (1-20)[b] | 10 (2-24)[c] | ***<0,001*** |
| **Toplumsal ADI-3** | 4 (0-28)[a] | 6 (0-19)[a] | 7 (0-18)[a,b] | 10 (1-24)[b] | ***<0,001*** |
| **Toplam ADI-3** | 12 (1-72)[a] | 19 (0-52)[a,b] | 24 (3-49)[b] | 35 (5-68)[c] | ***<0,001*** |

[a,b,c,d]: Her bir farklı harf, post-hoc test sonucuna göre grupların birbirinden anlamlı bir şekilde farklı olduğunu ifade etmektedir.Aynı harfi içeren gruplar birbirine benzerdir.
Sonuçlardaki p değerleri, test puanlarının ortanca değerleri dikkate alınarak hesaplanmıştır.Parantez içinde belirtilen sayılar en düşük ve en yüksek puan aralıklarını göstermektedir.

### 4.6. ADI-3 Düzeyleri ve Korelasyonlar

Çalışmaya katılanların ADI-3 puan medyan değerleri Tablo 17'deki gösterildiği gibidir.

**Tablo 17.** Örneklemin ADI-3 puan ortancaları

| **Genel** | **(n=286)** |
|---|---|
| **Fiziksel ADI-3** | 14 (0-28) |
| **Bilişsel ADI-3** | 7 (0-24) |
| **Toplumsal ADI-3** | 7 (0-28) |
| **Toplam ADI-3** | 26 (0-72) |

Erkek ve kadın ile ADI-3 puanları arasında anlamlı fark yoktur(Tablo 18). Evlilerde ise toplam ADI-3 ve fiziksel ADI-3 anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (Tablo 19) Eğitim durumları ile ise ADI-3 puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmedi. (Tablo 20)

**Tablo 18.** Cinsiyetlere göre ADI-3 puan ortancaları

| | **Erkek(n=194)** | **Kadın(n=92)** | **P** |
|---|---|---|---|
| **Fiziksel ADI-3** | 14 (0-28) | 12 (0-26) | 0,685 |
| **Bilişsel ADI-3** | 7 (0-24) | 8 (0-24) | 0,360 |
| **Toplumsal ADI-3** | 8 (0-28) | 7 (0-24) | 0,459 |
| **Toplam ADI-3** | 27 (0-72) | 24 (0-68) | 0,978 |

Fiziksel anksiyete duyarlılığı anlamlı olarak bekarlarda daha düşüktü ($p<0,001$). Fizksel anksiyete duyarlılığının puanlarının yüksek olmasının yansıması ile toplam anksiyete duyarlılığı da benzer düzeylerde anlamlı ilişki taşıyordu ($p<0,001$). Bilişsel ve toplumsal anksiyete duyarlılıkları da dahadüşük olmakla beraber istatistiksel olarak bekarlarda daha düşük ortancaya sahipti (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,005$).

**Tablo 19.** Medeni duruma göre ADI-3puan ortancaları

| | **Evli(n=207)** | **Bekar(n=79)** | **P** |
|---|---|---|---|
| **Fiziksel ADI-3** | 15 (0-28) | 9 (0-23) | ***<0,001*** |
| **Bilişsel ADI-3** | 8 (0-24) | 5 (0-20) | ***0,018*** |
| **Toplumsal ADI-3** | 8 (0-28) | 6 (0-24) | ***0,005*** |
| **Toplam ADI-3** | 28 (0-72) | 19 (1-60) | ***<0,001*** |

Eğitim durumlarına baktığımızda herhangi bir anksiyete duyarlılığı herhangi bir eğitim düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermiyordu. (Tablo 20)

**Tablo 20.** Eğitim durumuna göre ADI-3 puan ortancaları

| | **İlkokul/okuryazar (n=121)** | **Ortaokul (n=34)** | **Lise (n=57)** | **Üniversite ve üstü(n=74)** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fiziksel ADI-3** | 15 (0-26) | 12 (0-23) | 14 (0-28) | 12 (0-26) | 0,137 |
| **Bilişsel ADI-3** | 8 (0-21) | 6 (0-24) | 7 (1-24) | 7 (0-19) | 0,332 |
| **Toplumsal ADI-3** | 8 (0-24) | 7 (0-18) | 9 (0-28) | 7 (0-20) | 0,056 |
| **Toplam ADI-3** | 28 (0-68) | 23 (0-51) | 27 (3-72) | 24 (1-52) | 0,119 |

Yaş, deneme yaşı ve başlama yaşı ile duyarlılık ölçek puanlarının hiçbiri arasında anlamlı bir korelasyon görülmemiştir. Sadece paket/yıl ile fiziksel ADI-3 (r=0,175 ve p=0,003) ve anksiyete düzeyi (r=0,156 ve p=0,008) arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Paket/yıl ile bilişsel ve toplumsal ADI-3 açısından anlamlı bir korelasyon görülmemiştir. (Tablo 21)

**Tablo 21.** ADI-3 ile yaş, başlama yaşı, paket/yıl korelasyonları

| | | Fiziksel ADI-3 | Bilişsel ADI-3 | Toplumsal ADI-3 | Toplam ADI-3 |
|---|---|---|---|---|---|
| Yaş | r | 0,114 | 0,072 | 0,035 | 0,095 |
| | p | 0,054 | 0,226 | 0,552 | 0,110 |
| Paket/yıl | r | 0,175 | 0,110 | 0,072 | 0,156 |
| | p | ***0,003*** | 0,063 | 0,224 | ***0,008*** |
| Deneme yaşı | r | -0,002 | 0,030 | 0,009 | 0,023 |
| | p | 0,974 | 0,617 | 0,874 | 0,702 |
| Başlama yaşı | r | -0,049 | -0,026 | -0,027 | -0,039 |
| | p | 0,409 | 0,667 | 0,652 | 0,509 |

ADI-3 toplam puanları, bilişsel alt grup, fiziksel alt grup ve toplumsal alt grup puanlarının hiçbiri ile FNBT düzeyleri arasında korelasyon yoktu. (Tablo 22)

Fiziksel ADI-3 ile Beck depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,223 ve p<0,001). Fiziksel ADI-3 ile Beck anksiyete düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,636 ve p<0,001). (Tablo 22)

Toplumsal ADI-3 ile Beck depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,250 ve p<0,001). Toplumsal ADI-3 ile Beck depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon bulunmaktaydı (r=0,385 ve p<0,001). (Tablo 22)

Bilişsel ADI-3 ile Beck depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,262 ve p<0,001). Bilişsel ADI-3 ile Beck anksiyete düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,552 ve p<0,001). (Tablo 22)

Toplam ADI-3 ile Beck depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,269 ve p<0,001). Toplam ADI-3 ile Beck anksiyete düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon bulunmaktaydı (r=0,615 ve p<0,001). (Tablo 22)

**Tablo 22.** ADI-3 verilerinin istatistiksel anlam içeren korelasyonları

| | | FNBT | Beck depresyon | Beck anksiyete | Fiziksel ADI-3 | Bilişsel ADI-3 | Sosyal ADI-3 | Toplam ADI-3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FNBT | r | | 0,234 | 0,204 | 0,115 | 0,081 | 0,045 | 0,104 |
| | p | | ***<0,001*** | ***0,001*** | 0,053 | 0,174 | 0,450 | 0,080 |
| Beck depresyon | r | 0,234 | | 0,291 | 0,223 | 0,262 | 0,250 | 0,269 |
| | p | ***<0,001*** | | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** |
| Beck anksiyete | r | 0,204 | 0,291 | | 0,636 | 0,552 | 0,385 | 0,615 |
| | p | ***0,001*** | ***<0,001*** | | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** |
| Fiziksel ADI-3 | r | 0,115 | 0,223 | 0,636 | | 0,674 | 0,653 | 0,913 |
| | p | 0,053 | ***<0,001*** | ***<0,001*** | | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** |
| Bilişsel ADI-3 | r | 0,081 | 0,262 | 0,552 | 0,674 | | 0,681 | 0,853 |
| | p | 0,174 | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | | ***<0,001*** | ***<0,001*** |
| Sosyal ADI-3 | r | 0,045 | 0,250 | 0,385 | 0,653 | 0,681 | | 0,831 |
| | p | 0,450 | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | | ***<0,001*** |
| Toplam ADI-3 | r | 0,104 | 0,269 | 0,615 | 0,913 | 0,853 | 0,831 | |
| | p | 0,080 | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | ***<0,001*** | |

## 6.TARTIŞMA

Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne Ocak 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında başvurmuş 472 hastadan ulaşılabilen ve onamları alınan 286 hasta ile araştırmamız yapılmıştır. Bu araştırmada sosyodemografik özellikler, anksiyete duyarlılığı, anksiyete, depresyon, nikotin bağımlılığı ve sigara bırakma düzeyleri incelenmiş ve karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda altı ay süresince sigarayı bırakıp sürdürebilenler esas alınarak belirlenen sigara bırakma oranı %19,58 olarak bulunmuştur. Bu oran Türkiye'deki diğer sigara bırakma polikliniklerinde değişiklik göstermektedir. Solak ve arkadaşlarının çalışmasında bırakma oranı %45,5; Uzaslan ve arkadaşlarının çalışmasında %40; Çan ve arkadaşlarının çalışmasında % 43, Örsel ve arkadaşlarının çalışmasında %29,1 olarak bulunmuştur (128-131). Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılan 1-3 yıl arayla sigara bırakma oranlarını inceleyen çalışmada oran %41,9'dur (132). Salepçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaysa aralıklı bakılan bırakma devamlılıklarına göre 6.ayda bırakma oranı %48 iken 1 yıl sonunda %44,2 olarak ifade edilmiştir (133). Oranlardaki bu yükseklik başvuran tüm hastaların bırakma oranının değil de kontrollere ve tedavilere devam eden hastaların bırakma oranının esas alınmış olmasıdır. Ayrıca bazı çalışmalarda sigarayı bırakma konusunda kararlılığı yüksek olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir(130).Elbette motivasyonel görüşme sıklığı ve vizitler arasında telefonla hasta takibi de önemli yer almaktadır. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sigara bırakmaya engel sebeplerin araştırıldığı çalışmada ise sigara bırakma oranı %10,9'dur (134). Tüm oranlar incelendiğinde geniş bir yelpaze görülmektedir. Türkiye genelinde sigara bırakma polikliniklerinde ortak ve daha kapsamlı çalışmalar yürütülerek bırakma oranları daha net ve standardize olarak tespit edilebilir.

Bırakma oranlarının cinsiyetle ilişkisi çalışmamızda anlamlı bulunmamıştır. Benzer olarak sigara bırakma polikliniklerinde yapılan çalışmaların birçoğunda sigara bırakma oranında cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmamıştır (131, 132, 134-136). Erkek cinsiyetin sigara bırakma oranının yüksek olduğunu söyleyen bazı çalışmalar da söz konusudur (137, 138). Bizim çalışmamızda ise kadınlarda sigara bırakma oranı ile erkeklerde sigara bırakma oranı neredeyse aynıydı (p=0,996).

Benzer şekilde medeni durum da sigara bırakma oranında anlamlı bir değişikliğe yol açmıyordu. Medeni durum Türkiye'de yürütülen sigara bırakma hastalarıyla yapılan çalışmalarda da sigara bırakma ile ilişkilendirilememiştir (131, 132, 134, 135, 139). Evli olmanın başarıyı artırdığına yönelik çalışmalar da literatürde mevcuttur (140-144). Yalnız olmanın bağımlılıklar ve depresyon açısından risk faktörü olması göz önünde bulundurulduğunda evli olmanın başarı artışına sebep olması anlaşılabilir bir durumdur. Fakat çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar anlamlı olmasa da beklenenin tersine, bekarların evlilere göre sigara bırakma oranları daha yüksekti (bkz: tablo 7).

Eğitim durumları çalışmamızda sigara bırakmayı anlamlı düzeyde etkilemiyordu. Meslek durumuna bakacak olursak, çiftçilerin hiçbirinin sigarayı bırakmamış olması dikkat çekiciydi. Çiftçileri %11 ile serbest meslek grubu ve %14,5 ile çalışmayan grup takip ediyordu. Çalışma koşullarının zor olması stres faktörlerini arttıracağından sigara bırakmayı zorlaştırabilir. Çiftçi grubundaki hasta sayısının az olması çiftçilerdeki bu bulgunun istatistiksel önemini azaltır. Anlamlı olarak yüksek başarıya sahip olan emeklilerinse %29 bırakma oranıyla diğer mesleki durumlara göre önde olması, erişkin yaşların sonuna doğru artan sağlık sorunları ve bırakma eğilimi ile açıklanabilir (129, 133, 145, 146). Bu bağlamda ileri yaşta da yüksek bırakma başarısı bekleriz fakat çalışma sonuçlarımızda bırakma başarısının hastaların yaş ortalamalarıyla anlamlı ilişkisi yoktu. Bu sonuç yaşları gruplar halinde değil de tek bir ortalamaya bakarak değerlendirmemizden kaynaklanıyor olabilir. Fakat yaşlar gruplanarak incelense de sigara bırakma başarısı ile anlamlı ilişkisi bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (134, 145). Yaş ve bırakma başarısının incelendiği bu çalışmamalarla bizim çalışmamızın ortak yanı ise sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalarla yapıldığı için sınırlı örneklemi olan çalışmalar olmasıdır (132, 134, 135).

Deneme yaşı ortalamaları, bırakanlarda 14,79±3,66; bırakmayanlarda 14,78±4,99 idi. Başlama yaşı ortalamaları ise bırakanlarda 17,02±3,96; bırakmayanlarda 16,75±4,91 idi. Bu oranlar Türkiye genelinde yapılan, sigara içme alışkanlıklarını sorgulayan kamuoyu araştırması ve Küresel Erişkin Tütün Araştırmaları verileri ile de uyumluydu (147, 148). Fakat sonuçlarımıza bakıldığında bu yaşların sigara bırakma ile herhangi bir ilişkisi gözükmemektedir. Benzer olarak Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğinde yapılıp,

2016'da yayımlanan çalışmada ve Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğinde yapılıp 2017'de yayımlanan çalışmada da sigara kullanmaya başlanan yaşlar, sigara bırakma ile ilişkisizdir (132, 134). Bunu destekleyen farklı ülke çalışmaları da literatürde yer almaktadır (149, 150). Öte yandan karşıt sonuç bildiren yani başlama yaşı azaldıkça bırakmanın zorlaştığını söyleyen çalışmalar da literatürde yer almaktadır (151, 152). Farklı sonuç bulan yayınlarda erken kullanım ve kullanım süresinin uzaması durumları bu sürece etken olarak gösterilmiştir. Bizim sonuçlarımıza göreyse sigarayı bıraksın bırakmasın çoğu hastamız aynı yaşlarda sigaraya başlamışlardı. Ergenlik sebebiyle kendini ispat etme çabası, ortama uyum gösterme, farklı olma, özenme gibi sebepler sigara kullanmaya başlama yaşını bu seviyelere çekmektedir.

Örneklemimiz geniş bir paket/yıl yelpazesine sahipti. Bundan dolayı ortancalarını (bırakan:15 bırakmayan:18) kullanarak yaptığımız analizde sigara bırakmaya etkisinin olmadığını gördük (p=0,125). Günlük içme miktarları ve içme süreleri bağımlılık açısından anlamlı olsa da paket/yıl olarak ele alındığında benzer sonuçlar ortaya çıkmaktadır (132, 135, 153, 154).

Nikotin bağımlılık düzeylerine baktığımızda sigara bırakmada anlamlı düzeyde etkili olduğunu gördük. Özellikle sigarayı bırakanların hafif bağımlılık; bırakmayanlarınsa orta ve yüksek bağımlılık oranlarında daha yüksek paya sahip olması dikkat çekiciydi. Yani bağımlılığı düşük olanlarda bırakma oranı yüksek olduğu gibi; bağımlılığı orta ve yüksek olanlarda bırakma oranı düşüktü. Çalışmamızı bu noktada destekleyen birçok literatür mevcuttur (132, 134, 140, 155-158). Üstelik nikotin bağımlılığı ve sigara bırakmanın yakın ilişkisine dayanan literatüre göre Örsel ve arkadaşları nikotin bağımlılık düzeyine göre nikotin yerine koyma tedavisini uygulamış ve sonuçları yayınlamıştır (131, 159). Nikotin bağımlılığının sigara bırakmayı etkilemediğine dair sonuçlarını yayınlayan bazı çalışmalarda, istatistiksel anlam taşımamakla beraber; sigarayı bırakamayanlarda yüksek nikotin bağımlılığı olanların oranı, göreceli olarak daha yüksek bulunmuştur (131, 146, 160). Bu sonuçlar sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda, örneklem kısıtlılığından kaynaklanıyor olabilir. Solak ve arkadaşları ile Salepçi ve arkadaşlarının çalışmalarında da nikotin bağımlılık düzeyinin sigara bırakmaya etkisi anlamlı bulunamamıştır.(130, 133). Diğer taraftan

nikotin bağımlılığı; paket/yıl miktarı, deneme yaşı ve başlama yaşı ile anlamlı olarak ilişkiliydi. Nikotin bağımlılığı artışı ile paket/yıl ortancaları da artış gösteriyordu. Nikotin bağımlılığı artışı ile deneme ve başlama yaşlarının ortalamaları azalıyordu. Bu kullanımın erken başlayıp uzun sürmesi sebebiyle artan bağımlılığın göstergesi olarak kabul edilebilir (131). Nikotin bağımlılığının anksiyete duyarlılığı ve incelediğimiz diğer düzeyler ile ilişkisinden ise anksiyete duyarlılığı tartışılırken bahsedilecektir.

Sigara bırakmada başarısızlığa baktığımızda depresyon düzeylerinin bırakanlara göre daha yüksek olduğunu gördük. Üstelik bırakmayanların oranlarının, orta ve yüksek depresyon düzeylerindeki olanlarına bakıldığında anlamlı olarak artmaktaydı. Depresif belirtileri veya depresyon düzeyleri yüksek olanlarda sigara bırakmama sebepleri araştırılırken yapılan çalışmalarda, sigara içen popülasyonda genelde depresif belirtileri yüksek olanlar sigara bırakma özyeterliliğine sahip olmalarına rağmen daha fazla vazgeçme motivasyonuna sahip olduğu ortaya konmuştur (161). Bu yüzden bırakmaya karar verdiklerini –ki bunu sigara içenlerde nikotin bağımlılığı ile ilişkilendirdiğimiz depresyon düzeylerinin yüksek olmasına rağmen bırakmak için karar verip polikliniklerimize başvurmalarından anlayabiliriz- fakat bırakma aşamasında vazgeçme motivasyonlarının ağır bastığını söyleyebiliriz (162-165). Depresyon düzeyindeki artışın sigara bırakmaya engel olabileceği sonucuna ulaşan sigara bırakma polikliniklerinde yapılan çalışmalar olduğu gibi çok sayıda psikiyatrik çalışma da literatürde mevcuttur (132, 166-168). Örneğin sonuçlarımıza benzer şekilde, Fidan ve arkadaşlarının çalışmasında da depresyon düzeyleri arttıkça bırakma düzeylerinde düşüş saptanmıştır (145). Literatürde depresif belirtilerin veya depresyon düzey puanının bırakma üzerine anlamlı olarak etkisi olmadığına dair çalışmalar da mevcuttur (169, 170). Bahsettiğimiz çalışmalar sigara bırakmada tedavi etkinliklerini mercek altına alan çalışmalar olduğundan depresyon düzeyleri ilgili sonuçları ayrıntılı değerlendirmeye tabi tutmamışlardır.

Çalışmamızda depresyon düzeyleri ile farklı bulgular da elde edildi. Depresyon düzeyi düşük olanlara (42,10±13,28) göre orta düzeyde olanların yaş ortalamaları (37,34±12,63) anlamlı olarak daha düşüktü. Şiddetli düzey depresyon puanı alan kişilerin yaş ortalamaları (35,26±9,99) da orta düzey depresyon puanı alanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Bu sonuçlar polikliniğimizde yapılan

sosyodemografik özelliklerin incelendiği çalışmayla ters düşmektedir. Bunun sebebi bu çalışmada yaşları gruplandırmadan değerlendirmeye almamız olabilir. Ayrıca bahsettiğimiz çalışmada 20 ay süresince başvuran, onamı alınan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmişken; bizim çalışmamızda 6 ay süresince başvuran hastalardan ulaşabildiğimiz kısıtlı sayıda hasta çalışmaya dahil edilmişti (171). Depresyon düzeyi artarken yaş ortalamaları anlamlı düzeyde düşüş gösterse de yaş ortalamaları birbirine yakın dekatlar içerisinde sınırlıdır.

Depresyon ve cinsiyet ilişkisinde elde ettiğimiz sonuçlarda; kadınların depresyon düzeyi arttıkça anlamlı olarak yüzdeleri artarken, erkeklerin yüzdeleri küçülüyordu. Kadınların depresyon düzeyinde erkeklerle kıyaslandığında görülen bu yüksek oran psikiyatrik çalışmalar sonucunda da görülmüş olup depresyon epidemiyolojisinde yerini almıştır (172-175). Ayrıca polikliniğimizde yapılan sosyodemografik özellikler ve depresyon ilişkisini de inceleyen çalışmada, kadınlarda depresyonun anlamlı olarak fazla görüldüğü sonucuna ulaşmıştı (171).

Üniversite ve üstü kurumlardan ve ilkokuldan mezun kişileri ele aldığımızda; eğitim düzeyinin en alt basamağının yüksek depresyon düzeylerinde daha yüksek paydaya sahip olduğunu gördük. Ayrıca Beck depresyon sınıflamasına göre, depresyonu olmayanların çoğunluğunun üniversite ve üstü kurumlardan mezun olduğunu gördük. Kısaca anlatmak gerekirse eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinde ciddi anlamda azalma söz konusuydu. Eğitim düzeyi arttıkça azalan grafiğe uyum göstermeyen tek grup ortaokul mezunları grubuydu. Bunun Türkiye'de bir dönem 8 yıllık zorunlu ilköğretim uygulamasına geçilmiş olması ve bundan dolayı örneklemdeki ilkokul-ortaokul mezuniyet sorularına sağlıklı cevaplar alınamamasından kaynaklı bir yanıltıcı olabileceğini düşündük. Sonuç olarak eğitim düzeyinin depresif belirtiler açısından olumlu anlam taşıması eğitimin, yaşam şekli ve vizyonu üzerine olumlu etkisi, insanın sosyal olma yönünü güçlendirmesi, bu sayede duygududuruma olumlu etki göstermesi gibi sebeplere dayandırılarak açıklanabilir. Birinci basamakta yapılan Dişçigil ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyinin arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır (176). Polikliniğimizde yapılan sosyodemografik özellikler ve depresyonu inceleyen çalışmada da bizim eğitimle ilişkili sonuçlarımıza benzer doğrultuda sonuçlar elde edilmiştir (171).

Depresyon düzeyleri ve nikotin bağımlılığı, çalışmamızda anlamlı bir şekilde yüksek korelasyon gösteriyordu. Polikliniğimizde 2017'de yapılan çalışmada da benzer ilişki ortaya konulmuştu (171). Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğinde yapılıp 2017'de yayımlanan çalışmada da nikotin bağımlılığı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı pozitif yönde korelasyonlar ortaya konmuştur. Depresyon ve sigara içme birlikteliğinin temelinde yatan sorunları araştırmak için çok sayıda çalışma yapılmıştır. Çoğunlukla çıkış noktaları sigara içenlerde depresyon düzeyinin içmeyenlere göre yüksek olması ve majör depresyon tanısı alanlarda sigara içme oranının tanı almayan popülasyona göre daha yüksek olmasıdır (162-165). Nikotinin psikofarmakolojik özelliklerinden kaynaklanan serotonin, dopamin, nöradrenalin düzeylerinde de değişikliğe yol açması nikotin bağımlılığı ile depresyon arasında benzer yolaklar olduğunu gösteriyor (177). Ayrıca sigara içmeyen majör depresyon tanılı kişilere nikotin verilerek depresif beliritilerin azaltılabileceğine dair çalışmalar da bunu destekler niteliktedir (178).Depresyon ve nikotin bağımlılığı kuvvetli korelasyon ve ortak yolaklar gösterirken genetik yatkınlıklarının da benzediği gösterilmiştir (177, 179).

Çalışmamızda anksiyete düzeyleri de deneme yaşı, başlama yaşı, paket/yıl ile depresyona benzer şekilde anlamlı ilişki gösterdi. Depresyondan farklı olarak cinsiyet ve eğitim durumlarına ilişkin sonuçlar anlamlı değildi. Nikotin bağımlılığı ise anksiyete düzeyleri ile anlamlı korelasyon gösteriyordu. Deneme ve başlama yaşı ortalamalarımız anksiyetenin de belirtilerini göstermeye, şekillenmeye başladığı ergenlik dönemi yaş grubuna denk düşer. Anksiyete ve nikotin bağımlılığı ergenlik döneminde birbirini tetikleyebilen paradoksal bir oluşumla karşımıza çıkmaktadır (180). Kaygının sigara içme davranışı ve nikotin bağımlılığı oluşturmasına bakılarak; kaygı ve sigara içme davranışı arasındaki ilişkinin 4 yıl boyunca incelendiği, sonuçları 2000 yılında yayınlanan psikopatoloji çalışmasında, kesitsel, retrospektif ve prospektif analizleri, sosyal anksiyetenin nikotin bağımlılığı ile anlamlı olarak korele olduğunu göstermiştir. Özbildirimlere de dayanarak sigara içme davranışının sosyal ortamlarda kaygıyı azaltan bir faktör olduğu ileri sürülmüştür (180). Sigara içilmesinin erken ergenlik ve erken erişkinlik döneminde nikotin bağımlılığı ve bazı anksiyete bozukluklarında risk artışı oluşturmasında iki temel hipotez vardır. Bu hipotezlerden ilki kaygılı bireylerin akran baskısı, sosyal etkileşim, kaygıyla baş

etmenin kolaylaşması ve sakinleştirici etkilerden dolayı sigara içmeleri ve nikotin bağımlısı olmalarıdır (180-182). Diğer hipotez ise sigara içmenin (dolayısıyla nikotin bağımlılığının) anksiyete bozuklukları riskini, anksiyete bozuklukları semptomlarını ve görülme sıklığını arttırmasıdır (183-187). Yani literatür göz önüne alındığında sigara anksiyolitik etkisi ile kullanıma başlanan -ki bu başlama yaşı ile bulduğumuz anlamlı ilişkiyi açıklar-; anksiyojenik etkisi ile kullanım arttıkça anksiyete semptomları görmemize neden olan - bu da bulduğumuz yüksek anksiyete düzeyleri ile nikotin bağımlılığı korelasyonunu açıklar- ve oluşturduğu bu paradoksal etki ile de sigarayı bırakmayı güçleştirir –bunu da anksiyete düzeyleri yüksek olanlarda sigara bırakmanın anlamlı olarak zor olması sonucumuzla ilişkilendirebiliriz- (167, 180, 188). Bu karmaşık ilişkide Jeffrey ve arkadaşları ise gençleri konu alan çalışmalarında, sigaranın anksiyete bozukluklarına neden olabileceği ancak anksiyete bozukluklarının sigara içme riskini arttırmadığı yönünde sonuçlar elde etmişlerdir (189). Tabi ki bizim çalışmamız nedenleri değil sonuçları araştırdığından bu konuya ışık tutamamakta bu konuda özellikle gençleri konu alan geniş çapta çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sigara bırakma oranlarının anksiyete düzeyleri arttıkça anlamlı olarak düştüğü benzer çalışmalar ülkemiz sigara bırakma polikliniklerinde de yapılmıştır. Bu konuda benzer sonuçlardan biri de Fidan ve arkadaşlarının çalışmasında yayınlanmıştır (145). Aynı şekilde Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğinde yapılıp 2017'de yayımlanan çalışmada da anksiyete düzeyleri nikotin bağımlılığı arttıkça artmış, sigarayı bırakma oranları da anksiyete düzeyleri artıkça anlamlı olarak azalmıştır. Doğubeyazıt Devlet Hastanesi sigara bırakma polikliniğine 320 olgu ile yapılan 2014'te yayınlanan çalışma sonuçlarına göre ise anksiyete düzeylerinin sigara bırakma ile ilişkisi bulunmamıştır (169). Sigara içenlerin anekdot raporlarına ve bu raporlarla uyumlu ampirik çalışmalara göre sigara ve nikotinin anksiyolitik olabileceği üzerinde durmak mümkündür. Özellikle sigara içmeyen saplantılı düşüncelerin ön planda olduğu anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda yapılan nikotin bantları kullanılarak uygulanan tedavilerde saplantılı düşüncelerin azaldığının görülmesi anksiyolitik etkiyi destekler niteliktedir (190). Dursun ve arkadaşlarının da benzer şekilde nikotin verilerek anksiyetenin azaldığına dair sonuçlar elde ettiği çalışması da literatürde yer

almaktadır (191). Sonuçta ilişki ne kadar paradoksal olsa da kaygıyı farklı şekillerde azaltmak ve tedavi etmek tütün kullanımından daha az zarara sahiptir (180). Polikliniklerimizde psikiyatri ile multidisipliner çalışmalar ve tedaviler uygulayarak daha başarılı sonuçlar elde etmemiz hem anksiyete hem nikotin bağımlılığı hem de depresyon açısından mümkün gözükmektedir.

Anksiyete duyarlılığı tüm alt ölçekleriyle beraber incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek durumu, nikotin bağımlılığı ile ilişkisinin olmadığını gözlemledik. Düzce Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapılan 2017'de yayınlanan çalışmada da anksiyete duyarlığının yaş, cinsiyet, eğitim durumu ile ilişkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (192). Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan 2017'de yayınlanan, ayrılık anksiyetesi ile anksiyete duyarlılığı ilişkisinin de incelendiği çalışmada yaş ve cinsiyetin anksiyete duyarlılığı düzeylerini etkilemediği görülmüştür (193). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan 2016 yılında yayınlanan çalışmaya göre de yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun anksiyete duyarlılığına etki etmediği sonucuna ulaşılmıştır (194). Çalışmamızda anksiyete duyarlılığı ve özellikle fiziksel duyarlılık evli olanlarda anlamlı olarak yüksek düzeylerdeydi. Paket/yıl miktarı da anksiyete duyarlılığı ve özellikle fiziksel duyarlılık düzeylerindeki artış ile uyumlu ve anlamlı bir şekilde yükseliyordu. Anksiyete duyarlılığı ile pek çok çalışmaya sahip olan Zvolensky ve arkadaşlarının 2005'te yayınladıkları çalışmada anksiyete duyarlılığının günlük sigara içme miktarı ve nikotin bağımlılığı ile anlamlı ilişkiye sahipti. Yine bizim sonuçlarımızdan farklı olarak cinsiyetin anksiyete duyarlılığına etkisi bulunmaktaydı (7). Brown ve aralarında Zvolensky'nin de bulunduğu arkadaşlarının 2001'de yayınlanan çalışmasındaysa paket/yıl miktarıyla anksiyete duyarlığının bir ilişkisi yoktu (119). Yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özelliklerin anksiyete duyarlılığına etkisi netlik kazanmamıştır. Bunun için çocukluk çağı ve ergen erişkin dönem takibi de olan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (117).

Çalışmamızda depresyon, anksiyete, anksiyete duyarlılık ve nikotin bağımlılık düzeylerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri karşılaştırılacak olursa anksiyete duyarlılığı başı çekmektedir ($p<0.001$). Sonrasında ise sırayla anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri ve nikotin bağımlılığı düzeyleri gelmektedir (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,006$, $p=0,008$). Fiziksel ve bilişsel anksiyete duyarlılıkları ile

anksiyete orta düzeyde anlamlı korelasyona sahipken, toplumsal anksiyete duyarlılığı ile anksiyete zayıf düzeyde korelasyona sahipti. Öte yandan anksiyete duyarlılığının ve fiziksel, bilişsel, toplumsal alt ölçeklerinin depresyon ile korelasyonuna bakıldığında tüm duyarlılıkların depresyon ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı korelasyona sahip olduklarını gördük. Ancak depresyon ve anksiyete düzeyleri nikotin bağımlılığı ile anlamlı korelasyon gösterirken anksiyete duyarlığı nikotin bağımlılığı ile korelasyon göstermiyordu. Bu sonucumuz beklenenden farklı olmakla beraber nikotin bağımlılığını düzeylerine göre incelediğimizde; anksiyete duyarlılığı, nikotin bağımlılığı az olanlarda nikotin bağımlılığı yüksek olanlara göre anlamlı ölçüde düşük ortancaya sahipti (p=0,001). Yani korelasyon olmasa da anksiyete duyarlılığı ve nikotin bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu. Anksiyete duyarlılığının sigara bırakmaya etkisinde nikotin bağımlılığının payı olabileceği gibi bu etki farklı mekanizmalarla da gerçekleşiyor olabilir. Ayrıca bu sonuçlardan yola çıkarak söyleyebiliriz ki anksiyete duyarlılığının sigara bırakmaya etkisi anksiyete, nikotin bağımlılığı ve depresyona dayandırılabileceği gibi sigara bırakmadaki bu sinerjistik etkiler göz önüne alındığında; anksiyete duyarlılığı, tek başına güçlü anlamlar çıkarabileceğimiz bir bırakma etkileyici faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Brown ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınlanan çalışma sonuçlarına göre aksiyete duyarlılığı sigara içme oranı ile ilişkili değildi. Bu sonuç da nikotin bağımlılığı ve anksiyete duyarlılığını ilişkisiz bulmamız sonucunu destekler nitelikteydi. Brown ve arkadaşlarının sonuçlarında sigara bırakma oranı ise anksiyete duyarlılığı yüksek olanlarda düşüş gösterse de bu düşüş istatistiksel anlam taşımıyordu. Ayrıca bu çalışmada anksiyete duyarlılığı ve Beck depresyon düzeyleri arasında da bir korelasyona rastlanmamıştır ancak tekrarlayan depresyon öyküsü ile pozitif olarak korele sonuçlar elde edilmiştir. Nikotin yoksunluk semptomlarının da incelendiği bu çalışmada anksiyete duyarlılığının yüksek olmasının sigara bırakmayı takip eden ilk hafta görülen nikotin yoksunluk semptomlarının daha yoğun yaşandığı belirtilmiştir (195).

Mulian ve arkadaşlarının 119 kişi ile yaptıkları prospektif çalışmada da nikotin yoksunluk düzeyleri incelenmiş, anksiyete ve anksiyete duyarlılığı arttıkça ilk bir hafta boyunca nikotin yoksunluk semptomlarının arttırdığı görülmüştür. Yine

bu çalışmada ilk bir ay sigara bırakma düzeyleri anksiyete duyarlılığının yükselmesiyle düşüş gösteriyordu (196). Brown ve arkadaşlarının 2002'de yayınlanan çalışmasında ise anksiyete duyarlılığındaki yüksekliğin erken relapslarla anlamlı ilişkisi olduğu ortaya kondu (197). Zvolensky'nin 2009'da yayınlanan 123 sigara içicisinin katıldığı çalışmasındaysa sigara bırakmada laps(kaçamak) ve relapslar(yeniden başlamak) incelenmiştir. Anksiyete duyarlılığının yüksek olması sigara bırakmanın 1. , 7. ve 14. günlerinde kaçamak yapılması ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Hatta bu ilişki anksiyete ve depresyon düzeylerinden daha yüksek anlama sahiptir. Ancak relaps dediğimiz yeniden sigaraya başlama ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (43). Zvolensky ve arkadaşlarının 2007'de yayınladıkları 329 katılımcı ile yapılan çalışmada ise sigara bırakma motivasyonunun önündeki engeller araştırılmış ve panik atak öyküsü, içilen günlük sigara miktarı ve anksiyete duyarlılığının yüksek olması engel olabilecek nedenler arasında anlamlı bulunmuştur (198). Teresa ve arkadaşlarının 2008'de yayınladığı 144 katılımcının yer aldığı çalışmada da anksiyete duyarlılığının stres intoleransını da etkileyerek sigara içmekten alınacak sonuç beklentisini arttırarak sigara içme motivasyonunda rol oynadığı tartışılmıştır (199). Sigara bırakmaya anksiyete duyarlılığındaki yüksekliğin sebep olabileceğine dair sonuçlar yayınlayan bir diğer çalışma da Johnson ve arkadaşlarına aittir. 2012'de yayınlanan 123 katılımcı ile yapılan bu çalışmada anksiyete duyarlılığı ile anksiyete arasındaki ilişki anlamlı olmakla beraber anksiyete ve anksiyete duyarlılığındaki artışla nikotin yoksunluk semptomlarında artış olması da anlamlıydı (200). Benzer şekilde sonuçlarımızı destekleyen ve bulgu havuzunu sonuçlarımız doğrultusunda genişleten başka çalışmalar da mevcuttur (201-203).

Gerek nikotin yoksunluk semptomlarının yoğun görülmesi gerekse erken dönemde sigara bırakma önünde engel olarak görülmesi anksiyete duyarlılığını düşürürsek sigara bırakma başarısını arttırabilir miyiz sorusunu da beraberinde getirir. Zvolensky ve arkadaşlarının 2013 yılında yayınlanan çalışmasında anksiyete duyarlılığını azaltma programına alınan altı kişiye sigara bırakma grup terapisi uygulanmıştır ve anksiyete duyarlılığını azaltmanın sigara bırakmayı anlamlı olarak olumlu etkilediği görülmüştür (204). Bakhshaie ve arkadaşlarının 2017'de yayınladığı sigara bırakmayı başaran bireyler arasında yapılan çalışmaya göre; anksiyete duyarlılığının azaltılması ve nikotin replasman tedavisinin kullanımı

bırakma sonrası görülen nikotin geri çekilme semptomlarında hızlı gerilemeye sebep olmuştur (205). Anksiyete, anksiyete duyarlılığı ve sigarayı hedef alan 6 ay süreyle ampirik olarak hastaların değerlendirildiği bir çalışmada da anksiyete tedavisi koşullarında anksiyete duyarlılığının düştüğü ve 6 ay boyunca bu düşüşün korunduğu görülmüştür ve bunun sigara bırakma motivasyonunu arttırdığına yönelik sınırlı da olsa kanıtlar elde edilmiştir (206).

Anksiyete duyarlılığı; kaygıya bağlı duyumlardan istikrarlı bir şekilde duyulan korkuyu ifade eder (207). Kanıtlar ve çalışma sonuçlarımıza dayanarak bu faktörün ve sigara içmenin anksiyete bozukluklarını, depresyonu ve nikotin bağımlılığını arttırdığını söyleyebiliriz (9, 10, 115, 203, 206, 208-210). Bu kanıtların çıkış noktası sigara içme davranışının anksiyete bozukluklarından, depresyondan ve nikotin bağımlılığından önce başlamasıdır.

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerde sigara önemli düzenleyici işlevler üstlenmektedir. Bu bireyler özellikle anksiyetelerini azaltmaya yardımcı olması için sigara içmektedir. Anksiyete duyarlılığı yüksek kişiler, sorunlarla başa çıkma stratejileri yetersiz kaldığında kısa vadede duyumlarını yönetmek için sigaraya başvurmayı öğrenebilirler. Bununla beraber sigara içicisi olmak giderek nikotin çekilme semptomlarını, sağlıktaki bozulmayı ve çeşitli nedenlerle iç dinamiklerdeki denge kaybını arttırabilir. Bu caydırıcı unsurlar kişiye zarar gördüğü endişesini de öğretir. Bu endişe anksiyete duyarlılığı yüksek kişilerde sigara bırakma motivasyonu sağlayabilir fakat bu kişiler bırakma sonrası nikotin çekilme semptomlarını, artan depresif ve anksiyöz semptomları daha yoğun yaşar. Dolayısıyla daha fazla bırakamama riski taşırlar. Ayrıca kısa vadede bırakmayı caydırıcı sebeplere kanıp sigara içmeye devam etmek paradoksal olarak anksiyete bozukluklarında artışa uzun vadede risk oluşturur.

Çalışmamızda var olan kısıtlılıklardan bahsetmek gerekirse; hastaların psikiyatrik olarak anksiyete bozukluğu veya depresif bozukluk tanıları değil de Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçek düzeyleri ile korelasyonlar kurulduğundan bu sonuçlarla uyumlu bir veri elde etmemiz mümkün değildi. Ayrıca hastaların sigara bırakma sonrası nikotin yoksunluklarını veya çekilme semptomlarının yoğunluklarını incelememize katmamıştık. Sigara bırakma başarısını engelleyen kaçamaklar ve relapsların durumlarını da ele almamıştık. Sigara bıraktırma polikliniğinde

yürüttüğümüz bir çalışma olduğundan bize başvuran kısıtlı sayıdaki içicilerle diğer sigara içicilerinin sigara bırakma motivasyonları ve anksiyete duyarlılık düzeylerini karşılaştırmamız mümkün değildi. Hastaların sigara bırakmalarının önündeki engelleri ve motivasyon kayıplarının sebeplerini araştıran bir algoritma uygulanarak anksiyete duyarlılığı ile sigara bırakmanın var olan ilişkisi daha da netleştirilebilir. Altı aylık, bir yıllık ve üç yıllık sonuçları da içeren daha geniş çapta araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak tütün kullanımı, nikotin bağımlılığı, anksiyete duyarlılığı, anksiyete bozuklukları ve depresyon ilişkileri karmaşıktır ve net anlaşılamamıştır. Bu riskler altındaki hastalara yardımcı olmak için disiplinlerarası bir yaklaşım gerekmektedir. Etiyolojik özelliklerin karşılıklı ilişkisini inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Sigaranın objektif duyguduruma etkisi karmaşık olsa da bu süreçler bilişsel analizler kullanılarak kavramsallaştırılabilir. Çalışmamızın sonuçları anksiyete duyarlılığının sigara bırakma davranışında etkin olduğunu göstermektedir ve sigara bırakmaya engel olabilecek diğer sebeplere de ışık tutmaktadır. Sonuçlarımız ışığında, sigara bırakma poliklinikleri ve bağımlılıkla mücadele veren polikliniklerde, kişilerin anksiyete duyarlılıkları göz önüne alınarak yapılacak takip ve tedavi çalışmaları ile sigara bırakma başarısını arttıracak yeni yaklaşımlar oluşturulabilir.

## 6.SONUÇ

Çalışma sonuçlarımıza göre anksiyete duyarlılığı özellikle fiziksel anksiyete duyarlılığı ve bilişsel anksiyete duyarlılığı alt gruplarıyla beraber sigara bırakmayı zorlaştırıyordu. Nikotin bağımlılığı yüksek olanlarda anlamlı düzeyde anksiyete duyarlılığı da yüksekti. Nikotin bağımlılığındaki artışsa sigara bırakma başarısını düşürüyordu. Bu durum bize anksiyete duyarlılığının sigara bırakmaya etkisinde nikotin bağımlılığının da rolü olduğunu düşündürdü.

Anksiyete duyarlılığı ayrıca hipotezimizle uyumlu olarak anksiyete ve depresyon ile de yakından ilişkiliydi. Anksiyetenin daha kuvvetli olmak üzere anksiyete ve depresyon düzeylerindeki artışın sigara bırakma başarısını anlamlı bir şekilde düşürmesi de sonuçlarımız arasındadır. Bu sonuçlar ışığında, sigara bırakma başarısı üzerine anksiyete ve depresyonun yadsınamaz olumsuz etkisini de hesaba katarsak anksiyete duyarlılığı bu yolaklar aracılığıyla da sigara bırakmaya engel olabilmektedir.

Sigara bırakma hastalarında, anksiyete ve depresyon gözlenebilmektedir. Sigara bırakma hastalarının klinik görüşme sırasında anksiyete ve depresyon açısından sorgulanması, sigara bırakma sonrası anksiyeteleriyle ve ağırlaşan depresif semptomlarla başa çıkmada daha etkin tutumlar geliştirilmesinde fayda sağlayabilir. Ayrıca anksiyete duyarlılığı, sigara bırakma hastalarında sigara bırakmanın zorlaşacağını, anksiyete düzeylerini ve depresyon düzeylerinin yüksek olacağını öngörebileceğimiz bir araç olarak da kullanılabilir. Sigara bırakma hastalarında anksiyete ve depresyon sorgulanarak ve tedavi edilerek sigara bırakma başarısını arttırmak mümkün olabilir. Bu hastalarda anksiyete duyarlılığının değerlendirilmesi ve gerekli ise bilişsel davranışçı müdahalelerle azaltılması yoluyla da sigara bırakma başarısı arttırılabilir.

## 6.KAYNAKLAR


1. Reiss S, McNally RJ. Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, (eds).Theoretical issues in behavior therapy. San Diego, CA: Academic Pres, 1985, 107–121
2. Cox B.J., Swinson R.P., Shulman I.D., Kuch K., Reichman J.T.Gender effects and alcohol use in panic disorder with agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 31 (1993), pp. 413-416.
3. Stewart S.H., Karp J., Pihl R.O., Peterson R.A.Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. Journal of Substance Abuse, 9 (1997), pp. 223-240.
4. Hitsman B., Borrelli B., McChargue D.E., Spring B., Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: A meta-analysis Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71 (4) (2003), pp. 657-663.
5. Hall S.M., Muñoz R.F., Reus V.I.Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (1) (1994), pp. 141-146.
6. Zvolensky M.J. , Schmidt N.B., Stewart S.H. Panic disorder and smoking Clinical Psychology: Science and Practice, 10 (1) (2003), pp. 29-51,.
7. Zvolensky M.J., Bernstein A. Cigarette smoking and panic psychopathology. Current Directions in Psychological Science, 14 (6) (2005), pp. 301-305.
8. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour Research Therapy 1986;24(1):1–8
9. Hayward C. , Killen J.D, Kraemer H.C., Taylor C. Predictors of panic attacks in adolescents Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39 (2) (2000), pp. 207-214, .
10. Maller R.G., Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987 Journal of Anxiety Disorders, 6 (3) (1992), pp. 241-247.

11. Marshall G.N. , Miles J.N, Stewart S.H. Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: Evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. Journal of Abnormal Psychology, 119 (1) (2010), pp. 143-150,.

12. Schmidt N.B. , Lerew D.R., . Jackson R.J. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. Journal of Abnormal Psychology, 108 (3) (1999), pp. 532-537.

13. Zvolensky MJ. , Bonn-Miller M., Bernstein A, Marshall E. Anxiety sensitivity and abstinence duration to smoking. Journal of Mental Health, 15 (6) (2006), pp. 659-670.

14. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi. http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/Tutun_Kullanımının_Tarihcesi-I_Baris.pdf. Erişim tarihi: 8.12.2017

15. Micheli AD. El tabaco a la luz de la historia y la medicina."Archivos de cardiología de México" 85.4 (2015): 318-322.

16. Monardes N. Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias occidentales. Sevilla: Impr. de Alonso Escribano; 1574.

17. Uzunca G. Tütünün Tarihi, İn: Özyardımcı N. (Ed) Sağlık ve Sigara, Bursa. 2002:22-9.

18. Ramazzini B. Disertación acerca de las enermedades de los trabajadores. [Trad. S. Victorica y J.A. Codazzi]. Buenos Aires,1949.

19. JC Leffingwell DL Davis , MT Nielsen (Eds.) , Tütün Üretim, Kimya ve Teknoloji , Blackwell Science , Oxford, İngiltere ( 1999 ) , s. 265 - 284 Bölüm 8A.

20. CR Green , A. Rodgman Rec. Gelişmiş. Tob. Sci. , 22 ( 1996 ) , s. 131 - 304.

21. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M. Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7(1):51-64.

22. Odabaşoğlu M. Tütün Kimyası Ders Notları. Samsun: OMÜ Yayınları, 1994.

23. Yapı ve Kredi Bankası A.Ş. Economic Research Department. Tobacco in Turkey. İstanbul, Tifdruk Matbaacılık, 1973.

24. Örsel O. Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O (eds). Tütün ve Tütün Kontrolü. İstanbul: Aves Yayıncılık, 2010:131-40.

25. Azkan N. Tütün. Özyardımcı N (ed). Sigara ve Sağlık. Bursa: 2002:3-21.

26. Cok I, Oztürk R. Urinary cotinine levels of smokeless tobacco (Maraş powder) users. Hum Exp Toxicol. 2000 ;19:650-5.

27. Kesim Y. Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Tür A (ed). Sigaranın Bilimsel Yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004.

28. Kandela, P. (2000). Beirut. Nargile smoking keeps Arabs in Wonderland.

29. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Eksperleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.

30. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine-Special Topics 2016;7(5):1-4.

31. Bilir N, Doğan BG,Yıldız AN,Sigara İçme Konusundaki Davranış ve Tutumlar.Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını;Yayın No: 7, Ankara,1997.

32. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenge and prospects. Bull World Health Organ 2000, 78: 867.

33. Shafey O et al. The tobacco atlas, 3rd ed. Atlanta, GA, American Cancer Society, 2009.

34. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011(World Health Organization):108.

35. Sağlık Bakanlığı T. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 2012.

36. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.

37. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.

38. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009. .

39. Mattias Oberg et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet, 2011, 377:139-146.

40. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3:e442.

41. The mPOWER Package. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008.www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/ (Erişim tarihi 05.12.2017)

42. Bilir N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü ve Yarını. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu. 2012.

43. Zvolensky MJ, Stewart SH, Vujanovic AA, Gavric D, Steeves D. Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment. Nicotine & Tobacco Research. 2009;11(3):323-31.

44. Turner MO, Noertjojo K, Vedal S, Bai T, Cruump S, Fitzgerald JM, Risk factors for near-fatal asthma. A case-control study in hospitalized patients with asthma. Am J Respir Crit Care Med. 1998; 157: 1804-1809.

45. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. Cancer Control 2003;10:315-24.

46. Hawkins BT, Brown RC, Davis TP. Smoking and ischemic stroke: a role for nicotine? Trends Pharmacol Sci 23:78- 82.2002.

47. TC. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010.

48. Shea AK, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. Nicotine Tob Res 10:267- 78. 2008.

49. Marakoğlu K., & Sezer, RE.. Sivas' ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4), 157-164. 2003.

50. Su H. ATS statement-cigarette smoking and health. Am J Respir Crit Care Med;154:1579-80, 1996.

51. Plummer M, Herrero R, Franceschi S, ve diğerleri. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi- centric case- - control study. Cancer Causes Control 14:805- 14.

52. Klein R, Klein BE, Moss SE. (1998). Relation of smoking to the incidence of age- related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study. Am J Epidemiol 147:103- 10.

53. Ahmet Ş. Göz ve tütün. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği.2010.

54. Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. J Autoimmunity 34:J258- 65.2010.

55. Le Houezec J. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2003;7(9):811-9.

56. Le Houezec J, Benowitz NL. Basic and clinical psychopharmacology of nicotine. . Clin Chest Med 1.12:681–99.

57. Lee BL, Benowitz NL, Jarvik ME, Jacob P. III. Food and nicotine metabolism. Pharmacological Biochemistry Behaviorals 1989; 9: 621–625.

58. Benowitz NL, Jacob P III. Daily intake of nicotine during cigarette smoking. Clinic Pharmacology Therapy 1984; 35: 499–504.

59. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P III. Pharmacokinetics, metabolism, and pharmacodynamics of nicotine. In: Wonnacott S, Russell MAH, Stolerman IP, eds. Nicotine psychopharmacology: molecular, cellular, and behavioural aspects. Oxford: Oxford University Press, 1990: pp 112–157.

60. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 1988; 319: 1318–1330.

61. Sönmez CI. , Özbey Z. (2016). Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 7(5), 13-19.

62. Pickworth WB, Moolchan ET, Berlin I, Murty R. Sensory and physiologic effects of menthol and nonmenthol cigarettes with differing nicotine delivery. Pharmacol Biochem Behav 2002; 71: 55–61.

63. Benowitz NL. Nicotine addiction. New England Journal of Medicine. 2010;362(24):2295-303.

64. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 2014:793-6.

65. Uysal MA, Kadakal F, Karşidağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.

66. Moran S, Wechsler H, Rigotti NA. Social smoking among US college students. Pediatrics. 2004;114(4):1028-34.

67. Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: World Bank Publications; 1999.

68. http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/01/20080119-1.htm.(Erişim tarihi: 06.12.2017)

69. http://www.havanikoru.org.tr/.(Erişim tarihi: 06.12.2017)

70. Evrengil E. Türkiye'de tütün ürünü piyasa düzenlemesi: Tütün kontrolü bakış açısından bir değerlendirme. "31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü" Nedeniyle Özel Sayý. 2014:24.

71. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fiore MC, Jorenby DE, Fraser D ve ark. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. Arch Gen Psychiatry, 66(11):1253-62, 2009.

72. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE ve ark. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. Arch Intern Med, 169(22):2148-55, 2009.

73. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca AN, Soylu Özler G., Özer C. Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6:1-7.

74. Sayın E. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. Tıpta uzmanlık tezi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2013.

75. Türkcan Çerçi C.Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları.Tıpta uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2017.

76. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines 2012. Erişim: (http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/12/ENSP-ESCG_FINAL.pdf ). Erişim tarihi: 12.12.2017.

77. Marakoğlu K, Kargın NÇ. Nikotin bağımlılığının medikal tedavisi. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):49-54.

78. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, Fraser DL, Fiore MC, Baker TB, Jackson TC. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. Archives of Internal Medicine. 2009;169(22):2148-55.

79. Özer A. Sigara bıraktırma yöntemlerinde başarı oranları. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Adana, 2014.

80. Işık E. Duygulanım bozuklukları/Depresyon ve Mani, İstanbul: Boğaziçi Matbaası; 1991;15-55.

81. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri;2007; 1559-1800.

82. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel sanatlar Matbaacılık, Ankara 2003; 5-11.

83. Sadock BJ, Ruiz P, and V.A. Sadock, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. 2014: Lippincott Williams & Wilkins.

84. Doğan O. Depresyonun epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi. 2000;1:29-38.

85. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders: American Psychiatric Pub; 2007.

86. Erözkan A. Kaygı Duyarlılığı ve Sosyal Kaygının Depresyon Üzerindeki Yordayıcı Rolü. Education Sciences. 2011;6(1):1119-28.

87. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism 2005;54:16-19.

88. Pedro L, Delgador MD, Francisco A. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı 2007;101-16.

89. Kaplan&Sadock's comphrehensive textbook of pyschiatry. Türkçe 8. Baskı. Cilt1 sf: 60-71.90. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, 8. Baskı, Baltimore, Williams &Wilkins 1998;s.118-19.

91. Odağ C. Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları 2001; 43-44.

92. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları Psikolojisinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi; 2005.

93. Türk Dil Kurumu Ana Sayfası http://www.tdk.gov.tr/. Erişim tarihi 10.12.2017

94. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. In: Ruhsal Hastalıklar. Ankara; 2014. p. 193–204.

95. Birliği AP. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 2014:233-301.

96. Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. In Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19; 2014. p. 1–26. .

97. Nutt, D, Argyropoulos, S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders. London; Martin Dunitz. In 1998. p. 1–4. .

98. Yalom I. Varoluşçu Psikoterapi. İstanbul: Kabalcı Yayınevi. 2001.

99. Noyes, R, Roth, M, Burrows GD. Handbook of Anxiety, Vol.2:Etiological Factors and Associated Disturbances. Elsevier Science Publishers. In 1988. p. 31–51.

100. Sadock BJ., Sadock VA. RP. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. In Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins,; 2016. p. 387–92.

101. Öner, L. LCA. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi , 2. Baskı, İstanbul. 1998.

102. Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. In Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19; 2014. p. 30-36.

103. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Press. 1987.

104. Eşel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13(2):78–87. .

105. Işık E. Nevrozlar. In Ankara: Kent matbaa; 1996. p. 34–67.

106. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. Clin Psychol Rev. 1991;11(2):141-153.

107. Beck A T. Cognitive therapy and the emotional disorders. pp. 78-80, International University Press, New York, 1976.

108. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? J Anxiety Disord. 1992;6(3):249-259.

109. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? J Abnorm Psychol, 1996;105(3):474-476. .

110. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic-anxiety continuum. J Anxiety Disord, 1991;5(1):2134. .

111. Van Beek N, Griez, E. Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. Behav Res Ther, 2003;41(8):949-957. .

112. Paulus MP, Stein MB. An insular view of anxiety. Biol Psychiatry, 2006;60(4):383-387.

113. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? Journal of Abnormal Psychology 1996; 105:474–479

114. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Rosenbaum JF. Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. J Anxiety Disord, 1992;6(2):93-104.

115. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. J Anxiety Disord, 1992;6(3):241-247. .

116. Otto MW, Pollack MH, Fava M, Uccello R, ve ark. Elevated Anxiety Sensitivity Index scores in patients with major depression: Correlates and changes with anti depressant treatment. Journal of Anxiety Disorders 1995; 9(2):117–123

117. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. Turk Psikiyatri Derg. 2011;22:187-193. .

118. Novak A, Burgess ES, Clark M, Zvolensky M, ve ark. Anxiety sensitivity, self reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. Journal of Anxiety Disorders 2003; 17:165–180

119. Brown RA, Kahler CW, Zvolensky MJ, Lejuez CW, ve ark. Anxiety sensitivity: relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. Addictive Behaviours 2001; 26: 887- 899.

120. Van Beek N, Griez, E. Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. Behav Res Ther, 2003;41(8):949-957. .

121. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. Psychol Assess, 2007;19(2):176.

122. Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir 2008.

123. Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.

124. Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 7:3-13.

125. Tuğlu C, Türe M, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamak için beck depresyon tarama ölçeği'nin türkçe çevriminin geçerlik ve güvenirliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;9(3):117-22.

126. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 56: 893-897.

127. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H (1998) Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly, 12:28-35.

128. Çan G, Öztuna F, Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının degerlendirilmesi. Tuberk Toraks 2004; 52: 29-74.

129. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadag M et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Annals of Medical Sciences 2000; 9: 63-69.

130. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. Toraks Dergisi 2003; 4: 73-77.

131. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005;53(4):354-361.

132. Kıdık E. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 yıllık süreçteki sigara bırakma durumları.Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2017.

133. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader ŞN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Dergisi, 6(2):151-158, 2005.

134. Ahmad Bulat L. Sigara bırakma polikinğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2016.

135. Bayman E. Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Başarısızlığa Neden Olan Faktörlerin Belirlenmesi. Tıpta uzmanalık tezi, Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2016.

136. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Turk Toraks Derg 2013;14:18.

137. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turk J Med Sci, 42(3):515-522, 2012.

138. Gourley SG, Forbes A, Marriner T, et al. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. BMJ, 1994; 309: 842-846. .

139. Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne2008, Uzmanlık Tezi.

140. Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? Addiction 1999: 770-777.

141. Şahbaz S, Kılınç O, Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri, sted 2005 cilt 14/sayı 5: S 98.

142. Yang JJ, Song M, Yoon HS, Lee HW, Lee Y, Lee SA, Choi JY, Lee JK, Kang D. What are the majör determinants in the success of smoking cessation: Results from the Health Examinees Study PLoS One. 2015 Dec 3;10(12):e0143303. doi: 10.1371/journal.pone.0143303. eCollection 2015.

143. Japuntich SJ, Leventhal AM, Piper ME, Bolt DM, Roberts LJ, Fiore MC ve ark. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. American Journal of Preventive Medicine, 2011; 40(3):286-294.

144. Wee LH, West R. Bulgiba A, Shahab L. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. Nicotine & Tobacco Research, 2011; 13(2):151-6.

145. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin basarı oranları. Kocatepe Tıp Dergisi 2005; 6(3):27-34.

146. Kararlı Bingül A. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarısını etkileyen faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2006.

147. Sigara Alıskanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Arastırması: PIAR Araştırması Ltd Sti. Ocak 1988.

148. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2012.

149. Khuder SA, Dayal HH, Ve. Mutgi AB. Age At Smoking Onset And Its Effect On Smoking Cessation. Addictive Behaviors, 1999; 24 (5):673-677.

150. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD.Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tobacco Control, 1997; 6(2):57-62.

151. West R, Mcewen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. Addiction, 2001; 96(6):891-902.

152. Kaleta D, Korytkowski P, Makowiec-Dąbrowska T, Usidame B, BakRomaniszyn L, Fronczak A. Predictors of long-term smoking cessation: Results from the global adult tobacco survey in Poland (2009-2010). BMC Public Health, 2012; 12:1020.

153. Schacter S. Recidivism and self cure smoking and obesity. Am Psychol 37: 436-44, 1982.

154. Rzewnicki R, Forgays DG. Recidivism and self cure of smoking and obesity: an attempt to replicate. Am Psychol 42: 97-100, 1987.

155. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. Chest 2003;123:1916-23.

156. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ, Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey, Tobacco Control 2006;15(Suppl III):iii83–iii94. doi: 10.1136/tc.2005.013516.

157. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS. Predicting smoking cessation: Who will quit with and without the nicotine patch. JAMA 1994: 271; 589-94.

158. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention., Tobacco Control;10:165-9, 2001.

159. Russell MAH, Stapleton JA, Feyerabend C, et al. Targeting heavy smokers in general practice: Randomized controlled trial of transdermal nicotine patches. British Medical J 1993; 306:1308-12.

160. Şengelen M, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Sigara Bırakma Ünitesi'ne Ocak 2007- Aralık 2009 Tarihleri Arasında Başvuran Bireylerin Bazı Özellikleri ve Sigara Bırakma Olasılıkları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Epidemiyoloji Programı Doktora Tezi, Ankara, 2011.

161. Haukkala A, Uutela A, Vartiainen E, Mcalister A, Knekt P. Depression and smoking cessation: the role of motivation and self-efficacy. Addictive behaviors. 2000;25(2):311-6.

162. Rezvanfard M, Ekhtiari H, Mokri A, Djavid GE. Psychological and behavioral traits in smokers and their relationship with nicotine dependence level. Archives of Iranian Medicine. 2010;13(5):395.

163. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence found among adult daily smokers: a latent class analysis. Drug and alcohol dependence. 2009;104(1):126-32.

164. Grant BF, Harford TC, Dawson DA, Chou PS, Pickering RP. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. Drug and alcohol dependence. 1995;39(1):37-44.

165. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. Lancet, 2001;357:1929–1932. .

166. Doğan YH. Sigarayı Bırakmada Antidepresanların Rolü. Türk Aile Hek Derg 2005;9(1):32-36.

167. Edward H. Livingston. Smoking Cessation. JAMA, October 17, 2012;308:15.

168. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Kroenke K, Caraballo RS, Mokdad AH. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among US adults. Addictive behaviors. 2009;34(6):491-7.

169. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. Eurasian J Pulmonol. 2014;16:99-104.

170. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. Toraks Dergisi. 2007;8(2):110-4.

171. Velioğlu U. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığının sosyodemografik özellikler ve depresyon ile ilişkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2017, Düzce.

172. Köknel Ö. Türkiye'de depresyon epidemiyolojisi. Nöro-Psikiyatri Arşivi Özel Sayısı. 1989:1-5.

173. Küey L, Üstün T, Güleç C. Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim. 1987;44:16-30.

174. Dion KL, Giordano C. Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a Canadian university sample. International Journal of Social Psychiatry. 1990;36(1):30-41.

175. Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. Depression and anxiety. 2006;23(4):250-6.

176. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Turkish Journal of Geriatrics. 2005;8(3):129-33.

177. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A causal analysis. Archives of general psychiatry. 1993;50(1):36-43.

178. Picciotto MR, Addy NA, Mineur YS, Brunzell DH. It is not "either/or": activation and desensitization of nicotinic acetylcholine receptors both contribute to behaviors related to nicotine addiction and mood. Progress in neurobiology. 2008;84(4):329-42.

179. McCaffery JM, Niaura R, Swan GE, Carmelli D. A study of depressive symptoms and smoking behavior in adult male twins from the NHLBI twin study. Nicotine & Tobacco Research. 2003;5:77–83.

180. Sonntag H, Wittchen H, Höfler M, Kessler R, Stein M. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? European Psychiatry. 2000;15(1):67-74.

181. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. Am J Public Health.1998;88:1518-1522.

182. Kassel JD, Shiffman S. Attentional mediation of cigarette smoking's effect on anxiety. Health Psychol.1997;16:359-368.

183. Amering M, Bankier B, Berger P, Griengl H, Windhaber J, Katschnig H. Panic disorder and cigarette smoking. Compr Psychiatry.1999;40:35-38.

184. Pohl R, Yeragani VK, Balon R, Lycaki H, McBride R. Smoking in patients with panic disorder. Psychiatry Res.1992;43:253-262.

185. Breslau N, Klein DF. Smoking and panic attacks. Arch Gen Psychiatry.1999;56:1141-1147.

186. West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? Am J Psychiatry.1997;154:1589-1592.

187. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. Arch Gen Psychiatry.1991;48:1069-1074.

188. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. Psychological bulletin. 2007;133(2):245.

189. Jeffrey G. Johnson PPC, PhD; Daniel S. Pine, MD. Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. JAMA.284(18):2348-51.

190. Salin-Pascual RJ, Rosas M, Jiminez Genchi A, Rivera Meza BL, Delgado Parra V. Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. J Clin Psychiatry. 1996;57:387–9.

191. Dursun S, Kutcher S. Smoking, nicotine and psychiatric disorders: evidence for therapeutic role, controversies and implications for future research. Medical hypotheses. 1999;52(2):101-9.

192. Ölmez SK. Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi Hastalarının Dürtüsellik, Anksiyete Duyarlılığı ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin İncelenmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, 2017.

193. Bağcaz A. Ankara'da Yakın Kaybı Sonrası Yas Belirtilerinin Yaygınlığı ve Yordayıcı Etmenler (Sosyodemografik Özellikler, Yakın Kaybının Özellikleri, Anksiyete Duyarlılığı ve Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi ile İlişkisi). Tıpta uzamnalık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 2017.

194. Çörekçioğlu S. Bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı, dürtüsellik ve ilişkili etmenler. Tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,İstanbul, 2016.

195. Brown RA, Kahler CW, Zvolensky MJ, Lejuez C, Ramsey SE. Anxiety sensitivity: Relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. Addictive behaviors. 2001;26(6):887-99.

196. Mullane JC, Stewart SH, Rhyno E, Steeves D, Watt M, Eisner A. Anxiety, sensitivity and difficulties with smoking cessation. 2008.

197. Brown RA, Lejuez C, Kahler CW, Strong DR. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. Journal of abnormal psychology. 2002;111(1):180.

198. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Miller MOB, Bernstein A, Yartz AR, Gregor KL, et al. Incremental validity of anxiety sensitivity in terms of motivation to quit, reasons for quitting, and barriers to quitting among community-recruited daily smokers. Nicotine & Tobacco Research. 2007;9(9):965-75.

199. Leyro TM, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A. Anxiety sensitivity and smoking motives and outcome expectancies among adult daily smokers: Replication and extension. Nicotine & Tobacco Research. 2008;10(6):985-94.

200. Johnson KA, Stewart S, Rosenfield D, Steeves D, Zvolensky MJ. Prospective evaluation of the effects of anxiety sensitivity and state anxiety in predicting acute nicotine withdrawal symptoms during smoking cessation. Psychology of Addictive Behaviors. 2012;26(2):289.

201. Zvolensky MJ, Paulus DJ, Garey L, Raines AM, Businelle M, Shankman SA, et al. Anxiety Sensitivity and Nicotine Replacement Therapy Side Effects: Examining the Role of Emotion Dysregulation Among Treatment-Seeking Smokers. Journal of studies on alcohol and drugs. 2017;78(6):877-83.

202. Garey L, Bakhshaie J, Brandt CP, Langdon KJ, Kauffman BY, Schmidt NB, e all. Interplay of dysphoria and anxiety sensitivity in relation to emotion regulatory cognitions of smoking among treatment-seeking smokers. The American journal on addictions. 2016;25(4):267-74.

203. Zvolensky MJ, Baker KM, Leen- Feldner E, Bonn- Miller MO, Feldner MT, Brown RA. Anxiety sensitivity: association with intensity of retrospectively- rated smoking- related withdrawal symptoms and motivation to quit. Cognitive behaviour therapy. 2004;33(3):114-25.

204. Zvolensky MJ, Bogiaizian D, Salazar PL, Farris SG, Bakhshaie J. An Anxiety Sensitivity Reduction Smoking-Cessation Program for Spanish-Speaking Smokers (Argentina). Cognitive and Behavioral Practice. 2014;21(3):350-63.

205. Bakhshaie J, Zvolensky MJ, Langdon KJ, Leventhal AM, Schmidt NB. Reduction of anxiety sensitivity in relation to nicotine withdrawal symptoms during smoking cessation: an examination among successful quitters. Cognitive behaviour therapy. 2017:1-14.

206. Feldner MT, Zvolensky MJ, Babson K, Leen-Feldner EW, Schmidt NB. An integrated approach to panic prevention targeting the empirically supported risk factors of smoking and anxiety sensitivity: Theoretical basis and evidence from a pilot project evaluating feasibility and short-term efficacy. Journal of anxiety disorders. 2008;22(7):1227-43.

207. Reiss S, McNally JR. Expectancy model of fear S Reiss, R.R Bootzin (Eds.), Theoretical issues in behavior therapy, Academic Press, San Diego, CA (1985), pp. 107-121.

208. Ehlers A. 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance Journal of Abnormal Psychology, 104 (1995), pp. 164-172.

209. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. Anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: a prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress Journal of Abnormal Psychology, 106 (1997), pp. 355-364.
210. Donnell CD, McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population Behaviour Research and Therapy, 28 (1990), pp. 83-85.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | | Anksiyete Duyarlılığının Nikotin Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi | | | |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | | | | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe ☐ İngilizce ☐ | Diğer ☐ |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe ☐ İngilizce ☐ | Diğer ☐ |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe ☐ İngilizce ☐ | Diğer ☐ |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe ☐ İngilizce ☐ | Diğer ☐ |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | **Belge Adı** | | **Açıklama** | | |
| | SİGORTA | ☐ | | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | ☐ | | | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | ☐ | | | |
| | İLAN | ☐ | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | ☐ | | | |
| | SONUÇ RAPORU | ☐ | | | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | ☐ | | | |
| | DİĞER | ☐ | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | **Karar No:2017/125** | **Tarih:** 09.10.2017 | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekce, amac, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | | | |

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

| | |
|---|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Doç.Dr.Gülbin SEZEN |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof. Dr. Hüseyin YÜCE | Tıbbi Genetik | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Prof. Dr. Handan ANKARALI | Biyoistatistik | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Prof. Dr.Seyit ANKARALI | Fizyoloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY | Göğüs Hastalıkları | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI | Uroloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Yrd.Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ | İç Hastalıkları | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Yrd.Doç.Dr.Nuri Cenk COŞKUN | Farmakoloji | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Yrd.Doç.Dr.Aysel KARACA | Hemşirelik Bölümü | Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Uzm.Dr.Abdullah BELADA | KBB | Düzce Devlet Hastanesi | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Uzm.Dr.Seda ERİŞEN KARACA | Çocuk Hastalıkları | Düzce Devlet Hastanesi | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Kenan VAROL | Sivil Üye | Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti. | E ☒ | K ☐ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |
| Şerife SULUK | Avukat | Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği | E ☐ | K ☒ | E ☐ | H ☒ | E ☒ | H ☐ | |

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

***Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.***

**EK-1 Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurul İzin Formu**

2017-125

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | |
|---|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | | Anksiyete Duyarlılığının Nikotin Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce |
| | TELEFON | 0380 542 14 16 |
| | FAKS | 0380 542 13 02 |
| | E-POSTA | duzceetik@duzce.edu.tr |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd.Doç.Dr.Cemil Işık SÖNMEZ | | | |
| | YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI | Arş.Gör.Dr.Şeyda ŞEN | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Aile Hekimliği | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. | | | |
| | VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI | | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | | |
| | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) | | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ | FAZ 1 | ☐ | | |
| | | FAZ 2 | ☐ | | |
| | | FAZ 3 | ☐ | | |
| | | FAZ 4 | ☐ | | |
| | | Gözlemsel ilaç çalışması | ☐ | | |
| | | Tıbbi cihaz klinik araştırması | ☐ | | |
| | | İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | ☐ | | |
| | | İlaç dışı klinik araştırma | ☐ | | |
| | | Diğer ise belirtiniz **** | | | |
| | | TEK MERKEZ ☒ | ÇOK MERKEZLİ ☐ | ULUSAL ☐ | ULUSLARARASI ☐ |

| EKLER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|---|---|---|---|---|

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

## EK-2 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3)

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

**Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.**

| | Çok Az | Az | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçırıyorum diye endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşünmelerinden korkarım. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıracağım diye endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

11

## EK-3 Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği

| | |
|---|---|
| 1) İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz? | |
| a) İlk 5 dakika içinde | 3 puan |
| b) 6-30 dakika içinde | 2 puan |
| c) 31-60 dakika | 1 puan |
| d) 1 saatten fazla | 0 puan |
| 2) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? | |
| a) 10 adet veya daha az | 0 puan |
| b) 11-20 | 1 puan |
| c) 21-30 | 2 puan |
| d) 31 veya daha fazla | 3 puan |
| 3) Sabah uyanmayı izleyen saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha çok mu sigara içersiniz? | |
| a) Evet | 1 puan |
| b) Hayır | 0 puan |
| 4) Sigara içmenin yasaklandığı; otobüs, sinema, hastane gibi mekanlarda bu yasağa uymakta zorluk çekiyor musunuz? | |
| a) Evet | 0 puan |
| b) Hayır | 1 puan |
| 5) Vazgeçemeyeceğiniz, diğer bir deyişle içmeden duramayacağınız sigara hangisidir? | |
| a) Sabah ilk sigara | 1 puan |
| b) Diğerleri | 0 puan |
| 6) Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? | |
| a) Evet | 1 puan |
| b) Hayır | 0 puan |

## EK-4 Beck Depresyon Ölçeği

**BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

| | |
|---|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.<br>(1) Kendimi sıkıntılı ve üzgün hissediyorum.<br>(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.<br>(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve kasvetsiz değilim.<br>(1) Gelecek için kasvetliyim.<br>(2) Gelecekten hiçbirşey beklemiyorum.<br>(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.<br>(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.<br>(2) Geçmişe bakıldığında başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.<br>(3) Kendimi tamamıyle başarısız bir insan olarak görüyorum. |
| 4 | (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.<br>(1) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.<br>(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.<br>(3) Her şeyden tiksiniyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.<br>(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.<br>(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.<br>(3) Kendimden nefret ediyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.<br>(1) Kendimden pek memnun değilim.<br>(2) kendime kızgınım.<br>(3) Kendimden nefret ediyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.<br>(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım dolayısıyla kendimi eleştiriyorum.<br>(2) Hatalarımdan dolayı kendimden sürekli olarak.<br>(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi görüyor ve hep kendimde kabahat buluyorum. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.<br>(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.<br>(2) Kendimi öldürmek istiyorum.<br>(3) Fırsatını bulursa kendimi öldürürüm. |
| 9 | (0) hemen ağlamak gelmiyor pek olmuyor.<br>(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.<br>(2) Çoğu zaman ağlıyorum.<br>(3) Eskiden ağlayabildiğim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha sinirli olduğum ve sinirli değilim.<br>(1) Eskisi kadar kolay sinirlenip kızıyorum.<br>(2) Hiç şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.<br>(3) Çevrem sıkıcı şeylere bile artık kızamıyorum. |
| 11 | (0) Başkalarıyla görüşmüş konuşmaktan zevk alıyorum.<br>(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.<br>(2) Birilerile görüşüp konuşmak bir işkence gibime geliyor.<br>(3) Artık çevrimdeki hiç kimseyi istemiyorum. |
| 12 | (0) Kolay vazgeçen insanlardan değilim çalışıyorum |
| 13 | (0) Her zamankinden farklı görünüşümün olmadığını sanmıyorum.<br>(1) Aynada kendimi her zamankinden daha görünüşsüz.<br>(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çekilmez bulduğum.<br>(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş görebiliyorum.<br>(1) Bir şeyin yapılması için ekstra çaba göstermek zorundayım.<br>(2) Ciddi bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.<br>(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.<br>(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.<br>(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolayca tekrar uykuya dalamıyorum.<br>(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.<br>(1) Eskisi kadar çabuk yorulmuyorum.<br>(2) Her şey beni yoruyor.<br>(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.<br>(1) Eskisinden daha iştahsızım.<br>(2) İştahım çok azaldı.<br>(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.<br>(1) Zayıflamaya yalnızlığım bahle en az 2 kg verdim.<br>(2) Zayıflamaya yalnızlığım bahle en az 4 kg verdim.<br>(3) Zayıflamaya yalnızlığım bahle en az 6 Kg verdim. |
| 19 | (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.<br>(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi yakınmalarım olmuş ve bunlar beni uğraştırıyor.<br>(2) Sağlığımı hastalıklardan çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.<br>(3) Sağlık durumum kötüye o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 20 | (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.<br>(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.<br>(2) Cinsel isteğim çok azaldı.<br>(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 21 | (0) Çocuklarımdan yeterince şefkat ve ilgi gördüğümü sanmıyorum.<br>(1) Yapılan ve yapılacak şeylerle ilgili olarak eskisinden daha fazla sinirliyim.<br>(2) Çocuklarıma karşı ilgim azaldı.<br>(3) Çocuklarımın bana ihtiyacı olduğunu sanmıyorum. |

**Toplam BECK-D skoru:**.....

**REVİZYON KAPSAMI:**

**EK-5 Beck Anksiyete Ölçeği**

## Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

| | Hiç | Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi | Orta düzeyde Hoş değildi ama kaldırabildim | Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım |
|---|---|---|---|---|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma | | | | |
| 2. Sıcak/ ateş basmaları | | | | |
| 3. Bacaklarda kahsizlik, titreme | | | | |
| 4. Gevşeyememe | | | | |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu | | | | |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik | | | | |
| 7. Kalp çarpıntısı | | | | |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu | | | | |
| 9. Dehşete kapılma | | | | |
| 10. Sinirlilik | | | | |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu | | | | |
| 12. Ellerde titreme | | | | |
| 13. Titreklik | | | | |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu | | | | |
| 15. Nefes almada güçlük | | | | |
| 16. Ölüm korkusu | | | | |
| 17. Korkuya kapılma | | | | |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi | | | | |
| 19. Baygınlık | | | | |
| 20. Yüzün kızarması | | | | |
| 21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan) | | | | |

Toplam BECK-A skoru:.....