



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİğİ
KLİNİğİNE BAŞVURAN HASTA VE HASTA
YAKINLARINDA COVID 19 PANDEMİSİNİN SİĞARA
İÇME ALIŞKANLIğINA ETKİSİ

Dr. Nurgül ÇIRAKLI KÖRÜK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ANKARA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİNE
BAŞVURAN HASTA VE HASTA YAKINLARINDA COVID 19
PANDEMİSİNİN SİĞARA İÇME ALIŞKANLIğINA ETKİSİ

Dr. Nurgül ÇIRAKLI KÖRÜK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail Kasım

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgilerinden yararlandığım, her zaman yanımda olup desteğini esirgemeyen, hep hoşgörü ile yaklaşan sayın hocam Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Tüm asistanlık sürecinde her problemlerimizde yanımda olan, tezimin konusundan bitişine kadar yardım ve destek sağlayan, özenle ve hoşgörüyle ilgilenen hem hoca hem abi olan Doç. Dr. İsmail Kasım'a,

Bilgi ve deneyimlerinden faydalandığımız, her türlü problemlerimizde, acı tatlı günlerimizde yanımda olan, çekinmeden odalarına gidip derdimizi anlatabildiğimiz, bizlere birer abi gibi davranan ve aile gibi hissettiren sayın hocalarım Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz, Doç. Dr. İrfan Şencan ve tüm hocalarıma,

Her zaman yanımda ve destekçim olan, hayatımı kolaylaştıran, dertlerimi dinleyen, beni sakinleştiren ve rahatlatan, hayat arkadaşım, biricik eşim Ali Körük'e

Üniversitenin bana en güzel hediyesi, iyi ve kötü günlerimde yanımda olan, her başım sıkıştığında aradığım, iyi ki böyle dostlarım var dediğim Dr. Ayşenur Özdemir, Dr. Elifnur Özdemir, Dr. Nihan Bürcek, Dr. Özge Karadeniz, Dr. Bahar Büşra Özkan, Dr. Gözde Kandemir'e ve Ankara'daki ailem olarak gördüğüm Özdemir Ailesine,

Beni en çok seven ve hep sevecek olan, bana inanan, güvenen, en büyük destekçilerim annem Zübeyde Çıraklı, babam Salim Çıraklı, ablam İlknur Güney ve kıymetlilerim olan yeğenlerim Zeynep Güney ve Kerem Güney'e

Sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım...

Dr. Nurgül Çıraklı Körük

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iv
TABLOLAR LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 COVID-19	2
2.1.1 Pandemi Tanımı	2
2.1.2 Koronavirüsler	2
2.1.3 COVID-19 Epidemiyolojisi	4
2.1.4 COVID-19 Bulaş Yolları	5
2.1.5 COVID-19 Patofizyolojisi.....	5
2.1.6 COVID-19 Semptomlar, Klinik Bulgular ve Komplikasyonlar.....	6
2.1.6.1 COVID-19 ve Asemptomatik Enfeksiyon	9
2.1.7 COVID-19 Tanısı	9
2.1.8 COVID-19 Laboratuvar Bulguları	10
2.1.9 COVID-19 ve Radyolojik Bulgular	11
2.1.10 COVID-19 Tedavisi	12
2.1.10.1 Hidroksiklorokin-klorokin	12
2.1.10.2 Oseltamivir	13
2.1.10.3 Azitromisin	13
2.1.10.4 Lopinavir-ritonavir	13

2.1.10.5 Favipravir	13
2.1.10.6 Remdesivir	14
2.1.10.7 Steroidler	14
2.1.10.8 Tosilizumab	15
2.1.10.9 Plazma tedavisi.....	15
2.2 SİGARA	15
2.2.1 Tütün ve Tarihçesi.....	15
2.2.2 Nikotin Bağımlılığı	16
2.2.3 Sigaranın genel Sağlığa Zararları	17
2.2.4 Türkiye’de Sigara Kullanımı.....	18
2.2.5 Sigara Bırakma Yöntemleri.....	19
2.2.5.1 Farmakolojik Olmayan Yöntemler.....	19
2.2.5.2 Farmakolojik tedavi.....	21
2.2.5.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi	22
2.2.5.2.2 Nikotin İçermeyen Farmakolojik Tedavi	24
2.3 COVID-19 VE SİGARA İLİŞKİSİ.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1 ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	28
3.2 VERİ TOPLAMA ARACI.....	29
3.3 VERİ ANALİZİ	29
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	59
EKLER	70

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACE-2 Reseptörü	: Angiotensin Converting Enzym Receptor-2 (Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim-2)
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CoV	: Coronavirus (Koronavirüsler)
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)
CRP	: C-Reaktif Protein
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E Proteini	: Envelop (Zarf) Proteini
EAGLES	: Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study (Küresel Sigara Bırakma Çalışmalarının Yan Etkilerinin Değerlendirilmesi)
FDA	: U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
HE Glikoproteini	: Hemaglutinin-Esteraz Glikoproteini
IL	: İnterlökin
KGTA	: Küresel Gençlik Tütün Araştırma Raporu
M Proteini	: Membran Proteini
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)

N Proteini	: Nükleokapsid Protini
NAchR	: Nikotinik Asetilkolin Reseptörü
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
RNA	: Ribonükleik Asit
RT-PCR	: Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Ters Transkripsiyon-Polimeraz Zincir Reaksiyonu)
S Proteini	: Spike Protein
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome (�iddetli Akut Solunum Sendromu)
SARS-CoV	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (�iddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs)
SARS-CoV-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 �iddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2)
YBÜ	: Yoğun Bakım �nitesi

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. COVID-19’da en sık görülen belirtiler	7
Tablo 2. COVID-19 enfeksiyonunda görülen radyolojik bulgular	11
Tablo 3. Sigaranın neden olduğu hastalıklar	17
Tablo 4. 5A ve 5R yöntemleri	20
Tablo 5. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları [69, 70]	26
Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 7. Katılımcıların FNBT’ye göre bağımlılık düzeyleri (çok düşük, düşük, orta, yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık şeklinde).....	32
Tablo 8. Katılımcıların FNBT Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere ve Bazı Değişkenlere Göre İlişkisiz Örneklem T-Testi Sonuçları.....	33
Tablo 9. Katılımcıların FNBT Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	35
Tablo 10. Pandeminin sigara içme alışkanlığını ve sigarayı bırakma isteğini nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik 7 maddeli 5’li likert ölçeği	36
Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması.....	38
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması	40
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sigara içenlerde COVID-19’un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması	42
Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması	44

Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması	46
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bazı değişkenler ile “Sigarayı bırakmayı düşünüyorum” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması.....	48
Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sigarayı bırakmak için destek almak isterim” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması	50



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Koronavirüs şematik yapısı	3
Şekil 2. Dünyada en sık 8 ölüm sebebi ve sigaranın etkisi,.....	18
Şekil 3. KGTA 2009-2017 Türkiye’de 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanım durumu (%)	19



ANKARA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTA VE HASTA YAKINLARINDA COVID 19 PANDEMİSİNİN SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞINA ETKİSİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: COVID-19, başlangıçta Çin'in Hubei eyaleti Wuhan şehrinde Aralık 2019'da ortaya çıkan bir koronavirüs salgınıdır. Ancak hızla yayılıp pandemiye dönüşmüştür. COVID-19 esas olarak şiddetli akut solunum sendromu ile karakterize bir solunum yolu hastalığıdır. Sigara içenlerde COVID-19'a bağlı ağır hastalık geçirme ve ölüm riski daha yüksektir. Bu durum kişilerin sigara içme davranışını etkileyebilir. Bazı kişiler pandemiye bağlı oluşan stres, kaygı nedeniyle daha fazla sigara içebilir. Bazıları da COVID-19'a yakalanma endişesi ile daha sağlıklı bir yaşama geçiş yapmak için sigarayı azaltabilir ya da bırakabilir. Bu çalışmayla COVID-19 pandemisinin sigara içen kişilerin sigara içme durumlarını nasıl etkilediğine, kişileri sigarayı bırakma yönünde etkileyip etkilemediğine bakılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı bir çalışma olup, 27/09/2021 ile 15/11/2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine başvuran sigara kullanan 243 hasta ve hasta yakını dahil edilmiştir. Katılımcılara yüz yüze 30 soruluk anket uygulanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics Version 23 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %28,4'ünün pandemi döneminde içtiği sigara miktarını arttırdığı, %12,3'ünün azalttığı görülmüştür. %32,1'i sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresinin arttığını ve daha fazla sigara içmeye başladığını belirtmiştir. %25,5'i sigara içtiği için covid geçirmekten endişeli olduğunu, %45'2si sigara içenlerde covidin daha ağır seyrettiğini düşündüğünü belirtmiştir. Ayrıca kronik hastalığı olanların ve eğitim durumu ilköğretim olanların covid geçirmekten daha fazla endişeli olduğu ve sigara içenlerde covidin daha ağır seyrettiğini düşündükleri görülmüştür. Ancak pandemi döneminde içilen sigara miktarının azalması ile covid geçirmekten endişeli olma ve sigara içenlerde covidin daha ağır seyrettiğini düşünme durumları arasında ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların

%38,7'sinin pandemi döneminde sigarayı bırakmanın önceki döneme göre daha zor olduğuna inandığı, %39,5'inin pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istediği bulunmuştur. Katılımcıların %62,5'i sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %54,3'i bırakmak için destek almak istediğini belirtmiştir. Sigara içtiği için covid geçirmekten endişeli olanların ve sigara içenlerde covidin daha ağır seyrettiğini düşünenlerin daha yüksek oranda sigarayı bırakmayı düşündüğü görülmüştür. Pandemi döneminde içtiği sigara miktarını artıranların ve toplam içtiği sigara miktarı(paket/yıl) daha yüksek olanların bırakmak için destek almayı daha çok istedikleri görülmüştür.

Sonuç: Pandemi kişilerin sigara içme alışkanlıklarını değişik şekillerde etkilemiştir. Pandemi döneminde sigara bırakma hizmetlerine ara verilmeden, bu dönem fırsata çevrilerek, kişiler sigara ve COVID-19 ilişkisi konusunda bilgilendirilerek bırakmalarına yardımcı olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, koronavirüs, pandemi, sigara, sigara bırakma

THE EFFECT OF THE COVID 19 PANDEMIC ON THE SMOKING HABITS OF THE PATIENTS AND THEIR RELATIVES APPLYING THE ANKARA CITY HOSPITAL FAMILY MEDICINE

ABSTRACT

Background and Aims: COVID-19 is a coronavirus outbreak that initially emerged in December 2019 in the city of Wuhan, Hubei province of China. However, it quickly spread and turned into a pandemic. COVID-19 is mainly a respiratory disease characterized by severe acute respiratory syndrome. Smokers have a higher risk of serious illness and death from COVID-19 than non-smokers. This may affect the smoking behavior of individuals. Some people may smoke more due to stress and anxiety due to the pandemic. Some may reduce or quit smoking to transition to a healthier life due to the fear of COVID-19 infection. In this study, it is aimed to examine how the COVID-19 pandemic affects the smoking status of smokers and whether it affects people to quit smoking.

Materials and Methods: Our study was descriptive and included 243 smokers and their relatives who applied to Ankara City Hospital Family Medicine Outpatient Clinic between 27/09/2021 and 15/11/2021. A face-to-face survey of 30 questions was applied to the participants. IBM SPSS Statistics Version 23 package program was used in the analysis of the data.

Results: It was observed that 28.4% of the participants increased the amount of cigarette smoked during the pandemic period, and 12.3% decreased it. 31.1% of them stated that their stress increased during the periods of curfew and they started to smoke more. 25.5% of them stated that they were worried about having covid because they smoked, and 45% of them thought that covid was more severe in smokers. In addition, it has been observed that those with chronic diseases and those with primary education level are more worried about transmitting covid, and that they think that covid infection is more severe in smokers. However, there was no relationship between

the decrease in the amount of cigarettes smoked during the pandemic period and being worried about having covid and thinking that covid is more severe in smokers. It was found that 38.7% of the participants believed that it was more difficult to quit smoking during the pandemic period than in the previous period, and 39.5% wanted to quit smoking during the pandemic period more than the previous period. 62.5% of the participants stated that they were considering quitting smoking, and 54.3% stated that they wanted to get support to quit. It has been seen that those who are worried about having covid because they smoke, and those who think that covid is more severe in smokers, think about quitting smoking at a higher rate. It was observed that those who increased the amount of cigarettes they smoked during the pandemic period and those who smoked a higher total amount of cigarettes (packs/year) wanted more support to quit.

Conclusion: The pandemic has affected people's smoking habits in different ways. During the pandemic period, smoking cessation services should not be interrupted, this period should be turned into an opportunity, and people should be informed about the relationship between smoking and COVID-19 and help them quit.

Keywords: COVID-19, coronavirus, pandemic, smoking, smoking cessation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

COVID-19 esas olarak şiddetli akut solunum sendromu ile karakterize bir solunum yolu hastalığıdır; etken virüs ‘SARS-CoV-2’dir (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2). Virüsün vücuda esas giriş yolu mukozal dokulardır; üst solunum yolu, ağız, burun ve daha az olarak da konjonktival mukoza aracılığı ile giriş yapar (1).

Tütün dumanına maruz kalma, akciğerde inflamatuvar süreçlere, artmış mukozal inflamasyona, inflamatuvar sitokinlerin ekspresyonuna, aşırı mukus üretimine ve mukosiliyer klirensin bozulmasına sebep olur. Kişisel özellikler ve bunlardan da özellikle engellenebilir olanlar (örneğin; sigara içmek) hakkında bilgi sahibi olmak, viral kontaminasyonu ve hastalık şiddetini azaltmada önemli rol alabilir (1).

Sigara içmek, COVID-19'un ilerlemesi için bir risk faktörüdür ve sigara içenlerde, hiç sigara içmeyenlere göre COVID-19'un ilerleme olasılığı daha yüksektir. Özellikle sigara içenlerin COVID-19 geçirme ve ölüm riski daha yüksektir (2).

Sigarayı bırakmanın COVID-19 geliştirme riskini azalttığı gibi ciddi COVID-19 komplikasyonları geliştirme olasılığını azaltması da muhtemeldir. Bu nedenle hekimler hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etmelidir (3).

Bu dönemde sigara içen bireylerin COVID-19 pandemisinden daha fazla ve daha kötü şekilde etkilenebileceği göz önünde bulundurularak bırakma çalışmalarının daha kararlı yapılması ve görüşmelerde COVID-19 pandemisi ile ilişkili riskler hakkında bilgilendirme yapılması gerekmektedir (4).

Bu çalışmanın amacı; COVID-19 pandemisinin sigara içen kişilerin sigara içme düzeylerini nasıl etkilediğinin ve kişileri sigarayı bırakma yönünde etkileyip etkilemediğinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 COVID-19

2.1.1 Pandemi Tanımı

Salgın hastalıklar, birçok enfeksiyon etkeni ve bunların farklı bulaş yolları ile yayılmasıyla ortaya çıkabilir. Bu tablo, etkenin virülansına bağlı olarak zaman içinde sınırlanabilir. Yüksek enfektiviteye sahip bir etkene bağlı ise de kısa ya da uzun periyotlu etkileri görülebilir (5).

Pandemi terimi, bir hastalığın, bir enfeksiyon etkeninin ya da herhangi bir sağlık sorununun çeşitli ülkelere, kıtalara ya da tüm dünyaya yayılım göstermesini ifade eder (6).

Kelimenin etimolojik kökeni ise eski Yunanca’da pan: tüm ve demos: insanlar kelimelerine dayanmaktadır (5).

Pandeminin insanlar üzerindeki etki düzeyi çeşitli faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Bunlar; virüsün enfektivitesi ve virülansı, toplum bağışıklığı, kişilerin yaşam alışkanlıkları ve sosyoekonomik durumları, ulaşım kolaylıkları, kişilerin yaşamına ve çalışma hayatına bağlı oluşan risk faktörleri, yaşadıkları ülkenin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve salgına sebep olan patojenin iklime bağlı olarak seyir değiştirme özelliği olarak sıralanabilir (5).

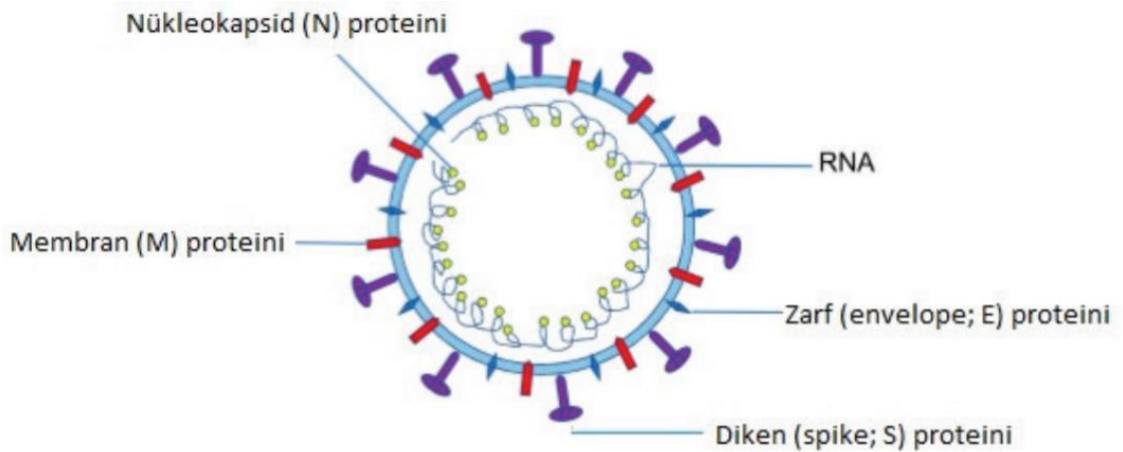
2.1.2 Koronavirüsler

Koronavirüsler (CoV) ilk olarak 1965 yılında “Tyrrell” ve “Bynoe”, 1966 yılında “Hamre” ve “Procknow” tarafından insan embriyonu silli trakea veya nazal epitelyumu ve primer insan böbrek hücre kültürlerinde üretilmiştir (7).

Koronavirüsler nidovirüs takımında yer alan zarflı RNA virüs ailesidir ve ortokoronavirüsler alt ailesinde yer alır. Ortokorona virüsler alfa, beta, gama ve deltakoronavirüsler olmak üzere dörde ayrılırlar. Alfakoronavirüsler ve

betakoronavirüsler memelilerde bulunurken, gamakoronavirüsler ve deltakoronavirüsler esas olarak kuşlarda bulunur (8).

Koronavirüsler, RNA virüsleri içerisinde en büyük genoma sahiptir. Genom, konak hücreden üretilen bir zar ve üzerinde dağılmış, spike(S) olarak adlandırılan glikoprotein yapıdaki sivri uçlarla çevrilidir. Koronavirüs genomu, türe göre dört ya da beş yapısal protein kodlar. Bunlardan S proteini zarftan dışarı doğru uzanır ve virüse karakteristik taç görünümünü veren sivri uçları oluşturur. S proteini, konak hücredeki reseptörlere bağlanmaya ve hücre zarı ile füzyonu sağlamaya aracılık eder. Antikor üretimini sağlayan ve sitotoksik lenfositleri uyaran ana antijenler de S proteini üzerinde bulunmaktadır. Membran (M) proteini virüsün konak hücreye yapışmasında önemli bir role sahiptir. Nükleokapsid (N) proteini, viral nükleokapsidi oluşturmakta görevlidir. Viral RNA sentezinin düzenlenmesinde ve M proteini ile birlikte virüs tomurcuklanmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Zarf (envelope; E) proteininin görevi henüz bilinmemekle beraber virüsün konak hücreye yapışması ve sonrasında serbest bırakılmasında gerekli bir protein olduğu gösterilmiştir. Hemaglutinin-Esteraz (HE) glikoproteini sadece betakoronavirüslerden HCoV-OC43 ve HCoV-HKU1’de bulunur. Hemaglutinin konak hücre üzerindeki nöraminik asite bağlanarak virüsün konak membranına ilk adsorbsiyonunu sağlar (9). (Şekil1)



Şekil 1. Koronavirüs şematik yapısı (10)

Virüsün yüzeyinde bulunan çıkıntılar şeklen taca benzediği için, Latince “taç” anlamına gelen “korona” kelimesi kullanılmış ve bu virüsler “koronavirüs” (taçlı virüs) olarak adlandırılmıştır (7).

Koronavirüsler, insanlarda basit bir üst solunum yolu enfeksiyonundan pnömoniye kadar değişen bir spektrumda solunum yolu enfeksiyonlarına neden olmaktadır. İnsanlarda hastalığa neden olan yedi farklı koronavirüs çeşidi bildirilmiştir. Bunlar; “HCoV-OC43, HCoV-HKU1, HCoV-229E, HCoV NL63, SARS-CoV (SARS), SARS-CoV-2 (COVID-19) ve MERS-CoV (MERS)” tür (7).

Koronavirüsler, son yirmi yılda şiddetli akut solunum sendromu (SARS) ve Orta Doğu solunum sendromu (MERS) gibi iki büyük pandemiye sebep olmuştur (11).

2002’de Çin’de ortaya çıkan SARS koronavirüsü 37 ülkeye yayılarak 8000’den fazla vakaya ve 800’e yakın ölüme neden olmuştur. 2012’de Suudi Arabistan Krallığı’nda ortaya çıkan MERS koronavirüsü ise 27 ülkeye yayılarak 858’i ölümcül 2494 vakaya neden olmuştur (8,12).

2.1.3 COVID-19 Epidemiyolojisi

Koronavirüsler, 50 yılı aşkın bir süredir hafif ve orta derecede solunum yolu enfeksiyonlarının nedeni olarak bildirilmiştir (13).

2019 yılı aralık ayında Çin’in Hubei Eyaletine bağlı Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen bir grup pnömoni vakası tespit edilmiştir. Hastaların çoğunun Huanan deniz ürünleri pazarıyla temas öyküsü olduğu bildirilmiştir. Devam eden süreçte giderek daha fazla kişide öksürük ve ateş semptomları görülmüştür. 31 Aralık 2019’da Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Çin CDC) ve Wuhan Şehri sağlık yetkilileri, Wuhan Şehri’nde bilinmeyen nedenlere sahip bir pnömoni salgını bildirmiştir. Pnömoni salgını Çin’in diğer eyaletlerine ve denizaşırı ülkelere yayılmıştır. 7 Ocak 2020’de Çin CDC, pnömonili hastaların alt solunum yolu örneklerinden yeni bir koronavirüs tespit etmiş ve 11 Ocak’ta genomik diziyi açıklamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu yeni koronavirüsü 2019nCoV olarak adlandırmıştır. Durum daha da kötüye gittikçe DSÖ, bu salgını uluslararası endişe kaynağı olan halk sağlığı acil durumu olarak ilan etmiştir. 11 Şubat 2020’de Uluslararası Virüs Taksonomisi

Komitesi, virüsü şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü-2(SARS-CoV-2) olarak yeniden adlandırmıştır. Daha sonra DSÖ, SARS-CoV-2'nin neden olduğu salgın hastalığı koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak açıklamıştır. Bilinmeyen patojenin keşfinden itibaren 3 aydan kısa bir süre içinde enfeksiyon en az 114 ülkeye yayılmış ve 4.000'den fazla ölüme neden olmuştur. DSÖ, 11 Mart 2020'de COVID-19 salgınının bir pandemi olduğunu duyurmuştur (14,15).

Ülkemizde de ilk vaka 11 Mart 2020'de tespit edilmiştir. Ülkemizde şu ana kadar toplam vaka sayısı 8.861.386 ve toplam vefat sayısı 77.417 olarak bildirilmiştir (16). Tüm dünyada ise toplam vaka sayısı 271.963.258 ve toplam ölüm sayısı 5.331.019'dur (17). (Erişim tarihi: 18.12.2021)

2.1.4 COVID-19 Bulaş Yolları

SARS-CoV-2'nin ana bulaş yolu doğrudan insandan insana solunum yoluyla bulaştır. Solunum partikülleri aracılığıyla yakın temas ile (yaklaşık iki metre içinde) bulaştığı düşünülmektedir. SARS-CoV-2 ile enfekte bir kişi öksürdüğünde, hapşırdığında veya konuştuğunda solunum salgıları ile salınan virüsün, solunması ya da mukoza zarlarıyla direkt temas etmesi ile diğer bir kişiye bulaşabilir. Bir kişinin elleri bu salgılarla kontamine olursa veya kontamine olmuş yüzeylere dokunur ve ardından ağzına, burnuna veya gözlerine dokunursa da enfeksiyon oluşabilir, ancak kontamine yüzeylerin esas bulaşma yolu olduğu düşünülmemektedir (18).

SARS-CoV-2 ayrıca havada asılı kalan parçacıklar aracılığı ile daha uzun mesafelere yayılabilir ve bu parçacıkların solunmasıyla bulaşabilir, ancak bu bulaşma biçiminin pandemiye ne ölçüde etkilediği belirsizdir (1819).

SARS-CoV-2, solunum yolları dışında kan, oküler salgılar, dışkı ve semen dahil olmak üzere farklı örneklerde tespit edilmiştir, fakat bu bölgelerin bulaşmadaki rolü net değildir (20).

2.1.5 COVID-19 Patofizyolojisi

SARS-COV-2'nin S proteini konak-patojen etkileşiminde, reseptöre bağlanmada ve membran füzyonunda çok önemli role sahiptir. Başta tip 2 alveoler

epitel hücreleri olmak üzere kalp, endotel, karaciğer, böbrek, testis, bağırsak gibi farklı dokularda hücre yüzeylerinde bulunan ACE-2(Angiotensin Converting Enzym) resptörü S proteininin bağlanmasında görevli resptördür. Bu virüsün S proteinin ACE-2 reseptörü ile füzyonu sonucu viral RNA (Ribonükleik asit) sitoplazma içine bırakılır. Bu işlem esnasında tip 2 alveoler epitel hücrelerinde yüksek oranda bulunan, S proteininin aktivasyonu için gerekli olan hücresel transmembran serin proteaz-2 rol oynar. Virüs hücre içinde RNA replikasyon-transkripsiyon kompleksi oluşturarak subgenomik RNA şebekesini meydana getirir. Endoplazmik retikulum ve golgi cismi aracılığı ile genomik RNA, nükleokapsid ve zarf proteinler meydana gelir ve böylelikle yeni virüs partiküllerinin sentezi gerçekleşir. Virüs interlekin-2 (IL-2), IL-6, IL-7, interferon gama indükleyici protein, granülosit koloni uyarıcı faktör, monosit kemoatraktan protein-1, makrofaj inhibitör protein 1- α ve tümör nekroz faktör- α yapımını uyarır (sitokin fırtınasına neden olacak proteinler). Hastalarda viral yük ile oluşacak sitokin fırtınası arasında lineer bir ilişki vardır (21,22).

2.1.6 COVID-19 Semptomlar, Klinik Bulgular ve Komplikasyonlar

COVID-19 geniş bir klinik spektrumda karşımıza çıkmaktadır; asemptomatik enfeksiyondan, hafif üst solunum yolu enfeksiyonu, solunum yetmezliğine neden olan ciddi viral pnömoni, sepsis, çoklu organ yetmezliği ve ölüme kadar giden farklı tabloları içermektedir (23).

Viral yayılım semptomların başlangıcından 1-2 gün önce başlamaktadır ve viral yük semptomların ortaya çıktığı dönemde boğaz sürüntülerinde maksimum seviyeye çıkmaktadır. Bulaştırıcılık ilk hafta içinde hızla düşmekle birlikte ikinci haftadan sonraya uzayabilmektedir (24).

CDC kılavuzunda kuluçka süresinin semptomlara maruz kalmanın başlangıcından itibaren 14 güne kadar uzayabilmekle birlikte ortalama 4-5 gün olduğu belirtilmiştir (25).

COVID-19'a bağlı hastalığın başlangıç döneminde oluşan belirti ve semptomlar değişiklik gösterir. En çok görülen belirtiler tablo 1'de sıralanmıştır (25).

Tablo 1. COVID-19’da en sık görülen belirtiler

▪ Ateş veya titreme
▪ Öksürük
▪ Nefes darlığı veya nefes almada zorluk
▪ Tükenmişlik
▪ Kas ve vücut ağrıları
▪ Baş ağrısı
▪ Tat veya koku kaybı
▪ Boğaz ağrısı
▪ Burun tıkanıklığı veya burun akıntısı
▪ Mide bulantısı ya da kusma
▪ İshal

Yukarıda belirtilen semptomlardan semptomatik COVID-19 hastalarında en sık bildirilenler öksürük, kas ağrısı ve baş ağrısıdır. Enfeksiyonun en sık görülen ciddi şekli başlıca ateş, öksürük, dispne ve görüntülemelerde bilateral infiltrasyonları içeren pnömonidir (26).

En çok etkilenen sistem solunum sistemidir. Ancak hastalığın etkileri akciğer ile sınırlı değildir. COVID-19 pulmoner tutulumun yanı sıra venöz tromboemboli, akut böbrek hasarı, akut karaciğer hasarı, sitokin fırtınası, septik şok, yaygın damar içi koagülasyon, gebelik ile ilgili komplikasyonlar ve nörolojik komplikasyonlara neden olabilmektedir (27).

COVID-19'un atipik seyri sıklıkla görülür ve yaşlı yetişkinler ve tıbbi komorbiditeleri olan kişiler, hastalığın seyri sırasında daha genç veya komorbiditesi olmayan kişilere göre daha geç ateş ve solunum semptomları yaşayabilir (25).

Tat ve koku alma bozuklukları gibi bazı klinik özellikler COVID-19'da diğer viral solunum yolu enfeksiyonlarından daha yaygın olsa da COVID-19'u güvenilir bir şekilde ayırt edebilecek spesifik semptom veya işaret yoktur. Bununla birlikte, ilk semptomların başlamasından yaklaşık bir hafta sonra nefes darlığı gelişmesi COVID-19'u düşündürülebilir (26).

Quing Zhao ve arkadaşları toplamda 507 hastayı içeren literatür taraması ile bir derleme hazırlamıştır. Bu derlemede en sık görülen deri lezyonu 224 hastada (%44,18) gözlenen ve hastaların gövde, ekstremiteler, fleksural bölgeler, yüz ve muköz membranlara dağılan eritem olarak bulunmuştur. Bildirilen diğer deri bulguları ise pernio benzeri lezyonlar (100, %19,7), ürtikeryal lezyonlar (83, %16), veziküler lezyonlar (66, %13.02), livedo/nekroz (31, %6.11) ve peteşi (8, %1.58) dir. Ek olarak 227 hastada (%44,77) belirgin kaşıntı şikâyeti bildirilmiştir (28).

SARS COV-2 enfeksiyonunda farklı nörolojik tablolar oluşabilir. Hastalığın seyri boyunca baş ağrısı, baş dönmesi, bilinç bozukluğu, inme, ensefalit, ensefalopati ve periferik sinir sistemi hasarına bağlı belirti ve bulgular görülebilir (29).

COVID-19 kardiyovasküler sistemi de etkilemektedir. Hastalığın akut koroner sendromlar, miyokart hasarı, miyokardit, perikardit, kalp yetmezliği, aritmiler, venöz tromboembolizm ve kompleks mikrovasküler patolojiler gibi birçok kardiyovasküler komplikasyonu olmaktadır (30).

Klinik sınıflandırma, hafif, orta, şiddetli ve kritik şeklinde yapılır yapılır (31):

- **Hafif olgular:** Semptomlar ılımlı olup, görüntülemelerde bulgu saptanmaz.
- **Orta şiddetli olgular:** Ateş ve solunum yolu enfeksiyonu semptomları ile görüntülemelerde pnömoni bulgusu gözlenebilir
- **Şiddetli olgular:** Solunum sayısı ≥ 30 /dk. veya oksijen satürasyonu ≤ 93 veya $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ mmHg veya akciğer görüntülemelerinde 1-2 gün içerisinde lezyonlar yarıdan fazla ilerler.

- **Kritik olgular:** Şok tablosu, mekanik ventilasyon gerektirecek kadar ciddi solunum yetmezliği, yoğun bakım takibi gerektiren diğer organ yetmezlikleri gözlenebilir (31).

2.1.6.1 COVID-19 ve Aseptomatik Enfeksiyon

Aseptomatik kişilere her zaman test yapılmadığı için aseptomatik enfeksiyonun prevalansı ve preseptomatik enfeksiyonun tespiti henüz tam olarak anlaşılamamıştır (25).

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma, preseptomatik kuluçka döneminde SARS-CoV-2 bulaşmasını belgelemiştir. Semptomatik enfeksiyona kıyasla aseptomatik veya preseptomatik enfeksiyona bağlı SARS-CoV-2 bulaşma oranı tam olarak net değildir; ancak son araştırmalar, semptom göstermeyen kişilerin virüsü bulaştırabileceğini düşündürmektedir (25).

Newyork'ta bir doğum kliniğinde doğum sebebi ile başvuran 215 kadına COVID-19 taraması yapılmıştır. Semptomu olmayan 210 kadının 29' u (%13,7) pozitif saptanmıştır. Taranan hastalar içinde pozitif hasta sayısı 33 bulunurken, bunların 29'unun (%87,9) aseptomatik olduğu bildirilmiştir (32).

Diamod princess adlı gemide 1 kişinin COVID-19'a yakalanmasının ardından karantinaya alınan 3711 kişiden toplamda 2404 sürüntü örneği alınmış ve 531 pozitif vaka saptanmıştır. Bu 531 vakanın 255'inin (%48) test sırasında aseptomatik olduğu bildirilmiştir (33).

2.1.7 COVID-19 Tanısı

COVID-19 tanısı, hastanın semptomları, temas öyküsü ve viral RNA'nın saptanması, bilgisayarlı tomografi (BT) ile akciğer bulgularının tespit edilmesi, serokonversiyonun gösterilmesi gibi bazı yardımcı tetkikleri içermektedir (34).

COVID-19 kesin tanısı SARS-CoV-2 RNA'nın moleküler tespiti ile yapılmaktadır. Viral antijenleri tanımlamak ve virüse karşı immün cevabı göstermek için serolojik testler mevcuttur. Gerçek zamanlı ters transkripsiyon-polimeraz zincir

reaksiyonu (RT-PCR), SARS-CoV-2 tanısında altın standart olan bir nükleik asit amplifikasyon testidir (35).

Hızlı antijen testleri ve moleküler testler, testlere erişimi kolaylaştırabilir ve vakaların daha erken tespitini sağlayabilir. Böylece bulaşmayı azaltabilecek klinik ve halk sağlığı yönetimi kararlarını hızlandırabilir (36).

Antijen testlerinin duyarlılıkları değişkenlik gösterir. COVID-19 belirti ve semptomları olan kişilerde, viral yükün daha fazla olduğu hastalığın ilk haftasında duyarlılıklar en yüksektir. DSÖ'nün COVID-19 teşhisi için ('kabul edilebilir' duyarlılık $\geq$ %80 ve özgüllük $\geq$ %97) uygun kriterleri karşıladığı gösterilen testler, laboratuvar tabanlı RT-PCR'nin yerine kullanılabilir. Antijen testlerinin değişken duyarlılığı nedeniyle, testi negatif olan kişiler hala enfekte olabilir (36).

2.1.8 COVID-19 Laboratuvar Bulguları

Rutin biyokimyasal, hematolojik ve immünokimyasal laboratuvar testleri, hastalığın şiddetinin belirlenmesinde, uygun tedavi seçiminde ve tedavi yanıtının değerlendirilmesinde önemlidir (37).

Çin'de 1099 hasta ile yapılan bir çalışmada başvuru sırasında hastaların %83,2'sinde lenfopeni, %36,2'sinde trombositopeni ve %33,7'sinde lökopeni saptanmıştır. Hastaların çoğunda C-reaktif protein (CRP) yüksekliği görülürken; alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz, kreatin kinaz ve D- dimer düzeylerinde yükselme daha az hastada görülmüş. Şiddetli hastalığı olanlarda, hafif hastalığı olanlara göre daha belirgin laboratuvar anormallikleri (lenfositopeni ve lökopeni dahil) tespit edilmiş (38).

Szabolcs Kiss ve arkadaşlarının hazırladığı metaanaliz içeren bir derlemede başvuru sırasındaki düşük lenfosit seviyelerinin kritik hastalık ve ölüm için önemli bir risk oluşturduğu, iyileşen hastalarda lenfosit sayısının bir müddet düşük kalıp düzeldiği, vefat eden hastalarda lenfopeninin düzelmediği ve ilerlediği belirtilmiştir. Ayrıca CD3+, CD4+ ve CD8+ hücrelerinin vefat eden hastalarda büyük ölçüde azaldığı, beyaz küre, CRP, fibrinojen, d-dimer, ferritin, IL-6, laktat dehidrogenaz, kreatin kinaz yüksekliklerinin de kötü prognozla ilişkili olduğu belirtilmiştir (39) .

2.1.9 COVID-19 ve Radyolojik Bulgular

RT-PCR testi COVID-19 tanısında altın standart olmakla beraber özellikle erken dönemde veya viral yük düşük olduğunda yalancı negatiflik gösterebilmesi ve bazı yerlerde testin yapılmasındaki yetersizlik nedeniyle enfekte hastaların hızlı tanısında kısıtlılığa yol açmaktadır. Bu nedenle radyolojik görüntüleme özellikle BT sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bununla beraber radyolojik yöntemler COVID-19 tanısında tarama testi değildir. Tanı koyma ve hastalığın takibine yardımcı bir yöntem olarak kullanılmalıdır. Görüntülemelerde akciğer grafisi, BT ve bazı sınırlı merkezlerde toraks ultrasonografisi bu amaçla kullanılmaktadır (40,41).

COVID-19 pnömonisinin tespit edilmesinde ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemi akciğer grafisidir. BT'ye göre daha düşük doz radyasyona maruz kalmaları nedeniyle özellikle çocuk ve genç hasta gruplarında tercih edilmelidir. Cihazın kolay temizlenmesi ve hasta başı uygulanabilirliği avantajlarıdır. Bununla birlikte özellikle hastalığın erken döneminde akciğerde oluşan buzlu cam tarzındaki sınırlı tutulum akciğer grafisinde görülemeyebilir (40).

Toraks BT hastalığın tanısında, takibinde ve oluşabilecek komplikasyonların değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (40).

COVID-19 enfeksiyonunun sık görülen BT bulguları bilateral, periferik ve bazal buzlu cam dansiteleri ve konsolidasyonlardır (42). COVID-19 enfeksiyonunda görülen radyolojik bulgular tablo 2 de gösterilmiştir (41).

Tablo 2. COVID-19 enfeksiyonunda görülen radyolojik bulgular

Tipik bulgular	Atipik bulgular
Buzlu cam opasitesi	Plevral sıvı
Konsolidasyon	Lenfadenopati
Kaldırım taşı	Perikardiyal sıvı

Hava bronkogramı	Kavitasyon
Hava yolu değişiklikleri, hava kisti	
Retiküler görünüm	
Nodüller (halo ve ters halo işareti ile birlikte)	

Çin’de, COVID-19 ile yatarak ya da ayaktan tedavi edilen 1099 hasta ile yapılan çok merkezli bir çalışmada; başvuru sırasında yapılan 975 BT taramasının %86,2'sinde anormal sonuç saptanmıştır. Toraks BT'de en sık görülen paternler buzlu cam dansiteleri (%56,4) ve bilateral yama şeklinde gölgelenme (%51,8) olarak bildirilmiştir (38).

2.1.10 COVID-19 Tedavisi

SARS-CoV2 enfeksiyonunun küresel olarak hızla yayılması, COVID-19’u önlemek veya tedavi etmek için acil bir aşı veya terapötik müdahale ihtiyacına yol açmıştır (43).

COVID-19 tedavisinde kullanılan hidroksiklorokin, oseltamivir, azitromisin, lopinavir-ritonavir, favipiravir ve tosilizumab ülkemizde ruhsatlı beşerî tıbbi ürünlerdir (44).

2.1.10.1 Hidroksiklorokin-klorokin

Klorokinin tıbbi kullanımı onlarca yıl öncesine dayanmaktadır. Fosfat ve sülfat türevleri antimalaryal olarak uygulanır ve hidroksiklorokin, sistemik lupus eritematozusta immünomodülatör ajan olarak yaygın olarak kullanılır (43).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 807 hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada bir çalışmada azitromisinli veya azitromisinsiz hidroksiklorokin tedavisi ile

mortalitede veya mekanik ventilasyon ihtiyacında anlamlı bir azalma tespit edilmemiş ve daha uzun hastanede kalış süresi ile ilişkilendirilmiştir (45).

Ayaktan ya da yatarak tedavi gören COVID-19'lu hastalarda hidroksiklorokin veya klorokin önerilmemektedir (46,47).

2.1.10.2 Oseltamivir

Oseltamivir influenza tedavisinde kullanılan ve viral partiküllerin hücreden salınımını bloke ederek yayılımını durduran bir nörominidaz inhibitörüdür (44).

Sağlık bakanlığı COVID-19 tanı tedavi rehberinde, sadece influenza tanısı doğrulanan COVID-19 olgularında tedaviye oseltamivir eklenmesini ve COVID-19 tedavisinde oseltamivirin rolünün olmadığı belirtilmiştir (48).

2.1.10.3 Azitromisin

Randomize çalışmalar ve gözlemsel çalışmalar klinik bir fayda göstermediğinden COVID-19 tedavisi için azitromisin tek başına veya hidroksiklorokin ile kombinasyonu şeklinde kullanımı önerilmemektedir (49).

2.10.4 Lopinavir-ritonavir

Hastanede yatan hastalarda COVID-19 hastaları için lopinavir-ritonavir tedavisi önerilmektedir. Ayaktan tedavi gören hastalarda tedavideki rolü belirsizdir (49).

Retrospektif bir çalışmada klorokin, lopinavir/ritonavir veya her iki ilaç birlikte uygulanan yatarak tedavi gören şiddetli hastalığı olan 61 hastanın verileri analiz edilmiştir. Hastanede kalış süresini, mortaliteyi azaltamadıkları için her iki ilacın da COVID-19 tedavisinde etkisiz olduğu bulunmuştur (50).

2.1.10.5 Favipravir

RNA bağımlı RNA polimeraz inhibitörü olup ebola, nörovirüs, enterovirüs gibi birçok RNA virüsüne etkili olduğu gösterilmiştir (44).

Favipravirin yatan hastalarda kullanımına dair veri sonuçlarında kafa karıştırıcı noktalar vardır. Bazı çalışmalar hızlı viral klirens ve klinik iyileşmeyi desteklemiştir. Ancak çalışmaların çoğunda immünomodülatör ajanların ve diğer tedavilerin birlikte

uygulanması nedeniyle sınırlılıklar mevcuttur ve mortaliteye faydası gösterilmemiştir (49).

Favipiravirin orta ve şiddetli COVID-19 geçirenlerde mekanik ventilasyon kullanımını veya ölüm oranını azalttığına dair bir kanıt olmadığı, COVID-19'daki etkinliğini tanımlamak için uygun örneklem boyutlarına sahip orta ve şiddetli hastaları içeren daha fazla randomize klinik araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (51).

2.1.10.6 Remdesivir

Remdesivir, şiddetli SARS-CoV-2 enfeksiyonunda in vitro aktiviteye sahip yeni bir nükleotid analogudur. Şiddetli hastalığı olup oksijen ihtiyacı olanlarda ölüm oranını azaltabileceği ve iyileşme süresini kısaltabileceği için remdesivir kullanımına öncelik verilebilir. Bununla birlikte remdesivirle ilgili belirsizlikler devam ediyor ve DSÖ dahil bazı kılavuzlar yatan hastalarda faydası olduğuna dair net kanıtlar olmadığından kullanımını önermemektedir. Amerika Bulaşıcı Hastalıklar Derneği ve Ulusal Sağlık Enstitüleri de dahil olmak üzere diğer kılavuzlar, oksijen desteğine ihtiyaç duyan hastanede yatan hastalarda remdesivir kullanılmasını önermektedir (49).

Çok uluslu, randomize, plasebo kontrollü akciğer tutulumu olan COVID-19'lu 1062 hastayı içeren çalışmada remdesivirin plaseboya göre daha kısa sürede iyileşme sağladığı görülmüştür (52).

2.1.10.7 Steroidler

Oksijen ya da ventilasyon desteği alan ağır COVID-19 hastalarında deksametazon ya da diğer glukokortikoidlerin kullanımı önerilmekle beraber hafif ve orta şiddetli hastalığı olup oksijen almayan hastalarda COVID-19'un önlenmesi veya tedavisi için kullanılması önerilmez (47).

Brezilya'da 41 yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yürütülen çok merkezli, 299 hasta ile yapılan bir randomize çalışmada intravenöz deksametazon ve standart bakım kullanımı, yalnızca standart bakım kullanımı ile karşılaştırıldığında, 28 gün boyunca ventilasyonsuz gün sayısında istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunmuştur (53).

2.1.10.8 Tosilizumab

Tosilizumab romatoid artrit, jüvenil inflamatuvar artrit ve refrakter dev hücreli arterit için onaylanmış olan IL-6 reseptörü monoklonal antikorudur (54).

Yüksek akımlı oksijene veya daha ileri solunum desteğine ihtiyaç duyan hastalarda YBÜ'ne kabul edildikten sonraki 24-48 saat içinde tosilizumab (tek intravenöz doz olarak 8 mg/kg) bir alternatif olarak önerilmektedir (47).

ABD'de yapılan çok merkezli bir kohort çalışmasında, YBÜ'ne yatışının ilk 2 gününde tosilizumab alan ve almayan iki grup şeklinde toplam 3924 takip edilmiştir. İlk 2 gününde tosilizumab alan hastalarda mortalite oranı daha düşük bulunmuştur (55).

2.1.10.9 Plazma tedavisi

COVID-19'dan iyileşen bireylerden alınan plazma tedavisinin COVID-19 için klinik yararı olduğu düşünülerek ABD'de, hastanede yatan, hastalığın erken evrelerinde olan veya hüморal bağışıklığı bozulmuş COVID-19 hastalarında acil kullanım için onay verilmiştir. Bununla birlikte hastanede yatan hastalarda yapılan çalışmalarda plazma tedavisinin mortalite üzerine net bir yararı gösterilmemiştir ve kullanılması önerilmemektedir (47).

2.2 SİGARA

2.2.1 Tütün ve Tarihçesi

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasından nikotiana cinsi içerisinde yer alan genellikle bir yıllık olup, bazı türleri çok yıllık olabilen bir bitkidir (56).

Tütünün Avrupa'da kullanımı, Amerika kıtasını keşfeden Christophe Colomb'un yerlilerin çiğnediği tütünü Avrupa'ya taşıması ile olmuştur ve yıllar içinde yaygınlaşmıştır. Fransa 1556 yılında ilk kez tütünle tanışmış ve Jean Nicot kısa zamanda tütün içmeyi popüler hale getirmiştir. Bu ürüne on dokuzuncu yüzyılın bilim adamları Jean Nicot'un adına ithafen "nikotin" adını vermişlerdir (57,58).

1558'de Portekiz'de 1559'da İspanya'da ve 1565'te İngiltere'de tütün kullanılmaya başlanmıştır (59).

Tütün her türü zararlıdır ve tütüne maruz kalmanın güvenli bir düzeyi yoktur. En yaygın kullanılan tütün kullanım şekli sigaradır. Diğer tütün ürünleri ise nargile tütünü, çeşitli dumansız tütün ürünleri, purolar, sigarillolar, sarma tütünler, pipo tütünleri, bidi ve kreteklerdir (60).

Ülkemizde tütüne karşı ilk yasal düzenleme 1996 yılında yapılmıştır. 2004 yılında, DSÖ tarafından kabul edilen Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi, yürürlüğe girmiştir. 2008 yılında, 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. 19 Temmuz 2009'da sigara kullanmayan kişileri korumak, dumansız Türkiye oluşturmak için tüm kapalı alanlarda sigara içiminin yasaklanması yasaya girmiştir (61).

2.2.2 Nikotin Bağımlılığı

Sigara dumanı katı ve gaz halde birçok madde içerir. Nikotin, sigarada bulunan arsenik, amonyak, polonyum, radon, metanol, tolüen, kadmiyum, bütan, aseton, hidrojen siyanür, karbonmonoksit gibi toksik maddelerden biridir ve tütün bağımlılığından sorumlu tutulan asıl maddedir (62).

Nikotin bağımlılığı bir hastalık kabul edilmektedir. Nikotin bağımlılığı, başta kalp, akciğer ve damar hastalıkları olmak üzere tüm organlara zarar vererek ciddi sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Tütün ve tütün ürünleri kullanımının bırakılması, sağlık risklerini azaltmada önemlidir (63).

Sigara ve diğer tütün ürünleri içildiğinde alınan nikotin hızla sistemik dolaşıma karışıp beyin dokusuna geçer ve nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChR) bağlanır. (63)

Nikotin başlıca etkilerinin prefrontal korteks, talamus ve görme sisteminde olduğu gösterilmiştir. NACHR'nin uyarılması ile başta dopamin olmak üzere birçok nörotransmitter salınımı meydana gelir. Orta beyinde ventral tegmental alanda yer alan

dopaminerjik nöronlardan ve nükleus akkumbensden salınan dopamin nikotinin ödüllendirici etkisinin temelini oluşturmaktadır (63).

2.2.3 Sigaranın genel Sağlığa Zararları

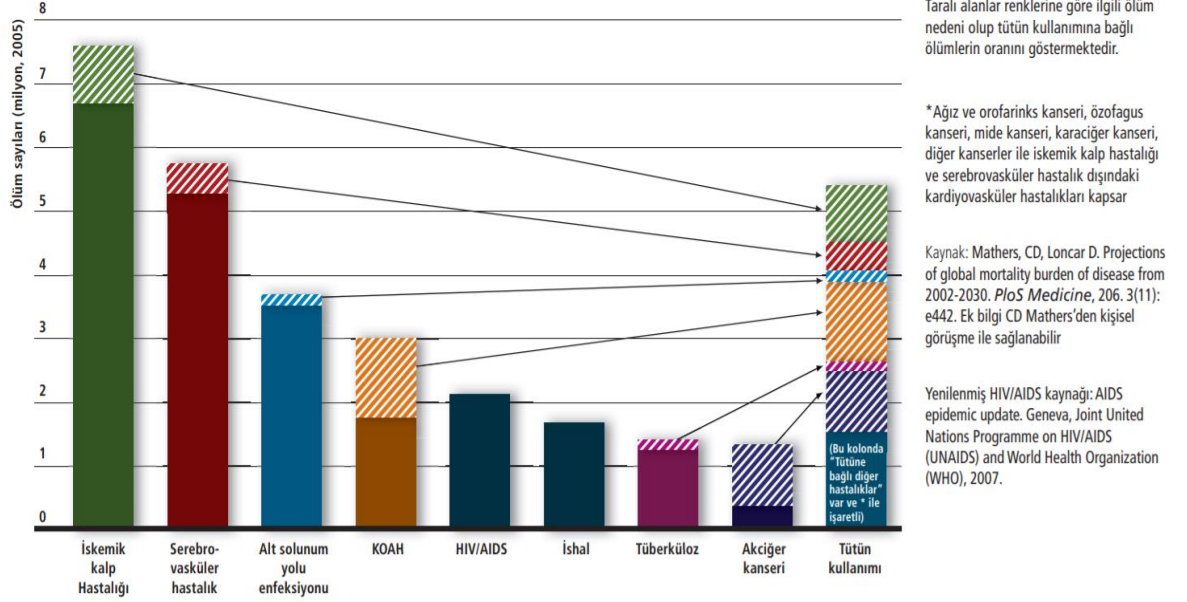
Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya olduğu en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir ve dünya çapında yılda 8 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1,2 milyonu ise sigara içmeyenlerin sigara dumanına maruz kalmasından kaynaklanmaktadır (60,64). (Tablo 3)

Tablo 3. Sigaranın neden olduğu hastalıklar

Sigaranın neden olduğu hastalıklar		Pasif sigara dumanı etkileniminin neden olduğu hastalıklar	
Kanserler	Kronik hastalıklar	Çocuklar	Yetişkinler
Larinks	İnme (felç)	Beyin Tümörü*	İnme (felç)*
Orofarinks	Körlük	Orta kulak hastalığı	Burun iritasyonu
Özefagus	Katarakt	Lenfoma*	Nazal sinüs kanseri*
Akciğer	Periodontit	Akciğer fonksiyon bozukluğu	Memem kanseri
Akut miyeloid lösemi	Aort anevrizması	Astım*	Koroner kalp hastalığı
Mide	Koroner kalp hastalığı	Alt solunum yolu hastalıkları	Akciğer kanseri
Pankreas	Pnömoni	Ani bebek ölüm sendromu	Arterioskleroz*
Böbrek ve üreter	Arteriosklerotik Periferik Damar Hastalığı	Lösemi*	KOAH/Astım*
Kolon	KOAH / Astım		Reproduktif etkiler
Serviks	Kalça Kırığı		
Mesane	Reproduktif Etkiler		

Tütün dumanı 7.000 civarında kimyasal ve 60'tan fazla bilinen veya şüphelenilen kanserojen madde içerir. Tütün dumanına tekrar tekrar maruz kalmak, DNA onarım mekanizmalarını bozabilir ve normal hücrel büyüme ve düzenlemeyi bozan ve kanserle sonuçlanan genetik değişikliklere neden olabilir (65).

Tütün dünyada en sık ölüme sebep olan 8 hastalıktan 6 tanesi için risk faktörüdür (64). (Şekil 2)



Şekil 2. Dünyada en sık 8 ölüm sebebi ve sigaranın etkisi,

*Nedensellik kanıt düzeyi “düşündürücü” noktadadır.

2.2.4 Türkiye’de Sigara Kullanımı

Küresel yetişkin tütün araştırması 2012 verilerine göre:

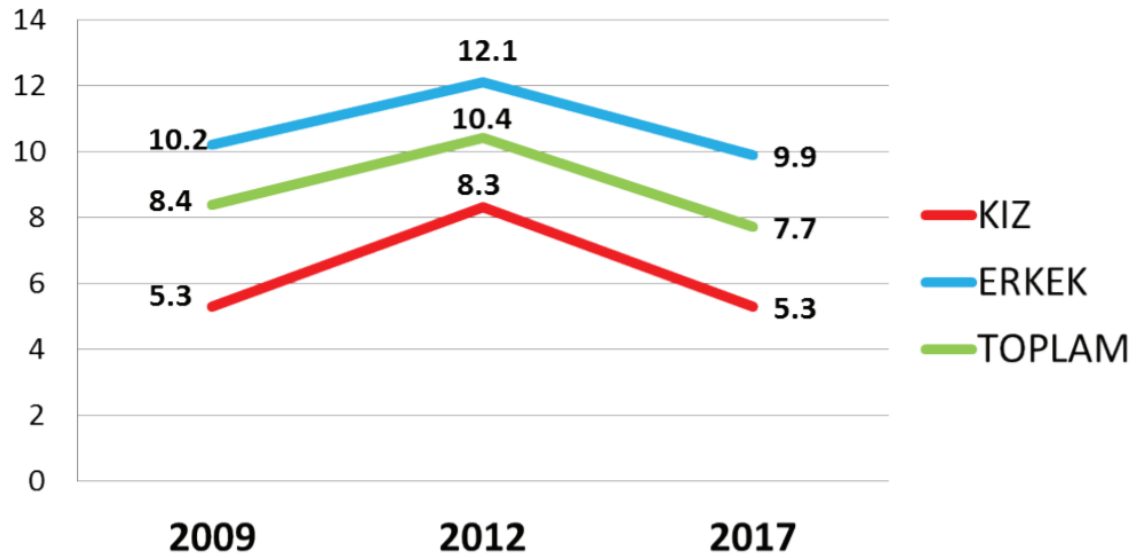
- Türkiye’de toplam 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmaktadır.

- Erkeklerde (%41,5) kadınlara (%13,1) göre daha yüksektir.
- En fazla kullanılan tütün ürünü sigaradır (%25,7).
- Nargile kullanım sıklığı sadece %0,8’dir.
- Günde içilen sigara sayısı ortalaması 19,2 olup erkeklerde (%20,3) kadınlara göre (%15,3) daha fazladır (66).

2017 Küresel gençlik tütün araştırma raporuna (KGTA) göre:

- Öğrencilerin (13-15 yaş arası) %17,9’u (erkeklerin %23,2’si, kızların %12,1’i) halen bir tütün ürünü içmektedir.

- Öğrencilerin %7,7'si (erkeklerin %9,9'u ve kızların %5,3'ü) halen sigara içmektedir.
- Öğrencilerin %40,2'si (erkeklerin %46,8'i ve kızların %33,1'i) en az bir defa bir tütün ürünü denemiştir (67). (Şekil 3)



Şekil 3. KGTA 2009-2017 Türkiye’de 13-15 yaş arası gençlerde sigara kullanım durumu (%)

2.2.5 Sigara Bırakma Yöntemleri

Sigaranın bırakılması zaman alan ve zorlu bir süreçtir ve uzun süreli başarı için sıklıkla tekrarlanan klinik görüşmeler ve müdahaleler gerekir (68).

2.2.5.1 Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Sigara bırakmada tedavi seçenekleri “davranışsal tedavi” ve “farmakoterapi” olarak ikiye şekilde uygulanır. Davranışsal tedavide, sigara içen kişide, sigara içmeye yönelten sebeplere ilgili farkındalık oluşturulmaya ve bu sebeplerin değiştirilmesine çalışılır. Bunun dışında da sigarayı bıraktığı süreçte oluşabilecek nikotin yoksunluk belirtileri ve ortaya çıkacak stresle baş etme yöntemleri öğretilmeye çalışılır.

Farmakoterapi ile de kişinin hissedeceği yoksunluk belirtileri asgari düzeye indirilmeye çalışılır (69).

Her hastaya sigarayı bırakabilecekleri etkin tedaviler hakkında bilgi verilmeli ve tedavi önerilmelidir. Eğer bırakma konusunda isteksizseler de “motivasyonel görüşmeler” yapılmalıdır (70).

Sigaranın bırakılmasında destek verilecek kişilerde eğer kişi bırakma konusunda kararlı ise “5A”, kararsız ise de “5R” yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir (71).(Tablo 4)

Tablo 4. 5A ve 5R yöntemleri

5A		5R	
Ask	Öğren	Relevance	İlişki
Advise	Öner	Risks	Riskler
Assess	Ölç	Rewards	Ödüller
Assist	Önderlik et	Roadblocks	Engeller
Arrange	Örgütleye	Repetition	Tekrar

5A:

Ask-Öğren; hangi sebeple başvurduğu fark etmeksizin her başvuruda bütün kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa kaç yıldır kullandığı, günde kaç adet içtiği kayıt altına alınmalıdır (70,71).

Advise-Öner; sigara kullanan herkese mutlaka sigarayı bırakması açık, güçlü ve kişiye özel bir şekilde önerilmelidir (70,71).

Assess-Ölç; başvuran her kişide sigarayı bırakma isteğinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bırakmayı düşünmüyorsa 5R stratejileri uygulanmalı, bırakmak istiyorsa destek sağlanmalıdır (70,71).

Assist-Önderlik et; hastayla beraber bir sigara bırakma planı hazırlanmalıdır. Mümkünse görüşmeden sonraki ilk 2 hafta içinde bir sigara bırakma günü

belirlenmelidir. Bu, hastanın motivasyonunu artırması açısından da önemli bir adımdır (70,71).

Arrange-Örgütleyin; hastalar telefon görüşmeleri ile ya da yüz yüze görüşmeler ile takip edilmelidir. Her görüşmede hasta başarısından dolayı tebrik edilmelidir (70,71).

5R:

Relevance-İlişki; hastanın özel durumları, hastalıkları sigara ile ilişkilendirilir ve sigarayı bıraktığında oluşacak olumlu etkiler anlatılarak hasta bırakma konusunda cesaretlendirilir (69,72).

Risks-Riskler; hastalar sigara içimine devam ettiklerinde hem kısa hem de uzun vadede ortaya çıkabilecek sağlık problemleri hakkında bilgilendirilmelidir (69,72).

Rewards-Ödüller; hastalarla sigarayı bıraktıklarında neler kazanabilecekleri, sağlık durumlarının nasıl düzeleceği hakkında konuşulmalıdır (71,72).

Roadblocks-Engeller; hastalar ile sigarayı bırakmasına engel olan durumlar konuşulmalıdır. Bu engeller sıklıkla nikotin yoksunluk bulguları, başarısız olma korkusu, kilo alma, destek eksikliği, içmekten alınan keyif, çevresinde sigara içenlerin olması, etkin tedavilerin varlığından haberdar olmama şeklinde sayılabilir (71,72).

Repetition-Tekrar; bırakma konusunda istekli olamayan hastalara her klinik başvurularında aynı destek tekrar tekrar verilmelidir (69,70).

2.2.5.2 Farmakolojik tedavi

Sigara bırakma yöntemleri, sigara içimine bağlı gelişen bağımlılığının üstesinden gelebilmek amacıyla uygulanır ve bırakmadaki başarıları arasında farklılıklar bulunur. Günümüzde sigara bırakma amacıyla kullanılan 3 grup birincil seçenek ilaç vardır. Bunlar: “Nikotin replasman tedavileri”, “Bupropion” ve “Vareniklin”dir (70).

2.2.5.2.1 Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin replasman tedavisi (NRT) ile; sigaranın bırakılmasının ardından ortaya çıkacak olan nikotin eksikliğine bağlı yoksunluk belirtilerinin kontrol edilebilmesi, dolayısıyla da tütün/sigaranın daha rahat bırakılabilmesi amaçlanır. NRT ile vücuda alınan nikotin düzeyi, sigara içimiyle alınandan daha düşüktür. Sigara içiminden sonra ölçülen plazma nikotin düzeyi ortalama 35 mg/l (20-50 mg/L) olmasına karşılık farklı nikotin preparatları ile alınan nikotin dozları 6–12 mg/l düzeylerindedir (69,70).

Transdermal bant, sakız, pastil, inhaler, nazal sprey, sublingual tablet olmak üzere çeşitli NRT ürünleri bulunmaktadır. Türkiye’de transdermal bant, sakız ve pastil formları bulunmaktadır (73).

Nikotin bandı

Nikotin bantlarının 24 saat salınım yapan ve 16 saat salınım yapan formları vardır. 16 saatlik formun; 5 mg, 10 mg, 15 mg nikotin içeren 3 ayrı preparatı vardır. 24 saatlik formun da 21 mg (30cm²), 14 mg (20 cm²) ve 7 mg (10cm²) olmak üzere 3 ayrı preparatı vardır. 16 saatlik olan formunda gece yatmadan önce bandın çıkarılması gerekir. Her iki formda da sabah uyanınca takılacak yeni bant, gövde ya da üst kolda derinin kuru, temiz ve kılsız bir bölgesine yapıştırılır. Bu bant eskisiyle aynı yere yapıştırılmaz. Aynı kolun farklı bölgesine ya da farklı kola uygulanabilir (69,70,73).

Günlük sigara kullanımı >10 olan hastalarda 21 mg/gün başlanıp 4-6 hafta devam edildikten sonra ikişer hafta süreyle 14 mg ve 7 mg şeklinde azaltılarak tedavi tamamlanabilir (73, 74).

Günlük sigara kullanımı ≤10 olanlarda 14 mg/gün dozu ile başlanıp 4-6 hafta sonra 7 mg’a geçilebilir (74).

Ancak bantlar tipik olarak 12 hafta boyunca azaltılan dozlarda kullanılsa da klinik deneylerde ve deneyimlerde, azaltarak kullanmanın sigarayı bırakma oranlarını iyileştirmediği görülmüştür. Buna göre dozu azaltmak gerekli değildir, isteğe bağlıdır; bu yaklaşım, hastalar yoksunluk semptomlarına iyi geldiğini hissediyorsa, dozu azaltmak istiyorlarsa kullanılabilir (74).

NRT, sigara içmeye devam etmekten daha güvenli olduğundan, yama gerekirse süresiz olarak daha uzun süre devam ettirilebilir (74).

Tedaviye belirlenen sigara bırakma gününde başlanır ve NRT ile birlikte sigara kullanmaması gerektiği hastaya bildirilir (74).

Nikotin Sakızı

Sakızdan salgılanan nikotin ağız mukozasından emilir. Eğer hasta günün ilk sigarasını sabah uyandıktan sonra ilk 30 dakika içinde içiyorsa, bu kişilerde 4mg dozla tedavi başlanır. 30 dakikadan geç içenlerde 2 mg ile başlanır. İlk 6 haftada sigara içme isteği olduğunda her 1-2 saatte bir, 7-9. haftalarda 2-4 saatte bir, 10-12. haftalarda 4-8 saatte bir sakız çiğnenebilir. Tedavinin ilk 6 haftasında günde 24 adede kadar sakız çiğnenebilir (69,74).

Başarı sağlayabilmek için sakızın doğru çiğnenmesi önemlidir. Çiğne ve park et metodu kullanılabilir. Nikotin tadı hissedilene kadar 5-10 kez çiğnenip nikotin tadı kaybolana kadar birkaç dakika yanak mukozasına park edilir. Ardından tekrar nikotin salınımı için birkaç kez daha çiğnenir ve başka bir mukoza bölgesinde bekletilir. 20-30 dakika boyunca bu işlem tekrarlanır ve sakız atılır (70,74).

Nikotin pastili

2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Dozu kişinin ilk sigarasının uyandıktan ne kadar süre sonra içtiğine göre belirlenir. İlk sigarasını uyandıktan sonra 30 dakika içinde içenlerde 4 mg, 30 dakikadan daha uzun sürede içenlerde 2 mg başlanır. İlk 6 haftada 1-2 saatte bir pastil, 7-9. haftalarda 2-4 saatte bir pastil, 10-12. haftalarda 4-8 saatte bir pastil kullanması önerilmektedir. Maksimum doz her 6 saatte bir 5 pastil ya da günlük 20 pastildir. Pastil çiğnenmemelidir, yaklaşık 30 dakika boyunca ağızda kaydırarak erimesi sağlanır (69,74).

Nikotin Dilaltı Tablet

Nikotin dilaltı mukozasından emilerek etkisini gösterir. 2 mg'lık tabletleri vardır. Yaklaşık 30 dakika dilaltında çözülmesi sağlanarak emilimi olur. Günlük sigara kullanım miktarı 20 adetten az olanlarda saatte 1 tablet, 20 adetten fazla olanlarda saatte 2 tablet olarak kullanılır (73, 74).

2.2.5.2.2 Nikotin İçermeyen Farmakolojik Tedavi

Bupropion

Bupropion, nontrisiklik aminoketon bir antidepresandır ve nikotin bağımlılığı tedavisinde “Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration-FDA)” tarafından ilk onaylanan birincil seçenek ilaçtır (75,76).

Bupropion, noradrenalin ve dopaminin nöronal geri alımının zayıf bir inhibitörü olup dopaminerjik ve noradrenerjik aktiviteye sahiptir. Bu etkisi, nikotin yoksunluk belirtilerini azaltarak sigaranın bırakılmasına destek olur. Bupropion ayrıca nikotinik asetil kolin reseptörünün de yüksek afiniteli bir antagonistidir (77).

Bupropion, sigara bırakma tedavisinde 150 mg’lık yavaş salımlı tablet formu ile yer alır. Kararlı kan seviyesine ulaşması 5-7 gün sürdüğünden ilaca başlandıktan 1 hafta sonra sigara bırakma tarihi olarak belirlenir. İlk 3 gün 150 mg/gün, devamında günde iki kez 150 mg dozunda 12 haftalık tedavi uygulanır. Nüksü önlemek amacıyla daha uzun süreli kullanımı mevcuttur (74).

Karaciğerde CYP2B6 enzimi tarafından metabolize edilir (78). Antidepresanlar, antipsikotikler, beta blokerler ve antiaritmik ilaçlarla etkileşebilirler (79).

Bupropion nöbet eşiğini düşürdüğü için nöbet öyküsü olanlarda ya da yatkınlığı olan kişilerde önerilmez (74). Klinik çalışmalarda nöbet riski %0,1 olarak gösterilmiştir (80).

Vareniklin

Vareniklin, “ $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörleri”nin parsiyel agonistidir. (81) Bir yandan yarışmalı olarak bu reseptörleri bloke ederken diğer yandan da bir miktar reseptör aktivasyonuna neden olmaktadır. “ $\alpha 4\beta 2$ subünitesi”ne sahip nikotinik reseptörler, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara içme isteğinde anahtar rol oynarlar. Vareniklin, bu “ $\alpha 4\beta 2$ ” reseptörlerini uyarak nikotinik agonist etkiyle nukleus akkumbensden dopamin salınımına yol açar, ilerleyen dönemde ise vareniklin kullanırken nikotin alınsa dahi dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Vareniklin bu agonist ve antagonist etkileriyle bağımlılığı azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını da engeller (82,83).

Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye ilk üç gün günde 0,5 mg, 4-7. günler arası günde 2 kez 0,5 mg, devamında günde 2 kez 1 mg şeklinde kullanarak 12 haftaya tamamlanır. Varenikline başladıktan 1 hafta sonrası sigara bırakma tarihi olarak belirlenir (74).

Yaklaşık 101 bin hastayı içeren 267 çalışmayı kapsayan bir metaanalizde vareniklin, bupropion ve NRT sigara bırakmada plaseboda üstün görülmüş. Vareniklinin, tekli NRT formlarından ve bupropiondan daha etkili olduğu görülmüş. Buna karşın NRT'nin kombinasyon şeklinde kullanımının tekli kullanımdan üstün olduğu ve vareniklin kadar etkili olduğu görülmüştür (84).

Vareniklinin nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler yan etkileri hakkında endişeler vardı. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda bu yan etkilere dair net kanıt gösterilememiştir (74).

16 ülkeden 141 merkezde 8144 sigara kullanıcısının katıldığı araştırma protokolu FDA tarafından belirlenen “Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study (EAGLES)” isimli çalışmada, vareniklin, bupropion ve nikotin bandının etkinliği, güvenilirliği 3 ay aktif tedavi ve devamında üç ay ilaçsız takip ile değerlendirilmiştir. Her üç ilacın da plaseboya göre olguların sigara bırakma başarısını arttırdığı gösterilmiştir. Ancak vareniklin, bupropion ve nikotin bandından daha etkili bulunmuştur. Vareniklin, nikotin bandı ve bupropionun orta ve ağır nöropsikiyatrik yan etki oluşturma riskinin plaseboda farklı olmadığı görülmüştür (85).

Bu EAGLES çalışmasında hastaların bir yıllık uzatılmış takibinde ilaçların kardiyovasküler etkilerine dair analiz yapılmış ve bupropion, nikotin bandı ve vareniklin kullanan kişilerde plaseboya göre kardiyovasküler risk artışı olduğuna dair bir kanıt rastlanmamıştır (86).

Tablo 5. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları (69,70)

İlaç	Kontrendikasyonlar	Yan etkiler
Nikotin sakızı	Miyokard infarktüsü Anstabil anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tat, ağızda iritasyon, hıçkırık, ağız çene ağrısı, dispepsi
Nikotin bandı	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü Anstabil anjina ve aritmi Gebe ve emziren kadınlar Yaygın deri hastalığı varlığı 18 yaşından küçükler Bant allerjisi	Uygulama yerinde kızarıklık, kaşıntı, baş ağrısı, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvulziyon öyküsü Konvulziyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü Kontrolsüz hipertansiyon Ağır hepatik nekroz Çok ağır siroz Anoreksi ya da bulumia gibi yeme bozuklukları MAO inhibitörü kullanımı 18 yaş altı sigara içimi Bupropiona aşırı duyarlılık Santral sinir sistemi tümörü Bipolar hastalık varlığı	Baş ağrısı, baş dönmesi, uykusuzluk, ağız kuruluğu, bulantı ve kusma gibi gastrointestinal şikayetler, tremor, tat alma bozuklukları konsantrasyon bozukluğu, görme bozukluğu
Vareniklin	Vareniklin alerjisi Son dönem böbrek hastalığı, 18 yaşından küçük sigara kullanıcıları ve hamileler için yeterli veri yoktur.	Uyku güçlüğü, anormal rüyalar, bulantı, ağız kuruluğu, kabızlık, ishal, şişkinlik

2.3 COVID-19 VE SİGARA İLİŞKİSİ

Sigara içmenin solunum sisteminin immün yanıtına zarar verdiği ve sigara içenlerin bulaşıcı patojenlere daha yatkın hale gelmesine neden olarak akciğer sağlığını olumsuz etkilediği iyi bilinmektedir (87).

Sigara içimi ile COVID-19 şiddeti arasında ters ilişki olduğunu öne süren çalışmalar olsa da mevcut kanıtlar sigara içmenin COVID-19'un şiddetli belirtileri için risk faktörü olduğunu ve kötü prognozla ilgili olduğunu göstermektedir (87,88).

3027 hastayı içeren 13 çalışmanın meta analizinde sigara içenlerde COVID-19'un kritik hastalığa ilerleme ve COVID-19'a bağlı ölüm riskinin daha yüksek olabileceği görülmüştür (89) .

Hastanede yatan 32849 COVID-19'lu hastanın dahil edildiği 47 çalışmanın meta analizinde, halen sigara içen hastalarda şiddetli veya kritik hastalık riskinin arttığı, sigara içme öyküsü olan hastalarda şiddetli veya kritik hastalık geçirme, mekanik ventilasyon ihtiyacı ve mortalite riskinde artış olduğu ortaya koyulmuştur (90).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen, amacı sigara içen kişilerde COVID-19 pandemisinin sigara içme alışkanlığı ve sigara bırakma isteğini nasıl etkilediği hakkında bilgi edinmek olan bu araştırma Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından 07/09/2021 tarihinde çalışma onayı alındıktan (ek-4) sonra 22/09/2021 tarihinde Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınarak yapılmıştır. Etik kurul onay belgesi Ek-1'dedir.

3.1 ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini 27/09/2021 ile 15/11/2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine başvuran hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Kriterleri sağlayan hastalara araştırmacı tarafından geliştirilen anket gönüllülük esasına dayalı bir biçimde uygulanmıştır. G- power programı ile örneklem sayısı 380 (%10 kayıp payı ile 420) olarak belirlenmiştir. Ancak belirtilen süre içinde 243 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışma sonrası hesaplanan güç ($1-\beta$) 0.70 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak bu çalışmanın örneklemi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 243 katılımcı oluşturmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri sigara kullanan hasta ve hasta yakınları
- Araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek kapasiteye sahip olanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar

Dışlama kriterleri:

- Aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş altı hasta ve hasta yakınları
- Aile hekimliği polikliniğine başvuran ancak sigara kullanmayan kişiler
- Araştırma ölçeklerini yanıtlayabilecek kapasiteye sahip olmayanlar

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar

3.2 VERİ TOPLAMA ARACI

Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği kliniği tarafından yürütülen bu çalışmada yardımcı araştırmacı ve araştırmacı tarafından geliştirilip kliniğimiz tarafından yapılan akademik konseylerde son hali verilmiş olan 30 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. (Ek-2)

Veri toplama formunda araştırmacı tarafından hazırlanan sorular dışında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) bulunmaktadır. (Ek-3) Bu test kişilerin nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiştir. 6 sorudan oluşan bu ölçekte kişiler verdikleri cevaplara göre 0 ile 10 arasında puan almaktadırlar. 0-2 puan: çok düşük düzeyde bağımlılık, 3-4 puan: düşük düzeyde bağımlılık, 5 puan: orta düzeyde bağımlılık, 6-7 puan: yüksek düzeyde bağımlılık, 8-10 puan çok yüksek düzeyde bağımlılık olarak değerlendirilir.

3.3 VERİ ANALİZİ

Veri analizinde araştırma problemlerinin analizleri için IBM SPSS Statistics Version 23 paket programı kullanılmıştır. SPSS analizlerine geçilmeden önce veri hem uç değer hem de kayıp veri için kontrol edilmiştir. Uç değer z standart dağılımına göre incelenmiş, örnekleme herhangi bir uç değere rastlanmayarak 243 kişi ile analizler yapılmıştır.

FNBT puanlarının ele alınan değişkenlere göre ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik yöntemler kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterli olması (243) ve puanların dağılımının normal olması parametrik yöntemler için gerekli varsayımlar olup kontrol edilmiştir. Normallik için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakıldığında bu değerlerin -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu görülmüştür. Maddelerin alt grup ile üst grup arasında farklılık gösterme durumu bağımsız örneklem için t testi ile incelenmiştir. İki gruba ait ölçümlere ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem için t testi kullanılmıştır. İki gruba ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Hangi gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için

çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe yöntemi kullanılmıştır. Gruplardaki örneklem sayıları arasında fark olduğundan varyans homojenliği varsayımı sağlandığı durumda Scheffe tercih edilmiştir.

Yedi maddeden oluşan 5’li Likert anket sorularında “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum” ve “kararsızım” ifadeleri “olumsuz”, “katılıyorum” “kesinlikle katılıyorum” ifadeleri ise “olumlu” olmak üzere iki kategoriye dönüştürülmüştür. Bu anket sorularının analizlerinde hem bağımlı hem de bağımsız değişkenler kategorik olduğu için ki-kare analizi kullanılmıştır (Pearson ki kare istatistiği). İncelenen durumlara ait çapraz tablolarda frekans ve yüzde değerleri raporlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların 72'si (%29,6) kadın, 171'i (%70,4) erkektir. 190 kişi (%78,2) en az bir kronik hastalığa sahiptir. 81 kişi (%33,3) alkol kullanmakta, 37 kişi (%15,2) sigara dışı tütün ürünü kullanmaktadır. Katılımcıların sigara içme miktarlarına bakıldığında 101 kişinin (%41,6) 10 paket/yıl ve altında, 80 kişinin (%32,9) 20 paket/yıl ve üzerinde, 62 kişinin (%25,5) 10 ile 20 paket/yıl arasında sigara kullanım öyküsüne bulunmaktadır. Katılımcıların 172'si (%70,8) daha önce sigarayı bırakmayı denemiş, 37'si (%15,2) bırakmak için profesyonel destek almıştır. Pandemi döneminde içilen sigara miktarındaki değişim sorulduğunda 144 kişi (%59,3) değişmediğini, 69 kişi (%28,4) arttığını, 30 kişi (%12,3) azaldığını belirtmiştir. Katılımcılardan 43 kişi (%17,7) COVID-19 geçirmiş, 208 kişi (%85,6) COVID-19'a karşı aşı olmuştur. Çalışmaya katılan 243 kişinin demografik bilgilerine göre dağılımı tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	Alt Grup	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	72	29,6
	Erkek	171	70,4
Yaş Aralığı	18-27	61	25,1
	28-37	73	30,0
	38-47	44	18,1
	48-57	30	12,3
	58 ve üzeri	35	14,4
Medeni Durum	Evli	126	51,9
	Bekar	117	48,1
Çocuk sayısı	0	135	55,6
	1	39	16,0
	2	45	18,5
	3 ve üzeri	24	9,9
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	34	14,0
	Ortaöğretim	99	40,7
	Üniversite ve üstü	110	45,3
Kronik hastalık olma durumu	Yok	190	78,2
	Var	53	21,8

Alkol kullanma durumu	Evet	81	33,3
	Hayır	162	66,7
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	101	41,6
	10 ile 20 arası	62	25,5
	20 ve üzeri	80	32,9
Sigara dışı tütün kullanımı	Yok	206	84,8
	Var	37	15,2
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	119	49,0
	Hayır	124	51,0
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	172	70,8
	Hayır	71	29,2
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	37	15,2
	Hayır	206	84,8
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	69	28,4
	Değişmedi	144	59,3
	Azaldı	30	12,3
COVID-19 geçirme durumu	Evet	43	17,7
	Hayır	200	82,3
Aşı olma durumu	Evet	208	85,6
	Hayır	35	14,4

Katılımcıların FNBT puan ortalaması $4,3 \pm 3$ (min:0, max:10) olarak bulunmuştur. FNBT'ye göre bağımlılık düzeylerine bakıldığında 78 kişinin (%32,1) çok düşük düzeyde bağımlı, 50 kişinin (%20,6) çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmüştür. (Tablo 7)

Tablo 7. Katılımcıların FNBT'ye göre bağımlılık düzeyleri (çok düşük, düşük, orta, yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık şeklinde)

	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çok düşük	78	32,1
Düşük	49	20,2
Orta	23	9,5
Yüksek	43	17,7
Çok yüksek	50	20,6

Katılımcıların FNBT’den aldıkları puanların sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemeler için t testi ile incelenmiş ve sonuçlar tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların FNBT Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere ve Bazı Değişkenlere Göre İlişkisiz Örneklemeler T-Testi Sonuçları

Değişken	Kategori	n (frekans)	$\bar{X}$ (ortalama)	ss (standart sapma)	t	p
Cinsiyet	Kadın	72	4,00	3,30	-1,128	0,261
	Erkek	171	4,49	2,96		
Medeni durum	Evli	126	4,30	3,11	-0,211	0,833
	Bekar	117	4,38	3,03		
Alkol kullanma durumu	Evet	80	5,42	3,09	4,066	<0,001*
	Hayır	162	3,80	2,91		
Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	206	4,32	3,26	-0,312	0,756
	Hayır	37	4,49	3,04		
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	119	4,48	3,13	0,684	0,495
	Hayır	124	4,21	3,01		
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	172	4,33	3,10	-0,080	0,936
	Hayır	71	4,37	3,01		
Kronik hastalık olma durumu	Yok	190	4,18	3,07	-1,519	0,130
	Evet	53	4,91	3,01		
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek almış olma durumu	Evet	37	6,00	2,52	4,202	<0,001*
	Hayır	206	4,04	3,07		
COVID-19 geçirme durumu	Evet	43	3,74	2,92	-1,411	0,159
	Hayır	200	4,47	3,09		
Aşı olma durumu	Evet	209	4,28	3,01	-0,746	0,456
	Hayır	34	4,71	3,42		

Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım.	Olumsuz	165	4,09	3,06	- 1,863	0,064
	Olumlu	78	4,87	3,03		
Sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.	Olumsuz	181	4,27	3,08	- 0,615	0,539
	Olumlu	62	4,55	3,04		
Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum.	Olumsuz	133	4,30	3,03	- 0,228	0,820
	Olumlu	110	4,39	3,12		
Sigarayı bırakmak için destek almak isterim.	Olumsuz	149	3,90	3,11	- 2,843	0,004*
	Olumlu	94	5,04	2,88		
Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim.	Olumsuz	147	4,31	2,98	0,223	0,824
	Olumlu	96	4,40	3,21		
Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum.	Olumsuz	91	4,31	2,92	- 0,133	0,894
	Olumlu	152	4,36	3,16		
Sigarayı bırakmayı düşünüyorum.	Olumsuz	111	3,62	3,10	- 3,431	0,001*
	Olumlu	132	4,95	2,91		

*P<0,05

Tablo 8 incelendiğinde katılımcıların FNBT puanları alkol kullanma durumu, daha önce sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu, sigarayı bırakmayı düşünme durumu ve bırakmak için destek almayı isteme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Daha önce sigarayı bırakmak için profesyonel destek alan katılımcıların almayanlara göre, alkol kullananların kullanmayanlara göre FNBT puanları daha yüksektir. Sigarayı bırakmak için destek almak isteyen katılımcıların destek almak istemeyenlere göre ve sigarayı bırakmayı düşünenlerin düşünmeyenlere göre FNBT puanları daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların FNBT'den aldıkları puanların bazı değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı varyans analizi (ANOVA) testi ile incelenmiş ve tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların FNBT Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişken	Kategori	n (frekans)	$\bar{X}$ (ortalama)	SS (standart sapma)	F	p
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	34	4,29	3,09	1,146	0,319
	Ortaöğretim	99	4,69	3,15		
	Üniversite ve üstü	110	4,05	2,98		
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	101	2,53	2,67	49,417	<0,001*
	10 ile 20 arası	62	4,68	2,67		
	20 ve üzeri	80	6,36	2,43		
Yaş aralığı	18-27	61	3,52	2,91	2,117	0,079
	28-37	73	4,49	3,16		
	38-47	44	4,16	3,11		
	48-57	30	5,17	3,03		
	58 ve üzeri	35	4,97	2,91		
Çocuk sayısı	0	135	4,17	2,96	0,559	0,643
	1	39	4,72	3,30		
	2	45	4,67	3,13		
	3 ve üzeri	24	4,08	3,24		
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	69	5,59	2,85	17,746	<0,001*
	Değişmedi	144	4,26	3,00		
	Azaldı	30	1,87	2,24		

*P<0,05

Tablo 9 incelendiğinde katılımcıların FNBT puanları sigara içme miktarı (paket/yıl) ve pandemi döneminde içilen sigara miktarındaki değişime göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Anlamlı farklılık

tespit edilen bu değişkenlerde anlamlı farklılığın hangi kategori düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla posthoc testlerinden Scheffe testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu testin kullanılması sebebi Levene's testine göre varyansların homojen olduğu sonucuna ulaşılmasıdır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın tüm kategoriler arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde pandemi döneminde içilen sigara miktarının artış gösterdiği kategori en yüksek FNBT puanına (5,59) sahiptir. Sonra sırasıyla değişimin olmadığı (4,26) ve azaldığı (1,87) grup gelmektedir. Sigara içme miktarı ele alındığında ise 20 paket/yıl ve üzeri sigara içenlerde FNBT puanları 10 ve altı ile 10-20 paket/yıl arasında içenlere göre ve 10-20 paket/yıl arasında içenlerin puanları ise 10 ve altı paket/yıl içenlere göre daha yüksektir.

Pandeminin sigara içme alışkanlığını ve sigarayı bırakma isteğini nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik 7 maddeli “5’li likert ölçeği (1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-kararsızım, 4-katılıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum)” kullanılarak hazırlanan sorular ve bu sorulara verilen cevapların oranları tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Pandeminin sigara içme alışkanlığını ve sigarayı bırakma isteğini nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik 7 maddeli 5’li likert ölçeği

Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)	Kararsızım n(%)	Katılıyorum n(%)	Kesinlikle Katılıyorum n(%)
Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım.	77(31,7)	64(26,3)	24(9,9)	27(11,1)	51(21)
Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim.	91(37,4)	64(26,3)	26(10,7)	23(9,5)	39(16)

Sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.	52(21,4)	41(16,9)	40(16,5)	45(18,5)	65(26,7)
Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum.		46(18,9)	29(11,9)	37(15,2)	67(23,5)
Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum.	55(22,6)	63(25,9)	29(11,9)	32(13,2)	64(26,3)
Sigarayı bırakmayı düşünüyorum.	34(14,0)	30(12,3)	27(11,1)	35(14,4)	117(48,1)
Sigarayı bırakmak için destek almak isterim.	49(20,2)	39(16,0)	23(9,5)	28(11,5)	104(42,8)

Yedi maddeden oluşan 5'li Likert anket sorularında “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum” ve “kararsızım” ifadeleri “olumsuz”, “katılıyorum” “kesinlikle katılıyorum” ifadeleri ise “olumlu” olmak üzere iki kategoriye dönüştürülmüştür.

Katılımcıların %32,1'i sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresinin arttığını ve daha fazla sigara içmeye başladığını, %25,5'i sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olduğunu, %45,2'si sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündüğünü, %38,7'sinin pandemi döneminde sigarayı bırakmanın önceki döneme göre daha zor hale geldiğine inandığını, %39,5'i pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istediğini, %62,5'i sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %54,3 sigarayı bırakmak için destek almak istediğini belirtmiştir. (Tablo 10)

“Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı pandemi döneminde içilen sigara miktarı değişim durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ($p<0,05$). Pandemi döneminde içilen sigara miktarındaki arttıkça bu maddeye olumlu cevap verme oranı da artmaktadır. (Tablo 11)

Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım.					
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	p
Cinsiyet	Kadın	50(69,4)	22(30,6)	72(100)	0,298 ($\chi^2=1,084$)
	Erkek	115(67,3)	56(32,7)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	42(68,9)	19(31,1)	61(100)	0,619 ($\chi^2=2,647$)
	28-37	53(72,6)	20(27,4)	73(100)	
	38-47	30(68,2)	14(31,8)	44(100)	
	48-57	20(66,7)	15(42,9)	30(100)	
	58 ve üzeri	20(57,1)	15(42,9)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	84(66,7)	42(33,3)	126(100)	0,669 ($\chi^2=0,183$)
	Bekar	81(69,2)	36(30,8)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	97(71,9)	38(28,1)	135(100)	0,499 ($\chi^2=2,374$)
	1	24(61,5)	15(38,5)	39(100)	
	2	28(62,2)	17(37,8)	45(100)	
	3 ve üzeri	16(66,7)	8(33,3)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	19(55,9)	15(44,1)	34(100)	0,254 ($\chi^2=2,738$)
	Ortaöğretim	68(68,7)	31(31,3)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	78(70,9)	32(29,1)	110(100)	
Kronik hastalığı olma durumu	Yok	131(68,9)	59(31,1)	190(100)	0,437 ($\chi^2=0,508$)
	Var	34(64,2)	19(35,8)	53(100)	
Alkol kullanma durumu	Evet	57(70,4)	24(29,6)	81(100)	0,560 ($\chi^2=0,340$)
	Hayır	108(66,7)	54(33,3)	162(100)	
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	71(70,3)	30(29,7)	101(100)	0,159 ($\chi^2=3,684$)
	10 ile 20 arası	46(74,2)	16(25,8)	62(100)	
	20 ve üzeri	48(60)	32(40)	80(100)	
Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	139(67,5)	67(32,5)	206(100)	0,737 ($\chi^2=0,112$)
	Hayır	26(70,3)	11(29,7)	37(100)	

Aynı evde yaşadığınız kişilerin sizin haricinizde sigara kullanma durumu	Evet	78(65,5)	41(34,5)	119(100)	0,441 ($\chi^2=0,593$)
	Hayır	87(70,2)	37(29,8)	124(100)	
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	116(67,4)	56(32,6)	172(100)	0,057 ($\chi^2=0,811$)
	Hayır	49(69,0)	22(31,0)	71(100)	
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	24(64,9)	13(35,1)	37(100)	0,185 ($\chi^2=0,667$)
	Hayır	141(68,4)	65(31,6)	206(100)	
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	28(40,6)	41(59,4)	69(100)	<0,001* ($\chi^2=33,029$)
	Değişmedi	113(78,5)	31(21,5)	144(100)	
	Azaldı	24(80,0)	6(20,0)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	26(60,5)	17(39,5)	43(100)	0,250 ($\chi^2=1,325$)
	Hayır	139(69,5)	61(30,5)	200(100)	
Aşı olma durumu	Evet	141(67,8)	67(32,2)	208(100)	0,927 ($\chi^2=0,008$)
	Hayır	24(68,6)	11(31,4)	35(100)	

*p<0,05

“Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı yaş aralığı, eğitim durumu, sigara içme miktarı (paket/yıl) ve kronik hastalık geçirme durumu değişkenleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre olumlu cevap verme yüzdesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların en yüksek oranda (%47,1) olumlu cevap verdiği ve ortaöğretim mezunu olanların en düşük oranda (%19,2) bu maddeye olumlu cevap verdikleri görülmektedir. 38-47 yaş aralığındaki katılımcıların dışında yaş aralığı arttıkça bu maddeye olumlu cevap verme oranının da arttığı görülmektedir. Sigara içme miktarı 10 ile 20 paket/yıl arasında olanlar “Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim” maddesine en az (%17,7) oranda olumlu cevap verirken, 20 paket/yıl ve üzerinde olanlar bu maddeye en yüksek (%36,3) oranda olumlu cevap vermişlerdir. (Tablo 12)

Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Sigara içtiğim için COVID geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim.					
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	p
Cinsiyet	Kadın	48(66,7)	24(33,3)	72(100)	0,070 ($\chi^2=3,291$)
	Erkek	133(77,8)	38(22,2)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	51(83,6)	10(16,4)	61(100)	0,001* ($\chi^2=18,329$)
	28-37	56(76,7)	17(23,3)	73(100)	
	38-47	30(68,2)	7(15,9)	44(100)	
	48-57	20(66,7)	10(33,3)	30(100)	
	58 ve üzeri	17(48,6)	18(51,4)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	92(73,0)	34(27,0)	126(100)	0,585 ($\chi^2=0,297$)
	Bekar	89(76,1)	28(23,9)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	105(77,8)	30(22,2)	135(100)	0,317 ($\chi^2=3,529$)
	1	25(64,1)	14(35,9)	39(100)	
	2	32(71,1)	13(28,9)	45(100)	
	3 ve üzeri	19(79,2)	5(20,8)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	18(52,9)	16(47,1)	34(100)	0,005* ($\chi^2=10,441$)
	Ortaöğretim	68(68,7)	19(19,2)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	83(75,5)	27(24,5)	110(100)	
Alkol kullanma durumu	Evet	66(81,5)	15(18,5)	81(100)	0,077 ($\chi^2=3,129$)
	Hayır	115(71,0)	47(29,0)	162(100)	
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	79(78,2)	22(21,8)	101(100)	0,023* ($\chi^2=7,563$)
	10 ile 20 arası	51(82,3)	11(17,7)	62(100)	
	20 ve üzeri	51 (63,7)	29(36,3)	80(100)	

Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	151(73,3)	55(26,7)	206(100)	0,737
	Hayır	30(81,1)	7(18,9)	37(100)	($\chi^2=0,112$)
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	83(69,7)	36(30,3)	119(100)	0,091
	Hayır	98(79,0)	26(21,0)	124(100)	($\chi^2=2,754$)
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	151(73,3)	55(26,7)	172(100)	0,318
	Hayır	57(80,3)	14(19,7)	71(100)	($\chi^2=0,999$)
Kronik hastalığı olma durumu	Yok	148(77,9)	42(22,1)	190(100)	0,021*
	Var	33(62,3)	20(37,7)	53(100)	($\chi^2=5,327$)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	23(64,9)	14(37,8)	37(100)	0,062
	Hayır	158(76,7)	48(23,3)	206(100)	($\chi^2=3,488$)
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	53(76,8)	16(23,2)	69(100)	0,151
	Değişmedi	110(78,5)	34(23,6)	144(100)	($\chi^2=3,783$)
	Azaldı	24(80,0)	6(20,0)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	29(67,4)	14(32,6)	43(100)	0,243
	Hayır	151(72,6)	48(24,0)	208(100)	($\chi^2=1,364$)
Aşı olma durumu	Evet	152(76,0)	57(27,4)	208(100)	0,100
	Hayır	30(85,7)	5(14,3)	35(100)	($\chi^2=2,713$)

*P<0,05

“Sigara içenlerde COVID-19’un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı ile eğitim durumu, kronik hastalığı olma durumu, daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu ve aşı olma durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre, daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere göre ve aşı olanların olmayanlara göre olumlu cevap verme yüzdesinin daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların en yüksek oranda (%73,5) olumlu cevap verdiği ve ortaöğretim mezunu olanların en düşük oranda (%39,4) olumlu cevap verdiği görülmektedir. (Tablo 13)

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sigara içenlerde COVID-19’un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Sigara içenlerde COVID-19’un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.					
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	p
Cinsiyet	Kadın	35(48,6)	37(51,4)	72(100)	0,214 ($\chi^2=1,547$)
	Erkek	98(57,3)	73(42,7)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	37(60,7)	24(39,3)	61(100)	0,065 ($\chi^2=8,851$)
	28-37	43(58,9)	30 (41,1)	73(100)	
	38-47	27(61,4)	17(38,6)	44(100)	
	48-57	14(46,7)	16(53,3)	30(100)	
	58 ve üzeri	12(34,3)	23 (65,7)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	68(54,0)	58(46,0)	126(100)	0,804 ($\chi^2=0,062$)
	Bekar	65(55,6)	52 (44,4)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	72(53,3)	63(46,7)	135(100)	0,412 ($\chi^2=2,868$)
	1	18(46,2)	21 (53,8)	39(100)	
	2	28(62,2)	17(37,8)	45(100)	
	3 ve üzeri	15(62,5)	9(37,5)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	9(26,5)	25(73,5)	34(100)	0,002* ($\chi^2=12,868$)
	Ortaöğretim mezunu	60(60,6)	39(39,4)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	64(75,5)	46(41,8)	110(100)	
Kronik hastalık olma durumu	Yok	113(59,5)	77(40,5)	190(100)	0,005* ($\chi^2=7,904$)
	Var	20(37,7)	33(62,3)	53(100)	
Alkol kullanma durumu	Evet	47(58,0)	34(42,0)	81(100)	0,466 ($\chi^2=0,532$)
	Hayır	86(53,1)	76(46,9)	162(100)	

Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	55(54,5)	46(45,5)	101(100)	0,062
	10 ile 20 arası	41(66,1)	21(33,9)	62(100)	($\chi^2=5,577$)
	20 ve üzeri	37(46,3)	43(53,8)	80(100)	
Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	108(73,3)	98(47,6)	206(100)	0,088
	Hayır	25(67,6)	12(32,4)	37(100)	($\chi^2=2,902$)
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sizin haricinizde sigara kullanma durumu	Evet	61(51,3)	58(48,7)	119(100)	0,287
	Hayır	72(58,1)	52(41,9)	124(100)	($\chi^2=1,135$)
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	85(49,4)	87(50,6)	172(100)	0,010*
	Hayır	48(67,6)	23 (32,4)	71(100)	($\chi^2=6,709$)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	17(45,9)	20(54,1)	37(100)	0,062
	Hayır	116(56,3)	90(43,7)	206(100)	($\chi^2=1,360$)
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	42(60,9)	27(39,1)	69(100)	0,244
	Değişmedi	78(54,2)	66(45,8)	144(100)	($\chi^2=2,641$)
	Azaldı	13(43,3)	17(56,7)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	21(48,8)	22(51,2)	43(100)	0,392
	Hayır	112(56,0)	88(44,0)	200(100)	($\chi^2=0,733$)
Aşı olma durumu	Evet	108(51,9)	100(48,1)	208(100)	0,032*
	Hayır	25(71,4)	10(28,6)	35(100)	($\chi^2=4,601$)

*P<0,05

“Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı ile COVID-19 geçirmiş olma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). COVID-19 geçirenlerin geçirmeyenlere göre olumlu cevap verme yüzdesinin daha yüksek olduğu yani pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor olduğu inancına sahip olduğu söylenebilir. (Tablo 14)

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum.” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum.					p
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	
Cinsiyet	Kadın	43(59,7)	29 (40,3)	72(100)	0,199 ($\chi^2=0,6002$)
	Erkek	106(62,0)	65(38,0)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	40(65,6)	21(34,4)	61(100)	0,065 ($\chi^2=8,851$)
	28-37	49(67,1)	24(32,9)	73(100)	
	38-47	28(63,6)	16(36,4)	44(100)	
	48-57	16(53,3)	14(46,7)	30(100)	
	58 ve üzeri	16(45,7)	19(54,3)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	77(61,1)	49(38,9)	126(100)	0,804 ($\chi^2=0,062$)
	Bekar	72(61,5)	45(38,5)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	84(62,2)	51(37,8)	135(100)	0,744 ($\chi^2=1,236$)
	1	26(66,7)	13(33,3)	39(100)	
	2	25(55,6)	20(44,4)	45(100)	
	3 ve üzeri	14(58,3)	10(41,7)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	15(26,5)	19(73,5)	34(100)	0,077 ($\chi^2=5,119$)
	Ortaöğretim mezunu	65(65,7)	34(34,3)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	69(62,7)	41(37,3)	110(100)	
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Yok	118(62,1)	72(37,9)	190(100)	0,633 ($\chi^2=0,228$)
	Var	31(58,5)	22(41,5)	53(100)	
Alkol kullanma durumu	Evet	56(69,1)	25(30,9)	81(100)	0,799 ($\chi^2=0,065$)
	Hayır	93(57,4)	69(42,6)	162(100)	

Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	68(67,3)	33(32,7)	101(100)	0,176
	10 ile 20 arası	38(61,3)	24(38,7)	62(100)	$(\chi^2=3,469)$
	20 ve üzeri	43(53,8)	37(46,3)	80(100)	
Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	124(60,2)	82(39,8)	206(100)	3,132
	Hayır	25(67,6)	12(32,4)	37(100)	$(\chi^2=0,077)$
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	72(60,5)	47(37,9)	119(100)	0,287
	Hayır	77(62,1)	47(37,9)	124(100)	$(\chi^2=1,135)$
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	106(49,4)	66(38,4)	172(100)	0,877
	Hayır	43(60,6)	28(39,4)	71(100)	$(\chi^2=0,024)$
	Hayır	33(62,3)	20(37,7)	53(100)	
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	20(54,1)	17(45,9)	37(100)	0,062
	Hayır	129(62,6)	77(37,4)	206(100)	$(\chi^2=1,360)$
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	36(52,2)	33(47,8)	69(100)	0,325
	Değişmedi	94(65,3)	50(34,7)	144(100)	$(\chi^2=0,971)$
	Azaldı	13(43,3)	17(56,7)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	19(44,2)	24(55,8)	43(100)	0,011*
	Hayır	130(65,0)	70(35,0)	200(100)	$(\chi^2=6,464)$
Aşı olma durumu	Evet	149(61,3)	94(38,7)	208(100)	0,564
	Hayır	23(65,7)	12(34,3)	35(100)	$(\chi^2=0,333)$

*P<0,05

“Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı ile eğitim durumu, alkol kullanma durumu, daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu, pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu ve aşı olma durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça pandemi döneminde sigarayı bırakma motivasyon yüzdesinin azaldığı, pandemide içilen sigara miktarı azaldıkça bırakma motivasyon oranının arttığı görülmektedir. Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere göre, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alanların almayanlara

göre, alkol kullanmayanların kullananlara göre ve aşı olanların olmayanlara göre daha fazla oranda motive oldukları görülmüştür. (Tablo 15)

Tablo 15. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum.					p
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	
Cinsiyet	Kadın	43(59,7)	29(40,3)	72(100)	0,873 ($\chi^2=0,025$)
	Erkek	104(62,0)	67(39,2)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	44(72,1)	17(27,9)	61(100)	0,192 ($\chi^2=6,095$)
	28-37	45(61,6)	28(38,4)	73(100)	
	38-47	24(54,5)	20(45,5)	44(100)	
	48-57	15(50,0)	15(50,0)	30(100)	
	58 ve üzeri	19(54,3)	16(45,7)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	74(58,7)	52(41,3)	126(100)	0,559 ($\chi^2=0,341$)
	Bekar	73(62,4)	44(37,6)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	85(63,0)	50(37,0)	135(100)	0,744 ($\chi^2=1,236$)
	1	20(51,3)	19(48,7)	39(100)	
	2	30(66,7)	15(33,3)	45(100)	
	3 ve üzeri	12(50,0)	12(50,0)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	12(26,5)	22(73,5)	34(100)	0,005* ($\chi^2=10,576$)
	Ortaöğretim	63(63,6)	36(36,4)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	72(65,5)	38(34,5)	110(100)	
Kronik hastalığa sahip olma durumu	Yok	113(59,5)	77(40,5)	190(100)	0,538 ($\chi^2=0,379$)
	Var	34(64,2)	19(35,8)	53(100)	

Alkol kullanma durumu	Evet	59(72,8)	22(27,2)	81(100)	0,005*
	Hayır	88(54,3)	74(45,7)	162(100)	($\chi^2=7,749$)
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	63(62,4)	38(37,6)	101(100)	0,287
	10 ile 20 arası	41(66,1)	21(33,9)	62(100)	($\chi^2=2,496$)
	20 ve üzeri	43(53,8)	37(46,3)	80(100)	
Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	120(58,3)	86(41,7)	206(100)	0,092
	Hayır	27(73,0)	10(27,0)	37(100)	($\chi^2=2,844$)
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	76(63,9)	43(36,1)	119(100)	0,292
	Hayır	27(5zz)	53(42,7)	124(100)	($\chi^2=1,109$)
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	91(52,9)	81(47,1)	172(100)	<0,001*
	Hayır	56(78,9)	15(21,1)	71(100)	($\chi^2=14,178$)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	16(43,2)	21(56,8)	37(100)	0,020*
	Hayır	129(63,6)	75(36,4)	206(100)	($\chi^2=5,435$)
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	45(65,2)	24(34,8)	69(100)	0,046*
	Değişmedi	90(62,5)	54(37,5)	144(100)	($\chi^2=6,159$)
	Azaldı	12(43,3)	18(60,0)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	26(40,0)	17(55,8)	43(100)	0,997
	Hayır	121(60,5)	79(39,5)	200(100)	($\chi^2=0,00$)
Aşı olma durumu	Evet	119(61,3)	89(38,7)	208(100)	0,011*
	Hayır	28(80,0)	7(20,0)	35(100)	($\chi^2=6,510$)

P<0,05

“Sigarayı bırakmayı düşünüyorum” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı alkol kullanma durumu, daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu ve pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu değişkenlerine göre, sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olma ve sigara içenlerde COVID-19’un daha ağır seyrettiğini düşünme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (p<0,05). Pandemide içilen sigara miktarındaki değişim azaldıkça “Sigarayı bırakmayı düşünüyorum” maddesine verilen olumlu cevap verme yüzdesinin arttığı

görülmektedir. Alkol kullanmayanların kullananlara göre, daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere ve sigarayı bırakmak için profesyonel destek alanların almayanlara sigarayı bırakmayı düşünme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişe duyanların ve sigara içenlerde COVID19'un daha ağır seyrettiğini düşünenlerin sigarayı bırakmayı daha çok düşündükleri görülmüştür. (Tablo 16)

Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bazı değişkenler ile “Sigarayı bırakmayı düşünüyorum” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Sigarayı bırakmayı düşünüyorum.					p
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	
Cinsiyet	Kadın	28(38,9)	44(61,1)	72(100)	0,763 ($\chi^2=0,091$)
	Erkek	63(36,8)	108(63,2)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	29(47,5)	32(52,5)	61(100)	0,258 ($\chi^2=5,298$)
	28-37	29(39,7)	44(60,3)	73(100)	
	38-47	14(31,8)	30(68,2)	44(100)	
	48-57	9(30,0)	21(70,0)	30(100)	
	58 ve üzeri	10(28,6)	25(71,4)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	41(32,5)	85(67,5)	126(100)	0,101 ($\chi^2=2,692$)
	Bekar	50(42,7)	67(57,3)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	56(41,5)	79(58,5)	135(100)	0,382 ($\chi^2=3,065$)
	1	11(28,2)	28(71,8)	39(100)	
	2	17(37,8)	28(62,2)	45(100)	
	3 ve üzeri	7(29,2)	17(70,8)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	8(23,5)	26(76,5)	34(100)	0,174 ($\chi^2=3,502$)
	Ortaöğretim	41(41,4)	58(58,6)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	42(38,2)	68(61,8)	110(100)	

Kronik hastalığa sahip olma durumu	Yok	71(37,4)	119(62,6)	190(100)	0,961
	Var	20(37,7)	33(62,3)	53(100)	($\chi^2=0,002$)
Alkol kullanma durumu	Evet	39(48,1)	42(51,9)	81(100)	0,015*
	Hayır	52(32,1)	110(67,9)	162(100)	($\chi^2=5,938$)
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	43(42,6)	58(57,4)	101(100)	0,140
	10 ile 20 arası	25(40,3)	37(59,7)	62(100)	($\chi^2=3,936$)
	20 ve üzeri	23(28,7)	57(71,3)	80(100)	
Sigara dışı tütün kullanımı	Evet	72(35,0)	134(65,0)	206(100)	0,058
	Hayır	19(51,4)	18(48,6)	37(100)	($\chi^2=3,601$)
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	47(39,5)	72(60,5)	119(100)	0,518
	Hayır	44(35,5)	80(64,5)	124(100)	($\chi^2=0,417$)
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	47(27,3)	125(72,7)	172(100)	<0,001*
	Hayır	44(62,0)	27(38,0)	71(100)	($\chi^2=25,753$)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	6(16,2)	31(83,8)	37(100)	0,004*
	Hayır	85(41,3)	121(58,7)	206(100)	($\chi^2=8,400$)
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	27(39,1)	42(60,9)	69(100)	0,046*
	Değişmedi	57(39,6)	87(60,4)	144(100)	($\chi^2=6,159$)
	Azaldı	7(23,3)	23(77,7)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	13(30,2)	30(69,8)	43(100)	0,997
	Hayır	78(39,0)	122(61,0)	200(100)	($\chi^2=0,00$)
Aşı olma durumu	Evet	76(36,5)	132(63,5)	208(100)	0,475
	Hayır	15(42,9)	20(57,1)	35(100)	($\chi^2=0,511$)
Sigara içtiğim için COVID-19 geçirmekten endişeliyim/endişeliydim.	Olumsuz	81(44,8)	100(52,2)	181(100)	<0,001*
	Olumlu	10(36,8)	520863,2)	62(100)	($\chi^2=16,151$)
Sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.	Olumsuz	63(47,4)	70(52,6)	133(100)	<0,001*
	Olumlu	28(25,5)	82(74,5)	110(100)	($\chi^2=12,343$)

*p<0,05

“Sigarayı bırakmak için destek almak isterim” maddesine olumsuz ve olumlu cevap verme oranı yaş, medeni durum, eğitim durumu, sigara dışı tütün kullanımı, daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu ve pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu

değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim durumu arttıkça sigarayı bırakmak için destek almak isteme oranının azaldığı, içilen sigara miktarı(paket/yıl) ve pandemi döneminde içilen sigara miktarı değişimi arttıkça sigarayı bırakmak için destek almak isteme oranının arttığı görülmektedir. Evli katılımcıların bekarlara göre, sigara dışı tütün kullanmayanların kullananlara göre, daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere göre sigarayı bırakmak için destek almak isteme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 17)

Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile “Sigarayı bırakmak için destek almak isterim” maddesine verdikleri cevapların karşılaştırılması

Sigarayı bırakmak için destek almak isterim.					p
Değişken	Kategori	Olumsuz n(%)	Olumlu n(%)	Toplam n(%)	
Cinsiyet	Kadın	34(47,2)	38(52,8)	72(100)	0,754 ($\chi^2=0,098$)
	Erkek	77(45,0)	94(55,0)	171(100)	
Yaş Aralığı	18-27	42(68,9)	19(31,1)	61(100)	<0,001* ($\chi^2=28,638$)
	28-37	34(46,6)	39(53,4)	73(100)	
	38-47	21(47,7)	23(52,3)	44(100)	
	48-57	7(23,3)	23(76,7)	30(100)	
	58 ve üzeri	7(20,0)	28(80,0)	35(100)	
Medeni Durum	Evli	49(38,9)	77(61,1)	126(100)	0,027* ($\chi^2=4,863$)
	Bekar	62(53,0)	55(47,0)	117(100)	
Çocuk sayısı	0	69(41,5)	66(48,9)	135(100)	0,264 ($\chi^2=3,973$)
	1	14(28,2)	25(64,1)	39(100)	
	2	19(37,8)	26(57,8)	45(100)	
	3 ve üzeri	9(37,5)	15(62,5)	24(100)	
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	8(23,5)	26(76,5)	34(100)	0,018* ($\chi^2=8,064$)
	Ortaöğretim	47(47,5)	52(52,5)	99(100)	
	Üniversite ve üstü	56(50,9)	54(49,1)	110(100)	

Kronik hastalığı olma durumu	Yok	91(47,9)	99(52,1)	190(100)	0,189
	Var	20(37,7)	33(62,3)	53(100)	($\chi^2=1,724$)
Alkol kullanma durumu	Evet	41(50,6)	40(49,4)	81(100)	0,275
	Hayır	70(43,2)	92 (56,8)	162(100)	($\chi^2=1,194$)
Sigara içme miktarı (paket/yıl)	10 ve altı	60(59,4)	41(40,6)	101(100)	<0,001* ($\chi^2=20,024$)
	10 ile 20 arası	30(48,4)	32(51,6)	62(100)	
	20 ve üzeri	21(26,3)	59(73,8)	80(100)	
Sigara dışı tütün kullanımı	Hayır	88(42,7)	118(57,3)	206(100)	0,029*
	Evet	23(62,2)	14(37,8)	37(100)	($\chi^2=4,779$)
Aynı evde yaşadığınız kişilerin sigara kullanma durumu	Evet	55(46,2)	64(53,8)	119(100)	0,869
	Hayır	56(45,2)	68(54,8)	124(100)	($\chi^2=0,027$)
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	64(37,2)	108(62,8)	172(100)	<0,001*
	Hayır	47(66,2)	24(33,8)	71(100)	($\chi^2=17,019$)
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alma durumu	Evet	9(24,3)	28(75,7)	37(100)	0,005*
	Hayır	102(49,5)	104(50,5)	206(100)	($\chi^2=8,021$)
Pandemide içilen sigara miktarı değişim durumu	Arttı	27(39,1)	42(60,9)	69(100)	0,037* ($\chi^2=6,607$)
	Değişmedi	64(44,4)	80(55,6)	144(100)	
	Azaldı	20(66,7)	10(33,3)	30(100)	
COVID-19 geçirme durumu	Evet	18(41,9)	25(58,1)	43(100)	0,580
	Hayır	93(46,5)	107(53,5)	200(100)	($\chi^2=0,307$)
Aşı olma durumu	Evet	94(45,2)	114(54,8)	208(100)	0,710
	Hayır	17(48,6)	18(51,4)	35(100)	($\chi^2=0,138$)

*p<0,05

5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisi, tüm dünyayı etkileyen benzeri görülmemiş bir stres kaynağıdır ve yaşam tarzı değişiklikleri, gelecekle ilgili belirsizliklerle önemli psikolojik travmalara (örneğin stres, kaygı, depresyon, korku, izolasyon ve yalnızlık duyguları) yol açmıştır. Bu nedenle, COVID-19 ile sigara içme davranışı arasındaki etkileşimi anlamak önemli bir araştırma alanıdır (91). Yapılan çalışmalarda sigara içenlerin pandemiden farklı şekillerde etkilendikleri, COVID-19'a karşı değişen tepkileri olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %28,4'ünün pandemi döneminde içtikleri sigara miktarını arttırdığı, %12,3'ünün azalttığı görülmüştür. Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde sigarayı arttıranların oranının azaltanların oranından daha fazla olduğu görülmüştür (92,93). Literatürde pandemi döneminde sigarayı azaltanların arttıranlardan daha fazla olduğu çalışmalar da vardır (94-97).

Başkalarıyla anormal derecede azalmış sosyal/fiziksel temas, olağan alışkanlıkların kaybı, evde kalma zorunluluğu, yalnızlık, ekonomik sıkıntılar ve gelecekle ilgili belirsizlikler kişilerin sigara kullanımında artışı tetiklemiş olabilir. Buna karşılık bazı kişiler de COVID-19'a bağlı sağlık endişesi nedeniyle sağlığını korumak ve iyileştirmek için sigarayı azaltmış ya da bırakmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %32,1'i sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresinin arttığını ve daha fazla sigara içmeye başladığını belirtmiştir. Polonya'da yapılan bir çalışmada sokağa çıkma yasağının olduğu dönemde içilen sigara miktarındaki değişiklik incelendiğinde %45,2'si sigarayı arttırdığını, %40'ı değişiklik olmadığını ve %14,8'i sigara içmelerinin değişip değişmediğinden emin olmadığını belirtmiştir (94). Ek olarak çalışmamızda pandemi döneminde içilen sigara miktarı arttıkça, sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresinin artıp daha fazla sigara içmeye başladığını bildirenlerin oranının arttığı görülmüştür.

Bu durum kısıtlama dönemlerinde evde kalan bireylerin uzun süreli evde kalmaya uyum sağlama ihtiyacı nedeniyle en azından geçici olarak daha yüksek stres

seviyeleriyle karşı karşıya kalmaları ve sigarayı stres giderici olarak algılayarak kullanımını artırmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %25,5'i sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olduğunu %10,7'si kararsız olduğunu, %63,7'si endişeli olmadığını belirtirken farklı bir çalışmada katılımcıların %76'sı COVID-19 geçirmekten endişeli olduğunu belirtmiştir (96). Çalışmamızda COVID-19 geçirmekten endişeli olmakla pandemi döneminde içilen sigara miktarındaki değişim arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ABD'de yapılan çalışmasının sonucu da bizim çalışmamız ile benzerdir. (93). Ek olarak çalışmamızda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre sigara içtikleri için COVID-19 geçirmekten daha endişeli olduğu bulunmuştur. 58 yaş ve üzerinde olanlar, sigara içme miktarı 20 paket/yıl ve üzerinde olanlar, eğitim düzeyi ilköğretim olanlar daha yüksek oranda sigara içtikleri için COVID geçirmekten endişeli olduklarını belirtmişlerdir. Sigara içenlerde ve yaşlılarda COVID-19'un daha ağır seyretmesi ve daha fazla ölüme sebep olması (97) bu kişilerin daha fazla endişeli olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda kişilerin %45,2'si sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündüğünü belirtmiştir. Kowitt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %76'sı sigara içenlerde COVID-19'a bağlı komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (98). Çalışmamızda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre, aşı olanların aşı olmayanlara göre ve daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere göre daha yüksek oranda sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündükleri bulunmuştur. Eğitim durumu ilköğretim olanların en yüksek oranda sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündükleri bulunmuştur.

Çalışmamızda pandemi döneminde içilen sigara miktarındaki değişim ile sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olma ve sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum COVID-19'un sigara kullananlardaki risklerine yönelik net ve daha fazla mesajlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Eğitim düzeyi ilköğretim olanların sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten daha endişeli olduğu ve sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündükleri görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların %38,7'sinin pandemi döneminde sigarayı bırakmanın önceki döneme göre daha zor hale geldiğine inandığı bulunmuştur. Verbit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %29'u pandemi döneminde sigarayı bırakmayı daha zor, %7'si daha az zor olarak belirtmiştir (96). Hollanda'da yapılan çalışmada da sigara içenlerin %24,7'si sigarayı bırakmanın daha zor olduğunu belirtmiştir (92). Aynı çalışmada sigarayı bırakmada daha az zorluk sigara içmenin azaltılmasıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Bizim çalışmamızda pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanmak ile içilen sigara miktarındaki değişim durumu arasında anlamlı fark yoktu.

Kişiler sigarayı bırakmak için yardımcı ve destek olabilecek kişilere, yerlere ya da etkinliklere erişememelerine bağlı olarak pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor olduğunu düşünebilirler. Buna karşılık sigarayla daha az sosyal ortam ve iş ortamı bırakmayı kolay hale getirebilir.

Ek olarak bizim çalışmamızda COVID-19 geçirenlerin geçirmeyenlere göre pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inandıkları görülmüştür.

Çalışmamızda da katılımcıların %39,5'i pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istediklerini belirtmiştir. ABD çalışmasında kişilerin %35,6'sı sigara bırakma motivasyonunun arttığını, %16,2'si bırakma motivasyonunun azaldığını, %48,2'si benzer olduğunu belirtmiştir (93). Elling ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %33,8'inin sigarayı bırakmaya daha istekli olduğu, %66,2'sinin daha istekli olmadığı bulunmuştur (99). Çalışmamızda pandemi döneminde içtiği sigara miktarını azaltan kişiler, pandemi döneminde sigarayı bırakmaya önceki döneme göre daha fazla istekli bulunmuştur. Hollanda çalışmasında da benzer şekilde bırakmak için daha fazla motivasyon sigara içiminin azaltılmasıyla ilişkili bulunmuştur (92).

Pandemiye bağlı stres, kaygı, depresyon (91) gibi olumsuz duygu ve durumları bastırdıktan sonra sağlıkla ilgili endişeler kişilerin bırakma motivasyonunu artırmış olabilir.

Eğitim düzeyi azaldıkça kişilerin pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istedikleri görölmüşür. Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere göre, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alanların almayanlara göre, aşı olanların olmayanlara göre, alkol kullanmayanların kullananlara göre pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istediği görölmüşür.

Çalışmamızda COVID-19'a karşı aşı olanların olmayanlara göre sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündüğü ve pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istediği görölmüşür. Literatürde de bizim çalışmamızı destekler nitelikte COVID-19 aşısı olma niyeti ile algılanan şiddet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (100,101).

Çalışmamızda kişilerin %62,5'i sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtmiştir. Pandemi döneminde içilen sigara miktarı azaldıkça kişilerin sigarayı bırakmayı daha fazla düşündükleri görölmüşür. Sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olanlar ve sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünenler sigarayı bırakmayı daha çok düşünmektedir. Çin'de yapılan çalışmada COVID-19 için algılanan duyarlılığın (sigara içmenin COVID-19'a yakalanma riskini artırabileceğine inanma) bırakma girişiminde bulunma, sigarayı azaltma ve 30 gün içinde bırakma niyeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Algılanan ciddiyetin (sigara içenlerde COVID-19'un daha ciddi seyretmesine inanma) daha yüksek olması, bırakma girişimleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (102).

Çalışmamızda sigarayı bırakmak için destek almak isteyenlerin oranı %54,3 olarak bulunmuştur. 58 yaş ve üzerindeki grubun diğer yaşlara göre bırakmak için daha fazla destek almak istedikleri görölmüşür. Eğitim düzeyi arttıkça destek alma isteğinin azaldığı görölmüşür. Pandemi döneminde içilen sigara miktarı arttıkça ve toplam içilen sigara miktarı(paket/yıl) arttıkça bırakmak için destek alma isteme oranları artmıştır. Evlilerin bekarlara göre, sigara dışı tütün ürünü kullanmayanların kullananlara göre, daha önce bırakmayı deneyenlerin denemeyenlere göre ve bırakmak

için destek almış olanların almamış olanlara göre sigarayı bırakmak için destek almayı isteme oranları yüksek bulunmuştur.

Bağımlılık derecesi yüksek olan kişiler kendi kendilerine yardım almadan bırakamayacağını düşünüyor olabilir. Ek olarak daha önce destek almış olanların tekrar destek almayı istemesi de sigara bırakma polikliniklerinin ya da diğer bıraktırma hizmetlerinin etkili olduğunun bir göstergesi olabilir.

Katılımcıların FNBT puan ortalaması 4,3 olarak bulunmuş ve %32,1'inin çok düşük düzeyde bağımlı, %20,6'sının çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda sigarayı bırakmak için destek almış olanların almamış olanlara göre, alkol kullananların kullanmayanlara göre, bağımlılık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Toplam sigara içilen miktar (paket/yıl) ve pandemi döneminde içilen sigara miktarı arttıkça bağımlılık düzeyinin attığı bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı düşünenlerin ve bırakmak için destek almak isteyenlerin bağımlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi ve olumsuz etkilerinin sigara içenlerin içme davranışlarını farklı şekillerde etkilendiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda da şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Katılımcıların %28,4'ünün pandemi döneminde sigara içimini arttırdığı, %12,3'ünün azalttığı görülmüştür.
- Katılımcıların %25,5'i sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olduğunu, %45,2'si sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündüğünü belirtmiştir.
- 58 yaş ve üzerinde olanların ve sigara içme miktarı 20 paket/yıl ve üzerinde olanların COVID-19 geçirmekten daha fazla endişeli olduğu bulunmuştur.
- Ayrıca kronik hastalığı olanların ve eğitim durumu ilköğretim olanların COVID-19 geçirmekten daha fazla endişeli olduğu ve sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşündüğü görülmüştür.

Bu sonuçlara göre kişilerin COVID-19 geçirmekten endişeli olmalarına ve sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünmelerine rağmen pandemi döneminde sigara içimini artıranların azaltanlardan daha fazla olması üzerinde durulması gereken bir tezat olarak karşımıza çıkmıştır. Ek olarak pandemi konusunda endişeli olmakla ve COVID-19'un sigara içenlerde daha ağır seyrettiğini düşünmekle, sigara içimini azaltmak ve artırmak arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu sebeple bu kişilerin sonucunu bildikleri halde daha fazla sigara içmelerinin sebeplerini araştırmaya yönelik ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak bu sonuç doğrudan örneklem grubu ve sayısı ile ilgili de olabilir.

- Katılımcıların %32,1'i sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresinin arttığını ve daha fazla sigara içmeye başladığını belirtmiştir.

Kişilerin stres ile başa çıkmak için daha fazla sigara içtikleri düşünülürse kişilere stresle başa çıkmaya yardımcı olacak herkesin kolayca ulaşabileceği birimler oluşturulmalı, eğitimler verilmeli ve stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir.

- Katılımcıların %38,7'sinin pandemi döneminde sigarayı bırakmanın önceki döneme göre daha zor olduğuna inandığı, %39,5'inin pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istediği bulunmuştur.
- Katılımcıların %62,5'i sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %54,3'ü bırakmak için destek almak istediğini belirtmiştir.
- Sigara içtiği için COVID-19 geçirmekten endişeli olanların ve sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğini düşünenlerin sigarayı bırakmayı düşünme oranları daha yüksek görülmüştür.

Katılımcılardan sigarayı bırakmayı düşünenlerin oranı düşünmeyenlerden ve sigarayı bırakmak için destek almak isteyenlerin destek almak istemeyenlerin oranından daha yüksek bulunmuştur. Buna göre kişilere hangi sebeple polikliniklere başvurdıklarına bakılmaksızın sigarayı bırakmalarına yönelik öneri ve yaklaşımlarda bulunulmalı, pandemi dönemi fırsat bilinerek COVID-19 ve sigaranın olumsuz etkisi anlatılarak kişiler bırakma konusunda motive edilmelidir. Bu amaçla hekimlere daha fazla eğitim verilmeli, sertifika almaları sağlanmalı, ilaçların temini kolaylaştırılmalıdır. Kişilerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olacak daha fazla stratejiler geliştirilmeli, destek olacak birimler çoğaltılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020;18(March):1–4.
2. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: A meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1653–6.
3. Eisenberg SL, Eisenberg MJ. Smoking cessation during the COVID-19 epidemic. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1664–5.
4. Kayhan Tetik B, Gedik Tekinemre I, Taş S. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Smoking Cessation Success. *J Community Health* [Internet]. 2021;46(3):471–5. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00880-2>
5. Korkut C. TÜBA COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. 2020.
6. Bulaşıcı Hastalılar ile Mücadele Rehberi [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelgesi-2017-11.pdf>
7. Tatar B, Adar P. SARS-CoV-2: Mikrobiyoloji and Epidemiology. *J Tepecik Educ Res Hosp*. 2020;30:27–35.
8. Li H, Liu S-M, Yu X-H, Tang S-L, Tang C-K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Sep 18];55(5):105951. Available from: [/pmc/articles/PMC7139247/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320754/)
9. Karamert R. Koronavirüsler. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derg*. 2020;
10. T.C. Sağlık Bakanlığı . Covid-19 Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. 2020;19(COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU)):1–32.
11. Öztan G, İşsever H. Yeni Koronavirüsün (Covid-19) Moleküler Yapısı ve Genomik Karakterizasyonu Molecular Structure and Genomic Characterization of The New Coronavirus (Covid-19). [cited 2021 Sep 18]; Available from: <https://doi.org/10.26650/JARHS2020-726533>
12. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2020 Feb 29 [cited 2021 Sep 18];395(10225):689. Available from: [/pmc/articles/PMC7159271/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320754/)
13. Med Sci TJ, Bulut C, Kato Y. *Turkish Journal of Medical Sciences Epidemiology of*

- COVID-19. [cited 2021 Sep 18]; Available from: <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/>
14. Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, Deng T, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Sep 18];39(6):1. Available from: [/pmc/articles/PMC7154215/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33112115/)
 15. Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2; coronavirus disease-19). *Pediatr Infect Vaccine*. 2020;27(1):1–10.
 16. Platformu TCSBCB. Covid19 [Internet]. [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/>
 17. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [cited 2021 Dec 18]. Available from: <https://covid19.who.int/>
 18. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Sep 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=covid19transmission&source=covid19_landing&usage_type=main_section#H3784053209
 19. How Coronavirus Spreads | CDC [Internet]. [cited 2021 Sep 18]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
 20. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Sep 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=covid19transmission&source=covid19_landing&usage_type=main_section#H3784053209))
 21. Zahit Bolaman Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi A, Hastalıkları Anabilim Dalı İ, Bilim Dalı H. Hematolojide Destek Tedaviler Hematolog COVID-19 Enfeksiyonu ve Hematolojik Bulgular.
 22. Singh SP, Pritam M, Pandey B, Yadav TP. Microstructure, pathophysiology, and potential therapeutics of COVID-19: A comprehensive review. *J Med Virol* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Sep 20];93(1):275–99. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.26254>
 23. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Z, Xiang J. Clinical course and risk factors for

- mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2020 Mar 28 [cited 2021 Sep 28];395(10229):1054–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171076/>
24. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU). TC Sağlık Bakanl COVID-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı.
 25. Management of Patients with Confirmed 2019-nCoV | CDC [Internet]. [cited 2021 Sep 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
 26. COVID-19: Clinical features - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Sep 28]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid19&source=covid19_landing&usage_type=main_section
 27. BARUT BO. Neurological Complications Related With COVID-19. *South Clin Istanbul Eurasia*. 2020;31(II):26–30.
 28. Zhao Q, Fang X, Pang Z, Zhang B, Liu H, Zhang F. COVID-19 and cutaneous manifestations: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Sep 28];34(11):2505–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32594572/>
 29. Şimşekoğlu R, Tombul T. Covid-19 Pandemisi ve Nörolojik Tutulumlar Covid-19 Pandemic and Neurological Manifestations. *Özel Sayı*. 2020;1.
 30. Ekim M, Er ZC, Zekey FS, Ekim H, Çiçekcioğlu F, Polat F. COVID-19 Hastalığının Kardiyovasküler Sisteme Etkileri. *YOBU Sağlık Bilim Fakültesi Derg*. 2020;1:27–34.
 31. COVID-19 Önleme ve Tedavi El Kitabı [Internet]. [cited 2021 Sep 28]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/339998871_Handbook_of_COVID-19_Prevention_and_Treatment
 32. Sutton D, Fuchs K, D’Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009316> [Internet]. 2020 Apr 13 [cited 2021 Sep 28];382(22):2163–4. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2009316>
 33. Field Briefing: Diamond Princess COVID-19 Cases [Internet]. [cited 2021 Sep 28]. Available from: <https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9407-covid-dp-fe-01.html>

34. Togay A, Yılmaz N. Laboratory Diagnosis of SARS-CoV-2. J Tepecik Educ Res Hosp. 2020;30:70–5.
35. Tali SHS, LeBlanc JJ, Sadiq Z, Oyewunmi OD, Camargo C, Nikpour B, et al. Tools and Techniques for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)/COVID-19 Detection. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 2];34(3). Available from: /pmc/articles/PMC8142517/
36. Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021 Mar 24 [cited 2021 Oct 2];2021(3). Available from: /pmc/articles/PMC8078597/
37. Bozkurt İ, Keleş GT, Üniversitesi CB, Fakültesi T, Ve Reanimasyon A, Dalı A, et al. COVID-19 Hastalığı Tanı ve Tedavisinde Kullanılan Laboratuvar Testleri Laboratory Tests Used in the Diagnosis and Treatment of COVID-19 Disease. DERLEME Rev Artic CBU-SBED. 2021(2):380–7.
38. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Apr 30;382(18):1708–20.
39. Kiss S, Gede N, Hegyi P, Németh D, Földi M, Dembrovsky F, et al. Early changes in laboratory parameters are predictors of mortality and ICU admission in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Med Microbiol Immunol 2020 2101 [Internet]. 2020 Nov 21 [cited 2021 Oct 2];210(1):33–47. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00430-020-00696-w>
40. Ceylan N, Savaş R. COVID-19 Ve Akciğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler. Ak G, editor. 2020. 34–44 p.
41. Cömert SŞ, Kırıl N. COVID-19 Pnömonisinin Radyolojik Bulguları. 2020;
42. Kanne JP, Little BP, Chung JH, Elicker BM, Ketai LH. Essentials for Radiologists on COVID-19: An Update—Radiology Scientific Expert Panel. Radiology [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Oct 3];296(2):E113–4. Available from: /pmc/articles/PMC7233379/
43. Felsenstein S, Herbert JA, McNamara PS, Hedrich CM. COVID-19: Immunology and treatment options. Clin Immunol. 2020 Jun 1;215:108448.
44. Yeşil E, Cengiz N, Acar Ş, Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi S, Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı S, Üniversitesi Tıp Fakültesi İç

- Hastalıkları Anabilim Dalı S, et al. Türkiye’de COVID-19 Tedavisinde Kullanılan Ajanlar The Agents Used in the Treatment in Turkey COVID-19 Ebru Yeşil REVIEW / Derleme. [cited 2021 Oct 3]; Available from: <https://orcid.org/0000-0003-3685-3489>
45. Magagnoli J, Narendran S, Pereira F, Cummings TH, Hardin JW, Sutton SS, et al. Outcomes of Hydroxychloroquine Usage in United States Veterans Hospitalized with COVID-19. *Med.* 2020 Dec 18;1(1):114-127.e3.
 46. COVID-19: Outpatient evaluation and management of acute illness in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid 19 ayaktan hasta tedavisi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid%20ayaktan%20hasta%20tedavisi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
 47. COVID-19: Management in hospitalized adults - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Oct 5]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid 19 treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2576622514](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid%20tedavisi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2576622514)
 48. Erişkin Hasta Tedavisi. TC Sağlık Bakanl COVID-19 Erişkin Hast Tedavisi.
 49. COVID-19: Management in hospitalized adults - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid 19 yatan hasta tedavisi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid%20tedavisi&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
 50. Sevilla-Castillo F, Roque-Reyes OJ, Romero-Lechuga F, Gómez-Núñez MF, Castillo-López M, Medina-Santos D, et al. Both Chloroquine and Lopinavir/Ritonavir Are Ineffective for COVID-19 Treatment and Combined Worsen the Pathology: A Single-Center Experience with Severely Ill Patients. *Biomed Res Int.* 2021;2021.
 51. Özlüßen B, Kozan Ş, Akcan RE, Kalender M, Yaprak D, Peltek İB, et al. Effectiveness of favipiravir in COVID-19: a live systematic review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 5];1. Available from: [/pmc/articles/PMC8335450/](https://pmc/articles/PMC8335450/)
 52. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Final Report. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764> [Internet]. 2020 May 22 [cited 2021 Oct

- 5];383(19):1813–26. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2007764>
53. Tomazini BM, Maia IS, Cavalcanti AB, Berwanger O, Rosa RG, Veiga VC, et al. Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19: The CoDEX Randomized Clinical Trial. JAMA [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2021 Oct 6];324(13):1307–16. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770277>
54. Hermine O, Mariette X, Tharaux P-L, Resche-Rigon M, Porcher R, Ravaud P, et al. Effect of Tocilizumab vs Usual Care in Adults Hospitalized With COVID-19 and Moderate or Severe Pneumonia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Oct 6];181(1):32–40. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2772187>
55. Gupta S, Wang W, Hayek SS, Chan L, Mathews KS, Melamed ML, et al. Association Between Early Treatment With Tocilizumab and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19. JAMA Intern Med [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Oct 6];181(1):41–51. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2772185>
56. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. Doğu Coğrafya Derg. 2013;18(30):0.
57. Aslan D. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. [cited 2021 Oct 6]; Available from: <https://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=detay>
58. Çetinoğlu C, Deveci Y, Gülay S, Potas M, Şekeroğlu Ş, İlhan D: AŞ. Bağımlı Mıyız?
59. Bettcher D. Global Health History of Global Health History of Tobacco Tobacco.
60. Tobacco [Internet]. [cited 2021 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
61. Gümüştekin T. Türkiye’de Tütünle Mücadele Süreci [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec>
62. Doğan H. Sigara İçme Davrayışında Cinsiyet Farkı ve Nikotin Temel Etki Mekanizmaları. Türkiye Aile Hekim Derg. 2004;8(4):177–82.
63. Göğüs G. Nikotin Sizi Nasıl Esir Alıyor? Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi / How Does Nicotine Take You Captive? Neurobiology of Tobacco Addiction. Hast Serisi.

2016;4(1):37–43.

64. Dünya Sağlık Örgütü. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER paketi. Who 2008. 2008;1–73.
65. Warren GW, Cummings KM. Tobacco and Lung Cancer: Risks, Trends, and Outcomes in Patients with Cancer. https://doi.org/1014694/EdBook_AM201333359. 2013 May 16;(33):359–64.
66. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 [Internet]. Ankara; 2014. 1–250 p. Available from: havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf
67. Küresel Gençlik Tütün Araştırması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [Internet]. 2017; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf
68. Göğüs G. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri / Cognitive-Behavioral Therapy Methods in Tobacco Addiction. Hast Serisi. 2016;4(1):97–103.
69. Karalezli A. Göğüs Hastalıkları Bölüm 14: Tütün Kontrolü. [cited 2021 Oct 14]; Available from: <https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/853/1412021102949-107202017932bolum14.pdf>
70. Sigara bırakma tani ve tedavi uzlaşi raporu. Türk Toraks Derneği [Internet]. 2014; Available from: www.toraks.org.tr
71. Erkmén Yildirim G. Responsibility of Physician on Tobacco Addiction and Treatment: 5A 5R Approach. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2017;4(1):90–6.
72. Karadağ M. KOAH Tedavisinde Sigaranın Bıraktırılması Role of Smoking Cessation in COPD Treatment. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2013;1(1):98–104.
73. Abakay A, Isik R. Pharmacological Therapy in Smoking Cessation: Nicotine Replacement Therapies. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2017;4(1):104–7.
74. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Oct 15]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults?search=smoking cessation and vareniklin and bupropion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13311131](https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults?search=smoking%20cessation%20and%20vareniklin%20and%20bupropion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13311131)

75. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA, Glassman AH, Robinson MD, Adams DP. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Drugs* [Internet]. 2000 [cited 2021 Nov 6];59(1):17–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10718098/>
76. Benowitz NL, Peng MW. Non-Nicotine Pharmacotherapy for Smoking Cessation. *CNS Drugs* 2000 134 [Internet]. 2012 Sep 14 [cited 2021 Nov 6];13(4):265–85. Available from: <https://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200013040-00004>
77. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* [Internet]. 2008 [cited 2021 Nov 6];3(1):45. Available from: </pmc/articles/PMC2528204/>
78. Zhu AZX, Cox LS, Nollen N, Faseru B, Okuyemi KS, Ahluwalia JS, et al. CYP2B6 and bupropion's smoking cessation pharmacology: the role of hydroxybupropion. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 Nov 7];92(6):771. Available from: </pmc/articles/PMC3729209/>
79. Evren EC. Sigara Bırakma Tedavisinde Antidepresanların Kullanımı : Bu Tedavide Bupropion ' un Yeri. 2001;90(212).
80. Settle EC. Bupropion sustained release: Side effect profile. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(SUPPL.4):32–6.
81. Uzaslan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi E, Hastalıkları Anabilim Dalı G, Üniversitesi Tıp Fakültesi U. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Vareniklin Pharmacological Treatment in Smoking Cessation: Varenicline. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2016;4(1):114–7.
82. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* [Internet]. 2006 Jul 5 [cited 2021 Nov 3];296(1):47–55. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/211000>
83. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, et al. Smoking Cessation With Varenicline, a Selective $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Receptor Partial Agonist: Results From a 7-Week, Randomized, Placebo- and Bupropion-Controlled Trial With 1-Year Follow-up. *Arch Intern Med* [Internet]. 2006 Aug 14 [cited 2021 Nov 3];166(15):1561–8. Available from:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410762>

84. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T, Group CTA. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 May 31 [cited 2021 Nov 4];2013(5). Available from: </pmc/articles/PMC8406789/>
85. Anthenelli R, Benowitz N, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2016 Jun 18 [cited 2021 Nov 5];387(10037):2507–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116918/>
86. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Nov 5];178(5):622. Available from: </pmc/articles/PMC6145797/>
87. Shastri MD, Shukla SD, Chong WC, KC R, Dua K, Patel RP, et al. Smoking and COVID-19: What we know so far. *Respir Med* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Nov 8];176:106237. Available from: </pmc/articles/PMC7674982/>
88. Da Silva ALO, Moreira JC, Martins SR. COVID-19 and smoking: a high-risk association. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 May 18 [cited 2021 Nov 8];36(5):72020. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/gcwFHX3B4dH66p83QdzbqQN/?lang=en>
89. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect*. 2020 Aug 1;81(2):e16–25.
90. Reddy RK, Charles WN, Sklavounos A, Dutt A, Seed PT, Khajuria A. The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Nov 8];93(2):1045–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.26389>
91. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Nov 26];17(11):1–13. Available from:

/pmc/articles/PMC7312903/

92. Bommel  J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Nov 25];18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32733178/>
93. Klemperer EM, West JC, Peasley-Miklus C, Villanti AC. Change in Tobacco and Electronic Cigarette Use and Motivation to Quit in Response to COVID-19. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Nov 25];22(9):1662–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32343816/>
94. Sidor A, Rzymiski P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutr* 2020, Vol 12, Page 1657 [Internet]. 2020 Jun 3 [cited 2021 Nov 25];12(6):1657. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/6/1657/htm>
95. Siddiqi K, Siddiqui F, Khan A, Ansaari S, Kanaan M, Khokhar M, et al. The impact of COVID-19 on smoking patterns in Pakistan: findings from a longitudinal survey of smokers. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2021 Mar 19 [cited 2021 Nov 29];23(4):765–9. Available from: </pmc/articles/PMC7665599/?report=abstract>
96. Rosoff-Verbit Z, Logue-Chamberlain E, Fishman J, Audrain-McGovern J, Hawk L, Mahoney M, et al. The Perceived Impact of COVID-19 among Treatment-Seeking Smokers: A Mixed Methods Approach. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 2 [cited 2021 Nov 26];18(2):1–12. Available from: </pmc/articles/PMC7826630/>
97. Altın Z. Elderly People in Covid-19 Outbreak. *J Tepecik Educ Res Hosp*. 2020;30:49–57.
98. Kowitt SD, Ross JC, Jarman KL, Kistler CE, Lazard AJ, Ranney LM, et al. Tobacco Quit Intentions and Behaviors among Cigar Smokers in the United States in Response to COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Nov 26];17(15):1–14. Available from: </pmc/articles/PMC7432467/>
99. Elling JM, Crutzen R, Talhout R, de Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. *Tob Prev Cessat* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Nov 25];6:1–5. Available from: </pmc/articles/PMC7549523/>
100. Guidry JPD, Laestadius LI, Vraga EK, Miller CA, Perrin PB, Burton CW, et al.

- Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. *Am J Infect Control* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 Nov 29];49(2):137. Available from: [/pmc/articles/PMC7677682/](#)
101. Shmueli L. Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Apr 26 [cited 2021 Nov 29];21(1):804. Available from: [/pmc/articles/PMC8075011/](#)
 102. Li Y, Luk TT, Wu Y, Cheung DYT, Li WHC, Tong HSC, et al. High Perceived Susceptibility to and Severity of COVID-19 in Smokers Are Associated with Quitting-Related Behaviors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2021 Nov 29];18(20). Available from: [/pmc/articles/PMC8535969/](#)

EKLER

EK 1: ARAŞTIRMANIN SBÜ TEZ KONUSU ONAY FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-21-2024

2024-no'lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yapılması planlanan“Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Sigara İçen Hasta ve Yakınlarında Covid 19 Pandemisinin Sigara İçme Alışkanlığına Etkisi ” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

22/09/2021

Pröf. Dr. Süreyya Barun
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Sigara İçen Hasta ve Yakınlarında Covid 19 Pandemisinin Sigara İçme Alışkanlığına Etkisi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-			
	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara			
	TELEFON	0312 552 66 00			
	FAKS	0312 552 99 82			
	E-POSTA				
BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail Kasım			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Şehir Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözetimsel ilaç çalışması	☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diger ise belirtiniz: Analitik Çalışma (Dr. Nurgül Körtük'ün tezi olan)					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanın Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Süreyya BARUN
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Sigara İçen Hasta ve Yakınlarında Covid 19 Pandemisinin Sigara İçme Alışkanlığına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	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: E1/2024/2021	Tarih: 22.09.2021		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

Etik Kurul Başkanın Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Sümeyra BARTIN
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Sigara İçen Hasta ve Yakınlarında Covid 19 Pandemisinin Sigara İçme Alışkanlığına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kİ.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mehmet Numan ALP	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Berrak Gümtşkaya ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Afşin Emre KAYIPMAZ	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanın Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Süreyya BARUN
İmza:

EK 2: ANKET FORMU

Ankara Şehir Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Sizi Ankara Şehir Hastanesi Aile hekimliği kliniği tarafından yürütülen “Covid 19 pandemisinin sigara içme alışkanlığına etkisi” konulu ankete dayalı bir tez çalışmasına davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru şıkkı işaretleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Çalışmamızın amacı sigara içen kişilerde Covid 19 pandemisinin sigara içme alışkanlığı ve sigara bırakma isteğini nasıl etkilediği hakkında bilgi edinmektir.

Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz bizlere çekinmeden danışabilirsiniz.

Çalışmamızın anketi toplam 30 sorudan oluşmakta olup sosyodemografik bilgiler(yaş, medeni durum, eğitim durumu..), sigara kullanım bilgisi, covid geçirme durumu, aşı öyküsü, pandemi döneminde sigara içme alışkanlığının nasıl değiştiği ve nikotin bağımlılık ölçeğini içeren sorular bulunmaktadır. Anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 3 dakikadır.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

Anketimize katılmak ister misiniz?

() Evet(Hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.)

() Hayır (lütfen nedenini belirtiniz:.....)

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırıp anketimi doldurduğunuz için şimdiden teşekkür ederim.

Yardımcı Araştırmacı:

Dr. NURGÜL ÇIRAKLI KÖRÜK

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İletişim için:

Telefon:

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz : () Evli () Bekar () Boşanmış/Eşi vefat etmiş
4. Aynı evde yaşadığınız çocuğunuz var ise sayısını belirtiniz.
5. Eğitim durumunuz: () İlköğretim () Ortaöğretim () Üniversite mezunu ya da üstü
6. Kronik hastalığınız var mı, varsa belirtiniz.
() Yok () Diyabet () Hipertansiyon () Kalp yetmezliği () Astım / Koah () Diğer
7. Alkol kullanır mısınız? () Evet () Hayır
8. Sigaraya başlama yaşıınız :
9. Sigara içme süreniz :
10. Günde ortalama kaç adet içiyorsunuz :
11. Aynı evde yaşadığınız kişilerden sizin haricinizde sigara kullanan var mı?
() Evet () Hayır
12. Sigara dışında tütün ürünleri kullanımınız var mı?
() Hayır () Pipo () Puro () Nargile
13. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi? () Evet () Hayır
14. Sigarayı bırakmak için profesyonel destek aldınız mı? () Evet () Hayır
15. Covid 19 geçirdiniz mi ? () Evet () Hayır
16. Pandemi döneminde içtiğiniz sigara miktarı değişti mi?
() Arttı () Değişmedi () Azaldı
17. Aşı oldunuz mu? () Evet () Hayır

18. Aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı 1 puan KESİNİMLİKLE KATILMIYORUM, 5 puan KESİNİMLİKLE KATILIYORUM olacak şekilde daire içine alınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	
Sokağa çıkma kısıtlamalarının olduğu dönemlerde stresim arttı ve daha fazla sigara içmeye başladım.	1	2	3	4	5
Sigara içtiğim için covid geçirmekten endişeliyim/ endişeliydim.	1	2	3	4	5
Sigara içenlerde covidin daha ağır seyrettiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Pandemi döneminde sigarayı bırakmanın daha zor hale geldiğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
Pandemi döneminde sigarayı bırakmayı önceki döneme göre daha fazla istiyorum.	1	2	3	4	5
Sigarayı bırakmayı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Sigarayı bırakmak için destek almak isterim.	1	2	3	4	5

EK 3: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
☐ () Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde
☐ () 6-30 dakika içinde
☐ () 31-60 dakika
☐ () 1 saatten fazla
2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
☐ () evet
☐ () hayır
3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?
☐ () Sabah içtiğim ilk sigara
☐ () Diğer herhangi biri
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
☐ () 10 adet veya daha az
☐ () 11-20
☐ () 21-30
☐ () 31 veya daha fazla
5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?
☐ () evet
☐ () hayır
6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?
☐ () evet
☐ () hayır

EK 4: SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ONAYI



Nurgül Çıraklı <dr.nurgulcirakli@gmail.com>

Bilimsel Araştırma Başvurusu

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>
Yanıtlatma Adresi: noreply@portal.saglik.gov.tr
Alıcı:

7 Eylül 2021 22:1

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.
Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.
Açıklama :
Form Adı : NURGÜL KÖRÜK-2021-09-07T21_53_10
Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

[Alınılana metin gizlendi]

EK-5 ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Nurgül Çıraklı Körük
Doğum yeri ve tarihi :
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
Askerlik durumu :
İletişim adresi ve telefonu :
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2019-2021 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – ANKARA
2018-2019 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – ANKARA
2011-2017 : Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi –SAMSUN
2007-2011 : Özel Feza Berk Koleji – SAMSUN
1999-2007 : Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu– ORDU

III- Unvanları

IV- Mesleki Deneyimi

2019-2021 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – Asistan Hekim
2018-2019 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – Asistan Hekim
2017-2018 : Ordu Korgan Devlet Hastanesi – Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

- AHEF 7. Ankara Aile Hekimliği Kongresi
- Ankara Diyabet Derneği 4. Diyabet Tedavisi Sempozyumu
- Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları 15. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu
- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Aile Hekimliği Günleri Birinci Basamakta Çocuk Sağlığına Yaklaşım Sempozyumu
- TAHEV 15. Aile Hekimliği Güz Okulu