



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEDAVİ ARAYIŞINDAKİ TÜTÜN BAĞIMLILARINDA COVID-19
PANDEMİ SÜRECİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ali Özmen AKBULUT

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2022

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEDAVİ ARAYIŞINDAKİ TÜTÜN BAĞIMLILARINDA COVID-19
PANDEMİ SÜRECİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ali Özmen AKBULUT

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

KONYA-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya, Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a, Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a teşekkür ederim.

Ayrıca uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, tanıştığımız günden itibaren yardımlarını hiçbir şekilde esirgemeyen, bölümümüzün değerli üyeleri sekreterimiz Birsen Bataş'a ve hemşiremiz Nurcan Büyükdemir'e teşekkür ederim.

Dr. Ali Özmen AKBULUT

KONYA-2022

ÖZET

TEDAVİ ARAYIŞINDAKİ TÜTÜN BAĞIMLILARINDA COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN ETKİSİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ali Özmen AKBULUT

UZMANLIK TEZİ

KONYA – 2022

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız, sigara bırakma polikliniklerine başvuran tedavi arayışındaki tütün bağımlılarında COVID-19 pandemi sürecinin etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Bu kesitsel araştırmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği bünyesinde hizmet vermekte olan Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.05.2021-31.07.2021 tarihleri arasında başvuran bireyler oluşturdu. Çalışmada sosyodemografik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği'nden (ACRÖ) oluşan bir anket formu gönüllü katılımcılara uygulandı. Çalışmada elde edilen bulgular SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 programı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 252 kişinin %77,4'ü ($n=195$) erkek ve %67,5'i ($n=170$) evliydi. Yaş ortalaması $38,13\pm12,10$ (min:18, maks:72) yıl olup %33,7'si ($n=85$) üniversite mezunuydu. Medeni durum ile eğitim durumu ($p=0,003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttu.

Salgında içtiği sigara sayısı değişmeyenler, tüm katılımcıların %71'ini ($n=179$) oluştururken; sigara sayısını azaltanlar %4,4'ünü ($n=11$), arttıranlar ise %24,6'sını ($n=62$) oluşturuyordu. Katılımcıların %86,9'u ($n=219$) kapalı alanda da sigara içtiklerini belirtti. Sigara içmenin COVID-19'a yakalanma riskini arttırdığını düşünenlerin oranı %61,5 ($n=155$) ve sigara içenlerin COVID-19'u ağır geçireceğini düşünenler ise katılımcıların %84,9'unu ($n=214$) oluşturuyordu.

BDÖ ile cinsiyet ($p=0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. BDÖ skoru kadınlarda $15,56\pm10,54$ puan, erkeklerde $10,88\pm8,96$ puan olarak hesaplandı. BDÖ ve

Çalışma durumu ($p=0,022$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. alışan grupta BDÖ skoru $10,10\pm7,58$ iken, çalışmayanlarda $16,35\pm12,01$ olarak hesaplandı.

Ortanca yaş değeri olan 37 yaş ve üzerindekiilerin Bilişsel ACRÖ puanları ($12,08\pm4,10$), 37 yaş altındakilerinkine ($10,76\pm3,72$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,008$). Kadın katılımcıların Duygusal ACRÖ puanları ($16,11\pm4,66$), erkeklerinkine ($14,41\pm4,71$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,017$).

COVID-19 geçirenlerin Bilişsel ACRÖ puanları ($12,69\pm3,96$), geçirmeyenlerinkine ($11,21\pm3,94$) göre anlamlı şekilde yüksekti. COVID-19 geçirenlerin toplam ACRÖ puanı $28,53\pm5,78$ olarak, geçirmeyenlerin puanı $25,83\pm7,39$ olarak hesaplandı. COVID-19 geçirme durumu ile toplam ACRÖ puanları arasındaki ilişki de anlamlı bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların yarıdan fazlası sigara içmenin COVID-19'a yakalanma riskini ve COVID-19'u ağır geçirme riskini arttırdığını belirtmişlerdi ancak yine yarıdan fazlasının salgında içtiği sigara sayısı değişmemişti. Bilişsel ACRÖ değerlendirildiğinde; yaşlı olanların ve kronik hastalığı olanların bilişsel ACRÖ puanları yüksek bulundu. Duygusal ACRÖ değerlendirildiğinde; kadınların duygusal ACRÖ puanları yüksek tespit edildi. COVID-19 geçiren katılımcıların Bilişsel ACRÖ puanları ve toplam ACRÖ puanları yüksek olarak tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Sigara, ttn bağımlılığı, COVID-19, koronavirüs, pandemi, risk algısı

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFECT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON TOBACCO ADDICTIVES SEEKING TREATMENT

Dr. Ali Özmen AKBULUT

THE MASTER THESIS

KONYA – 2022

Aim: Our aim in this study was to evaluate the effect of the COVID-19 pandemic process in tobacco addicts seeking treatment who applied to smoking cessation outpatient clinics.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional study. Individuals who applied to Smoking Cessation Polyclinic operating within the body of Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Family Medicine Clinic between 01.05.2021 and 31.07.2021 constituted the population of the research. In the study, a questionnaire consisting of a sociodemographic information form, Beck Depression Scale (BDS), Fagerström Nicotine Addiction Test (FNAT) and COVID-19 Perceived Risk Scale (CPRS) was applied to the volunteer participants. The findings obtained in the study were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 program. $p < 0.05$ value was considered statistically significant.

Results: Of the 252 participants in the study, 77.4% (n=195) were male and 67.5% (n=170) were married. The mean age was 38.13 ± 12.10 (min:18, max:72) years and 33.7% (n=85) were university graduates. There was a statistically significant relationship between marital status and educational status ($p=0.003$). While 79.1% (n=72) of the individuals whose education level is primary school or below are married; 39.1% (n=63) of individuals with high school or higher education were single.

Those who did not change the number of cigarettes smoked during the epidemic constituted 71% (n=179) of all participants; those who reduced the number of cigarettes constituted 4.4% (n=11) and those who increased constituted 24.6% (n=62). Of the participants, 86.9% (n=219) stated that they also smoke indoors. The rate of those who thought that smoking increased the risk of contracting COVID-19 was 61.5% (n=155), and those who thought that smokers would have severe COVID-19 constituted 84.9% of the participants (n=214).

A statistically significant correlation was found between BDS and gender ($p=0.001$). BDS score was 15.56 ± 10.54 points for women and 10.88 ± 8.96 points for men. There was a statistically significant relationship between BDS and working status ($p=0.022$). While the BDI score was 10.10 ± 7.58 in the working group, it was calculated as 16.35 ± 12.01 in the non-working group.

The Cognitive CPRS scores of those aged 37 years and over, which is the median age, (12.08 ± 4.10) were significantly higher than those under 37 years of age (10.76 ± 3.72) ($p=0.008$). Emotional CPRS scores of female participants (16.11 ± 4.66) were significantly higher than those of males (14.41 ± 4.71).

Conclusions: In this study, the vast majority of participants stated that smoking increases the risk of contracting COVID-19 and the risk of severe COVID-19. However, the number of cigarettes most of the participants smoked during the epidemic did not change. Cognitive CPRS and total CPRS scores of the participants who had COVID-19 were found to be high.

Keywords: Cigarette, tobacco addiction, COVID-19, Coronavirus, pandemic, risk perception

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. TÜTÜN VE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ.....	3
2.1.1 BAZI TÜTÜN ÜRÜNLERİ.....	3
2.1.2. TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	3
2.1.3 NİKOTİN VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	4
2.1.4. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ	4
2.1.5. SİĞARA BIRAKMA TEDAVİLERİNE GENEL YAKLAŞIM	4
2.2. COVID-19	5
2.2.1. COVID-19 EPİDEMİYOLOJİSİ	6
2.2.2. COVID-19 BULAŞ YOLLARI VE KLİNİK BULGULARI	7
2.2.3. COVID-19 RİSK ALGISI.....	10
2.3. COVID-19 VE SİĞARA	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Tipi ve Evreni	13
3.2 Dışlanma Kriterleri.....	13
3.3 Etik Kurul Onayı ve Onam	13
3.4 Verilerin Toplanması.....	13
3.4.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	13
3.4.2 Beck Depresyon Ölçeği	14
3.4.3 Algılanan COVID-19 Risk Anketi	14
3.5 Verilerin istatistiksel analizi	14
4. BULGULAR	16
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	16
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi.....	17
4.3. Katılımcıların Sigara İçme Durumları.....	18
4.4. Katılımcıların Sigara İçme Özelliklerinin Yaşa Göre Değerlendirilmesi	20

4.5. Katılımcıların Sigara İçme Özelliklerinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	20
4.6. Katılımcıların Sigara İçme Özelliklerinin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	21
4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Geçirme Durumu	22
4.9. BDÖ ve FNBT skorlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması	24
4.10. ACRÖ Dağılımı	25
4.11. Katılımcıların ACRÖ Özellikleri	26
I. Katılımcıların FNBT ve BDÖ Skorlarının ACRÖ Skorları ile Korelasyonu	27
4.12. Risk Algısı Ölçeği ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırma Puanları	27
4.13. Katılımcıların COVID-19 ile İlgili Özelliklerinin Risk Algısı Ölçeği ile Karşılaştırılması	29
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇLAR	35
7. ÖNERİLER	37
8.KAYNAKLAR.....	38
9. EKLER.....	47
Ek-1: TEDAVİ ARAYIŞINDAKİ TÜTÜN BAĞIMLILARINDA COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	47
Ek-2: ALGILANAN COVID-19 RİSK ÖLÇEĞİ	49
Ek-3: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ.....	49
Ek-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	50
Ek-5: ETİK KURUL ONAY FORMU	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

M.Ö: Milattan Önce

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

MERS-CoV: Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü

SARS-CoV: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü

RNA: Ribonükleik asit

GİS: Gastrointestinal sistem

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

ACRÖ: Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	17
Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerin medeni duruma göre değerlendirilmesi	18
Tablo 3. Katılımcıların Sigara İçme Durumları	19
Tablo 4. Katılımcıların sigara içme özelliklerinin yaşa göre değerlendirilmesi	20
Tablo 5. Sigara içme özelliklerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi	21
Tablo 6. Sigara içme özelliklerinin medeni duruma göre değerlendirilmesi	22
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 geçirme durumu.....	23
Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 geçirme durumunun medeni durumla ilişkisi	24
Tablo 9. BDÖ ve FNBT skorlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması	25
Tablo 10. ACRÖ dağılımı.....	26
Tablo 11. Katılımcıların ACRÖ puan ortalamaları ve Cronbach α değerleri	27
Tablo 12. FNBT ve BDÖ Skorlarının ACRÖ Skorları ile Korelasyonu	27
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin risk algısı ölçeği ile karşılaştırılması	29
Tablo 14. Katılımcıların COVID-19'a bağlı durumlarının risk algısı ölçeği ile karşılaştırılması	31

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından salgın hastalık olarak kabul edilmektedir (1). Tütün kullanım sıklığı, 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı çalışmasında genel toplumda %31,5; erkeklerde %43,4 ve kadınlarda %19,7 oranında tespit edilmiştir. Tütün ve tütün ürünleri, içindeki nikotin maddesi sebebiyle bağımlılık yapan mortalitenin ve morbiditenin en önemli nedenlerinden olup, önlenabilir bir sağlık sorunudur (2, 3).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de tütün bağımlılığıyla savaşılmakta ve sigara bırakma poliklinikleri bu konuda hizmet vermektedir. Sigara bırakma polikliniklerinde bilişsel davranışçı tedavi, farmakoterapi (nikotin replasman tedavisi, bupropion, vareniklin), motivasyonel görüşme en sık kullanılan tedavi yöntemleridir (4, 5).

COVID-19 hastalığı, Çin'in Wuhan şehrinde, 2019 yılı aralık ayında koronavirüs sebebiyle ortaya çıkan tüm dünyayı etkisi altına alan salgına sebep olmuştur. Morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan bu enfeksiyona her yaştan bireyin yakalanma riski mevcuttur. Bununla birlikte, altta yatan komorbiditesi (kardiyovasküler hastalık, diyabet, kanser, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, solid organ ya da hematopoietik kök hücre nakli olan hastalar, sigara, obezite) olan 60 yaş ve üzeri bireylerde ciddi COVID-19 enfeksiyonu gelişme riski artmıştır (6).

Tüm dünyaya dalga dalga yayılan bu hastalık özellikle solunum yoluyla ve vücut sekresyonları ile kontamine olan yüzeylere temas ile bulaştığı belirlenmiş, en önemli korunma yolu olarak maske takmak, sosyal izolasyon ve el hijyeni olduğu tespit edilmiştir. Hastalık seyri asemptomatik, hafif hastalık, orta derecede hastalık, ciddi hastalık, kritik hastalık ve ölümle sonuçlanabilmektedir (7, 8).

Risk algısı, insanların sağlığını koruması için gerekli önlemleri alma isteğini belirleyen önemli faktörlerden biridir. Kişinin risk anlayışı, COVID-19 gibi öngörülemeyen tehlike durumlarındaki davranışlarına yön verebilir (9). Pandemi ile ilgili çalışmalarda; algılanan riskin endişe, anksiyete, (10) COVID-19'dan korunmak için sergilenen davranışlar, sağlık şartları, sıkıntılar, zorluklarla başa çıkma stratejileri ve sosyoekonomik statü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kwok et al., 2020). Uygun düzeyde risk algısı, değişen durumlara

uyum sağlamayı kolaylaştırmış ve hastalığa yakalanma ihtimaline karşı sağlıkla ilgili koruyucu önlemler alma becerisi edindirmiştir (11-14).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılması; solunum yollarındaki savunma mekanizmasının bozulmasına ve mukus salgısının artmasına yol açtığından, bu ürünleri kullananlarda solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma riski artmıştır. Dolayısıyla COVID-19'a yakalanma konusunda sigara kullananların, kullanmayanlara oranla daha yüksek risk altında oldukları belirtilmiştir. COVID-19'un yayılması ve mortalitesi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki ortaya çıkarken, DSÖ e-sigara, nargile gibi diğer tütün ürünlerinin de normal sigara kullanımı ile aynı etkileri yaratabileceğini belirtmiştir (15).

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız sigara bırakma polikliniklerine başvuran tedavi arayışındaki tütün bağımlılarında COVID-19 pandemi sürecinin etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN VE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

M.Ö. 6000’li yıllarda Amerika kıtasında yetiştiriciliğine başlanan tütün (16) kurutulup sarılarak, çiğneme, lavman, deri yolu vb yollar ile kullanılmıştır (17).

Cristopher Colombus tarafından Amerika’nın keşfinden sonra Avrupa’ya taşınan tütünün Türkiye’ye girişinin İspanyol, İngiliz, İtalyan gemici ve tüccarlar aracılığıyla İstanbul üzerinden olduğu düşünülmektedir (18).

2.1.1 BAZI TÜTÜN ÜRÜNLERİ

2.1.1.1 Sigara

Günümüzde en yaygın kullanılan tütün ürünüdür. Kıyılmış tütünün ince bir kağıda sarılması ile hazırlanır (19).

2.1.1.2 Nargile

Nargile; tütünün yanmasıyla açığa çıkan dumanın soğuk su içinden geçirilip inhale edilmesi yoluyla kullanılır (19).

2.1.1.3 Sarmalık kıyılmış tütün

Kıyılmış tütünün kâğıda sarılıp içilmesi yoluyla tüketilir. Sigaraya benzer etki ve yan etkileri vardır (19).

2.1.2. TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün kullanımı, DSÖ tarafından salgın hastalık olarak kabul edilmektedir (1). Tütün kullanım sıklığı, 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı çalışmasında genel toplumda %31,5; erkeklerde %43,4 ve kadınlarda %19,7 oranında tespit edilmiştir (20). Ülkemizde tütün ürünlerinin kullanım sıklığı sırasıyla; sigara (%25), sarma sigara (%2,6) ve nargile (%0,8) şeklinde devam etmektedir (21). Bulaşıcı olmayan hastalıklar için en fazla olmak üzere, hastalık yükünün en önemli nedenlerinden biri tütün ve tütün ürünlerinin kullanımıdır (22).

2.1.3 NİKOTİN VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

DSÖ'ye göre bağımlılık; madde kullanma davranışının önceden daha fazla önem verilen davranışların yerini aldığı fizyolojik, kognitif, davranışsal durum veya olaylar grubudur (23).

Tütünde bağımlılık yapan madde esas nikotindir ve nikotin, suda iyi çözünen, renksiz bir alkaloidden oluşmaktadır (2). Merkezî sinir sisteminde, otonom ganglionlarda, nöromusküler bileşkede ve adrenal medullada kolinerjik reseptörlere bağlanarak nöroaktif peptidin ve çeşitli katekolaminlerin salınmasını tetikleyerek etkisini gösterir (24).

2.1.4. TÜTÜN BAĞIMLILIĞI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Sigara, mortalitenin ve morbiditenin en önemli nedenlerinden olup, önlenabilir bir sağlık sorunudur (3).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı en fazla akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanserlere ve kanser dışında solunum sistemi hastalıklarına, kardiyovasküler sistem hastalıklarına, serebrovasküler hastalıklara yol açmaktadır. Bunlardan solunum sisteminde en sık kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kardiyovasküler sistemde en sık koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklardan da en sık inme görülmektedir (25, 26).

Sigaranın, yaşam süresini yaklaşık on yıl kısalttığı tespit edilmiştir. Sigara içenlerin erken yaşlandığı ve ömürlerinin kısaldığı önceki çalışmalarda bildirilse de mekanizması hâlâ çözülememiştir (27, 28).

2.1.5. SİĞARA BIRAKMA TEDAVİLERİNE GENEL YAKLAŞIM

Sigara bırakma tedavisinin en önemli amaçları; sigaranın neden olduğu hastalıkların önüne geçilmesi, tedavisi, rehabilitasyonu ve sigara kullanmayan bireylerin korunmasıdır (29).

ABD Sağlık Bakanlığı ve Tütün Bağımlılığı Tedavisine İlişkin İnsan Hizmetleri Yönergesi'nde bu amaca yönelik kısa tavsiyelerin oldukça etkili olduğu bildirilmiştir. Bu bildiride hastalar için "5 A" yaklaşımının kullanılması tavsiye edilir:

-Ask (Sor): Bireylere sigara içip içmediği sorulur.

-Advise (Öğüt): Sigarayı bırakmaları tavsiye edilir.

-Assess (Değerlendir): Motivasyon düzeyleri değerlendirilir.

-Assist (Yardım et): Bırakma girişimlerine yardımcı olunur.

-Arrange (Düzenleme): Takip temasları ayarlanır (30).

Sigarayı bırakmak isteyen birçok kişi farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyar. Hatta bırakmaya hazır olmayan hastalarda bile ilaç başlanması, bırakmaya yönelik motivasyonu arttırabildiği gerekçesiyle önerilmektedir. Bu amaçla bireylere nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin başlanabilmektedir (5). Bu farmakolojik ajanlar ile nikotin yoksunluğu semptomları azaltılmakta ve dolayısıyla sigara bırakmanın kolaylaştırılması hedeflenmektedir (4).

Bilişsel davranış tedavisi

Davranışsal terapiye göre sigara içmeye başlanması, bunun sürdürülmesi ve bırakılmasındaki süreçler öğrenme yolu ile işlenebilir. Bu tedavi yöntemi ile sigaranın sosyal olarak ne ifade ettiği ve bağlamsal yönleri araştırılabilir, sigarayı bırakma motivasyonu arttırılabilir ve sonucunda sigarayı bırakma başarısı arttırılabilir. Standart tıbbî tedaviye göre bırakma oranlarında yaklaşık iki kat artış görülmüştür. Davranışsal terapilerin tütün bağımlılığında kullanılmasıdaki hedeflerinden biri de sigarayı bırakmanın yanında riskli durumlarda sigaradan kaçınma becerilerini kazandırmaktır (31).

2.2. COVID-19

Pandemi Tanımı

Pandemi; Yunanca “pan” (tüm) ve “demos” (insanlar) sözcüklerinden türemiştir. Birden fazla ülkede yayılıp etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen isimdir. DSÖ’ye göre şu üç kriter sağlandığında pandeminin başladığı kabul edilir:

-Mutasyona uğramış veya daha önce maruz kalınmamış bir etkenin varlığı,

-İnsanlara kolayca bulaşıp tehlikeli bir hastalığa neden olması,

-İnsanlar arasında yayılımının kolay ve devamlı olması (32).

Koronavirüsler

Koronavirüsler çeşitli hayvanları enfekte eder. Bazıları ise insanlarda da enfeksiyon meydana getirerek solunum sistemi hastalıklarına yol açabilirler (33). İnsanlarda altı koronavirüs türünün hastalığa yol açtığı bilinmektedir (34). Bunlardan Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü (MERS-CoV) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü (SARS-CoV), salgınlara neden olabilen, zoonotik, ölümcül olabilen insan koronavirüsleridir (35). SARS-CoV, Çin’de 2002-2003 yıllarında şiddetli akut solunum sendromu salgınlara neden olurken, MERS-CoV ise 2012 yılında Suudi Arabistan’dan tüm Arap yarımadasına ciddi solunum yolu hastalığı salgınlara neden olmuştur (36, 37)

Yukarıda bahsedilen altı çeşit koronavirüse ek olarak, 2019 yılında ortaya çıkarak COVID-19 hastalığına ve pandemiye neden olan insan koronavirüsü türü 2019-nCoV (yeni koronavirüs) olarak adlandırılmış olup sonrasında hastalığın ve virüsün SARS salgınına ve SARS-CoV’a benzemesi nedeniyle Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi tarafından SARS-CoV-2 (şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü-2) olarak adlandırılmıştır(38)

2.2.1. COVID-19 EPİDEMİYOLOJİSİ

Çin’in Wuhan şehrinde, 2019 yılı Aralık ayında nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları görülmüş; bunun üzerine bu vakaların nedenini araştırmak üzere Çin Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi tarafından 31 Aralık 2019’da buraya bir ekip gönderilmiştir (39). Ekip tarafından Wuhan’da çeşitli hayvan türlerinin satıldığı bir pazarın çalışanlarında bu vakaların daha yoğunlukta görülmesi üzerine pazar kapatılmıştır.

DSÖ tarafından, koronavirüs ailesine ait yeni bir virüsün insanlarda hastalığa neden olduğu bildirildi ve tarihler 12 Ocak 2020’yi gösterdiğinde 2019-nCoV olarak adlandırılan virüs tanımlandı. Bu virüs kaynaklı ilk ölüm 10 Ocak 2020’de Çin’de açıklanırken, Çin’in dışında 12 Ocak 2020’de Japonya’da ve Tayland’da Wuhan’a seyahat öyküleri bulunan vakalar tespit edildi. Sonrasında dünya üzerinde çeşitli yerlerden vakalar açıklanınca DSÖ tarafından 30 Ocak 2020’de küresel acil durum ilân edildi. 2019-nCoV’dan kaynaklanan hastalığa da COVID-19 ismi verildi. Türkiye’de de 11 Mart 2020’de ilk vaka görüldü. Aynı gün COVID-19, DSÖ tarafından pandemi olarak kabul edildi (32).

Şu ana kadar SARS-CoV-2 enfeksiyonunun ve COVID-19 ile ilişkili ölümlerin en fazla yaşandığı ülke ABD olup, onu Brezilya ve Hindistan takip etmektedir. ABD’de COVID-

19, 2020 yılında ölüm nedenleri arasında kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü sırada gelmiştir (40).

Vaka ölüm oranı; hastalığın ciddiyeti ve yaş faktörünün yanı sıra, önceden var olan, altta yatan durumlar gibi faktörlerden etkilenmekte ve ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir (41).

Bu enfeksiyona her yaştan bireyin yakalanma riski mevcuttur. Bununla birlikte, altta yatan komorbiditesi (kardiyovasküler hastalık, diyabet, kanser, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, solid organ ya da hematopotetik kök hücre nakli olan hastalar, sigara, obezite) olan 60 yaş ve üzeri bireylerde ciddi COVID-19 enfeksiyonu gelişme riski artmıştır. Stokes ve ark. tarafından yapılan bir çalışmaya göre COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış ihtiyacı olan hastaların oranı, komorbiditesi olanlarda, komorbiditesi olmayanlara göre altı kat yüksek bulunurken; COVID-19 nedeniyle ölüm oranı komorbiditesi olanlarda, komorbiditesi olmayanlara göre on iki kat yüksek bulunmuştur (6).

Erkeklerin, kadınlar ile karşılaştırıldığında COVID-19 açısından ciddi hastalık geliştirme ve mortalite riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (42, 43). ABD'de 1 Mart 2020 ile 21 Kasım 2020 tarihleri arasında, 209 hastanede yapılan, SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan 42.604 hastayı içeren bir çalışmada ölüm oranları erkek hastalarda %12,5 iken, kadın hastalarda %9,6 olarak bildirilmiştir (44).

2.2.2. COVID-19 BULAŞ YOLLARI VE KLİNİK BULGULARI

Virüs her ne kadar bazı vahşi hayvanlardan köken alsa da SARS-CoV-2'nin bulaşma şekli insandan insana olup damlacık ve direkt temas yoluylaadır. Deneysel modellerde hava örneklerinde üç saate kadar tespit edildiği gösterilmiştir (45). Gou ve ark.'nın çalışmasında hastanede farklı bölgelerden alınan hava örneklerinde SARS-CoV-2 pozitif bulunmuştur (46). Cheng ve ark.'nın çalışmasında ise hastalarda cerrahi maske olsa da olmasa da çenelerinden 10 cm mesafede toplanan sekiz adet hava örneğinde SARS-CoV-2 saptanmamıştır (47). Bugün, saptanan SARS-CoV-2'nin canlı olup olmadığı veya viral yükünün COVID-19'a yol açacak kadar fazla olup olmadığı henüz bilinmemektedir. Yine de yeterli bilgi edinene dek bulaşı önlemekte hava yolu önlemlerinin alınmasının faydaları vardır (48).

Merak edilen bir başka bulaş yolu da fekal-oral bulaştır. Bir çalışmada COVID-19 hastasının dışkı örneğinden canlı SARS-CoV-2 izole edilmiştir (49). Bir başka çalışmada solunum yolu örnekleri 11 gün boyunca negatif çıkan hastaların dışkı örneklerinde SARS-

CoV-2 RNA saptanmıştır (50). Çin’de yapılan bir çalışmada da COVID-19 hastalıklı bireylerle temaslı olan fakat semptom geliştirmemiş 10 yaşındaki bir çocuğun solunum yolundan alınan örnekler negatif olmasına rağmen temasın 17. Gününde dışkı örneğinde SARS-CoV-2 saptanmıştır ve SARS-CoV2 pozitifliği 12 gün boyunca devam etmiştir (51).

Yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarında SARS-CoV-2 sadece solunum yolu ve dışkı örneklerinde değil; kan, idrar, gözyaşı ve semen örneklerinde de saptanabilmektedir. Virüsün en yüksek oranda pozitif saptandığı yerin alt solunum yolları olduğu görülmüştür (52, 53). Bir hastanın farklı vücut sıvılarındaki virüs titreleri de farklı olmakla birlikte aynı anda tüm sıvılarında virüs saptanamayabilir. Örneğin; hastanın daha önce pozitif olan solunum yolu örneğinde virüs artık izole edilmezken, dışkıda virüsün izolasyonu devam edebilir. Bunun yanında diarezi olan hastaların dışkı örneklerinde virüsün daha fazla izole edilebilmesine rağmen hiçbir GİS (gastrointestinal sistem) semptomu olmayan bireylerin dışkılarında da virüs saptandığı görülmüştür (52, 54).

SARS-CoV-2 pozitif olan hastaların dışkıları ve solunum yolu sekresyonları ile kontamine olan yüzeylerin bulaş için potansiyel bir risk faktörü olduğu görülmüş olup, bu sayede çevre ve el hijyeninin ne kadar önemli olduğu anlaşılmıştır (8). Virüsün bulaş yolunun çok çeşitli olmasının görülmesi ile de neden hızlı ve güçlü yayıldığı anlaşılabilmektedir (49).

Çalışmalarda gebeden bebeğine SARS-CoV-2 bulaşı saptanmamıştır (48).

Her ne kadar COVID-19’un yayılımındaki en sık kaynağın semptomatik bireyler olduğu tespit edilse de, asemptomatik kişilerin de virüsü çok yüksek oranlarda bulaştırdığı bilinmektedir (38). Bir çalışmada, COVID-19’un özellikle semptomların başlamadığı çok erken aşamalarında bulaşının en fazla olduğu ve gitgide bulaştırıcılığın azaldığı görülmüştür (55). Çoğu hastada viral yük asemptomatik dönemde artarken, semptomların başlamasından sonra azalmaktadır (56).

Bazı asemptomatik kişilerin radyolojik görüntülemelerinin COVID-19 pnömonisi ile uyumlu olduğu bildirilmiştir (57).

Hafif Hastalık

Ateş, hâlsizlik, miyalji, boğaz ağrısı, öksürük, tat ve koku kaybı, bulantı, kusma, ishal ve baş ağrısı gibi semptomlar görülse de dispne görülmez. Radyolojik tetkiklerde de akciğerlerde COVID-19 pnömonisi ile uyumlu bir görünüm saptanmaz. Hastaların çoğu

ayaktan tedavi edilir fakat komorbiditesi olan veya yaşlı bireylerde hastalığın ilerlemesi riski yüksek olduğundan, bu hastalar daha yakından izlenebilir.

Orta Derecede Hastalık

Radyolojik tetkiklerde akciğerlerin görünümü COVID-19 pnömonisi ile uyumludur ve oksijen satürasyonları %94 ve üzerindedir. COVID-19'un akciğer tutulumu hızla ilerleyebileceği için bu hastalar yakından izlenmelidir.

Ciddi Hastalık

COVID-19 pnömonili bir hastanın; solunum sayısı 30/dk'nın üzerinde ve oksijen satürasyonu %94'ün altında ise veya PaO₂/FiO₂ oranı 300 mmHg'nın altında ise veya radyolojik görüntülerde akciğerlerde tutulum %50'den fazla ise bu durum ciddi hastalık olarak kabul edilir. Klinik tablo aniden daha da kötüleşebilir. Oksijen desteğine ihtiyaç duyulur.

Kritik Hastalık

Bu hastalarda akciğer tutulumunun yanında diğer sistemlerde de tutulum görülebilir. Akut solunum yetmezliği sendromu, çoklu organ yetmezliği ve septik şok ortaya çıkabilir (National Institute of Healths, 2021)

COVID-19 ile ilgili 4243 hastanın katıldığı bir çalışmada gastrointestinal semptomlardan en sık iştahsızlık olmak üzere ishal, bulantı, kusma ve karın ağrısı görülmüştür. Aynı çalışmada bu semptomların görüldüğü COVID-19 hastalarında hastalığın daha şiddetli seyrettiği tespit edilmiştir (54). Bir başka çalışmada karın ağrısı semptomunun yoğun bakım ünitesinde yatan COVID-19 hastalarında, yoğun bakım ünitesinde yatmayanlara göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (58). Bu durumda GİS semptomları olan hastaların klinik durumunun daha kötüye gideceği ihtimali göz önünde bulundurularak bu hastaların daha yakından izlenmesi gerekebileceği sonucu doğmuştur (54).

Genelde solunum yolunu tutan bir patojen olarak bilinen koronavirüsler, insanlarda merkezî sinir sistemini tutan, nöroinvasif bir karaktere sahip olabilir. Yapılan çalışmalarda, koronavirüslerin burun içini enfekte ettikten sonra oradan olfaktör bulbus aracılığı ile merkezî sinir sistemine geçebilecekleri gösterilmiştir (59) Bu durum, COVID-19 hastalarında nörolojik belirtilerin görülmesinin nedeni olabilir (60).

2.2.3. COVID-19 RİSK ALGISI

Risk; psikolojik odaklı ve toplum tarafından inşa edilmiş bir olgudur (61).

Risk algısı, insanların sağlığını koruması için gerekli önlemleri alma isteğini belirleyen önemli faktörlerden biridir. Kişinin risk anlayışı, COVID-19 gibi öngörülemeyen tehlike durumlarındaki davranışlarına yön verebilir (9). Örneğin; evde kalmak, sosyal mesafeyi korumak, kişisel hijyen gibi tedbirli davranışlar sergilenmesine sağlayabilir (13). Risk algısının; cinsiyet, yaş, medeni durum gibi faktörlerden etkilenebildiği bildirilmiştir. Pandemi ile ilgili çalışmalarda; algılanan riskin endişe, anksiyete (10), COVID-19'dan korunmak için sergilenen davranışlar (13), sağlık şartları, sıkıntılar (14), zorluklarla başa çıkma stratejileri (12) ve sosyoekonomik statü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (11). Uygun düzeyde risk algısı, değişen durumlara uyum sağlamayı kolaylaştırmış ve hastalığa yakalanma ihtimaline karşı sağlıkla ilgili koruyucu önlemler alma becerisi edindirmiştir (13, 62) fakat yüksek düzeyde bir risk algısına sahip olmak bu durumu baltalayabilir (63).

Önceki pandemiler ile karşılaştırıldığında (MERS, SARS, H1N1 vb.), sağlık çalışanlarında COVID-19 risk algısı daha yüksek bulunmuştur (64). Bu durumun gelişmesinde; bu pandeminin öncekilerden daha uzun sürmesi, bulunan tedavilerin uzun vadede yeterince etkin olmaması, yine yeterince etkin bir bağışıklamanın yaygınlaştırılamaması gibi nedenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir (65).

Hemşireler ile yapılan bir çalışmada ise; mesleki risk algılarının, toplam çalışma süreleri ile ters orantılı olduğu görülmüştür (66). Bir başka çalışmada da eğer ortamdaki risk sürekli ve uzun süredir mevcut ise bireysel risk algısının azaldığı bildirilmiştir (67).

COVID-19 sürecinde insanların normalde olduğundan daha farklı davranışlar gösterdikleri yayınlarda bildirilmiştir. COVID-19'a dair risk algısı, nüfuslara ve yerlere göre çeşitlilik gösteren, pandemideki vaka sayısını etkileyen bir faktördür (68).

Bazı çalışmalarda COVID-19 açısından erkeklerin risk algılarının kadınlarinkine göre daha yüksek olduğu belirtilirken (43, 69), bazı çalışmalarda da kadınların bu konuda kaygılarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (65).

COVID-19 pandemisi ile ilgili çeşitli ölçekler yapılmış olsa da, bu konudaki risk algısı ile ilgili standart bir ölçek olmadığı için Yıldırım ve ark. tarafından, SARS ilişkili risk algısı

ölçeğinin (66) uyarlanması ile COVID-19 Risk Algısı Ölçeği oluşturulmuştur. Bu ölçeğe göre puan arttıkça COVID-19 ile ilgili kişisel risk seviyesi de artmaktadır (9).

2.3. COVID-19 VE SİGARA

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılması; solunum yollarındaki savunma mekanizmasının bozulmasına ve mukus salgısının artmasına yol açtığından, bu ürünleri kullananlarda solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma riski artmıştır. Bu durum sadece kullanıcılarla sınırlı kalmayıp, ikinci el tütün dumanına maruz kalanlarda da durum benzerdir. Dolayısıyla COVID-19'a yakalanma konusunda sigara kullananların, kullanmayanlara oranla daha yüksek risk altında oldukları anlaşılmaktadır.

Sigara ile COVID-19 arasındaki ilişki ile ilgili yapılan çalışmalarda birbirleriyle çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. COVID-19 şiddetinin ve COVID-19'a bağlı mortalitenin sigaradan dolayı arttığını savunan, 32849 COVID-19 hastasının incelendiği, bunlardan 1501'inin aktif sigara kullanıcısı olduğu, 8417'sinin sigara kullanma öyküsünün olduğu, 5676'sının eski sigara kullanıcısı ve 1240'ının belirlenmemiş sigara kullanıcısı olduğu bir çalışmada aktif sigara içenlerde ciddi hastalık evresindeki COVID-19 riski ile ciddi ve kritik hastalık evresindeki COVID-19 riski artmış olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sigara kullanma öyküsü olanlarda ciddi hastalık evresindeki COVID-19, ciddi ve kritik hastalık evresindeki COVID-19, hastalığın progresyonu, mekanik ventilasyon ihtiyacı ve hastane içi mortalite açısından risk artmış olarak görülmüştür (70). Başka bir çalışmada da sigara kullananlarda, hiç kullanmayanlara göre COVID-19'un ilerleme olasılığının arttığı bildirilmiştir (71). Çin'de yapılan bir araştırmaya göre COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış oranlarının erkeklerde kadınlara oranla daha fazla olmasının nedenin erkeklerin daha fazla sigara kullanması olduğu düşünülmüştür. Başka bir çalışmada, COVID-19 nedeniyle takip edilen hastalarda pnömoni gelişme oranının sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre 14 kat yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sigara ile COVID-19 arasındaki ilişkide önemli olan bir durum da; sigara kullanırken ellerin, ağızla ve dudaklarla temas etmesinin COVID-19'un yayılmasını kolaylaştırmasıdır (72, 73). Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada aktif sigara içicisi olmanın veya daha önceden sigara kullanmış olmanın yoğun bakım ünitesi ihtiyacı ve mortalite açısından risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (74).

Bunlarla birlikte, sigara ile COVID-19 arasında ilişki olmadığını savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Toplam 1399 COVID-19 hastası ile yapılan, beş çalışmadan oluşan bir meta-analizde çalışmaların dördünde sigara ile COVID-19 arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki bulunmazken (75-78), sadece bir çalışmada sigara kullanmanın COVID-19 şiddetini arttırdığı saptandı (79). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği tarafından, COVID-19 pnömonisi nedeniyle yatırılarak takip edilen 114 hasta ile yapılan, hastaların sigara içme durumları, hastaneye başvurmadan önce semptomlarının süreleri ve durumları, hastalığın şiddeti, hastanede yattıkları sırada non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyaçları, yoğun bakım ünitesi ihtiyaçları ve mortalite açısından değerlendirildiği bir çalışmada sigara kullanma ile hastalığın şiddeti, prognozu ve mortalite açısından anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiş; yine de daha fazla hasta sayısına ve ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür (80).

COVID-19'un yayılması ve mortalitesi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki ortaya çıkarken, DSÖ e-sigara, nargile gibi diğer tütün ürünlerinin de normal sigara kullanımı ile aynı etkileri yaratabileceğini belirtmiştir (15).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği bünyesinde hizmet vermekte olan Sigara Bırakma Polikliniği'ne 01.05.2021-31.07.2021 tarihleri arasında başvuran bireyler araştırmanın evrenini oluşturdu.

3.2 Dışlanma Kriterleri

Araştırma kapsamında çalışmaya dahil edilmeme kriterleri aşağıdaki gibidir:

1. 18 yaş altı kişiler
2. Gebeler
3. Emziren kadınlar
4. Psikiyatrik tanısı olanlar
5. Türkçe iletişim kurulamayanlar

3.3 Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurul onayı alındı (Sayı: 2021/3197 Tarih: 16.04.2021).

3.4 Verilerin Toplanması

Bireylere çalışma hakkında kısa bir bilgi verildikten sonra katılmayı kabul edenlere sosyodemografik özellikleri, o andaki sigara içme durumları, sigara dışındaki tütün ürünleri kullanımı durumları, COVID-19 geçirme durumları, COVID-19 pandemisi sürecinde yeni bir tanı alıp almadıkları, bu pandemi sürecinde gelir düzeylerinde değişim olup olmadığı soruldu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Depresyon Ölçeği ve Algılanan COVID-19 Risk Anketi uygulandı.

3.4.1 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin (FNBT) güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır (81).

*0-2: Çok az bağımlılık

*3-4: Az bağımlılık

*5: Orta derecede bağımlılık

*6-7: Yüksek bağımlılık

*8-10: Çok yüksek bağımlılık

3.4.2 Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve ark. (1996) tarafından depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır (82). Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar tanımlanarak her bir cümleye 0-3 arasında puan verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafiften şiddetli forma doğru sıralanmıştır. Hastaların şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeleri işaretlemeleri istenmekte ve sonuç puanların toplamı ile elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. Toplam puan 0-63 puan arasında değişir. Toplanan puanlara göre depresyon derecesi; minimal depresyon 0-9 puan, hafif depresyon 10-16 puan, orta depresyon 17-29 puan, şiddetli depresyon 30-63 puan şeklinde kategorize edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) değeri kesim noktası olarak farklı değerler alınmakla birlikte, genel olarak kesim noktası (“cut off” değeri) 17 olarak alınmıştır (83). Sunulan çalışmada da kesim noktası 17 puan olarak alınmıştır.

3.4.3 Algılanan COVID-19 Risk Anketi

Algılanan COVID-19 Risk Anketi, COVID-19 ile ilgili kişisel riski değerlendirmek için uyarlanmış 8 maddelik bir ankettir. Her bir madde 1 (uzak bir ihtimal) ile 5 (büyük ihtimal) arasında değişen bir Likert ölçeğinde derecelendirilir. Ölçek, kişisel riskin bilişsel ve duygusal boyutlarını içerir. Yüksek puanlar, COVID-19 ile ilgili yüksek kişisel risk seviyelerini yansıtır (9). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alfa değeri 0,835 olarak hesaplandı.

3.5 Verilerin istatistiksel analizi

Veriler istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programı

kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri kullanılmıştır. Katılımcılar yaş ortanca değeri olan 37 yaş altı ile 37 yaş ve üstü olarak iki gruba ayrıldı ve karşılaştırmalar yapıldı. Kategorik verilerin istatistiksel analizi için Ki kare testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda Bağımsız- t Testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA Testi (post hoc Tukey test), normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis kullanılmıştır. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 252 kişinin %77,4'ü (n=195) erkek, %22,6'sı (n=57) kadındı. Evli bireylerin oranı %67,5 (n=170) iken, bekârların oranı %32,5 (n=82) idi. Çalışma durumları sorgulandığında %70,6'sı (n=178) çalışıyordu, %29,4'ü (n=74) ise çalışmıyordu. Yaş ortalaması $38,13 \pm 12,10$ (min:18, maks:72) yıl idi. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; %1,2'si (n=3) okur yazar değil, %34,9'u (n=88) ilköğretim mezunu, %30,2'si (n=76) lise mezunu, %33,7'si (n=85) üniversite mezunu idi. En az bir kronik hastalığa sahip olanlar %23,4'lük (n=59) kısmı oluştururken, %76,6'lık (n=193) kısmın herhangi bir kronik hastalığı yoktu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir:

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	195	77,4
Kadın	57	22,6
Yaş grupları		
18-28 yaş	69	27,3
29-39 yaş	74	29,4
40-50 yaş	67	26,6
≥51 yaş	42	16,7
Medeni durum		
Evli	170	67,5
Bekar	82	32,5
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	3	1,2
İlköğretim	88	34,9
Lise	76	30,2
Üniversite	85	33,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	178	70,6
Çalışmıyor	74	29,4
Kronik hastalık		
Var	59	23,4
Yok	193	76,6
COVID-19 döneminde gelir durumu		
Arttı	10	4,0
Azaldı	116	46,0
Değişmedi	126	50,0
Toplam	252	100,0

4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan bireylerin sosyodemografik özellikleri medeni duruma göre değerlendirildi. Medeni durum ile cinsiyet ($p=0,193$), çalışma durumu ($p=0,981$) ve kronik hastalık ($p=0,078$) arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Medeni durum ile yaş ($p<0,001$) ve eğitim durumu ($p=0,003$) arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Yaşı 51 ve üzeri olanların %95,2'si ($n=40$) evli; 18-28 yaş arası bireylerin ise %71'i ($n=49$) bekâr idi. Bunun yanında, eğitim durumu ilköğretim ve altı olan bireylerin %79,1'i ($n=72$) evli iken; eğitim durumu lise ve üzeri olan bireylerin ise %39,1'i ($n=63$) bekâr idi.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin medeni durumlarına göre değerlendirilmesi Tablo 2’de gösterilmiştir:

Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerin medeni duruma göre değerlendirilmesi

	Evli		Bekar		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Erkek	127	65,1	68	34,9	1,692	0,193
Kadın	43	75,4	14	24,6		
Yaş grupları						
18-28 yaş	20	29,0	49	71,0	80,681	<0,001
29-39 yaş	50	67,6	24	32,4		
40-50 yaş	60	89,6	7	10,4		
≥51 yaş	40	95,2	2	4,8		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	120	67,4	58	32,6	0,001	0,981
Çalışmıyor	50	67,6	24	32,4		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	72	79,1	19	20,9	8,823	0,003
Lise ve üzeri	98	60,9	63	39,1		
Kronik hastalık						
Var	46	78,0	13	22,0	3,111	0,078
Yok	124	64,2	69	35,8		

4.3. Katılımcıların Sigara İçme Durumları

Salgında içtiği sigara sayısı değişmeyenler, tüm katılımcıların %71’ini (n=179) oluştururken; sigara sayısını azaltanlar %4,4’ünü (n=11), arttıranlar ise %24,6’sını (n=62) oluşturdu.

Tütün ürünü olarak katılımcıların %86,5’i (n=278) sadece sigara kullanırken; sigaraya ek tütün ürünü kullananların %64,7’si (n=22) nargile, %20,5’i (n=7) sarma tütün, %14,7’si (n=5) elektronik sigara kullanıyordu. Sigara harici tütün ürünü kullananların %52,9’u (n=18), salgında bu ürünleri kullanım miktarlarının değişmediğini belirtirken; %35,3’ü (n=12) arttırdığını belirtti.

Katılımcıların %86,9’u (n=219) kapalı alanda da sigara içtiklerini belirtti. Bunların %17,5’i kapalı alanda sigara içme durumunu salgın döneminde arttırırken; %11,5’i (n=29)

azalttığını belirtti. Sigara içmenin COVID-19'a yakalanma riskini arttırdığını düşünenlerin oranı %61,5 (n=155), riski etkilemediğini düşünenlerin oranı ise %23,8 (n=60) idi. Sigara içenlerin COVID-19'u ağır geçireceğini düşünenler ise katılımcıların %84,9'unu (n=214) oluştururken; %10,3'ü (n=26) riski değiştirmedikini düşünüyordu. Katılımcıların sigara içme durumları Tablo 3'te gösterilmiştir:

Tablo 3. Katılımcıların Sigara İçme Durumları

	n	%
Salgında içilen sigara sayısı		
Arttı	62	24,6
Azaldı	11	4,4
Değişmedi	179	71,0
Sigara harici tütün ürünü kullanımı		
Evet	34	13,5
Hayır	218	86,5
Sigara harici tütün ürünü adı		
Nargile	22	64,7
E-sigara	5	14,7
Sarma tütün	7	20,6
Salgında sigara harici tütün ürünü kullanımı		
Arttı	4	11,8
Azaldı	12	35,3
Değişmedi	18	52,9
Yakın çevresinde salgında tütün ve tütün ürünü kullanımına başlayan		
Var	9	3,6
Yok	243	96,4
Kapalı alanda sigara kullanımı		
Var	219	86,9
Yok	33	13,1
Salgında kapalı alanda içilen sigara sayısı		
Arttı	44	17,5
Azaldı	29	11,5
Değişmedi	179	71,0
Sigara içenlerin COVID19'a yakalanma riski		
Daha yüksektir	155	61,5
Daha azdır	37	14,7
İlişki yoktur	60	23,8
Sigara içenlerin COVID-19'u ağır geçirme riski		
Daha yüksektir	214	84,9
Daha azdır	12	4,8
İlişki yoktur	26	10,3
Toplam	252	100

4.4. Katılımcıların Sigara İçme Özelliklerinin Yaşa Göre Değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara içme özellikleri yaşa göre değerlendirildi. Ortanca yaş 37 olarak saptandı. Buna göre; sağlık kaygısı nedeniyle sigarayı bırakmak isteyenlerin %53,4'ü (n=87) 37 yaş ve üzerindeyken; hem sağlık kaygısı, hem de ekonomik kaygı nedeniyle sigarayı bırakmak isteyenlerin %55,1'i (n=49) 37 yaş altındaydı. Fakat yaş grupları ile sigarayı bırakma sebebi arasındaki ilişki (p=0,201) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Yaş grupları ile salgında içilen sigara sayısı (p=0,009), kapalı alanlarda sigara içme durumu (p=0,010) ve salgında kapalı alanlarda sigara içme durumu (p<0,001) arasındaki ilişkinin ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.

Salgında içtiği sigara sayısını arttıranların %66,1'i (n=41) 37 yaşın altında iken, azaltanların %63,6'sı (n=7) 37 yaş ve üzerinde idi. Kapalı alanda sigara içenlerin %53'ü (n=116) 37 yaş altı, kapalı alanda sigara içmeyenlerin %72,7'si (n=24) 37 yaş ve üzerindeydi. Salgında kapalı alanda içtiği sigara sayısını arttıranların %75'i (n=33) 37 yaş altında iken; azaltanların %72,4'ü (n=21) 37 yaş ve üzerindeydi. Katılımcıların yaşa göre sigara içme özellikleri Tablo 4'te değerlendirilmiştir:

Tablo 4. Katılımcıların sigara içme özelliklerinin yaşa göre değerlendirilmesi

	37 yaş altı		37 yaş ve üstü		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sigarayı bırakma sebebi						
-Sağlık kaygısı	76	46,6	87	53,4	1,637	0,201
-Sağlık + Ekonomik kaygı	49	55,1	40	44,9		
Salgında içilen sigara sayısı						
-Arttı	41	66,1	21	33,9	9,402	0,009
-Azaldı	80	44,7	99	55,3		
-Değişmedi	4	36,4	7	63,6		
Kapalı alanlarda sigara içme durumu						
-Hayır	9	27,3	24	72,7	6,581	0,010
-Evet	116	53,0	103	47,0		
Salgında kapalı alanda sigara içme durumu						
-Arttı	33	75,0	11	25,0	18,212	<0,001
-Azaldı	8	27,6	21	72,4		
-Değişmedi	84	46,9	95	53,1		

4.5. Katılımcıların Sigara İçme Özelliklerinin Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Katılımcıların sigara içme özellikleri cinsiyete göre değerlendirildi. Buna göre; cinsiyet ile sigarayı bırakma sebebi (p=1,000), salgın döneminde içilen sigara sayısı (p=0,079), kapalı alanlarda sigara içme durumu (p=0,186) ve salgın döneminde kapalı

alanlarda sigara içme durumu ($p=0,676$) arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, sağlık kaygısının erkeklerde sigara bırakma sebebi olarak kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sigarayı bırakma sebebini 42 kişi belirtmemiştir. Sigara içme özelliklerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi Tablo 5'te gösterilmiştir:

Tablo 5. Sigara içme özelliklerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi

	Erkek		Kadın		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Sigarayı bırakma sebebi*								
Sağlık kaygısı	127	77,9	36	22,1	163	100,0	<0,001	1,000
Sağlık+ekonomik	36	76,6	11	23,4	47	100,0		
Salgında içilen sigara sayısı								
Arttı	42	67,7	20	32,3	62	100,0	5,084	0,079
Azaldı	10	90,9	1	9,1	11	100,0		
Değişmedi	143	79,9	36	20,1	179	100,0		
Kapalı alanda sigara içme durumu								
Hayır	29	87,9	4	12,1	33	100,0	1,751	0,186
Evet	166	75,8	53	24,2	219	100,0		
Salgında kapalı alanda sigara içme durumu								
Arttı	36	81,8	8	18,2	44	100,0	0,782	0,676
Azaldı	23	79,3	6	20,7	29	100,0		
Değişmedi	136	76,0	43	24,0	179	100,0		

*Bu soruya toplam 210 kişi yanıt vermiştir.

4.6. Katılımcıların Sigara İçme Özelliklerinin Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Medeni durum ile sigarayı bırakma sebebi ($p=1,000$), salgında içilen sigara sayısındaki değişim ($p=0,176$), sigara harici ürün kullanım durumu ($p=0,176$), sigara harici ürünün adı ($p=0,659$) ve kapalı alanda sigara içme durumu ($p=0,091$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken; medeni durum ile salgında kapalı alanda sigara içme durumu ($p=0,002$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Salgında kapalı alanda içtiği sigara sayısını azaltanların %86,2'si ($n=25$) evli; arttıranların ise %52,3'ü ($n=23$) bekâr idi.

Tablo 6'da katılımcıların sigara içme özellikleri medeni duruma göre değerlendirilmiştir:

Tablo 6. Sigara içme özelliklerinin medeni duruma göre değerlendirilmesi

	Evli		Bekar		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Sigarayı bırakma sebebi								
Sağlık	110	67,5	53	32,5	163	100	<0,001	1,000
Sağlık+ekonomi	32	68,1	15	31,9	47	100		
Salgında içilen sigara sayısı								
Arttı	36	58,1	26	41,9	62	100	3,477	0,176
Azaldı	7	63,6	4	36,4	11	100		
Değişmedi	127	70,9	52	29,1	179	100		
Sigara harici ürün kullanımı								
Evet	19	55,9	15	44,1	34	100	1,829	0,176
Hayır	151	69,3	67	30,7	218	100		
Sigara harici ürün adı								
Nargile	12	54,5	10	45,5	22	100	1,978	0,659
E-sigara	2	40,0	3	60	5	100		
Sarma tütün	5	71,4	2	28,6	7	100		
Kapalı alanda sigara içme durumu								
Evet	143	65,3	76	34,7	217	100	2,853	0,091
Hayır	27	81,8	6	18,2	33	100		
Salgında kapalı alanda sigara içme durumu								
Arttı	21	47,7	23	52,3	44	100	12,936	0,002
Azaldı	25	86,2	4	13,8	29	100		
Değişmedi	124	69,3	55	30,7	179	100		

4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre COVID-19 Geçirme Durumu

Sosyodemografik özelliklere göre COVID-19 geçirme durumu değerlendirildiğinde; cinsiyet ($p=0,149$), yaş grupları ($p=0,898$), eğitim durumu ($p=0,574$), çalışma durumu ($p=0,247$) ve kronik hastalık geçirme durumu ($p=0,083$) ile COVID-19 geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Bunun yanında medeni durum ($p=0,017$) ile COVID-19 geçirme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. Evli bireylerin %18,2'si ($n=31$) COVID-19 geçirdiğini bildirirken, bekârların %6,1'i ($n=5$) COVID-19 geçirdiğini belirtti. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 geçirme durumu Tablo 7'de gösterilmiştir:

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre COVID-19 geçirme durumu

	COVID-19 geçiren		COVID-19 geçirmeyen		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Erkek	24	12,3	171	87,7	195	100	2,807	0,149
Kadın	12	21,1	45	78,9	57	100		
Yaş grupları								
<37 yaş	17	13,6	108	86,4	125	100	0,017	0,898
≥37 yaş	19	15,0	108	85,0	127	100		
Medeni durum								
Evli	31	18,2	139	81,8	170	100	5,701	0,017
Bekâr	5	6,1	77	93,9	82	100		
Eğitim durumu								
İlköğretim ve altı	15	16,5	76	83,5	91	100	0,316	0,574
Lise ve üzeri	21	13,0	140	87,0	161	100		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	22	12,4	156	87,6	178	100	1,340	0,247
Çalışmıyor	14	18,9	60	81,1	74	100		
Kronik hastalık								
Var	13	22,0	46	78,0	59	100	2,996	0,083
Yok	23	11,9	170	88,1	193	100		

4.8. Katılımcıların COVID-19 ile İlgili Özelliklerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan bireylerin medeni durumu ile COVID-19’lu iken oksijen desteği ihtiyacı olup olmaması durumu ($p=0,347$), yakınlarını COVID-19 nedeniyle kaybetme durumu ($p=0,391$) ve pandemi dönemindeki gelir durumu ($p=0,367$) arasında anlamlı fark saptanmadı.

Medeni durum ile COVID-19 geçirme durumu arasında ($p=0,017$) ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. COVID-19 geçirenlerin %86,1’i ($n=31$) evli iken; hastalığı geçirmeyenlerin %35,6’sı ($n=77$) bekâr idi. Tablo 8’de COVID-19 ile ilgili özellikler medeni duruma göre karşılaştırılmıştır:

Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 geçirme durumunun medeni durumla ilişkisi

	Evli		Bekar		χ^2	p
	n	%	n	%		
COVID-19 geçirme durumu						
Evet	31	86,1	5	13,9	5,701	0,017
Hayır	139	64,4	77	35,6		
COVID-19’lu iken						
Oksijen aldı	3	100	0	0,0	0,885	0,347
Oksijen almadı	30	85,7	5	14,3		
Yakınını COVID-19 nedeniyle kaybetme durumu						
Evet	32	61,5	20	38,5	0,734	0,391
Hayır	138	69,0	62	31,0		
COVID-19 döneminde gelir durumu						
Arttı	5	50,0	5	50,0	2,005	0,367
Azaldı	82	70,7	34	29,3		
Değişmedi	83	65,9	43	34,1		

4.9. BDÖ ve FNBT skorlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması

Bireylerin FNBT puanı ortalama $6,24 \pm 2,29$ olarak, BDÖ skoru ise ortalama $11,94 \pm 9,52$ puan olarak hesaplandı. Katılımcıların BDÖ ve FNBT skorları sosyodemografik verilerle karşılaştırıldı. Buna göre; BDÖ ve FNBT skorları ile yaş grupları ($p=0,081$) ve salgın döneminde içilen sigara sayısı ($p=0,438$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, BDÖ ile cinsiyet ($p=0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. BDÖ skoru kadınlarda $15,56 \pm 10,54$ puan, erkeklerde $10,88 \pm 8,96$ puan olarak hesaplandı. FNBT ile cinsiyet ($p=0,366$) arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı değildi. BDÖ ve FNBT skorları ile çalışma durumu ($p=0,022$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Çalışan grupta BDÖ skoru $10,10 \pm 7,58$ iken, çalışmayanlarda $16,35 \pm 12,01$ olarak hesaplandı. Bunun yanında FNBT puanı çalışan grupta $6,45 \pm 2,22$ iken, çalışmayanlarda $5,73 \pm 2,38$ olarak hesaplandı. BDÖ ve FNBT skorlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir:

Tablo 9. BDÖ ve FNBT skorlarının sosyodemografik verilere göre karşılaştırılması

	BDÖ (Ort ±SD)	t/F	p	FNBT (Ort ±SD)	t/F	p
Cinsiyet*						
Erkek	10,88±8,96	2,590	0,001	6,31±2,29	0,866	0,366
Kadın	15,56±10,54			6,00±2,31		
Yaş grupları*						
<37 yaş	12,09±8,86	0,997	0,798	6,49±2,02	6,644	0,081
≥37 yaş	11,79±10,16			5,99±2,52		
Çalışma durumu*						
Çalışıyor	10,10±7,58	27,56	<0,001	6,45±2,22	0,185	0,022
Çalışmıyor	16,35±12,01			5,73±2,38		
Salgında sigara içme sayısı**						
Arttı	14,42±12,19	3,014	0,051	6,46±2,22	0,828	0,438
Azaldı	9,45±7,31			5,54±2,84		
Değişmedi	11,23±8,42			2,28±0,17		

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

*Student's-t testi

**Oneway ANOVA testi

4.10. ACRÖ Dağılımı

Çalışmaya katılanların bilişsel ACRÖ puanı 11,42±3,97 (min:4, maks:20), duygusal ACRÖ puanı 14,79±4,75 (min:4, maks:20), toplam ACRÖ puanı 26,21±7,35 (min:8, maks:40) idi. Katılımcıların risk algılarına bakıldığında; %29'u (n=73) Koronavirüs'e yakalanmaktan, %51,2'si (n=129) aile bireylerinden birinin Koronavirüs'e yakalanmasından, %52,4'ü de (n=132) Koronavirüs'ün büyük bir sağlık sorunu hâline gelmesinden oldukça endişe duyuyordu.

Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir:

Tablo 10. ACRÖ dağılımı

	Uzak bir ihtimal				Büyük ihtimal
	1	2	3	4	5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Sizce Koronavirüs'e yakalanma ihtimaliniz nedir?	41 (16,3)	29 (11,5)	89 (35,3)	33 (13,1)	60 (23,8)
2. Kendinizi diğer insanlar ile karşılaştırdığınızda, Koronavirüs'e yakalanma ihtimaliniz nedir?	37 (14,7)	54 (21,4)	86 (34,1)	35 (13,9)	40 (15,9)
3. Diğer hastalıklara yakalanma ihtimaliniz nedir? (örneğin. SARS, kanser, kalp krizi)	54 (21,4)	49 (19,4)	76 (30,2)	47 (18,7)	26 (10,3)
4. Sizce Koronavirüs'ten dolayı ölme ihtimaliniz nedir?	70 (27,8)	54 (21,4)	73 (29,0)	32 (12,7)	23 (9,1)
5. Koronavirüs'e yakalanmaktan endişe ediyor musunuz?	67 (26,6)	32 (12,7)	48 (19,0)	32 (12,7)	73 (29,0)
6. Ailenizden birinin Koronavirüs'e yakalanmasından endişe ediyor musunuz?	25 (9,9)	17 (6,7)	29 (11,5)	52 (20,6)	129 (51,2)
7. Bulunduğunuz bölgede Koronavirüs'un yayılmasından endişe ediyor musunuz?	28 (11,1)	24 (9,5)	42 (16,7)	43 (17,1)	115 (45,6)
8. Koronavirüs'un büyük bir sağlık sorunu haline gelmesinden endişe ediyor musunuz?	23 (9,1)	13 (5,2)	34 (13,5)	50 (19,8)	132 (52,4)

4.11. Katılımcıların ACRÖ Özellikleri

Çalışmada yer alan bireylerin Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği bilişsel boyutunun puan ortalaması $11,42 \pm 3,97$, duygusal boyutunun puan ortalaması $14,79 \pm 4,75$ ve Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği toplam puan ortalaması $26,21 \pm 7,35$ olarak hesaplandı. Katılımcıların ACRÖ puan ortalamaları ve Cronbach α değerleri Tablo 11'de gösterilmiştir:

Tablo 11. Katılımcıların ACRÖ puan ortalamaları ve Cronbach α değerleri

	Ort $\pm$ SS	Ortanca (Min.-Maks.)	Cronbach α
Bilişsel ACRÖ	11,42 $\pm$ 3,97	12,00 (4-20)	0,773
Duygusal ACRÖ	14,79 $\pm$ 4,75	16,00 (4-20)	0,864
ACRÖ toplam	26,21 $\pm$ 7,35	28,00 (8-40)	0,835

I. Katılımcıların FNBT ve BDÖ Skorlarının ACRÖ Skorları ile Korelasyonu

Katılanların toplam ACRÖ puanı ile FNBT skoru arasındaki korelasyon incelendiğinde; pozitif yönde, zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,147$) ($p=0,019$). Toplam ACRÖ puanı ile BDÖ skoru arasında ise yine pozitif yönde, zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=0,126$) ($p=0,046$).

FNBT ve BDÖ skorlarının ACRÖ skorları ile korelasyonu Tablo 12’de gösterilmiştir:

Tablo 12. FNBT ve BDÖ Skorlarının ACRÖ Skorları ile Korelasyonu

		1	2	3	4	5
1.FNBT	r	1				
	p					
2.BDÖ	r	0,050	1			
	p	0,432				
3.Bilişsel ACRÖ	r	0,091	0,126*	1		
	p	0,152	0,046			
4.Duygusal ACRÖ	r	0,153*	0,090	0,419**	1	
	p	0,015	0,154	0,000		
5.ACRÖ toplam	r	0,147*	0,126*	0,810**	0,871**	1
	p	0,019	0,046	0,000	0,000	

ACRÖ: Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

*Korelasyon $p=0,05$ düzeyinde önemli

**Korelasyon $p=0,01$ düzeyinde önemli

4.12. Risk Algısı Ölçeği ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırma Puanları

Katılımcıların cinsiyetleri ($p=0,994$), medeni durumları ($p=0,525$), çalışma durumları ($p=0,819$) ve eğitim durumları ($p=0,425$) ile Bilişsel ACRÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmazken; yaş grupları ($p=0,008$) ve kronik hastalığa sahip olma durumları ($p=0,010$) ile Bilişsel ACRÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olduğu saptandı.

Ortanca yaş değeri olan 37 yaş ve üzerindeki Bilişsel ACRÖ puanları ($12,08 \pm 4,10$), 37 yaş altındakilerin ($10,76 \pm 3,72$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,008$). Kronik hastalığa sahip olan bireylerin Bilişsel ACRÖ puanları ($12,58 \pm 3,77$), kronik hastalığı olmayanların ($11,06 \pm 3,98$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,010$).

Katılımcıların yaş grupları ($p=0,565$), medeni durumları ($p=0,719$), çalışma durumları ($p=0,944$), eğitim durumları ($p=0,063$) ve kronik hastalığa sahip olma durumları ($p=0,422$), ile Duygusal ACRÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmazken; cinsiyetleri ($p=0,017$) ile Duygusal ACRÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Kadın katılımcıların Duygusal ACRÖ puanları ($16,11 \pm 4,66$), erkeklerin ($14,41 \pm 4,71$) göre anlamlı şekilde yüksekti. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların Duygusal ACRÖ puanları ($15,53 \pm 4,87$) lise ve üzeri olanlarınkinden ($14,37 \pm 4,63$) yüksek olsa da, bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildi.

Katılımcıların cinsiyetlerine ($p=0,126$), yaş gruplarına ($p=0,072$), medeni durumlarına ($p=0,565$), çalışma durumlarına ($p=0,938$), eğitim durumlarına ($p=0,099$) ve kronik hastalığa sahip olma durumlarına ($p=0,057$) göre ACRÖ toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı değildi.

Risk Algısı Ölçeği ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırma puanları Tablo 13'te belirtilmiştir:

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin risk algısı ölçeği ile karşılaştırılması

	Bilişsel ACRÖ			Duygusal ACRÖ			Toplam ACRÖ		
	Ort±SD	t	p	Ort±SD	t	p	Ort±SD	t	p
Cinsiyet									
Erkek	11,43±3,98	0,008	0,994	14,41±4,71	-2,402	0,017	25,83±7,42	-1,536	0,126
Kadın	11,42±3,96			16,11±4,66			27,53±7,00		
Yaş grupları									
<37 yaş	10,76±3,72	-2,668	0,008	14,62±4,65	-0,576	0,565	25,38±6,91	-1,804	0,072
≥37 yaş	12,08±4,10			14,96±4,85			27,04±7,70		
Medeni durum									
Evli	11,54±4,13	0,636	0,525	14,86±4,84	0,361	0,719	26,40±7,74	0,577	0,565
Bekar	11,20±3,62			14,63±4,57			25,83±6,50		
Çalışma durumu									
Çalışıyor	11,39±3,81	0,229	0,819	14,80±4,63	-0,071	0,944	26,19±7,19	0,078	0,938
Çalışmıyor	11,51±4,36			14,76±5,05			26,27±7,78		
Eğitim durumu									
İlköğretim ve altı	11,70±4,38	0,800	0,425	15,53±4,87	1,865	0,063	27,23±8,01	1,656	0,099
Lise ve üzeri	11,27±3,72			14,37±4,63			25,64±6,91		
Kronik Hastalık									
Var	12,58±3,77	2,596	0,010	15,22±4,43	0,804	0,422	27,80±7,24	1,915	0,057
Yok	11,06±3,98			14,65±4,85			25,71±7,35		

ACRÖ: Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği

4.13. Katılımcıların COVID-19 ile İlgili Özelliklerinin Risk Algısı Ölçeği ile Karşılaştırılması

Katılımcıların yakınlarını COVID-19 nedeniyle kaybetme durumları ($p=0,197$) ve COVID-19'lu iken oksijen desteği ihtiyaçları olup olmama durumları ($p=0,624$) ile Bilişsel ACRÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmazken; COVID-19 geçirme durumları ile Bilişsel ACRÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. COVID-19 geçirmiş olanların Bilişsel ACRÖ puanları ($12,69\pm3,96$), geçirmeyenlerinkine ($11,21\pm3,94$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,038$). Bunun yanında,

pandemi döneminde geliri artanların Bilişsel ACRÖ puanı ($14,60 \pm 3,31$), geliri değişmeyenlerinkine ($10,97 \pm 4,00$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,014$).

Bireylerin COVID-19 geçirme durumları ($p=0,154$), yakınlarını COVID-19 nedeniyle kaybetme durumları ($p=0,745$) ve COVID-19'lu iken oksijen desteğine ihtiyaçları olup olmama durumları ($p=0,878$) ile Duygusal ACRÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Pandemi döneminde geliri artanların Duygusal ACRÖ puan ortalamaları ($18,50 \pm 1,84$) ise değişmeyenlerinkine ($14,02 \pm 5,14$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,011$).

Yakınlarını COVID-19 nedeniyle kaybetme durumları ($p=0,288$) ve COVID-19'lu iken oksijen desteğine ihtiyaçları olup olmama durumları ($p=0,827$) ile ACRÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. COVID-19 geçirme durumu ile toplam ACRÖ puan ortalaması arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu. COVID-19 geçirenlerin ACRÖ toplam puanları ($28,53 \pm 6,78$), geçirmeyenlerinkine ($25,83 \pm 7,39$) göre anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,041$). Ayrıca pandemi döneminde ailesinin toplam geliri artanların ACRÖ toplam puanları, azalanlarinkine ($p=0,027$) ve değişmeyenlerinkine ($p=0,002$) göre anlamlı şekilde yüksekti.

Katılımcıların COVID-19 ile ilgili özelliklerinin ACRÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir:

Tablo 14. Katılımcıların COVID-19'a bağlı durumlarının risk algısı ölçeği ile karşılaştırılması

Bilişsel ACRÖ				Duygusal ACRÖ			Toplam ACRÖ		
	Ort±SD	t/F	p	Ort±SD	t/F	p	Ort±SD	t/F	p
COVID-19 geçirme durumu*									
Evet	12,69±3,96	-2,086	0,038	15,83±4,56	-1,428	0,154	28,53±6,78	-2,052	0,041
Hayır	11,21±3,94			14,62±4,76			25,83±7,39		
Yakınını COVID-19 nedeniyle kaybetme durumu*									
Evet	12,06±3,63	-1,292	0,197	14,98±3,98	-0,325	0,745	27,04±5,81	-1,068	0,288
Hayır	11,26±4,05			14,74±4,93			26,00±7,70		
COVID-19'lu iken*									
Oksijen aldı	11,67±7,23	-0,494	0,624	14,67±9,24	-0,173	0,878	26,33±14,57	-0,247	0,827
Oksijen almadı	12,83±3,62			15,60±4,38			28,43±6,14		
COVID-19 döneminde gelir durumu**									
Azaldı (a)	11,65±3,87	4,322	0,014 (bc)	15,30±4,25	5,569	0,011 (bc)	26,95±6,65	7,026	0,002 (bc)
Arttı (b)	14,60±3,31			18,50±1,84			33,10±4,28		
Değişmedi (c)	10,97±4,00			14,02±5,14			24,99±7,79		

ACRÖ: Algılanan COVID-19 Risk Ölçeği

*Student's-t testi

** Oneway ANOVA testi

5. TARTIŞMA

Tütün ve tütün ürünleri; içindeki nikotin maddesi sebebiyle bağımlılık yapan, mortalitenin ve morbiditenin en önemli nedenlerinden olup, önlenebilir bir sağlık sorunudur (2, 3). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de tütün bağımlılığıyla savaşılmakta ve sigara bırakma poliklinikleri bu konuda hizmet vermektedir. COVID-19 pandemisi tüm dünyayı etkisi altına alırken bireyleri sağlık, sosyal, ekonomik ve psikolojik başta olmak üzere birçok açıdan etkilemiştir. Risk algısı, insanların sağlığını koruması için gerekli önlemleri alma isteğini belirleyen önemli faktörlerden biridir. Kişinin risk anlayışı, COVID-19 gibi öngörülemeyen tehlike durumlarındaki davranışlarına yön verebilir (9). Pandemi ile ilgili çalışmalarda; algılanan riskin endişe, anksiyete(10), COVID-19'dan korunmak için sergilenen davranışlar, sağlık şartları, sıkıntılar, zorluklarla başa çıkma stratejileri ve sosyoekonomik statü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (10).

Tedavi arayışındaki tütün bağımlılarının COVID-19 pandemisi sırasındaki tutumlarını belirlemek pandeminin tütün bağımlılığına etkisini değerlendirmede önemli olacaktır. Literatür taraması yapıldığında bu konuda çalışmalar mevcut iken, tütün bağımlılarının algıladıkları COVID-19 riskinin tedaviye etkisine dair yeterli çalışma bulunmamaktadır. Sunulan çalışmadaki tütün bağımlılarının algılanan COVID-19 riskine yönelik tutumlarını belirlemenin çalışmanın güçlü yanı olduğunu düşünmekteyiz.

DSÖ tarafından 2017'de gerçekleştirilen Türkiye Hane Halkı Araştırması'nda tütün ürünleri kullanım sıklığı erkeklerde kadınlara oranla yüksek bulunmuştur (20). Kutlu ve ark. (2009) tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ile ilgili yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığının erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre belirgin şekilde fazla olduğunu tespit etmişlerdir (84). Marakoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada da sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerin çoğunluğunun erkek olduğu bildirilmiştir (85). Sunulan çalışmada da benzer şekilde sigara bırakma polikliniğine başvuran erkeklerin sayısının, kadınlarınkinden fazla olduğu tespit edildi. Türkiye'de sigara kullanma alışkanlığı olan erkeklerin sayısının kadınlarınkinden çok daha fazla olduğu düşünüldüğünde, sigara bırakma polikliniklerine de erkeklerin daha çok başvurması beklenen sonuçlardandı.

Sunulan çalışmada katılımcılardan eğitim durumu ilköğretim ve altı olan bireylerin medeni durumları ile eğitim durumu lise ve üzeri olan bireylerin medeni durumları kıyaslandığında, evli olma oranları ilköğretim ve altı olan bireylerde daha yüksek tespit edildi.

Yaşar ve ark. (2021) yapmış oldukları nitel bir çalışmada, bireylerin eğitim durumu yükseldikçe evlenme yaşının artması gerektiğini düşünenlerin oranı yüksek bulunmuştur. (86). Çalışmamızda bu konuda elde edilen veriler paralel bulunmuştur.

Yapılan çalışmada katılımcıların salgın döneminde sigara ile ilgili alışkanlıklarındaki değişiklikler sorgulanmıştır. Katılımcıların yarıdan fazlası, sigara içmenin COVID-19'a yakalanma riskini artırdığını ve yaklaşık %85'i sigara içenlerin COVID-19'u ağır geçireceğini düşündüklerini ifade etmesine rağmen, salgın döneminde yaklaşık %70'inin günlük içtiği sigara sayısının değişmediği tespit edildi. Hatta her dört kişiden birisi salgın döneminde içtiği sigara sayısının arttığını belirtti.

Başer ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada, yaş ilerledikçe sigara içmenin azaldığı, sigarayı bırakmanın arttığı görülmüştür. Bu durumun, sigaraya bağlı rahatsızlıkların yaş ilerledikçe kendini göstermesi ile ilgili olduğu düşünülmüştür. (87). Çan ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada 40 yaş ve üzeri bireylerin sigarayı azalttığı görülmüştür (88). Hassoy ve ark. (2020) tarafından bir devlet hastanesinde hemşirelerle yapılan çalışmada ise 40 yaş üstü hemşirelerin daha fazla sigara kullandığı görülürken, bu durumun hemşirelerin çalıştığı birim ile de ilgili olabileceği düşünülmüştür. (89). Sunulan çalışmada 37 yaş ve üzeri bireylerin salgın döneminde sigarayı azalttıkları görülmektedir. Algılanan COVID-19 riskinin bilişsel boyutunun 37 yaş ve üzeri bireylerde 37 yaş altına göre, kronik hastalığa sahip olanlarda da kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla olduğu da göz önünde bulundurulduğunda, sigara nedeniyle ortaya çıkan kronik hastalıkların ve sigaranın COVID-19 sürecine etkisinin ileri yaştaki bireylerde daha fazla kaygı oluşturduğu için bu sonucun ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

Katılımcıların yaklaşık %90'ı kapalı alanlarda sigara içtiklerini belirtirken, salgın döneminde her on kişiden sadece birisi kapalı alanda sigara içmeyi azaltmıştı. Carreras ve ark. (2021) salgın nedeniyle kısıtlamalar döneminde İtalya'da yaptıkları çalışmada katılımcıların zamanlarının çoğunun evde geçmesi, artan zihinsel monotonluk, anksiyete, ekonomik sebepler gibi nedenler neticesinde sigara içiminin arttığını tespit etmişlerdir (90). Malta DC ve ark. (2021) Brezilya'da pandemi döneminde yaptıkları çalışmada aile üyelerinden ayrı kaldığını hisseden, depresif ve endişeli olduklarını hisseden bireylerde, sigara tüketiminde artış olduğunu saptamışlardır (91). Rahman MA. ve ark. (2020) Avustralya'da yaptıkları çalışmada sigara içen katılımcıların %42,4'ünün son bir aylık dönemde içilen sigara sayılarını artırdığı tespit edilmiştir. Çalışmada sigara tüketimini artıranların psikolojik sıkıntı

olasılığının daha fazla olduğunu saptamışlardır (92). Örnekleri verilen çalışmalarda kültürler arası farklılıklar olmasına rağmen benzer sonuçların elde edilmesinde nikotin bağımlılarının nikotini stres ile baş etmek için kullandıklarını düşünmekteyiz.

Sunulan çalışmada medeni durum ile COVID-19 geçirme durumu arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Evli bireylerin COVID-19 geçirme oranı bekâr bireylerden daha fazlaydı fakat medeni durum ile algılanan COVID-19 riski puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Evli olanların salgın döneminde kapalı alanlarda sigara içme durumuna daha çok dikkat ettikleri tespit edildi. Dinç ve ark. (2021), sağlık çalışanlarının COVID-19 ve koruyucu önlemler hakkında bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili çalışmada evli olan sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalığına bekâr olanlardan daha fazla yakalandıklarını tespit etmişlerdir (93).

Ünal S. ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada depresif belirtilerle hekimlere başvuran kadınların sayıca erkeklerden fazla olduğunu ve kadın olmanın depresyonda önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamıştır (94). Kutlu ve ark. (2009) tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı depresif belirti ve sigara içme sıklığı ile ilgili çalışmada hafif ve orta düzeyde depresif belirtileri, kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha fazla gösterdiğini saptamışlardır (84). Sunulan çalışmada ise Beck depresyon skoru ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup kadın katılımcıların depresif duygu durumunun erkeklere göre daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir. Yıllar geçmesine rağmen güncel psikiyatri kaynakları incelendiğinde hala kadın cinsiyetin depresyonda erkek cinsiyete göre daha riskli olduğu belirtilmektedir (94, 95).

Türk ve ark. (2021) yaptığı çalışmada katılımcıların cinsiyet değişkenine göre bilişsel algılanan COVID-19 riskinin ve duygusal algılanan COVID-19 riskinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır (96). Sunulan çalışmada ise katılımcıların bilişsel algılanan COVID-19 riskinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı farkı saptanmazken, duygusal algılanan COVID-19 riskinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalarda duygusal algılanan COVID-19 riskinin kadınlarda yüksek olmasının, kadınların genel olarak yapı itibarıyla erkeklerden daha duygusal karakterde olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran tedavi arayışındaki tütün bağımlılarında COVID-19 pandemi sürecinin etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada 252 kişinin verileri analiz edildi;

- Bireylerin %77,4'ü (n=195) erkek, %22,6'sı (n=57) kadındı. Evli bireylerin oranı %67,5 (n=170) iken, bekârların oranı %32,5 (n=82) idi.
- Eğitim durumlarına bakıldığında; %1,2'si (n=3) okur yazar değil, %34,9'u (n=88) ilköğretim mezunu, %30,2'si (n=76) lise mezunu, %33,7'si (n=85) üniversite mezunuydu.
- En az bir kronik hastalığa sahip olanlar %23,4'lük (n=59) kısmı oluştururken, %76,6'lık (n=193) kısmın herhangi bir kronik hastalığı yoktu.
- Yaşı 51 ve üzeri olanların %95,2'si (n=40) evli; 18-28 yaş arası bireylerin ise %71'i (n=49) bekârdı. Bunun yanında, eğitim durumu ilköğretim ve altı olan bireyler, eğitim durumu lise ve üzeri olan bireylere göre evlenme oranları fazla bulundu.
- Salgında içtiği sigara sayısı değişmeyenler, tüm katılımcıların %71'ini (n=179) oluştururken; sigara sayısını azaltanlar %4,4'ünü (n=11), arttıranlar ise %24,6'sını (n=62) oluşturuyordu.
- Katılımcıların %86,9'u (n=219) kapalı alanda da sigara içtiklerini belirtti. Kapalı alanda sigara içme durumunu salgın döneminde arttıranlar %17,5'lik (n=44) kesimi oluştururken; %11,5'i (n=29) azalttığını belirtti.
- Katılımcıların büyük çoğunluğu sigara içmenin COVID-19'a yakalanma riskini ve COVID-19'u ağır geçirme riskini artırdığını belirtmişlerdi.
- Medeni durum ile COVID-19 geçirme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. Evli bireylerin %18,2'si (n=31) COVID-19 geçirdiğini bildirirken, bekârların %6,1'i (n=5) COVID-19 geçirdiğini belirtmişti.
- Beck depresyon skoru kadınlarda ve çalışan grupta daha yüksek tespit edildi.
- Nikotin bağımlılığının çalışan grupta daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Katılımcıların risk algılarına bakıldığında; %29'u (n=73) korona virüse yakalanmaktan, %51,2'si (n=129) aile bireylerinden birinin korona virüse yakalanmasından, %52,4'ü de (n=132) korona virüsün büyük bir sağlık sorunu hâline gelmesinden oldukça endişe duyuyordu.

- Katılımcıların bilişsel ACRÖ değeriendirildiğinde; yaşlı olanların ve kronik hastalığı olanların bilişsel ACRÖ puanları yüksek bulundu.
- Katılımcıların duygusal ACRÖ değeriendirildiğinde; kadınların duygusal ACRÖ puanları yüksek tespit edildi.
- COVID-19 geçiren katılımcıların bilişsel ACRÖ ve toplam ACRÖ puanları yüksek olarak saptandı.



7. ÖNERİLER

Tütün bağımlılığının tüm toplumlarda topyekün savaş gerektiren bir konu olduğu unutulmamalı ve COVID-19 pandemisi sürecinde bu savaş göz ardı edilmemelidir.

Salgın döneminde halk sağlığı kampanyalarıyla sigarayı bırakmanın önemi daha fazla vurgulanmalıdır.

Pandemi döneminde sosyal izolasyonun sigara içme ihtiyacını arttırarak psikolojik sıkıntıların artmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu süreci daha kolay atlatabilmek için psikososyal programların geliştirilmesi gerekmektedir.

Salgın ile mücadelede ve salgın döneminde sigara ile mücadelede sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu konuda özellikle aile hekimlerinin daha etkin rol oynaması sağlanmalıdır.

COVID-19 pandemisinin etkileri değerlendirilirken tedavi arayışındaki tütün bağımlılarının üzerindeki etkileriyle ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

COVID-19'un bireylerdeki risk algısı konusu dikkatle irdelenmeli ve bu algının tedavi arayışındaki tütün bağımlılarının üzerindeki etkileri tespit edilip, konuyla ilgili önlemler alınmalıdır.

8.KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2021). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing new and emerging products. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf>. Erişim tarihi: 28.10.2021
2. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA. 2000 Jun 28;283(24):3244-54. PMID: 10866874.
3. World Health Organization. (2017). The world health report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Vv-rOQZs_e0C&oi=fnd&pg=PR7&dq=The+world+health+report+2003:+shaping+the+future.+Geneva:+World+Health+Organization&ots=2BnXhVc6fe&sig=qE8VWQVvIKww-286uDXyRrPtJII&redir_esc=y#v=onepage&q=The%20world%20health%20report%202003%3A%20shaping%20the%20future.%20Geneva%3A%20World%20Health%20Organization&f=false. Erişim tarihi: 28.10.2021
4. Aslan D, Bilir N, Dilbaz H, Kılınç O, Örsel O, Özcebe L, et al. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. 2010.
5. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2018 Dec 25;72(25):3332-3365. doi: 10.1016/j.jacc.2018.10.027.
6. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, Felix SEB, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance—United States, January 22–may 30, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020;69(24):759.
7. Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection, Erişim adresi: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/> Erişim tarihi: 01.01.2022
8. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. Jama. 2020;323(16):1610-2.

9. Yıldırım M, Güler A. Factor analysis of the COVID-19 Perceived Risk Scale: A preliminary study. *Death Stud.* 2022;46(5):1065-1072.
10. Kwok K, Li K, Chan H, Yi Y, Tang A, Wei W, et al. Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: Risk perception, information exposure and preventive measures. *MedRxiv*, 2020.02. 26.20028217.
11. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research.* 2020;287:112934.
12. Gerhold L. (2020, March 25). COVID-19: Risk perception and Coping strategies. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
13. Yıldırım M, Geçer E, Akgül Ö. The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychol Health Med.* 2021 Jan;26(1):35-43. doi: 10.1080/13548506.2020.1776891.
14. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry research.* 2020;288:112958.
15. Fidancı İ, Aksoy H, Yengil Tacı D, Ayhan Başer D, Cankurtaran M. Evaluation of the effect of the Covid-19 pandemic on smoking addiction levels. *Int J Clin Pract.* 2021 May;75(5):e14012. doi: 10.1111/ijcp.14012.
16. Sesli M, Yeğenoğlu ED. Tobacco in the Historical Process. *Science, Ecology and Engineering Research in the Globalizing World.* 2018:146.
17. Gately I. Tobacco: a cultural history of how an exotic plant seduced civilization: Open Road+ Grove/Atlantic; 2007.
18. Hanafin J, Clancy L. History of tobacco production and use. *The Tobacco Epidemic.* 42: Karger Publishers; 2015. p. 1-18.
19. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. *Güncel Göğüs Hast Serisi* [Internet]. 2016;4(1):27-31.
20. Üner S, Balcılar M, & Ergüder T (2018). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.
21. Sağlık Bakanlığı T.C.. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2014(948).
22. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A

systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet.

2017;389(10082):1885-906.

23. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Erişim adresi:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>. Erişim tarihi: 20.12.2021

24. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine.

Pharmacol Rep. 2005;57(2):143-53.

25. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.

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

27. Nakanishi K, Nishida M, Harada M, Ohama T, Kawada N, Murakami M, et al. Klotho-related molecules upregulated by smoking habit in apparently healthy men: a cross-sectional study. Scientific reports. 2015;5(1):1-9.

28. Lam-Rachlin J, Romero R, Korzeniewski SJ, Schwartz AG, Chaemsaitong P, Hernandez-Andrade E, et al. Infection and smoking are associated with decreased plasma concentration of the anti-aging protein, α -klotho. J Perinat Med. 2013;41(5):581-94. doi: 10.1515/jpm-2013-0084.

29. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence. Respir Care. 2000 Oct;45(10):1200-62.

30. Şengezer T. Sigara Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yöntemler. Göğüs Hastalıkları.108.

31. George TP. Nicotine and tobacco. Goldman's Cecil Medicine: Elsevier; 2012. p. 142-6.

32. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M. COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları. 2020(34).

33. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. J Med Virol. 2020;92(4):418-423. doi: 10.1002/jmv.25681. Epub 2020. Erratum in: J Med Virol. 2020;92(10):2249.

34. Su S, Wong G, Shi W, Liu J, Lai ACK, Zhou J, et al. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. Trends Microbiol. 2016 Jun;24(6):490-502. doi: 10.1016/j.tim.2016.03.003.

35. Fung TS, Liu DX. Human Coronavirus: Host-Pathogen Interaction. *Annu Rev Microbiol.* 2019;73:529-557. doi: 10.1146/annurev-micro-020518-115759.
36. Zaki AM, van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *N Engl J Med.* 2012 Nov 8;367(19):1814-20. doi: 10.1056/NEJMoa1211721.
37. Zhong N, Zheng B, Li Y, Poon L, Xie Z, Chan K, et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *The Lancet.* 2003;362(9393):1353-8.
38. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022
39. Rajnik M, Cascella M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *Uniformed Services University Of The Health Sciences*; 2021.
40. Ahmad FB, Cisewski JA, Miniño A, Anderson RN. Provisional mortality data—united states, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2021;70(14):519.
41. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn S, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). *StatPearls.* 2022.
42. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK, Morgan R, Klein SL. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ.* 2020 May 25;11(1):29. doi: 10.1186/s13293-020-00304-9.
43. Jin JM, Bai P, He W, Wu F, Liu XF, Han DM, et al. Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Front Public Health.* 2020 Apr 29;8:152. doi: 10.3389/fpubh.2020.00152.
44. Finelli L, Gupta V, Petigara T, Yu K, Bauer KA, Puzniak LA. Mortality Among US Patients Hospitalized With SARS-CoV-2 Infection in 2020. *JAMA network open.* 2021;4(4):e216556-e.
45. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of HCoV-19 (SARS-CoV-2) compared to SARS-CoV-1. *medRxiv [Preprint].* 2020 Mar 13:2020.03.09.20033217. doi: 10.1101/2020.03.09.20033217.
46. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020 Jul;26(7):1583-1591. doi: 10.3201/eid2607.200885.

47. Cheng VCC, Wong SC, Chen JHK, Yip CCY, Chuang VWM, Tsang OTY, et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020 May;41(5):493-498. doi: 10.1017/ice.2020.58.
48. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. *Turk J Med Sci.* 2020 Apr 21;50(SI-1):563-570. doi: 10.3906/sag-2004-172.
49. Zhang Y, Chen C, Zhu S, Shu C, Wang D, Song J, et al. Isolation of 2019-nCoV from a stool specimen of a laboratory-confirmed case of the coronavirus disease 2019 (COVID-19). *China CDC Weekly.* 2020;2(8):123-4.
50. Wu Y, Guo C, Tang L, Hong Z, Zhou J, Dong X, et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020 May;5(5):434-435. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30083-2.
51. Tang A, Tong ZD, Wang HL, Dai YX, Li KF, Liu JN, et al. Detection of Novel Coronavirus by RT-PCR in Stool Specimen from Asymptomatic Child, China. *Emerg Infect Dis.* 2020 Jun;26(6):1337-1339. doi: 10.3201/eid2606.200301.
52. Colavita F, Lapa D, Carletti F, Lalle E, Bordi L. SARS-CoV-2 Isolation From Ocular Secretions of a Patient With COVID-19 in Italy With Prolonged Viral RNA Detection. *Ann Intern Med.* 2020 Aug 4;173(3):242-243. doi: 10.7326/M20-1176.
53. Li D, Jin M, Bao P, Zhao W, Zhang S. Clinical Characteristics and Results of Semen Tests Among Men With Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020 May 1;3(5):e208292. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.8292.
54. Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, Lung KC, Tso E, Liu R. Gastrointestinal Manifestations of SARS-CoV-2 Infection and Virus Load in Fecal Samples From a Hong Kong Cohort: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology.* 2020 Jul;159(1):81-95. doi: 10.1053/j.gastro.2020.03.065.
55. Cheng HY, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH; Taiwan COVID-19 Outbreak Investigation Team. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med.* 2020 Sep 1;180(9):1156-1163. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2020.
56. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C, et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. *Nature.* 2020;584(7821):425-9.

57. Inui S, Fujikawa A, Jitsu M, Kunishima N, Watanabe S, Suzuki Y, et al. Chest CT findings in cases from the cruise ship diamond princess with coronavirus disease (COVID-19). *Radiology: Cardiothoracic Imaging*. 2020;2(2):e200110.
58. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020;323(11):1061-9.
59. Desforges M, Le Coupanec A, Brison E, Meessen-Pinard M, Talbot PJ. Neuroinvasive and neurotropic human respiratory coronaviruses: potential neurovirulent agents in humans. *Adv Exp Med Biol*. 2014;807:75-96. doi: 10.1007/978-81-322-1777-0_6.
60. Wu Y, Xu X, Chen Z, Duan J, Hashimoto K, Yang L, et al. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:18-22. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.031.
61. Renn O, Rohrmann B. Cross-cultural risk perception: State and challenges. *Cross-Cultural Risk Perception*: Springer; 2000. p. 211-33.
62. Labrague LJ, de Los Santos JAA. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J Nurs Manag*. 2021 Apr;29(3):395-403. doi: 10.1111/jonm.13168.
63. Leppin A, Aro AR. Risk perceptions related to SARS and avian influenza: theoretical foundations of current empirical research. *Int J Behav Med*. 2009;16(1):7-29.
64. van der Weerd W, Timmermans DR, Beaujean DJ, Oudhoff J, van Steenbergen JE. Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in The Netherlands. *BMC Public Health*. 2011 Jul 19;11:575.
65. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman AL, Recchia G, Van Der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*. 2020;23(7-8):994-1006.
66. Brug J, Aro AR, Oenema A, de Zwart O, Richardus JH, Bishop GD. SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands. *Emerg Infect Dis*. 2004 Aug;10(8):1486-9.
67. Ünal Ö. During COVID-19, which is more effective in work accident prevention behavior of healthcare professionals: Safety awareness or fatalism perception? *Work*. 2020;67(4):783-790.
68. Cori L, Bianchi F, Cadum E, Anthonj C. Risk perception and COVID-19. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*; 2020. p. 3114.

69. Caramelo F, Ferreira N, Oliveiros B. Estimation of risk factors for COVID-19 mortality-preliminary results. MedRxiv. 2020.
70. 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. 2021 Feb;93(2):1045-1056.
71. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis. Nicotine Tob Res. 2020 Aug 24;22(9):1653-1656.
72. Arpacıoğlu S, Ünibol B. Investigation of changes in alcohol-smoking usage and related situations in the coronavirus outbreak. Cyprus Turkish J Psychiatry Psychol. 2020;2(3):128-38.
73. Sağlık Bakanlığı T.C. (2020). 31 Mayıs 2020 “Dünya Tütünsüz Günü”. Erişim tarihi: 27.11.2021. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/31-mayis-2020-dunya-tutunsuz-gunu>
74. Caliskan T, Saylan B. Smoking and comorbidities are associated with COVID-19 severity and mortality in 565 patients treated in Turkey: a retrospective observational study. Rev Assoc Med Bras (1992). 2020 Dec;66(12):1679-1684.
75. Guan WJ, Zhong NS. Clinical Characteristics of Covid-19 in China. Reply. N Engl J Med. 2020 May 7;382(19):1861-1862.
76. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.
77. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020;8(5):475-481
78. Zhang J-j, Dong X, Cao Y-y, Yuan Y-d, Yang Y-b, Yan Y-q, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020;75(7):1730-41.
79. Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L, Wei S, Deng Y, Liu J, Liu HG, Yang M, Hu Y. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. Chin Med J (Engl). 2020;133(9):1032-1038.
80. Gonca E, Chousein U, Çörtük M. Is there any effect of smoking status on severity and mortality of hospitalized patients with COVID-19 pneumonia? Tuberk Toraks. 2020;68(4):371-8.
81. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.

82. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory (BDI-II): Pearson London, UK; 1996.
83. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J Psychol. 1989;7:3-13.
84. Kutlu R, Çivi S, Şahinli AS. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti ve sigara içme sıklığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6).
85. Marakoğlu K, Çetin Kargın N, Merve Uçar R, Kızmaz M. Evaluation of pharmacologic therapies accompanied by behavioural therapy on smoking cessation success: a prospective cohort study in Turkey. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2017;27(3):221-7.
86. Yaşar E, Kaylı DŞ. Roman kültüründe evlilik olgusu üzerine nitel bir çalışma. Sosyoloji Dergisi. (41-42):25-51.
87. Baser, S., Hacioglu, M., Evyapan, F., Özkurt, S., Kiter, G., & Zincir, M. (2007). Denizli il merkezinde yasayan eriskinlerin sigara icme ozellikleri. Toraks Dergisi, 8, 179-84.
88. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(2):141-7.
89. Hassoy D, Ozvurmaz S. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2021;4(3):140-7.
90. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R, et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. Tob Control. 2021:tobaccocontrol-2020-056440.
91. Malta DC, Gomes CS, Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barros MBA, Machado ÍE, et al. Factors associated with increased cigarette consumption in the Brazilian population during the COVID-19 pandemic. Cad Saude Publica. 2021;37(3):e00252220.
92. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islam SMS, Banik B, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. Global Health. 2020;16(1):95
93. Ahmet D, Mandiracioğlu A. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının COVID-19 ve koruyucu önlemler hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ege Tıp Bilimleri Dergisi.4(2):42-51.
94. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri. 2002;5(1):8-15.
95. Medeni İ, İlhan MN, Medeni V. Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. Kriz Dergisi. 2020;28(3):125-34.

96. Erdem T, OKTAY K. Potansiyel turist adaylarının COVID 19 risk algısının temassız (untact) turizme yönelik davranışsal niyet üzerindeki etkisi.



9. EKLER

Ek-1: TEDAVİ ARAYIŞINDAKİ TÜTÜN BAĞIMLILARINDA COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Aşağıda size yönlendirilen sorular bir tez çalışması kapsamında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların COVID-19 pandemi sürecinden etkilenme durumları hakkında bilgi toplamak amacı ile sorulmaktadır. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Size uygun seçenekleri doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlatabilirsiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz. Araştırmacı: Dr. Ali Özmen Akbulut Tel: 03322236982

Yaş (Doldurduğunuz yaşı yıl olarak belirtiniz):

Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar

Eğitim düzeyi: ☐ Okur yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

Meslek: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

Tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?: ☐ Evet:..... ☐ Hayır

1) Sigarayı bırakmak istemenizin sebebi nedir?

.....

2) COVID-19 salgını döneminde sigara içme sayınız nasıl etkilendi?

☐ Arttı ☐ Azaldı ☐ Değişmedi

3) Sigara haricinde tütün ürünleri (nargile, e-sigara vb.) kullanıyor musunuz?

☐ Hayır (Yanıtınız Hayır ise 4. ve 5. Soruları yanıtlamayınız.)

☐ Evet (Hangi ürün olduğunu açıklayınız.....)

4) Bir önceki soruya yanıtınız Evet ise kullandığınız sigara harici tütün ürününe ne zaman başladınız?.....(yıl veya ay olarak cevap verebilirsiniz)

5) COVID-19 salgını döneminde sigara harici tütün ürünü içme sıklığınız nasıl etkilendi?

☐ Arttı ☐ Azaldı ☐ Değişmedi

6) Yakın çevrenizde (eş, akraba, arkadaş) tütün ve tütün ürünlerini (sigara, nargile vb.) daha önce kullanmıyorken COVID-19 salgını döneminde kullanmaya başlayan oldu mu?

☐ Evet (Size olan yakınlık derecesini belirtiniz.....)

☐ Hayır

7) Kapalı alanda (ev, balkon vb.) sigara içiyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

8) COVID-19 salgını döneminde kapalı alanda sigara içme durumunuz nasıl etkilendi?

☐ Arttı

☐ Azaldı

☐ Değişmedi

9) Sigara içenlerde COVID-19 hastalığına yakalanma riski sizce nasıldır?

☐ Daha yüksektir.

☐ Daha azdır.

☐ Sigara ile COVID-19 hastalığına yakalanma arasında bir ilişki yoktur.

10) Sigara içenler COVID-19 hastalığına yakalandığında ağır geçirme riski sizce nasıldır?

☐ Daha yüksektir.

☐ Daha azdır.

☐ Sigara ile COVID-19 hastalığını ağır geçirme arasında bir ilişki yoktur.

10) COVID-19 hastalığı geçirdiğiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır

11) COVID-19 geçirdi iseniz hastalığı nasıl atlattınız?

☐ Oksijen tedavisi ihtiyacım oldu.

☐ Oksijen tedavisi ihtiyacım olmadı.

12) COVID-19 sebebiyle yakınınızı kaybettiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır

13) COVID-19 salgını döneminde ailenizin toplam gelirinde değişiklik oldu mu?

☐ Azaldı

☐ Arttı

☐ Değişmedi

14) COVID-19 salgını döneminde yeni bir hastalık tanısı aldınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet (Açıklayınız)

Ek-2: ALGILANAN COVID-19 RİSK ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve sizin için uygun olan ifadeyi 1'den (Uzak bir ihtimal) 5'e (Büyük ihtimal) kadar derecelendirerek işaretleyiniz.

	Uzak bir ihtimal				Büyük ihtimal
1. Sizce Koronavirüs'e yakalanma ihtimaliniz nedir?	1	2	3	4	5
2. Kendinizi diğer insanlar ile karşılaştırdığınızda, Koronavirüs'e yakalanma ihtimaliniz nedir?	1	2	3	4	5
3. Diğer hastalıklara yakalanma ihtimaliniz nedir? (örneğin. SARS, kanser, kalp krizi)	1	2	3	4	5
4. Sizce Koronavirüs'ten dolayı ölme ihtimaliniz nedir?	1	2	3	4	5
5. Koronavirüs'e yakalanmaktan endişe ediyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Ailenizden birinin Koronavirüs'e yakalanmasından endişe ediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Bulunduğunuz bölgede Koronavirüs'un yayılmasından endişe ediyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Koronavirüs'un büyük bir sağlık sorunu haline gelmesinden endişe ediyor musunuz?	1	2	3	4	5

Ek-3: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ**1-Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?**

- ☐ En çok 10 tane (0) ☐ 11-20 tane (1)
- ☐ 21-30 tane (2) ☐ 31 tane ve üzeri (3)

2-Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?

- ☐ En çok 5 dakika içinde (3) ☐ 6-30 dakika içinde (2)
- ☐ 31-60 dakika içinde (1) ☐ 60 dakikadan fazla sürede (0)

3-Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

☐ Evet (1) ☐ Hayır (0)

4-En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?

☐ Günün ilk sigarası (1) ☐ Diğer herhangi biri (0)

5-Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?

☐ Evet (1) ☐ Hayır (0)

6-Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

☐ Evet (1) ☐ Hayır (0)

Ek-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğun görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskije oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.



