



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**SİGARAYI BIRAKMAK İSTEYEN TÖTÜN BAĞIMLILARINDA
BİLİŞLERİN VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN TEDAVİ
BAŞVURUSUNA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Mahmut Selim ARPACIOĞLU



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**SİGARAYI BIRAKMAK İSTEYEN TÖTÜN BAĞIMLILARINDA
BİLİŞLERİN VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN TEDAVİ
BAŞVURUSUNA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Mahmut Selim ARPACIOĞLU

Tez danıŐmanı: Doç. Dr. Rabia BİLİCİ

Uzm. Dr. Erkal ERZİNCAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2018

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana yol göstermesinin yanında hayata bakışı ile de kendime örnek aldığım, en yoğun zamanlarında dahi yardımlarını esirgemeyen çok sevgili ablam, değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Rabia Bilici'ye, tezimin planlanmasından hazırlanmasına kadar bütün aşamalarında büyük emeği ve katkısı olan, hayatımın her döneminde abim olarak göreceğim, özverili ve çalışkan tez danışmanım Uz. Dr. Erkal Erzincan'a,

Benim için bir hocadan fazlası olan ilk şefim Doç. Dr. Emrem Beştepe ile başlayan psikiyatri eğitimimde; her birinin üzerimde büyük hakkı olan, değerli bilgileri ile bu süreçte yanımda olan, aslında her birine ayrı ayrı özel teşekkürler etmek istediğim hocalarım Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Yusuf Özey Özdemir'e, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e ve Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye; hocalıklarının yanı sıra Bilişsel Davranışçı Terapi eğitmenlerim olarak bu tezi hazırlamama da aracı olmuş olan Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e ve Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a, birlikte çalışma olanağı bulduğum, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Sermin Kesebir'e, Prof. Dr. Serhat Çıtak'a ve Doç. Dr. Filiz İzci'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Uzm. Dr. Murat Yalçın'a, Uzm. Dr. İshak Saygılı'ya, Uzm. Dr. Yücel Yılmaz'a, Uzm. Dr. Haluk Usta'ya, Uzm. Dr. Hamdi Öztürk'e, Uzm. Dr. Elif Yılmaz'a, Uzm. Dr. Hülya Akar Özmen'e, Uzm. Dr. Nurdan Eren Bodur'a, Uzm. Dr. Salime Gürsoy'a, Uzm. Dr. Mine Ergelen'e, Uzm. Dr. Dicle Bilge Öğüt'e, Uzm. Dr. Emrah Güleş'e, Uzm. Dr. İlker Küçükparlak'a, Uzm. Dr. Özgür Süner'e, Uzm. Dr. Gönül Yıldırım Üretme'ye, Uzm. Dr. Dicle Görkem Atalan'a,

Uzmanlık eğitimim süresince aynı çatı altında eğitim almaktan dolayı kendimi şanslı hissettiğim Uzm. Dr. Özgür Akdur, Uzm. Dr. Tuğba Akdur, Uzm. Dr. Ayşe Terzi, Uzm. Dr. Arda Demirkan, Uzm. Dr. Nazlı Candemir, Uzm. Dr. Fuat Akgül, Dr. Gamze Akçay, Dr. Burcu Yüce, Dr. Ayşenur Oğuz, Dr. Hüseyin Şeker, Dr. Emine Cengiz Çavuşoğlu, Dr. Maruf Akgül, Dr. Enes Özel ve Dr. Alper Bülbül başta olmak üzere beraber eğitim aldığım bütün meslektaşlarıma,

Tez süreci de dahil olmak üzere hayatımın her anını güzelleştirmeyi başaran, meslektaşım, sevgili eşim, hayat arkadaşım Dr. Zeynep Beyza Arpacıoğlu'na,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan canım ailem; annem Ecz. Ayşegül Arpacıoğlu'na, babam Dr. Mehmet Yıldırım Arpacıoğlu ve kardeşim Ecz. Beyza Arpacıoğlu'na,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
ÖZET.....	VII
KISALTMALAR	X
TABLO DİZİNİ	XI
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1 Araştırmanın Hipotezleri	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Tütün Kullanım Bozukluğu.....	4
2.1.1 Tanım	4
2.1.2 Tanı	5
2.1.3 Etyoloji.....	7
2.1.4 Epidemiyoloji.....	9
2.2 Sigarayı Bırakmanın Epidemiyolojisi	10
2.3 Sigara Bırakmada Yardım alma	12
2.3.1 Tedavi İmkanları ve Tedavi Başarısı	13
2.3.2 Tedavi Kullanımını Etkileyen Faktörler	14
2.3.3 Tedavi Kullanımını Arttırmak.....	15
2.4 Anksiyete, Anksiyete duyarlılığı ve sigara bağımlılığı.....	16
2.5 Sigara Bağımlılığında Bilişsel Davranışçı Müdahale.....	17
3 GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1 Örneklem	19
3.1.1 Dahil Edilme Ölçütleri	19
3.1.2 Dışlanma Ölçütleri	20
3.2 Gereçler	20

3.2.1	Sosyodemografik Veri Formu.....	20
3.2.2	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ).....	21
3.2.3	Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ).....	21
3.2.4	Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	22
3.2.5	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3).....	22
3.2.6	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	23
3.3	İstatistiksel Analiz	23
4	BULGULAR.....	24
4.1	Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	24
4.2	Çalışma Grubunun Sigara Kullanımı İle İlişkili Özellikleri Ve Çevrelerinin Sigara Kullanma, Tedavi Önerme Özellikleri.....	26
4.3	Çalışma Grubunun, Alkol/Madde Kullanım Ve Hastalık Öyküleri	29
4.4	Çalışma Grubunun Sigara Bırakmaya Verdiği Önem Ve Hazırlık Düzeyi. 32	
4.5	Çalışma Grubunun Genel Ve Sigaraya Özgü Düşünce Hataları	33
4.6	Çalışma Grubunun Bağımlılık Şiddeti, Kaygı Ve Kaygı Duyarlılığı Düzeyi İle Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Açısından Karşılaştırılması.....	39
5	TARTIŞMA	41
5.1	Cinsiyet Ve Yaşa Göre Sigara Bırakmada Yardım Alımının Değerlendirilmesi.....	41
5.2	Diğer Sosyodemografik Verilere Göre Sigara Bırakmada Yardım Alımının Değerlendirilmesi.....	43
5.3	Sigara kullanımı ve ilişkili özelliklere göre sigara bırakmada yardım alımının değerlendirilmesi	45
5.4	Çevresel Sigara Kullanma Ve Tedavi Önerme Özelliklerinin Sigara Bırakmada Yardım Almaya Etkisinin Değerlendirilmesi	46
5.5	Alkol/ Madde Kullanım Ve Hastalık Özelliklerinin, Sigara Bırakmada Yardım Almaya Etkisinin Değerlendirilmesi.....	48

5.6	Sigara Bırakmaya Verdiği Önem Ve Hazırlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	50
5.7	Genel Ve Sigaraya Özgü Düşünce Hatalarının Sigara Bırakmada Yardım Almaya Etkisinin Değerlendirilmesi.....	52
5.8	Kaygı Düzeyi, Kaygı Duyarlılığı Düzeyi Ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Açısından, Sigara Bırakmada Yardım Almanın Değerlendirilmesi.....	55
5.9	Çalışmamızın Kısıtlılıkları	58
6	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	60
	KAYNAKÇA.....	63



ÖZET

Giriş ve Amaç: Tütün kullanım bozukluğu önemli bir halk sağlığı sorunudur ve önlenebilir sağlık sorunlarının başlıca nedenidir. Sigara içenlerin büyük çoğunluğunun sigarayı bırakmayı istediği ve bir dönem bırakmayı denediği bilinmektedir. Nikotin bağımlılığının tedavisinde etkinliği kanıtlanmış, ulaşılabilir ve maliyet etkin tedavi yöntemleri de bulunmaktadır ancak; sigara içenlerin çok düşük bir miktarı bu yöntemlerden faydalanmaktadır, bu nedenle de sigarayı bırakma başarıları oldukça düşük kalmaktadır. Tütün kullanım bozukluğu olan bireylerde, tedavi başvurusunu etkileyen etkenlerin saptanması halinde grubun tedaviye başvurması sağlanabilir. Bu da daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarına göre tütün bağımlılığının tedavi başarısını 3 ile 10 kat arasında artırılabilir. Böylece hem tütün kullanımının devamı nedeniyle gelişecek hastalık ve ölümlerin önlenmesi hem de bu hastalıkların ve tütün kullanımının devamının getireceği büyük sosyal ve mali yükün önlenmesi konusunda ruh sağlığı ve halk sağlığı alanına katkısı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigarayı bırakmak isteyen sigara bağımlılarında; sigara bırakma başarısını artırdığı daha önceki çalışmalarda gösterilmiş olan, bırakırken profesyonel yardım alma davranışını etkileyen belirleyicilerin saptanması amaçlandı. Tedavi başvurusunu etkileyen faktörler olduğu düşünülen; bilişlerin, düşünce hatalarının, anksiyetenin ve anksiyete duyarlılığının yardım arayışı üzerine etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Araştırmaya 10 Ekim - 10 Aralık 2017 tarihleri arasında; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran, klinisyen tarafından yapılan görüşmede tütün kullanım bozukluğu tanısı konan ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile orta ve daha üst derecede nikotin bağımlısı olduğu saptanan hastalardan, araştırma hakkında bilgilendirilmiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 156 ardışık hasta alındı. İlk grubun tamamlanmasının ardından 10 Aralık - 10 Şubat 2018 tarihleri arasında, örneklem grubunun benzer olması açısından Kadıköy ve Adalar ilçelerindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne başvuran hastalardan, klinisyen tarafından yapılan görüşmede tütün kullanım bozukluğu tanısı konan ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile orta ve daha üst derecede nikotin bağımlısı olduğu saptanan, son bir yıl içinde sigarayı

bırakmayı denemiş ancak bu konuda daha önce hiç profesyonel yardım başvurusu bulunmayan hastalardan, araştırma hakkında bilgilendirilmiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 78 ardışık hasta alındı. Bu kişilerle, sertifikalı bir bilişsel davranışçı terapist olan araştırmacı tarafından yapılacak görüşmede kişilerin; sigara kullanımı, sigarayı bırakmak ve sigarayı bırakmada tedavi/yardım arayışı ile ilgili bilişleri saptandı ve katılımcılara sosyodemografik veri formu, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı.

Bulgular: Sosyodemografik açıdan tedaviye başvuranlar ile başvurmamış olanlar arasında yalnızca yaş ortalaması açısından farklılık saptandı (tedaviye başvuranların yaş ortalamasının başvurmamış olanlara göre anlamlı olarak düşüktü; $p=0,006$). Daha önce sigarayı bırakma girişimi sayısı fazla olanlar tedaviye başvurmamış olanlardı ($p=0,044$). Tedaviye başvuran grubun sigarayı azaltmaya/bırakmaya verdiği önem ($p=0,017$), sigarayı azaltmaya/bırakmaya hazır olma derecesi ($p=0,000$), sigarayı bırakmak için kendisine güven derecesi ($p=0,002$), ve sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya verdiği önem ($p=0,018$) ise tedaviye başvurmamış gruba göre anlamlı derecede daha yüksekti.

İki grubun genel düşünce hatalarını kullanma sıklıkları incelendiğinde; tedaviye başvuran grupta, tedaviye başvurmamış gruba göre sosyal durumlarda zihin okuma ($p=0,003$) ve kişisel başarı durumlarında zihin okuma ($p=0,011$) daha fazla kullanılmaktaydı. Tedaviye başvuran grupta, kişisel başarı durumlarında -meli -malı ifadelerinin kullanımını da tedaviye başvurmamış gruba göre daha fazlaydı ($p=0,34$). Yine tedaviye başvuran grupta hem sosyal durumlarda ($p=0,023$), hem de kişisel başarı durumlarında ($p=0,014$) olumluyu küçültme ya da yok sayma tarzında düşünme, anlamlı olarak daha fazla saptandı. Diğer düşünce hatalarını kullanma sıklıkları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Aynı düşünce hatası tarzlarını kullanım sıklıkları, sigaraya özelleşmiş olarak incelendiğinde ise tedaviye başvuran grupta sadece sigara kullanmak-bırakmak ile ilgili hep ya da hiç tarzı düşünme, tedaviye başvurmamış gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,009$). Tedaviye başvurmamış grupta ise sigara kullanmak-

bırakmak konusunda düşünce tarzları tedaviye başvuranlara benzer bulunmakla birlikte, hepsi sigara bırakmada tedavi-yardım alma konusunda olacak şekilde; etiketleme (p=0,037), zihinsel filtreleme (p=0,034), -meli -malı ifadeleri (p=0,008) ve olumluyu küçültme ya da yok sayma (p=0,027) tarzındaki düşünce hataları tedaviye başvuran gruptaki hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kullanılmaktaydı.

Grupların durumluk kaygı skorları (p=0,214) ve sürekli kaygı skorları (p=0,394) arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Tedaviye başvuran grupta anksiyete duyarlılığı skoru ise (27.54±14.89), tedaviye başvurmayanlara göre (22.83±12.11) anlamlı derecede yüksek saptandı (p=0,041). Grupların fonksiyonel olmayan tutumları FOTÖ kullanılarak karşılaştırıldığında bağımsız tutum (p=0,159) ve değişken tutum (p=0,499) iki grupta da benzer bulunurken; tedaviye başvuran grupta mükemmeliyetçi tutum (p=0,004) ve onaylanma ihtiyacı (p=0,038) anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Tartışma ve sonuç: Gruplar arasında sosyodemografik özelliklerin ve sigara kullanımı ile ilgili özelliklerin büyük ölçüde benzerdir. Sigara bağımlılığında tedavi başvurusu ile; sigara kullanımı ve bırakmayla ilgili etiketleme tarzı düşünce hatası arasında, sigara bırakmada tedavi almayla ilgili ise zihinsel filtreleme, -meli -malı ifadeleri kullanma ve olumluyu yok sayma tarzı düşünce hataları arasında anlamlı bir ilişki ortaya kondu.

Grupların durumluk kaygı skorları ve sürekli kaygı skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla beraber tedaviye başvuran grupta anksiyete duyarlılığı skorlarının tedaviye başvurmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterildi. Bağımsız tutum ve değişken tutum iki grupta da benzer bulunurken, tedaviye başvuran grupta mükemmeliyetçi tutum ve onaylanma ihtiyacının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Tütün kullanım bozukluğu, sigara bağımlılığı, sigara bağımlılığında tedavi başvurusu, hatalı bilişler, bilişlerin tedavi başvurusuna etkisi.

KISALTMALAR

ADİ-3	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3
AMATEM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DÖÖ	Düşünce Özellikleri Ölçeği
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
FOTÖ	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
STAI	Düşünce ve Sürekli Kaygı Envanteri
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TUIK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri	24
Tablo 2: Çalışma grubunun sigara kullanımı ile ilişkili özellikleri.....	26
Tablo 3: Çalışma grubunun çevresinde sigara kullanımı ve sigarayı bırakmanın önerilmesi ile ilişkili özellikleri	27
Tablo 4: Çalışma grubunun alkol/madde kullanım ve hastalık öyküleri	29
Tablo 5: Çalışma grubunun sigarayı bırakmaya verdiği önem ve sigara bırakma konusundaki; motivasyon, hazırlık düzeyi, kendilerine olan güven ve yardım alma ile ilgili özellikleri	32
Tablo 6: Çalışma grubunun Düşünce Özellikleri Ölçek puanları, sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken)	34
Tablo 7: Çalışma grubunun Düşünce Özellikleri Ölçek puanları, kişisel başarı durumlarında (okul veya iş hayatında).....	35
Tablo 8: Çalışma grubunun sigara kullanmaya-bırakmaya özgü bilişsel hata düzeyleri	36
Tablo 9: Çalışma grubunun sigara sigarayı bırakmada tedavi-yardım almaya özgü bilişsel hata düzeyleri	37
Tablo 10: Çalışma grubunun kaygı, kaygı duyarlılığı, FNBT puanları ve fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili özellikleri	39

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı, dünyada ve ülkemizde önlenabilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada 1,3 milyar kişi sigara içmekte ve her yıl yaklaşık 5 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybeden kişi sayısının 2030 yılına kadar dünyada 8,4 milyon kişiye, ülkemizde ise 240,000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir (Rodgers *ve ark.*, 2002). Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır ve DSÖ'ye göre Avrupa bölgesinde erkekler arasında en yüksek sigara içme oranına sahip ülkelerden biridir (Bilir *ve ark.*, 2008). Bu nedenle tütün bağımlılığıyla mücadeleye hem dünyada hem ülkemizde büyük önem verilmekte, bu amaçla bir taraftan koruyucu sağlık politikaları geliştirilmekte ve uygulanmakta, diğer taraftan daha etkili ve daha başarılı tedaviler bulunması için çok sayıda araştırma yapılmaktadır.

Binlerce çalışma sonrasında günümüzde sigara bırakma tedavisinde geline nokta henüz istenilen düzeyde olmamakla birlikte diğer bağımlılık tedavilerine benzer düzeydedir. Sigara bırakma tedavilerinin etkinliğinin incelendiği yüksek kalitedeki meta analizler üzerinden yapılan bir meta analiz çalışmasında 3 çeşit farmakoterapinin (Nikotin replasman tedavisi, Vareniklin ve Bupropion) etkinliğinin gösterildiği, hipnoz ve akupunktur gibi alternatif tedavilerin bilimsel olarak kanıtlanmış bir etkisinin olmadığı, farmakoterapi dışında diğer etkinliği kanıtlanmış yöntemin ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyonel görüşmeden oluşan destek tedavisi olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada pratisyen hekim tarafından sigaranın bırakılmasını önerme ve bırakmaya yardımcı broşürler verme gibi minimal destek ile bırakmayı deneyenlerde 1 yıllık bırakma başarısı %2 ve %1 bulunmuş iken, optimal ilaç ve destek tedavisi ile 1 yıllık sigaradan uzak durma oranlarının %25 civarlarında olduğu yayınlanmıştır (Tønnesen, 2009). Kronik, tekrarlayıcı bir hastalık olarak nitelendirilen tütün bağımlılığında optimal tedavi ile beklenen bir yıllık bırakma oranı %15-35 saptanmış olup bu oran diğer bağımlılıklardaki bırakma oranına benzerdir ve aslında hiç başarısız değildir. Ancak etkinliği kanıtlanmış, ulaşılabilir ve maliyet etkin

tedavi yöntemlerinden hem dünyada hem de ülkemizde sigara içenlerin çok düşük bir miktarı faydalanmaktadır, bu nedenle de sigarayı bırakma başarıları oldukça düşük kalmaktadır. Tüm destekleyici politikalara rağmen ilerleme kaydedilmiş olmakla birlikte 2012 yılında farmakoterapi kullananların yüzdesi %13,6 değerinde ve danışmanlık/tavsiye alanların sıklığı da %8,0 değerinde saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu bulgular, sigara bırakmada yardım arayışını etkileyen faktörlerin incelenmesinin değerine ve gerekliliğine işaret etmektedir.

Literatüre bakıldığında tütün bağımlılığının tedavisi ile ilgili yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun daha etkili tedaviler bulmaya ve tedavilerin etkinliğini artırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Bu alanda çalışmalara tabii ki ihtiyaç vardır ancak sigara bırakmada başarıyı etkileyen faktörlerle ilgili birçok önemli çalışma yapılmasına ve hemen hepsinde yardım almanın önemi belirtilmesine rağmen sigara bırakmada tedaviye başvurma üzerine yapılan çalışma sayısı şaşırtıcı şekilde azdır. Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmaların neredeyse tamamı sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi şeklindedir (Argüder *ve ark.*, 2013) (Demir *ve ark.*, 2004). Sigara bırakma tedavilerinin yeteri kadar kullanılmaması ile ilgili olarak uluslararası alanda yapılmış araştırmalar incelendiğinde bu alana odaklanan bazı çalışmalar bulunmakta ise de bu çalışmalar genel sağlık anketlerinde ve taramalarında sigarayı bırakma girişiminde bulunanlar arasından, yardıma başvuranlar ile başvurmayanların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırıldığı çalışmalar şeklindedir (Hughes, Marcy and Naud, 2009). Bırakma kararı verildikten sonra tedaviye başvurmayı/başvurmamayı etkileyebilecek diğer faktörleri araştıran çalışma bizim incelemelerimizde literatürde bulunamamıştır.

Tedaviye başvurmayan içicilerde tedaviye başvurularını engelleyen üst bilişleri, yanlış inançları ve yanlış başa çıkma yollarını bulmak bu kişilerin tedaviye katılımlarını sağlamakta önemli bir adım olabilir. Yine sigara bağımlılarının kaygı durumları ve belki daha önemlisi kaygıya karşı duyarlılıkları ve kaygı ile nasıl başa çıktıkları araştırılarak bu alanlara yapılacak psikiyatrik müdahaleler ile benzer bir şekilde tedaviye başvurmaları sağlanabilir.

1.1 Araştırmanın Hipotezleri

1. Tütün kullanım bozukluğu olan ancak bağımlılık tedavisi için yardım almaksızın bırakma girişiminde bulunan grupta, işlevsel olmayan bilişler ve buna bağlı fonksiyonel olmayan tutumlar daha fazladır.
2. Tütün kullanım bozukluğu için yardım almadan bırakma girişiminde bulunan grupta, durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi daha yüksektir.
3. Tütün kullanım bozukluğu için yardım almadan bırakma girişiminde bulunan grupta, anksiyete duyarlılığı daha fazladır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Tütün Kullanım Bozukluğu

2.1.1 Tanım

Tütün, Dünya Sağlık Örgütü tarafından davranışsal ve mental bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olarak tanımlanmıştır. Sigaranın içinde dört binden fazla toksik madde bulunmaktadır. Ancak bu toksik maddeler arasında fiziksel ve davranışsal bağımlılığa yol açan esas madde nikotindir (Raw ve ark., 2002). Nikotinin bağımlılık oluşturma özelliği sebebiyle, sigara bağımlılığı günümüzde kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Fiore ve ark, 2000).

Tütün kullananların hemen tamamı (%96,5) mamul sigara kullanmaktadır. Çok az bir bölüm sarma sigara (%2,6), nargile (%2,3) ve diğer tütün ürünlerini (puro, pipo vs. %0,9) kullanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu nedenle tütün bağımlılığı ve sigara bağımlılığı terimleri birbirinin yerine ve nikotin bağımlılığı anlamında kullanılabilir ve bu çalışmada da birbirlerinin yerine kullanılmıştır.

Bağımlılık en kısa tanımıyla kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesidir. DSÖ de tek cümleyle madde bağımlılığını “kullanılan bir maddeye, daha önceden değer verdiği diğer nesnelere çok daha fazla değer vermesi” olarak, sigara bağımlılığını ise ‘düzenli olarak günde bir sigara içme’ olarak tanımlamıştır. Ayrıca yine DSÖ sigarayı “dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını” olarak gördüğünü ifade etmiştir (WHO, 2008).

Sigara, kullanılmaya başlanmasından itibaren %33 ile %94 arasında değişen oranlarda bağımlılık geliştirmektedir (Elders, M.J., 1997).

2.1.2 Tanı

Uluslararası sınıflandırmalarda kabul gören başlıca üç bağımlılık tanımı mevcuttur. Bunlar; DSÖ'nün Zihinsel ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması 10. Sürümündeki tanımı, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5. Sürümündeki (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) tanımı ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanlığının 1988 yılı Raporu'ndaki madde bağımlılığı tanımlarıdır (Beckerman, 1967; WHO, 1992; Hasin *ve ark.*, 2006; A.P Birliği, 2013). Genel olarak her üç tanılamada da bağımlılığın en belirleyici niteliği olarak, çok kuvvetli hatta kompulsif düzeyde madde kullanma isteği belirtilmiştir.

Hastanemizde tanı aracı olarak günlük pratikte en sık kullandığımız kaynak olan DSM'nin, 4. edisyonunda madde ile ilişkili bozukluklar başlığı ile anlatılan konular DSM-5'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları adı altında toplanmıştır. Madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı "madde kullanım bozuklukları" adı altında birleştirilmiştir (Sönmez ve Özbey, 2016). DSM-5 Tanı Kriterlerinde Tütün Kullanım Bozukluğu, Tütün Yoksunluğu, Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar ve Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklardan bahsedilmiştir. Buna göre Tütün Kullanım Bozukluğu on iki aylık süre içerisinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan bariz sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya yol açan sorunlu bir tütün kullanım örüntüsüdür (A.P Birliği, 2013) :

1. Çoğu kez planlanandan daha fazla miktarda ya da daha uzun süreli tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da kontrol altında tutmak için sürekli bir istek veya sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere fazla zaman harcanır.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmaya karşı çok büyük isteğin olması veya kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, evde ya da okulda yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan tekrarlayıcı tütün kullanımı vardır.

6. Tütün kullanmanın neden olduğu veya alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişisel sorunlar olmasına rağmen tütün kullanmayı sürdürme
7. Tütün kullanımından dolayı toplumsal veya işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Tekrarlayıcı bir biçimde, tehlikeli durumlarda dahi tütün kullanma (Örneğin yatakta sigara içme).
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel veya ruhsal bir problemi olduğunu bilmesine rağmen tütün kullanımına devam etme
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmesi:

- a) Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen daha az etki alınması.
- b) İstenen etkiyi sağlamak için belirgin bir şekilde tütün kullanımının arttırılması.

11. Aşağıdakilerden birinin tanımladığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- a) Tütün yoksunluk sendromunun belirtilerinin varlığı.
- b) Yoksunluktan kurtulmak veya kaçınmak için tütün (ya da nikotin gibi yakından ilişkili bir madde) alınması.

Bunlara ek olarak DSM-5'te klinik ile ilişkili belirteçler de belirlenmiştir.

Bunlar:

Erken remisyon evresinde: Daha önce tütün kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, tütün kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli remisyon evresinde: Daha önce tütün kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, tütün kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha uzun süredir hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Süzdürme tedavisinde: Kişi, nikotin yerine koyma tedavisi gibi uzun süreli bir süzdürme tedavisi almaktadır ve o ilacın yer aldığı küme için tütün kullanım

bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü karşılanmıyorsa (nikotin yerine koyma tedavisine dayanıklılık ya da yoksunluk dışında), bu ek belirleyici kullanılır.

Denetimli çevrede: Kişi, tütüne ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

Bunlara ek olarak, ağır olmayan, orta derecede ve ağır olacak şekilde ağırlık belirleyicileri belirlenmiştir. İki-üç belirtinin olması ağır olmayan, dört-beş belirtinin olması orta derecede, altı ya da daha çok belirtinin olması ise ağır derece bağımlı olarak tanımlanmıştır.

2.1.3 Etyoloji

Madde kullanım bozukluklarının ortaya çıkışında pek çok farklı değişkenin rol oynadığı bilinmektedir. Bunlardan başlıcaları genetik yapı, maddenin psikofarmakolojisi, kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikanalitik dinamikler ve psikososyal etkenler olarak sayılabilir. Dopamin taşıyıcılarında (SLC6A3) genetik polimorfizm genotipi olan bireyler sigara içmeye daha az eğilimli olmaktadır. Bu bireylerde dopamin alıcısı (DRD2) genotipi de varsa bu eğilim daha da güçlenmektedir. Ayrıca SLCA3-9 genotipine sahip kişilerin de 16 yaşından önce sigaraya başlama ihtimallerinin düşük olduğu gözlenmiştir (Lerman *ve ark.*, 1999). İkiz çalışmaları sigara içme sıklığında, sigara içmede ve sigarayı bırakabilmede (bağımlılıkta) ve bir günde içilen sigara sayısında yüksek derecede (~50%) kalıtsallığa işaret etmektedir (Lessov-Schlaggar *ve ark.*, 2008). Hatta ikiz çalışmaları, sigara içicisinin sigarayı bıraktığında deneyimlediği hususi semptomların doğasındaki kalıtsallığı dahi göstermiştir (Pergadia *ve ark.*, 2006).

Artık sigara bağımlılıklarının sadece psikolojik değil; çevresel, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel nedenlere de bağlı geliştiği kabul edilmektedir. Maddenin kullanılmaya başlanması, kullanımın sürdürülmesi, bıraktıktan sonra tekrar başlanması açısından birden fazla faktör etkileşime girmektedir. Nikotin bağımlılığı da madde bağımlılığı kategorisine girmektedir çünkü nikotin bağımlılığı DSÖ tarafından kronik bir hastalık olarak kabul edilmiş ve nikotinin mental ve davranışsal bozukluklara yol açan psikoaktif bir madde olduğu belirtilmiştir (Fiore, 2000).

Nikotin nöromusküler bileşke, otonomik gangliyonlar, adrenal medulla ve beyinde yer alan asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Lokus sereleusu uyararak dikkat ve konsantrasyonu arttırır. Nörohumoral yolakları uyararak asetilkolin, noradrenalin, serotonin, dopamin, vazopressin, endorfin, büyüme hormonu ve ACTH salgısına neden olur. Nikotin akut etkisi ile serotonin seviyesini arttırır, fakat kronik kullanımda serotonin seviyesi düşmektedir. Görüntüleme teknikleri ile intravenöz nikotin verilmesi ile amigdala, nükleus akkumbens ve frontal lobda, nikotin dozuyla korele, aktivite artışı olduğu gözlenmiştir (Kayaalp, 2005).

Nikotin bağımlılığının gelişmesinde hem pozitif hem de negatif pekiştirme önemlidir. Olumlu pekiştirme nikotinin keyif verici etkileri, dikkat ve performans artışıdır. Nörokimyasal düzeyde nikotin bağımlılığı nükleus akumbense boşalan ventral tegmental alan (VTA) dopaminerjik nöronlarının nikotin tarafından uyarımı ile ilişkili gibi görünmektedir (Wise and Gardner, 2002). Sigara içilmediğinde ise vücuttaki nikotin miktarı azalır ve vücut bunun yoksunluğunu duymaya başlar. Yaklaşık 3 hafta süren huzursuzluk, uykusuzluk, bazen uykuya eğilim, sinirlenme, aşırı tepki verme, bazen kabızlık, konsantrasyon güçlüğü gibi sorunlar yaşanabilir. Bu yoksunluk belirtilerinin şiddeti kişiden kişiye değişir. Bu dönem aynı zamanda sigara içme isteğinin en yoğun olduğu dönemdir ve genellikle kişi en çok bu dönemde zorlandığı için sigaraya yeniden başlar. Nikotin alımı ile sonlanan sıkıntılar olumsuz pekiştirme görevi görür. Öte yandan sigara içenlerde ödül gibi hissedilen değişikliklerin devamını sağlamak için tekrarlanan sigara içme eylemi zamanla alışkanlık halini almıştır ve kişi çoğu kez farkında olmadan, nikotin ihtiyacı olmadığı zamanlarda da sigara yakıp içmeye başlamıştır. Ayrıca bu sık tekrarlanan sigara içme eylemi, günlük hayatındaki pek çok faaliyeti ile ilişkilendirilmiştir (çay, kahve, alkol, yemek sonrası, mola, gazete, çalışırken, eğlence ve arkadaş ortamı vb). Dolayısıyla sigarayı bırakmaya çalışırken günlük hayatındaki pek çok şey, kişiye sigarayı hatırlatacak ve istek uyandıracaktır (Çelik ve Güven, 2014).

2.1.4 Epidemiyoloji

Tütün kullanımı, dünyada önlenabilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmektedir. DSÖ verilerine göre dünyada 1,3 milyar kişi sigara içmekte ve her yıl yaklaşık 5 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybeden kişi sayısının 2030 yılına kadar dünyada 8,4 milyon kişiye, ülkemizde ise 240,000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalırken, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde artmakta olduğu bildirilmektedir. 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin %80'inin gelişmekte olan toplumlarda olacağı öngörülmektedir ve önlem alınmadığı takdirde, 21. yüzyılda 1 milyardan fazla insanın tütüne bağlı nedenlerden dolayı kaybedileceği vurgulanmaktadır (Rodgers *ve ark.*, 2002; Mathers and Loncar, 2006). Türkiye ise sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır ve DSÖ'ye göre Avrupa bölgesinde erkekler arasında en yüksek sigara içme oranına sahip ülkelerden biridir (Bilir *ve ark.*, 2008).

Tütün kullanımı önlenabilir sağlık sorunlarının başlıca nedenidir. Bu nedenle tütün bağımlılığı ile mücadele için başlatılan savaşta DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi(TKÇS) ile tütün kontrolünün ilkelerini belirlemiş, DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporunda tütün salgını azaltmak için etkili 6 temel stratejiyi tanımlayarak ülkelere tütün savaşının yol haritasını vermiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) ile de ülkelerin, yetişkin grupta tütün kontrolünün başlıca göstergelerini ortaya koyacak bilgi toplamalarını sağlamıştır.

Sağlık Bakanlığı da 1990'lardan bu yana toplumun önlenabilir hastalıklardan korunması ve tütün kullanımı nedeniyle olan ölümlerin önlenmesi yönünde çeşitli uygulamalar yapmaktadır. Bu kapsamda 1996 yılında ilk tütün kontrolü yasası çıkarılmıştır. Bu yasadan sonra Türkiye, DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin "taraf" ülkelerinden birisi olmuş ve arkasından da 2008 yılında tütün kontrolü yasasının kapsamı genişletilmiştir. Türkiye'de KYTA ilk kez 2008 yılında KYTA kurallarına uygun olarak, ülkeyi temsil eden hane halkı çalışması şeklinde yapılmıştır. Ülkemizde KYTA 2012 yılında aynı yöntemle ikinci defa tekrarlanmıştır ve KYTA'yı

ikinci kez gerçekleştirerek sonuçlarını yayımlayan dünyadaki iki ülkeden biri olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu araştırmalar aracılığı ile ülkemizde tütün kullanımı ile ilgili güncel bilgiler edinilmiş bunun yanı sıra 4 yıl içinde yapılan çalışmaların tütün kullanımı üzerindeki etkisi de gözlemlenmiştir.

DSÖ'nün yayınladığı tedbir paketinin aktif şekilde uygulanması ile (tütün kullanımının ve önleyici politikaların izlenmesi, insanların tütün dumanından korunması, sigarayı bırakmak isteyenlere destek hizmetleri verilmesi, toplumun tütünün zararları konusunda uyarılması, tütün ürünlerinin reklamının, promosyonunun ve sponsorluğunun önlenmesi, tütün ürünlerine uygulanan vergilerin artırılması) Türkiye'de 2008 ile 2012 yılları arasındaki 4 yıllık sürede tütün kullanım sıklığı %31,2'den %27,1 değerine azalmıştır. Tütün kullanımındaki azalma hem erkeklerde hem de kadınlarda görülmektedir. Halen sigara içenler günde ortalama olarak 19,2 sigara içmektedir; erkekler (20,3 sigara) kadınlara (15,3 sigara) göre ortalama olarak günde 5 sigara fazla içmektedir. Toplam olarak 14,8 milyon sigara içen kişi hergün 14,8 milyon paket sigara içmektedir. Bu KYTA çalışmasının sonuç ve öneriler kısmında; sigara kullanımında önemli azalma sağlanmış olduğu ancak bununla birlikte sigara kullanım sıklığının diğer ülkelerle karşılaştırıldığında halen çok fazla olduğu belirtilmiş ve sigara içmenin zararları hakkında bilinçlendirme çalışmalarında ve sigara içenlerin sigarayı bırakmaları yönünde desteklenmesi konularında daha fazla çaba gösterilmesi gerektiği önerisinde bulunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.2 Sigarayı Bırakmanın Epidemiyolojisi

Ülkemizde, prevalans yüksekliğinin nedenlerinden birisi de sigara bırakma oranlarının düşük olmasıdır. Sigara içicileri sıklıkla bunun bir bağımlılık olduğunun farkında olmayıp alışkanlık olduğunu düşünse de, sigara içerdiği nikotin ile bağımlılık yapar. Tütün, her yaşta diğer tüm maddelerden daha yüksek bağımlılık prevalansına sahiptir. Sigara içenlerin yaklaşık %70'i sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmekteyken, %35'i son 1 yıl içinde bırakmayı denemekte, %80'inin ise hayatının bir döneminde sigarayı bırakmayı denediği bildirilmektedir. Sigara içenlerin çoğu sigara bırakmayı yardımsız olarak denemekte ve bunlar birçoğu da kısa süre sonra tekrar

sigara içmeye başlamakta ve bırakma oranları sadece %3-%5 oranlarında kalmaktadır (Agaku, King and Dube, 2014) (Cromwell *ve ark.*, 1997)(Hughes, Keely and Naud, 2004).

Ülkemizde toplanan veriler de dünyadakilerle paralellik göstermektedir. 2014 yılında yayımlanan KYTA sonuçlarına göre ülkemizde sigara içenlerin yaklaşık yarısı (%46,0) çalışmanın yapılmasından önceki 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenler gerekçe olarak en çok sağlık sorununu (%63,4) belirtmişlerdir. Sigara fiyatı ise ancak kişilerin %5,3'ü tarafından gerekçe olarak ifade edilmiştir. Sigara içen her 10 kişiden dördü (%40,8) son 12 ay içinde bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Sağlık kuruluşuna gidenlerin %51,4'üne sağlık personeli tarafından sigara içme durumu sorulmuştur. Sigara içme durumu sorulmuş olan 5 kişinin dördüne (%83,5) sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir. Sigarayı bırakma girişiminde bulunanların %13,6'sı ilaç tedavisi kullanmıştır. Bırakma girişiminde bulunanların %8,0'ına bu konuda danışmanlık hizmeti verilmiş, kişilerin büyük bölümü (%73,4) ise herhangi bir yardım almaksızın bırakma girişiminde bulunmuştur. Sigara içen her 10 kişinin altısı (%55,1) sigarayı bırakmayı düşünmektedir, ancak sadece %12,9'u gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünmektedir. Sigara içenlerin yaklaşık %23'ü gelecek 12 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünürken %19,7'lik bir grup bırakmayı düşünmekle birlikte belirli bir tarih söylememiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Bu veriler 2008 verileri ile karşılaştırıldığında; genel olarak sigara içenler arasında gelecek 30 gün içinde sigarayı bırakmayı düşünenlerin sıklığında 2008 ve 2012 yılları arasında istatistik olarak anlamlı artış olmuştur (2008 yılında %9,9 ve 2012 yılında %12,9). Aynı yıllar içinde gelecek bir yılda sigarayı bırakmayı düşünenlerde de %17,8'den %22,5'e artma olmuştur. Buna karşılık sigarayı 12 aydan sonraki herhangi bir zamanda bırakmayı düşünenlerin sıklığında (2008 yılında %25,2, 2012 yılında %19,7) ve bu konuda fikri olmayanların sıklığında (2008 yılında %4,6 ve 2012 yılında %2,8) ise azalma meydana gelmiştir. Sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerin sıklığında ise 2008 ve 2012 yılları arasında değişiklik olmamıştır. Genel olarak son 12 ay içinde sigara içmeyi bırakma girişimi bakımından 2008 ve 2012 yılları arasında önemli bir değişim olmamıştır (2008'de %44,8 ve 2012'de %46,0). Gençlerde (15-24 yaşlar)

sigarayı bırakma girişimi bakımından önemli azalma olduğu gözlenmektedir (2008 yılında %52,3, 2012 yılında %40,2). Buna karşılık 25-44 yaşlarda ise sigarayı bırakma girişiminde anlamlı artış olmuştur (2008 yılında %42,7, 2012 yılında %48,3) (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.3 Sigara Bırakmada Yardım Alma

Genel olarak 2008 ile 2012 yılları arasında, araştırmadan önceki son 12 ay içinde sigarayı bırakma girişiminde bulunanların sigarayı bırakmak için herhangi bir yöntem kullanmalarında anlamlı artış olmuştur. Farmakoterapi kullananların yüzdesi 2008 yılındaki %9,3 değerinden 2012 yılında %13,6 değerine ve danışmanlık/tavsiye alanların sıklığı da %1,8'den %8,0 değerine artmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ancak bu artışa rağmen açıkça görülmektedir ki sigara bırakma girişiminde bulunanların büyük çoğunluğu hiç destek almamaktadır ve bu da girişimlerin başarısız olmasında önemli ve değiştirilebilir bir etkidir. Başarılı girişimler için, tütün kullanımının sürmesine neden olan faktörlerle kişisel, ailevi ve farmakolojik yönden mücadele edilmesi gerekmektedir.

Sosyoekonomik ve kültürel etkenlerin, sıklıkla kimin sigaraya başlayacağını kimin bırakıp kimin devam edeceğinin belirlenmesinde rol oynadığı görüşüyle yapılmış çok sayıda çalışma literatürde bulunmaktadır ancak çalışmalar farklı sonuçlar göstermektedir. Sosyodemografik faktörler, ek hastalıklar ve sigara içme özelliklerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkilerini araştıran çalışmalar yapılmış ve bazı çalışmalarda sigara bırakma başarısının yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve nikotin bağımlılığı ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Monso *ve ark.*, 2001) (Osler and Prescott, 1998) (Goérecka *ve ark.*, 2003) (Kenford *ve ark.*, 1994). Monso ve arkadaşları yaş ile cinsiyetin sigara bırakmada etkili faktörler olduğunu tanımlamışlardır (Monso *ve ark.*, 2001). Fernandez ve arkadaşları ise, cinsiyetten bağımsız olarak sigara bırakmanın yaş ile birlikte arttığını raporlamışlardır (Fernandez *ve ark.*, 2001). Bununla birlikte hem yurtdışında hem Türkiye'de yapılan çalışmalarda erkeklerin sigarayı daha kolay bırakabildiklerini bildiren çalışmaların yanında, yaş ve cinsiyetin sigara bırakma üzerine etkisi olmadığını vurgulayan çalışmalar da vardır

(Argüder *ve ark.*, 2013) (Sağlam, 2012) (Demir *ve ark.*, 2004) (Renaud and Halpern, 2010) (Yaşar, Kar Kurt and Talay, 2014). Benzer şekilde sigara bırakma başarısına eğitim durumunun etkisini inceleyen bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan gruplarda sigara bırakma oranının yüksek olduğu bildirilmekteyken (SAĞLIK, 2007) (Janson *ve ark.*, 2006), bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinde gruplar arasında fark saptanmamıştır (Argüder *ve ark.*, 2013) (Monso *ve ark.*, 2001) (Yaşar, Kar Kurt and Talay, 2014).

2.3.1 Tedavi İmkanları ve Tedavi Başarısı

Sigara bırakma işleminin, özelleşmiş sigara bırakma polikliniklerinde, hastanın yakından izlenerek ve iyi motive edilerek yapılması başarı olasılığını artırmaktadır (Demir, Aytemur and Elbek, 2010). Sigara bırakma polikliniği olmaksızın bırakma olasılığı %3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran %40'lara kadar yükselmektedir (Karlıkaya *ve ark.*, 2006). Tütün bağımlılığının yineleyen ve çoklu girişimler gerektiren kronik bir hastalık olarak kabul edilmesi nedeniyle tütün bağımlısı, hekim tarafından sürekli kontrol altında tutulmalıdır. Yine bir başka bir çalışmada destek almadan sigara bırakanlarda uzun dönem başarı oranı %7, destek ile bu oran %15-30 olarak bulunmuşken (Fiore *ve ark.*, 2000), bir meta analizde bu oranlar %2 ile %25 olarak bulunmuştur (Tønnesen, 2009).

Sigara bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanmış üç farmakolojik yöntem; nikotin yerine koyma/replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklidir. (Chandler and Rennard, 2010). Ülkemizde nikotin yerine koyma tedavisi olarak nikotin bandı, nikotin sakızı ve nikotin pastili bulunmaktadır. 12 aylık bir gözlem çalışması boyunca bırakma başarılarını oransal olarak karşılaştıran bir çalışmada sigarayı bırakmak için hiç yardım almayanlara göre bırakma oranları; reçetelendirilmiş ilaçlar ile bir uzman tarafından verilen davranışçı desteği birlikte alanlarda 3.25 [95%confidenceinterval(CI) = 2.05–5.15] kat, kısa tavsiyelerle birlikte reçetelendirilmiş ilaçlar kullananlarda 1.61 (95%CI = 1.33–1.94) kat, ve kendisi gidip reçetesiz NRT alıp kullananlarda 0.96 (95%CI = 0.81–1.13) kat fazla bulunmuştur (Kotz, Brown and West, 2013). Farklı evrelerdeki bireylerin özellikleri ve

gereksinimlerine uygun girişimin yapılması sigara bırakma başarısını artırmaktadır (Lai ve ark., 2010).

Sigara bırakma tedavilerinin etkinliğinin incelendiği yüksek kalitedeki meta analizler üzerinden yapılan bir meta analiz çalışmasında 3 tedavinin de etkinliğinin gösterildiği, hipnoz ve akupunktur gibi alternatif tedavilerin bilimsel olarak kanıtlanmış bir etkilerinin olmadığı, farmakoterapi dışında diğer etkinliği kanıtlanmış yöntemin bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisi olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada pratisyen hekim tarafından sigaranın bırakılmasını önerme, bırakmaya yardımcı broşürler verme gibi minimal destek ile bırakmayı deneyenlerde 1 yıllık bırakma başarısı %2 ve %1 bulunmuş iken, optimal ilaç ve destek tedavisi ile 1 yıllık sigaradan uzak durma oranlarının %25 civarlarında olduğu yayınlanmıştır (Tønnesen, 2009).

2.3.2 Tedavi Kullanımını Etkileyen Faktörler

Ülkemizde de sigaraya karşı başlatılan savaş ile toplumsal bilinçlenmeyi sağlamak ve sigara kullanan kişilerin sigara bırakma polikliniklerine başvurularını arttırmak hedeflenmektedir. Bu polikliniklerde sigarayı bırakma süreçleri, medikal tedavi ve davranışsal eğitim ile desteklenmektedir. Ülkemizde de dünyada olduğu gibi sigara bırakma poliklinikleri istenilenin altında kullanılmaktadır.

Bu bulgular, sigara bırakmada yardım arayışını etkileyen faktörlerin incelenmesinin değerine ve gerekliliğine işaret etmektedir. Sigara bırakmada başarıyı etkileyen faktörlerle ilgili birçok önemli çalışma yapılmasına ve hemen hepsinde yardım almanın önemi belirtilmesine rağmen sigara bırakmada tedaviye başvurma üzerine yapılan çalışma sayısı azdır. Yurt içinde bu konuda yapılan çalışmaların neredeyse tamamı sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi şeklindedir (Argüder ve ark., 2013) (Demir ve ark., 2004) (Sağlık, 2007). Sigara bırakma tedavilerinin yeteri kadar kullanılmaması ile ilgili olarak uluslararası alanda yapılmış araştırmalar incelendiğinde bu alana odaklanan bazı çalışmalar bulunmakta ise de bu çalışmalar genel sağlık anketlerinde (rastgele telefon aramalarında alınan bilgiler toplanarak yapılan) ve taramalarda sigarayı

bırakma girişiminde bulunanlar arasından, yardıma başvuranlar ile başvurmayanların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırıldığı çalışmalar şeklindedir. Bırakma kararı verildikten sonra başvuruyu/başvurmamayı etkileyebilecek diğer faktörleri araştıran çalışma bizim incelemelerimizde literatürde bulunamamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde S.Shiffman ve arkadaşları rastgele telefonla arama yöntemiyle sigara bırakmayı deneyenlerin tedaviye başvurma oranlarını inceledikleri bir çalışmada; kadınların, beyaz ırktan olanların, yaşlıların, daha eğitilmiş olanların, daha zengin olanların ve daha ağır nikotin bağımlısı olanların bırakma girişimlerinde tedaviye başvurma oranlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışmada kadın hastaların tek başına davranışçı tedaviyi ve ilaç ile kombine davranışçı tedaviyi kullanma oranlarının, özellikle fazla olduğu belirtilmiştir (Shiffman *ve ark.*, 2008). Yine Amerika'da ulusal sağlık anketi çalışmasında, sağlık güvencesi şeklinin sigara bırakmada tedavi başvurusuna etkisi bakıldığında, sağlık çalışanından sigarayı bırakma önerisi almanın ve kullanılan günlük sigara miktarının, sağlık güvencesi şeklinden bağımsız olarak tedavi kullanımının güçlü yordayıcısı olduğu sonucu bulunmuştur (Cokkinides *ve ark.*, 2005). Genç erişkinlerde sigara bırakmada tedavi arayışını inceleyen bir çalışmada yine tütün kullanım anketinde rastgele telefon görüşmelerinden edinilen bilgiler toplanmıştır. Tedavi imkanlarını bilmemeleri ve tedaviyi maddi olarak karşılayamamaları nedeniyle tedavi başvurularının düşük olduğu hipotezleri ile kurulan çalışmada genç erişkinlerin de diğer erişkinler gibi %80'den fazlasının, çeşitli ücretsiz tedavi hizmetlerinin olduğunu bildikleri, buna rağmen ilaç tedavisi kullanma ihtimallerinin diğer erişkinlerin yarısı kadar olduğu belirtilmiştir (Hughes, Cohen and Callas, 2009).

2.3.3 Tedavi Kullanımını Arttırmak

Sigara bırakmada yardım almanın azlığına dikkat çeken ve bu konuda çalışılması gerekliliğinin önemine vurgu yapan bir makalede, tedavinin az kullanılmasının nedenleri sorgulanmış, bazı temel zihinsel engelleri kaldırmaya yönelik çalışılması gerektiği önerilmiştir. Örnek olarak "bırakmak" gibi terimlerin kullanılıyor olmasının,

bunun bir hastalık değil bir iradi eylem olduğu yönünde bir mesaj verebileceği, bağımlılarda sık görülen bir kabul olan, sigara kullanmanın bir bağımlılık olmasına rağmen “istemenin” bırakmak için yeterli olduğu inancını destekliyor olabileceği ifade edilmiştir. Bunu yaptığımızda normal olanın kendi başına bırakmak olduğunu ve bizim de tedaviye başvurmaya utanılması gereken, kişinin karakterinin yetersizliğini gösteren bir durum olarak yaklaştığımız düşüncesini destekliyor olduğumuzu belirtmiştir. Sigara bırakmada tedavinin bir şekilde kullanıcıların ihtiyaçlarına yönelik şekilde pazarlanması gerektiğinin altı çizilmiş, hiçbir tedavinin ne kadar etkili olursa olsun, onu kullanmayan bir sigara bağımlısına yardımcı dokunmayacağı belirtilmiştir (Shiffman, 2010). Yine bu konuya parmak basan diğer araştırmacılar da tedavi hizmetinin nasıl sunulursa daha fazla kullanılabilirliği ile ilgili çalışmaktadır, ancak en az bunlar kadar önemli bir diğer durum da tedaviye başvurmasını beklediğimiz toplulukta tedaviye başvuruyu etkileyen değiştirilebilir bir etken varsa bu etkenleri saptamak ve bunları değiştirme yoluyla tedaviye katılımlarını sağlamak olmalıdır. Bu çalışmayı yapmaya bizi iten düşünce de bu olmuştur. Yurtdışında yapılan ve sigara bırakmada yardım arama davranışının azlığına dikkat çeken bazı çalışmalar, hastaların tedaviye başvurmasını engelleyen kişisel bariyerlerin bulunmasına olan ihtiyaca işaret etmişlerdir (Hughes, Marcy and Naud, 2009).

2.4 Anksiyete, Anksiyete Duyarlılığı ve Sigara Bağımlılığı

Kişiler yaşadıkları anksiyete miktarını azaltmak için sigara içmeye yönelebilmektedirler. İçilen sigara miktarı arttıkça, artan nikotinin etkisi ile, rahatsız edici durumlarda yaşanan anksiyete azalmaktadır (Kassel and Unrod, 2000). Sigara içme prevalansı şizofreni, majör depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu tanıları olanlarda genel popülasyona göre daha yüksektir. Daha ağır psikiyatrik semptomları olan hastaların sigara bağımlısı olma olasılıkları daha yüksektir (Kalman, Morissette and George, 2005). Yine sigarayı bırakmaya çalışan bağımlılarda anksiyetenin rolünü araştıran bir çalışmada, anksiyete bozukluğu olan sigara içicilerin daha yüksek düzeyde nikotin bağımlılıklarının ve bırakma öncesi yoksunluk bulgularının olduğu; herhangi bir

dönemde panik bozukluk veya sosyal anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılamış olanlarda daha fazla bırakma günü olumsuz etkisi görüldüğü bulunmuş. Herhangi bir dönemde anksiyete bozukluğu tanı kriterini karşılayanların 8. haftada ve 6. ayda bırakabilmiş olma ihtimallerinin daha düşük olduğu, ayrıca tekli ajan veya kombine farmakoterapiden fayda görmedikleri gösterilmiş. Tedavi arayışındaki sigara içenler arasında anksiyete tanısının yaygın görüldüğü ve bu anksiyete tanısının; sigara içme motivasyonunun artması, yüksek yoksunluk, farmakoterapiye azalmış yanıt ve sigarayı bırakabilme ihtimalinde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir ve bu bulguların anksiyete bozukluğu tanısı olan sigara içicilerinde tedavi yönlendirici algoritmalara ve tedavi gelişimlerine kılavuzluk edebileceği söylenmiştir (Piper *ve ark.*, 2011). Anksiyete duyarlılığı hem duygudurum bozuklukları hem de sigara bağımlılığı için güçlü prediktör olan bir psikolojik hassasiyet faktörüdür (Reiss *ve ark.*, 1986). Daha yüksek anksiyete duyarlılığı seviyeleri; daha yüksek nikotin bağımlılığı, sigara bırakmak ile ilgili daha olumsuz beklentiler, daha şiddetli yoksunlukla ilişkili problemler ve bırakma öncesi daha fazla yoksunluk ile ilişkili bulunmuştur (Farris *ve ark.*, 2015).

2.5 Sigara Bağımlılığında Bilişsel Davranışçı Müdahale

Sigara bırakmada daha önce de bahsedildiği gibi etkinliği meta analizlerce kanıtlanmış 4 tedavinin 3ü çeşitli farmakoterapi ajanları iken diğeri de bilişsel davranışçı müdahalelerdir (Tønnesen, 2009) (Karlıkaya *ve ark.*, 2006). Ayrıca tek başına bırakma başarısını artıran bilişsel davranışçı müdahaleler, ilaçlarla birlikte kullanıldığında optimal sonuç alınmaktadır (Kotz, Brown and West, 2013). Bırakma girişiminde başarısızlığın nedenini anlamaya çalışan bir çalışma, anormal bilişsel ve motivasyonel işlemlerin sürece dahil olmasının sigara bağımlılığını devam ettirmede önemli rolü olduğunu göstermiş ve bırakmanın özellikle ilk dönemlerinde görüşmenin odağında bunların yer almasını önermiştir (Powell *ve ark.*, 2010). Tedaviye başvurmayan içicilerde tedaviye başvurularını engelleyen üst bilişleri, yanlış inançları ve yanlış başa çıkma yollarını bulmak bu kişilerin tedaviye katılımlarını sağlamakta önemli bir adım olabilir. Yetersiz tedavi kullanımının çözümü için, çoğu araştırmanın ve sağlık sisteminin odaklandığı alan olan, tedavileri daha bilindir ve ulaşılabilir kılmak

ve tedaviye davet etmek yeterli olmamaktadır, bu noktada önemli olan içsel engellerin fark edilip değiştirilmesi olabilir.

John R Hughes bir makalesinde bazı temel yanlış genel yargıların sigara bırakma tedavisinde başarıya engel olduğunu, bunlardan birisinin de sigara bırakmada tedavinin başarı oranının düşük olduğu inancı olduğu belirtmiştir. Çoğu araştırmannın bilişsel davranışçı terapiler, ilaç ve NRT tedavilerinin kanıtlanmış ayrı ayrı ve birlikte kullanımda etkinliklerinin kanıtlandığını, genel bir rakamla sigara bırakmada tedavi etkinliğini ise %25 olarak bildirdiğini hatırlatmış, ancak sigara bağımlılığının nükslerle giden kronik bir hastalık olduğuna vurgu yaparak diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yapılan müdahalelerin sonuca direkt etkilerinin küçük olacağı ancak yapılan terapilerin kümülatif bir etkisinin olduğunu, klinisyenlerin hedeflerini bireyler için mümkün olan en kısa zamanda yardım etmek olarak belirlemesi gerektiğini, başarının bazı kişilerde ilk denemede bazılarında ise dördüncüde olacağını unutmaması gerektiğini söylemiştir. Yine %25 oranının 54 hafta boyunca hiç sigara içmiyor olma oranı olduğunu, kriterin bu şekilde alındığında alkol bağımlılığı tedavisine benzer veya daha başarılı olduğunu, bu oranın daha kısa süren girişimleri ve azaltmaları yansıtmadığını belirtmiştir. Bu oranı depresyon gibi yine bilişsel davranışçı terapilerde tedavi oranı %70 olarak gösterilen oranlarla karşılaştırmayı elmalarla armutları karşılaştırma terimiyle benzeterek depresyona yanıtın akut semptomatolojide rahatlama olarak kabul edildiği, benzer kriterler baz alınarak akut yoksunlukta rahatlama ve semptomlarda azalmaya bakılırsa sigara tedavisinin başarı oranının %70'lere çıkacağı veya Beck Depresyon Ölçeği'nde 54 hafta boyunca normal skorlarda kalma olarak bakılırsa antidepresanların yanıt oranlarının da %25 veya daha az olabileceğini söylemiştir (Hughes, 1999).

Etkinliği kanıtlanmış ve maliyet etkin olduğu gösterilmiş olmasına rağmen yeterince kullanılmayan bir yöntemin, neden yeterli kullanılmadığını anlamak ve nasıl daha etkin kullanılabileceğini araştırmak için sigara bırakmada tedavi başvurusunu etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu nedenle biz, sigarayı bırakmak isteyen sigara bağımlılarında polikliniğe başvuruyu etkileyen etkenleri araştırmayı amaçladık.

3 GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Örneklem

Araştırmaya 10 Ekim - 10 Aralık 2017 tarihleri arasında; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran, klinisyen tarafından yapılan görüşmede DSM-5 tanı ölçütlerine göre tütün kullanım bozukluğu tanısı konan hastalardan, araştırma hakkında bilgilendirilmiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 156 ardışık hasta alındı. Daha önce yapılan çalışmalarda bağımlılık şiddeti daha düşük olanların daha az tedavi başvurusunda buldukları sonucuna ulaşılması nedeniyle Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre az ve çok az derece bağımlı olan hastalar çalışmaya alınmadı.

İlk grubun tamamlanmasının ardından 10 Aralık - 10 Şubat 2018 tarihleri arasında, örneklem grubunun benzer olması açısından Kadıköy ve Adalar ilçelerindeki Aile Sağlık Merkezleri'ne başvuran hastalardan, klinisyen tarafından yapılan görüşmede DSM-5 tanı ölçütlerine göre tütün kullanım bozukluğu tanısı konan ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile orta ve daha üst derecede nikotin bağımlısı olduğu saptanan, son bir yıl içinde sigarayı bırakmayı denemiş ancak bu konuda daha önce hiç profesyonel yardım başvurusu bulunmayan hastalardan, araştırma hakkında bilgilendirilmiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 78 ardışık hasta alındı.

Çalışma hastane Kurumsal Değerlendirme Kurulu [Institutional Review Board] niteliğinde olan Erenköy Bilimsel Araştırma Merkezi tarafından onaylandı.

3.1.1 Dahil Edilme Ölçütleri

Hastalar için çalışmaya dahil edilme ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

- 1) DSM-5'e göre tütün kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 2) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 3) Kendi bildirimli ölçeklerin doldurulabilmesi için okur-yazar olmak
- 4) Tedaviye başvurmayan grup için son 1 yıl içinde en az 24 saat süren sigara bırakma girişimi olması

3.1.2 Dışlanma Ölçütleri

Hastalar için çalışmadan dışlanma ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

- 1) 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak
- 2) Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak
- 3) Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması
- 4) Psikotik bozukluk olması
- 5) Remisyon dışı bipolar bozukluk olması
- 6) Fagerström nikotin bağımlılık testine göre orta dereceden daha az nikotin bağımlısı olmak

Bu kişilerle, sertifikalı bir bilişsel davranışçı terapist olan araştırmacı tarafından, yapılan görüşmede kişilerin; sigara kullanımı, sigarayı bırakmak ve sigarayı bırakmada tedavi/yardım arayışı ile ilgili bilişleri saptandı. Ayrıca klinisyenle yapılan görüşmede 0 ile 10 puan arasında likert tipi puanlama ile hem bu bilişlerin hem de hastaların sigara kullanmaya-bırakmaya özgü düşünce hataları düzeyleri ve sigarayı bırakmada tedavi almaya özgü düşünce hataları düzeyleri saptandı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı.

3.2 Gereçler

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Bu form aracılığı ile hastaların yaş, cinsiyet, çalışma durumu gibi genel bilgilerinin yanı sıra kendilerinin ve çevrelerinin sigara kullanımları, fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküleri gibi bilgiler edinildi.

3.2.2 Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)

Bu ölçek akılcı olmayan inançlarının altında yatan fonksiyonel olmayan tutumlarını belirlemek amacıyla, Weisman ve Beck (1979) tarafından geliştirilmiş, Şahin ve Şahin (1991) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek mükemmelliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve değişken tutum olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, "ayrı" fonksiyonel olmayan tutumları değerlendirmeye yönelik her biri 7-noktalı Likert tipte 40 madde içeren iki "ayrı" formdan oluşur (A ve B). Formlar birbirlerinden bağımsız olarak kullanılabilir, bu çalışmada da literatürde daha sık kullanılmış form olan A formu kullanılacaktır. Puan yayılım genişliği 40-280 arasında olup, toplam puanın yüksekliği bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının yoğunluğuna işaret eder. FOTÖ Beck'in bilişsel kuramına göre farklı psikopatoloji formlarının altında yatan inançları ve tutumları ölçmek için geliştirilmiştir (Savaşır and Şahin, 1997).

3.2.3 Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ)

Covin ve ark. tarafından geliştirilen, içerik ve boyutları Beck'in çalışmalarından almış olan bu özgün, 10 soruyu iki boyutta değerlendiren 20 maddelik ölçek direk bilişsel çarpıtmaları ölçmektedir. Bireyin bilişsel hatalarını saptamak için her bilişsel hatanın önce tanımını yapmakta, ardından da birer paragraflık vaka örnekleriyle tasvir etmektedir. Daha sonra katılımcıdan bu düşünce tipini sosyal durumlarda ve kişisel başarı durumlarında ayrı ayrı ne sıklıkla kullandığını puanlaması istenmektedir. Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik güvenilirlik çalışması 2014 yılında yapılmıştır (Özdel ve ark., 2014).

3.2.4 Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAD)

1964 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından normal ve normal olmayan bireylerin sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen, Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türk kültürüne uyarlanan, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri; Yirmi maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği ile Yirmi maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere toplam kırk maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin belirli bir anda belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak maddeleri cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin genellikle kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini belirtir. Türkiye geçerlik güvenilirlik çalışmasında Türkçe ölçeklerin yüksek madde homojenliği ve iç tutarlılığa sahip olduğu belirtilmiştir (Öner and Envanteri, 1985).

3.2.5 Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Taylor ve ark. (2007) tarafından geliştirilen bu ölçek Mantar ve ark. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Anksiyete duyarlılığını fiziksel, sosyal ve kognitif olarak 3 alt boyutta ölçmek için kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Başta panik olmak üzere tüm anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk gibi klinik durumlar ve sağlıklı kişilerde uygulanır. Ölçek her alt boyutta 6'şar madde bulunmak üzere toplam 18 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi (0=çok az, 4=çok fazla) değerlendirme sunmaktadır. Ölçek toplam puanı, her bir maddenin puanının toplamından oluşmaktadır. Türkçe formun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puan artmış anksiyete duyarlılığını göstermektedir (Mantar, Yemez and Alkin, 2010).

3.2.6 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Dr. Karl Fagerström ve Schneider tarafından 1989'da geliştirilen altı sorudan oluşan ve nikotinin bağımlılık düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan bu testte alınabilecek en yüksek puan 11'dir ve 0-2 puan en az, 3-4 puan az, 5 puan orta, 6- 7 puan yüksek, 8 puan üzeri çok yüksek derecede nikotin bağımlılığını gösterir. Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Uysal *ve ark.*, 2004).

3.3 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 16 yazılımı kullanılarak yapılacaktır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Student T Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır.

4 BULGULAR

4.1 Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen tütün kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi.

Tablo 1: Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

		Tedaviye başvuramamış	Tedaviye başvurmuş	p
Cinsiyet	Erkek	31 39,7%	80 51,3%	0,96
	Kadın	47 60,3%	76 48,7%	
Yaş	Ort±Ss (Med)	44,01± 11,50 (44,00)	39,69±11,20 (37,00)	0,006
Evlilik Durumu	Evli	50 64,1%	84 53,8%	0,135
	Evli değil	28 35,9%	72 46,2%	
Sosyo-Ekonomik Gelir Düzeyi	Düşük	10 12,8%	26 16,7%	0,372
	Orta	65 83,3%	126 80,8%	
	Yüksek	3 3,8%	4 2,6%	
Halen çalışıyor mu	Evet	49 62,8%	101 64,7%	0,773
	Hayır	29 37,2%	55 35,3%	
Eğitim Düzeyi /Başarıyla tamamladığı yıl olarak	Ort±Ss (Med)	11,22±4,75 (11,00)	11,58±4,35 (12,00)	0,636

Çalışmaya orta ve daha üstü şiddette tütün kullanım bozukluğu tanısı almış olan, tedaviye başvuran grupta 76’sı kadın (%48,7), 80’i erkek (%51,3) olmak üzere 156, tedaviye başvurmeyen grupta 47’si kadın (%60,3), 31’i erkek (%39,7) olmak

üzere 78 hasta olarak toplam 234 hasta dahil edildi. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,096$).

Çalışmaya alınan yaşları 18 ile 65 arasında değişen hastaların yaşları tedaviye başvurmeyan grupta $44,01\pm 11,50$, tedaviye başvuran grupta $39,69\pm 11,20$ idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,006$).

Grupların medeni durumları incelendiğinde tedaviye başvuran grupta 84 evli (%54,2), 44 bekar (%28,4), 23 boşanmış (%14,8), 4 dul (%2,6) hasta bulunmaktayken; tedaviye başvurmeyan grupta 50 evli (%64,1), 17 bekar (%21,8), 6 boşanmış (%7,7), ve 5 dul (%6,4) hasta bulunmaktaydı. Tedaviye başvuran grupta 84 evli (%54,2), 72 evli olmayan (%46,2) tedaviye başvurmeyan grupta ise 50 evli (%64,1), 28 evli olmayan (%35,9) bulunmaktaydı. Gruplar arasında evli olup olmama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,135$).

Hastaların kendi beyanlarına göre sosyo-ekonomik gelir düzeyleri incelendiğinde tedaviye başvuran grupta 26 düşük (%16,7), 126 orta (%80,8) ve 4 yüksek (%2,6) gelir seviyesinde hasta varken; tedaviye başvurmeyan grupta 10 düşük (%12,8), 65 orta (%83,3) ve 3 yüksek (%3,8) hasta bulundu. Toplamda 36 düşük (%15,4), 191 orta (%81,6) ve 7 yüksek (%3,0) gelir seviyesinden 234 hasta vardı ve gruplar gelir düzeyleri açısından benzerdi ($p=0,372$).

Grupların çalışma durumlarına bakıldığında tedaviye başvuran grupta 101 çalışan (%64,7), 55 çalışmayan (%35,3) hasta varken; tedaviye başvurmeyan grupta 49 çalışan (%62,8), 29 çalışmayan (%37,2) hasta vardı. Toplamda 150 çalışan (%64,1) 84 çalışmayan (%35,9) hasta vardı ve gruplar çalışma durumları açısından benzerdi ($p=0,773$).

Gruplar eğitim düzeyleri açısından incelendiğinde, başarı ile tamamladıkları yıl olarak eğitim düzeyleri tedaviye başvuran grupta $11,58\pm 4,35$, tedaviye başvurmeyan grupta $11,22\pm 4,75$ idi. Gruplar eğitim durumları açısından benzerdi ($p=0,636$).

4.2 Çalışma Grubunun Sigara Kullanımı ile İlişkili Özellikleri ve Çevrelerinin Sigara Kullanma, Tedavi Önerme Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hastaların sigara kullanımı ile ilgili ve çevresinde sigara kullanımı ve sigarayı bırakmanın önerilmesi ile ilgili özellikleri Tablo 2 ve 3'te gösterildi.

Tablo 2: Çalışma grubunun sigara kullanımı ile ilişkili özellikleri

		Tedaviye başvurmamış	Tedaviye başvurmuş	p
Kaç yıldır sigara içiyor	Ort±Ss (Med)	22,99±12,35 (20,00)	20,72±10,59 (20,00)	0,183
Günde ortalama kaç sigara içiyor	Ort±Ss (Med)	22,33±8,41 (20,00)	25,03±11,50 (20,00)	0,161
Sigarayı daha önce kaç kez bıraktığı	Ort±Ss (Med)	2,56±2,27 (2,00)	2,04±1,85 (2,00)	0,044
	1 Haftaya kadar	34 43,6%	72 46,2%	
	1 Hafta 1 Ay arası	16 20,5%	25 16,0%	
	1 Ay 3 Ay arası	9 11,5%	19 12,2%	
En uzun bırakma süresi	3 Ay 6 Ay arası	8 10,3%	11 7,1%	0,978
	6 Ay 1 Yıl arası	3 3,8%	14 9,0%	
	1 Yıldan daha uzun	8 10,3%	15 9,6%	

Tablo 3: Çalışma grubunun çevresinde sigara kullanımı ve sigarayı bırakmanın önerilmesi ile ilişkili özellikleri

		Tedaviye başvurmamış	Tedaviye başvurmuş	p
Çalıştığı yerde sigara içen var mı	Çalışmıyor	26 33,3%	56 35,9%	0,846
	Evet	46 59,0%	86 55,1%	
	Hayır	6 7,7%	14 9,0%	
Yaşadığı yerde sigara içen var mı	Evet	41 52,6%	100 64,1%	0,089
	Hayır	37 47,4%	56 35,9%	
	Önerilmedi	25 32,1%	46 29,5%	
Profosyonel Sağlıkçı tarafından sigarayı bırakma/tedavi başvurusu önerildi mi	Sadece Bırakma önerildi	35 44,9%	69 44,2%	0,848
	Hem bırakma hem tedaviye başvurma önerildi	18 23,1%	41 26,3%	
	Yok	15 19,2%	38 24,4%	
Sigarayı bırakmayı öneren tanıdığı var mı?	Yok	15 19,2%	38 24,4%	0,377
	Var	63 80,8%	118 75,6%	

Hastaların sigara kullanımları ile ilgili özellikleri sorgulandığında; grupların kaç yıldır sigara içiyor olduğuna bakıldığında tedaviye başvuran grup ($20,72 \pm 10,59$) ile tedaviye başvurmeyen grup ($22,99 \pm 12,35$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,183$). Yine grupların günde ortalama kaç sigara içtiğine bakıldığında tedaviye başvuran grup ($25,03 \pm 11,5$) ile tedaviye başvurmeyen ($22,33 \pm 8,41$) istatistiksel olarak birbirine benzerdi ($p=0,161$). İki grubun sigarayı daha önce kaç kez bırakmayı denediğine bakıldığında; bu sayı tedaviye başvurmuş grupta ($2,04 \pm 1,85$), tedaviye başvurmamış gruba ($2,56 \pm 2,27$) göre anlamlı olarak az bulundu ($p=0,044$). Şimdiye kadarki en uzun bırakma süreleri incelendiğinde ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,978$).

Hastaların çalıştığı yerde kendileri dışında sigara içen olup olmadığı incelendiğinde tedaviye başvuran grupta 86 kişinin çalıştığı yerde sigara içen varken (%55,1), 14 kişinin çalıştığı yerde kendilerinden başka sigara içen yoktu (%9,0). Tedaviye başvurmeyan gruba bakıldığında 46 kişinin çalıştığı yerde sigara içen kişi bulunmaktayken (%59,0), 6 kişinin çalıştığı yerde kendilerinden başka sigara içen yoktu (%7,7). Toplamda 132 kişinin çalıştığı yerde sigara içen varken (%56,4), 20 kişinin çalıştığı yerde kendilerinden başka sigara içen yoktu (%8,5) ve 82 kişi ise çalışmıyordu (%35,0). Kişinin çalıştığı yerde sigara içen birinin olup olmaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,846$).

Hastaların yaşadığı yerde kendileri dışında sigara içen olup olmadığı incelendiğinde ise tedaviye başvuran grupta 100 kişinin yaşadığı yerde sigara içen varken (%64,1), 56 kişinin yaşadığı yerde kendilerinden başka sigara içen yoktu (%35,9). Tedaviye başvurmeyan grupta 41 kişinin yaşadığı yerde sigara içen varken (%52,6), 37 kişinin yaşadığı yerde kendilerinden başka sigara içen yoktu (%47,4). Toplamda 141 kişinin yaşadığı yerde sigara içen varken (%60,3), 93 kişinin yaşadığı yerde kendilerinden başka sigara içen yoktu (%39,7) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,089$).

Hastalara daha önce bir sağlık çalışanı tarafından sigarayı bırakmanın ve tedaviye başvurmanın önerilip önerilmediği sorgulandığında, tedaviye başvuran grupta 46 kişiye sigara bırakmanın hiç önerilmediği (%29,5), 69 kişiye sadece sigarayı bırakmanın önerildiği (%44,2), 41 kişiye ise hem sigarayı bırakma hem de sigarayı bırakmak için tedaviye başvurmanın önerildiği (%26,3) saptandı. Tedaviye başvurmeyan gruba bakıldığında ise 25 kişiye sigara bırakmanın hiç önerilmediği (%32,1), 35 kişiye sadece sigarayı bırakmanın önerildiği (%44,9), 18 kişiye ise hem sigarayı bırakma hem de sigarayı bırakmak için tedaviye başvurmanın önerildiği (%23,1) saptandı. Toplamda 71 kişiye sigara bırakmanın hiç önerilmediği (%30,3), 104 kişiye sadece sigarayı bırakmanın önerildiği (%44,4), 59 kişiye ise hem sigarayı bırakma hem de sigarayı bırakmak için tedaviye başvurmanın önerildiği (%25,2) saptandı. Hastalara daha önce bir sağlık çalışanı tarafından sigarayı bırakmanın ve tedaviye başvurmanın önerilmesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,848$).

Hastalara daha önce sigara bırakma polikliniğine başvuran ve onlara da öneren bir tanıdıkları olup olmadığı sorgulandığında ise, tedaviye başvuran grupta 118 kişiye (%75,6), tedaviye başvurmayan grupta ise 63 kişiye (%80,8) sigara bırakma polikliniğine gitmiş bir tanıdıkları tarafından ve hastalara da sigara bırakma tedavisine başvurmanın önerilmiş olduğu öğrenildi. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (p=0,377).

4.3 Çalışma Grubunun, Alkol/Madde Kullanım ve Hastalık Öyküleri

Çalışma grubunun, alkol/madde kullanım ve hastalık öyküleri tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Çalışma grubunun alkol/madde kullanım ve hastalık öyküleri

		Tedaviye başvurmamış	Tedaviye başvurmuş	p
Alkol kullanımı var mı?	Yok	38 48,7%	73 46,8%	0,781
	Var	40 51,3%	83 53,2%	
Madde kullanımı öyküsü	Hayır	68 87,2%	128 82,1%	0,316
	Evet	10 12,8%	28 17,9%	
Alkol - Madde kullanımı tedavisi öyküsü	Hayır	77 98,7%	144 92,3%	0,065
	Evet	1 1,3%	12 7,7%	
Fiziksel hastalığı var mı?	Yok	48 61,5%	98 62,8%	0,849
	Var	30 38,5%	58 37,2%	
Psikiyatrik Öyküsü var mı?	Yok	57 73,1%	105 67,3%	0,367
	Var	21 26,9%	51 32,7%	
Şu an psikiyatrik şikayeti var mı?	Hayır	71 91,0%	131 84,0%	0,139
	Evet	7 9,0%	25 16,0%	

Grupların alkol kullanımlarına bakıldığında toplamda 111 hastanın alkol kullanımı varken 123 hasta alkol kullanmıyordu ve gruplar arasında alkol kullanımı olup olmamasına göre anlamlı bir fark yoktu ($p=0,781$).

Hastaların madde kullanım öyküleri incelendiğinde tedaviye başvuran grupta 128 kişi hiç madde kullanmamış iken (%82,1), 28 kişinin daha önce madde kullanımı olmuştu (%17,9). Bu 28 kişinin 15'i esrar denemiş (%9,6), 7 tanesi bir süre esrar kullanmış (%4,5), 1 tanesi diğer maddelerden denemiş (%0,6), 5 tanesi ise diğer maddelerden bir süre kullanmıştı (%3,2). Tedaviye başvurmeyan grupta 68 kişi hiç madde kullanmamış iken (%87,2), 10 kişinin daha önce madde kullanımı olmuştu (%12,8). Bu 10 kişinin 5'i esrar denemiş (%6,4), 4 tanesi bir süre esrar kullanmıştı (%5,1), diğer maddelerden sadece deneyen hasta bu grupta bulunmazken (%0,0), 1 kişi ise diğer maddelerden bir süre kullanmıştı (%1,3).

Toplamda 196 kişi hiç madde kullanmamış iken (%83,8), 38 kişinin daha önce madde kullanımı olmuştu (%16,2). Bu 38 kişinin 20'si esrar denemiş (%8,5), 11 tanesi bir süre esrar kullanmıştı (%4,7), diğer maddelerden sadece deneyen 1 hasta varken (%0,4), 6 kişi ise diğer maddelerden bir süre kullanmıştı (%2,6). Madde kullanım öykülerinin olup olmaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,089$).

Hastalar daha önce alkol veya madde kullanımı için tedavi alıp almamalarına göre karşılaştırıldığında tedaviye başvuran grupta 144 kişi alkol veya madde kullanımı için tedavi almamış iken (%92,3), 12 kişinin daha önce alkol veya madde kullanımı için tedavi alma öyküsü bulunmaktaydı (%7,7). Tedaviye başvurmeyan gruba bakıldığında ise 77 kişi alkol veya madde kullanımı için tedavi almamış iken (%98,7), 1 kişinin daha önce alkol veya madde kullanımı için tedavi alma öyküsü bulunmaktaydı (%1,3). Toplamda 221 kişi alkol veya madde kullanımı için tedavi almamış iken (%94,4), 13 kişinin daha önce alkol veya madde kullanımı için tedavi alma öyküsü bulunmaktaydı (%5,6), gruplar arasında ise alkol veya madde kullanımı için tedavi alma öyküsü olması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0,650$).

Hastaların daha önceki psikiyatrik hastalık öyküleri karşılaştırılırken istatistiksel değerlendirmede daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü var ya da yok şeklinde karşılaştırma yapıldı. Hastalık öyküsü olanlar majör depresyon, anksiyete bozukluğu, anksiyete ve depresyon bozukluğu, bipolar bozukluk, kişilik bozukluğu, dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve diğer tanılar olarak kategorize edildi. Tedaviye başvuran grupta 105 kişinin tedavi önerilen psikiyatrik hastalık öyküsü yok iken (%67,3), 51 kişinin psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı (%32,7). Tanılara bakıldığında tedaviye başvuranlarda 22 major depresyon (%14,1), 9 anksiyete bozukluğu (%5,8), 7 anksiyete ve depresyon (%4,5), 2 bipolar bozukluk (%1,3), 4 kişilik bozukluğu (%2,6), 3 DEHB (%1,9), 4 diğer tanılar (%2,6) bulunmaktaydı. Tedaviye başvurmeyan gruba bakıldığında ise 57 kişinin tedavi önerilen psikiyatrik hastalık öyküsü yok iken (%73,1), 21 kişinin psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı (%26,9). Tanılara bakıldığında 9 depresyon (%11,5), 5 anksiyete bozukluğu (%6,4), 1 anksiyete ve depresyon (%1,3), 2 bipolar bozukluk (%2,6), 1 DEHB (%1,3), 3 diğer tanılar (%3,8) bulunmaktaydı. Toplamda 162 kişinin tedavi önerilen psikiyatrik hastalık öyküsü yok iken (%69,2), 72 kişinin psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı (%30,8). Gruplar arasında daha önce doktor tarafından tedavi önerilen psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması açısından istatistiksel farklılık bulunmadı (p=0,367).

Hastalar aktif psikiyatrik şikayetlerinin olup olmaması açısından incelendiğinde, muayenede psikiyatrik şikayetleri de sorgulanan hastalarda tanı konacak düzeyde hastalığı olanlar ile eşik altı düzeyde de olsa önemli psikiyatrik yakınmaları olanlar, aktif psikiyatrik sorunları olanlar olarak major depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol/madde kullanım bozukluğu, eşik altı depresyon veya anksiyete bozukluğu ve diğer psikiyatrik hastalıklar kategorilerinde gruplandı. Tedaviye başvuran grupta 131 kişinin aktif psikiyatrik şikayeti yok iken (%84,0), 25 kişinin aktif psikiyatrik hastalığı bulunmaktaydı (%16,0). Tedaviye başvuranların 4 tanesinde majör depresyon (%2,6), 2 tanesinde anksiyete bozukluğu (%1,3), 1 tanesinde alkol/madde kullanım bozukluğu (%0,6), 13 tanesinde eşik altı depresyon veya anksiyete bozukluğu (%8,3), 5 tanesinde ise diğer psikiyatrik hastalıklar (%3,2) vardı. Tedaviye başvurmeyan gruba bakıldığında ise 71 kişinin aktif psikiyatrik şikayeti yok iken (%91,0), 7 kişinin aktif psikiyatrik sorunu bulunmaktaydı (%9,0). Tedaviye başvurmeyanların 1 tanesinde anksiyete bozukluğu (%1,3), 4 tanesinde eşik altı depresyon ve anksiyete bozukluğu (%5,1), 2 tanesinde ise diğer psikiyatrik hastalıklar (%2,6) vardı. Toplamda ise 202 kişinin aktif psikiyatrik şikayeti yok iken (%86,3), 32 kişinin aktif psikiyatrik sorunları

bulunmaktaydı (%13,7). Gruplar arasında aktif psikiyatrik rahatsızlığı olup olmaması açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ($p=0,139$).

Hastalar düzenli tedavi görmeleri gereken fiziksel hastalıkları açısından incelendiğinde, tedaviye başvuran grupta 98 kişinin fiziksel hastalığı bulunmuyorken (%62,8), 58 kişinin fiziksel hastalığı vardı (%37,2). Tedaviye başvurmayan grupta ise 48 kişinin fiziksel hastalığı bulunmuyorken (%61,5), 30 kişinin fiziksel hastalığı vardı (%38,5) ve gruplar arasında düzenli tedavi görmeleri gereken fiziksel hastalıkları bulunması açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,849$).

4.4 Çalışma Grubunun Sigara Bırakmaya Verdiği Önem ve Hazırlık Düzeyi

Çalışmaya dahil edilen hastaların sigarayı bırakmaya verdiği önem ve sigara bırakma konusundaki; motivasyon, hazırlık düzeyi, kendilerine olan güven ve yardım alma ile ilgili özellikleri 0 ile 10 arasında puanlandı ve sonuçlar Tablo 5'te gösterildi.

Tablo 5: Çalışma grubunun sigarayı bırakmaya verdiği önem ve sigara bırakma konusundaki; motivasyon, hazırlık düzeyi, kendilerine olan güven ve yardım alma ile ilgili özellikleri

	Tedaviye başvurmamış Ort±Ss (Med)	Tedaviye başvurmuş Ort±Ss (Med)	p
Sigarayı azaltmaya/bırakmaya verdiği önem	8,82±1,92 (10,00)	9,35±1,41 (10,00)	0,017
Sigarayı azaltmanın/bırakmanın ekonomik açıdan önemi	7,08±3,40 (8,50)	7,80±3,06 (10,00)	0,115
Sigarayı azaltmanın/bırakmanın sağlık açısından önemi	9,47±1,53 (10,00)	9,60±1,05 (10,00)	0,798
Sigarayı azaltmaya/bırakmaya hazır olma derecesi	6,12±2,82 (5,00)	7,37±2,17 (7,00)	0,000
Sigarayı bırakmak için kendine ne kadar güvendiği	5,06±2,97 (5,00)	6,32±2,23 (6,50)	0,002
Sigara bırakmak için profesyonel yardıma ne kadar önem verdiği	8,32±2,18 (10,00)	9,13±1,43 (10,00)	0,018

Tedaviye başvuran ve başvurmayan hastaların, sigarayı bırakmaya ekonomik açıdan ($p=0,115$), ve sağlık açısından ($p=0,798$) verdikleri önem istatistiksel açıdan benzerdi. Tedaviye başvuran grubun sigarayı azaltmaya/bırakmaya verdiği önem ($p=0,017$), sigarayı azaltmaya/bırakmaya hazır olma derecesi ($p<0,001$), sigarayı bırakmak için kendisine güven derecesi ($p=0,002$) ve sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya verdiği önem ($p=0,018$) ise tedaviye başvurmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksekti.

4.5 Çalışma Grubunun Genel ve Sigaraya Özgü Düşünce Hataları

Çalışmaya dahil edilen tütün kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların Düşünce Özellikleri Ölçeği kullanılarak; genel düşünce hatalarını sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) ne sıklıkla kullandıkları Tablo 6'da, kişisel başarı durumlarında (okul veya iş hayatında) ne sıklıkla kullandıkları Tablo 7'de gösterildi. Ayrıca klinisyenle yapılan görüşmede likert tipi puanlama yaptırılarak saptanan; sigara kullanmaya-bırakmaya özgü düşünce hataları dereceleri Tablo 8'de ve sigarayı bırakmada tedavi almaya özgü düşünce hataları dereceleri Tablo 9'da gösterildi.

Tablo 6: Çalışma grubunun Düşünce Özellikleri Ölçek puanları, sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken)

	Tedaviye başvurmamış Ort±Ss (Med)	Tedaviye başvurmuş Ort±Ss (Med)	p
Zihin okuma / Sosyal durumlarda	3,99±1,78 (4,00)	4,72±1,74 (5,00)	0,003
Felaketleştirme / Sosyal durumlarda	3,58±1,86 (3,00)	3,47±1,75 (3,00)	0,807
Hep ya da hiç tarzı düşünme / Sosyal durumlarda	3,46±1,76 (3,00)	3,44±1,73 (3,00)	0,992
Duygudan sonuç çıkarma / Sosyal durumlarda	3,44±1,49 (3,00)	3,70±1,93 (4,00)	0,397
Etiketleme / Sosyal durumlarda	2,79±1,84 (3,00)	3,10±1,88 (3,00)	0,213
Zihinsel filtreleme / Sosyal durumlarda	3,09±1,43 (3,00)	3,37±1,83 (3,00)	0,392
Aşırı genelleme / Sosyal durumlarda	3,10±1,79 (3,00)	3,59±2,07 (3,00)	0,116
Kişiselleştirme / Sosyal durumlarda	3,12±1,75 (3,00)	3,28±1,74 (3,00)	0,450
Meli, mah ifadeleri / Sosyal durumlarda	3,14±1,77 (3,00)	3,26±1,88 (3,00)	0,727
Olumluyu küçültme ya da yok sayma / Sosyal durumlarda	2,31±1,48 (2,00)	2,90±1,82 (3,00)	0,023

Tablo 7: Çalışma grubunun Düşünce Özellikleri Ölçek puanları, kişisel başarı durumlarında (okul veya iş hayatında)

	Tedaviye başvurmamış	Tedaviye başvurmüş	
	Ort±Ss	Ort±Ss	
	(Med)	(Med)	p
Zihin okuma / Kişisel başarı durumlarında	3,96±1,78 (4,00)	4,60±1,83 (5,00)	0,011
Felaketleştirme / Kişisel başarı durumlarında	3,81±1,69 (4,00)	3,46±1,81 (3,00)	0,111
Hep ya da hiç tarzı düşünme / Kişisel başarı durumlarında	3,50±1,80 (3,00)	3,62±1,76 (4,00)	0,535
Duygudan sonuç çıkarma / Kişisel başarı durumlarında	3,29±1,85 (3,00)	3,36±1,89 (3,00)	0,826
Etiketleme / Kişisel başarı durumlarında	2,83±1,75 (3,00)	3,08±1,85 (3,00)	0,347
Zihinsel filtreleme / Kişisel başarı durumlarında	3,12±1,58 (3,00)	3,36±1,83 (3,00)	0,445
Aşırı genelleme / Kişisel başarı durumlarında	2,78±1,71 (2,50)	3,23±1,99 (3,00)	0,143
Kişiselleştirme / Kişisel başarı durumlarında	3,01±1,48 (3,00)	3,13±1,63 (3,00)	0,696
Meli, malı ifadeleri / Kişisel başarı durumlarında	2,79±1,69 (2,50)	3,34±1,87 (3,00)	0,034
Olumluyu küçültme ya da yok sayma / Kişisel başarı durumlarında	2,26±1,45 (2,009)	2,89±1,81 (2,50)	0,014

Tablo 8: Çalışma grubunun sigara kullanmaya-bırakmaya özgü bilişsel hata düzeyleri

	Tedaviye başvurmamış	Tedaviye başvurmuş	p
	Ort±Ss (Med)	Ort±Ss (Med)	
Felaketleştirme / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	5,85±2,93 (5,00)	6,49±2,86 (7,50)	0,061
Hep ya da hiç tarzı düşünme / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	6,74±3,55 (8,00)	7,98±2,82 (10,00)	0,009
Duygudan sonuç çıkarma / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	2,61±3,23 (1,00)	2,67±3,24 (1,00)	0,909
Etiketleme / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	4,08±3,52 (4,00)	4,88±3,45 (5,00)	0,088
Zihinsel filtreleme / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	2,92±3,28 (2,00)	3,43±3,54 (2,00)	0,314
Aşırı genelleme / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	2,26±3,35 (0,00)	2,37±3,33 (0,00)	0,677
Kişiselleştirme / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	6,68±3,48 (8,00)	6,61±3,28 (8,00)	0,783
Meli, malı ifadeleri / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	5,62±3,47 (5,00)	5,82±3,59 (7,00)	0,650
Olumluyu küçültme ya da yok sayma / Sigara kullanmak-bırakma ilgili	2,33±3,31 (0,00)	2,18±3,10 (0,00)	0,698

Tablo 9: Çalışma grubunun sigara sigarayı bırakmada tedavi-yardım almaya özgü bilişsel hata düzeyleri

	Tedaviye başvurmamış	Tedaviye başvurmuş	p
	Ort±Ss (Med)	Ort±Ss (Med)	
Felaketleştirme / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	4,33±3,75 (4,00)	4,97±3,67 (5,00)	0,224
Hep ya da hiç tarzı düşünme / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	6,05±3,55 (6,00)	6,56±3,30 (7,50)	0,337
Duygudan sonuç çıkarma / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	4,10±3,66 (4,00)	4,21±3,35 (5,00)	0,793
Etiketleme / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	1,83±3,17 (0,00)	,84±1,94 (0,00)	0,037
Zihinsel filtreleme / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	3,31±3,08 (3,00)	2,43±2,79 (1,00)	0,034
Aşırı genelleme / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	1,63±2,69 (0,00)	1,56±2,57 (0,00)	0,900
Kişiselleştirme / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	2,46±3,49 (0,00)	2,24±3,49 (0,00)	0,326
Meli, malı ifadeleri / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	5,79±3,86 (8,00)	4,47±3,57 (5,00)	0,008
Olumluyu küçültme ya da yok sayma / Sigara bırakmada tedavi-yardım almayla ilgili	2,46±3,19 (1,00)	1,59±2,50 (0,00)	0,027

İki grubun genel düşünce hatalarını kullanma sıklıkları incelendiğinde; tedaviye başvuran grupta, tedaviye başvurmeyan gruba göre sosyal durumlarda zihin okuma ($p=0,003$) ve kişisel başarı durumlarında zihin okuma ($p=0,011$) daha fazla kullanılmaktaydı. Tedaviye başvuran grupta, kişisel başarı durumlarında -meli -malı ifadelerinin kullanımını da tedaviye başvurmeyan gruba göre daha fazlaydı ($p=0,34$). Yine tedaviye başvuran grupta hem sosyal durumlarda ($p=0,023$), hem de kişisel başarı durumlarında ($p=0,014$) olumluyu küçültme ya da yok sayma tarzında düşünme, anlamlı olarak daha fazla saptandı. Diğer düşünce hatalarını kullanma sıklıkları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Aynı düşünce hatası tarzlarını kullanım sıklıkları, sigaraya özelleşmiş olarak incelendiğinde ise tedaviye başvuran grupta sadece sigara kullanmak-bırakmak ile ilgili hep ya da hiç tarzı düşünme, tedaviye başvurmeyan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,009$). Tedaviye başvurmeyan grupta ise sigara kullanmak-bırakmak konusunda düşünce tarzları tedaviye başvuranlara benzer bulunmakla birlikte, hepsi sigara bırakmada tedavi-yardım alma konusunda olacak şekilde; etiketleme ($p=0,037$), zihinsel filtreleme ($p=0,034$), -meli -malı ifadeleri ($p=0,008$) ve olumluyu küçültme ya da yok sayma ($p=0,027$) tarzındaki düşünce hataları tedaviye başvuran gruptaki hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kullanılmaktaydı.

4.6 Çalışma Grubunun Bağımlılık Şiddeti, Kaygı ve Kaygı Duyarlılığı Düzeyi ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Açısından Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen tütün kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların STAI ile ölçülen kaygı skorları, anksiyete duyarlılığı skorları, FNBT ile ölçülen bağımlılık şiddetleri ve FOTÖ ile ölçülen fonksiyonel olmayan tutum özellikleri Tablo 10'da gösterildi.

Tablo 10: Çalışma grubunun kaygı, kaygı duyarlılığı, FNBT puanları ve fonksiyonel olmayan tutumlarla ilişkili özellikleri

	Tedaviye başvurmamış Ort±Ss (Med)	Tedaviye başvurmuş Ort±Ss (Med)	p
STAI Durumluk Kaygı Skoru	35.65±10.64 (34.00)	37.33±9.79 (36.00)	0,214
STAI2 Sürekli Kaygı Skoru	43.00±8.81 (43.50)	44.38±9.33 (43.00)	0,394
Anksiyete duyarlılığı indeksi-3 toplam puanı	22.83±12.11 (21.50)	27.54±14.89 (25.50)	0,041
Fagerström Ölçek Puanı	5.90±1.93 (6.00)	6.48±1.88 (6.00)	0,016
Mükemmeliyetçi Tutum	44.36±16.67 (39.50)	50.69±17.73 (48.00)	0,004
Onaylanma İhtiyacı	36.77±10.11 (36.00)	39.88±10.46 (39.00)	0,038
Bağımsız Tutum	29.04±7.30 (29.00)	27.92±6.89 (28.00)	0,159
Değişken Tutum	18.54±4.96 (18.00)	19.03±4.92 (18.50)	0,499

Hastaların nikotin bağımlılığı düzeyi Fagerström Ölçeği ile karşılaştırıldığında tedaviye başvuran grubun bağımlılık düzeyi (6.48 ± 1.88) tedaviye başvurmeyan gruba göre (5.90 ± 1.93) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,016$). Grupların durumluk kaygı skorları ($p=0,214$) ve sürekli kaygı skorları ($p=0,394$) arasında anlamlı bir fark saptanmamakla beraber tedaviye başvuran grupta anksiyete duyarlılığı skoru (27.54 ± 14.89), tedaviye başvurmayanlara göre (22.83 ± 12.11) anlamlı derecede yüksek saptandı ($p=0,041$).

Grupların fonksiyonel olmayan tutumları FOTÖ kullanılarak karşılaştırıldığında bağımsız tutum alt ölçek puanları ($p=0,159$) ve değişken tutum alt ölçek puanları ($p=0,499$) iki grupta da benzer bulunurken; tedaviye başvuran grupta mükemmeliyetçi tutum ($p=0,004$) ve onaylanma ihtiyacı ($p=0,038$) anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

5 TARTIŞMA

Tütün kullanımı, dünyada ve ülkemizde önlenemez ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigarayı bırakmak isteyen sigara bağımlılarında; bırakırken profesyonel yardım/televi almanın, sigara bırakma başarısını artırdığı daha önceki çalışmalarda kanıtlanmıştır, ancak çoğu sigara bağımlısı bu etkinliği kanıtlanmış, ulaşılabilir ve maliyet etkin tedavi yöntemlerini kullanmamaktadır. Neden kullanmadıkları sorusu ise araştırılıyor olmakla birlikte henüz cevaplanamamıştır. Hangi faktörlerin yardım arama davranışını etkilediğinin bulunması ve değiştirilebilir etkenlere müdahale edilmesi ile bu grubun tedaviye başvurması sağlanabilir. Bu da daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarına göre tütün bağımlılığının tedavi başarısını 3 ile 10 kat arasında artırılabilir. Böylece hem tütün kullanımının devamı nedeniyle gelişecek hastalık ve ölümlerin önlenmesi konusunda hem de bu hastalıkların ve tütün kullanımının devamının getireceği büyük sosyal ve mali yükün önlenmesi konusunda ruh sağlığı ve halk sağlığı alanına önemli katkı sağlanabilecektir.

5.1 Cinsiyet ve Yaş'a Göre Sigara Bırakmada Yardım Alımının Değerlendirilmesi

2012 yılında 11536 haneden toplanan verilere dayanarak oluşturulan KYTA raporuna göre Türkiye'de genel olarak tütün ürünü kullanım sıklığı %27,1 olarak saptanmıştır, yaklaşık olarak 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir. Cinsiyetlere göre bakıldığında ise tütün kullanım oranları erkeklerde %41,5, kadınlarda %13,1 olarak ölçülmüştür. Sigara içenlerin yaklaşık yarısının (%46,0) son 12 ay içinde sigara bırakma girişiminde bulunduğu, kadınlarda (%48,8) sigara bırakma girişiminin erkeklere (%45,1) göre biraz daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yine aynı raporda kadınlar arasında ilaç tedavisi ve danışmanlık alma yöntemlerini kullanmanın erkeklere göre daha fazla bulunduğu belirtilmiştir (ilaç tedavisi %14,5 ve %13,3; danışmanlık %9,5 ve %7,5). Ancak bu raporda tüm bırakma veya tedavi alma

girişimlerinin ne kadarını kadınların/erkeklerin olduğu belirtilmemiş, kadınların ve erkeklerin kendi içlerindeki istatistikleri paylaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve tedaviye başvuranların sosyodemografik özelliklerini inceleyen bir çalışmada son bir yıl içinde sigara bırakmayı deneyen 12,027 günlük sigara içicisinin verileri cinsiyete göre incelendiğinde 5498 erkek 6529 kadının sigarayı bırakmayı denediği gösterilmiştir. Sigara bırakmayı deneyenlerin tedaviye başvurma oranlarını da inceleyen bu çalışmada; kadınların bırakma girişimlerinde tedaviye başvurma oranlarının erkeklere kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kadın hastaların tek başına davranışçı tedaviyi ve ilaç ile kombine davranışçı tedaviyi kullanma oranlarının, özellikle fazla olduğu belirtilmiştir (Shiffman *ve ark.*, 2008).

Bizim çalışmamızda gruplar cinsiyet açısından incelendiğinde tedaviye başvuran grupta 76'sı kadın (%48,7), 80'i erkek (%51,3) olmak üzere 156, tedaviye başvurmeyen grupta 47'si kadın (%60,3), 31'i erkek (%39,7) olmak üzere 78 hasta olarak toplam 234 hasta vardır. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,096$). Ancak normal popülasyonda sigara bağımlılarında erkek/kadın oranı yaklaşık 3 kat iken, çalışmamızda tedaviye başvuran grupta kadın erkek oranları birbirine çok yakın çıkmıştır. Bu da literatüre benzer şekilde kadınların sigara bırakmada daha fazla yardım aldığını göstermektedir. Tedaviye başvurmeyen grupta ise kadın oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Hem ülkemizdeki hem de yabancı literatürdekine benzer şekilde kadınların son 1 yıl içinde sigara bırakma denemesinin erkeklerden daha fazla olmasının buna neden olduğu düşünülebilir. Ayrıca bu konuda bir veri toplanmamakla birlikte, buna mesai saatleri içinde aile sağlık merkezine gelen hastaların da çoğunluğunun kadın olması ve çalışmaya katılmak ve çalışmaya dahil olabilmek için gerekli olan zamanı ayırmakta erkek hastaların daha gönülsüz olmalarının da etken olabileceği düşünülmüştür.

KYTA raporuna göre Türkiye'de genel olarak tütün ürünü kullanım yaşlarına bakıldığında erkekler arasında 25-44 yaş grubu, hem sigara kullanımı (%51,9), hem de mamul sigara kullanımı (%50,0) bakımından en yüksek değere sahip olan gruptur. Erkekler arasında tütün ürünü kullanımının en yüksek olduğu ikinci yaş grubu 45-64 yaş grubudur (%39,2). Kadınlar arasında halen tütün ürünü kullanımının en fazla olduğu

grup 25-44 yaş grubu, ikinci grup 45-64 yaş grubu, üçüncüsü de 15-24 yaş grubudur. Ancak ülkemizde sigara üzerine yapılan en kapsamlı çalışma olmasına rağmen bu çalışmada sigara bırakırken yardım almada yaş faktörünün tedaviye başvuru üzerine etkisi incelenmemekle birlikte, ilaç tedavisi kullanmanın, gençler ve yaşlılar grubunda en düşük yüzdeye sahip olduğu bildirilmiştir (15-24 yaş grubunda %10,2, 65 ve üzeri yaş grubunda %9,0) (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ülkemizde yapılan ve bir sigara bırakma polikliniği verilerinin gösterildiği 2119 kişilik bir çalışmada merkeze başvuran hastaların yaş ortalaması 38,4±12,5 bulunmuştur (Velioğlu, 2017). Bizim çalışmamızda da tedaviye başvuran grupta yaş ortalaması bu çalışmadakine benzer şekilde 39,69±11,20 bulunmuştur. Yine Türkiye’de yapılan sigara bırakma polikliniğine başvuran 320 kişinin değerlendirmeye alındığı bir çalışmada yaş ortalamaları 42,6±13,5 saptanmıştır (Yaşar ve ark., 2014). Daha önce de bahsedilen ABD’de yapılan çalışmada son 1 yıl içinde sigara bırakmayı deneyenlerin katılımı normal dağılım göstermiş ve 35-45 yaş arasında pik yaptığı belirtilmiştir (Shiffman ve ark., 2008). Ülkemizde polikliniğe başvuranlarda yaş ortalamasının görece daha genç olması, ülkemizin genç nüfusa sahip bir ülke olması ile de açıklanabilir. Tüm bu verilere bakıldığında çalışmamızın iki grup için de yaş ortalaması yurt içi çalışmalara daha yakın olmakla birlikte literatürdekine benzerdir.

5.2 Diğer Sosyodemografik Verilere Göre Sigara Bırakmada Yardım Alımının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda tedaviye başvurarak ve tedaviye başvurmadan sigara bırakmayı deneyen gruplar; evli olup olmama açısından ($p=0,135$), gelir düzeyleri açısından ($p=0,372$), çalışma durumları açısından ($p=0,773$) ve eğitim durumları açısından ($p=0,636$) benzer bulundu. Bu bulguların bizi bu çalışmayı yapmaya iten düşünce olan, tedavi başvurusuna engel olan sebeplerin sosyodemografik farklılıklardan ziyade, hastaların tedaviye ve sigara kullanmaya/bırakmaya yönelik hatalı bilişleri ve içsel engelleri olduğu yönündeki hipotezimizi desteklediğini düşündürdü.

Avusturalya, Yeni Zelanda, Kanada, Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Çin, Norveç, İsveç, Fransa gibi birçok ülkeden 26 çalışmanın dahil edildiği bir metaanaliz; dünyada tüm ülkelerde, yardımsız sigara bırakmanın azalma trendinde olmakla birlikte

hala sigara bağımlılarının çoğunun kendi başına bırakmayı denediğini ve en yüksek yardımsız bırakma oranının %91,2 ile Çin’de olduğunu göstermektedir. Yalnızca iki ülkede çoğunluğun yardım alarak bırakmayı denediğini, Birleşik Krallık’ta yardım almayanların oranının %50’nin hemen altında olduğunu, diğer ülkenin ise %40,6 ile en düşük yardımsız bırakma denemesi oranına sahip olan Avusturalya olduğunu belirtmiştir. Ancak bu meta analizde alt gruplara dair herhangi bir çalışma yapılmamıştır (Edwards *ve ark.*, 2014).

Dünyada sigara bırakma tedavisini kullanan ve kullanmayan bırakma girişimlerini karşılaştıran çalışmalarda daha eğitilmiş ve sosyoekonomik düzeyi daha yüksek olanların tedaviyi daha fazla kullandığını belirtmiştir (Shiffman *ve ark.*, 2008). Yine ABD’de 2008 yılında, 2000 kişiye yapılan rastgele telefon aramaları ile ulaşılan 884 sigara kullanıcılarından elde edilen bilgiler üzerinden, lojistik regresyon modeli kullanarak tedaviye başvurmayı etkileyen faktörler saptanmaya çalışılmıştır. Sigarayı bırakmayı denemiş olan sigara bağımlılarının %61’inin yaşam boyunca bir sigara bırakma yardımı aldığı, %57’sinin ilaç tedavisi %21’inin ise psikososyal tedavi kullandığı belirtilmiştir. Lojistik regresyon modeli kullanarak tedaviye başvurmayı etkileyen faktörler saptanmaya çalışılmıştır ve prediktörler olarak; yaş, cinsiyet, günün ilk sigarasını içme zamanı, günde içtiği sigara sayısı, lise mezunu olup olmamak, en uzun bırakma süresi, bir sağlık sorunu veya gebelik nedeniyle bırakıyor olmak, sosyal bir sebepten ötürü bırakıyor olmak ve son bir yıl içinde doktora gitmiş olmak incelenmiştir. Bu değişkenlerden kadın olmak (OR 2.4) ve günün ilk sigarasını içme zamanı (tedavi alanlarda 38dk. almayanlarda 68dk.) psikososyal tedavi almak üzerine belirleyici bulunmuştur. Yaşlı olmak (başvurularında 45,3 başvurmayanlarda 40,8), bir günde daha fazla sigara içiyor olmak (başvurularında 15, başvurmayanlarda 12 sigara) ve son yıl içinde sağlık profesyoneli ile görüşmüş olmak (OR 2.2) ilaç tedavisi kullanmak üzerine belirleyici bulunmuştur (Hughes, Marcy and Naud, 2009). 18-25 yaş arasındaki genç erişkinlerin, 25-44 yaş arasındaki erişkinlere göre hem psikososyal hem de farmakolojik sigara bırakma tedavilerini yarı yarıya daha az kullandıklarının saptanmış olmasının üzerine aynı örneklem üzerinden aynı metot ile yapılan başka bir çalışma ise, bunun nedeni olarak genç erişkinlerin tedavi imkanlarını bilmemeleri ve tedaviyi maddi olarak karşılayamamaları nedeniyle tedavi başvurularının düşük olduğu hipotezleri ile kurulmuştur. Çalışmanın sonucunda ise hipotezlerin aksine genç

erişkinlerin de diğer erişkinler gibi %80'inden fazlasının, çeşitli ücretsiz tedavi hizmetlerinin olduğunu bildikleri, buna rağmen ilaç tedavisi kullanma ihtimallerinin diğer erişkinlerin yarısı kadar olduğu belirtilmiştir (Hughes, Cohen and Callas, 2009). Tartışmada ise bunun nedeninin bağımlıların basamaklı bir tedavi yolunu takip etmesinin olabileceği söylenmiştir (Hughes, 2008). Bunu gösteren deneye dayalı kanıt sunmamakla birlikte, bağımlıların önce kendi başına bırakmayı denedikleri, birkaç deneme sonra kendi başlarına yazılı materyallerden destek aldıkları, daha sonra formal bir tedaviye başvurduklarını ileri sürmüştür. Bu durumun ise gereksiz tedavi kullanımını azaltabileceği gibi, uygun tedavi yöntemlerinin kullanımını yıllar hatta on yıllarca erteleyebileceğine dikkat çekmiştir (Hughes, Cohen and Callas, 2009). Yine bir başka çalışmada 18-24 yaş arasındaki genç erişkinlerde eğitim düzeyi arttıkça farmakoterapi kullanma ihtimallerinin arttığı, ancak daha yaşlı erişkinlerde eğitim durumunun farmakoterapi kullanımı üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Curry ve ark., 2007).

5.3 Sigara Kullanımı ve İlişkili Özelliklere Göre Sigara Bırakmada Yardım Alımının Değerlendirilmesi

Hastaların sigara kullanımları ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında; tedaviye başvuran grup ($20,72 \pm 10,59$) ile tedaviye başvurmayan grup ($22,99 \pm 12,35$) arasında yıl olarak sigara kullanma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,183$). Yurt içinde bu ayrımı inceleyen çalışma bizim araştırmamızda bulunamadı. Yabancı yayımlara bakıldığında ise, daha uzun süredir sigara içiyor olmanın, bağımlılığı direkt etkilediği bilinen ölçütler kontrol altına alındığında dahi tedavi alımını artırdığı gösterilmiştir. 25 yıldan daha uzun süredir sigara içen kullanıcıların en yüksek tedavi başvuru oranını gösterdiğini, ancak bu grupta dahi çoğunluğun yardım almadığını (%53) belirtmiştir. Yıllar içinde hem davranışçı tedavilerin, hem ilaç tedavisinin, hem de bu iki modalitenin kombinasyonunun arttığı gösterilmiştir (Shiffman ve ark., 2008). Literatürde günlük içilen sigara sayısının fazla olmasının ($p=0,03$, başvuranlarda 15, başvurmayanlarda 12 sigara) ilaç tedavisi kullanma üzerine belirleyici olduğu belirtilmiştir (Hughes, Marcy and Naud, 2009). Bizim çalışmamızda grupların günde içilen sigara sayısına bakıldığında tedaviye başvuran grup ($25,03 \pm 11,5$), tedaviye başvurmayan ($22,33 \pm 8,41$) gruba göre, literatürdeki ile benzer

şekilde daha fazlaydı ancak bu farklılık bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturacak düzeyde değildi ($p=0,161$). Yine çalışmamızda grupların nikotin bağımlılığı düzeyi FNBT puanları ile karşılaştırıldığında tedaviye başvuran grubun bağımlılık düzeyi ($6,48\pm 1,88$) tedaviye başvurmeyen gruba göre ($5,90\pm 1,93$) çok büyük bir fark olmasa da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,016$). Çalışmamızın dizaynı gereği iki grup da orta ve ağır derecede nikotin bağımlılarından oluşuyordu ancak bu bulgu da literatürdeki bağımlılık düzeyi daha yüksek olan hastaların tedaviyi daha çok kullandıkları yönündeki bilgiyi desteklemekteydi (Hughes, Marcy and Naud, 2009) (Shiffman *ve ark.*, 2008) (Curry *ve ark.*, 2007).

KYTA verilerine göre; sigarayı bırakmayı deneyen dört kişiden üçü (%73,4) en az bir kez herhangi yardım almadan denemiştir, herhangi yardım almadan bırakma girişimi tüm yaş, cinsiyet, oturulan yer ve eğitim durumlarında en fazla belirtilen yaklaşımdır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Çalışmamızda iki grubun sigarayı daha önce kaç kez bırakmayı denediğine bakıldığında; bu sayı tedaviye başvurmuş grupta ($2,04\pm 1,85$), tedaviye başvurmamış gruba ($2,56\pm 2,27$) göre anlamlı olarak az bulundu ($p=0,044$). Bu daha bahsi geçen basamaklı tedavi modalitesine ve literatürdeki bunu destekleyen sigara bağımlılarının ilerleyen denemelerinde tedaviye başvurduğu verilerine başta ters gibi görünmekle birlikte (Hughes, Marcy and Naud, 2009) (Hughes, Cohen and Callas, 2009) (Edwards *ve ark.*, 2014), bu farkın çalışmanın dahil etme kriterlerinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Tedaviye başvurmamış gruba dahil olabilmek için son 1 yılda en az 24 saat sigarayı bırakmayı denemiş olmak şartı konulmuştu, oysa tedaviye başvuran grupta 32 adet daha önce bırakmayı hiç denememiş hasta vardı ve bu durum aradaki farkın sebebini açıklamaktaydı. Çalışmamız verilerine göre şimdiye kadarki en uzun bırakma süreleri incelendiğinde ise iki grup da birbirine benzer özellikler göstermekteydi ($p=0,978$), yani daha önce belli bir süre sigarayı bırakmış olmanın da tedavi başvurusu üzerinde etkisinin olmadığı bulundu. Çalışmamızda grupların sigara kullanımı ve ilişkili özellikleri FNBT puanları dışında benzer saptandı.

5.4 Çevresel Sigara Kullanma ve Tedavi Önerme Özelliklerinin Sigara Bırakmada Yardım Almaya Etkisinin Değerlendirilmesi

Yurt içinde tedavi kullanımını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışma bizim taramamızda daha önce de belirtildiği gibi bulunmamıştır. 2012 yılında yayımlanan KYTA raporuna göre halen sigara içenler arasında geçen 12 ay içinde sağlık kuruluşuna başvurmuş olanların yarısından azı (%42,9) bu konuda öneri almışlardır. Aynı rapora göre sağlık kuruluşlarına başvuranlar arasında sigara içenlerin yarısından biraz fazlasına (%51,4) sağlık personeli tarafından sadece sigara içme durumu sorulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bizim çalışmamızda yaşam boyu sağlık personeli tarafından sigara bırakmanın önerilmesi sorgulandığında; toplamda 71 kişiye sigara bırakmanın hiç önerilmediği (%30,3), 104 kişiye sadece sigarayı bırakmanın önerildiği (%44,4), 59 kişiye ise hem sigarayı bırakma hem de sigarayı bırakmak için tedaviye başvurmanın önerildiği (%25,2) saptandı. Daha önce bir sağlık çalışanı tarafından sigarayı bırakmanın ve tedaviye başvurmanın önerilmesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,848$). Literatüre bakıldığında ise son 1 yıl içinde sağlık profesyoneli ile görüşmüş olmak ($p=0,007$, OR 2.2) ilaç tedavisi kullanmak üzerine belirleyici bulunmuştur (Hughes, Marcy and Naud, 2009). Biz çalışmamızda son 1 yıl içindeki değil yaşam boyu öneri almayı sorguladığımız için gruplar arasında fark çıkmadığı düşünülmüştür.

Hastaların sigara bırakırken tedaviye başvurmalarını sağlayabilecek dışsal faktörler karşılaştırıldığında; çalıştığı yerde sigara içen birinin olup olmaması açısından ($p=0,846$), yaşadığı yerde kendilerinden başka sigara içen olup olmaması açısından ($p=0,089$) ve daha önce sigara bırakma polikliniğine başvuran ve onlara da başvurmalarını öneren bir tanıdıkları olup olmaması açısından ($p=0,377$) istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. 2017 sonlarında yayınlanan yeni bir çalışmada yaşadığı yerde başka sigara içen biri olan sigara bağımlılarının, yaşadığı yerde sigara içen bulunmayan sigara bağımlılarına göre daha düşük tedavi alma olasılıkları olduğunu belirtmiştir (aOR, 0.69; 95% CI, 0.49-0.97; $p=0,033$) (Hammett ve ark., 2017). Yine 2017 yılı eylül ayında yayınlanan başka bir çalışmada evinde sigara içen birisinin yaşamasının, o sigara kullanıcısının tedaviye başvurmayan bir sigara bağımlısı olma ihtimalini 2 kat artırdığını belirtmiştir (OR= 2.20, 95% CI= 1.08, 4.49) (Audrain-mcgovern ve ark., 2009).

Çalışmamız planlanırken özellikle daha önce sigara bırakma polikliniğine başvuran ve onlara da başvurmalarını öneren bir tanıdığın olmasının, tedaviyi

başvurmayı etkilemesi beklenmekteydi ancak bu faktörün de gruplar arasında benzer çıkması, tedavinin yetersiz kullanılmasının nedenlerinden biri olarak yeterince bilinmemesi hipotezi ile kurulan ancak sonuçlarda tedaviyi kullanmayanların da kullananlar kadar tedavi imkanlarından haberdar olduğunu belirten literatür ile uyumluydu (Hughes, Cohen and Callas, 2009).

5.5 Alkol/Madde Kullanım ve Hastalık Özelliklerinin, Sigara Bırakmada Yardım Almaya Etkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda sigara bırakmada yardım almaya etkisinin olabileceğini düşündüğümüz özellikler olarak gruplar arasında alkol ve madde bağımlılık öyküleri, fiziksel hastalık öyküleri, psikiyatrik hastalık öyküleri ve aktif psikiyatrik sorununun olup olmamasını da karşılaştırdık. Ülkemizde daha önce sigara bırakmada yardım almaya etki eden faktörlerin incelenmediğini belirtmiştik, ABD’de yapılan bir çalışmada ise, beklenenin aksine bir fiziksel hastalığa sahip olmanın, sigara bırakmada tedavi almaya etkisinin olmadığı bulunmuştu (Hughes, Cohen and Callas, 2009). Bizim de araştırmamızda, bu çalışmaya benzer şekilde gruplar arasında düzenli tedavi görmeleri gereken fiziksel hastalıkları bulunması açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,849$).

Sigara içenlerin, içmeyenlere göre daha fazla alkol kullandığı ve alkol kullanım yoğunluğu arttıkça sigara bırakma başarısının düştüğü bilinmektedir. Devamlı alkol kullananlar üzerinde sigara bırakmayı inceleyen bir çalışmada hastaların %41,5’inin alkol içtiği sırada kayma yaşadığını belirtmiştir (Kahler *ve ark.*, 2010). Bir başka çalışmada da alkol ve veya sakinleştirici kullanıyor olmanın sigarayı bırakma oranlarını azalttığı gösterilmiştir (López-torrecillas *ve ark.*, 2014). Yine Amerika’da yapılan başka bir çalışmada, 18-24 yaş aralığındaki sigara bağımlılarının, 25-44 yaş aralığındakilere göre tedaviyi daha az kullanmasının nedenleri araştırılmıştır. Alkol kullanımı son 12 ayda alkol kullanmak ve son bir yılda en az 12 kez 5 veya daha fazla birim alkol kullanmış olmak şeklinde iki ayrı kategoride sorgulanmış, iki kriterde de genç erişkinlerin daha fazla alkol kullanımı olduğunu belirtmiş ancak çoklu lojistik regresyon ile bunun tedavi kullanımına etkisinin olup olmadığı araştırıldığında bir korelasyon bulunamamıştır (Curry *ve ark.*, 2007). Bizim çalışmamızda genel olarak

alkol kullanımının olup olmadığına bakıldığında tedaviye başvuran (%46,8) ve başvurmayan (%48,7) gruplar arasında alkol kullanımı olup olmamasına göre anlamlı bir fark yoktu ($p=0,781$). Madde bağımlılığının sigara bağımlılığı prevalansını artırdığı bilinmektedir. Eroin bağımlılarında sigara içme oranının genel topluma göre yaklaşık beş kat fazla olduğunu, dahası sigara içen madde bağımlılarının sigara içmeyen madde bağımlılarına göre dört kat daha fazla erken ölüm oranı olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Ainscough ve ark., 2017). Madde kullanımının sigara bağımlılığında tedavi kullanımına etkisini araştıran çalışma bizim araştırmamızda bulunamadı. Çalışmamızda ise madde kullanım öykülerinin olup olmaması açısından tedaviye başvuran ve başvurmayan sigara içicileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.089$). Hastalar daha önce alkol veya madde kullanımı için tedavi alıp almamalarına göre karşılaştırıldığında tedaviye başvuran grupta 12 kişinin (%7,7), tedaviye başvurmayan grupta ise 1 kişinin (%1,3) daha önce alkol veya madde kullanımı için tedavi alma öyküsü bulunmaktaydı. Bu farklılık gruplar arasında alkol veya madde kullanımı için tedavi alma öyküsü olması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamaktaydı ($p=0,065$).

Sigara bağımlılığı komorbiditesi birçok psikiyatrik hastalıkta görülmektedir ve psikiyatrik hastalıkları olanlarda sigara bağımlılığı prevalansının daha fazla olduğu bilinen bir bilgidir (Loh ve ark., 2018) (Aschbrenner, Patten and Brunette, 2018). Ayrıca psikiyatrik hastalık geçmişi olanların sigara bırakma tedavisine yanıt oranlarının da daha düşük olduğu belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalık öyküsünün, sigara bırakma tedavisinin başarısını inceleyen bir çalışmada; tedavinin 8. haftasında bırakma başarısı ile son bir yıl içinde duygudurum bozukluğu tanısı alma ve herhangi bir zamanda anksiyete bozukluğu tanısı alma arasında güçlü ilişki bulunduğu belirtilmiştir. Herhangi bir zamanda anksiyete bozukluğu tanısı alanlar (OR = 0,72) ve daha önce birden fazla psikiyatrik tanı alanların (OR = 0,74) daha düşük bırakma oranları olduğu belirtilmiştir (Piper ve ark., 2010). Yine 26 haftalık bir takip çalışmasında psikiyatrik hastalık geçmişi olmayanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde sigara bırakma başarısı daha yüksek bulunmuştur, aynı çalışmada anksiyete ve depresyonun etkilerine ayrı ayrı bakıldığında ikisinin de sonuca benzer şekilde negatif etki ettiği görülmüştür (Loh ve ark., 2018). Ancak psikiyatrik hastalık durumunun sigara bırakma tedavisine başvurmayı etkilemesine bakan çalışma azdır. Tedavi

arayışında olmayan sigara içicilerini, tedavi arayışında olanları ve sigarayı bırakanları karşılaştıran bir çalışmada; tedavi arayışında olmayanların, sigarayı bırakanlara göre, şiddetli depresif semptomları olma ihtimalinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (Audrain-mcGovern *ve ark.*, 2009). Bir çalışmada ise sigara bağımlıları daha önce psikiyatrik hastalık tanısı alıp almamalarına göre gruplandırılmış ve iki gruba da nikotin bandı başlanarak verilen tedaviyi kullanma oranları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada herhangi bir psikiyatrik hastalık özgeçmiş olanlarda tedavi kullanma sıklığı anlamlı derecede daha az bulunmuştur (Gariti *ve ark.*, 2000).

Bizim çalışmamızda tedaviye başvuran grupta psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma sıklığı %32,7 iken, tedaviye başvurmeyen grupta %26,9 idi ve gruplar arasında daha önce doktor tarafından tedavi önerilen psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması açısından istatistiksel farklılık bulunmadı ($p=0,367$). Keza tedaviye başvuran grupta aktif psikiyatrik hastalık bulunma sıklığı %16,0, tedaviye başvurmeyen grupta aktif psikiyatrik sorun bulunma sıklığı %9,0 bulunmuştu ve yine gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştı ($p=0,139$). Bu değişkenlerin de iki grupta benzer çıkması, gruplar arasındaki farkı açıklamada başka değişkenlerin sonuca etki etmemesi açısından olumlu bulundu.

5.6 Sigara Bırakmaya Verdiği Önem ve Hazırlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tedaviye başvuran ve başvurmeyen hastaların, sigarayı bırakmaya ekonomik açıdan ($p=0,115$) ve sağlık açısından ($p=0,798$) verdikleri önem istatistiksel açıdan benzer çıkması iki grubun da sigarayı bırakmayı isteyen ve son bir yıl içinde bırakmayı deneyen veya bırakmak için gelen kişilerden oluşması ile açıklanabilir. İki grubun sağlık ve ekonomik açıdan benzer önem veriyor olması bu konudaki farkındalık seviyelerinin benzer olduğu anlamında da yorumlanabilir ve tedaviye başvurmeyen sigara bağımlılarının da aslında sigaranın zararlarının farkında olduğunu, onları tedaviye başvurmadan alıkoyanın başka faktörler olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Yine bize hastalara ve topluma yapılacak bilişsel müdahalelerin sigaranın zararlarını anlatmak yerine başka alanlara yöneltilmesi gerektiğini işaret etmektedir.

Tütün bağımlılığı da dahil tüm bağımlılıklarda hastaların kullanılan maddeyi bırakmaya hazır olma durumunu belirtmede kullanılan Transteoretik Model (değişim aşamaları modeli) beş aşamadan oluşmaktadır ve aşamalar bir daire şeklinde ilerlerler, yani son aşamadan sonra tekrar ilk aşamaya geçiş mümkündür. Farkındalık öncesi evrede hasta sigara ile bir sorunu olduğunu farkında bile değildir. Farkındalık (düşünme) evresinde hasta artık kabullenme aşamasındadır ve sigara içmenin onun için bir sorun olduğunu düşünmeye başlar. Karar verme (hazırlık) evresinde sigaranın onun için ciddi bir sorun olduğu ve bırakmak zorunda olduğunu düşünmektedir, nasıl bırakabileceği, nerelere başvurabileceği konusunda hazırlık yapmaktadır. Eylem ve idame evresinde kişi artık sigarayı bırakmıştır, altı aydan daha uzun bir süre geçmiş ise idame evresindedir. Relapsta ise kişi tekrar sigara içmeye başlamıştır. Kayma ve relapslar tüm bağımlılıklarda doğal kabul edilmelidir. Bırakma ve bırakmayı sürdürme evresinde olanlar için relaps sık gördüğümüz ve hastalığın doğal seyrinde var olan bir durumdur. Bırakmayı düşünme aşamasında olanlardan %5'i relaps olmadan sürdürme aşamasında kalırlar. Yeniden başlayanların %15'i düşünmeme, diğer %85'i düşünme ve hazırlık aşamalarına dönüş yapmaktadır. Sigara içenlerin sigaranın bırakılmasından önce üç-yedi kez (ortalama 4) bu dairenin çevresinde döndükleri bulunmuştur. Bu modelde daire kullanılması aynı zamanda relapsın değişim sürecinin doğal bir parçası olduğunu göstermektedir (Anczak and Nogler, 2003) (Ögel, 2009).

Tedaviye başvuran grubun sigarayı azaltmaya/bırakmaya verdiği önem ($p=0,017$), sigarayı azaltmaya/bırakmaya hazır olma derecesi ($p<0,001$) ve sigarayı bırakmak için kendisine güven derecesi ($p=0,002$) tedaviye başvurmeyan gruba göre anlamlı derecede daha yüksekti. Bu durumun tedaviye başvuran grup eyleme geçme evresinden hemen önce bırakmak için bize kendileri başvurmuş iken, tedaviye başvurmeyan grup ise aile hekimine başka bir nedenle gelmiş iken çalışmaya dahil olan, görüşme anında düşünmeme, hazırlık ve düşünme evresinde bulunan kişilerden oluşmasından; yani özetle o anda tedaviye gelen grup kadar motive/hazır olmamalarından kaynaklandığı düşünüldü.

Son olarak tedaviye başvuran grubun, sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya verdiği önem, tedaviye başvurmeyan gruba göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,018$). Bu bulgunun, neden bu grubun tedaviye başvurmuş, diğer grubun ise tedaviye başvurmadan bırakmayı denemiş olduğunu gösterdiği düşünüldü. Yani

tedaviye başvurmayan grubun, sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almanın önemi ile ilgili düşünceleri değiştirilebilirse bu grubun tedaviye başvurmasını sağlamak mümkün olabileceği düşünüldü.

5.7 Genel ve Sigaraya Özgü Düşünce Hatalarının Sigara Bırakmada Yardım Almaya Etkisinin Değerlendirilmesi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), madde kullanım bozukluklarını da içerecek şekilde pek çok psikiyatrik hastalıkların tedavisinde etkinliği kanıtlanmış; yapılandırılmış, kısa-sürelî, bugüne odaklı bir psikoterapidir. BDT güncel problemlerin çözümüne ve işlevsiz düşünce ve davranışların değiştirmeye odaklanan problem odaklı ve eylem yönelimli bir terapötik yaklaşımdır. Tütün bağımlılığında da tüm kanıta dayalı rehberler, bireye uygun farmakolojik ve davranış tedavilerinin kombine edilmesinin en etkili tedavi yöntemi olduğunu belirtmektedirler.

Bilişsel davranışçı sigara bırakma sürecinde sigara içme, öğrenilen ve bağımlılığa neden olan bir davranış olarak ele alınmaktadır. Psikolojik bağımlılık, bireylerin bilişsel süreçleriyle ilişkilidir, bu nedenle bilişsel davranışçı yaklaşımla sigarayı bıraktırma sürecinde davranışı sürdürmeyle ilgili inançlar ve davranışa ilişkin otomatik düşünceler üzerinde durulmaktadır. Psikolojik bağımlılığı olan bireyler, bilişsel olarak sigara içmenin dezavantajlarını azaltma ve olumlu yönlerini çoğaltma eğilimindedirler. Bu nedenle tedavi sürecinin en önemli amaçlarından biri, bireylerin sürdürmüş oldukları davranışa (sigara içmeye) ilişkin avantaj ya da dezavantajların yeniden değerlendirilmesini sağlamaktır. Bilişsel davranışçı yaklaşımçılar, bu işlemin bilişsel yeniden yapılandırma ile gerçekleştirilebileceğini vurgulamışlardır (Şengezer T., 2016) (Stevens and Hollis, 1989).

Bir örnek ile düşünce hatalarını ve bilişsel davranışçı terapide bu düşünce hatalarının nasıl ele alındığını göstermek netleştirici olacaktır. Bağımlılık tedavisinde amacımız bağımlılık yapan maddenin bir daha hiç kullanılmamasıdır. Yasaklanmış maddenin bir kez kullanımı bile “nüks” olarak kabul edilmektedir. Bu “hep ya da hiç” biçimindeki hatalı düşünce biçimi, kişiyi bir uçtaki “kesin denetim” noktasından, diğer uçtaki “denetim yitimi” noktasına götürmektedir. Oysa bir-iki kez sigara içme, yalnızca bir “hata”dır (lapse) ve bırakılmış eski davranışın yinelendiğini gösterir. Bunun “nükse” (relapse) dönüşebilmesi için hataların (lapse) ardı ardına yinelenmesi

gerekir. Nükse yol açmamak için, sarkaç modelinin tersine daha insancıl ve esnek bir tutum yararlıdır. Tedavi süresince yapılan bir hatanın, nükse dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen, kişinin hatası ile ilgili bilişsel tepkilerdir. Ben iradesizim, kontrolsüzüm şeklindeki “etiketleme” tarzı bir düşünce yerine “Benim bir sigara içmem, iradesiz olduğumu değil, hata yaptığımı gösterir, bu hatayı yinelemezsem amacımı gerçekleştirebilirim” şeklinde düşünce geliştirilebilmesi bırakma sürecinde işe yarayacaktır (Aytemur, 2011) (Şengezer T., 2016).

Sigarayı bırakma veya sürdürme üzerine etkili olduğu gösterilen düşünce hatalarının pekala sigara bırakmada yardım alma veya almama üzerine de etkili olacağını düşünmek akla yatkındır. Sigara bağımlılığıyla mücadelede etkili tedavi yöntemleri bulmak kadar önemli bir diğer durum da tedaviye başvurmamasını beklediğimiz toplulukta tedaviye başvuruyu etkileyen değiştirilebilir bir etken varsa bu etkenleri saptamak ve bunları değiştirme yoluyla tedaviye katılımlarını sağlamak olmalıdır. Yurtdışında yapılan ve sigara bırakmada yardım arama davranışının azlığına dikkat çeken bazı çalışmalar, hastaların tedaviye başvurmamasını engelleyen kişisel bariyerlerin bulunmasına olan ihtiyaca işaret etmişlerdir (Hughes, Marcy and Naud, 2009). Anormal bilişsel ve motivasyonel süreçlerin, sigara bağımlılığının devam etmesine neden olduğu görüşünü destekleyen ve hastalarla yapılacak görüşmelerde özellikle bırakmanın ilk evrelerinde yapılacak görüşmelerde bu süreçlere odaklanılması gerektiğini öneren çalışmalar da vardır (Powell *ve ark.*, 2010).

Biz de çalışmamızda, daha önce düşünce hatalarının kullanımını karşılaştırmada kullanılabilir bir yöntem olduğu kanıtlanan, düşünce özellikleri ölçeğini kullanarak hastaların genel düşünce hatalarını saptadık. Daha sonra sigara kullanmaya-bırakmaya ve sigarayı bırakmada tedavi almaya özgü düşünce hatalarını, klinik tecrübemizde sık gördüğümüz düşünce hatalarını düşünce özellikleri ölçeğindeki kategorilere göre ayırıp, hastaların bu hatalı düşünceleri ne kadar kullandığını saptadık.

Verilerimize göre iki grubun genel düşünce hatalarını kullanma sıklıkları incelendiğinde; tedaviye başvuran grupta, tedaviye başvurmeyen gruba göre sosyal durumlarda zihin okuma ($p=0,003$) ve kişisel başarı durumlarında zihin okuma ($p=0,011$) daha fazla kullanılmaktaydı. Tedaviye başvuran grupta, kişisel başarı durumlarında -meli -malı ifadelerinin kullanımını da tedaviye başvurmeyen gruba göre daha fazlaydı ($p=0,34$). Yine tedaviye başvuran grupta hem sosyal durumlarda

($p=0,023$), hem de kişisel başarı durumlarında ($p=0,014$) olumluyu küçültme ya da yok sayma tarzında düşünme, anlamlı olarak daha fazla saptandı. Diğer düşünce hatalarını kullanma sıklıkları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Tedaviye başvuran grupta genel düşünce hatalarının daha fazla çıkması, sigaraya özgü düşünce hatalarının yorumlanmasında avantaj oluşturmaktaydı. Çünkü tedaviye başvurmeyen grupta, tedaviye başvuranlara göre daha yüksek bulunacak her sigaraya özgü düşünce hatası, o kişinin genel düşünce yapısıyla ilişkilendirilmek yerine direk müdahale edilmesi gereken ve daha kolay değiştirilebilir hatalı bir biliş olarak yorumlanabilirdi.

Düşünce özellikleri ölçeği ile grupların genel olarak hayatlarında hangi düşünce hatalarını daha sık kullandıkları karşılaştırıldı, ancak her insan farklı düşünce hatalarını az ya da çok farklı durumlarda kullandığı gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, kişilerin sigara kullanmaya/bırakmaya ve sigara bırakırken yardım almaya özgü düşünce hatalarının karşılaştırılmasının, gruplar arasında tedaviye başvurmayı etkileyen farkı anlamakta daha belirleyici olması beklenirdi. Düşünce hatası tarzlarını kullanım sıklıkları, sigaraya özelleşmiş olarak incelendiğinde ise tedaviye başvuran grupta sadece sigara kullanmak-bırakmak ile ilgili hep ya da hiç tarzı düşünme, tedaviye başvurmeyen gruba göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,009$). Bu durum daha önce de BDT'yi açıklamak için verilen örnekteki benzer şekilde, sigarayı bırakmayla ilgili keskin bir uçtaki kesin denetim ihtiyacının, hatalı ve tedaviyi zorlaştıran bir düşünce olmasına rağmen, kişiyi bu zor hedef için tedavi kullanmaya yönlendiriyor olabileceği şeklinde yorumlanabilirdi. Sigara kullanmak-bırakmak konusundaki düşünce hataları, diğer tüm düşünce tarzlarında iki grup arasında benzer bulundu. Bu durum tedaviye başvursun ya da başvurmasın, sigara bağımlılarının sigara kullanmak ve bırakmakla ilgili benzer düşünce hatalarını benzer derecelerde paylaştığı, tedaviye başvurmayı engelleyen başka yöndeki düşünce hataları olduğu yönünde yorumlandı.

Çalışmamızın belki de en önemli bulguları, tedaviye başvurmeyen grupta, hepsi sigara bırakmak için tedavi-yardım alma konusuna özgü olacak şekilde; etiketleme ($p=0,037$), zihinsel filtreleme ($p=0,034$), -meli -malı ifadeleri ($p=0,008$) ve olumluyu küçültme ya da yok sayma ($p=0,027$) tarzındaki düşünce hatalarının, tedaviye başvuran gruptaki hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla

kullanılıyor olduğunun bulunmasıydı. Bu bulgular hem bireysel görüşmelerde hem de kamu spotları gibi toplum hedefli müdahalelerde odaklanılması gereken yerleri, kişilerin tedaviye başvurmalarını engelleyen içsel engelleri işaret etmektedir. Bilişsel davranışçı kurama göre, davranışlar düşünceleri, düşünceler de davranışları karşılıklı olarak etkilemektedir. Yani düşüncenin devamı davranışın devamına; düşüncenin değişimi, davranışın da değişimine neden olabilmektedir. Bu hatalı bilişlere yapılacak müdahaleler ile sigarayı bırakmak isteyen ancak tedaviye başvurmadığı için bırakamayan sigara kullanıcılarının, tedaviye dahil olmasının sağlanabileceği sonucu çıkartılabilir. Yine düşünce ile davranışın karşılıklı etkileşimi göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızda bulduğumuz bulgular üzerinden sigara bırakmada tedavi almayı engelleyen hatalı bilişleri hedef alan davranış değişiklikleri de hem toplumsal hem de bireysel alanda planlanabilir. Çünkü davranış ve davranış değişimi, bireyin davranışlarını değiştirip değiştiremeyeceği, nasıl değiştireceği kişinin bireysel tercihi ile bilinçli ve çabaya dayalı olabileceği gibi, çaba sarf etmeden bilinçsiz bir şekilde de olabilmektedir. Halk sağlığı müdahaleleri kişilerin buna maruz kaldıklarını fark etmeden davranışlarını değiştirdikleri çevresel değişimlere odaklanır. Kanunla yasaklanan yerlerde sigara içmemek çabasız değişimin en güzel örneğidir (Şengezer T., 2016).

5.8 Kaygı Düzeyi, Kaygı Duyarlılığı Düzeyi ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Açısından, Sigara Bırakmada Yardım Almanın Değerlendirilmesi

Anksiyetenin sigara kullanımına başlamada ve sigara içmeyi sürdürmede etkili olduğu çok uzun zamandır bilinmektedir (Glassman, 1993). Hem anksiyete gibi psikiyatrik bir semptomun olmasının hem de anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bir hastalığın olmasının, sigarayı bırakmayı zorlaştırdığı ve sigara içenlerde anksiyete ve depresyon tanılarının içmeyenlere göre daha fazla olduğu da 2000’li yıllardan önce gösterilmiştir (Glassman, 1993) (Breslau *ve ark.*, 1998). Anksiyete bozukluklarının sigara içenlerde depresyon kadar sık görüldüğünü (Ziedonis *ve ark.*, 2008), hatta anksiyetenin sigara içmeyle ilişkisinin, depresyona göre daha güçlü olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Mykletun *ve ark.*, 2008). Anksiyete bozukluklarının sigara kullanımından sigara bağımlılığına geçişte rol oynayabildiğini gösteren çalışmaların

yanı sıra (Breslau, Novak and Kessler, 2004), bazı çalışmalar anksiyete bozukluklarının sigara bırakma başarısını da azalttığını göstermektedirler (Piper *ve ark.*, 2011) (Lasser *ve ark.*, 2000) (Zvolensky *ve ark.*, 2008). Tedavi arayışındaki sigara içenler arasında anksiyete tanısının yaygın görüldüğü ve bu anksiyete tanısının; sigara içme motivasyonun artması, yüksek yoksunluk, farmakoterapiye azalmış yanıt ve sigarayı bırakabilme ihtimalinde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Piper *ve ark.*, 2011).

Anksiyete duyarlılığı, anksiyetenin aversif içsel durumlarına psikolojik hassasiyetle ilişkili bir bireysel farklılık faktörüdür ve olumsuz ruh halini kuvvetlendirici görevi görür. Anksiyete duyarlılığı hem duygudurum bozuklukları hem de sigara bağımlılığı için güçlü prediktör olan bir psikolojik hassasiyet faktörüdür (Reiss *ve ark.*, 1986). Anksiyete duyarlılığı-sigara bağımlılığı komorbiditesi teorik olarak madde kullanımındaki olumsuz pekiştirme modeline dayanmaktadır (Baker *ve ark.*, 2004). Anksiyete duyarlılığının sigara bağımlılığı üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Daha yüksek anksiyete duyarlılığı seviyeleri; daha yüksek nikotin bağımlılığı, sigara bırakmak ile ilgili daha olumsuz beklentiler, daha şiddetli yoksunlukla ilişkili problemler ve bırakma öncesi daha fazla yoksunluk ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca daha yüksek anksiyete duyarlılığı seviyeleri; sigara bırakma öncesi sigara içme itkisiyle direk olarak ilişkili bulunmazken indirekt olarak bağımsız değişkenler üzerinden etkili bulunmuştur (Farris *ve ark.*, 2015).

Ayrıca anksiyete duyarlılığı yüksek olan ve stres toleransı düşük olan sigara içicilerinin, henüz tedaviye başlamadan ilk görüşme sonrası tedaviden ayrıldıklarını gösteren bir çalışma bulunmaktadır (MacPherson *ve ark.*, 2008). Hangi bilişsel ve diğer engellerin hastaların tedaviye gelmelerine engel olduğunu çok nadir araştırıldığına dikkat çeken bir çalışmada; kişilerle tütün yoksunluğu semptomlarına ilişkin kaygıyı azaltmaya yönelik görüşme yapmanın, sigara bırakmak için tedaviye başvurmayı artırdığını gösteren bir çalışmaya işaret edilmiştir (Hughes, Marcy and Naud, 2009) (Hall, 1984).

Literatür araştırmamızda, anksiyetenin veya anksiyete duyarlılığının, sigara bırakma tedavisine başvurma üzerine etkisini araştıran çalışma bulunamadı. Bizim çalışmamızda, grupların durumluk kaygı skorları ($p=0,214$) ve sürekli kaygı skorları ($p=0,394$) arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Tedaviye başvuran grupta anksiyete

duyarlılığı skoru ise (27.54±14.89), tedaviye başvurmayanlara göre (22.83±12.11) anlamlı derecede yüksek saptandı (p=0,041). Bu durum hipotezde düşünülenden farklı olsa da kaygıdan ziyade kaygı ile baş etmekte zorlanmanın insanları tedaviye yönlendirebileceğine işaret etmekteydi. Anksiyete duyarlılığı yüksek olanların, literatürde de belirtildiği üzere, sigara bırakmak ile ilgili daha olumsuz beklentilerinin olması ve kendi başlarına bırakmayı denediklerinde daha şiddetli yoksunlukla ilişkili problemler yaşamaları nedeniyle sigara bırakmak için tedaviye başvurmuş olabilecekleri düşünüldü.

Depresyonun bilişsel teorisi, kişinin kendisi hakkındaki fonksiyonel olmayan tutumları da içeren bilişsel-duygusal şemalarının bireyleri depresyona karşı kırılgan kıldığını varsayar (Beck, 1974). Beck'in teorisiyle tutarlı olacak şekilde çalışmalar, kendilik hakkındaki olumsuz bilişler ve fonksiyonel olmayan tutumların depresyon ile ilişkisini tutarlı şekilde göstermişlerdir (Haaga, Dyck and Ernst, 1991). Dahası FOTÖ ile ölçülebilen fonksiyonel olmayan tutumların, depresyon şiddeti ile değişkenlik göstermekle birlikte depresif bireylerde zamana karşı göreceli olarak stabil kaldığı (Zuroff *ve ark.*, 1999) ve depresif olmayan bireylerde geçmiş majör depresyon tanısını öngörebildiği de gösterilmiştir (Alloy *ve ark.*, 2000), yani fonksiyonel olmayan tutumların fazlalığı, majör depresif bozukluk öyküsü ile ilişkili bulunmuştur (Kahler *ve ark.*, 2003). Major depresif bozukluk öyküsü olanların, sigarayı bırakmak gibi stresli bir deneyim ile tetiklenebilecek şekilde depresyona yatkınlık yükü taşıyor olabilecekleri belirtilmiştir. Bu nedenle majör depresif bozukluk öyküsü olan sigara bağımlılarında maladaptif şemalara yönelen bilişsel terapinin, bu kişilere sigarayı bırakmada faydalı olacağı ifade edilmiştir (Kahler *ve ark.*, 2003). Bir başka çalışma bir üniversite örneğinde, yaş, cinsiyet, alkol tüketimi ve depresyon faktörleri kontrol altına alındıktan sonra dahi FOTÖ ile sorunlu alkol kullanımı arasında ilişki saptamıştır (Heinz, Veilleux and Kassel, 2009). Alkol bağımlılığı için tedavi gören kadınlarda, fonksiyonel olmayan tutumların, depresyonun ve alkol kullanımının değişimini inceleyen bir çalışmada, iyi tedavi uyumunun başlangıçtaki düşük depresyon seviyesi ve başlangıçtaki yüksek fonksiyonel olmayan tutum seviyesi ile ilişkili bulmuş ve bunların alkol tüketiminde ciddi azalmayı öngördüğünü belirtmiştir (Gjestad *ve ark.*, 2011).

Araştırmalarımızda literatürde fonksiyonel olmayan tutumların sigara bırakmada tedaviye başvurmaya etkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise grupların fonksiyonel olmayan tutumları FOTO kullanılarak karşılaştırıldığında bağımsız tutum ($p=0,159$) ve değişken tutum ($p=0,499$) iki grupta da benzer bulunurken; tedaviye başvuran grupta mükemmeliyetçi tutum ($p=0,004$) ve onaylanma ihtiyacı ($p=0,038$) anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Sonuçlara bakıldığında hipotezlerde düşündüklerimizin tersine bu iki fonksiyonel olmayan tutum, tedaviye başvuranlarda daha yüksek saptanmıştı. Ancak farklı bir açıdan düşününce mükemmeliyetçi tutum aslında hep ya da hiç tarzı düşünce hatasıyla ilişkili olabilecek bir fonksiyonel olmayan tutumdur. Hep ya da hiç tarzı düşünmek bir düşünce hatası iken, mükemmeliyetçi tutum buna neden olan ara inanç veya şema gibi yorumlanabilirdi. Çalışmamızda tedaviye başvuran grupta, sigara kullanmak-bırakmak ile ilgili hep ya da hiç tarzı düşünme, tedaviye başvurmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştu ($p=0,009$). Bu durumun sigarayı bırakmayla ilgili keskin bir uçtaki kesin denetim ihtiyacının, hatalı ve tedaviyi zorlaştıran bir düşünce olmasına rağmen, kişiyi bu zor hedef için tedavi kullanmaya yönlendiriyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Benzer bir yorumun, mükemmeliyetçi tutumunun tedaviye başvuranlarda daha sık görülmesini açıklayabileceği düşünüldü. Onaylanma ihtiyacı fazla olanların tedaviye daha çok başvurmasının ise; bu kişilerin sigara bırakma gibi zorlu bir süreçle baş etmek için, bir profesyonel tarafından gelecek onay ve yardıma daha çok ihtiyaç duyabilecek olmalarından kaynaklanabileceği düşünüldü. Alkol bağımlılığı tedavisinde, iyi tedavi uyumunun başlangıçtaki yüksek fonksiyonel olmayan tutum seviyesi ile ilişkili bulan bir çalışma da bu durumu, bu bulguyu yorumlamanın kolay olmadığını belirterek; bazı fonksiyonel olmayan tutumların tedavi için motive edilme ihtiyacı hissedilmesi ile ilişkili olabileceği gibi enteresan bir ihtimalin olduğu şeklinde yorumlamıştır (Gjestad ve ark., 2011). Biz de çalışmamızdaki bu bulguyu aynı şekilde yorumlamaktayız.

5.9 Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Öncelikle, çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Buna bağlı olarak, hastaların tedavi süresince yapılan müdahaleler ile bilişlerindeki veya kaygı durumlarındaki değişimler gözlenmemiştir. Yine hastaların tedaviye yanıtları da karşılaştırılamamıştır. Bu tarz

çalışmalarda Hawthorne Etkisi bir kısıtlılık olarak görülebilmektedir; ancak bu etkiyi ortadan kaldırabilmek için hastalara çalışma ayrıntılı olarak anlatılmış ve verdiği cevaplar ile tedavi süreci arasında hiçbir bağlantı olmayacağı konusunda dikkatli bir biçimde bilgilendirilmiştir. Çalışma, sadece tütün bağımlılığı tanılı hastalar dahil edilerek yapılmıştır. Bu nedenle sonuçların tüm alkol/madde kullanım bozukluklarına genellenmesi uygun gözükmemektedir.

Çalışma, sadece İstanbul'da ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran örnekleme ve Kadıköy'de veya Adalar'da aile sağlığı merkezlerine başvuran örnekleme yapılmıştır. Bu nedenle sonuçlar İstanbul ilindeki tütün kullanım bozukluğu hastalarını kapsamaktadır. Ayrıca tedaviye başvurmayan kriterlere uygun tütün bağımlılarından sadece çalışmayı katılmayı onaylayan, onam alınan ve yaklaşık bir saat boyunca ölçekler doldurup araştırmacı ile görüşme yapan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir, çalışmaya katılmak istemeyen sigara bağımlıları olmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmacı ile görüşen hastaların, çalışmaya katılmak istemeyen hastalara göre sigara bağımlılığı konusunda profesyonelle görüşmeye ve yardım almaya daha açık oldukları düşünülebilir. Çalışmaya katılmak istemeyen hastalardan da alınabilecek bilgiler ile tedaviye başvuran ve tedaviye başvurmayan hastalar arasındaki farklılığın daha da artabileceği beklenebilir ve çalışmamızda gruplar arasında benzer bulunan faktörler arasında fark saptanabilir.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Tütün kullanıcılarının %70-80'i sigarayı bırakmak istemesine ve tütün bağımlılığının tedavisinde; etkinliği kanıtlanmış, ulaşılabilir ve maliyet etkin tedavi yöntemleri mevcut olmasına rağmen hem dünyada hem de ülkemizde sigara içenlerin çok düşük bir miktarı bu yöntemlerden faydalanmaktadır, bu nedenle de sigarayı bırakma başarıları oldukça düşük kalmaktadır. Tedaviye başvurmayı etkileyen faktörleri saptayarak, bu kişilerin tedaviye katılmalarını sağlama ve böylece hem tütün kullanımının devamı nedeniyle gelişecek hastalık ve ölümlerin önlenmesi konusunda hem de bu hastalıkların ve tütün kullanımının devamının getireceği büyük sosyal ve mali yükün önlenmesi konusunda ruh sağlığı ve halk sağlığı alanına katkıda bulunmayı hedeflediğimiz bu çalışmada tedaviye başvurarak ve başvurmayarak sigarayı bırakmaya çalışan tütün bağımlılarını karşılaştırdık.

Çalışmamız, tedaviye başvuranların başvurmayanlara göre daha genç olduklarını ancak bunun dışındaki sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğunu, iki grubun sigara kullanımına ilişkin özelliklerinin de yine benzer olduğunu ancak tedaviye başvuran grubun tütün bağımlılığı derecesinin daha fazla olduğunu, alkol madde kullanım öyküsünün, psikiyatrik veya fiziksel hastalık öyküsünün tedaviye başvuruyu etkilemediğini göstermiştir. Tedaviye başvuran ve başvurmayan hastaların, sigarayı bırakmaya ekonomik açıdan ve sağlık açısından verdikleri önemin benzer olduğunu, tedaviye başvuran grubun o anda sigara kullanmaya devam eden hastalara göre sigarayı azaltmaya/bırakmaya verdiği önem, sigarayı azaltmaya/bırakmaya hazır olma derecesi ve sigarayı bırakmak için kendisine güven derecesinin yani bırakma motivasyonlarının tedaviye başvurmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermiş, tedaviye başvuran grubun sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almaya verdiği önemin tedaviye başvurmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Grupların genel düşünce hatalarını kullanma sıklıkları incelendiğinde; tedaviye başvuran grupta; sosyal durumlarda zihin okuma, kişisel başarı durumlarında zihin okuma, kişisel başarı durumlarında -meli -malı ifadelerinin kullanımı, hem sosyal hem de kişisel başarı durumlarında olumluyu küçültme ya da yok sayma tarzında düşünme

kullanımları, tedaviye başvurmeyan gruba göre anlamlı olarak daha fazla saptanırken diğer düşünce hatalarını kullanma sıklıkları açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Sigaraya özelleşmiş olarak incelendiğinde ise tedaviye başvuran grupta sadece sigara kullanmak-bırakmak ile ilgili hep ya da hiç tarzı düşünme anlamlı derecede daha yüksek iken, diğer sigara kullanmak-bırakmak konusundaki düşünce tarzları iki grupta benzerdi. Tedaviye başvurmeyan grupta ise; hepsi sigara bırakmada tedavi-yardım alma konusunda olacak şekilde; etiketleme, zihinsel filtreleme, -meli -malı ifadeleri ve olumluyu küçültme ya da yok sayma tarzındaki düşünce hataları tedaviye başvuran gruptaki hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kullanılmaktaydı.

Grupların durumluk kaygı skorları ve sürekli kaygı skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla beraber tedaviye başvuran grupta anksiyete duyarlılığı skorlarının tedaviye başvurmeyanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir. Grupların fonksiyonel olmayan tutumları FOTÖ kullanılarak karşılaştırıldığında bağımsız tutum ve değişken tutum iki grupta da benzer bulunurken, tedaviye başvuran grupta mükemmeliyetçi tutum ve onaylanma ihtiyacının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Tüm bu bulgulara bakıldığında öncelikle tedaviye başvurmeyan grup gibi, o anda sigara kullanmaya devam eden herkesin mümkün olan her fırsatta tekrar sigara bırakmaya motive edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

İkinci olarak, sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almanın önemi ile ilgili hatalı düşüncelerin değiştirilmesine yönelik bireysel ve toplum temelli müdahalelerin yapılması gerektiği düşünülmüştür. Bunun için öncelikle sağlık çalışanları bu konuda bilgilendirilebilir, ardından onlar aracılığıyla hastaların düşüncelerine müdahalede bulunulabilir.

Çalışmamızda bulduğumuz bulgulardan yola çıkarak, sigara bırakmada tedavi almayı engelleyen hatalı bilişleri hedef alan hem bilişsel müdahale hedefleri hem de davranış değişiklikleri hedefleri konularak, toplumsal ve bireysel bazda değişim sağlanabileceği düşünüldü. Somut örnek üzerinden açıklamak gerekirse; çalışmamızda sigara bırakmak için tedaviye başvurmeyan grupta etiketleme tarzı hatalı bir düşünce olan “tedavi hastalar için olur ben hasta değilim ki doktora gideyim” hatalı inancına karşı, doğrudan görüşme ile bireysel bilişsel müdahalelerde

bulunulabileceği gibi toplumsal müdahalelerin de yapılabilir olduğu düşünüldü. Bu biliş hedef alan kamu spotlarının yapılabilceği gibi bunun yanı sıra, her sigara bağımlısına doktor muayenelerinde “sigara kullanıyor musunuz?” yerine “sigara bağımlılığı hastalığınız var mı?” Şeklinde soru sorulmasını sağlanacak, sigarayı bırakmak yerine sigara bağımlılığından iyileşmek terimini kullanacak veya sigara kullananlara zorunlu ek tıbbi kontrollere tabi tutarak hasta olduklarını ve risk altında olduklarını fark ettirecek veya her sigara bağımlısını bu konuda grşmek için mutlaka doktora/uzmana/terapistle yönlendirecek sağlık sistemi planlamaları yapılabilceği en azından denenebileceği düşünüldü.

Ayrıca tedavinin etkisiz olduğu hatalı bilişini beslememek ve tedavi başarılarını daha da artırarak toplumda tedavinin etkili olduğu kanısını yerleştirebilmek adına; sigara bırakma hizmetini veren sağlık personelinin alanıyla ilgili ve bilgili, etkili bilişsel ve davranışçı müdahaleleri yapabilme kapasitesine sahip, iyi eğitimi yetkin kişilerden oluşmasını sağlamanın faydalı olacağı düşünüldü.

KAYNAKÇA

- Agaku, I. T., King, B. A. and Dube, S. R. (2014) 'Current cigarette smoking among adults-United States, 2005-2012.', *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Centers for Disease Control and Prevention, 63(2), pp. 29–34.
- Ainscough, T.S., Brose, L.S., Strang, J. and McNeill, A., 2017. Contingency management for tobacco smoking during opioid addiction treatment: a randomised pilot study. *BMJ open*, 7(9), p.e017467.
- Alloy, L. B. ve ark. (2000) 'The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression.', *Journal of abnormal psychology*. US: American Psychological Association, 109(3), p. 403.
- Anczak, J. D. and Nogler, R. A. (2003) 'Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies', *Clinical Medicine & Research*. Marshfield Clinic, 1(3), pp. 201–216.
- Argüder, E. ve ark. (2013) 'Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler', *Türk Toraks Dergisi*, 14, pp. 81–87.
- Aschbrenner, K. A., Patten, C. A. and Brunette, M. F. (2018) 'Feasibility of a support person intervention to promote smoking cessation treatment use among smokers with mental illness', (February), pp. 6–13.
- Audrain-mcgovern, J. ve ark. (2009) 'Addictive Behaviors Young adult smoking : What factors differentiate ex-smokers , smoking cessation treatment seekers and nontreatment seekers ?', *Addictive Behaviors*. Elsevier Ltd, 34(12), pp. 1036–1041.
- Aytemur, Z. A. (2011) 'Sigara bırakma tedavisinde pratik güncel öneriler', *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. Türkiye Klinikleri, 2(4), pp. 75–82.
- A. P. Birliği. (2013) 'Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)', *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*'ndan çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Baker, T. B. ve ark. (2004) 'Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement.', *Psychological review*. American Psychological Association, 111(1), p. 33.

- Beck, A. T. (1974) 'The development of depression: A cognitive model.
- Beckerman, S. C. (1967) 'The health consequences of smoking.', *The Journal of the Maine Medical Association*, 58(10), p. 222.
- Bilir, N. ve ark. (2008) 'Küresel Tütün Salgını Raporu', MPOWER paketi. Ankara.
- Breslau, N. ve ark. (1998) 'Major depression and stages of smoking: A longitudinal investigation', *Archives of general psychiatry. American Medical Association*, 55(2), pp. 161–166.
- Breslau, N., Novak, S. P. and Kessler, R. C. (2004) 'Psychiatric disorders and stages of smoking', *Biological psychiatry. Elsevier*, 55(1), pp. 69–76.
- Chandler, M. A. and Rennard, S. I. (2010) 'Smoking cessation', *Chest. Elsevier*, 137(2), pp. 428–435.
- Cokkinides, V. E. ve ark. (2005) 'Under-use of smoking-cessation treatments', *American journal of preventive medicine. Elsevier*, 28(1), pp. 119–122.
- Cromwell, J. ve ark. (1997) 'Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the ahcpr guideline for smoking cessation', *JAMA*, 278(21), pp. 1759–1766.
- Curry, S. J. ve ark. (2007) 'Use of Tobacco Cessation Treatments Among Young Adult Smokers : 2005 National Health Interview Survey', 97(8), pp. 1464–1469.
- Demir, T. ve ark. (2004) 'Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları', *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(1), pp. 63–68.
- Çelik, S., Güven M. (2014) 'Sigara Kullanım Bozukluğuna Yaklaşım ve Tedavi', *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/ Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 4(2), pp. 208-217.
- Demir, T., Aytemur, Z. A. and Elbek, O. (2010) 'Sigara bırakma polikliniğinin yapılanması', Karadağ M, Bilgiç H, Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. *Tütün ve tütün kontrolü. İstanbul: Aves yayıncılık*, pp. 439–444.
- Edwards, S. A. ve ark. (2014) 'Prevalence of unassisted quit attempts in population-based studies: A systematic review of the literature', *Addictive Behaviors. Elsevier Ltd*, 39(3), pp. 512–519.
- Elders, M.J., 1997. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Diane Publishing.

- Farris, S.G., Leventhal, A.M., Schmidt, N.B. and Zvolensky, M.J., 2015. Anxiety sensitivity and pre-cessation smoking processes: Testing the independent and combined mediating effects of negative affect–reduction expectancies and motives. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 76(2), pp.317-325.
- Fernandez, E. ve ark. (2001) ‘Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain’, *Preventive medicine*. Elsevier, 32(3), pp. 218–223.
- Fiore, M. C. (2000) ‘A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report.’, *JAMA: Journal of the American Medical Association*. American Medical Association.
- Gariti, P. ve ark. (2000) ‘The relationship between psychopathology and smoking cessation treatment response’, 60, pp. 267–273.
- Gjestad, R. ve ark. (2011) ‘Level and change in alcohol consumption, depression and dysfunctional attitudes among females treated for alcohol addiction’, *Alcohol and Alcoholism*, 46(3), pp. 292–300.
- Glassman, A. H. (1993) ‘Cigarette smoking: implications for psychiatric illness’, *American Journal of Psychiatry*, 150(4), pp. 546–593.
- Goérecka, D. ve ark. (2003) ‘Diagnosis of Airflow Limitation Combined With Smoking Cessation Advice Increases Stop-Smoking Ratea’, *Chest*. Elsevier, 123(6), pp. 1916–1923.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J. and Ernst, D. (1991) ‘Empirical status of cognitive theory of depression.’, *Psychological bulletin*. American Psychological Association, 110(2), p. 215.
- Hall, S. M. (1984) ‘The abstinence phobias: links between substance abuse and anxiety’, *International Journal of the Addictions*. Taylor & Francis, 19(6), pp. 613–631.
- Hammett, P.J., Fu, S.S., Burgess, D.J., Nelson, D., Clothier, B., Saul, J.E., Nyman, J.A., Widome, R. and Joseph, A.M., 2017. Treatment barriers among younger and older socioeconomically disadvantaged smokers. *The American journal of managed care*, 23(9), pp.e295-e302.
- Hasin, D. ve ark. (2006) ‘Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV) and International

Classification of Diseases, (ICD-10)', *Addiction*. Wiley Online Library, 101(s1), pp. 59–75.

Heinz, A. J., Veilleux, J. C. and Kassel, J. D. (2009) 'The role of cognitive structure in college student problem drinking', *Addictive behaviors*. Elsevier, 34(2), pp. 212–218.

Hughes, J. (2008) 'An algorithm for choosing among smoking cessation treatments', *Journal of substance abuse treatment*. Elsevier, 34(4), pp. 426–432.

Hughes, J. R. (1999) 'Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking', *Tobacco Control*. BMJ Publishing Group Ltd, 8(3), pp. 323–326.

Hughes, J. R., Cohen, B. and Callas, P. W. (2009) 'Treatment seeking for smoking cessation among young adults', *Journal of substance abuse treatment*. Elsevier, 37(2), pp. 211–213.

Hughes, J. R., Keely, J. and Naud, S. (2004) 'Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers', *Addiction*. Wiley Online Library, 99(1), pp. 29–38.

Hughes, J. R., Marcy, T. W. and Naud, S. (2009) 'Interest in treatments to stop smoking', *Journal of Substance Abuse Treatment*. Elsevier Inc., 36(1), pp. 18–24.

Janson, C. ve ark. (2006) 'Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey', *European respiratory journal*. Eur Respiratory Soc, 27(3), pp. 517–524.

Kahler, C. W. ve ark. (2003) 'History of major depressive disorder among smokers in cessation treatment Associations with dysfunctional attitudes and coping', 28, pp. 1033–1047.

Kahler, C. W. ve ark. (2010) 'Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment', 12(7), pp. 781–785.

Kalman, D., Morissette, S. B. and George, T. P. (2005) 'Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders', *The American Journal on Addictions*. Wiley Online Library, 14(2), pp. 106–123.

Karlıkaya, C. ve ark. (2006) 'Tütün kontrolü', *Toraks dergisi*, 7(1), pp. 51–64.

Kassel, J. D. and Unrod, M. (2000) 'Smoking, anxiety, and attention: support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety.', *Journal of abnormal psychology*. American Psychological Association, 109(1), p. 161.

- Kayaalp, O. (2005) 'Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji: Hacettepe Taş Yayınları'.
- Kenford, S. L. ve ark. (1994) 'Predicting smoking cessation: Who will quit with and without the nicotine patch', *Jama. American Medical Association*, 271(8), pp. 589–594.
- Kotz, D., Brown, J. and West, R. (2013) "'Real-world" effectiveness of smoking cessation treatments : a population study', pp. 491–499.
- Lai, D. T. ve ark. (2010) 'Motivational interviewing for smoking cessation', *Cochrane Database Syst Rev. Wiley Online Library*, 1.
- Lasser, K. ve ark. (2000) 'Smoking and mental illness: a population-based prevalence study', *Jama. American Medical Association*, 284(20), pp. 2606–2610.
- Lerman, C. ve ark. (1999) 'Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking.', *Health Psychology. American Psychological Association*, 18(1), p. 14.
- Lessov-Schlaggar, C. N. ve ark. (2008) 'Genetics of nicotine dependence and pharmacotherapy', *Biochemical pharmacology. Elsevier*, 75(1), pp. 178–195.
- Loh, W. ve ark. (2018) 'Results from a Factorial Experiment', pp. 59–65.
- López-torrecillas, F. ve ark. (2014) 'Adherence to treatment to help quit smoking : effects of task performance and coping with withdrawal symptoms', pp. 1–11.
- MacPherson, L. ve ark. (2008) 'Distress tolerance and pre-smoking treatment attrition: Examination of moderating relationships', *Addictive behaviors. Elsevier*, 33(11), pp. 1385–1393.
- Mantar, A., Yemez, B. and Alkin, T. (2010) 'The validity and reliability of the Turkish version of the anxiety sensitivity index-3', *Turk Psikiyatri Dergisi. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Dernegi (Turkish Association of Nervous and Mental Health)*, 21(3), p. 1.
- Mathers, C. D. and Loncar, D. (2006) 'Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030', *PLoS medicine. Public Library of Science*, 3(11), p. e442.
- Monso, E., Campbell, J., Tønnesen, P., Gustavsson, G. and Morera, J., 2001. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control*, 10(2), pp.165-169.

- Mykletun, A. ve ark. (2008) ‘Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study’, *European Psychiatry*. Elsevier, 23(2), pp. 77–84.
- Osler, M. and Prescott, E. (1998) ‘Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults’, *Tobacco control*. BMJ Publishing Group Ltd, 7(3), pp. 262–267.
- Ögel, K. (2009) ‘Motivasyonel görüşme tekniği’, *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2(2), pp. 41–44.
- Öner, N. and Envanteri, L.A.D.S.K., 1985. *El Kitabı (State-Trait Anxiety Inventory Handbook)* 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, (333), pp.52-56.
- Özdel, K. ve ark. (2014) ‘Measuring cognitive errors using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples’, *PLoS ONE*, 9(8).
- Pergadia, M. L. ve ark. (2006) ‘Genetic analyses of DSM-IV nicotine withdrawal in adult twins’, *Psychological medicine*. Cambridge University Press, 36(7), pp. 963–972.
- Piper, M. E. ve ark. (2010) ‘Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: relations with tobacco dependence and cessation.’, *Journal of consulting and clinical psychology*. American Psychological Association, 78(1), p. 13.
- Piper, M. E. ve ark. (2011) ‘Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: Relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment’, *Addiction*, 106(2), pp. 418–427.
- Powell, J. ve ark. (2010) ‘Relapse to smoking during unaided cessation : clinical , cognitive and motivational predictors’, pp. 537–549.
- Raw, M. ve ark. (2002) ‘WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence’, *Tobacco Control*. BMJ Group, 11(1), pp. 44–46.
- Reiss, S. ve ark. (1986) ‘Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness’, *Behaviour research and therapy*. Elsevier, 24(1), pp. 1–8.
- Renaud, J. M. and Halpern, M. T. (2010) ‘Clinical management of smoking cessation: patient factors affecting a reward-based approach’, *Patient preference and adherence*. Dove Press, 4, p. 441.

- Rodgers, A. ve ark. (2002) 'The world health report 2002', Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Sağlam, L. (2012) 'Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success', Turkish Journal of Medical Sciences. The Scientific and Technological Research Council of Turkey, 42(3), pp. 515–522.
- Sağlık, T. V., (2007) 'Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri', Toraks Dergisi, 8(2), pp. 110–114.
- Sağlık Bakanlığı (2014) Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf. 10 Ekim2017
- Savaşır, I. and Şahin, N. H. (1997) 'Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler', Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 9, pp. 1–52.
- Shiffman, S. ve ark. (2008) 'Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: demographic and smoking history characteristics', Drug & Alcohol Dependence. Elsevier, 93(1), pp. 121–131.
- Shiffman, S. (2010) 'Smoking-cessation treatment utilization: The need for a consumer perspective', American journal of preventive medicine. Elsevier, 38(3), pp. S382–S384.
- Sönmez, C. I. and Özbey, Z. (2016) 'Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri', Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. Türkiye Klinikleri, 7(5), pp. 13–19.
- Stevens, V. J. and Hollis, J. F. (1989) 'Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique.', Journal of Consulting and Clinical Psychology. American Psychological Association, 57(3), p. 420.
- Şengezer T. (2016) 'Tütün Bağımlılığında Bilişsel- Davranışçı Tedavi Yöntemleri', Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 4(1), pp. 97–103.
- Tønnesen, P. (2009) 'Smoking cessation: How compelling is the evidence? A review', Health Policy. Elsevier, 91, pp. S15–S25.
- Uysal, M. A. ve ark. (2004) 'Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonun güvenilirliği ve faktör analizi', Tuberk Toraks, 52, pp. 115–121.
- Velioğlu, U. (2017), Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. Doktora Tezi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce.

World Health Organization, 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1). World Health Organization.

World Health Organization and Research for International Tobacco Control, 2008. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization.

Wise, R. A. and Gardner, E. L. (2002) 'Functional Anatomy of Substance-Related Disorders', *Biological psychiatry*. Wiley Online Library, pp. 509–522.

Yaşar, Z. ve ark. (2014) 'Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler One-Year Follow up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic : Factors Affecting The Cessation of Smoking', pp. 99–104.

Yaşar, Z., Kar Kurt, Ö. and Talay, F. (2014) 'Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler', *Eurasian J Pulmonol*, 16, pp. 99–104.

Ziedonis, D. ve ark. (2008) 'Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report'. Society for Research on Nicotine and Tobacco.

Zuroff, D. C. ve ark. (1999) 'Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability.', *Journal of Abnormal Psychology*. American Psychological Association, 108(1), p. 76.

Zvolensky, M. J. ve ark. (2008) 'Impact of posttraumatic stress disorder on early smoking lapse and relapse during a self-guided quit attempt among community-recruited daily smokers', *Nicotine & Tobacco Research*. Society for Research on Nicotine and Tobacco, 10(8), pp. 1415–1427.