

T.C.
Ege Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde
Davranış Değişikliğine Yönelik Uygulama İle Kilo Kontrolü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi
Hatice Hilal ÜRETMEN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Raika DURUSOY

İZMİR

2018

T.C.
Ege Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Davranış Değişikliğine
Yönelik Uygulama İle Kilo Kontrolü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi
Hatice Hilal ÜRETMEN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Raika DURUSOY

İZMİR

2018

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

İMZA

Başkan(Danışman)

: Prof. Dr. Raika DURUSOY

Üye / İmza

: Prof.Dr.Türkan GÜNAY

Üye / İmza

: Doç.Dr.Hür HASOY

Tezin Kabul Edildiği Tarih

: 31.10.2018



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde her türlü bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, bana yol gösteren değerli tez danışmanım Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Raika Durusoy'a,

Yüksek lisans eğitim sürecinde bana destek veren Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tez verilerimin toplanmasında yardımcı olan Dr. Seyfi Durmaz ve diğer poliklinik hekimlerine,

Tez izleme kurulunda yer alan Doç. Dr. Işıl Ergin ve Doç. Dr. Hür Hassoy'a,
Hayatımın her döneminde yanımda olan ve beni destekleyen canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Hatice Hilal ÜRETMEN

ÖZET

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde Davranış Değişikliğine Yönelik Uygulama İle Kilo Kontrolü

Giriş ve Amaç: Sigara bırakma sonrası ağırlık artışı olabilmektedir ve ağırlık artışı sigara bırakma tedavisinin terkedilmesine yol açabilmektedir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan ağırlık artışının önlenmesi için sigarayı bırakan bireylere destek olunmasında yarar vardır. Davranış değişikliği tedavisi ile yapılan müdahaleler bireylerde daha etkili ve kalıcı olmaktadır. Araştırmanın birincil amacı sigarayı bırakmaya başlamış bireylerde diyetisyen tarafından uygulanan bilişsel davranışçı tekniklerin kilo kontrolüne etkisi olup olmadığını belirlemektir. İkincil amacı ise bireylerde kilo değişimi olmasa bile kilo alımı konusunda riskli davranışlarının değişim gösterip göstermediğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Önce-sonra karşılaştırmalı girişimsel tipte bir çalışmadır. Çalışma grubunu Kasım, Aralık 2017 ve Ocak 2018 aylarında Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurup araştırma döneminden 1 ay önce sigarayı bırakmaya başlamış olan 18-65 yaş arası bireyler oluşturmaktadır. Etki büyüklüğü 0,5, hata payı %5 ve çalışmanın gücü 0,8 alınarak toplam örnek büyüklüğü 34 olarak hesaplandı. Araştırma 29 bireyle tamamlandı. Etik kuruldan onay alındı. Verilerin toplanmasında hem ilk görüşme hem izlem görüşmesinde araştırmacının hazırladığı anket ve Beslenmeyle İlgili Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu, Riskli Davranışlar Ölçeği (RDÖ), Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ), Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ) kullanıldı. Sigara Bırakma Polikliniği Değerlendirme Formundan da yararlanıldı. Girişim olarak araştırmacı ilk görüşmede davranış değişikliği danışmanlığı ve değerlendirme içeren ortalama 40 dk. süren yüz yüze bireysel görüşme yaptı. Çalışmanın birincil etkinlik değişkenleri; ağırlık değişimi, beden kütle indeksi değişimidir. İkincil etkinlik

değişkenleri; bel çevresi değişimi, kalça çevresi değişimi, 8 sorudan oluşan Riskli Davranışlar Ölçeği skorları ve değişimi, 33 soru içeren Hollanda Yeme Davranışı Anketi skorları ve değişimi, 10 sorudan oluşan Beslenmeyle İlgili Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu skorları ve değişimidir. Veri analizinde bağımsız gruplarda ki kare testi, bağımlı gruplarda Mc Nemar testi kullanıldı. Bağımlı gruplarda ortalamalar Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testiyle karşılaştırıldı. İki bağımsız ortalama arasındaki farkın karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Araştırma grubunun 13 kadın, 16 erkek bulunmaktadır. İlk diyetisyen görüşmesindeki ağırlık, ilk sigara bırakma başvurusundaki ağırlığa göre yaklaşık 6 haftada ortalama 2,26 kg artmıştır ($p<0,001$). Kontrol görüşmesi; katılımcıların yirmi dördü ile yüz yüze, beş kişiyle telefon görüşmesi şeklinde gerçekleştirildi. Kontrol görüşmesindeki ağırlık, ilk diyetisyen görüşmesindeki ağırlığa göre 4,6 haftada ortalama $-0,90\pm1,57$ kg azaldı. ($p=0,004$). İlk görüşmedeki BKİ ($27,45\pm4,48$) ile kontrol görüşmesindeki BKİ ($27,14\pm4,35$) arasında anlamlı azalma saptandı ($p=0,003$). İlk görüşmede ve kontrol görüşmesindeki; bel çevresi ($94,83\pm15,11$ - $93,00\pm14,48$), kalça çevresi ($104,14\pm7,70$ ve $102,66\pm7,38$), RDÖ puanı ($21,69\pm6,70$ ve $15,62\pm5,68$), DEBQ tüm bölümlerinde (kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme) ($101,97\pm26,06$ ve $128,83\pm23,16$), GPAQ puanı ($1824,41\pm4662,98$ ve $3501,66\pm5303,83$), sedanter süre ($423,10\pm241,12$ ve $366,21\pm172,22$) arasında olumlu yönde anlamlı değişim saptandı.

Sonuç: Davranış değişikliğine yönelik bireysel eğitimle birlikte sigara bırakma sonrası artan ağırlık, bel ve kalça çevresi, BKİ'nin anlamlı olarak azaldığı görüldü. Beslenme konusunda riskli davranışlara yönelim azaldı. Kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışları düzeldi. Sonuçlar beslenmeyle ilgili davranışları etkileyen bilişsel hataların azaldığını göstermektedir. Fiziksel aktivitede artış oldu. Sedanter olarak geçirilen süre azaldı. Yapılan müdahalenin etkili bulunmasıyla beraber polikliniğe başvuran birinci ayını dolduran bireylere davranış değişikliğine yönelik ağırlık kontrolü eğitimi yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sigarayı bırakma; davranışsal eğitimler ve etkinlikler; diyet; vücut ağırlığı değişimleri; Beden Kütle İndeksi

ABSTRACT

WEIGHT CONTROL THROUGH BEHAVIORAL TECHNIQUES AT THE SMOKING CESSATION CLINIC

Introduction and Aim: Weight gain can occur after smoking cessation and can result in the interruption of smoking cessation treatment. To prevent weight gain, which is an important public health problem, providing support to people who quit smoking would be beneficial. Interventions with behaviour modification therapy are more effective and long lasting in individuals. The primary aim of the study was to determine whether cognitive behavioural techniques applied by a dietitian to individuals who have quit smoking were effective on weight control. The secondary aim was to determine whether risky behaviours causing weight gain had changed in the individuals even if there was no change in weight.

Material and Methods: This study was designed as an interventional pre-post comparison. The population constituted of individuals aged 18-65 years who had applied to Ege University Public Health Department's Smoking Cessation Clinic in November, December 2017 and January 2018 and who had quit smoking since a month. The total sample size was calculated as 34 using an effect size of 0.5, error margin 5% and 0.8 power. The study was completed with 29 individuals. Permission was obtained from the ethics committee. The data were collected by a questionnaire prepared by the researcher and the Cognitive Patterns of Nutrition Assessment Form, the Risk Behaviours Scale, the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), and the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). The Smoking Cessation Policlinic Evaluation Form was also used. The researcher conducted an individual face-to-face interview with an average of 40 minutes including behaviour change counselling and evaluation. The primary outcome variables of the study were weight change and BMI change. Secondary outcome variables were changes in waist and hip circumference, Risk Behaviours Scale score, the Dutch Eating Behaviour Questionnaire score, Cognitive Patterns of Nutrition Assessment score. In the data analysis, the chi-square test in independent groups and Mc Nemar test in dependent

groups was used. To compare means among dependent groups, Wilcoxon signed-rank test was applied. The Mann-Whitney U test was used to compare two independent means. The level of significance was set at $p < 0,05$.

Results: The research group consisted of 13 women and 16. The weight in the first dietitian appointment had increased by an average of 2.26 kg in about 6 weeks after smoking cessation ($p < 0.001$). The follow up appointment was made face-to-face with 24 participants, and telephone interview with 5 participants. The weight in the control appointment had decreased by an average of -0,90 kg according to the weight of the first dietitian appointment ($p = 0,004$). There was a significant decrease between BMI ($27,45 \pm 4,48$) in the first appointment and BMI ($27,14 \pm 4,35$) in the control appointment ($p = 0,003$). There were positive significant changes in pre-post waist circumference ($94,83 \pm 15,11$ and $93,00 \pm 14,48$), hip circumference ($104,14 \pm 7,70$ and $102,66 \pm 7,38$), Risk Behaviours Scale score ($21,69 \pm 6,70$ and $15,62 \pm 5,68$), DEBQ (restrictive eating, emotional eating and external eating) ($101,97 \pm 26,06$ and $128,83 \pm 23,16$), GPAQ score ($1824,41 \pm 4662,98$ and $3501,66 \pm 5303,83$) and sedentary time ($423,10 \pm 241,12$ and $366,21 \pm 172,22$).

Conclusion: There was weight gain after smoking cessation. Waist-hip circumference and BMI decreased significantly with personal education. Tendency to risky behaviour about nutrition had decreased. Restrictive, emotional and external eating behaviours were reduced. The results show that cognitive errors which affect nutritional behaviour had decreased. Physical activity had increased. There was reduction in time spent as sedentary. The intervention has been effective we can recommend that individuals who complete the first month of the smoking cessation clinic apply weight control education for behavioural changes.

Keywords: Smoking cessation; behavioural disciplines and activities; diet; body weight changes; Body Mass Index

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IV
ÖZET	I
ABSTRACT	III
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
KISALTMALAR	XII
1-GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Konusu (Problemlerin Tanımı).....	1
1.2.Araştırmanın Önemi	2
1.3.Araştırmanın Varsayımları	2
1.4.Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	3
1.5.Tanımlar	3
1.6.Hipotezler.....	4
1.7.Araştırmanın Amaçları.....	4
1.7.1.Çalışmanın Ana Amacı	4
1.7.2.Çalışmanın İkincil Amacı	4
2-GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	5
2.1.1. Ağırlık Kontrolü	5
2.1.1.1. Antropometrik Ölçümler	6
2.1.1.1.1. Ağırlık Ölçümü	6
2.1.1.1.2. Boy Ölçümü	6
2.1.1.1.3. Bel Çevresi Ölçümü	6

2.1.1.1.4. Kalça Çevresi Ölçümü	7
2.1.1.1.5. Bel Çevresi / Kalça Çevresi Oranı	7
2.1.1.1.6. Beden Kütle İndeksi (BKİ)	7
2.1.1.2. Beslenme Davranışları.....	8
2.1.1.2.1.Besin Tüketimleri	8
2.1.1.2.2.Yeme Davranışları ve Tutumları.....	9
2.1.1.2.3. Ağırlık Artışının Toplumsal Düzeyde Önlenmesi	11
2.1.1.3. Ağırlık Kontrolünde Egzersizin Rolü	11
2.1.2. Sigara Bırakma	13
2.1.2.1. Sigara Bırakma Polikliniğinde Yaklaşım	14
2.1.2.1.1. Karbon monoksit Ölçümü	15
2.1.2.1.2. Nikotin Bağımlılık Testi.....	16
2.2. Sigara ve Beslenme İlişkisi	17
2.2.1. Sigara Kullanımı ve Beslenme.....	17
2.2.2. Sigara Bırakma ve Ağırlık Artışı	18
2.2.2.1. Sigara Bırakma Sürecinde Ağırlık Değişiminin Doğal Seyri.....	19
2.2.2.2. Sigara Bırakma Sonrası Ağırlık Kontrolüyle İlgili Yapılan Çalışmalar .	19
2.3. Davranış Değişikliği Tedavisi	23
2.3.1.Bilişsel Davranışçı Teknikler	23
2.3.2.Ağırlık Kontrolünde Davranış Değişikliği Tedavisi	27
3-GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1.Araştırmanın Tipi	32
3.2.Araştırmanın Uygulama Yeri ve Zamanı	32
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.3.1.Araştırmanın Evreni	32
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi	32

3.3.3.Örnek Büyüklüğü	32
3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	33
3.4.1.Çalışmaya Alınma Kriterleri	33
3.4.2.Çalışmaya Alınmama Kriterleri	33
3.4.3.Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri ve Bu Durumda Yapılacak Uygulamalar	33
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	34
3.6.Verİ Toplama Yöntemi	35
3.7.Verİ Toplama Araçları	35
3.7.1. Anket Formu	35
3.7.2. Riskli Davranışlar Ölçeği	35
3.7.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	36
3.7.3.1. Kısıtlayıcı Yeme	36
3.7.3.2. Duygusal Yeme	36
3.7.3.3. Dışsal Yeme	36
3.7.4. Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ)	37
3.7.5. Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu	38
3.7.6. Sigara Bırakma Polikliniği Değerlendirme Formu	38
3.8. Müdahalenin İçeriği	38
3.9.Verilerin Toplanması	39
3.10.Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.11. Etik Kurul Onayı	40
4-BULGULAR	41
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	41
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları	41
4.3. Müdahale Öncesi ve Sonrası Ölçeklerin Karşılaştırılması	48

4.4. Küresel Fiziksel Aktivite Anketi	51
5-TARTIŞMA	54
6-SONUÇ.....	60
7-ÖNERİLER	61
8-KAYNAKLAR	62
9. EKLER.....	72



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümünün Değerlendirmesi	7
Tablo 2. Yaşa Göre BKİ Değerleri.....	7
Tablo 3. DSÖ'nün BKİ Sınıflaması	8
Tablo 4. Bırakma Sonrası Ağırlık Kontrolünde Davranış Müdahalelerinin Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılması	21
Tablo 5. Vareniklin ile Bupropion ve NRT'nin Ağırlık Değişimi Açısından Karşılaştırılması	22
Tablo 6. "Değişim Aşamaları ile Değişim Süreçlerinin Çapraz İlişkisi"(62).....	24
Tablo 7. Beslenmeyle İlgili Düşünce Hatalarına Örnekler ve Alternatif Düşünce Listesi	29
Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Durumları ve Sigara Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 10. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Bazı Bulguların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	43
Tablo 11. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Ağırlık, Antropometrik Ölçümler ve Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	44
Tablo 12. Ağırlık Farkının Bazı Değişkenlerle Korelasyon Analizi Sonuçları	45
Tablo 13. Bazı Özelliklere Göre Bireysel Görüşme ile Ağırlık Değişimi	47
Tablo 14. Riskli Davranışların Karşılaştırılması	48
Tablo 15. DEBQ Kısıtlayıcı Yeme Bölümünün Önce-Sonra Karşılaştırması.....	49
Tablo 16. DEBQ Duygusal Yeme Bölümünün Önce-Sonra Karşılaştırması.....	49
Tablo 17. DEBQ Dışsal Yeme Bölümünün Önce-Sonra Karşılaştırması	50
Tablo 18. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesinde Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu Sorularının Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 19. Katılımcıların İş, Ulaşım ve Boş Zamandaki Fiziksel Aktivitelerinin İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Cevaplarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 20. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesinde GPAQ Sorularının Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Karşılaştırılması.....	52

Tablo 21. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Aktivite Durumlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	53
--	----



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Değişim Aşamaları Spiral Modeli	24
Şekil 2. Davranışın Otomatik Düşüncelerle İlişkisi	25
Şekil 3. Davranış Değiştirme Seansının Yapılandırılması	26
Şekil 4. Çalışmanın Akış Şeması	34



KISALTMALAR

BDT	Bilişsel davranışçı terapi
BKDF	Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BMH	Bazal metabolizma hızı
CO	Karbon monoksit
DEBQ	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (The Dutch Eating Behavior Questionnaire)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GPAQ	Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (Global Physical Activity Questionnaire)
Gr	gram
HDL	Yüksek yoğunluklu lipoprotein (iyi kolesterol)
Kg	kilogram
Kkal	kilokalori
LDL	Düşük yoğunluklu lipoprotein (kötü kolesterol)
MET	Metabolik eşdeğer
MONICA	Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çok Uluslu İzlenmesi
NHANES	ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
NRT	Nikotin replasman tedavisi
Ppm	parts per million (milyonda bir birim)
RDÖ	Riskli Davranışlar Ölçeği
SBP	Sigara bırakma polikliniği
TBSA	Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
UNICEF	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

1-GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Konusu (Problemlerin Tanımı)

Sigara kullanımı ülkemizde önemli bir toplumsal sorundur (1). Sigara bırakmayla ilgili farkındalık oluşturulup değiştirilebilen yaşam tarzı faktörlerine yönelik korunma ve müdahale çalışmaları gerekmektedir. Beslenme davranışları da değiştirilebilir faktörlerdendir. Ağırlık artışı ve sigara içme arasında nedensel ilişki bulunmamasına rağmen sigara içen bireylerde fazla kilolu olma oranı, sigarayı hiç içmemiş olan ve sigarayı bırakmış bireylerden az bulunmuştur (2,3). Farklı bir çalışmada da sigara içen bireylerin ağırlıkları ve beden kütle indeksleri (BKİ), sigara içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Sigara içmeye bağlı olarak besin tüketimi azalırken, enerji harcaması artarak ağırlık kaybı olmaktadır (4).

Sigara bırakma döneminde kadınlarda ağırlık artışı endişesinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (5). Özellikle kadınlarda ağırlık artışı korkusu sigara bırakma önündeki engellerden biri olabilmektedir.

Sigara bırakıldığında tat alma duyusunun artması, iştah artışı ve metabolizmanın yavaşlaması ile belirli miktar ağırlık artışı (3-5 kg) normal kabul edilir (1). Ağırlık artışı metabolik hastalıkların ortaya çıkmasını tetiklediği ve yeni bir risk oluşturduğu için sigara bırakmanın uzun dönem faydalarının da azalmasına neden olabilmektedir (6).

Davranış değişikliğinde kullanılan bilişsel davranışçı teknikler ile bireylerde uzun dönemli etkili olabilecek beslenme davranış değişikliği oluşturmak hedeflenmektedir. Davranış değişikliği tedavisinde amaç; bireyin kilo almasına ve kilo verememesine neden olan düşünce ve davranış kalıplarını fark etmesini sağlamak ve bunların yerini alabilecek düşünce ve davranışları nasıl oluşturacağına yönelik teknikleri öğretmektir (7). Yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı tedavi diyet ve egzersizle birlikte uygulandığında katılımcılarda sadece diyet ile egzersize göre daha fazla ağırlık kaybı sağladığı sonucu elde edilmiştir (8). Ağırlık kontrolünde uygulanan bilişsel davranışçı tedavinin basamakları; kendini izleme, uyaran kontrolü, yeme davranışının kontrolü, pekiştirme ve güçlendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, doğru beslenme eğitimi, fiziksel aktiviteyi arttırma, davranış sözleşmeleri ve erişilen/ideal ağırlığı koruma yöntemleridir (9). Bu çalışmada

katılımcılara ağırlık kontrolü sağlamada yaptıkları düşünce hatalarını fark etmelerini sağlamak ve bunların yerini alabilecek alternatif düşünceler geliştirmeleri için yol göstermek hedeflenmektedir (10).

1.2.Araştırmanın Önemi

Sağlığın geliştirilmesi; çevresel etkenlerin düzenlenmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması (yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, sigara bırakma) konularını içermektedir. Bu konularda doğru davranışlara sahip olabilmek için öncelikle toplumun bilgi düzeyinde “yeterlilik” sağlamak gerekir (11). Davranış değişikliğine yönelik müdahaleler ile bireyler veya gruplar, düşünce ve davranışlarını olumlu yönde geliştirebilmektedir.

Küreselleşmenin hızla ilerlemesi ve toplumları etkilemesiyle beslenme alışkanlıklarında oluşan değişimler, ağırlık artışına neden olmaktadır (12). Ağırlık artışı farklı branşların birlikteliği ile ele alınması gereken, geniş kitleleri kapsayan, küresel, topluma dayalı halk sağlığı yaklaşımlarını gerektiren önemli bir problemdir (13).

Yapılan çalışmalarda sigara bırakmak ağırlık artışına neden olmakta ve ağırlık artışı kaygısı olan kişilerin sigara bırakma tedavisine başlamama, başlanan tedaviyi bırakma veya sigaraya tekrar başlama olasılığı bulunmaktadır (6). Sigara bırakma süreci tedavi açısından entegre bir çalışma gerektirir. Bu süreçte nikotin replasman tedavisi ve diğer tedavilerle birlikte beslenme davranışı değişikliği önerileri de önem kazanmaktadır. Bu öneriler, sigara bırakma sonrasında bireylerin sağlığının uzun dönemde korunması ve ağırlık artışının önlenmesini hedeflemektedir.

Konu ile ilgili farkındalık yaratılmasının ve yüksek risk taşıyan bireylere öncelik verilerek değiştirilebilir faktörlere yönelik korunma ve müdahale çalışmalarının düzenlenmesiyle ağırlık artışı ve bu artışın sigara bırakmanın önünde bir engelle dönüşmesi önlenabilir (6).

1.3.Araştırmanın Varsayımları

Sigara bırakmak için başvuran bireyin sigarayı bırakmaya başladıktan bir süre sonra ağırlık kontrolü müdahalesine hazır olduğu varsayılmıştır. Veri toplarken katılımcıların anket sorularına doğru yanıtlar verdiği kabul edilmiştir.

1.4.Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma sürecinde katılımcıların sigarayı bırakmaya başladıkları gün müdahaleye başlanmamıştır. Sigara bırakma tedavilerinin olumsuz yönde etkilenmemesi için sigarayı bırakmaya başlamalarının üzerinden 1 ay süre geçmesi beklenmiştir.

Çalışma grubu dâhil edilme kriterlerine uygun olan az sayıda kişiden oluşmaktadır. Müdahale edilen grupla karşılaştırılabilecek bir kontrol grubu bulunmamaktadır.

Sigara bırakma tedavisinde kullanılan farklı ilaçların ağırlık üzerine etkileri net olarak bilinmemektedir.

İlk diyetisyen görüşmesi ile kontrol görüşmesi arasındaki süre 2 ay olarak planlanmasına rağmen ortalama 4,6 haftadır. Hekim randevusuyla aynı zamana randevu verilmesi iki görüşme arasındaki sürenin azalmasına neden olmuştur. Bu süre davranış değişikliğinin benimsenmesi için yetersiz olabilir.

Kontrol görüşmesine polikliniğe gelemeyen katılımcıların ikinci görüşmelerinin yüz yüze olmaması, telefonla görüşme yapılması böylece antropometrik ölçümlerin tek kişi tarafından yapılamaması bu çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Gün içinde farklı saatlerde ağırlık ölçümü yapılması özellikle kontrol görüşmesinin telefonla yapıldığı bireylerde ölçümde sapmalara yol açabilmektedir. Telefonla ağırlık bildiriminde bireylerin beyan ettiği ağırlık olduğundan daha az olabilir. Yüz yüze yapılan kontrol görüşmelerinde bu sınırlılığın geçerli olmadığı düşünülmektedir.

1.5.Tanımlar

İlk başvuru: Sigara bırakma amacıyla poliklinikte hekimle yapılan ilk görüşmedir.

İlk görüşme: Tez sürecinin ilk diyetisyen görüşmesidir (ilk başvurudan 1 ay sonra yapılması planlanmıştır).

Kontrol görüşmesi: Tez sürecinde yapılan ikinci görüşmedir (ilk görüşmeden 2 ay sonra yapılması planlanmıştır).

1.6.Hipotezler

1.Bilişsel davranışçı tekniklerin, sigara bırakma sonrasında kilo kontrolünü sağlama konusunda bireye katkısı vardır.

2.Bilişsel davranışçı teknikler ile yapılan öneriler, beslenme konusunda riskli davranışların ve beslenmeyle ilgili düşünce kalıplarının değişmesine neden olur.

1.7.Araştırmanın Amaçları

1.7.1.Çalışmanın Ana Amacı

Sigara bırakmaya başlamış bireylerde diyetisyen tarafından uygulanan bilişsel davranışçı tekniklerin ağırlık kontrolüne etkisi olup olmadığını belirlemek

1.7.2.Çalışmanın İkincil Amacı

Bireylerde ağırlık değişimi olmasa bile ağırlık artışına yol açabilecek riskli davranışlarının değişim gösterip göstermediğini belirlemek

2-GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığın geliştirilmesi, kişinin kendi sağlığıyla ilgili kontrolünü kolaylıkla sağlayabilmesidir. Sağlık davranışları olumlu ve olumsuz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Fiziksel aktivite yapmak, sağlıklı beslenmek, düzenli sağlık kontrolünden geçmek, yeterli uyumak olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak gösterilebilir. Olumsuz sağlık davranışları riskli davranışlara yönelimi göstermektedir. Fiziksel aktivite yapmamak, hatalı beslenmek, sigara kullanmak olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak gösterilebilir (14). Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), bireyler arası ilişkilerdir (15).

2.1.1. Ağırlık Kontrolü

Farklı gruplardan bireylerin (bebek, çocuk, gebe, emzikli, sporcu, metabolik hastalıklar vs.) cinsiyet, yaş, hormonal, fizyolojik, genetik, meslek, hastalık durumları gibi etkenlere bağlı olarak farklılaşan enerji ihtiyaçları vardır. Sağlıklı yaşamı devam ettirmek için günlük olarak alınan ve harcanan enerjinin dengede tutulması gerekir (16). Besin öğeleri alımı ile besin öğeleri gereksinmesi arasındaki dengenin sağlanması optimal sağlık için önemli olmaktadır (17).

Ağırlık artışı; fazla enerji tüketimi, yetersiz enerji harcaması veya her ikisinin neden olduğu uzun dönem enerji dengesizliği ile bireysel (vücudun sinirsel, genetik, hormonal, kimyasal, fiziksel işleyişi) ve çevresel etmenler (yaşam biçimi, sağlık davranışları, sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel etmenler) arasındaki ilişkinin sonucu oluşan bir durumdur (18,19).

Vücuttaki yağ miktarı ve dağılımına bağlı olarak hastalıkların morbidite ve mortalitesi değişkenlik göstermekte, yaşam kalitesi ve süresi olumsuz yönde etkilenmektedir. Günümüzde kentleşme, ekonomik gelişme ve küreselleşme, yaşam biçiminde ve diyetle farklılaşma ile toplumların beslenmesinde değişimler ortaya çıkmaktadır. Beslenmede oluşan bu değişimler; enerji miktarı yüksek besinlerin tüketimi (düşük posalı, fazla yağ ve şeker içeren besinler, aroma ve tat eklenen içecekler), düşük fiziksel aktivite ve sedanter yaşam tarzı ile birleşince vücutta yağ

birikme riski daha da artar. Bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite gibi önemli sağlık sorunlarını ortaya çıkarmıştır (20).

2.1.1.1. Antropometrik Ölçümler

Antropometri, vücut bileşiminin (yağ ve kas dokusu) saptanmasında ve vücut kütlesi, büyüklüğü, yapısı, şişmanlık düzeyinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Antropometri, beslenme durumunun saptanmasında kas ve yağ deposunun göstergesi olmasından dolayı önem taşır. Tek bir ölçüm (yaşa göre vücut ağırlığı, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre kol ve baş çevresi gibi) veya vücut ağırlığı, boy uzunluğu, deri kıvrım kalınlıkları ve/veya çevre ölçümleri birlikte kullanılarak değerlendirme yapılmaktadır (21). Çoğunlukla tek bir yöntemin kullanılması, örneğin, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının belirlenmesi veya bel çevresinin ölçülmesi değerlendirmede yeterli olabilmektedir (20). Bu ölçümler sürekli ve düzenli olarak uygulandığında bireyin beslenme durumu sağlıklı olarak değerlendirilebilir (19). Vücuttaki yağ miktarının erkeklerde %25 ve kadınlarda %30'un üzerinde olması obeziteyi işaret etmektedir (21).

2.1.1.1.1. Ağırlık Ölçümü

Birey sabah açken, dışkılama sonrasında veya mümkün olmadığında sürekli aynı saatlerde, ince bir giysi ile ölçülmelidir. Tartım işi tekniğine uygun ve 100-500 g duyarlılıkla yapılmalıdır (17).

2.1.1.1.2. Boy Ölçümü

Stadiyometre ile birey dik pozisyondayken, Frankfurt düzleminde dururken (kulak kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırı aynı hizada, bakışlar yere paralel) 0,1 cm duyarlılıkla boy ölçümü yapılmalıdır (21).

2.1.1.1.3. Bel Çevresi Ölçümü

DSÖ'nün bel çevresi ölçüm önerisi; en alt kaburga kemiği ile iliak kemik arası orta noktadan geçen çevrenin ölçülmesidir (12,17). Esnemeyen mezura ile bel çevresi ölçülür (22). Bel çevresi ölçümü Tablo 1'e göre değerlendirilmektedir.

Tablo 1. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümünün Değerlendirmesi

Cinsiyet	Bel çevresi (cm)	
	Risk	Yüksek risk
Erkek	≥94	≥102
Kadın	≥80	≥88

2.1.1.1.4. Kalça Çevresi Ölçümü

Ölçümde hata olmasına veya yanlış ölçüm alınmasına neden olabilecek kalın giysi olmamalı, ceplerde kalınlık oluşturabilecek eşya bulunmamalıdır. Bireyin yan tarafından maksimum çevre ölçümü esnemeyen mezura ile yapılır (23).

2.1.1.1.5. Bel Çevresi / Kalça Çevresi Oranı

DSÖ 2011 yılında bel/kalça oranının erkeklerde <0,90 ve kadınlarda <0,85 olmasını önermiştir (24).

2.1.1.1.6. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

1.BKİ Persentilleri: Birey çok zayıf, zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olarak değerlendirilebilir. Çocuklarda kullanılmaktadır. Persentillerin yetişkinlerde kullanımı pratik olmadığından sık kullanılmamaktadır (21).

2.Yaş Göre BKİ Değerleri (21): Yaş grubuna göre BKİ değerleri Tablo 2'ye göre değerlendirilir.

Tablo 2. Yaş Göre BKİ Değerleri

Yaş grubu	Önerilen BKİ (kg/m ²)
19-24	19-24
25-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
≥65	24-29

3.BKİ Sınıflaması: DSÖ sınıflaması kullanılmaktadır (21). DSÖ'nün BKİ sınıflaması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. DSÖ'nün BKİ Sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	Komorbidite riski
Ağır düzeyde zayıf	<16	Düşük
Orta düzeyde zayıf	16-16,9	
Hafif düzeyde zayıf	17-18,4	
Normal	18,5-24,9	Ortalama
Hafif şişman/ fazla kilolu/preobez	25-29,9	Artmış
Sınıf 1 obez	30-34,9	Hafif şiddetli
Sınıf 2 obez	35-39,9	Şiddetli
Sınıf 3 obez (morbide)	40-49,9	Çok şiddetli
Süper obez	50-59,9	
Süper süper obez	≥60	

2.1.1.2. Beslenme Davranışları

2.1.1.2.1.Besin Tüketimleri

Besin seçimi, ağırlık kontrolü için önemli bir etkidir (12). Yıllardan beri yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarının farklılaşmasına bağlı olarak tüketilen besinler de değişmiştir. Lezzet, çeşitlilik, fiyat, yemek tüketim yerleri, yüksek enerjili besinler bireylerin besin seçiminde etkili olan faktörlerdir (25). Besin seçiminde en çok lezzet ve fiyat faktörleri etkili olmaktadır (26).

Besin miktarının ve porsiyon büyüklüğünün fazla olması vücut ağırlığının artmasında önemlidir. Porsiyon miktarının azaltılması ve düşük enerjili besin seçimi ağırlık kaybı sağlamaktadır (12).

Ev dışında yemek yeme ile ağırlık artışı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Dışarıda yeme durumunda fastfood gibi yüksek kalorili besin seçimi

yapılması bu artışa sebep olmaktadır. Fastfood tarzı beslenme ile insülin direnci ve tip 2 diyabet arasında da güçlü bir ilişki bulunmuştur (12).

Şekerli ve tatlandırılmış içeceklerin tüketimi ve vücut yağlanması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır ve yüksek früktozlu mısır şurubu bu durumun sorumlusu olarak görülmektedir. DSÖ'ye göre, günde iki su bardağı şekerli içecek tüketilmesiyle iki ayda vücut ağırlığında 1.12 ± 0.7 kg artış olabilmektedir (12).

Öğün atlayan ve/veya seyrek öğün tüketen bireyler, kahvaltıyı atlamayan ve günde 4-5 öğün tüketenlere göre daha yüksek ağırlıkta olmaktadır. Öğün sayısı azaldığında, öğünde tüketilen besin miktarı arttığından besinlerin vücuttan emiliminin artmasıyla insülin yanıtın artması vücutta yağ depolanmasını artırmaktadır (20). Öğün sayısı azaldıkça obezite riskinde artış olmaktadır. Kahvaltı öğününün atlanmasının obezite gelişiminde önemli olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır (12).

Çok düşük kalorili diyetlerin (günde 200-800 kkal) uygulanmasının uzun dönemde vücuda olan etkileri bilinmemekte ve kardiyak aritmiye neden olabildikleri için önerilmemektedir. İdrarda keton cisimlerinin artması, serum kolesterolün artması ve safra taşı oluşumuna yol açar. Yüksek yağ ve düşük karbonhidrat içeren diyetlerin uzun dönem uygulanması kronik hastalıkların oluşmasına neden olabilmektedir (20).

2.1.1.2.2.Yeme Davranışları ve Tutumları

Bazı bireyler uyarıcı veya nikotini vücut ağırlıklarını kontrol edebilmek için kullanmakta veya bunları kullanmayı bırakırken ağırlık artışı sorunuyla karşılaşabilmektedir. Histamin-1 reseptörü uyanıklık ve iştah mekanizmasını düzenlemektedir. Antidepresanlar ve antipsikotikler histamin reseptörlerini bloke ettikleri için sedasyon ve vücut ağırlığında artışa neden olabilmektedir (27).

Ağırlık artışı ve bağımlılık durumlarında beyindeki nörolojik ve kimyasal özellikler benzer olmaktadır. Anormal fazla yeme davranışı yeme bağımlılığı olarak adlandırılabilir. Yeme davranışı kontrolünde fazla kilolu bireylerde dürtüsel, kontrolsüz ve takıntılı olma özellikleri görülmektedir (28).

Ağırlık artışına neden olan yeme tutumları bireyler arasında farklılık gösterebilir (18). Bazı yeme davranışları ve yeme tutumları ağırlık artışını kolaylaştırmakta veya kaybedilen ağırlığın tekrar artmasına neden olmaktadır (27).

2.1.1.2.2.1.Strese Bağlı Yeme

Bireyin stres durumunda psikolojik rahatlama sağlamak için yemek yemesidir. Sürekli stres durumunda olan kişiler kalorisi yüksek olan şekerli ve yağlı gıdaları tüketmeyi istemektedir. Stresle baş etme yöntemi olarak fazla yeme durumunu kadınlar erkeklerden daha fazla yapmaktadır. Erkekler, stresle baş etme aracı olarak alkol ve sigara kullanımına daha eğilimli bulunmuştur (18).

2.1.1.2.2.2.Duygusal Yeme

Bireyin üzüntü, mutluluk, yalnızlık, korku, hayal kırıklığı gibi psikolojik durumlara tepki olarak açlık hissetmemesine rağmen yemek yemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu şekilde kompulsif yeme daha sonra ağırlık artışına yol açacak şekilde aşırı yemeye neden olmaktadır. Bu davranışı gösteren bireyler yemek yemeyi negatif durumlara baş etme ve iyi hissetme yöntemi olarak görmektedir (18).

2.1.1.2.2.3.Kısıtlayıcı Yeme

Vücut ağırlığını korumak veya azaltmak için sürekli diyet yapılması durumudur. Uzun süren kısıtlamalar bir süre sonra kısıtlamaya ara verilmesi ile tıknırcasına yeme durumuna benzer şekilde porsiyonların arttırılması ve aşırı yemeyle sonuçlanır. Kısıtlamanın bozulduğu yeme dönemi ise kısıtlama dönemi ile devam eder ve döngü bu şekilde devam etmektedir (18).

2.1.1.2.2.4.Dışsal Yeme

Açlık hissi olmadan bireyin bulunduğu ortamda bulunan besinle ilgili her hangi bir uyarana cevap olarak yemedir. Dışsal yeme; ortamda bulunan gıdanın kokusu,

görünüşü, tadı gibi özelliklerine karşı oluşan eğilim sonucunda görülmektedir. Dışsal yeme tutumunda olan bireyler yalnızca gıda ortamdayken, gıdanın kokusu, görünüşü, lezzetinden etkilendikleri için çok yerler, onun dışındaki durumlarda yemek yemeyi düşünmemektedirler (18).

2.1.1.2.3. Ağırlık Artışının Toplumsal Düzeyde Önlenmesi

Ağırlık artışı, teknolojinin gelişmesi ile beraber değişen yaşam biçimi ve hızlı-hazır beslenmenin yaygınlaşmasıyla artmakta ve bireylerin yaşam standardını düşürmektedir (29). Birinci basamakta obezitenin kronik bir hastalık olduğu kabul edilir ve multidisipliner ele alınarak çok yönlü tedavi uygulanır (30). Ağırlık artışının önlenmesinde sadece bireysel değişimlere odaklanmak yerine toplumsal açıdan düzeltilebilir faktörleri de göz önünde bulundurmak gerekir (20). Beslenme ve fiziksel aktivite programlarının geliştirilmesi ve topluma kazandırılmasında tüketiciler, sağlık personelleri, çiftçiler, gıda sanayi, toplu beslenme personelleri, medya, hükümet birlikte görev almalıdır (23).

2.1.1.3. Ağırlık Kontrolünde Egzersizin Rolü

Fiziksel aktivite; vücudun enerji kullanmasına neden olan, iskelet kasları tarafından ortaya çıkarılan bir fiziksel harekettir. Egzersiz ise planlı ve tekrarlanarak yapılan bedensel hareketler olup fiziksel aktivitenin bir parçasını oluşturmaktadır (20).

Fiziksel hareketsizlik, bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinden birisi olup dünyada ölüme neden olan risk faktörlerine bakıldığında dördüncü sırada yer almaktadır. Ağırlık artışına neden olan önemli etkenlerden biri hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşmasıdır (32).

DSÖ'nün 2008 yılında yayımladığı raporda dünyada 15 yaş ve üzeri bireylerin %31'inin sedanter olduğu belirtilmiştir (33). TBSA 2010'a göre; 12 yaş ve üzeri bireylerin %71.9'unun egzersiz yapmadığı, %9.7'sinin haftada 1-2 kez, %10.8'inin her gün egzersiz yaptığı saptanmıştır (34). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması 2011'e göre ise Türkiye'de kadınların %87'sinin, erkeklerin ise %77'sinin yeterli süre

fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir (35). Türkiye Sağlık Araştırması 2016 sonuçlarına göre 15 yaş üzeri bireylerin %41.1'i sedanter, %53'ü orta derecede fiziksel aktivite ve %5.9'unun ağır fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (36).

Yeterli egzersiz yapmayanlarda, haftada 4-5 gün ve günde 30 dakika hafif-orta düzeyde egzersiz yapan bireylere göre mortalite riski %20-30 civarında artmaktadır (33,37).

Düzenli yapılan fiziksel aktivite; hipertansiyon, tip 2 diyabet, kanser, depresyon ve anksiyete riskini azaltmaktadır. Hareketsizliğin en fazla yüksek gelirli toplumlarda olduğu görülmektedir (33). Fiziksel aktivite ile koroner kalp hastalığı, inme ve tip 2 diyabet riskinin azaltılması arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır (12). Günlük 30-60 dakikalık egzersiz meme ve kolon kanseri riskini azaltmaktadır. Her hafta 150 dakikalık orta şiddetli egzersiz; kalp hastalığı riskini %30, diyabet riskini %27, meme ve kolon kanseri riskini %21-25 azaltmaktadır (32,37).

Fiziksel aktivitenin mortaliteyi azaltan bir etken olmasının yanında enflamasyonu azaltma, yaşlanmayı yavaşlatma, yaşam kalitesini iyileştirme, kas kuvvetini ve eklem hareketliliğini artırma, sindirim sistemi, bağışıklık, beyin fonksiyonları ve biliş üzerinde olumlu etkileri de bulunmaktadır. Depresyon ve anksiyete durumlarını da azaltmaktadır (38).

Egzersiz, ağırlık artışının önlenmesinde önemli bir unsurdur. Enerji harcamasını artırmakla birlikte, enerjisi sınırlanan diyetler nedeniyle oluşan yağsız doku kaybını azaltmaktadır. Bazı bireylerde vücut ağırlık kaybının sağlanmasında sedanter yaşam tarzını azaltıp, günlük aktiviteleri artırmak yararlı olabilir (39).

Fiziksel aktivite, düşük enerjili diyetle birlikte uygulandığında kas dokularını koruyarak yağı azaltır (40). Egzersiz abdominal yağlanmayı azaltır ve uzun dönemde ağırlık kaybı için önemli bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (41).

Yapılan pek çok çalışmada vücut ağırlığı ile egzersiz miktarı arasında negatif ilişki saptanmıştır (12). Düzenli yapılan yüksek seviyede egzersiz ağırlık artışını önlemektedir. Sedanter bireylerin ağırlık artışlarının 5,7 yıl içinde fiziksel aktivite yapan bireylere göre 2 kat fazla olduğu saptanmıştır (42).

Fiziksel aktivite programı hazırlanırken; aktivitelerle harcanan enerji 300 kkal/hafta artırılarak maksimum hedefe yani yaklaşık 3000 kkal/hafta enerji harcamasına getirilmesi uygundur. 3000 kkal/hafta enerji harcaması, haftanın birkaç

günü 45-60 dk. yapılan aerobik egzersizle oluşturulabilmektedir. Fiziksel aktivitenin içeriği bireyin yaşam biçimi, yaşı, cinsiyeti, mesleği, sağlık durumları dikkate alınarak maksimum enerji harcanabilecek şekilde planlanmalıdır. Egzersiz programının bileşenlerinden biri olan egzersiz miktarı; egzersizin süre ve şiddetinden daha önemli olabilmektedir (20).

Fiziksel aktivite, zayıflama diyeti uygulanırken veya ağırlık koruma döneminde enerji harcamasının artırılması için gereklidir. Ayrıca motivasyona olan pozitif etkileriyle birlikte yeme tutumlarını da pozitif yönde etkileyerek beslenme programına destek olmaktadır. Fiziksel aktiviteyle özellikle duygusal ve dışsal yeme negatif korelasyon göstermektedir (18).

Bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapmalarıyla ilgili özgüvenleri duygusal yeme davranışlarıyla negatif ilişkilidir. Bireyin fiziksel aktiviteyle ilgili özgüvenli ve disiplinli olması ile duygusal yeme atakları azalmaktadır (18).

Hem egzersiz yapanlar hem de sedanter bireyler zaman azlığını egzersize katılım konusunda sorun olarak bildirmektedir. Fiziksel aktif insanlar bu sorunu fiziksel hareketsizlik sebebi olarak göstermemektedir. Zaman bulamama durumu genellikle bireylerin fiziksel aktiviteye yönelik ilgi ve motivasyon eksikliğini göstermektedir (43).

Egzersiz grup halinde yapıldığında bireylerin motivasyonu daha yüksektir. Grup ve bireysel egzersiz programlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, egzersizi terk etme oranlarının grup programında %18,2 ve bireysel programda %52,6 olduğu saptanmıştır. Grup egzersiz programlarına daha fazla bağlılık sağlanmaktadır (43).

2.1.2. Sigara Bırakma

Tütün salgını, önlenabilir bir sağlık sorunu olup önlenabilir ölüm nedenleri arasında sayılmakta ve her yıl 7 milyondan fazla kişinin ölümünden sorumlu tutulmaktadır. Bu ölümlerin yaklaşık 1 milyonuna sigara dumanına maruz kalınması neden olmaktadır. Dünyada 1 milyardan fazla sigara kullanıcısının, %80'i düşük-orta gelirli bölgelerde yaşamaktadır. Sigarayla ilişkili morbidite ve mortalitenin en fazla olduğu ülkeler de düşük ve orta gelirli ülkelerdir (44).

Sigara kullanımı; koroner kalp hastalığı, inme, hipertansiyon ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları açısından en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür. Sigara kullananlarda kalp hastalığı riski, kullanmayanlara göre 3, inme riski 2,5 kat daha fazla olmaktadır. Sigara kullanımı ve dumanına maruz kalmak, kalp hastalığı ölümlerinin yaklaşık onda birine neden olmaktadır. Yüksek tansiyon, iskemik kalp hastalığı, kalp krizi, kalp yetmezliği, inme gibi kalp damar hastalıkları Türkiye’de uzun zamandır mortalite nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (44).

Her 10 içiciden 7’si sigarayı bırakmayı düşünmekte, her 10 içiciden 8’i ise hayatının bir döneminde sigarayı bırakmayı denemektedir (45). Hekim yardımı olmadan yapılan sigara bırakma deneyimlerinin başarısız olma oranı daha yüksektir. Sigara bırakma polikliniklerine başvurma ile sigarayı bırakmaya başlama durumunda, farmakolojik tedavi ve davranışsal eğitim verilmektedir. Sigara bırakma girişimi başarısının cinsiyet, yaş, gelir ve nikotin bağımlılığı ile ilişkisi olduğu saptanmıştır (45).

Sigaranın bağımlılığa sebep olan nörolojik, psikolojik ve davranışsal nedenleri bulunmaktadır. Sigara bağımlılığı kullanıcıların, bırakma sonrası uzun dönem mücadele etmesi gereken tekrar edebilen bir durumdur (45).

2.1.2.1. Sigara Bırakma Polikliniğinde Yaklaşım

Sigara bırakma polikliniklerinde hekimler tarafından farmakolojik ve psikolojik destek uygulanmaktadır. Sigara bırakma tedavisi süreci bireylere göre farklılık göstermektedir. Nikotin bağımlılık düzeyi ve vücutta bulunan karbon monoksit miktarı herkeste farklı seviyededir (46). İlk görüşme için randevu alan hastaya sigara bırakma polikliniğine geldiğinde broşür, kitapçık ve/veya görsel materyaller kullanılarak sigara bırakma eğitimi verilir. Sigara kullanımıyla ilgili alışkanlıkları sorgulanır. Sigara bırakmayı isteme nedenleri, varsa geçmişteki bırakma deneyimleri, sigara isteğini artıran durumlar, kullandığı tütün çeşidi ve kullanım miktarı (paket yılı), başka bağımlılık yapıcı madde kullanım öyküsü kayıt altına alınır. Anksiyete ve depresyon düzeyleri belirlenir. Nikotin bağımlılık düzeyi (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi) tespit edilir. Karbon monoksit ölçümü yapılır. Hastanın tıbbi durumunu değerlendirmek için yapılması gereken tetkikler (EKG, solunum fonksiyon

testi, tam kan sayımı vb.) varsa istenir. İkinci görüşmede tetkik sonuçları değerlendirilir. Hastayla birlikte bırakma günü belirlenir ve hekim tarafından hastaya uygun farmakolojik tedavi belirlenir. Belirli aralıklarla izlem yapılır (47). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde ilk görüşme bireysel olarak yapılmakta ve yaklaşık 45 dakika-1 saat arası sürmektedir. Öykü alıp eğitim vermenin yanı sıra karbon monoksit ölçümü yapılmaktadır ancak diğer tetkikler pek uygulanmamakta ve genelde ilk görüşmede bırakma günü ve tedavi yöntemi belirlenmektedir.

Poliklinikler bırakma sürecini birbirinden farklı olarak yürütebilmektedir. Bireysel veya grup tedavisi uygulanmaktadır. Bazı çalışmalara göre grup tedavisi daha etkili olmaktadır. İzlemler telefonla veya bireyle doğrudan görüşme şeklinde yapılmaktadır (48). İzlemlerin düzenli yapılması ve telefonla tekrar arama izlemi, bırakma sürecini olumlu etkilemektedir (46). Yakın izlem yapılarak farmakolojik tedavinin uygulanması sigara bırakma oranlarını artırmaktadır. Görüşmelerde davranışsal eğitim verilmesi sigara bırakmayı zorlaştıran konsantrasyon bozukluğunun ve stresin azaltıp sigara bırakma başarısını artırabilmektedir (45). Relaps (yeniden sigara kullanımına başlama) riskinin en yüksek olduğu bırakma sonrası erken dönemde hastanın sık sık takip edilmesi gerekmektedir (48).

2.1.2.1.1.Karbon monoksit Ölçümü

Karbon monoksit (CO) kirli, dumanlı havadan veya tütün ürünü kullanılması veya maruz kalınması sonucunda akciğerlere ve kana geçmektedir. Hemoglobine bağlanma kapasitesi oksijenden 200 kat fazla olup vücuda alınan ve kullanılan oksijeni azaltmaktadır. Sigara bırakma polikliniğinde uygulanan nefeste CO ölçümü şu şekilde sınıflandırılabilir;

Sigara Tiryakisi (80-100 ppm): Bu seviye nadir görülmektedir. 80-100 ppm'in üzerinde önemli karbon monoksit zehirlenmesi ve kalıcı sorunlara neden olabilmektedir.

Bağımlı Sigara İçicisi (41-79 ppm): Pipo ve puro kullananlar bu bölümdedir ve yüksek düzeyde CO saptanmaktadır.

Yoğun içici (21-39 ppm): Bu ölçümler sadece sigara kullananlarda bulunmakta ve eritrositlerin vücudun ihtiyacından daha az oksijen içerdiğini göstermektedir.

Az içici (11-20 ppm): Kullanılan her sigara CO seviyesini yükseltmektedir.

Pasif içici (7-10 ppm): Sigara bulunan ortamda olan veya trafikte uzun süre egzoz dumanına maruz kalanlar bu bölümde yer almaktadır. Fazla dumanlı ortamlara maruz kalan sigara kullanmayan bireylerde yüksek değerler tespit edilebilmektedir. Bir süredir içmemiş olan sigara kullanıcılarında 10 ppm'in altında ölçülebilmektedir.

Sigara içmeyenler (5-6 ppm): Sanayi ve egzoz gazı emisyonu nedeniyle havada en az 1-2 ppm CO bulunmaktadır.

Sigara içmeyenler (1-4 ppm): Hava kirliliğinin olmadığı ortamda yaşayanlar bu gruptadır.

Kandaki CO seviyesi normal şartlarda 4-5 saat içinde yarılanmaktadır (49). Sigarayı bırakmaya başlayanlarda 72 saatten sonra sigara kullanmayanların seviyesinde CO saptanması beklenmektedir (50).

2.1.2.1.2. Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara kullanıcılarının yaklaşık üçte ikisi sigarayı bırakmak istemesine rağmen nikotin bağımlılığı nedeniyle zorlanmaktadır. Bırakmak isteyenlerde nikotin bağımlılık düzeyi, bırakma tedavisinin seçilmesi ve bırakma başarısı için önemlidir. Nikotin ve sigara bağımlılığı ölçümünde en sık kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testidir (FNBT). İlk kez 1978 yılında Fagerström Tolerans Testi, Fagerström tarafından oluşturulmuştur. Bu test 1991'de Heatherton ve arkadaşları tarafından yeniden değişime uğramış ve FNBT ortaya çıkmıştır (51). FNBT'nin Türkçe geçerliliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur (52). Altı sorudan oluşan FNBT ile elde edilen puanların değerlendirilmesi şu şekildedir: Çok düşük (0-2 puan), düşük (3-4), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı (8-10 puan).

2.2. Sigara ve Beslenme İlişkisi

2.2.1. Sigara Kullanımı ve Beslenme

Sigara kullanımı doğrudan kalp-damar ve solunum yolu hastalıkları, kanser gibi durumlara yol açabileceği gibi beslenme tutum ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyerek kronik hastalıkların oluşumuna neden olabilmektedir (4).

Yapılan çalışmalarda; sigara içen bireylerin içmeyenlere göre folik asit, posa, C vitamini, A vitamini, çoklu doymamış yağ asitleri, demir, karoten ve E vitamini alımları düşük bulunmuştur. Doymuş yağ asitleri alımları ise daha fazla bulunmuştur. Sigara içenler içmeyenlere göre daha çok beyaz ekmek, rafine şeker ve doymuş yağlı gıdalar tüketmiştir. Sebze, meyve ve tam tahıllı gıda tüketimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Sebze ve meyvelerde bulunan mikro besin öğeleri (A vitamini, karotenler, C vitamini, E vitamini, folik asit, fenolik bileşikler vb.), sigarada bulunan toksik maddelerin oluşturduğu lipid peroksidasyonuna karşı koruyucu etki göstermektedir. Sebze ve meyve yetersiz tüketildiğinde sigara içen bireyler serbest radikallerin neden olduğu oksidatif hasardan daha çok etkilenmektedir. Sigara içen bireylerde kandaki C vitamini düzeyinin düşük düzeyde olması vücudun C vitamini gereksiniminin arttığının göstergesidir (4). Sigara içenler içmeyenlere göre daha çok kahve ve çay tüketmektedir (53). Yapılan bir çalışmada sigara içen bireylerin içmeyenlere göre kahvaltı öğününü daha fazla atladıkları ve öğünlerin daha geç saatlere kaydığı belirlenmiştir. Ayrıca yeme hızları daha yüksek bulunmuştur (4).

Sigara kullanmanın vücut ağırlığına etkisiyle ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Sigara içen bireylerin ağırlıkları ve beden kütle indeksleri (BKİ), sigara içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada sigara içmeyen erkeklerin vücut, kas, kemik ağırlığı ve bazal metabolik hızının ve sigara içmeyen kadınların BKİ ve vücut yağı ortalamalarının, sigara içenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (4). Sigara ve obezite arasında azalan yönde ilişki bulunmaktadır (2). Ancak günlük içilen sigara sayısı ile BKİ artışı arasında ilişki bulunmuştur (28). Ağır sigara içiciler hafif sigara içicilerden daha fazla kilo almaktadır (54).

Sigara kullanımının glikoz toleransı ve insülin duyarlılığını bozduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sigara içenlerde insülin direncinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sigara kullanımının glikoz metabolizmasını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (55).

2.2.2. Sigara Bırakma ve Ağırlık Artışı

Sigara bırakmayla birlikte ağırlık artışı olmasının, nikotinin metabolizmayı hızlandırması ve iştahı baskılama etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (56,57). Nikotinin, hipotalamusta bulunan propiomelanokortin (POMC) nöronlarındaki nikotinik asetilkolin reseptörlerini aktive etmesi ve melanokortin salınımı ile iştah baskılanır (28). Ayrıca ağır sigara içen bireylerde dilde bulunan tat tomurcuklarının morfolojik yapısı değişime uğramaktadır (58). Sigarayı bırakmaya başladıktan 48-72 saat sonra ise tat ve koku duyuları normale dönmektedir (59). Bu durum iştah artışına yol açabilmektedir. Ayrıca sigara bırakma sonrası vücutta lipoprotein lipaz enzim aktivitesinin artmasına bağlı olarak yağ depolanmasında artış olduğu gözlenmiştir (19).

Sigara bırakmanın sağlığa önemli faydaları vardır ancak genellikle ağırlık artışı buna eşlik eder. Sigara kullananların kullanmayanlara göre ağırlık kaybına daha fazla yatkınlığı olsa da sigara bırakma sonrası ağırlık artışı içici olmayan bireylere göre daha fazla olmaktadır (57). Ağırlık artışı bırakma sonrası ilk 3 ay içinde en fazla olmaktadır (1 kg/ay) (56). ABD’de sigarayı bırakan her beş kişiden dördünün kilo aldığı tahmin edilmektedir. Çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla kilo aldığı bulunmuştur. Bu ağırlık artışı sağlık sorunları oluşturabilmektedir. Ağırlık artışı, sigara bırakmanın uzun dönem faydalarını azaltmanın yanı sıra metabolik risk artışına yol açabilmektedir (56). Bir çalışmada diyabet insidansı sigarayı bırakanlarda, içmeye devam edenlerden fazla bulunmuştur. Bu etki ağırlık artışına bağlı olmaktadır. Ağırlık artışı, akciğer fonksiyonları üzerinde de sigara bırakmanın olumlu etkilerini azaltmaktadır (6).

Sigara bırakma sonrası ağırlık artışı, sigara kullanıcıları arasında özellikle kadınlarda yaygın olan bir endişedir ve sigara bırakma girişiminin bırakılmasına neden olabilmektedir (6,56,60). Diyet müdahalesi, ağırlık artışının sınırlanacağı

güvencesini vererek sigarayı bırakma konusunda endişeli bireyleri cesaretlendirebilir (60). Ancak sigara bırakma girişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle sigara bırakma kliniklerinde sigara kullanıcılarının önce sigarayı bırakmaya başlaması daha sonra ağırlık artışı sorununu çözmesi beklenmektedir. Açlığın, sigara bırakma başarısını azaltıp, sigara içme isteğini artırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır (6).

2.2.2.1. Sigara Bırakma Sürecinde Ağırlık Değişiminin Doğal Seyri

35-60 yaşlarında 6 bine yakın kadın ve erkek katılımcıyla yapılan bir kohort çalışmasında, sigara bırakmayla ilgili ağırlık artışı 5 yıllık izlem ile incelenmiştir. Kadınların bırakma sonrası 1. yılda ortalama 5,2 (standart sapma 5,0) kg ve erkeklerin 1. yılda ortalama 4,9 kg (standart sapma 4,9) aldıkları bulunmuştur. Bırakmayı sürdürenler arasında erkeklerin %7,6'sı ve kadınların %19,1'i başlangıç ağırlıklarının %20'si veya daha fazlasını kazanmışlardır (61).

Dünya genelinde nüfus temelli 35 prospektif kohort çalışmasının verilerini kullanarak sigara içmeye devam eden 388.432 ile sigarayı bırakan 63,403 sigara içicisini karşılaştıran Tian ve arkadaşları, sigarayı bırakma sonrası 5 yılda ortalama 4,1 kg artış saptamışlardır. Sigarayı bırakanlar (en az 3 ay önce) ve sigara kullananlar arasında ortalama 2,6 kg (%95 güven aralığı, 1,61-3,60 kg) fark saptamışlardır (62).

Aubin ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre bırakma sonrası ortalama ağırlık artışının ilk ay 1,1 kg, iki ayda 2,3 kg, üç ayda 2,9 kg, 6 ayda 4,2 kg ve 12 ayda 4,7 kg olduğu belirlenmiştir. Bırakma sonrası 12 ayda bireyler arasında önemli varyasyon olduğunu; %16-21'inde ağırlığın azaldığı ve %13-14'ünde bir yılda 10 kg'dan fazla ağırlık artışı olduğunu saptamışlardır (56,63).

2.2.2.2. Sigara Bırakma Sonrası Ağırlık Kontrolüyle İlgili Yapılan Çalışmalar

Sigara bırakmaya katkı sağlamak ve kilo kaygılı içicilerde ağırlık artışını kontrol etmek için geliştirilen yöntemler; davranışsal müdahale, egzersiz, enerji kısıtlaması ve beslenme önerileridir. Sigara bırakma farmakoterapileri de ağırlık artışını sınırlayabilir (6).

Düşük kalorili diyetler (1,3 kg/12 ayda ortalama ağırlık kaybı) ve bilişsel davranışçı tedavinin (5,2 kg/12 ayda ortalama ağırlık kaybı) her ikisi de sigara bırakma tedavisi sonrasında yoksunluğun kontrolünde ve ağırlık artışının azaltılmasında uzun dönemde etkili bulunmuştur. Ağırlık artışını sınırlamada en iyi sonuçlar düşük kalorili diyet ve bilişsel davranışçı terapi birlikte uygulandığında elde edilmiştir. Her iki tedavi de bırakma sonrası dönemde başarıyı artırmasına rağmen ağırlık kaybına uzun dönem etkinin bilişsel davranışçı terapi ile olduğu bulunmuştur. Davranışsal tedaviler bireysel yapıldığı zaman daha başarılı sonuçlar elde edilmiştir (6). Pittsburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 219 kadın katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada bırakma sonrası ağırlık artışı kaygısını azaltmak için bilişsel davranışçı terapi ve ağırlık artışını önlemek için davranışsal ağırlık kontrolü desteği verilmesi kilo kaygılı kadınlarda sigara bırakma sonucunu iyileştirmiştir. Aynı çalışmada, BDT'nin tedavi sonunda ağırlığın azalmasında etkili olduğunu bulmuştur (64). Danielsson; ağırlık kontrol eğitimine düşük kalorili diyet eklendiğinde tedavi sonunda ağırlık artışında önemli azalma olduğu saptanmıştır (ortalama 3,7 kg) (3).

Sigara bırakma sonrasında ağırlık kontrolünde davranış müdahalelerinin kontrol gruplarıyla karşılaştırılması Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Bırakma Sonrası Ağırlık Kontrolünde Davranış Müdahalelerinin Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılması (6)

Alt grup	Katılımcı sayısı	Ort. ağırlık değişimi
Tedavi sonunda ortalama ağırlık değişimi		
Diyet ve egzersiz önerisi/müdahale yok	140	-0,04
Bireysel program ve öneri /müdahale yok	90	-1,05
Bireysel program / diyet ve egzersiz önerisi	47	-1,12
*ÇDKD +öneri / öneri	121	-3,7
12. ay ortalama ağırlık değişimi		
Diyet ve egzersiz önerisi/müdahale yok	61	-0,21
Bireysel program ve öneri /müdahale yok	40	-2,58
Bireysel program / diyet ve egzersiz önerisi	17	-2,49
ÇDKD +öneri / öneri	62	-1,3

*Çok düşük kalorili diyet

Fiziksel aktivite bazal metabolizma hızını (BMH) artırır ve vücuttaki yağ miktarını azaltıcı kas kütlesini artırıcı etkisi vardır. Bireysel diyet ve egzersiz müdahaleleri sigara bırakma sonrası ağırlığı azaltmada etkili olabilir (3). Bir çalışmada sigara içenlerin %33'ünün, sigara içmeyenlerin %41'inin egzersiz yaptığı belirlenmiştir (4). Derleme sonucunda egzersizin uzun dönemde (12 ayda) ağırlık azalmasında (2 kg) etkisi bulunmuştur (6). Derlemenin içerdiği farklı çalışmaların sigara bırakma sonrası katılımcılara önerdiği çeşitli egzersiz programları şu şekildedir;

- Marcus 1999'da 12 hafta süren haftada 3 kez 30-40 dk. gözetim altında program (90)
- Marcus 2005'te haftada 1 denetimli ve 1 denetimsiz en az 30 dk. toplam 8 hafta süren program uygularken egzersizlere sigara bırakma öncesinde başlandı (81),

- Cornuz 2007’de haftada 1 kez 45 dk. denetimli grup kardiyovasküler egzersiz (91),
- Ussher 2003’te 7 haftalık egzersiz programı uygulamıştır (92).

Literatürdeki bazı çalışmalarda ağırlık kaybını etkileyen ilaçlar da kullanılmıştır. Uygulanan hiçbir farmakolojik müdahale 6. veya 12. ayda bırakma oranını önemli ölçüde artırmamıştır. Buna rağmen bazı ilaçlar tedavi sonunda önemli ağırlık kayıpları sağlamıştır. Dexfenfluramine -2.50 kg (-2.98 - -2.02), Fluoxetine -0.80 kg (-1.27 - -0.33), Fenilpropanolamin -0.50 kg (-0.80 - -0.20), Naltrexone -0.76 kg (-1.51 - -0.01) kayıp sağlanmıştır (6). Fenilpropanolamin zararlı etkileri nedeniyle FDA tarafından önerilmemektedir (65). Deksfenfluramin’in de zararlı etkileri bulunmaktadır (66).

Sigara bırakma ilaçlarından Bupropion (300 mg/gün) ve Fluoxetine (30 mg/gün ve 60 mg/gün) plaseboya göre ağırlık artışını sınırlamıştır. Bir seçici serotonerjik geri alım inhibitörü olan Fluoxetine, plaseboyla karşılaştırıldığında tedavi sonunda ağırlık artışını azaltmıştır (67). Vareniklin plaseboyla karşılaştırıldığında önemli bir fark bulunmamıştır. Üç çalışmada Bupropion ve Vareniklin karşılaştırıldığında, Vareniklin kullananların tedavi sonunda daha fazla kilo aldığı bulunmuştur (0,51 kg) (6). Vareniklin ile Bupropion ve NRT’nin ağırlık değişimine olan etkileri Tablo 5’te karşılaştırılmaktadır.

Tablo 5. Vareniklin ile Bupropion ve NRT’nin Ağırlık Değişimi Açısından Karşılaştırılması (6)

Alt grup	Katılımcı sayısı	Ort. ağırlık değişimi
Tedavi sonunda ortalama ağırlık değişimi		
Vareniklin / Bupropion	598	0,51 kg
Vareniklin / NRT	319	-0,05 kg

Bupropion, Fluoxetine, Vareniklin ve NRT hepsi tedavi sırasında ağırlık artışını sınırlamıştır. Ancak tedavi durdurulduğunda ağırlık artışını sınırlama etkileri azalmıştır. Sigara bırakmada kullanılan hiçbir farmakolojik müdahale 6 ve 12 ay sonra ağırlık artışını önemli ölçüde azaltmamıştır (3). Üç çalışmada Bupropion

kullanan katılımcılar, Vareniklin kullananlara göre daha az kilo almışlardır (yarım kg) (6). Cochrane derlemesine göre ilaçlar; 0,5 kg (nikotin replasman tedavisi), 1,1 kg (Bupropion), 0,4 kg (Vareniklin) ağırlık kaybı sağlamıştır (56). Bırakma tedavisinde kullanılan Bupropion tedavisi, bırakma ile ilişkili depresyon belirtilerini de hafifletebilmektedir (60).

NRT 'nin herhangi bir tipini alan bireyler tedavi sonunda plaseboya göre daha az kilo almışlardır (-0,69 kg). NRT tiplerine göre ağırlık değişimi incelendiğinde nikotin sakızı ile ortalama -0,58 kg, nikotin bandı ile -0,45 kg, nikotin inhaler -0,37 kg, nikotin sublingual tablet -0,48 kg, nikotin nazal sprey ve nikotin bandı -0,9 kg ağırlık değişimi saptanmıştır (6).

2.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

2.3.1. Bilişsel Davranışçı Teknikler

Davranış değiştirme, deneysel olarak kanıtlanmış davranış ilkelerinin problem davranışa uygulanmasıdır. Yeni beceri ve bilgilerin öğrenilmesi, istenmeyen durumlardan kurtulma ve kişinin değişiklik için daha iyi motive olmasıdır. Son zamanlarda bu tedaviye kognitif (bilişsel) davranış tedavisi denilmektedir. Uygulanan tedavide kurallar ne kadar yoğun uygulanırsa tedavi o kadar başarılı olmaktadır (68).

Davranış tedavisinin üç temel kuralı (69);

Amaca yönelik olma: “Ölçülebilir, değerlendirilebilir hedefler amaç olarak belirlenir.”

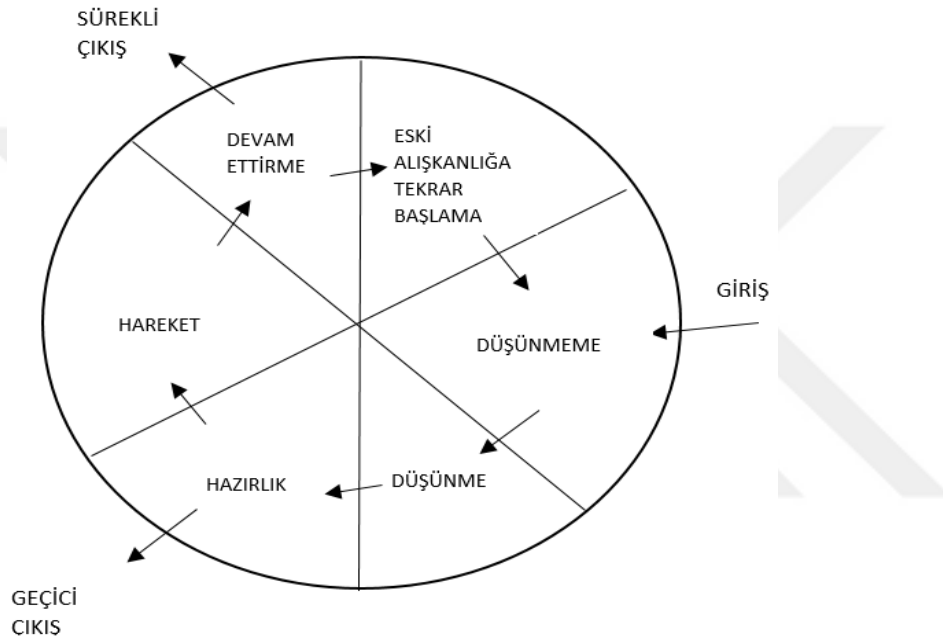
Süreç yönelimli olma: “Bireyler değişim için yapmaları gereken şeyleri, ne zaman, kiminle, nerede, nasıl yapacaklarını belirlerler.”

Küçük değişimlere odaklanma: “Daha zor hedefler için daha basit adımların başarılmaması gereklidir.”

Bireylerin sağlık risklerini azaltmak için davranış değişikliği gerekmektedir. Sağlıklı yaşam biçimini geliştiren en uygun yaklaşımları bulmak için teorilere dayalı modeller geliştirilmiştir. Davranış değişikliği sağlamak için Bilişsel Davranışçı Teoriler,

Sosyal Bilişsel Teori ve Transteoretik Model (Teoriler Arası Model) gibi etkinliği kanıtlanmış teoriler kullanılmaktadır (70).

Davranış terapisi/davranışçı tedavi depresyon, anksiyete bozuklukları, fobiler ve diğer bazı psikolojik sorunların tedavisinde kullanılan bir psikoterapi yöntemi olup davranışçı teorilere dayanmaktadır. Yalnızca psikolojik bozuklukların tedavisi değil istenilen davranış değişikliklerine ulaşmak için de kullanılmaktadır (71). Değişim aşamaları spiral modeli Şekil 1’de ve değişim aşamaları ile değişim süreçlerinin çapraz ilişkisi Tablo 6’da gösterilmiştir.



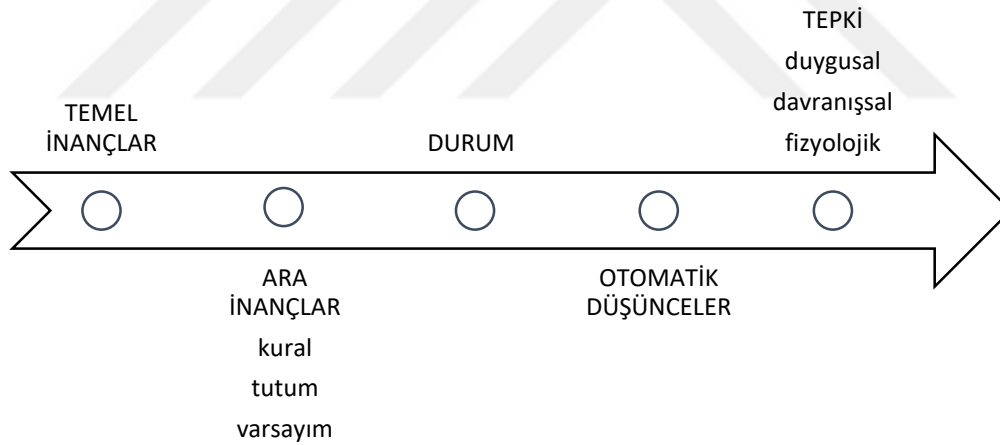
Şekil 1. Değişim Aşamaları Spiral Modeli (70)

Tablo 6. Değişim Aşamaları ile Değişim Süreçlerinin Çapraz İlişkisi (62)

Değişim Aşamaları					
	Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Hareket	Devam Ettirme
Değişim Süreçleri	Bilinçlenme (Farkındalık)...				
	Duygusal uyarılma...				
	Çevreyi yeniden değerlendirme...				
		Kendini yeniden değerlendirme...			
		Kendisi ile anlaşma...			
			Güçlendirme...		
				Destekleyici ilişkiler...	
				Karşıt koşullanma ...	
				Uyaranların kontrolü...	

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT) duygu durum, anksiyete, kişilik, yeme, madde kullanımı ve psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan; yapılandırılmış, kısa süreli, an odaklı bir psikolojik tedavi yöntemidir. Bu tedavi belirli ruhsal bozuklukların davranışçı, sosyal öğrenme ve bilişsel yöntemlerin birlikte kullanılarak anlaşılabilirliğini kabul etmektedir. BDT “sorun çözme” ve “eylem yönelimli” bir tedavi yöntemidir (71).

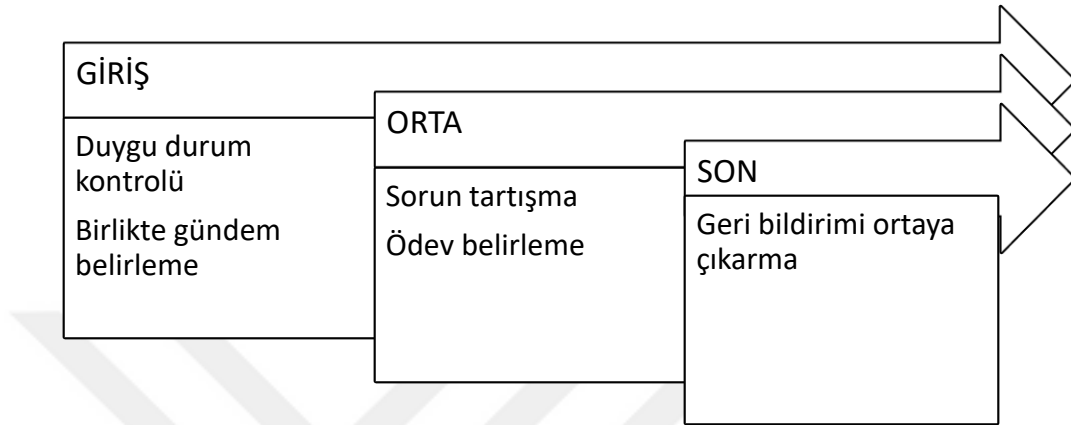
Bilişsel tedavide değişimin sağlanmasında otomatik düşüncelerin incelenmesi ve bu düşüncelere olan inancın azaltılması temel yöntemlerden biridir. Otomatik düşünce; doğru olmayan, yardımcı dokunmayan, olumsuz düşüncelerdir. Bir durum, olay karşısında oluşan otomatik düşünceler ile tepki (duygusal, davranışsal, fizyolojik) verilir. Otomatik düşünceler inançlardan kaynaklanır ve kendiliğinden ortaya çıkar (72). Bireyin olumsuz otomatik düşüncesinin dışında durumu daha iyi açıklamaya yardımcı olan alternatif düşünce/inançların oluşturulması veya güçlendirilmesi bilişsel tedavinin hedeflerinden biridir (73). Davranışın otomatik düşüncelerle ilişkisi Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Davranışın Otomatik Düşüncelerle İlişkisi (72)

Kişi sıkıntılı ve huzursuz hissetmeye başladığında, işlevsiz şekilde davranmaya eğimli olduğunu hissettiğinde (uyumlu davranmaktan kaçınma), vücudunda veya zihninde sıkıntı veren değişiklikler fark ettiğinde sorulan “Aklımdan şu anda ne geçiyor?” sorusu otomatik (işlevsiz) düşünceleri ortaya çıkarmaktadır (72).

Davranış değiştirme görüşmesinin giriş kısmı; duygu durum kontrolü, birlikte gündem belirleme; orta kısım; gündemde sorun tartışma,  dev belirleme,  zet; son kısım; geri bildirimi ortaya çıkarma şeklinde yapılandırılır (72,74). Seans yapılandırılması şekil 3'te gösterilmiştir.



şekil 3. Davranış Değiştirme Seansının Yapılandırılması

Görüşme sırasında; hastaya karşı, empati,  zen, saygı, yetkinlik gösterilir, gerçekçi, iyimser ve olumlu bakış açısı sunulur. işbirliği, ekip çalışması ve hastanın aktif katılımı sağlanır. Hastanın sorunların her birini sayıp amaçlarını belirlemesi istenir. Hastalar kendi işlevsiz davranış ve inançlarını belirler, değerlendirir ve onlara yanıt vermeyi öğrenir. Amaca dönük ve sorun odaklı çalışma ile hastaya kendi terapisti olmasını öğretmek ve tekrarı önlemek hedeflenir (72).

 dev verilmesi, davranış tedavisinin etkinliği için önemli bir adımdır ve tedavi sonuçları üzerinde pozitif etkileri bulunmaktadır.  dev; tedavi ortamı dışında bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunları çözmek için gösterilen çaba, aktivite ve ayrılan s uredir. Bireylere  dev olarak; eğitimle ilgili okuma materyalleri vermek, kendini gözlemleme, amaç listesi oluşturma vb. verilebilmektedir (75). Bireyin olumsuz otomatik düşüncelerine karşı kanıtlar bulmakta zorlandığı durumlarda alternatif düşünceler otomatik düşünceye karşı kanıtlar ile beraber başa çıkma kartlarına yazılarak hastanın işlevsiz davranışlara yöneldiği zaman okuması amacıyla  dev olarak verilebilmektedir (73).

2.3.2.Ağırlık Kontrolünde Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranış değişikliği tedavisinde amaç; hayatları boyunca uygulayabilecekleri davranış değişikliğini oluşturmak ve ağırlık kaybının korunmasını sağlamaktır. Beslenmede davranış değişikliği sağlamaya yönelik yapılacak eğitimlerde eğitimci; bireysel farklılıkları ele alarak hastaya uygulayacağı davranış değişikliği sağlayan modeli seçer. Hastalara, uygun olmayan yeme davranışını tetikleyen durumları ve onlara karşı verebilecekleri yeni tepkileri gösterir. Ağırlık kontrolünde davranış değişikliği tedavisinin önemli olmasının nedeni, bireylerin ağırlık artışına yol açan hatalı beslenme alışkanlıklarından vazgeçmeleri ve onların yerine doğru davranışları kazanmaları gerekliliğinden kaynaklanmaktadır. Bunların dışında, davranış değişikliği tedavisi ile psikolojik rahatsızlıkların iyileştirildiği, depresyon ve anksiyete oranının azaltıldığı bildirilmektedir (20,76).

Ağırlık kontrolünde davranış değişikliği tedavisi; ağırlık artışına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenilenle değiştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca istenmeyen davranışları azaltmak ve istenen davranışın "yaşam biçimi" haline gelmesini sağlamak için uygulanan tedavidir (9).

Ağırlık kontrolü tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı terapi ile bireyin ağırlık kaybetmesini veya egzersiz yapmasını engelleyen veya kaybettiği ağırlığın tekrar artmasına neden olan fonksiyonel olmayan biliş ve davranışları tanımlama, değiştirmeye yönelik teknikler öğretilmektedir. BDT ile kişinin ağırlık kaybetmesini engelleyen ve/veya ağırlık kaybettikten sonra ağırlığını korumasına engel olan düşünce ve davranışlarını tespit edip, bunların daha işlevsel ve olumlu olanlarla değiştirilmesini sağlamak amaçlanmaktadır (10).

Davranış tedavisinin kurallarından ilki hedef belirlemektir. Kolay değerlendirilebilen ve net hedefler belirlenmelidir. Hedeflerin anlaşılır olması, başarının ölçülmesini kolaylaştırır. İkincisi, "tedavi sürece dayanır" kuralıdır. Bu kural, bireylere neyi değiştireceğini düşünmeye yardım etmek yerine, onlara bu değişimi nasıl yapacaklarına yardım etmektir. Bir hedef belirlenir, hastalar hedef başarısını kolaylaştıracak ya da engelleyecek durumları incelemeye yönlendirilir. Başarılı ağırlık kontrolü yönetimi; öğrenilen ve deneyimlenen becerilere dayanır.

Üçüncü kural ise davranışsal yaklaşım tarzı, büyük değişimler yerine daha küçük değişimleri destekler (20). Aynı anda birden fazla davranışın ortadan kaldırılması kalıcı olmamaktadır (68).

BDT'ye başlamadan önce hastalar değerlendirilmektedir. Bu görüşmede kişinin diyet yapma öyküsü, eşlik eden psikiyatrik ve tıbbi problemler, kişinin istek düzeyi ve detaylı beslenme öyküsünün alınması gereklidir (77). Sonrasında sokratik sorgulama, güdüsel görüşme (açık uçlu sorular, yansıtıcı dinleme vb.) ile hastanın otomatik düşünceleri kendi kendine ortaya çıkarması sağlanmalıdır. Otomatik düşüncelere olan inanç, bilişsel yeniden yapılandırma ile azaltılarak alternatif düşünceler oluşturulup yeni bakış açısı kazandırılmaya çalışılır.

Davranışçı tedavilerde bilişsel yeniden yapılandırma istenmeyen davranışları ortaya çıkaran bilişsel süreçlere müdahale aşamasında kullanılır. Burada temel hedef bilişsel bir değişiklikten daha çok davranışsal bir değişimi engelleyen bilişsel hataları ortadan kaldırmaktır (78).

Beslenmeyle ilgili düşünce hatalarına örnekler ve alternatif düşünce listesi Tablo 7'de gösterilmiştir. Ağırlık artışının en önemli sebeplerinden birisi hep ya da hiç tarzı düşünme olarak saptanmıştır (78).

Tablo 7. Beslenmeyle İlgili Düşünce Hatalarına Örnekler ve Alternatif Düşünce Listesi
(10)

DÜŞÜNCE HATASI	AÇIKLAMASI	ALTERNATİF DÜŞÜNCE
Hep ya da hiç düşünme	Diyette en ufak bir aksama yaşadığında “battı balık yan gider” diyerek diyeti bozarım.	Zararın neresinden dönersem kardır.
Geleceği olumsuz öngörme	Gittiğim yerde ikram edilen tatlılara dayanamayacağım.	Kimse bana zorla bir şey yediremez. Bu duruma hazırlıklı olup öğrendiğim becerileri uygulayabilirim.
Geleceği olumlu öngörme	Sadece bir dilim pasta yiyip tatmin olacağım ve duracağım.	Geçmişime baktığımda hep daha fazlasını istediğimi görebiliyorum.
Duygusal nedenselleştirme	Kilo verme konusunda bu kadar ümitsiz hissettiğime göre asla kilo veremeyeceğim.	Herkes zaman zaman ümitsizliğe düşebilir. Bu normal bir durum. Programıma sadık kalırsam kilo verebilirim.
Zihin okuma	İkram edilen tatlıyı yemezsem kaba olduğumu düşünürler.	Doyduğumu ya da tatlı sevmediğimi düşünebilirler.
Kendini kandırma	Bunu yiyebilirim, bu sayılmaz.	Kalori kaloridir, sayılmaması için bir neden yok.
İşe yaramayan kurallar koyma	Yemek çöpe atılmaz.	Çöpe de döksem, yesem de nasılsa artık olacak. Vücudumda bir artık olmasındansa, çöpte bir artık olması daha iyi.
Etiketleme	Çok yediğim için ben iradesizim.	Tamamen iradesiz değilim. Sadece kilo almama neden olacak yeme davranışlarında bulunan biriyim.
Haklı neden ileri sürmek	O kadar sıkıntılıyım ki yemek yemeliyim.	Duygusal yemek yeme kabul edilemez. Sıkıntımı tolere etmeyi ve başka yöntemlerle çözmeyi öğrenmem gerek.
Abartma	Yemek yemem tamamen kontrolümden çıktı.	Yemeyi planlamadığım yiyecekler yedim. Fakat hemen şuan planımı uygulamaya geri dönebilirim.

Ağırlık kontrolünde uygulanan bilişsel davranışçı tedavinin aşamaları şu şekildedir (9,79);

1. Kendini izleme
2. Uyarıların kontrolü
3. Yeme kontrolü
4. Pekiştirme ve güçlendirme (kendini ödüllendirme)
5. Bilişsel yeniden yapılandırma
6. Doğru beslenme eğitimi
7. Fiziksel aktivitenin artırılması
8. Davranış sözleşmesinin yapılması
9. Ulaşılan ağırlığı/ideal ağırlığı sürdürme yöntemlerini öğrenme

Davranış değişikliği tedavisinde, standart davranış tedavisine ek olarak yapılan her bir yöntem (tekrarı önleme, problem çözme vb.) ağırlık kaybı sağlanmasında ve korunmasında başarıyı arttırmaktadır (9).

Sadece düşük enerjili diyet uygulaması durumunda ilk 6 ayda yalnızca %5'lik bir ağırlık kaybı sağlanabilirken diyet tedavisine ek olarak davranış değişikliği tedavisi ve fiziksel aktivite yani kombine uygulanan tedavi ile ağırlık kaybı %10'a yakın olabilmektedir (78). Diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi ile haftada 0.5-1 kg ağırlık kaybı sağlanabilmekte ve bu ağırlık kaybı ortalama bir yıl korunabilmektedir. Bireylerin yaklaşık dörtte biri tedavi sonrasında da ağırlık kaybetmeye devam etmektedirler (80).

Kendini izleme, günlük olarak yeme ve egzersiz davranışlarının kaydedilmesidir. Yeme atakları, gece yeme durumu, duygusal yeme gibi yeme rahatsızlıklarının varlığının belirlenmesinde faydalanılmaktadır (80). Bilişsel davranışçı tedavi ile özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların sağlık durumlarını düzeltmede anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (81).

Davranış değişikliği tedavisi bireysel veya grup tedavisi olarak yapılabilir. Grup tedavisi ile ağırlık kaybeden bireyler, bireysel olarak tedavi görenlere göre ağırlık kaybını sürdürmede daha başarılı olmaktadır. Ancak grup tedavisinde yer alan

kişilerden biri gösterebileceği olumsuz etkiyle diğer grup üyelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle grup tedavilerine alınacak bireylerin aşırı depresif, psikotik veya davranış sorunları olmamasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Davranış değişikliği ile zayıflama tedavisi uygulanan bir çalışmada eşleriyle beraber tedaviye katılan kadınlardaki ağırlık kaybı, eşiyile katılmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise anneleriyle birlikte davranışsal uygulamalarla zayıflama tedavisi alan çocuklar, yalnız tedaviye katılan çocuklara göre daha fazla ağırlık kaybetmiş ve psikolojik durumlarında daha fazla iyileşme olduğu saptanmıştır (80).

Amerika Aile Hekimleri Derneği'nin yayımladığı bir derlemede; davranış değişikliği tedavisinin rutin diyet uygulamasının bir parçası olması ve bir uzman (doktor, diyetisyen, psikiyatrist gibi) tarafından uygulanması gerektiği B düzeyi kanıt olarak belirtilmiştir. Ayrıca muayenhanede yapılan yüz yüze bireysel görüşmelerin; e-posta, internet veya kişinin kendi kendini kontrol etmesinden daha etkili olduğu saptanmıştır (B düzeyi kanıt) (20).

Ağırlık kontrolünde davranış değişikliğine yönelik müdahalelerin çok yönlü yaklaşımla ele alınması önemlidir. Ağırlık kontrolünde bireye özgü diyet, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam biçiminde yapılan değişimlerin bilişsel davranışçı müdahalelerle birleştirilmesi tedavi etkinliğini arttırmakta ve ulaşılan ağırlığın daha uzun süre korunmasını sağlamaktadır (9).

3-GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Girişimsel (önce-sonra karşılaştırmalı) tasarımda bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Uygulama Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri 2018 yılı Ocak, Şubat, Mart, Nisan ve Mayıs aylarında Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde toplandı. Olguların ilk görüşmeleri 08.01.2018 ile 11.04.2018 tarihleri arasında; kontrol görüşmeleri ise 02.03.2018 ile 04.05.2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1.Araştırmanın Evreni

Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 18-65 yaş arası bireyler

3.3.2.Araştırmanın Örneklemi

Kasım, Aralık, Ocak aylarında Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurup çalışma döneminden 1 ay önce sigarayı bırakmaya başlamış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası bireyler

3.3.3.Örnek Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü GPower 3.0.10 programında hesaplandı. İki yönlü çalışma olarak belirlendi. Etki büyüklüğü 0,5, hata payı %5 ve çalışmanın gücü 0,8 alınarak toplam örnek büyüklüğü 34 olarak hesaplandı. Çalışma 29 katılımcı ile tamamlandı.

Çalışma tamamlandıktan sonra yapılan güç analizinde etki büyüklüğünün 0,585 olduğu ve çalışmanın gücünün %86 olduğu belirlendi.

3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

3.4.1.Çalışmaya Alınma Kriterleri

Katılımcılar; bir ay önce sigarayı bırakmaya başlaması, son ölçülen karbon monoksit değerinin 11 ppm'den küçük olması ve çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumlarında çalışmaya alınmıştır.

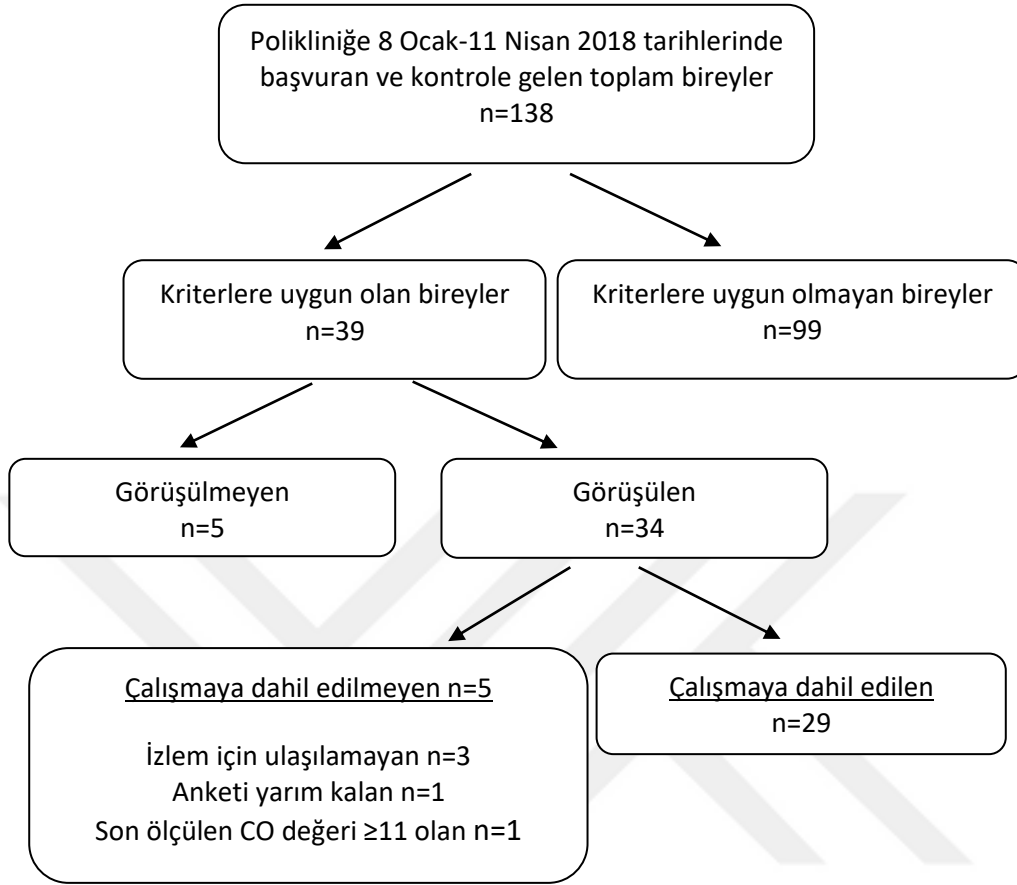
3.4.2.Çalışmaya Alınmama Kriterleri

Psikotik hastalığın varlığında, polikliniğe ilk başvurudan önce sigarayı bırakmış olmak, son ölçülen karbon monoksit değerinin ≥ 11 ppm olması, il dışında ikamet etme, kontrol görüşmesine katılmak istememe gibi durumlarda çalışmaya alınmamıştır.

Poliklinikte kullanılan ölçüm cihazının 11 ppm ve üzeri ölçüm yapması bireyin içici durumunda olduğunu göstermektedir. Son ölçülen karbon monoksit değerinin 11 ppm'den büyük olması, müdahalenin dışında ağırlık kontrolünü etkileyebilir.

3.4.3.Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri ve Bu Durumda Yapılacak Uygulamalar

İzlemlere katılmama, anketin yarım kalması durumunda katılımcıların çalışmadan çıkarılması planlanmıştır. Çalışmanın akış şeması Şekil 4'te sunulmuştur.



Şekil 4. Çalışmanın Akış Şeması

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmanın birincil etkinlik değişkenleri; ağırlık değişimi ve beden kütle indeksi değişimidir.

İkincil etkinlik değişkenleri;

- Bel çevresi değişimi
- Kalça çevresi değişimi
- Riskli Davranışlar Ölçeği puanı değişimi
- Hollanda Yeme Davranışı Anketi puanı değişimi
- Beslenmeyle İlgili Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu puanı değişimidir.

Çalışmanın olası karıştırıcı veya etki değiştirici değişkenleri; cinsiyet, doğum tarihi, sosyodemografik özellikler, GPAQ (Küresel Fiziksel Aktivite Ölçeği) puanı değişimidir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verilerinin toplanması; ilk görüşme sırasında antropometrik ölçümlerin yapılması ve anket formu uygulanması yüz yüze bireysel görüşme ile gerçekleştirildi. Her katılımcıya yaklaşık 40 dakika zaman ayrıldı. Kontrol görüşmesi 24 kişiyle yüz yüze ve 5 kişiyle telefon görüşmesi olarak yapıldı.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Anket Formu

Olgu numarası, anket tarihi, cinsiyet, doğum tarihi, çalışma sürecindeki ağırlık (kg) ve boy (cm) ölçümü, beden kütle indeksi, bel(cm) ve kalça(cm) ölçümleri bu formda yer aldı (Ek 1).

3.7.2. Riskli Davranışlar Ölçeği

Riskli davranışların açıklanmasında kullanılan Problem Davranış Kuramına dayanılarak sosyal olmayan davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları ile okul terki olarak yedi bölümden oluşan 60 madde içeren beşli Likert tipi bir ölçek geliştirilmiştir (82). Ölçeğin alt bölümleri birbiriyle ilişkili olmadığından her alt bölümden alınan puanlar ayrı hesaplanmakta ve ölçek toplam puanı vermemektedir. Her bir bölümden alınan puan yükseldikçe o boyuttaki risk düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Dilek Gençtanırım tarafından 2010'da yapılmıştır (82).

Bu çalışmada Riskli Davranışlar Ölçeğinin beslenme ile ilgili kısmı olan 40-47. soruları katılımcılara soruldu. 8 sorudan oluşan Riskli Davranışlar Ölçeğinin beslenme kısmı, beşli derecelendirmeli (5=her zaman, 4=genellikle, 3=bazen, 2=nadiren, 1=hiçbir zaman) şekilde değerlendirildi. Alınabilecek en yüksek puan 40,

en düşük puan ise 8'dir. Puan arttıkça riskli davranış artmaktadır. Sorular Ek 2'de görülmektedir.

3.7.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

DEBQ 1986 yılında Van Strien ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bozan tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Anketin madde sayısı 33'tür. Duygusal yeme davranışlarını, dışsal yeme davranışlarını ve kısıtlayıcı yeme davranışlarını değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler 5'li Likert skalası ile değerlendirilmektedir (83).

İlk 10 madde "Kısıtlayıcı Yeme Davranışı" alt ölçeğini, sonraki 13 madde "Duygusal Yeme Davranışı" alt ölçeğini, kalan 10 madde ise "Dışsal Yeme Davranışı" alt ölçeğini oluşturmaktadır. Testin puanlanmasında her hangi bir kesim noktası bulunmamakta ve 3 alt skorun kendi içinde Likert skalası ile değerlendirilen toplam puanın düşük olması yeme tutumu ile ilgili olumsuzluğu göstermektedir.

Anket Ek 3'te bulunmaktadır.

3.7.3.1. Kısıtlayıcı Yeme

"Kısıtlayıcı yeme" sorularında (ilk 10 soru) daha çok kişinin ağırlığına dikkat ettiği ya da ağırlığının artmasından korktuğu için aldığı gıdalara dikkat etmesi ya da onları tüketmekten kaçınmasını değerlendirmeye yönelik ifadelerin yer aldığı görülmektedir (1:hiçbir zaman, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık, 5:çok sık).

3.7.3.2. Duygusal Yeme

"Duygusal yeme" alt ölçeğinde (11-23 arası sorular) kişinin psikolojik durumunun yemek yeme biçimi üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmıştır (5:hiçbir zaman, 4:nadiren, 3:bazen, 2:sık, 1:çok sık).

3.7.3.3. Dışsal Yeme

"Dışsal yeme" soruları (24-33 arası sorular) gördükleri ya da koku aldıkları lezzetli besinlerden ne kadar etkilendikleri gibi sorularla besinlerin özelliklerinin

bireyleri yemek konusunda ne kadar etkilediğini değerlendirmeye yönelik soruları içermektedir (5:hiçbir zaman, 4:nadiren, 3:bazen, 2:sık, 1:çok sık).

Dışsal yeme bölümünde bulunan 31. soru ters sorudur ve değerlendirilmesi buna uygun olarak yapılmıştır (1:hiçbir zaman, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık, 5:çok sık) (18). Sorular Ek 3'te görülmektedir.

3.7.4. Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ)

16 sorudan oluşan ankette; iş, ulaşım ve boş zamanda fiziksel aktiviteyi sorgulayan üç bölüm, sedanter süre için de bir madde bulunmaktadır. Her bölümde evet/hayır şeklinde bir soru ile haftada kaç gün; bir günde ne kadar süre aktivitenin yapıldığı ölçüm tipi olarak açık uçlu sorulmaktadır. Sorular Ek 4'te bulunmaktadır.

MET (metabolik eşdeğer), bir kişinin çalıştığı durumdaki metabolik hızının dinlenmiş durumdaki hıza oranıdır. GPAQ'te haftalık toplam MET-dk, (haftalık orta şiddetli aktivite dakikası x 4 MET) + (haftalık yüksek şiddetli aktivite dakikası x 8 MET) şeklinde hesaplanmaktadır. DSÖ'ye göre haftada 600 MET-dk'nın altı fiziksel olarak inaktif kabul edilmektedir.

Düşük şiddetli fiziksel aktivite: Sakin bir şekilde oturma ile karşılaştırıldığında bir insanın 2 kat fazla kalori harcadığı aktivitelerdir (2 MET).

Orta şiddetli fiziksel aktivite: Sakin bir şekilde oturma ile karşılaştırıldığında bir insanın 3-6 kat daha fazla kalori harcadığı aktivitelerdir (3-6 MET). Orta şiddetli fiziksel aktiviteler "hızlı yürüme, dans etme, bahçe işleri ve ev işleri, avcılık, inşaat işleri (çatı işleri, boya işleri gibi), orta ağırlıkta yükleri taşıma / hareket ettirme (<20 kg)" örnek verilebilir.

Yüksek şiddetli fiziksel aktivite: Sakin bir şekilde oturma ile karşılaştırıldığında bir insanın 6 kattan daha fazla kalori harcadığı aktivitelerdir (>6 MET). Yüksek şiddetli aktiviteler "koşu, bir tepeye hızlı bir şekilde yürüme/ tırmanma, hızlı pedal çevirme, aerobik egzersizler, hızlı yüzme, spor yarışmaları (futbol, voleybol, basketbol vb.), ağır kürek işleri, ağır yükleri taşıma/ hareket ettirme (> 20 kg)" olarak sıralanabilir (38).

3.7.5. Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu

10 sorudan oluşan beslenmeyle ilgili bilişsel kalıpları değerlendirme formu beşli derecelendirmeli (5=genellikle, 4=bazen, 3=ara sıra, 2=nadiren, 1=hiç) Likert tipi bir formdur. Geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek değildir. Puanların azalması bilişsel kalıpların olumlu yönde değişimini göstermektedir. Puanlar toplanarak sonuç elde edildi (Ek 5).

3.7.6. Sigara Bırakma Polikliniği Değerlendirme Formu

Sosyodemografik özellikler (medeni durum, eğitim durumu) ile ilgili bilgiler, sigara bırakma tarihi ve yöntemi, sigara kullanımı ile ilgili bilgiler, hastane anksiyete ve depresyon anketi skorları, Fagerström nikotin bağımlılık skoru, karbon monoksit ölçümü, tansiyon ölçümü, ilk başvurudaki ağırlığı, izlem bilgileri; Sigara Bırakma Polikliniği Değerlendirme Formundan alındı.

3.8. Müdahalenin İçeriği

Müdahale içeriğini hazırlamak için bilişsel davranışçı teknikler hakkında bir kaynak okunmuştur ve buna dayanarak seans planlaması yapılmıştır (72).

Tez katılımcılarıyla görüşmeden önce altı kişiyle ağırlık kontrolü için pilot görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde ağırlık artışına neden olabilecek bilişsel kalıpların değiştirilmesine ve ağırlık kontrolüne yönelik öneriler yapılmıştır. Görüşmelerin ardından müdahale içeriğine sokratik sorgulama gibi bilişsel davranışçı teknikler ve sigara bırakma sonrası için beslenme önerileri eklenerek tez görüşmeleri için içerik değiştirilmiştir.

İlk görüşmede katılımcılara bireysel görüşme sırasında davranış değişikliğine yönelik teknikler kullanılarak ağırlık kontrolü eğitimi verilmiştir. Gönüllü onayı alındıktan sonra ilk olarak antropometrik ölçümleri (ağırlık, boy, bel ve kalça çevresi ölçümleri) alınmıştır. Beslenme konusundaki hatalı davranışları ölçmek için ortalama 15 dk. anketler yapılmıştır. Anket formu, Riskli Davranışlar Ölçeği (8 soru), Hollanda Yeme Davranışları Anketi (33 soru), Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu (10 soru) ve Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (16 soru) uygulanmıştır. Yaklaşık 10 dk. bilişsel

tekniklerden sokratik sorgulama ile beslenme alışkanlıkları sorgulanarak beslenme konusundaki hatalı bilişsel düşünceleri ortaya çıkarılmıştır. Beslenmeyle ilgili bilişsel hataların yerine geçebilecek alternatif düşünceler öğretilmiştir ve kontrol görüşmesine kadar alternatif düşünceleri okuma ödevi verilmiştir. Fiziksel aktivite düzeyleri sorgulanarak bireyin yaşam biçimine uygun haftada 3-4 kez 45 dk. düzenli fiziksel aktivite önerilmiştir. Yaklaşık 15 dk. bireylerin beslenme hatalarına yönelik ve sigara bırakma sonrası sağlıklı beslenme önerileri yapılmıştır. Tüm bu bileşenleri içeren ilk görüşme toplam 40 dk. sürmüştür.

3.9.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 2018 Ocak-Mayıs tarihleri arasında Ege Üniversitesi Sigara Bırakma Polikliniği'nde toplanmıştır. Yaklaşık 1 ay önce sigarayı bırakmaya başlamış bireylerle ilk görüşme yüz yüze yapılmıştır. İlk başvuru ile ilk diyetisyen görüşmesi arasında ortalama $6,3\pm 4,7$ hafta bulunmaktadır. İzlem ve kontrol görüşmeleri arasındaki planlanan süre 2 ay olmasına rağmen ortalama $4,6\pm 1,7$ hafta olmuştur. Kontrol görüşmesi 24 kişi ile yüz yüze ve 5 kişi ile telefonla bilgi alınarak yapılmıştır. İlk görüşme yaklaşık 40 dakika sürmüştür. Kontrol görüşmesi yüz yüze yapıldığında yaklaşık 20 dakika ve telefonla yapıldığında yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Sigara bırakma sonrası ilk ayını tamamlayan kişiler; poliklinik hekimleri ve görevli personelden öğrenilmiştir. Diyetisyen randevusu sigara bırakma polikliniği randevularıyla aynı ya da farklı tarihe verilmiştir. Bireylerin ilk görüşmeleri 08.01.2018 ile 11.04.2018 tarihleri arasında; kontrol görüşmeleri ise 02.03.2018 ile 04.05.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Toplam 71 gün poliklinikte bulunup 33 gün katılımcılarla görüşme yapılmıştır. Poliklinikte 10.00-12.30 saatleri arasında veri toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından veri tabanına kaydedilmiştir.

3.10.Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama sonucu ile elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS programına aktararak analiz yapılmıştır. Verilerin %10'u seçilerek kalite kontrolü yapılmıştır. Verilerin en düşük ve en büyük değerlerine bakılarak yanlış girilen veri olup olmadığı kontrol edilmiştir.

Verilerin analizinde ilk olarak verilere normallik testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Ölçüm tipi veriler ortalama ve standart sapmayla, sayım tipi veriler frekans ve yüzde ile sunulmuştur. Sayım tipi verilerde bağımsız gruplarda ki kare testi ve bağımlı gruplarda Mc Nemar testi kullanılmıştır. Ölçüm tipi bağımlı gruplarda karşılaştırma yapmak için ise Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi uygulanmıştır. İki bağımsız ortalama arasındaki farkın karşılaştırılması için bir nonparametrik test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Ölçüm tipi verilerin arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayı düzeyleri Cohen'e göre şu şekildedir (1988) (84):

$0.1 < | r | < 0.3$ zayıf

$0.3 < | r | < 0.5$ orta

$| r | > 0.5$ güçlü

3.11. Etik Kurul Onayı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 9 Ocak 2018 tarihli ve 18-1/30 karar numaralı etik onay alınmıştır (Ek 6).

Katılımcılar Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir (Ek 7).

4-BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu araştırma Ege Üniversitesi Sigara Bırakma Polikliniği'nde 29 katılımcı ile yapıldı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	13	44,8
	Erkek	16	55,2
Yaş grubu	18-29 yaş	7	24,1
	30-39 yaş	9	31,0
	40-49 yaş	9	31,0
	50-63 yaş	4	13,8
Eğitim durumu	İlkokul	3	10,3
	Lise	10	34,5
	Üniversite	16	55,2
Medeni durum	Evli	16	55,2
	Evli değil	13	44,8
Ege Üniversitesi mensubu	Personel EÜTF	5	17,2
	Personel EÜ	3	10,3
	Öğrenci EÜTF	1	3,4
	EÜ mensubu değil	20	69,0

4.2. Katılımcıların Sağlık Durumları

İlk başvuru ve ilk diyetisyen görüşmesi arasında ortalama 6,3 hafta ve ilk görüşme ile kontrol görüşmesi arasında ortalama 4,6 hafta bulunmaktadır. Beden Kütle İndeksine göre katılımcıların %37,9'u normal, %31'i fazla kilolu, %24,9'u 1.derece obez ve %6,9'u 2.derece obez grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %75,9'u ağırlık kaybının kendisi için öncelik olduğunu, %24,1'i öncelik olmadığını belirtti. Ağırlık durumunu öncelik olarak gören katılımcıların %77,3'ü ve öncelik olarak görmeyen katılımcıların %57,1'inin ağırlıkları eğitim ile birlikte azaldı.

Sigara bırakma yöntemi %10,4 Bupropion, %44,8 Vareniklin, %41,4 nikotin sakızı, %3,4 davranışsal tedavi uygulandı. Kontrol görüşmesi; katılımcıların %79,3'ü

ile yüz yüze, %20,7'si ile telefon görüşmesi şeklinde gerçekleştirildi. Bireylerin sağlık durumları ve sigara kullanımı ile ilgili bilgileri Tablo 9'da sunulmaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Durumları ve Sigara Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlık durumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağırlık durumu birey için öncelik mi?		
Evet	22	75,9
Hayır	7	24,1
BKİ grup		
Normal	11	37,9
Fazla kilolu	9	31,0
Obez 1.derece	7	24,2
Obez 2. Derece	2	6,9
Bırakma yöntemi		
Bupropion	3	10,4
Vareniklin	13	44,8
Nikotin sakızı	12	41,4
Davranışsal	1	3,4
Paket yıl grup		
<10	4	13,8
10-19	10	34,6
20-29	9	31,0
30-39	5	17,2
40-49	1	3,4
Daha önce psikiyatrik tedavi aldı mı?		
Evet	14	48,3
Hayır	15	51,7
Son 2 haftada kendini nasıl hissetti?		
İyi	21	72,4
Kötü	8	27,6
Tansiyon durumu		
Normotansif	23	79,3
Hipertansif	6	20,7
Kontrol yöntemi		
Yüz yüze	24	82,7
Telefon	5	17,3
Kontrol görüşmesi sırasında sigara bırakmayı sürdürme		
Evet	26	89,7
Hayır	3	10,3
Kilo kaybına yol açan hastalık varlığı		
Hayır	29	100
Hekim notunda diyet önerisi		
Evet	4	13,8
Hayır	25	86,2

İlk görüşme ve kontrol görüşmesindeki bazı bulguların cinsiyete göre dağılımı
Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Bazı Bulguların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kadın (n=13)		Erkek (n=16)		Toplam (n=29)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grubu						
18-29	2	15,4	5	31,3	7	24,1
30-39	5	38,5	4	25,0	9	31,0
40-49	4	30,7	5	31,3	9	31,0
50-63	2	15,4	2	12,4	4	13,9
Tansiyon durumu						
Normotansif	12	92,3	11	68,7	23	79,3
Hipertansif	1	7,7	5	31,3	6	20,7
Sigara bırakma sonrası ağırlık değişimi						
Azalan	3	23,1	2	12,5	5	17,2
Artan	10	76,9	14	87,5	24	82,8
Diyetisyen eğitimi ile ağırlık değişimi						
Azalan	10	76,9	11	68,7	21	72,4
Artan	3	23,1	5	31,3	8	27,6
Bel/Kalça Değişimi						
Artan	5	38,5	5	31,3	10	34,5
Azalan	5	38,5	6	37,4	11	37,9
Sabit	3	23,1	5	31,3	8	27,6
Kilo Öncelik mi?						
Evet	9	69,2	13	81,3	22	75,9
Hayır	4	30,8	3	18,8	7	24,1
BKİ ilk görüşme						
Normal	7	53,8	4	25,0	11	37,9
Fazla Kilolu	4	30,8	5	31,2	9	31,1
1.Derece Obez	1	7,7	6	37,5	7	24,1
2.Derece Obez	1	7,7	1	6,3	2	6,9
BKİ kontrol görüşmesi						
Normal	7	53,8	4	25,0	11	37,9
Fazla Kilolu	3	23,1	6	37,5	9	31,1
1.Derece Obez	2	15,4	5	31,2	7	24,1
2.Derece Obez	1	7,7	1	6,3	2	6,9
İş yaşamında sedanter						
Evet	9	69,2	8	50,0	17	58,6
Hayır	4	30,8	8	50,0	12	41,4
Boş zamanda sedanter						
Evet	8	61,5	8	50,0	16	55,2
Hayır	5	38,5	8	50,0	13	44,8

Müdahale sonrasında kadınların %23,1'inin ağırlığı arttı, %76,9'unun azaldı. Erkeklerde ise %31,3'ünün ağırlığı arttı, %68,7'sinin azaldı.

İşte sedanter olma durumunun kadınların %69,2'si ve erkeklerin %50'sinde olduğu belirlendi. Boş zamanda sedanter olma durumunun kadınların %61,5'i ve erkeklerin %50'sinde olduğu belirlendi. İlk görüşme ve kontrol görüşmesindeki ağırlık, antropometrik ölçümler ve ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Ağırlık, Antropometrik Ölçümler ve Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

	İlk görüşme			Kontrol görüşmesi			p
	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.	
Ağırlık	80,75±16,42	56,93	128,3	79,85±15,86	56	122	0,004
BKİ	27,45±4,48	20,17	38,79	27,14±4,35	19,84	38,03	0,003
Bel çevresi	94,83±15,11	72	132	93,00±14,48	71	125	<0,001
Kalça çevresi	104,14±7,70	91	120	102,66±7,38	90	117	<0,001
Bel/kalça oranı	0,907±0,10	0,75	1,14	0,902±0,09	0,75	1,11	0,336
RDÖ puanı	21,69±6,70	10	36	15,62±5,68	8	30	<0,001
Kısıtlayıcı yeme	25,69±6,17	14	38	35,34±8,30	17	48	<0,001
Duygusal yeme	45,55±22,43	13	65	54,10±16,97	13	65	0,001
Dışsal yeme	30,72±8,08	12	44	39,38±6,22	27	49	<0,001
DEBQ	101,97±26,06	43	140	128,83±23,16	58	160	<0,001
GPAQ	1824,41±4662,98	0	25440	3501,66±5303,83	0	26880	<0,001
Sedanter	423,10±241,12	30	960	366,21±172,22	60	720	0,033
Bilişsel kalıpları değerlendirme formu puanı	24,76±8,01	14	41	17,24±4,50	10	29	<0,001
CO	18,83±9,01	3	40	4,45±1,92	2	9	<0,001

Sigara bırakma polikliniğine ilk başvurdıkları gün ölçülen ağırlık ortalaması 78,49±16,08, ilk diyetisyen görüşmesi sırasında ölçülen ağırlık ortalaması 80,75±16,42 ve kontrol görüşmesinde ölçülen ağırlık ortalaması 79,85±15,86'dır. İlk görüşmede katılımcıların ortalama ağırlıkları, ilk başvuruda ölçülen ortalama ağırlıktan 2,26 kg daha fazladır (p<0,001).

İlk başvuru ve ilk görüşmede ölçülen vücut ağırlıkları arasında anlamlı fark saptandı. Bireylerde ortalama $-0,90 \pm 1,57$ ağırlık kaybı sağlandı. Ağırlıktaki azalma (kg) kadınlarda ortalama $-0,85 \pm 0,98$ ve erkeklerde ortalama $-0,96 \pm 1,96$ olarak saptandı. İlk görüşme sırasında araştırma grubunun BKİ ortalaması $27,45 \pm 4,48$, kontrol görüşmesinde hesaplanan BKİ ortalaması ise $27,14 \pm 4,35$ olarak bulundu.

Sigara bırakma sonrası evli bireylerin %81,3'ü, evli olmayanların %84,6'sında ağırlık artışı oldu. Eğitimle birlikte evli olanların %68,8'i ve evli olmayanların %76,9'unda ağırlıkta azalma olduğu saptandı. Evli olanların ortalama ağırlığı sigara bırakma sonrası $0,81 \pm 0,40$ kg arttı ve eğitimle birlikte ortalama $-0,55 \pm 1,10$ kg azalma oldu. Evli olmayan katılımcıların ortalama ağırlığı sigara bıraktıktan sonra $0,85 \pm 0,37$ kg arttı ve eğitim sonrasında $-1,35 \pm 1,97$ kg azaldı. Medeni duruma göre ağırlık kaybı ortalamaları arasında fark bulunmamaktadır.

Geçmişte psikiyatrik tedavi alan bireylerle almayanların ağırlık kaybı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,220$). İlk görüşmeden önceki son 2 hafta kendini iyi hissedenlerle kötü hissedenlerin ağırlık kaybı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,790$).

Ağırlık farkının bazı değişkenlerle korelasyon analizi sonuçları Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Ağırlık Farkının Bazı Değişkenlerle Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişken	Spearman's rho	P
İki anket arası süre	0,306	0,106
Yaş	-0,101	0,602
RDÖ puan fark	0,252	0,188
Kısıtlayıcı yeme puan farkı	0,466	0,011
Duygusal yeme puan farkı	0,144	0,455
Dışsal yeme puan farkı	0,393	0,035
DEBQ puan farkı	0,397	0,033
GPAQ puan farkı	0,094	0,629
Sedanter süre farkı	0,388	0,037
BDT puan farkı	0,339	0,072
Anksiyete skoru	-0,341	0,070
Depresyon skoru	-0,453	0,014

Hollanda Yeme Davranışı Anketinin puan farkı ile ağırlık kaybı arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmaktadır ($r=0,397$, $p<0,05$). Sedanter süre farkı ile ağırlık kaybı arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmaktadır ($r=0,388$, $p<0,05$). Depresyon puanı ile ağırlık kaybı arasında orta düzeyde negatif yönde ilişki vardır ($r= -0,453$, $p<0,05$).

Ağırlık ile sistolik tansiyon arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir($r=0,492$, $p<0,05$). Ağırlık ile diyastolik tansiyon arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=0,470$, $p<0,05$).

Bazı özelliklere göre bireysel görüşme ile ağırlık değişimi Tablo 13'te sunulmaktadır.



Tablo 13. Bazı Özelliklere Göre Bireysel Görüşme ile Ağırlık Değişimi

ÖZELLİKLER	AĞIRLIK DEĞİŞİMİ				P
	AZALMA		ARTMA		
	Sayı	%	Sayı	%	
Kilo öncelik mi?					0,282
Evet	17	77,3	5	22,7	
Hayır	4	57,1	3	42,9	
Cinsiyet					-
Kadın	10	76,9	3	23,1	
Erkek	11	68,7	5	31,3	
Yaş grubu					-
18-29	5	71,4	2	28,6	
30-39	7	77,8	2	22,2	
40-49	7	77,8	2	22,2	
50-63	2	50,0	2	50,0	
Medeni durum					-
Evli	11	68,8	5	31,3	
Evli değil	10	76,9	3	23,1	
Son 2 haftadır nasıl hissettiği					0,382
İyi	16	76,2	5	23,8	
Kötü	5	62,5	3	37,5	
Psikiyatrik tedavi öyküsü					-
Evet	11	78,6	3	21,4	
Hayır	10	66,7	5	33,3	
Bırakma yöntemi					-
Bupropion	0	0	3	100,0	
Vareniklin	12	92,3	1	7,7	
Nikotin sakızı	8	66,7	4	33,3	
Davranışsal	1	100,0	0	0	
Tansiyon durumu					-
Normotansif	16	69,6	7	30,4	
Hipertansif	5	83,3	1	16,7	
Eğitim durumu					-
İlkokul	2	66,7	1	33,3	
Lise	8	80,0	2	20,0	
Üniversite	11	68,8	5	31,3	
İşte sedanter olma					-
Evet	12	70,6	5	29,4	
Hayır	9	75,0	3	25,0	
Boş zamanda sedanter olma					-
Evet	12	75,0	4	25,0	
Hayır	9	69,2	4	90,8	
Kontrol görüşmesi					-
Yüz yüze	16	66,7	8	33,3	
Telefon	5	100,0	0	0	
Hekim notunda diyet önerisi					-
Evet	4	100,0	0	0	

4.3. Müdahale Öncesi ve Sonrası Ölçeklerin Karşılaştırılması

İlk görüşme ve kontrol görüşmesinde anketlere verilen yanıtların karşılaştırması aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir (Tablo 14-15-16-17-18).

Tablo 14. Riskli Davranışların Karşılaştırılması

Riskli Davranışlar Ölçeği	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
1. Lezzete önem verme	3,14 $\pm$ 1,41	2,07 $\pm$ 1,19	<0,001
2. Gazlı içecek sevme	2,14 $\pm$ 1,48	1,59 $\pm$ 1,12	0,011
3. Fastfood tercih etme	2,34 $\pm$ 1,32	1,79 $\pm$ 1,15	0,010
4. Abur cubur tüketme	3,48 $\pm$ 1,53	2,52 $\pm$ 1,30	0,001
5. Ev dışında yeme	2,3 $\pm$ 1,32	1,90 $\pm$ 1,26	0,015
6. Sağlık sorunlarını önemsemem	2,03 $\pm$ 1,27	1,59 $\pm$ 1,02	0,039
7. Beslenme konusunda bilgim yetersiz	3,10 $\pm$ 1,45	2,17 $\pm$ 1,07	<0,001
8. Besin ve sağlık değerlerini dikkate almam	3,07 $\pm$ 1,65	2,00 $\pm$ 1,04	0,001

Riskli Davranışlar Ölçeğinin tüm sorularında anlamlı fark elde edildi.

Hollanda Yeme Davranışı Anketinde kısıtlayıcı yeme bölümünden akşam yemeği yeme sorusu hariç ilk ve kontrol görüşmesi arasında anlamlı fark saptandı. Duygusal yeme bölümünde korkunca yemek yeme sorusu hariç diğer sorulara verilen yanıtlarda ilk ve kontrol görüşmesi arasında anlamlı fark saptandı. Dışsal yeme bölümünde başkalarını yerken görünce yeme isteğinin artması sorusu hariç diğer sorulara verilen yanıtlarda ilk ve kontrol görüşmesi arasında anlamlı fark saptandı.

Tablo 15. DEBQ Kısıtlayıcı Yeme Bölümünün Önce-Sonra Karşılaştırması

Kısıtlayıcı Yeme	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
1.Kilo alınca her zaman yediğinden az yeme	2,76±1,33	3,79±1,40	0,001
2.Yemek istediğinden daha az yiyebilme	2,76±1,22	3,62±1,43	0,002
3.Yiyecek, içeceği reddedebilme	2,38±1,30	3,59±1,18	<0,001
4.Ne yediğine tam olarak dikkat etme	2,34±1,40	3,55±1,24	<0,001
5.Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler yeme	1,72±1,03	2,55±1,242	0,002
6.Ertesi gün daha az yeme	1,79±1,26	2,72±1,62	0,004
7.Az yemeye dikkat etme	2,66±1,14	3,52±1,33	0,007
8.Ara öğün yapma	2,38±1,50	3,55±1,35	<0,001
9.Akşam yemeği yeme	4,93±0,37	5,00±0,00	0,317
10.Yiyecek seçerken kiloyu dikkate alma	1,97±1,27	3,45±1,53	0,001

Tablo 16. DEBQ Duygusal Yeme Bölümünün Önce-Sonra Karşılaştırması

Duygusal yeme	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	P
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
11.Bir şeyden rahatsız olunca yeme	3,41±1,76	4,10±1,32	0,001
12.Sıkıldığında yeme	3,45±1,79	4,17±1,31	0,001
13.Depresyonda yeme	3,31±1,76	4,17±1,31	<0,001
14.Yalnız hissedince yeme	3,38±1,76	4,17±1,31	0,001
15.Biri üzdüğü zaman yeme	3,43±1,76	4,20±1,30	0,001
16.Sinirliyken yeme	3,52±1,78	4,17±1,31	0,010
17.İstenmeyen bir durum olunca yeme	3,41±1,78	4,17±1,31	0,006
18.Kaygı ve endişe durumunda yeme	3,48±1,77	4,17±1,31	0,007
19.Bir şey ters veya yanlış gidince yeme	3,55±1,79	4,17±1,31	0,011
20.Korkunca yeme	3,90±1,76	4,17±1,31	0,408
21.Hayal kırıklığında yeme	3,69±1,82	4,17±1,31	0,048
22.Üzüntülüken yeme	3,52±1,81	4,17±1,31	0,004
23.Huzursuzken yeme	3,55±1,80	4,17±1,31	0,007

Tablo 17. DEBQ Dışsal Yeme Bölümünün Önce-Sonra Karşılaştırması

Dışsal yeme	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	P
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
24. Lezzetli yemeği genelde yediğinden daha çok yeme	2,07±1,03	3,17±1,14	0,001
25. Güzel görünen ve kokan yemeği daha çok yeme	2,62±1,24	3,72±0,92	0,001
26. Lezzetli yemek gördüğünden kokladığında yemek isteme	2,34±1,14	3,21±0,94	0,003
27. Lezzetli bir yiyecek varsa doğrudan onu yeme	2,41±1,35	3,59±1,21	0,001
28. Fırından bir şeyler almak isteme	3,10±1,34	4,14±0,92	<0,001
29. Kafe veya büfeden bir şeyler almak isteme	3,45±1,33	4,24±0,99	0,001
30. Başkalarını yerken görünce yemek isteme	4,17±1,17	4,62±0,82	0,013
31. Lezzetli yiyeceği karşı koyabilme	3,00±1,39	4,10±1,11	<0,001
32. Başkalarını yerken görünce daha fazla yemek isteme	4,31±1,28	4,59±0,91	0,178
33. Yemek hazırlanırken atıştırma	3,24±1,43	4,00±1,28	0,020

Tablo 18. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesinde Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu Sorularının Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Karşılaştırılması

Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
1. Diyeti bozarım	2,55±1,70	1,69±0,97	0,007
2. İkram edilen tatlılara dayanamayacağım	3,21±1,66	1,79±1,01	<0,001
3. Sadece 1 dilimle tatmin olup duracağım	3,24±1,64	2,00±1,49	<0,001
4. Asla kilo veremeyeceğim	1,97±1,57	1,38±0,82	0,007
5. İkramı yemezsem kaba olduğumu düşünürler	2,10±1,61	1,62±1,21	0,011
6. Bunu yiyebilirim bu sayılmaz	2,76±1,66	1,90±1,15	0,005
7. Tabağı bitirmek zorundayım	2,28±1,71	1,97±1,52	0,101
8. Çok yediğim için iradesizim	2,45±1,76	1,76±1,06	0,012
9. Sıkıntılıyım ve yemek yemeliyim	2,00±1,56	1,55±0,95	0,022
10. Yemek yemem kontrolümden çıktı	2,21±1,57	1,59±0,95	0,005
Toplam puan	24,76±8,01	17,24±4,50	<0,001

4.4. Küresel Fiziksel Aktivite Anketi

Bireylerin iş, ulaşım ve boş zamandaki fiziksel aktivitelerinin ilk görüşme ve kontrol görüşmesindeki cevapları Tablo 19'da karşılaştırılmaktadır.

Tablo 19. Katılımcıların İş, Ulaşım ve Boş Zamandaki Fiziksel Aktivitelerinin İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Cevaplarının Karşılaştırılması

GPAQ İlk Görüşme	Fiziksel aktivite durumu	GPAQ Kontrol Görüşmesi				P
		Evet		Hayır		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde	
	İşte yüksek şiddetli					-
	Evet	3	100	0	0	
	Hayır	0	0	26	100	
	İşte orta şiddetli					<0,001
	Evet	8	88,9	1	11,1	
	Hayır	4	20	16	80	
	İşte sedanter					<0,001
	Evet	14	82,4	3	17,6	
	Hayır	1	8,3	11	91,7	
	Ulaşımında aktif olma durumu					<0,001
	Evet	14	82,4	3	17,6	
	Hayır	0	0	12	100	
	Boş zamanda yüksek şiddetli					-
	Evet	1	100	0	0	
	Hayır	0	0	28	100	
	Boş zamanda orta şiddetli					-
	Evet	11	91,7	1	8,3	
	Hayır	12	70,6	5	29,4	
	Boş zamanda sedanter					-
	Evet	4	25	12	75	
	Hayır	1	7,7	12	92,3	

İlk görüşme ve kontrol görüşmesinde GPAQ sorularının ortalama ve standart sapma değerlerinin karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesinde GPAQ Sorularının Ortalama ve Standart Sapma Değerlerinin Karşılaştırılması

GPAQ	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
2.İşte kaç gün yüksek şiddetli aktivite	0,59±1,76	0,55±1,66	0,317
3.İşte kaç dakika yüksek şiddetli aktivite	18,31±89,19	21,72±91,03	0,655
5.İşte kaç gün orta şiddetli aktivite	1,45±2,23	2,03±2,47	0,066
6.İşte kaç dakika orta şiddetli aktivite	23,45±45,32	76,55±127,93	0,010
8.Ulaşımda kaç gün yürüme-bisiklet kullanma	2,90±2,74	2,59±2,84	0,765
9.Ulaşımda kaç dakika yürüme-bisiklet kullanma	15,34±16,53	14,69±20,63	0,506
11.Boş zamanda kaç gün yüksek şiddetli aktivite	0,14±0,74	0,14±0,74	1,000
12.Boş zamanda kaç dakika yüksek şiddetli aktivite	1,55±8,36	3,10±16,71	0,317
14.Boş zamanda kaç gün orta şiddetli aktivite	1,14±1,66	2,66±1,93	0,001
15.Boş zamanda kaç dakika orta şiddetli aktivite	16,38±24,93	40,52±28,33	<0,001
16.Bir günde oturma süresi (dk)	423,10±241,12	366,21±172,22	0,033

İşte yapılan orta şiddetli aktivite süresinde anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,010$). İlk görüşme ve kontrol görüşmesinde boş zamanda orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı ve orta şiddetli aktivite süresinde anlamlı artış vardır. Sedanter geçirilen sürede anlamlı azalma saptandı.

Katılımcıların ilk görüşme ve kontrol görüşmesindeki aktivite durumlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21. İlk Görüşme ve Kontrol Görüşmesindeki Aktivite Durumlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

GPAQ	İlk görüşme	Kontrol görüşmesi	p
	Ort. MET dk±SS	Ort. MET dk±SS	
İşte yüksek şiddetli aktivite	108,31±534,73	125,17±541,91	0,655
İşte orta şiddetli aktivite	112,76±224,84	378,62±638,59	0,011
İşte toplam aktivite	221,07±557,84	503,79±817,05	0,012
Ulaşım aktivitesi	75,34±987,62	76,97±109,83	0,929
Boş zamanda yüksek şiddetli aktivite	6,21±33,43	12,41±66,85	0,317
Boş zamanda orta şiddetli aktivite	38,97±59,38	144,66±143,38	<0,001
Boş zamanda toplam aktivite	45,17±64,36	157,07±145,97	<0,001
Toplam yüksek şiddetli aktivite	114,52±568,06	137,59±607,43	0,285
Toplam orta şiddetli aktivite	151,72±239,96	523,28±619,99	<0,001
Toplam fiziksel aktivite	266,24±586,75	660,86±818,15	<0,001

İlk görüşme ve kontrol görüşmesindeki işte ve boş zamanda orta şiddetli aktivite, işte ve boş zamanda toplam aktivitede anlamlı artış olduğu saptandı. Toplam fiziksel aktivite de anlamlı olarak arttı.

5-TARTIŞMA

Sigara bırakma kliniğine başvuran ve sigarayı bırakmaya başlamış bireylerde yaklaşık 6 haftanın sonunda ortalama 2,26 kg artış olan katılımcılarda diyetisyen görüşmesinin ardından yaklaşık 4 haftada ortalama -0,90 kg azalma olduğu saptandı. Yapılan bu eğitim müdahalesi ile kadınların %76,9'unun ve erkeklerin %68,7'sinin ağırlığı azaldı. Katılımcıların bu sürede ilk diyetisyen görüşmesi ile kontrol görüşmesindeki BKİ, bel ve kalça çevreleri arasında anlamlı azalma bulundu. Anket puanlarındaki olumlu değişimler de eğitimin etkili olduğunu desteklemekte ve bu kazanımın görüşmeye atfedilebileceğine işaret etmektedir.

Beslenme ile ilgili riskli davranışların eğitim ile birlikte anlamlı olarak azaldığı saptandı. Riskli Davranışlar Ölçeğinde puanın azalması riskli davranışlara olan yönelimin azaldığını göstermektedir. Yeme davranışlarından kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme anlamlı olarak azaldı.

Bu çalışmada, kontrol görüşmesinde bireylerde beslenme konusundaki bilişsel hataların azaldığını görülmektedir. Literatürde benzer çalışmalarda davranış tedavisi, ağırlık artışı kaygısını azaltmak ve bireyleri sağlık beslenmeye yönleltmek amacıyla uygulanmış ve anlamlı ağırlık kayıpları elde edilmiştir (64,85). Bazı çalışmalarda da davranış tedavisi sigara bırakmaya yardımcı olmak için kullanılmıştır (67,86,87). Perkins, 219 kadın sigara içicisinde bırakma sonrası ağırlık kontrolünde BDT'nin etkisini test etmiştir. Tedavi sürecinde 7 hafta boyunca 10 seans gerçekleştirilmiştir. BDT 6. ve 12. aylarda bırakma oranını artırmış ve bırakma sonrası ağırlık artışı azaltmıştır. Tedavi sonunda (7 hafta) 63 bireyde -1.10 kg (-1.82 - -0.38), 6 ayda 29 bireyde -3.50 kg (-6.05 - -0.95) ve 12 ayda 22 bireyde -5.20 kg (-9.28 - -1.12) kayıpları elde edilmiştir (64). Bizim çalışmamızda benzer olarak davranış değiştirmeye yönelik müdahalenin etkisiyle bırakma sonrası 4 haftada yaklaşık 1 kg kayıp sağlanmıştır.

Bu çalışmada bırakma sonrasında kadınların %78,6'sı ve erkeklerin %87,5'inde ağırlık artışı olduğu belirlendi. 35-60 yaşlarında 6 bine yakın kadın ve erkek katılımcıyla yapılan bir kohort çalışmasında kadınların bırakma sonrası 1. yılda ortalama 5,2 (standart sapma 5,0) kg ve erkeklerin 1. yılda ortalama 4,9 kg (standart sapma 4,9) aldıkları bulundu. Sigarayı bırakan erkeklerin %7,6'sı ve kadınların %19,1'i başlangıç ağırlıklarının %20'si veya daha fazlasını kazanmışlardır (61). Farklı bir çalışmada sigara bırakma sonrası ilk ay ortalama 2,40 (2,32 – 3,67) kg ağırlık artışı olmuştur ve 12. ayda alınan toplam ağırlığın yaklaşık yarısı 1. ayda alınmıştır (88). Yaptığımız çalışmada 6 haftada yaklaşık 2 kg artış olması ve literatürde 1 yılda 5 kg artış olması ağırlığın büyük çoğunluğunun ilk aylarda arttığına işaret etmektedir.

Bırakma sonrası ağırlığın artması, sigara kullanımının relapsına neden olabilmektedir (89–91). Bu çalışmada katılımcıların %89,7'sinin kontrol görüşmesinde sigara bırakmayı sürdürdüğü saptandı.

Yaptığımız çalışmada katılımcılarda verilen eğitim ile birlikte ortalama 4,6 haftada ortalama $-0,90 \pm 1,57$ kg kayıp sağlandı. Ağırlıktaki azalma (kg) kadınlarda ortalama $-0,85 \pm 0,98$ ve erkeklerde ortalama $-0,96 \pm 1,96$ olarak bulundu. Balçova Toplum Sağlığı Merkezi'nde 85 bireyin dâhil edildiği girişimsel bir çalışmada davranışsal müdahale ile yapılan ağırlık kontrolü eğitimi ile 6. ay sonunda ortalama 2,8 kg azalma ve BKİ'de $1,1 \text{ kg/m}^2$ azalma elde edilmiştir (92).

Kontrol görüşmesindeki BKİ, bel çevresi ve kalça çevresi değerleri ilk görüşmedeki ölçümleri ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak azaldığı bulundu. Kontrol görüşmesinde bel/kalça oranında anlamlı azalma gözlenmedi. Başka bir çalışmada daha davranışsal beslenme eğitimi ile 6 ayda bel çevresi ve kalça çevresinde anlamlı azalma saptanmıştır ancak bel/kalça oranı arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (92).

Ağırlık kontrolü için uygulanan davranışsal müdahale, egzersiz önerileri ve kalori kısıtlaması sigara bırakma girişiminin başarısını azaltabilmektedir (93). Açlık ve sigara isteği ilişkilidir, açlık sigara içme isteğini artırabilmektedir (94). Literatürde kliniklerde ilk olarak sigaranın bırakılması daha sonra ağırlık artışının ele alınması önerilmektedir (6). Yaptığımız çalışma, bu veriler dikkate alınarak sigarayı yaklaşık 1

aydır bırakmış olan katılımcılar ile yapılmıştır ve katılımcılar tütün bağımlılığından kurtulduktan sonra ağırlık kaybı da sağlayarak bu süreçte bir sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha da geliştirmişlerdir.

Bu çalışmada katılımcılara 5 hafta boyunca haftada 3-4 kez 45 dk süreli fiziksel aktivite önerildi. Boş zamanda geçirilen sedanter süre ve toplam sedanter geçirilen sürede, bireysel eğitim ile birlikte azalma saptandı. İş, ulaşım, boş zaman aktiviteleri süresinde artış ile GPAQ puanında anlamlı artış sağlandı. Toplam fiziksel aktivitede 395 MET-dk/hafta artış olduğu görülmektedir. İzmir Balçova Toplum Sağlığı Merkezi Obezite Danışma Birimi'ne başvuran 85 kişinin dâhil edildiği davranışsal yaklaşım ile ağırlık kontrolü eğitimi verilen girişimsel bir çalışmada 6 ayda 500 MET-dk/hafta artış sağlanmıştır (92).

Derleme çalışma sonuçlarına bakıldığında 12 aylık izlem sonucunda egzersizin ağırlığı önemli ölçüde azalttığı bulundu (-2 kg) (6). Sigara bırakma sürecinde egzersiz uygulamanın ağırlık değişimine etkisine bakılırsa tedavi sonunda egzersiz uygulayan grupta -0,25 kg kayıp sağlanmıştır. 12. ayda ise -2,07 kg kayıp sağlanmıştır (6). Bu çalışmada 1 kg'a yakın ağırlık kaybının 250 gramı fiziksel aktivitenin artmasından kaynaklanabilir.

Bireylerin ağırlık durumunu öncelik olarak görmesi sigara bırakma sonrası ağırlık kaybını olumlu yönde etkilemektedir (95). Bu araştırma sonuçlarına bakıldığında katılımcıların dörtte üçü ağırlık kaybının kendisi için öncelik olduğunu belirtti. Öncelik olarak görmesi ve ağırlık kaybı konusunda istekli olması bireylerin motivasyonlarını artırmakta ve beslenmeyle ilgili bilişlerini etkilemektedir.

Ağırlık artışı bazı olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Erkeklerde 6 yıllık izlem yapılan bir çalışmada diyabet insidansı sigarayı bırakanlarda içmeye devam edenlerden daha fazla bulunmuştur (96). Başka bir çalışmada 4 yıl izlem yapılarak ağırlık artışının, sigara bırakmanın akciğer fonksiyonları üzerindeki olumlu etkisini azalttığı saptandı. Erkeklerin %38'i ve kadınların %17'sinde ağırlık artışı ile sigara bırakmanın akciğer fonksiyonları üzerindeki avantajının azaldığı belirlendi (97). Bu çalışmada katılımcıların %20,7'si hipertansif, %79,3'ü normotansif olarak belirlendi. Ağırlık ile sistolik ve diyastolik tansiyon arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki olduğunun saptanması ağırlık artışının tansiyon için risk faktörü

oluşturabileceğini işaret etmektedir. Katılımcılar bırakma sonrası artan ağırlıklarını kaybetmeye başlayarak bu sağlık risklerini önlemek için önemli bir adım atmışlardır.

Bu çalışmada bireylerin %55,2'si evli, %44,8'i evli değildir. Sigara bırakma sonrası ağırlık artışı evli olanlarda %81,3 ve evli olmayanlarda %84,6 olarak saptandı. Bırakma sonrası evli bireylerde ortalama 0,81 kg ve evli olmayan bireylerde ortalama 0,85 kg artış olduğu belirlendi. Evli olanların %68,8'inin ve evli olmayan katılımcıların %76,9'unun eğitim ile ağırlıkları azaldı. Evli olanlarda ortalama -0,55 kg ve evli olmayan bireylerde -1,35 kg azalma saptandı. Evli olan ve olmayan bireylerin ağırlık değişimleri arasında anlamlı fark saptanmadı ancak araştırma grubu sayıca küçük olduğu için saptanmamış olabilir ve evli olmayanlarda ağırlık kaybının miktar olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Danimarka'da yapılan bir çalışmada evli olmayan bireylerde evli olanlara göre ağırlık artışının daha fazla olduğu belirlendi (98). Farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Literatürde evli olanlarda, evli olmayanlara göre obezite, santral obezite ve BKİ'nin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirleyen çalışmalar da bulunmaktadır (22,99,100).

Katılımcıların %48,3'ü geçmişte psikiyatrik tedavi almıştır. Tedavi alanların %80'i ve tedavi almayanların %66,7'sinin eğitim ile ağırlıkları azaldı. Geçmişte psikiyatrik tedavi alan bireylerle almayanların ağırlık kaybı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Katılımcıların %72,4'ü ilk görüşmeden önceki son iki haftada kendini iyi hissettiğini belirtti. Katılımcıların kendini kötü hissetmesi ağırlık artışını etkilemektedir. Literatürde bazı çalışmalarda psikiyatrik hastalıkların varlığı ile ağırlık artışı ilişkili bulunmuştur (101). Yapılan bir çalışmada ağırlığın azalmasının psikiyatrik hastalıkların düzelmesinde faydalı olduğu saptanmıştır (102).

Anksiyete skoru ile ağırlık değişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Depresyon skoru ile ağırlık değişimi arasında negatif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,453$, $p = 0,014$). Depresyon puanı yüksek olan bireylerin ağırlık kontrolünde yeterli motivasyonu sağlayamaması vücut ağırlığının azalmamasına neden olabilir (103).

Literatürde NRT'nin herhangi bir tipini alan bireyler tedavi sonunda plaseboya göre daha az kilo almışlardır (-0,69 kg). NRT tiplerine göre ağırlık değişimi incelendiğinde nikotin sakızı ile ortalama -0,58 kg, nikotin bandı ile -0,45 kg, nikotin

inhaler -0,37 kg, nikotin sublingual tablet -0,48 kg, nikotin nazal sprey ve nikotin bandı -0,9 kg ağırlık değişimi saptanmıştır (6).

Bu çalışmada sigara bırakma sonrası ağırlık kontrolüne yönelik bireysel öneriler yapılmıştır. Literatürde sigara bırakma sonrası bireysel ağırlık kontrolü eğitimi yapılan çalışmalar bulunmaktadır (64,93). Bireysel olmayan ağırlık kontrolüne yönelik yapılan çalışmalar da bulunmaktadır (93,104). Danielsson, tüm katılımcılara aynı diyet önerileri ile birlikte 4 hafta sürekli çok düşük kalorili diyet uygulamıştır (105). Copeland, sigara bırakma sırasında grup ve bireysel nüks önleme izlemlerinin etkisini ve iki haftalık sigara bırakma programından sonra ağırlık değişimini incelemiştir (106). Copeland'ın araştırmasında ağırlık kontrolü önerilerinin yapılmadığı bir kontrol grubu bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda ağırlık kontrolü önerilerinin yapılmadığı bir kontrol grubu yoktur ve ortalama 4,6 haftada ağırlık değişimi incelenmiştir. Yapılan çalışmaların bazılarında tedavi sonunda, 6. ayda ve/ya 12. ayda sigara kullanımı ve ağırlık değişimleri incelenmiştir (64,93,104–107).

Literatüre bakıldığında bireyselleştirilmiş bir programın daha etkili olduğu görülmektedir. Düşük kalorili diyet ve davranış tedavisi, sigara bırakma ve ağırlık azaltma için etkili bulunmuştur (6). Copeland, 2 haftalık grup ve bireysel bırakma programını karşılaştırmıştır. Sigaraya tekrar başlamayı önleme programındaki bilişsel yapılanma, vücut imajı ve ağırlık kaygılarını da içermektedir. Regresyon analizi sonucu grup programındakiler ağırlık artışına daha eğilimli bulunmuştur. Bireysel programdakiler ağırlık artışını daha kolay engellemiştir (106).

Bu çalışmada kontrol görüşmesi; katılımcıların %79,3'ü ile yüz yüze, %20,7'si ile telefon görüşmesi şeklinde gerçekleştirildi. Katılımı ve motivasyonu artırmak için, kontrol randevularına gelmeyen katılımcılar telefon ile aranıp en kısa zamanda görüşmeye gelmeleri sağlandı. Gelemeyen katılımcılar ile kontrol görüşmesi telefon ile yapıldı. Yapılmış olan birçok çalışmada tedavi sonundaki, 6. ve/ya 12. aylardaki ağırlık değişimleri e-posta yoluyla öğrenilmiştir (85,108–110). İzlemlerin telefon aracılığıyla yapıldığı çalışmalar da bulunmaktadır (110,111).

Bu araştırmanın az sayıda katılımcıdan oluşması ve kontrol grubunun bulunmaması önemli sınırlılıklarıdır. Bireyler sigarayı bırakmaya başladıktan sonra ağırlık kontrolü eğitimi vermek için süre geçmesi beklenmiştir. İlk diyetisyen

görüşmesi ile kontrol görüşmesi arasındaki süre 2 ay olarak planlanmasına rağmen ortalama 4,6 haftadır. Hekim randevusuyla aynı zamana randevu verilmesi iki görüşme arasındaki sürenin azalmasına neden olmuştur. Kontrol görüşmelerinin telefonla yapılması yanlılığa neden olabilecek bir sınırlılıktır. Telefonla kontrol görüşmesi yapılan bireylerde ağırlık ölçümü olduğundan daha az bildirilebilmektedir. Standardize yapılmayan ağırlık ölçümünde sapmalar olabilmektedir.



6-SONUÇ

Ege Üniversitesi Sigara Bırakma Polikliniği'nde sigara bırakma sonrası ağırlık kontrolünde davranış değiştirmeye yönelik bireysel müdahale yapılan bu çalışmada bir buçuk aydır sigarayı bırakmaya başlayıp ortalama 2,26 kg almış bireylerde müdahaleden yaklaşık 1 ay sonra 1 kg'a yakın ağırlık kaybı sağlandı.

Sigara bırakma sonrası davranış değiştirmeye yönelik teknikler kullanılarak yapılan bireysel beslenme ve egzersiz önerilerini içeren müdahale ile grubun dörtte üçünde ağırlık kaybı sağlandı. Grubun dörtte üçü ağırlık durumunu öncelik olarak görmektedir. Ağırlık durumunu öncelik olarak görmeyen katılımcılara göre öncelik olarak gören katılımcıların daha fazlasında ağırlık eğitim ile birlikte azaldı. Eğitim ile ilk görüşme ve kontrol görüşmesindeki ağırlık arasında anlamlı fark elde edildi. Araştırma grubunun ilk görüşmede hesaplanan BKİ'leri anlamlı olarak azaldı. İlk görüşmede ölçülen bel ve kalça çevreleri de anlamlı olarak azaldı. İlk görüşme ve kontrol görüşmesindeki bel/kalça oranı arasında anlamlı fark bulunmadı.

Bu çalışmada ayrıca beslenme davranışlarındaki riskleri ölçen Riskli Davranışlar Ölçeğinin puanında anlamlı azalma ve beslenmeyle ilgili riskli davranışlara yönelimin azaldığı görüldü. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme bölümlerinin ilk görüşme ve kontrol görüşmesindeki skorları arasında olumlu yönde anlamlı fark bulundu. Beslenme ile ilgili yapılan davranışsal hataları değerlendiren Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formunda ilk görüşme ve kontrol görüşmesi arasında anlamlı azalma saptanarak beslenmeyle ilgili davranışları etkileyen bilişsel hataların azaldığı gözlemlendi. Bu da yapılan müdahalenin etkili olduğunu desteklemektedir.

İş, ulaşım ve boş zamanda yapılan toplam fiziksel aktivite anlamlı olarak arttı. Haftalık toplam MET-dk eğitimle birlikte arttı. Bir günde sedanter geçirilen toplam süre azaldı. Bireysel müdahale sonucunda hareketsiz geçirilen süre azalırken fiziksel aktivitede artış meydana geldi.

7-ÖNERİLER

Sigara kullanan bireyler, sigara bırakıldığında oluşabilecek durumların yanı sıra olası ağırlık artışı hakkında da bilgilendirilmelidir. Kliniklerde sigara bırakma sonrası olası ağırlık artışına müdahale edebilecek, risk altındaki bireylere özel beslenme programı hazırlayabilecek ve doğru beslenme eğitimi verebilecek olan diyetisyen bulunmasında fayda vardır. Bireylerin, Riskli Davranışlar Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışı Anketiyle değerlendirilmesi beslenmeyle ilgili hatalı düşüncelerini belirleyip onlarla mücadele etmek için pratik olarak kliniklerde uygulanabilir. Davranış değişikliği tedavisi ile yapılan diyet müdahalesi, bireyleri daha etkin ve kalıcı sonuçlara ulaştırmış olabilir. Bu çalışmada diyetisyenle bir kez görüşme yapıp bir de izlem görüşmesi yapılarak ağırlık kontrolünde olumlu değişimler elde edilmiştir. Görüşme sayısının ve izlem sıklığının artmasıyla bu gelişmeler daha belirgin hale gelebilir.

Sigara bırakma sonrasında ağırlık kontrolü sağlamak için gereken eğitim risk altındaki bireylere verilmelidir. Bu eğitim; doğru beslenme, ağırlık kontrolü, hareketli yaşam ve egzersiz alt başlıklarını içermelidir. Beslenme eğitimlerinde davranış değişikliğine yönelik teknikler eğitimin etkinliğini artırabilir. Grupla birlikte yapılan fiziksel aktivitenin önerilmesi bireylerin motivasyonunu artırabilir.

Sigara bırakma kliniklerinde ağırlık kontrolü eğitimine sigara bırakıldıktan 1 ay sonra başlanması bireylerde oluşabilecek fazla stresi engelleyebilir. Kliniklerde ilk olarak antropometrik ölçümler alınmalı (ağırlık, boy, bel ve kalça çevresi) daha sonra beslenmeyle ilgili bilişsel düşünceler sorgulanmalıdır. Beslenme konusundaki hatalı davranışları ölçen anketler uygulanarak yapılan hatalar ortaya çıkarılmalıdır. Hatalara yönelik beslenme önerilerinin yapılmasıyla sigara bırakma sonrasında etkin ağırlık kontrolü sağlanabilir. Sigara bırakma sonrası doğru beslenme eğitimi kliniklerde diyetisyen tarafından verilmelidir.

Sigarayı bırakma sonrası ağırlık kontrolü ile ilgili kontrol grubu ve daha uzun izlem süresi içeren kapsamlı araştırmalar yapılması bu konuda farkındalığın artması ve gerekli önlemlerin alınması için önemlidir.

8-KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sigarayı Bırakanlara Sağlıklı Beslenme Önerileri. Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Available from: <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=128>
2. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011, 64(1). 2011.
3. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for Preventing Weight Gain After Smoking Cessation (Review). 2012.
4. Yılmaz M, Aykut M. Sigaranın Beslenme ve Besin Tüketimi Üzerine Etkileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32:645–51.
5. Fidancı İ, Arslan İ, Tekin O, Gümüş E. Sigara Bırakma Başarısında; Çay, Kahve, Alkol İçme Alışkanlıklarının, Kilo Alma Korkusunun ve Tedavi Yöntemlerinin Rolü. 2015.
6. Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for Preventing Weight Gain After Smoking Cessation. 2009.
7. NP İstanbul Beyin Hastanesi. Psikoterapi ile Zayıflama. Available from: <http://www.npistanbul.com/tr/sayfa/psikoterapi-ile-zayiflama>
8. Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological Interventions for Overweight or Obesity (Review). 2005.
9. Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur MZ. Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;133–44.
10. Çakmak BB, Dönmez A. Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2014;143–9.
11. Aslan D, Eroğlu K, Koç G, Ergöl Ş, Gülen H. Sağlık ile Tütün Kullanımı ve Beslenme Arasındaki İlişkiye Dair Bilgi Düzeyini Artırmaya Yönelik Bir Müdahale Çalışması: Ankara İli Saraycık Köyü Deneyimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2011.
12. Yılmaz S. Yetişkinlerde Öğün Sıklığının Vücut Kompozisyonu Üzerine Etkisi. 2010.
13. Afridi AK, Khan A. Prevalance and Etiology- An Overview. Pakistan Journal of

Nutrition. 2002.

14. Ömeraden A. İzmir'de Kredi Yurtlar Kurumu Erkek Yurtlarında Kalan Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Türk Öğrencilerle Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2016.
15. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;59–67.
16. Halk Sağlığı Müdürlüğü. Obezite Nedir? Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html>
17. Mercanlıgil S, Dağ A. Hastalıklarda Diyet Tedavisi. 1st ed. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını; İstanbul. 2013.
18. Güzey M. Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. 2014.
19. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. Diyet El Kitabı. 7th ed. Hatiboğlu Yayınları; Ankara. 2013.
20. Arslan P, Dağ A, Türkmen EG. Her Yönüyle Obezite Önleme ve Tedavi Yöntemleri. 1st ed. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını; İstanbul. 2012.
21. Merdol TK. Temel Beslenme ve Diyetetik. Güneş Tıp Kitabevleri; Ankara. 2015.
22. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2005.
23. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometry Protocol. Available from: chrome-extension://oemmnndcblbdoiebfnladdacbdmfmadadm/http://cdaar.tufts.edu/p/rotocols/AnthropLNG.pdf
24. WHO. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. 2011.
25. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The Prevention of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Review of Interventions and Programmes. 2006.
26. Stunkard AJ. Current Views on Obesity. American Journal of Medicine. 1996;100:230-236.
27. Annagür BB. Obezitede Çeşitli Risk Faktörleri ve Dürtüsellik. Psikiyatride

- Güncel Yaklaşımlar. 2010;572–82.
28. Çelebi C. Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. 2015.
 29. Güçlü LP. Obez Bireylerde Ağırlık Kaybı ile Antropometrik Ölçümler, Bazı Biyokimyasal Bulgular ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi; 2016.
 30. Baltacı D, Ünalacak M, Kara İH, Sarıgözel YC. Birinci Basamakta Obezite Tedavisi. Türkiye Klinikleri J. 2015.
 31. Baysal A. Beslenme. 13th ed. Hatiboğlu Yayınları; Ankara. 2011.
 32. Halk Sağlığı Müdürlüğü. 10 Mayıs Dünya Sağlık için Hareket Et Günü. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/631-10-mayis-dunya-saglik-icin-hareket-et-gunu-2017-etkinlik-raporu.html>
 33. Halk Sağlığı Müdürlüğü. Ülkemizde Durum. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/ulkemizde-durum.html>
 34. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. 2010.
 35. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013.
 36. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması. 2016.
 37. Halk Sağlığı Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat İşbirliği Platformu. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/isbirligiplatformu.html>
 38. Adıgözel İ. Küresel Fiziksel Aktivite Anketinin (GPAQ) Türkçeye Uyarlanması, Güvenilirlik ve Geçerliliğinin Bornova Belediyesi Çalışanlarında Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi; 2017.
 39. Ersoy G. Egzersiz ve Spor Yapanlar için Beslenme. 5th ed. Nobel Yayıncılık; Ankara. 2012.
 40. Jakicic JM, Otto AD. Physical Activity Considerations for the Treatment and Prevention of Obesity. American Journal of Clinical Nutrition. 2005;226–8.
 41. Levine AS. Physical Activity and Obesity. American Journal of Clinical Nutrition. 2001;74:275.
 42. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. Şişmanlık ve Fiziksel Aktivite. 2008.
 43. Aksoy Y. Davranış Değişim Aşamalarına Göre Düzenli Egzersize Katılımı

- Engelleyen ve Gdleyen Faktörlerin İncelenmesi. 2016.
44. Halk Sağlığı Müdürlüğü. 31 Mayıs 2018 “Dünya Ttnsz Günü”. Available from: <https://ecd.saglik.gov.tr/TR,189226/31-mayis-2018-dunya-tutunsuz-gunu.html>
 45. Yaşar Z, Kurt , Talay F, Kargı A. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. Eurasian Journal of Pulmonology. 2014;16:100–4.
 46. Özlem Peki. Balçova’da Sigara Bırakma Merkezinde Bir Yıllık Bırakma Hızı ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2012.
 47. Karalezli A. Sigara Bırakma Poliklinikleri Nasıl Olmalı? Standartlar. Güncel Göğü Hastalıkları Serisi; 4(1): 73-77.
 48. Sağlık Bakanlığı. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. 2010.
 49. Karbonmonoksit lm. Available from: karbonmonoksitolcumcihazi.com/Documents/karbonmonoksit-zararlari.docx
 50. Yeşilay. Sigara Vücudun Düşmanı. 6th ed. Kültür Sanat Basımevi; 2016.
 51. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Nikotin Bağımlılığını Belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) Değerlendirilmesi ve Nikotin Bağımlılığı için Yeni Bir Test Oluşturulması. Pamukkale Tıp Dergisi. 215;45–51.
 52. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström Test For Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish Sample and Factor Analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004.
 53. Klesges RC, Ray JW, Klesges LM. Caffeinated Coffee and Tea İntake and İts Relationship to Cigarette Smoking: An Analysis of the Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II). Journal of Substance Abuse. 1994;6:408–18.
 54. Thorgeirsson TE, Gudbjartsson DF, Sulem P, Besenbacher S, Styrkarsdottir U, Thorleifsson G, Stefansson K. A Common Biological Basis of Obesity and Nicotine Addiction. Translational Psychiatry. 2013;3.
 55. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking Cessation and Weight Gain. Obesity Reviews. 2004; 5(2):95-103.
 56. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P. Weight Gain in Smokers After Quitting

- Cigarettes: Meta-Analysis. British Medical Journal. 2012.
57. Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT et al. Putative Contributors to the Secular Increase in Obesity: Exploring the Roads Less Traveled. International Journal of Obesity. 2006; 30(11):1585-94.
 58. Konstantinidis I, Chatziavramidis A, Printza A, Metaxas S, Constantinidis J. Effects of Smoking on Taste: Assessment with Contact Endoscopy and Taste Strips. Laryngoscope. 2010;120.
 59. Türk Toraks Derneği. Sigara İçme ile İlgili Bilimsel Veriler. Available from: [http://www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_alkol_kontrol/tutun_kontrolu/tutun_mamulleri_ve_saglik/Sigara İçme ile İlgili Bilimsel Veriler, Türk Toraks Derneği.doc](http://www.tapdk.gov.tr/piyasa_duzenlemeleri/tutun_alkol_kontrol/tutun_kontrolu/tutun_mamulleri_ve_saglik/Sigara_İçme_ile_İlgili_Bilimsel_Veriler,_Türk_Toraks_Derneği.doc)
 60. Levine MD, Perkins KA, Kalarchian MA, Cheng Y, Houck PR, Slane JD, Marcus MD. Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers. Arch Intern Medicine. 2010.
 61. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, Nides M, Murray R, Wise R. Early and Late Weight Gain Following Smoking Cessation in the Lung Health Study. American Journal of Epidemiology. 1998.
 62. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The Association Between Quitting Smoking and Weight Gain: a Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. Obesity Reviews. 2015; 16(10):883-901.
 63. Terry Bush, Jennifer C. Lovejoy, Mona Deprey, Kelly M. Carpenter. The Effect of Tobacco Cessation on Weight Gain, Obesity and Diabetes Risk. Obesity (Silver Spring). 2016; 24(9): 1834-1841.
 64. Perkins KA, Marcus MD, Levine MD, Miller A, Broge M, Ashcom J. Cognitive–Behavioral Therapy to Reduce Weight Concerns Improves Smoking Cessation Outcome in Weight-Concerned Women. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001;69:604–13.
 65. FDA. Phenylpropanolamine (PPA) Information Page. Available from: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/ucm150738.htm>
 66. FDA. Pharmacology Review. Available from: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.fda.gov/do>

wnloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/PediatricAdvisoryCommittee/UCM570077.pdf

67. Spring B, Wurtman J, Wurtman R, El-Khoury A, Goldberg H, McDermott J. Efficacies of Dexfenfluramine and Fluoxetine in Preventing Weight Gain After Smoking Cessation. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1995;62.
68. Merdol TK. Beslenme Eğitimi ve Danışmanlığı. Sağlık Bakanlığı. Ankara. 2008. Available from: chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%2015.pdf
69. Coşkun G. Obezitede Bilişsel Davranış Terapiler. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü.
70. Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007.
71. Özdel K. Düünden Bugüne Bilişsel Davranış Terapiler: Teori ve Uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*. 2015.
72. Beck JS. Bilişsel Davranış Terapi Temelleri ve Ötesi. 2nd ed. Nobel Yayıncılık; 2016.
73. Akkoyunlu S, Türkçapar M. Bir Teknik: Alternatif Düşünce Oluşturulması. *Bilişsel Davranış Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;53–9.
74. İftar ET, Erbaş D, Kır G. İşlevsel Değerlendirme Davranış Sorunlarıyla Başa Çıkma ve Uygun Davranışlar Kazandırma Süreci. 5th ed. Kök Yayıncılık; 2011.
75. Soylu Topaloğlu C. Bilişsel Davranış Terapide Ev Ödevi Uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;280–8.
76. Topbaş E. Diyaliz Hastalarının Beslenmesinde Davranış Değişikliği. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2017.
77. TurkPsikiyatri. Obezite için Davranış Terapisi. 2009. Available from: <http://www.turkpsikiyatri.org/blog/2012/07/18/obezite-icin-davranis-terapisi/>
78. Kahraman MS, Güriz SO, Özdel K. Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik ve Psikolojik Tedaviler için Genel Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*. 2014.

79. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008 Mar;341–8.
80. Turkish J of Endocrinology and Metabolism. Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi. Available from: <http://www.turkjem.org/fulltext/obezitede-diyet-tedavisini-destekleyen-davranissal-tedavi-2791>
81. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2005;120–6.
82. Gençtanırım D. Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. 2014;24–34.
83. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması. 2009.
84. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 129 p. Available from: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
85. Rigotti NA, Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang Y. Bupropion for Smokers Hospitalized with Acute Cardiovascular Disease. American Journal of Medicine. 2006;119.
86. Saules KK, Schuh LM, Arfken CL, Reed K, Kilbey MM, Schuster CR. Double-blind Placebo-controlled Trial of Fluoxetine in Smoking Cessation Treatment Including Nicotine Patch and Cognitive-Behavioral Group Therapy. American Journal on Addictions. 2004;14.
87. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, King TK, Albrecht AE, Bock B. The Efficacy of Moderate-Intensity Exercise as an Aid for Smoking Cessation in Women: A randomized controlled trial. Nicotine & Tobacco Research. 2005;7.
88. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, Eck LH, Ward KD, Hultquist CM, Shadish WR. How Much Weight Gain Occurs Following Smoking Cessation: A Comparison of Weight Gain Using Both Continuous and Point Prevalence

- Abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 286-291. 2007.
89. Klesges RC, Brown K, Pascale RW. Factors Associated with Participation, Attrition and Outcome in a Smoking Cessation Program at a Workplace. *Health Psychology*. 1988;7.
90. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, La Vasque M. Smoking, Body Weight and Their Effects on Smoking Behavior: A Comprehensive Review of the Literature. *Psychological Bulletin*. 1989;106.
91. Klesges RC, Schumker SA. Understanding the Relations Between Smoking and Body Weight and Their Importance to Smoking Cessation and Relapse. *Health Psychology*. 1992;11.
92. Yılmaz TS. Birinci Basamakta Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Davranışsal Yaklaşımın Kilo Kaybına Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*; 2015.
93. Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, Duffy J. Weight Gain Prevention and Smoking Cessation: Cautionary Findings. *American Journal of Public Health*. 1992;82.
94. West R. Glucose for Smoking Cessation: Does It Have A Role? *CNS Drugs*. 2001;15.
95. Weekley CK, Klesges RC, Reyle G. Smoking as a Weight control Strategy in A University Population. *Addictive Behaviors*. 1992;17.
96. Smith GD, Bracha Y, Svendsen NJ, Haffner SM, Kuller LH. Incidence of type II diabetes in the Randomized Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Annals of Internal Medicine*. 2005;142.
97. Chinn S, Jarvis D, Melotti R, Luczynska C, Ackermann-Liebrich U, Anto JM. Smoking Cessation, Lung Function, and Weight Gain: A Follow-Up Study. *Lancet*. 2005.
98. Sarlio-Lähteenkorva S, Lissau I, Lahelma E. The Social Patterning of Relative Body Weight and Obesity in Denmark and Finland. *Eur J Public Health*. 2006;16(1).
99. Taze M, Akkoyunlu Y. Üniversite Çalışanlarında Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi Bakımından Obeziteyi Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*. 2010;214-8.

100. Aykut M, Öztürk Y, Özer A, Aslan A. Erişkin Kadınlarda Şişmanlık Durumu ve Şişmanlığı Etkileyen Bazı Faktörler. 8 Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2002. p. 744–7.
101. Husky MM, Mazure CM, Ruffault A, Flahault C, Kovess-Masfety V. Differential Associations Between Excess Body Weight and Psychiatric Disorders in Men and Women. *J Womens Health*. 27(2):183-190. 2018.
102. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and Obesity are Associated with Psychiatric Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med*. 70(3):288-97. 2008.
103. Heiskanen TH, Koivumaa-Honkanen HT, Niskanen LK, Lehto SM, Honkalampi KM, Hintikka JJ, Viinamäki HT. Depression and Major Weight Gain: A 6-year Prospective Follow-up of Outpatients. *Compr Psychiatry*. 54(6): 599-604. 2013.
104. Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt WL JR, Hatsukami DK, Allen S. Smoking Cessation in Women Concerned About Weight. *American Journal of Public Health*. 1992;82.
105. Danielsson T, Rossner S, Westin A. Open Randomised Trial Of Intermittent Very Low Energy Diet Together with Nicotine Gum for Stopping Smoking in Women Who Gained Weight in Previous Attempts to Quit. *BMJ*. 1999;319.
106. Copeland AL, Martin P, Geiselman PJ, Rash CJ, Kendzor DE. Smoking Cessation for Weight-concerned Women: Group vs Individually Tailored, Dietary and Weight-Control Follow Up Session. *Addictive Behaviors*. 2006;31.
107. Cooper TV, Klesges RC, Debon MW Z, SM, Johnson KC, Clemens LH. A Placebo Controlled Randomized Trial of the Effects of Phenylpropanolamine and Nicotine Gum on Cessation Rates and Postcessation Weight Gain in Women. *Addictive Behaviors*. 2005;30.
108. Hurt RD, Glover ED, Sachs DPL. Bupropion for Smoking Cessation: A Double-Blind, Placebo-Controlled Dose Response Trial. *Journal of Addictive Diseases*. 1996;15.
109. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R. Smoking Cessation with Varenicline, A Selective Alpha4beta2 Nicotinic Receptor

Partial Agonist: Results From A 7-Week, Randomized, Placebo- and Bupropion-Controlled Trial with 1-Year Follow-Up. Archives of Internal Medicine. 2006;166.

110. Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for Smoking Cessation: A Randomized Trial. Archives of Internal Medicine. 2004;164.
111. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB. Varenicline, an Alpha4beta2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist vs. Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2006;296.



9. EKLER

EK-1: Anket Formu

ARAŞTIRMANIN ADI: EGE ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ'NDE DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİNE YÖNELİK UYGULAMA İLE KİLO KONTROLÜ

OLGU NUMARASI:

Anket no:

Anket tarihi:

Cinsiyet: Kadın ☐ Erkek ☐

Doğum tarihi (gün/ay/yıl) :

Boy (cm):

Ağırlık (kg):

BKİ:

Bel çevresi(cm):

Kalça çevresi(cm):

Kilo öncelik mi: Evet ☐ Hayır ☐

EK-2: Riskli Davranışlar Ölçeği (Beslenme)

		Her zaman 5	Genellikle 4	Bazen 3	Nadiren 2	Hiçbir zaman 1
1	Satın aldığım yiyeceklerin sağlıklı olmalarından çok lezzetli olmalarına önem veririm					
2	Gazlı içecekleri severim.					
3	Fast-food yiyecekler tüketmeyi tercih ederim.					
4	Abur cubur yemekten hoşlanırım.					
5	Çoğunlukla ev dışında yemek yerim.					
6	Yediklerimin bende oluşturabileceği sağlık sorunlarını önemsemem.					
7	Sağlıklı beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip değilim.					
8	Yediklerimin besin ve sağlık değerlerini dikkate almam.					

EK-3: Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz.

1.Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
2.Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeğe çalışır mısınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
3.Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
4.Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
5.Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
6.Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
7. Kilo almamak için az yemeğe dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aramalarında yemek yemeğe çalışırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yemeğe çalışırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐

17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
20. Korktuğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görüntüyorsa genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
28. Eğer bir firmanın önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
33. Yemek hazırlanırken bir şeyler yemeğe meyilli misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐

EK-4: Küresel Fiziksel Aktivite Anketi (GPAQ)

Fiziksel Aktivite			
Şimdi size sıradan bir haftada farklı tipte fiziksel aktiviteler yaparken harcadığınız zamanı soracağım. Lütfen bu sorulara kendinizin fiziksel olarak aktif bir insan olduğunuzu düşünmeseniz de yanıt verin. Önce iş yaparken harcadığınız zamanı düşünün. İş olarak yapmak zorunda olduğunuz ücretli ya da ücretsiz işler, ders çalışma/egitim, ev işleri, gıda/ekin hasatı, balık tutma ya da ava çıkma, iş arama gibi etkinlikleri düşünün. <i>[Gerekirse başka örnekler ekleyiniz]</i>. Aşağıdaki soruları yanıtlarken “yüksek şiddetli aktiviteler” ağır fiziksel çaba gerektiren, solunum veya kalp atım hızında büyük artışlara yol açan aktivitelerdir; “orta şiddetli aktiviteler” orta derecede fiziksel çaba gerektiren, solunum veya kalp atım hızında küçük artışlara yol açan aktivitelerdir.			
Sorular	Yanıtlar		Kod
İşteki Aktivite			
1	İşiniz aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum ve kalp atım hızında büyük artışlara yol açan <i>[ağır yükler taşıma veya kaldırma, kazı veya inşaat işleri gibi]</i> yüksek şiddetli aktivite içerir mi? <i>[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)</i>	Evet 1 Hayır 2 <i>Hayır ise P4'e geçiniz</i>	P1
2	Sıradan bir haftanın kaç gününde işinizin parçası olarak yüksek şiddetli aktivite yaparsınız?	Gün sayısı	P2
3	Sıradan bir günde işinizde ne kadar süre yüksek şiddetli aktivite yaparsınız?	Saat: dakika : sa. dk.	P3 (a-b)
4	İşiniz aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum veya kalp atım hızında küçük artışlara neden olan hızlı yürüme <i>[veya hafif yükler taşıma, temizlik yapma]</i> gibi orta şiddetli aktivite içeriyor mu? <i>[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)</i>	Evet 1 Hayır 2 <i>Hayır ise P7'ye geçiniz</i>	P4
5	Sıradan bir haftanın kaç gününde işinizin parçası olarak orta şiddetli aktiviteler yaparsınız?	Gün sayısı	P5
6	Sıradan bir günde işinizde ne kadar süre orta şiddetli aktivite yaparsınız?	Saat : dakika : sa. dk.	P6 (a-b)
Ulaşım			
Sıradaki sorulara az önce belirtmiş olduğunuz işteki fiziksel aktiviteler dahil değildir. Şimdi size bir yerden bir yere giderken genelde kullandığınız yöntemi sormak istiyorum. Örneğin işe, alışverişe, markete, ibadete giderken. <i>[Gerekirse başka örnekler ekleyiniz]</i>.			
7	Bir yerden bir yere giderken aralıksız en az 10 dakika süreyle yürür ya da <i>(pedal çevirerek)</i> bisiklete biner misiniz?	Evet 1 Hayır 2 <i>Hayır ise P10'a geçiniz</i>	P7
8	Sıradan bir haftanın kaç gününde bir yerden bir yere giderken aralıksız en az 10 dakika süreyle yürür ya da bisiklete binersiniz?	Gün sayısı	P8
9	Sıradan bir günde bir yerden bir yere giderken ne kadar süre yürür ya da bisiklete binersiniz?	Saat : : dakika sa. dk.	P9 (a-b)

Eğlence ve Boş Zaman Etkinlikleri			
Bundan sonraki sorulara zaten belirtmiş olduğunuz iş ve ulaşım aktivitelerinizi dahil etmeyin. Şimdi size spor, fitness ve boş zaman/eğlence etkinlikleri hakkında sorular sormak istiyorum. <i>[Gerekirse başka örnekler ekleyiniz].</i>			
10	Aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum ve kalp atım hızında büyük artışlara yol açan yüksek şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinliklerinden <i>[koşu veya futbol vb.]</i> herhangi birini yapar mısınız? <i>[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)</i>	Evet 1 Hayır 2 <i>Hayır ise P13'e geçiniz</i>	P10
11	Sıradan bir haftanın kaç gününde yüksek şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinliği yaparsınız?	Gün sayısı	P11
12	Sıradan bir günde ne kadar süre yüksek şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinlikleri yaparsınız?	Saat: dakika : sa. dk.	P12 (a-b)

Fiziksel Aktivite (Eğlence ve Boş Zaman Etkinlikleri) devamı			
Sorular		Yanıtlar	Kod
13	Aralıksız en az 10 dakika süreyle solunum ve kalp atım hızında küçük artışlara neden olan hızlı yürüyüş <i>[bisiklete binme, yüzme, voleybol]</i> gibi orta şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinliklerinden herhangi birini yapar mısınız? <i>[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)</i>	Evet 1 Hayır 2 <i>Hayır ise P16'ya geçiniz</i>	P13
14	Sıradan bir haftanın kaç gününde orta şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinlikleri yaparsınız?	Gün sayısı	P14
15	Sıradan bir günde ne kadar süre orta şiddetli spor, fitness ve boş zaman etkinlikleri yaparsınız?	Saat: dakika : sa. dk.	P15 (a-b)
Sedanter Davranış			
Aşağıdaki soru iş, ev ve ulaşım da veya arkadaşlarla oturma veya uzanma/yaslanma hakkındadır (masada oturma, arkadaşlarla oturma, arabada, otobüste, trende seyahat etme, okuma, iskambil oynama veya televizyon izleme), fakat uyurken geçirilen zamanı dahil etmeyiniz. <i>[ÖRNEKLER EKLEYİNİZ] (KARTLARI GÖSTERİNİZ)</i>			
16	Sıradan bir günde oturarak ya da uzanarak/yaslanarak genellikle ne kadar zaman geçirirsiniz?	Saat: dakika : sa. dk.	P16 (a-b)

EK-5: Beslenmeyle İlgili Bilişsel Kalıpları Değerlendirme Formu

	Genellikle (5)	Bazen (4)	Ara sıra (3)	Nadiren (2)	Hiç (1)
Diyette en ufak bir aksama yaşandığında 'Battı balık yan gider' diyerek diyeti bozarım					
Gittiğim yerde ikram edilen tatlılara dayanamayacağım					
Sadece bir dilim pasta yiyip tatmin olacağım ve duracağım					
Kilo verme konusunda bu kadar ümitsiz hissettiğime göre asla kilo veremeyeceğim					
İkram edilen tatlıyı yemezsem kaba olduğumu düşünürler					
Bunu yiyebilirim bu sayılmaz					
Yemek çöpe atılmaz, tabağı bitirmek zorundayım					
Çok yediğim için ben iradesizin tekiyim					
O kadar sıkıntılıyım ki yemek yemeliyim					
Yemek yemem tamamen kontrolümden çıktı					

EK-6: Etik Kurul Onayı



EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde Davranış Değişikliğine Yönelik Uygulama İle Kilo Kontrolü				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İ. Raika DURUSOY				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐				
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐				
	OLGU RAPOR FORMU	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ İmza tarihi : 11.01.2018				
	DİĞER	☐				
	Karar Nu: 18-1/30	Tarih: 09.01.2018				
	KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.				
		EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
	ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşe EROL					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşe EROL Başkan	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mine HEKİMGİL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Patoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe EROL	İmza	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 17.10.2017/06	Sayfa 1/2	



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği'nde Davranış Değişikliğine Yönelik Uygulama İle Kilo Kontrolü
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 18-1/30				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayça Arzu SAYINER Üye	Mikrobiyoloji	D.E.Ü. Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Mikrobiyoloji AD. Tıbbi Viroloji BD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR Üye	Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Demet ÖZDAMAR Üye	Medeni Hukuk	D.E.Ü. Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mine DÜNDAR ÇÖMLEKOĞLU Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Nevin ORUÇ Üye	Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sema KALKAN UÇAR Üye	Çocuk Metabolizma Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKIŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
 ** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
 Sumru ERGİNGÜLÜ
 EÜTF Klinik Araştırmaları
 Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe ERDİ	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Sigarayı bırakmış bireylerde diyetisyen tarafından yapılan davranış değişikliğine yönelik uygulamanın kilo kontrolüne etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için sigarayı tamamen bırakmış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Sigarayı bıraktıktan 1 ay sonra katılımcıya boy, ağırlık, bel çevresi, kalça çevresi ölçümleri yapılacak, anket uygulanacak ve sigara bırakma sonrasında beslenme davranışlarını geliştirmeye yönelik bireysel görüşme uygulanacaktır. Sigara içmemeye devam eden katılımcılarla 3.ay tekrar görüşme yapılacaktır ve aynı ölçümler ile anket tekrarlanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak hiç sigara kullanmamak, araştırmacının önerilerine uymak, sigarayı bırakma tarihinden itibaren 1. ve 3. aylarda planlanan görüşme randevularınıza katılmak sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 44 tür.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu çalışmada yer almanız durumunda ilk görüşme sigara bırakma sonrası 1. ay ve son görüşme sigara bırakma sonrası 3. ay yapılacaktır. Her katılımcı toplam 2 ay süreyle izlenmiş olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmada sizin için beklenen yararlar beslenme davranışlarınızda gelişme ve sigara bırakma sonrası kilo artışının engellenmesidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu çalışmada ilk görüşmede bireysel bir eğitim uygulanacaktır. Size bu araştırma sürecinde ayrıca bir ilaç tedavisi uygulanmayacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler mevcut değildir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Sigara kullanmanız, psikotik hastalığın olması nedenleriyle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının tedavisinde uygulanabilecek başka bir tedavi bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Prof. Dr. Raika Durusoy / 0 232 390 2077 – 2065 – 2066 / raika.durusoy@ege.edu.tr
Cep nu: 05358603104

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Hatice Hilal Üretmen	
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK-8: Akademik Özgeçmiş

2012-16 şıfa niversitesi Beslenme ve Diyetetik mezunuyum (86,5/100). Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezi ve Bornova AÇSAP'ta stajyer diyetisyen olarak görev aldım. Hastaneler, mutfak ve spor merkezlerinde mesleki stajımı tamamladım.

2016'da başladığım Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans programına devam etmekteyim.

Hatice Hilal retmen

E-posta: hilaluretmen@gmail.com

