



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GAZİOSMANPAŞA TAKSİM
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

GAZİOSMANPAŞA TAKSİM SAğLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ SİĞARA BIRAKMA
POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN HASTALARDA
SİĞARAYI BIRAKMANIN KİLO VE YEME DAVRANIŞI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEğERLENDİRİLMESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

Dr. ALİ ERMAN KILLI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2019



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GAZİOSMANPAŞA TAKSİM

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

**GAZİOSMANPAŞA TAKSİM SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ SİĞARA BIRAKMA
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA
SİGARAYI BIRAKMANIN KİLO VE YEME DAVRANIŞI
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Dr. Ali Erman KILLI

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Okcan BASAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2019

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	I
TABLO LİSTESİ	II
ŞEKİL LİSTESİ	III
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Giriş	1
1.2 Amaç	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sigara Epidemiyolojisi	3
2.2.Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri	4
2.3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi	6
2.4. Sigara Bırakma Tedavilerine Yaklaşım	8
2.4.1. İlaç Dışı Sigara Bırakma Tedavileri	8
2.4.2. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi	9
2.5.Yeme davranışları	13
2.5.1. Emosyonel yeme	13
2.5.2. Kısıtlayıcı yeme	15
2.5.3. Dışsal yeme	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	17
4.BULGULAR	21
5.TARTIŞMA	34
6.SONUÇ	40
7.KAYNAKLAR	41
8.EKLER	47
Ek-1.Etik Kurul Onayı	47
Ek-2.Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve Hollanda Yeme Ölçeği Anketi	48
Ek-3.Özgeçmiş	51

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi, birikim ve deneyimlerinden faydalandığım emeğini, desteğini, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen; mesleki gelişimimde büyük katkıları olan tez danışmanım aynı zamanda klinik şefim Doç. Dr. Okcan Basat'a

Tüm uzmanlık eğitimim sürecinde ve tez yazım aşamasında gerek sosyal gerek çalışma ortamında yardımlarını esirgemeyen ve asistanlığı daha çekilir kılan asistan arkadaşlarım özellikle de Mustafa Güngören , Melike Başpınar , Ayça Gültekin Ulusan ile her konuda kendisinden fikir ve destek aldığım Uzm. Dr. Sonay Özdemir ve Uzm. Dr. Sibel Tunç Karaman'a

Rotasyonlarım boyunca eğitimime katkısı olan tüm öğretim görevlisi ve uzman meslektaşlarıma,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara,

Her zaman yanımda olan hayattaki en değerli insanlara; aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Ali Erman KILLI

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Tablo 2. Genel özelliklerin dağılımı

Tablo 3. Sigara içme öyküsü parametrelerinin ve farmakolojik (seçilen) tedavi türünün dağılımı

Tablo 4. İlk ve son yeme alışkanlığı anketi alt boyutlarının minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri

Tablo 5. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk kilo, son kilo ve kilo değişimi parametrelerinin değerlendirilmesi

Tablo 6. Farmakolojik tedavi türlerine göre ilk kilo, son kilo ve kilo değişimi parametrelerinin değerlendirilmesi

Tablo 7. Yıllık içilen sigara sayısı ve Fagerstrom skoru ile ilk kilo, son kilo ve kilo değişimi parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 8. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme parametrelerinin değerlendirilmesi

Tablo 9. İlk kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 10. Son kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 11. İlk ve son kilo arasındaki fark ile ilk ve son kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme parametreleri değerleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 12. İlk BKİ ile ilk kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 13. Son BKİ ile son kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Tablo 14. Cinsiyetler arasında ve içinde ilk ve son kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme parametrelerinin değerlendirilmesi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son kilo grafiği

Şekil 2. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre kiloda görülen değişim miktarları

Şekil 3. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son kısıtlayıcı yeme miktarları

Şekil 4. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son duygusal yeme miktarları

Şekil 5. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son dışsal yeme miktarları

ŞİMGELER VE KISALTMALAR

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DEBQ :Hollanda Yeme Davranış Anketi

VTa : Ventral Tegmental Alan

NAC: Nükleus Akkumbens'e

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

FDA: Food and Drug Administration (Amerikan İlaç Kurumu)

CO: Karbonmonoksit

NRT: Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

HCL: hidroklorür

SSS: Santral Sinir Sistemi

MAO: Mono Amin Oksidaz

ÖZET

Amaç: Sigara kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önlenabilir önemli bir sağlık sorunudur. Sigara bırakma tedavilerinde karşılaşılabilecek en kötü senaryo nedeni ise nüksür. Nüksün sık nedenlerinden biri de kilo alımı olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın amacı sigaranın bırakılması nedeniyle kişilerin kilo değişimi ile birlikte yeme davranışlarındaki değişimi belirlemektir.

Materyal ve Metod: S.B.Ü. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniği'ne 15.06.2018-15.12.2018 tarihleri arasında başvurduğunda sigara içen 3 aylık tedavimizle sigarayı bırakan 103 kişi ile yapılmıştır. İlk başvurularında demografik verileri, sigara kullanım alışkanlıkları, FNBT skorları, boyları kiloları kaydedildi ve üç alt ölçekten (duygusal, kısıtlayıcı, dışsal) oluşan Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) yapıldı. 3. ay sonunda tekrar kiloları ölçüldü DEBQ tekrar yapıldı. İlk ve son kilo ve yeme davranışları tespit edildi.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların 60'ı (%58,3) erkek, 43'ü (%41,7) kadın idi. Katılımcıların ortalama yaşı 38.3 ± 9.28 yıldır. Ortalama $23,02 \pm 13,24$ paket/yıl sigara kullanımı mevcut. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testine (FNBT) göre bağımlılık düzeyi $6,85 \pm 2,04$ 'tür. Katılımcıların hepsi sigarayı bırakanlardan seçilmiştir. 3 aylık sigara tedavisi sonrası ortalama BKİ $1,61 \text{ kg/m}^2$ ve kilo artışı 0 ile 14 kg arasında değişmekte olup ortalama $4,74 \pm 2,63$ kg artmıştır. Katılımcıların kilo alım miktarları FGNT skorları ile anlamlı şekilde ilişkiliydi ($p:0.011$). Özellikle yüksek FGNT skoru olanlar daha yüksek miktarda kilo aldılar. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi yüksek olanlarda yeme davranışı anketinin üç alt ölçek [kısıtlayıcı ($p^{2a}: 0,000$),duygusal ($p^{2b}: 0,007$) ve dışsal yeme ($p^{2a}: 0,005$) puanları anlamlı şekilde yükselmiştir. İlk BKİ düzeyleri ile ilk kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif yönlü, %37.3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.000$). Kadınların ilk kısıtlayıcı yeme puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.001$). Kadınların son duygusal yeme puan ortalamaları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

yüksek bulunmuştur (p:0.047). Kadınlarda ve erkeklerde ; ilk duygusal yeme puan ortalamalarına göre son duygusal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.005, p:0.040 sırasıyla). Kadınlarda; İlk dışsal yeme puan ortalamalarına göre son dışsal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.000).

Sonuç: Sonuç olarak sigara bırakılması sonrası kilo ve yeme davranışındaki değişimleri tanımlayıcı çalışmamızda bireyler anlamlı şekilde kilo almakta ve olumsuz yönde duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışları bozulmaktadır.

Anahtar Kelimeler : Sigara bırakma,Kilo, Yeme davranışı

ABSTRACT

Objective: Smoking is an important preventable health problem in our country as well as the world. The worst scenario in smoking cessation treatment is the relapse. It is detected that one of the reasons for relapse is the weight gain. The aim of this study is to define the relation between the alterations in eating behaviour and the weight changes following smoking cessation.

Method: 103 individuals were enrolled to the study who were applied to S.B.Ü. Gaziosmanpaşa Taksim Education and Research Hospital Family Medicine Outpatient Smoking Cessation Clinic and stopped smoking after 3 months duration of treatment between June 2018 and November 2019. Demographic data, smoking habits, FNBT scores, heights and weights of the patients were recorded in the first visit. Besides, Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) which is composed of three scales (restrained, *emotional* and *external eating*) was applied. At the end of the third month, the weights were remeasured and DEBQ was reassessed. The first and the last eating behaviours were established.

Results: Among our patients, 60 (%58,3) were male and 43 (%41,7) were female. Mean age of the participants was 38.3 ± 9.28 years. Mean 23.02 ± 13.24 packages /year cigarette use were present. The addiction level of the participants according to Fagerström nicotine dependence scale (FGNT) was 6.85 ± 2.04 . All the participants were selected in the group who stopped smoking. After 3 months treatment duration, mean BMI was 1.61 kg/m^2 and weight gain was between 0-14 kilograms with a mean increase of $4.74 \pm 2.63 \text{ kg}$. Weight gain amount of the participants was significantly associated with FGNT scores ($p:0.011$). Particularly the ones with high FGNT scores gained more weight. In the patients having high Fagerström nicotine dependence scale, three subscale points [restrained ($p^{2a}: 0,000$), emotional ($p^{2b}: 0,007$), and external eating ($p^{2a}: 0,005$)] of the Eating Behaviour Questionnaire were significantly raised. Positive, with %37.3 level and statistically significant

relationship was found between initial BMIs and initial eating scores ($p:0.000$). Initial restrained eating scores of the women were statistically significant compared to the men ($p:0.001$). Last emotional eating scores of the women were statistically high compared to the men ($p:0.047$). In both women and men; the increase in last emotional eating scores compared to initial emotional eating score averages was statistically significant ($p:0.005$, $p:0.040$ respectively). In women; the increase in last external eating points compared to initial external eating point averages was statistically significant ($p:0.000$).

Conclusion: In our defining study examining the weight and eating behaviour alterations after smoking cessation, it was found that the individuals were significantly gained weight and emotional, restrained and external eating behaviours were negatively destroyed.

Key Words: Smoking Cessation, Weight, Eating Behaviour

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Giriş

Sigara kullanımı ülkemizde önemli ve önlenabilir bir sağlık sorunudur. Dünyada her yıl beş milyondan fazla kişi tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir ve bu sayının 2030 yılında 8 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (1). Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) verilerine göre dünyada sigara kullanımının % 80'ini geliştirmekte olan ülkelerde yaşayanlar oluşturmaktadır (2). Ülkemizde sigara içme oranı erkeklerde %47,9 iken kadınlarda %15,2'dir (3). İstatiksel olarak sigara içme oranının yüksek olması sigara bıraktırma tedavilerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sigara bağımlılığının etyopatogenezinde biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler vardır. Bu faktörlere dayanarak her bir sigara içicisinin biyopsikososyal yönden değerlendirilmesi gereklidir (4,5,6). Sigara kullanımının bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutta etkileri olması sebebiyle sigara bırakma konusunda çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar. Sigarayı bırakmış olanlarda en büyük sorun sigaraya tekrar başlamaktır. Relapsın sık nedenlerinden biri de kilo alımı olarak tanımlanmıştır (7). Yapılan bazı çalışmalarda önlem alınmazsa kilo alımının sigara bırakılmasından sonraki üç ile yedinci yıla kadar sürebildiği gösterilmiştir (8).

Kişinin aç olmamasına rağmen üzüntü, mutluluk veya yalnızlık gibi psikolojik durumlarda yemek yemesi duygusal iştah olarak tarif edilebilir. Olumsuz duygu durumlarında yemek yemeye yönelen emosyonel ya da duygusal yeme tutumundaki bireyler, olumsuz durum ile baş etmek ve mutlu hissetmek için yeme davranışlarını değiştirmektedirler (9) Fizyolojik açlık olmaksızın ortamda bulunan besini koku, lezzet gibi özelliklerinden dolayı tüketen bireyler, dışsal yeme tutumunda olan bireylerdir. Dışsal yeme tutumu yüksek vücut ağırlığı ile ilişkili olmasından dolayı son derece sorunlu bir yeme davranışı olarak görülmektedir (10). Dışsal yeme eğiliminde olan bireylerin besin tercihleri; yeterli ve dengeli besin ögesi değil, kişinin damak zevkine uyacak ve onu mutlu edecek besinler olmasıdır (11) Duygusal yeme dışında normal olmayan bir diğer durum kısıtlayıcı yeme davranışdır. Kısıtlayıcı yeme tutumu, vücut ağırlığını kontrol etmeyi amaçlayan, enerji alımı ve besin çeşidinin bilinçli olarak kontrol edilip kısıtlandığı yeme

biçimidir. Uzun süren kısıtlamalar bir süre sonra yerini aşırı yeme dönemine bırakır. Ardından tekrar kısıtlama dönemi başlar ve bu döngü devam eder (12).

1.2 Amaç

Sigara bırakma sonrası kilo alımı çok sık görülür ve sigarayı bırakma kararına engel teşkil eder. Kilo artışının kadın cinsiyet, sigara başlama yaşı ve günlük sigara tüketimi ile anlamlı olarak ilişkili bulunan çalışmalar mevcuttur. Biz bu çalışmada kilo artışının sigarayı bıraktıktan sonra insan metabolizmasının yavaşlamasından dolayı mı yoksa ekstra olarak yeme tutumlarının değişiminden dolayı mı olduğunu saptamayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Epidemiyolojisi

Kullanımının yasal olması ve kolay temin edilmesi sebebiyle sigara bağımlılığı sık görülen madde bağımlılığı çeşididir. Bu sebeple gelişmekte olan ülkelerde kullanımı yaygınlaşmaktadır (13). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre tüm dünyada 15 yaş üstü nüfusun 1/3'ü sigara içmektedir. Yani yaklaşık 1,1 milyar insan sigara içmekte ve bunların yaklaşık 800 milyon gibi büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Tüm dünyada her 10 saniyede bir kişi tütün ürünlerine sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Tahmini olarak 2020 yılında yılda 10 milyon insanın ölümünün sigara nedeniyle olacağı ve bunların da yaklaşık % 70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir(14).

Türkiye tütün üretimi ve tüketiminde önde gelen ülkelerdendir. 2001 verilerine göre ülkemizdeki tüketim dünya tütün tüketiminin % 2'sini ve DSÖ Avrupa Bölgesi tüketiminin % 14'ünü oluşturmaktadır (15). Türkiye de 2008 yılında yürütülen küresel erişkin tütün araştırması sonucu 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanım sıklığı % 31,2'dir. Kadınlarda sigara kullanım oranı % 15,2 erkeklerde % 47,9 olarak tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda ülkemiz için sigaraya başlama yaşının 13-17 arasında değiştiği gösterilmiştir (16).

Gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde sigara içme sıklığı sürekli azalırken, kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelerde sürekli bir artış görülmektedir (14). Nüfus artışlarının hızlı olması, kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, sağlık konusundaki bilgisizlik ve sigara bağımlılığı ile mücadele yöntemlerinin yetersizliği bu ülkelerde sorunun devam etmesine neden olacaktır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalarla karşılaşan büyük sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı ile üçüncü dünya ülkelerine yönelmeleri de sorunu bu ülkeler açısından artırmaktadır (16).

2.2.Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri

Sigara kullanımı nikotinin vücutta sağladığı keyif sebebiyle devam ettirilen bir davranıştır. 2000’li yıllardan önce sigara içme davranışının öğrenilmiş sosyal bir alışkanlık ve kişisel bir tercih olduğu düşünülmekteydi. Psikolojik etkenler ve sosyal alışkanlıkların da payının yanında bağımlılıkta esas bileşen sigaranın içerdiği nikotindir. Sigara içiciliğinin ortaya çıkışında nikotinin temel role sahip olduğu son 10 yıl içinde büyük oranda kabul görmeye başlamıştır (17).

Nikotinin bağımlılık yapan mekanizması acı ve ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur. Nikotin, merkezi ve periferik sinir sisteminde bir kimyasal nörotransmitter olan asetilkolini taklit ederek etki eder. Nöronlar asetilkolin aracılığıyla haberleşir. Reseptöre bağlanan asetilkolin sinir hücrelerini aktive eden bir dizi değişikliğe yol açar. Nikotinin nörotransmitter olarak kullanan nöronlar gövdesi Ventral Tegmental Alan (VTA)'da bulunan ve lifleri Nükleus Akkumbens'e (NAc) uzanan nöronlardır (18).

Nikotin lipofiliktir ve kan beyin engelini kolaylıkla geçer. Nikotin, beyine ulaştıktan sonra sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek VTA'daki nikotinik asetilkolin reseptörlerine tutunup dopamin salınmasına sebep olur ve bu da sigara içiminin ödül sistemini yaratır. NAc'den dopamin salgılanmasının insan ve hayvan davranışında ciddi bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu ödül etkisi bu etkiyi yaratanı bulmasını ve etkinin tekrarlamasını söyleyen bir sinyal yaratır (19).

Sigara Bağımlılığının Döngüsü

1. Nikotin dopamin salınımına sebep olur.
2. Dopamin keyif verici ve rahatlatıcı ödül sistemini meydana getirir.
3. Sigara içiminden bir süre sonra dopamin miktarı azalır.
4. Dopamin yoksunluğu irritabilite ve strese yol açar. Sigara içicisi dopamin salınması için nikotin açlığı çeker.

5. Nikotinin asetilkolinerjik reseptörlere sürekli bağlanması etkide gecikme, desensitizasyon ve upregülasyona yol açar.
6. Nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin isteğine yol açar (19).

Sigara içenlerin bu davranışta ısrar etmesinin nedeni bırakma denemelerinde çoğunlukla huzursuzluk, rahatsızlık, üzgün hissetme, bozulmuş konsantrasyon, iştah artışı gibi yoksunluk belirtilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu yoksunluk belirtileri, son sigaranın içiminden birkaç saat sonra ortaya çıkmakta ve takip eden hafta boyunca çok yoğun olarak seyretmektedir. Rahatsızlık verici semptomların çoğu 3-4 hafta içinde çözülmekte ancak iştah artışı birkaç ay sürebilmektedir (18).

DSM V kriterlerine göre sigara bağımlılığı(16):

Klinik olarak belirgin bozulma veya sıkıntıya yol açan sorunlu tütün kullanım yapısının şu kriterlerden en az ikisi ile 12 ay süreyle görülmesi tütün kullanım bozukluğu olarak tanımlanır.

- 1- Tütünün çok defa planlanandan daha büyük miktarlarda veya daha uzun sürelerde alınması
- 2- Tütün kullanmaya yönelik devamlı bir arzu veya kullanımı kesmeye yahut kontrol altına almaya yönelik başarısız girişimler
- 3- Sigara temin edebilmek veya içebilmek için büyük miktarda zaman harcamak
- 4-Tütün kullanımına yönelik kışkırtma, istek, şiddetli arzu hissetmek.
- 5- İşte, okulda, evde temel sorumluluklarını yerine getirmede başarısızlık ile sonuçlanan yineleyen tütün kullanımı
- 6- Tütün kullanımının sebep olduğu veya alevlendirdiği tekrarlayıcı veya kalıcı kişilerarası veya toplumsal problemler varlığına rağmen tütün kullanımına devam etmek
- 7-Önemli toplusal, iş, eğlence faaliyetlerini tütün kullanımı nedeniyle bırakmakveya azaltmak.
- 8- Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tekrarlar şekilde tütün kullanmak (Yatakta sigara içmek v.b)

9- Tütün kullanımının sebep olmuş olabileceği veya alevlendirdiği tekrarlayıcı ya da kalıcı fiziksel yahut psikolojik sorun bilgisine sahip olmaya rağmen tütün kullanımına devam etmek.

10- Başka bir şekilde tanımlanmış tolerans mevcudiyeti yada şu durumların olması

a) Arzu edilen sonucu elde etmek için belirgin artmış miktarlarda tütüne ihtiyaç duymak b) Aynı miktarda tütün kullanımına devam edilmesi durumunda belirgin azalmış etki görülmesi

11- Başka şekilde ortaya çıkan yoksunluk belirtileri yada şu durumların olması

a) Tipik tütün yoksunluk belirtileri

b) Yoksunluk belirtilerini önlemek veya rahatlatmak için tütün almak

2.3.Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara bağımlılığın şiddeti klinik uygulamalarda Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile belirlenmektedir. Bu test 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından Fagerström Tolerans Testi'nin revize edilmiş şeklidir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlılığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir (20).

Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bu testin genel mantığı irdelendiğinde; test kişinin içtiği sigara miktarı ve sigara içmeden belli bir süre durabilme derecesinin incelendiği görülmektedir (21).

Tablo 1. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

- a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)
- b. 6- 30 dakika içinde (2 puan)
- c. 31- 60 dakika (1 puan)
- d. 1 saatten fazla (0 puan)

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet : (1 puan) b. Hayır: (0 puan)
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan) b. Diğer herhangi biri (0 puan)
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a. 10 adet veya daha az (3 puan) b. 11- 20 (2 puan) c. 21- 30 (1 puan) d. 31 veya daha fazlası (0 puan)
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ? a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)
Toplam skor 0-3: Hafif derecede bağımlılık 4-7: Orta derecede bağımlılık 8-10: Şiddetli derecede bağımlılık

2.4. Sigara Bırakma Tedavilerine Yaklaşım

2.4.1. İlaç Dışı Sigara Bırakma Tedavileri

Sigaranın bırakılmasında kullanılan birçok tedavi yöntemi geliştirilmiştir. Bunların başlıcalarından biri olan davranışçı yöntem; hasta eğitimi, bireysel ya da grup terapileri, ters güdülenme ve tiksindirme, psikoterapi, transendental meditasyon, hipnoz, desensitizasyon ve duygusal deprivasyonu içerir. Eğitim programları sigaranın sosyal ve psikolojik bir alışkanlık olduğu, bu nedenle iradenin ve motivasyonun güçlendirilmesi ile sigaranın bırakılacağı düşünülerek hazırlanmışsa da, beklenildiği kadar başarılı olamamıştır. Ters güdülenme ve tiksindirme davranış tekniği ile sigaranın bırakılmasında sigara içimine karşı olumsuz bir yanıt oluşumunun öğrenilmesi sağlanmaya çalışılır. Ancak bu tekniğin sağlık açısından bazı yan etkileri ortaya çıkmıştır. Kendi kendine bırakma tekniği genellikle bir yönetici ya da terapistin yönetiminde kişinin kendi kendine sigarayı bırakmasıdır ve bazı ters güdülenme yöntemlerini de içerir (22). İlaç dışı tedavi yöntemleri olarak kullanılan hipnoz ve akupunktur tedavileri ise etkili yöntemler değildir (23). Akupunktur, elektro stimulasyon ya da lazer tedavisi gibi alternatif yöntemlerin sigara bırakmadaki etkinliği 22 çalışmanın dâhil edildiği bir meta analizde incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda akupunkturun ve benzer yöntemlerden herhangi birinin sigara bırakmada etkili olduğu gösterilememiştir. Yine sigara bırakmada kullanılan yöntemlerden biri olan hipnoz konusunda da yapılmış çalışma bulunmamaktadır (24).

2.4.2. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi

Bağımlı kişilerde sigaranın bırakılmasını takiben, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, başarısızlığa uğramada en önemli etkidir. Günümüze kadar geliştirilen farmakoterapi yöntemlerinde amaç, nikotin yoksunluğunu ve belirtilerini önlemektir. Bugün tüm kılavuzlarda yer alan ve TC. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan İlaç Kurumu (FDA) onaylı iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi. FDA, farmakoterapinin sigara bağımlılığının tedavisi için güvenli ve etkili yöntemler olduğunu onaylamıştır. İkisinin de sigara bırakmadaki etkisi benzerdir. İki tedavi

seçeneği arasındaki seçim tedavi için kontrendikasyon varlığına, hastanın seçimine ve nikotin bağımlılık derecesine göre yapılır (Kanıt düzeyi A) (25).

Farmakoterapinin sigara bırakmada etkili olduğunu destekleyen dört önemli faktör öne sürülmüştür. İlk olarak farmakoterapi ile sigara bırakmak isteyenlerin, diğer gruplara göre motivasyonları daha yüksektir. Çünkü hasta ilaç kullanımını kabul etmesiyle yapılacak kan tahlillerini, ilacın yan etkilerinin tespiti için bir sonraki görüşmeyi kabul etmiş demektir. Bu da hastanın bir sonraki görüşmeye katılmasını sağlamaktadır. İkincisi danışmanlık ile farmakoterapinin birlikte sunulduğu gruplarda sadece danışmanlık sunulan gruplara göre sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Üçüncüsü danışmanlık ve destek tedavisi veren kişiye göre değiştiği halde farmakoterapi standardize edilmiştir. Dördüncü faktör ise madde bağımlılığı, davranış bozukluğu bulunanlarda sigara içme oranlarının yüksek olduğu düşünülürse hastaların poliklinik ortamında diğer hastalıklarının da değerlendirilmesi için fırsat sunmaktadır (26).

2.4.2.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Nikotin yerine koyma tedavisinin amacı, sigaranın bırakılmasını izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını gidermektir. Nikotin yerine koyma tedavisi nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Fagerström Bağımlılık testine göre orta ve yüksek nikotin bağımlılığı saptanan olgular sigarayı bırakırken nikotin yerine koyma tedavisinden yarar görürler. Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin yerine koyma tedavisi uygulanır. Nikotin yerine koyma tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal bantdır (27).

NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, anstabil anjina pectoris ve aritmilerdir. Ayrıca bant formu, psöriazis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir (28).

Nikotin sakızı ilk geliştirilen NRT yöntemlerden biridir. Sakız çiğnendiğinde ion değişimi aracılığıyla nikotin salınır. Ağıza çıkan nikotin bukkal mukoz membranlardan emilir. Nikotin sakızının iki ve dört miligram dozlarında bulunmaktadır (29). Nikotin sakızının gastrik yan etkileri, kafein ve asitli yiyeceklerle bozulan emilimi, bağımlılığın sakıza geçmesi nedeniyle kullanımı sınırlı olmuş, transdermal bant, intranazal sprey ve inhaleler geliştirilmiştir (30).

Nikotin Bandı: Yerine koyma tedavisinde etkilidir (kanıt düzeyi A) (31).Tedavi tütün çekme ile ilişkili kesilme semptomlarını, sigara içme isteğine direnmeye yardımcı olarak azaltır. 16 saat ve 24 saat kullanılabilen formları bulunmakta olup ülkemizde 24 saatlik formu mevcuttur. Bant ile vücuda saatte 1 mg nikotin kontrolü verilmesi sağlanır. 24 saatlik formdaki bantlar, üç farklı boyutta olup 1.adım formunda 25 mg, 2.adım formunda 15 mg, 3.adım formunda ise 10 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Günde >15 adet sigara içenlerde 1.adım(25 mg) formu ile başlanıp 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2'şer hafta süreyle ardı ardına 15 ve 10 mg şeklinde tedavinin 12 haftaya tamamlanması önerilmektedir. İçilen sigara sayısının 10-15 adet olduğu veya daha az içildiği halde bırakıldığında yoksunluk tanımlanan durumlarda 15 mg'lık dozla başlanıp azaltarak 12 haftaya tamamlanabilir. Bant tercihan üst kola veya kürek kemiği üzerinde tüysüz bir bölgeye uygulanmalıdır ve her gün uygulama yerinin değişmesi gereklidir. Tedaviye, hedeflenen sigara bırakma gününde başlanır. Tedavi ile birlikte sigara içilmemesi gerektiği konusunda hasta uyarılmalıdır.

Yan etkiler, genellikle hafif ve geçicidir. Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, aritmi, taşikardi, baş ağrısı, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, uykusuzluk, bulantı, kas ağrısı, sersemlik, daha nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık ya da ishal, eklem ve sırt ağrısı görülebilir (32).

2.4.2.2. Bupropion HCL

Bupropion sigara bırakma tedavisinde etkinliği gösterilen FDA tarafından 1997 yılında onaylanan ilk nikotin içermeyen ajandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili bir ajandır. (Kanıtlar Düzeyi A) Muhtemel mekanizması nöronal dopamin ve noradrenalin reuptake inhibisyonu ve nikotinik asetilkolin reseptör blokajıdır (31). Nontrisiklik aminoketon antidepresan bir ilaçtır. Sigarayı bırakmadaki yardımcı

etkisi, antidepresan etkisinden bağımsızdır. 12 haftalık kullanımının yeterli olduğu bildirilmektedir. Tedaviye sigara bırakılmadan önce başlanır. İlk 3 gün 150 mg, 4. Günden sonra 300mg/gün (2x150mg tb) olarak kullanılır. İleri yaşlarda tavsiye edilen doz 150mg/gün'dür. Tedaviye başlanan gün itibariyle 7-14 gün içindeki bir tarihte bırakma günü belirlenir. Birey tedavi altındayken sigarayı bırakır ve tedavi aynı dozda sürdürülür(32). Kontrendike olduğu durumlar; konvülsiyon ve konvülsiyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı veya santral sinir sistemi (SSS) travması öyküsü veren olgularda, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve mono amin oksidaz (MAO) inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda 18 yaş altı sigara içenlerde, hamilelerde, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda, santral sinir sistemi tümörü olanlarda, bipolar hastalığı olanlarda, çok ağır siroz olgularında kontrendikedir. Ağır karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, 65 yaş üzerinde olan ve 45 kg altında olan hastalarda dikkatli kullanılması gerekir.

En sık bildirilen yan etkiler, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı ve ağız kuruluğudur. İlacın kullanımı sırasında deride kızarıklıklar ve kaşıntı da bildirilmiştir. Bupropion nadiren konvülziyona neden olabilir, sigara bırakma amacı ile kullanılan dozda konvülziyon gelişme olasılığı 1/1000 olarak bildirilmiştir (27). Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir (33).

2.4.2.3. Vareniklin

Vareniklin FDA tarafından 2006 yılında sigara bırakma tedavisinde etkinliği onaylanan nikotin içermeyen bir ajandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili bir ajandır. (Kant Düzeyi A) (28). Vareniklin bir nikotinik asetil kolin reseptör parsiyel agonistidir. İlacın $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetikolin reseptörleri üzerindeki intrinsik parsiyel aktivasyonu sayesinde, nikotin yoksunluğu döneminde oluşan düşük mezolimbik dopamin düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Böylece sigara kesilme semptomlarını düzelttiği ileri sürülmektedir. Ayrıca sigara kullanımı sırasında görülen dopamin yükselmesi ilacın $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetil kolin reseptörlerine kompetitif bağlanması sayesinde düşer. Böylece ilacın sigara arzusunu azalttığı bildirilmektedir (34).İlaç sigara bırakmayı ilk kez deneyecek olguda direkt kullanılabilceği gibi, daha önce farklı preparatlarla sigarayı bırakmayı denemiş ancak nüks olmuş olgularda da yeni

bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Vareniklin kullanan olgular sigara içmeye devam ederken tedaviye günde 0,5 mg dozunu ilk üç gün kullanarak başlarlar, takiben 4-7. günler arası 0,5 mg sabah akşam, 8-14. Günler arası 1 mg gün dozu ile devam edilir. Başlangıçta ilaç kullanırken sigara içmeye devam eden olgunun 8-14. gün arası, tercihen ilk haftanın sonunda 7. Gün sigarayı bırakması amaçlanır. Tedavi 12 haftaya günde 2 kez 1 mg dozu kullanılarak tamamlanır (30). Vareniklin ortalama tedavi süresi 12 haftadır, ancak 24 haftalık tedavinin sigarayı 6 ay ve 1 yıl için bırakmış kalma başarılarını arttırdığı da görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ilacı iyi tolere eden hastalarda tedavi süresinin 1 yıla kadar uzatılması nüks olasılığını azaltmaktadır (31).

İlacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır(%35,8). Diğer yan etkiler uykusuzluk (% 22), anormal düşler (% 14,4), baş ağrısı (% 16,8) ve gastrointestinal yakınmalardır (% 22,5). Bu yan etkilerin görülme sıklığını azaltmak amacı ile ilaç ilk hafta düşük dozda başlanıp titre edilerek doz artırılır. Bulantının sorun olduğu olgularda ilacın yemekler ile birlikte alınması önerilir, buna rağmen bulantı devam ederse vareniklinin günlük dozu 1 mg düşülür ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz artırılması (2 x 1 mg) denenir. Diğer yan etkilerde olgunun sigara bırakma girişimini etkileyecek kadar sorun yaratıyorsa öncelikle doz azaltılması denenmelidir, doz azaltılınca semptomların azaldığı veya tamamen kaybolduğu görülmüştür. Karaciğer yetmezliği olanlarda doz değişikliği yapmaya gerek yoktur. Ağır renal yetmezliği olan olgularda ise günlük dozun 0,5 mg düşürülmesi önerilir. Yaşlılarda veya farklı ek hastalıkları olan olgularda doz değişikliğine gerek yoktur. Vareniklin kullanımında metabolik, hematolojik ve kardiyak değişiklik olmadığı için herhangi bir laboratuvar değerinin izlenmesine gerek yoktur. Vareniklin kullanmasına rağmen sigara bırakma girişiminde motivasyonunu kaybeden ve sigaraya tekrar başlayan olgularda bütün destek yöntemlere rağmen nüks oluşmuşsa tedavi 12. haftayı tamamlamadan ilaç kesilebilir. Vareniklinin tedavinin 12. veya 24. haftasında kesilmesi sırasında ilacın dozu titrasyon ile düşmeye gerek yoktur, ilaç aniden kesilebilir (33).

Vareniklinin nikotinik reseptör antagonistik etkilerinden dolayı NRT ile kombinasyonu önerilmez (28). Bilinen bir kontrendikasyonu ve ilaç etkileşimi saptanmamış olmakla birlikte klinik kullanımlarda nöropsikiyatrik semptomlar

(davranış değişiklikleri, ajitasyon, depresif duygudurum, intihar düşüncesi, intihar eylemi gibi) meydana geldiğine dair bildirimler olmuştur. O nedenle tedavi planlanırken olgular, anamnezinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması yönünden sorgulanmalı, tedavi sırasında da nöropsikiyatrik semptomlar açısından gözlemlenmelidir. Anamnezinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda hastalık kontrol altında bile olsa Vareniklin kullanımından kaçınılması uygun olacaktır (32). Nöropsikiyatrik semptomları arttırabileceği, ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi ve varolan psikiyatrik durumun kötüleşebileceği bilgileri eklenmiştir. Bu tür semptomlar sigara içenlerde yaşanabildiği gibi nikotin yoksunluk semptomları çeken diğer olgularda da görülebilmektedir. Sigara bırakma davranışının kendisinde bütün bu nöropsikiyatrik durumları ve intihar eğilimini arttırabileceğinden, bu tabloların ilaçtan mı ortaya çıktığı tartışılmaktadır. İlaç kullansın kullanmasın bütün sigara bırakma girişiminde bulunan olgular hekimi ve yakınları tarafından bu tür semptomların ve duygulanım farklılıkların oluşumu açısından yakından gözlenmelidir. Dikkat de azalma ve görüntü bozukluğu yapabildiğinin bildirilmesini takiben özellikle uzun süre araç kullananlarda, ağır vasıta şoförlerinde emniyetle kullanılamayabileceği gündeme gelmiş takiben pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması önerilmiştir Vareniklinin gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun değildir. Ayrıca 18 yaşı altı olanlar ve son dönem böbrek yetmezliği olanlarda kullanılmamalıdır (33).

2.5.Yeme davranışları

2.5.1. Emosyonel yeme

Emosyonel yeme (duygusal yeme); fizyolojik olarak aç olmaksızın kişinin üzüntü, mutluluk, stres gibi psikolojik durumlarda karşı konulmaz bir istekle yeme biçimidir (35).

Bireysel farklılıklar ve duygusal özellikler duygu tarafından uyarılan yeme alışkanlıklarını farklı şekillerde etkilemektedir (36). Bu durum; besin seçiminde duygusal kontrol, besin alımında duygusal bastırma, değer düşüklüğü/benlik saygısı, duyguları düzenlemek için yeme ve duygusal uyumu modüle etme şeklinde sınıflandırılmıştır.

Olumsuz duygular ile aşırı yeme arasındaki ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışmaya rağmen hangi mekanizmanın hangi olumsuz duyguları etkilediği ve aşırı yemeye neden olduğu tespit edilememiştir. Buna bağlı olarak birçok teori öne sürülmüştür. Yapılan bir çalışmaya göre; fazla besin alımının sıkıntı, depresyon, yorgunluk gibi durumlarda, az miktarda besin alımının ise korku, gerilim ve ağrı gibi duygu durumlarında ortaya çıkmaktadır (37). Psikosomatik teoriye göre; olumsuz duygular veya stres anında iştah kaybı ve besin alımında azalma gerçekleşir. Buna karşılık bazı bireylerde olumsuz durumlarda besin alımında artış gözlenmiştir. Olumsuz duygulara karşı gerçekleşen bu durum emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır (38). Başka bir çalışmada obez bireyler gergin ve stres durumlarında aşırı yeme eğilimindedirler. Hangi mekanizmayla olduğu tam anlaşılamasa da beyindeki nörotransmitterlerden özellikle serotonin sentezinin bu durum üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Obez bireyler açlık ile duygu durumlarını birbirinden ayırt edemeyerek aşırı yeme davranışı göstermektedir (37).

Besine bağlı psikolojik değişiklikler genellikle bireylerde duygu durumunu düzenleyici etmen olarak görülmektedir. Karbonhidrat içeriği yüksek besinler bireyin başvurduğu ilk besinlerdir. Bu durumun yeme üzerindeki etkisi beyinde serotonin hormonunun düzeyi ile ilişkilidir (36). Triptofan aminoasitinden oluşan serotonin 17 düzeyinin azalması stres, agresif davranışlar ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur(39). Yüksek yağ ve karbonhidrat içeren diyetler, bağırsak mukozasını bozarak beyin bağırsak bağlantısını etkiler. Bağırsak dokusundaki bu değişiklikler stres ve depresyon gelişiminde rol oynar. Bu durum serotonin sentezi ve triptofanın işlevini etkileyerek yeme davranış bozukluğuna ve obeziteye risk oluşturmaktadır (40).

Son yıllarda toplumsal baskı ve sosyal çevrenin emosyonel yeme üzerine etkileri araştırılmaktadır. Düşük benlik saygısı, özellikle kadın popülasyonunda bulunan rol model olma arzusu toplumsal karşılaştırmada hem tüketilen besin miktarını hem de besin çeşidini etkilemektedir. Bu durum yeme davranışı ile ilişkilidir (41).

Vartanian ve arkadaşları, yemek yerken bireylerin birbirinden nasıl etkilendiğini araştıran çalışmalarında; bir erkekle yemek yiyen kadının, bir kadın ile yediğinden daha düşük kalorili yiyecekleri tükettiğini sonucuna varmıştır (42).

Emosyonel yeme başlarda bulimia nervosa ile ilişkili bulunmuştur. Günümüzde ise negatif duygulardan etkilenen tıknırcasına yeme sendromu ile bağlantılı olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Emosyonel yemede de tıknırcasına yeme ataklarındaki gibi gıda tüketimi, kontrol duygusunun kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Obezite ve emosyonel yeme tutumu arasındaki ilişki incelendiğinde, obez bireylerin olumsuz duyguları ile baş etmek için aşırı yemeye yöneldiği tespit edilmiştir (37). Yapılan bir çalışmada, obez bireylerin normal ağırlıklı bireylere göre öfke, sıkıntı ve depresyon gibi emosyonel durumlarda yemek yemeye daha yatkın olduğunu bildirmiştir (43).

2.5.2. Kısıtlayıcı yeme

Ağırlık artışını önlemek ve besin tüketimini kontrol ederek ağırlık kaybını teşvik etmek amaçlı bilinçli olarak yeme davranışının kısıtlandığı bir yeme tutumudur (44). Kısıtlayıcı yeme tutumu gösteren bireyler, vücut ağırlıklarını belirli düzeyde tutmakta, en ufak bir ağırlık artışında besin alımlarını azaltmaktadırlar (45). Bazı bireyler vücut ağırlıklarını korurken, ters etki yaratarak normal ağırlıklarının üzerinde bir tablo da sergileyebilirler. Yapılan araştırmalarda obez bireylerin gıda alımını kısıtlama uğraşı içinde olduğu gözlemlenmiştir (37). Kısıtlama teorisine göre; besinlere duyulan arzu ile bu arzuya direnme çabası yeme davranışını belirlemektedir. Besin alımlarını kısıtlayan bireyler otokontrolü koruyamadığında, aşırı besin alımı oluşmaktadır (46). Kısıtlama teorisinde yer alan disinhibisyon hipotezine göre ise kendilerini kısıtlayan bireylerin kontrolleri geçici olarak bozulmaktadır. Kontrolü kaybeden bireylerde depresyon ve stres gibi emosyonel durumlar ve aşırı yeme algısı oluşarak kısıtlama sürecinde ara vermeye neden olmaktadır (37). Depresyon, düşük öz disiplin ve zayıf benlik kontrolü gibi olumsuz durumlar besin alım uyaranlarında en önemli unsurlardır. Kısıtlayıcı yeme davranışında görülen besin alımı ve vücut ağırlığını koruma çabası güç, hırs ve kararlılık gibi kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (47). Bu bireylerdeki bozulmuş yeme davranışının; ağırlık kaybı, besin yetersizliği, enteral beslenme takviyelerine bağımlılık ve psikososyal işlevsellikte gerilemeden biri ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (48).

Ağırlık kaybı amacıyla yapılan kısıtlayıcı bazı beslenme programlarında besine olan isteğin artışı ile aşırı besin tüketimi, atıştırmalıklara eğilim, tıknırcasına yeme ve bulimiya arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle besin alımını çok kısıtlayan diyetler önerilmemekte, doğru beslenme ve sağlıklı diyet programlarının önemi üzerinde durulmaktadır (49).

2.5.3. Dışsal yeme

Fizyolojik açlık hissetmeksizin, besinin koku, tat ve görüntüsü gibi dışarıdan gelen uyarılardan etkilenecek normalden daha fazla besin tüketimi dışsal yeme olarak tanımlanmaktadır (37,45). Bireyler yeme davranışı gösterirken çevresel faktörlerden oldukça etkilenirler. İçinde bulundukları toplumun beslenme alışkanlıkları bireyin kendi yeme tutumunu belirlemede önemli rol oynar (37).

Dışsal yeme teorisi, bireylerin duygu durumlarına göre gösterdikleri yeme tutumundan farklı olarak sadece besinin ortamda bulunması ve dış uyarılardan etkilenebilmesi ile bilinçsiz bir şekilde gerçekleştirilen yeme tutum davranışı olarak kabul edilmektedir. Dış görünüme tepki olarak yemek yeme eğilimi diye tanımlanan bu yeme davranışının besin ile ilgili otomatik süreçleri düzenlediği tespit edilmiştir.

Bilinçaltı besin uyarıları ile dışsal yeme arasında pozitif ilişki olduğu düşünülmektedir (50). Son zamanlarda hayatta kalmak ve yeterli besin öğelerinin alımı ile fizyolojik açlığı bastırmaktan ziyade besinlerden zevk almak için besin ve görme arasındaki otomatik ödüle dayalı tüketimin yaygınlaştığı görülmektedir. Bu durum görsel açlık olarak tanımlanmakta ve bireyleri dışsal yeme eğilimine yönlendirmektedir (51). Ödül duyarlılığı ve dış yeme tutumu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, ödül duyarlılığı yüksek olan bireylerin gıda uyarılarına hızlı bir şekilde tepki verdiği ve daha fazla dışsal yeme tutumu gösterdiği tespit edilmiştir (52). Televizyon programları ile aşırı yeme davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; televizyon izleyen bireylerde yeme davranışlarının yeme istediğini arttırıcı yönde olduğu gösterilmiştir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Etil Kurul İzni

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun 13 Haziran 2018 tarih ve 68 sayılı onayı ile yapılmıştır.

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğinde tek merkezli olarak planlanarak 01.06.2018-01.12.2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmamız prospektif yöntemle yapılan kesitsel tanımlayıcı çalışma olarak yapıldı, çalışmaya başlamadan önce power analizi yapılarak sigara bırakma polikliniğimize başvuran sigara içen ve 3 ay tedavi ile sigarayı bırakmış olan toplam 97 hasta alınmasına karar verilmiştir ancak çalışma sonunda 103 hasta ile gerçekleştirdik. Sigara bırakma polikliniğimize başvuran çalışmaya dahil edilme kriterine uygun hastalardan çalışmayla ilgili bilgilendirme sonrasında sözel katılım onayları alınarak Fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi, kilo ve Hollanda yeme davranışı anketi ile yeme davranışları tespit edildi. Sigara bıraktırma tedavisi başlanıp başarılı bir şekilde tedaviden fayda görüp sigarayı bırakmış hastaların tedavinin 3. ayı sonunda tekrar kilo ve Hollanda yeme davranışı anketi uygulanarak kilo ve yeme davranışlarındaki değişimler gözlemlendi.

3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaş ve üzeri sigara içen bireyler

3.4. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. 18 yaş altı bireyler
- 2.Sigara içmeyen bireyler
3. Aktif psikiyatrik hastalığı olanlar
4. Beslenme bozukluğu olanlar

5. Bariyatrik cerrahi operasyonu olmuş olanlar
6. Tıbbi beslenme tedavisi almış veya önerilmiş olanlar
7. Sigara haricinde madde kötüye kullanımı olanlar
8. Sigara içtiği halde bırakmaya gönüllü olmayanlar
9. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar
10. İletişim sorunu olanlar

3.5. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği hasta değerlendirme formundan yararlanılarak uygulayıcılar tarafından hazırlanmıştır. Araştırmacı hekim tarafından doldurulan bu formda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, aktif çalışıp çalışmadığı, gelir durumu, boyu(bilmeyenlerin poliklinikte ölçüldü), kilosu (poliklinikte tartıldı), kronik hastalığının bulunup bulunmadığı, ilaç kullanıp kullanmadığı, alkol kullanıp kullanmadığı, sigara içme öyküsü ile ilgili olarak da günde kaç adet sigara içtiği, kaç yaşında sigaraya başladığı, kaç yıldır sigara içtiği, sigara bırakmak için daha önce profesyonel destek alıp almadığı,bırakma girişiminde bulunmuşsa sigara bırakmakla ilgili nasıl bir yöntem kullandığı, bu sigara bırakma girişimleri aşamasında karşılaştığı zorluklar sorgulandı.

Hastaların nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla FNBT uygulanmıştır. İsveçli Dr Karl Fagerstrom tarafından geliştirilen FNBT klinik olarak en yaygın kullanılan nikotin bağımlılık ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış, bu çalışmada FNBT orta düzeyde güvenilir bulunmuş, vazgeçemeyeceğiniz sigara olarak sorulan üçüncü sorunun en zayıf güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin Türkçe versiyonunun, sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak

kullanılabileceğini, ancak üçüncü sorunun vurgulanması gerektiğini ve bu sorunun cevaplayan kişi tarafından anlaşılmasına yardımcı olunması gerektiği belirtilmiştir. FNBT’de hastaya 6 adet soru sorulur. Test sonucu her bir soruya verilen 0-3 arasındaki puanların toplamına göre 0-10 arasında skorlanmaktadır. Test skorunun 0-3 arası düşük ,4-7 arası orta , >7 olması yüksek bağımlılık göstergesidir.

Yeme davranışını değerlendirmek amacıyla da hastalara DEBQ (Hollanda Yeme Davranışı testi) uygulanmıştır. Hollanda yeme davranış testi (DEBQ) DEBQ 1986 yılında Van Strien ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan anket duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden fazla yer misiniz?) ve kısıtlayıcı yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz?) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler 5’li likert skalası ile değerlendirilmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Testin toplam skoru değerlendirilmemekte 3 alt ölçek kendi içinde değerlendirilmektedir. (Testin skorlamasında her hangi bir cut-off noktası olmazken 3 alt skoru kendi içinde likert skalası ile değerlendirilen toplam puanın yüksek olması yeme tutumu ile ilgili olumsuzluğu göstermektedir. Geçerlilik ve güvenilirliği Bozan tarafından kanıtlanan test 2009 yılında Türkçe’ye kazandırılmıştır. Hollanda Yeme Ölçeğinin Türkçe versiyonunda ilk 10 soru kısıtlayıcı yeme, 11-23 arası duygusal yeme, 24-33 arası ise dışsal yeme tutumunu değerlendiren sorulardır. Dışsal yeme skalasında bulunan 31. soru ise ters sorudur. Bu çalışmada Hollanda yeme davranış testi (DEBQ) bireylere çalışmanın başında (sigara içtikleri dönemde) ve sonunda (sigarayı bıraktıkları dönem) toplam 2 kez uygulandı.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası

karşılaştırmalarında Oneway Anova testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student T test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Sample t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma 15.06.2018-15.12.2018 tarihleri arasında yaşları 22 ile 64 arasında değişmekte olan, 43'ü (%41.7) kadın ve 60'ı (%58.3) erkek olmak üzere toplam 103 olgu ile yapılmıştır. Olguların demografik ve antropometrik özellikleri Tablo 2'dir.

Tablo 2. Genel özelliklerin dağılımı

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		22-64	38,3±9,28
Boy		150-187	168,62±9,46
Kilo	İlk	45-107	74,5±13,7
	Son	50-113	79±13,76
Kilo fark (medyan)		0-14	4,74±2,63 (4)
BKI	İlk	17,3-38,3	26,11±4,2
	Son	19,1-41,1	27,72±4,24
Cinsiyet n,%	Kadın	43	41,7
	Erkek	60	58,3
Medeni hal n,%	Bekar	22	21,4
	Evli	81	78,6
Eğitim durumu n,%	Okur-yazar değil	3	2,9
	İlkokul	29	28,2
	Ortaokul	12	11,7
	Lise	29	28,2
	Üniversite/yüksekokul	30	29,1
Çalışma durumu n,%	Çalışmayan	31	30,1
	Çalışan	72	69,9
Gelir durumu n,%	0-1600	7	6,8
	1601-3000	45	43,7
	3000+	51	49,5

Tablo 3. Sigara içme öyküsü parametrelerinin ve farmakolojik (seçilen) tedavi türünün dağılımı

		Min-Max	Ort±SS
Günlük içilen sigara miktarı (medyan)		5-80	26,07±11,11 (20)
Sigara başlama yaşı		10-36	17±4,39
Sigara kullanma süresi (yıl)		2-50	21,3±10
Yıllık içilen sigara sayısı (paket) (medyan)		2-50	23,02±13,24 (20)
Fagerstrom skor (medyan)		0-10	6,85±2,04 (7)
Alkol kullanımı n,%	Hayır	86	83,5
	Evet	17	16,5
Fagerstrom göre nikotin bağımlılık derecesi n,%	Düşük	6	5,8
	Orta	55	53,4
	Yüksek	42	40,8
Farmakolojik tedavi türü n,%	Nikotin replasmanı	16	15,5
	Vareniklin	87	84,5

Olguların günlük içtiği sigara miktarı 5 ile 80 adet arasında değişmekte olup, ortalaması 26.07±11.11 ve medyanı 20’dir. Sigara başlama yaşları 10 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalaması 17±4.39’dur. Sigara kullanma süreleri 2 ile 50 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 21.3±10’dur. Yıllık içilen sigara sayısı 2 ile 50 paket arasında değişmekte olup, ortalaması 23.02±13.24 ve medyanı 20’dir. Fagerstrom skoru 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması 6.85±2.04 ve medyanı 7’dir.

Olguların %83.5’i alkol kullanmazken, %16.5’i kullanmaktadır. %5.8’inin fagerstrom göre nikotin bağımlılık derecesi düşükken, %53.4’ünün orta düzeyde ve %40.8’inin yüksektir. %15.5’inin farmakolojik tedavi türü nikotin replasmanı iken, %84.5’inin vareniklidir.

Tablo 4. İlk ve son yeme alışkanlığı anketi alt boyutlarının minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri

		Min-Max	Ort±SS
Kısıtlayıcı yeme	İlk	10-43	23,54±7,6
	Son	10-47	26,72±8,34
Duygusal yeme (medyan)	İlk	13-58	22,07±9,57 (18)
	Son	13-58	25,11±11,14 (21)
Dışsal yeme	İlk	14-44	26,69±6,15
	Son	16-47	29,06±6,96

İlk kısıtlayıcı yeme değerleri 10 ile 43 arasında değişmekte olup, ortalaması 23.54±7.6'dır. Son kısıtlayıcı yeme değerleri 10 ile 47 arasında değişmekte olup, ortalaması 26.72±8.34'dür. İlk duygusal yeme değerleri 13 ile 58 arasında değişmekte olup, ortalaması 22.07±9.57 ve medyanı 18'dir. Son duygusal yeme değerleri 13 ile 58 arasında değişmekte olup, ortalaması 25.11±11.14 ve medyanı 21'dir. İlk dışsal yeme değerleri 14 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalaması 26.69±6.15'dir. Son dışsal yeme değerleri 16 ile 47 arasında değişmekte olup, ortalaması 29.06±6.96'dır.

Tablo 5. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk kilo, son kilo ve kilo değişimi parametrelerinin değerlendirilmesi

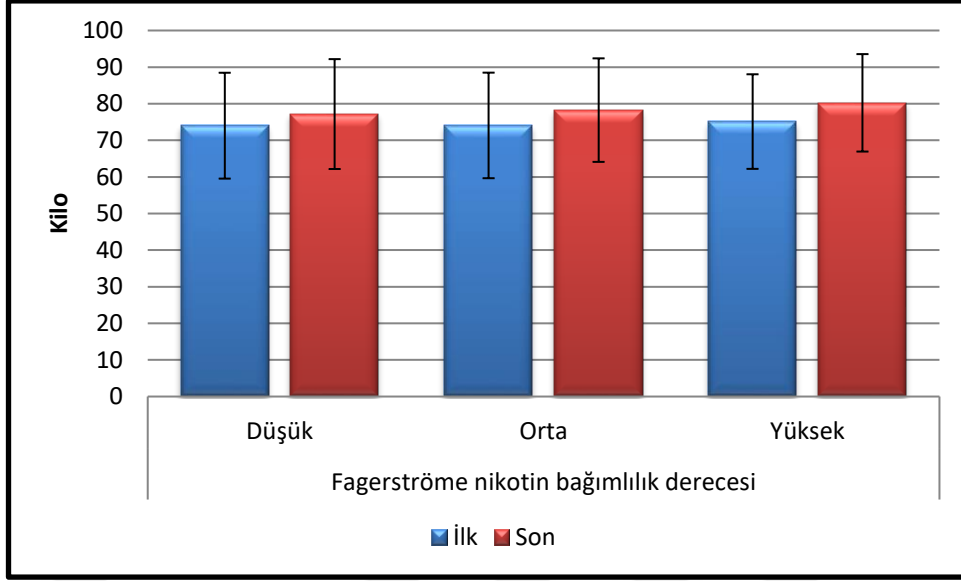
Kilo	Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi			p
	Düşük	Orta	Yüksek	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İlk	74±14,46	74,07±14,42	75,12±12,92	^{1a} 0,930
Son	77,17±15,01	78,25±14,14	80,24±13,31	^{1a} 0,742
Fark (medyan)	3,17±1,33 (3)	4,33±2,5 (4)	5,5±2,76 (5)	^{1b} 0,011*
İlk-son p²	0,002*	0,000*	0,000*	

^{1a}Oneway anova test

^{1b}Kruskal wallis test

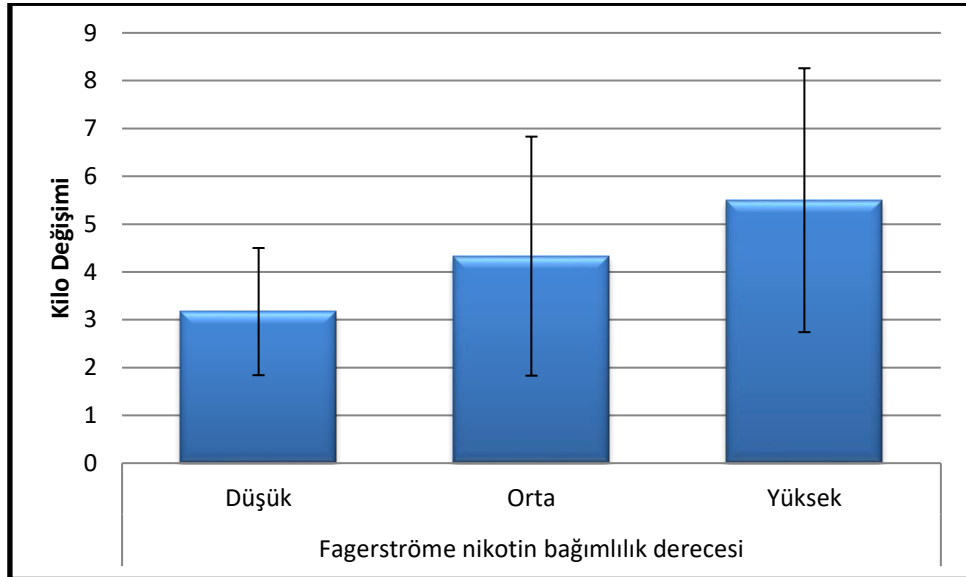
²Paired samples t test

*p<0.05



Şekil1. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son kilo grafiği

Fagerstrom nikotin bağımlılık dereceleri arasında ilk kiloya göre son kiloda görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.011$). Bağımlılık derecesi yüksek olanların ilk kiloya göre son kilolarındaki artış miktarı, bağımlılık derecesi düşük ve orta düzeyde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p_1:0.018$; $p_2:0.012$).



Şekil 2. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre kiloda görülen değişim miktarları

Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi düşük,orta ve yüksek olanlarda; ilk kilo değerlerine göre son kilo değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.002, p:0.000, p:0.000 sırasıyla).

Tablo 6. Farmakolojik tedavi türlerine göre ilk kilo, son kilo ve kilo değişimi parametrelerinin değerlendirilmesi

Kilo	Farmakolojik tedavi türü		p
	Nikotin replasmanı	Vareniklin	
	Ort±SS	Ort±SS	
İlk	69,75±15,07	75,37±13,34	^{1a} 0,132
Son	75,56±16,34	79,63±13,24	^{1a} 0,279
Fark (<i>medyan</i>)	5,81±3,67 (5)	4,54±2,37 (4)	^{1b} 0,256
İlk-son p²	0,000*	0,000*	
^{1a} Student t test ^{1b} Mann whitney U test ² Paired samples t test *p<0.05			

Farmakolojik tedavi türleri arasında ilk kiloya göre son kilolarındaki artış miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır .

Farmakolojik tedavi türü nikotin replasmanı ve vareniklin olanlarda; ilk kilo değerlerine göre son kilo değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.000, p:0.000 sırayla).

Tablo 7. Yıllık içilen sigara sayısı ve Fagerstrom skoru ile İlk kilo, son kilo ve kilo değişimi parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Kilo		Yıllık içilen sigara sayısı (paket)	Fagerstrom skoru
İlk	r	0,169	0,078
	p	0,089	0,435
Son	r	0,167	0,131
	p	0,092	0,189
Fark ⁺	r	-0,015	0,335
	p	0,882	0,001*

Pearson korelasyon analizi

⁺Spearman Rho korelasyon analizi

*p<0.05

Fagerstrom skoru ile ilk kiloya göre son kiloda görülen artış miktarı arasında pozitif yönlü, %33.5 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.001).

Tablo 8. Fagestrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme parametrelerinin değerlendirilmesi

		Fagerströme nikotin bağımlılık derecesi			p ¹
		Düşük	Orta	Yüksek	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Kısıtlayıcı yeme	İlk	23,67±4,76	25,15±7,32	21,43±7,9	^{1a} 0,057
	Son	29,33±4,76	26,96±8,45	26,02±8,63	^{1a} 0,633
	İlk-son p ^{2a}	0,040*	0,086	0,000*	
Duygusal yeme (medyan)	İlk	22,67±10,01 (21)	23,56±10,99 (19)	20,02±7,02 (17)	^{1b} 0,515
	Son	23,67±10,31 (21)	25,87±11,87 (22)	24,31±10,41 (21)	^{1b} 0,851
	İlk-son p ^{2b}	0,686	0,030*	0,007*	
Dışsal yeme	İlk	29,67±4,59	26,64±6,6	26,33±5,71	^{1a} 0,464
	Son	31,67±4,18	28,36±6,18	29,6±8,13	^{1a} 0,444
	İlk-son p ^{2a}	0,471	0,085	0,005*	

^{1a}Oneway anova test

^{1b}Kruskal wallis test ^{2a}Paired samples t test

^{2b}Wilcoxon

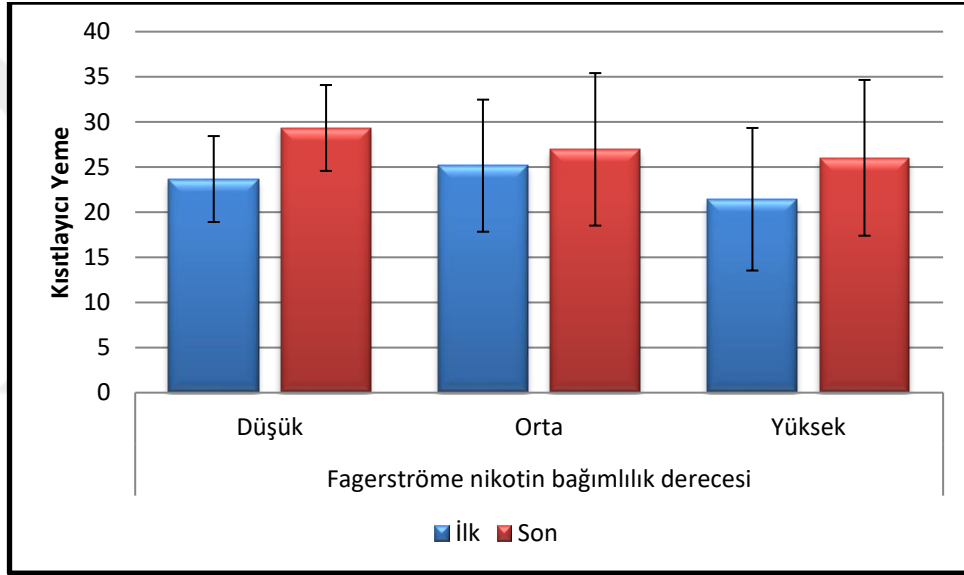
sign

test

*p<0.05

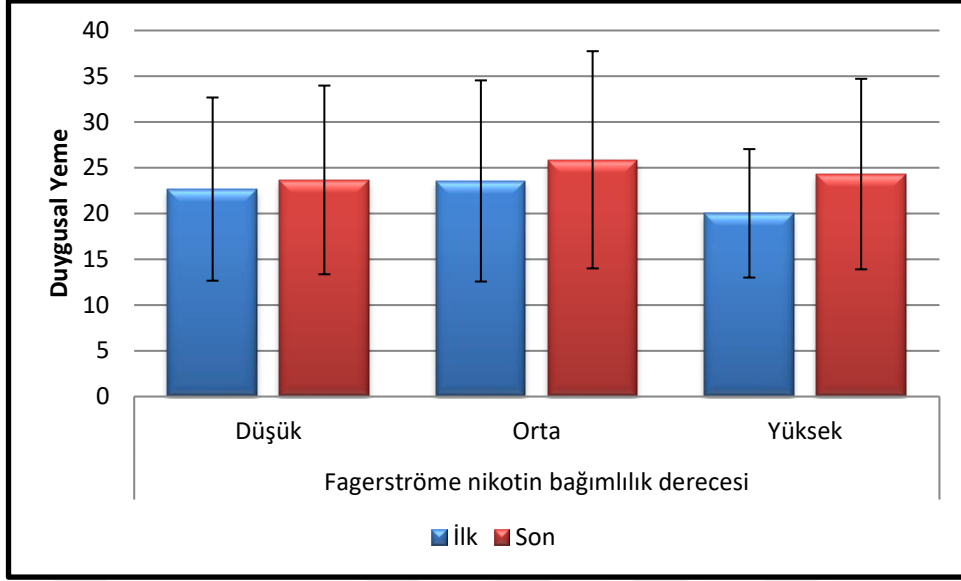
Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi yüksek olanlarda yeme davranışı anketinin üç alt ölçek [kısıtlayıcı (p^{2a} : 0,000), duygusal (p^{2b} : 0,007) ve dışsal yeme (p^{2a} :0,005)] puanları anlamlı şekilde yükselmiştir.

Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi düşük ve yüksek olanlarda; ilk kısıtlayıcı yeme ortalamalarına göre son kısıtlayıcı yeme ortalamalarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıyken (p :0.040, p :0.000 sırasıyla) , orta düzeyde olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir.



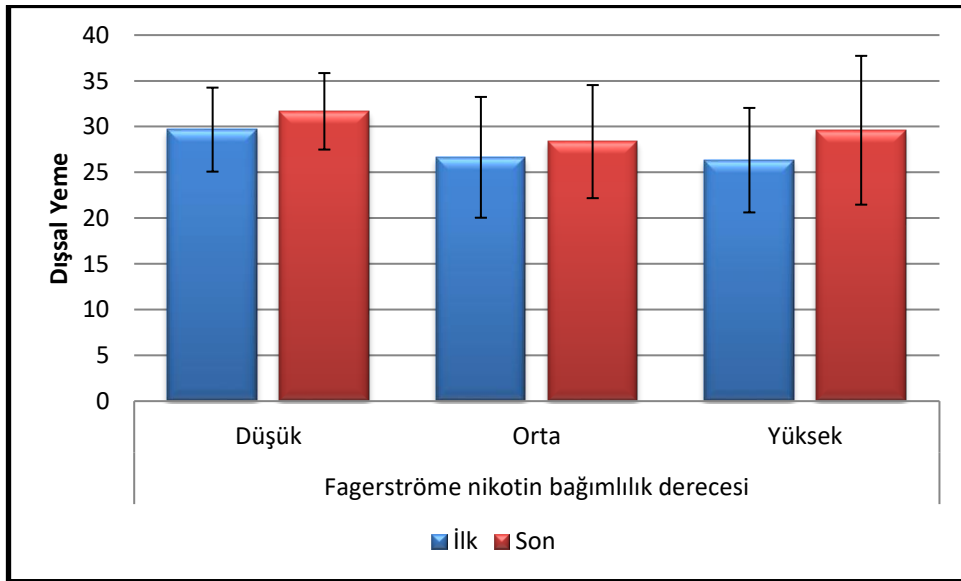
Şekil 3. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son kısıtlayıcı yeme miktarları

Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi düşük olanlarda; ilk duygusal yeme puan ortalamalarına göre son duygusal yeme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemişken fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi orta ve yüksek düzeyde olanlarda; duygusal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p :0.030, p :0.007 sırasıyla).



Şekil 4.Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son duygusal yeme miktarları

Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi düşük ve orta olanlarda; ilk dışsal yeme puan ortalamalarına göre son dışsal yeme ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemişken, fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi yüksek olanlarda; dışsal yeme ortalamalarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.005).



Şekil 5. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecelerine göre ilk ve son dışsal yeme miktarları

Tablo 9. İlk kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		İlk kısıtlayıcı yeme	İlk duygusal yeme
İlk duygusal yeme	r	0,298	1
	p	0,002*	
İlk dışsal yeme	r	-0,120	0,227
	p	0,227	0,021*
Pearson korelasyon analizi		*p<0.05	

İlk kısıtlayıcı yeme puanları ile ilk duygusal yeme puanları arasında pozitif yönlü, %29.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.002).

İlk kısıtlayıcı yeme değerleri ile ilk dışsal yeme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır .

İlk duygusal yeme puanları ile ilk dışsal yeme puanları arasında pozitif yönlü, %22.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.021).

Tablo 10. Son kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		Son kısıtlayıcı yeme	Son duygusal yeme
Son duygusal yeme	r	0,156	1
	p	0,116	
Son dışsal yeme	r	0,047	0,471
	p	0,638	0,000*
Pearson korelasyon analizi		*p<0.05	

Son kısıtlayıcı yeme puanları ile son duygusal ve dışsal yeme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Son duygusal yeme puanları ile son dışsal yeme puanları arasında pozitif yönlü, %47.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.000).

Tablo 11. İlk ve son kilo arasındaki fark ile ilk ve son kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme parametreleri değerleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		Kilo fark	
		r	p
Kısıtlayıcı yeme	İlk	-0,037	0,707
	Son	0,176	0,076
Duygusal yeme ⁺	İlk	0,166	0,093
	Son	0,268	0,006*
Dışsal yeme	İlk	-0,066	0,506
	Son	0,136	0,170
Pearson korelasyon analizi		⁺ Spearman Rho korelasyon analizi	*p<0.05

İlk ve son kilo arasındaki artış miktarı ile son duygusal yeme puanları arasında pozitif yönlü, %26.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p:0.006).

İlk ve son kilo arasındaki artış miktarı ile ilk kısıtlayıcı yeme, son kısıtlayıcı yeme, ilk duygusal yeme, ilk dışsal yeme ve son dışsal yeme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 12. İlk BKİ ile ilk kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

İlk		İlk BKİ
Kısıtlayıcı yeme	r	0,373
	p	0,000*
Duygusal yeme	r	0,182
	p	0,065
Dışsal yeme	r	-0,028
	p	0,782
Pearson korelasyon analizi		*p<0.05

İlk BKİ düzeyleri ile ilk kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif yönlü, %37.3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakla beraber (p:0.000), ilk duygusal ve dışsal yeme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 13. Son BKİ ile son kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Son		Son BKİ
Kısıtlayıcı yeme	r	0,171
	p	0,085
Duygusal yeme	r	0,145
	p	0,143
Dışsal yeme	r	-0,144
	p	0,147
Pearson korelasyon analizi		

Son BKİ düzeyleri ile son kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır .

Tablo 14. Cinsiyetler arasında ve içinde ilk ve son kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme parametrelerinin değerlendirilmesi

		Cinsiyet		p ¹
		Kadın	Erkek	
		Ort±SS	Ort±SS	
Kısıtlayıcı yeme	İlk	26,4±7,08	21,5±7,35	^{1a} 0,001*
	Son	28,58±7,69	25,38±8,58	^{1a} 0,054
	İlk-son p ^{2a}	0,059	0,000*	
Duygusal yeme (medyan)	İlk	24,26±11,86 (20)	20,5±7,22 (17)	^{1b} 0,283
	Son	28,51±13,38 (23)	22,67±8,52 (21)	^{1b} 0,047*
	İlk-son p ^{2b}	0,005*	0,040*	
Dışsal yeme	İlk	25,3±5,51	27,68±6,42	^{1a} 0,052
	Son	29,28±7,26	28,9±6,8	^{1a} 0,787
	İlk-son p ^{2a}	0,000*	0,194	
^{1a} Student t test	^{1b} Mann whitney U test	^{2a} Paired samples t test	^{2b} Wilcoxon	sign test
*p<0.05				

Kadınların ilk kısıtlayıcı yeme puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuşken (p:0.001) son kısıtlayıcı yeme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır .

Kadınlarda ilk kısıtlayıcı yeme puan ortalamalarına göre son kısıtlayıcı yeme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemişken erkeklerde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.000).

Kadınlar ve erkekler arasında ilk duygusal yeme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber kadınların son duygusal yeme puan ortalamaları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.047).

Kadınlarda ve erkeklerde ilk duygusal yeme puan ortalamalarına göre son duygusal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.005, p:0.040 sırasıyla).

Kadınlar ve erkekler arasında ilk ve son dışsal yeme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır .

Kadınlarda ilk dışsal yeme puan ortalamalarına göre son dışsal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıyken ($p:0.000$) , erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim grlmemiştir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamız Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne veri toplama sürecinde başvuran, halen sigara içen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü 103 bireyde gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunun %58,3'ü (n=60) erkekler, %41,7'si (n=43) ise kadın iken olguların yaş ortalaması 38.3 ± 9.28 yıl idi. Ülkemizde sigara bıraktırma ile ilgili yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde 2013 Ankara'da Argüder ve arkadaşlarının yaptığı sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri değerlendiren retrospektif bir çalışmada 400 olgunun %38,75'i kadın, %61,25'i erkekti, yaş ortalamasının 44 yıl olduğu izlenmiştir (54). 2004 yılında Trabzon'da Çan ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğine başvuran bağımlıların başarı sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada ise gerçekleştirilen 226 başvurunun 129 (%57,1)'u erkek, 97 (%42,9)'si kadın olduğu izlenirken bu vakaların yaş ortalaması $37,8 \pm 11,8$ yıl idi (55). 2005 yılında Salepçi ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise 68 olgunun yaş ortalaması $39,71 \pm 11,23$ yıl (19-65) olup 32'si (%47,1) erkek, 36'sı (%52,9) kadındı (56). Çalışmamıza dâhil edilen vakaların yaş ortalamaları diğer çalışmalarla benzerlik göstermekteydi. Yine çalışmamızda erkek katılımcıların kadınlara göre sayısal olarak fazla olması genel nüfustaki erkeklerin sigara kullanımının kadınlara göre fazla olmasıyla açıklanabilir bir durumdur.

Çalışmamızda yaklaşık her beş bireyden biri (%21,4) bekardır. Evli olanlar ise çalışma grubunun %78,6'nı oluşturmaktadır. Hall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran % 70,4 tür(57). Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 76,9'unun evli olduğu görülmüştür (58). Örsel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada olguların % 74,3'ünün evli olduğu ifade edilmiştir (59).

Çalışma grubumuzun %40,0'ı ortaokul ya da altı eğitim düzeyine sahip bireyler oluşturmaktadır. Her on bireyden altısının eğitim düzeyi ise lise veya üstündedir (Tablo 2). Şahbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastaların % 81,3'ünün eğitim durumu lise ve üzeri olarak saptanmıştı (60). Genel olarak sağlık ve yaşam koşullarının iyi olduğu, kişilerin

kendi sağlığına önem verdiği, yasal düzenlemelerle kişilerin sağlıklarının iyi korunduğu yerlerde sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri de iyi bilinmekte ve sigara içme sıklıkları da düşük olmaktadır. Bu açıdan kişilerin eğitim düzeyi önemli bir faktördür (61). ABD’de 4 yıllık kolej eğitimi alanların % 58.9’u hiç sigarayı denememişken, daha az eğitim almış grupta % 43.3 olarak bulunmuştur (62,63). Ancak sigara içme davranışının toplumsal bir norm olarak kabul gördüğü ülkemizde her eğitim seviyesinde sigara içme sıklıkları yüksek bulunmaktadır (64).

Çalışmamızda katılımcıların sigaraya başlama yaşının ortalama $17\pm4,39$ olduğu görüldü. 20 yaşından önce sigaraya başlayanlarda tiryaki olma olasılığı yüksek olduğu için adölesan dönemde sigara içmeyi deneme büyük oranda bağımlılığa dönüşmekte, daha zor sigarayı bırakabilmekte ve ömür boyu sigara bağımlısı haline gelmektedir. Tütün endüstrisi bunun farkında olduğundan uzun süreli kaynak oluşturmak için reklamlarında özellikle gençleri hedef almaktadır (65). Yapılan çeşitli araştırmalarda gençlerde sigaraya başlama yaşının 11-18 yaşları arasında olduğu bulunmuştur (66,67). Yapılan tüm araştırmalar göstermektedir ki sigara kullanımını azaltmak için özellikle gençlerin sigaraya başlamasının nlenmesine yönelik çalışmalara önem verilmeli ve gençlerin sigarayı denemesi engellenmelidir.

Çalışmamızdaki olguların başvuru kiloları ortalama $74,5\pm13,7$ idi. Ayrıca başvuru anındaki BKİ’leri $26,11\pm4,2$ idi. Bizim bulgularımızla kıyaslandığında başvuru sırasındaki BKİ açısından farklı veriler gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Komiyama ve ark. tarafından yapılan sigara bırakma sonrası kilo alımını araştıran bir çalışmada Japon katılımcıların ortalama BKİ’leri $23,5\pm3,6$ bulunmuştur (68). Bu durum Japonya’da obesite prevalansının dünya ortalamasının çok altında olmasıyla aıklanabilse de konunun daha derin araştırılmaya ihtiyaç gösterdiği açıktır. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde postmenopozal dönemdeki kadınların sigara bırakma dönemindeki kilo değişimin değerlendirildiği yurtdışı bir çalışmada ise olguların ortalama başlangıç kiloları $72,2 \pm 16,4$, BKİ’leri ise ortalama $27,4 \pm 5,7$ olarak saptanmıştır (69). Yurtdışında yine postmenopozal kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise vakaların başlangıç kilo ortalamaları $71,9 \pm 13,8$, BKİ

ortalamaları ise $27,15 \pm 5,1$ olduğu izlenmiştir (70). Sigara bırakma sonrası kilo alımını etkileyen faktörleri inceleyen bir başka çalışmada ise tüm katılımcıların ortalama kiloları $79,1 \pm 16,8$ olarak bulunmuştur (71).

Katılımcıların sigara kullanım özelliklerine bakıldığında tüm katılımcılar sigara kullanım süresi $21,3 \pm 10$ yıl olup günlük sigara kullanım miktarına bakıldığında katılımcıların ortalama günlük $26,07 \pm 11,11$ dal sigara tükettiği görülmüştür. Sigara bırakma tedavilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise bizim bulgularımıza benzer bir şekilde tüm vakaların sigara kullanım süreleri $21,8 \pm 10,5$ yıl olarak, günlük içilen sigara sayısının da ortalama $25,0 \pm 11,2$ olduğu saptanmıştır (59). Durusoy ve arkadaşlarının 2012’de gerçekleştirdikleri çalışmada ise bulgularımızdan farklı olarak günlük içilen sigara sayısı ortalama $21,6 \pm 11,7$ dal bulunmuştur (72). Sigara bırakma tedavileri ile ilişkili yakınmaları değerlendiren bir çalışmanın katılımcılarının ise $19,8 \pm 11,6$ yıl sigara kullandığı görülmüştür (73). Eroğlu ve ark. ise sağlık çalışanları üzerine yaptıkları bir çalışmada ise sigara kullanım süresi $17,78 \pm 9,79$ yıl olarak tespit etmişlerdir. Bu süre bizim bulgularımızdan dört yıl daha kısadır (74).

Çalışmamıza dâhil edilen katılımcılar ortalama $23,02 \pm 13,24$ paket/yıl sigara kullanmışlardır. Ülkemizde yapılan sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada sigara kullanım miktarı $35,36 \pm 21,30$ paket/yıl olarak bulunmuştur (75). Sigara bırakmada etkili olan faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada ise çalışmamıza benzer olarak sigara kullanım miktarı 23 paket/yıl olarak bulunmuştur (76). Demir ve ark.’nın sigara bırakma polikliniklerinin sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında tüm vakaların sigara kullanım miktarını $32,86 \pm 26,74$ paket/yıl olarak bulmuş olup bizim çalışmamızdan çok daha yüksek sigara kullanım miktarına sahipti (77).

Çalışmamızda tüm katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyinin gösteren FNBT skorları $6,85 \pm 2,04$ puan bulunmuştur. Katılımcıların 42’si (%40,8) yüksek düzeyde nikotin bağımlılığına sahipken, 55’i (%53,4) orta düzeyde, 6’sı (%5,8) ise düşük düzeyde bağımlılığa sahiptir. Çan ve ark. kendi sigara bırakma polikliniği sonuçlarını

değerlendirdikleri çalışmalarında FNBT bağımlılık düzeyini $5,4 \pm 2,0$ puan olarak bulunmuşlardır (73). Karadağ ve ark.'nın nikotin bağımlılığı düzeyinin sigara bırakma üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada bağımlıların %5,06'sı düşük, %31,18'i orta, %63,76'sı ise yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu görülmüştür (78).

Çalışmamızdaki katılımcıların ilk üç ayda BKİ $1,61 \text{ kg/m}^2$ artış olurken Sigara kullanım durumu ve BKİ arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada ise sigarayı bırakamayanlara göre sigarayı bırakan katılımcıların benzer şekilde BKİ'leri $1,4 \text{ kg/m}^2$ daha fazla bulunmuştur (79).

Çalışmamızda tüm katılımcılar değerlendirildiğinde ilk kilolarına göre ilk üç ayda ortalama $4,74 \pm 2,63 \text{ kg}$ almıştır (Tablo 2). Benzer şekilde bir meta-analize göre sigara bırakma sonrası tüm olgular ilk yılda ortalama $4,67 \text{ kg}$ kilo almaktadırlar (80). Sigara bırakanlarda kilo değişimi üzerine etkili faktörleri araştıran bir başka çalışmada tüm katılımcılar 1 yıl sonunda ortalama $5,1 \text{ kg}$ almışlardır (71). Kızık ve ark. yaptığı çalışmada sigara bırakılması sonrası 1 yıllık süreçte ortalama $4,5 \text{ kg}$ almışlar (81). Yapılan çalışmalarda genel olarak 1 yıllık süreçteki kilo alımları gözlemlenmiş olup 3 aylık sigara bırakma sürecini gösteren çalışmamızda da benzer kilo alımları gerçekleşmiştir.

Çalışmamızda kilo değişimini olası etkileyen faktörlere baktığımızda yaşam boyu sigara kullanım miktarı (paket/yıl) ile kilo değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememişken nikotin bağımlılık düzeyi ile anlamlı ilişki görüldü (Tablo 7: Fagerstrom skoru ile ilk kiloya göre son kiloda görülen artış miktarı arasında pozitif yönlü, %33.5 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.001$)). Bağımlılık derecesi yüksek olanların ilk kiloya göre son kilolarındaki artış miktarı, bağımlılık derecesi düşük ve orta düzeyde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p_1:0.018$; $p_2:0.012$). Bağımlılık derecesi düşük ve orta düzeyde olanlar arasında ilk kiloya göre son kilolarındaki artış miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 5). Benzer şekilde sigara bırakma tedavisi sırasındaki kilo değişimini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmadaki fagerstrom bağımlılık

düzeının sigara bırakma sonrası BKİ artışıyla kuvvetle ilişkili olduğu bulunmuş olup fagerstrom bağımlılık düzeyi değışkenlerden en güçlüsüymüş. Aynı çalışmada nikotin bağımlılık düzeyleri 7 ve altı, 8 ve üstü olmak üzere iki gruba ayrıldığında her iki grupta da kilo artışı görölmekle birlikte bizim çalışmamıza benzer şekilde 7 ve altında artış daha azken 8 ve üzerinde gerçekleşen kilo artışı daha fazlaydı (68). Bir diğerk çalışmada ise günlük sigara kullanım miktarı ve nikotin bağımlılığının uzun dönemde kilo değışimi üzerine etkisi anlamlı bulunmuş (71). Bir başka çalışmada yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı ile kilo artışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (82).

Çalışmamızda uygulanan sigara bıraktırma tedavi yöntemlerine göre kilo değışimi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır(Tablo 6). Sigara bırakma sonrası kilo alımını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada NRT kullananlar ile Vareniklin kullananlar karşılaştırıldığında uygulanan yöntemler ile kilo değışimi arasında anlamlı bir ilişki görölmemiştir (68). Bir meta-analizde Vareniklin kullananların bir yıl sonunda NRT uygulananlarla benzer oranlarda kilo artışı olmuştur(80). Katılımcıların kilo değışimlerini etkileyen faktörleri değerlendiren bir çalışmada uygulanan tedavi yöntemi ve tedavi süresiyle kilo değışimi arasında anlamlı bir ilişki görölmemiştir (71).

Fagerstrom nikotin bağımlılık dereceleri ile ilk ve son kısıtlayıcı yeme skorlarındaki değışim arasında anlamlı ilişki olmamakla birlikte genel olarak kısıtlayıcı yeme skorları artmıştır. Yine aynı şekilde fagerstrom nikotin bağımlılık dereceleri arasında ilk ve son duygusal yeme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ama orta ve yüksek bağımlı olanların duygusal yeme puanlarındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır. Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi yüksek olanlarda ilk dışsal yeme puan ortalamalarına göre son dışsal yeme ortalamalarında görölen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.005). Bu bulgular ışığında 3 alt yeme ölçeğinden oluşan Hollanda yeme ölçeğı anketi bize sigara bırakılması sonrası kilo alımını destekler şekilde hastaların yeme davranışlarının olumsuz yönde değıştiğini göstermiştir.

İlk BKİ düzeyleri ile ilk kısıtlayıcı yeme puanları arasında pozitif yönlü, %37.3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p:0.000$). Bu durum bize kilolu kişilerin daha fazla kilo almamak için yediklerini kısıtlama ihtiyacında olduklarını göstermektedir. Benzer şekilde yapılan araştırmalarda obez bireylerin gıda alımını kısıtlama uğraşı içinde olduğu gözlemlenmiştir (37). İlk BKİ düzeyleri ile ilk duygusal ve dışsal yeme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Başka bir çalışmada Alman popülasyonunda obezlerin duygusal ve dışsal puanlarının hafif şişmanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (83).

Kadınların ilk kısıtlayıcı yeme puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.001$). Benzer durum Nagl ve ark.'nın yaptığı çalışmada, DEBQ puanları ile BKİ, cinsiyet ve yaş arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Kadınların erkeklere göre kısıtlayıcı yeme puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (80).

Kadınlar ve erkekler arasında ilk duygusal yeme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kadınlarda ve erkeklerde ilk duygusal yeme puan ortalamalarına göre son duygusal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı ($p:0.005$, $p:0.040$ sırasıyla) olmakla beraber kadınların son duygusal yeme puan ortalamaları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p:0.047$). Benzer şekilde Nagl ve ark.'nın yaptığı çalışmada da kadınların duygusal yeme puanları yüksek bulunmuştu. Bu ve benzer çalışmalarda da kadınların genel olarak erkeklere göre duygusal yeme puanları yüksek bulunmuş olup bu durum zorlu ve strestli sigara bırakma sürecinde de olduğu gibi kadınların olumlu/olumsuz duygu durumlarından daha çok etkilendiğinin kanısını doğurmaktadır.

Çalışmamızda kadınlar ve erkekler arasında ilk ve son dışsal yeme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber kadınlarda ilk dışsal yeme puan ortalamalarına göre son dışsal yeme puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0.000$). Burton ve ark.'nın

yaptığı yeme davranışının çevresel faktörlerle etkileşimi incelenmesi çalışmasında da kadınlarda erkeklere göre dışsal yeme puanı daha yüksek bulunmuştur (45). Çalışmamızda tüm katılımcıların ortalama dışsal yeme puanı anlamlı şekilde artmış olup bu durumu sigara bırakılması sonrası ağızda ve burundaki tat ve koku reseptörlerin daha aktifleşmesine yorumlayabiliriz.

Sonuç olarak sigara bırakılması sonrası kilo ve yeme davranışındaki değişimleri tanımlayıcı çalışmamızda bireyler anlamlı şekilde kilo almakta ve olumsuz yönde duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışları bozulmaktadır.

Ülkemizde ve dünyada sigara bırakılması sonrası benzer ölçekle yapılmış yeme davranışındaki değişimi tanımlayan çalışma bulunmamakta olup bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Bulgularımızın ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalara yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PloS Med 2006;3(11):e442. doi:10. 1371/journal.pmed.0030442
2. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global StatusReport.Geneva,2010.http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (ErişimTarihi:25.05.2015).
3. Argüder E., Hasanoğlu H., Ayşegül Karalezli, Hatice Kılıç, Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler, Tuberk Toraks 2012; 60(2): 129-135
4. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al., Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. JAMA; 261:49-55
5. US Public Health Service Report., A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 199-208; 2000
6. Tunç Z, Şahin E., Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler Edirne,2007, Uzmalık Tezi
7. Kmetova A., Kralikova E., Stepankova L., Zvoliska K., Blaha M., Sticha M., Bortliczek Z., Schroeder D.R., Croghan I.T., Factors associated with weight changes in successful quitters participating in a smoking cessation program, Addictive Behaviors 39 (2014) 239–245
8. Komiyama M., Wada H., Ura S., Yamakage H., SatohAsahara N., Shimatsu A., Koyama H., Kono K., Takahashi Y., Hasegawa K., Analysis of Factors That Determine Weight Gain during Smoking Cessation Therapy, Plosone August 2013Volume 8 Issue8
9. Ganley RM. Emotion and Eating in Obesity A Review of The Literature. Int J Eat Disord. 8(3): 343-361, 1989.
- 10.Evers C, Stok M, Danner U, Salmon S, Ridder D, Adriaanse M. The Shaping Role Of Hunger On Self Reported External Eating Status, Appetite. 57 (2):318–32, 2011.
11. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic And Hedonic Signals Interact İn The Regulation Of Food İntake, J Nutr. 139: 629–632, 2009.
12. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: A New Dimension Of Appetite, Physiol Behav. 91: 432-439, 2007.
- 13.Prof. Dr. Y. İzzettin Barış .Tütün kullanımının tarihçesi , Türk Toraks Derneği http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHCESİ-I_Barış.pdf (Erişim tarihi: 19.12.2016)

14. The mPOWER Package. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/ (Erişim tarihi: 26.12.2016)
15. Akan H, Hayran O, Özcan M, Acar U. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Aile Hek Derg, 2010;14(2):71-76.
16. Bilir N. Türkiye'de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü Ve Yarını Ertem Ve Ark. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu,2012.
17. Pekel Ö. Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yeniden Başlamaya Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir, 2012, Uzmanlık Tezi.
18. Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi Klinik Psikiyatri 2013;16:110-119.
19. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC
20. Demir T. Sigara Bağımlılığı. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231 -238.
21. Uysal MA., Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG.,Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability İn A Turkish Sample And Factor Analysis. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-121.
22. Uzaslan E., Sigarayı Bırakma Yöntemleri, STED 2003 cilt 12/sayı 5, S:166-167
23. Şahbaz S., Kılınç O., Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri, sted 2005 cilt 14/sayı 5: S 98
24. Demir T., Sigara Bağımlılığı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:231-238
25. Basharut A. Syed And Kritika Chaudhari. Smoking Cessation Drugs Market. Nature Reviews, Drug Discovery. Volume 12 February 2013.
26. Schroeder SA. How Clinicians Can Help Smokers to Quit. JAMA, October 17, 2012;308(15).
27. TC. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010
28. Uzaslan E., Sigarayı Bırakma Yöntemleri, STED 2003 cilt 12/sayı 5, S:166-167
29. Ülger F. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. 3.Astım & Rinit Günleri 5–8 Mart 2009, KKTC.
30. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005;53(4):354-361

31. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S.Department .of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008,
32. Akçay Ş. Ve Ark. Tütün Kontrolü Ve Sigara Bırakma Tedavisi, Turk Toraks Derneği, 2013
33. Özge C. Ve Ark. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, 2014, s29-30
34. Akvardar Y ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012.
35. Ergün H. Duygusal Yeme, Sağlık ve İnsan Dergisi, 2016. (Erişim: <http://www.saglikveinsandergisi.com/wp> , Erişim tarihi: 01.06.2017)
36. Macht M. How Emotions Affect Eating: Afiveway Model, Appetite. 50:1-11, 2008.
37. Sevinçer G, Konuk N. Emosyonel Yeme, J Mood Disord. 3(4):171-178, 2013
38. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating Style, Overeating and Overweight in A Representative Dutch Sample: Does External Eating Play A Role, Appetite. 52: 380-387, 2009.
39. Özenoğlu A, Ünal G. Açlık ve Şiddet, Samsun Sağlık Yüksekokulu, MÜSBED. 5(2):115122, 2015.
40. Panduro A, Iñiguez IR, Villegas MS, Roman S. Genes, Emotions and Gut Microbiota: The Next Frontier For The Gastroenterologist, World J Gastroenterol. 23(17): 303–304, 2017
41. Polivy J. What’s That You’re Eating? Social Comparison and Eating Behavior, J Eat Disord. 5:18, 2017.
42. Vartanian LR, Herman CP, Polivy J. Consumption Stereotypes and Impression Management: How You Are What You Eat, Appetite. 48:265–77, 2007.
43. Koski M, Naukkarinen H. Severe Obesity, Emotions and Eating Habits: A Case Control Study, BMC Obes. 7;4:2, 2017.
44. Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA. Eating Behavior Correlates Adult Weight Gain and Obesity in Healthy Women Aged 55-65y, Am J Clin Nutr. 75: 476-483, 2002.
45. Burton P, Smith H, Lightowler H. J. The Influence Of Restrained and External Eating Patterns On Overeating, Appetite. 49:191- 197, 2007.

- 46.Bozoklu G. Edirne Kent Nüfusunda Yeme Davranışı ve Etkileyen Faktörler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2014. (Erişim:<http://dspace.trakya.edu.tr/jspui/bitstream/1/1868/1/0126468.pdf> (Erişim tarihi: 02.06.2017.)
47. Elfhag K, MoreyLC. Personality Traits and Eating Behavior İn The Obese: Poor Selfcontrol in Emotional and External Eating But Personality Assets in Restrained Eating, *Eat Behav.* 9: 285-293, 2008.
48. Arévalo RV, Aguilar XL, Tellez-Girón MTO, Mancilla-Diaz JM, Eating Disorders Diagnostic: From The DSM-IV to DSM-5, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (6):2 108–120, 2015.
49. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı Anketinin (DEBQ) Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması (Tez), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Programı. 2009.
50. Sato W, Sawada R, Kubota Y, Toichi M, Fushiki T, Unconscious Affective Responses to Food, *J List PLoS One.* 11(8), 2016.
51. Spence C, Okajima K, Cheok AD, Petit O, Michel C. Eating With Our Eyes: From Visual Hunger To Digital Satiation, *Brain Cogn.* 110:53–63, 2016.
52. Maxwell AL, Loxton NJ, Hennegan JM. Exposure To Food Cues Moderates The İndirect Effect Of Reward Sensitivity and External Eating Via Implicit Eating Expectancies, *Appetite.* 111:135–141, 2017.
53. Bodenlos JS, Wormuth BM. Watching A Food Related Television Show and Caloric Intake. A Laboratory Study, *Appetit.* 61:8–12, 2013.
- 54.Argüder E. Ve Ark., Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler, *Turk Toraks Derg* 2013; 14: 81-7
- 55.ÇAN G., ÖZTUNA F., ÖZLÜ T., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 69-74).
56. Salepçi B., Fidan A., Oruç Ö., Torun E., Çağlayan B., Kader Ş.N., Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başlarında Etkili Faktörler, *Toraks Dergisi* Cilt 6, Sayı 2 • Ağustos 2005

- 57.Hall et al. Treatment for Cigarette Smoking Among Depressed Mental Health Outpatients: A Randomized Clinical Trial American Journal of Public Health | October 2006;96:10.
- 58.Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne-2008, Uzmanlık Tezi.
- 59.Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı Bırakmada Nikotin Replasman Tedavisi Ve Davranış Eğitimi Yöntemlerinin Karşılaştırılması: Doğal İzlem Çalışması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2005;53(4):354-361.
- 60.Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. Toraks Dergisi 2007; 8(2): 110-114.
61. Çan G. Sigara Epidemiyolojisi. : Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa; 2002: 49-58.
62. Centers for Disease Control: Surveillance for selected tobacco use behavior- United States 1990-1994. MMWR 1994;43(SS 3).
63. Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults-United States, 1995. MMWR 1997; 46:1217-1220.
64. Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesinde kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi 2005; 6: 144-150.
- 65.Özlü T, Gençlik ve Sigara. İn: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık, Bursa 2002;74-84.
66. Ceylan E, Yanık M, Gencer M. Harran Üniversitesinde kayıt yaptıran öğrencilerin sigaraya karşı tutumlarını etkileyen faktörler. Toraks Dergisi 2005; 6:144-150.
67. Ögüş C, Özdemir T, Kara A ve ark. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları. Akciğer Arşivi 2004; 5:131-142.
68. Komiyama M., Wada H., Ura S., Yamakage H., SatohAsahara N., Shimatsu A., Koyama H., Kono K., Takahashi Y., Hasegawa K., Analysis of Factors That Determine Weight Gain during Smoking Cessation Therapy, Plosone August 2013Volume 8 Issue8
- 69.Alicia M. Allen, Alison Kleppinger b, Harry Landoc, Cheryl Oncken d Effect of nicotine patch on energy intake and weight gain in postmenopausal women during smoking cessation, Eating Behaviors 14 (2013) 420–423
70. Sharon S. AllenT, Dorothy Hatsukami, Dawn M. Brintnell, Tracy Bade, Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: A

randomized controlled trial of postmenopausal female smokers, *Addictive Behaviors* 30 (2005) 1273–1280

71. Kmetova A., Kralikova E., Stepankova L., Zvolaska K., Blaha M., Sticha M., Bortlicek Z., Schroeder D.R., Croghan I.T., Factors associated with weight changes in successful quitters participating in a smoking cessation program, *Addictive Behaviors* 39 (2014) 239–245

72. Durusoy R Davas A, Dezavantajlı bir grupta işyerinde sigarayı bırakma programının bir yıllık sonuçları, *Ege Journal of Medicine* 2012;51(3):143-150)

73. ÇAN G., ÖZTUNA F., TOPBAŞ M., Complaints related to smoking cessation, *Tüberkuloz ve Toraks Dergisi* 2007; 55(4): 364-369

74. Eroğlu S., İstanbul’da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler, *İstanbul Med J* 2013; 14: 170-4).

75. Aytemur Solak Z., Gündüz Telli C., Erdinç E., Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları, *Toraks Dergisi*, 2003;4(1):73-77

76. Yaşar ve Ark. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler, *Eurasian J Pulmonol* 2014; 16: 99-104

77. Demir T., Tutluoğlu B., Koç N., Bilgin L., Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 63-68

78. Karadağ M. ve Ark., Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi, *Yeni Tıp Dergisi* 2011;29(1):27-31).

79. Munafò, M. R., Tilling, K., & Ben-Shlomo, Y. Smoking status and body mass index: A longitudinal study. *Nicotine & Tobacco Research*, 2009; 11, 765–771. doi:10.1093

80. Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P., Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012;345: e4439.)

81. Kıdık E., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 yıllık süreçte sigara bırakma durumları ,Ankara-2017, Uzmanlık Tezi

82. Chiolero A., Jacot-Sadowski I., Faeh D., Paccaud F., Cornuz, J., Association of cigarettes smoked daily with obesity in a general adult population. *Obesity Silver Spring* 2007, 15, 1311–1318

83. Nagl M., Hilbert A., Zwaan M., Braehler E., Kersting A. The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms, *Journal List Plus One*. 11(9), 2016.

EKLER

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 68

Tarih: 13.06.2018

Konu: Onay yazısı

Sayın Okcan BASAT;

“ Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigarayı Bırakmanın Kilo ve Yeme Davranışı Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi “çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Elife KIMILOĞLU
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK 2.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi:

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz ?

- a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dk. içinde (3)
- b. 6-30 dk. içinde (2)
- c. 31-60 dk. içinde (1)
- d. 1 saatten fazla (0)

2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin: otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a. Evet (1)
- b. Hayır (0)

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir ?

- a. Sabah içtiği ilk sigara (1)
- b. Diğer herhangi bir (0)

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 10 adet veya daha az (0)
- b. 11-20 adet (1)
- c. 21-30 adet (2)
- d. 31 ve daha fazlası (3)

5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a. Evet (1)
- b. Hayır (0)

6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirirken neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a. Evet (1)
- b. Hayır (0)

Farmakolojik tedavi: () Evet () Hayır

() Nikotin replasmanı () Bupropion () Vareniklin

Yeme Alışkanlıkları Anketi (DEBQ)

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 yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada 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 yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye 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 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 yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman 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 sıkkın olduğunda 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 görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada 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 fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın 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 hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○

* 31 numaralı madde ters sorudur.

EK 3: Özgeçmiş

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ali Erman KILLI

Doğum yeri ve tarihi: Adana / 09.12.1988

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi: S.B.U Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

E-posta adresi: aliermankll@gmail.com

Tel: 0505 386 4287

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistanlığı
(şubat 2016-halen)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (2007-2015)

III- Ünvanları: Uzmanlık öğrencisi doktor

IV- Mesleki Deneyimi

Sivas Altınyayla İlçe Devlet Hastanesi, Acil Servis (2015-2016)

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
(Mart 2016-halen)