



T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü



SİGARAYI BIRAKMA SÜRECİNDE SIK KARŞILAŞILAN
SİNDİRİM SORUNLARININ, BİREYLERİN BEDEN
KÜTLE İNDEKSLERİNİN VE AŞERME DÜZEYLERİNİN
BESLENME İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Münevver Başak ONAT

Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı

İzmir

(2019)

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SİGARAYI BIRAKMA SÜRECİNDE SIK KARŞILAŞILAN
SİNDİRİM SORUNLARININ, BİREYLERİN BEDEN
KÜTLE İNDEKSLERİNİN VE AŞERME DÜZEYLERİNİN
BESLENME İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Münevver Başak ONAT

Danışman

Doç. Dr. Görkem Yararbaş

Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı

Madde Bağımlılığı Tezli Yüksek Lisans Programı

İzmir

(2019)

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Anabilim Dalı : Madde Bağımlılığı


Program : Tezli Yüksek Lisans


Tez Konusu : Sigarayı Bırakma Sürecinde Sek Karşılıklı Sindirim Sorunlarının Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşırı Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi


Danışman : Doç. Dr. Görkem Yarıbağ

Tezi Hazırlayan : Münevver Başak Onat

Değerlendirme Kurulu Üyeleri :

Adı Soyadı : Doç. Dr. Görkem Yarıbağ 

Başkan(Danışman) : Doç. Dr. E. Ergül Taşkın 

Üye / İmza : Doç. Dr. Halı Hassay 

Üye / İmza :

Üye / İmza :

Tezin Kabul Edildiği Tarih : 26.08.2019

ÖNSÖZ

Sigara bırakma süreci, fizyolojik ve psikolojik yönden zorlayıcılıkları olan bir süreç. Bu çalışmanın; sigara bırakma sürecinde yaşanan sorunlardan sindirim ve beslenme ilgili olanlarının daha net saptanmasına katkı sağlamasını ve gelecekte bu alanlarda yapılabilecek iyileştirmelere adım olabilmelerini umuyorum. Ayrıca sonuçların madde kullanım bozuklukları ile yeme alışkanlıkları arasında bir ilişki kurulmasına yardım ederek; yeme/gıda bağımlılığı gibi yeni sayılabilecek bir alana da biraz da olsa ışık tutabilmesini temenni ediyorum.

İzmir, 2019

Münevver Başak ONAT

Özet

Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunlarının, Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşerme Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi

Bu araştırmanın konusu; sigarayı bırakma sürecinde sık karşılaşılan sindirim sorunlarının, bireylerin beden kütle indekslerinin ve aşerme düzeylerinin beslenme ile ilişkisinin incelenmesidir. Bu kapsamda Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 87 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler anket formları yardımıyla toplanmıştır. Kabızlık, kilo alma ve aşerme şikayetleri bu çalışmada sigara bırakma sürecinde görülen şikayetlerdir. Bu şikayetlerin besin gruplarının tamamının tüketiminde genel önerilere uymakla azaldığına dair bir bulgu elde edilememiştir. Sağlıklı ve dengeli beslenme için önerilenden daha fazla miktarda tahıl ürünü tüketiminin kabızlığı azalttığı, daha fazla yağ tüketiminin ise kabızlığa neden olduğu, ayrıca daha fazla yağ tüketiminin düşük aşerme düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: sigara; nikotin; beslenme; kabızlık; kilo; aşerme

Abstract

Examination of the Common Digestion Problems, Body Mass Indexes and Cravings and Their Relation With Nutrition in the Process of Smoking Cessation

The subject of this research is to examine the relationship between nutrition and digestive problems, body mass indexes and craving levels in the process of smoking cessation. This study was conducted with 87 patients who applied to the Ege University Institute on Drug Abuse, Toxicology and Pharmaceutical Science Smoking Cessation Polyclinic. Data were collected with survey forms. Constipation, weight gain and craving complaints are the complaints seen in the smoking cessation process in this study. There was no evidence that these complaints were reduced by following general recommendations about consumption of all food groups. It was seen that consumption of more cereal products than recommended for healthy and balanced diet reduces constipation. Also more fat consumption than recommended causes constipation and it is associated with lower craving levels.

Keywords: smoking; nicotine; nutrition; constipation; weight; craving

İçindekiler

Özet.....	I
Abstract.....	II
İçindekiler.....	III
Tablolar Dizini.....	VII
Kısaltma Listesi.....	VIII
1.Giriş.....	1
1.1 Araştırmanın Konusu.....	1
1.2 Araştırmanın Problemi.....	1
1.3 Araştırmanın Sorusu.....	2
1.4 Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.5 Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
1.7 Tanımlar.....	3
1.8 Araştırmanın Amacı.....	4
2. Genel Bilgiler.....	5
2.1 Tütün ve Sağlık İlişkisi.....	5
2.2 Tütün Epidemiyolojisi.....	5
2.3 Tütün Kullanım Bozukluğu.....	5
2.4 Nikotin.....	6
2.5 Sigara Bırakma Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar.....	8
2.6 Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunları.....	9

2.7 Sigarayı Bırakma Sürecinde Beden Kütle İndeksi.....	10
2.8 Tütün ve Aşerme.....	11
2.9 Beslenme ve Fiziksel Aktivite	12
3. Gereç ve Yöntem.....	15
3.1 Araştırmanın Tipi.....	15
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	15
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.4 Araştırmanın Değişkenleri.....	16
3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	16
3.4.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	16
3.5 Veri Toplama Yöntemi.....	17
3.5.1 Veri Toplamada Kullanılan Anket Formları ve Ölçekler.....	17
3.5.1.1 Demografik Veriler Formu.....	17
3.5.1.2 Sağlıklı Beslenme Anket Formu.....	19
3.5.1.3 Sigara İçme Arzusu Ölçeği.....	19
3.6 Kullanılan Gereçler.....	20
3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	20
3.8 Süre ve Olanaklar.....	20
3.9 Etik Açıklamalar.....	20
4. Bulgular.....	22
4.1 Demografik Bilgiler Formu Bulguları.....	22
4.2 Sağlıklı Beslenme Anketi Bulguları.....	29
4.3 Sigara İçme Arzusu Ölçeği Bulguları.....	32

4.4 Değişkenlerin Kabızlık Puanına Etkisi.....	32
4.5 Değişkenlerin BKİ ve Kilo Değişimine Etkileri.....	39
4.6 Değişkenlerin Sigara İçme Arzusu Ölçeği Puanı'na Etkisi.....	51
5. Tartışma.....	59
5.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	59
5.2 Katılımcıların Hastalık Durumları, İlaç ve Takviye Ürün Kullanımları.....	59
5.3 Katılımcıların Günlük Hayatta Kabızlık Yaşama Durumları.....	60
5.4 Katılımcıların Sigara Tüketim Durumları.....	60
5.5 Katılımcıların Farmakolojik Tedavileri.....	61
5.6 Katılımcıların Yaşadıkları Yan Etkiler.....	61
5.7 Katılımcıların Sigara Bırakma Döneminde Yaşadıkları Kabızlık.....	62
5.8 Katılımcıların Sigarasız 1 Ay Sonrası BKİ Değişimleri.....	63
5.9 Katılımcıların Sigarasız 1 Ay Sonrası Kilo Değişimleri.....	64
5.10 Katılımcıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumları.....	64
5.11 Katılımcıların Aşerme Düzeyleri.....	66
5.12 Katılımcıların Kabızlık Puanlarını Etkileyen Etmenler.....	66
5.13 Katılımcıların BKİ ve Kilo Değişimlerini Etkileyen Etmenler.....	68
5.14 Katılımcıların Aşerme Düzeylerini Etkileyen Etmenler.....	70
6. Sonuç ve Öneriler.....	72
7. Kaynaklar.....	73
Ek-1 Demografik Bilgiler Formu.....	
Ek-2 Sağlıklı Beslenme Anketi.....	
Ek-3 Sigara İçme Arzusu Ölçeği.....	

Ek-4 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....

Ek-5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....

Teşekkür.....

Özgeçmiş.....



Tablolar Dizini

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	22
Tablo 2: Katılımcıların Hastalık Durumu, İlaç ve Takviye Ürün Kullanımı....	23
Tablo 3: Katılımcıların Günlük Hayatta Kabızlık Yaşama Durumları.....	24
Tablo 4: Katılımcıların Sigara Kullanımları.....	25
Tablo 5: Katılımcıların Farmakolojik Tedavileri.....	26
Tablo 6: Katılımcıların Kabızlık Dışındaki Yan Etkileri Yaşama Durumu.....	26
Tablo 7: Katılımcıların Sigara Bırakma Döneminde Kabızlık Yaşama Durumu.....	27
Tablo 8: Katılımcıların Kilo ve Beden Kütle İndeksleri.....	28
Tablo: 9 Katılımcıların 1 Ay Sonunda Beden Kütle İndekslerinin Değişimi.....	28
Tablo 10: Katılımcıların FTND Puanları.....	29
Tablo 11: Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumları.....	30
Tablo 12: Katılımcıların Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar...32	
Tablo 13: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Kabızlık Puanına Etkisi.....	34
Tablo 14: Diğer Değişkenlerin Kabızlık Puanına Etkisi.....	37
Tablo 15: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Bki Değişimine Etkisi.....	40
Tablo 16: Diğer Değişkenlerin BKİ Değişimine Etkisi.....	43
Tablo 17: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Kilo Değişimine Etkisi.....	46
Tablo 18: Diğer Değişkenlerin Kilo Değişimine Etkisi.....	49
Tablo 19: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Sigara İçme Arzusu Puanına Etkisi.....	53
Tablo 20: Diğer Değişkenlerin Sigara İçme Arzusu Üzerine Etkisi.....	56

Kısaltma Listesi

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)

Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC)

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association-APA)

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM)

gama aminobütrik asit (GABA)

proopiomelanocortin (POMC)

kokain ve amfetamin ilişkili peptid (cocaine and amphetamine regulated transcript -CART)

Agouti-related protein (AgRP)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Fagerström Test for Nicotine Dependence-FTND)

Sigara İçme Arzusu Ölçeği (SİAÖ)

Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for the Social Science-SPSS)

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (Türk-İş)

Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (Fonctional Magnetic Resonance Imaging- fMRI)

1.Giriş

1.1 Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu; sigarayı bırakma sürecinde sık karşılaşılan sindirim sorunlarının, bireylerin beden kütle indekslerinin ve aşerme düzeylerinin beslenme ile ilişkisinin incelenmesidir.

1.2 Araştırmanın Problemi

Tütün, dünyanın yüzleşmek zorunda kaldığı en büyük sağlık tehditlerindedir ve bir yılda yaklaşık 8 milyon insandan fazlasının ölümüne sebep olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası direkt olarak tütün kullanımının bir sonucudur. 1.2 milyon civarında ölüm ise sigara içmeyenlerin ikinci el duman maruziyeti sonucunda gerçekleşir (Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization-[WHO], 2019). Sigarayı bırakma sürecinde; kilo alma, artmış iştah, kabızlık, ağız içi yaralar, kuru ağız ve dudaklar, aşerme gibi pek çok şikâyetle karşılaşılmaktadır. Bir tütün mamulü olan sigarayı bırakma sürecinde bireylerin yaşadığı başlıca sorunlar, özellikle yoksunluk belirtileri, süreci oldukça zorlaştırmaktadır (Çan, Öztuna ve Topbaş, 2007). Sigara metabolik bir uyarıcı ve iştah baskılayıcı olduğundan, sigarayı bırakmak ya da sigara sayısını azaltmak kilo almaya neden olabilir. Randomize bir çalışmadan elde edilen bulgular sigarayı bıraktıktan sonra uzun vadede görülen kilo artışının 4.98-5.44 kilogram kadar olduğunu ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) artışının 1.8-1.9 birim kadar olduğunu gösterir (Courtemanche, Tchernis ve Ukert, 2018). Sigarayı bırakan hastaların 1.5 yıldan kısa süre içerisinde ortalama 6.8 ±3.8 kg ağırlık kazandıkları bildirilmektedir (Çan ve diğerleri, 2007). Kilo alma korkusu ile sigara içmeyi sürdürme oranı %30.6 olarak bildirilmiştir (Balbay, Annakkaya, Aytar, ve Bilgin, 2003). Ayrıca sigarayı bırakmak en riskli dönem ilk 3 yıl olmakla birlikte, yüksek tip 2 diyabet riskine neden olmaktadır (Yeh, Duncan, Schmidt, Wang ve Brancati, 2010). Sigara bırakma sürecindeki bireylerin kilo kontrol müdahalesi

almadığı, müdahaleyi sigara bırakma tedavisi ile aynı anda aldığı ve müdahaleyi sigara bırakma tedavisinden sonra aldığı üç durumu karşılaştıran çalışma; sigara bırakma oturumlarına kilo kontrol müdahalelerini eklemenin sigara içicileri için uygulanabilir olduğunu söylemektedir (Bush ve diğerleri, 2017).

Kabızlık; tütün yoksunluk semptomlarıyla birlikte anılmakta olan bir şikayet olmakla birlikte, konu üzerine yayınlanmış sistematik veriler kısıtlıdır (Hajek, Gillison ve McRobbie, 2003). Kabızlığa değinen ve farmakolojik tedavilerin kabızlık sorununa yol açtığı üzerinde duran çalışmalar vardır (Koegelenberg ve diğerleri, 2014; Leung, Patafio ve Rosser, 2011; Vasco ve Lopez, 2011; Wilcox ve diğerleri, 2010; Robinson ve diğerleri, 2018). Sigarayı bırakan bireylerde genel kabızlık görülme oranı %17'dir (Hajek ve diğerleri, 2003).

Aşırme, yoksunluk semptomları ve sigara içme dürtüsü nükse en önemli katkıyı yapan faktörlerdir. Bu faktörlerin belirteçlerinin nüks yaşanmasından 2-5 gün öncesinde artışa geçtiği ve nüksten sonraki 2 gün düşüş içerisinde olduğu belirtilmiştir. Bu semptomların sıkça gözlenmesinin nükslerin önlenmesinde önemli olabileceği düşünülmektedir (Allen, Bade, Hatsukami ve Center, 2008).

1.3 Araştırmanın Sorusu

Çalışmada 18 yaş üzerinde olup sigarayı bırakan katılımcıların sigarayı bırakma sürecinde bu şikayetleri deneyimleyip deneyimlemediği ve bunun beslenme şekilleri ile olan ilişkisi incelenecektir. İnceleme anket yoluyla yapılacaktır. Alternatif bir yöntem düşünülmemiştir. İnceleme sonucunda katılımcıların ne kadar bir kısmının hangi şikayetleri deneyimlediğinin tespiti ve şikayetlerin beslenme ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

1.4 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri;

H1: Sigarayı bırakma sürecindeki bireylerde beslenme durumu kabızlık şikayetleri ile ilişkilidir,

H2: Sigarayı bırakma sürecindeki bireylerde beslenme durumu kilo alma şikayetleri ile ilişkilidir,

H3: Sigarayı bırakma sürecindeki bireylerde beslenme durumu sigara aşırma şikayetleri ile ilişkilidir,

şeklindedir.

1.5 Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada sorulan sorular katılımcıların sigarayı tamamen bıraktıkları ilk 1 aydaki deneyimlerine odaklanmaktadır ve kişisel beyana dayanan sorulardır. Katılımcıların hatırlama ve değerlendirme becerilerinin kabul edilebilir durumda olması bu çalışmanın varsayımdır.

1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Özellikle çoklu likert tipte ölçek sorularını anlamak yönünde katılımcı düzeyinde yaşanan sınırlılıklar anket formlarının araştırmacı ile birlikte doldurulması sayesinde giderilmeye çalışılmıştır. Veri toplama döneminde Sağlık Bakanlığı'na ücretsiz dağıtımı yapılan ilaçların dağıtımında kesintiler yaşanmıştır. Bu durum poliklinik başvuru profillerini etkilemiş olabilir.

1.7 Tanımlar

Sık karşılaşılan sindirim sorunları; sigara bırakmanın farmakolojik tedavisinden

kaynaklanan çok yaygın ve yaygın yan etkilere sindirim sistemini etkileyen sorunları ve nikotin yoksunluğuna bağlı sindirim sorunlarını kapsar (Özge ve diğerleri, 2014a, Tablo 7; Hajek, Gillison ve McRobbie, 2003).

Beden kütle indeksi; kişinin kilo kategorisi hakkında bilgi sahibi olmaya yarayan ucuz ve kolay uygulanabilir bir tarama yöntemidir. Kişinin ağırlığının (kilogram cinsinden), boyunun karesine (metre cinsinden) bölünmesiyle hesaplanır (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi-Centers for Disease Control and Prevention-[CDC], 2017).

Aşerme veya craving; madde kullanmaya yönelik kuvvetli bir istek veya dürtü olarak tanımlanmıştır (Güleç, Köşger ve Eşsizoğlu, 2015). Tütün kullanım bozukluğu tanı kriterlerinde kendisine “Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme” şeklinde yer bulmuştur (Amerikan Psikiyatri Derneği-American Psychiatric Association-[APA], 2014).

Besin ögeleri ve enerjinin gerekli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekillerde kullanılabilmesi yeterli ve dengeli beslenme terimi kullanılarak açıklanmıştır (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015).

1.8 Araştırmanın Amacı

Sigarayı bırakma sürecinde, sigara ile temasa geçmeden 1 ayı tamamlayan katılımcıların, bu sürede yaşadıkları kilo değişimini, sindirim sistemi sorunlarını ve aşerme düzeylerini tespit etmek ve bu durumların beslenme ile ilişkisi olup olmadığını ortaya koymak çalışmanın amacıdır.

2. Genel Bilgiler

2.1 Tütün ve Sağlık İlişkisi

Tütün dünyanın günümüze değin karşılaştığı halk sağlığına yönelik en büyük tehlikelerdendir. Tütün kullanımı her yıl 8 milyon insandan fazlasının ölümüne sebep olmaktadır. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası direkt olarak tütün kullanmanın bir sonucudur ve 1.2 milyon civarındaki ölüm ise tütün kullanıcısı olmayanların ikinci el tütün dumanına maruz kalması sonucu gerçekleşmektedir (WHO, 2019).

Sigara ile birlikte artan sağlık risklerinin başında kalp hastalıkları, felç ve akciğer kanseri gösterilmektedir. Bununla birlikte sigara içmek vücudun neredeyse her bir parçasına zarar verebilmektedir (CDC, 2018).

2.2 Tütün Epidemiyolojisi

Küresel olarak, 15 yaş ve üstü 1,1 milyar tütün kullanıcısı bulunmaktadır (WHO, 2017a). Erkeklerde sigara içmenin global oranı 2007 yılında %39, 2015 yılında %35'tir. Kadınlarda bu oran %8 ve %6 olarak görülmektedir (WHO, 2017b).

WHO'nun 2017 yılında yayınlamış olduğu raporun verilerine göre Türkiye'de, 15 yaş üzerinde halen tütün kullanıyor olma oranı %30.3, günlük tütün kullanım oranı %28.8'dir. Erkeklerde bu oran %43.7 ve %41.4, kadınlarda %18.2 ve %16.3 olarak sunulmuştur (WHO, 2017c).

2.3 Tütün Kullanım Bozukluğu

Bağımlılık bir sözcük olarak, maddelerin alışkanlık biçiminde, zorlantılı kullanımıyla ilişkili şiddetli problemleri tanımlamak adına pekçok ülkede yaygın biçimde

kullanılmaktaysa da, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-[DSM]-5'te tanımsal bir terim halinde kendisine yer bulamamıştır. Ağır olmayan biçimden, süreğen biçimde yineleyen şiddetli duruma kadar değişen aralıklarda, zorlantı halindeki madde kullanımını için daha az yüklü bir terim olarak görülen madde kullanım bozukluğu kullanılmaktadır (APA, 2014).

Tütün kullanım bozukluğu; 12 aylık bir zaman dilimi içinde DSM-5'te belirlenmiş tanı kriterlerinden, en az iki tanesi ile varlığını gösteren, klinik yönden belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte düşüşe neden olan, problemlili bir tütün kullanım örüntüsüdür (APA, 2014).

Nikotin merkezi sinir sistemi uyarıcısı olan psikoaktif bir maddedir. Nikotinin kısa süreli etkileri taşikardi, hipertansiyon, artmış solunum hızı, gelişmiş hafıza, gelişmiş konsantrasyon ve iştah baskılamadır. Nikotin son dozdan yaklaşık bir saat sonra yoksunluk semptomları ortaya çıkarır (Camenga ve Klein, 2016). Semptomlar gün içinde en üst düzeye çıkar (Ögel, t.y.). Semptomlar hayatı tehdit edici nitelikte değildir. Sinirlilik, sıkıntı, gerginlik, endişe, aşırme, öfke, baş dönmesi, titreme, tansiyonda düşme, kas kasmaları, sersemlik hali, uykuda bozulma, odaklanma güçlüğü, saldırganlık, depresyon, iştahta artış, kabızlık gibi birtakım sıkıntılar ortaya çıkar (Camenga ve Klein; Ögel; Kızılkaya, Öztuna, Aytemur Solak, Özkan ve Örsel, 2006).

2.4 Nikotin

Nikotin tütünün özgün maddesidir ve şiddetli bağımlılık yapar (Ögel, t.y.). Nikotine olan bağımlılık sigara içme eyleminin devamında ve bırakma girişimlerinin başarısızlıklarında en önemli nedendir (Okutan, Taş, Kaya ve Kartaloğlu, 2007). DSM-5'te tütün kullanım bozukluğu olarak tanımlanmış sorun daha öncesinde nikotin bağımlılığı olarak da adlandırılmıştır (Lande, 2018).

Nikotinin emilimi pH'a bağlıdır (Benowitz, Hukkanen ve Jacop III, 2009). Oral yoldan alınan nikotin asidik gastrointestinal sistemde hızlı ve iyi biçimde absorbe

edilemez. Oral yoldan alınan nikotinin ikinci bir dezavantajı ise karaciğerde ilk geçiş metabolizmasına uğramasıdır. Bu etkinliğin büyük ölçüde yitirilmesine neden olur (Uzbay, 2015). İlk nefesin çekilmesinden itibaren kan nikotin seviyesi artar (Müderrişoğulları, 2019). Tütün dumanındaki nikotin akciğerde absorbe edilir ve kana karışan nikotin direkt olarak kalbe ve oradan beyne ulaşır (Uzbay). Nikotin temel olarak karaciğerde metabolize edilir. Alınan nikotinin %90'ı metabolitleri içiminde idrar yoluyla atılmaktadır. Nikotinin yarı ömrü yaklaşık 1-2 saattir (Müderrişoğulları).

Madde ile ilişkili bozukluklara neden olan her madde, beyindeki ödül devrelerini doğrudan etkinleştirir, bu nedenden dolayı davranışların pekişmesine ve anı oluşturulmasına katkı sağlar (APA, 2014).

Mezolimzik dopamin yolağı; ventral tegmental alandan nükleus accumbens, amigdala, hipokampus, talamus ve singulat girusa uzanımlar göstermektedir (Şendur, 2006). Mezolimzik dopamin yolağı ödülün psikofarmakolojisini düzenler. Bu nedenle bazen beynin keyif alma merkezi olarak adlandırılabilir. Dopamin de keyif verici nörotransmitter olarak kabul edilebilir. Mezolimzik dopamin nöronlarından dopamin salıverilmesini tetikleyen; başarı, cinsellik gibi doğal yollar bulunmaktadır. Ancak bu doğal salıverilmelerden farklı olarak madde ile tetiklenen salıverilmeler de vardır. Bu yükselmelerin postsinaptik limbik dopamin reseptörlerini çok fazla dopaminle doyurması, maddenin etkisinin bitiminin ardından daha şiddetli bir dopamin isteğine neden olmaktadır. Bu durum da kişinin tekrardan madde aramasıyla seyreden kısır bir döngüye girmesine neden olacaktır (Stahl, 2012).

Nikotin ödül devrelerini direkt olarak etkiler. Beyinde 2 temel nikotinik reseptör alt rubu vardır; bunlar alfa4beta2 ve alfa7'dir. Nikotin ventral tegmental alanda bağımlılıkla ilişkili olan alanları etkiler. Dopamin nöronlarındaki alfa4beta2 postsinaptik nöronların aktive olması akumbensten dopamin salıverilmesini, glutamat nöronlarındaki alfa7 nikotinik presinaptik nöronların aktive olması da glutamat ve ardından dopamin salıverilmesini sağlamaktadır (Stahl, 2012). Gerçekleşen bu dopaminergic aktivite artışı kişide ödüllendirilme hissinin meydana gelmesine neden olur. Nikotinin kesilmesini takiben artışa geçen dopamin geri alımı ile azalan dopamin aktivitesi, kişide nikotin aşermesinin ortaya çıkmasına neden olur (Müderrişoğulları, 2019).

2.5 Sigara Bırakma Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar

Kanıtla dayalı sigara bırakma tedavisi basit medikal önerilerden farmakoterapiye uzanan danışmanlık hizmetleri içerir (WHO, t.y.). Sigara bırakma yaklaşımları esnasında farmakolojik tedaviye eşlik edecek davranış desteğinin ve motivasyonel yöntemlerin sigara bırakma başarısına katkı sağlayacağı unutulmamalıdır (Özge ve diğerleri, 2014a).

Türkiye, WHO Framework Convention on Tobacco Control sözleşmesini 2004 yılında imzalamıştır. Bu kapsamda WHO'nun varlığını sorguladığı farmakolojik yöntemler; nikotin replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin tedavileridir. Bunlardan nikotin replasman tedavisi reçetesiz, diğerleri reçeteye tabi olmak üzere eczanelerden temin edilebilirler (WHO, 2017c).

Nikotin replasman (yerine koyma) tedavisinde amaç, sigaranın bırakılmasını takip eden dönemde meydana gelen nikotin yoksunluk bulgularını ortadan kaldırmaktır. Nikotin replasman tedavisinde sıkça kullanılan formlar nikotin sakızı ve banttır. Bu şekilde nikotin sağlamak sigaraya kıyasla daha düşük nikotin seviyelerine neden olur ve daha küçük yükselmelere neden olduğundan fazla pekiştirici değildir (Stahl, 2012). Bir adet sigara tüketiminden 10 dakika sonrasında takiben, plazma nikotin düzeyi 20-50 mg/L arasında ve ortalama 35 mg/L'dır. Oysaki nikotin sakızlarında nikotinin plazmadaki seviyesi 6 ila 8 mg/L, bantlarda ise 12 mg/L seviyelerinde pik yapar (Özge ve diğerleri, 2014a). Nikotin replasman tedavisinde, özellikle sakız formundaki en önemli sorun kan nikotin seviyesinin istenilen düzeyde tutulamamasıdır. Bu nedenle bant tedavisinin tek başına yahut sakız ile birlikte kullanılması önerilmektedir (Uzbay, 2015). Nikotin replasman tedavisi genellikle 2-8 hafta arasında, azaltılarak kesilir (Özge ve diğerleri).

Tütün kullanım bozukluğunun tedavisinde bir diğer yaklaşım dopamin ve norepinefrin geri alım inhibitörü olan bupropion ile aşermeyi azaltmaktır (Stahl, 2012). Bupropion antidepresif bir ajandır. Bununla birlikte sigarayı bıraktırmada plasebo grubuna göre daha yüksek başarı gösterir. Bu başarının depresif durumu olan ve olmayan vakalarda eşit etkin olması; antidepresan etkisinden kaynaklanmadığını

göstermektedir. Bupropionun 150 mg'lık tabletleri 300 mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta süren bir tedavi uygulanır (Özge ve diğerleri, 2014a).

Tütün kullanım bozukluğunun tedavisinde önde gelen tedavi seçeneği vareniklidir. Vareniklin bir nikotinik parsiyel agonisttir. Vareniklinin kullanımında nikotin artık ödüllendirici değildir. Zira alfa4beta2 reseptörleri parsiyel agonist ajan tarafından işgal edilmiş durumdadır. Bu; kişi sigara içerse dahi keyif almama ile sonuçlanır (Stahl,2012). Tedavi 12 haftada sürer ve günde 2 kez 1 mg dozun kullanımıyla tamamlanır (Özge ve diğerleri, 2014a).

2.6 Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunları

Sigara bırakma sürecinde yaşanan şikayetlerin bir kısmı, farmakolojik tedavilerin yan etkileridir. Nikotin sakızının çok yaygın yan etkileri kötü tat, ağız bölgesinde irritasyon hissi, hıçkırık, mide-bağırsak sisteminde rahatsızlık, çenede ağrı, ağız ve diş problemleri; yaygın yan etkileri göğüste ağrı, terleme, diyaredir. Nikotin bandının çok yaygın yan etkileri uygulama alanında kızarıklık ve kaşıntı; yaygın yan etkileri ödem, yanma hissiyatı, mide bulantısı, baş ağrısı, sersemlik hissi ve uyku bozukluklarıdır. Bupropionun çok yaygın yan etkileri uykusuzluk, başta ağrı, baş dönmesi, ağızda kuruluk, mide bulantısı ve kusmayı içeren gastrointestinal rahatsızlıklar; yaygın görülen yan etkileri titreme, sersemlik hissi, tat almada bozulmalar, odaklanma güçlüğü, görmede bozukluk, kurdeşen gibi duyarlılık tepkimeleri, döküntü ve kaşıntı, terlemeler, iştahsızlık, abdominal ağrılar, kabızlık problemleri, ateşlenme, kuvvetsizlik veya astenidir. Son olarak vareniklinin çok yaygın yan etkileri bulantı hissi, anormal rüya biçimleri, kabızlık, uykuda güçlükler; yaygın yan etkileri iştahta artış, tat almada değişimler, ağızda kuruluk, uykulu hissetme, yorgunluk, başta dönme, mide bulantısı ve kusma, kabızlık, sulu dışkılama, şişkinlik hissi, mide problemleri, hazımsızlık hissi ve gaz şikayetidir. 36 çok yaygın ve yaygın ilaç yan etkisinden 18'inin sindirim sistemi ve beslenme ile ilişkili olduğu görülmektedir ki bu oran sorunların %50'sine tekabül etmektedir (Özge ve diğerleri, 2014a).

Dışkılamanın sıklığı ve miktarı bireyden bireye değişmekle birlikte, defekasyonun gecikmesi, dışkının sert ve kuru olması veya dışkılamanın çok zor olması kabızlık (konstipasyon) olarak kabul edilir. Normal kabul edilen dışkılama haftada 3 ile 12 arasında değişebilirken, günlük dışkı miktarının normal değeri 35-235 g arasında değişmektedir. Kabızlığın nedenleri beslenmeye bağlı (yetersiz posa ve sıvı alınması), fiziksel hareket azlığı, gebelik, yaşlılık, ilaçlar (anestetikler, antasidler, antihipertansifler, antidepresif ajanlar...), bazı metabolik bozukluk şekilleri, anüste, rektumda veya kolonda yapısal işlev bozuklukları, nörojenik anormallikler, psikojenik rahatsızlıklar, kronik lavman kullanım durumları olarak sıralanabilir. Kabızlığın önemli belirtileri baş ağrısı, sinirlilik hali, hazımsızlık, paslı dil, kötü nefes kokusu, adominal gerginlik ve de şişkinliktir (Bozkurt ve Yıldız, 2011).

Kabızlık; tütün yoksunluk semptomlarıyla birlikte anılmakta olan bir şikayettir (Hajek, Gillison ve McRobbie, 2003). Nikotin mide sekresyonunu inhibe ederken bağırsak aktivitesini ise stimüle eder. Bu nedenle sigara içmek laksatif etki oluşturabilir (Uzbay, 2015). Kabızlık sigarayı bırakan olgular arasında sık görülen şikayetler arasında üst sıralarda yer alırken, tedavi olarak nikotin replasmanı almayan olgularda görülmesi de daha sık bildirilmiştir (Demir, Tutluoğlu, Koç ve Bilgin, 2004). Sigarayı bırakan bireylerde genel kabızlık görülme oranı %17'dir (Hajek ve diğerleri).

2.7 Sigarayı Bırakma Sürecinde Beden Kütle İndeksi

Genel olarak beden kütle indeksi; kişinin kilo kategorisi hakkında bilgi sahibi olmaya yarayan ucuz ve kolay uygulanabilir bir tarama yöntemidir. Kişinin ağırlığının (kilogram cinsinden), boyunun karesine (metre cinsinden) bölünmesi ile elde edilir. BKİ'nin 18.5'ten küçük olması zayıflık, 25.0-29.9 arasında olması hafif şişmanlık, 30 veya üzerinde olması obezite olarak tanımlanır. 18.5-24.9 aralığı normal veya sağlıklı aralık olarak isimlendirilir (CDC, 2017).

Artmış iştah ve ağırlık kazanımı sigarayı bırakma döneminde yaşanan şikayetlerdendir (Çan, Öztuna ve Topbaş, 2007). Tütünün iştahı azalttığı bilinmektedir (Ögel, t.y.). Nikotin; adipoz dokuyu etkileyerek artmış lipolize neden

olur. Adrenalin ve nöradrenalin seviyelerini artırarak artmış enerji harcanmasına yol açar. Serum leptin düzeyini artırır. Nörepinefrin, dopamin, serotonin, gama aminobütirik asit (GABA), proopiomelanocortin (POMC), cocaine and amphetamine regulated transcript (CART), nöropeptid Y, Agouti-related protein (AgRP), oreksin üzerindeki etkileriyle iştahı baskılar, tokluğu artırır. Bu sayede yiyecek alımını azaltır. Aynı mekanizma ayrıca artmış enerji harcanmasına da neden olur (Harris, Zopey ve Friedman, 2016). Sigara aynı zamanda metabolik bir uyarıcı ve iştah baskılayıcı olduğundan, sigarayı bırakmak ya da sigara sayısını azaltmak kilo almaya neden olabilir (Courtemanche, Tchernis ve Ukert, 2018). Veriler, sigarayı bırakmanın sıklıkla kilo alımına ve zaman içinde insülin duyarlılığında bir iyileşmeye eşlik ettiğini göstermektedir. Bununla birlikte, paradoksal olarak bırakma sonrası yaşanan obezite insülin direncine katkıda bulunabilir (Harris ve diğerleri).

Ayrıca, sigara bırakma sonrası kilo alımının, sigara içenlerin, özellikle kadınların sigarayı bırakmaya yanaşmamasının ya da sigarayı bıraktıktan sonra nüks etmesinin bir numaralı nedeni olduğu bildirilmektedir (Harris, Zopey ve Friedman, 2016). Kilo alma korkusu ile sigara içmeyi sürdürme oranı %30.6'dır (Balbay, Annakkaya, Aytar ve Bilgin, 2003).

2.8 Tütün ve Aşerme

Aşerme veya craving; madde kullanmaya yönelik kuvvetli bir istek veya dürtü olarak tanımlanmıştır. Ayrıca DSM-4'ten farklı olarak DSM-5'e bir tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir (Güleç, Köşger ve Eşsizoglu, 2015). Tütün kullanım bozukluğu tanı kriterlerinde kendisine "Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme" şeklinde yer bulmuştur (APA, 2014).

Sigara arama davranışı aynı zamanda bir yoksunluk belirtisidir. Yoksunluk belirtileri sigara bırakma sonrası 1-3.günlerde en şiddetli düzeye ulaşır ve genel olarak üçüncü-dördüncü haftalarda yoksunluk belirtileri sonlanır (Üzgün, 2018; Gürel Köksal, 2018). Çoğunlukla nikotin yoksunluğu belirtileri sigara bıraktıktan sonraki ilk ay içinde yoğun olmakla birlikte daha sonra giderek azalır ve kaybolur. Sigara içme

arzusu ise bazen aylarca sürebilmektedir. Bu nedenle aşırma sigarayı bıraktıktan sonra özellikle riskli durumlar arasındadır (Özcan Kamışlı, 2007).

2.9 Beslenme ve Fiziksel Aktivite

Vücudun büyüyebilmesi, kendini yenilemesi ve çalışabilmesi için ihtiyacı olan enerjinin ve besin öğelerinin ihtiyaç duyulan miktarlarda tüketilmesi ve vücutta doğru biçimde kullanılması hali yeterli ve dengeli beslenme terimiyle ifade edilir (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015).

İnsanların ihtiyacı olan besin öğeleri 6 alt grupta toplanabilir. Bunlar; karbonhidratlar, yağlar, proteinler, mineraller, vitaminler ve sudur (Baysal, 2009).

Besin grupları; enerji, protein, vitamin, besin öğelerinin tür ve miktarları yönünden gösterdikleri ayrıcalıklar nedeniyle besinlerin alt gruplara toplanması ile oluşur. Bunlar; tahıl ve ürünleri; sebzeler ve meyveler; süt ve ürünleri; et, yumurta ve kurubaklagiller; su, şeker, yağ ve tuzdur (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015; Baysal ve diğerleri, 2011).

Tahıl ve ürünleri; ekmek, pirinç ve bulgur ve bunlardan yapılan pilav ve çorbalar, makarna, un, börek ve çörekler, kuskus, irmik gibi ürünlerden oluşur (Baysal ve diğerleri, 2011; T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2002). Temel enerji kaynağıdır. Günlük tüketim önerisi 4-6 porsiyondur. Tam tahıllı ürünlerin tüketilmesi önerilir (Baysal ve diğerleri).

Karnabahar, patlıcan, kereviz, salatalık, domates, yeşil yapraklı sebzelerin tamamı, havuç ve benzeri ve tüm meyveler, sebze ve meyveler grubuna girer. Günlük tüketim önerisi en az 5 porsiyondur (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015; Baysal ve diğerleri, 2011; T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2002).

Süt, yoğurt, peynir, çökelek ve benzeri bu gruba girer. Günlük tüketim önerisi yetişkinlerde iki porsiyondur (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015; Baysal ve diğerleri, 2011).

Tüm büyük baş hayvanlar, kümes ve av hayvanları ile suda yaşayan hayvanların yenilebilir kısımları et olarak tanımlanır. Fasülye, nohut, mercimek gibi yiyecekler ve yumurtalar da et, yumurta ve kurubaklagiller grubunda yer alır. Bu grubun yetişkinler için günlük öneri miktarı 2 porsiyondur (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015; Baysal ve diğerleri, 2011).

Suyun besinlerin sindiriminde, emiliminde, metabolizmamız sonucunda oluşan zararlı maddelerin uzaklaştırılmasında, beden ısısının denetiminin yapılmasında görevi vardır (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015). Ayrıca kabızlık tedavisinde su tüketimi önemlidir (Baysal ve diğerleri, 2011). Gün içinde en az 2,5 litre su tüketilmelidir (Gökkaya Kılıç ve diğerleri).

Şeker basit bir karbonhidrat çeşididir ve yüksek enerji sağlar. Şekerli besinlerin fazla tüketimi aşırı enerji alımına neden olur. WHO'nun Yetişkinler ve Çocuklar İçin Şeker Alımı kılavuzunda şeker alımının günlük enerji ihtiyacının %10'undan az olması önerilmiş, %5'in altında olmasının veya kabaca 25 gramın (6 çay kaşığı) altında olmasının ise ek sağlık yararları sağlayacağı söylenmiştir (WHO, 2015).

Yağlar normal bir diyetle günlük enerji ihtiyacının %25-30'unu karşılar (Baysal, 2009). Bir günde tükettiğimiz yağ miktarının yaklaşık yarısı, besinlerimizin içeriğinden gelir. Günlük olarak alınacak yağ miktarı 20-30 g (2 ile 3 silme yemek kaşığı) kadardır (T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2002).

Tuzun yapısındaki sodyum kan basıncının ayarlanmasında görev sahibidir. Günlük tuz tüketiminin 5 gramı geçmemesi önerilir. Fazla tuz tüketimi tansiyonun yüksekliklerine, kalp ve damar hastalıklarına ve inmelere neden olabilmektedir (Gökkaya Kılıç, Arslanyılmaz, Attila ve Bağcı Bosi, 2015).

Diyet lifi su çekme özelliğiyle midenin boşalmasını geciktirir, tokluk sağlar (Baysal, 2009). Ayrıca bağırsak çapını genişletir, bağırsak hareketlerini artırır. Dışkıının hacmini ve yumuşaklığını artırır (Bozkurt ve Yıldız, 2011). Günlük diyet posasının 25-30 gram civarında olması önerilir (Baysal).

Düzenli fiziksel aktivite; uygun, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir (T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). 18-64 yaş arası bireyler için haftalık minimum 150 dakika orta şiddette egzersiz önerilir (WHO, 2010).



3. Gereç ve Yöntem

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel tipte planlanmış bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Eylül-2017 – Haziran-2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Sigara Bırakma Polikliniği'nde, polikliniğe başvuran hastalarla randevu saatinde ve mesai saatleri dahilinde gerçekleştirilmiştir. Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Sigara Bırakma Polikliniği haftada 2 gün (Pazartesi-Perşembe) günleri çalışmaktadır. Araştırmacının dahil olabildiği poliklinik günleri göz önüne alındığında veri toplama işlemi için toplam 39 poliklinik günü değerlendirilebilmiştir. Bu poliklinik çalışma sisteminin 5 aylık çalışma süresine denk gelmektedir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül-2017 – Haziran-2019 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurmuş hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı 120 olarak hedeflenmiştir. Bu amaçla belirtilen veri toplama sürelerinde 209 kişiye ulaşılmış, gönüllülük, 1 ay boyunca hiç sigara içmeme, özel bir beslenme programı veya tedavisi yürütmeme, başka bir bağımlılık süreci olmama kriterlerini karşılayan 87 kişi çalışmaya alınmıştır. Katılım oranı %41.6'dır.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

- Sigara bırakma sürecinde karşılaşılan şikayetler
- Kabızlık durumu
- Kilo değişimi
- BKİ değişimi
- Aşerme düzeyi'dir.

3.4.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri;

- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim durumu
- Ailede kişi başına düşen aylık gelir
- Akut veya kronik bir hastalık varlığı
- İlaç kullanma durumu
- Takviye edici ürün kullanma durumu

- Günlük hayatta kabızlık yaşama sıklığı
- Kabızlık nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu
- Sigara içme süresi
- Başvuru sırasındaki sigara içme adedi
- Sigarayı bırakma denemeleri sayısı
- nceki sigara bırakma denemelerinin srdrlememe nedenleri
- Kullanılan farmakolojik tedavi
- Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) puanları
- Beslenme durumu
- Fiziksel aktivite düzeyi'dir.

3.5 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma için gerekli olan veriler sorular ve ölçekler ile birlikte yaklaşık 15 dakika süren anket formları ile toplanmıştır. Sorular araştırmacı tarafından yöneltilmiş, gerekli yerlerde açıklanmış ve anket formları yine araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Katılımcıların ağrılık değişimleri poliklinik görüşmesi sırasında ölçülmüştür. Katılımcıların FTND puanlarının sorgulanması poliklinik görüşmesinin rutin bir parçasıdır ve veriler bu esnada alınmış, poliklinik hekimi tarafından yapılan sorgulama dışında yeniden sorgulanmak üzere anket formlarına katılmamıştır.

3.5.1 Veri Toplamada Kullanılan Anket Formları ve lekler

3.5.1.1 Demografik Veriler Formu

Bu formda görüşme tarihi ve olgu numarası araştırmacı bilgisiyle doldurulmuştur.

Doğum tarihi gün, ay ve yıl olarak alınmıştır. Cinsiyet “kadın” ve “erkek” olarak sorulmuştur. Hastaların boyları, başlangıç kiloları ve bir ay sonundaki ağırlık değişimleri alınmıştır. Doğum yeri açık uçlu soru olarak yöneltilmiştir. Eğitim durumu “okur-yazarlığı yok”, “okur –yazar”, “ilkokul mezunu”, “ortaokul mezunu”, “lise mezunu”, “üniversite mezunu”, “lisans üstü eğitim mezunu” olarak sorgulanmıştır. Meslek açık uçlu soru olarak sorulmuştur. Ailede kişi başına düşen aylık gelir açık uçlu soru olarak sorulmuştur. Bilmiyor olma durumu ve belirtmek istemiyor olma durumu kabul edilmiştir. “Şu anda yaşamakta olduğunuz akut veya kronik bir rahatsızlığınız var mı?” sorusu “Hayır” veya “Evet” şeklinde cevaplandırılmış, cevap evet ise açık uçlu soru olarak rahatsızlığın ne olduğu sorulmuştur. “Düzenli olarak kullanmakta olduğunuz ilaç var mı?” sorusu “Hayır” veya “Evet” şeklinde cevaplandırılmış, cevap evet ise açık uçlu soru olarak ilacın ne olduğu sorulmuştur. “Düzenli olarak kullanmakta olduğunuz takviye ürünleri var mı? (Örneğin; vitamin, mineral, probiyotik ürün, lif, balık yağı, dışkılamayı kolaylaştırıcı çay vb.) sorusu “Hayır” veya “Evet” olarak cevaplandırılmış, cevap evet ise kullanılan ürünlerin neler olduğu açık uçlu soru olarak sorulmuştur. Günlük hayatta kabızlık sorununu yaşama sıklığı “Hiç yaşamam”, “Nadiren yaşarım”, “Sık yaşarım” seçenekleriyle sorgulanmıştır. “Daha önce kabızlık sorunu yaşayarak bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu “Hayır” veya “Evet” şeklinde sorulmuştur. “Ne kadar süredir sigara kullanıyordunuz?” sorusu açık uçlu olarak sorulmuş ve yıl olarak cevaplandırılmıştır. Başvuru sırasında kaç adet sigara tüketildiği açık uçlu soru olarak sorulmuştur. Daha önceki sigara bırakma denemelerinin sayısı açık uçlu olarak sorulmuştur. Eğer cevap 0 değil ise “Tekrar sigaraya başlama nedeniniz neydi?” sorusu sorulmuş, “Kabızlık”, “İştah artışı”, “Kilo alma”, “Sigara içme isteği”, “Stres” yanıtları arasından birden fazla yanıtın seçilebileceği belirtilmiştir. Ayrıca açık uçlu olarak “Diğer” seçeneği eklenmiştir. Farmakolojik tedavi yöntemi açık uçlu olarak sorulmuştur. “Sigarayı bırakma sürecinde karşılaştığınız diğer problemler nedir? (Örneğin; ağız içi yaralar, kuru ağız ve dudaklar vb.)” sorusu açık uçlu olarak sorulmuştur. Son olarak katılımcılardan sigarayı bıraktıkları ilk 1 ay içerisinde yaşadıkları kabızlık sorununu 1 hiç yaşamadım ile 10 çok şiddetli yaşadım arasında puanlamaları istenmiştir.

3.5.1.2 Sağlıklı Beslenme Anket Formu

Bu form yeterli ve dengeli beslenme durumunun sağlanması hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Anket soruları Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2015 yılında düzenlenen Toplum İçin Bilgilendirme Sunumları Sağlıklı Beslenme sunumu göz önünde bulundurularak düzenlenmiştir.

Form kapsamında; “Günlük olarak 2.5 litre veya üzerinde su tüketirim.”, “Ekmek olarak beyaz ekmek değil tam tahıllı veya kepekli ekmek tercih ederim.”, “Günlük olarak en az 5 porsiyon taze sebze-meyve tüketirim.” cümleleri “Evet” veya “Hayır” olarak doğrulanmıştır. “Günlük olarak 4-6 porsiyon tahıl ve tahıl ürünleri tüketirim.”, “Günlük olarak 2 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketirim.”, “Günlük olarak 2 porsiyon et, yumurta veya kurubaklagil tüketirim.” cümlelerinin katılımcı için uygunluk durumu “Daha az”, “Evet” veya “Daha fazla” seçenekleriyle değerlendirilmiştir. Günlük şeker/tatlı tüketimi ve günlük yağ tüketimi için “Kısıtlıdır”, “Normaldir”, “Yoğundur” seçenekleri sunulmuştur. “Günlük tuz tüketimim 5 gramın altındadır.” cümlesi “Evet” veya “Hayır” olarak değerlendirilmiştir. Son olarak haftalık olarak egzersize ayrılan süre dakika cinsinden açık uçlu olarak sorulmuştur.

3.5.1.3 Sigara İçme Arzusu Ölçeği

Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin (SİAÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Murat Demirezen ve Mehmet Ali Kurçer tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Araştırmacılar sigara içme arzusunun belirlenmesinin sigara bırakmada başarısının erken bir göstergesi olarak kullanılabileceğini, Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin sigara bırakma polikliniklerinde kullanılmasının önerilebileceğini belirtmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Yedili likert tarzda biçimlendirilmiş olup; “Hiç katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kısmen katılmıyorum (3)”, “Kararsızım (4)”, “Kısmen katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (6)”, “Tamamen katılıyorum (7)” seçenekleri vardır. Alınabilecek minimum puan 10'dur ve sigara içme arzusunun olmadığına işaret

etmektedir. Alınabilecek maksimum puan 70'dir ve çok yüksek sigara içme arzusu varlığına işaret eder (Demirezen ve Kurçer, 2016).

3.6 Kullanılan Gereçler

Katılımcıların ağırlıklarını ölçmek için Premier PWS 2027 (Max. 150 kg, hassasiyet=100g) Dijital Tartı kullanılmıştır.

3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Katılımcılara yönelik verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 programı kullanılmıştır. Verilerin sunulmasında; sayı, yüzde, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Verilerin analizinde; Wilcoxon Signed Rank Test, Mann-Wiyney Test, Kruskal-Wallis Test, Independent Samples T Test, Oneway ANOVA'dan yararlanılmıştır.

3.8 Süre ve Olanaklar

Araştırma Eylül 2017 tarihinde başlamış ve Temmuz 2019'da tamamlanmıştır.

3.9 Etik Açıklamalar

Araştırma için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır [Ek-4].

Katılımcıların onayı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile alınmıştır [Ek-5].

Araştırma kapsamında katılımcılara rutin tedavilerini aksatacak veya değiştirecek hiçbir müdahale gerçekleştirilmemiştir. İstenmeyen hiçbir etki beklenmemektedir.

Araştırmada sorulan sorular katılımcıların sigarayı tamamen bıraktıkları ilk 1 aydaki deneyimlerine odaklanmaktadır ve kişisel beyana dayanan sorulardır. Katılımcıların hatırlama ve değerlendirme becerilerinin kabul edilebilir durumda olması bu çalışmanın varsayımdır. Özellikle oklu likert tipte ölçek sorularını anlamak yönünde katılımcı düzeyinde yaşanan sınırlılıklar anket formlarının araştırmacı ile birlikte doldurulması sayesinde giderilmeye çalışılmıştır. Veri toplama döneminde Sağlık Bakanlığı'na ücretsiz dağıtımı yapılan ilaçların dağıtımında kesintiler yaşanmıştır. Bu durum poliklinik başvuru profillerini etkilemiş olabilir.

Araştırmada kullanılan tartı ve kırtasiye malzemeleri araştırmacı tarafından temin edilmiştir. Herhangi bir fon desteği kullanılmamıştır.

4. Bulgular

4.1 Demografik Bilgiler Formu Bulguları

Katılımcıların yaş ortalamaları 44.13 ± 12.674 'dir. Katılımcıların %52.9'u erkek, %47.1'i kadındır. Katılımcıların %39.1'i İzmir doğumludur. Katılımcıların %37.9'u üniversite mezunu, %31'i lise mezunu, %3.4'ü lisans üstü eğitim mezunudur. %27.6'sı lise eğitimini tamamlamamışken, aralarında ilkokul mezuniyeti olmayan katılımcı yoktur. Katılımcıların %11.5'i emekli, %11.5'i iş hayatında çalışmayan kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %21.8'i kişi başına düşen aylık gelir miktarını belirtmek istememiş, %13.8'i bu miktarı bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %64.4'ü kişi başına düşen aylık gelir miktarı hakkında bilgi verirken, bu kişiler arasındaki ortalama 2805 ± 2106 TL'dir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	N				%
<u>Cinsiyet</u>					
Erkek	46				52.9
Kadın	41				47.1
<u>Eğitim Durumu</u>					
İlkokul	15				17.2
Ortaokul	9				10.3
Lise	27				31
Üniversite	33				37.9
Lisans üstü	3				3.4
<u>Değişkenler</u>	N	Min	Max	\bar{X}	SS
<u>Yaş ortalaması</u>	87	19	75	44.13	12.674
<u>Gelir düzeyi ortalaması</u>	56	400	10000	2805	2106

Katılımcıların %43.7'si çalışmanın yürütüldüğü anda akut ve/veya kronik bir rahatsızlıkları olduğunu bildirmiştir. Bu hastaların ise %10.5'i ruhsal bir hastalıkları olduğunu, %21.1'i hipertansiyon hastası olduğunu, %15.8' tiroid ile ilgili bir hastalıkları olduğunu, %18.4'ü ise tip 2 diyabet hastası olduklarını belirtmişlerdir. Bu oranlar tüm katılımcılar arasında sırası ile %4.6, %9.2, %6.9, %8 şeklindedir. Katılımcıların %37.9'u sigara bırakma tedavileri dışında ek bir ilaç tedavisi almaktadır. Katılımcıların %18.4'ü takviye bir ürün kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %5.7'si vitamin kompleksi, %3.4'ü probiyotik, %3.4'ü D vitamini kullanmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Hastalık Durumu, İlaç ve Takviye Ürün Kullanımı

Değişkenler	N	%
<u>Hastalık Durumu</u>		
Yok	49	56.4
Var	38	43.7
<u>Hastalık</u>		
Ruhsal	4	4.6
Hipertansiyon	8	9.2
Tiroid	6	6.9
Tip 2 diyabet	7	8
<u>İlaç Kullanımı</u>		
Hayır	54	62.1
Evet	33	37.9
<u>Takviye Ürün Kullanımı</u>		
Hayır	71	81.6
Evet	16	18.4
<u>Takviye</u>		
Vitamin Kompleksi	5	5.7
Probiyotik	3	3.4
D vitamini	3	3.4

Katılımcıların % 40.2'si kabızlık sorununu günlük hayatlarında hiç yaşamadıklarını, %37.9'u nadiren yaşadıklarını, %21.8'i ise sık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılarda günlük hayatta kabızlık yaşama durumu cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kabızlık sorununu sık yaşadığını belirtenlerin %73.7'si kadındır. Katılımcıların %13.8'i daha önce kabızlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduklarını bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Günlük Hayatta Kabızlık Yaşama Durumları

Değişkenler	N	%
<u>Kabızlık</u>		
Hiç yaşamam	35	40.2
Nadiren yaşarım	33	37.9
Sık yaşarım	19	21.8
<u>Sağlık Kuruluşu Başvuru</u>		
Hayır	75	86.2
Evet	12	13.8

Katılımcıların sigara içme süreleri ortalaması 23.68 ± 11.28 yıldır. Başvuru sırasında içilen sigara adedi ortalaması 24.21 ± 11.367 'dir. Katılımcıların %83.9'u daha önce sigarayı bırakma denemeleri olduğunu, %16.1'i poliklinik başvurusundan önce hiç sigara bırakma denemesi olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %10.3'ü deneme sayılarının 10 ve üzerinde olduğunu bildirmiştir. Sigara bırakma denemesi olan hastalardan %8.1'i sigaraya tekrar başlama nedenleri arasında kabızlık yaşamak olduğunu, %14.9'u iştah artışı olduğunu, %14.9'u kilo alma olduğunu, %77'si sigara içme arzusu olduğunu, %58.1'i stres olduğunu bildirmiştir. Ayrıca 1 katılımcı alkol

almasının, 1 katılımcı da uykusuzluk şikayetinin yeniden başlamasında etkili olduğunu bildirmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Sigara Kullanımları

Değişkenler	N	Min	Max	\bar{X}	SS
<u>Sigara içme süresi ortalaması</u>	87	3	55	23.68	11.280
<u>Sigara adedi ortalaması</u>	87	2	60	24.21	11.367
Değişkenler	N			%	
<u>Bırakma Denemesi</u>					
Yok	13			16.1	
Var	74			83.9	
<u>Yeniden Başlama Nedeni</u>					
Kabızlık	6			6.9	
İştah artışı	11			12.6	
Kilo alma	11			12.6	
Sigara içme isteği	57			65.5	
Stres	43			49.4	

Katılımcıların %55.2'si vareniklin, %32.1'i nikotin replasman %12.6'sı bupropion tedavisi almıştır. Nikotin replasman tedavisi alan katılımcıların %82.1'i yalnızca nikotin bandı, %7.1'i yalnızca nikotin sakızı kullanmışken, %10.7'si hem bant hem de sakız içeren kombine bir tedavi almıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Farmakolojik Tedavileri

Değişkenler	N	%
<u>Tedavi</u>		
Nikotin replasman tedavisi	28	32.2
-Nikotin bandı	23	26.4
-Nikotin sakızı	2	2.3
-Bant ve sakız	3	3.4
Vareniklin	48	55.2
Bupropion	11	12.6

Katılımcıların %65.5'i sigarayı bırakma döneminde herhangi bir yan etki ile karşılaşmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %11.4'ü ağız, dudak veya boğaz bölgesinde kuruluk hissi, %7.9'u mide bulantısı, %3.4'ü ağız içi yara şikayeti yaşadığını belirtmiştir. Yaşanan diğer şikayetler; baş ağrısı, uykusuzluk, uçuk, ağızda acı tat, burun akıntısı, ağız içi mukozasında incelme hissi, denge kaybı, baş dönmesi, çarpıntı, susuzluk hissi, konsantrasyon kaybı, nefes kesilmesi ve sık ve canlı rüyalar görmedir (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Kabızlık Dışındaki Yan Etkileri Yaşama Durumu

Değişkenler	N	%
<u>Yan etki</u>		
Yok	57	65.5
Var	30	34.5
-Kuruluk	10	11.4
-Bulantı	8	7.9
-Ağız içi yara	3	3.4

Katılımcıların %59.8'i sigara bırakma sürecinde kabızlık şikayetini hiç yaşamadığını belirtmiştir. %40.2'si ise farklı düzeylerde kabızlık şikayeti yaşamıştır. Kabızlık sorununu hiç yaşamama durumu için alınacak puan 1, çok şiddetli yaşama durumu için alınacak puan 10'dur. Katılımcıların kendi kabızlık şiddetlerini değerlendirdikleri sorudan alınan puan ortalaması 2.67 ± 2.476 'dır. Katılımcıların kabızlık puan ortalamaları hiç kabızlık yaşamama durumunu anlatan 1'den istatistiksel olarak farklıdır ($p < 0.0001$) (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Sigara Bırakma Döneminde Kabızlık Yaşama Durumu

Değişken	N		%		
<u>Kabızlık</u>					
Yok	52		59.8		
Var	35		40.2		
Değişken	Min	Max	\bar{X}	SS	p*
<u>Kabızlık puan ortalaması</u>	1	10	2.67	2.476	0.000

*Wilcoxon Signed Rank Test

Katılımcıların boy ortalamaları 1.71 ± 0.09 'dur. Katılımcıların sigara bırakmaya başlamadan önceki kilo ortalamaları 74.35 ± 13.37 , BKİ ortalamaları 25.21 ± 3.65 'tir. Başlangıçta bireylerin %2.4'ü zayıf, %50.6'sı normal, %37.9'u hafif şişman, %9.2'si obez BKİ kategorisindedir. Bir aylık sigara bırakma sürecinin sonunda bireylerin kilo ortalamaları 75.91 ± 14.00 , BKİ ortalamaları 25.73 ± 3.80 olmuştur. Katılımcıların bir aylık süreçteki kilo değişimleri ortalaması 1.55 ± 2.13 'tür. Bireylerin kilo artışı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.0001$). Bir aylık süre sonundaki BKİ değişimleri 0.51 ± 0.70 birimdir. Bireylerin BKİ artışı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.0001$). Son durumda bireylerin %1.1'i zayıf, %44.7'si normal, %40'ı hafif şişman, %14.1'i obez BKİ kategorisine yerleşmiştir. Bireylerin BKİ gruplarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ve yukarı yönlüdür ($p = 0.008$) (Tablo 8, Tablo 9).

Tablo 8: Katılımcıların Kilo ve Beden Kütle İndeksleri

Değişken	Sigara Bırakma Öncesi				1 Aylık Sigara Bırakma Dönemi Sonrası			
	Min	Max	\bar{X}	SS	Min	Max	\bar{X}	SS
<u>Kilo</u>	47	105	74.35	13.37	47	107	75.91	14.00
<u>BKİ</u>	17.69	36.33	25.21	3.65	17.69	36.33	25.73	3.80
Değişken	N			%	N			%
<u>BKİ grupları</u>								
Zayıf	2			2.3	1			1.1
Normal	44			50.6	40			44.7
Hafif								
şişman	33			37.9	34			40
Obez	8			9.2	12			14.1

Tablo: 9 Katılımcıların 1 Ay Sonunda Beden Kütle İndekslerinin Değişimi

Değişken	Min	Max	\bar{X}	SS	p*
<u>Beden Kütle İndeksi değişimi</u>	-1.6	3.92	0.51	0.70	0.000
<u>Kilo değişimi</u>	-3	12	1.55	2.13	0.000
<u>BKİ grup değişimi</u>	-1	1	0.11	0.38	0.008

*Wilcoxon Signed Ranks Test

Katılımcıların FTND puanları ortalaması 6.37 ± 2.338 'dir. 0-2 puan “çok düşük”, 3-4 puan “düşük”, 5 “orta”, 6-7 puan “yüksek” ve 8-10 puan “çok yüksek” nikotin bağımlılığını gösterir. Katılımcıların %8'i çok düşük, %13.8'i düşük, %10.3'ü orta, %26.4'ü yüksek, %41.4'ü çok yüksek FTND puanına sahiptir.

Tablo 10: Katılımcıların FTND Puanları

Değişken	Min	Max	\bar{X}	SS
<u>FTND puan ortalaması</u>	1	10	6.37	2.338
<u>Değişken</u>	N		%	
<u>FTND puan</u>				
Çok düşük	7		8	
Düşük	12		13.8	
Orta	9		10.3	
Yüksek	23		26.4	
Çok yüksek	36		41.4	

4.2 Sağlıklı Beslenme Anketi Bulguları

Katılımcıların beslenme anketi sorularından önerilen miktarları tüketme ve önerilen miktarda fiziksel aktivite yapma durumlarında alabilecekleri minimum skor 0, maksimum skor 10'dur. Katılımcıların bu formdan elde ettikleri skor ortalaması 4.92 ± 1.825 'tir (Tablo 11).

Katılımcıların %57.5'i günlük olarak 2.5 litre veya üzerinde su tüketimi olmadığını, %42.5'i tam tahıllı veya kepekli değil beyaz ekme tercih ettiğini ve %77'si günlük sebze-meyve tüketiminin 5 porsiyonun altında olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %26.4'ü günlük olarak alınması önerilen tahıl ve tahıl ürünlerinden daha az aldığını, %36.8'i bu oranı karşıladığını, %36.8'i ise daha fazla tükettiğini bildirmiştir. Katılımcıların %46'sı günlük olarak süt ve süt ürünleri yetersiz almaktadır. %41.4'ü uygun porsiyonlarda süt ve süt ürünü alırken, %12.6'sının günlük tüketim miktarı

önerilenin üzerindedir. Katılımcıların %66.7'si ünlük olarak önerilen miktarda et, yumurta veya kurubaklagil tüketmektedir. %21.8'i bu besin grubunu yetersiz tüketirken, %11.5'i önerilenden fazla miktarda tüketim yapmaktadır. Katılımcıların %39.1'inin şeker tüketimi kısıtlı, %34.5'inin normal, %26.4'ünün yoğundur. Katılımcıların %28.7'sinin yağ tüketimi kısıtlı, %58.6'sının normal, %12.6'sının yoğundur. Katılımcıların %46'sı günlük tuz tüketimlerinin 5 gramın üzerinde olduğunu belirtmiştir (Tablo 11).

Katılımcıların %48.3'ü hiç egzersiz yapmamaktadır. %16'sının haftalık egzersiz süresi 150 dakikanın altındadır. %39.1'i ise 150 dakikanın üstünde egzersiz yapmaktadır. Katılımcıların haftalık olarak egzersize ayırdıkları süre 204.48 ± 308.712 dakikadır. Katılımcıların haftalık egzersiz süresi ortalamaları istatistiksel olarak haftalık minimum öneri süresi olan 150 dakikadan farklı değildir ($p=0.908$) (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Sağlıklı Beslenme Durumları

Değişken	Min	Max	X	SS	p*
<u>Sağlıklı beslenme skoru</u>	0	9	4.92	1.825	
<u>Haftalık egzersiz süresi</u>	0	1500	204.48	308.712	0.908
Değişken	N		%		
<u>2.5 litre su</u>					
Evet	37		42.5		
Hayır	50		57.5		
<u>Kepekli veya tam tahıllı ekmek tercihi</u>					
Evet	50		57.5		
Hayır	37		42.5		
<u>5 porsiyon ve üzeri sebze-meyve tüketimi</u>					
Evet	20		23		

Hayır	67	77
<u>4-6 porsiyon tahıl ürünü tüketimi</u>		
Daha az	23	26.4
Evet	32	36.8
Daha fazla	32	36.8
<u>2 porsiyon süt ürünü tüketimi</u>		
Daha az	40	46
Evet	36	41.4
Daha fazla	11	12.6
<u>2 porsiyon et, yumurta veya kurubaklagil tüketimi</u>		
Daha az	19	21.8
Evet	58	66.7
Daha fazla	10	11.5
<u>Günlük şeker/tatlı tüketimi</u>		
Kısıtlıdır	34	39.1
Normaldir	30	34.5
Yoğundur	23	26.4
<u>Günlük yağ tüketimi</u>		
Kısıtlıdır	25	28.7
Normaldir	51	58.6
Yoğundur	11	12.6
<u>Günlük tuz tüketimi</u>		
5 gram veya altında	47	54
5 gramın üstünde	40	46

*Wilcoxon Signed Ranks Test

4.3 Sigara İçme Arzusu Ölçeği Bulguları

Katılımcıların Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 28 ± 14.01 'dir. Bu puan hiç sigara içme arzusu duymama durumunda alınacak puan olan 10'dan istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazladır ($p < 0.0001$). Katılımcıların ortalama olarak en yüksek puanı verdikleri ölçek cümlesi ise 4.24 ± 2.151 ile "Şu anda sigara içme isteğim var." olmuştur (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar

Değişken	Min	Max	X	SS	p*
Sigara içme arzusu ölçeği puanı	10	65	28	14.017	0.000

*Wilcoxon

4.4 Değişkenlerin Kabızlık Puanına Etkisi

Beslenme skoru 5'ten küçük olanların kabızlık puan ortalaması 2.43 ± 2.439 'dur. Beslenme skoru 5 ve üzerinde olanların kabızlık puan ortalaması 3.06 ± 6.371 'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Su tüketimi 2.5 litre veya üzerinde olanlarda kabızlık puan ortalaması 2.97 ± 2.566 iken su tüketimi daha az olanlarda bu rakam 2.44 ± 2.409 'dur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Ekmek türü olarak tam tahıllı veya kepekli ekmek tercih edenlerde kabızlık puan ortalaması 2.98 ± 2.661 , beyaz ekmek tercih edenlerde bu oran 2.24 ± 2.165 'tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Günlük olarak 5 porsiyon ve üzerinde sebze-meyve tüketimi yapanlarda kabızlık puan ortalaması 2.60 ± 2.393 , yapmayanlarda 2.69 ± 2.518 'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tahıl ürünlerini 4 porsiyondan daha az tüketenlerde kabızlık puan ortalaması 3.09 ± 2.392 , 4-6 porsiyon olarak tüketenlerde 3.22 ± 2.992 , daha fazla tüketenlerde 1.81 ± 1.674 'tür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Tahıl ürünlerini 4-6 porsiyon arasında veya daha az tüketenlerde kabızlık puan ortalaması 3.16 ± 2.734 'tür. Bu grubun kabızlık puan ortalaması 4-6 porsiyondan fazla tahıl tüketenlerden istatistiksel olarak fazladır ($p = 0.028$) (Tablo 13).

Süt ürünlerini günlük olarak 2 porsiyondan az tüketenlerin kabızlık puan ortalamaları 2.68 ± 2.731 , 2 porsiyon olarak tüketenlerin 2.61 ± 2.181 , daha fazla tüketenlerin 2.82 ± 2.639 'dur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Et, yumurta ve kurubaklagilleri 2 porsiyondan az tüketenlerin kabızlık puan ortalamaları 3.53 ± 3.204 , 2 porsiyon olarak tüketenlerin 2.33 ± 2.047 , daha fazla tüketenlerin 3.00 ± 3.018 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Günlük şeker/tatlı tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde kabızlık puan ortalaması 2.71 ± 2.714 , normal olarak bildirenlerde 2.24 ± 1.755 , yoğun olarak bildirenlerde 3.17 ± 2.887 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Günlük yağ tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde kabızlık puan ortalaması 2.24 ± 2.385 , normal olarak bildirenlerde 2.61 ± 2.417 , yoğun olarak bildirenlerde 3.91 ± 2.773 'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Yağ tüketimini normal veya altında olarak tanımlayan bireylerde kabızlık puan ortalaması 2.49 ± 2.397 'dir. Bu ortalama yağ tüketimi yoğun olan bireylerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüktür ($p = 0.027$) (Tablo 13).

Tuz tüketimi günlük olarak 5 gram veya altında olan bireylerde kabızlık puan ortalaması 3.00 ± 2.758 , 5 gramın üzerinde olanlarda 2.28 ± 2.063 'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Egzersiz miktarı haftalık 150 dakikanın altında olanlarda kabızlık puan ortalaması 2.75 ± 2.518 , 150 dakika ve üstünde olanlarda 2.53 ± 2.440 'tır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Kabızlık Puanına Etkisi

	Kabızlık Puanı				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Beslenme Skoru</u>					0.208*
5'ten küçük	1	10	2.43	2.439	
5 ve üzeri	1	8	3.06	6.371	
<u>Su</u>					0.302*
2.5 litre veya daha fazla	1	8	2.97	2.566	
2.5 litreden az	1	10	2.44	2.409	
<u>Ekmek</u>					0.265*
Tam tahıllı veya kepekli	1	10	2.98	2.661	
Beyaz ekmek	1	8	2.24	2.165	
<u>Sebze-Meyve</u>					0.959*
5 porsiyon ve üstü	1	8	2.60	2.393	
5 porsiyondan az	1	10	2.69	2.518	
<u>Tahıl Ürünleri</u>					0.089**
4-6 porsiyondan az	1	7	3.09	2.392	
4-6 porsiyon	1	10	3.22	2.992	
4-6 porsiyondan fazla	1	7	1.81	1.674	
<u>Tahıl Ürünleri</u>					0.028*
4-6 porsiyon veya daha az	1	10	3.16	2.734	
4-6 porsiyondan fazla	1	7	1.81	1.674	
<u>Süt Ürünleri</u>					0.959**
2 porsiyondan az	1	10	2.68	2.731	
2 porsiyon	1	7	2.61	2.181	
2 porsiyondan					

fazla	1	8	2.82	2.639	
<u>Et, Yumurta ve Kurubaklagiller</u>					0.410**
2 porsiyondan az	1	10	3.53	3.204	
2 porsiyon	1	7	2.33	2.047	
2 porsiyondan fazla	1	8	3.00	3.018	
<u>Şeker/Tatlı Tüketimi</u>					0.718**
Kısıtlıdır	1	10	2.71	2.714	
Normaldir	1	7	2.23	1.755	
Yoğundur	1	8	3.17	2.887	
<u>Yağ</u>					0.060**
Kısıtlıdır	1	10	2.24	2.385	
Normaldir	1	8	2.61	2.417	
Yoğundur	1	8	3.91	2.773	
-Normal ve altındadır -Yoğundur	1	10	2.49	2.397	0.027*
<u>Tuz</u>					0.359*
5 gram veya altında	1	10	3.00	2.758	
5 gramdan daha fazla	1	8	2.28	2.063	
<u>Egzersiz</u>					0.566*
Yetersiz	1	10	2.75	2.518	
Yeterli	1	8	2.53	2.440	

*Mann-Whitney Test **Kruskal-Wallis Test

Sigarayı bırakmadan önce BKİ grubu zayıf olanların kabızlık puan ortalaması 2.50 ± 2.121 , normal olanların 2.77 ± 2.649 , hafif şişman olanların 2.67 ± 2.341 ve obez

olanların 2.13 ± 2.475 'tir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Eğitim düzeyi olarak liseyi bitirmemiş olanların kabızlık puan ortalaması 3.27 ± 3.011 . lise ve üzeri eğitim alanlarda bu ortalama 2.54 ± 2.355 'tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Tedavi sırasında başka bir ilaç kullanımı olmayanlarda kabızlık puan ortalaması 2.44 ± 2.416 , olanlarda 3.03 ± 2.568 'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Düzenli olarak kullandığı bir takviye ürün olmayanlarda kabızlık puan ortalaması 2.63 ± 2.451 , olanlarda 2.81 ± 2.664 'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Günlük hayatta kabızlık sorununu hiç yaşamayanlarda sigara bırakma dönemindeki kabızlık puan ortalaması 1.89 ± 2.040 , nadiren yaşayanlarda 2.61 ± 2.207 , sık yaşayanlarda 4.21 ± 3.011 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.003$) ve istatistiksel anlamlılık hiç yaşamayan ve sık yaşayanlardan kaynaklanır ($p = 0.001$, $p < 0.016$) (Tablo 14).

Daha önce kabızlık şikayeti nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurmayanlarda kabızlık puan ortalaması 2.56 ± 2.423 , başvuranlarda 3.33 ± 2.807 'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Erkeklerde kabızlık puan ortalaması 2.02 ± 1.972 , kadınlarda 3.39 ± 2.792 'dir. Kadınlar kabızlık puan ortalaması erkeklerden istatistiksel olarak fazladır ($p = 0.018$) (Tablo 14).

Sigara içme süresi 10 yıl ve altında olanlarda kabızlık puan ortalaması 3.11 ± 2.369 , 10-20 yıl arasında olanlarda 2.44 ± 2.382 , 20-30 yıl arasında olanlarda 2.28 ± 2.227 , 30 yıl ve üzerinde olanlarda 3.29 ± 2.935 'tir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Başvuru sırasında sigara adedi 0-20 olanların kabızlık puan ortalaması 3.41 ± 1.58 , 20-40 olanların 1.58 ± 1.574 , 40-60 olanların 4.00 ± 4.243 'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.002$) ve istatistiksel anlamlılık 0-20 ve 20-40 adet arasında sigara tüketenlerden kaynaklanır ($p < 0.0001$, $p < 0.016$) (Tablo 14).

Tedavi olarak nikotin replasman tedavisi alanlarda kabızlık puan ortalaması 2.75 ± 2.661 , vareniklin alanlarda 2.73 ± 2.439 , bupropion alanlarda 2.18 ± 2.316 'dır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

FTND puanları 5'ten küçük olanların kabızlık puan ortalamaları 2.92 ± 2.432 , 5 ve üzerinde olanların 2.31 ± 2.528 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Diğer Değişkenlerin Kabızlık Puanına Etkisi

	Kabızlık Puanı				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Başlangıç BKİ grupları</u>					0.822*
Zayıf	1	4	2.50	2.121	
Normal	1	10	2.77	2.649	
Hafif şişman	1	8	2.67	2.341	
Obez	1	8	2.13	2.475	
<u>Eğitim</u>					0.281**
Liseyi bitirmemiş	1	10	3.27	3.011	
Lise ve üzeri	1	8	2.54	2.355	
<u>Başka ilaç kullanımı</u>					0.157**
Yok	1	8	2.44	2.416	
Var	1	10	3.03	2.568	
<u>Takviye ürün kullanımı</u>					0.985**
Yok	1	10	2.63	2.451	
Var	1	8	2.81	2.664	
<u>Günlük hayatta kabızlık</u>					0.003*

Hiç yaşamam	1	8	1.89	2.040	
Nadiren yaşarım	1	7	2.61	2.207	
Sık yaşarım	1	10	4.21	3.011	
-Hiç yaşamam -Sık yaşarım					0.001***
<u>Kabızlık nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma</u>					0.194**
Yok	1	10	2.56	2.423	
Var	1	8	3.33	2.807	
<u>Cinsiyet</u>					0.018**
Erkek	1	8	2.02	1.972	
Kadın	1	10	3.39	2.792	
<u>Sigara içme süresi</u>					0.398*
10 yıl ve altı	1	7	3.11	2.369	
10-20 yıl	1	8	2.44	2.382	
20-30 yıl	1	8	2.28	2.227	
30 yıl ve üzeri	1	9	3.29	2.935	
<u>Sigara adedi</u>					0.002*
0-20	1	10	3.41	2.700	
20-40	1	8	1.58	1.574	
40-60	1	7	4.00	4.243	
- 0-20 - 20-40					0.000***
<u>Tedavi</u>					0.685*
Nrt	1	10	2.75	2.661	
Vareniklin	1	8	2.73	2.439	
Bupropion	1	8	2.18	2.316	
<u>FTND</u>					0.145**
5'ten küçük	1	8	2.92	2.432	
5 ve üzeri	1	10	2.31	2.528	

*Kruskal-Wallis Test

**Mann-Whitney Test

***Mann-Whitney Test Bonferoni Düzeltmesi $p < 0.016$

4.5 Değişkenlerin BKİ ve Kilo Değişimine Etkileri

Beslenme skoru 5'ten küçük olanların BKİ değişimi ortalaması 0.042 ± 0.541 birimdir. 5 ve üzeri skora sahip bireylerde bu ortalama 0.66 ± 0.892 'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Günlük olarak 2.5 litre ve üzerinde su tüketenlerde BKİ değişimi ortalaması 0.58 ± 0.821 , daha az tüketenlerde 0.47 ± 0.599 birimdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Ekmek olarak tam tahıllı veya kepekli ekmek tercih edenlerde BKİ değişimi ortalaması 0.60 ± 0.779 , beyaz ekmek tercih edenlerde 0.39 ± 0.564 birimdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Günlük sebze-meyve tüketimi 5 porsiyon ve üzerinde olanlarda BKİ değişimi ortalaması 0.68 ± 1.023 , daha az olanlarda 0.46 ± 0.571 birimdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Tahıl ürünlerini 4-6 porsiyondan daha az tüketenlerde BKİ değişimi ortalaması 0.67 ± 0.914 , 4-6 porsiyon tüketenlerde 0.42 ± 0.649 , daha fazla tüketenlerde 0.50 ± 0.564 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Süt ürünlerini 2 porsiyondan daha az tüketenlerde BKİ değişimi ortalaması 0.53 ± 0.573 , 2 porsiyon tüketenlerde 0.52 ± 0.879 , daha fazla tüketenlerde 0.41 ± 0.465 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Et, yumurta ve kurubaklagilleri 2 porsiyondan az tüketenlerde BKİ değişimi ortalaması 0.51 ± 0.580 , 2 porsiyon tüketenlerde 0.49 ± 0.603 , daha fazla tüketenlerde

0.64±1.299 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 15).

Günlük şeker/tatlı tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerin BKİ değişimi ortalaması 0.60±0.876, normal olarak bildirenlerin 0.36±0.566, yoğun olarak bildirenlerin 0.58±0.541 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 15).

Günlük yağ tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerin BKİ değişimi ortalaması 0.55±0.933, normal olarak bildirenlerin 0.52±0.619, yoğun olarak bildirenlerin 0.40±0.436 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 15).

Günlük tuz tüketimi 5 gram veya altında olanlarda BKİ değişim ortalaması 0.56±0.800, 5 gramın üzerinde olanlarda 0.45±0.564 birimdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 15).

Haftalık egzersiz süresi 150 dk'nın altında olanlarda BKİ değişimi 0.45±0.583, 150 dk veya daha fazla olanlarda 0.62±0.851 birimdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 15).

Tablo 15: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin BKİ Değişimine Etkisi

	BKİ Değişimi				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Beslenme</u>					0.291*
<u>Skoru</u>					
5'ten küçük	-0.86	1.45	0.42	0.541	
5 ve üzeri	-1.16	3.92	0.66	0.892	
<u>Su</u>					0.862*
2.5 litre veya daha fazla	-0.86	3.92	0.58	0.821	
2.5 litreden az	-1.16	2.17	0.47	0.599	
<u>Ekmek</u>					0.322*
Tam tahıllı					

veya kepekli	-1.16	3.92	0.60	0.779	
Beyaz ekmek	-0.86	1.24	0.39	0.564	
<u>Sebze-Meyve</u>					0.898*
5 porsiyon ve üstü	0.45	3.92	0.68	1.023	
5 porsiyondan az	-1.16	1.45	0.46	0.571	
<u>Tahıl Ürünleri</u>					0.654**
4-6 porsiyondan az	-0.86	3.92	0.67	0.914	
4-6 porsiyon	-1.16	2.17	0.42	0.649	
4-6 porsiyondan fazla	-0.45	1.45	0.50	0.564	
<u>Süt Ürünleri</u>					0.596**
2 porsiyondan az	-0.86	1.45	0.53	0.573	
2 porsiyon	-1.16	3.92	0.52	0.879	
2 porsiyondan fazla	-0.14	1.23	0.41	0.465	
<u>Et, Yumurta ve Kurubaklagiller</u>					0.982**
2 porsiyondan az	0.00	1.75	0.51	0.580	
2 porsiyon	-1.16	2.17	0.49	0.603	
2 porsiyondan fazla	-0.86	3.92	0.64	1.299	
<u>Şeker/Tatlı Tüketimi</u>					0.285**
Kısıtlıdır	-0.86	3.92	0.60	0.876	
Normaldir	-1.16	1.42	0.36	0.566	
Yoğundur	0.00	1.45	0.58	0.541	
<u>Yağ</u>					0.829**

Kısıtlıdır	-0.86	3.92	0.55	0.933	
Normaldir	-1.16	2.17	0.52	0.619	
Yoğundur	0.00	1.24	0.40	0.436	
<u>Tuz</u>					0.883*
5 gram veya altında	-1.16	3.92	0.56	0.800	
5 gramdan daha fazla	-0.60	1.45	0.45	0.564	
<u>Egzersiz</u>					0.659*
Yetersiz	-1.16	1.75	0.45	0.583	
Yeterli	-0.86	3.92	0.62	0.851	

*Mann-Whitney Test

**Kruskal-Wallis Test

Sigarayı bırakma öncesinde BKİ grubu zayıf olan bireylerde BKİ değişimi ortalaması 0.44 ± 0.626 , normal olanlarda 0.47 ± 0.534 , hafif şişman olanlarda 0.52 ± 0.919 ve obez olanlarda 0.74 ± 0.530 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Lise eğitimini tamamlamamış bireylerde BKİ değişimi ortalaması 0.47 ± 0.388 , lise ve üzeri eğitim almış bireylerde 0.52 ± 0.750 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Sigara bırakma tedavisi sırasında başka bir ilaç kullanımı olmayanlarda BKİ değişim ortalaması 0.49 ± 0.798 , olanlarda 0.55 ± 0.510 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Sigara bırakma tedavisi sırasında takviye ürün kullanmayanlarda BKİ değişim ortalaması 0.47 ± 0.735 , olanlarda 0.72 ± 0.486 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Kabızlık puanı 5'in altında olanlarda yani hiç kabızlık yaşamamış veya hafif yaşamış olanlarda BKİ değişim ortalaması 0.42 ± 0.633 , 5 ve üzerinde olanlarda yani yoğun

yaşayanlarda 0.84 ± 0.823 birimdir. Yoğun olarak kabızlık yaşayanlarda BKİ artışı istatistiksel olarak daha fazladır ($p=0.022$).

Erkeklerde BKİ değişim ortalaması 0.53 ± 0.785 , kadınlarda 0.50 ± 0.600 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Sigara içme süresi 10 yıl ve altında olanlarda BKİ değişim ortalaması 0.34 ± 0.784 , 10-20 yıl olanlarda 0.59 ± 0.870 , 30 yıl ve üzerinde olanlarda 0.44 ± 0.447 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Başvuru sırasındaki sigara içme adedi 0-20 olanlarda BKİ değişim ortalaması 0.49 ± 0.653 , 20-40 olanlarda 0.44 ± 0.526 , 40-60 olanlarda 2.44 ± 2.07 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tedavi yöntemi olarak nikotin replasman tedavisi alanlarda BKİ değişim ortalaması 0.51 ± 0.502 , vareniklin alanlarda 0.55 ± 0.822 , bupropion alanlarda 0.36 ± 0.572 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16).

FTND puanı 5'ten küçük olanların BKİ değişim ortalaması 0.44 ± 0.668 , 5 ve üzerinde olanların 0.61 ± 0.741 birimdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Diğer Değişkenlerin BKİ Değişimine Etkisi

	BKİ Değişimi				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Başlangıç</u> <u>BKİ</u> <u>grupları</u>					0.665*
Zayıf	0.00	0.89	0.44	0.626	
Normal	-0.60	1.45	0.47	0.534	
Hafif					
şişman	-1.16	3.92	0.52	0.919	
Obez	0.00	1.42	0.74	0.530	

<u>Eğitim</u>					0.941**
Liseyi bitirmemiş	0.00	1.24	0.47	0.388	
Lise ve üzeri	-1.16	3.92	0.52	0.750	
<u>Başka ilaç kullanımı</u>					0.389**
Yok	-1.16	3.92	0.49	0.798	
Var	-0.55	1.45	0.55	0.510	
<u>Takviye ürün kullanımı</u>					0.088**
Yok	-1.16	3.92	0.47	0.735	
Var	-0.14	1.24	0.72	0.486	
<u>Kabızlık Puanı</u>					0.022**
Hiç veya hafif	-1.16	2.17	0.42	0.633	
Yoğun	0.00	3.92	0.84	0.823	
<u>Cinsiyet</u>					0.753**
Erkek	-0.86	3.92	0.53	0.785	
Kadın	-1.16	1.75	0.50	0.600	
<u>Sigara içme süresi</u>					0.918*
10 yıl ve altı	-1.16	1.23	0.34	0.784	
10-20 yıl	-0.86	3.92	0.59	0.870	
20-30 yıl	0.00	1.45	0.44	0.447	
30 yıl ve üzeri	-0.45	2.17	0.56	0.645	
<u>Sigara adedi</u>					0.168*
0-20	-1.16	2.17	0.49	0.653	

20-40	-0.60	1.42	0.44	0.526	
40-60	0.98	3.92	2.44	2.07	
<u>Tedavi</u>					0.704*
Nrt	0.00	1.75	0.51	0.502	
Vareniklin	-1.16	3.92	0.55	0.822	
Bupropion	-0.45	1.23	0.36	0.572	
<u>FTND</u>					0.384**
5'ten küçük	-1.16	2.17	0.44	0.668	
5 ve üzeri	-0.14	3.92	0.61	0.741	

*Kruskal-Wallis Test

**Mann-Witney Test

Beslenme skoru 5'ten küçük olan bireylerin kilo değişimlerinin ortalaması 1.29 ± 1.659 , 5 ve üzeri olanların 1.98 ± 2.722 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Günlük su tüketimi 2.5 litre ve üzerinde olan bireylerin kilo değişimlerinin ortalaması 1.70 ± 2.508 , daha az olan bireylerin 1.45 ± 1.836 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Ekmek olarak tam tahıllı veya kepekli ekmek tüketenlerde kilo değişimi ortalaması 1.81 ± 2.361 , beyaz ekmek tercih edenlerde 1.21 ± 1.765 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Tahıl ürünlerini 4-6 porsiyondan az tüketenlerin kilo değişimi ortalaması 1.86 ± 2.764 , 4-6 porsiyon tüketenlerin 1.30 ± 2.004 , daha fazla tüketenlerin 1.59 ± 1.758 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Süt ürünlerini günlük olarak 2 porsiyondan az tüketenlerin kilo değişimi ortalaması 1.59 ± 1.744 , 2 porsiyon tüketenlerin 1.61 ± 2.864 , daha fazla tüketenlerin 1.25 ± 1.445 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Et, yumurta ve kurubaklagilleri 2 porsiyondan az tüketenlerin kilo değişimi ortalaması 1.52 ± 1.731 , 2 porsiyon tüketenlerin 1.51 ± 1.834 , daha fazla tüketenlerin

1.89±4.02 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 17).

Günlük şeker/tatlı tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde kilo değişimi ortalaması 1.85±2.742, normal olarak bildirenlerde 1.11±1.670, yoğun olarak bildirenlerde 1.70±1.574 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 17).

Günlük yağ tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde kilo değişimi ortalaması 1.61±2.816, normal olarak bildirenlerde 1.60±1.920, yoğun olarak bildirenlerde 1.20±1.290 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 17).

Günlük tuz tüketimi 5 gram veya altında olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.68±2.44, 5 gramın üzerinde olanlarda 1.41±1.736 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 17).

Haftalık egzersiz süresi 150 dakikanın altında olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.36±1.719, 150 dakika ve üstünde olanlarda 1.87±2.661 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 17).

Tablo 17: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Kilo Değişimine Etkisi

	Kilo Değişimi				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Beslenme</u>					
<u>Skoru</u>					0.321*
5'ten küçük	-3.00	4.00	1.29	1.659	
5 ve üzeri	-3.00	12.00	1.98	2.722	
<u>Su</u>					0.934*
2.5 litre veya daha fazla	-3.00	12.00	1.70	2.508	
2.5 litreden az	-3.00	7.50	1.45	1.836	
<u>Ekmek</u>					0.373*
Tam tahıllı					

veya kepekli	-3.00	12.00	1.81	2.361	
Beyaz ekmek	-3.00	4.00	1.21	1.765	
<u>Sebze-Meyve</u>					0.882*
5 porsiyon ve üstü	-1.10	12.00	2.13	3.191	
5 porsiyondan az	-3.00	4.00	1.38	1.700	
<u>Tahıl Ürünleri</u>					0.718**
4-6 porsiyondan az	-3.00	12.00	1.86	2.764	
4-6 porsiyon	-3.00	7.50	1.30	2.004	
4-6 porsiyondan fazla	-1.10	4.00	1.59	1.758	
<u>Süt Ürünleri</u>					0.625**
2 porsiyondan az	-3.00	4.00	1.59	1.744	
2 porsiyon	-3.00	12.00	1.61	2.684	
2 porsiyondan fazla	-0.40	4.00	1.25	1.445	
<u>Et, Yumurta ve Kurubaklagiller</u>					0.964**
2 porsiyondan az	0.00	5.00	1.52	1.731	
2 porsiyon	-3.00	7.50	1.51	1.834	
2 porsiyondan fazla	-3.00	12.00	1.89	4.02	
<u>Şeker/Tatlı Tüketimi</u>					0.336**
Kısıtlıdır	-3.00	12.00	1.85	2.742	
Normaldir	-3.00	4.00	1.11	1.670	
Yoğundur	0.00	4.00	1.70	1.574	
<u>Yağ</u>					0.771**

Kısıtlıdır	-3.00	12.00	1.61	2.816	
Normaldir	-3.00	7.50	1.60	1.920	
Yoğundur	0.00	3.50	1.20	1.290	
<u>Tuz</u>					0.993*
5 gram veya altında	-3.00	12.00	1.68	2.44	
5 gramdan daha fazla	-2.00	4.00	1.41	1.736	
<u>Egzersiz</u>					0.681*
Yetersiz	-3.00	5.00	1.36	1.719	
Yeterli	-3.00	12.00	1.87	2.661	

*Mann-Witney Test

**Kruskal-Wallis Test

Sigara bırakma öncesi dönemde BKİ grubu zayıf olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.25 ± 1.767 , normal olanlarda 1.42 ± 1.617 , hafif şişman olanlarda 1.62 ± 2.835 ve obez olanlarda 2.12 ± 1.529 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Lise eğitimini tamamlamamış katılımcılarda kilo değişimi ortalaması 1.38 ± 1.071 , lise ve üzeri eğitim alan katılımcılarda 1.59 ± 2.302 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Tedavi sırasında başka ilaç kullanımı olmayanlarda kilo değişimi ortalaması 1.52 ± 2.474 , olanlarda 1.60 ± 1.460 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Düzenli olarak takviye ürün kullanımı olmayanlarda kilo değişimi ortalaması 1.43 ± 2.254 , olanlarda 2.10 ± 1.444 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Sigara bırakma döneminde hiç kabızlık şikayeti yaşamayanlarda yani kabızlık puanı 1 olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.33 ± 2.012 , hafif yaşayanlarda yani kabızlık puanı 5'in altında olanlarda 1.13 ± 1.669 , yoğun yaşayanlarda yani kabızlık puanı 5 ve

üzerinde olanlarda 2.80 ± 2.654 'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.045$). Ancak kabızlık sorununu hiç yaşamayan ve yoğun yaşayanlar arasındaki fark ($p=0.021$) ve hafif yaşayan ve yoğun yaşayanlar arasındaki fark ($p=0.027$), istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.016$).

Erkek katılımcılarda kilo değişim ortalaması 1.72 ± 2.517 , kadınlarda 1.37 ± 1.620 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Sigara içme süresi 10 yıl ve altında olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.14 ± 2.347 , 10-20 yıl olanlarda 1.77 ± 2.656 , 20-30 yıl olanlarda 1.29 ± 1.307 ve 30 yıl ve üzerinde olanlarda 1.72 ± 2.04 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Başvuru sırasındaki sigara içme adedi 0-20 arasında olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.45 ± 1.960 , 20-40 arasında olanlarda 1.37 ± 1.653 , 40-60 arasında olanlarda 7.50 ± 6.363 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tedavi olarak nikotin replasman tedavisi alanlarda kilo değişim ortalaması 1.44 ± 1.400 , vareniklin alanlarda 1.71 ± 2.551 , bupropion alanlarda 1.16 ± 1.748 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

FTND puanı 5'ten küçük olanlarda kilo değişim ortalaması 1.34 ± 2.051 , 5 ve üzerinde olanlarda 1.86 ± 2.248 kg'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Diğer Değişkenlerin Kilo Değişimine Etkisi

	Kilo Değişimi				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Başlangıç</u> <u>BKİ</u> <u>grupları</u> Zayıf	0.00	2.50	1.25	1.767	0.721*

Normal	-2.00	4.00	1.42	1.617	
Hafif şişman	-3.00	12.00	1.62	2.835	
Obez	0.00	4.00	2.12	1.529	
<u>Eğitim</u>					0.986**
Liseyi bitirmemiş	0.00	3.10	1.38	1.071	
Lise ve üzeri	-3.00	12.00	1.59	2.302	
<u>Başka ilaç kullanımı</u>					0.510**
Yok	-3.00	12.00	1.52	2.474	
Var	-1.30	4.00	1.60	1.460	
<u>Takviye ürün kullanımı</u>					0.120**
Yok	-3.00	12.00	1.43	2.254	
Var	-0.40	4.00	2.10	1.444	
<u>Kabızlık Puanı</u>					0.045*
Yaşamadı	-3.00	7.50	1.33	2.012	
Hafif	-3.00	4.00	1.13	1.669	
Yoğun	0.00	12.00	2.80	2.654	
-Yaşamadı -Yoğun					0.021***
-Hafif -Yoğun					0.027***
<u>Cinsiyet</u>					0.792**
Erkek	-3.00	12.00	1.72	2.517	
Kadın	-3.00	5.00	1.37	1.620	
<u>Sigara içme süresi</u>					0.937*
10 yıl ve					

altı	-3.00	4.00	1.14	2.347	
10-20 yıl	-3.00	12.00	1.77	2.656	
20-30 yıl	0.00	4.00	1.29	1.307	
30 yıl ve üzeri	-1.10	7.50	1.72	2.04	
<u>Sigara adedi</u>					0.158*
0-20	-3.00	7.50	1.45	1.960	
20-40	-2.00	4.00	1.37	1.653	
40-60	3	12	7.50	6.363	
<u>Tedavi</u>					0.710*
Nrt	0.00	5.00	1.44	1.40	
Vareniklin	-3.00	12.00	1.71	2.551	
Bupropion	-1.10	4.00	1.16	1.748	
<u>FTND</u>					0.378**
5'ten küçük	-3.00	7.5	1.34	2.051	
5 ve üzeri	-0.40	12.00	1.86	2.248	

*Kruskal-Wallis Test

**Mann-Whitney Test

***Mann-Witney Test Bonferoni Düzeltmesi $p>0.016$

4.6 Değişkenlerin Sigara İçme Arzusu Ölçeği Puanı'na Etkisi

Beslenme skoru 5'ten küçük olan katılımcılarda SİAÖ puan ortalaması 26.28 ± 14.453 , 5 ve üzerinde olanlarda 30.82 ± 12.994 'tür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Su tüketimi 2.5 litre ve üzerinde olanlarda SİAÖ puan ortalaması 29.70 ± 14.946 , daha az olanlarda 26.74 ± 13.300 'dür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Ekmek tercihi tam tahıllı veya kepekli olanlarda SİAÖ puan ortalaması 28.76 ± 12.918 , beyaz olanlarda 26.97 ± 15.502 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Seze-meyve tüketimi 5 porsiyon ve daha fazla olanlarda SİAÖ puan ortalaması 28.85 ± 15.912 , daha az olanlarda 27.75 ± 13.521 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Tahıl ürünleri tüketimi 4-6 porsiyondan az olanlarda SİAÖ puan ortalaması 29.39 ± 14.816 , 4-6 porsiyon olanlarda 27.69 ± 12.762 , 4-6 porsiyonun üstünde olanlarda 27.31 ± 14.978 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Süt ürünlerini 2 porsiyondan az tüketenlerde SİAÖ puan ortalaması 30.10 ± 13.972 , 2 porsiyon tüketenlerde 25.50 ± 12.089 , 2 porsiyondan fazla tüketenlerde 28.55 ± 19.398 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Et, yumurta ve kurubaklagilleri 2 porsiyondan az tüketenlerde SİAÖ puan ortalaması 25.00 ± 13.153 , 2 porsiyon tüketenlerde 29.14 ± 14.586 , fazla tüketenlerde 27.10 ± 12.476 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Şeker/tatlı tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde SİAÖ puan ortalaması 29.18 ± 12.595 , normal olarak bildirenlerde 25.67 ± 13.218 , yoğun olarak bildirenlerde 29.30 ± 16.982 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Yağ tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde SİAÖ puan ortalaması 29.56 ± 16.246 , normal olarak bildirenlerde 28.71 ± 13.589 , yoğun olarak bildirenlerde 21.18 ± 8.554 'tür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Yağ tüketimini normal veya altında olarak bildirenlerin SİAÖ puan ortalaması 28.99 ± 14.412 'dir. Yoğun yağ tüketimi bildiren grubun SİAÖ puan ortalaması, bu gruptan istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüktür ($p = 0.019$) (Tablo 19).

Günlük tuz tüketimi 5 gram veya altında olanların SİAÖ puan ortalamaları 27.09 ± 13.043 , 5 gramın üzerinde olanların 29.08 ± 15.178 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Egzersiz süresi 150 dk'nın altında olanların SİAÖ puan ortalaması 27.60 ± 13.060 , 150 dk ve üzerinde olanların 28.62 ± 15.576 'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Beslenme ile İlgili Değişkenlerin Sigara İçme Arzusu Puanına Etkisi

	Sigara İçme Arzusu				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Beslenme</u>					0.074*
<u>Skoru</u>					
5'ten küçük	10	65	26.28	14.453	
5 ve üzeri	10	58	30.82	12.994	
<u>Su</u>					0.333**
2.5 litre veya daha fazla	10	65	29.70	14.946	
2.5 litreden az	10	58	26.74	13.300	
<u>Ekmek</u>					0.560**
Tam tahıllı veya kepekli	11	58	28.76	12.918	
Beyaz ekmek	10	65	26.97	15.502	
<u>Sebze-Meyve</u>					0.759**
5 porsiyon ve üstü	10	65	28.85	15.912	
5 porsiyondan az	10	61	27.75	13.521	
<u>Tahıl Ürünleri</u>					0.855***
4-6 porsiyondan az	10	58	29.39	14.816	
4-6 porsiyon	12	61	27.69	12.762	

4-6 porsiyondan fazla	10	65	27.31	14.978	
<u>Süt Ürünleri</u> 2 porsiyondan az	10	58	30.10	13.972	0.361***
2 porsiyon	10	57	25.50	12.089	
2 porsiyondan fazla	10	65	28.55	19.398	
<u>Et, Yumurta ve Kurubaklagiller</u> 2 porsiyondan az	10	50	25	13.153	0.529***
2 porsiyon	10	65	29.14	14.586	
2 porsiyondan fazla	11	52	27.10	12.476	
<u>Şeker/Tatlı Tüketimi</u> Kısıtlıdır	10	58	29.18	12.595	0.535***
Normaldir	10	57	25.67	13.218	
Yoğundur	10	65	29.30	16.982	
<u>Yağ</u> Kısıtlıdır	11	65	29.56	16.246	0.220***
Normaldir	10	57	28.71	13.589	
Yoğundur	10	41	21.18	8.554	
Normal ve altı Yoğun	10 10	65 41	28.99 21.18	14.412 8.554	0.019**
<u>Tuz</u> 5 gram veya altında	10	58	27.09	13.043	0.651*
5 gramdan daha fazla	10	65	29.08	15.178	
<u>Egzersiz</u>					0.969*

Yetersiz	10	57	27.60	13.060	
Yeterli	10	65	28.62	15.576	

*Mann-Whitney Test

**Independent Samples T Test

***Oneway ANOVA

Başlangıç BKİ'leri hafif şişman ve altı olan bireylerde SİAÖ puan ortalaması 28.76 ± 14.347 , obez olan bireylerde 20.50 ± 7.031 'dir. Obez bireylerin SİAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşüktür ($p=0.015$) (Tablo 20).

Üniversiteyi bitirmemiş bireylerde SİAÖ puan ortalaması 24.96 ± 13.266 , üniversite ve üzeri mezunlarında 32.31 ± 14.099 'dur. Üniversite ve üzeri mezunlarının SİAÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0.010$). (Tablo 20).

Tedavi sırasında başka bir ilaç kullanmayanların SİAÖ puan ortalamaları 28.13 ± 14.973 , kullananların 27.79 ± 12.514 'tür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tedavi sırasında takviye bir ürün kullanmayanların SİAÖ puan ortalamaları 27.96 ± 13.423 , kullananların 28.19 ± 16.897 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Sigara bırakma sürecinde hiç kabızlık yaşamayanların SİAÖ puan ortalamaları 28.94 ± 15.014 , hafif yaşayanların 25.21 ± 12.017 , yoğun yaşayanların 28.25 ± 13.178 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Erkeklerde SİAÖ puan ortalaması 29.50 ± 14.838 , kadınlarda 26.32 ± 13.009 'dur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Sigara içme süresi 10 yıl ve altında olanlarda SİAÖ puan ortalamaları 23.33 ± 17.840 , 10-20 yıl olanlarda 25.78 ± 12.671 , 20-30 yıl olanlarda 29.68 ± 14.932 , 30 yıl ve üzeri olanlarda 31.38 ± 12.956 'dır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Başvuru sırasındaki sigara içme adedi 0-20 arasında olanlarda SİAÖ puan ortalaması 26.71 ± 13.846 , 20-40 olanlarda 28.58 ± 13.317 , 40-60 arasında olanlarda 49 ± 22.627 'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 20).

Tedavi olarak nikotin replasman tedavisi alanlarda SİAÖ puan ortalaması 29.14 ± 13.599 , vareniklin alanlarda 26.40 ± 13.108 , bupropion alanlarda 32.09 ± 18.663 'tür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 20).

FTND puanı 5'ten küçük olanlarda SİAÖ puan ortalaması 26.31 ± 13.016 , 5 ve üzerinde olanlarda 30.39 ± 15.189 'dur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Diğer Değişkenlerin Sigara İçme Arzusu Üzerine Etkisi

	Sigara İçme Arzusu Ölçeği Puanı				
	Min	Max	\bar{X}	SS	P
<u>Başlangıç</u> <u>BKİ</u> <u>grupları</u> Hafif şişman ve altı Obez	10 10	35 31	28.76 20.50	14.347 7.031	0.015**
<u>Eğitim</u> Üniversiteyi bitirmemiş Üniversite ve üzeri	10 11	65 61	24.96 32.31	13.266 14.099	0.010*
<u>Başka ilaç</u> <u>kullanımı</u> Yok Var	10 10	65 57	28.13 27.79	14.973 12.514	0.913**

<u>Takviye ürün kullanımı</u>					0.953**
Yok	10	65	27.96	13.423	
Var	10	58	28.19	16.897	
<u>Kabızlık Puanı</u>					0.614***
Yaşamadı	10	65	28.94	15.014	
Hafif	10	52	25.21	12.017	
Yoğun	10	52	28.25	13.178	
<u>Cinsiyet</u>					0.293**
Erkek	10	65	29.50	14.838	
Kadın	10	58	26.32	13.009	
<u>Sigara içme süresi</u>					0.216*****
10 yıl ve altı	10	61	23.33	17.840	
10-20 yıl	10	58	25.78	12.671	
20-30 yıl	10	65	29.68	14.932	
30 yıl ve üzeri	14	57	31.38	12.956	
<u>Sigara adedi</u>					0.222*****
0-20	10	61	26.71	13.846	
20-40	10	58	28.58	13.317	
40-60	33	65	49.00	22.627	
<u>Tedavi</u>					0.555*****
Nrt	11	57	29.14	13.599	
Vareniklin	10	58	26.40	13.108	
Bupropion	10	65	32.09	18.663	
<u>FTND</u>					0.236*
5'ten küçük	10	61	26.31	13.016	
5 ve üzeri	10	65	30.39	15.189	

*Mann-Whitney Test

**Independent Samples T-Test

***Oneway ANOVA

****Kruskal-Wallis Test



5. Tartışma

5.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya 46 erkek, 41 kadın 87 kişi katılmıştır ve yaş ortalamaları 44.13 ± 12.674 'dir. Katılımcıların %37.9'u üniversite mezunu, %31'i lise mezunu, %3.4'ü lisans üstü eğitim mezunudur. %27.6'sı lise eğitimini tamamlamamışken, aralarında ilkokul mezuniyeti olmayan katılımcı yoktur. Bu durumun anket sorularının anlaşılması ve cevaplanması açısından olumlu olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların %64.4'ü kişi başına düşen aylık gelir miktarı hakkında bilgi verirken, bu kişiler arasındaki ortalama 2805 ± 2106 TL'dir (Tablo 1). Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (Türk-İş), çalışma verilerinin toplandığı dönemin ortası sayılabilecek olan 2018 Aralık ayında 4 kişilik bir ailenin açlık sınırını 1941 TL, yoksulluk sınırını ise 6323 lira olarak açıklamıştır (Açlık sınırı Aralık'ta, 2018). Bu veriler ışığında katılımcıların gelir durumlarının mutfak alışverişlerini ve dolayısıyla beslenme durumlarını etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

5.2 Katılımcıların Hastalık Durumları, İlaç ve Takviye Ürün Kullanımları

Katılımcıların %43.7'si çalışmanın yürütüldüğü anda akut ve/veya kronik bir rahatsızlıkları olduğunu bildirmiştir. Bu hastaların ise %10.5'i ruhsal bir hastalıkları olduğunu, %21.1'i hipertansiyon hastası olduğunu, %15.8'i tiroid ile ilgili bir hastalıkları olduğunu, %18.4'ü ise tip 2 diyabet hastası olduklarını belirtmişlerdir. Bu oranlar tüm katılımcılar arasında sırası ile %4.6, %9.2, %6.9, %8 şeklindedir. Katılımcıların %37.9'u sigara bırakma tedavileri dışında ek bir ilaç tedavisi almaktadır. Katılımcıların %18.4'ü takviye bir ürün kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %5.7'si vitamin kompleksi, %3.4'ü probiyotik, %3.4'ü D vitamini kullanmaktadır (Tablo 2). Bazı ilaç etki ve yan etkilerinin tedavi sürecinde karşılaşılan şikayetler üzerinde rolü olabileceği düşünülmüştür. Örneğin; anestetikler, antasidler, antihipertansifler, antidepresif ajanlar kabızlığa yol açabilirken;

antipsikotik ilaçların kilo artışı, insüline direnç, hiperglisemi, diabetes mellitus gibi yan etkileri üzerine yürütülen çalışmalar vardır (Bozkurt ve Yıldız, 2011; Saka, Can, Devrimci Özgüven ve Atbaşoğlu, 2005). Ayrıca bazı vitaminler iştah üzerinde rol oynar (Kendirci ve Keskin, 2006). D vitamini insülin salınımı ve yağ yıkımını etkileyebilir (Kurşun, 2008). Probiyotiklerin kabızlık tedavisinde; intestinal mikrobiyotanın enerji metabolizması üzerinde etkilerinin olduğu ve obezitenin patogenezinde rol oynadığı ortaya koyulmuştur (Baysal, 2009; Tekin, Çiçek ve Konyalıgil, 2018).

5.3 Katılımcıların Günlük Hayatta Kabızlık Yaşama Durumları

Katılımcıların % 40.2'si kabızlık sorununu günlük hayatlarında hiç yaşamadıklarını, %37.9'u nadiren yaşadıklarını, %21.8'i ise sık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılarda günlük hayatta kabızlık yaşama durumu cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kabızlık sorununu sık yaşadığını belirtenlerin %73.7'si kadındır. Katılımcıların %13.8'i daha önce kabızlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduklarını bildirmiştir (Tablo 3). Kabızlık toplumda %2-28 arasında saptanan bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda kabızlığa daha sık rastlandığı görülmüştür (Korkmaz, Yüksel, Ünalacak ve Ünlüoğlu, 2011). Polikliniğimize başvuran hastaların mevcut tanımları da literatür ile uyumludur.

5.4 Katılımcıların Sigara Tüketim Durumları

Katılımcıların sigara içme süreleri ortalaması 23.68 ± 11.28 yıldır. Başvuru sırasında içilen sigara adedi ortalaması 24.21 ± 11.367 'dir. Katılımcıların %83.9'u daha önce sigarayı bırakma denemeleri olduğunu bildirmiştir. Sigara bırakma denemesi olan hastalardan %8.1'i sigaraya tekrar başlama nedenleri arasında kabızlık yaşamak olduğunu, %14.9'u iştah artışı olduğunu, %14.9'u kilo alma olduğunu, %77'si sigara içme arzusu olduğunu, %58.1'i stres olduğunu bildirmiştir (Tablo 4). Sigara içenlerde hayatının bir döneminde sigarayı bırakma denemesi %80 olarak

aktarılmıştır (Yaşar, Kar Kurt, Talay ve Kargı, 2014). Katılımcıların sigara bırakma denemeleri literatürle uyumludur.

5.5 Katılımcıların Farmakolojik Tedavileri

Katılımcıların %55.2'si vareniklin, %32.1'i nikotin replasman %12.6'sı bupropion tedavisi almıştır (Tablo 5). T.C. Sağlık Bakanlığı'nca dağıtımı ücretsiz gerçekleştirilen ilaç gruplarında yaşanan değişiklikler hasta profillerini ve tedavi seçeneklerini etkilemiş olabilir. Örneğin; tedavisi için uygun seçenek olarak vareniklin önerilen bir hasta, bu tedaviyi karşılayamayacağını bildirerek nikotin replasman tedavisine yönelmek istemiş olabilir. Aynı sebeple tedavisini erteleme kararı alan olgular da görülmüş olduğundan başvuru profilinin etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

5.6 Katılımcıların Yaşadıkları Yan Etkiler

Katılımcıların %65.5'i sigarayı bırakma döneminde herhangi bir yan etki ile karşılaşmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %11.4'ü ağız, dudak veya boğaz bölgesinde kuruluk hissi, %7.9'u mide bulantısı, %3.4'ü ağız içi yara şikayeti yaşadığını belirtmiştir. Yaşanan diğer şikayetler; baş ağrısı, uykusuzluk, uçuk, ağızda acı tat, burun akıntısı, ağız içi mukozasında incelleme hissi, denge kaybı, baş dönmesi, çarpıntı, susuzluk hissi, konsantrasyon kaybı, nefes kesilmesi ve sık ve canlı rüyalar görmedir (Tablo 6). Kabızlık, kilo alma ve aşırma şikayetleri ayrıca değerlendirildiğinden bu çalışmada yan etkiler arasında anılmamıştır. Sigara bırakma sürecinde yaşanan şikayetlerin bir kısmı, farmakolojik tedavilerin yan etkileridir. 36 çok yaygın ve yaygın ilaç yan etkisinden 18'inin sindirim sistemi ve beslenme ile ilişkili olduğu görülmektedir ki bu oran sorunların %50'sine tekabül etmektedir (Özge ve diğerleri, 2014a). Ağız kuruluğu sigara bırakma sürecinde ilaç gruplarına karşı plasebo gruplarında dahi görülen bir yan etkidir (Aveyard, Johnson, Fillingham, Parsons ve Murphy, 2008). Türkiye'de yürütülmüş bir çalışmada kuru ağız ve

dudaklardan şikayetçi olan hastaların oranı %1 olarak belirtilmiştir (Çan, Öztuna ve Topbaş, 2007). Mide bulantısı nikotin bandı kullananlarda %8.3 olarak bildirilmişken, vareniklin kullananlarda %28.5' kadar çıkabilmiştir (Baker ve diğerleri, 2016). Türkiye'de yürütülmüş farklı çalışmalarda oral aft ve lezyon görülme oranı %24 ve %19.6 olarak bildirilmiştir (Tezcan, Öncel ve Sunam, 2012; Çan ve diğerleri).

5.7 Katılımcıların Sigara Bırakma Döneminde Yaşadıkları Kabızlık

Katılımcıların %59.8'i sigara bırakma sürecinde kabızlık şikayetini hiç yaşamadığını belirtmiştir. %40.2'si ise farklı düzeylerde kabızlık şikayeti yaşamıştır. Kabızlık sorununu hiç yaşamama durumu için alınacak puan 1, çok şiddetli yaşama durumu için alınacak puan 10'dur. Katılımcıların kendi kabızlık şiddetlerini değerlendirdikleri sorudan alınan puan ortalaması 2.67 ± 2.476 'dır. Katılımcıların kabızlık puan ortalamaları hiç kabızlık yaşamama durumunu anlatan 1'den istatistiksel olarak farklıdır ($p < 0.0001$) (Tablo 7). Kabızlık; tütün yoksunluk semptomlarından biridir (Hajek, Gillison ve McRobbie, 2003). Nikotin mide sekresyonunu inhibe ederken bağırsak aktivitesini ise stimüle eder. Bu nedenle sigara içmek laksatif etki oluşturabilir (Uzbay, 2015). Kabızlık sigarayı bırakan olgular arasında sık görülen şikayetler arasında üst sıralarda yer alırken, tedavi olarak nikotin replasmanı almayan olgularda görülmesi de daha sık bildirilmiştir (Demir, Tutluoğlu, Koç ve Bilgin, 2004). Sigarayı bırakan bireylerde genel kabızlık görülme oranı %17'dir (Hajek ve diğerleri). Türkiye'de yapılan sigara bırakma polikliniği odaklı çalışmalarda kabızlık yaşama oranı %4.1, %16, %4.5 gibi değişik sonuçlarla bildirilmiştir (Çan, Öztuna ve Topbaş, 2007; Tezcan, Öncel ve Sunam, 2012; Yaşar, Kar Kurt, Talay ve Kargı, 2014). Bu çalışma %40.2 ile literatürün genel dağılımından daha yüksek bir oran bildirmiştir. Bu durumda; kabızlık durumu üzerine yoğunlaşan detaylı soruların ve yaşadım-yaşamadım şeklinde bir cevap yerine 1-10 arası puanlama sisteminin etkili olmuş olabileceği, önemsiz görülüp dile getirilmeyen hafif şiddetli kabızlık şikayetlerinin bu sayede ortaya çıkmasının sağlanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.8 Katılımcıların Sigarasız 1 Ay Sonrası BKİ Değişimleri

Katılımcıların sigara bırakmaya başlamadan önceki BKİ ortalamaları 25.21 ± 3.65 'tir. Başlangıçta bireylerin %2.4'ü zayıf, %50.6'sı normal, %37.9'u hafif şişman, %9.2'si obez BKİ kategorisindedir. Bir aylık sigara bırakma sürecinin sonunda bireylerin BKİ ortalamaları 25.73 ± 3.80 olmuştur. Bir aylık süre sonundaki BKİ değişimleri 0.51 ± 0.70 birimdir. Bireylerin BKİ artışı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.0001$). Son durumda bireylerin %1.1'i zayıf, %44.7'si normal, %40'ı hafif şişman, %14.1'i obez BKİ kategorisine yerleşmiştir. Bireylerin BKİ gruplarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ve yukarı yönlüdür ($p = 0.008$) (Tablo 8, Tablo 9). Türkiye'de de diğer dünya ülkelerinde de gözlemlendiği içimde yetişkinlerde obezite sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 ön çalışma raporuna göre Türkiye'de yetişkin obezite sıklığı; erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0 ve toplamda %30.3'tür. Toplamda fazla kilolu bireyler %34,6, fazla kilolu ve şişman bireyler %64,9, çok şişman bireyler %2,9 oranında tespit edilmiştir. Ege bölgesinde ise obezite sıklığı %28.0'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, 2017). Sigara bırakma amacıyla polikliniğimize başvuran ve çalışmaya katılan hastaların, sigara içen bireylerden oluşan tüm popülasyonu sağlıklı bir şekilde yansıtamayacak olmakla birlikte, toplumun geneliyle BKİ yönünden büyük farklılıklar gösterdiği açıktır. Sigara içme ile BKİ arasında ters bir doz-yanıt ilişkisi olduğu ve sigara içen bazı bireylerin BKİ'lerinin sağlıklı referans aralığının altında olabildiği bildirilmiştir (Harris, Zopey ve Friedman, 2016). Randomize bir çalışmadan elde edilen bulgular sigarayı bıraktıktan sonra uzun vadede görülen BKİ artışının 1.8-1.9 birim kadar olduğunu gösterir (Courtemanche, Tchernis ve Ukert, 2018). Bu çalışma bireylerin sigarayı bırakma dönemindeki ilk 1 aydaki kilo alışlarını incelemiştir. Bu nedenle uzun dönemdeki BKİ değişimleri hakkında bilgi vermez.

5.9 Katılımcıların Sigarasız 1 Ay Sonrası Kilo Değişimleri

Katılımcıların sigara bırakmaya başlamadan önceki kilo ortalamaları 74.35 ± 13.37 , bir aylık sigara bırakma sürecinin sonunda bireylerin kilo ortalamaları 75.91 ± 14.00 'dir. Katılımcıların bir aylık süreçteki kilo değişimleri ortalaması 1.55 ± 2.13 'tür. Bireylerin kilo artışı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.0001$) (Tablo 8, Tablo 9). Türkiye'de yürütülen çalışmalarda kilo alma şikayeti; %27.8, %8, %67.8 gibi farklı oranlarda bildirilmiştir. Randomize bir çalışmadan elde edilen bulgular ise sigarayı bıraktıktan sonra uzun vadede görülen kilo artışının 4.98-5.44 kilogram kadar olduğunu belirtilmiştir (Courtemanche, Tchernis ve Ukert, 2018). Sigara bırakma dönemindeki kilo artışı üzerine yapılan bir metaanaliz çalışması, önceki raporlarda belirtilen kilo alım şiddetinin hafife alınmış olduğunu, gerçekte 1 yılın sonunda kilo artışının 4-5 kg olduğunu, kilo alım hızının en yüksek olduğu dönemin sigarayı bırakmayı takip eden ilk 3 ay olduğunu, bu artışın ortalama her ay için 1 kg olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışma 12 ayın sonunda hastaların %16-21'inin kilo kaybettiğini, %13-14'ünün ise 10 kg'dan fazla kilo aldığını bildirmiştir (Aubin, Farley, Lycett, Lahmek ve Aveyard, 2012). Bir ay sonucundaki 1.55 ± 2.13 kg'lık artışla bu çalışmadaki katılımcılar aylık 1 kg'lık artışın üzerinde kilo alma ortalamasına sahiptir.

5.10 Katılımcıların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumları

Katılımcıların beslenme anketi sorularından önerilen miktarları tüketme ve önerilen miktarda fiziksel aktivite yapma durumlarında alabilecekleri minimum skor 0, maksimum skor 10'dur. Katılımcıların bu formdan elde ettikleri skor ortalaması 4.92 ± 1.825 'tir (Tablo 11).

Katılımcıların %57.5'i günlük olarak 2.5 litre veya üzerinde su tüketimi olmadığını, %42.5'i tam tahıllı veya kepekli değil beyaz ekmek tercih ettiğini ve %77'si günlük sebze-meyve tüketiminin 5 porsiyonun altında olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların

%26.4'ü günlük olarak alınması önerilen tahıl ve tahıl ürünlerinden daha az aldığını, %36.8'i bu oranı karşıladığını, %36.8'i ise daha fazla tükettiğini bildirmiştir. Katılımcıların %46'sı günlük olarak süt ve süt ürünleri yetersiz almaktadır. %41.4'ü uygun porsiyonlarda süt ve süt ürünü alırken, %12.6'sının günlük tüketim miktarı önerilenin üzerindedir. Katılımcıların %66.7'si günlük olarak önerilen miktarda et, yumurta veya kurubaklagil tüketmektedir. %21.8'i bu besin grubunu yetersiz tüketirken, %11.5'i önerilenden fazla miktarda tüketim yapmaktadır. Katılımcıların %39.1'inin şeker tüketimi kısıtlı, %34.5'inin normal, %26.4'ünün yoğundur. Katılımcıların %28.7'sinin yağ tüketimi kısıtlı, %58.6'sının normal, %12.6'sının yoğundur. Katılımcıların %46'sı günlük tuz tüketimlerinin 5 gramın üzerinde olduğunu belirtmiştir (Tablo 11). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 sonuçlarına göre 19 yaş üzeri yetişkin bireylerde su ve diğer içeceklerin tüketim miktarı ortalama 1682.3; sebze-meyve 548.3; ekmek ve tahıllar 277.2; süt ve ürünleri 188.9; et, yumurta ve kurubaklagillerin tüketimi 102.8; şeker ve şekerli besinler 33; yağlar 32.8 gram/gün, sodyum tüketimi 2021.5 mg/gün'dür (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014). Çalışmamızın katılımcılarının besin gruplarını tüketme miktarları gram bazında sorgulanmamıştır, ancak porsiyon bilgileri üzerinden değerlendirildiğinde büyük farklılıklar göstermemektedir.

Katılımcıların %48.3'ü hiç egzersiz yapmamaktadır. %16'sının haftalık egzersiz süresi 150 dakikanın altındadır. %39.1'i ise 150 dakikanın üstünde egzersiz yapmaktadır. Katılımcıların haftalık olarak egzersize ayırdıkları süre 204.48 ± 308.712 dakikadır. Katılımcıların haftalık egzersiz süresi ortalamaları istatistiksel olarak haftalık minimum öneri süresi olan 150 dakikadan farklı değildir ($p=0.908$) (Tablo 11). 2013 yılında yayınlanan, Türkiye geneli bir araştırmaya göre; erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i düşük düzeyde fiziksel aktivite sergilemektedir, bu oranlar kadın bireylerde yüzde 13, yüzde 18 ve yüzde 69'dur (Ünal, Ergör, Dinç Horasan, Kalaça ve Sözman, 2013). Çalışma katılımcıları fiziksel aktivite açısından Türkiye geneline paralellik gösterir.

5.11 Katılımcıların Aşerme Düzeyleri

Katılımcıların Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 28 ± 14.01 'dir. Bu puan hiç sigara içme arzusu duymama durumunda alınacak puan olan 10'dan istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazladır ($p < 0.0001$). Katılımcıların ortalama olarak en yüksek puanı verdikleri ölçek cümlesi ise 4.24 ± 2.151 ile "Şu anda sigara içme isteğim var." olmuştur (Tablo 12). Bu bulgular katılımcıların sigara aşermelerinin olduğu, ancak düşük şiddetli olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Ölçeğin uygulandığı dönemde katılımcıların sigara bırakmaya ilişkin farmakolojik tedavilerinin hala devam etmekte olduğu, bunun puanları düşürücü etkisinin olabileceği göz ardı edilmemelidir.

5.12 Katılımcıların Kabızlık Puanlarını Etkileyen Etmenler

Katılımcıların beslenme skorları, su tüketimleri, ekmek tercihlerinin tam tahıllı veya kepekli ya da beyaz oluşu, sebze-meyve, süt ürünleri, et, yumurta ve kurubaklagiller, şeker/tatlı ve tuz tüketim miktarlarının önerilen miktarlarda, daha az ya da daha fazla oluşu ve egzersiz süreleri kabızlık puanlarını etkilememiştir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Tahıl ürünlerini 4-6 porsiyon veya daha az tüketenlerde kabızlık puan ortalaması 3.16 ± 2.734 , 4-6 porsiyondan daha fazla tüketenlerde 1.81 ± 1.674 'tür. Tahıl ürünlerini günlük önerilen miktar olan 4-6 porsiyonun üzerinde tüketmek kabızlık puanını düşürmüştür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.028$) (Tablo 13). Diyet lifinin bağırsak hareketlerini, dışkının hacmini ve yumuşaklığını arttırdığı bilinmektedir (Bozkurt ve Yıldız, 2011). Kurubaklagiller, sert kabuklu meyveler, kepeği ayrılmamış tahıllar, sebzeler ve meyveler iyi lif kaynaklarıdır. Tam buğday unununun 100 gramında 7.5 gram diyet posası bulunurken bu miktar beyaz unda 3 grama düşer (Baysal, 2009). Katılımcıların %42.5'i beyaz ekmek tüketmektedir ve %77'si yeterli miktarda sebze-meyve tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 11). Tahıl ürünlerini önerilenden fazla miktarda tüketmenin kabızlık şikayeti üzerine

oluşturduğu bu olumlu etki, beyaz ekmek tüketiminin ve yeterli sebze-meyve tüketmemenin bir sonucu olabilir. Tam tahıllı veya kepekli ekmek ve 5 porsiyon veya üzerinde sebze-meyve tüketiminin desteklenmesi ile kabızlık sorununun tahıl ürünleri miktarında günlük öneriyi aşmadan da çözülebileceği düşünülmektedir. Bu yöntem daha düşük miktarlarda enerji alımına da neden olacağından kilo alma şikayetleri üzerinde de katkı sağlayabilir. Yine de tahıl ürünleri tüketiminde porsiyon bazlı faydanın yalnızca liften kaynaklandığı bir varsayımdır.

Yağ tüketimini normal veya altında olarak tanımlayan bireylerde kabızlık puan ortalaması 2.49 ± 2.397 'dir. Bu ortalama yağ tüketimi yoğun olan bireylerin ortalaması olan 3.91 ± 2.773 'ten istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüktür ($p=0.027$) (Tablo 13). Diyet yağ alımı ile kabızlık ilişkisi iyi çalışılmamıştır. Yüksek yağlı diyet ile beslenen farelerde kabızlık görülme sıklığının normal yağlı diyetle beslenen farelerden daha fazla olması üzerine durumu insanlarda ortaya koymak amacıyla yapılan çalışma, 30 gramın üzerinde doymuş yağ alınan diyetlerin yüksek kabızlık prevalansı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Vakili, Nezami, Shetty, Chetty ve Srinivasan, 2015). 3-8 yaş arası çocuklarda fonksiyonel kabızlık ile diyet alışkanlıklarının ilişkisini inceleyen bir çalışma da kabızlığın yüksek yağ tüketimi ile ilişkili bulunduğunu belirtmiş ve tedavisinde yüksek yağ alımından kaçınmak gerektiği önerisinde bulunmuştur (Fujitani, Sogo, Inui ve Kawakubo, 2018).

Eğitim düzeyi, başka bir ilaç kullanımı, takviye ürün kullanımı, daha önce kabızlık sorunu yaşayarak bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu, sigara içme süresi, farmakolojik tedavi çeşidi ve FTND puanının kabızlık puanı üzerindeki etkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Sigarayı bırakmadan önce BKİ grubu zayıf olanların kabızlık puan ortalaması 2.50 ± 2.121 , normal olanların 2.77 ± 2.649 , hafif şişman olanların 2.67 ± 2.341 ve obez olanların 2.13 ± 2.475 'tir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 14). Ancak obez grubun diğer gruplardan daha düşük kabızlık puanına sahip olduğu görülmektedir.

Günlük hayatta kabızlık sorununu hiç yaşamayanlarda sigara bırakma dönemindeki kabızlık puan ortalaması 1.89 ± 2.040 , nadiren yaşayanlarda 2.61 ± 2.207 , sık yaşayanlarda 4.21 ± 3.011 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.003$) ve istatistiksel anlamlılık hiç yaşamayan ve sık yaşayanlardan kaynaklanır

($p=0.001$, $p<0.016$) (Tablo 14). Günlük hayatta kabızlık yaşama sıklığına ilişkin bir sorunun sigara bırakma polikliniği anamnezlerine eklenmesi halinde, olası kabızlık yaşayacak kişilerin belirlenmesinin ve erken önlem alınmasının mümkün olabileceği düşünülmektedir.

Erkeklerde kabızlık puan ortalaması 2.02 ± 1.972 , kadınlarda 3.39 ± 2.792 'dir. Kadınların kabızlık puan ortalaması erkeklerden istatistiksel olarak fazladır ($p=0.018$) (Tablo 14). Bu bulgu, "yapılan çalışmalarda kadınlarda kabızlığa daha sık rastlandığı görülmüştür" şeklindeki literatür bilgisini destekler (Korkmaz, Yüksel, Ünalacak ve Ünlüoğlu, 2011).

Başvuru sırasında sigara adedi 0-20 olanların kabızlık puan ortalaması 3.41 ± 1.58 , 20-40 olanların 1.58 ± 1.574 , 40-60 olanların 4.00 ± 4.243 'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.002$) ve istatistiksel anlamlılık 0-20 ve 20-40 adet arasında sigara tüketenlerden kaynaklanır ($p<0.0001$, $p<0.016$) (Tablo 14). 40-60 arasında sigara tüketimi olan yalnızca 2 olgu vardır. Sigara sayısı dağılımlarının daha homojen olduğu bir grupta 40 ve üzeri sayıda sigara içenlerin sigara bırakma sonrası yaşadıkları kabızlık daha net incelenebilir. Ancak 0-20 ve 20-40 adet arası sigara içiminde alınan kabızlık puan farkına bakıldığında; nikotinin bağırsak aktivitesini uyardığı ve bu nedenle tütüne az toleransı olanlarda ya da hiç olmayanlarda sigara içmenin laksatif etki oluşturabildiği bilgisi ile açıklanabileceği düşünülmektedir (Uzbay, 2015).

5.13 Katılımcıların BKİ ve Kilo Değişimlerini Etkileyen Etmenler

Beslenme skoru; su, sebze-meyve, tahıl ürünleri, süt ürünleri, et, yumurta ve kurubaklagil, şeker/tatlı, yağ, tuz tüketimi, ekmek tercihi ve egzersiz süresi katılımcıların BKİ ve kilo değişimlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir rol oynamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15, Tablo 17). Bu bulgunun farklı nedenlerini düşünmek mümkündür. Tütünün iştahı baskıladığı bilinmekle birlikte, tütün ve kilo ilişkisinin iştah artışına dayalı yemek tüketimi artışı dışında da boyutları vardır. Nikotin; adipoz dokuyu etkileyerek artmış lipolize neden olur. Adrenalin ve nöradrenalin seviyelerini artırarak artmış enerji harcanmasına yol açar. Serum leptin

düzyini arttırır. İştahi baskılar, tokluğu arttırır. Bu sayede yiyecek alımını azaltır. Ancak ayrıca artmış enerji harcanmasına da neden olur (Harris, Zopey ve Friedman, 2016). Nikotin dinlenme halindeki metabolizma hızını arttırır. Sigara içmek 24 saatlik enerji harcamasını %10 arttırabilir. Bu azalma günlük olarak 200 kkal fazladan enerji harcanması anlamına gelir. Bu rakam küçük görünebilir ancak hiçbir kalori kısıtlaması yapılmadığı takdirde, bir yıl içerisinde vücut ağırlığında 10 kg'lık kayba eşdeğer bir enerji harcamasıdır (McGovern ve Benowitz, 2011). Bu durumun sigara bırakma döneminde tersine döndüğü düşünülebilir. Vücudun alıştığı, besin tüketimiyle denge kurarak kilosunu korumayı öğrendiğı bazal metabolizma hızında, nikotinin artırışının ortadan kalkmasıyla, bir azalma gerçekleşecektir. Ve yine aynı matematiksel hesapla hiçbir kalori kısıtlaması yapılmadığı takdirde, bir yıl içerisinde 10 kg'lık ağırlık kazanımı gerçekleşebilir. Öte yandan besin alımının saptanmasında karşılaşılan bazı güçlükler nedeniyle bireylerin besin tüketiminin saptanmasında yanılmalar söz konusu olabilir. Yaş, eğitim seviyesi, zeka düzeyleri, psikolojik durum, dikkat vb. durumlar hatırlama sürecini etkileyebilir. Bu çalışmaların eğitim seviyeleri düşük olan bireylere ve ileri yaştaki bireylere yapılması zordur. Ayrıca tüketilen besin türü ve miktarının doğru hatırlanmaması, utanma ve çekinme nedeni ile doğru söylememe sıkça gözlenen hata kaynaklarıdır (Pekcan, 2008).

Eğitim düzeyi, başka bir ilaç kullanımı, takviye ürün kullanımı, cinsiyet, sigara içme süresi, sigara adedi, farmakolojik tedavi yöntemi ve FTND puanının; BKİ ve kilo değişimine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 16, Tablo 18).

Sigarayı bırakma öncesinde BKİ grubu zayıf olan bireylerde BKİ değişimi ortalaması 0.44 ± 0.626 , normal olanlarda 0.47 ± 0.534 , hafif şişman olanlarda 0.52 ± 0.919 ve obez olanlarda 0.74 ± 0.530 birimdir (Tablo 16). Sigara bırakma öncesi dönemde BKİ grubu zayıf olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.25 ± 1.767 , normal olanlarda 1.42 ± 1.617 , hafif şişman olanlarda 1.62 ± 2.835 ve obez olanlarda 2.12 ± 1.529 kg'dır (Tablo 18). Hem BKİ hem de kilo değişimleri için gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$), ancak BKİ grupları zayıftan obeze doğru gittikçe hem BKİ hem de kilo farkının arttığı görülmektedir.

Kabızlık puanı 5'in altında olanlarda yani hiç kabızlık yaşamamış veya hafif yaşamış olanlarda BKİ değişim ortalaması 0.42 ± 0.633 , 5 ve üzerinde olanlarda yani yoğun yaşayanlarda 0.84 ± 0.823 birimdir. Yoğun olarak kabızlık yaşayanlarda BKİ artışı

istatistiksel olarak daha fazladır ($p=0.022$) (Tablo16). Sigara bırakma döneminde hiç kabızlık şikayeti yaşamayanlarda yani kabızlık puanı 1 olanlarda kilo değişimi ortalaması 1.33 ± 2.012 , hafif yaşayanlarda yani kabızlık puanı 5'in altında olanlarda 1.13 ± 1.669 , yoğun yaşayanlarda yani kabızlık puanı 5 ve üzerinde olanlarda 2.80 ± 2.654 'tür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.045$). Ancak kabızlık sorununu hiç yaşamayan ve yoğun yaşayanlar arasındaki fark ($p=0.021$) ve hafif yaşayan ve yoğun yaşayanlar arasındaki fark ($p=0.027$), istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.016$). Normal dışkılama haftada 3-12 arasında değişebilirken, günlük dışkı miktarının normal değeri 35-235 g arasında değişmektedir (Bozkurt ve Yıldız, 2011). Bu durum kabızlık puanı ile BKİ ve kilo değişim ilişkilerini açıklayabilir. Aşerme düzeyinde özlem ve kilo alma hariç nikotin yoksunluk semptomlarının daha erken kaybolduğu bilinmektedir (Uzay, 2015). Bu nedenle kişinin gerçek BKİ ve kilo değişiminin saptanması için kabızlık durumunun ortadan kalkması daha uygun bir dönem olabilir.

5.14 Katılımcıların Aşerme Düzeylerini Etkileyen Etmenler

Katılımcıların aşerme düzeyleri Sigara İçme Arzusu Ölçeği ile ölçülmüştür. Beslenme skoru; su, sebze-meyve, tahıl ürünleri, süt ürünleri, et, yumurta ve kurubaklagil, şeker/tatlı, tuz tüketimi, ekmek tercihi ve egzersiz süresi katılımcıların SİAÖ puan ortalamaları değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bir rol oynamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Yağ tüketimini kısıtlı olarak bildirenlerde SİAÖ puan ortalaması 29.56 ± 16.246 , normal olarak bildirenlerde 28.71 ± 13.589 , yoğun olarak bildirenlerde 21.18 ± 8.554 'tür. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Yağ tüketimini normal veya altında olarak bildirenlerin SİAÖ puan ortalaması 28.99 ± 14.412 'dir. Yoğun yağ tüketimi bildiren grubun SİAÖ puan ortalaması, bu gruptan istatistiksel olarak anlamlı biçimde düşüktür ($p=0.019$) (Tablo 19). Madde ile ilişkili bozukluklara neden olan her madde, ortak bir özellik olarak, beyindeki ödül devrelerini doğrudan etkinleştirir (APA, 2014). Sağlıklı genç kadınlarda yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme-functional magnetic

resonance imaging-[fMRI] çalışması çokça hoş giden gıda resimleri gösterildiğinde ödül sisteminin aktive olduğu göstermiştir (Gearhardt, Yokum, Orr, Stice, Corbin ve Brownell, 2011). Çokça hoş giden (hyperpalatable) gıdalar tuz, şeker ve yağ içeriği yüksek gıdalar olarak bilinir (Kalon, Hong, Toin ve Schulte, 2016). 120 üniversite öğrencisi arasında yapılan çalışmada katılımcılardan 35 yiyeceği bağımlılık yapma özelliğine göre değerlendirmeleri istendiğinde yüksek yağ içeriği ve yüksek glisemik yükü olan gıdaların öne çıktığı bilinmektedir (Schulte, Avena ve Gearhardt, 2015). Yağ tüketiminin yoğun hale gelmesinin bir ödül haline gelerek aşırma ile mücadele etmede bu katılımcılara yardımcı olmuş olabileceği düşünülmeyle birlikte bu fikirler ileri araştırmaların konusu olabilir.

Başka bir ilaç kullanımı, takviye ürün kullanımı, kabızlık puanı, cinsiyet, sigara içme süresi, sigara adedi, farmakolojik tedavi seçeneği ve FTND puanının SİAÖ puanı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 20).

Başlangıç BKİ'leri hafif şişman ve altı olan bireylerde SİAÖ puan ortalaması 28.76 ± 14.347 , obez olan bireylerde 20.50 ± 7.031 'dir. Obes bireylerin SİAÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşüktür ($p=0.015$) (Tablo 20). Obes bireylerde yemek yemenin bir ödül haline gelerek aşırma ile mücadelede bu katılımcılara yardımcı olmuş olabileceği veya yiyeceklerle ilgili yaşanan aşermelerin bu bireyleri aşırma kavramına daha alışkın/tolere edebilir hale getirmiş olabileceği düşünülmeyle birlikte bu fikirler ileri araştırmaların konusu olabilir.

Üniversiteyi bitirmemiş bireylerde SİAÖ puan ortalaması 24.96 ± 13.266 , üniversite ve üzeri mezunlarında 32.31 ± 14.099 'dur. Üniversite ve üzeri mezunlarının SİAÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0.010$). (Tablo 20). Bu farkın nedeninin SİAÖ ölçeğinin anlaşılması güç bulunabilecek 7'li likert yapısı olabileceği gibi, eğitim düzeyi arttıkça artabileceği varsayılan kendini dinleme, kendini ifade edebilme gibi beceriler de bu farka neden olmuş olabilir.

6. Sonuç ve Öneriler

Kabızlık, kilo alma ve aşerme şikayetleri sigara bırakma sürecinde görülen şikayetlerdir. Bu şikayetlerin besin gruplarının tamamının tüketiminde önerilere uymakla azaldığına dair bir bulgu elde edilememiştir. Sağlıklı ve dengeli beslenme için önerilenden daha fazla miktarda tahıl tüketiminin kabızlığı azalttığı, daha fazla yağ tüketiminin ise kabızlığa neden olduğu, ayrıca daha fazla yağ tüketiminin düşük aşerme düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda ileride yapılacak çalışmaların sigara bırakma dönemindeki bireylere yapılacak beslenme önerilerini, sağlıklı ve dengeli beslenmeye yönelik önerilerle sınırlandırmaktan çıkarıp; bunun yerine sigara bırakma sürecinin özel bir durum olarak ele alınmasını, özel bir beslenme sistemi oluşturulmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Sigara bırakma döneminde yaşanan sorunların beslenme ile ilişkisini ortaya koyabilmek için ise daha fazla kanıt ve çalışmaya ihtiyaç vardır.

7. Kaynaklar

- Açlık sınırı Aralık'ta 1941, yoksulluk sınırı 6323 lira oldu. (2018, 28 Aralık). Erişim adresi: <https://tr.sputniknews.com/ekonomi/201812281036849471-aralik-aclik-siniri/>
- Allen, S. S., Bade, T., Hatsukami, D. ve Center, B. (2008). Craving, withdrawal, and smoking urges on days immediately prior to smoking relapse. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 35-45. doi: [10.1080/14622200701705076](https://doi.org/10.1080/14622200701705076)
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Köroğlu, E. (Çev.) *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı*. içinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aubin, H-J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P. ve Aveyard, P. (2012). Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*, 345, 4439. doi: [10.1136/bmj.e4439](https://doi.org/10.1136/bmj.e4439)
- Aveyard, P., Johnson, C., Fillingham, S., Parsons, A. ve Murphy, M. (2008). Nortriptyline plus nicotine replacement versus placebo plus nicotine replacement for smoking cessation: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 336, 1223. Erişim adresi: <https://www.bmj.com/content/336/7655/1223>
- Baker, TB. B., Piper, M. E., Stein, J. H., Smith, S. S., Bolt, D. M., Fraser, D. L. ve Fiore, M. C. (2016). The effects of the nicotine patch vs. varenicline vs. combination nicotine replacement therapy on smoking cessation at 26 weeks: a randomized controlled trial. *JAMA*, 315, 371-379. doi: [10.1001/jama.2015.19284](https://doi.org/10.1001/jama.2015.19284)
- Balbay, Ö., Annakkaya, A. H., Aytar, G. ve Bilgin, C. (2003). Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği sonuçları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3, 10-14. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/1477024-Duzce-tip-fakultesi-gogus-hastaliklari-sigara-birakma-poliklinigi-sonuclari.html>
- Baysal, A. (2009). *Beslenme*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Mercanlıgil, S. M., ... Yıldız, E. (2011). *Diyet el kitabı*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Benowitz, N. L., Hukkanen, J. ve Jacob III, P. (2009). Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Henningfield, J. E., London, E. D. ve Pogun, S. (Ed.). *Nicotine psychopharmacology içinde* (s. 31). Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-540-69248-5>
- Bozkurt, N. ve Yıldız, E. (2011). Sindirim sistemi hastalıklarında beslenme. *Diyet el kitabı içinde* (s. 143-178). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Bush, T., Lovejoy, J., Javitz, H., Mahuna, S., Torres, A. J., Wassum, K., ... Spring, B. (2017). Implementation, recruitment and baseline characteristics: a randomized trial of combined treatments for smoking cessation and weight control. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 7, 95-102. doi: [10.1016/j.conctc.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.06.003)
- Camenga, D. R. ve Klein, J. D. (2016). Tobacco use disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of Nort America*, 25, 445-460. doi: [10.1016/j.chc.2016.02.003](https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.02.003)
- Centers for Disease Control and Prevention. About Adult BMI. (2017). Erişim adresi: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/
- Centers for Disease Control and Prevention. Health effects of cigarette smoking. (2018). Erişim adresi: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/
- Courtemanche, C., Tchernis, R. ve Ukert, B. (2018). The effect of smoking on obesity: evidence from a randomized trial. *Journal of Health Economics*, 57, 31-44. doi: [10.1016/j.jhealeco.2017.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.10.006)
- Çan, B., Öztuna, F. ve Topbaş, M. (2007). Complaints related to smoking cessation. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55, 364-369. Erişim adresi: http://www.tuberktoraks.org/managete/fu_folder/2007-04/2007-55-4-364-369.pdf

- Demir, T., Tutluoğlu, B., Koç, N. ve Bilgin, L. (2004). Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52, 63-68. Erişim adresi: http://www.tuberktoraks.org/managete/fu_folder/2004-01/2004-52-1-063-068.pdf
- Demirezen, M. ve Kurçer, M. A. (2016). Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15, 1-4. Erişim adresi: <http://klinikpsikologonuraydin.net/wp-content/uploads/2018/04/1-1458308634.pdf>
- Fujitani, A., Sogo, T., Inui, A. ve Kawakubo, K. (2018). Prevalence of functional constipation and relationship with dietary habits in 3- to 8-year-old children in Japan. *Gastroenterology Research and Practice*. doi: [10.1155/2018/3108021](https://doi.org/10.1155/2018/3108021)
- Gearhardt, A. N., Yokum, S., Orr, P. T., Stice, E., Corbin, W. R. ve Brownell, K. D. (2011). Neural correlates of food addiction. *JAMA*. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.32](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.32)
- Gökkaya Kılıç, Z., Arslanyılmaz, M., Attila, S. ve Bağcı Bosi T. (2015). Sağlıklı beslenme. *Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından topluma yönelik sunumlar*. Erişim adresi: http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php
- Güleç, G., Köşger, F. ve Eşsizöğlu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar – Current Approaces in Psychiatry*, 7, 448-460. doi: [10.5455/cap.20150325081809](https://doi.org/10.5455/cap.20150325081809)
- Gürel Köksal, N. (2018). Sigara bırakmada vareniklin kullanan hastaların anksiyete-depresyon durumunun ve nikotin bağımlılık düzeyinin tedavi sonuçlarına etkisi (Uzmanlık Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Hajek, P., Gillison, F. ve McRobbie, H. (2003). Stopping smoking can cause constipation. *Addiction*, 98, 1563-1567. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1360->

[0443.2003.00497.x?purchase_site_license=LICENSE_DENIED&show_checkout=1&r3_referer=wol&tracking_action=preview_click](https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.32)

- Harris, K. K., Zopey, M. ve Friedman, T. C. (2016). Metabolic effects of smoking cessation. *Nature Reviews Endocrinology*, 12, 299-308. doi: [10.1038/nrendo.2016.32](https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.32)
- Kalon, E., Hong, J. Y., Toin, C. ve Schulte, T. (2016). Psychological and neurobiological correlates of food addiction. *International Review of Neurobiology*, 129, 85-110. doi: <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2016.06.003>
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Aytemur Solak, Z., Özkan, M. ve Örsel, O. (2006). Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7, 51-64. Erişim adresi: http://ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/tt.pdf
- Kendirici, M. ve Keskin, M. (2006). Çocukluk çağında B grubu vitaminler. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler*, 11, 26-36. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-cocukluk-caginda-b-grubu-vitaminler-47072.html>
- Koegelenberg, C. F. N., Noor, F., Bateman, E. D., Zyl-Smit, R. N., Bruning, A., O'Brien, J. A., ... Irusen, E. M. (2014). Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*, 312, 155-161. doi: [10.1001/jama.2014.7195](https://doi.org/10.1001/jama.2014.7195)
- Korkmaz, M., Yüksel, F., Ünalacak, M. ve Ünlüoğlu, İ. (2011). Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3, 35-41. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/108041>
- Kurşun, Ö. S, (2008). Şişman çocuklarda D vitamini düzeyleri ve insülin direnci ile ilişkisinin araştırılması (Uzmanlık Tezi). Erişim adresi: <http://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/1/481/%c3%96mer%20Serhat%20KUR%c5%9eUN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lande, R.G. Nicotine addiction clinical presentation (2018). Erişim adresi: <https://emedicine.medscape.com/article/287555-clinical#b1>

- Leung, L. K., Patafio, F. M. ve Rosser, W. W. (2011). Gastrointestinal adverse effects of varenicline at maintenance dose: a meta-analysis. *BMC Clinical Pharmacology*, 28, 11-15. doi: [10.1186/1472-6904-11-15](https://doi.org/10.1186/1472-6904-11-15)
- McGovern, J. A. ve Benowitz, N. L. (2011). Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90, 164-168.
- Müderrişoğlu, A. (2019). Sigara bağımlılığında nikotik kolinerjik reseptörler ve cyp2a6, cyp2b6, ilaç taşıyıcı proteini mdrl, nöronal nitrik oksit sentaz genetik polimorfizmlerinin etkileri (Doktora Tezi). Erişim adresi: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/5810/10213998.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Okutan, O., Taş, D., Kaya, H. ve Kartaloğlu, Z. (2007). Sigara içen sağlık personeline nikotin ağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55, 356-363. Erişim adresi: http://www.tuberktoraks.org/managete/fu_folder/2007-04/2007-55-4-356-363.pdf
- Ögel, K. (t.y.). Tütün (sigara). Sigara, alkol, uyuşturucu ve diğer bağımlılıklar içinde (s. 7-8). Erişim adresi: <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>
- Özcan Kamışlı, S. (2007). Psikoeğitimsel bir programla hemşirelerin sigara bırakma durumları (Doktora Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Özge, C., Aytemur, Z. A., Bilir, N., Boztaş, H., an, G., Elbek, O., ... Yüncü, Z. (2014a). Sigaranın bırakılmasında farmakolojik tedavi. *Sigara bırakma tanısı ve tedavi uzlaşısı raporu* içinde (s. 40). Ankara: Miki Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
- Özge, C., Aytemur, Z. A., Bilir, N., Boztaş, H., an, G., Elbek, O., ... Yüncü, Z. (2014b). Tütün ürünleri ve tütün ürünleri kullanımı epidemiyolojisi. *Sigara bırakma tanısı ve tedavi uzlaşısı raporu* içinde (s. 8). Ankara: Miki Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.

https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/Beslenme/tbsa_beslenme_arastirmasi_sonuc_raporu.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Türkiye’de obezitenin görülme sıklığı. (2017). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2002). Şentürk, Ş. ve diğerleri (Ed.). *Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali*. Ankara. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/toplumbeslenmesi.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Demirel, H. ve diğerleri (Ed.). *Türkiye fiziksel aktivite rehberi*. Ankara. Erişim adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12302,2014-fiziksel-aktivite-rehberipdf.pdf?0>

Tekin, T., Çicek, B. ve Konyalıgil, N. (2018). İntestinal mikrobiyaya ve obezite ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27, 95-99. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/eujhs/issue/44573/553230#author1119445>

Tezcan, B., Öncel, M. ve Sunam, G. S. (2012). Sigara bıraktırma polikliniğinden yardım isteyen hastaların 1 yıllık takip sonuçları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37, 103-106. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/47370>

Uzbay, İ. T. (2015). *Madde bağımlılığı*. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.

Ünal, B., Ergör, G., Dinç Horasan, G., Kalaça, S. ve Sözman, K. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrafat.pdf>

- Üzgün, D. (2018). Sigara bırakma sonrası bireylerin yaşam tarzı değişikliğinin araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Vakili, S. T. T., Nezami, B. G., Shetty, A., Chetty, V. K. ve Srinivasan, S. (2015). Association of high dietary saturated fat intake and uncontrolled diabetes with constipation: evidence from the national health and nutrition examination survey (NHANES). *Neurogastroenterology & Motility*, 27, 1389-1397. doi: [10.1111/nmo.12630](https://doi.org/10.1111/nmo.12630)
- Vasco, P. G. ve Lopez, A. R. (2011). Adynamic ileus induced by varenicline. *Current Drug Safety*, 6,59-60. doi: [10.2174/157488611794479955](https://doi.org/10.2174/157488611794479955)
- Wilcox, C. S., Oskooilar, N., Erickson, J. S., Billes, S. K., Katz, B. B., Tollefson, G. ve Dunayevich, E. (2010). An open-label study of naltrexone and bupropion combination therapy for smoking cessation in overweight and obese subjects. *Addictive Behaviors*, 35, 229-235. doi: [10.1016/j.addbeh.2009.10.017](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.017)
- World Health Organization. (2015). Guideline: Sugars intake for adults and children. İsviçre. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2017b). *Who report on the global tobacco epidemic, 2017 monitoring tobacco use and prevention policies*. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=EF22FE420B5677AA88E1E9BDA19D94FD?sequence=1>
- World Health Organization. (2017c). *Who report on the global tobacco epidemic, 2017 country profile Turkey*. Erişim adresi: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. (2010). Erişim adresi:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. Quitting tobacco. (t.y.). Erişim adresi: <https://www.who.int/tobacco/quitting/background/en/>

World Health Organization. Tobacco control can save billions of dollars and millions of lives. (2017a). Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/detail/10-01-2017-tobacco-control-can-save-billions-of-dollars-and-millions-of-lives>

World Health Organization. Tobacco. (2019). Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

Yaşar, Z., Kar Kurt, Ö., Talay, F. ve Kargı, A. (2014). Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol*, 16, 99-104. Erişim adresi: http://www.journalagent.com/eurasianj pulmonol/pdfs/EJP_16_2_99_104%5BA%5D.pdf

Yeh, H., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Wang, N. ve Brancati, F. L. (2010). Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 152, 10–17. doi: [10.7326/0003-4819-152-1-201001050-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-1-201001050-00005)

Ek-1

DEMOGRAFİK BİLGİLER FORMU

TARİH:

1. Olgu

No:.....

2. Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl):.....

3. Cinsiyet: (1)Erkek (2)Kadın

4. Boy (cm):.....

5. Kilo (kg) ve ilk 1 ay içerisindeki kg değişimi:.....

6. Doğum Yeri:.....

7. Eğitim Durumu:

(1) Okur-yazarlığı yok

(2)Okur-yazar

(3)İlkokul mezunu

(4)Ortaokul mezunu

(5)Lise mezunu

(6)Üniversite mezunu

(7)Lisans üstü mezun

8. Meslek:.....

9. Ailede kişi başına düşen aylık gelir (TL):.....

10. Şu anda yaşamakta olduğunuz akut veya kronik bir rahatsızlığınız var mı?

(1) Hayır

(2) Evet

Evet ise nedir/nelerdir?

.....
.....
.....

.....
.....

11. Düzenli olarak kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?

(1) Hayır

(2) Evet

Evet ise nedir/nelerdir?

.....
.....
.....
.....

12. Düzenli olarak kullanmakta olduğunuz takviye ürünleri var mı? (Örneğin; vitamin, mineral, probiyotik ürün, lif, balık yağı, dışkılamayı kolaylaştırıcı çay vb.)

(1) Hayır

(2) Evet

Evet ise nedir/nelerdir?

.....
.....
.....
.....

13. Kabızlık sorununu

(1) Hiç yaşamam

(2) Nadiren yaşarım

(3) Sık yaşarım

14. Daha önce kabızlık sorunu yaşayarak bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

(1) Hayır

(2) Evet

15. Ne kadar süredir sigara kullanıyordunuz?.....

16. 1 günde kaç adet sigara tüketiyordunuz?.....

17. Daha önce sigarayı bırakmayı kaç kez denediniz?.....

18. Eğer denediyseniz, tekrar sigaraya başlama nedeniniz neydi? Birden fazla yanıt seçebilirsiniz.

(1) Kabızlık

(2)İştah artışı

(3) Kilo alma

(4) Sigara içme isteği

(5) Stres

(6) Diğer

.....
.....
.....
.....

19. Tedavi yöntemi:

.....
.....

20. Sigarayı bırakma sürecinde karşılaştığınız diğer problemler nelerdir? (örn: ağız içi yaralar, kuru ağız ve dudaklar...)

.....
.....
.....
.....

21. Sigarayı bıraktığınız ilk 1 ay içerisinde yaşadığınız kabızlık sorununu 1 ile 10 arasında puanlayınız:

.....

Ek-2

SAĞLIKLI BESLENME ANKETİ

1. Günlük olarak 2,5 litre veya üzerinde su tüketirim.

EVET() HAYIR()

2. Ekmek olarak beyaz ekmek değil tam tahıllı veya kepekli ekmek tercih ederim.

EVET() HAYIR()

3. Günlük olarak en az 5 porsiyon taze sebze-meyve tüketirim.

EVET() HAYIR()

4. Günlük olarak 4-6 porsiyon tahıl ve tahıl ürünleri tüketirim.

DAHA AZ () EVET () DAHA FAZLA ()

5. Günlük olarak 2 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketirim.

DAHA AZ () EVET () DAHA FAZLA ()

6. Günlük olarak 2 porsiyon et, yumurta veya kurubaklagil tüketirim.

DAHA AZ () EVET () DAHA FAZLA ()

7. Günlük şeker/tatlı tüketimim

KISITLIDIR () NORMALDİR () YOĞUNDUR ()

8. Günlük yağ tüketimim

KISITLIDIR () NORMALDİR () YOĞUNDUR ()

9. Günlük tuz tüketimim 5 gramın altındadır.

EVET() HAYIR()

10. Haftalık egzersiz sürem () dakikadır.

Ek-3

SİGARA İÇME ARZUSU ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları size en uygun yalnızca bir adet seçeneği işaretleyerek yanıtlayınız.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1) Şu anda sigara içme isteğim var.							
2) Şu anda hiçbir şey bir sigaradan daha iyi olamaz.							
3) Şimdi eğer mümkün olsaydı bir sigara içerdim.							
4) Eğer sigara içebilseydim her şeyi kontrol edebilirdim.							
5) Şu an tüm isteğim bir sigara içmek.							
6) Acilen bir sigara içmeye ihtiyacım var.							
7) Şimdi bir sigara iyi olurdu.							
8) Bir sigara içmek için neredeyse her şeyi yapardım.							
9) Sigara içmek beni daha az depresif yapardı.							
10) En kısa zamanda sigara içeceğim.							

Ek-4

Ege Ünv. Evrak Tarih ve Sayısı: 07/07/2017-E.172681 /270



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 70198063-050.06.04
Konu : Kararlar 17-5.2/15

Doç. Dr. Görkem YARARBAŞ
Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı,
Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü

Kurulumuza başvurusunu yaptığımız "Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunlarının, Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşerme Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildirimimin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysenur OKTAY
Kurul Başkanı

EKLER:
EK 1: İlgili Etik Kurul Kararı (1 adet)

Universitesi Cd. No: 9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 388 10 23 Faks No: +90 (232) 388 11 15
E-Posta: tpedkanozelkalem@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Sumru FESCİOĞLU
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 0232 3902132

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BEZEBCUK1 adresinden yapılabilir.



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunlarının, Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşerme Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Görkem YARARBAŞ				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Madde Bağımlılığı				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>	
	Gözlemsel İlaç Çalışması <input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz klinik Araştırması <input type="checkbox"/>				
	In Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları <input type="checkbox"/>	İlaç Dışı Klinik Araştırma <input checked="" type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	15.03.2017	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	28.03.2017	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	02.06.2015	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/> İmza tarihi: 03.04.2017				
	DiĞER	<input checked="" type="checkbox"/> Demografik Bilgiler Formu, Besin Tüketim Kaydı Formu, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sigara İçme Arzusu Ölçeği				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 17-5.2/15	Tarih: 03.09.2017				
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağılı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyeceği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.					
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	E.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 1/2
---	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 17-5.2/15				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü, Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ, Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü, Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü, Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü, Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yardı. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U, Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	KATILMADI
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

- * Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
Supru FİDANCI OĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN

İMZA

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu: 22
Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
Sayfa: 2/2

Araştırmanın Adı : Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunlarının, Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşerme Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi

Ek-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 17)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

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

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı; sigarayı bırakma sürecinde sık karşılaşılan ve sigara bırakmayı güçleştiren; sindirim sorunlarının, kilo ve iştah yönetim güçlüklerinin ve sigara aşermenin beslenme ile ilişkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaşından büyük olmanız, Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvurmuş olmanız ve gönüllü olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma dahilinde gönüllülere rutin tedavilerine hiçbir etki ve değişiklik yaratmayacak anket soruları yöneltilenektir. Bu sorular sosyal ve ekonomik durumları, beslenme alışkanlıkları ve sigara içme istekleri hakkında olacaktır. Soruların cevaplanma süresi 15 dakikadır. Bu anket tek defaya mahsus olarak doldurulacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak; araştırma süresi boyunca acil durumlar dışında ilaç kullanmamak ve kullandığınız durumları araştırmacıyı bilgilendirmek, başka bir diyet programı uygulamamak ve uygulamanız gerekirse araştırmacıyı bilgilendirmek, araştırmacının önerilerine uymak, sorulara doğru yanıtlar vermek sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 120 'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 1 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgularla ilerleyen dönemlerde sigarayı bırakacak hastalara konfor sağlanması hedeflenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu araştırma sırasında beklenen olası risk yoktur.

Tarih/ Versiyon: 11.06.2019	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Form 17	03.11.2010/EÜTF00	9/107

Araştırmanın Adı : Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunlarının, Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşerme Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi

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

Tedavinizi düzenleyen hekimin önerileri dışında kaçınmanız gereken ilaç/besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, başka bir diyet kullanmanız gibi nedenlerle çalışmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Başka bir tedavi öngörülmemektedir.

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

Araştırmada bir zararlanma öngörülmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05324321974 no.lu telefondan Doç. Dr. Görkem YARARBAŞ'a veya 05535687146 numaralı telefondan Diyetisyen Münevver Başak Onat'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

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

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

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

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

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

Tarih/ Versiyon: 11.06.2019	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Form 17	03.11.2010/EÜTF00	10/107

Araştırmanın Adı : Sigarayı Bırakma Sürecinde Sık Karşılaşılan Sindirim Sorunlarının, Bireylerin Beden Kütle İndekslerinin ve Aşerme Düzeylerinin Beslenme ile İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Münevver Başak Onat	
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon: 11.06.2019

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Belge Kodu

Form 17

Rev. Tarihi / No.su:

03.11.2010/EÜTF00

Sayfa

11/107

TEŞEKKÜR

Çalışmanın yapıldığı dönem başta olmak üzere tüm yüksek lisans sürecimde destekleyici olan, bana poliklinikte sınırsız gözlem imkanı tanıyarak sigara özelinde tüm bağımlılık sürecini anlamama yardımcı olan, her zaman ulaşılabilir olan, literatür tarama sürecimde hiç üőenmeden kişisel kaynaklarını enstitüye taşıyan ve benimle paylaşan, beni bir takımın parçası olarak hissettiren danışmanım Sayın Doç. Dr. Görkem Yararbaş'a; eğitim hayatımda emekleri geçen tüm hocalarıma; sevgi ve desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, 2019

Münevver Başak ONAT



ÖZGEÇMİŞ

MÜNEVVER BAŞAK ONAT

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi: 03.09.1990

Doğum Yeri: Balıkesir/Türkiye

EĞİTİM

- 2010-2015 Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Lisans, Beslenme ve Diyetetik
- 2015- Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, Tezli Yüksek Lisans, Madde Bağımlılığı

YABANCI DİLLER (Puan ve Yılı)

- İngilizce (96.250 – 2017)

KONGRE, KURS VE SERTİFİKALAR

- 3. Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu Katılım Sertifikası–Başkent Üniversitesi-2013
- Kardiyoloji Diyetisyenliği Kursu-Başkent Üniversitesi-2013
- 9. Uluslar arası Beslenme ve Diyetetik Kongresi-Hacettepe Üniversitesi-2014
- 6. Ulusal Obezite Kongresi-Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Türk Diyabet ve Obezite Vakfı-2014
- EASO-OMTF Course- Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Türk Diyabet ve Obezite Vakfı-2014
- Bariatrik Cerrahi Diyetisyenliği Kursu- Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Türk Diyabet ve Obezite Vakfı-2014
- 9. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi-2015
- ISO 22000 : 2005 GIDA GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMİ (ISO 22000 : 2005 FOOD SAFETY MANAGEMENT SYSTEMS)- TSC Yönetim Sistemleri Akademisi-2016

- ISO 22000 : 2005 GIDA GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMİ İÇ DENETÇİ (ISO 22000 : 2005 FOOD SAFETY MANAGEMENT SYSTEMS INTERNAL AUDITOR)- TSC Yönetim Sistemleri Akademisi-2016
- FSSC 22000 GIDA GÜVENLİĞİ SİSTEM SERTİFİKASYONU (FSSC 22000 FOOD SAFETY SYSTEM CERTIFICATION)- TSC Yönetim Sistemleri Akademisi-2016
- BRC VER-7 GIDA GÜVENLİĞİ GLOBAL STANDARTI (BRC GLOAL STANDART FOR FOOD SAFETY-ISSUE-7) - TSC Yönetim Sistemleri Akademisi-2016
- 11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi-2017

ESERLER

- Onat, M. B. ve Akça, V. D. (2014). Yeme alışkanlıklarına ilişkin kendine yardım gruplarının vücut algısı, yalnızlık düzeyi ve sosyal yaşama etkisi (Lisans Bitirme Tezi).
- Bilge, A., Onat, M. B. ve Akça, V. D. (2014). Yeme alışkanlıklarına ilişkin kendine yardım gruplarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri, vücut algısı ve yalnızlık düzeyi üzerine etkileri. *9. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi*, poster bildiri.
- Bilge, A., Onat, M. B. ve Akça, V. D. (2017). Yeme alışkanlıklarına ilişkin kendine yardım gruplarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri, vücut algısı ve yalnızlık düzeyi üzerine etkileri. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*, 11, 1-16. doi: [10.17362/DBHAD.2018.1.1](https://doi.org/10.17362/DBHAD.2018.1.1)

iletişim: dytbasak@hotmail.com