



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SİGARA BAğIMLILARINDA BİLİŞSEL FONKSİYONLARIN
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Sema lgen Z

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SİGARA BAğIMLILARINDA BİLİŞSEL FONKSİYONLARIN
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Sema lgen Z

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime ve mesleki deneyimime katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK ve Uzm. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, tezimin her aşamasında önerileriyle bana yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye,

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarıma,

Asistanlığım süresi boyunca beraber olduğum asistan arkadaşlarıma,

Tezimin her aşamasında, yardımına her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan Burak UYANIK'a,

Hayatımın her döneminde yanımda olan her türlü desteği veren annem Selime ÖZ, babam Niyazi ÖZ, kardeşlerim Selim ÖZ ve Serap İMAMGİLLER'e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sema Ülgen ÖZ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. SİĞARA	3
2.1.1. Sigaranın Tanımı	3
2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi	3
2.1.3. Sigaranın İçeriği	4
2.1.4. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri.....	5
2.1.5. Nikotin	5
2.2. KOGNİTİF FONKSİYONLAR.....	7
2.2.1. Kognitif Fonksiyonların Tanımı.....	7
2.2.2. Kognitif Fonksiyonların Sınıflandırılması	8
2.2.3. Kognitif Bozukluklar	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	13
3.2. MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MBDÖ)	13
3.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	16
3.4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	17
3.5. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ	17
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	18
4. BULGULAR	19
4.1. SİĞARA İLE İLGİLİ BULGULAR	20
4.2. BİLİŞSEL FONKSİYONLAR İLE İLGİLİ BULGULAR.....	23

4.3. BİLİŞSEL FONKSİYONLAR VE SİGARA.....	26
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİ.....	38
7. KAYNAKLAR.....	39
8. ÖZGEÇMİŞ	50
9. EKLER.....	51
EK-1: TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	51
EK-2: TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU ONAY FORMU	55
EK-3: MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	56
EK-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	57
EK-5: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	58
EK-6: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ	59

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACh	: Asetilkolin
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
AH	: Alzheimer Hastalığı
ApoE4	: Apolipoprotein E4
BAÖ	: Beck Ansiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DM	: Diyabetes Mellitus
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
GH	: Growth Hormone (Büyüme Hormonu)
HKB	: Hafif Kognitif Bozukluk
HT	: Hipertansiyon
IARC	: The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MI	: Miyokard Infarktüs
MoCA	: Montreal Cognitive Assessment (MBDÖ-Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği)
nAChR	: Nikotinik Asetilkolin Reseptörü
NE	: Norepinefrin

SVO : Serebrovasküler Olay

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Analizi	19
Tablo 4.2. Katılımcıların Sigara İçme Durumları	20
Tablo 4.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanları.....	21
Tablo 4.4. Sigaraya Başlama Nedenleri.....	21
Tablo 4.5. Sigara İçme Durumunun Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi-1	22
Tablo 4.6. Sigara İçme Durumunun Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi-2	22
Tablo 4.7. Sigara İçme Durumunun Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi.....	23
Tablo 4.8. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Puanları.....	24
Tablo 4.9. Sosyodemografik Özellikler ve MBDÖ Puanlarının İlişkisi-1	25
Tablo 4.10. Sosyodemografik Özellikler ve MBDÖ Puanlarının İlişkisi-2	26
Tablo 4.11. Anksiyete ve Depresyonun MBDÖ Puanları ile İlişkisi.....	26
Tablo 4.12. MBDÖ Puanlarının Sigara İçme Durumu ile Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.13. MBDÖ Puanlarının Sigara Parametreleri ile Karşılaştırılması	27
Tablo 4.14. Görsel Mekansal/Yönetici İşlev Puanları ve Sigara İçme Durumu.....	28
Tablo 4.15. Adlandırma Puanları ve Sigara İçme Durumu	28
Tablo 4.16. Dikkat Puanları ve Sigara İçme Durumu.....	29
Tablo 4.17. Lisan Puanları ve Sigara İçme Durumu.....	29
Tablo 4.18. Soyut Düşünme Puanları ve Sigara İçme Durumu.....	29
Tablo 4.19. Gecikmeli Hatırlatma Puanları ve Sigara İçme Durumu.....	30
Tablo 4.20. Yönelim Puanları ve Sigara İçme Durumu	30
Tablo 4.21. Eğitim Durumuna Göre Sigara İçiciliğinin MBDÖ Puanı ile İlişkisi	31
Tablo 4.22. Yaşa Göre Sigara İçiciliğinin MBDÖ Puanı ile Karşılaştırılması	31

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Günlük Sigara Tüketim Miktarı..... 20



ÖZET

Amaç: Sigara kullanımının kognitif fonksiyon bozukluklarına neden olduğu bilinmektedir ve bu nedenle sigara, demans ve Alzheimer hastalığı için risk faktörüdür. Çalışmamızda sigara kullanımının bilişsel fonksiyonlara etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma polikliniği ile Aile Hekimliği polikliniklerine 07.02.2019-29.05.2019 tarihleri arasında başvuran, sigara içen, 18-65 yaş arası 207 hasta ile sigara içmeyen 18-65 yaş arası 191 hasta çalışmaya alındı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeğinden oluşan anket uygulandı.

Bulgular: Sigaranın kognitif fonksiyonlar üzerine etkilerine bakıldığında; sigara içenlerin, içmeyenlere oranla daha kötü performans sergiledikleri görüldü ($p=0.029$). Özellikle görsel yapılandırma becerileri ve yürütücü işlev fonksiyonları sigara içenlerde kötü yönde etkilenmişti ($p=0.020$). Sigara içenlerin ortalama 18.71 ± 11.32 yıl, günde ortalama 10-20 adet sigara içtikleri görüldü. Sigara içme süresi arttıkça kognitif fonksiyon kaybının daha da arttığı saptandı ($p=0.002$). Çalışmamızda nikotin bağımlılığı arttıkça kognitif fonksiyonların daha çok bozulduğu görüldü ($p=0.023$). Sigara içen grupta Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği gecikmeli hatırlatma test puanlarının, içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı ($p<0.001$). Kognitif fonksiyonlardan; adlandırma, lisan, soyut düşünme, yönelim ve dikkatte sigara içen ve içmeyen grupta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: Çalışmamızda sigara kullanımının, kullanım süresinin ve nikotin bağımlılığının kognitif fonksiyonlarda kayıplara neden olduğu görüldü. Sözel bellek, görsel yapılandırma becerilerinde ve yönetici işlevlerde sigara içen grupta bozukluk saptandı. Sigara ile mücadele birçok hastalığın önlenmesi yanında kognitif fonksiyonların korunmasına da katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, bilişsel fonksiyonlar, sigara.

Evaluation of Cognitive Functions In Smoking Addicts

ABSTRACT

Aim: It is known that smoking is one of the causes of cognitive dysfunction. Smoking is a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. The aim of this study was to investigate the effect of smoking on cognitive functions.

Materials and Methods: A total of 207 smokers aged 18-65 years who applied to the Ankara Training and Research Hospital Smoking Cessation Polyclinic and 191 non-smokers aged 18-65 years who applied to the Family Medicine Polyclinic between 07.02.2019-29.05.2019 were included in the study. The questionnaire questioning sociodemographic characteristics, the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and The Montreal Cognitive Assessment were applied to the participants.

Results: When the effects of smoking on cognitive functions are examined; smokers performed worse than non-smokers ($p=0.029$). Especially visual structuring skills and executive function functions were badly affected in smokers ($p=0.020$). The mean age of smokers was 18.71 ± 11.32 years and 10-20 cigarettes per day. It was found that as the duration of smoking increased, cognitive function loss increased further ($p=0.002$). In our study, it was found that as nicotine dependence increased, cognitive functions deteriorated more. ($p=0.023$). Montreal Cognitive Assessment Delayed Recall test scores were significantly lower in smokers than non-smokers ($p<0.001$). There was no statistically significant difference in naming, language, abstraction, orientation and attention among the smokers and nonsmokers.

Conclusion: Cigarette smoking, duration of smoking and nicotine dependence were found to cause loss of cognitive functions. Verbal memory and Visuospatial / Executive functions were found to be impaired in smokers compared to nonsmokers. Fight against smoking will contribute to the preservation of cognitive functions.

Key Words: Family Practice, Cognitive Functions, Cigarette Smoking

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara kullanımı; önlenabilir hastalık ve mortalite nedenlerinin başında gelmektedir. Tütün kullanımı nedeniyle dünya genelinde her altı saniyede bir kişi hayatını kaybetmektedir. 20. yüzyılda 100 milyon kişi hayatını kaybetmiş, 21. yüzyıla gelindiğinde tütün kullanımı nedeniyle ölen kişi sayının 1 milyar kişiye ulaşacağı düşünülmektedir. 2030 yılında sigara kullanımından hayatını kaybeden kişi sayısının 8 milyondan fazla olacağı tahmin edilmektedir (1). Sigara kullanımı, sigara kullanıcılarının yarısından fazlasının ölümüne neden olmaktadır (2).

Tütün kullanımı gelişmekte olan ülkelerde daha yaygındır. Sigara kullananların %80'i gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Dünyada sigara içen her üç kişiden ikisi Türkiye'nin de içinde bulunduğu 10 ülkede yaşamaktadır. En çok tütün kullanan ülkeler sırasıyla; Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' dir. Sigara nedeniyle ölenlerin %25'i Doğu Avrupa bölgesindedir ve bu bölgede yaşayan erkekler, erken ölüm riski en yüksek grupta bulunmaktadır (3,7). Sigara kullanımı oranı gelişmiş ülkelerde erkeklerde %35, gelişmekte olan ülkelerde ise %50'dir. Kadınlarda sigara kullanımına bakıldığında ise gelişmiş ülkelerde %7, gelişmekte olan ülkelerde %24'tür (7). Sigara aynı zamanda yasal olması ve ulaşılabilirliğinin kolay olması gibi nedenlerle sık görülen madde bağımlılığı nedenidir (4). Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 14 yaş olup, Türkiye'de 13 ile 17 yaş arasında değişmektedir (7).

Sigara kullanımı 50'ye yakın kronik hastalıkla ve 20'ye yakın mortaliteye neden olan hastalıkla ilişkilendirilmiştir (10). Uzun süreli sigara içen kişilerin %60'ı beklenen yaşam sürelerinden daha kısa yaşamaktadır. Türkiye'de her yıl 110 bin kişi sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (3).

Sigaranın sağlık üzerinde birçok etkisi vardır. Dünyada en çok ölüme neden olan sekiz hastalığın altısı için, risk faktörleri arasında sigara ve tütün kullanımı gösterilmektedir. Sigara kullanımı iskemik kalp hastalıkları, akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), tüberküloz, serebrovasküler olay (SVO), mide kanseri, karaciğer kanseri, ağız orofarinks kanseri, özefagus kanserine neden olur (11).

Tütün kullanımının eski bilgilere göre kognitif bozuklukların eşlik ettiği Alzheimer hastalığında (AH) koruyucu olduğu düşünölmüştür. Yapılan uzun süreli ve kapsamlı çalışmalarda bir koruyuculuğunun olmadığı ve aksine demans sıklığını arttırdığı görölmüştür (6).

Çalışmamızdaki amaç; bir toplum sağlığı problemi olan sigaranın, bilişsel fonksiyonlar üzerine olan etkilerini incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SİGARA

2.1.1. Sigaranın Tanımı

Sigara, kıyılmış tütünün genellikle silindirik biçimli kağıda sarılarak hazırlandığı, filtreli veya filtreli inhalasyonla kullanılan bir tütün ürünüdür (1).

2.1.2. Sigara Epidemiyolojisi

Sigara önemli bir sağlık sorunudur (3). Sigara içme sıklığı yaş, ırk, eğitim, sosyoekonomik düzey ve yaşanan bölgeye göre farklılık göstermektedir (7). Dünyada yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara kullanmaktadır ve bu kişilerin %80'i gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (2,7). Dünyada sigara içen her üç kişiden ikisi 10 ülkede yaşamaktadır ve Türkiye de bu ülkeler arasındadır. En çok tütün kullanan ülkeler sırasıyla; Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD'dir (3). Ülkemizin tütün tüketimi dünya tütün tüketiminin %2'sini, Avrupa bölgesi tütün tüketiminin %14'ünü oluşturmaktadır (5). Tütün kullanımı gelişmekte olan ülkelerde daha yaygındır. Nüfus artışının hızlı olması, eğitimsizlik, sigara ile mücadelenin yöntemlerinin yetersiz ve yaygın olmayışı ve gelişmiş ülkelerde sigarayla ilgili kısıtlamaların artmasıyla sigara şirketlerinin az gelişmiş ülkelere yönelmeleri, gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı artırmaktadır (4). Sigara kullanımına bağlı hastalıklar, kullanıma başladıktan uzun yıllar sonra ortaya çıktığı için gelişmekte olan ülkelerde sigaraya bağlı hastalık ve ölümlerin tam etkisi henüz görülmemiştir (7).

Dünya genelinde sigara kullanımı, gelişmiş ülkelerde yaşayan erkeklerde %35, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan erkeklerde ise %50'dir. Kadınlarda sigara kullanımına bakıldığında ise gelişmiş ülkelerde %7, gelişmekte olan ülkelerde %24 olduğu görülmüştür (7). Ülkemizde 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonucunda; 15 yaş üstü kişilerde devam eden tütün kullanımının %31,3 olduğu görülmüş ancak bu oranın 2012 yılında azalarak %27 olduğu görülmüştür. 2012 yılında yapılan aynı çalışmada sigara kullanımı erkeklerde %41,4, kadınlarda ise %13,1 olarak bulunmuştur (8). 2017 yılında 15 yaş üstü tütün kullanımı erkeklerde %43,6, kadınlarda %19,7 bulunmuştur (3). Türk Kardiyoloji Derneği'nin

yinelenen çalışmalarında, erkeklerde sigara içme oranının azaldığı ancak kadınlarda ve özellikle gençlerde sigara içme oranlarının arttığı tespit edilmiştir (23).

Türkiye’de yapılan farklı çalışmalarda sigara içme oranı üniversite öğrencilerinde %23-48, lise öğrencilerinde %20, ilköğretim öğrencilerinde %9 olarak bulunmuştur (7). Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 14 olup, Türkiye’de yapılan çalışmalarda sigaraya başlama yaşınının 13 ile 17 arasında değiştiği gösterilmiştir (7).

Tütün kullanımı her altı saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır (3). Sigara kullanımı nedeniyle, 20. yüzyılda 100 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. 21. yüzyıla gelindiğinde tütün sebebiyle hayatını kaybeden kişi sayınının 1 milyar kişiye ulaşacağı düşünülmektedir. Dünyada tütün kullanımına bağlı yıllık ölen kişi sayısı yaklaşık 7 milyon iken, ülkemizde sigaraya bağlı ölen kişi sayısı 100 bindir (3). 2030 yılında sigara kullanımından hayatını kaybeden sayısı dünyada 8 milyondan fazla olacağı, Türkiye’de ise 240 bin kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (7). Uzun süreli sigara kullanımı, beklenen yaşam süresini 15-25 yıl kısaltır (10). Günde 10 ve daha az sigara içen birisinin yaşam süresi 5 yıl kısalır (3). Sigara, sigara kullananların yarısından fazlasının hayatını kaybetmesine neden olur (2). Dünyada yılda sigara nedeniyle ölenlerin %25’i Doğu Avrupa bölgesindedir ve bu bölgede yaşayan erkekler dünya genelinde erken ölüm riski en yüksek grupta bulunmaktadır (3,7).

Pasif sigara içiciliğine bağlı ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Dünyada pasif sigara içiciliği, yıllık 1 milyon ölüme neden olmaktadır (11). Pasif sigara içiciliği koroner kalp hastalığı riskini %25-30, akciğer kanseri riskini %20-30 artırır (1).

2.1.3. Sigaranın İçeriği

Tütün dumanı içerisinde nikotin, fenol, katran, aromatik hidrokarbon, karbonmonoksit, boya çıkarıcı, amonyak, siyanür, aseton, kresol, polonium, rodon, bütan, naftalin, metanol, siyanür gibi antijenik, sitotoksik, mutajenik, karsinojenik 4000’den fazla sağlığa zararlı madde vardır (11). Sigaranın akciğere inhalasyonuyla, %92-95’i gaz fazında her 1 ml’de 0,3-3,3 milyar partikül bulunmaktadır. The International Agency for Research on Cancer (IARC-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı), bu maddelerin 81 tanesinin kanserojen olduğunu bildirmiştir (7).

Sigara dumanında partül fazında katran, nikotin, aromatik hidrokarbon, fenol, kresol, β -naftilamin, benzopren, katekol, insol, karbokol gibi maddeler bulunurken; gaz fazında karbon monoksit, nitrojen oksit, aldehitler, hidrosiyamik asit, akrolein, amonyak, nitrozamin, hidrazin, vinil klorid gibi maddeler bulunur (20).

2.1.4. Sigaranin Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara kullanımı 50'ye yakın kronik hastalıkla ve 20'ye yakın mortaliteye neden olan hastalıkla ilişkilendirilmiştir (10). Uzun süreli sigara içen kişilerin %60'ı beklenen yaşam sürelerinden daha kısa yaşamaktadır. Türkiye'de her yıl 110 bin kişi sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeniyle ölmektedir (3). Sigara, tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp damar hastalıkları ve kanserlerin neden olduğu ölümlerin %33'ünden sorumludur (11). Sigara kullanımı, kokain kullanma riskini 22 kat, esrar kullanma riskini 8 kat artırır (20). Sigara; orofarinks, larinks, özefagus, mide, pancreas, kolon, akciğer, trekea, bronş, böbrek, üreter, mesane, serviks, lösemi, meme, over kanseri için risk faktörüdür (11,20). Sigara kanserlerin dışında aterovasküler ve kardiovasküler hastalık, aort anevrizması, periferik vasküler hastalık, SVO, KOAH, astım, tüberküloz, pnömoni, Crohn hastalığı, mide ülserleri, Diabetes Mellitus (DM), kolon polipleri, infertilite, erken bebek ölümü, ektopik gebelik, erektil disfonksiyon, erken membran rüptürü, katarakt, optik nörit, gingivitis, diş kaybı, osteoporoz, depresyon, demans, AH, multiple skleroz ve obstruktif uyku apne sendromu gibi hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (11,19,20).

2.1.5. Nikotin

Nikotin psikoaktif bir maddedir ve inhalasyonla alveollerden absorbe edilmesi nefes tutma süresiyle değişir (11). Yarılanma süresi 2 saatten kısa olup 10-20 saniyeden az bir sürede beyne ulaşır (14). Nikotin beyindeki asetilkolin (nAchR) a4b2 reseptörlerine bağlanır. Nükleus akumbensten salınan dopamin ve ventral tegmental alanda yer alan dopaminerjik nöronlar nikotinin ödüllendirici etkisini oluşturur (11). Nörohumoral etkiyle; asetilkolin (Ach), norepinefrin (NE), serotonin, dopamin, endorfin, büyüme hormonu (GH), adrenokortikotropik hormon (ACTH), salınımına neden olur (16).

Gençlerin üçte biri sigarayı hayatları boyunca en az bir kere denemektedir, deneyenlerin ise yarısı sigara bağımlısı olma riski taşımaktadır. Hayatında yaktığı ilk iki sigarayı tamamen bitirenlerin %85'i sigara bağımlısı olmaktadır (20).

Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM-5)'e göre nikotin bağımlılığı; tütün kullanımının 12 aylık bir süre içinde önemli klinik bozulma ve sıkıntılara yol açmasıdır. Bu süreçte, aşağıdaki kriterlerden en az iki durumun ortaya çıkması tanı koydurucudur. Tolerans ve yoksunluk belirtilerinin olması önemlidir.

- Tütün kullanımı amaçladığından daha yüksek miktarlara çıkmış ya da daha uzun bir süre tüketiliyor ise,
- Sürekli kullanım arzusu veya tütün kullanımı kontrol etmek, bırakmak için çabaların başarısız olması,
- Tütün temini ve kullanımı için oldukça zaman harcanması,
- Tütün kullanımı için özlem ya da güçlü bir tütün kullanımı isteği ya da dürtüsü,
- İş, okul veya evde başlıca yükümlülüklerini yerine getirmekte yetersizlikle sonuçlanan tekrarlayan tütün kullanımı,
- Tütünün etkisiyle ortaya çıkan veya neden olduğu kalıcı veya tekrarlayan sosyal ya da kişilerarası problemleri olmasına rağmen tütün kullanımına devam edilmesi,
- Tütün kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence aktivitelerinin bırakılması veya azaltılması,
- Fiziksel olarak riskli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanımı,
- Muhtemelen tütünün neden olduğu veya kötüleştirdiği kalıcı veya tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik sorunu olduğu bilinmesine rağmen tütün kullanımına devam edilmesi,
- Tolerans (aşağıdakilerden birinin tanımlanması)
 - İstenilen etkiyi oluşturmak için daha fazla miktarda tütün kullanımına belirgin ihtiyaç duyma,

- Aynı miktarda tütün kullanımı ile arzu edilen etkide belirgin azalma.
- Yoksunluk (aşağıdakilerden birinin oluşması)
 - Tütün için karakteristik yoksunluk sendromu,
 - Yoksunluk semptomlarından kaçınmak veya rahatlamak için tütün kullanımı.

2-3 semptom varlığı hafif, 4-5 semptom varlığı orta, 6 ve daha fazla semptom varlığı ağır bağımlılık olarak tanımlanmaktadır (80).

2.2. KOGNİTİF FONKSİYONLAR

2.2.1. Kognitif Fonksiyonların Tanımı

Kognitif fonksiyonlar; bilinç, dil, düşünme, bellek, dikkat, öğrenme, hafıza, algılama, oryantasyon, zeka, sorun çözme, karar verme, konuşma, yeni bilgiler öğrenebilme, okuma, yazma ve hesap yapma gibi yüksek beyin işlevlerini kapsamaktadır (17). İlerleyen yaşla birlikte nörodejeneratif hastalık olmadan yapısal ve işlevsel değişiklikler geçiren beyin, hacminin %10 luk kısmını kaybedebilir ve bununla birlikte bilişsel fonksiyonlarda kayıp olabilir (19). Kognitif fonksiyonlar yirmili yaşlarda en yüksek seviyeye ulaşır. Yaşlanma, sigara, alkol kullanımı, vitamin B12 eksikliği, genetik yatkınlık, eğitim süreci, sedanter yaşam, sistemik hastalıklar gibi nedenlerle kognitif fonksiyonlarda azalma olabilir (32).

2016 Dünya Alzheimer Raporuna göre; dünyada 47 milyon demans hastası olup 2050 yılında 131 milyona yükseleceği düşünülmektedir (42). Türkiye’de 2016 yılında yapılan çalışmada 300 bin demans hastası olduğu bulunmuştur (41). 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada bir AH için yıllık toplam maliyet AH evresine göre 11-61 bin TL arasında değişmektedir (39). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında demans ve AH nedeniyle ölenlerin sayısı bir önceki yıla göre artmıştır (19).

Kognitif fonksiyonların yürütülebilmesi ve değerlendirilebilmesi için öncelikle kişinin kendisini ve dış dünyayı algılaması gerekir. Bilincin açık olmasıyla algılanan bilgi işlenir, bellekte depolanır. Kişi edindiği bilgiyi anlayıp kullanır. Bu süreçte talamus başta olmak üzere subkortikal sinaptik iletişimin rolü büyüktür. Bilgi talamusa ulaştığında, talamus nükleuslar arasındaki sinapslar aracılığıyla işlenir ve

hücre içinde protein senteziyle bilgi saklanır. Bu olayların sürdürülmesinde Ach ve NE gibi çeşitli nörotransmitterler rol alır (37). Nikotin; nAChR etkileyerek dikkat üzerine direkt, öğrenme ve hafıza üzerine ise presinaptik nAChR'den Ach, NE, glutamat, dopamin, serotonin ve gamma amino bütirik asit (GABA) salımını etki ederek gerçekleştirir. Bu işlevlerde meydana gelen kayıplar kognitif fonksiyon bozukluğu olarak karşımıza çıkar (40).

2.2.2. Kognitif Fonksiyonların Sınıflandırılması

Bilinç

Kişinin kendisinden ve çevresinden haberdar olmasıdır. Uyanıklık durumu zihinsel fonksiyonlar için temel şarttır. Uyarılma ise, uyarana yanıt verebilme durumudur. Bilinç bozuklukları; samnolans, stupor, prekoma, yarı koma ve komadır (28).

Yönetici İşlevler

İstemli eylemlerin seçilmesi, yürütülmesi, kontrol edilmesi, koordine edilmesi yeteneğini tanımlar. Problem çözme, karar verme gibi yetenekleri kapsar (32). Yönetici işlevler kişinin karşılaştığı problemleri çözme becerisidir. Yürütücü işlevler faaliyeti başlatır, yönlendirir ve sürdürür (82).

Yönelim

Kişinin çevresinden haberdar olma durumudur. Yönelimin kişi, yer, zaman şeklinde üç bileşeni vardır. Kişi yöneliminde kişi etrafındakileri tanır. Yer yöneliminde kişi bulunduğu ortamı tanır. Zaman yöneliminde kişi tarih, gün, ay, yıl ve mevsimi açıklayabilir. Yönelim bozukluklarında ilk önce zaman oryantasyonu bozulur daha sonrasında yer ve en son olarak da kişi oryantasyonu bozulur. Yönelim bozuklukları genellikle organik nedenlidir. Deliryumda sık görülür (18).

Dikkat ve Konsantrasyon

Kişinin düşüncesini ve ilgisini belli bir noktaya yönlendirebilmesi ve orada sınırlandırabilmesidir. Dikkat; zihnin belli bir noktaya odaklanabilmesi, konsantrasyon ise bunun devam ettirilmesi olarak tanımlanır. Dikkat, beyinde prefrontal korteks ve pariyetal lobla ilişkilidir (32). Spontan dikkat ve volanter dikkat olarak gruplandırılabilir. Spontan dikkat, çaba harcamadan istemsiz ortaya çıkan

dikkattir. Volanter dikkat ise belli bir konu ve nesneye istemli olarak dikkatin yönlendirilmesidir. Odaklanmış dikkat; bir uyarıcıya karşılık verebilme kabiliyeti, uzun süreli dikkat; en az 3 dk dikkati sürdürebilme kabiliyeti, seçici dikkat; dikkati bir işe yoğunlaştırabilme kabiliyeti, değişken dikkat; dikkati bir işten diğerine akıcı bir şekilde değitirebilmeyi sağlayan mental esneklik kabiliyeti, bölünmüş dikkat; aynı anda birden fazla işe cevap verebilme aynı anda iki iş yapabilme becerisidir (37,43).

Lisan

Lisan dil beceresidir. Lisan; kişide akıcı konuşma ya da konuşma dilinin anlaşılması, isimlendirebilme, okuma, yazma, konuşulanların tekrarlanması gibi becerileri içerir (27). Prefrontal alan, Broca alanı, motor korteks, temporal lob, Wernicke alanı, talamus ve bazal ganglionlar dil ve lisanda görev alan yapılardır (43).

Algı

İç ve dış uyarıların farkına varılması, değerlendirilmesidir. Bir uyarandan gelen etkinin duyu organlarıyla alınıp, iletim yollarıyla beynin ilgili alanlarına ulaşır, oluşan sembollerin daha önce edinilen bilgilerle birleşerek anlam kazanmasıyla olur (44).

Görsel Yapılandırma Becerisi

Görsel algısal fonksiyonlar; uyarıcıyı farkedip, algılayıp, geçmiş bilgilerimizle ilişkilendirip, ayırmamızı sağlayan işlevdir. Görsel uzaysal fonksiyonlar ise içinde bulunulan ortamı analiz etme, anlama ve yönetmede kullanılır (43).

Bellek

Kişinin geçmişe ait bilgileri kaydetme, depolama ve anımsayabilme yeteneğidir (36). Tespit belleğinde; bellek, algılayıp kaydeder ve öğretilen bir şey hemen tekrarlanır. Kısa süreli bellek; 5 dakika ile birkaç saat arasında olan bellektir. Yakın bellek birkaç günden birkaç aya kadar olan bölümüne, uzak bellek ise birkaç aydan yıllara kadar olan bölümüne denir (21). Bilgi, bilinçli ya da bilinçsiz şekilde hatırlanıyorsa açık ve örtülü bellekten, bilgi olayın zamansal boyutuyla hatırlanıyorsa

epizodik bellekten, genel geçer bilgilerden oluşuyorsa semantik bellekten bahsedilir (43).

2.2.3. Kognitif Bozukluklar

Deliryum

Akut bilinç bulanıklığının eşlik ettiği, bellek, yönelim ve dikkati bir konuda odaklama yetisinde bozulmanın görüldüğü, gün içerisinde dalgalanmalar gösteren, genellikle organik nedenli bir kognitif fonksiyon bozukluğudur (18). Deliryumda varsanılar, görsel yanılsamalar siktir. En çok cerrahi uygulamalar ve yoğun bakımlarda görülür. Enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, elektrolit bozuklukları, ilaçlar, invaziv işlemler deliryuma neden olmaktadır (19).

Demans

Kognitif fonksiyonların (dil, bellek, yönetsel işlev) birkaçının bozulmasıyla karakterizedir. Kişinin toplumsal ve mesleki işlevselliğinde geçmişe göre belirgin bozulma vardır (18). Demanslı hastalar öncelikle yakın dönem hafıza kayıplarıyla hastaneye başvururlar (19). Demans hastalarının %75'i AH, %15'i vasküler hastalığa bağlıdır. Hastaların %10'u ise karışık demanstır (93). Demans, sosyal işlevselliği ileri derecede bozan kognitif fonksiyon kaybıyla giden klinik bir sendromdur. Bu bilişsel etkilenmede davranış ve kişilik değişiklikleri de görülür. Demans tanısı koyabilmek için bilişsel fonksiyon kayıplarının sosyal ve mesleki işlevselliği etkilemiş olması, deliryum veya herhangi bir medical, nörolojik veya psikiyatrik hastalıktan kaynaklanmıyor olması gerekmektedir (34). Dünya nüfusundaki artış, sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler yaşlı nüfusun artmasını sağlamıştır. 2050 yılında dünya nüfusunun %22'sini 60 yaş üzerindeki nüfusun oluşturacağı tahmin edilmektedir (88). Demans risk faktörleri; ileri yaş, kadın cinsiyet, Down Sendromu, kafa travması, genetik yatkınlık, depresyon, düşük sosyoekonomik düzey, kişilik bozukluğu, düşük eğitim düzeyi, vasküler risk faktörlerinden; SVO, hiperlipidemi, hipertansiyon (HT), miyokart infarktüsü (MI), DM, homosistein yüksekliği, sigara, alkol kullanımı, çevresel faktörler, radyasyon, enfeksiyon, D vitamini eksikliği, vitamin B₁₂ eksikliği ve sosyal izolasyondur (19,93).

Demanslar primer ve seconder olarak sınıflandırılabilirler. Primer nörodejeneratif demanslar, demans nedenleri arasında büyük orana sahiptir. Primer

demans; AH, Lewy cisimcikli demans, fronto-temporal demans, hareket bozukluğuyla birlikte demans, prion hastalıkları ve pediatrik demanslardır. Seconder demanslar, nörolojik veya psikiatrik bir hastalık seyrinde görülen demanslardır. Seconder demansın en sık nedeni vasküler demanstır. Yaşlılık depresyonu psödo-demans şeklinde görülebilir. Seconder demans; vasküler demans, normal basınçlı hidrosefali, toksik metabolik demans, enfeksiyonlar, kafa içi yer kaplayıcı hastalıklar ve otoimmün hastalıklardır (96,94).

Alzheimer Hastalığı

Alzheimer Hastalığı, demansın en yaygın tipi olup hem biyolojik hem de pskolojik etkenlerin eşlik ettiği nörodejeneratif bir hastalıktır (53). AH'de ilk bulgu epizodik bellek bozukluğudur. Daha sonra dikkat, dil, görsel-uzaysal ve yürütücü işlevlerde etkilenme görülür. İlerleyen zamanda görsel-mekansal işlev bozukluğu ve uzun süreli bellekte bozulmalar görülür. Son evre AH'de kısa süreli belek kaybı üst düzeye ulaşmış, soyut düşünme tamamen kaybolmuştur (56). Risk faktörleri; yaş, kadın cinsiyet, genetik yatkınlık, düşük eğitim düzeyi, depresyon, kardiovasküler risk faktörleri (HT, ateroskleroz, DM, alkol, sigara, hiperlipidemi, obezite), Down Sendromu, kafa travması, kronik stresdir (94,97).

AH klinik olarak;

- Preseptomatik dönem
- Preklinik dönem
- Erken 'şüpheli' Alzheimer hastalığı
- Hafif Alzheimer hastalığı
- Orta dönem Alzheimer hastalığı
- Ağır (şiddetli) dönem Alzheimer hastalığı olarak sınıflandırılır (95).

Hafif Nörokognitif Bozukluk

Yaşa göre uyumlu olmayan bir bellek kaybı mevcuttur, diğer bilişsel fonksiyonlardaki bozukluklar hafiftir veya yoktur (56). Normal yaşlanma süreci ile demans arasındaki geçiş alanını oluşturan işlevsellikte belirgin bozulmanın olmadığı, tam olarak demans tanısını karşılamayan bir tablodur (93). Hafif kognitif bozukluk (HKB) prevelansı 65 yaş üstünde %3-22 olarak hesaplanmıştır (100). AH'den 7 yıl önceye kadar uzayan preklinik bir evre olduğu düşünülmektedir (93). Risk faktörleri;

ileri yaş, Apolipoprotein E4 (ApoE4) taşıyıcıları, gecikmiş hatırlatma testinden kötü performans gösteren olgular, düşük hipokampal volüm, zaman oryantasyon bozukluğu ve saat çizme testi bozuk olgular, global kognitif bozukluk ve epizodik bellek defisiti gösteren olgular (100). Alt türleri;

- Amnestik HKB: Belirgin bellek bozukluğunun olduğu en sık görülen tiptir.
- Çoklu alan bozukluğu: Bellek bozukluğunun yanında görsel-mekansal işlevler, yürütücü işlevler, dil ve dikkat gibi kognitif bozukluklar eşlik eder.
- Bellek dışı tek bir bilişsel alanın ön planda tutulduğu HKB: Yürütücü işlevler, görsel-mekansal işlevler veya dil ön planda tutulum gösterebilir (100).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Prospektif, kesitsel ve analitik nitelikteki çalışmamız 07.02.2019-29.05.2019 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma polikliniği ile Aile Hekimliği polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Sigara Bırakma polikliniğine başvuran, sigara içen, 18-65 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden 207 hasta ile; Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, sigara içmeyen, 18-65 yaş arası 191 hasta olmak üzere toplam 398 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup çalışma süresince sigara bırakma polikliniğine gelen hastaların tümünün çalışmaya alınması planlanmıştır. Çalışma hakkında hastalara bilgi verildikten sonra katılımcı olmayı kabul eden, okuma yazma bilen hastalar çalışmaya dahil edilirken; 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük, alkol bağımlılığı olan, madde kullanan veya hayatının herhangi bir döneminde madde kullanım öyküsü olan, tanısı konulmuş nörolojik veya psikiyatrik hastalığı olan (SVO, Epilepsi, Demans, Alzheimer, Şizofreni, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu vb.), okuma yazma bilmeyen, çizim yapabilmesini engelleyecek şekilde fiziksel engeli olan, hipotroidi hastası olan ve B₁₂ eksikliği tanısı veya tedavisi alan kişiler çalışmaya alınmamıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeğinden oluşan anket uygulanmıştır. Beck Anksiyete ölçeğinden ≥ 8 , Beck Depresyon ölçeğinden ise ≥ 10 puan alan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırmanın uygulanması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan tez konusu onayı alınmıştır. Onay formu Ek-1'de sunulmuştur. T.C.S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'nun 06.02.2019 tarih ve 0069 numaralı toplantı sonucuna göre çalışma için 'etik kurul onayı gerektirmez' kararı Ek-2'de sunulmuştur.

3.2. MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MBDÖ)

Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, Nasreddine ve arkadaşları tarafından hafif kognitif bozukluk taraması için geliştirilen hızlı bir testtir. Türkiye

uyarlaması Selekler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (9,56). MBDÖ; dikkat, bellek, yürütücü işlevler, lisan, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama, yönelim gibi bilişsel fonksiyonları değerlendirmektedir. Testten alınabilecek en yüksek puan 30 olup, 21 ve alınan puanlar normal olarak değerlendirilir (22). MBDÖ Ek-3’de sunulmuştur.

Görsel-Mekansal Yönetici İşlevler: Bilişsel fonksiyonlardan görsel yapılandırma becerileri ve yönetici işlevleri test eder. 1., 2. ve 3. soruları kapsar, toplam alınacak en yüksek puan 3’tür.

1. soru; iz sürme testi: Katılımcıdan, bir sayı bir harf sırası ile birbirini izleyen sayı ve harfleri bir çizgi ile birleştirmesi ve örüntüyü başarılı bir şekilde çizmesi istenir. Çizebilmiş ise 1 puan, çizememiş ise 0 puan verilir.

2. soru; görsel yapılandırma becerileri (küp): Katılımcıya küp şekli gösterilip, yan taraftaki boşluğa çizmesi istenir. Katılımcının çizimi 3 boyutlu, tüm çizgileri tam, fazladan çizgi eklenmemiş şekilde çizmesi istenir. Çizgileri görece paralel ve benzer uzunlukta çizmiş ise 1 puan, çizememiş ise 0 puan verilir.

3. soru; görsel yapılandırma becerileri (saat): Katılımcıdan boş alana bir saat çizmesi, saatin tüm rakamlarını yazması ve saatin 11’i 10 geçeyi göstermesi istenir. Çerçeve tam kapalı olarak çizilmişse 1 puan, saatin rakamları tam, eksiksiz, doğru sırada ve konumda çizilmişse 1 puan, saatin kolları akrep yelkovanından daha kısa çizilmiş, doğru saati gösterir ve akrep yelkovanın birleştiği yer merkeze yerleştirilmişse 1 puan verilir. Bu ölçütler karşılanmıyorsa puan verilmez.

Adlandırma: Bilişsel fonksiyonlardan adlandırmayı test eder. 4. soruyu kapsar ve alınabilecek en yüksek puan 3’tür.

4. soru; adlandırma: Katılımcıya hayvanların resmi gösterilir ve isimlerinin söylenmesi istenir. 1) aslan 2) gergedan ve 3) deve şeklinde izleyen doğru cevaplar için 1’er puan verilir.

Bellek: Bilişsel fonksiyonlardan kısa süreli belleği test eder. MBDÖ’nün 5. sorusunu kapsar ve buradan puan verilmez.

5. soru; bellek: Katılımcıya, ‘Size bir kelime listesi okuyacağım ve bu kelimeleri şimdi ve daha sonra hatırlamanızı isteyeceğim. Okumayı bitirdiğimde hatırlayabildiğiniz kadar kelimeyi bana söyleyin, kelimelerin söylenme sırası önemli

değildir' denir. Katılımcının söyleyebildiği her kelimeye işaretlenir. Katılımcıya 'Size aynı listeyi 2. kez okuyacağım, hatırlamaya çalışın ve ilk denemede söylediğiniz kelimeleri de kapsayacak şekilde bana hatırlayabildiğiniz kadar çok kelime söyleyin' denir. İkinci denemenin ardından katılımcının hatırladığı kelimelerin ikinci kutucuğu işaretlenir. Katılımcıya 'Testin sonunda bu kelimeleri tekrar hatırlamanızı isteyeceğim' denir. Bu sorunun puanı yoktur.

Dikkat: Bilişsel fonksiyonlardan dikkati test eder. MBDÖ'nün 6. sorusunu kapsar. Alınabilecek en yüksek puan 6'dır.

6. soru; dikkat: İleriye doğru sayma: Katılımcıya 5 tane rakam söylenir ve aynı sıra ile tekrar etmesi istenir. Katılımcı doğru sırayla, eksiksiz tekrar edebilmiş ise 1 puan verilir.

Geriye doğru sayma: Katılımcıya sıra ile 3 rakam söylenir ve ters sıra ile tekrar etmesi istenir. Katılımcı eksiksiz ve ters sırayla söyleyebilmiş ise 1 puan verilir.

Uyanıklık: Katılımcıya bir dizi harf okunacağı ve sadece A harfini duyduğunda masaya 1 kere vurması gerektiği, diğer harfleri duyduğunda masaya vurmaması gerektiği söylenir. 0-1 hata için 1 puan verilir.

Seri olarak 7'şer çıkarma: Katılımcıdan 100'den geriye doğru 7'şer sayması istenir. 4-5 doğru yanıt için 3 puan, 2-3 doğru yanıt için 2 puan, hiçbir doğru yanıt veremediyse 0 puan verilir. Eğer katılımcı yanlış sayıyı söyler ve bu sayıdan 7 çıkararak doğru devam ederse, her bir doğru tepkiye 1 puan verilir.

Lisan: MBDÖ'nün 7. ve 8. sorularını kapsar. Alınabilecek en yüksek puan 3'tür.

7. soru; cümle tekrarı: Katılımcıya bir cümle verilir ve aynen tekrar etmesi istenir. Tekrardan sonra ikinci bir cümle verilir ve yine aynen tekrar etmesi istenir. Eksiksiz, doğru tekrarlanmış her bir cümleye 1 puan verilir.

8. soru; sözel akıcılık: Katılımcıdan 1 dakika içerisinde bizim belirlediğimiz bir harfle başlayan özel isim, sayı ve aynı kökten türemiş isimlerin olmadığı, olabildiğince fazla kelime söylenmesi istenir. Katılımcı 1 dk içerisinde, 11 kelime ve daha fazlasını söyleyebilmiş ise 1 puan verilir.

Soyut Düşünme: Bilişsel fonksiyonlardan soyut düşünme yeteneğini test eder. MBDÖ'nün 9. sorusunu kapsar. Alınabilecek en yüksek puan 2'dir.

9. soru; soyut düşünme: Katılımcıya portakal ve muz arasındaki benzerlik sorulur. Eğer katılımcı istenilen cevabı (meyve) vermediyse bir süre beklenir, doğru cevap verilemeyince 'evet ikisi de meyvedir' denir. Daha sonrasında 'tren ve bisiklet' arasındaki benzerlik sorulur. Katılımcı eğer ulaşım aracı, ikisine de binilip gezilir, seyahat edilir cevaplarını verirse doğru kabul edilir. Tekerleri var cevabı doğru kabul edilmez. Cevap verildikten sonra 'cetvel ile saat' arasındaki benzerlik sorulur. Katılımcı; ölçü araçları, ölçmek için kullanılır yanıtlarını verirse doğru kabul edilir. Her ikisinin de sayıları var cevabı, doğru kabul edilmez. Örnek kelime çifti (alıştırma maddesi) puanlanmaz, son iki madde puanlanır. Her bir madde çiftine verilen doğru yanıt için 1 puan verilir.

Gecikmeli Hatırlatma: Bilişsel fonksiyonlardan belleği test eder. MBDÖ'nün 10. sorusunu kapsar. Alınabilecek en yüksek puan 5'tir.

10. soru; gecikmeli hatırlatma: Katılımcıdan daha önce verilen 5 kelimeyi hatırlaması istenir. Doğru hatırlanılan her bir kelime için 1 puan verilir. Hatırlanamayan kelimeler için ipuçları verilir ancak ipucuyla hatırlanılan kelimelere puan verilmez.

Yönelim: Bilişsel fonksiyonlardan yönelimi test eder. MBDÖ'nün 11. sorusunu kapsar. Alınabilecek en yüksek puan 6'dır.

11. soru; yönelim: Katılımcıdan içinde bulunulan günün tarihini; gün, ay, yıl olarak ve haftanın hangi günü olduğunu da kapsayacak şekilde söylenmesi istenir. Ardından bulunduğu mekânın ve bulunduğu şehrin ismi sorulur. Her bir doğru yanıt için 1 puan verilir. Katılımcı tarihin herhangi biriminde hata yaparsa puan verilmez (22).

3.3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1961 yılında Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş çoktan seçmeli, 21 soruluk, likert tipinde bir ölçektir. Adelosan ve erişkinlerde depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan bir ölçektir. BDÖ'nün 3 versiyonu vardır. İki 1961'de yayınlanmış, daha sonra 1978'de revize edilmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin hastaya okuması şeklinde tasarlanmış, daha sonrasında

ise kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Depresyona özgü davranışlar ve belirtiler bir dizi cümle ile tanımlanmış, her bir cümle hafiften şiddetliye göre sıralanmış ve 0-3 arasında puan verilmiştir. Toplam puanlar: 0-9 puan yok-minimal düzeyde depresif belirtiler, 10-16 puan hafif düzeyde depresif belirtiler, 17- 29 puan orta düzey depresif belirtiler, 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtiler olarak değerlendirilir. Testin uygulanışı yaklaşık 15 dk sürmektedir (24). Türkçe' ye uyarlaması 1980 yılında Buket Tegin, 1988 yılında Nesrin Hisli Şahin tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı Hisli tarafından 17 olarak belirlenmiş olup ölçekten alınan puan arttıkça depresif yük artmaktadır (26,70) BDÖ Ek-4'de sunulmuştur.

3.4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. 21 seçmeli sorudan oluşan, likert tipi, anksiyete şiddetini ölçmede kullanılan bir ölçektir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Ulusoy tarafından yapılmıştır. Katılımcı geçirdiği son bir haftayı dikkate alarak testteki 21 soruya; hiç, hafif, orta ve ciddi şeklinde cevap verir. Hiç 0 puan, hafif derecede 1 puan, orta derecede 2 puan ve ciddi derece de 3 puan olarak hesaplanır (25). Toplamda; 0-7 puan yok-minimal düzeyde anksiyete belirtileri, 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete belirtileri, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olarak değerlendirilir (13). BAÖ Ek-5'de sunulmuştur.

3.5. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Karl Fagertstörn tarafından geliştirilmiş altı soruluk bir ankettir. FNBT 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından fagerström tolerans testinin revize edilmesiyle oluşturulmuştur. FNBT puanlamasına göre nikotin bağımlılık düzeyi; 0-2 puan çok hafif bağımlılık, 3-4 puan hafif bağımlılık, 5 puan orta derece bağımlılık, 6-7 puan ileri derecede bağımlılık ve 8-10 puan ise çok ileri derecede bağımlılık olarak değerlendirilir. FNBT, sigara bağımlılığı için en sık kullanılan testtir (12,15). Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmış, güvenilirliği orta derece olup, klinik uygulamalar için uygun olduğu bulunmuştur (99). FNBT Ek-6'da sunulmuştur.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı. Sayısal parametrelerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolomogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Sayısal parametrelerin ortalama ve standart sapmaları verilirken, kategorik parametreler ise sayı ve yüzde olarak belirtildi. İki grup arasında sayısal parametrelerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlar için Student-T veya One-Way Anova testi, normal dağılıma uymayanlar için ise Mann-Whitney U veya Kruskall Wallis testi kullanıldı. Kategorik parametrelerin karşılaştırmasında Ki-Kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Araştırmaya yaşları 18 ile 65 arasında değişen ve yaş ortalaması $38,15 \pm 11,47$ olan 398 kişi katıldı. Çalışmaya katılan kişilerin 215 (%54)'ü kadın, 183 (%46)'ü erkekti. Eğitim durumları; 160 (%40,2) kişi ilkokul mezunu, 143 (%35,9) kişi lise mezunu ve 95 (%23,9) kişi lisans ve lisansüstü mezunuydu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Analizi

Sosyodemografik Özellikler (n:398)		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	183	46
	Kadın	215	54
Yaş	18-30	121	30,4
	31-40	115	28,9
	40-65	162	40,7
Medeni Durumu	Evli	279	70,1
	Bekar	109	27,4
	Boşanmış	10	2,5
Eğitim Durumu	İlkokul	160	40,2
	Lise	143	35,9
	Lisans ve lisansüstü	95	23,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	292	73,4
	Çalışmıyor	106	26,6
Aylık Gelir	2500 TL ve altı	277	69,6
	2501–5000 TL arası	98	24,6
	5000 TL üstü	23	5,8

Katılımcılardan 111 (%27,9) kişinin bilinen hastalığı var iken, 287 (%72,1) kişinin bilinen hastalığı yoktu. Çalışmamıza katılan 65 (%16,3) kişi hergün ilaç kullandığını, 333 (%83,7) kişi düzenli kullandığı bir ilacının olmadığını söyledi. Hastaların alkol kullanımına bakıldığında, 29 (%7,3) kişinin sosyal alkol içicisi olduğu, 369 (%92,7) kişinin hiç alkol kullanmadığı öğrenildi.

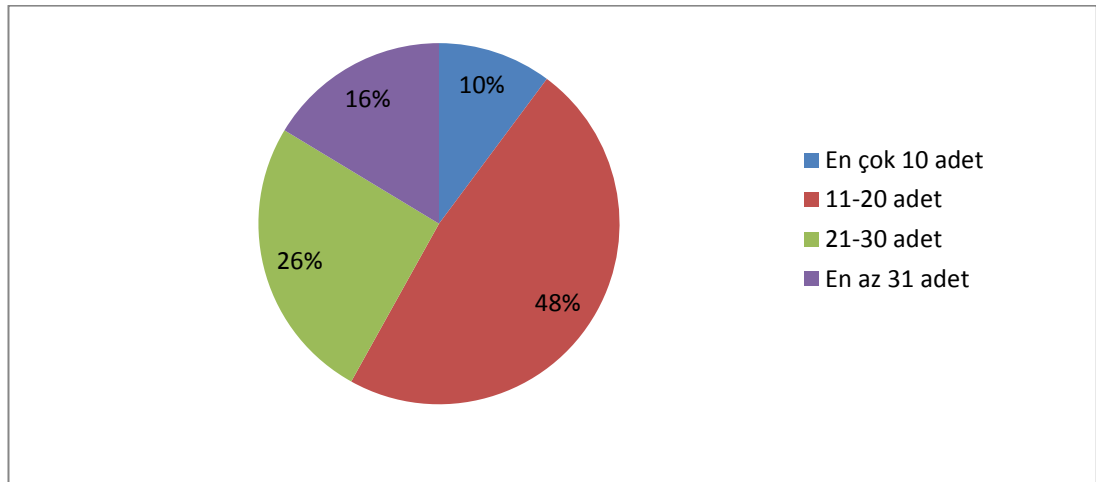
4.1. SİGARA İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmamıza katılan 207 (%52) kişinin sigara içmekte veya içmiş olduğu, 191 (%48) kişinin ise sigara içmediği tespit edildi. Katılımcıların sigara içme durumları Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Sigara İçme Durumları

Sigara İçme Durumu		Sayı	Yüzde (%)
Hayır	Hiç içmemiş	171	43
	100 adetten az içmiş	20	5
Evet	100 adetten fazla içmiş bırakalı 6 aydan fazla	13	3,3
	100 adetten fazla içmiş bırakalı 6 aydan az	2	0,5
	Halen İçiyor	192	48,2

Katılımcıların çoğunluğunun 18 yaş ve altında (%72,5) sigaraya başladığı ve sigaraya başlama yaş ortalamasının $17,21 \pm 4,48$ olduğu görüldü. Kaç yıldır içtiklerine bakıldığında ise 6 ay ile 45 yıl arasında ortalama $18,71 \pm 11,32$ yıl içtikleri saptandı. Sigara içen katılımcılara günde kaç sigara içtiği sorulduğunda, en çok yarım paket ile bir paket aralığında sigara içenlerin fazla olduğu, kaç paket yıl sigara içtikleri hesaplandığında ise $24,02 \pm 21,14$ paket/yıl tespit edildi. Günlük sigara tüketim miktarları Şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4. 1: Günlük Sigara Tüketim Miktarı

FNBT puanlamasına göre katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyi; 0-2 puan çok hafif bağımlılık, 3-4 puan hafif bağımlılık, 5 puan orta derece bağımlılık, 6-7 puan ileri derecede bağımlılık ve 8-10 puan ise çok ileri derecede bağımlılık olarak değerlendirilmiştir (15). Katılımcıların FNBT'den aldıkları puan dağılımları Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanları

FNBT Puanları (n:207)	Sayı	Yüzde (%)
Çok Hafif Bağımlılık	31	15
Hafif Bağımlılık	32	15,5
Orta Derece Bağımlılık	23	11,1
İleri Derece Bağımlılık	56	27
Çok İleri Derece Bağımlılık	65	31,4

Hastalara sigaraya başlama nedenleri sorulduğunda en çok 'özentî' (%30,4) cevabı alındı. Diğer sigara başlama nedenleri ve sıklıkları Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Sigaraya Başlama Nedenleri

Sigaraya başlama nedenleri (n:207)	Sayı	Yüzde (%)
Sosyal faktörler	16	7,7
Stres, sıkıntı	28	13,5
Özentî, heves	121	58,5
Keyif, zevk	27	13
Diğer	15	7,2

Sosyodemografik verilerden cinsiyet ile sigara içmeyi karşılaştırdığımızda, sigara içiciliği erkek cinsiyette, kadın cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Medeni duruma bakıldığında; bekarların ve boşanmışların, evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek oranda sigara içiyor olduğu saptandı. Çalışmamızda çalışma durumu ve sigara içimi karşılaştırıldığında çalışanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla sigara içtiği görüldü. Sosyal alkol içicilerinin, hiç alkol kullanmayanlara göre anlamlı olarak fazla sigara içtiği

saptandı. Sosyodemografik özelliklerle sigara kullanımı arasındaki ilişki Tablo 4.5 ve Tablo 4.6’da özetlenmiştir.

Tablo 4.5. Sigara İçme Durumunun Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi-1

Sosyodemografik Özellikler		Sigara İçmeyen		Sigara İçen		p
		Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	145	67,4	70	32,6	<0,001
	Erkek	46	25,1	137	74,9	
Medeni Durum	Evli	146	52,3	133	47,7	0,029
	Bekar	41	37,6	68	62,4	
	Boşanmış	4	40	6	60	
Eğitim Durumu	İlköğretim	79	49,4	81	50,6	0,900
	Lise	67	46,9	76	53,1	
	Lisans / Lisansüstü	45	47,4	50	52,6	
Çalışma Durumu	Evet	114	39	178	61	<0,001
	Hayır	77	72,6	29	27,4	
Hastalık Durumu	Evet	58	52,3	53	47,7	0,290
	Hayır	133	46,3	154	53,7	
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	26	40	39	60	0,159
	Hayır	165	49,5	168	50,5	
Alkol Kullanımı	Evet	5	17,2	24	82,8	0,001
	Hayır	186	50,4	183	49,6	

Tablo 4.6. Sigara İçme Durumunun Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi-2

Sosyodemografik Özellikler		Kişi	Ortalama	SD	p*
Yaş	Sigara İçen	207	38,5	11,8	0,488
	Sigara içmeyen	191	37,7	11,1	
Aylık Gelir	Sigara içen	207	2171,5	1489,1	0,036
	Sigara içmeyen	191	2087,6	2467,5	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda, sigara içen ve içmeyen hastaların anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeğinden 7 ve altında, Beck Depresyon Ölçeğinden 9 ve altından puan almış hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir. Anksiyete ve depresyon puanlarının sigara içme durumu ile ilişkisi Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Sigara İçme Durumunun Anksiyete ve Depresyon ile İlişkisi

Anksiyete ve Depresyon Durumu		Kişi	Ortalama	SD	p*
Anksiyete	Sigara içen	207	3,57	2,406	0,085
	Sigara İçmeyen	191	3,15	2,18	
Depresyon	Sigara İçen	207	4,10	3,21	0,743
	Sigara İçmeyen	191	3,93	2,842	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

4.2. BİLİŞSEL FONKSİYONLAR İLE İLGİLİ BULGULAR

Katılımcıların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği toplam puanları 11-30 arası değişmektedir. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeğinden kişilerin aldıkları puan ortalaması $23,42 \pm 3,86$ ’dir. MBDÖ’de görsel mekansal/yönetici işlevler, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlatma ve yönelim alt boyutlarına bakılmış ve alınan puanlar Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları ve Puanları

MBDÖ Alt Boyutları		Puan	Sayı	Yüzde (%)		
Görsel Mekansal/ Yönetici İşlevler	MBDÖ 1.Soru	0	140	35,2		
		1	258	64,8		
	MBDÖ 2.Soru	0	199	50		
		1	199	50		
	MBDÖ 3.Soru	1	20	5		
		2	83	20,9		
Adlandırma	MBDÖ 4.Soru	3	295	74,1		
		0	1	0,3		
		1	8	2		
		2	119	29,9		
Dikkat	MBDÖ 6.Soru	3	270	67,8		
		0	2	0,5		
		1	9	2,3		
		2	23	5,8		
		3	31	7,8		
		4	49	12,3		
Lisan	MBDÖ 7.Soru	5	119	29,9		
		6	165	41,5		
		0	113	28,4		
		1	144	36,2		
Soyut Düşünme	MBDÖ 8.Soru	2	141	35,4		
		0	115	28,9		
Gecikmeli Hatırlama	MBDÖ 9.Soru	1	283	71,1		
		0	30	7,5		
		1	145	36,5		
		2	223	56		
		Yönelim	MBDÖ 10.Soru	0	28	7
				1	39	9,8
2	67			16,8		
3	104			26,1		
4	102			25,6		
5	57			14,3		
Yönelim	MBDÖ 11.Soru	6	1	0,3		
		0	0	0		
		1	1	0,3		
		2	0	0		
		3	1	0,3		
		4	1	0,3		
Yönelim	MBDÖ 11.Soru	5	54	13,5		
		6	341	85,6		

Katılımcıların MBDÖ'dan aldıkları toplam puanlarla sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında, yaş artıkça MBDÖ puanının anlamlı olarak düştüğü saptandı. MBDÖ puanları aylık geliri yüksek olanlarda anlamlı şekilde yüksek bulundu. Katılımcıların eğitim seviyesi artıkça MBDÖ'dan aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği görüldü. Sosyodemografik özellikler ve MBDÖ puanları Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Sosyodemografik Özellikler ve MBDÖ Puanlarının İlişkisi-1

Sosyodemografik Özellikler		MBDÖ \leq 20		MBDÖ \geq 21		p
		Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	51	23,7	164	76,3	0,756
	Erkek	41	22,4	142	77,6	
Medeni Durum	Evli	68	24,4	211	75,6	0,197
	Bekar	20	18,3	89	81,7	
	Boşanmış	4	40	6	60	
Eğitim Durumu	İlkokul	69	43,1	91	56,9	<0,001
	Lise	19	13,3	124	86,7	
	Lisans / Lisansüstü	4	4,2	91	95,8	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	63	21,6	229	78,4	0,226
	Çalışmıyor	29	27,4	77	72,6	
Alkol Kullanımı	Evet	5	17,2	24	82,8	0,436
	Hayır	87	23,6	282	76,4	
Hastalık Durumu	Evet	33	29,7	78	70,3	0,052
	Hayır	59	20,6	228	79,4	

Tablo 4.10. Sosyodemografik Özellikler ve MBDÖ Puanlarının İlişkisi-2

Sosyodemografik Özellikler	MBDÖ Puanı	Kişi	Ortalama	SD	p*
Yaş	≤20	92	42,2	11,19	<0,001
	≥21	306	36,93	11,29	
Aylık Gelir	≤20	92	1441,2	1193,47	<0,001
	≥21	306	2338,7	2163,62	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmamıza katılan kişilerin, MBDÖ puanlarıyla anksiyete ve depresyon durumları karşılaştırılmıştır. Anksiyete puanları arttıkça, MBDÖ puanlarının anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür. Anksiyete ve depresyonun MBDÖ puanları ile ilişkisi Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Anksiyete ve Depresyonun MBDÖ Puanları ile İlişkisi

Anksiyete ve Depresyon Durumu	MBDÖ Puanı	Kişi	Ortalama	SD	p*
Anksiyete	≤20	92	3,93	2,43	0,008
	≥21	306	3,2	2,24	
Depresyon	≤20	92	4,46	3,08	0,116
	≥21	306	3,88	3,02	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

4.3. BİLİŞSEL FONKSİYONLAR VE SİGARA

Sigara içme durumu ve MBDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında; sigara içenlerde, MBDÖ puanlarının anlamlı şekilde düşük olduğu görüldü ($p=0,029$) (Tablo 4.12). Nikotin bağımlılığı arttıkça MBDÖ puanlarının anlamlı şekilde düştüğü, sigara içilen yıl arttıkça MBDÖ puanlarının anlamlı şekilde azaldığı ve sigara içilen paket/yıl sayısı arttıkça MBDÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düştüğü saptandı. Sigara parametreleri ile MBDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. MBDÖ Puanlarının Sigara İçme Durumu ile Karşılaştırılması

Sigara İçme Durumu	MBDÖ Puanı ≤ 20		MBDÖ Puanı ≥ 21		p
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
Sigara İçmeyen	35	18,3	156	81,7	0,029
Sigara İçen	57	27,5	150	72,5	

Tablo 4.13. MBDÖ Puanlarının Sigara Parametreleri ile Karşılaştırılması

Sigara Parametreleri	MBDÖ Puanı	Kişi	Ortalama	Standart Deviasyon	p*
Kaç Yıldır İçiyor	≤ 20	57	22,99	11,75	0,002
	≥ 21	150	17,09	10,76	
Paket/Yıl	≤ 20	57	23,41	26,57	0,001
	≥ 21	150	20,82	17,75	
Nikotin Bağımlılığı	≤ 20	57	6,40	2,19	0,023
	≥ 21	150	5,39	2,80	
Başlama Yaşı	≤ 20	57	17,14	5,71	0,244
	≥ 21	150	17,24	3,93	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların sigara içme durumları ve MBDÖ'nün alt boyutları karşılaştırıldığında; görsel yapılandırma becerileri, yönetici işlevler ve gecikmeli hatırlatmada anlamlı fark bulunurken, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlatma ve yönelimde anlamlı bir fark bulunamamıştır. MBDÖ alt boyutları ve sigara içme durumu Tablo 4.14-20'de gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Görsel Mekansal/Yönetici İşlev Puanları ve Sigara İçme Durumu

Görsel Mekansal/Yönetici İşlev Puanları (MBDÖ 1,2,3. Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	0	0	0	0	0,020
1	3	25	9	75	
2	13	37,1	22	62,9	
3	34	42	47	58	
4	76	51,7	71	48,3	
5	65	52,8	58	47,2	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.15. Adlandırma Puanları ve Sigara İçme Durumu

Adlandırma Puanlar (MBDÖ 4. Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	0	0	1	100	0,103
1	2	25	6	75	
2	68	57,1	51	42,9	
3	121	44,8	149	55,2	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.16. Dikkat Puanları ve Sigara İçme Durumu

Dikkat Puanları (MBDÖ 6. Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	1	50	1	50	0,380
1	3	33,3	6	66,7	
2	16	69,6	7	30,4	
3	15	48,4	16	51,6	
4	28	57,1	21	42,9	
5	49	41,2	70	58,8	
6	79	47,9	86	52,1	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.17. Lisan Puanları ve Sigara İçme Durumu

Lisan (MBDÖ 7. ve 8. Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	17	41,5	24	58,5	0,921
1	58	48,7	61	51,3	
2	64	51,6	60	48,4	
3	52	45,6	62	54,4	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.18. Soyut Düşünme Puanları ve Sigara İçme Durumu

Soyut Düşünme P. (MBDÖ 9.Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	8	26,7	22	73,3	0,144
1	71	49,0	74	51	
2	112	50,2	111	49,8	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.19. Gecikmeli Hatırlatma Puanları ve Sigara İçme Durumu

Gecikmeli Hatırlatma P. (MBDÖ 10.Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	5	17,9	23	82,1	<0,001
1	11	28,2	28	71,8	
2	21	31,3	46	68,7	
3	56	53,8	48	46,2	
4	62	60,8	40	39,2	
5	36	63,2	21	36,8	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.20. Yönelim Puanları ve Sigara İçme Durumu

Yönelim Puanları (MBDÖ 11.Soru)	Sigara				p*
	İçmiyor		İçiyor		
	Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
0	0	0	0	0	0,624
1	1	100	0	0	
2	0	0	0	0	
3	0	0	1	100	
4	1	100	0	0	
5	27	50	27	50	
6	162	47,5	179	52,5	

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

Katılımcıların eğitim durumlarına ve yaşa göre, sigara içme durumları ve MBDÖ puanları karşılaştırılmış, anlamlı fark bulunamamıştır. Eğitim durumlarına göre sigara içiciliğinin ve MBDÖ puanları karşılaştırılması Tablo 4.21’de, yaş gruplarına göre sigara içiciliğinin ve MBDÖ puanları karşılaştırılması ise Tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4.21. Eğitim Durumuna Göre Sigara İçiciliğinin MBDÖ Puanı ile İlişkisi

Eğitim		MBDÖ Puanı ≤20		MBDÖ Puanı ≥21		p*
		Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
İlkokul	Sigara İçmeyen	30	38	49	62	0,194
	Sigara İçen	39	48,1	42	51,9	
Lise	Sigara İçmeyen	5	7,5	62	92,5	0,054
	Sigara İçen	14	18,4	62	81,6	
Lisans/ Lisansüstü	Sigara İçmeyen	0	0	45	100	0,072*
	Sigara İçen	4	8	46	92	

* Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Tablo 4.22. Yaş Göre Sigara İçiciliğinin MBDÖ Puanı ile Karşılaştırılması

Yaş		MBDÖ Puanı ≤20		MBDÖ Puanı ≥21		p
		Kişi	Yüzde (%)	Kişi	Yüzde (%)	
18-30 Yaş	Sigara İçmeyen	6	10	54	90	0,204
	Sigara İçen	11	18	50	82	
31-40 Yaş	Sigara İçmeyen	12	19,4	50	80,6	0,947
	Sigara İçen	10	18,9	43	81,1	
41-65 Yaş	Sigara İçmeyen	17	24,6	52	75,4	0,059
	Sigara İçen	36	38,7	57	61,3	

5. TARTIŞMA

Bilinen önlenebilir en önemli mortalite ve morbitite nedeni olan sigara, dünya genelinde her altı saniyede bir kişinin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Tütün kullanımı nedeniyle 20. yüzyılda 100 milyon kişi hayatını kaybetmiştir (1). Aile hekimleri; ulaşılabilirliği ve bütüncül yaklaşımı nedeniyle sigara kullanıcılarında hastalıkların her evresiyle karşılaşmaları, kendisine kayıtlı bireylerin hastalık ve sağlık sürecini kesintisiz sürdürebilmeleri nedeniyle toplumsal bir sağlık problemi olan sigarayla mücadelede büyük sorumluluklar üstlenirler. Ülkemizde 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırmasında erkekler %43,6 oranında, kadınlar ise %19,7 oranında sigara kullanmaktadır (29). Literatüre bakıldığında birçok çalışmada sigara kullanımı, erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre daha yüksektir (81,84-86). Argüder ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigara içen 400 kişinin %38,75'inin kadın, %61,25'inin erkek olduğu saptanmış, erkeklerin kadınlara göre daha çok sigara içme oranına sahip olduğu görülmüştür (89). Çalışmamızda sigara içen 207 katılımcının 137 (%74,9)'si erkek, 70 (%32,6)'i kadındı. Sigara içimi erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre anlamlı yüksek bulunmuş olup bu sonuç literature ile uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun 18 yaş ve altında (%72,5) sigaraya başladığı ve ortalama sigaraya başlama yaşının $17,21 \pm 4,48$ olduğu görüldü. Altın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigaraya başlama yaş ortalaması $17,16 \pm 4,35$ olup yapılan diğer çalışmalarda sigaraya başlama yaşının 11-20 arasında değiştiği görülmüştür (1,29,78). Çalışmamız Türkiye'de yapılan ve sigaraya başlama yaşına bakılan çalışmalarla uyumludur. Sigaraya başlama yaşının 18 yaşın altında olması, sigaranın çocuk yaş grubuna inebilmesi erişiminin çok kolay olduğunu da göstermektedir.

Çalışmamızda kişilere sigaraya başlama nedenleri sorulduğunda en çok 'özentî' (%30,4) nedeniyle sigara içmeye başladıkları öğrenildi. Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı ve diğer birçok çalışmada da 'özentî' sigaraya başlama nedeni olarak ilk sıradaydı (30,76). Özentinin sigaraya başlamada en önemli neden olmasında sigara şirketlerinin yürüttükleri reklam kampanyaları, medyanın yeterli özeni gösterememesinin rolü olabilir.

Çalışmamıza katılan kişilerin medeni durumlarına baktığımızda bekar ve boşanmışların, evlilere göre sigara içme durumunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Sigara kullanımı ve çalışma durumu karşılaştırıldığında çalışanların, çalışmayanlara göre daha çok sigara içtikleri görüldü. Sigara içicilerinin aylık gelir ortalaması, sigara içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Yanlış yaşam ve çalışma hayatının getirdiği stres nedeniyle bekarlarda, boşanmışlarda ve çalışanlarda sigara kullanımının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan sigara içen katılımcıların yaşları, eğitim durumları ve kronik hastalıklarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Madde kötüye kullanımları sigara içimine eşlik etmektedir. Alkol kullanırken sigara içenlerin alkolü bıraktıktan sonra sigarayı daha kolay bırakabildikleri görülmüştür (74). Çalışmamıza sadece sosyal alkol içicileri dahil edilmiş olup sigara kullanımının, alkol kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Sigara içenlerde depresyon düzeyi içmeyenlere göre daha yüksektir. Çaykara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresyon ve anksiyete düzeyleri ile nikotin bağımlılığının yüksek korelasyon gösterdiğini bulmuştur (99). Çalışmamızda sigara içimi anksiyete ve depresyondan etkilenmiyordu ancak bu durum anksiyete ve depresyon belirtileri olmayan veya minimal düzeyde olan kişileri çalışmamıza dahil etmemizden kaynaklanıyor olabilir.

Kognitif fonksiyon kayıpları mortalite ve morbiditesi yüksek bir başka toplum sağlığı problemidir. 2016 Dünya Alzheimer Raporu'na göre; dünyada 47 milyon demans hastasının olduğu, 2050 yılında 131 milyona yükseleceği düşünülmektedir (42). Aile hekimleri ilk temas noktası olması, genetik yükü bilerek kognitif bozulma olmadan olası risk gruplarına ulaşabilmesi, risk grubundaki bireyleri tarayarak, önlenebilir risk faktörlerini göz önüne alarak, hastalığı oluşmadan önleyebilmesi, düzenli takip ve tedavilerini süreklilikle, koordineli biçimde sürdürebilmesi nedeniyle mortalite ve morbiditeleri azaltmakta sorumluluklar üstlenir.

Kognitif fonksiyon kayıplarında yaş risk faktörüdür (38). Yapılan çalışmalarda ileri yaşın kognitif fonksiyon kayıplarına neden olduğu görülmüştür (31,34,54,55). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak yaşın ilerlemesiyle kognitif fonksiyonlarda bozulma olduğunu tespit ettik. Kognitif fonksiyonlar incelenirken kadın cinsiyet pek çok çalışmada risk faktörü olarak görülmüştür (34,57,60-64). Bazı çalışmalarda cinsiyet sayısal olarak farklı ancak istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (58,59). Bu durum kadın cinsiyetin daha uzun yaşam beklentisi olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda kognitif fonksiyonlar değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sonuç çalışmamıza katılan katılımcıların 18-65 yaş arasında olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yüksek eğitim düzeyi, kognitif kaybın ortaya çıkış eşiğini artırır (65,66). Düşük eğitim düzeyi demans için risk faktörüdür (19). Eğitim durumu düşük kişilerde AH gelişme riski 2 kat fazladır (69). Çalışmamızda eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü olan kişilerde, bilişsel fonksiyonlar daha iyi bulundu. Yapılan birçok çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre kognitif bozukluk az görülmüştür (34,67,68).

Çalışmamızda aylık gelir ve kognitif fonksiyonlar karşılaştırıldığında aylık geliri yüksek olan grupta kognitif fonksiyonların anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ancak kognitif bozukluklar çalışma durumundan etkilenmemiş anlamlı fark görülmemiştir. Dokuzcan'ın yaptığı çalışmada hayatının bir döneminde çalışmış olmak ve aylık gelirin yüksek olması bilişsel fonksiyon kaybını azaltmaktaydı (93).

Sosyal aktiviteler ve iletişimin, demans riskini azalttığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada bekarlarda ve boşanmışlarda bilişsel fonksiyonlarda bozulma evlilere göre daha fazlaydı (93). Çalışmamızda ise medeni durum bilişsel fonksiyonları etkilememekteydi. Ancak çalışmamız sosyal aktivite ve iletişimin daha kolay yapılabildiği 18-65 yaş arasında yapıldığı için bu sonuca ulaşmış olabiliriz.

Ağır alkol kullanımı kognitif bozulma riskini 3 kata kadar artırır (83). Alkol kullanımının azaltılması demans riskini azaltır (87). Karay'ın alkol bağımlıları üzerinde yaptığı çalışmada, alkol kullanmayan katılımcıların kullananlara göre kognitif fonksiyonlarının yüksek olduğu görülmüştür (91). Bizim çalışmamızda, alkol içiciliği ile kognitif fonksiyonlar arasında anlamlı fark bulunamadı ancak bu

sonuç, çalışmamıza sadece sosyal alkol kullanıcılarının dahil edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Depresyon kognitif fonksiyonları bozar. 10 yıl içerisinde depresyon tedavisi almış olmak AH riskini 10 kat artırır (35). Ünal'ın yaptığı çalışmada; dikkat, bellek, yürütücü işlevlerde depresyonun siddetine göre bozulma olmuştur (92). Salık'ın yaptığı çalışmada ve diğer çalışmalarda depresyonun kognitif fonksiyonları bozduğu görülmüştür (34,98). Çalışmamızda anksiyete ve kognitif bozukluklar arasında anlamlı fark bulunmakta, depresyon ve kognitif bozuklukluk arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı. Ancak çalışmamıza BAÖ'den 7 puan ve altı, BDÖ'den 9 puan ve altı alan kişileri dahil ettiğimiz için bu sonuca ulaşmış olabiliriz.

Sigaranın, kognitif fonksiyonların kaybıyla giden demans ve AH için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Sigara kullanımı, oksidatif strese neden olan serbest radikallerin oluşumunu arttırarak, inflamatuvar bağışıklık sistemini aktifleyerek, serebrovasküler hastalığı arttırarak kognitif bozukluğa neden olabilir (19). Çalışmamızda sigara kullanımı kognitif fonksiyonlarda anlamlı düşüklük yapmaktaydı. Sigara içme süresiyle kognitif fonksiyonlar düşmekteydi. Çalışmamıza dahil edilen sigara içen hastalarda, içilen paket yıl artıkça kognitif fonksiyonların anlamlı olarak düştüğü görüldü. Nikotin bağımlılığı arttıkça kognitif fonksiyonlarda bozulma olduğu görüldü. Katılımcıların sigaraya başlama yaşıyla kognitif fonksiyonları değerlendirildiğinde ise anlamlı fark bulunamadı. Sayar, sigara içmeyen ve 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-25 yıl sigara içen hastaların kognitif fonksiyonlarına bakmış; hiç sigara içmeyen katılımcılar sigara içen katılımcılara göre, 1-5 ve 6-10 yıl sigara içenler 11-25 yıl içenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha iyi kognitif fonksiyonları olduğu saptamıştır. Sigara içiminin ve sigara içme yılının kognitif fonksiyonlara etkisi bizim çalışmamızla benzer sonuçlanmıştır (45). Literatürde sigara kullanımının bilişsel fonksiyonlarda bozulma yaptığını kanıtlayan birçok çalışma bulunmaktadır (33,46,49). Kalmijn ve arkadaşlarının, Sabia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda, sigaranın kognitif fonksiyonları düşürdüğü bulunmuş olup bulunan sonuçlar çalışmamızla uyumludur (47,48). Yapılan bazı çalışmalarda, nikotinin kognitif fonksiyonlar üzerindeki akut etkisinin sigara içmeyen ve sigara içen ama yoksunluk çekmeyen bireylerde; selektif dikkat, tanıma hafızası ve işlevsel bellek gibi bazı kognitif fonksiyonlarda artışa neden olduğu

bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da nikotinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda dikkat, çalışma belleği ve yanıt inhibisyonu gibi kognitif fonksiyonları düzelttiği görülmüştür (46,51,52,73). Bir çalışmada kognitif fonksiyonları iyileştirmek için 2 hafta nikotin bandı uygulanmış, olumlu sonuçlar alınmıştır. Ancak bu çalışmada nikotinin akut etkisi göz önünde bulundurulmuştur (90). Çalışmamız günde ortalama 10-20 adet sigara içen ve ortalama 18,71±11,32 yıl sigara içmiş olan hastalarda yapılmış olup, nikotinin uzun dönemde kognitif fonksiyonlar üzerine etkilerine bakılmıştır.

Çalışmamızda ilkokul mezunlarında, lise mezunlarında ve üniversite mezunlarında; sigara içen ve içmeyen katılımcıların MBDÖ puanlarını karşılaştırdık. Her bir eğitim seviyesinde sigara içimiyle kognitif fonksiyonlar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamasa da sayısal fark her üç eğitim seviyesinde de mevcuttu.

Çalışmamızda 18-30 (%30,4) yaş arası, 31-40 (%28,9) yaş arası, 41-65 (%40,7) yaş arası sigara içen ve içmeyen kişilerde, MBDÖ puanlarını karşılaştırdık. Her bir yaş grubunda, sigara içimiyle kognitif fonksiyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Katılımcıların MBDÖ'den aldıkları toplam puanlar 11-30 arasında değişmekte olup, ortalamaları 23,42±3,86'dir. Katılımcıların sigara içme durumları ve MBDÖ'nün alt boyutlarına bakıldığında görsel yapılandırma becerileri, yönetici işlevler ve gecikmeli hatırlatmada anlamlı fark bulunurken; adlandırma, dikkat, soyut düşünme, yönelim ve lisanda anlamlı fark bulunamamıştır.

Güleç ve arkadaşları, kronik sigara kullanımının bilişsel işlevler üzerine etkilerini araştırmış; serbest hatırlatma, sözel öğrenme ve bellekte sigara içenlerin, sigarayı bırakmış ve sigara içmeyenlere göre, sigarayı bırakmışların ise sigara içmeyenlere göre daha başarısız olduklarını görmüştür. Bu bilişsel fonksiyonlar sigara içilen süre ve sigara içme miktarıyla ilişkili olarak azalmaktadır (84). Starr ve arkadaşları bellek ve sözel bilgi işleme becerilerinin sigara içenlerde daha kötü olduğu sonucuna varmıştır (77). Sabia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kısa süreli sözel bellek, sözel akıcılık ve kelime hazinesinin sigara içimiyle bozulduğu görülmüştür (79). Pakyürek'in çalışmasında ileriye dönük bellek performansı incelenmiş, sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında doğru yanıt ortalaması bakımından fark bulunmamıştır. Ancak sigara kullananların, kullanmayanlara göre

yanlış yanıt ortalamasının daha fazla olduğu görülmüştür (50). Çalışmamızda bellek puanları sigara içenlerde, içmeyenlere göre anlamlı düşük bulunmuş olup bu sonuç diğer çalışmalarla uyumludur.

Wagner ve arkadaşları yaptıkları çalışmada görsel-mekansal ve yürütücü işlevlerde sigara içimiyle kayıpların olduğunu görmüştür (75). Yakir ve arkadaşları, Güleç ve arkadaşları dikkat sürdürme ve planlama gibi işlevlerin sigara içmeyenlerde, içenlere göre daha iyi olduğunu saptamışlardır (72,84). Çalışmamızda görsel yapılandırma becerisi ve yürütücü işlevler sigara içen grupta, içmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİ

Uzun süreli sigara kullanımı kognitif fonksiyon kaybına neden olmaktadır. Çalışmamızda sigara içenlerin ortalama $18,71 \pm 11,32$ yıl, günde 10-20 adet sigara içtikleri görüldü. Sigara içen grubun içmeyen gruba göre MBDÖ'de daha kötü performans sergiledikleri görüldü. Sigara içme süresi ve nikotin bağımlılığı arttıkça kognitif fonksiyon kaybının daha da arttığı saptandı. Sigara içen grup sigara içmeyen gruba göre bilişsel fonksiyonlardan görsel yapılandırma becerileri ve yürütücü işlevlerde daha kötü performans sergiledi. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre MBDÖ gecikmeli hatırlatma testi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı. Kognitif fonksiyonlardan; adlandırma, lisan, soyut düşünme, yönelim ve dikkatte sigara içen ve içmeyen grupta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda özellikle sigaranın bilişsel fonksiyonlar üzerindeki etkisi incelenmek istenmiş, bilişsel fonksiyonlarda bozukluk yapabilecek etkenler dışlanmaya çalışılmıştır ancak kognitif fonksiyon kaybı yapabilecek herşey dışlanamamıştır. Çalışmamızda bilişsel fonksiyonlar tek bir testle değerlendirilmiştir. Çalışmamıza 65 yaş üstü kişiler dahil edilmemiştir. Bu yüzden uzun süreli sigara kullanımının 65 yaş üzerinde kognitif fonksiyonları nasıl etkilediği tespit edilememiştir. Sonuçlarımızın daha fazla katılımcı ve daha ayrıntılı incelemelerle doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Altın A. Ö. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerin saptanması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, 2019.
2. World Health Organisation, 2019. Tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. E. T: 27.09.2019.
3. Bayazit Yılmaz S. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 5 yıllık süreçteki sigara bırakma durumlarının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2019.
4. Türk Toraks Derneği, 2016. Tütün kullanımının tarihçesi. http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESi-I_Baris.pdf. (Erişim tarihi: 19.12.2016).
5. Akan H., Hayran O., Özcan M. ve Acar U. Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara İçme Sıklığı: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Aile Hek Dergisi 2010;14(2): 71-76.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı 2010: 24
7. Kıdık E. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların 1-3 yıllık süreçteki sigara bırakma durumları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2017.
8. Çalışkan Ş. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2015;8(2): 23-48.
9. Selekler K., Cangöz B. ve Uluç S. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)'nin Hafif Bilişsel Bozukluk ve Alzheimer Hastalığını Ayırt Edebilme Gücünün İncelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(3): 166-171.

10. Karlıkaya C., Öztuna F., Solak Z.A., Özkan M. ve Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7(1): 51-64.
11. Yılmaz A. Sağlıklı erişkinlerde sigaranın uyku kalitesi üzerine etkisinin araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2019.
12. Bozkurt N. ve Bozkurt A. İ. Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. Pamukkale Tıp Dergisi 2016;9(1): 45-51.
13. Gürel G., Saçmacı H. Şiddetli akne vulgaris hastalarındaki anksiyete ve depresyonun bilişsel fonksiyonlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Turk J Dermatol 2019;13(1): 25-29.
14. Aytemur Z. A. Nikotinin Farmakolojisi.
<http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/merkezi-kurslar-2009-ppt-pdf/NIKOTININ%20FARMAKOLOJISI%202008%20Aytemur.pdf>
E. T: 26.07.2019.
15. Sağlam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2017;4(1): 78-89.
16. Kayaalp S. O. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. Hacettepe Taslak Kitapçılık Ltd. Sıti. 2005.
17. Hendrie H. C., Albert M. S., Butters M. A., Gaod S., Knopman D. S., Launer L. J., Yaffe K, Cuthbert B. N., Edwards E. and Wagster M. V. The NIH Cognitive and Emotional Health Project. Report of The Critical Evaluation Study Committee. Alzheimer's & Dementia 2006;2: 12-32.
18. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği İstanbul 2013.
19. Yazır S. D. Toplumda yaşayan yaşlılarda mini-cog testinin demans taramasındaki etkinliğinin MMSE, Q-MCI ve MoCA testleriyle kıyası: bir saha çalışması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2019.

20. Yeşilay. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı. <https://www.yesilay.org.tr/documents/file/yesilay/kitap/tbm/sigara-bagimliliği.pdf>. E. T: 06.07.2019.
21. Rasmussen L. S. Postoperative cognitive dysfunction: incidence and prevention. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2006;20(2): 315-330.
22. Türkiye Psikiyatri Derneği, 2017. <http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/22102018143357-MoCAInstructionsTurkish.pdf>. E. T: 08.07.2019.
23. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu. Yenilik Basımevi İstanbul 2000.
24. Kılınç S., Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011;86(1): 39-47.
25. Kabacoff R. L., et al. Psychometric Properties and Diagnostic Utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory With Older Adult Psychiatric Outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 1997;11(1): 33-47.
26. Ünal S. Ankara İli Gölbaşı İlçesi 2 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş dilimi şiddet gören ve görmeyen kadınlarda Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif öge yükü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
27. Mendez M. F. and Cummings J. L. *Dementia: A clinical approach*. Butterworth Heinemann, 2003.
28. Yavuz B. Geriatrik değerlendirmede sık kullanılan testler ve özellikleri. *Nobel Tıp Kitabevi: Ankara*. 2006: 149-160.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Risk Faktörleri, 2017. <http://www.euro.who.int/en/publications/request-forms>. E. T: 28.03.2019.
30. Yaşar Z, Kurt Ö. K., Talay F., Kargı A. One-year follow up results of smoking cessation outpatient clinic. Factors affecting the cessation of smoking. *Euroasian J Pulmonol*. 2014;16: 99-104.

31. Gao S., Hendrie H. C., Hall K. S. ve Hui S. The Relationships Between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease. Arch Gen Psychiatry. 1998;55: 809-815.
32. Kara Kaya B. Genç erişkinlerde klinik pilates egzersizlerinin kognitif fonksiyonlar ve hareket hızı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı, İstanbul, 2019.
33. Kivipelto M., Helkala E. L., Laakso M. P. and Hänninen T. et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: Longitudinal, population-based study. BMJ, 2001;322(7300): 1447-1451.
34. Karakılıç S. Alzheimer tipi demans ve parkinson hastalığı demansının klinik ve nöropsikiyatrik profillerinin karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin, 2015.
35. Arnoğul S. Alzheimer tip demansta risk faktörleri. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2003.
36. Mesulam M. Davranışsal Nöroanatomi, Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri Kitabı. Yelkovan Yayıncılık. 2004: 116.
37. Büyükkoyuncu N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Edirne, 2008.
38. Yanardağ M., Şimşek T. T. ve Çamursoy İ. Huzurevinde yaşayan bireylerde yaş ve diğer sosyo-demografik özellikler ile kognitif fonksiyonlar arasındaki ilişkinin araştırılması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;9(4): 449-454.
39. Eroymak S. ve Yiğit V. Alzheimer hastalığının maliyet analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017;4(29): 167-196.
40. Işık B. Anestezinin kognitif fonksiyonlarla ilişkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation 2004;2(2): 94-102.

41. Yavuz B. B. ve Cankurtaran M. Demans İlaçları, Geriatri BD. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkiye Klinikleri J Geriatr Special Topics 2016;2(2): 18-22
42. World Alzheimer Report. Alzheimer's Disease International (ADI), London, 2016, September.
43. Beyin Fonksiyonları. <https://www.cognifit.com/tr/science/brain-function>. E. T: 12.06.2019.
44. Çapar E. Hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında nötrofil lenfosit oranı ve platelet lenfosit oranının kognitif fonksiyonlarla ilişkisinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğt. ve Arş. Hast. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı, Kayseri, 2018.
45. Sayar D. Kronik sigara kullanımının kognitif fonksiyonlar üzerine etkilerinin araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Gaziantep, 2008.
46. Monique E. M. D., Heishman S. J., Loretta S. B. S. ve Edythe D. Smoking history and nikotine effects on cognitive performance. *Neuropsychopharmacology* 2001;25: 313-319.
47. Kalmijn S., Van Boxtel M. P. J., Verschuren M. W. M., Jolles J. ve Launer L. J. Cigarette smoking and alcohol consumption in relation to cognitive performance in middle age. *Am J Epidemiol* 2002;156: 936-944.
48. Sabia S., Elbaz A., Dugravot A., Head J., Shipley M., ve Hagger-Johnson G. Impact of smoking on cognitive decline in early old age: The Whitehall II cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69: 627-635.
49. Cervilla J. A., Prince M., ve Mann A. Smoking, drinking, and incident cognitive impairment: A cohort community based study included in the gospel oac Project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;68: 622-626.
50. Pakyürek G. Sigara kullanımının ve bilişsel yük farklılaşmasının zaman temelli ileriye dönük bellek görevindeki performans üzerindeki etkileri. Yüksek Lisans

Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Deneysel Psikoloji Bilim Dalı, Ankara, 2013.

51. Foulds J., Stapleton J., Swettenham J., Bell N., McSorley K. ve Russel M. A. Cognitive Performance effects of subcutaneous nicotine in smokers and never-smokers. *Psychopharmacology*. 1996;127: 31-38.
52. Rusted J. M. ve Trawley S. Comparable effects of nicotine in smokers and nonsmokers on prospective memory task. *Neuropsychopharmacology* 2006;31: 1545-1549.
53. Cummings J. L. ve Cole G. Alzheimer disease. *JAMA* 2002;287(18): 2335-2338.
54. Gao S., Hendrie H. C., Hall K.S. ve Hui S. The Relationships Between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55: 809-815.
55. Schupf N., Kapell D., Lee J. H., Ottman R. ve Mayeux R. Increased risk of Alzheimer's disease in mothers of adults with Down's syndrome. *Lancet* 1994;344(8919): 353-356.
56. Çebi M. Mental durum için kısa test (STMS) ve MOCA'nın MMSE'ye karşı normal-alzheimer hastalığı-hafif kognitif bozukluk spektrumunda ayırım yeteneğinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinir Bilimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.
57. Letenneur L., Gilleron V., Commenges D., Helmer C., Orgogozo J. M. ve Dartigues J. F. Are sex and educational level independent predictors of dementia and alzheimer's disease? Incidence Data from The Paquid Project, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66(2): 177-183.
58. Bachman D. L., Wolf P. A., Linn R. T., Knoefel J. E., Cobb J. L., Belanger A. J., White L. R. ve D'agostino R. B. Incidence of dementia and probable alzheimer's disease in a general population the framingham study. *Neurology* 1993;43(1): 515.
59. Brayne C., Gill C., Huppert F. A., Barkley C., Gehlhaar E., Girling D. M., O'Connor D. W. ve Paykel E. S. Incidence of clinically diagnosed 75 subtypes of

- dementia in an elderly population: Cambridge project for later life. *The British Journal of Psychiatry* 1995;167(2): 255-262.
60. Launer L. J., Andersen K., Dewey M. E., Letenneur L., Ott A., Amaducci L. A., Brayne C., Copeland J. R. M., Dartigues J. F., Sorensen P. K., Lobo A., Martinez-Lage J. M., Stijnen T. ve Hofman A. Rates and risk factors for dementia and alzheimer's disease: Results from eurodem pooled analyses. *Journal of The American Academy of Neurology* 1999;52(1): 78.
 61. Keskinoglu P., Giray H., Pırcakcıefe M., Bilgic N. ve Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;43(1): 93-100.
 62. Kalaria R. N., Maestre G. E., Arizaga R., Friedland R. P., Galasko D., Hall K., Luchsinger J. A., Ogunniyi A. ve Perry E. K. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: Prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008;7(9): 812-826.
 63. Cankurtaran M., Yavuz B. B., Cankurtaran E., Halil M., Ulger Z. ve Arnoğul S. Risk factors and type of dementia: Vascular or Alzheimer? *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2008;47: 25-34.
 64. Clark R. Genel bakış Alzheimer hastalığı. Benbow CSF Medikal Communicatons Ltd 2005: 1-13.
 65. Huang W., Qiu C., Von Strauss E., Winblad B. ve Fratiglioni L. APOE genotype, family history of dementia and Alzheimer disease risk: A 6-year follow-up study. *Arch Neurol* 2004;61(12): 1930-1934.
 66. Dugu M., Neugroschl J., Sewell M. ve Marin D. Rewiew of dementia. *Mt Sinai J Med.* 2003;70: 45-53.
 67. Di Carlo A., Baldereschi M., Amaducci L., Maggi S., Grigoletto F. ve Scarlato G. Cognitive impairment without dementia in older people: Prevalence vascular risk factors impact on disability. The Italian longitudinal study on aging. *J AmGeriatr Soc.* 2000;48: 775-782.

68. Richards S. S., Hendrie H. C. Diagnosis management and treatment of Alzheimer disease: A guide for the internist. *Arch Intern Med.* 1999;159: 789-798.
69. Gurvit İ. H. Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. *Noroloji Ders Kitabı. Günes Kitabevi* 2002: 367-415.
70. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 1988;6: 118-122.
71. Çalışkan Ş. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2015;8(2): 23-48.
72. Yakir A., Rigbi A., Kanyas K. ve ark. Why do young women smoke? III. attention and impulsivity as neurocognitive predisposing factors. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17: 339-351.
73. McClernon F. J., Kollins S. H. ve Lutz A. M. Effects of smoking abstinence on adult smokers with and without attention deficit hyperactivity disorder: Results of a preliminary study. *Psychopharmacology* 2008;197: 95–105.
74. Zimmermann R. S., Warheit G. J. ve Ulbrich P. M. The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1990;15: 197-207.
75. Wagner M., Schulze-Rauschenbach S., Petrovsky N. ve ark. Neurocognitive impairments in non-deprived smokers results from a population-based multi-center study on smoking-related behavior. *Addict Biol* 2013;18: 752-761.
76. Öztuna F., Çan G., Ayık S., Özlü T. ve Yılmaz İ. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Uzun Dönem Sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2013;33(5):1201–1208.
77. Starr J. M., Deary I. J., Fox H. C. ve ark. Smoking and cognitive change from age 11 to 66 years: A confirmatory investigation. *Addict Behav* 2007;32: 63–68.
78. Tanielu H., McCool J., Umali E. ve Whittaker R. Samoan smokers talk about smoking and quitting: A focus group study. *Nicotine Tob Res.* 2018;20(9): 1132-1137.

79. Sabia S., Marmot M., Dufouil C. ve ark. Smoking history and cognitive function in middle age from the Whitehall II study. *Arch Intern Med* 2008;168: 1165-1173.
80. American Psychiatric Association. Tobacco related disorders. In diagnostic and istatistical manual of mental disorders. DSM-5. American Psychiatric publishing Washington, DC, London, England 2014; 571-577.
81. Fidan F., Pala E., Ünlü M., Sezer M. ve Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005;6(3): 27-34.
82. Karabekiroğlu A., Topçuoğlu V., Gımsal Gönentürk A. ve Karabekiroğlu K. İlk Epizod Major Depresyon ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21(4): 280-288.
83. Gürvit I. H. Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar, 2010.
84. Güleç G., Akarsu Ö., Mutlu Şahin F., Eşsizoglu A., Köşger F., Sezer E. ve Sonkurt H. O. Kronik Sigara Kullanımının Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2018;29(3): 154-161.
85. Solak Z. A., Telli C. G. ve Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Toraks Dergisi* 2003;4: 73-77.
86. Çan G., Öztuna F. ve Özlü T. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniği sonuçlarının değerlendirilmesi. *Tuberk Toraks* 2004;52: 29-74.
87. Anstey K. J., Mack H. A. ve Cherbuin N. Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: Meta-analysis of prospective studies. *Am J Geriatr Psych* 2009;17: 542-555.
88. Civelek M. Hafif kognitif bozukluk ve alzheimer hastalığı ile sağlıklı yaşlılarda görsel olaya ilişkin potansiyellerin hedef ve hedef olmayan uyaranlar açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Bölümü Sinir Bilimi Anabilim Dalı, İzmir, 2014.

89. Argüder E. ve Ark. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. Turk Toraks Derg. 2013;14: 81-87.
90. Yönden Z. Nikotin bandı tedavisinin hafif kognitif bozukluğu (MCI) olan hastalarda bilişsel fonksiyonlara etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Isparta, 2004.
91. Karay A. Alkoliklerde kognitif fonksiyonların incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1987.
92. Ünal T. Erken evre olası alzheimer tipi demans (PRAD) olgularında depresyon varlığının kognitif performans üzerindeki etkileri. Tıpta Uzmanlık Tezi, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul, 2006.
93. Dokuzcan D. A. Bir yaşlı hizmet merkezine kayıtlı yaşlılarda depresyon demans ve kognitif bozukluk durumları ve etkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara, 2014.
94. Kayalı N. Alzheimer tipi demans, hafif bilişsel bozukluk ve sağlıklı yaşlanmada aritmetik becerinin incelenmesi ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemeye yansıyan özellikleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöroloji Bilim Dalı, Ankara, 2014.
95. Altın M. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. Tıpta Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2006.
96. Batum K. Hafif kognitif bozukluğunun Alzheimer hastalığı ve vasküler demans temelinde araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2013.
97. Özkay Ü. D., Öztürk Y. ve Can Ö. D. Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2011;18(1): 35-42.
98. Salık S. Tanı almış ilaç almamış depresyon hastalarında kognitif işlevler. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin, 2017.

99. Çaykara B., Tuna R., Sağlam Z. A. ve Pençe H. H. Sigara Bağımlılarında Depresyon, Umutsuzluk Ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 2019;15(1).
- 100.Bakar M. Geriatri Pratiğinde Demans Sendromu. Hafif kognitif bozukluk. Som Kitap 2009: 73-89.



8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sema Ülgen ÖZ
Doğum yeri ve tarihi: İstanbul / 27.04.1989
Medeni durumu: Bekar
E-posta: soz70478@gmail.com
Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2016-2019 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi,
Ankara
2008-2014 Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta
2003-2007 Bözüyük Anadolu Öğretmen Lisesi, Bilecik
1998-2003 Lalahan İlköğretim Okulu, Ankara
1995-1998 Bayrak İlköğretim Okulu, Ankara

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2016-2019 Aile Hekimliği Asistani
2014-2015 Pratisyen Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

2016-2019 Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
2014-2015 Çayeli Ishakoğlu Devlet Hastanesi

VII- Bilimsel Etkinlikleri

17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2018
Sigara Bıraktırma Kursu, Adana, 2018
Aile Planlaması Kursu, Ankara, 2018

9. EKLER

EK-1: TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/01/2019-E.1297



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01
Konu : Dr. Sema Ülgen ÖZ'ün Tez Konusu
Onayı

ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hastanenizde Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Sema Ülgen ÖZ'ün tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ali İhsan TAŞÇI
Dekan V.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Adı Soyadı:	SEMA ÖLEN ÖZ
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal):	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr Seçil ARICA

e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	29.11.2018
Karar No:	122 (10)
Tez Konusu:	<input checked="" type="checkbox"/> Uygunudur. <input type="checkbox"/> Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur <input type="checkbox"/> Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. <input type="checkbox"/> Uygun değildir.

Ek:

1-Tez konusu onay formu

2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Selma ÜLGEN ÖZ
Kurumu	SBÜ Antakya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (StudyTitle)	ZA: Uygunudur.
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	ZA: Uygunudur.
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	ZA: Uygunudur.
3-Araştırma amacı (Objectives)	ZA: Uygunudur.
4-Hipotez (Hypothesis)	ZA: Uygunudur.
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	ZA: Uygunudur.
6- Araştırma yeri (StudySetting/ Location)	ZA: Uygunudur.
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (StudyPopulation)	ZA: Uygunudur.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (PrimaryandSecondaryOutcome)	ZA: Uygunudur.
9- Araştırma Süreçleri (Studyprocedures)	ZA: Uygunudur.
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size andstatisticalpower)	ZA: Örneklem büyüklüğü belirleme kriteri varsa bahsedilmelidir.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	ZA: Uygunudur.
12-Etik Öngörü (EthicalConsiderations)	ZA: Uygunudur.
13- Anahtar kelimeler (Keywords)	ZA: Uygunudur.
Hakemin kararı	(X) Tez konusu uygundur. (.....) Tez konusu açıldanarı eleıldıklar giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıldanarı eleıldıklar giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI- KURUMU: TARİH:	Uzm. Dr. Zeynep AŞIK SBÜ Antakya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Başarıstası

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Sema Ülgen
Kurumu	Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (StudyTitle)	
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	Uygun
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	Uygun
3-Araştırma amacı (Objectives)	Uygun
4-Hipotez (Hypothesis)	Uygun
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	Kesitmel analitik bir çalışmaya olarak planlanmış; olmalıdır birlikte zaman aralığı tanımlanmamıştır. Bu nedenle seçilen örneklem büyüklüğü yorumlanamamıştır.
6- Araştırma yeri (StudySetting/ Location)	Uygun
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (StudyPopulation)	Uygun
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (PrimaryandSecondaryOutcome)	Uygun
9- Araştırma Süreçleri (Studyprocedures)	Uygun
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size andstatisticalpower)	Örneklem büyüklüğünün ne şekilde hesaplandığı bilinmediğinden istatistiksel güç analizi de bilinmemektedir.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	Uygun
12- Etik Öngörü (EthicalConsiderations)	Uygun
13- Anahtar kelimeler (Keywords)	Uygun
Hakemin kararı	(.....) Tez konusu uygundur. (.....N.....) Tez konusu açıklanan ekler kaldırılarak giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan ekler kaldırıldıktan sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerini gönderilmelidir. 23.11.2018
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Doç. Dr. Zuhâl Aydan Sağlam İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

EK-2: TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU ONAY FORMU



T.C.S.B.
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
Karar Defteri

Toplantı No: 0069

06.02.2019

BAŞKAN
Uzm.Dr.İsmail Bulut
Başhekim V.

TUEK ASIL ÜYELERİ

TUEK YEDEK ÜYELERİ

Prof.Dr.Murat Kekilli Gastroenteroloji Kliniği (Eğitim Koordinatörü)	
Doç.Dr.Nadir Turgut Çavuşoğlu Genel Cerrahi Kliniği	Doç.Dr.Fatih Ergün Radyoloji Kliniği
Prof.Dr.K.Bahadır Alemdaroğlu Onkoloji ve Transplantoloji Kliniği	Doç.Dr.Ayşe İsmail Karakoc Mikrobiyoloji Kliniği
Prof.Dr.Uğur Koçer Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği	Doç.Dr.Necmi Arslan KBB Hastalıkları Kliniği
Prof.Dr.Hülya Başar Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	Doç.Dr.İsmail Doyun Çakar Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
Prof.Dr.Meliha Korkmaz Nükleer Tıp Kliniği	

KARAR:

719.Sigara bağımlılarında bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Dr.Sema Ülgen Öz, Dr.Duygu Yengil Tacı, Dr.İsmail Arslan, Prof.Dr.Mustafa Çelik) çalışması, Prospektif-TEZ Çalışmasının protokol, usul, yaklaşım ve yöntem yönünden "TEKNİK" ve "ETİK" değerlendirmesinde "UYGUN" "OLDUĞUNA" / "OLMADIĞINA" "OYÇOKLUĞU" "OYBİRLİĞİ" ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenen uygulama, tetkik ve girişimlerin araştırma grubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanemiz arşiv bilgi ve belgelerinin kullanılmasına "İZİN" "VERİLMİŞTİR" / "VERİLMEMİŞTİR". "ETİK KURUL ONAYI" "GEREKİRLİ" / "GEREKİRLİDİR" / "GEREKİRLİDİR".

Doç.Dr.N.Turgut Çavuşoğlu

Prof.Dr.K.Bahadır Alemdaroğlu

Prof.Dr.Uğur Koçer

Prof.Dr.Hülya Başar

Prof.Dr.Meliha Korkmaz

Prof.Dr.Murat Kekilli
Eğitim Koordinatörü

Uzm.Dr.İsmail Bulut
Başhekim V.

EK-3: MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İSİM : _____
Eğitim : _____
Cinsiyet : _____ Doğum tar. : _____
Tarih : _____

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)		PUAN																		
		<p>Çevresi [] Rakamlar [] Kollar []</p>			___/5																	
ADLANDIRMA																						
				___/3																		
				___/3																		
BELLEK																						
<p>Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın, 5 dakika sonra tekrar sorun</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BURUN</th> <th>KADİFE</th> <th>CAMI</th> <th>PAPATYA</th> <th>MÖR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.deneme</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.deneme</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MÖR	1.deneme						2.deneme						Puan yok
	BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MÖR																	
1.deneme																						
2.deneme																						
DİKKAT																						
<p>Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı</p>		<p>Hasta sayılar[er] sonda başa doğru saymalı</p>		___/2																		
<p>Karf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okuduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.</p>		<p>[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB</p>		___/1																		
<p>100 den başlayarak yediler çıkarma</p>		<p>[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65</p>		___/3																		
LİSAN																						
<p>Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur.</p>		<p>Küçükler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.</p>		___/2																		
<p>Akıcı / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydırın.</p>		<p>[] _____ N ≥ 11 kelime</p>		___/1																		
SOYUT DÜŞÜNME																						
<p>Benzerlik, Örn. muz-portakal = meyve, [] tren • bisiklet [] saat • otuz</p>				___/2																		
GEÇİKMELİ HATIRLAMA																						
<p>Kelimeleri PUCU OLmadan hatırlama</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BURUN</th> <th>KADİFE</th> <th>CAMI</th> <th>PAPATYA</th> <th>MÖR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </tbody> </table>			BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MÖR		[]	[]	[]	[]	[]	Sadece PUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verilir						
	BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MÖR																	
	[]	[]	[]	[]	[]																	
<p>SEÇİMLİ</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BURUN</th> <th>KADİFE</th> <th>CAMI</th> <th>PAPATYA</th> <th>MÖR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kategori ipucu</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Çoklu seçmeli ipucu</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MÖR	Kategori ipucu						Çoklu seçmeli ipucu						
	BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MÖR																	
Kategori ipucu																						
Çoklu seçmeli ipucu																						
YÖNELİM																						
<p>[] Gün [] Ay [] Yıl [] Gün adı [] Yer [] Şehir</p>				___/6																		
© Z.Nasreddine MD. Versiyon: November 7, 2004		Normaliz: 26 / 30		TOPLAM ___/30																		

EK-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-5: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği				
Hastanın Soyadı, Adı:.....		Tarih:.....		
<p>Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.</p>				
	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Güçlü düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				
Toplam BECK-A skoru:.....				
<small>designed by Emrah SONGUR M.D.</small>				

EK-6: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIĞI TESTİ

SİGARA BAĞIMLILARINDA BİLİŞSEL FOKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran sigara kullanan ve kullanmayan hastalarda bilişsel fonksiyonları değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Cevaplar bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz etkilemeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dr. Sema Ülgen Öz Uzm. Dr. Duygu Yengil Taci

Anket Katılımcısı Onay Formu

Araştırmacılar tarafından "Sigara Bağımlılarında Bilişsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi" konulu anket çalışması hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılımcı olarak davet edildim.

Çalışmaya katılırsam bana ait bilgilerin gerek araştırma sırasında, gerekse sonuçların bilimsel amaçla kullanılması sırasında gizliliğin korunacağına ve özenle yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim. Katılmam konusunda zorlanmadım. Yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunuyorum. Kendi irademle adı geçen çalışmada katılımcı olmayı kabul ediyorum.

Ad - Soyad:

İmza:

Tarih:/...../.....

Telefon:

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Cinsiyetiniz nedir? 1-Kadın 2-Erkek

3) Medeni durumunuz nedir? 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış

**4) Eğitim Durumunuz nedir? 1- Okur yazar değil 2- İlkokul
3- Lise 4-Lisans/Lisansüstü**

5) Mesleğiniz nedir?.....

6) Aylık gelirin ne kadar?.....

7) Sigara içiyor musunuz?

1) Hayır (Hayatım boyunca hiç sigara içmedim, halen içmiyorum)

2) Hayır (Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100 taneyi geçmez, halen içmiyorum)

3) Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100'den fazladır, (..) bırakalı 6 aydan çok (..) 6 aydan az oldu ve halen içmiyorum

4) Evet (Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100 adetten fazladır ve halen içiyorum)

(NOT: Cevap “Hayır” ise 17. Soruya geçiniz)

8) İlk sigara içmeye başladığımızda kaç yaşınızdaydınız?.....

9) Düzenli olarak kaç yıldır sigara içiyorsunuz?.....

10) Günde kaç sigara içiyorsunuz?

1) En çok 10 tane 2) 11-20 tane 3) 21-30 tane 4) En az 31 tane

11) Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı içiyorsunuz?

1) 5 dakika içinde 2) 6–30 dakika 3) 31–60 dakika 4) 60 dakika sonra

12) Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde (Örnek: okul, sinema, kütüphane, hastane gibi) sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

13) Gün boyu içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle hangi sigaradan vazgeçmek sizin için en zordur?

1) Sabah ilk içtiğim sigara 2) Diğerleri

14) Uyandıktan sonraki ilk saatlerde, günün öteki saatlerine göre daha mı sık sigara içiyorsunuz?

1) Evet 2) Hayır

15) Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz?

1) Evet 2) Hayır

16) Sigara içmeye başlama sebebiniz nedir?

1- Sosyal faktörler 2- Stres, sıkıntı 3- Özenti, heves 4- Keyif, zevk

5- Diğer (Lütfen açıklayınız):

17) Tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?

18) Tanısı konulmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı? / Geçmişte tedavi gördünüz mü?.....

19) Her gün kullandığınız bir ilacınız var mı? Varsa isimleri:

.....

20) Vitamin B12 tedavisi alıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

21) Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

Cevap “Evet” ise cinsi/sıklığı/miktarı:

.....

22) Sigara dışında herhangi bir madde bağımlılığınız var mı? (Uyuşturucu vb.)

1)Evet 2) Hayır

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.