

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN SİGARA İÇME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. MÜSLİME GÜMÜŞ ERSOY

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN SİGARA İÇME DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. MÜSLİME GÜMÜŞ ERSOY

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL 2019

ÖNSÖZ

Aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak üzere karar verirken çok zorlanmama rağmen bu aileye ait bir birey olarak hissetmemi, geniş görüş ve tecrübeleri ile bu alanda bilgi ve beceri edinmemi sağlayan, başta tezimin her aşamasında sınırsız destek veren tez danışmanım Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye ve çok değerli hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya'ya, Prof. Dr. Mehmet Akman'a, Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalan'a,

Uzmanlık eğitiminde geçirdiğim süre boyunca birlikte görev yaptığım poliklinik, evde sağlık ve eğitim aile sağlığı merkezlerinde bulunan asistan ve uzmanlar ile diğer tüm ekip çalışanlarımıza,

Hastanemizin rotasyon eğitimi amacıyla gittiğim diğer bölümlerinin değerli tüm hocalarına, asistan ve uzmanlarına,

Araştırma sürecinde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, birlikte çok kıymetli anlar paylaştığımız değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. Ebru Atıcı'ya ve Uzm. Dr. Fatma Durmuş'a,

Sevgilerini ve emeklerini üzerimden esirgemeyen, eğitim hayatım boyunca bana yol gösteren ve destek veren çok değerli anneme, babama ve diğer tüm kardeşlerime,

Tanıdığım günden itibaren sevgisini ve desteğini her daim hissettiğim, araştırmanın başladığı ilk günden itibaren motivasyon desteğiyle yılmadan devam etmemi sağlayan eşim Adnan Ersoy'a ve varlığıyla yaşamıma enerji ve mutluluk katan biricik oğlum Mustafa Taha'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Müslime GÜMÜŞ ERSOY

ARALIK 2019

ÖZET

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Motivasyonel Görüşmenin Sigara İçme Davranışı Üzerine Etkisi

Giriş: Ruhsal bozukluğu olan bireyler de yüksek oranda sigara kullanımı nedeniyle artmış mortalite ve morbidite riski ile karşı karşıyadır. Bu bireylere sunulabilecek çeşitli psikolojik ve farmakolojik tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Ancak sigarayı bırakma motivasyonlarının oluşturulması ve bırakmaya hazır hale gelmeleri için motivasyonel görüşmeler en önemli basamaktır. Sağlık çalışanları tarafından bu kişilere sigara bırakma tedavileri düşük oranda önerilmektedir ve ülkemizde bu kişilerle yapılmış olan sigara bırakma üzerinde motivasyonel müdahale konusunda bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Amaç: Bu araştırmanın amacı bu bireylerde motivasyonel görüşmenin sigara bırakma üzerindeki etkisini ve bireylerin transteoretik modele göre sigarayı bırakmaya hazır olma durumlarındaki değişimi incelemektir.

Yöntem: Araştırma randomize olmayan tek kollu bir müdahale araştırmasıdır. 15 Nisan – 15 Haziran 2019 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH) Psikiyatri Servis ve Poliklinikleri'ne başvuran, günde 1 ve daha fazla sigara içen, transteoretik modele göre düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamasında olan hastalar ile yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri, sigara kullanım hikâyeleri ve sigara bırakmaya hazır olma durumlarını sorgulayan bir anket yüz yüze uygulanmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), bireyin sigarayı bırakma önemini, sigarayı bırakma konusunda motivasyonunu ve öz yeterliliğini ölçen vizüel skalalar kullanılmıştır. Servis ve polikliniklere sigara bırakmaya yönelik afişler yerleştirilmiş, ilk görüşmede hastalara eğitim materyali olarak broşür verilmiştir. Yüz

yüze yaklaşık 20 dakika süren motivasyonel görüşme, 1 hafta ve 1 ay sonra telefon görüşmesi, 2 ay sonunda da son değerlendirme yapılmıştır. İlaç tedavisi başlanmamış, hazır olma aşamasındaki hastalar MÜPEAH Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne yönlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 67 hasta arasından takiplerde kayıp olması ve hariç tutulma nedenleri ile 47 hastanın verileri analiz edilmiştir. Müdahale sonrası değerlendirilen hastaların %12,8'i sigarayı bırakmış, %42,5'i pozitif yönde davranış değişimi göstermiştir. Katılımcıların %34'ü 2 ay boyunca en az 24 saat süren bırakma girişiminde bulunmuş, %21,3'ü sigara bırakma programına başvurmuştur. Sigara bırakmanın önemi, sigarayı bırakma konusunda bireyin isteği ve öz yeterliliği anlamlı olarak artmıştır ($p=0,031$, $p=0,004$, $p<0,001$). Katılımcıların günlük sigara sayıları, FNBT ve ASÖ puanlarında azalma anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bağımlılık düzeyinin düşüklüğü ve sağlık durum algısının yüksek olması sigara bırakma durumu ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Ruhsal bozukluğu olan kişilerde sigarayı bırakmaya yardımcı olmak için motivasyonel görüşmelerin davranış değişiminde etkili olabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle sigara bırakma tedavilerine eklenmesi önerilir. Kontrollü araştırmalar ile müdahale sonrası etkinliğin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Motivasyonel görüşme, ruhsal bozukluklar, sigara bırakma, transteoretik model, değişim evreleri, davranış değişimi, öz yeterlilik, sigara bırakma isteği, aile hekimliği

ABSTRACT

The Effect of Motivational Interview on Smoking Behavior in Individuals with Mental Disorders

Introduction: Individuals with mental disorders also face an increased risk of mortality and morbidity due to high smoking rates. There are various psychological and pharmacological treatment options available to these people. However, motivational interviews are the most important step in creating motivation and readiness for smoking cessation. Smoking cessation treatments are rarely recommended to these people by health professionals and there has been no research about motivational intervention on smoking cessation with these people in our country.

Aim: The aim of this study is to investigate the effect of motivational interviewing on smoking cessation and the change in individual's readiness to quit smoking according to the transtheoretical model.

Methods: This is a non-randomized single-arm intervention study. This study was conducted between April 15-June 15, 2019 with patients who consulted to Marmara University Pendik Training and Research Hospital (MUPTRH) Psychiatry Service and Polyclinics, who smoked one or more cigarettes a day, who were in process of precontemplation, contemplation and preparation according to the transtheoretical model. A questionnaire which asks sociodemographic characteristics, smoking history and readiness to quit smoking was applied to the participants face to face. Fagerström Nicotine Dependence Test (FNBT), Perceived Stress Scale (PSS) and visual scales measuring individual's smoking cessation importance, motivation and self-efficacy in quitting smoking were used. Posters for smoking cessation were placed in inpatient and outpatient units and at the first interview; brochures were

given to the patients as educational material. Following the first session motivational interview lasting approximately 20 minutes and face to face, a telephone interview were done 1 week and 1 month later and final evaluation was applied 2 months later. Drug treatment was not started and the patients who were in preparation stage were referred to MUPTRH Family Medicine Smoking Cessation Policlinic.

Results: Data of 47 patients were analyzed due to loss of follow up and exclusion reasons among 67 patients who participated in the study. Of the patients %12,8 quit smoking after the intervention, %42,5 showed positive behavioral changes. Of the participants %34 attempted to quit for at least 24 hours for two months and %21,3 applied to the smoking cessation program. Importance of smoking cessation, individual's motivation and self efficacy in smoking cessation increased significantly ($p=0,031$, $p=0,004$, $p<0,001$). Decrease in FNBT and PSS scores was significant ($p<0,001$). Low level of addiction and high health perception were associated with smoking cessation.

Conclusion: Motivational interviews have been shown to be effective in behavior change to help quit smoking in people with mental disorders. Therefore, it is recommended to add to smoking cessation treatments. There is a need to evaluate post-intervention efficacy with controlled studies.

Key Words: Motivational interview, mental disorders, smoking cessation, transtheoretical model, stages of change, behavior change, self-efficacy, smoking cessation motivation, family medicine

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i
ÖZET ii
ABSTRACT iv
İÇİNDEKİLER vi
SİMGELER VE KISALTMALAR viii
TABLO LİSTESİ ix
ŞEKİL LİSTESİ xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Tütün Kullanımı, Epidemiyolojisi ve Ülkemizdeki Durum 3
2.2. Tütün Kontrolü 4
2.3. Psikiyatrik Hastalarda Sigara Kullanımı 5
2.4. Tütün Kullanımının Zararları 7
2.5. Nikotinin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Değerlendirilmesi 7
2.6. Sigara Bırakma Tedavi Yöntemleri 8
2.6.1. İlaç dışı tedaviler 9
2.6.1.1. Davranışçı yaklaşım 9
Transteoretik Model 10
2.6.1.2. Motivasyonel görüşme 14
2.6.2. Farmakolojik tedaviler 15
2.7. Psikiyatrik Hastalarda Tedavi Yaklaşımı 16
2.8. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakmadaki Yeri 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 19
3.1. Araştırmanın Tipi Yeri ve Zamanı 19
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19
3.2.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri 19
3.2.2. Araştırmadan hariç tutulma ve çıkarılma kriterleri 19
3.3. Araştırmanın Primer ve Sekonder Sonuçları 20
3.4. Veri Toplama Araçları 20

3.5. Müdahale İçeriği 23
3.6. Verilerin Analizi 24
3.7. Araştırmanın İzinleri 24
4. BULGULAR 25
4.1. Müdahale Öncesi Bulgular 25
4.1.1. Katılımcıların genel özellikleri 25
4.1.2. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri 26
4.1.3. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler 28
4.1.4. Katılımcıların transteoretik modele göre özelliklerinin değerlendirilmesi 29
4.1.5. Sigara bırakmada karşılaşılan engeller ve pekiştirici faktörler 30
4.2. Müdahale Sonrası Bulgular 32
4.2.1. Sigara bırakma durumu ve davranışında olan değişim 32
4.2.2. Katılımcıların sigarayı bırakmanın önemi, istek ve öz yeterlilik seviyelerinde olan değişim 35
4.2.3. Sigara kullanım özelliklerinin değişimi 36
4.2.4. Sigara bırakma durumunun ilişkili olduğu faktörler 37
4.3. Çalışmadan ayrılan katılımcıların değerlendirilmesi 38
5. TARTIŞMA 41
5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları 50
5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları 50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 51
7. KAYNAKLAR 52
8. EKLER 58
Ek - 1. Etik kurul onay formu 59
Ek - 2. Araştırıcı tarafından uygulanan anket formu 60
Ek - 3. Gönüllü bilgilendirme formu 70
Ek - 4. Gönüllü onam formu 71
Ek - 5. Katılımcıları bilgilendirme amacıyla hazırlanan afişler 72
Ek - 6. Katılımcılara görüşme sırasında verilen broşürler 75

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
CO	Karbon monoksit
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim Araştırma Hastanesi
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
FTT	Fagerström Tolerans Testi
GA	Güven Aralığı
ICD	International Classification of Diseases
KYTA	Küresel Yetişkin Türkiye Araştırması
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MG	Motivasyonel Görüşme
MÜPEAH	Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
MUPTRH	Marmara University Pendik Training and Research Hospital
NRT	Nikotin Replasman Tedavi
PSS	Perceived Stress Scale
RR	Rölatif Risk
SPSS.23	Statistical Package for Social Sciences
SVH	Serebrovasküler Hastalıklar
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Değişim evreleri

Tablo 2. Bırakma konusunda istekli hastaya yardım etmek için uygulanacak kısa stratejiler - "5Ö" yaklaşımı

Tablo 3. Sigarayı bırakma motivasyonunun arttırılması için "TeRKET" yaklaşımı

Tablo 4. Sigara bırakmada birincil basamak farmakolojik tedavi seçenekleri

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri

Tablo 7. Katılımcılarda en sık görülen kronik hastalıklar

Tablo 8. Katılımcıların ruhsal bozukluk tanıları açısından değerlendirilmesi

Tablo 9. Transteoretik modele göre katılımcıların değişim evreleri

Tablo 10. Katılımcıların transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumları.

Tablo 11. Sigara içmeyi pekiştirici faktörler

Tablo 12. Değişim evrelerinin müdahale sonrası durumu

Tablo 13. Değişim evrelerinin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması

Tablo 14. Düşünmeme ve düşünme evrelerinin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması

Tablo 15. Düşünmeme ve diğer evrelerin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması

Tablo 16. Katılımcıların sigara bırakmaya hazır olma durumlarının müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

Tablo 17. Katılımcıların sigara bırakmaya hazır olma durumunun (puanının) ortalama değerinin müdahale öncesi ve sonrası değişimi.

Tablo 18. Günlük sigara sayısı ile FNBT ve ASÖ puanlarındaki değişim.

Tablo 19. FNBT ve ASÖ puanlarının sigara bırakma durumu ile ilişkisi

Tablo 20. Sigara bırakma durumu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Tablo 21. Sigara bırakmanın önemi, bırakma isteği ve öz yeterlilik seviyelerinin bırakma durumu ile ilişkisi.

Tablo 22. Çalışmadan ayrılan ve çalışmaya devam eden katılımcıların sigara kullanım özellikleri, FNBT ve ASÖ puanları açısından karşılaştırılması.

Tablo 23. Sigara bırakmanın önemi, bırakma isteği ve öz yeterlilik seviyelerinin çalışmaya devam durumu ile ilişkisi.

Tablo 24. Düşünmeme ve düşünme evrelerinin çalışmaya devam durumuna göre değerlendirilmesi.

Tablo 25. Düşünmeme ve diğer evrelerin çalışmaya devam durumuna göre değerlendirilmesi.

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Değişim döngüsü

Şekil 2. CO ölçüm cihazı

Şekil 3. Katılımcıların özellikleri

Şekil 4. Katılımcıların FNBT' ye göre bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi

Şekil 5. Geçmiş bırakma girişiminde karşılaşılan zorluklar

Şekil 6. Sigara bırakmada karşılaşılan engeller

Şekil 7. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası değişim evrelerine göre dağılımları

Şekil 8. Sigara bırakmanın önemi, istek ve öz yeterlilik değerlerinin ortalamalarındaki değişim

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı dünya çapında mortalite ve morbiditenin önlenebilir ve önemli bir nedenidir[1]. Dünya Sağlık Örgütü, tütün kullanımının dünya genelinde her yıl yaklaşık 6 milyon insanın ölümünden sorumlu olduğunu tahmin etmektedir. Türkiye'de 15 yaş ve üzeri yetişkinler arasında tütün ürünü kullanım sıklığı erkeklerde %40,2 iken kadınlarda %12,4'tür[2].

Psikiyatrik hastalarda sigara kullanım sıklığı normal popülâsyonun 2 katından daha fazladır. Yapılan çalışmalarda nikotin bağımlılığı ile psikiyatrik hastalıklar arasında birbirlerini etkileyen iki yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bunun bir yolu, psikotrop ilaçların metabolizmasını etkileyerek ilaç yanıtlarında bireysel değişiklikler oluşturmasıdır. Diğer yandan psikiyatrik hastalar için ödüllendirici bir yanı olmasıdır. Ayrıca nikotinin psikiyatrik hastalarda ruh hali ve biliş üzerinde faydalı bir etkisi olduğu da varsayılmaktadır. Bu da bu popülasyon arasında nikotin bağımlılığının yüksek oranda olmasını açıklamaktadır. Nikotin bağımlılığının sık görülmesine rağmen bu hastaların psikiyatrik hastalığı olmayan sigara içicilere kıyasla tedavi alma olasılıkları daha düşüktür[3].

Ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilerin genel toplum ortalamasına göre 20-30 yıl daha erken öldüğü saptanmıştır. Bu azalmış yaşam beklentisi büyük ölçüde sigara içme davranışı ile doğrudan ilişkili olan koroner kalp hastalığı ve kanser riskinin artmasından kaynaklanmaktadır[4].

Araştırmalar psikotik bozukluklar ve duygu durum bozuklukları gibi ciddi psikiyatrik bozukluğu olanlarda sigara kullanım sıklığının çok daha fazla olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada sigara içme oranları şizofreni hastalarında % 57,5, bipolar bozukluk hastalarında % 55,1, kontrol grubunda % 47,3 olarak bildirilmiştir[5]. Bu verilere rağmen psikiyatri uzmanları tarafından hastalarına nadiren etkili sigara bırakma desteği sunulmaktadır[6]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada psikiyatristlerin hastaların %18,3'üne sigara kullanıp kullanmadığını sorduğu saptanmıştır[7].

Sigara kullanan ve ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilere sunulabilecek çeşitli psikolojik ve farmakolojik tedavi seçenekleri vardır. Hastaların sigarayı bırakma motivasyonlarının oluşturulması ve bırakmaya hazır hale gelmeleri bu konuda en kritik basamaktır ve bu nedenle motivasyonel görüşmeler çok önemlidir[8]. Yapılan çalışmalarda ciddi psikiyatrik hastalığı olan yetişkinlerin sigarayı bırakma ile ilgili oldukları görülmüştür. Motivasyonel görüşmeler bu hastalarda sigara bırakma tedavisine ilk müdahalede kullanılabilir[9].

Motivasyonel görüşme, hastaların kendi ikilemlerini keşfetmelerine ve çözmelerine yardımcı olarak değişime hazırlıklılığı kolaylaştırıcı, kişi merkezli, yönlendirici bir yaklaşımdır. Birçok bağımlılık davranışında etkili bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır. Tütün kullanımıyla ilgili kesin kanıt bulunmamasına rağmen, son zamanlarda yapılan meta-analizler, motivasyonel müdahalenin sigarayı bırakmada etkili olabileceğini göstermektedir[3].

Aile hekimliği, bireye kapsamlı ve bütüncül yaklaşmayı hedefleyen aynı zamanda da toplum yönelimli olan bir disiplindir[10]. Sigara kullanımı hem akut ve kronik hastalıklar için risk faktörü olması hem de toplum sağlığı sorunu olması nedeniyle koruyucu hekimlik kapsamında değerlendirilmelidir. Tütün kullanımı aynı zamanda bağımlılık boyutuyla ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle kişinin biyopsikososyal olarak tam bir bütünlük içinde değerlendirilmesini gerektirir. Bunlar göz önünde bulundurularak sigara bırakma desteğinin verilmesi hem akut ve kronik sorunları önlemede hem de kişinin sağlık ve iyilik durumunun geliştirilmesinde atılacak önemli bir adımdır.

Psikiyatrik hastalara sigara bırakma desteğinin düşük oranda verilmesi ve bu konuda az sayıda çalışma olması nedeniyle bu hastalar üzerinde bir çalışma yapmayı amaçladık. Bu araştırmanın amacı bu hastalarda motivasyonel görüşmenin sigara bırakma üzerindeki etkisini ve hastaların transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumlarındaki değişimi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Kullanımı, Epidemiyolojisi ve Ülkemizdeki Durum

Tütün yaprağının hammadde olarak kullanılması ile yapılan ve içme, buruna çekme, emme ya da çiğneme şeklinde kullanılan ürünlere 'tütün ürünü, tütün mamulü' adı verilir. Türkiye'de kullanılan en sık tütün ürünü sigaradır[11].

Tütün ürünü kullanımı açısından başlıca üç grup söz konusudur:

a. Sigara içmemiş (non-smoker): Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan kişiler
b. Sigarayı bırakmış (ex-smoker): Eskiden sigara içmiş olan, ancak bir süreden beri (en az 6 ay) içmeyen kişiler
c. Sigara içen (current smoker): Halen düzenli veya düzenli olmayan şekilde sigara içen kişiler

Yaşamının herhangi bir döneminde 100 tanenin üzerinde sigara içmiş olan kişiler 'sigara içicisi' (ever smoker) olarak adlandırılır. Bu ürünleri her gün düzenli olarak içen (daily smoker) kişiler olabildiği gibi, aralıklı olarak kullanan (occasional smoker) kişiler de vardır. Tütün ürünü kullanım sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda hangi tanımın dikkate alındığı önem taşımaktadır[8].

Dünya'da 15 yaş ve üzeri 1,1 milyardan fazla insan tütün kullanmaktadır[12]. Tütün salgını dünyanın karşı karşıya olduğu en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir. Tütün kaynaklı hastalıklar nedeni ile her yıl yaklaşık 5,4 milyon insan ölmekte ve bu rakamın 2030 yılına kadar yılda 8 milyonun üstüne çıkması beklenmektedir[1]. Tütün sigara içmeyenler için de ölümcül olabilmektedir. Tütün dumanından pasif etkilenim kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve diğer hastalıkların gelişimine katkıda bulunmakta ve yılda 1,2 milyon ek ölüme neden olmaktadır[13].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tütün kullanımı sıklığındaki eğilimleri gösteren küresel raporunda 2010 yılında Türkiye nüfusunun yaklaşık %30'unun sigara içtiğini tahmin etmektedir. Tütün kontrolü çabaları aynı hızda devam ederse, DSÖ, 2025'te

nüfusun yaklaşık %19'unun sigara içeceğini öngörmektedir[2]. Türkiye'de 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre 15 yaş ve üzeri yetişkinler arasında tütün ürünü kullanım sıklığı %27,1'dir. Erkeklerde (%41,5) tütün ürünü kullanımı kadınlara (%13,1) göre daha fazladır[11].

Araştırmalar, çok az kişinin tütün kullanımının oluşturacağı sağlık risklerini anladığını göstermektedir. Sigara içenler arasında tütünün tehlikelerinin farkında olanlar en çok bırakmak isteyenler olmaktadır. Danışmanlık ve ilaç tedavisi bir tütün kullanıcısının başarılı bırakma şansını ikiye katlayabilmektedir[13]. Türkiye'de sigara içenlerin yaklaşık yarısı (%46,0) geçen 12 ay içinde bırakma girişiminde bulunmuştur. Sigara içenlerin yarısından çoğu (%55,1) 30 gün içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir veya bırakma planı yapmıştır; %12,9'u da bırakmayı ciddi olarak düşünmektedir. Sigara içenlerin %22,5'i gelecek 12 ay içinde, %19,7'si ise gelecek 12 aydan sonra herhangi zamanda sigarayı bırakmayı düşünmektedir[11].

2.2. Tütün Kontrolü

Dünyada tütün kontrolü düşüncesi 1950'li yıllarda tütün kullanımının sağlıkla ilgili zararlarının kanıtları ortaya konulduktan sonra başlamıştır. DSÖ ilk kez 1970 yılında tütünün sağlık için zararlı olduğuna işaret etmiş, 2003 yılında dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni (TKÇS) üye ülkelerin oy birliği ile kabul etmiştir[14]. Tütün salgınının durumunu ve bu salgını durdurmak için uygulanacak müdahalelerin etkisini izlemek konusunda DSÖ, 2008'de Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketini hazırlamıştır. Bu pakette tütün kontrolü politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır: vergileri ve fiyatı artırmak, reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak, toplumları pasif sigara etkileniminden korumak, herkesi sigaranın zararları konusunda uyarmak, sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek ve salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek[15].

Türkiye'de tütün kontrolü çalışmaları ilk olarak 1996 yılında kabul edilen Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile yürürlüğe girmiştir. Tütün kontrolü çalışmaları açısından ülkemiz için dönüm noktası olan bu yasanın

getirdiği düzenlemeler sonucunda, sigara kullanımının artış hızı 1997'de %7,7'den 1998'de %2,8'e düşmüştür. DSÖ TKÇS Türkiye'de 30 Kasım 2004 tarihinde, 2008-2012 yıllarını kapsayan Ulusal Tütün Kontrol Programı ise 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 2009 Temmuz ayından itibaren Türkiye %100 dumansız iş yerleri ve kamuya açık yerlere sahip ülke olmuştur[16].

Aile hekimlerinin küresel tütün kontrolü yasalarına destek olmasının yanı sıra hastaların bırakma girişimlerinde de öncü bir rol oynamaları gerekmektedir.

2.3. Psikiyatrik Hastalarda Sigara Kullanımı

Ruhsal bozukluğu olan bireylerde sigara kullanımının yaygınlığı son 20 yıldır değişmeden devam etmektedir ve şu anda genel toplumdan yaklaşık iki ile üç kat daha fazladır[17]. Bir çalışmada bu sıklık genel toplumda %25, şizofreni dışındaki psikiyatrik bozukluklarda yaklaşık %50 iken psikotik bozukluğu olan bireylerde %70 ile %88 arasında değişen yüksek oranlarda gözlenmiştir[18]. Sonuç olarak bu bireylerde tütün ilişkili önlenebilir yüksek morbidite ve mortalite düzeyleri ile 25 yıla kadar azalmış yaşam beklentisi devam etmektedir[17].

Türkiye'de yapılan bir çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların nikotin bağımlılığı değerlendirilmiş, bu oran depresyon bozukluklarında %34,3, anksiyete bozukluklarında %29, somatoform bozukluklarda %25 iken şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda %76 sıklıkla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır[19].

Psikiyatri hastalarında günlük içilen sigara miktarı da fazla olmakta, şizofreni hastaları günlük 20-30 sigaradan fazla içmektedir. Bu nedenle sigaranın şizofreni hastalarında yüksek ölüm oranlarına etkisi şaşırtıcı değildir[20]. Bu hastalar sigara kullanımına daha erken yaşta başlamakta ve daha yüksek nikotin bağımlılığı göstermektedirler[21]. Nikotinin bilişsel işlevlerde düzelme, pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti ile antipsikotik ilaçların yan etkilerinde azalmaya yol açması nedeni ile şizofreni hastalarının daha fazla sigara içme eğilimi gösterdikleri yönündeki görüşler kabul edilmektedir[22].

Genel olarak psikiyatri hastaları psikiyatrik semptomlara, psikiyatri ilaçlarının istenmeyen yan etkilerine, genetik yatkınlığa ve nikotine artan fiziksel bağımlılığa yanıt olarak daha fazla sigara içmektedirler. Diğer kanıtlar sosyal ve çevresel faktörlerin de katkıda rol oynadığını göstermektedir[6].

Nikotine kronik maruziyet ile beyindeki limbik sistemde yer alan nikotinik asetilkolin reseptörlerinin desensitizasyonu sonucu depresyon gelişme riski artmakta, nikotinin hipokampüsteki serotonin yolakları üzerindeki etkisi nedeniyle de uzun süre sigara kullananlarda sigaranın kesilmesi depresyonu tetikleyebilmektedir. Depresyon, bazı çalışmalarda sigara bırakma tedavisinde başarıyı olumsuz etkileyen bir risk etkeni olarak gösterilse de bir meta-analiz çalışması bunun aksini göstermiştir[23]. Depresyon hastalarının sigara bırakmada zorlanıyor olmaları nedeniyle bu hastaları tedavi etmekten uzaklaşılmamalıdır. Prochasca ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada depresyonu olan sigara içenlerin %79'unun sigarayı bırakmaya niyetlendikleri, %24'ünün bir sonraki ay bırakma girişiminde bulunmaya hazır oldukları saptanmıştır[24].

Bazı yayınlarda sağlık çalışanlarının psikiyatrik bozukluğu olan hastalara sigarayı bırakma tedavilerini daha az önerdikleri bildirilmektedir[25]. Daha yüksek nikotin bağımlılığı seviyelerine rağmen, psikiyatrik bozukluğu olan sigara içenler psikiyatrik bozukluğu olmayanlarla benzer oranlarda sigarayı bırakmak ve bunun için girişimde bulunmak istemektedirler[17]. Kanıtlar, bu kişilerin sigarayı bırakabileceğini ve sigarayı bırakmaya yardımcı olmak için davranışsal ve farmakolojik müdahalelerin genel popülasyon için olduğu kadar ciddi ruhsal bozukluğu olan kişiler için de etkili olabileceğini göstermektedir[21]. Amerika'da yapılmış olan toplum temelli bir çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin sigara bırakma girişimlerinin sağlıklı kişilerle aynı oranda olduğu ancak bırakma başarılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Mevcut araştırmalar sigara bırakma yaklaşımlarının bu popülâsyonun ihtiyaçlarını göz önünde bulundurduğunu ve psikiyatrik semptomların şiddetli olmadığı durumlarda uygulanmasının sigara bırakma konusunda başarılı olabileceğini göstermektedir[26].

2.4. Tütün Kullanımının Zararları

Tütün tüketicisine zarar veren bir yasal üründür ve kullanıcılarının yarısını öldürmektedir. Tütün dünyada en önde gelen 8 ölüm nedeni içinde 6 tanesi için risk faktörüdür. Bunlar sırasıyla iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar (SVH), alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseridir[15]. Tütün kullanımının bu hastalıklar için modifiye edilebilir bir risk faktörü olması ayrıca önem taşımaktadır.

Sigara kullanımının ilişkili bulunduğu kanserler arasında; ağız boşluğu, larenks, farenks, özefagus, mide, kolorektal, akciğer, pankreas, böbrek, mesane, akut lösemiler, kadınlarda meme, serviks, endometriyum, over; erkeklerde ise prostat yer almaktadır. Sigara kullanımı infertiliteye neden olabildiği gibi gebelik komplikasyonları ve konjenital malformasyonlar, fetal ölüm, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölüm sendromu ile de ilişkilidir. Diş hastalıkları, katarakt, maküler dejenerasyon, peptik ülser, kırıklar, osteoporoz ve diyabet sigara kullanımının ilişkili bulunduğu pek çok hastalık ve olumsuz durumdan bazılarıdır[27].

Sigara kullanımının zararları yalnızca sigara içenlerdeki hastalık ve ölümlerle sınırlı kalmamakta, sigara dumanından pasif etkilenen kişiler de ciddi ve sıklıkla öldürücü sağlık sorunları riski ile karşı karşıya kalmaktadır[15].

2.5. Nikotinin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Değerlendirilmesi

Nikotin renksiz, uçucu bir alkaloiddir. Ufak moleküllü, lipofilik ve zayıf bazdır. Alkali ortamda non-iyonize formda bulunur ve kolay emilir. Yanak mukozası ve alveollerden 10-20 saniye içinde merkezi sinir sistemine ulaşarak nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır. Başta dopamin olmak üzere birçok nörotransmitterin salınımına yol açar. Orta beyinde ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronlar ve nükleus akkumbensten salınan dopamin nikotinin ödüllendirici sisteminin temelini oluşturmaktadır[28]. Mezolimbik dopaminerjik nöronlardan salınan dopamin madde arama ve bağımlılık gelişiminde önemli bir yer tutar[8]. Nikotin norepinefrin düzeylerinde yaptığı değişiklik ile seçici dikkat ve konsantrasyon üzerinde etkili olmakta, asetilkolin salınımını artırarak bellek ve

işlevsel performansı etkilemekte, santral dopamin kullanımını artırma yoluyla da haz almayı arttırmaktadır[29]. Ayrıca öğrenme ve hafizada artış sağlayan glutamat ile duygu durumu düzelten ve iştahta azalma sağlayan serotonin salınımını artırmaktadır[28].

Nikotinin dikkat gibi bilişsel işlevleri arttırması dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni ve depresyon gibi bilişsel yetileri etkileyen bozukluklarda sigara kullanımının yaygın olmasını açıklamaktadır[23].

Nikotin bağımlılığı nikotinin farmakolojik etkilerinin yanı sıra öğrenilmiş ve şartlanılmış davranışlar, kişilik yapısı ve sosyal etkilerle de ilişkilidir[29].

Nikotin bağımlılığı DSÖ'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases, ICD-10) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanı ve İstatistik El Kitapçığı (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual, DSM-5) sınıflandırmalarında hastalık olarak tanımlanmıştır. DSM-5'e göre madde kullanım bozuklukları içerisinde tanımlanan 10 maddeden (alkol, kafein, kannabinoidler, halusinojenler, inhalenler, opioidler, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, stimülanlar, tütün vs.) biri tütündür. Tütün kullanım bozukluğunda bağımlılıktan sorumlu maddenin nikotin olduğu bilinmektedir[30].

Nikotin bağımlılığını ve şiddetini değerlendirmek amacı ile klinik uygulamalarda en yaygın olarak 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmaktadır[31].

2.6. Sigara Bırakma Tedavi Yöntemleri

Tütün kullanımı ve bağımlılığının tedavisinde ilk adım tütün kullanıcılarının belirlenmesidir. Sigara içenlerin en az % 70'i her yıl bir hekim tarafından görülmektedir. Bu nedenle neredeyse tüm hekimler tütün kullanan hastalara müdahale edebilecek konumdadır. Sigara içicilerinin %70'i sigarayı bırakmak istemekte ve nüks eden sigara içenlerin üçte ikisi tekrar bırakmayı denemek istemektedirler. Sigara içenler hekimin bırakma tavsiyesinden önemli bir motivasyon

kaynağı olarak bahsetmektedir. Ayrıca tütün kullanım durumunun etkin bir şekilde belirlenmesi, sadece başarılı müdahaleler için kapıyı açmakla kalmaz, aynı zamanda hekimleri hastanın tütün kullanma durumuna ve bırakma isteğine dayanarak uygun müdahaleleri belirlemeye yönlendirir[32].

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tütün kullanımından kaçınma, hem birincil hem ikincil korunmada etkin ve maliyet-yararlılık anlamında başlıca ilaç dışı yöntem olarak bilinmektedir[25].

Tütün bırakma tedavileri bireysel ve grup ortamlarında danışmanlık (motivasyonel görüşme ve problem çözme becerileri eğitimi gibi), farmakoterapi ve telefon bırakma hattı danışmanlığı gibi çeşitli bileşenler içermektedir[33]. Sigara bırakmada davranışçı tedaviler öncüldür ve etkinliği kanıtlanmıştır[34]. Meta-analizler davranışçı yaklaşımlar ve farmakolojik tedavilerin birlikte kullanıldığında en iyi sonucu verdiğini açıkça göstermektedir[32].

2.6.1. İlaç dışı tedaviler

İlaç dışı sigara bırakma müdahaleleri bireye ve topluma yönelik olarak planlanabilir. Bireysel ilaç dışı sigarayı bırakmaya yönelik müdahaleler eğitim amaçlı, motivasyonel ve davranışsal olarak sınıflandırılmaktadır[25].

2.6.1.1. Davranışçı yaklaşım

Tütün bağımlılığının patogenezinde rol oynayan nörobiyolojik, psikolojik ve davranışsal boyut eşit öneme sahiptir. Bu üç boyutun sigara bırakma tedavilerinde eşit oranda dikkate alınması ve gerekli girişimlerin yapılması önemlidir. Aksi durumda kalıcı olarak sigaranın bırakılması zorlaşmaktadır[8].

Sigara kullanımının psikolojik ve davranışsal boyutunu algılamak ve bunlara yönelik bilişsel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarısını artırmaktadır[35]. Davranışçı ve bilişsel tedavilerden beklenen yarar; kişinin tütün bırakmayı

düşünmesini sağlamak, tütünü bırakmayı isteyenlere de bu süreçte karşılaşacakları sorunlarla baş etme yolları konusunda beceri kazandırmaktır[8].

Davranış değişikliği için "Transteoretik Model", "5Ö", "TeRKET" gibi yaklaşımlar kullanılarak sigara bırakma danışmanlığının standardize edilmesi önerilmektedir[25]. Yaklaşımın etkinliği sigara içen olgunun doğru tanımlanmasına ve doğru stratejilerin uygulanmasına bağlıdır[8].

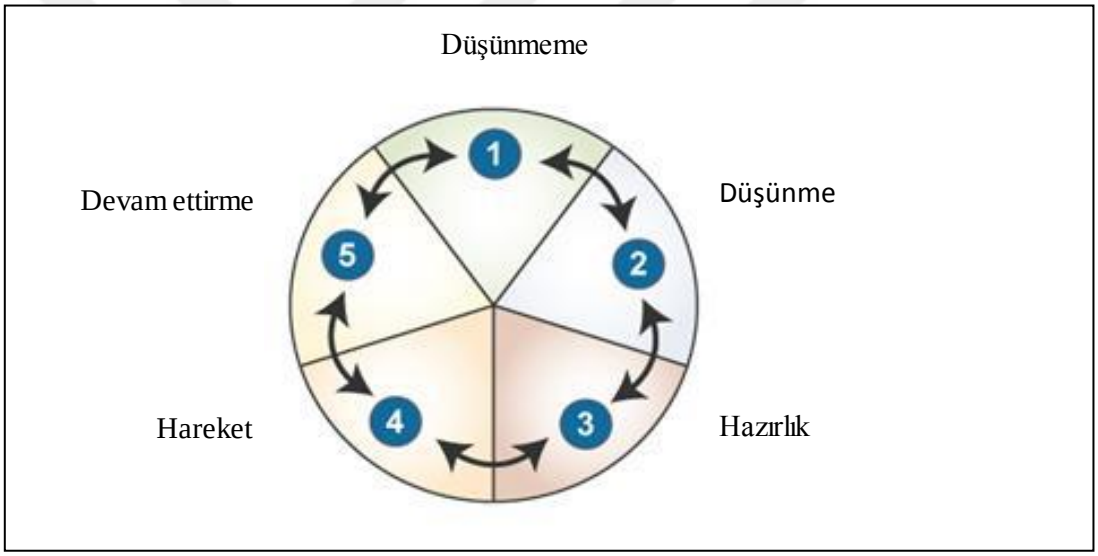
Transteoretik Model

Transteoretik model 1983 yılında Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilen, değişime hazırlığı, bireyin içinden geçtiği aşamalar olarak tanımlayan bir modeldir[36]. İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan bu model, madde bağımlılığı, stresle baş etme, aşırı yeme ve ağırlık kontrolü gibi farklı sağlık davranışlarına yönelik kullanılmıştır[37]. Bu model her davranışsal değişimin bir süreç olduğu ve bireylerin çeşitli motivasyon seviyelerine ve değişime hazır olma durumuna sahip olduğu fikrine dayanmaktadır[36]. Bireyler bu modele göre davranışsal yönden 5 farklı değişim süreci içerisinde geçiş yapmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Değişim evreleri.

Düşünmeme (Precontemplation)	Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir
Düşünme (Contemplation)	Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir.
Hazırlık (Preparation)	Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir.
Hareket (Action)	Birey sigarayı bırakmış, henüz 6 ayı doldurmamıştır
Devam ettirme (Maintenance)	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir.

Düşünmeme aşamasındaki bireyler en az 6 ay içerisinde sigara ile ilgili davranış değişikliği düşüncesinde değildir. Sigaranın yararlarını düşünme eğilimindedir, hastalık risklerini göz ardı eder ya da bu alışkanlığının sonuçları hakkında yeterli bilgisi yoktur. Düşünme aşamasındaki bireyler ise gelecek 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünmektedir ve bu değişimin yararlarının bilincindedir. Sigara ile ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri neredeyse eşittir, sigaranın riskleri ile ilgili düşünceleri yararlarına ağır basabilir. Fakat hemen bırakmayı istemez, bırakma çabası için kararsızdır. Hazırlık aşamasındaki bireyler gelecek 1 ay için bırakmayı planlamıştır. Hareket aşaması nükslerin en sık yaşandığı evredir. Nüksler %50 oranında ilk 2-3 hafta içerisinde olmakta sonraki 2-3 ay içerisinde bu oran azalmaktadır. Bu nedenle başlangıç desteği çok önemlidir[8].



Şekil 1. Değişim döngüsü.

Bu evreler arası geçiş doğrusal değil de dairesel döngü oluşturacak özelliktedir (Şekil 1). Hareket ve devam ettirme evresine ulaşmış olanlar için daha geri aşamalara dönme sık rastlanan bir durumdur. Bırakmayı düşünenlerden ortalama %5'i nüks olmaksızın devam ettirme aşamasına ulaşmaktadır. Yeniden başlayanların %15'i bırakmaktan vazgeçerken, %85'i düşünme ve bırakmaya hazırlık aşamalarına dönüş yapmaktadır. Bireyler için döngü ve değişim süreci sürekli devam etmektedir. Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden farklı olmakta ve bireyin bulunduğu evreye göre yaklaşım da farklı olacağından bireyin öncelikle çok iyi tanımlanması gerekmektedir[37].

Sigarayı bırakmada pratikte olgular üçe ayrılmakta ve tedavi yaklaşımı da gruplara göre belirlenmektedir. Buna göre:

- Bırakma denemesi için istekli bireyler
- Bırakma denemesi için istekli olmayan bireyler
- Yeni bırakmış olan bireyler

Bırakma denemesi konusunda istekli kişilere "5Ö" yaklaşımı, bırakma konusunda isteksiz olan kişilere de "TeRKET" yaklaşımının uygulanması önerilmektedir. Sigarayı yeni bırakmış bir hasta ile karşılaşıldığında ise hasta kararından ve başarısından dolayı tebrik edilmeli ve içmemeyi sürdürme için motive edilmelidir[32]. "5Ö" yaklaşımında uygulanacak stratejiler Tablo 2'de, "TeRKET" yaklaşımı ise Tablo 3'de gösterilmiştir.

Hekime herhangi bir sebeple başvuran hastalar ile 3 dakika gibi kısa bir görüşme bırakma oranlarını anlamlı bir şekilde arttırmaktadır[32]. Sadece kısa hekim tavsiyesi ile bir yıllık spontan bırakma oranının %3 ile %5 dolaylarından %5 ile %7,5' e yükseldiği gösterilmiştir[38]. Bu nedenle karşılaştığımız her hastanın sigara kullanımının sorgulanması ve sigara bırakma için motive edilmesi ilk aşama olarak büyük önem taşımaktadır[8].

Tablo 2. Bırakma konusunda istekli hastaya yardım etmek için uygulanacak kısa stratejiler - "5Ö" yaklaşımı[32].

Basamak	Uygulanacak stratejiler
Öğren	Her hastaya her başvurusunda tütün kullanım durumu sorulmalı Ayrıntılı sigara kullanım hikâyesi sorgulanıp kayıt altına alınmalı
Öner **Her sigara kullanıcısına net, güçlü ve kişiye özel bırakma önerisinde bulunulmalı**	**Net:** "Sigarayı bırakmanızın sizin için önemli olduğunu düşünüyorum ve size yardımcı olabilirim." **Güçlü:** "Şu an ve gelecekte sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmaktır." **Kişiye özel:** Hastanın şuandaki semptomları ve sağlık durumu, sigaranın sosyal ve ekonomik yükü, ailesini ve çocuklarını sigara dumanına maruz bırakarak verdiği zarar ve bırakınca sağlığında oluşacak dramatik iyileşmeden söz edilmeli
Ölç **Bırakma denemesi için istek sorgulanmalı**	Bırakma isteği olan hastalara destek sağlanmalı, bırakma isteği yoksa "TeRKET" stratejileri uygulanmalı Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli ve eğer olanak varsa karbon monoksit (CO) ölçümü yapılmalı
Önderlik et **Bırakma planı**	Görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde bırakma günü belirlenmeli Bırakma kararı aile, arkadaş ve iş arkadaşları ile paylaşılmalı ve destek alınmalı Nikotin yoksunluk semptomlarının ilk birkaç hafta içerisinde yoğun yaşanabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda hasta bilgilendirilmeli Ev, işyeri ve araba gibi kişinin en çok zaman geçirdiği çevreden sigarayı hatırlatacak eşyaların uzaklaştırılması önerilmeli
İlaç desteği	Bırakma konusunda etkili ilaçların olduğu ve bu ilaçların bırakma başarısını arttırdığı, nikotin yoksunluk semptomlarını azalttığı belirtilmeli
Pratik danışmanlık sağlanmalı (problem çözme/beceri eğitimi)	Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi esastır, tek nefes dahi alınmamalı Geçmiş bırakma döneminde yaşanılan zorluklar gözden geçirilmeli, geçmiş başarılar vurgulanmalı Girişimde tetikleyiciler ve zorluklar öngörülmeli ve hastanın bunları başarıyla nasıl aşacağı tartışılmalı Alkol nükse neden olabileceği için bırakma döneminde mümkün olduğunca alkolden uzak durulmalı ya da sınırlandırılmalı Ev içerisinde başka bir sigara içicisinin olması sigarayı bırakmayı zorlaştıracağından ev halkı birlikte sigara bırakma konusunda cesaretlendirilmeli ya da ev içerisinde sigara içilmesi önlenmeli
Örgütle **Hastalar yüz yüze veya telefon görüşmeleri ile izlenmeli**	İlk görüşme bırakma tarihinden sonraki ilk hafta, ikinci görüşme ilk bir ay içerisinde olmalı, sonraki görüşmeler kişiye özel ayarlanmalı Tüm hastalar için karşılaşılan zorluklar gözden geçirilmeli, çözüm yolları aranmalı ve ilaç kullanımı değerlendirilmeli, eğer tütün kullanımı meydana gelmişse koşullar gözden geçirilmeli Bırakmış olan hastalar başarısından dolayı tebrik edilmeli

Tablo 3. Sigarayı bırakma motivasyonunun arttırılması için "TeRKET" yaklaşımı[32].

Tüm etkiler	Bırakmanın kişinin hastalık durumu veya riski, aile veya sosyal durumu, yaşı, cinsiyeti ve diğer önemli hasta özellikleri ile ilişkisi belirtilerek hastalar cesaretlendirilmeli
Riskler	Hastadan tütün kullanımının kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerin belirtilmesi istenmeli ve hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmeli Olası hastalık risklerinden örnekler verilerek hastalar bilinçlendirilmeli
Kazançlar	Hastaya sigarayı bıraktığında oluşacak potansiyel yararlar anlatılmalı, hasta ile en ilişkili görünenler vurgulanmalı
Engeller	Hastadan sigarayı bırakmanın önündeki olası engellerin belirtilmesi istenmeli ve bu engelleri aşabilecek tedavi desteği sağlanmalı
Tekrar	İsteksiz hastaların her klinik başvurusunda motivasyonel görüşmeler tekrarlanmalı, önceki bırakma girişimlerinde başarısız olan hastalara çoğu kişinin başarılı olmadan önce tekrarlayan bırakma girişimleri yaptığı söylenmeli

2.6.1.2. Motivasyonel görüşme

Motivasyonel görüşme (MG) William R. Miller tarafından 1983 yılında geliştirilmiş bir yöntemdir[39]. MG değişimi hedefleyen, motivasyonu ortaya çıkarmak ve geliştirmek için işbirliğine dayalı, kişi merkezli bir danışmanlık biçimi olarak tanımlanmaktadır[40]. MG; empatik yaklaşım, çelişkileri ortaya çıkarmak, dirençle mücadele etmek ve öz yeterliliği desteklemek olmak üzere 4 temel ilkeyi içermektedir. MG türleri 20 dakikalık kısa müdahalelerden uzun bir değerlendirme, kişiselleştirilmiş geribildirim ve takip görüşmeleri de dahil olmak üzere çok oturumlu bir tedavi şekli olan motivasyon geliştirme terapisine kadar değişmektedir. MG ayrıca telefon görüşmeleri ve gruplar halinde de sağlanabilmektedir[41].

MG'nin temel amacı, kişilerin davranış değişikliği konusundaki belirsizliklerini keşfetmelerine ve çözmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini kolaylaştırmaktır. Agresif ve yüzleştirmeci bir yaklaşımdan olumsuz yanıtlara neden olabileceği için kaçınmayı öngörmektedir[41]. MG tekniğinin özellikleri:

- Konuyu ortaya çıkarmak için izin isteyerek yaklaşılmalıdır.
- Kişinin kararsızlığı keşfetmesine ve değişim nedenlerini ifade etmesine yardımcı olunmalıdır.
- Açık uçlu sorular kullanılmalıdır.

- Danışman, kişi tarafından ifade edilen değişime yol açabilecek sözcükleri ve düşünceleri kullanarak görüşmeyi yönlendirmelidir.
- Olumlu konuşmalar ve davranışlar tespit edilip onaylanmalıdır.
- Yansıtmalı bir yaklaşım kullanılmalıdır.
- Kişi ile konuşulanlar özetlenmelidir. Özetleme kişiye önemli tartışma noktalarını, eylem planını ve harekete geçme nedenlerini hatırlatır[39].

MG öncelikle hastalıkların davranışsal yönetimi için kullanılmıştır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu, kilo kaybı, astım ve diyabet tedavisinin yanı sıra sigara bırakma tedavisinde de kullanılmaktadır[41]. Motivasyonel müdahalelerin bırakma isteğini arttırmada etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Ancak sigarayı bırakma konusunda motive olmuş kişiler arasında bırakma sağlanmasında başarılı olduğu net değildir[32].

Sigara bırakma yaklaşımı olarak MG'yi kısa görüşme veya standart bakım ile karşılaştıran 28 çalışmanın (n>16000) değerlendirildiği bir meta-analizde MG'nin bırakma konusunda anlamlı bir artış sağladığı ortaya konulmuştur [Rölatif Risk (RR) 1,26; %95 Güven Aralığı(GA) 1.16-1.36]. Alt grup analizlerinde MG'nin genel pratisyen/aile hekimi (RR 3.49; %95 GA 1.53-7.94) veya eğitimli bir danışman (RR 1.25; %95 GA 1.15-1.63) tarafından 20 dakika ve üzeri seanslar ile uygulandığında daha etkili olduğu bildirilmiştir[41].

2.6.2. Farmakolojik tedaviler

Sigara bırakılmasında farmakolojik tedavilerin amacı meydana gelen nikotin yoksunluk belirtileri ile mücadele etmektir. Birincil ve ikincil seçenek olmak üzere iki ilaç grubu bulunmaktadır. Birincil basamak ilaçların tütün bağımlılığının tedavisinde etkili olduğu ve daha yüksek güvenlik seviyesine sahip olduğu bilinmektedir. Nikotin replasman tedavileri (NRT), bupropiyon ve vareniklin olmak üzere 3 grup birincil seçenek ilaç bulunmaktadır. Bu ilaçların klinik kullanım seçenekleri Tablo 4'te belirtilmiştir[39].

Tablo 4. Sigara bırakmada birincil basamak farmakolojik tedavi seçenekleri.

	Nikotin sakızı	Nikotin bandı	Bupropiyon	Vareniklin
Doz	İlk 6 hafta 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet	16 ya da 24 saat boyunca günde 1 bant 2-4 haftalık aralıklarla doz azaltılır	1-3. gün 150mg/gün 4.gün ve sonrası 150 mg tablet, günde 2 kez İlk 2 hafta içerisinde bırakma günü belirlenmeli	1-3.gün 0,5 mg 4-7.gün 0,5 mg günde 2 kez 8.gün ve sonrası 1 mg günde 2 kez İlk hafta içinde bırakma günü belirlenmeli
Doz ayarlaması	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	≥10 sigara/gün ise 21mg/gün <10 sigara/gün ise 14mg/gün	-	-
Günlük maksimum doz	24 adet	1 bant	300 mg	2mg
Süre	12 hafta	12 hafta	6 ay	6 ay
Yan etkiler	Orogastrik irritasyon, bulantı, hıçkırık, çene ağrısı	Deride irritasyon, uyku bozukluğu, baş ağrısı	Ağız kuruluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, uyku bozukluğu	Bulantı, anormal rüyalar, uyku bozukluğu, psikiyatrik belirtiler
Kontrendike olduğu durumlar	Ciddi kardiyak olaylar <18 yaş olma	Ciddi kardiyak olaylar <18 yaş olma Ciddi deri reaksiyonu	<18 yaş olma Konvulziyon öyküsü, beyin tümörü, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, ağır hepatik nekroz	İlaca bağlı aşırı duyarlılık, gebelik ve emzirme <18 yaş olma
Gebelik kategorisi	**D**	**D**	**C**	**C**

2.7. Psikiyatrik Hastalarda Tedavi Yaklaşımı

Psikiyatrik bozukluğu olan sigara içicilerde uzun dönem bırakma oranlarının daha düşük olduğu bilinmesine rağmen tütün bağımlılığının tedavi edilmesi bu hastalarda

da etkilidir. Genel popülâsyonda başarılı olan tedaviler psikiyatrik bozukluğu olanlar için de işe yarar ve neredeyse eşit derecede etkili görünmektedir[39].

Genel olarak psikiyatri uzmanlarının hastalarına sigarayı bırakma konusunda çok gayretli olmadıkları bilinmektedir[23]. Psikiyatrik bozukluğun stabil olduğu dönemde tütün bağımlılığının tedavi edilmesinin hastaların zihinsel durumunu kötüleştirmek yerine ruh halini iyileştirdiği önemle belirtilmektedir[39].

Sigara kullanımı sitokrom p450 enzim sistemini indükleyerek bazı psikotrop ilaçların metabolizmasını artırmakta ve hastaların daha yüksek dozda ilaç kullanmasına neden olmaktadır[42]. Bu hastaların sigara bırakma dönemlerinde ilaç dozlarının yeniden düzenlenmesi gerekmektedir[43].

49 çalışmayı inceleyen bir meta-analizde standart sigara bırakma müdahalesine psikososyal bir yönetimin eklenmesinin mevcut ya da geçmiş depresyonu olan sigara içenler arasında sigara bırakmada uzun vadede etkili olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda bupropiyon ilavesinin depresyonu olan sigara içenlerde sigara bırakmada uzun vadede etkili olduğuna dair kanıtlar elde edilmiştir.

Majör depresyon, şizofreni ve psikoz gibi ciddi psikiyatrik bozukluğu olan sigara içicilerin tedavisinde, tedavi süresinin artırılması ve uzatılması, sigara içme durumunu ve başlangıçtaki psikiyatrik belirtilerin kontrol altına alınmasına yardımcı olacak herhangi bir ilaç tedavisinin kullanılması ve bilişsel ve davranışsal müdahalelerin uygulanması önerilmektedir.

Şizofreni hastalarında sigara içme durumu klinik değerlendirmeye dâhil edilmeli ve sigara içenlere NRT desteği sağlanmalıdır. Bu hastalarda yüksek oranda nüks riski bulunsa da, tütün bağımlılığı için ilaç tedavisi etkilidir[39].

Başarılı bir tedavi için ilaç tedavilerine ruhsal desteğin eklenmesi önerilmektedir. Ruhsal destek kendine yardım grupları, bilişsel davranışçı terapi, edimsel yöntemler ve motivasyonel görüşme şeklinde olabilir. Motivasyonel görüşme ruhsal bozukluğu olan sigara içicilerinde başarıyla uygulanabilecek standart bir psikolojik yaklaşımdır[8].

Genel kural olarak psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda sigarayı bırakmadan önce hastanın dengeli bir durumda olmasında fayda vardır. Farmakolojik tedavi başlanılan hastalarda ilaç psikiyatrik instabiliteye yol açabileceğinden dolayı hastaların yakın takip edilmesi önerilmektedir[39].

2.8. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakmadaki Yeri

Birinci basamak sağlık hizmetleri tütün kullanımını belirlemek, bırakma önerisinde bulunmak ve kişilere bırakmalarına yardımcı olmak için önemli fırsatlara sahiptir. Bir aile hekimi olan sigara içicilerin çoğu yılda en az bir kez bu hekimle görüşmekte ve aile hekimlerini sigara içmeye dair önemli etki ve tavsiye kaynağı olarak görmektedir. Bu fırsatlara ve hastaların bırakmalarına yardımcı olacak müdahalelerin etkinliğine rağmen birçok sigara içicisi destek almamaktadır[43]. Oysaki toplum yerleşimli, kolay ulaşılabilir, yaygın olması ve sürekli bakım sunabilme özellikleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri, sigara bırakma tedavilerinin yaygınlaştırılabilmesi için önemli avantaj sağlayabilir[25].

Tüm aile hekimleri sigara içicilerine sigarayı bırakmalarını tavsiye etmeli, sigarayı bırakma desteği sunmalı ve mevcut sigarayı bırakma ilaçlarını kullanmalarını önermelidir[39].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi Yeri ve Zamanı

Araştırma randomize olmayan tek kollu bir müdahale çalışmasıdır. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Psikiyatri Servis ve Poliklinikleri'nde 15 Nisan 2019-15 Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik EAH Psikiyatri Servis ve Poliklinikleri'ne başvuran, günde 1 ve daha fazla sigara içen, transteoretik modele göre düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamasında olan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma kriterlerini karşılayan tüm hastalar çalışmaya davet edilmiştir.

3.2.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olma
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- ICD-10 tanı sınıflamasına göre psikiyatrik bir tanısının olması
- Günde 1 ve daha fazla sigara içiyor olma
- Transteoretik modele göre düşünmeme, düşünme ve hazırlık aşamasında olma

3.2.2. Araştırmadan hariç tutulma ve çıkarılma kriterleri

- Başka bir sigara bırakma programına dâhil olma
- 7 gün içinde bırakma planının olması
- Hastalığının akut psikoz döneminde olması
- Bipolar bozukluk tanılı hastaların mani döneminde olması
- Tedavi olarak bupropiyon kullanıyor olma

- Çalışma süresince takiplere devam edilmemesi
- Tütün dışında madde kullanımı ile ilişkili bozukluğunun bulunması
  (Başta alkol olmak üzere çeşitli madde kullanım bozuklukları sigarayı bırakmayı zorlaştırmakta, relapsları artırmakta ve psikiyatrik belirtileri alevlendirmektedir[8]).

3.3. Araştırmanın Primer ve Sekonder Sonuçları

Primer sonuç olarak sigarayı bırakma durumu ve transteoretik modele göre en az bir evre ilerleme durumu araştırılmıştır. Sigarayı bırakma durumu, 2.ay sonu değerlendirme sırasında hastaların kendi beyanı ile en az 1 ay süre sigara içmemiş olması olarak belirlenmiştir. Bırakmış olan hastaların ekspiryum havasında CO ölçümü ile doğrulama yapılması planlanmış olup yüz yüze değerlendirilebilen hastalarda uygulanabilmiştir. Sekonder sonuçlar içerisinde günlük sigara sayısı, bağımlılık, stres, özyeterlik ve motivasyon düzeylerindeki değişim, önceki 2 ay boyunca en az 24 saat süren sigarayı bırakma yönünde herhangi bir ciddi girişim ile sigara bırakma programına başvuru durumu yer almaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için; araştırıcılar tarafından hazırlanan bir soru formu ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Algılanan Stres ölçeği (ASÖ) kullanılmıştır.

Anketin ilk kısmı; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ayrıntılı sigara kullanım hikâyeleri, genel sağlık durumları hakkında bilgi toplamaya yönelik çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Gelir sınıflandırılmasında anketin hazırlandığı tarih olan Ocak 2019 açlık ve yoksulluk sınırları temel alınmıştır[44]. Alkol ve madde kullanımı Alkol ve Madde Kullanımını Değerlendirme Ölçeği'nin ilk 2 sorusu kullanılarak değerlendirilmiştir[45]. Sağlık durumu algısı 1 ile 10 arasında derecelendirilen vizüel skala ile değerlendirilmiştir.

Anketin ikinci kısmında FNBT, ASÖ, CO düzeyi, bireyin sigara bırakmaya hazır olma durumunu transteoretik modele göre değerlendiren standardize sorular,

sigara bırakmada karşılaşılan engeller ve pekiştirici faktörler bulunmaktadır. Sigara bırakmanın önemi, kişinin motivasyonu ve öz yeterliği 1 ile 10 arasında derecelendirilen vizüel skala ile değerlendirilmiştir.

FNBT, Fagerström Tolerans Testi (FTT)'nin yeniden düzenlenmesi ile oluşan 6 soruluk bir testtir. FTT'ye göre iç tutarlılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Daha kısa, daha pratik bir test olup sigara bağımlılığında en sık kullanılan testtir[31]. Bu testte fiziksel bağımlılık ölçülmekte olup sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir. Toplam alınan değerler 0-2 ise çok az, 3-4 ise az, 5 ise orta derecede, 6-7 ise yüksek, 8-10 ise çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirilmektedir[8]. Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır[46].

ASÖ Cohen ve arkadaşları tarafından 1983'te geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte kişinin öznel stres algısını ele alan ölçüm araçları kullanılmaktadır. Her madde "Hiçbir zaman (0)" ila "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13. Maddeler) tersten puanlanmaktadır. Puanları 0-56 arasında değişirken yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik analizi çalışmasında bulgular ASÖ'nün öz yeterlik ve stres algısı olmak üzere iki faktörden oluştuğunu ve yüksek düzeyde eş zamanlı geçerliliğe sahip bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymuştur[47]. Algılanan yaşam stresi yüksek olan kişilerin sigara bırakma başarı oranı daha düşük olmaktadır[6].

CO düzeyi, katılımcının CO ölçüm cihazına (piCO-smokerlyzer)[48] soluması istenerek ölçülmüştür. Cihaz yıllık aralıklarla kalibre edilmektedir. CO, karboksihemoglobin eşdeğeri olarak dönüştürülebilen bir ölçüm birimi olan ppm cinsinden ölçülmektedir. CO'nun yarı ömrü yaklaşık 2-6 saattir. Tüketilen günlük sigara sayısı ile CO ölçümleri arasında bir doz ilişkisi vardır ancak önemli bireysel farklılıklar olabilmektedir. CO seviyesi fiziksel efordan da etkilenmektedir. Sigara bırakmanın ardından 24 saat içinde CO normal değerlere ulaşmaktadır. Normalde sigara içmeyen bir kişinin soluduğu havada CO konsantrasyonu 4 ppm'yi geçmemektedir. Pasif sigara dumanına maruz kalma CO değerlerini etkilemektedir.

Sigara içen ve içmeyenleri ayırmak için önerilen kesme değeri 9 ppm'dir. Bununla birlikte araştırmalar 2 veya 5 ppm'lik kesme değerlerinin son 24 saat içinde sigara içilip içilmediğine dair en yüksek doğruluğu sağladığını göstermektedir[39].



Şekil 2. CO ölçüm cihazı

Sigara bırakmaya hazır olma durumu iki şekilde ölçülmüştür. Birincisinde transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumu değerlendirilirken Prochaska ve arkadaşlarının önerdiği soru takımının Türkçe formu kullanılmıştır.

- Şu anda sigara içiyorum ancak gelecek 6 ay içinde sigara bırakmayı ciddi olarak düşünmüyorum (Düşünmeme aşaması).
- Şu anda sigara içiyorum ancak gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum (Düşünme aşaması).
- Sigara içiyorum ve gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum (Hazırlık aşaması).

İkinci olarak sigara bırakmaya hazır olma durumu, Dijkstra ve arkadaşları tarafından, transteoretik modele göre geliştirilen, Türkçeye çevrilerek kullanılan tek maddelik bir sorunun 1'den 9'a kadar puanlanması ile ölçülmüştür. "Sigarayı bırakmayı ciddi olarak ne zaman düşünüyorsunuz?" sorusunun bireye sorulması ile ölçülmektedir. Yanıt seçeneklerine göre puanlama şöyledir: 'Gelecek 10 gün' (9 puan), '1 ay' (8 puan), '6 ay' (7 puan), '1 yıl' (6 puan), '5 yıl' (5 puan), '10 yıl' (4 puan), 'gelecekte fakat 10 yıl içinde değil' (3 puan), 'sigara içme niyetindeyim fakat azaltmak istiyorum' (2 puan), 'azaltmaya niyetim yok' (1 puan)[49].

Anketin son kısmında bulunan takip formunda sigarayı bırakma durumu, CO düzeyi, bireyin sigara bırakmaya hazır olma durumunu transteoretik modele göre değerlendiren standardize sorular, sigara bırakmanın önemini, kişinin motivasyonu ve öz yeterliliğini 1 ile 10 arasında derecelendirilen vizüel skalalar, günlük içilen sigara sayısı, FNBT ve ASÖ puanları, önceki 2 ay boyunca en az 24 saat süren sigarayı bırakma yönünde herhangi bir ciddi girişim durumu ile sigara bırakma programına başvuru durumu yer almaktadır.

Anket katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Anketin uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.5. Müdahale İçeriği

Psikiyatri servis ve polikliniklerine çalışmanın tanıtımı amaçlı afişler yerleştirilmiştir. İlk görüşme sonrası tüm hastalara eğitim materyali olarak broşür verilmiştir. Motivasyonel görüşmeler birincisi yüz yüze, diğerleri telefon ile olmak üzere toplam 3 seans yapılmıştır. Her seans yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Motivasyonel görüşmenin içeriği:

- Düşünmeme aşamasında olan hastalar için "TeRKET" yaklaşımı kullanılarak, bireyin çelişkileri fark etmesinin sağlanması, davranışın zararları konusunda farkındalık geliştirmesi ve sigarayı bırakmayı düşünme aşamasına gelmesi amaçlanmıştır.
- Düşünme aşamasında olan hastalar için "5Ö" yaklaşımı kullanılarak, bireyin çelişkilerini çözmek, değişimin yararlarının daha önemli olduğunu fark etmesini sağlamak ve sigarayı bırakmada hazırlık aşamasına gelmesi amaçlanmıştır.
- Hazırlık aşamasında olan hastalar için "5Ö" yaklaşımı kullanılarak, sigara bırakmanın öneminin algılanması, bireyin değişme ihtimaline olan inancının güçlendirilmesi ve bırakma planının yapılarak sigarayı bırakmada hareket aşamasına gelmesi amaçlanmıştır.
- Görüşmeler sırasında Bölüm 2.6.1.2'de bulunan motivasyonel görüşme tekniklerine uyulmuştur.

- Görüşmeler uzmanlık eğitimi sırasında motivasyonel görüşme eğitimi almış olan araştırıcının kendisi tarafından yapılmıştır.
- İlk görüşme sonrası 1. hafta ve 1. ay takiplerinde telefon ile motivasyonel görüşmesi yapılmış, 2. ay sonunda ise takip formu ile hastalar yüz yüze veya telefon görüşmesi ile değerlendirilmiştir.

Müdahale kapsamında hastalara ilaç tedavisi başlanmamıştır. Transteoretik modelde eylem aşamasına gelen hastalar Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne yönlendirilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS.23 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve frekans analizleri olarak sayı, yüzde, ortalama, ortanca ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin dağılımı normallik açısından Skewness-Kurtosis değerleri ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılmaması nedeniyle 2 grup karşılaştırması Mann – Whitney U testi ile yapılmıştır. Müdahale öncesi ve sonrası ortalamaların karşılaştırılmasında normal dağılan veriler için Paired Samples T testi, normal dağılmayan veriler için Wilcoxon testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda Mc Nemar testi, bağımsız gruplarda Pearson Ki – Kare testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan 67 hastadan 1'i madde kullanım bozukluğu, 2'si bupropiyon kullanımı nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. 64 hastadan 15'i takiplerine devam etmemesi nedeniyle, geriye kalan 47 hastanın verileri analiz edilmiştir. Analizler sonucunda $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın İzinleri

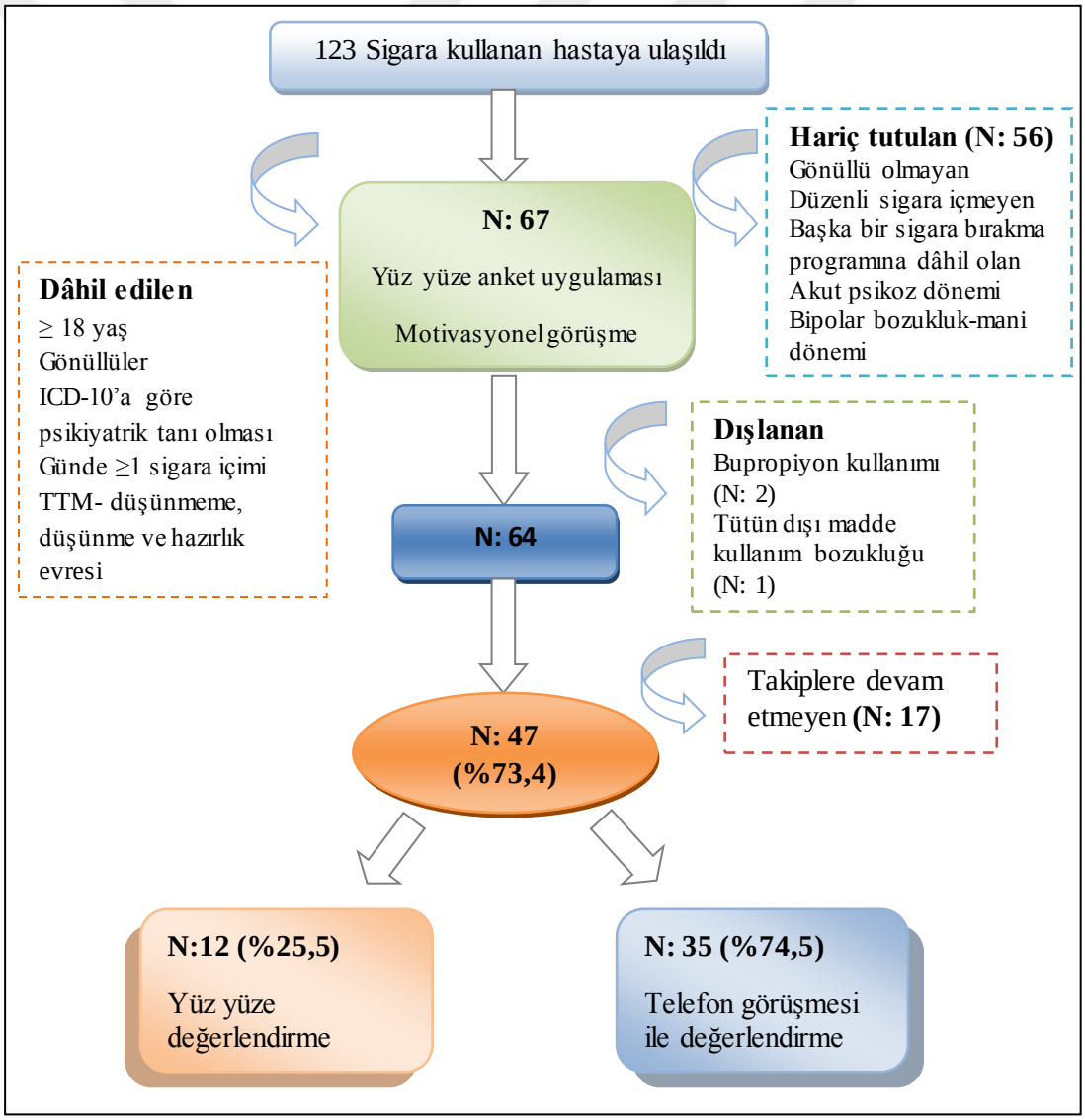
- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. (09.2019.392 Protokol numaralı Etik Kurul Onam Formu) (Ek-1)

4. BULGULAR

4.1. Müdahale Öncesi Bulgular

4.1.1. Katılımcıların genel özellikleri

Araştırmamıza 67 hasta katılmış olup, müdahale öncesi anket uygulamasına ve motivasyonel görüşme seansına katılan 64 hastanın, müdahale sonrası ise takip görüşmelerine devam edip takip formu ile değerlendirilen 47 hastanın verileri analiz edilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların özellikleri.

Katılımcıların yaş ortalaması 39,81±10,38 (min:19-maks:68), %60,9'u kadındır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
○ Kadın	39	60,9
○ Erkek	25	39,1
Medeni durum		
○ Evli	44	68,8
○ Bekâr	20	31,3
Eğitim durumu		
○ Okuryazar	1	1,6
○ İlkokul	21	32,8
○ Ortaokul	6	9,4
○ Lise	17	26,6
○ Üniversite	19	29,7
Meslek		
○ Memur	4	6,2
○ İşçi	10	15,6
○ Sağlık personeli	5	7,8
○ Serbest	17	26,6
○ Ev hanımı	17	26,6
○ Diğer	11	17,2
Çalışma durumu		
○ Çalışıyor	27	42,2
○ Çalışmıyor	37	57,8
Gelir durumu*		
○ 2014 TL ve altı (düşük)	15	23,4
○ 2014 – 6561 TL arası (orta)	44	68,8
○ 6561 TL ve üzeri (yüksek)	5	7,8

**Anketin hazırlandığı tarih olan Ocak 2019 açlık ve yoksulluk sınırları esas alınmıştır.*

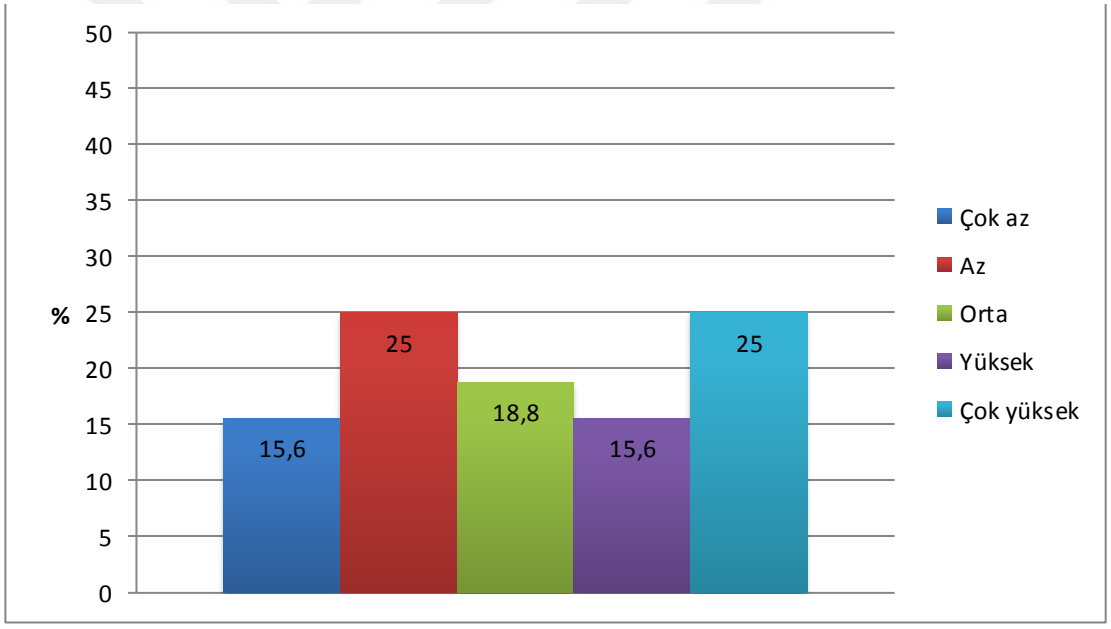
4.1.2. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri

Katılımcıların sigara kullanım özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 6'da gösterilmiştir. Sigaraya başlama yaş ortalaması 17,81±4,54'dür. Sigara tüketimleri 18,22±12,32'dir (paket/yıl). Katılımcıların 8'i (%12,5) sigara dışında başka tütün ürünü kullanmaktadır. Bunlar içerisinde sarmalık tütün, nargile, pipo ve elektronik sigara yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri.

	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maksimum
Sigaraya başlama yaşı	**17,81**	4,54	9	30
Günlük sigara sayısı	**21,23**	10,71	4	50
Sigara tüketimi (paket/yıl)	**18,22**	12,32	0,04	48
CO düzeyi (ilk ölçüm)	**10,69**	8,05	2	54

Fagerström nikotin bağımlılık testine göre katılımcıların bağımlılık puanı ortalama 5,19±2,64'dür ve bağımlılık derecelerinin değerlendirmesi Şekil 4'te gösterilmiştir.

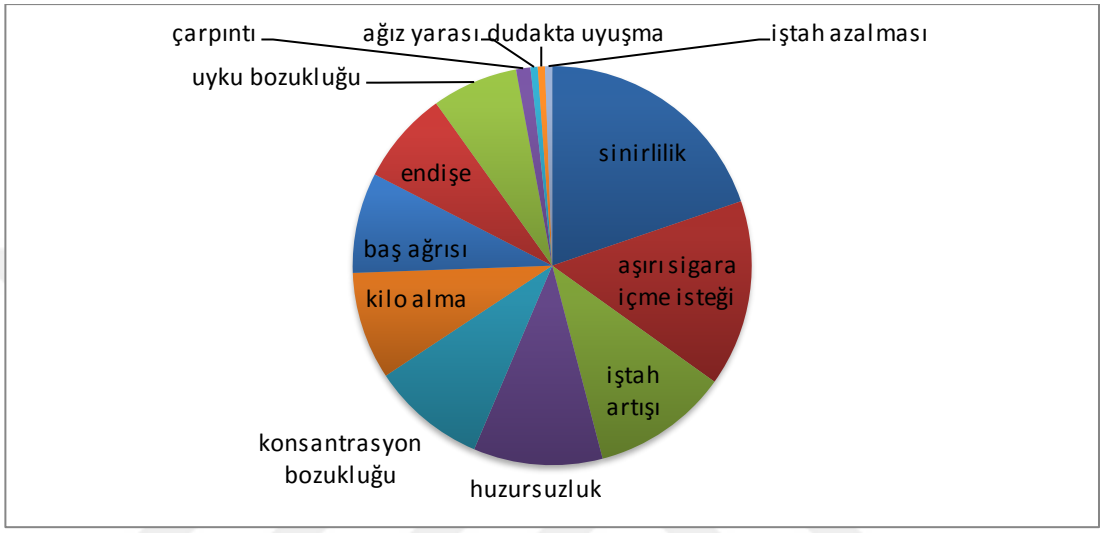


Şekil 4. Katılımcıların FNBT' ye göre bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi.

Araştırmaya katılan 64 katılımcı arasından 59'u (%92,2) daha önce sigarayı bırakmayı düşünmüş, 45'i (%70,3) ise daha önce bırakma girişiminde bulunmuştur. Bırakma girişiminde bulunanlar içerisinde 9'u (%20) profesyonel destek almıştır. Profesyonel destek alanların içerisinde en sık farmakolojik destek (N:8) yer almaktadır. Psikiyatrik destek ise gözlenmemiştir.

Katılımcıların 34'ü (%53,1) daha önce herhangi bir sağlık uzmanından sigara bırakma önerisi aldığını belirtmiştir.

Katılımcılar içerisinde bırakma girişiminde bulunanların karşılaştığı zorluklar arasında en sık sinirlilik (%75,6) ve aşırı sigara içme isteği (%57,8) yer almıştır (Şekil 5).



Şekil 5. Geçmiş bırakma girişiminde karşılaşılan zorluklar.

4.1.3. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili bilgiler

Katılımcılarda en sık görülen kronik hastalıklar Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcılarda en sık görülen kronik hastalıklar.

Hastalık		N	%
Hipertansiyon		8	12,5
Maligniteler	**Akciğer**	1	1,6
	Prostat	1	1,6
	Mide	1	1,6
	Mesane	1	1,6
	Tiroid papiller	1	1,6
	Meme	1	1,6
KOAH		5	7,8
Hiperlipidemi		4	6,3
Kardiyovasküler hastalıklar		3	4,7
Diyabet		3	4,7

Katılımcıların sağlık durumu algısı ortalaması 5,31±2,32'dir (min:1-maks:10). Sağlık problemlerine destek veren birisi var mı sorusunu katılımcıların 45'i (%70,3) evet olarak cevap vermiştir.

Katılımcılar DSM-5 tanı kriterlerine göre ruhsal bozukluk tanıları açısından sınıflandırıldığında en sık depresyon bozukluğu (%56,3) gözlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların ruhsal bozukluk tanıları açısından değerlendirilmesi.

Ruhsal bozukluk tanısı	N	%
Depresyon bozukluğu	**36**	**56,3**
Anksiyete bozukluğu	**13**	**20,3**
Bipolar ve ilişkili bozukluk	5	7,8
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk	4	6,3
Beslenme ve yeme bozukluğu	1	1,6
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	1	1,6
Disosiyatif bozukluk	1	1,6
Madde kullanımı ile ilişkili bozukluk (remisyon dönemi)	1	1,6
Uyku ve uyanıklık bozukluğu	1	1,6
Travma ve stresörle ilişkili bozukluk	1	1,6

Katılımcıların aldıkları ilaç tedavileri değerlendirildiğinde en sık kullanılan ilaçlar sırasıyla antidepresanlar(%85,9), antipsikotikler (%28,1) ve duygu durum düzenleyicileridir (%17,2).

4.1.4. Katılımcıların transteoretik modele göre özelliklerinin değerlendirilmesi

Katılımcıların müdahale öncesi transteoretik modele göre değişim evreleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Transteoretik modele göre katılımcıların değişim evreleri.

Değişim evresi	N	%
Düşünmeme	**23**	**35,9**
Düşünme	**21**	**32,8**
Hazırlık	**20**	**31,3**

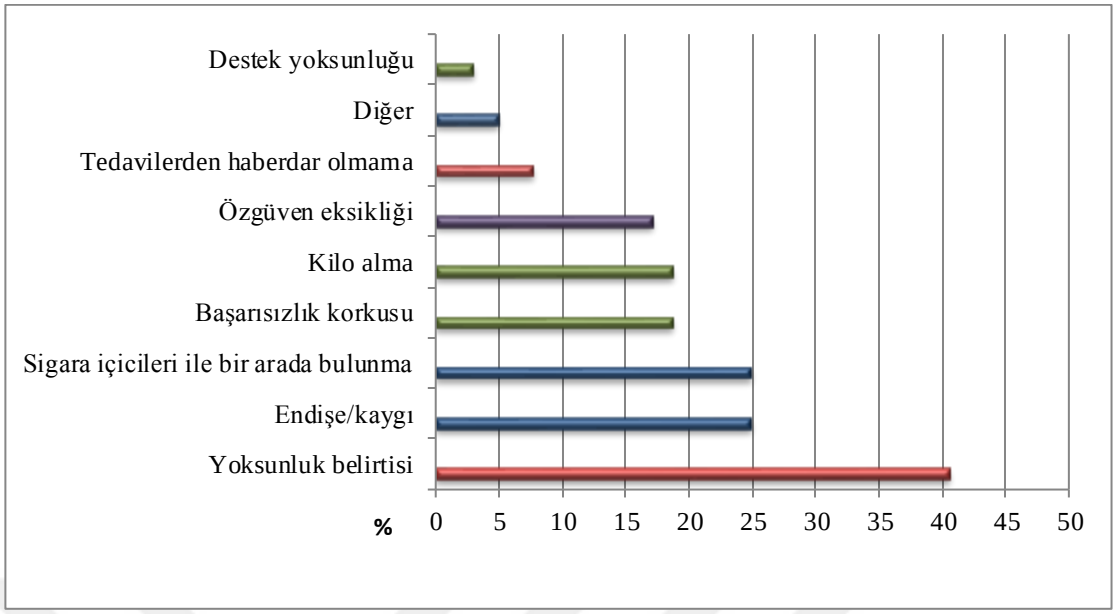
Katılımcıların transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumları 1 den 9'a kadar puanlanmış olup Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumları.

Sigara bırakmaya hazır olma durumu (Puan)	**N**	**%**
10 gün içinde (9)	10	15,6
1 ay içinde (8)	13	20,3
6 ay içinde (7)	13	20,3
1 yıl içinde (6)	3	4,7
5 yıl içinde (5)	4	6,3
10 yıl içinde (4)	1	1,6
Gelecekte fakat 10 yıl içinde değil (3)	0	0
Azaltmak istiyorum (2)	12	18,8
Azaltmaya niyetim yok (1)	8	12,5
Total	64	100

4.1.5. Sigara bırakmada karşılaşılan engeller ve pekiştirici faktörler

Katılımcıların sigara bırakmada karşılaştıkları engeller sorgulandığında en sık yoksunluk belirtisi (N:26, %40,6) bulunmuştur. Takibinde endişe / kaygı (N:16, %25) ve sigara içicileri ile bir arada olma (N:16, %25) yer almıştır (Şekil 6).



Şekil 6. Sigara bırakmada karşılaşılan engeller.

Sigara içmeyi pekiştirici faktörler içerisinde en sık stres (%62,5) yer almıştır. Tablo 11'de davranışsal, duygusal, görsel, durumsal ve sosyokültürel faktörlerin sıklığı gösterilmiştir.

Tablo 11. Sigara içmeyi pekiştirici faktörler.

	N	*%*
Davranışsal faktörler		
Yemek	**23**	**35,9**
Çay	**23**	**35,9**
Kahve	17	26,6
Alkol	7	10,9
Duygusal faktörler		
Stres	**40**	**62,5**
Öfke	6	9,4
Neşe	5	7,8
Üzüntü	3	4,7
Görsel faktörler		
Sigara paketi	6	9,4
Kül tablası	4	6,3
Durumsal faktörler		
Sigara içen kişilerle bir arada olma	**18**	28,1
Sosyokültürel faktörler		
Zorlu hayat koşulları	12	18,8
Aile içi problemler	10	15,6

Sigara içicileri ile bir arada olma sigara bırakmada hem karşılaşılan engeller hem de pekiştirici faktörler içerisinde yüksek sıklıkta yer almaktadır.

4.2. Müdahale Sonrası Bulgular

4.2.1. Sigara bırakma durumu ve davranışında olan değişim

Müdahale sonrası değerlendirilen 47 hastanın 6'sı (%12,8) sigarayı bırakmış, 20'si (%42,5) ise değişim evrelerinde en az bir basamak ilerleme göstermiştir. Katılımcılar arasından 16 kişi (%34) 2 ay boyunca en az 24 saat süren bırakma girişiminde bulunmuş, 10 kişi (%21,3) sigara bırakma programına başvurmuştur. Tablo 12'de katılımcıların davranış değişim evrelerinin müdahale sonrası durumu gösterilmiştir.

Yüz yüze değerlendirilen katılımcılar içerisinde sigarayı bırakmış olan 2 kişinin doğrulama amacıyla ölçülen CO değeri 1 ppm saptanmıştır. Sigarayı azaltmış olan 4 kişinin ise ölçülen CO değeri başlangıçtan daha düşük bulunmuştur.

Tablo 12. Değişim evrelerinin müdahale sonrası durumu.

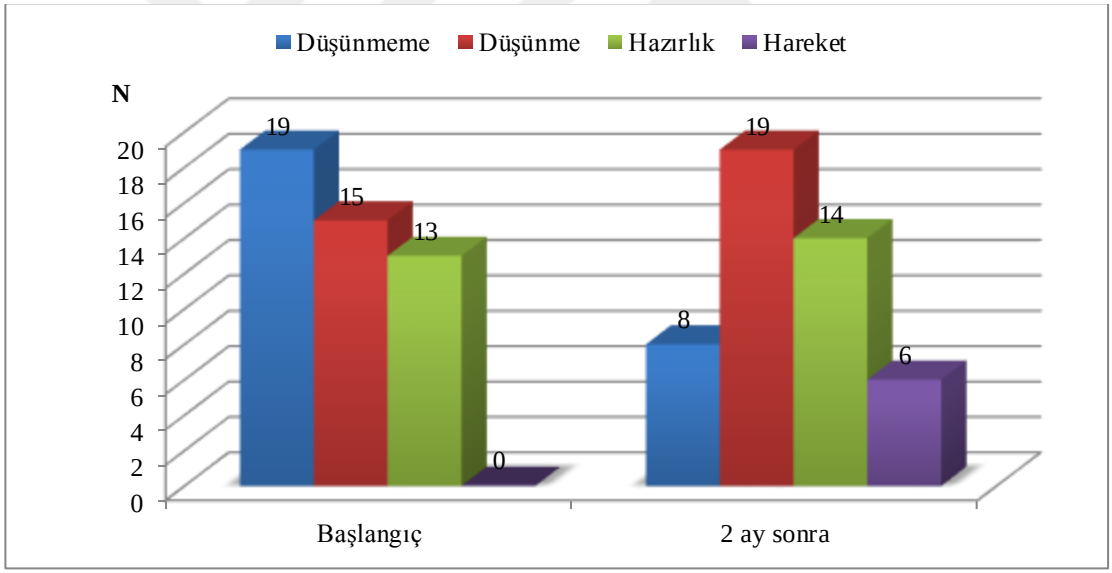
Değişim evresi	N	%
Düşünmeme	**8**	**17,0**
Düşünme	**19**	**40,4**
Hazırlık	**14**	**29,8**
Hareket	**6**	**12,8**

Katılımcılar arasından 25 kişi (%53,2) başlangıçtaki değişim evresinde bulunurken, 2 kişi (%4,3) en az 1 basamak gerileme göstermiştir. Katılımcıların transteoretik modele göre değişim evrelerinin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırması Tablo 13'te gösterilmiştir. Değişim evrelerine göre dağılımları Şekil 7'de grafik ile gösterilmiştir.

Tablo 13. Değişim evrelerinin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

		Müdahale sonrası				*Toplam*
		Düşünmeme	**Düşünme**	**Hazırlık**	**Hareket**	
Müdahale öncesi	**Düşünmeme**	7 %14,9	**7** **%14,9**	**5** **%10,6**	0 %0	19 %40,4
	Düşünme	0 %0	11 %23,4	**2** **%4,3**	**2** **%4,3**	15 %31,9
	Hazırlık	1 %2,1	1 %2,1	7 %14,9	**4** **%8,5**	13 %27,7
Toplam		8 %17	19 %40,4	14 %29,8	**6** **%12,8**	47 %100

Mc Nemar Bowker Test.



Şekil 7. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası değişim evrelerine göre dağılımları.

Düşünmeme evresinden düşünme evresine geçiş ve düşünmeme evresinden diğer ileri evrelere geçiş için grup içerisinde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,016, p=0,003). Sırasıyla Tablo 14 ve 15'te gösterilmiştir. Diğer evreler arası geçişler için istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir.

Tablo 14. Düşünmeme ve düşünme evrelerinin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

		Müdahale sonrası		*Toplam*
		Düşünmeme	**Düşünme**	
Müdahale öncesi	**Düşünmeme**	**7** %28	**7** %28	**14** %56
	Düşünme	**0** %0	**11** %44	**11** %44
	Toplam	**7** %28	**18** %72	**25** %100

Mc Nemar Test, p=0,016

Tablo 15. Düşünmeme ve diğer evrelerin müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

		Müdahale sonrası		*Toplam*
		Düşünmeme	**Diğer***	
Müdahale öncesi	**Düşünmeme**	**7** %14,9	**12** %25,5	**19** %40,4
	Diğer*	**1** %2,1	**27** %57,4	**28** %59,6
	Toplam	**8** %17	**39** %83	**47** %100

** Katılımcılardan düşünme, hazırlık ve hareket evrelerinde bulunanların toplamı*

Mc Nemar Test, p=0,003

Katılımcıların transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumlarının 1'den 9'a kadar puanlanması ile ölçülen ortalama değerinin müdahale öncesi ve sonrası arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tablo 16 ve 17'de gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların sigara bırakmaya hazır olma durumlarının müdahale öncesi ve sonrası karşılaştırılması.

Sigara bırakmaya hazır olma durumu (Puan)	***Müdahale öncesi***		***Müdahale sonrası***	
	N	%	N	%
10 gün içinde (9)	5	10,6	3	6,4
1 ay içinde (8)	11	23,4	12	25,5
6 ay içinde (7)	9	19,1	13	27,7
1 yıl içinde (6)	3	6,4	5	10,6
5 yıl içinde (5)	4	8,5	1	2,1
10 yıl içinde (4)	1	2,1	1	2,1
Gelecekte fakat 10 yıl içinde değil (3)	0	0	0	0
Azaltmak istiyorum (2)	6	12,8	3	6,4
Azaltmaya niyetim yok (1)	8	17	3	6,4
Toplam	47	%100	41*	%87,2

** Sigarayı bırakan 6 kişinin değerlendirilmemesi nedeniyle 41 kişinin müdahale sonrası sigara bırakmaya hazır olma durumu değerlendirilmiştir.*

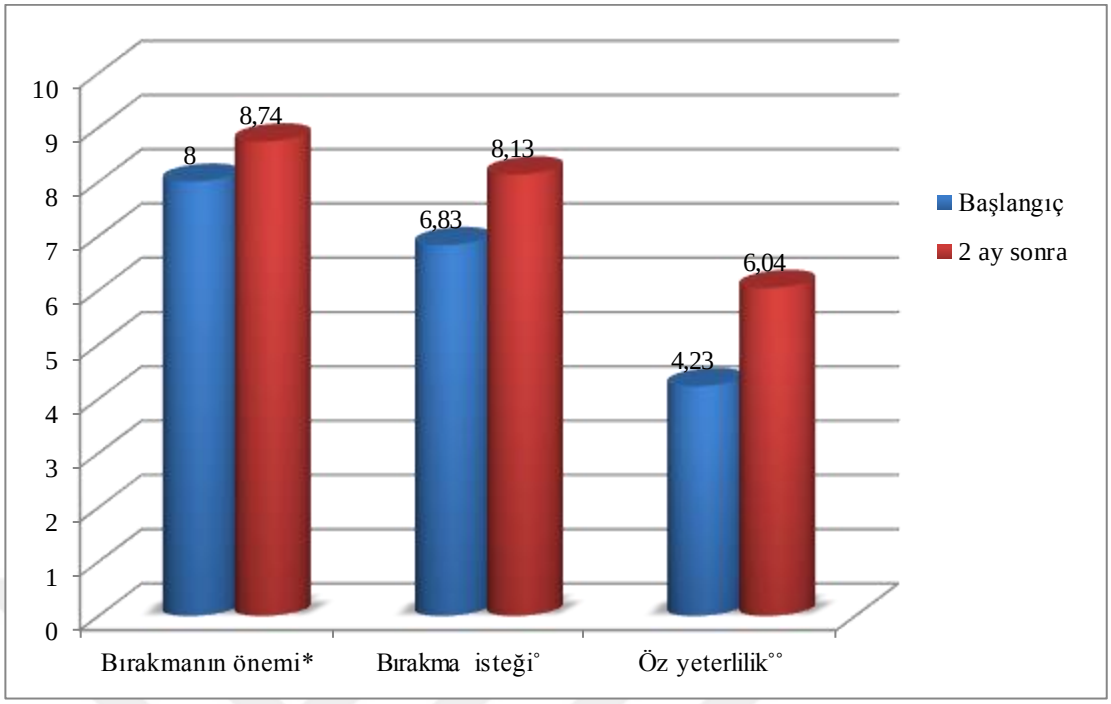
Tablo 17. Katılımcıların sigara bırakmaya hazır olma durumunun (puanının) ortalama değerinin müdahale öncesi ve sonrası değişimi.

	Müdahale öncesi	**Müdahale sonrası**	**P değeri**
Sigara bırakmaya hazır olma durumu (puanı)	*Ortalama*	*Ortalama*	
N (47)	5,49	-	
N (41)	5,10	6,39	0,001*

** Wilcoxon test p<0,05*

4.2.2. Katılımcıların sigarayı bırakmanın önemi, istek ve öz yeterlilik seviyelerinde olan değişim

Sigara bırakmanın önemi, sigara bırakma konusunda kişinin istek ve öz yeterliliğinin ortalama değerlerinin müdahale öncesi ve sonrası arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Şekil 8'de gösterilmektedir.



Şekil 8. Sigara bırakmanın önemi, istek ve öz yeterlilik değerlerinin ortalamalarındaki değişim. *Wilcoxon test * p:0,031 ° p:0,004 °° p<0,001*

4.2.3. Sigara kullanım özelliklerinin değişimi

Katılımcıların günlük sigara sayılarında anlamlı derecede düşme gözlenmiştir (p<0,05). FNBT puan ortalaması başlangıçta 5,17 iken müdahale sonrası 3,47'ye gerilemiş ve fark anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların başlangıçtaki ASÖ puan ortalaması 31,28 iken müdahale sonrası 23,91'e gerilemiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Günlük sigara sayısı ile FNBT ve ASÖ puanlarındaki değişim.

	Başlangıç	**2 ay sonra**	**P değeri**
	Ortalama	*Ortalama*	
Günlük sigara sayısı °	21,06	15,28	<0,001*
FNBT puanı °°	5,17	3,47	<0,001*
ASÖ puanı °	31,28	23,91	<0,001*

*° Paired Samples T Test °° Wilcoxon *p<0,05*

4.2.4. Sigara bırakma durumunun ilişkili olduğu faktörler

Sigarayı bırakmamış olan katılımcıların başlangıçtaki FNBT puanları anlamlı olarak daha yüksek gözlenmiştir (p=0,015). ASÖ puanı ile sigara bırakma durumu arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. FNBT ve ASÖ puanlarının sigara bırakma durumu ile ilişkisi

	Sigara bırakma durumu	*N*	*Ortalama*	*P değeri*
FNBT puanı	*Bıraktım*	6	**2,83**	**0,015***
	Bırakmadım	41	**5,51**	
ASÖ puanı	*Bıraktım*	6	32,17	0,849˚
	Bırakmadım	41	31,15	

**Mann Whitney U Test p<0,05 ˚Independent Samples T-Test*

Katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu ve eğitim durumu ile sigara bırakma durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Sigarayı bırakmış olanların sağlık durumu algısı ortalaması 7,17 iken, bırakmamış olanlarda 5,22 bulunmuştur. İki değer arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 20).

Katılımcılar içerisinde sigarayı bırakmış olanların hepsinin geçmişte bir bırakma girişimi olmuştur ancak bırakma durumu ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Sigara bırakma durumu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

	Sigara bırakma durumu	*Ortalama*		*P değeri*
Sağlık durumu algısı	*Bıraktım*	7,17		**0,029***
	Bırakmadım	5,22		
Bırakma girişimi sayısı	*Bıraktım*	5,33		0,050
	Bırakmadım	2,31		
Bırakma girişimi varlığı		*Evet*	*Hayır*	0,125˚
	Bıraktım	6	0	
	Bırakmadım	29	12	

**Mann Whitney U Test p<0,05 ˚Pearson Ki-Kare Test*

Katılımcıların müdahale sonrası değerlendirilen sigara bırakma ile ilişkili öz yeterlilik seviyelerinin ortalama değeri sigarayı bırakanlarda 8.50, sigarayı bırakamayanlarda ise 5,68'dir. İki değer arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,018). Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrasında değerlendirilen sigarayı bırakmanın önemi ve sigara bırakma konusundaki isteğinin ortalama değerlerinin bırakma durumu ile arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Sigara bırakmanın önemi, bırakma isteği ve öz yeterlilik seviyelerinin bırakma durumu ile ilişkisi.

	Sigara bırakma durumu	*Başlangıç Ortalama*	*P değeri*	*2 ay sonra Ortalama*	*P değeri*
Bırakmanın önemi	*Bıraktım*	9,83	0,150	9,50	0,652
	Bırakmadım	7,73		8,63	
Bırakma isteği	*Bıraktım*	9,00	0,226	9,67	0,124
	Bırakmadım	6,51		7,90	
Öz yeterlilik	*Bıraktım*	5,50	0,191	8,50	**0,018***
	Bırakmadım	4,05		5,68	

*Mann Whitney U Test *p<0,05*

4.3. Çalışmadan ayrılan katılımcıların değerlendirilmesi

Katılımcılar içerisinden 17 kişi (%26,6) takipler sırasında çalışmadan ayrılmıştır. Bu kişilerin 3'ü birinci hafta, 7'si birinci ay ve kalan 7'si ikinci ay takiplerinde çalışmadan ayrılmıştır. Bu kişilerin sigaraya başlama yaş ortalaması 18,41±4,92'dir. Sigara tüketimleri 17,2±13,62'dir (paket/yıl). FNBT'ye göre bağımlılık puanları ortalaması 5,24±2,65'dir. Bu bulgular çalışmaya devam eden katılımcılar ile benzerdir.

Çalışmadan ayrılan katılımcıların ruhsal bozukluk tanıları değerlendirildiğinde en sık depresyon bozukluğu (%47,1) ve anksiyete bozukluğu (%23,5) gözlenmiştir.

Sigara kullanım özellikleri ile FNBT ve ASÖ puanları çalışmaya devam edenler ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Çalışmadan ayrılan ve çalışmaya devam eden katılımcıların sigara kullanım özellikleri, FNBT ve ASÖ puanları açısından karşılaştırılması.

	Çalışmaya devam durumu		*P değeri*
	Devam eden Ortalama (±SS)	**Devam etmeyen Ortalama (±SS)**	
Günlük sigara sayısı	21,06 (±10,92)	21,71 (±10,44)	0,834*
FNBT puanı	5,17 (±2,67)	5,24 (±2,65)	0,896˚
ASÖ puanı	31,28 (±12,02)	30,47 (±13,55)	0,932*
Bırakma girişimi sayısı	2,83 (±2,52)	2,80 (±2,86)	0,581˚
Sağlık durumu algısı	5,47 (±2,31)	4,88 (±1,99)	0,360˚

* *Independent Samples T-Test* ˚ *Mann Whitney U Test*

Çalışmadan ayrılan ve çalışmaya devam eden katılımcıların sigara bırakmanın önemi, sigara bırakma konusundaki istek ve öz yeterliliği ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Sigara bırakmanın önemi, bırakma isteği ve öz yeterlilik seviyelerinin çalışmaya devam durumu ile ilişkisi.

	Çalışmaya devam durumu		*P değeri*
	Devam eden Ortalama	**Devam etmeyen Ortalama**	
Bırakmanın önemi	8,00	9,06	0,229
Bırakma isteği	6,83	8,59	0,072
Öz yeterlilik	4,23	4,82	0,432

Mann Whitney U Test

Çalışmadan ayrılan katılımcıların transteoretik modele göre değişim evreleri değerlendirildiğinde 4'ü (%23,5) düşünmeme, 6'sı (%35,3) düşünme ve 7'si (%41,2) hazırlık evresinde yer almaktadır. Çalışmaya devam durumu ile katılımcıların

bulundukları evreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tablo 24 ve Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Düşünmeme ve düşünme evrelerinin çalışmaya devam durumuna göre değerlendirilmesi.

	Çalışmaya devam durumu		Toplam
	Devam eden	**Devam etmeyen**	
Düşünmeme	**19** %43,2	**4** %9,1	**23** %52,3
Düşünme	**15** %34,1	**6** %13,6	**21** %47,7
Toplam	**34** %77,3	**10** %22,7	**44** %100

Pearson Ki-Kare Test p=0,377

Tablo 25. Düşünmeme ve diğer evrelerin çalışmaya devam durumuna göre değerlendirilmesi.

	Çalışmaya devam durumu		Toplam
	Devam eden	**Devam etmeyen**	
Düşünmeme	**19** %29,7	**4** %6,3	**23** %35,9
Diğer*	**28** %43,8	**13** %20,3	**41** %64,1
Toplam	**47** %73,4	**17** %26,6	**64** %100

** Katılımcılardan düşünme, hazırlık ve hareket evrelerinde bulunanların toplamı*

Pearson Ki-Kare Test p=0,213

5. TARTIŞMA

Motivasyonel görüşmenin sigara bırakma üzerinde etkilerini araştıran birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen ülkemizde ruhsal bozukluğu olan bireylerde bu alanda yapılmış olan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle motivasyonel görüşmenin ruhsal bozukluğu olan bireylerde sigara bırakma ve transteoretik modele göre sigara bırakmaya hazır olma durumundaki değişim üzerinde etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızın güçlü yanlarından biri araştırma grubu olarak ruhsal bozukluğu olan bireyler ile yapılmış olmasıdır. Aynı zamanda transteoretik modele göre bulundukları evrelere uygun stratejiler kullanılmış ve sonuç olarak motivasyonel müdahalelerin ruhsal bozukluğu olan bireyler için de etkili olabileceği gösterilmiştir.

Sigara bırakma tedavilerinde farmakolojik tedavilerin yanında davranışçı yaklaşımlar da kullanılmalıdır. Transteoretik model, uygulanacak yaklaşımın etkin olabilmesi için bireyin doğru tanımlanması gerektiğini vurgulamaktadır[50]. Araştırmamızda müdahale öncesi katılımcıların değişim evreleri belirlenmiş olup motivasyonel görüşme bireylerin evrelerine uygun stratejileri içerecek şekilde yapılmıştır. Müdahale sonunda katılımcıların 6'sı (12,8) sigarayı bırakmıştır, 20'si (%42,5) ise pozitif yönde davranış değişimi göstermiştir. Düşünmeme evresinden düşünme evresine geçiş ve düşünmeme evresinden daha ileri evrelere geçiş için grup içerisinde fark anlamlı bulunmuştur (p=0,016, p=0,003). Evreler arası bu değişim araştırmamızın başlıca bulgusu olup bireylerin evrelerine uygun motivasyonel müdahalenin sigara içme davranışı üzerinde olumlu yönde etkili olabileceği gösterilmiştir. Motivasyonel görüşmenin sigara bırakma tavsiyesine göre bırakma konusunda daha etkili olup olmadığını araştıran, birinci basamakta yapılmış olan randomize kontrollü bir çalışmada 86 kişi yaklaşık 3 dakika süren bırakma tavsiyesi almıştır. 114 kişi ile ise toplamda 3 kez olacak şekilde yaklaşık 20 dakika süren motivasyonel görüşme yapılmıştır. Müdahalenin 6 ve 12 ay sonra sigara bırakmada etkili olup olmadığı değerlendirildiğinde motivasyonel görüşme ile bırakma oranlarının kısa tavsiyeye göre 5,2 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (%18,4 %3,4; Odds Ratio= 6,25, %95 GA= 1,8- 21,7)[51]. Bu çalışmada müdahale grubundaki

bırakma oranı %18,4 iken bizim çalışmamızda %12,8'dir. Bu çalışmadaki yüksek bırakma oranı motivasyonel görüşmenin 3 kez yüz yüze olmak üzere hastaların takipli oldukları aile hekimleri tarafından yapılmış olmasına bağlı olabilir. Çünkü hastalar sürekli doktor hasta ilişkisini sürdürdüğü doktorlara olumlu cevap verme eğiliminde olabilmektedir. Bizim çalışmamızda bir kez yüz yüze olmak üzere 3 kez motivasyonel görüşme yapılmıştır. Yine bu çalışmada müdahale grubundaki hastaların nikotin bağımlılık düzeyi ortalaması 4,16±2,71 iken bizim çalışmamızda 5,19±2,64'dür. Aynı zamanda bu çalışmada iki grup içerisinde yüksek nikotin bağımlılığı gösterenlere (FNBT skoru ≥ 7) bupropiyon tedavisi başlanmış ve bu hastalar çalışmadan dışlanmamıştır. Bağımlılık düzeylerinin düşük olması ve bupropiyon tedavisi başlanması bırakma oranının yüksek olmasını açıklayabilir. Bizim çalışmamızda transteoretik modele göre eylem aşamasına gelen farmakoterapi isteği olan hastalar sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmiştir. Bu çalışmada müdahale öncesi kişiler transteoretik modele göre değerlendirilmiş, motivasyonel görüşme yapılan grubun %56,1'i düşünmeme, %36,8'i düşünme ve % 7'si hazırlık evresinde yer almıştır. Kontrol grubunun ise %70,9'u düşünmeme, %27,9'u düşünme ve %1,2'si hazırlık evresinde yer almıştır. İki grubun değişim evrelerinin homojen olmaması ve müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek oranda düşünme ve hazırlık evresinde bulunması müdahale grubunda yüksek bırakma oranına sebep olmuş olabilir. Bizim çalışmamızda başlangıçta kişilerin %35,9'u düşünmeme, %32,8'si düşünme ve %31,3'ü hazırlık evresinde olmak üzere sayı olarak birbirine benzer oranda yer almıştır. Bu çalışmada ruhsal bozukluğu olan kişiler çalışmadan dışlanmıştır. Çalışmamızın ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılmış olması, katılımcı sayısının bu çalışmaya göre daha az ve takip süresinin daha kısa olmasına rağmen benzer bırakma oranının saptanmış olması müdahalenin ruhsal bozukluğu olan bireylerde de etkili olabileceğini göstermektedir.

Başka bir tek kör, pragmatik randomize kontrollü sigara bırakma müdahale çalışmasında, 18-24 yaş aralığında, 255 sigara içen üniversite öğrencisi müdahale öncesinde e-posta aracılığıyla bilgilendirilmiştir. Müdahale grubuna dâhil edilen 133 öğrenci ile yüz yüze yaklaşık 50 dakika süren motivasyonel görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede öğrencilerin FNBT ile nikotin bağımlılığı, transteoretik modele göre değişim evreleri, sigara ile ilişkili öz yeterlilik, inanç ve niyetleri ölçekler ile

değerlendirilmiştir. Bu görüşmede öğrenciler okulun internet sitesinden ulaşabilecekleri sigaranın sağlığa etkilerini ve bırakma ile ilgili bilgileri içeren bir yardım materyalini okumaya davet edilmiştir. Görüşmeden 2 ay sonra 1 saat süren grup terapisi ve 4 ay sonra 20 dakika süren motivasyonel görüşme yapılmıştır. Kontrol grubuna ise bir kez 5-10 dakika süren kısa tavsiye ve broşür verilmiştir. 6 ay sonra gruplar değerlendirildiğinde bulunan sonuçlar ile müdahale grubunun değişim aşamaları boyunca daha ileri gittiği ortaya koyulmuştur. Başlangıçta müdahale grubunun %30,8'i düşünmeme, %39,9'u düşünme ve %29,3'ü hazırlık aşamasında yer almıştır. 6 ay sonra müdahale grubunun %8,8'i düşünmeme, %15,8'i düşünme, %15,8'i hazırlık, %26,3'ü hareket ve %33,3'ü nüks evresinde saptanmıştır. Müdahale sonrası, müdahale grubundaki bireyler değişimin aktif aşamalarında anlamlı olarak daha fazla ilerlemişlerdir (p=0,001). Müdahale grubunda sigarayı bırakma oranı (%21,1) kontrol grubuna (%6,6) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,001)[52]. Bizim çalışmamızda sigarayı bırakma oranının daha düşük olmasının sebebi bu çalışmadaki gibi yoğun bir müdahale yapılmamış olması olabilir. Çalışmamızı tanıtım amaçlı afişler hastaların görebileceği poliklinik ve servis ortamlarına yerleştirilmiştir ve görüşme sırasında her hastaya eğitim amaçlı broşürler verilmiştir. Bir kez yüz yüze diğerleri telefon ile olmak üzere toplam 3 seans yaklaşık 20 dakika süren motivasyonel görüşme yapılmıştır. 2 ay sonra katılımcılar değerlendirilmiştir. Ayrıca bu çalışmadaki öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyi ortalaması müdahale grubunda 2±1,7, kontrol grubunda 2,4±2 saptanmış olup bizim çalışmamıza göre oldukça düşüktür. Çalışmamızın motivasyonel görüşme sayısının ve takip süresinin bu çalışmaya göre daha kısa olmasına rağmen değişim evrelerindeki ilerleme grup içerisinde anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da motivasyonel görüşmelerin davranış değişiminde olumlu yönde etkili olabilmesi nedeniyle sigara bırakma tedavilerine eklenmesi önerilir.

Koyun'un yetişkin kadınlara transteoretik model temelli eğitimin sigara bırakma davranışı üzerine etkisini incelediği çalışmasında, değişim aşamalarındaki ilerleme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve müdahale grubundaki kadınların %13,2'si sigarayı bırakırken, kontrol grubunda sigarayı bırakan kadına rastlanmamış, iki grup arasında sigarayı bırakma yönünde olan fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur. Bu çalışmada 45-60 dakika arası süren ve kadınların bulundukları değişim evrelerine uygun 3 kez bireysel eğitim verilmiştir. İlk eğitimden 15 gün sonra telefon görüşmesi yapılmış, 2 ay sonra ise son değerlendirme yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların son görüşmelerine göre değişim evreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,013)[53]. Müdahale grubundaki kadınların başlangıçta 13'ü düşünmeme aşamasında iken, müdahale sonrasında 7'si düşünme, 1'i hazırlık evresinde yer almıştır ve bu pozitif yönde ilerleme bizim çalışmamızdakine benzerdir. Bizim çalışmamızda %12,8 olan bırakma oranı da bu çalışmaya benzer orandadır. Bu çalışmada olduğu gibi çalışmamızda bireylerin evresine uygun müdahalelerin davranış değişiminde etkili olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada 18 kadının son görüşme verileri olumsuz hava koşulları nedeniyle elektronik e-posta yoluyla toplanmıştır. Bizim çalışmamızda ise 35 kişinin (%74,5) son değerlendirmesi telefon görüşmesi ile yapılmıştır. Katılımcıların çalışıyor olması, şehir dışında olması gibi kişisel nedenleri dolayısıyla yüz yüze görüşme yapılamamıştır.

Transteoretik model öz yeterliliğin sigara içme davranışında değişikliği başlatma ve sürdürme ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir[54]. Bilişsel davranışçı yaklaşımlarda da öz yeterliliğin sigara bırakmada merkezi bir rol oynadığı varsayılmaktadır[55]. Pardavila-Belio ve arkadaşlarının yukarıda ayrıntılı açıklanmış olan üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmanın sekonder analizinde, öz yeterlilik ve sigara bırakma ile ilgili niyetlerinin ortalama puanlarındaki artışın müdahale grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Bu çalışmada öz yeterlilik seviyesi ortalaması başlangıçta müdahale grubunda 8,9±3,1 ve kontrol grubunda 8,9±3,7'dir. 6 ay sonra müdahale grubunda ortalamada artış 1,85, kontrol grubunda ise 0,83 saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur[56]. Bizim çalışmamızda katılımcıların öz yeterlilik seviyeleri değerlendirildiğinde başlangıçta 4,23±2,6 iken motivasyonel görüşmeden 2 ay sonra 6,04±2,9 saptanmış ve öz yeterlilikteki bu artış anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Davranış değişiminde önemli bir yeri olan öz yeterliliğin bu çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da müdahale sonrası arttığı gösterilmiştir. Bu sonuç motivasyonel görüşmelerin sigara bırakmada kullanılması gerektiğini bir kez daha desteklemektedir. Bu çalışmada müdahale grubunda öğrencilerin sigara

bırakma ilişkili niyetlerinin ortalamasında artış 1,32, kontrol grubunda 0,46 saptanmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise başlangıçta sigara bırakma isteği 6,83±3,5 iken müdahale sonrası 8,13±2,71 saptanmıştır ve bu artış anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Bu artış motivasyonel görüşmelerin kişinin kararsızlığı keşfetmesine yardımcı olması ve yönlendirici bir yaklaşım olması nedeniyle açıklanabilir.

Brown ve arkadaşlarının ruhsal bozukluğu olan adölesanlarda motivasyonel görüşmenin sigara bırakma üzerinde etkisinin incelendiği araştırmasında müdahale grubundaki adölesanlar ile hastane yatışları sırasında 2 kez yüz yüze, yaklaşık 45 dakika süren bireysel motivasyonel görüşme, taburculuğu takip eden 6 ay içerisinde 6 kez kısa telefon görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise 5-10 dakika süren sigara bırakma tavsiyesi verilmiştir. Müdahale sonrası katılımcıların öz yeterlilik seviyesi ortalaması müdahale grubunda 18,81'den 25,35'e yükselirken kontrol grubunda 19,74'ten 22,38'e yükselmiştir. Sigara bırakma becerisine ilişkin öz yeterliliğin arttırılmasında müdahalenin kısa tavsiyeden daha etkili olduğu bulunmuştur (p<0,05). Aynı zamanda yüksek öz yeterliliğin daha az sigara içimi ve daha fazla bırakma oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur [57]. Bizim çalışmamızda da müdahale sonrası öz yeterlilik anlamlı olarak artmıştır ve sigara bırakma durumu ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde görüşme sonrası öz yeterlilik seviyesinin ortalaması bırakanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (8,50- 5,68, p=0,018). Çalışmamızda bu çalışmada olduğu gibi daha az çalışılan bir hasta grubu hedef alınmış olmasına rağmen öz yeterliliğin artmasında motivasyonel görüşmenin etkili olabileceği gösterilmiştir.

Catley ve arkadaşlarının düşük bırakma isteği olan sigara içenler ile yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada bir gruba bir kez yaklaşık 5 dakika süren kısa tavsiye, ikinci gruba 4 kez motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmadan 'TeRKET' yaklaşımlarını içeren sağlık eğitimi verilmiştir. Üçüncü grup ile ise 4 kez motivasyonel görüşme yapılmıştır. Kişilerin bırakma motivasyonları ve bırakma konusunda güvenleri 0'dan 10'a kadar derecelendirilen skalalar ile ölçülmüştür. 3 ve 6 ay sonra değerlendirildiğinde sağlık eğitimi verilen grupta motivasyonel görüşme ve kısa tavsiye verilen gruplara göre motivasyonun daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Motivasyonel görüşme ve sağlık eğitimi verilen grupların bırakma konusunda güvenleri kısa tavsiye verilen gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,044, p=0,006)[58]. 6 ay sonunda bırakma oranı sağlık eğitimi verilen grupta (%15), motivasyonel görüşme (%6) ve kısa tavsiye (%4) verilen gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,037, p=0,016). Bu çalışmanın düşük eğitim durumu olan katılımcılar ile yapılması nedeniyle detaylı sağlık eğitimi verilmesi katılımcılar için daha fazla bilgilendirici ve yönlendirici olmuş olabilir. Oysaki motivasyonel görüşmeyi kısa görüşme veya standart bakım ile karşılaştıran 28 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde MG'nin bırakma konusunda anlamlı bir artış sağladığı ortaya konulmuştur[41]. Bizim çalışmamızda transteoretik modele göre düşünmeme evresinde olan katılımcılara 'TeRKET' yaklaşımı MG teknikleri ile uygulanmıştır. Düşünme ve hazırlık evresinde olan katılımcılara '5Ö' yaklaşımı MG teknikleri ile uygulanmıştır. 2 ay sonra katılımcıların bırakma motivasyonları ve bırakma konusunda güvenleri anlamlı olarak artmıştır (6,83- 8,13, p=0,004, 4,23-6,04, p<0,001). Çalışmamızdaki sigara bırakma oranı %12,8'dir ve bu çalışmada sağlık eğitimi verilen gruptaki orana yakın bulunmuştur. Ancak müdahalenin etkililiği konusunda kontrol grubunun bulunmaması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır. Sonuç olarak hem 'TeRKET' yaklaşımı hem de motivasyonel görüşme kişilerin sigara bırakma isteğini ve bırakma konusunda güvenini arttırmaktadır.

Gilbody ve arkadaşlarının pragmatik randomize kontrollü çalışmasında, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde davranışsal ve farmakolojik müdahale birlikte uygulanmış, takip sonrası 6.ayda müdahale grubunda bırakma oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (%14- %6, p=0,01). 12 ay sonra müdahale grubunun bırakma motivasyonlarında anlamlı bir artış sağlanmıştır (p=0.038)[21]. Bizim çalışmamızda takip süresinin kısa olmasına rağmen bırakma oranı bu çalışmadakine benzerdir. Ancak bu çalışmada katılımcılar şizofreni ve diğer psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı olan ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerden oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %76,6'sını depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Bahsedilen çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da katılımcıların sigara bırakma motivasyonu anlamlı olarak artmıştır. Bu nedenle klinik

uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireyler için de sigara bırakma tedavilerinde farmakolojik tedavilere ek olarak motivasyonel destek verilmelidir.

Ruhsal bozukluğu olan hastalar için standart sigara bırakma tedavisine motivasyonel görüşmenin eklenmesinin uygulanabilirliğini test etmeyi amaçlayan bir başka çalışmada 44 kişiden oluşan iki grup 6 ay boyunca izlenmiştir. İlk grup (N:25) NRT, 1 saatlik haftalık grup terapisi ve psikiyatristler tarafından sağlanılan günlük bireysel kısa tavsiyeler içeren standart bir sigara bırakma tedavisi almıştır. Müdahale grubuna (N:19) ise standart sigara bırakma tedavisi ile birlikte sigarayı bırakmayı ve azaltmayı hedefleyen, 15-30 dakika arasında süren, 4 bireysel seanstan oluşan motivasyonel görüşme yapılmıştır. 19 hastanın tamamı en az 1 motivasyonel görüşme seansını tamamlamış ve çalışma boyunca ortalama 3 seans tamamlanmıştır. Motivasyonel görüşmeler ilk 8 saatlik eğitim dışında en az 1 yıl boyunca haftada 1 saatlik eğitim alan psikiyatristler tarafından yapılmıştır. Müdahale grubunda 4 hasta (%21,1) sigarayı bırakmayı başarmıştır, kontrol grubunda ise sigarayı bırakmayı başaran yoktur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Her iki grupta da günlük içilen sigara sayısında yaklaşık 8 sigaralık ortalama bir azalma gözlenmiştir. Bu çalışma hastane ortamında psikiyatrik bozukluğu olan ve araştırılmamış bir sigara içicisi grubu arasında motivasyonel müdahalelerin kabul edilebilirliğini ve uygulanabilirliğini vurgulamıştır[3]. Bizim çalışmamızda psikiyatri servis yatışı veya poliklinik muayenesi sırasında 64 hasta ile yaklaşık 20 dakika süren, en az 1 tanesi yüz yüze olmak üzere 3 motivasyonel görüşme yapılmış ve takibe devam eden 47 hasta (%73,4) değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcılar içerisinde 17 kişi (%26,6) takipler sırasında ulaşılamaması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Bizim çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak poliklinik muayenesine gelen hastalar da çalışmaya dâhil edildiği için bu hastalara takip görüşmelerinde ulaşmanın zor olması nedeniyle son değerlendirilen katılımcı sayısı azalmış olabilir. Ayrıca görüşmelerin hastaların sürekli takipli oldukları psikiyatristler tarafından yapılmaması nedeniyle hastaların görüşmelere ilgisi daha düşük olmuş ve çalışmaya devam etmek istememiş olabilirler. Çalışmadan ayrılan katılımcıların sigara kullanım özellikleri, bağımlılık düzeyleri, sigara bırakmanın önemi, bırakma isteği ve öz yeterlilik seviyeleri karşılaştırıldığında çalışmaya devam eden katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda 2 ay takip

sonrasında 6 hasta (%12,8) sigarayı bırakmış ve günlük içilen sigara sayısında 6 sigaralık ortalama bir azalma sağlanmıştır. Çalışmamız ile sigara bırakma tedavisinde motivasyonel müdahalelerin ruhsal bozukluğu olan hastalar için de uygulanabilir olduğu gösterilmiştir. Ruhsal bozukluk varlığı sigarayı azaltma ve bırakmayı hedefleyen hekimlerin çabalarına engel oluşturmamalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların 2 ay sonunda bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde başlangıç düzeyinden anlamlı bir azalma sağlanmıştır (FNBT puanı: 5,17- 3,47, p<0.001). Katılımcılar arasında 16 kişi (%34) 2 aylık takip süresi içerisinde en az 24 saat süren bir bırakma girişiminde bulunmuştur. Müdahale sonrası günlük içilen sigara sayısı ortalama değeri de anlamlı olarak azalmıştır (21,06- 15,28, p<0,001). Metse ve arkadaşlarının yapmış oldukları randomize kontrollü bir çalışmada; akut psikiyatrik nedenle yatış sırasında başlatılan ve taburculuk sonrası devam eden, sigara içme sıklığının azaltılmasını ve bırakma davranışının arttırılmasını hedefleyen bir sigara bırakma müdahalesinin etkinliğinin değerlendirilmesi araştırılmıştır. 754 hasta randomizasyon yoluyla 2 gruba ayrılmış, kontrol grubundaki 375 hasta hastanede standart sigara bırakma tedavisi almıştır. Müdahale grubundaki 379 hastaya ise hastanedeki rutin sigara bırakma tedavisine ek olarak 10-15 dakikalık motivasyonel görüşme ile ruhsal bozukluğu olan sigara içenlere yönelik yardım materyali olmak üzere iki kanıta dayalı sigara bırakma müdahalesi uygulanmıştır. Ayrıca taburculuk sonrası müdahale grubuna, 4 ay boyunca farmakolojik destek (NRT) ve telefon ile davranışsal sigara bırakma danışmanlığı desteği (ilk 5 hafta haftada 1, sonra 2 haftada 1, en az 11 görüşme) sağlanmıştır. Çalışmadan ayrılma ve iletişim kurulamaması nedenleriyle kontrol grubunda 367 hasta, müdahale grubunda ise 373 hasta taburculuk sonrası 6. ve 12. aylarda değerlendirilmiştir. Taburculuk sonrası 6.ayda 7 günlük bırakma oranı müdahale grubundaki hastalarda (%15,8) kontrol grubundaki hastalara (%9,3) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Odds ratio=1,07, p=0,04). 12 ay sonra ise gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır. Müdahale grubundaki hastaların sigara tüketimini ≥%50 azaltması ve en az bir bırakma girişiminde bulunması 6 ve 12.ay değerlendirmelerinde kontrol grubuna göre daha anlamlı bulunmuştur. Nikotin bağımlılığı, bırakmaya hazır olma durumu ve en uzun bırakma girişiminin süresi açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır[17]. Bu çalışmadan farklı olarak

bizim çalışmamızda hastaların 2 ay süre ile daha kısa takip edilmesi, bir kez yüz yüze ve 2 kez telefon ile daha az sayıda motivasyonel görüşme yapılmasına rağmen nikotin bağımlılık düzeyi anlamlı olarak azalmıştır. Bu çalışmada katılımcılar akut psikiyatrik nedenle yatış sırasındaki hastalardan seçilmiştir. Bizim çalışmamızda ise akut psikoz döneminde olan ve bipolar bozukluğun mani döneminde olan hastalar çalışmadan hariç tutulması nedeniyle bağımlılık düzeyindeki azalma anlamlı olabilir. Psikiyatrik hastalarda sigara bırakma tedavileri öncesinde hastanın dengeli bir durumda olmasının önerilmesi nedeniyle bu hastalar çalışmamıza dâhil edilmemiştir. Diğer yandan katılımcılar ile anket uygulaması ve görüşme esnasında daha iyi iletişim kurulabilmesi için bu hastalar çalışmadan hariç tutulmuştur. Bu durum çalışmamızdaki müdahale içeriğinin daha az olmasına rağmen bırakma oranının bu çalışma ile benzer olmasını açıklayabilir. Sonuç olarak bu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da müdahale günlük sigara tüketiminin azalmasına ve sigara bırakma girişimlerinin artmasına neden olmuştur. Bu durum gelecekteki başarılı bırakmaların öncüsü olarak değerlendirilebilir.

Steinberg ve arkadaşlarının yapmış oldukları kısa müdahale çalışmasında, motivasyonel görüşmenin kısa tavsiye ve psikoeğitime göre sigara içen şizofreni hastalarını tütün bağımlılığı tedavisi için isteklendirmede daha etkili olacağı amaçlanmıştır. Müdahaleden 1 ay sonra hastalar değerlendirildiğinde MG yapılan grubun %32,3'ü, psikoeğitim verilen grubun %11,8'i tedavi programına başvurmuştur[42]. Kısa tavsiye verilen grupta ise başvuran olmamıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcılar içerisinde 10 kişi (%21,3) sigara bırakma programına başvurmuştur. Bu sonuçlar motivasyonel görüşmelerin hastaların tedaviye daha fazla dâhil olmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin sigarayı bırakma çabalarını etkileyen faktörlerin araştırıldığı niteliksel bir çalışmada algılanan yaşam stresi yüksek olan kişilerin sigarayı bırakma sonuçlarının daha az başarılı olduğu gösterilmiştir[6]. Bizim çalışmamızda ise sigara bırakma durumu ile algılanan stres düzeyinin ilişkisi değerlendirildiğinde bırakan ve bırakmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak müdahale sonrasında algılanan stres düzeyinde anlamlı bir azalma sağlanmıştır (ASÖ puanı: 31,28- 23,91, $p<0,001$). Bu azalma motivasyonel

görüşmenin kişilerin stresle baş etme konusunda beceri kazanmasını sağlamış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda sigara bırakma durumu ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde bırakmış olanların bırakmamış olanlara göre nikotin bağımlılık düzeyi anlamlı olarak düşük bulunmuştur (FNBT puanı 2,83 ve 5,51, p=0,015). Bırakmış olanların geçmişte en az bir bırakma girişimi olmuştur. Geçmiş bırakma girişimi sayısı ise bırakmış olanlarda yüksek bulunmuştur (5,33 ve 2,31, p=0,05). Bu bulgulara göre geçmiş başarısız denemelerin olması kişileri karamsarlığa sürüklememelidir aksine bırakma girişimleri bir sonraki başarılı bırakmanın öncüsü olabilmektedir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Motivasyonel görüşmenin sigara bırakma üzerinde etkilerini araştıran birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen ülkemizdeki yayınlara bakıldığında ruhsal bozukluğu olan bireylerde bu alanda yapılmış olan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca motivasyonel görüşmenin ruhsal bozukluğu olan sigara içenlerde de uygulanabilir olduğunu göstermesi ve benzer çalışmalara başlangıç niteliğinde olması açısından önemlidir.

5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Kontrol grubunun olmaması
- Takip sonunda yapılan değerlendirmenin ve istatistiksel analizlerin araştırıcının kendisi tarafından yapılmış olması
- Sigarayı bırakma ve azaltma konusundaki verilerin kişinin kendi beyanına dayanıyor olması ve son değerlendirmenin çoğunluğunun telefon ile yapılması nedeniyle verilerin biyokimyasal olarak doğrulanamaması
- Takip süresi içerisinde katılımcı kaybı olması

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruhsal bozukluğu olan bireyler sigara kullanımının sıklığı nedeniyle yüksek morbidite, mortalite düzeyleri ve azalmış yaşam beklentisi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu hasta grubunun sigara bırakma tedavileri konusunda daha az destek almasının yayınlarda bildirilmesi nedeniyle araştırmamızda ruhsal bozukluğu olan bireyler ile çalışılmıştır. Araştırmamızın bulguları ile motivasyonel görüşmenin sigara içme davranışında olumlu yönde etkili olabileceği gösterilmiştir. Ayrıca davranış değişiminde önemli bir yeri olan öz yeterlilik seviyesinde müdahale sonrası anlamlı artış sağlanmıştır.

Sigara kullanımı birçok kronik hastalık ve olumsuz durum için değiştirilebilir risk faktörü olması açısından önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tütün kullanımından kaçınma hem birincil hem ikincil korunmada etkin ve maliyet yararlılık açısından başlıca ilaç dışı yöntemdir. Aile hekimleri toplum yönelimli olma, sürekli bakım sunabilme, kolay ulaşılabilir ve yaygın olma özellikleri ile bu konuda önemli fırsatlara sahiptir. Ruhsal bozukluğu olan bireyler için de sigara bırakma konusunda en kolay destek alabilecekleri yer birinci basamaktır. Klinik uygulamada sigara bırakma tedavilerinin farmakolojik kısmı önemsenirken davranışsal ve psikolojik kısmı geri planda kalmaktadır. Hâlbuki bağımlılık tedavilerinin olmazsa olmazı psikolojik ve davranışsal desteğin de verilmesidir. Bu araştırmada motivasyonel görüşmelerin ruhsal bozukluğu olan bireyler için de etkili olabileceği gösterilmiştir. Aile hekimleri bu bireylere karşı ön yargılı davranmamalı, bütüncül yaklaşım ilkesine uygun olarak davranışsal ve psikolojik destek de sunmalıdır. Motivasyonel destek verilmesi sigara içme davranışının değişiminde olumlu yönde etkili olacaktır.

Motivasyonel müdahaleler, genel popülâsyon için olduğu kadar ruhsal bozukluğu olan bireyler için de uygulanabilir olması ve bırakma konusunda etkili olması nedeniyle sigara bırakma programlarına dâhil edilmelidir. Bu çalışma sonrasında katılımcıların 6 ay süre ile takip edilmesi planlanmıştır. Kontrollü araştırmalar ile müdahale sonrası etkinliğin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. CDC. Centers for Disease Control and Prevention, Global Tobacco Control. https://www.cdc.gov/tobacco/global/index.htm?s_cid-osh-stu-home-nav-007. (12,09, 2019)

2. WHO. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf;jsessionid=18318DE7B3C3CE50967CF3B71C8B4B5D?sequence=1.

3. Barrio P, Hidalgo-Mazzei D, Ilzarbe D, et al. Motivational interviewing for smoking cessation in a psychiatric day hospital: A feasibility study. *J Dual Diagn*. 2014;10(4):226-229. doi:10.1080/15504263.2014.961851

4. Colton CW MR. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. 2006;(3):1-14.

5. Üçok A, Polat A, Bozkurt O MH. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;(58):434-437.

6. Rae J, Pettey D, Aubry T, Stol J. Factors affecting smoking cessation efforts of people with severe mental illness: A qualitative study. *J Dual Diagn*. 2015;11(1):42-49. doi:10.1080/15504263.2014.992096

7. Ertekin H, Aydın M, Arslan M, Ertekin YH, Eren İ. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Kullanımı Değerlendiriliyor Mu? *Konuralp Tıp Derg*. 2017:78-82. doi:10.18521/ktd.319784

8. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. 2014.

9. Ferron JC, Devitt T, McHugo GJ, A. Jonikas J, Cook JA, Brunette MF. Abstinence and Use of Community-Based Cessation Treatment After a Motivational Intervention Among smokers with Severe Mental Illness. *Community Ment Health J*. 2016;52(4):446-456. doi:10.1007/s10597-016-

9998-1

10. WONCA EUROPE. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. 2002.

11. *Küresel Yetişkin Türkiye Araştırması 2012*. Ankara; 2014.

12. WHO. Prevalence of Tobacco Smoking.

13. WHO. Tobacco, Leading Cause of Death, Illness and Impoverishment. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. (17,09, 2019)

14. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi: Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem. 2008. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t20.pdf.

15. Dünya Sağlık Örgütü. *Küresel Tütün Salgını Raporu*.; 2008.

16. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T. Türkiye'de tütün kontrolü politikaları. *DSÖ, Denmark*. 2010. http://ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TurkiyedeTutunKontroluPolitikalari.pdf.

17. Metse AP, Wiggers J, Wye P, et al. Efficacy of a universal smoking cessation intervention initiated in inpatient psychiatry and continued post-discharge: A randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017;51(4):366-381. doi:10.1177/0004867417692424

18. Baker A, Richmond R, Haile M, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1934-1942. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1934

19. Doç Y, Kuloğlu M, Doç Y, et al. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Nikotin Bağımlılığı. *Kriz Derg*. 1999;9(1):33-38.

20. Lores L, Monje A, Bergada M, Arellano E, Rodríguez-Larrea J, Miravitlles M. Prevalence of smoking in a psychiatric hospital and its relationship with respiratory symptoms and the prevalence of COPD. *Int J COPD*. 2018;13:2797-2804. doi:10.2147/COPD.S165880

21. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):379-390. doi:10.1016/S2215-0366(19)30047-1

22. Karşıdağ Ç, Alpay N KA. Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adam*. 2015;18(1):13-20.

23. Yargıç L., Baykan H. Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara birakma. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2013;14(1):77-83. doi:10.5455/apd.34493

24. Prochaska JJ RJ. Depressed Smokers and Stage of Change: Implications for Treatment Interventions. *Drug Alcohol Depend*. 2004;(76):143-151.

25. Akman M ÇS. Sigara Bırakma Tedavileri: Derlemeleri Temel Alan Bir Derleme. *Turkiye Klin J FamMed-Special Top 2010;1(4)*. 2010;1(4):54-62.

26. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 national health interview survey. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2464-2472. doi:10.2105/AJPH.2009.188136

27. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General.*; 2014. doi:10.2307/1973420

28. Uysal MA. How Does Nicotine Take You Captive? Neurobiology of Tobacco Addiction. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2017;4(1):37-43. doi:10.5152/gghs.2016.006

29. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. *Arch Pulm*. 2002;(14):129-139.

30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. London, England: American Psychiatric Publishing Washington, DC; 2013.

31. Saglam L. Clinical Evaluation of Nicotine Dependence. *Güncel Göğüs Hast Serisi*. 2017;4(1):78-89. doi:10.5152/gghs.2016.011

32. Fiore M, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. *AM J Prev Med HHS Public Access*. 2008;35(2):158-176. doi:10.1016/j.amepre.2008.04.009.A

33. Robert E. Rakel. *Textbook of Family Medicine*. 9th ed.; 2016.

34. Garcia-Gomez L, Hernández-Perez A, Noe-Diaz V, Antonio Riesco-Miranda J, Jimenez-Ruiz C. Smoking cessation treatments: Current psychological and pharmacological options. *Rev Investig Clin*. 2019;71(1):7-16. doi:10.24875/RIC.18002629

35. Silagy C SL. Physician advice for smoking cessation. *Chocrane Database Sys Rev*. 2001:CD000165.

36. Reichert J, Araújo AJ De, Maria C, et al. Smoking cessation guidelines. *J Bras Pneumol*. 2008;34(August):845-880.

37. Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry*. 2016;8(23775):380-392. doi:10.18863/pgy.253444

38. Lancaster T SL. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4:CD000165.

39. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. *ENSP Guidelines for Treating Tobacco Dependence*.; 2016. http://elearning-ensp.eu/assets/English version.pdf.

40. Catley D, Harris KJ, Goggin K, et al. Motivational Interviewing for encouraging quit attempts among unmotivated smokers: Study protocol of a randomized, controlled, efficacy trial. *BMC Public Health*. 2012;12(1):456. doi:10.1186/1471-2458-12-456

41. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(3). doi:10.1002/14651858.CD006936.pub3.www.cochranelibrary.com

42. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: A brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(4):723-728. doi:10.1037/0022-006X.72.4.723

43. Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, et al. Treating tobacco dependence : guidance for primary care on life-saving interventions . Position statement of the IPCRG. *Prim Care Respir Med*. 2017;2017(June):1-11. doi:10.1038/s41533-017-0039-5

44. Ocak 2019 Açlık ve Yoksulluk Sınırı. http://www.turkis.org.tr/OCAK-2019-ACLIK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d176748. (08,06, 2019)

45. Alkol ve madde kullanımını değerlendirme ölçeği. http://www.yedam.org.tr/alkol-olcegi. (08,06,2019)

46. Uysal MA, Kadakal F, Karşidag C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-121.

47. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması : Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. *New Symp J*. 2013;3(51):132-140.

48. British Technology. Smokerlyzer breath carbon monoxide (CO) monitors.

49. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektron Derg*. 2012;5(1):8-15.

50. Cole TK. Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2001;30(2):148-158. doi:10.1067/mhl.2001.111249

51. Soria R, Legido A, Escolano C, Yeste AL, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract*. 2006;56(531):768-774.

52. Pardavila-Belio MI, García-Vivar C, Pimenta AM, Canga-Armayor A, Pueyo-Garrigues S, Canga-Armayor N. Intervention study for smoking cessation in Spanish college students: Pragmatic randomized controlled trial. *Addiction*. 2015;110(10):1676-1683. doi:10.1111/add.13009

53. Koyun A. Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli İle Yapılan Eğitimin Sigara Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi, Kadın-Doğum Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2013.

54. DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognit Ther Res*. 1985;9(2):181-200. doi:10.1007/BF01204849

55. Gwaltney CJ, Metrik J, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychol Addict Behav*. 2013;23(1):1-20. doi:10.1037/a0013529.Self-Efficacy

56. Pardavila-Belio MI, Canga-Armayor A, Duaso MJ, Pueyo-Garrigues S, Pueyo-Garrigues M, Canga-Armayor N. Understanding how a smoking cessation intervention changes beliefs, self-efficacy, and intention to quit: A secondary analysis of a pragmatic randomized controlled trial. *Transl Behav Med*. 2019;9(1):58-66. doi:10.1093/tbm/ibx070

57. Brown RA, Strong DR. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control*. 2003;12:3-10.

58. Catley D, Goggin K, Harris KJ, et al. A Randomized Trial of Motivational Interviewing: Cessation Induction Among Smokers With Low Desire to Quit. *Am J Prev Med*. 2016;50(5):573-583. doi:10.1016/j.amepre.2015.10.013

8. EKLER

Ek - 1. Etik kurul onay formu

Ek - 2. Araştırıcı tarafından uygulanan anket formu

Ek - 3. Gönüllü bilgilendirme formu

Ek - 4. Gönüllü onam formu

Ek - 5. Katılımcıları bilgilendirme amacıyla hazırlanan afişler

Ek - 6. Katılımcılara görüşme sırasında verilen broşürler

Ek - 1. Etik kurul onay formu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	**PROTOKOL KODU**	**09.2019.392**
	PROJE ADI	Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Motivasyonel Görüşmenin Sigara İçme Davranışı Üzerine Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ

KARAR BİLGİLERİ	**Tarih : 05. 04. 2019** **Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.**

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

Ek - 2. Araştırıcı tarafından uygulanan anket formu

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Motivasyonel Görüşmenin Sigara İçme Davranışı Üzerine Etkisi

KATILIMCI ANKET FORMU

Anket No: Tarih:

Adı Soyadı:

Telefon numarası:

1. Yaş:….
2. Cinsiyet:
   - □ Kadın □ Erkek
3. Medeni Durum
   - □ Evli □ Bekar
4. Çocuk sayısı ve yaşları:……
5. Evde kiminle beraber yaşıyorsunuz?
   - □ Eşim □ Eşim ve çocuklarım
   - □ Ebeveynim □ Yalnız
   - □ Diğer:……
6. Eğitim durumu:
   - □ Okur-yazar değil □ Okuryazar
   - □ İlkokul □ Ortaokul
   - □ Lise □ Üniversite
7. Çalışma durumu:
   - □ Çalışıyor □ Çalışmıyor
8. Meslek:…….
9. Aylık gelir durumunuzu belirtiniz?
   - □ 2014 TL ve altında □ 2014-6561 TL arası
   - □ 6561 TL ve üzeri
10. Sigara içme durumunuzu belirtiniz:
    - □ Sigara içiyorum □ Sigara içiyordum bıraktım

- Sigara hiç içmedim

11. Sigaraya başlama yaşınızı belirtiniz:.…
12. Günlük içtiğiniz sigara sayısını belirtiniz:…..
13. Sigara içme sürenizi belirtiniz:….
14. Sigara tüketimi(paket/yıl):…..
15. Sigara dışında başka tütün ürünü kullanıyor musunuz?
    - Evet
    - Hayır
16. Eğer kullanıyorsanız aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz:
    - Sarmalık kıyılmış tütün
    - Pipo tütünü
    - Puro
    - Sigarillo
    - Nargilelik tütün
    - Enfiye tütünü
    - Çiğnemelik tütün
    - Diğer:…….....
17. Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü?
    - Evet
    - Hayır
18. Daha önce sigara bırakma girişiminiz oldu mu?
    - Evet Kaç kez: …..
    - Hayır
19. En uzun bırakma girişiminiz ne kadar sürdü :…
20. Geçmiş bırakma girişiminizde karşılaştığınız zorluklar nelerdir?
    - Aşırı sigara içme isteği
    - Sinirlilik
    - Konsantrasyon bozukluğu
    - Uyku bozukluğu
    - İştah artışı
    - Kilo alma
    - Endişe
    - Huzursuzluk
    - Baş ağrısı
    - Çarpıntı
    - Diğer :……..
21. Daha önce profesyonel destek aldınız mı?
    - Evet
    - Hayır
22. Cevabınız evet ise yöntem belirtiniz?
    - Farmakolojik
    - Psikiyatrik
    - Akupunktur
    - Diğer:.……
23. Daha önce herhangi bir sağlık uzmanından sigara bırakma önerisi aldınız mı?
    - Evet
    - Hayır
24. Şuanda sigara bırakma tedavisi alıyor musunuz?
    - Evet
    - Hayır
25. Psikiyatrik hastalık tanınızı belirtiniz:
    - Şizofreni ve diğer psikotik bozukluk
    - Bipolar ve ilişkili bozukluk
    - Depresyon bozukluğu
    - Anksiyete bozukluğu

- ☐ Obsesif kompulsif bozukluk
- ☐ Diğer bozukluklar:……

26. Kullandığınız ilaçları belirtiniz:……..…….
……
……....

27. Bilinen diğer hastalıklarınızı belirtiniz?
- ☐ Diyabet
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ KOAH
- ☐ Kronik bronşit
- ☐ Kronik iskemik kalp hastalığı / Enfarktüs
- ☐ Hiperlipidemi
- ☐ Periferik Arter Hastalığı
- ☐ Akciğer kanseri
- ☐ Diğer……..

28. Alkol kullanıyor musunuz? (Cevabınız evet ise 27 ve 28. soruları cevaplayınız.)
- ☐ Evet
- ☐ Hayır

29. Son altı ay içinde ne sıklıkla alkol kullandınız?
- ☐ Hiç kullanmadım ya da ayda 1-3 kereden fazla değil
- ☐ Haftada 1-5 kez
- ☐ Hemen hemen her gün

30. Son altı ay içinde bir günde ne kadar içki içiyordunuz? Ortalama olarak söyleyebilir misiniz?
- ☐ 1-2 standart içkiye kadar
- ☐ 3-4 standart içki
- ☐ 5 standart içki ve fazlası

(Aşağıdakine göre günlük standart içki miktarını hesaplayıp, yanıtı öyle yazınız
Bir kadeh şarap = Bir standart içki
Yarım duble rakı veya votka veya cin veya viski vb= Bir standart içki
Bir büyük kutu bira= 1,5 standart içki)

31. Bağımlılık yapıcı madde kullanıyor musunuz? (Cevabınız evet ise 30 ve 31. soruları cevaplayınız.)
- ☐ Evet
- ☐ Hayır

32. Son bir yılda ne sıklıkla madde kullandınız?
- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ En az bir kez
- ☐ Üçten fazla kez

33. Maddeyi kestiğinizde ve azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)
- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Çok sık

34. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

35. Sağlık problemlerinizde size destek veren birisi var mı?

- ☐ Evet Yakınlık dereceniz:.……
- ☐ Hayır

36. Evde sizden başka sigara içen var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

37. İş yerinde sizden başka sigara içen var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

38. Sigara içme isteğinizi arttıran nedenleri belirtiniz:

- ☐ Çay
- ☐ Kahve
- ☐ Yemekten sonra
- ☐ Stres
- ☐ Alkol
- ☐ Diğer:.……..

39. Sigaranın zararları hakkında bilgiye sahip misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

40. Hayatınızda keyif aldığınız uğraşlar var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

41. Hayatınızda keyif aldığınız uğraşlar varsa nelerdir?

- ☐ Spor yapmak
- ☐ Yemek yapmak
- ☐ Balık tutmak
- ☐ Kitap okumak
- ☐ El işi yapmak
- ☐ Diğer:.……

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
   - 10 taneden az (0 puan)
   - 11-20 (1 puan)
   - 21-30 (2 puan)
   - 31 ve daha fazla (3puan)
2. İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?
   - İlk 5 dakika içerisinde (3 puan)
   - 6-30 dakika içerisinde (2puan)
   - 31-60 dakika içerisinde (1 puan)
   - 1 saatten sonra (0 puan)
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
   - Evet (1 puan)
   - Hayır (0 puan)
4. En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir?
   - Sabah içilen ilk sigara (1 puan)
   - Diğerleri (0 puan)
5. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?
   - Evet (1 puan)
   - Hayır (0 puan)
6. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?
   - Evet (1 puan)
   - Hayır (0 puan)

SONUÇ:…..puan

DEĞERLENDİRME

- 0-2 çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
- 3-4 düşük düzeyde nikotin bağımlılığı
- 5 orta düzeyde nikotin bağımlılığı
- 6-7 yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı
- 8-10 çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir zaman	**Neredeyse hiçbir zaman**	**Bazen**	**Oldukça sık**	**Çok sık**
1.Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Gecen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelendiniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

İLK GÖRÜŞME

1. **Eğitim (Broşür)**
   - □ Verildi □ Verilmedi
2. **CO düzeyi**:…..
3. **Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?**
   - □ Şu anda sigara içiyorum ancak gelecek 6 ay içinde sigara bırakmayı ciddi olarak düşünmüyorum
   - □ Şu anda sigara içiyorum ancak gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum
   - □ Sigara içiyorum ve gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum
   - □ Sigarayı 6 aydan daha kısa bir süre önce bıraktım
   - □ Sigarayı 6 aydan daha uzun bir süre önce bıraktım
4. **Sigarayı bırakmayı ciddi olarak ne zaman düşünüyorsunuz?**
   - □ Gelecek 10 gün (9 puan)
   - □ 1 ay (8 puan)
   - □ 6 ay (7 puan)
   - □ 1 yıl (6 puan)
   - □ 5 yıl (5 puan)
   - □ 10 yıl içinde niyetli olmayı (4 puan)
   - □ Gelecekte fakat 10 yıl içinde değil (3 puan)
   - □ Sigara içme niyetindeyim fakat azaltmak istiyorum (2 puan)
   - □ Azaltmaya niyetim yok (1 puan)
5. **Sigarayı bırakmak sizin için ne kadar önemlidir?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. **Sigarayı bırakmayı ne kadar istiyorsunuz?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. **Sigarayı bırakmak konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. **Motivasyonel görüşme tarihi:**

2.GÖRÜŞME

1. **Karşılaşılan engeller:**
   - ☐ Yoksunluk belirtileri
   - ☐ Başarısızlık korkusu
   - ☐ Özgüven eksikliği
   - ☐ Kilo alma
   - ☐ Destek yoksunluğu
   - ☐ Endişe / kaygı
   - ☐ Sigara içicileri ile bir arada bulunma
   - ☐ Etkin tedavilerin varlığından haberdar olmama
   - ☐ Diğer:……..

2. **Pekiştirici faktörler:**

   Davranışsal faktörler

   - ☐ Çay
   - ☐ Kahve
   - ☐ Alkol
   - ☐ Diğer:……
   - ☐ Yemek sonrası

   Duygusal faktörler

   - ☐ Öfke
   - ☐ Neşe
   - ☐ Üzüntü
   - ☐ Stres
   - ☐ Diğer:…koku……..

   Görsel faktörler

   - ☐ Sigara paketi
   - ☐ Kül tablası
   - ☐ Çakmak
   - ☐ Diğer:……

   Durumsal faktörler

   - ☐ Eskiden sigara içilen ortamlarda bulunma
   - ☐ Sigara içen kişilerle bir arada olunması
   - ☐ Diğer:…….

   Sosyokültürel faktörler

   - ☐ Zorlu hayat koşulları
   - ☐ Aile içi problemler
   - ☐ Diğer:…….

3. **Hastayla görüşülen diğer konular**:……

4. **Bırakma tarihi**
   - ☐ Belirlendi:……..
   - ☐ Belirlenmedi

3.GÖRÜŞME

1. **Kontrol şekli**
   - ☐ Yüz yüze
   - ☐ Telefon
2. **Hasta ile görüşülen plan ve öneriler:**

   ……..

…….

3. **Bırakma tarihi**

 Belirlendi Belirlenmedi

4.GÖRÜŞME

1. **Kontrol şekli**

 Yüz yüze Telefon

2. **Hasta ile görüşülen plan ve öneriler:**

……

…….

3. **Bırakma tarihi**

 Belirlendi Belirlenmedi

TAKİP FORMU

1. **Sigara içmeyi bıraktınız mı?**

 Bıraktım Bırakmadım

2. **CO düzeyi:**.....
3. **Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?**

 Şu anda sigara içiyorum ancak gelecek 6 ay içinde sigara bırakmayı ciddi olarak düşünmüyorum
 Şu anda sigara içiyorum ancak gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum
 Sigara içiyorum ve gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum
 Sigarayı 6 aydan daha kısa bir süre önce bıraktım
 Sigarayı 6 aydan daha uzun bir süre önce bıraktım

4. **Sigarayı bırakmayı ciddi olarak ne zaman düşünüyorsunuz?**

 Gelecek 10 gün (9 puan)
 1 ay (8 puan)
 6 ay (7 puan)
 1 yıl (6 puan)
 5 yıl (5 puan)
 10 yıl içinde niyetli olmayı (4 puan)
 Gelecekte fakat 10 yıl içinde değil (3 puan)
 Sigara içme niyetindeyim fakat azaltmak istiyorum (2 puan)
 Azaltmaya niyetim yok (1 puan)

5. **Sigarayı bırakmak sizin için ne kadar önemlidir?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. **Sigarayı bırakmayı ne kadar istiyorsunuz?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. **Sigarayı bırakmak konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. **Günlük içtiğiniz sigara sayısını belirtiniz:….**
9. **Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanı:....**
10. **Algılanan Stres Ölçeği Puanı:….**
11. **Önceki 2 ay boyunca en az 24 saat süren sigarayı bırakma yönünde herhangi bir ciddi girişiminiz oldu mu?**

    □ Evet □ Hayır

12. **Önceki 2 ay boyunca sigara bırakma programına başvurdunuz mu?**

    □ Evet

    □ Hayır

Ek - 3. Gönüllü bilgilendirme formu

T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından 'Sigara içen psikiyatrik hastalarda motivasyonel görüşmenin sigara içme davranışı üzerine etkisi' isimli bir araştırma yürütülmektedir. Araştırmanın amacı Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servis ve Polikliniklerine başvuran, günde 1 ve daha fazla sigara içen hastalara verilecek olan motivasyonel görüşmenin sigara bırakma davranışı üzerine etkisini incelemektir. Tek kollu müdahale araştırmasıdır. Araştırmacı hekim tarafından katılımcılara sosyodemografik özellikleri, genel sağlık durumları, ayrıntılı sigara kullanım hikâyeleri hakkında bilgi toplamaya yönelik sorulardan oluşan bir anket formu yüz yüze uygulanacaktır. Katılımcılarla yüz yüze yaklaşık 20 dakika süren motivasyonel görüşme seansı uygulanacak olup takipte telefon ile görüşme yapılacaktır. Görüşme öncesi ve sonrasında verilen soluk havasında karbon monoksit ölçümü yapılacaktır. Katılımcılardan kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Yaklaşık katılımcı sayısı 50 kişidir. Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde sizden, anket formundaki soruları eksiksiz olarak yanıtlamanız beklenmektedir. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır. Psikiyatri ve Aile Hekimliği polikliniklerinden aynı şekilde hizmet almaya devam edeceksiniz. Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Müslime Gümüş Ersoy'a 0216 625 4550 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

Ek - 4. Gönüllü onam formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-soyadı:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin,

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

Ek - 5. Katılımcıları bilgilendirme amacıyla hazırlanan afişler



HİÇ DÜŞÜNDÜNÜZ MÜ ?

Sigaradan sağlığınız nasıl etkileniyor ?



- Nezle,grip daha sık gözlenir ve ağır seyreder
- Geri dönüşümsüz akciğer hastalığına neden olur
- Kalp hastalıkları için risk oluşturur
- Kısırlığa ve cinsel sorunlara neden olur
- Sigara kullanan 2 kişiden biri sigara nedeniyle ölmektedir

Sigarayı bırakma ile ilgili bilgi almak için bize ulaşabilirsiniz
05524603407

SEN DE BIRAKABİLİRSİN !



SAĞLIKLI BİR YAŞAM İÇİN SİGARAYA SON VER

1.Yıl
Kalp krizi geçirme riskiniz %50 azalır

5.Yıl
Ağız, gırtlak kanseri riski yarı yarıya azalır



10.Yıl
Akciğer, böbrek, pankreas kanseri riski azalır

15.Yıl
Koroner kalp hastalığı riski hiç içmeyenlerle aynı olur

YARDIM VE DESTEK İÇİN BİZE ULAŞABİLİRSİNİZ
05524603407

Ek - 6. Katılımcılara görüşme sırasında verilen broşürler



SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIĞIMIZ AÇISINDAN FAYDALARI

Sigarayı bıraktıktan sonra;

20. dakikada

Nabız, kan basıncı ve vücut ısısı normale döner.

24. saatte

Kanda karbon monoksit gazının düzeyi azalır.

2 hafta-3 ay arasında

Sohbet alıp vermek kolaylaşır,
Efor kapasitesi artar. (Örneğin; merdivenleri rahat çıkabilme, tempolu yürütüş yapabilme, vb.)
Öksürük azalır, 3 ayda kaybolur,
Balgam 2 hafta da yarı yarıya azalır,
Koku ve tat alma duyusu iyileşir,
Bağışıklık sistemi güçlenmeye başlar,
Diş ve parmaklarda sarı lekeler kaybolur.

Birinci yılda

Kalp krizi geçirme riski %50 azalır,
Beyin kanaması ve damar hastalığı riski %30-50 azalır,
KOAH, bronşit, vb. hastalıkların ilerlemesi durur.

5. yılda

Ağız, gırtlak, yemek borusu, idrar torbası kanser riski yarı yarıya azalır.

10. yılda

Felç olma riski 5-10 yıl içinde sigara içmeyenlerle eşitlenir,
Akciğer, ağız, gırtlak, yemek borusu, idrar torbası, böbrek, pankreas kanseri riski azalmaya devam eder.

15. yılda

Kalp krizi riski hiç içmeyenlerle eşitlenir.

NERELERDEN YARDIM ALABİLİRSİNİZ?

Sigarayı kendi kendinize bırakabileceğiniz gibi, ihtiyaç duymanız halinde bu konuda uzman kişilerden de yardım alabilirsiniz. Bunun için;

ALO 171 Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Danışma Hattı'nı arayarak ihtiyacınız olan desteği alabilirsiniz.

Sigarayı bırakırken bu konuda uzmanlaşmış bir hekimden destek almak isterseniz ;

182'yi arayarak **Merkezi Hekim Randevu Sistemi**'nden size en yakın **sigara bırakma polikliniği** için randevu alabilir ya da doğrudan bu polikliniklere başvurabilirsiniz.

ALO 171

BİZE ULAŞIN;

sigarabirakma@saglik.gov.tr

http://www.havamikoru.org.tr

TC Sağlık Bakanlığı

DUMANSIZ HAVA SAHASI

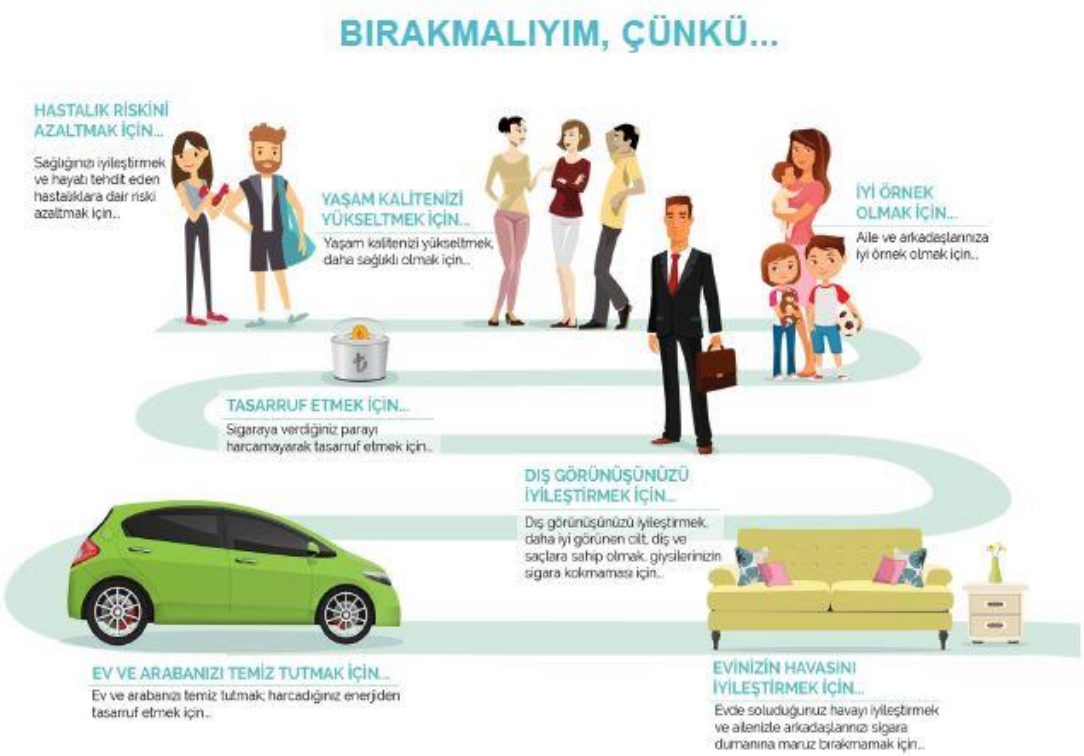
Türkiye'nin Havası Artık

%100

Dumansız Hava Sahası

SAĞLIK BAKANLIĞI

Sigaradan uzak, sağlıklı bir yaşam seçin...



SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIĞIMIZ AÇISINDAN FAYDALARI

Sigarayı bıraktıktan sonra;

20. dakikada

Nabız, kan basıncı ve vücut ısısı normale döner.

24. saatte

Kanda karbon monoksit gazının düzeyi azalır.

2 hafta-3 ay arasında

- Soluk alıp vermek kolaylaşır,
- Efor kapasitesi artar. (Örneğin; merdivenleri rahat çıkabilme, tempolu yürüyüş yapabilme, vb.)
- Öksürük azalır, 3 ayda kaybolur,
- Balgam 2 haftada yarı yarıya azalır,
- Koku ve tat alma duyusu iyileşir,
- Bağışıklık sistemi güçlenmeye başlar,
- Diş ve parmaklarda sarı lekeler kaybolur.

Birinci yılda

- Kalp krizi geçirme riski %50 azalır,
- Beyin kanaması ve damar hastalığı riski %30-50 azalır,
- KOAH, bronşit, vb. hastalıkların ilerlemesi durur.

5. yılda

- Ağız, gırtlak, yemek borusu, idrar torbası kanser riski yarı yarıya azalır.

10. yılda

- Felç olma riski 5-10 yıl içinde sigara içmeyenlerle eşitlenir,
- Akciğer, ağız, gırtlak, yemek borusu, idrar torbası, böbrek, pankreas kanseri riski azalmaya devam eder.

15. yılda

- Kalp krizi riski hiç içmeyenlerle eşitlenir.

NERELERDEN YARDIM ALABİLİRSİNİZ?

*ALO 171 Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Danışma Hattı'nı arayarak ihtiyacınız olan desteği alabilirsiniz.

*Sigarayı bırakırken bu konuda uzmanlaşmış bir hekimden destek almak isterseniz 182'yi arayarak **Merkezi Hekim Randevu Sistemi**'nden size en yakın **sigara bırakma polikliniği** için randevu alabilir ya da doğrudan bu polikliniklere başvurabilirsiniz.

HAYATINIZDAN SİGARAYI ÇIKARTMAK VE DAHA SAĞLIKLI BİR YAŞAM SÜRMEK İÇİN ALO 171'Yİ ARAYIN.

SİGARA BIRAKMA DANIŞMA HATTI ALO 171

http://www.havanikoru.org.tr

T.C. Sağlık Bakanlığı

O KADAR DA ZOR DEĞİL



ZOR DURUMLAR VE NÜKS İÇİN HAZIRLIKLI OLUN

- Sigara bırakma sürecinde çoğu zaman nüksler bıraktıktan sonraki 3 ay içinde gelişir. Tekrar sigara içmeye başlarsanız hayal kırıklığına uğramayın. Unutmayın, bırakmayı başaran birçok kişi defalarca denedikten sonra bırakabilmiştir.
- Bazı durumlar sizi sigara içmeye yöneltebilir, bunlardan uzak durmaya çalışın:
- Alkol : Alkol tüketmeyin, çünkü alkol tüketimi bırakma nızı zorlaştırır.
- Diğer sigara içicileri : Etrafınızda sigara içen birileri varsa canınız sigara içmek isteyebilir.
- Kilo artışı : Bir çok kişi sağlıklı yaşam kurallarına dikkat etmediği için kilo alabilir. Sağlıklı beslenme ve hareketli bir yaşam sizi bu sorundan uzak tutacak asıl hedefiniz olan sigara bırakmaya yakınlaştıracaktır.,
- Olumsuz duygu durumu : Kendinizi iyi hissetmeniz için size ve çevrenize kalıcı iyilik verecek yollar var. Çare sigara değil.

PROFESYONEL DESTEK ALIN

- Sigara bırakma sürecinde ihtiyaç duyduğunuz takdirde profesyonel bir yardım alabilirsiniz
- Bunun için Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattını arayabilir ya da sigara bırakma polikliniklerine başvurabilirsiniz.
- Hekiminizin uygun göreceği tedavi yöntemleri ile sigarayı bırakabilirsiniz.

DESTEK ALIN

- Kararınızı ailenizle, dostlarınızla, iş arkadaşlarınızla paylaşın ve onlardan sizin yanınızda sigara içmemelerini isteyin.
- Doktorunuza danışın, destek alın.

ALIŞKANLIKLARINIZI DEĞİŞTİRİN

- Sizi sigara içmeye yönelten şeylerden uzak durun, sigara içme isteği belirdiğinde başka şeylerle ilgilenin; biriyle konuşun, yürüyüşe çıkın, bir işle meşgul olun.
- Alışkanlıklarınızı değiştirin, işe farklı yollardan gidin. Kahve yerine çay için. Kahvaltınızı farklı bir yerde yapın.
- Stresinizi azaltacak şeyler yapın, sıcak duş alın, egzersiz yapın, kitap okuyun.
- Her gün hoşunuza gidecek aktiviteler planlayın.
- Bol su tüketin.

HAZIR OLUN

- Bırakma günü belirleyin.
- Çevrenizi değiştirin. Ev, araba ve işyerindeki tüm sigara, kül tablalarını çöpe atın.
- Evinizde sigara içilmesine izin vermeyin.
- Geçmiş bırakma deneyimlerinizi gözden geçirin, neden başarılı olamadığınızı düşünün ve kendinize dersler çıkarın.
- Bıraktıktan sonra; asla sigara içmeyin, bir nefes bile!

Unutmayın

Bağımlılık yapıcı bir maddeden kurtulmak güçtür ancak imkansız değildir, kararlılıkla başarabilirsiniz.

Pek çok bağımlının sigara bırakma sürecinde zorlanmasına neden olan nikotin yoksunluk belirtileri geçicidir. En çok ilk 2-3 haftalık süre sizi zorlayabilir. Bırakma denemeniz sırasında başarısızlık yaşarsanız asla özgüveninizi yitirmeyin.