

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**SİGARAYI BIRAKMADA VARENİCLİNE VE  
VARENİCLİNE İLE BİRLİKTE UYGULANAN  
BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:  
**Umut KARAGÖZ**

İSTANBUL, 2016

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**SİGARAYI BIRAKMADA VARENİCLİNE VE  
VARENİCLİNE İLE BİRLİKTE UYGULANAN  
BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:  
**Umut KARAGÖZ**

Öğrenci No:  
140790081

Danışman:  
Prof. Dr. Orhan DOĞAN

İSTANBUL, 2016

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sigarayı Bırakmada Varenicline ve Varenicline ile Birlikte Uygulanan Bilişsel-Davranışçı Terapinin Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 28.04.2016

Umut KARAGÖZ



T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

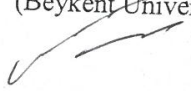
28/04/2016

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 140790081 numaralı *Umut KARAGÖZ*'ün "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sigarayı Bırakmada Varenicline Ve Varenicline İle Birlikte Uygulanan Bilişsel - Davranışçı Terapinin Karşılaştırılması*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.04.2016 tarih ve 2016/16 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

**DANIŞMAN**

Prof. Dr. Orhan DOĞAN  
(Beykent Üniversitesi)



**ÜYE**

Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvenderer DOKSAT  
(Beykent Üniversitesi)



**ÜYE**

Doç. Dr. Gökben Hızlı SAYAR  
(Üsküdar Üniversitesi)



Adı Soyadı : Umut KARAGÖZ  
Danışmanı : Prof. Dr. Orhan DOĞAN  
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2016  
Alanı : Klinik Psikoloji  
Anahtar Kelimeler : Bilişsel Davranışçı Terapi, Varenicline, Sigara Bırakma

## ÖZ

### **SİGARAYI BIRAKMADA VARENİCLİNE VE VARENİCLİNE İLE BİRLİKTE UYGULANAN BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Bu araştırma sigara bırakma polikliniğine gelen hastalara ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan bilişsel davranışçı tedavinin etkisini ölçmek için yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak 'Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi' kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne gelen 40-50 yaşları arasındaki 30 hasta oluşturmuştur. Bu hastalar daha önceden uzun süreli sigarayı bırakmamışlardır. Deney grubundaki hastalara altı seanstan oluşan yapılandırılmış bilişsel davranışçı tedavi programı ile 3 aylık ilaç tedavisi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara sadece üç ay boyunca ilaç tedavisi uygulanmıştır. Üç ay sonunda her iki gruba da son test yapılmıştır. Hastalardan elde edilen veriler 'Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 21.0' sürümü kullanılarak analiz edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre, hem deney hem de kontrol grubu hastaları ön test son test puanları karşılaştırıldığında sigara bırakmada başarılı olduğu gözlense de varenicline ile bilişsel davranışçı tedavinin, sadece varenicline tedavisinden daha başarılı olduğu görülmüştür.

Name and Surname : Umut KARAGÖZ  
Supervisor : Prof. Dr. Orhan DOĞAN  
Degree and Date : Master, 2016  
Major : Clinical Psychology  
Key Words : Cognitive Behavior Therapy, Varenicline, Smoking Cessation

## **ABSTRACT**

### **THE COMPARE VARENICLINE TO COMBINE VARENICLINE WITH COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR SMOKING CESSATION**

This research aim to measure the effect of cognitive behaviors treatments with drug treatment on patients who applied for smoking cessation clinics. Fagerström test of nicotine dependence is used to data acquisition. Sample of this research contains ages between 40-50, 30 patients who applied to Okmeydanı Training and Research Hospital. These patients didn't quit smoking since start smoking. Experimental group's patients are practiced cognitive behavior treatment contain 6 sessions which are standardized with 3 months give medication. Control group's patients were given just 3 months medication. After 3 months both groups were did posttest. Data which acquired by patients analyze in Statistical Package for the Social Sciences SPSS 21.0.

The results obtained, both experimental group and control group's pretest-posttest score were compared. Both groups are succeeded to quitting smoking, but cognitive behavior treatment with 3 months give medication are more succeeded than given just 3 months medication.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
SİMGELER LİSTESİ.....	v
TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR.....	viii

### BİRİNCİ BÖLÜM

<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Tanımlar.....	2
1.2. Problem.....	2
1.2.1. Alt Problemler.....	2
1.3. Sayıtlar.....	3
1.4. Sınırlılıklar.....	3
1.5. Araştırmanın Amacı.....	4
1.5.1. Araştırmanın Alt Amaçları:.....	4
1.6. Araştırmanın Denenceleri.....	4
1.7. Araştırmanın Önemi.....	4

### İKİNCİ BÖLÜM

<b>2. NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ</b> .....	5
2.1. Nikotin.....	5
2.1.1. Nikotin Bağımlılığının Biyolojik Nedenleri.....	5
2.1.2. Nikotin Bağımlılığı.....	6
2.2. Sigara Bırakma Yöntemleri.....	7
2.2.1. Sigara Bırakma İsteği ve Girişimi.....	7
2.2.2. Kendi İsteği ile Sigara Bırakma.....	8
2.2.3. Nikotini Yerine Koyma Yöntemleri.....	9
2.2.4. Hipnoz.....	9
2.2.5. Akupunktur.....	9
2.2.6. Bupropiyon.....	10
2.2.7. Varenicline.....	10
2.2.8. Davranışçı Terapi.....	11

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>3. YÖNTEM</b> .....	12
3.1. Araştırmanın Modeli .....	12
3.2. Evren ve Örneklem .....	12
3.3. Veri Toplama Araçları .....	12
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu .....	12
3.3.2. Araştırmaya Katılım Onam Formu.....	13
3.3.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	13
3.4. Araştırmanın İçeriği ve Süreci.....	13
3.4.1. Bilişsel Davranışçı Tedavi ve Etkisi.....	13
3.4.2. Sigara Bırakma Poliklinikleri.....	15
3.5. Tedavinin, Terapistin ve Danışanın Amacı.....	16
3.5.1. Tedavi Sürecinin Amacı .....	16
3.5.2. Terapistin Amacı .....	17
3.5.3. Danışanın Amacı .....	19
3.5.4. Bire Bir Tedavinin Önemi ve Zorlukları .....	19
3.5.5. Tedavinin Süresi.....	20
3.6. Tedavi Süreci ve İşlem Aşamaları .....	20
3.7. İzleme Çalışmaları .....	30
3.8. Veri Analizi .....	30

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>BULGULAR</b> .....	31
<b>SONUÇ</b> .....	52
<b>KAYNAKÇA</b> .....	54
<b>EKLER</b> .....	63
<b>Ek-1: Kişisel Bilgi Formu</b> .....	63
<b>Ek-2: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi</b> .....	64
<b>Ek-3: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi</b> .....	66
<b>Ek-4: Bilgilendirme Ve Gönüllü Onam Formu</b> .....	68
<b>Ek-5: Sigara İçmeyi Hatırlatan Tetikleyiciler</b> .....	69
<b>Ek-6: Sigara İçmeye İten Duygular Ve Nasıl Baş Ettiğiniz?</b> .....	70
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	71



## SİMGELER LİSTESİ

- df*** : Serbestlik Değeri  
**N** : Denek Sayısı  
**p** : Anlamlılık Düzeyi  
**r** : Korelasyon Değeri  
**SS** : Standart Sapma  
**SO** : Sıralar Ortalaması



## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

<b>Tablo 4.1:</b> Deney Grubundaki Bireylerin Çeşitli Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30).....	31
<b>Tablo 4.2:</b> Kontrol Grubundaki Bireylerin Çeşitli Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30).....	32
<b>Tablo 4.3:</b> Deney Grubundaki Bireylerin Sigara İçme Davranışının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30).....	33
<b>Tablo 4.4:</b> Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara İçme Davranışının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30).....	34
<b>Tablo 4.5:</b> Deney ve Kontrol Gruplarına Uygulanan Kolmogorov Smirnov Testinin Sonuçları .....	36
<b>Tablo 4.6:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Sonuçlarının Karşılaştırılması ..	37
<b>Tablo 4.7:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması .	38
<b>Tablo 4.8:</b> Deney Grubunun Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.9:</b> Kontrol Grubunun Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 4.10:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test Puanlarının Karşılaştırılması .	40
<b>Tablo 4.11:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Değişkenlere Göre Sigara Bırakma Oranları (n=30).....	41
<b>Tablo 4.12:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 4.13:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Çalışıp Çalışmamalarına Göre Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 4.14:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.15:</b> Sigara İçme Davranışını Etkileyenlere Göre Sigara Bırakma Oranları (n=30).....	44
<b>Tablo 4.16:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Evde Sigara İçen Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması....	46
<b>Tablo 4.17:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Kronik Hastalık Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması.....	46

<b>Tablo 4.18:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Bireylerin Sürekli Kullandığı İlaç Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.19:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının İçilen Günlük Sigara Sayısına Göre Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 4.20:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Sigaraya Başlama Yaşına Göre Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.21:</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Bireylerin Sigara İçme Süresine Göre Karşılaştırılması.....	51



## KISALTMALAR

<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Tedavi
<b>DSM-IV</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
<b>EKG</b>	: Electrocardiography
<b>ICD-10</b>	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>MRI</b>	: Magnetic resonance imaging
<b>NAc</b>	: Nucleus accumbens
<b>nAChRs</b>	: Nicotinic acetylcholine receptor
<b>PET</b>	: Positron emission tomography
<b>SFT</b>	: Solunum fonksiyon testi
<b>VTA</b>	: Ventral Tegmental Alan

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. GİRİŞ

Dünyada her gün 12.000 kişinin ölümüne neden olan sigara, açlıktan sonra en çok insan ölümüne neden olan etkidir (Özge ve ark., 2014). Dünyada yüksek kan basıncına bağlı olarak ölüm oranı %13'tür; hemen ardından %9 ile tütün ürünlerinin neden olduğu ölümler gelmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2009). Sigara, başta akciğer ve gırtlak kanseri olmak üzere, kanserden ölen hastaların %30'undan sorumludur (American Cancer Society, 2012). Sigaranın sağlığa zararları konusunda birçok kaynağa ve bilgiye sahip olmamıza rağmen yoğun bir şekilde sigara içilmeye devam edilmektedir (Addington ve ark., 1997).

Türkiye'de ise sigara her yıl 110.000 kişinin ölümüne neden olmaktadır. Bu sayının 2030 yılında 240.000 kişiye ulaşacağı öngörülmektedir (Bilir ve ark., 2010). Türkiye'de sigara içmeyi denemiş olanlar 2003 yılında %26 iken, 2009 yılında %30'a yükselmiştir. Sigarayı deneme oranı yükselmesine rağmen kullanan sayısı ülkemizde düşmektedir (Bilir, 2010).

Sigara bırakma davranışını etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Kişinin yaşam stili (Koval ve ark., 2000), sosyal destek (Mermelstein ve ark., 2000), sosyal çevre, bireysel etkenler, ekonomik etkenler, çevresel etkiler, biyolojik ve fiziksel nedenler sigara bırakma davranışı üzerinde etkili olabilmektedir (Tyas ve Pederson, 1998). Bunların yanı sıra sigara içme davranışının oluşmasını engellemek için ergenlerle yapılan çalışmalarda, alınan psikolojik desteğin de sigara bırakma oranını artırmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Botvin ve ark., 1980).

Sigara bırakma davranışı için kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de bilişsel davranışçı tedavidir (BDT) (Hitsman ve ark., 1999). 1960'larda Beck tarafından geliştirilen ve daha sonra büyük ilerleme kaydeden bilişsel yaklaşım, bilişsel model üzerine temellendirilmiştir. Bu modele göre insanların duygu ve davranışları, olayları nasıl algılayıp yorumladıklarından etkilenmektedir. İnsanların ne düşündüğünü ve hissettiğini ortaya koyan şey, kişinin olaya verdiği anlamdan kaynaklanmaktadır. Zihnimizde oluşan bu anlamlar kendiliğinden ve otomatik olarak çıkarlar. Kişinin ruhsal durumunu ve davranışlarını bu düşünceler etkilemektedir (Beck, 2011).

Bu çalışma BDT uygulanarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sigara Bırakma Poliklinikleri'nin içeriğine göre hazırlanmış olup, ilaç tedavisi ile beraber uygulanan bilişsel davranışçı tedavinin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Diğer bir anlatımla uygulanan ilaç tedavisi ile kombine şekilde uygulanan tedavi yönteminin bireyler üzerindeki etkisini araştırmaktadır.

### **1.1. Tanımlar**

Bilişsel Davranışçı Tedavi: Aaron Beck tarafından 1960'larda geliştirilen bir tedavi yöntemidir. Bu yöneme ilk başta "Bilişsel Tedavi" ismi verilmişken, daha sonra "Bilişsel Davranışçı Tedavi" ismi verilmiştir. Bilişsel model, psikolojik rahatsızlıkların temelinde işlevsel olmayan düşünmenin olduğuna inanan bir tedavi yöntemidir (Beck, 2011).

Varenciline: Sigara bağımlılığı tedavisinde öncelikli olarak kullanılan en yeni ilaçtır. Varenciline kısmi nikotin agonisti/antagonistidir. Bu madde alfa<sub>4</sub> beta<sub>2</sub> nikotinic asetilkolin reseptörüne bağlanır. Bağlandığı reseptörde hem antagonist, hem de agonist etkisiyle dopamin salınımını sağlayarak nikotinin yoksunluğundan kaynaklanan belirtilerin oluşmasını engeller ve sigara içme isteğini azaltır (Ries ve ark., 2009).

### **1.2. Problem**

Sigara içmeyi bırakmada tek başına tıbbi yöntem mi, yoksa tıbbi yöntemle birlikte bilişsel davranışçı tedavinin uygulanması mı daha etkilidir?

#### **1.2.1. Alt Problemler**

1. Sigara bağımlısı olan kişinin evinde sigara içen olup olmaması sigara bırakma davranışını etkiler mi?

2. Sigara bağımlısı olan kişinin sigara bırakma polikliniğine kim tarafından gönderildiği sigara bırakma davranışını etkiler mi?

3. Sigara bağımlısı olan kişinin kronik hastalığının olup olmaması sigara bırakma davranışını etkiler mi?

4. Sigara bağımlısı olan kişinin sürekli kullandığı ilacın olmaması sigara bırakma davranışını etkiler mi?

5. Sigara bağımlısı olan kişinin günde içtiği sigara sayısı, sigara bırakma davranışını etkiler mi?

6. Sigara bağımlısı olan kişinin sigara içme süresi sigara bırakma davranışını etkiler mi?

7. Sigara bağımlısı olan kişinin sigara içmeye başlama yaşı sigara bırakma davranışını etkiler mi?

8. Sigara bağımlısı olan kişinin alkol kullanıp kullanmaması sigara bırakma davranışını etkiler mi?

### **1.3. Sayıtlar**

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni (sigara bırakma polikliniğine gelen kişileri) temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Araştırmaya katılan hastaların "Kişisel Bilgi Formu"nda ve "Fagerström Nikotin Bağımlılığı Test"inde yer alan soruları gerçek durumlarını yansıtacak şekilde yanıtladıkları varsayılmıştır.

3. Araştırmada kullanılan "Kişisel Bilgi Formu"nun katılımcıların sosyodemografik özelliklerini; "Fagerström Nikotin Bağımlılığı Test"inin de sigara bağımlılık derecesini nesnel olarak ölçtüğü varsayılmıştır.

4. Hastaların depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklarının olmadığı varsayılmıştır.

### **1.4. Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma, 2015 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Sigara Bırakma Polikliniği'ne gelen hastalardan toplanan verilerle sınırlıdır.

2. Hastaların sigara bağımlılık düzeyine ilişkin veriler, "Fagerström Nikotin Bağımlılığı Test"inde ölçülen özelliklerle sınırlıdır.

### **1.5. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, varenicline ile birlikte bilişsel-davranışçı tedavi uygulanmasının, tek başına varenicline kullanılmasından daha etkin olup olmadığını saptamaktır.

#### **1.5.1. Araştırmanın Alt Amaçları:**

1. Varenicline tedavisi ile bilişsel-davranışçı sigara bırakma yönteminin, günlük kullanılan sigara sayısı üzerindeki etkisini belirlemek.
2. Sigara bıraktırma polikliniklerinde uygulanan bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerini geliştirmek.

### **1.6. Araştırmanın Denenceleri**

Bu araştırmada yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda, aşağıda belirtilen denenceler sınanmıştır:

1. Sigara bırakma isteyen kişilerde varenicline ile birlikte uygulanan bilişsel davranışçı tedavi yöntemi, sadece varenicline kullanan kişilere göre daha etkilidir.
2. Varenicline ile birlikte uygulan bilişsel davranışçı sigara bırakma tedavileri, içilen günlük sigara miktarının azaltılmasında etkilidir.

### **1.7. Araştırmanın Önemi**

Bu araştırma sigara bırakma polikliniklerinde verilen varenicline maddesi ile beraber bilişsel davranışçı tedavi yönteminin sigarayı bırakmak isteyen hastalar üzerindeki etkisinin araştırılması açısından önem taşımaktadır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ

#### 2.1. Nikotin

##### 2.1.1. Nikotin Bağımlılığının Biyolojik Nedenleri

Patlıcangiller familyasında patates, domates, yeşilbiber ve tütün yer alır. Nikotin, patlıcangiller familyasında bulunan bir alkaloittir. İlk kez 1828'de saptanmıştır. Nikotinin yapısı [1-metil-2-(3 pridil-pirolidin), C<sub>10</sub>H<sub>12</sub>N<sub>2</sub>] olarak 1895'te doğrulanmıştır. Sıvı halindeki saf nikotinin kendine özgü kokusu vardır (Yıldız, 2004).

Mezolimbik dopaminerjik sistem, ventral tegmental alandaki (VTA) nöronların birleşmesinden oluşur. Aksonlar bunları nucleus accumbens (NAc) ve medial prefrontal kortekse yansıtırlar. Bu alandan mezolimbik ve mezokortikal olarak da söz edilir. Nikotin reseptörleri beyin VTA (ön tavan bölgesinde) ve NAc alanlarında çok yoğun olarak bulunur. Nikotin, mezolimbik dopaminerjik sistemi aktive ederek uyarılmaya ve bağımlılığa neden olur. Bu açıdan diğer bağımlılık yapan maddelerle (opiatlar, kokain, amfetamin ve alkol) benzer yol izler. Aksonların, VTA ve NAc'ye yansıtılması ödül ve destekleyici sistemin çalışmasını sağlar. Maddenin istenmesinde ana rol oynayan nörotransmitter dopamindir. Nikotin, beyinde bulunan ödül sisteminin içindeki dopamin salınımını uyarır ve NAc'deki hücre dışı dopamin düzeyini artırır (Jain ve Mukherjee, 2003).

Tütündeki psikoaktif bileşen nikotindir, ayrıca nikotin uyarıcı etkiden ve bağımlılıktan sorumludur (Kopnisky ve ark., 2002). Moleküler biyoloji, nikotin bağımlılığının temelinde alfa<sub>4</sub> beta<sub>2</sub> nikotin asetilkolin alt tip reseptörlerinin olduğunu belirtir. Nikotin, nikotinic kolinerjik reseptörlerdeki nörotransmitter (dopamin ve diğerleri) salınımını kolaylaştırır; böylece haz alınmasını sağlar ve duygudurum değişikliklerine neden olur (Benowitz, 2008).

Sigara bağımlılığının anatomik ve moleküler temeli, diğer bağımlılık yapan maddeler gibidir. Nikotin özellikle beyindeki ve diğer organlardaki asetilkolin

reseptörlerine bağlanır. Asetilkolin reseptörlerindeki uyarılma nörotransmitterlerin salınımına neden olur. Nikotin ve diğer maddeler dopamin ödül sistemini uyarırlar ve nucleus accumbens hücre dışı alandaki dopamin miktarını artırır (Jain ve Mukherjee, 2003).

### 2.1.2. Nikotin Bağımlılığı

Tütün bağımlılığı dünyada her yıl 5.4 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2008). Bağımlılık kavramı ilk olarak 1964 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından terminolojik belirsizliği çözmek için kullanılmıştır. Bu kavram daha sonra akademik dilde yer almıştır. DSM IV'te 'madde kötüye kullanımı' ve 'madde bağımlılığı'; ICD-10'da ise 'bağımlılık' ve 'zararlı kullanım' olarak sınıflandırılır (Muehling, 2011).

DSM-IV nikotin yoksunluk ölçütleri:

- A. En az birkaç hafta süre ile nikotin kullanılmaması.
- B. Nikotin kullanımının birden bırakılmasının veya kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (veya daha fazlasının) ortaya çıkması:
  - a. Disforik veya depresif duygudurum
  - b. Uykusuzluk
  - c. İritabilite, sinirlenme veya öfkelenme
  - d. Anksiyete
  - e. Düşüncelerin yoğunlaşmaması
  - f. Huzursuzluk
  - g. Kalp hızında azalma
  - h. İştah azalması veya artması
- C. B tanı ölçütlerindeki belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, mesleki alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu belirtiler genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka ruhsal bozuklukla iyi açıklanamaz.

Sigara bırakmadaki sorunların başında yoksunluk belirtileri gelmektedir. Düzenli sigara içen kişilerin önemli bir bölümünde sigarayı bıraktıktan sonra

yoksunluk belirtileri gözlenir. Bu kişilerde sinirlilik, depresif duygudurum, düşüncelerini toplamada zorluk çekme gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Demit, 2008). Sigara yoksunluğunda 24 saat içinde en çok gözlenen belirti sigaraya karşı özlemdir; sigara bırakanların %43'ünde bu durum yüksek düzeyde gözlenirken, %29'unda orta, %15'inde düşük düzeyde gözlenir; yüzde %12'sinde böyle bir belirti gözlenmez. Daha sonra sinirlilik (%76), konsantrasyonda azalma (%71), endişe (%73), huzursuzluk (%72), depresif duygudurum (%65) izler. Ayrıca uykusuzluk (%54), baş ağrısı (%39), gece kâbusları (%29), kramplar (%12) gibi başka belirtilere de neden olabilir (Tomson ve ark, 2006).

## **2.2. Sigara Bırakma Yöntemleri**

### **2.2.1. Sigara Bırakma İsteği ve Girişimi**

Sigara içenlerin dörtte üçü sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişlerdir (Hearth Foundation, 2011). 2007 yılında İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre, sigara içenlerin %74'ü sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %22'si sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğünü belirtmiştir. Sigarayı bırakmak isteyenlerin %71'i daha sağlıklı bir yaşam kalitesi elde etmek için sigarayı bırakmak istediklerini belirtirken, %25'i sigaraya bağlı bir hastalığa yakalanma riskini azaltmak için, %12'si olağan sağlık sorunları nedeni ile sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir (National Statistics, 2008).

Sigara bırakma süreci üç aşamadan oluşmaktadır: Hazırlanma, müdahale ve kontrol. Hazırlanma aşamasında kişi sigara bırakma konusunda davranışa geçmeden motive edilir ve başarılı olacağına ilişkin güven oluşturulur. Müdahale aşamasında kişiye tedavi yöntemi uygulanır. Kontrol aşamasında sigara içme davranışından uzak tutulmaya ve sigarayı bırakmanın kalıcı olması sağlanmaya çalışılır (Schwartz, 1992).

Organize edilmiş sigara bırakma girişimlerinde %90 başarı sağlanırken, organize olmayan sigara bırakma girişimlerinin %80'inin başarısızlıkla sonuçlandığı saptanmıştır. Sigara bırakma programları az kişi tarafından uygulansa da, sigara bırakma üzerindeki etkisi önemlidir (Michael ve ark., 1990). Kaliforniya'da, Asyalılar ve Hispanikler arasında yapılan kapsamlı bir çalışmada sigara bırakmak

isteyenlerin sadece %50'sinin sigarayı bırakmak için doktora başvurdukları saptanmıştır (Gilphin ve ark., 1993). Ayrıca sigara bırakma tedavisi görmek isteyen hastaların tedavi yöntemi hakkındaki bilgilerinin ve inançlarının da tedavinin başarısını etkilediği bulunmuştur (Bansal ve ark., 2004)

### 2.2.2. Kendi İsteği ile Sigara Bırakma

“Trans Theoretical Model” ve “Agency for Health Care Policy Research” (AHCPR) tarafından geliştirilen Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi'ne göre uygulanmaktadır. Bu modele göre, sigara bırakma süreci beş evreden oluşmaktadır:

- 1) Bırakmanın düşünülmediği evre (pre-contemplation)
- 2) Bırakmanın düşünülmesi (contemplation)
- 3) Bırakma hazırlığının yapılması (preparation)
- 4) Bırakmanın denemesi (action)
- 5) Bırakmanın sürdürülmesi (maintenance)

Sigarayı bırakmayı kendi başına deneyen kişilerde bu evreler arasındaki geçişler doğrusal değil, dairesel (döngü oluşturacak şekilde) özelliktedir. Bırakmayı deneme ve sürdürme evresine ulaşmış olan bireyler için daha geri evrelere dönme sık rastlanan bir durumdur (Toraks, 2014). Kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyenlerin büyük bir çoğunluğu başarılı olsa da, sigara bırakmayı sürdürme konusunda çok da başarılı değildir (Bilir, 2008).

MRI (manyetik rezonans görüntüleme) tekniği uygulanarak 85 kişi üzerinde yapılan araştırmada sigara bırakma davranışındaki başarının sadece ruhsal etkenlerle ilgili olmadığı, aynı zamanda beyin yapısının da bu konuda etkili olduğu öne sürülmüştür. On hafta boyunca sigarayı bırakan katılımcılardan dörtte birinin sigaraya yeniden başladığı saptanmıştır. Sigarayı bırakan ve sürdüren 44 kişinin somatosensoriyel korteks ile beyinde istekleri yöneten insula adı verilen bölgenin eş zamanlı çalıştığı ortaya konmuştur (Addicott ve ark., 2015).

### **2.2.3. Nikotini Yerine Koyma Yöntemleri**

Nikotini yerine koyma yöntemleri (nicotine replacement therapy) beyindeki nikotin reseptörlerini etkileyerek sigara içme davranışını engellemektir. Nikotini yerine koyma iki yöntemle gerçekleşir. İlk yöntem nikotin düzeyini sabit tutan transdermal bantlar; diğeri nikotin sakızı, nikotin spreyi, tabletler ve pastillerden oluşan akut doz verici yöntemdir (DSÖ, 2009).

Nikotini yerine koyma yönteminin genel olarak sigara bırakma sürecinin ilk üç ayında kullanılması önerilir, hastalara bu süreçte sigara içilmemesi gerektiği bilgisi verilir (McNeill ve ark., 2001). Nikotini yerine koyma tedavisi plaseboya göre %60 daha başarılı bulunmuştur. Ayrıca nikotin yoksunluğu nedeni ile oluşan sigara içme isteği, sinirlilik, anksiyete, depresyon ve huzursuzluk hissini de azaltmaktadır (Stead ve ark., 2008).

### **2.2.4. Hipnoz**

Genel olarak hipnoz, odaksal konsantrasyonu artıran, hayal gücünü geliştiren, imgelemi (imajinasyonu) sağlayan ve davranışı değiştirmeyi amaçlayan bir süreçtir (Miller, 2008). Sigara bırakmada hipnoz yöntemi kullanılan hastaların %81'i sigarayı bırakırken, bunların %48'i sigarayı bırakma davranışını 12 ay boyunca sürdürmüştür (Erkins ve Rajab, 2004). Başka bir çalışmada hipnoz yöntemiyle sigarayı bırakan 43 hasta 3 yıl süreyle izlenmiş, hastalardan sadece dördü tekrar sigaraya başladıklarını belirtmişlerdir (Berber, 2001).

### **2.2.5. Akupunktur**

Bir çeşit geleneksel tedavi biçimi olan akupunktur, belli kılcal damarlardan oluşan noktalara iğne batırılarak yapılmaktadır (Pearson, 1987). Kırk altı kişiyle yapılan ve kontrol grubu kullanılan bir çalışmada, iki grubun da sigarayı azalttıkları ama akupunktur tedavisi gören kişilerin kontrol grubundan daha büyük oranda sigarayı bıraktıkları saptanmıştır (He ve ark., 1997). İlk çalışmalarda akupunkturun sigara bırakma üzerinde diğer müdahalelere göre üstünlüğünün olduğu ortaya konda, sonraki çalışmalarda bu üstünlüğün sürekli olmadığı ortaya çıkmıştır (White ve ark., 2002). Akupunktur tedavisi gören kişilerle görmeyen kişilerin karşılaştırıldığı, 2707 denek üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, akupunktur tedavisinin sigara

bırakma davranışı üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir (Ashenden ve ark., 1997).

### **2.2.6. Bupropiyon**

Bupropiyon temel olarak antidepresan olarak majör depresif bozukluk ve mevsimsel affektif bozukluk tedavisinde kullanılsa da; aynı zamanda sigara içme isteğini ve sigara yoksunluğunun belirtilerini azalttığı bilinmektedir (Cressman ark., 2012). Bir çalışmada nikotin bandı kullananların %16.4'ünün, bupropiyon kullananların %30.3'ünün ve kontrol grubunun %15.6'sının en az 12 ay süreyle sigarayı bıraktıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar, bupropiyonun sigara bırakma davranışı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Jorenby ve ark., 1999). Başka bir çalışma ise, bupropiyon kullanan kişilerin kontrol grubuna göre iki kat daha fazla oranda sigarayı bıraktıklarını göstermiştir (Ahluwalia ve ark., 2002). Diğer araştırmalarda da bu oran desteklenmektedir (Swan ve ark., 2003).

### **2.2.7. Varenicline**

Varenicline, özellikle sigara bırakmak için tasarlanmış yeni bir tedavi aracıdır. Bu açıdan bakıldığında bir antidepresan olan ve sigara içme oranını etkileyen bupropiyondan ayrılır (ASH, 2007). Yapılan bir araştırmada varenicline'in plasebo ve bupropiyona göre daha etkili olduğu ve iyi tolere edilebildiği gözlenmiştir (Jorenby, 2006). Başka çalışmalar da, varenicline'in sigaraya karşı özlemi ve yeniden içme isteğini etkileyici oranda azalttığını ortaya koymuştur (West, 2007).

Nikotin öncelikli olarak nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChRs) bağlanarak merkezi sinir sistemini etkiler. Beyindeki nikotinik reseptörler genellikle alfa<sub>4</sub> beta<sub>2</sub> reseptörleridir. Nikotin, mezolimbik bölgede dopamin salınımını sağlar; nikotin alınmadığında dopamin oranında azalma meydana gelir, böylece yoksunluk ve isteklilik oluşur. Varenicline özellikle alfa<sub>4</sub> beta<sub>2</sub> nikotinik kısmi reseptörlerin agonistini uyararak dopamin salınımına neden olur. Aynı zamanda nikotin reseptörlerinin blokajını sağlar (Foulds, 2006). Böylece kişinin sigaraya karşı isteği ve beraberinde oluşan yoksunluk belirtileri ortadan kalkar (Kaur ve ark., 2009).

### **2.2.8. Davranışçı Terapi**

Davranışçı tedaviler sigara bırakma tedavisinde ilk başvuru yollarından biridir. Bu yöntemin sigara bırakmada etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. Bir meta-analizde davranışçı terapinin kontrol grubuna göre sigara bırakma davranışında 2 kat daha etkili olduğu görülmüştür. Davranışçı terapiler, sigara bırakmada nikotin yerine koyma tedavisi ve bupropiyon gibi uzun süreli etki göstermektedir (APA, 2006).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma 'deneysel model' olarak tasarlanmıştır. Deneysel modelde, standart hale getirilen yöntemle çevrenin (tedavinin) etkisi ölçülür. Bu yöntem ile bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi ölçülmeye çalışılır (Ross ve Morrison, 2008).

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Katılımcıları, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 30 hasta oluşturmuştur. Kırk-elli yaşlarında, daha önce sigara bırakma girişiminde bulunmamış ve en az 10 yıl süreyle sigara içmiş kişiler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Katılımcıların tümü sigara bırakma amacıyla polikliniğe başvuran kişilerdir. Katılımcıların bağımlılık düzeyleri 'Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi' ile değerlendirilir ve daha sonra katılımcılara süreçle ilgili bilgi verilir. Koşulları kabul eden ve gönüllü olmak isteyen katılımcılar çalışmaya alınır.

Araştırmanın kontrol grubundaki katılımcılara 'Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi' uygulanır, sadece 'varenicline' ilaç tedavisi uygulanır. Bunun dışında başka bir tedavi uygulanmaz. Kontrol grubu deney grubunda olduğu gibi 40-50 yaşlarında, daha önce sigara bırakma girişiminde bulunmamış ve en az 10 yıl süreyle sigara içmiş kişilerden oluşur.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

##### 3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, sigara içme durumu gibi katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.



### **3.3.2. Araştırmaya Katılım Onam Formu**

Araştırmanın başında katılımcılara çalışmayı anlatan bir form verilir. Katılımcılar bu formu okurlar, formda yazan tedavi yöntemini uygun bulup tedavi sürecini kabul ederlerse, katılımcılardan onay alınır ve sürece başlanır.

### **3.3.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi**

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi, kişinin nikotine karşı fiziksel bağımlılığını ölçmek, nikotin bağımlılık düzeyini ve şiddet değişimini değerlendirmek için kullanılır. Altı sorudan oluşan, '0-1' ve '0-3' arasında ikili ve dördümlü Likert tipi ölçüm sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Fagerström ve ark., 1992). Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılmış olup Cronbach alfa katsayısı 0.56 olarak bulunmuştur (Zincir ve ark., 2012). Amerikan sürümünde Cronbach alfa katsayısı 0.61, Fransız sürümünde Cronbach alfa katsayısı 0.47 olarak bulunmuştur (Pomerleau ve ark., 1994).

Bu araştırmada, hastaların sigara bağımlılık düzeyini ölçmek için 'Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi' kullanılmıştır. 'Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi' altı sorudan oluşmakta olup her soruya farklı puan verilmektedir. Diğer nikotin bağımlılık testlerinde olduğu gibi, sabah içilen sigaranın değerlendirilmesi ana ölçüt olarak kabul edilir (Baker ve ark., 2010). Bu testin sonucunda elde edilen toplam puana göre nikotin bağımlılığı çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir.

## **3.4. Araştırmanın İçeriği ve Süreci**

### **3.4.1. Bilişsel Davranışçı Tedavi ve Etkisi**

Bilişsel davranışçı tedavi (BDT), bizim nasıl düşündüğümüz, nasıl hissettiğimiz ve nasıl davrandığımız gibi süreçleri içeren ruhsal bir tedavi yöntemidir (Somers ve ark., 2007). BDT uzun süreli psikanalitik tedavilerden farklı olarak 10-20 oturum arasında sürmektedir (Bennett ve Nelson, 2006). BDT, günlük sorunlara ve zorluklara yoğunlaşan kısa davranış terapilerinden farklı olarak, kişinin düşüncesini değiştirebilir ve bu değişim kişinin öncesine göre daha iyi hissetmesini sağlayabilir

(Blenkiron, 2007). Bütün bunların yanı sıra, BDT düşünce, duygu ve davranışın hastalık belirtileri üzerindeki etkisini değiştirir (Burnett, 2009).

Bu değişimi sağlarken bilişsel-davranışçı tedaviler iki çağdaş yaklaşımı kombine eder. Bu paradigmalardan biri davranışsal paradigmadır. Davranışsal paradigma, öğrenme teorisini ve deneysel psikolojinin modellerini içerir. Burada temel kural, uyumsuz bütün davranışların öğrenilmesidir. Diğeri ise, bilişsel paradigmadır. Bu paradigmaya göre bütün ruhsal sorunların temelinde değişen ve bozulan bilişsel süreçler vardır (Jokic-Begic, 2010).

Bozulan bilişsel süreçlerin temelindeki önemli etkenlerden biri, "otomatik düşünceler"dir. BDT sürecinde, kişiler otomatik düşüncelerini tanımlamayı, değerlendirmeyi ve daha gerçekçi irdelemeyi öğrenirler. Böylece otomatik düşüncelerdeki bilişsel hatalar düzeltilir (Miller, 2012). Dobson ve Dozois'e göre BDT üç önemli özellik içerir. Birincisi, olumsuz olaylara neden olan iç ve dış nedenleri değerlendirme sürecine arabuluculuk etmektir. İkincisi, oluşan bilişsel koşulların izlenmesini, değerlendirilmesini ve ölçülmesini sağlamaktır. Üçüncüsü, davranış değişimlerinin, bilişsel değerlendirmelerin ve bilişsel değişimlerin dolaylı belirtisidir (Knapp ve Beck, 2008).

BDT'nin çok sayıda ruhsal bozuklukta etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde bağımlılığı vardır; son zamanlarda yapılan çalışmalar, BDT'nin kişilik bozukluklarında da etkili olduğunu göstermiştir (Miller, 2012). BDT yöntemlerinin belli bir yapısı vardır. Bilimsel bir temele dayanan BDT'nin diğer tedavi yöntemlerinden daha etkili olduğu bilinmektedir (Somers ve ark., 2007). Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda terapötik girişimlerin beyinde değişime ve ruhsal gelişimlere neden olduğu ortaya çıkmıştır. Beyindeki nöroplastisitenin ömür boyu sürdüğü bilinerek BDT'nin nörolojik olarak da faydalı olduğunun kanıtlanabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmalar pozitron emisyon tomografisi (PET) ve işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ile desteklenmiştir (Jokic-Begic, 2010).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin tehdit edici bir kişi veya ürkütücü bir olayla karşılaştıklarında beyin aktivitelerinde değişimler gözlenir. Beyindeki duygulardan sorumlu olan ve limbik sistemin bir parçası olan amigdala bölgesinin

böyle bir durumda aşırı derecede aktif olduğu bilinmektedir (Phan ve ark., 2006). BDT ile tedaviye alınan sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konan hastaların belirtilerinin azalmasıyla beraber ön amigdalarında değişim olduğu gözlenmiştir (Klumpp ve ark., 2014).

### **3.4.2. Sigara Bırakma Poliklinikleri**

1950'lerde sigara bırakılmasına yönelik ilk yöntemler 10 güne kadar hekim gözetiminde gerçekleşmekteydi. Bunun yanı sıra seminer ve broşürler verilmekteydi. 1960'ların başında tüm dünyada 100 civarında sigara bırakma polikliniği vardı. İlerleyen zamanlarda grup terapisi, hipnoz, akupunktur da sigara bırakma yöntemi olarak kullanılmaya başlandı. 1980'lerde ise nikotin sakızı kullanılmaya ve çoklu programlar uygulanmaya başlandı (Uzaslan ve ark., 2005).

Türkiye'de tütünle mücadelede, son on yılda daha kapsamlı girişimlerde bulunulmuştur. 7 Kasım 1996 tarihinde çıkarılan 4207 sayılı 'Tütün Ürünlerini Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki Kanun' ile tütün tüketimini önleme çalışmalarında önemli adımlar atılmıştır. Bu konunun üçüncü maddesi gereğince tütün reklamı ve tanıtımı yasaklanmıştır (Kaynakça: Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, 1996). Sağlık Bakanlığı, tütün ve alkol kullanımını ve bağımlılık davranışını kontrol etme çalışmalarını Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Ruh Sağlığı Dair Başkanlığı'nda yer alan 'Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Şubesi' yoluyla yapmaktadır. Bu şube, 5 Temmuz 2007 tarihinde 7741 sayılı Bakanlık Kararıyla kurulmuştur. Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Şubesi üç yapıdan oluşmaktadır: Tütün ve Tütün Ürünleri Kontrol Bölümü, Alkol Kullanımı Kontrol Bölümü ve Madde Bağımlılığı Kontrol Bölümü (Bilir ve ark., 2010).

2007-2012 yılları arasında yapılan 'Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı' 10 maddeden oluşmuştur (Bilir ve ark., 2010). Bu plan doğrultusunda sigara tüketimini azaltmak amacı ile sigara vergisi artırıldı, tamamen dumansız alanlar oluşturuldu, sigara paketlerinin üzerine sigaranın zararları ile ilgili uyarılar yazıldı, sigara reklamı ve sigara firmasının sponsorluklarına yasak getirildi, 2010 yılında sigara bırakma hattı oluşturuldu ve bunların yanı sıra ücretsiz hizmet veren sigara bırakma poliklinikleri hizmete geçirildi (Jakab ve ark., 2014).

Sigara bırakma poliklinikleri bu alanda önemli bir basamağı oluşturur. Sigarayı kendi kendine bırakanların sigarayı bırakma davranışlarındaki başarı oranları %4 iken, sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların başarı oranı %40'lara çıkmıştır (Karakoyun ve ark., 2013). TÜBİTAK'ın 2006-2010 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniklerinde yaptığı kapsamlı çalışmada sigarayı bırakma başarı oranı %40 olarak belirlenmiştir (Sağlam, 2012). Bazı sigara bırakma polikliniklerinde bu oranın %54.1'e yükseldiği (İzmir ve ark., 2015), bazı polikliniklerde ise %34'e düştüğü bildirilmiştir (Yaşar ve ark., 2014).

Sigara bırakma polikliniklerinde çekirdek kadro olarak bir hekim, bir psikolog ve bir yardımcı sağlık personelinin olması uygun bulunmuştur. Çalışacak hekimde herhangi bir uzmanlık aranmaz, ama sıklıkla göğüs hastalıkları uzmanının çalıştığı bilinmektedir. Yardımcı sağlık personeli genel olarak hemşiredir; randevuları düzenler ve hastaları bilgilendirir. Ekipman olarak karbondioksit ölçüm cihazı, P-A akciğer grafisi, solunum fonksiyon testi (SFT), elektrokardiyografi (EKG), tam kan sayımı ve basit biyokimya analizinin yapılması gibi tetkikler istenebilmektedir. Randevu sistemi ile çalışan poliklinikler hastaları düzenli olarak izlemektedir. Hastalar yılda en az dört kez çağrılarak bir yıl boyunca izlenir (Demir, 2013).

Sigara bırakma polikliniklerinde genellikle davranışçı tedaviler, bilişsel davranışçı tedaviler, farmakolojik tedavi ile beraber kullanılan davranışçı tedaviler veya bir kurama dayalı olarak yapılan terapiler klinik psikologlar tarafından uygulanmaktadır (Borrelli, 2010). Sigara bırakma polikliniklerinde uygulanan temel tedavi yöntemi, farmakolojik tedavi ile beraber ruhsal terapi teknikleridir (Hughes, 1995).

### **3.5. Tedavinin, Terapistin ve Danışanın Amacı**

#### **3.5.1. Tedavi Sürecinin Amacı**

Tedavinin temel amacı, hastaların sigara bırakma davranışında etkili olmak ve kişinin nikotinden uzak kalmasını, yeniden nikotin almasını engellemektir. Bu amaç doğrultusunda hastaların risk durumlarını anlamalarını ve onunla başa

çıkılmalarını sağlamak gerekir. Risk durumları sigaradan kaynaklanan zararlı etkileri içermesinin yanı sıra duygular ve düşünceler gibi iç etkenleri de içerir.

Bunlar hem sigarayı bırakma, hem de sigaraya yeniden başlama konusunda önemli risk etkenleridir. Hastanın bu risk etkenleri ile başa çıkmayı öğrenmesi gerekir. Bu programda, katılımcıların ilk olarak sigara ile başa çıkma konusundaki temel risk etkenlerini öğrenmeleri ve bu alanlarda başa çıkma becerileri geliştirmeleri, problem çözümüne katılmaları ve bu konuda kendilerine olan güvenlerini kazanmaları amaçlanmaktadır. Ayrıca ev ödevleri gibi pratik egzersizlerde bulunarak problem çözümünde rol oynayacaklardır.

### **3.5.2. Terapistin Amacı**

Bilişsel davranışçı tedaviler çoğu zaman yanlış anlaşılmaktadır. İlk olarak bilişsel davranışçı tedavi, kabul ve onay gerektiren bir süreçtir. Hasta bu tedavi biçimini gönüllü olarak kabul etmelidir. İkinci önemli konu, tedaviyi yapan kişinin psikoterapi becerisine sahip olmasının gerektiğidir. Bu açıdan basit olarak yapılan davranışçı yaklaşımlardan ayrılır. Aynı zamanda terapistin iletişim becerileri iyi olmalı, kullanılan materyallere ve kişiye beceri kazandırmada uygun bir model olmalıdır. Dahası, terapistin aktif rol aldığı terapilerde çok aktif rol oynamak için yatkın ve istekli olması gerekmektedir.

Yukarıdaki gibi özelliklere sahip olsa da terapistin geleneksel temel becerilerden (rapor hazırlama, etik yaklaşım, empati vs.) yoksun olması beklenemez. Temel becerilerini bütün tedavilerde kullanması beklenir.

Her seans öncesinde, terapistin, yapacağı seansların içeriğini okuma konusunda özveride bulunması gerekir. Terapistin, seans süresince yapılacakları ana başlıklar halinde özetlemesi gerekebilir. Bu tarz didaktik materyallerin kısa bir özetinin açıklanması ve ana noktalarının listelenip uygun bir kâğıda not alınması daha uygun olacaktır.

Standart hale getirilmiş bir yöntem üzerinden hastaya yardımcı olunmalı, ama bu bir protokolün kâğıt üzerinden okunması anlamına gelmemelidir. Önemli noktalara değinerek sunmak gerekmektedir. Hastaya akıcı bir şekilde tedavi süreci

aktarılmalıdır. Bu süreçte hasta terapistten aldığı bilgiyi aynı şekilde yinelemeyecek, kendi özgün ajandasını oluşturacaktır.

Her zaman hasta rutin bir şekilde kendini tedavi sürecine veremeyebilir, bazen tedavi süreci hastaya sıkıcı gelebilir, bazen de öğrenme isteği ve arzusu azalabilir veya kaybolabilir. Terapist bunu daha önceden de deneyimlemiş olmalıdır. Aynı zamanda terapist, edindiği deneyimler sayesinde böyle durumlarla baş etmeyi, bu durumlara karşı çözüm üretmeyi becerebilmelidir. Benzer şekilde terapist de süreçten etkilenebilir. Dış etkenler veya terapi sürecinde yaşanan deneyimler nedeni ile tükenmişlik, isteksizlik yaşayabilir. Bu nedenle hem hastanın, hem de terapistin aktif katılımı gerekmektedir. Aktif katılım sağlandığında iki tarafın da tükenmişlik ve isteksizlik gibi, süreci olumsuz yönde etkileyecek duygular yaşaması engellenebilir.

Terapi süreci belli bir mantık çerçevesinde ve yol gösterme şeklinde sürmelidir. Oturumların her bölümü yapılandırılmış olmalıdır. Bu yapılandırılmış bölümlerde hastaya bilgi aktarımı istenilen düzeyde sağlanmalıdır. Böylece hasta oturumların içeriğini doğru şekilde kavrar ve edindiği bilgileri yorumlar. Ana başlıkların doğru seçilmesi tedavi sürecinin başka klinik konulara kaymasını engeller. Eğer oturum içinde amaç dışında bir konuya kayma olursa, terapist müdahale etmelidir. Oturum içinde bölümler beklenenden hızlı yapılabilir. Burada en önemli nokta, terapistin mantık çerçevesinden çıkmaması ve yol gösterme görevini üstlenmeyi sürdürmesidir. Hızlandırma seansın süresini azaltmak için değil, daha çok zamanı etkili kullanmak için yapılır. Böylece seans sonunda geribildirim ve tartışma bölümüne zaman kalır.

Terapistin son ve en önemli özelliklerinden biri de, inandırıcılığıdır. Hasta ister istemez kendine şu soruları soracaktır: 'Terapistim beni anlayabilecek mi?', 'Bana yardımcı olabilecek mi?' veya 'Başa çıkma sürecinde bana yardımcı olabilecek mi?'. Bu sorular sadece terapist için geçerli değildir, kullandığı terapötik yöntem için de geçerlidir. Terapistin bu soruları iyi değerlendirmesi gerekir. Bu nedenle tedavinin bilgilendirme süreci çok önemlidir. Diğer önemli nokta, terapistin konuya egemen olma düzeyi ve daha önceki deneyimleridir. Ancak o zaman bu gibi durumların üstesinden gelebilir. Sonuç olarak, terapist hastanın bu gibi kuşklarını gidermeye çalışmalıdır. Güven sorunu en temel sorundur, bu sorun aşılmadan tedavi başarılı

olamaz. Tedavi her ne kadar iki kişi arasında olsa da, daha çok terapistin sorumluluğundadır.

### **3.5.3. Danışanın Amacı**

Bilişsel davranışçı tedavi, sigara bağımlılığı olan kişilerin aktif katılımı ile sağlanır. Hastaların aktif sorumluluk alanlarını, kendilerini kontrol etmelerini zorunlu kılar. Bu sayede hastalar sigarayı bıraktıktan sonra sigara kötüye kullanımı engellenmiş olur. Aktif katılım boyunca hastalar yeni beceriler kazanır, bilişsel stratejiler geliştirirler. Hastaların uygunsuz alışkanlıkları daha sağlıklı ve daha düzenli alışkanlıklar ile yer değiştirir. Hastalar bilişsel süreçlerini geliştirerek bu konuda kendilerine sorumluluk yüklerler.

Hastaların var olan becerilerini ve yönelimlerini tedavi süresince değiştirmeleri beklenir. Hastalardan aynı zamanda yapıcı geribildirimlerde bulunmaları ve yapıcı davranışlar geliştirmeleri istenir. Bu sayede hasta kendini eleştirmekten ve kısır tartışmalar ile boğulmaktan kurtulur. Kendi sorununu algılayarak onunla baş etme becerisi kazanır. Hasta aktif katılım, modelleme ve doğru geri bildirimler sayesinde kendine olan güvenini kazanır ve uzun süreli davranış değişikliği oluşturur.

### **3.5.4. Bire Bir Tedavinin Önemi ve Zorlukları**

Bütün davranışsal ve psikososyal tedavilerin bazı temel noktaları vardır. Bu temel noktaların başında terapötik ilişkinin kalitesi gelmektedir. Bunu sağlamak için terapistin eğitimi, tedavi için ikna edici oluşu, teşvik ediciliği (Rozenzweig, 1936); yaşı, cinsiyeti, eğitimi, kişilik özellikleri ve görünümü vardır (Jonsen ve Friborg, 2015). Bunlar dışında terapistin ortaya koyduğu amacın ve çabının da terapi sürecini etkilediği bilinmektedir (Castonguay, 1993). Bu nedenle terapinin içeriği, kalitesi, konuya olan egemenliği ve terapi becerisi tedavinin başarısını etkiler. Terapist iki farklı tedavi sürecinde bu becerisini gösterir: Bunlardan biri grup terapisi, diğeri bireysel terapilerdir. İki farklı alanın kendine göre bir yapılanması olsa da, bazı avantaj ve dezavantajları vardır. Grup terapilerinden farklı olarak, bireysel tedaviler hasta üzerinde daha iyi gözlem, dikkat ve daha sağlıklı müdahale olanağı verir.

Bireysel tedaviler, zamanı daha esnek kullanma olanağı sunar. Bu da hastaya kendini ifade etme, süreç içinde yaptıklarını paylaşma fırsatı sunar.

Birçok araştırma, grup terapileri ve bireysel tedavilerin etkisi ve başarısı arasında anlamlı bir farkın olmadığını ortaya koymuştur (McRoberts ve ark., 1998). BDT'nin etkisi üzerine yapılan bir çalışmada, uykusuzluk tedavisinde uygulanan bireysel tedavi ile grup terapisinin hastaların uyku sorunu ile baş etmelerinde aynı etkiyi gösterdiği sonucuna varılmıştır (Bastien ve ark., 2004). Aynı şekilde sigara bırakma tedavisinde uygulanan grup terapilerinin, kendi kendine sigara bırakma girişiminde bulunanlardan daha etkili olduğu ortaya konsa da, bireysel terapilere göre daha etkili olmadığı belirtilmiştir (Stead ve Lancaster, 2002).

### **3.5.5. Tedavinin Süresi**

Bilişsel davranışçı tedavilerde danışma süresinin uzunluğu konusu esnek bırakılmıştır, kesin bir zaman sınırlaması yoktur. Bu konuda belirleyici olan terapist ve hastanın durumudur (Cully ve Teten, 2008). Yapılan bu çalışma standart hale getirilmiş şekilde hastaya sunulduğundan, süre her hasta için sabit tutulmuş, hastaya göre değiştirilmemiştir. Tedavi her hasta için altı oturumdur. Oturumlar ilk iki hafta haftada 2 kez; daha sonraki haftalar haftada birer kez olmak üzere toplam 4 oturum sürmüştür.

### **3.6. Tedavi Süreci ve İşlem Aşamaları**

Toplam 6 oturumdan oluşan ve yapılandırılmış deneysel araştırmanın aşamaları aşağıdaki gibidir.

*Seansın amaçları:*

- 1) Hastanın geçmişi ile ilgili bilgi almak ve hasta ile bağ kurmak,
- 2) Tedavinin başarısı ile ilgili motivasyonu artırmak,
- 3) Yapılan tedavinin sunulması,
- 4) Tedavinin amaçlarını ve kurallarını görüşmek.



*Birinci oturumun içeriği ile ilgili bilgi:* Bu seansın iki temel amacı vardır. Birinci amacı, hastanın güvenini kazanmak ve terapistle olan ilişkisini düzenlemektir. İkinci amacı ise, yapılacak işlemler hakkında bilgi vermektir. Bunu yaparak, hastanın tedavi konusundaki kuşkuları en aza indirilir ve tedaviden beklentileri konusunda daha açık fikre sahip olması, tedavi sürecini algılaması ve öğrenmesi sağlanır.

Yapılan işlemler: İlk başta terapist kendini tanıttı. Hastanın kendisini tanıtmaması istendi.

*'Kendiniz hakkında bilgi verir misiniz? Ne iş yapıyorsunuz? Evli misiniz? Çalışıyor musunuz? İşiniz dışında hobileriniz var mı? Nerede kalıyorsunuz?'* gibi sorular da sorularak hasta ile ilgili bilgi toplandı.

Tanışma aşaması bittikten sonra sigara bağımlılığı hakkında hastadan bilgi alındı. Bazı kalıp sorular hastalara soruldu.

*Bırakmayı neden istiyorsunuz? Bu konu sizin için ne kadar önemli? Sigaraya nasıl başladığınız? Sigarayı bırakmayı ne zamandan beri istiyorsunuz? Neden tedavi olmak istediniz? Neden sigara bırakma polikliniğine gelmeyi tercih ettiniz? Daha önce bu konuda herhangi bir tedavi gördünüz mü? Kendi başınıza sigara bırakmayı düşündünüz mü? Ne zamandan beri tedavi olmayı düşünüyorsunuz? Bizden istediğiniz bir şey var mı? Tedavi sürecinin başarısı konusunda kendinize güveniyor musunuz? Sigara dışında başka bir madde kullanıyor musunuz? Hangi sıklıkla sigara içiyorsunuz? En çok hangi zamanlarda sigara içiyorsunuz? Sigara içtiğinizde kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Evinizde sigara içen kimse var mı? Sigara bırakmanızı gerektiren herhangi bir sağlık sorunuz var mı?*

Hastanın tedaviye olan motivasyonunu artıracak bir gerekçesi olup olmadığı incelendi. Böyle bir gerekçe varsa, bu not edildi. Hastaların neredeyse hepsinin sağlık nedeni ile sigarayı bırakmak istediği gözlemlendi. Sağlık nedenlerinin yanı sıra bazı hastalar ailesel nedenlerden dolayı, bazılarının da çocukları için sigara içmeyi bırakmak istediği gözlemlenmiştir.

Hastaya gelme durumuna bağlı olarak *'Anladığım kadarı ile ailenizin (veya doktorunun, çocuklarının) sizin durumunuzla ilgili endişeleri olduğunu*

*söylüyorsunuz, peki sigara bırakma konusunda siz ne düşünüyorsunuz? Sigara içmek sizi nasıl etkiliyor?'. Bu veriler toplandıktan sonra hastaya 'Sigarayı bırakmayı sizin de istediğiniz belli oluyor, sigara içme konusunda sizin de endişeleriniz olduğunu belirtiyorsunuz.'* gibi telkinler verilerek hastanın tedaviye olan motivasyonu artırılmaya çalışılmıştır.

Terapist ile hastanın tanışma görüşmesi bittikten sonra terapist hastaya tedavinin içeriği hakkında bilgi verdi. Seansların içeriği, varılmak istenen amaç hastaya aktarıldı. Tedavinin temel amacının sigara bıraktırmak olduğu yeniden hatırlatıldı. Bunu belirtmenin temel nedeni, hastaların tedavi sürecini mevcut sorunlarının çözümü için fırsat olarak görmelerinin önünü kesmektir. Tedavinin ilaçla birlikte uygulanacağı belirtildi. Hastalara yapısal ve etik kurallar hakkında bilgi verildi.

Hastaların çoğunun sigara bırakma sürecini ciddiye aldıkları ve sigarayı bırakma konusunda hemfikir oldukları gözlenmiştir. Bazı hastalar sigarayı bırakmak istediklerini, ama sigara içmeyi çok sevdiklerini belirtmişlerdir. Bu tür hastalara süreci iyi algılamaları için bazı metaforlar kullanılmıştır. Bunların başında sigarayı aşık oldukları, ama onlara ciddi zarar veren sevgilileri gibi görmeleri gerektiği ve bu nedenle sevseler de ayrılmaları gerektiği fikri paylaşılmıştır.

Tanışma süreci ve hastanın gelme nedenleri öğrenildikten sonra hastaya gelme nedeni olan 'sigara içme davranışının' kavramlaştırılması aşamasına geçildi. Bu aşamada hastaya tedavi sürecinin gerekçeleri anlatıldı. Nikotin bağımlılığı ve nedenleri hakkında bilgi verildi. Böylece hastanın hastalığı ile ilgili daha somut verilere sahip olması sağlandı. İçeriğinde kullanılan cümlelerden bazı örnekler şöyledir:

*'Sigara bir hastalıktır, tedavisi olan bir hastalıktır. Eğer bir kişi sigara içmeye başlarsa, zamanla duygularında, yaşam tarzında bir değişim olacağını düşünür. Örneğin, bazı kişiler onun kendilerini cesaretlendirdiğini, bazıları yaşamlarındaki stresle baş etmede iyi bir sakinleştirici olduğunu düşünebilir. Kimileri sigarayı bıraktıklarında aşırı kilo alacaklarını zannederler. Bazıları da sigara içtiklerinde daha iyi düşündüklerini belirtmektedir. Bir süre sonra bu düşünceler altta yatan bağımlılık sürecini gizler...'*

Hastanın sigara bırakma konusundaki motivasyonu analiz edilmeye çalışıldı. Hasta çok istekli ise, bu konudaki motivasyonu desteklenerek tedavi sürecinin iyi geçmesi sağlandı. Sigarayı bırakmak için ortaya koyduğu nedenler gözden geçirilerek yinelendi. Tedavinin bazı kurallarının olduğu belirtildi, bu kurallar hastaya aktarıldı. Hastanın bu konuda çaba göstermesi gerektiği belirtildi. Kurallar şunlardır:

**Katılım:** Hasta sürece katılmalı, izlemeli, iyi bir nedeni yoksa oturumlar ve süreç iptal edilmemelidir. Eğer hasta tedavi sürecine katılmak istemez, geri çekilmek isterse bu konu tartışılmalıdır.

**Zamanlama:** Hasta oturumlara istenen zamanda gelmelidir. Eğer zamanında oturuma gelemezse, daha önceden bu durumu terapistine bildirmelidir.

**Sigara içme:** Bu tedavinin amacı kişiyi sigaradan uzak tutmaktır. Sigara içmenin bırakılmasının tedavinin temel amacı olduğu belirtilir. Kararlaştırılan zamanda sigaranın bırakılması için çaba göstermesi istenir.

**Ev ödevlerinin tamamlanması:** Kişi tedaviden tam sonuç almak istiyorsa, ev ödevlerinin tamamını istenen zamanda yapması gerekir.

Bu kurallar hastaya belirtildi. Soru işaretleri olan kısımlar hasta ile tartışıldı. Gelen hastalardan kurallara uyma konusunda sözlü onay alındı.

Hastaya gün boyunca sigaraya olan istekliliğini ve özlemini ölçen çizelgeye durumunu yazması ve bunu bir sonraki seansta getirmesi istendi (**Ek: 4**). Sonra da gelecek randevunun tarihi belirlendi.

*İkinci seansın amaçları:*

- 1) Hastanın sigara içme isteğini anlamak,
- 2) Sigara içme istekliliğini tanımlamak,
- 3) Sigara içmeye neden olan tetikleyicileri tanımlamak,
- 4) Başlatıcılardan sakınmak,
- 5) İstekle baş etmek.

Oturumda yapılmak istenenler: Temel amaç kişinin isteklilik ve içme dürtüsü ile başa çıkması konusunu irdelemektir.

Yapılan işlemler: İkinci oturuma başlamadan, önceki oturumun özeti yapıldı. Hastanın bir önceki oturumla ilgili görüşleri soruldu. Ev ödevini yapıp yapmadığı soruldu. Hastaların neredeyse hepsinin ev ödevini tam olarak yaptıkları ve oturuma getirdikleri gözlenmiştir.

Hastaların en çok karşılaştıkları ve baş etmede en çok zorlandıkları belirtilerin başında sigaraya olan isteklilik olduğu belirtildi. Bu konuda kendi görüşleri soruldu. İstekliliğin anlaşılması ve bunun normal bir durum olduğu hastalara vurgulandı.

Hastalardan *'Sigara içme arzusunun neye benzediğini anlatması'* istendi. Bu konuda her hastanın kendine göre bir tanımının olduğu görüldü. Hastalardan bazılarının bu konuda yaptığı yorumlar şöyledir: *'Onu kendi beynimden atamıyorum. O sanki sürekli beni çağırıyor. Onu kafamdan atamıyorum. Onsuz yalnız hissediyorum kendimi. O olmadan sıkılıyorum. Sigara benim hayat arkadaşım, yalnızlığımı gideriyor. Sigara içmeden uyuyamıyorum.'*

Hastaların sigara içme arzularını tanımlamalarını istedikten sonra hastaya şu soru soruldu: *'Sigaraya karşı duyduğunuz isteğin sigarayı bırakmada sizi ne kadar rahatsız edeceğini düşünüyorsunuz?'*. Bu soruya verilen yanıtlar arasında büyük farklılıklar olduğu gözlemlendi. Kimi hastalar bu durumu atlatamayacaklarını belirtirken, kimileri bu isteğin çok büyük sorun olmayacağını belirtmişlerdir. Bu durumla ilgili endişeleri olan bazı kişiler, sigarayı bırakmayı denemek istemediklerini belirtmişlerdir. Hastaların yüz ifadelerinde de bu çekinceleri gözlenmiştir. Diğer yandan istek konusunda korkuları olmayan birçok hastanın sigara içmenin nüksetmesinden korktuğu gözlenmiştir.

Daha sonra hastalara *'İstek duygusunun ne kadar süreceği sorulmuştur?'*. Hastaların hemen hepsi bunun zamanla azalacağı konusunda hemfikirdir. Bazı hastalar azalacağını düşünse de, tamamıyla ortadan kalkmayacağını belirtmişlerdir. Hastalara bu sürecin kişiden kişiye farklılık gösterdiği ve belli bir zaman sonra azalacağı bilgisi verilmiştir.

En son '*Sigaraya karşı arzularınız ile nasıl baş etmeyi düşünüyorsunuz?*' sorusuyla hastaların olası sigaraya karşı arzuları ile ilgili baş etme şekilleri anlaşılmaya çalışılmıştır.

Hastalara sigara içmelerine neden olan tetikleyici ve başlatıcıların listesini yapmaları istenmiştir. Bu süreçte ödevde yazılanlar ve oturumun başında not edilen tetikleyicilere yenileri eklenmiştir. Bu tetikleyicilerin özellikle ilk bırakma sürecinde sorun yaratabileceği belirtilmiştir.

*'Kahvenin sizin için ciddi bir tetikleyici olduğunu söylüyorsunuz. Kahve içerken sigara içmenin çok keyif verdiğini ve bu alışkanlığınızı değiştirmeniz gerektiğinin farkındasınız. İlk başta böyle bir tetikleyiciyle baş edemeyeceğinizi düşünüyorsunuz. Sizce baş edilmesi bu kadar zor bir durum mu? Örneğin, kahve içerken sigara içmezseniz size nasıl bir zararı olacağını düşünüyorsunuz? Sizce kahveyle beraber sigara içmeniz mi başarı, yoksa kahve ile beraber sigara içmemeniz mi?'*

Özellikle hastaların kahve, çay ile beraber sigara içmekten keyif aldıkları, bu alışkanlıklarını değiştirmekte zorlandıkları belirtilmiştir. Hastalara fiziksel bir uğraşta bulunmalarını ve kahve içtikten belli bir süre sonra içecekleri sigarayı içmemeleri istenmiştir. Bu süre 10-20 dk. arasında kararlaştırılmaya çalışılmıştır. Hastalar sadece kahve içtikten sonra sigarayı aramazlar, aynı zamanda yemeklerden sonra, iş aralarındaki sohbetlerde sigara içmeyi yoğun olarak istediklerini belirtirler. Bunlar arasında hastaları sigara içmeye iten en zorlandıkları tetikleyiciler tartışılır.

Oturumun sonunda hasta ile bazı hatırlatıcı sloganlar oluşturuldu. Bunları genelde hastanın yazması istendi.

*'Sigarayı içmediğin her zaman onu yenmiş olursun. Arzular onu beslemediğinde zayıflar ve kontrol edilebilir. Dürtülerinin çok güçlü olduğu doğru olabilir, ama onlarla baş edebilirsiniz.'*

Sonunda hasta ile beraber gelecek seansın günü belirlendi ve yeni ev ödevi **(Ek: 5)** verildi.

*Üçüncü seansın amaçları:*

- 1) Amaçların listelenmesi ve netleştirilmesi,
- 2) Sigara bırakma yönünde olası engellerin ve düşüncelerin belirlenmesi,
- 3) Sigara bırakma gününün belirlenmesi,
- 4) Sosyal desteğin sağlanması,
- 5) Kilo almaya yönelik bilgilendirme.

Yapılan işlemler: İkinci oturumun özeti yapıldı. İstenen ev ödevlerine ilişkin hastalardan geribildirim alındı. Olası engellerin ne olacağı konusunda hastalardan yeniden değerlendirmeler alındıktan sonra bu engelleri nasıl aşabilecekleri tartışıldı.

Bu noktadan sonra hasta ile sigara bırakma konusunda büyük bir engel olmadığı anlaşıldığında, amaçların belirlenmesi aşamasına geçildi. Hastaların neredeyse hepsi bir engel olmadığını belirtse de, küçük bir kısmının endişeli olduğu gözlenmiştir.

*'Şimdi sizinle sigara bırakma gününü ve o güne kadar neler yapmamız gerektiğini belirleyeceğiz. Bundan sonraki aşamada sizden bazı kurallara uymanızı, uymak istemediğiniz kuralları belirlemenizi isteyeceğim. Kurallarımızın ilki, ilacımızı düzenli olarak kullanmayı sürdürmeniz olacaktır. Şu ana kadar neredeyse 6 gündür düzenli olarak kullandığınızı biliyorum. Olası şikayetlerinizle ilgili mutlaka doktorunuza danışmayı unutmayın, olası bir ilaç değişikliğinde veya bırakma durumunda bana da haber vermeyi unutmayın.'*

Hasta ile ilaç kullanımını konusundaki görüşler bildirildikten sonra, hastaya belirlenen sigara bırakma günü için tarihler sunulur.

*'Bugünden sonra sizden sigara bırakma konusunda kararlı olmanızı isteyeceğim. Size sigara bırakma günü olarak 17 Kasım'ı belirledik, neredeyse 5 gününüz var. Bu tarih sizin için de uygun olur mu?'*

Hastaların çoğu sigara bırakma günü konusunda hemfikir olsa da, bazıları gün konusunda farklı düşünceye sahipti. Bu tür durumlarda hastaya ek olarak 2-3 gün daha verilir. Bu süre içinde sigara bırakması konusunda hasta ile beraber karar verilir.

Sigara bırakma günü belirlendikten sonra hastaya uyması gereken kurallar söylenir. Bu kuralların tamamı hastanın daha önceden belirttiği bilgiler doğrultusunda yapılandırılarak hastaya aktarılır.

Hastalara başta ailesinin, iş ve sosyal çevresindeki kişilerin desteğini alması istenir. Aldığı destek hakkında, sigara bırakma günü hakkında ve sigara bıraktıktan sonrası ile ilgili onları bilgilendirilmesi istenir. Hastaların çoğunun bu konuda daha önce çevresini bilgilendirdiği, evde ve işte sigara içilmediği bilgisi alınmıştır.

Oturumun sonunda hastaya sigara bıraktıktan sonra kilo almayla ilgili endişeleri soruldu. Hastaların hemen hepsi sigarayı bıraktıktan sonra kilo alacaklarını belirtmişlerdir. Hastaların endişeleri öğrenildikten sonra, bilgilendirilip önlemler tartışıldı. Kilo almanın olması durumunda kar-zarar durumu değerlendirmesi yapıldı.

Seansın sonunda bir sonraki seansın tarihi belirlendi.

*Dördüncü seansın amaçları:*

- 1) Verilen uygulamaların değerlendirilmesi,
- 2) Hastanın sigara bırakma konusundaki motivasyonunu artırmak,
- 3) Sigara bırakma gününde karşılaşılabilecek durumları değerlendirmek.

Yapılan işlemler: Bir önceki oturumun özeti yapıldıktan sonra hastaya sigara bırakmak için verilen davranış programının hangi aşamada olduğu soruldu.

*'Süreç nasıl gidiyor? Programa hangi düzeyde uyabiliyorsunuz? Ne gibi sorunlarla karşılaştınız?'*

Hastaların büyük bir kısmının programa uyma konusunda bir sorun yaşamadığı, bazı hastaların bu konuda ciddi düzeyde zorlandıkları gözlenmiştir.

*'Söylediklerinizi uygulamakta çok zorlandım. Özellikle sabahki sigarayı bırakmadım. Nasıl olacak bilmiyorum. Sadece sigara sayısını azaltabildim.'*

Böyle durumların bazı hastalarda olduğu görüldü. Bu tür hastaların sigara bırakma konusundaki motivasyonu sigara bırakma günü öncesinde başarılarını etkilediği daha önceki deneyimlerden bilinmektedir. Bundan dolayı programda ufak değişiklikler yapılarak hastaya yeniden sunuldu. Eğer istenen düzeyde motivasyonun

olmadığı gözlemlendiyse, sigara bırakma günü daha ileri bir tarihe verildi. Bunun amacı, hastanın sigarayı bırakmak için yeterince hazır duruma gelmesini sağlamak ve hastanın başarısızlık duygusu yaşamamasını engellemektir.

*'Sayıyı bu şekilde azaltmanız çok güzel bir başarı. Davranış programına uymamış olabilirsiniz, derseniz programı yeniden düzenleyelim.'*

Yeniden düzenlemekteki amaç, örneğin günlük 60 sigara içen bir kişi kahvaltından sonra sigara içmemeyi başaramıyorsa, zaman sınırlaması hastanın başaracağı bir düzeye getirilir. Daha sonrada bu süreyi 10'ar veya 5'er dakika artırması istenir.

Bazı hastaların programa uyduğu ve kendisinin süreyi artırdığı gözlenmiştir. Bu tür durumlarda hastanın yaptığı davranışı överek sigara bırakma konusundaki motivasyonu artırılmıştır.

Bu oturum sigara bırakma günü öncesindeki son oturumdur. Oturumun sonunda hastaya sigara bırakma gününde ve sonrasında karşılaşacağı fiziksel ve psikolojik süreçler hakkında bilgi verilmiştir. Olası bu durumlar hasta ile değerlendirilerek hastaya sigara bırakmayı sürdürme konusunda kararlı olması istenmiştir.

*Beşinci seansın amaçları:*

- 1) Hastanın sigarayı bırakıp bırakmadığını kontrol etmek,
- 2) Sigarayı bıraktıysa, karşılaştığı olumsuz belirtileri hasta ile irdelemek ve başa çıkma yolları üzerinde tartışmak. Eğer hasta sigarayı bırakmadıysa, nedenlerini tartışmak ve yeniden sigara bırakma günü belirlemek,
- 3) Hastanın sigara bırakma konusundaki motivasyonunu artırmak.

Yapılan işlemler: Bir önceki oturumun özeti yapıldı. Sigara bırakma günü hatırlatılarak hastanın sigarayı bırakıp bırakmadığı soruldu. Hastaların çoğunun sigarayı bıraktığı gözlenmiştir. Sigarayı bırakamayan hastaların daha az olduğu ve genel olarak sigara bırakma konusunda kararlılık göstermedikleri düşünülmektedir.



Sigarayı bırakan hastalara bırakma sürecinde ve bıraktıktan sonra ne gibi zorluklarda karşılaştığı soruldu. Kimi hastalar sigara bıraktıktan sonra daha agresif davrandığını belirtti. Çoğu hasta isteklerinin hala sürdüğünü belirtti.

*'Daha agresif olduğunuzu belirttiniz, bunun sigaraya bağlı olduğunu mu düşünüyorsunuz? Hangi zamanlar kendinizi daha agresif hissediyorsunuz?'* gibi sorularla hastanın belirtiyyle ilişkisi ve ona verdiği anlam anlaşılmaya çalışılmıştır.

Bazı hastaların karşılaştıkları belirtileri ortadan kaldırmak için yeniden sigara içebilecekleri düşünülerek, bütün belirtiler hastalarla tartışıldı. Özellikle kilo alma korkusu olan hastalarla bu konu yeniden tartışıldı. Bu konuda yeni yaklaşımlar izlenmesi önerildi, kimi hastalardan yeme alışkanlığını değiştirmelerini ve spor aktivitelerinde bulunmaları gibi yeni stratejiler geliştirilmesi istendi.

Oturumun sonunda sigara bırakma sonrasında ne gibi değişiklikler olduğu soruldu. Kazanılan olumlu değişiklikler üzerinden hasta motive edildi.

*Altıncı seansın amaçları:*

- 1) Sigara bırakma sonrası süreçleri değerlendirmek,
- 2) Nüksetme nedenleri hakkında hastaya bilgi vermek ve hastanın bu konuda dikkatli olmasını sağlamak.

Yapılan işlemler: Oturumun başında şimdiye kadar yapılan bütün oturumların özeti yapıldı. Geline durum ile ilgili hastanın görüşleri alındı. Hastanın sormak istediği sorular varsa, bunlar yanıtlandı, açıklandı.

Hastaya olası bir nüksetmenin olmaması için nüksetmeyi tetikleyecek durumlarla ilgili bilgi verildi. Neden bir tane bile sigara içmemesi gerektiği hastaya açıklandı. Bu oturumun son oturum olduğu, yeniden geldiklerinde sadece sigara bağımlılık testi yapılacağı bilgisi verildi.

Hastalardan sigarayı hala bırakmamış olanlar vardı. Onlara da diğer hastalar gibi nüksettiren nedenler açıklandı ve son oturum olduğu belirtildi. Son kez terapist ile hasta sigara bırakma günü ile ilgili davranım programı hazırlayarak sigara bırakma günü belirledi.

### **3.7. İzleme Çalışmaları**

Deneysel çalışma bittikten sonra hastalardan ayda bir gelmeleri istendi. Böylece hastalara 2 ay süresince ayda bir kez ' Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi ' uygulandı. Hastaların sigara bağımlılık düzeyleri belirlendi. Sigarayı hiç bırakmayanlar olduğu gibi, bırakıp yeniden başlayanların olduğu gözlemlendi. Bu hastalardan sigaraya yeniden başlatan nedenler soruldu, bu konuda hastalardan bilgi toplandı.

### **3.8. Veri Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel teknikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmanın bulguları toplanan veriler doğrultusunda ele alınarak programa katılım ve uyum, bireylerin sigara içme davranışlarına ilişkin özellikler, BDT uygulamasının sonucunda ortaya çıkan bırakma oranları, bazı demografik değişkenler ile tedavi sonucunda ortaya çıkan bırakma oranları, sigara içme miktarının değişimine ilişkin sonuçlar incelenmiştir.

**Tablo 4.1: Deney Grubundaki Bireylerin Çeşitli Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30)**

Değişken		N	%
Cinsiyet	Erkek	12	40
	Kadın	18	60
Yaş	40-44 yaşları	18	60
	45-49 yaşları	12	40
Çalışıp / çalışmadığı	Çalışanlar	22	73.3
	Çalışmayanlar	8	26.7
Eğitim durumu	İlkokul	14	46.7
	Ortaokul	7	23.3
	Lise	5	16.7
	Yüksekokul	4	13.3
Medeni durumu	Evli	24	80
	Bekâr	6	20
Evde yaşayan kişi sayısı	Tek kalanlar	0	0
	Ailesi ile beraber	30	100

Bu araştırmada demografik bilgi formu ile bilgi alınan 30 deney grubundaki bireylerin %60'ının (18 kişi) kadın ve %40'ının (12 kişi) erkek olduğu gözlenmiştir. Deney grubunun %73.3'ü (22 kişi) çalışan bireylerden oluşmaktadır. Bireylerin %46.7'si (14 kişi) ilkokul mezunudur. Bireylerin 24'ünün (%80) evli, altısının (%20) bekâr olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.2: Kontrol Grubundaki Bireylerin Çeşitli Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30)**

<b>Değişken</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	21	70
	Kadın	9	30
<b>Yaş</b>	41-44 yaşları	22	73,3
	44-45 yaşları	8	26,7
<b>Çalışıp / çalışmadığı</b>	Çalışanlar	22	73.3
	Çalışmayanlar	8	26.7
<b>Eğitim durumu</b>	İlkokul	16	53.3
	Ortaokul	3	10
	Lise	8	26.7
	Yüksekokul	3	10
<b>Medeni durumu</b>	Evli	25	83.3
	Bekar	5	16.7
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>	Tek kalanlar	1	3.33
	Ailesi ile beraber kalanlar	29	96.67

Bu araştırmada demografik bilgi formu ile bilgi alınan kontrol grubunun %70'i (21 kişi) erkek, %30'u (9 kişi) kadındır. Kontrol grubundaki bireylerin

%73.3'ü (22 kişi) çalışan, %53.3'ü (16 kişi) ilkokul mezunu, %83.3'ü (25 kişi) evli olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.3: Deney Grubundaki Bireylerin Sigara İçme Davranışının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30)**

<b>Değişken</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Evde sigara içen</b>	Var	18	60
	Yok	12	40
<b>İş yerinde sigara içilme</b>	Var	0	0
	Yok	30	100
<b>Gelme nedeni</b>	Sağlıklı olma isteği	30	100
	Diğer nedenler	0	0
<b>Başvuruya nasıl gelmiş</b>	Kendisi gelmiş	21	70
	Doktoru göndermiş	8	26.7
	Afişi görerek gelmiş	1	3.3
<b>Kronik bir hastalığı</b>	Var	18	60
	Yok	12	40
<b>Sürekli kullandığı ilaç</b>	Var	11	36.7
	Yok	19	63.3
<b>Günde içtiği sigara sayısı</b>	10 taneden az	1	3.3
	10-20 arasında	3	10
	20 ve daha fazla	26	86.7
<b>Sigaraya başlama yaşı</b>	20 yaşından önce	22	73.3
	20 ile 30 yaş arasında	8	23.4

	30 yaşının üstünde	1	3.3
<b>Sigara içme süresi</b>	10-20 yıl arasında	3	10
	20-30 yıl arasında	21	70
	30 ve daha fazla yıl	6	20
<b>Alkol kullanımı</b>	Var	9	30
	Yok	21	70
<b>Sigara bağımlılığını etkileyen etkenler</b>	Alışkanlık	26	86.7
	Alışkanlık ve stres	4	13.3
	Diğer	0	0

Araştırmada sigara bırakma davranışını etkileyen etkenlerle ilgili olarak deney grubundan %60'ının (18 kişi) evinde sigara içen bulunduğu, %70'inin (18 kişi) kendi başvurduğu, %60'nın (18 kişi) kronik bir hastalığı olduğu, %86.7'sinin (26 kişi) günde 20 ve daha fazla sigara içtiği, %73.3'ünün (22 kişi) sigara içmeye 20 yaşından önce başladığı, %70'inin (21 kişi) 20 ile 30 yıl arasında sigara kullandığı görülmüştür.

**Tablo 4.4: Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara İçme Davranışının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (n=30)**

<b>Değişken</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Evde sigara içen</b>	Var	15	50
	Yok	15	50
<b>İş yerinde sigara içilme</b>	Var	2	6.7
	Yok	28	93.3
<b>Gelme nedeni</b>	Sağlıklı olma isteği	30	100
	Diğer nedenler	0	0

<b>Başvuruya nasıl gelmiş</b>	Doktoru göndermiş	28	93.3
	Kendisi gelmiş	2	6.7
	Afişi görerek gelmiş	0	0
<b>Kronik bir hastalığı</b>	Var	16	53.3
	Yok	14	46.7
<b>Sürekli kullandığı ilaç</b>	Var	10	33.3
	Yok	20	66.7
<b>Günde içtiği sigara sayısı</b>	10 taneden az	1	3.3
	10 ile 20 arasında	2	6.7
	20 ve daha fazla	27	90
<b>Sigaraya içmeye başlama yaşı</b>	20 yaşından önce	25	83.3
	20-30 yaş	4	13.3
	30 yaşının üstünde	1	3.3
<b>Sigara içme süresi</b>	10-20 yıl arasında	4	13.3
	20-30 yıl arasında	17	56.6
	30 ve daha fazla yıl	9	30
<b>Alkol kullanımı</b>	Var	10	33.3
	Yok	20	66.7
<b>Sigara bağımlılığını etkileyen</b>	Alışkanlık	22	73.3
	Alışkanlık ve stres	7	23.3

<b>etkenler</b>	Diğer	1	3.3
-----------------	-------	---	-----

Araştırmada sigara bırakma davranışını etkileyen etkenlerle ilgili olarak kontrol grubundan %50'sinin (15 kişi) evinde sigara içen bulunduğu, %93.3'ünün (28 kişi) kendisinin geldiği, %53.3'ünün (16 kişi) kronik bir hastalığı olduğu, %90'ının (27 kişi) 20 ve daha fazla günlük sigara kullandığı, %83.3'ünün (20 kişi) 20 yaşından önce sigaraya başladığı, %56.6'sının (17 kişi) 20 ile 30 yıl arasında sigara kullandığı görülmüştür.

Araştırma süresince uygulanan testlerin analizleri yapılmadan önce sonuçların normal dağılıma uygunluğunu kontrol etmek amacıyla alınan sonuçlara Kolmogorov-Smirnov testleri yapılmıştır.

**Tablo 4.5: Deney ve Kontrol Gruplarına Uygulanan Kolmogorov Smirnov Testinin Sonuçları**

<b>Gruplar</b>	<b>Testler</b>	<b>N</b>	<b>Aritmetik Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Kolmogorov - Smirnov</b>	<b>p</b>
<b>Deney Grubu</b>	<b>Ön Test</b>	30	6.53	2.00	0.11	0.200
	<b>Son Test</b>	30	0.33	2.63	0.52	0.015
<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Ön Test</b>	30	5.83	1.09	0.14	0.149
	<b>Son Test</b>	30	1.23	2.06	0.39	0.024

Araştırma sürecinde kullanılan tüm testlere uygulanan Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda ön testler için p değerleri 0,05'ten büyük, son testlerde p değeri 0.05'ten küçük çıkmıştır. Bu nedenle normal dağılımı sağlamak amacı ile karekök düzeltmesi yapılmıştır. Karekök düzeltmesi sonucunda dağılım incelendiğinde normal dağılımın tekrar sağlanamadığı ( $p>0.05$ ) saptanmıştır. Bu incelemeler sonucunda, ölçeklerden elde edilen veriler ile ilgili analizlerin nonparametrik testler ile yapılmasına karar verilmiştir.



Gruplar arasında fark olup olmadığını test etmek için, deney ve kontrol gruplarının sigara içme oranlarını ölçmek için ön test puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları karşılaştırılmıştır. Grupların ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını belirlemek için SPSS istatistik programında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.6: Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	t	p
Deney Grubu	30	6.53	2.00	58	1.16	0.250
Kontrol Grubu	30	5.83	2.63			

Tablo 4.6.'da araştırmaya katılacak sayısını ve ön testten aldıkları puanların aritmetik ortalamasını göstermektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere, deney grubundakilerin ön testten aldıkları puanların aritmetik ortalaması 6.53, kontrol grubunun ön testten aldıkları puanların aritmetik ortalaması 5.83 olarak bulunmuştur. Tablo 4.6.'daki sonuçlara göre, p değeri 0.05 anlamlılık düzeyinden büyük ( $0.250 > 0,05$ ) olduğu için deney ve kontrol grubunun başarı ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur. Ayrıca ön test sonuçlarına uygulanan Levene testi sonucunda  $F=2.68$  ve  $p=0,250$  olarak bulunmuştur,  $p > 0,05$  olduğu için grupların varyanslarının homojen olduğu anlaşılmıştır.

Bu sonuca göre, deney ve kontrol grubundaki bireylerin sigara içme oranları birbirine yakındır. Elde edilecek verilerin güvenilirliği için deney ve kontrol grubundaki bireylerin sigara içme oranlarının birbirine yakın veya eşit olması önemlidir.

Uygulama sonrası gruplar arasında fark olup olmadığını test etmek için deney ve kontrol gruplarının son test puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları karşılaştırılmıştır. Grupların ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığını belirlemek için SPSS istatistik paket programında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Sonuçlar tabloda (Tablo 4.7.'de) gösterilmiştir.

**Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Gruplar	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	t	p
Deney Grubu	30	0.33	1.09	58	-2.11	0.039
Kontrol Grubu	30	1.23	2.06			

Tablo 4.7.'ye göre son test sonucunda deney grubundaki bireylerin aldıkları puanların ortalamaları 0.33 bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin ortalaması ise 0.2333 olarak bulunmuştur. Bu sonuçların anlamlılığını karşılaştırmak amacıyla yapılan bağımsız değişkenler için t-testi sonucunda  $p=0.039$  olarak bulunmuştur.  $t=-2.11$  ve  $p=0.039$  olduğundan, iki grubun son test puanları arasındaki fark anlamlıdır.

Son test sonuçlarına uygulanan Levene's testi sonucunda  $F=14.36$  ve  $p<0.001$  olarak bulunmuştur;  $p<0,05$  olduğu için grupların eşit varyanslarının olmadığı görülmüştür.

Deney grubu ortalaması 0.33 ve kontrol grubu ortalaması ise 1.23 olduğundan, BDT ile beraber varenicline deney grubu lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkardığı söylenebilir.

Deney grubundaki hastaların ön test-son test puanları arasındaki farklılığın anlamlılık düzeyini belirlemek için yapılan bağımlı gruplar için t-testi sonuçları Tablo 4.8.'de verilmiştir.

**Tablo 4.8: Deney Grubunun Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması**

Testler	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	t	p
Ön Test	30	6.53	2.00	29	14.16	0.000
Son Test	30	0.33	1.09			

Tablo 4.8.'e göre deney grubundaki bireylerin ön test-son test puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ( $t=14.16$ ,  $p=0.000$ ). Otuz kişilik deney grubunun ön test sonuçları aritmetik ortalaması  $X=6.53$  olarak hesaplanmıştır. Bu bireylerin son-test sonuçları aritmetik ortalaması  $X=0.33$ 'tür.

Ayrıca, deney grubu ön test  $ss=2.00$ , deney grubu son test  $ss=1.09$  olmak üzere,  $\frac{ss1}{ss2}=1.82 < 2$  olup deney grubunun ön test-son test verilerine göre evren varyanslarında farklılaşma olmadığı kabul edilebilir. Bu sonuca göre deney grubunda kesirler konusunun homojenleştirdiğini söyleyebiliriz. Bağımlı gruplar için t testinde alınan sonuçlar varenicline ile beraber BDT uygulanan hastaların sigara bırakma başarısı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Kontrol grubundaki bireylerin ön test-son test puanları arasındaki farklılığı anlamlılık düzeyini belirlemek için yapılan bağımlı gruplar için t-testi sonuçları Tablo 4.9.'da verilmiştir.

**Tablo 4.9: Kontrol Grubunun Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması**

Testler	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	t	p
Ön Test	30	5.8333	2.62722	29	10.96	0.000
Son Test	30	1.2333	2.06253			

Tablo 4.9.'a göre kontrol grubundaki bireylerin ön test ortalaması 5.83, son test ortalaması 1.23 olarak bulunmuştur. Bireylerin bu iki testten aldıkları puanlara uygulanan bağımlı değişkenler için t-testi sonucunda  $p<0.001$  olduğu; ön test ve son test puanları arasında anlamlı fark bir olduğunu görülmüştür.

Ayrıca  $ss1$  ön test standart sapmasını,  $ss2$  son test standart sapmasını göstermek üzere  $\frac{ss1}{ss2}=1.27$  olarak hesaplanmıştır. Bu değer 0,5-2 arasında olduğu için evren varyanslarının eşit olduğu kabul edilebilir.

Bu sonuçlar varenicline tedavisinin kişilerin sigara bırakma başarısı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Bireylerin aldıkları tedavi yöntemi bakımından sigara bırakma başarıları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 4.10.'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.10: Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test Puanlarının Karşılaştırılması**

<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>S.O.</b>	<b>S.T.</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Deney Grubu</b>	30	26.95	808.50	343.500	-2.187	0.029
<b>Kontrol Grubu</b>	30	34.05	1021.50			

Tablo 4.10.'da görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları arasında son test puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Deney ve kontrol grubunun son testleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ). Deney grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $U=343.50$ ,  $p=0.029$ ).

### **Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular**

Bu başlık altındaki bulgularda deney ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, çalışıp çalışmadığı, eğitim durumu, medeni durumu, evde yaşayan kişi sayısı gibi demografik özellikleri ile sigarayı bırakma oranlarına ilişkin bilgiler verilmektedir.

Tablo 4.11.'de uygulama sonucunda deney ve kontrol grubundaki bireylerin cinsiyet, yaş, çalışıp çalışmadığı, eğitim durumu, medeni durumu ve evde yaşayan kişi sayısı gibi değişkenler dikkate alınarak, sigarayı bırakma oranları verilmektedir.

**Tablo 4.11: Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Değişkenlere Göre Sigara Bırakma Oranları (n=30)**

Değişken		Deney Grubu				Kontrol Grubu			
		Bırakanlar		Bırakmayanlar		Bırakanlar		Bırakmayanlar	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	10	83.3	2	16.7	12	57.1	9	42.8
	Kadın	17	94.4	1	5.6	8	88.9	1	11.1
Yaş	40-44 yaş arası	16	88.8	2	11.2	16	72.7	6	27.3
	45-49 yaş arası	11	91.6	1	8.4	4	50	4	50
Çalışıp / çalışmadığı	Çalışanlar	19	86.4	3	13.6	14	63.6	8	32.4
	Çalışmayanlar	8	100	0	0	6	75	2	25
Eğitim durumu	İlkokul	14	100	0	0	9	56.2	7	43.8
	Ortaokul	6	85.7	1	14.3	2	66.7	1	33.3
	Lise	4	80	1	20	6	75	2	25
	Yüksekokul	3	75	1	25	3	100	0	0
Medeni durumu	Evli	22	91.7	2	8.2	16	64	9	36
	Bekâr	5	83.3	1	16.7	4	80	1	20
Evde yaşayan kişi sayısı	Tek kalanlar	0	0	0	0	1	50	1	50
	Ailesi ile beraber kalanlar	27	90	3	10	19	73	9	27

Deney grubundaki erkeklerin %83.3'ü (10 kişi), kadınların %88.9'u (16 kişi), 40-44 yaşları arasındaki bireylerin %88.8'i (16 kişi), çalışan evli bireylerin %91.7'si (22 kişi), ailesi ile beraber kalanların %90'ı (27 kişi) sigarayı bıraktığı görülmüştür.

Kontrol grubundaki erkeklerin %57.1'ü (12 kişi), kadınların %88.9'u (8 kişi), 40-44 yaşları arasındaki bireylerin %72.7'si (16 kişi), evli bireylerin %64'ü (16 kişi), ailesi ile beraber kalanların %73'ü (19 kişi) sigarayı bıraktığı görülmüştür.

**Tablo 4.12: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması**

Grup	Cinsiyet	N	S.O.	S.T.	U	Z	p
Deney grubu	Erkek	12	16.50	198.00	96.00	-0.975	0.329
	Kadın	18	14.83	267.00			
Kontrol grubu	Erkek	21	17.10	359.00	61.00	-1.811	0.070
	Kadın	9	11.78	106.00			

Tablo 4.12.'de görüldüğü gibi deney gurubundaki bireylerin cinsiyetlerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=96.00$ ,  $p=0.329$ ).

Kontrol gurubundaki bireylerin cinsiyetlerine göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=61.00$ ,  $p=0.070$ ).

**Tablo 4.13: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Çalışıp Çalışmamalarına Göre Karşılaştırılması**

Grup	İş durumu	N	S.O.	S.T.	U	Z	p
Deney grubu	Çalışan	22	16.05	353.00	76.00	-1.081	0.280
	Çalışmayan	8	14.00	112.00			
Kontrol grubu	Çalışan	22	15.68	345.00	84.00	-0.224	0.823
	Çalışmayan	8	14.00	120.00			

Tablo 4.13.'te görüldüğü gibi, deney gurubundaki bireylerin çalışıp çalışmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı

Testi puanları açısından çalışan bireylerin ve çalışmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=76.00$ ,  $p=0.280$ ).

Kontrol gurubundaki bireylerin çalışıp çalışmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından çalışan bireylerin ve çalışmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=84.00$ ,  $p=0.823$ ).

**Tablo 4.14: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Medeni durum	N	S.O.	S.T.	U	Z	p
Deney grubu	Evli	24	14.67	352.00	52.00	-1.991	0.046
	Bekâr	6	18.83	113.00			
Kontrol grubu	Evli	25	15.90	397.00	52.50	-0.665	0.506
	Bekar	5	13.50	67.50			

Tablo 4.14.'te görüldüğü gibi, deney gurubundaki bireylerin medeni durumlarına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre, bekârlarla evlilerin Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları arasında anlamlı bir fark vardır ( $U=52.00$ ,  $p=0.046$ ). Bekârların evlilere göre sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kontrol gurubundaki bireylerin medeni durumuna göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından evli bireylerin ve bekâr bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=52.50$ ,  $p=0.506$ ).

### Alt Problemlere İlişkin Bulgular

Alt problemlere ilişkin bulgular, deney ve kontrol gruplarında bulunan bireylerin evde sigara içen olup olmaması, başvuruya nasıl geldiği, kronik bir hastalığının olup olmaması, sürekli kullandığı ilacın bulunup bulunmaması, günde içtiği sigara sayısı, kaç yıldır sigara içtiği, sigara içmeye başlama yaşı ve alkol kullanımı gibi sigara içme davranışını etkileyen özellikler ile sigarayı bırakma oranlarına ilişkin bilgiler verilmektedir.

Tablo 4.15.'te uygulama sonucunda deney ve kontrol grubundaki bireylerin evde sigara kullananın olup olmaması, başvuruya nasıl geldiği, kronik bir hastalığının olup olmaması, sürekli kullandığı ilacın bulunup bulunmaması, günde içtiği sigara sayısı, kaç yıldır sigara kullandığı, sigaraya başlama yaşı ve alkol kullanımı gibi değişkenler dikkate alınarak, sigarayı bırakma oranları verilmektedir.

**Tablo 4.15: Sigara İçme Davranışını Etkileyenlere Göre Sigara Bırakma Oranları (n=30)**

Değişken		Deney Grubu				Kontrol Grubu			
		Bırakanlar		Bırakmayanlar		Bırakanlar		Bırakmayanlar	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Evde sigara içen	Var	15	83.3	3	16.7	12	80	3	20
	Yok	12	100	0	0	8	53.3	7	46.7
Başvuruya nasıl gelmiş	Kendisi gelmiş	18	85.7	3	14.3	18	64.3	10	35.7
	Doktoru göndermiş	8	100	0	0	2	100	0	0
	Afişle gelmiş	1	100	0	0	0	0	0	0
Kronik hastalık	Var	17	94.4	1	5.6	11	68.8	5	31.2
	Yok	10	83.3	2	16.7	9	64.3	5	35.7
Sürekli kullandığı ilaç	Var	9	81.8	2	18.2	6	60	4	40
	Yok	18	94.7	1	5.3	14	70	6	30
Günde	10 taneden	1	100	0	0	1	100	0	0



<b>İçtiği sigara sayısı</b>	<b>az</b>								
	<b>10-20 arasında</b>	3	75	1	25	2	100	0	0
	<b>20 ve daha fazla</b>	24	92.3	2	7.7	17	62.9	10	37.1
<b>Kaç yıldır sigara içtiği</b>	<b>10-20 yıl arasında</b>	3	100	0	0	4	100	0	0
	<b>20-30 yıl arasında</b>	19	90.4	2	9.6	12	70.5	5	29.5
	<b>30 ve daha fazla</b>	5	83.3	1	16.7	4	44.4	5	65.6
<b>Sigara içmeye başlama yaşı</b>	<b>20 yaşından önce</b>	19	86.3	3	13.7	16	72	9	28
	<b>20-30 yaş arasında</b>	7	100	0	14.3	3	75	1	25
	<b>30 yaşının üstünde</b>	1	100	0	0	1	100	0	0
<b>Alkol kullanımı</b>	<b>Var</b>	9	100	0	0	6	60	4	40
	<b>Yok</b>	18	90	3	10	14	70	6	30

Deney grubundaki evde sigara içen bulunan bireylerin %83.3'ü (15 kişi), kendi gelen bireylerin %85.7'si (18 kişi), kronik hastalığı bireylerin %94.4'ü (17 kişi), sürekli ilaç kullanan bireylerin %81.8'i (9 kişi), günde kullandığı sigara sayısı 20 ve daha fazla olan bireylerin %92.3'ü (24 kişi), sigara başlama yaşı 20 yaşından önce olan bireylerin %86.3'ü (19 kişi), alkol kullanımı olan bireylerin %90'ı (18 kişi) sigarayı bıraktığı görülmüştür.

Kontrol grubundaki evde sigara içen bulunan bireylerin %80'i (12 kişi), kendi gelen bireylerin %64.3'ü (18 kişi), kronik hastalığı bireylerin 68.8'i (11 kişi), sürekli ilaç kullanan bireylerin %60'ı (6 kişi), günde kullandığı sigara sayısı 20 ve daha fazla olan bireylerin %62.9'u (17 kişi), sigara başlama yaşı 20 yaşından önce olan bireylerin %72'si (16 kişi), alkol kullanımı olan bireylerin %70'i (14 kişi) sigarayı bıraktığı görülmüştür.

**Tablo 4.16: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Evde Sigara İçen Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Evde sigara içen	N	S.O.	S.T.	U	Z	p
Deney grubu	Var	18	16.50	297.00	90.00	-1.46	0.143
	Yok	12	14.00	168.00			
Kontrol grubu	Var	15	13.47	202.00	82.00	-1.51	0.131
	Yok	15	17.53	263.00			

Tablo 4.16.'da görüldüğü gibi, deney grubunun evde sigara içen olması ve olmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından evde sigara içen olan bireylerin ve evde sigara içen olmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=90.00$ ,  $p=0.143$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin evde sigara içen olup olmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından evde sigara içen olan bireylerin ve evde sigara içen olmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=82.00$ ,  $p=0.131$ ).

**Tablo 4.17: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Kronik Hastalık Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Kronik hastalık	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Deney grubu	Var	18	15.67	282.00	105.00	-0.24	0.807
	Yok	12	15.25	183.00			
Kontrol grubu	Var	16	14.75	236.00	100.00	-0.60	0.551
	Yok	14	16.36	229.00			

Tablo 4.17.'de görüldüğü gibi, deney grubundaki bireylerin kronik hastalığı olup olmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kronik hastalığı olan bireylerle olmayan bireylerin Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=105.00$ ,  $p=0.807$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin kronik hastalığı olup olmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından kronik hastalığı olan bireylerin ve kronik hastalığı olmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=100.00$ ,  $p=0.551$ ).

**Tablo 4.18: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Bireylerin Sürekli Kullandığı İlaç Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Sürekli kullandığı ilaç	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Deney Grubu	Var	11	16.82	185.00	90.00	-1.198	0.231
	Yok	19	14.74	280.00			
Kontrol Grubu	Var	10	15.80	158.00	97.00	-0.158	0.875
	Yok	20	15.35	307.00			

Tablo 4.18.'de görüldüğü gibi, deney grubundaki bireylerin sürekli kullandığı ilacın olup olmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından sürekli kullandığı ilaç olan bireylerin ve sürekli kullandığı ilaç olmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=90.00$ ,  $p=0.231$ ).

Kontrol gurubundaki bireylerin sürekli kullandığı ilacın olup olmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından sürekli kullandığı ilaç olan bireylerin ve sürekli kullandığı ilaç olmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=97.00$ ,  $p=0.875$ ).

**Tablo 4.19: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Bireylerin Alkol Kullanıp Kullanmamasına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Alkol kullanımı	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Deney grubu	Var	10	15.56	140.00	94.00	-0.043	0.965
	Yok	20	15.48	325.00			
Kontrol grubu	Var	10	16.10	161.00	94.00	-0.315	0.753
	Yok	20	15.20	304.00			

Tablo 4.19.'da görüldüğü gibi, deney grubundaki bireylerin alkol kullanıp kullanmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından alkol kullanan bireylerin ve alkol kullanmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=94.00$ ,  $p=0.965$ ).

Kontrol gurubundaki bireylerin alkol kullanıp kullanmamasına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından alkol kullanan bireylerin ve alkol kullanmayan bireylerin arasında anlamlı bir fark yoktur ( $U=94.00$ ,  $p=0.753$ ).

**Tablo 4.19: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının İçilen Günlük Sigara Sayısına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Günlük içtiği sigara sayısı	N	S.O.	df	X <sup>2</sup>	p
Deney grubu	10 taneden az	1	14.00	2	2.39	0.303
	10-20 arasında	3	19.33			
	20 ve daha fazla	26	15.12			
Kontrol grubu	10 taneden az	1	10.50	2	0.99	0.611
	10-20 arasında	1	10.50			
	20 ve daha fazla	28	15.86			

Tablo 4.20.'de görüldüğü gibi, deney grubundaki bireylerin içtiği günlük sigara sayısına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin içtiği günlük sigara sayısına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.20: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Sigaraya Başlama Yaşına Göre Karşılaştırılması**

Grup	Sigaraya başlama yaşı	N	S.O.	df	X <sup>2</sup>	p
Deney grubu	20 yaşından önce	22	16.05	2	1.17	0.558
	20-30 yaş arasında	7	14.00			
	30 yaş ve üstünde	1	14.00			
Kontrol grubu	20 yaşından önce	25	15.90	2	0.65	0.723
	20-30 yaş arasında	4	14.25			
	30 yaş ve üstünde	1	10.50			

Tablo 4.21.'de görüldüğü gibi, deney grubundaki bireylerin sigaraya başlama yaşına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin sigaraya başlama yaşına göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.21: Deney ve Kontrol Gruplarının Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi Puanlarının Bireylerin Sigara İçme Süresine Göre Karşılaştırılması**

Grup	Sigara içme süresi	N	S.O.	df	X <sup>2</sup>	p
Deney grubu	10-20 yıl arasında	3	14.00	2	0.61	0.736
	20-30 yıl arasında	21	15.43			
	30 yıl ve daha fazla	6	16.50			
Kontrol grubu	10-20 yıl arasında	4	10.50	2	5.05	0.080
	20-30 yıl arasında	17	14.47			
	30 yıl ve daha fazla	9	19.67			

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi, deney grubundaki bireylerin sigara içme süresine göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin sigara içme süresine göre Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## SONUÇ

Sigara tüketiminin azalmasında vergi artışlarının ve sigara karşıtı medya reklamların etkisi büyüktür (Hu ve ark., 1995). Buna rağmen sigara bağımlılığı oranları hayli yüksektir.

Sigara bağımlısı olan kişilerin büyük bir oranı sigarayı bırakmayı planlasalar da, büyük bölümü ilk üç ay içinde yeniden sigara içmeye başlamaktadır. Bireysel sigara bırakma girişiminde bulunan kişiler başarı sağlamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle hipnoz, akupunktur, nikotin bandı, nikotin sakızı, ilaç tedavisi, davranış tedavileri gibi birçok yöntem uygulanmaktadır.

Sigara bırakma polikliniklerinde bu tedavi yöntemlerinin birçoğu uygulanmakla beraber, daha çok ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Sigara bırakma sürecinde üç aylık varenicline tedavisinin tek başına etkili olduğu bilinmektedir (Tonstad ve ark., 2006). Ancak bu tedavinin de başarısının sınırlı olduğu düşünülmektedir. Varenicline ile BDT'nin sadece varenicline tedavisinden daha etkili olacağı düşünülerek bu çalışma yapılmıştır.

Bu araştırmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, hem deney, hem de kontrol grubunun ön test sonuçlarının birbirine yakın değerde olduğu bulunmuştur. Elde edilecek verilerin güvenilirliği için deney ve kontrol grubundaki bireylerin sigara içme oranlarının birbirine yakın veya eşit olması önemlidir.

Kontrol grubunu oluşturan varenicline tedavisi ile sigara bırakma yöntemi ön test-son test puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu bulgular doğrultusunda varenicline tedavisinin tek başına sigara bırakma sürecinde etkili olduğu sonucuna varılabilir.

Deney grubunu oluşturan varenicline tedavisi ile birlikte BDT uygulamasının ön test-son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda varenicline ile birlikte uygulanan BDT'nin sigara bırakma sürecinde etkili olduğu sonucuna varılabilir.



Deney ve kontrol gruplarının son test puanları arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Son test puanları karşılaştırıldığında deney grubu lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Alt problemler ele alındığında hem deney, hem de kontrol grupları arasında hiçbir alt grup lehine anlamlı bir değer bulunamamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda sigara bırakma polikliniğine gelen hastalara uygulanan ilaç tedavisinin etkili olduğu gözlene de, ilaç tedavisi ile beraber uygulanan BDT'nin tek başına uygulanan ilaç tedavisinden daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Tezin amacına uygun olarak sigara bırakma polikliniklerinde doktorla beraber psikolog yardımının hastanın sigara bırakma davranışında daha etkili olacağı düşünülmektedir.

#### **Öneriler:**

- 1) Polikliniklerdeki psikolojik destek sağlayacak(psikiyatrist, psikolog vs.) personel eksikse, bunları arttırmaya yönelik olarak girişimlerde bulunulabilir.
- 2) Yapılacak oturumların içeriği, sayısı ve süresi polikliniğin yoğunluğuna göre yeniden yapılandırılabilir.
- 3) Sigara bırakma polikliniğinde çalışan personele bilişsel davranışçı tedavilerle ilgili eğitimler sağlanana bilindir.

## KAYNAKÇA

- Action on Smoking and Health. (2007). *Varenicline- Guidance for Health Professionals on a Newprescription-only Stop Smoking Medication*. London: Action on Smoking and Health.
- Addicott, A. M., Sweitzer, M. M., Froeliger, B., Rose, E. J., & McClernon, J. F. (2015). Increased Functional Connectivity in an Insula-Based Network is Associated with Improved Smoking Cessation Outcomes, Neuropsychopharmacology. *Journal of Neuropsychopharmacology* , 40 (11) 2648-2656.
- Addington, J., el-Guebaly, N., Addington, D., & Hodgins, D. (1997). Readiness to Stop Smoking in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* , 42 49-52.
- Ahluwalia, S. J., Harris, J. K., Catley, D., Okuyemi, S. K., & Mayo, S. M. (2002). Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation in African AmericansA Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association* , 288 468-474.
- American Cancer Society. (2012). *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ashenden, R., Silagy, A. C., Lodge, M., & Fowler, G. (1997). A meta-analysis of the Effectiveness of Acupuncture in Smoking Cessation. *Drug and Alcohol Review* , 16 (1) 33-40.
- Baker, B. T., Piper, E. M., McCarthy, E. D., Bolt, M. D., Smith, S. S., Kim, S.-Y., et al. (2007). Time to First Cigarette in the Morning as an Index of Ability to Quit Smoking: Implications for Nicotine Dependence. *Nicotine & Tobacco Research: Oxford Journals* , 9 (4) 555-570.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* , 84 (2) 191-215.
- Bansal, A. M., Cummings, K. M., Hyland, A., & Giovino, A. G. (2004). Stop-smoking Medications: Who Uses Them, who Misuses Them, and who is Misinformed about Them. *Nicotine and Tobacco Research* , 6 (3) 303-310.
- Barber, J. (2001). Freedom from Smoking: Integrating Hypnotic Methods and Rapid Smoking to Facilitate Smoking Cessation. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* , 49 (3) 257-266.
- Bastien, H. C., Morin, M. C., Ouellet, M.-C., & Blais, C. F. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: Comparison of Individual. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 72 (4) 653– 659.
- Beck, J. S. (2011). *Beck Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia. *Nature Publishing Group* , 2 (8) 416-424.
- Benowitz, L. N. (2008). Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. *The American Journal of Medicine* , 121 (4A) 3-10.
- Bilir, N. (2010). *Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi*. Elazığ: Hacettepe Tıp Fakültesi.
- Bilir, N. (2008). *Sigarayı Bırakma Yolları (Sigara zararlı etkilerinden korunma)*. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., & Önder, Z. (2010). *Türkiye’de Tütün Kontrollü Politikaları*. Copenhagen : Dünya Sağlık Örgütü.
- Blenkiron, P. (2007). *Cognitive Behavioural Therapy*. London: Journals of The Royal College of Psychiatrists.

- Borrelli, B. (2010). Smoking Cessation: Next Steps for Special Populations Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 78 (1) 1-12.
- Botvin, J. G., Eng, A., & Williams, L. C. (1980). Preventing The Onset of Cigarette Smoking Through Life Skills Training. *Alcohol Research & Health* , 9 (1) 135-143.
- Burnett, K. C. (2009). *What is Cognitive Behavioral Therapy*. Champel Hill: UNC School of Medicine.
- Castonguay, G. L. (1993). “Common Factors” and “Nonspecific Variables”: Clarification of The Two Concepts and Recommendations for Research. *Journal of Psychother Integration* , 3(3) 268-285.
- Cressman, M. A., Pupco, A., Kim, E., Koren, G., & Bozzo, P. (2012). Smoking Cessation Therapy During Pregnancy. *The Official Journal of College of Family Physicians of Canada* , 58 (5) 525-527.
- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston: The Department of Veterans Affairs.
- Demir, T. (2013). *Sigara Bırakma Polikliniği Yapılandırılması*. İstanbul: Türk Toraks Derneği.
- Erkins, R. G., & Rajab, M. H. (2004). Clinical Hypnosis For Smoking Cessation: Preliminary Results of a Three-Session Intervention. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* , 52 (1) 73-81.
- Ersöz, F. (2008). Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *İstatistikçiler Dergisi* , 2 95-104.
- Fiore, C. M., Novotny, E. T., Pierce, P. J., Giovino, A. G., Hatziandreu, J. E., Newcomb, A. P., et al. (1990). Methods Used to Quit Smoking in the United States Do Cessation Programs Help? *The Journal of The American Medical Association* , 263 (20) 2760-2765.
- Foulds, J. (2006). The Neurobiological Basis for Partial Agonist Treatment of Nicotinedependence: Varenicline. *Blackwell Publishing* , 60 (5) 571-576.

- Foundation, H. (2011). *Smoking Statistics Relevance Survey*. London: Hearth Foundation .
- Gilpin, A. E., Pierce, P. J., Johnson, M., & Bal, D. (1993). Physician Advice to Quit Smoking. *Journal of General Internal Medicine* , 8 (10) 549-553.
- He, D., John, E., & Hostmark, T. A. (1997). Effects of Acupuncture on Smoking Cessation or Reduction for Motivated Smokers. *PubMed* , 26 (2) 208-214.
- Hitsman, B., Pingitore, R., Spring, B., Mahableshwarkar, A., Mizes, J. S., Segraves, A. K., et al. (1999). Antidepressant Pharmacotherapy Helps Some Cigarette Smokers More Than Others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 67 (4) 547-554.
- Hu, T. W., Sung, H. Y., & Keeler, T. E. (1995). Reducing Cigarette Consumption in California: Tobacco Taxes vs an Anti-smoking Media Campaign. *American Journal of Public Health* , 85 (9) 1218-1222.
- Hughes, J. R. (1995). Combining Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Smoking Cessation: An Update. S. L. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren içinde, *Integrating Behavioral Therapies With Medications in the Treatment of Drug Dependence* (s. 92-110). Rockville: The National Institute on Drug Abuse.
- İzmir, A., Alçay, Ş., & Eyüpoğlu, Ö. F. (2015). Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Hastanesi Sigara Bırakma Poliklinikleri 1 Yıllık İzleme Sonuçları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* , 4 (2) 65-70.
- Jain, R., & Mukherjee, K. (2003). Biological of Nicotine Addiction. *Indian Journal of Pharmacology* , 35 281-289.
- Jakab, M., Hawkins, L., Loring, B., Tello, J., Ergüder, T., & Konaş, M. (2014). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2*. Copenhagen : Dünya Sağlık Örgütü.

- Johnsen, J. T., & Friberg, O. (2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *American Psychological Association* , 141 (4) 747-768.
- Jokic-Begic, B. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy and Neuroscience: Towards Closer Integration. *University of Zagreb* , 2 235-254.
- Joneby, E. D., Hays, J. T., Rigotti, A. N., Azoulay, S., Watsky, J. E., Williams, E. K., et al. (2006). Efficacy of Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation. *American Medical Association* , 296 (1) 56-63.
- Jorenby, E. D., Leischow, J. S., Nides, A. A., Hughes, R. A., Smith, S. S., Muramoto, L. M., et al. (1990). A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. *The New England Journal of Medicine* , 340 685-691.
- Karakoyun, A. R., Demirezen, M., Aydın, S., & Kurçer, M. A. (2013). *Bir Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuranlarda Sigara Bırakma Başarı Durumu ve Etkileyen Faktörler*. Antalya: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.
- Kaur, K., Kaushal, S., & Chopra, C. S. (2009). Varenicline for Smoking Cessation: A Review of the Literature. *Current Therapeutic Research* , 70 35-54.
- Klumpp, H., Keutmann, K. M., Fitzgerald, A. D., Shankman, A. S., & Phan, K. (2014). Resting State Amygdala-Prefrontal Connectivity predicts Symptom Change After Cognitive Behavioral Therapy in Generalized Social Anxiety Disorder. *Biology of Mood & Anxiety Disorders* , 4 14.
- Knapp, P., & Beck, T. A. (2008). Cognitive Therapy: Foundations, Conceptual Models, Applications and Research. *The Associação Brasileira de Psiquiatria* , 30 54-64.

- Kopnisky, L. K., & Hyman, E. S. (2002). Molecular and Cellular Biology of Addiction. L. K. Davis, D. Charney, T. J. Coyle, & C. Nemeroff içinde, *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress: An Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology* (s. 96 1367-1379). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Koval, J. J., Pederson, L. L., Mills, A. C., McGrady, A. G., & Carvajal, C. S. (2000). Models of the Relationship of Stress, Depression, and Other Psychosocial Factors to Smoking Behavior: A Comparison of a Cohort of Students in Grades 6 and 8. *Elsevier Health Books* , 30 (6) 463-477.
- McNeill, A., Foulds, J., & Bates, C. (2001). Regulation of Nicotine Replacement Therapies (NRT): A Critique of Current Practice. *Addiction* , 96: 1757-1768.
- McRoberts, C., Gary, M., & Hoag, J. M. (1998). Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A meta-analytic perspective. *APA* , 2 (2) 101-107.
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, S. J., & Kamarck, T. (2000). Social Support and Smoking Cessation and Maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 54 (4) 447-453.
- Miller, A. (2012). *Aaron Beck on Cognitive Therapy with Aaron T. Beck*. Philadelphia: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.
- Miller, S. (2008). Hypnosis as Smoking-Cessation Tool. *Advanced Health Care* , 9 (6) 19.
- Muehling, S. (2011). Tobacco addiction. T. Uehara içinde, *Psychiatric Disorders - Trends and Developments* (s. 403-428). Rijeka: InTech Press.
- Öberg, M., Woodward, A., & Jaakkola, S. M. (2010). *Global Estimate of the Burden of Disease from Second-Hand Smoke*. Geneva: World Health Organization.
- Özge, C. (2014). Olguların Evrelendirilmesi. C. Özge içinde, *Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu* (s. 5 23-26). Ankara: Türk Toraks Derneği.

- Özge, C. (2014). *Sigara Bırakma Tanı ve Uzlaşma Raporu*. Ankara: Türk Toraks Derneği.
- Pearson, P. F. (1987). *An Introduction to Acupuncture*. Berlin: Springer.
- Phan, K. L., Fitzgerald, A. D., Nathan, J. P., & Tancer, E. M. (2006). Association between Amygdala Hyperactivity to Harsh Faces and Severity of Social Anxiety in Generalized Social Phobia. *A Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics* , 59 (5) 424-429.
- Ries, K. R., Fiellin, A. D., Miller, C. S., & Saitz, R. (2009). *Principles of Addiction Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins a Wolters Kluwer Business.
- Ross, S. M., & Morrison, G. R. (2008). Experimental Research Methods. D. H. Jonassen içinde, *Handbook of Research on Educational Communications and Technology* (s. 1021-1043). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rozenzweig, S. (1936). Some İmplicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* , 6(3) 412-415.
- Sağlam, L. (2012). Investigation of The Results of a Smoking Cessation Clinic and The Factors Associated with Success. *Tübitak Dergisi* , 42 (3)515-522.
- Schwartz, J. L. (1992). Methods of Smoking Cessation. *The Medical Clinics of North America* , 79 (2) 451-476.
- Somers, J., Queree, M., Broderick, J., & Leung, B. (2007). *Cognitive Beheavioural Therapy: Core İnformation Document*. Vancouver: Centre for Applied Research in Mental Healthand Addictions.
- Statistics, O. f. (2008). *Smoking and Drinking among Adults*. Newport: Crown Press.
- Stead, F. L., & Lancaster, T. (2002). *Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation*. Oxford: John Wiley & Sons.



- Stead, F. L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T. (2008). *Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Swan, E. G., McAfee, T., Curry, J. S., Jack, M. L., Javitz, H., Dacey, S., et al. (2003). Effectiveness of Bupropion Sustained Release for Smoking Cessation in a Health Care Setting A Randomized Trial. *American Medical Association's journal of internal medicine* , 163 (19) 2337-2344.
- Tomson, T., Tofgard, M., Gilljam, H., & Helgason, R. H. (2006). Symptoms in Smokers Trying to Quit. *Ptid Society* , 3 (2) 44-58.
- Tonstad, S., Tønnesen, P., Hajek, P., Williams, K. E., Billing, C. B., & Reeves, K. R. (2006). Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation. *The Journal of the American Medical Association* , 296 (1) 64-71.
- Tyas, S., & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial Factors Related to Adolescent Smoking: A Critical Review of The Literature. *Tobacco Control* , 7 409-420.
- Uzaslan, E. K., Örsel, O., & Demir, T. (Ankara). *Türkiye'de Sigara Bırakturma Poliklinikleri*. Ankara: Türk Toraks Dergisi.
- Wanless, D. (2004). *Smoking and Health Inequalities*. Londra: Action on Smoking and Health.
- West, R., Baker, L. C., Cappelleri, C. J., & Bushmakin, G. A. (2007). Effect of Varenicline and Bupropion SR on Craving, Nicotine Withdrawal Symptoms, and Rewarding Effects of Smoking During a Quit Attempt. *Journal of Psychopharmacology* , 197 (3) 371-377.
- White, A., Rampes, H., & Ernst, E. (2002). *Acupuncture for Smoking Cessation*. *Cochrane Tobacco Addiction Group*. London: Cochrane Tobacco Addiction.

- World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2009). *Proposal for Inclusion of Nicotine Replacement Therapy in the WHO Model List of Essential Medicines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *WHO Report on The Global Tobacco Epidemic*. Brazil: WHO Press.
- Yaşar, Z., Kurt, K. Ö., Talay, F., & Kargı, A. (2014). One-Year Follow-up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic: Factors Affecting the Cessation of Smoking. *Eurasian J Pulmonol* , 16 99-104.
- Yıldız, D. (2004). Nicotine, Its Metabolism and an Overview of its Biological Effects. *Toxicon Dergisi* , 43 619-632.

## EKLER

### EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

#### SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ HASTA KAYIT VE İZLEME FORMU

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Yaş:

Meslek:

Eğitim Durumu: İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul

Medeni Durumu: Evli Bekar

Evde Kaç Kişi Yaşıyor Yok Var Kim(ler):

İşyerinde Kapalı Ortamlarda Sigara İçenler: Yok Var

Tel (Ev): Tel(İş): Cep:

Başvuru: Doktoru göndermiş Kendi Gelmiş Afişi görerek gelmiş Diğer

Özgeçmiş: Kronik Hastalıklar:

Sürekli kullandığı ilaçlar:

Sigara bırakma nedeni:

Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

Sigaraya kaç yaşında başladınız?

Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

İçtiğiniz tütünün türü: a)Filtreli b)Filtresiz c)Pipo d)Sarma 3)Puro-cigar 4)Çiğneme  
5)Nargile

Alkol kullanır mısınız? Evet Hayır

Ne kadar? Ne sıklıkla? Kaç yıldır?

Şimdiye kadar sigara bırakmayı denediniz mi?

Denediyseniz kaç kez?

En uzun ne kadar süre sigarayı bıraktınız?

## **EK-2: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ**

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

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

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

- a. evet : (1 puan)
- b. hayır: (0 puan)

Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)
- b. Diğer herhangi biri (0 puan)

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

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

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

- a. evet (1 puan)
- b. hayır (0 puan)

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz ?

- a. evet (1 puan)
- b. hayır (0 puan)

Toplam skor:

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5: Orta derecede bağımlı

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık



### **EK-3: FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ**

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

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

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

- a. evet : (1 puan)
- b. hayır: (0 puan)

Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)
- b. Diğer herhangi biri (0 puan)

Soru 4:Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

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

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

- a. evet (1 puan)
- b. hayır (0 puan)

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a. evet (1 puan)
- b. hayır (0 puan)

Toplam puan:

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5: Orta derecede bağımlı

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık



## EK-4: BİLGİLENDİRME VE GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

### Bilgilendirme ve Gönüllü Onam Formu

Sizi Psikolog Umut KARAGÖZ tarafından yürütülen “Sigarayı Bırakmada Varenicline ve Varenicline ile Birlikte Uygulanan Bilişsel-Davranışçı Terapinin Birlikte Uygulanmasının Karşılaştırılması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı varenicline ile birlikte uygulanacak bilişsel-davranışçı tedavinin etkinliğinin, tek başına varenicline kullanılmasından daha etkin olup olmadığını tespit etmektir.

Araştırmada sizden 6 seansa gelmeniz istenecektir. Bu süreçte toplamda ortalama 240 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 29 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen bütün seanslara gelmeniz, bunu yaparken kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen yapmanız istenmektedir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya **sigaratez@gmail.com** e-posta adresi ve **0537 590 25 20** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının,

Adı-Soyadı:

İmzası:

e-posta:

Telefon:



## EK-5: SİGARA İÇMEYİ HATIRLATAN TETİKLEYİCİLER

Tetikleyiciler (Beni sigara içmeye ne itiyor?)	Düşünceler ve Hisler(Ne düşünüyordum, ne hissediyordum)	Davranış (Ne yapıyordum)	Olumlu Sonuçları (Sigara içtiğimde olumlu olarak ne oluyor?)	Olumsuz Sonuçları (Sigara içtiğimde olumsuz olarak ne oluyor?)

**EK-6: SİGARA İÇMEYE İTEN DUYGULAR VE NASIL BAŞ ETTİĞİNİZ?**

Zaman	Durumunuz (Düşünceleriniz ve Duygularınız)	İstek Yoğunluğunuz (1-100) arasında	Baş Etme Davranışınız

## ÖZGEÇMİŞ

9 Mart 1986 tarihi, İstanbul İli Beşiktaş ilçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi yine aynı ilçede tamamladıktan sonra, Dicle Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü'ne kaydoldum. Bu bölümden 2009 yılında mezun olduktan sonra, askerlik görevimi Manisa Piyade Birliği'nde Piyade Sağlık Asteğmeni olarak tamamladım. 2011 yılından beri, Sağlık Bakanlığı'nda görevimi sürdürmekteyim. 2015 yılında da, Beykent Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

Yabancı dilim İngilizcedir. Özel ilgi alanlarım, dinler felsefesi, astronomi, bilgisayar teknolojileri, bilim ve bilimkurgusal çalışmalardır.

**Umut KARAGÖZ**