



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLANLARDA SAĞLIK ALGISI VE
SİGARA BIRAKMA YORGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Abdullah TUNCER

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLANLARDA SAĞLIK ALGISI VE
SİGARA BIRAKMA YORGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Abdullah TUNCER

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ

KONYA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca karşıladığım her engelde, değerli ve saygıdeğer bilgilerini benimle paylaşarak zamanını bana ayıran, meslek hayatım için önemli birer örnek olarak gördüğüm, tez çalışmamın planlama ve yürütme aşamalarında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sayın danışman hocalarım Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN ve Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a teşekkürlerimi sunarım. Asistanlığım boyunca hem mesleki hem de etik olarak örnek aldığım, bilgi ve tecrübelerini bizlerden esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, klinik bilgi ve birikimlerini bizlerden esirgemeyen hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim sırasında bulunduğum Kadın Hastalıkları ve Doğum, Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Psikiyatri, Aile Hekimliği Anabilim Dallarında, eğitimime ve çalışmama katkı sağlayan öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında varlığıyla bana güç veren sayın Uzm. Dr. Doğanay Oğuz'a, tezim sırasında yardımlarını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı sekreteri Birsen Bataş'a teşekkür ederim.

Bugünlere gelebilmeme vesile olan, desteklerini ve inançlarını benden asla esirgemeyen; annem Nurcan Tuncer'e, babam Ahmet Tuncer'e her daim yanımda olan kardeşlerim Mustafa Tuncer ve Şükran Tuncer'e teşekkür ederim. Hayatıma girdiği günden beri yoluma yoldaş olan, varlığıyla bana huzur veren canım eşim Ceren Tuncer'e çok çok teşekkür ederim.

Dr. Abdullah TUNCER

KONYA-2024

ÖZET

KORONER ARTER HASTALIĞI OLANLARDA SAĞLIK ALGISI VE SİĞARA BIRAKMA YORGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Abdullah TUNCER

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

Amaç: Bu çalışmada; Kardiyoloji Polikliniğine başvuran sigara içen hastalarda sigara bırakma aşamasındaki sağlık algısı ve sigara bırakma yorgunluğu düzeyini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanan bu araştırmanın evrenini Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniklerine 01.03.2022-31.05.2022 tarihleri arasında başvuran koroner kalp hastalığı (KAH) olup sigara içen bireyler oluşturdu. Çalışmada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT), Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği (SBYÖ) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)'nin yer aldığı bir anket formu kullanıldı. Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket programında değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 180 katılımcının yaş ortalaması $47,57 \pm 10,96$ (22- 65) yıl ve KAH tanı süresi ortalaması $5,47 \pm 5,26$ (1-35) yıl idi. Kadınların SBYÖ'nün duygusal tükenme alt boyutu ortalama puanı ($18,16 \pm 6,32$), erkeklerin ortalama puanından ($15,49 \pm 6,22$) yüksekti ($p=0,006$). SBYÖ'nün karamsarlık alt boyutunda ise erkeklerin ortalama puanı ($10,73 \pm 2,98$), kadınların ortalama puanından ($9,04 \pm 2,83$) anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,001$). SBYÖ'nün değersizleşme alt boyutunda çekirdek aile yapısına sahip olanları ortalama puanı ($16,31 \pm 4,25$), parçalanmış aileye sahip olanların ($12,61 \pm 5,24$) puanından yüksekti ($p<0,001$). Yine çekirdek aile yapısına sahip olanların SBYÖ toplam puanı ortalaması ($43,02 \pm 7,45$), parçalanmış aileye sahip olanlardan ($38,29 \pm 8,68$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,007$). Duygusal tükenme alt boyutunda çalışan bireylerin ortalama puanı ($15,57 \pm 6,25$), çalışmayanlardan ($17,96 \pm 6,35$) anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,014$). Karamsarlık alt boyutunda ise çalışan bireylerin ortalama puanı ($10,57 \pm 2,76$),

çalışmayanlardan ($9,32\pm3,28$) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,008$). SBYÖ toplam puanı ortalaması sigaraya başlama nedeni arkadaş etkisi olanlarda ($43,93\pm6,52$), askerlik ($40,05\pm9,37$) ve merak olanlardan ($40,67\pm8,92$) anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,028$; $p=0,042$). Karamsarlık alt boyutunda KAH tanısı sonrası sigarayı bırakıp tekrar başlayanların ortalama puanı ($10,54\pm3,04$), hiç bırakmamış olanlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,045$). Duygusal tükenme alt boyutu puanları, FNBT'ye göre bağımlılık düzeylerine göre karşılaştırıldığında; yüksek bağımlılık düzeyine sahip bireylerin ortalama puanı ($18,63\pm7,72$), orta bağımlılık düzeyine sahipler ($17,14\pm5,95$) ve düşük bağımlılık düzeyine sahip bireylerden ($15,61\pm5,79$) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,031$). FNBT skorlarına göre duygusal tükenme alt boyutu ortalamaları karşılaştırıldığında düşük bağımlılık düzeyinde olan bireylerin ortalamaları ($15,61\pm5,79$), yüksek ($18,63\pm7,72$) bağımlılık düzeyindekilerden daha düşüktü. ($p=0,028$).

Sonuç: Bu çalışma; sigaraya başlangıç aşamasında en büyük etkenin arkadaş etkisi olduğunu ve bu bireylerde bırakma yorgunluğunun daha belirgin olduğunu, cinsiyet, çalışma durumu ,sigara bırakma sürecinde bırakma yorgunluğu toplam puanında olmasa da karamsarlık ve duygusal tükenme gibi önemli alt boyutlarda anlamlı etkenler olduğunu göstermektedir. Sigara bırakma yorgunluğu hakkında daha geniş çalışmalar yapılarak bu ölçeğin sigara bırakma polikliniklerinde kullanımının yararlı olacağına inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: Koroner arter hastalığı, sigara bırakma yorgunluğu, sağlık algısı, sigara

ABSTRACT

EVALUATION OF HEALTH PERCEPTION AND SMOKING CESSATION FATIGUE IN THOSE WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Dr. Abdullah TUNCER

THE MASTER THESIS

KONYA-2024

Aim: In this study; It was aimed to determine the health perception and smoking cessation fatigue level in smoking patients who applied to the Cardiology Outpatient Clinic.

Materials and Methods: The population of this study, planned as a cross-sectional and descriptive study, consisted of smokers with coronary heart disease (CAD) who applied to the Cardiology Polyclinics of the Faculty of Medicine between 01.03.2022 and 31.05.2022. A sociodemographic information form prepared by the researchers in line with the literature, Fagerström nicotine dependence test (FNBT), Smoking Cessation Fatigue Scale (SCFS) and Health Perception Scale (HPS) were used in the study. The data were evaluated in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 statistical package program. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the 180 participants included in the study was 47.57 ± 10.96 (22-65) years and the average duration of CAD diagnosis was 5.47 ± 5.26 (1-35) years. Women's mean score (18.16 ± 6.32) on the emotional exhaustion subscale of the SCFS was higher than men's mean score (15.49 ± 6.22) ($p = 0.006$). In the pessimism sub-dimension of SCFS, the mean score of men (10.73 ± 2.98) was significantly higher than the mean score of women (9.04 ± 2.83) ($p = 0.001$). The mean score of those with a nuclear family structure (16.31 ± 4.25) in the evaluation sub-dimension of the SCFS was higher than the score of those with a broken family (12.61 ± 5.24) ($p < 0.001$). Again, the mean SCFS total score of those with a nuclear family structure (43.02 ± 7.45) was statistically significantly higher than that of those with a broken family (38.29 ± 8.68) ($p = 0.007$). The mean score of working individuals (15.57 ± 6.25) in the emotional exhaustion subscale was significantly lower than that of non-working individuals

(17.96 ± 6.35) ($p=0.014$). In the pessimism sub-dimension, the average score of working individuals (10.57 ± 2.76) was significantly higher than that of unemployed individuals (9.32 ± 3.28) ($p=0.008$). The mean SCFS total score was significantly higher in those whose reasons for starting smoking were peer influence (43.93 ± 6.52), than in those whose reasons for starting smoking were military service (40.05 ± 9.37) and curiosity (40.67 ± 8.92) (respectively $p=0.028$; $p=0.042$). In the pessimism subscale, the mean score (10.54 ± 3.04) of those who quit smoking after the diagnosis of CAD and started smoking again was significantly higher than those who never quit ($p=0.045$). When emotional exhaustion subscale scores are compared according to addiction levels according to FNBT; The mean score of individuals with high addiction levels (18.63 ± 7.72) was significantly higher than those with medium addiction levels (17.14 ± 5.95) and low addiction levels (15.61 ± 5.79) ($p=0.031$). When the emotional exhaustion subscale averages were compared according to FNBT scores, the averages of individuals with low addiction levels (15.61 ± 5.79) were lower than those with high addiction levels (18.63 ± 7.72). ($p=0.028$).

Conclusion: This study; It shows that the biggest factor in the starting phase of smoking is the influence of friends and that quitting fatigue is more evident in these individuals, and that gender and employment status are significant factors in important sub-dimensions such as pessimism and emotional exhaustion, although not in the total score of quitting fatigue during the smoking cessation process. We believe that the use of this scale in smoking cessation clinics will be useful by conducting more extensive studies on smoking cessation fatigue.

Keywords: Coronary artery disease, smoking cessation fatigue, health perception, smoking

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ABSTRACT	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar LİSTESİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.KORONER ARTER HASTALIĞI.....	3
2.1.1.Tanım.....	3
2.1.2.Epidemiyoloji	4
2.1.3.KVH Risk faktörleri ve etyolojisi.....	4
2.1.4.Değiştirilebilir risk faktörleri.....	5
2.1.5 Değiştirilemez risk faktörleri.....	6
2.2.SİGARA VE TÜTÜN	7
2.2.1.Tütünün Tarihçesi.....	7
2.2.2.Tütün Epidemiyolojisi	8
2.2.3.Tütünün sağlığa olan etkisi.....	9
2.3.SİGARA VE KORONER ARTER HASTALIĞI İLİŞKİSİ	11
2.4.SAĞLIK ALGISI.....	12
2.5.SİGARA BIRAKMA YORGUNLUĞU	13
3.GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1.Araştırmanın Tipi ve Evreni	15

3.2.Dışlanma kriterleri	16
3.3.Etik kurul onayı.....	16
3.4.Veri toplama.....	16
3.4.1.Sosyodemografik bilgi formu.....	16
3.4.2. FNBT ve sigara kullanım özellikleri	16
3.4.3. Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği (SBYÖ).....	17
3.4.4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ).....	17
3.5. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	18
4.BULGULAR	19
4.1.Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	19
4.2.Sigara Bırakma Yorgunluğu	22
4.3. Sağlık Algısı.....	26
4.4. Sağlık Algısı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Arasındaki İlişki.....	28
5.TARTIŞMA.....	30
6.SONUÇLAR.....	35
7.ÖNERİLER.....	37
8.KAYNAKLAR.....	39
9.EKLER	45
EK 1. ETİK KURUL ONAYI.....	45
EK 2. ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET FORMU.....	46

SİMGELER VE KISALTMALAR

KAH:Korner arter hastalığı

KVH: Kardiyo vasküler hastalık

DSÖ-WHO: Dünya Sağlık Örgütü

LDL: Düşük yoğunluklu kolesterol

HDL: Yüksek yoğunluklu kolesterol

TEKHARF: Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

FHS:Framingham Kalp Çalışması

NCEP: Ulusal Kolesterol Eğitim Programı

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

BKİ: Beden Kitle İndeksi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

SBYÖ: Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

HT: Hipertansiyon

TEMED: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

TABLolar ve ŞEKİLLER

Tablo-1. KVH risk faktörleri

Tablo-2. Sigaranın sebep olduğu hastalıklar

Tablo-3. Bireylerin sosyodemografik özellikleri

Tablo-4. Bireylerin koroner arter hastalığı özgeçmişi ve yaş ortalamaları

Tablo-5. Bireylerin sigara içme ile ilgili verileri

Tablo-6. Bireylerin sigara kullanım özellikleri dağılımı

Tablo-7. Ölçeklerin ortalama puanları ve cronbach'salpa değeri

Tablo-8. Sigara bırakma yorgunluğu ve bireylerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

Tablo-9. Bireylerin sigara içme durumları ve sigara bırakma yorgunluk puanları arasındaki ilişki

Tablo-10. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık algısı puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo-11. Katılımcıların sağlık algıları ve sigara bırakma yorgunlukları arasındaki korelasyon

Tablo-12. Bireylerin sigara alışkanlıkları ve sigara bırakma yorgunluk puanları arasındaki korelasyon

Şekil-1. Bırakma Yorgunluğu için İş yükü-Kapasite Modeli

1.GİRİŞ-AMAÇ

Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde prevalansı gittikçe artan koroner arter hastalığı(KAH) morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde(ABD) yaklaşık 16 milyon kişinin KAH'tan muzdarip olduğu ve bu hastaların çoğunluğunda herhangi bir semptombulunmadığı ifade edilmektedir (1).

Başta KAH olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar(KVH), tütün kullanımı, sağlıksız beslenme ve obezite, fiziksel hareketsizlik ve alkolün zararlı kullanımı gibi davranışsal risk faktörleri ele alınarak önlenabilir (15).

Sigara kullanımının daha önce yapılan çalışmalarda çeşitli kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, yaşlanma ve sayısız pek çok hastalıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (3).Önlenbilir morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan sigara, ülkemizde ve tüm dünyada önemli bir toplumsal problemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada yetişkinlerin sigara içme sıklığı yaklaşık %21, Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre Türkiye'de sigara içme sıklığı %27'dir (47). Sigaranın sağlık üzerine bilinen pek çok olumsuz etkisi olup en sık etkileri respiratuvar ve kardiyovasküler sistem üzerinedir.Yapılan çalışmalarda sigara kullanımının kardiyovasküler hastalık riskini iki kat arttırdığı saptanmıştır. Nikotin kan basıncını ve kalp hızını yükseltir, periferik damar direnci ve katekolamin salınımını artırır. Düşük yoğunluklu kolesterolü (LDL) okside ederek arterlerde aterosklerotik inflamatuvar süreci başlatır. Başlayan ateroskleroz sürecinin en dramatik etkisi de koroner arterlerde görülmektedir (4).

Sigaranın bırakılması ve tedavi arayan sigara bağımlılarının analizinin yapıldığı bir çalışmada, bırakma oranlarının zamanla azaldığı ve hatta bağımlılığın daha da artabildiği ortaya konulmaktadır. Bu durum sigara bırakma yorgunluğu olarak tanımlanmaktadır (5).

Aile hekimleri, sorumlu olduğu kişilerin doğumundan, ölümüne kadar bütün dönemlerinde onlara sürekli sağlık hizmeti sağlamakla yükümlüdür. Bu sağlık hizmeti; kişilerin sağlık durumunu etkileyen ve maruz kaldığı her gün sağlığını kötü yönde etkileyen sigara gibi bağımlılık yapıcı maddeler ve bu maddelere olan bağımlılıkla mücadeleyi de içermektedir. Sigara bırakma yorgunluğu, sigara bağımlılığını artıracı olduğu düşünüldüğünde özellikle koroner kalp hastalığı gibi sigarayla ilişkili kronik hastalığı olan bireylerde üzerine daha çok düşünülmesi gereken bir durumdur. Literatüre baktığımızda sigara bırakma yorgunluğu ve koroner kalp hastalığı ile olan ilişkisi hakkında az sayıda çalışma

bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, koroner kalp hastalığı olan bireylerde sigara bırakma yorgunluğunu ve sağlık algısını belirleyerek bu veriler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Koroner Arter Hastalığı

2.1.1.Tanım

Kardiyovasküler hastalıklar terimi;içerisinde koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, periferik damar hastalıkları, hipertansiyon, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatiler bulunan bir grup hastalığı temsil eden bir tanımdır(8).

Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde prevalansı gittikçe artan KAH morbidite ve mortalitenin en önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. ABD’de yaklaşık 16 milyon kişinin KAH’tan muzdarip olduğu ve bu hastaların çoğunluğunda da herhangi bir semptombulunmadığı ifade edilmektedir (1). Kardiyovasküler hastalıkların ülke ekonomisine maliyetinin diğer hastalık gruplarına göre daha fazla olması daKAH’ın önemini ortaya koymaktadır(2).

Koroner kalp hastalığı vakalarının %90’ından fazlasında koroner arterlerde ateroma bağlı tıkanıklık ve bunu izleyen arter kan akımındaki azalma en önemli nedendir (9).

Geçmişte sadece bir kolesterol bozukluğu olarak görülen aterogenez, günümüzde arter duvarındaki hücreler, inflamasyon ve hücre veya kan içerisinde bulunan moleküller de dahil olmak üzere birçok faktörün etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir süreç olarak kabul edilmektedir(10). Halen oluşmuş aterom plaklarının tedavisi noktasında girişimsel işlemler dışında tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Bu nedenle ateroskleroz ve sonucunda oluşan koroner kalp hastalıkları önemini korumaktadır(11).

İnflamasyonun kardiyovasküler hastalıklardaki rolü ilk olarak laboratuvar çalışmalarında ortaya konmuş ve günümüzde de artık kabul edilen bir görüştür. İnflamasyon ayrıca aterosklerozun lokal, miyokardiyal ve sistemik komplikasyonlarına da katılır(12). Sigara, hiperkolesterolemi, hipertansiyon ve diyabet gibi çeşitli risk faktörlerinin genel bir inflamatuvar yanıtı neden olarak vücutta yaygın bir reaksiyon oluşturdıkları gösterilmiştir (13).

2.1.2.Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 tarihli raporlarında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde birinci sırada yer almaktadır. Dünya çapındaki mortalite nedenlerine bakıldığında KVH 2008 yılındaki ölümlerin %30'undan (17 milyon) sorumludur. Bu sayının %60 kadarından ise KAH sorumludur. Cinsiyete göre mortalite sayılarına bakıldığında erkek ve kadınlarda neredeyse eşit olduğu görülmüştür. DSÖ, 2008'den 2030 yılına kadar bu sayının 17,3 milyondan 23,3 milyona yükselebileceğini tahmin etmektedir (15).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2019 yılında yayınlanan bir rapora göre kardiyovasküler hastalıklardan ölümler ülkemizde tüm ölümlerin %36,8'inden sorumludur. KVH'ya bağlı ölümler içinde de %39'undan koroner kalp hastalıkları, %22'sinden serebrovasküler hastalıklar ve %25 kadarından ise diğer kalp hastalıkları sorumluydu (48).

Ülkemizde 1990 ve 2000 yıllarında yapılan ve aralıklı olarak tekrarlanan Türkiye KVH prevalans çalışması olan Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında; 1990 yılında Türk toplumunda KVH prevalansı %6,7, kadın bireylerde %6,2, erkeklerde ise bu değer %7,3 olarak saptanmıştır. KAH özelinde bakıldığında ise toplumdaki prevalans %3,8, kadınlarda %3,5, erkeklerde ise %4 olarak bulunmuştur. Çalışmada KAH sıklığının şehirde yaşayan bireylerde daha yüksek olması dikkat çekicidir. Tekrarlanan çalışmalara bakıldığında 1990-2006 yılları arasında KVH prevalansı 2,2 kat kadar artmış olarak bulunmuştur (17). 2009'da tekrarlanan TEK HARF çalışmasının verilerine göre KAH prevalansı değerleri, 45-54 yaş grubunda %6, 55-64 yaş grubunda %17 ve 65 yaş üzeri grupta ise %28'e yükselmiştir. Bu çalışmalarda bir diğer göze çarpan bulgu ise toplumumuzun %50'sinden fazlasının günlük fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğu ve özellikle kadın bireylerin fiziksel aktivite sıklığının giderek azalmakta olduğudur (18).

2.1.3.KVH Risk faktörleri ve etyolojisi

Kalp hastalıkları, kardiyak kaynaklı problemleri önlemenin ve tedavi etmenin bilinen yollarına rağmen, tüm dünyada ve özellikle gelişmiş ülkelerde en önde gelen ölüm nedenidir (15). Koroner arterler kalp kasına kan akışı sağlar. Aterom plakları koroner arterlere zarar verir ve trombositlerin bu hasarlı bölgelere yapışarak kan akışının tıkanmasına neden olabilir. Bu durum kronik iskemiye veya miyokard enfarktüsüne yol açabilir. Bir kişinin koroner kalp hastalığı geliştirme olasılığını artıran risk faktörleri, birçok bilimsel çalışmayla

tanımlanmıştır(39). (Tablo 1) Koroner kalp hastalığı risk faktörleriyle ilgili en önemli bilgilerden bazıları, Massachusetts Framingham'daki ailelerle yapılan bir çalışma olan Framingham Kalp Çalışması'ndan alınmıştır.(19) Kontrol edilebilir risk faktörlerini yönetmek, bir bireyin koroner kalp hastalığına yakalanma olasılığını azaltabilir. Bu riskin önceden belirlenerek koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla kontrol altına alınması önemlidir. Çünkü koroner kalp hastalığı, bir kişi kalp krizi veya ani kardiyak ölüm yaşayana kadar herhangi bir semptom göstermeyebilir. Ani kardiyak ölüm, birçok kişide kalp hastalığının ilk belirtisidir. (37)

Tablo-1 Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri	Değiştirilemez risk faktörleri
-Hipertansiyon -Diyabet -Dislipidemi -Obezite -Sigara	-Yaş -Fiziksel Aktivite -Aile Öyküsü

2.1.4. Değiştirilebilir risk faktörleri

Hipertansiyon: Hipertansiyon ve KAH arasında diğer risk faktörlerinden bağımsız bir ilişki mevcuttur. Günümüzde sedanter yaşam, şehirleşme, beslenme alışkanlıklarındaki değişim ve ortalama yaşam süresinde artış gibi faktörler nedeniyle her geçen gün prevalansı artan hipertansiyon, önemli bir değiştirilebilir KVH risk faktörüdür (20). 1948 yılından bu yana süren Framingham Kalp Çalışması(FHS)'nin sonuçlarına göre yüksek kan basıncı KVH riskini en az iki kat arttıran bir faktördür. (21).

Diyabet: Diyabet, karbonhidrat metabolizmasındaki defektlerin sonucu olarak ortaya çıkan ve metabolizmada yüksek kan şekeri ve bunun komplikasyonları olarak prezente olan multisistemik bir hastalıktır. Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı, National Cholesterol Education Program(NCEP) tarafından metabolik sendromun en önemli komponentlerinden biri olarak kabul edilen diyabetes mellitus, yüksek KVH riski ile ilişkilidir (24). FHS'de diyabet tanısı almış olmak erkeklerde iki kat, kadınlarda ise üç kata kadar daha sık KVH gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (25).

Dislipidemi: Dislipidemi, kanda bulunan lipitlerin metabolizmasında oluşan defektlerle karakterize bir hastalık tablosudur. Sıklıkla yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düşüklüğü ve düşük yoğunluklu lipoprotein(LDL) ve trigliserit yüksekliği ile seyreder.

Dislipidemi durumu damar patolojileri ile ve doğal olarak KVVH'ile yakından ilişkilidir (26). FHS'den elde edilen bulgular ışığında riskli bireylerde KVVH risk hesaplama sistemlerinden biri olan Framingham Risk Skorlamasında LDL düzeylerindeki her %1'lik düşüş KVVH riskindeki %2'lik bir azalmaya neden olmaktadır.

Obezite: Aşırı kilolu olmak ve obezite KVVH riski ile yakından ilişkilidir. Metabolik sendromun da bir komponenti olan obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıklara yatkınlık oluşturarak KVVH riskini arttıran önemli bir etkidir.(30)

Fiziksel aktivite: Bir diğer önemli değiştirilebilir KVVH risk faktörü fiziksel aktivitedir. Obezite, hipertansiyon, diyabet, dislipidemi gibi birçok faktör üzerinden KVVH riski için belirleyicidir. Düzenli fiziksel aktivite KVVH riskini ve KAH'a bağlı mortalite oranını düşürmektedir (31). Fiziksel aktivitenin KVVH mortalitesi üzerine olan bu etkisi kilodan bağımsızdır.KAH tanılı bireylerde normal kilolu sedanter bireylerin obez ama fiziksel aktif olan bireylere göre daha yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahip olduğu görülmüştür (32).

Sigara: Sigara ve tütün kullanımı, kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı mortalitenin %10'undan sorumludur(36). Sigara içen bireylerin KAHolma riski dört kata kadar artış göstermektedir. Yine benzer olarak sigara, bireylerin periferik arter hastalığı, aort anevrizması ve iskemik inme gibi hastalıklardan etkilenme ihtimalini de arttırmaktadır (33). Özellikle 50 yaş altı bireylerde sigara KVVH mortalitesi oranını arttırmaktadır. Bu grup içerisinde KVVH kaynaklı ölümlerin%38'inden sigara ve tütün kullanımı sorumludur. Risk oranlarında ise 50 yaş altı bireylerde sigara KAH riskini 5 kat arttırırken, 60 yaş ve üstü bireylerde bu artış iki kat kadardır. Cinsiyete göre bakılacak olursa sigara, erkek bireylerde myokard infarktüsü riskini üçkat kadın bireylerde ise altıkat arttırmaktadır (35).

2.1.5.Değiştirilemez risk faktörleri

Özellikle gelişmiş ülkelerde yaş, KVVH açısından en önemli değiştirilemez risk faktörüdür. Yaş, diğer faktörlerden bağımsız olarak KVVH riskini arttırırken aynı zamanda yaşla birlikte diyabet, hipertansiyon, obezite gibi hastalıkların da insidansında artış görülmektedir. Yaşlanmanın kardiyovasküler sistem üzerindeki en önemli etkisi oksidatif stres, inflamasyon ve dejenerasyon gibi etkenlerle olmaktadır.FHS çalışmasına göre erkek bireylerde 45 yaş, kadın bireylerde ise 55 yaş KVVH riskinin arttığı noktalar olarak saptanmıştır (38). TEKHARF çalışmasına göre genel popülasyonda yaşta olan her bir yıllık artış kadın bireylerde %3,6 erkek bireylerde ise %3,9'luk bir artış ile

ilişkilidir(18)Produktifdönem boyunca kadın bireylerin vücudunda salgılanan hormonlar kardiyovasküler sistem için koruyucudur. Bu nedenle premenopozal kadınlarda KAH ve KVH nedenli ölümler nadir görülmektedir. Kadın bireylerin aksine erkek cinsiyet tek başına KVH riskini arttıran bir faktördür (38).

Aile öyküsü ve genetik,erken yaşta oluşan KAH ile yakından ilişkilidir. Özellikle birinci derece akrabalarından erkek bireylerde 55 yaş öncesi, kadın bireylerde ise 65 yaş öncesi KAH varlığı yüksek KVH riski ile ilişkilidir. Framingham çalışmasında aile öyküsü bulunan erkek bireylerde KVH riskinin 2,6 kat, kadın bireylerde ise 2,3 kat arttığı saptanmıştır (19).

2.2. Sigara ve Tütün

2.2.1.Tütünün Tarihçesi

Kristof Kolomb'un 1492 yılında okyanus ötesi gezisinde keşfettiği Amerika kıtasında tütün 7000 yıldır kullanılmakta ve oldukça yaygındı. Kolomb'un bu keşfinden önce tütün kullanımına dair bilinen hiçbir kanıt yoktur (40).

Bununla birlikte, tütünün "Yeni Dünya" kıyılarından sıçraması, doğuya doğru yolculuğu ve ardından yayılması (beraberinde getirdiği ölüm ve hastalıklarla birlikte) Kolomb ve ekibinin Amerika'ya yaptıkları ilk yolculuktan tütün yaprakları ve tohumlarını getirmeleriyle başladı. Tütünün ekimi ve kullanımı bir sonraki yüzyılda Avrupa'da ve daha doğuda hızla yayıldı. Avrupa'da bir merak olarak başlayan kullanım kısa sürede bir zevk, bağımlılık (nikotinin bağımlılık yapıcı özellikleri nedeniyle) ve daha sonra da bir ticaret kaynağı haline geldi. Sadece merak ve eğlence amaçlı başlayan içilmeye başlanan tütünün yolculuğu bu noktadan itibaren ticari kaygılarla bürülü bir bağımlılık haline gelmiş oldu (41).

Aradan geçen yüzyıllar boyunca tütünle yeni tanışan insanlar bağımlılık yapıcı bu maddeyi yakından tanımaya çalıştı. Avrupalı hekimler tarafından türlü hastalıklara çare olarak hastalara sunulan tütün, İngiliz Kralı I. James tarafından “zararlı” olarak tanımlandı. Anadolu'da ise Osmanlı yöneticileri tarafından sigara yasakları konulmaya başlanmıştı. Tütüne yönelik genel bakış açısı hoş giden, mucizevi ilaç, ekonomik gelir kaynağı ve zararlı gibi tabirlerle karşıt bakış açıları çevresinde 20. Yüzyılın ilk yarısı boyunca devam etmiştir (40).

Anadolu'da Osmanlı İmparatorluğu döneminde yaygınlığı giderek artan tütün kullanımı, dini nedenler gösterilerek IV. Murat döneminde yasaklanmıştır. Bu yasaklamalar

IV. Murat'ın ölümü sonrasında gevşetilmiş ve hatta 1688 yılında tütün vergiye tabi olarak satılarak kullanılmaya başlanmıştır (42).

Günümüzde, tütünün dünyayı dolaşmaya başlamasından beşasır sonra, en az 1,3 milyar kullanıcısı olduğu ve her gün 14.500'den fazla insanı öldürdüğü bilinmektedir. Özellikle son 50 yılda tütün endüstrisinin bilimden kimyasal bağımlılık, kullanım psikolojisi gibi konular için faydalanması ve aktif pazarlamanın da gücüyle tütün bağımlılığı korkunç boyutlara erişmiş durumdadır (43).

Tütünün dünya çevresindeki ilk yolculuğunu gerçekleştirmesi yaklaşık bir yüzyıl sürmüş olsa da, modern iletişimin hızı sayesinde tütün kullanımının tehlikelerine dair haberlerin yayılması çok daha kısa zaman almıştır. Tütün kullanımının hastalık sonuçlarına ilişkin bilginin küresel sağlık topluluğu tarafından kabul edildiği belirli bir noktayı tespit etmek zor olsa da (Dr. John Hill tütün kullanımının kanserojen etkileri konusunda 1761 gibi erken bir tarihte uyarıda bulunmuştu), birçok kişi 1930'larda ve 1940'ların başında Almanya'da yürütülen ve Wynder ve Graham ile Doll ve Hill'in 1950'deki yayınlarıyla sonuçlanan bir dizi çalışmanın tütün kullanımının insanlarda ölüm ve hastalık kaynağı olduğunu açık ve bilimsel olarak tartışılmaz bir şekilde belgelemeye başladığına inanmaktadır(44).

2.2.2. Tütün Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya çapında 1,3 milyar tütün kullanıcısı bulunmakta ve kullanıcıların çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamını sürdürmektedir (46). MPOWER politikalarının uygulanmaya başlandığı 2007 yılı ve 2017 yılları arasındaki süreçte tüm dünyada tütün ve tütün ürünü kullanım oranı tüm popülasyonda %22,5'tan %19,2'ye, erkeklerde %37,1'den %32,7'ye, kadınlarda ise %8'den %5,8'e düşmüştür. Bu düşüş, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha az gerçekleşmiştir (43).

Tütün kullanımının ülkemizdeki sıklığını araştıran ve dört yılda bir tekrarlanarak tütün kullanım sıklığının değişimini inceleyen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)'ya göre; tütün kullanım sıklığı 2008-2012 yılları arasında tüm popülasyonda %31,2'den %27'ye, erkeklerde %47,9'dan %41,5'e ve kadın bireylerde ise %15,2'den %13,1'e düşmüş durumdadır. Tütün kullanım yaygınlığının bu düşüşü 2016 yılında duraklayarak yükselişe geçmiş ve tütün kullanım sıklığı tüm popülasyonda %31,6, erkeklerde %44,1 ve kadınlarda %19,2'ye yükselmiştir (47). 2017 yılında yapılan Türkiye Hane Halkı

Sağlık Araştırması'na göre ise tütün kullanım oranı genel popülasyonda %31,5, erkeklerde %43,4, kadınlarda %19,7 olarak ölçülmüştür(29).

Bireylerin yaşlarına göre tütün kullanım sıklığına bakıldığında ise her yaş grubunda erkeklerin kullanım oranı kadınlara göre daha yüksektir. 30-44 yaş grubunda tütün kullanım oranı %41,8'dır ve en yüksek kullanım oranı bu grupta bulunmaktadır. En az tütün kullanımına ise 70 yaş üstü grupta rastlanmaktadır. Türkiye sağlık araştırması 2019 verilerine göre 15 yaş ve üzerinde her gün tütün kullanan bireylerin oranı; tüm popülasyonda %28, erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9'dur (48).

2.2.3. Tütünün sağlığa olan etkisi

Tütün dumanı, karmaşık bir organik madde olan tütünün yanmasıyla oluşur, çeşitli katkı maddeleri ve sigara kağıdı ile birlikte, yanan bir sigara yaklaşık bin santigrat dereceye ulaşan yüksek bir sıcaklıkta ortaya çıkan duman, çok sayıda gazdan oluşur ve ayrıca partiküller yoluyla yaralanmaya neden olabilecek sayısız toksik bileşen içerir. Bu partiküllere örnek olarak karbon monoksit, siyanür, radyoaktif polonyum, benzo-(a)- piren, nitrojen oksitleri, akrolein, benzen gibi moleküller gösterilebilir(49).

Aktif içiciler, doğrudan sigaranın ucundan çekilen duman olan birincil sigara dumanını solurlar. Pasif içiciler ise genellikle ikinci el duman olarak adlandırılan ve çoğunlukla yanan sigaranın yaydığı yan akım dumanının bir karışımından oluşan dumanı solurlar. İkinci el sigara maruziyetinden sorumlu olan ikinci el duman aktif içicilerin maruz kaldığı ana sigara dumanı akımına kıyasla daha düşüksıcaklıklarda üretilir ve sonuç olarak birçok toksik bileşiğin konsantrasyonları aktif içicilerin maruz kaldığı dumanda daha yüksektir (50).

Bununla birlikte, birincil sigara dumanı oluştuktan sonra havaya dağılırken hızla seyrelir. Pasif içicilikteki tütün dumanı bileşenlerinin konsantrasyonları, aktif içici tarafından solunan birincil sigara dumanı seviyelerinin çok altındadır, ancak pasif içicilik ve aktif içicilik dumanları arasında niteliksel benzerlikler vardır (50).

Günümüzde metabolizmayı belirleyen genlerin tütün dumanı tarafından etkilenebileceği bilinmektedir. Genitoüriner sistem, karsinojenler de dahil olmak üzere bileşiklerin idrarla atılması yoluyla tütün dumanındaki toksinlere maruz kalır. Gastrointestinal sistem, dumanın üst hava yolunda doğrudan birikmesi ve duman içeren mukusun

trakeadaglottis yoluyla özofagusa temizlenmesi yoluyla maruz kalır. Artık sigara dumanının multisistemik bir hastalık nedeni olduğu kanıtlanmıştır (51).

Tablo-2 Sigaranın sebep olduğu hastalıklar (59)

Kanserler	Akciğer, mide, kolorektal, pankreas, karaciğer, serviks, özefagus, mesane, böbrek, dudak, gırtlak
Akciğer	KOAH, astım, amfizem, pnömoni
Kalp	Myokard infarktüsü
Mide,duodenum	Peptik ülser
Kemik	Osteoporoz, kalça ve omurga kırıkları
Beyin	Serebrovasküler hastalık
Damar	Aterosklerotik hastalık, aort anevrizması, Buerger hastalığı, Raynaud sendromu
Kan	Lösemi
Diş	Plak, diş eti hastalığı, dişle lekelenme
Cilt	Kırışıklıklar, erken yaşlanma
Ağız ve boğaz	Boğaz ağrısı, tat duyusunda azalma, soğuk algınlığı, grip
Göz	Katarakt, maküladenejenerasyonu
Pankreas	Tip 2 diabetesmellitus
Diğer	İmmün sistemde zayıflama, yara iyileşmesinde gecikme, infertilite, erken menopoz, koku almada azalma, impotans

Sigara kullanımı, KOAH(Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı) gelişimine neden olan en önemli çevresel risk faktörlerinden biridir. Sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre FEV1'deki yıllık düşüş daha fazla olup solunum semptomları daha yaygın görülür (54). 2004 yılında Amerikan Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanan raporda KOAH gelişiminden %90 sigara sorumlu tutulurken, son zamanlarda yapılan çalışmalarla bu oranın %44-45 olduğu bildirilmiştir (54). Gelişmiş ülkelerde ise KOAH gelişiminden %50-70 sigara sorumlu tutulmaktadır (56). Sigara içiminin KOAH'a neden olmasının altında yatan iki ana mekanizma oksidatif stres ve proteaz-antiproteaz dengesizliğidir. Bu mekanizmalar sigara dumanının akciğerlere solunmasıyla tetiklenir. Akciğer, solunan ajanların neden olduğu hasarı kontrol etme işlevine sahip savunma mekanizmalarına sahip olmasına rağmen, bu savunmalar sigara dumanının sürekli solunması ile etkisini yitirir. Bu süreçleri kontrol etmenin ve durdurmanın tek yolu sigarayı bırakmaktır (55).

Kanser, sigaranın neden olduğu en yıkıcı hastalıklardan biridir. Sigara dumanı ve içimi başta akciğer kanseri olmak üzere gastrointestinal kanserler, genitoüriner kanserler, baş boyun tümörleri ve lösemiler ile yakından ilişkilidir (57). Sigara kullanımı bazı genetik ve ailesel yatkınlıklar yoluyla da tümörlere neden olabilmektedir. Sigara içmeyen bireylerin, aktif sigara içicisinin dumanına direk maruz kalması durumuna pasif içicilik denilmektedir.

Günümüzde sigara içmeyen erkek bireylerin %33'ü, kadın bireylerin %35'i ve çocukların %40'ı aşkın kadarı pasif içici konumundadır (58). Pasif içicilik koroner kalp hastalığı, solunum yolu enfeksiyonları, astım gibi birçok farklı hastalığa sebep olmaktadır. Sigara dumanına maruziyet olmadığı halde dumanın içerdiği partiküllerle kirli yüzeylerle olan temas durumuna ise üçüncü el sigara maruziyeti denilmektedir. Tütün dumanı maruziyeti sonucu kirlenen yüzeyler aktif ve pasif içicilikte olduğu gibi kanser başta olmak üzere birçok hastalığa sebep olabilmektedir (59).

2.3.Sigara ve Koroner Arter Hastalığı İlişkisi

Tütün dumanı maruziyeti, birçok kardiyovasküler hastalığın patogenezinde rol oynayan tromboz, emboli oluşumu hipoksemi gibi etyolojik nedenlere sebep olabilmektedir. Bunun yanında sigara dislipidemi, endotel hasarı ve endotel disfonksiyonuna yol açarak ateroskleroz plağı oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Tütün dumanı maruziyetinden kaçınmak KAH riskini diğer tüm faktörlerden bağımsız olarak azaltmaktadır(60).

Sigara kullanımı erkek ve kadınlarda KAH mortalitesi, inme ve miyokard iskemisi sıklığını artırır. Sigara kullanımı KAH insidansını 2-4 kat artırır. Tütün dumanı, KAH'a hem primer patogenezinde endotel disfonksiyonu, dislipidemi gibi yollarla sebep olurken, diğer yandan KAH'ın diğer etyolojik nedenleri arasında olan diyabet gibi hastalıkların komplikasyon risklerini artırarak da KAH oluşumuna neden olabilmektedir (61).

Sigara öncelikle dumanın inhale edildiği anda hipoksemiye neden olmakta ve böylelikle miyokardiyal kan akımı ve miyokard oksijenlenmesini bozmaktadır. Bu durum her sigara dumanı alımında koroner arter spazmı, disritmi ve trombosit agregasyonu yolu ile ani ölüm riskini arttırmaktadır. Uzun süreli sigara kullanımı durumu ise tekrarlayan endotel hasarı ve disfonksiyonu, trombosit adheransı artışı, dislipidemi ve düz kas proliferasyonu yolu ile KAH'a yol açmaktadır (62). Kardiyak olayların yanı sıra sigara kullanımı erkek ve kadınlarda serebrovasküler olay sıklığını da arttırmaktadır. Sigara içen bireylerde sigara içmeyenlere göre inme riski ikikat daha fazladır (63).

2.4. Sağlık Algısı

Sağlık, bireylerin kendi yaşantıları açısından tanımladıkları bir fiziksel ve ruhsal iyilik durumudur (59). Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir. Sağlık algısı, bireyin kendi sağlık haline yöneltile soruya verdiği sübjektif yanıt ile değerlendirilen ve bireyin kendi sağlığına yönelik duygu ve düşüncesini içeren bir durumdur. Bireysel sağlık algısı mortalite, morbidite, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendiren ciddi bir göstergedir. Sağlık algısı sübjektif bir değerlendirme olduğu halde objektif değerlendirmelerle yakından ilişki içindedir. Bireyin sağlık durumu “Beden Kitle İndeksi” veya “Plazma Glukoz Düzeyi” gibi objektif yöntemlerle ölçülebilmektedir. Sosyolojik, psikolojik ve ekonomik ölçütlerin de sağlık durumunu etkilediği düşünüldüğünde bireyin sağlık durumu ölçütlerinden biri de objektif olarak kendi sağlık algısı düzeyidir.

Sağlık algısı ölçmek istenilen bireye sorular yöneltilerek kendi sağlığını değerlendirmesi istenmektedir. Bireyin kendi sağlığı hakkındaki sübjektif düşünceleri ölçek yoluyla objektif hale getirilmektedir. Sağlık algısı bireyin hastalığı ve tedavisi açısından öngörülerini de gösterebilmektedir. Bu nedenle sağlık algısı düzeyi bireylerin tanı tedavi planı sırasında faydalı bir ölçüttür (74). Sağlık ve sağlığın bireysel olarak algılanması kişinin sağlık davranışları, inançları, deneyimleri, kişiye ait ve kişinin sağlığını etkileyen faktörlerden etkilenmektedir. Bireyin sağlığını etkileyen sağlık davranışlarının gelişiminde ise inançlar, tutumlar ve algılar rol alırken; aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, erken tanı koyduran, hastalıktan ziyade sağlık odaklı tıbbi yaklaşım, sağlık algısı anlayışı olarak adlandırılmaktadır.

Eğer birey sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacak, profesyonel kişilerin yardımını istemeyecektir(53).

2.5.1 Sigara Bırakma Yorgunluğu

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'e (DSM-V) göre sigara içen bireylerde aşağıdaki maddelerden en az ikisinin varlığı sigara bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır. Sigara bağımlılığı bireyin işlevselliğini bozmakta ve belirgin derecede sıkıntıya düşürmektedir.

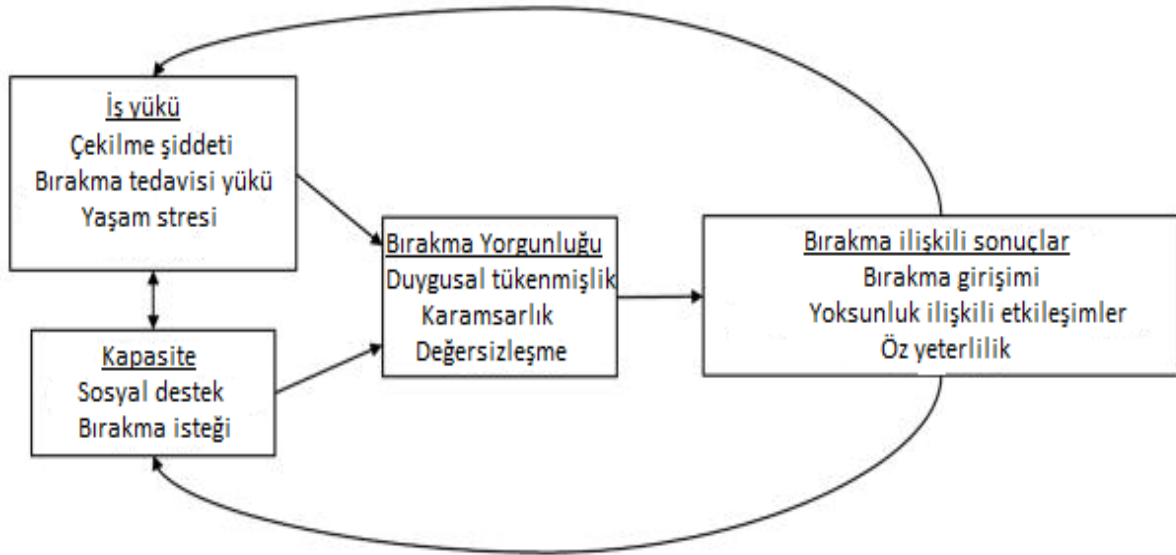
- Tütünün istendiğinden daha fazla ya da daha uzun süre kullanımı
- Tütünü bırakmak ya da kontrol altında tutmak için istek ya da sonuç vermeyen çabalar
- Tütünü elde etmek, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
- Tütün kullanımı için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
- Tütünün tekrar eden kullanımı sonucu sorumluluklarını yerine getirememe
- Olumsuz etkilerine rağmen tütün kullanmaya devam etme
- Tütün kullanımından dolayı günlük etkinliklerin bırakılması ya da azaltılması
- Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi tütün kullanmaya devam etme
- Tütün kullanımının şiddetlendirdiği bedensel ya da ruhsal bir sorunu olmasına rağmen tütün kullanmaya devam etme(34).

Sigarayı bırakan bireylerin bırakma başarısının en önemli göstergesi sigara içmeden geçirilen süredir. Sigarayı bırakan kişinin bırakma sonrası bir sigara içmesinelapse(hata), eski düzende sigara içmeye dönmesine ise relapse(nüks) denilmektedir. Nüksler sigara bırakma girişimlerinin önündeki en büyük engeldir (64).

Sigarayı bırakma yorgunluğu veya sigarayı bırakmaya çalışmaktan duyulan yorgunluk, motivasyon kaybı, bırakma başarısına ilişkin umut kaybı, öz yeterliliğin azalması ve öz kontrol kaynaklarının tükenmesini kapsayan kompleks bir tanımdır. Sigara içenlerin yaklaşık üçte ikisi her yıl sigarayı bırakma girişiminde bulunur ancak bırakma

girişimlerinin büyük çoğunluğu, mevcut en iyi sigara bırakma tedavileri ile desteklendiğinde bile nüksetmeyle sonuçlanmaktadır (70).

Sigarayı bırakma yorgunluğu, ilk kez 15 yıl önce sigaraya yeniden başlamanın belirleyicilerinden biri olarak öne sürülmüştür (89).Günümüzde sigara bırakma yorgunluğu, özellikle akut yoksunluk evresinin sonlarında, bireyin sigarayı bırakmaya çalışmasının getirdiği kümülatif maddi ve psikolojik yükten kaynaklanan nükse karşı oluşan hassasiyet olarak tanımlanmıştır. Bu kompleks yapının bireylerde ölçülebilmesi için sigarayı bırakma motivasyonunun kaybı, sigarayı bırakma başarısında umut kaybı, başa çıkma becerilerinin kullanımının azalması, öz yeterliliğin azalması ve öz kontrol kaynaklarının tükenmesini kapsayacak şekilde kavramsallaştırılmıştır(65).



Şekil-1: Bırakma Yorgunluğu için İş yükü-Kapasite Modeli

Heckman tarafından kronik sağlık sorunları bulunan hastalarda gözlemlenen tedavi önerilerine uymama ve yorgunluğa ilişkin bir zihinsel iş yükü-kapasite modeli daha önceden tanımlanmıştır (45).Kısaca bu model hastaların karşılaştığı medikal ve genel yaşam stresleri arasındaki bağlantıyı tanımlamakta ve bu bağlantının sağlık açısından hastaların davranışlarını nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Burada Mathew ve arkadaşlarının bu teorik modelin sigarayı bırakmaya özel uyarladıkları bir versiyonu Şekil-1’de gösterilmiştir.Zihinsel iş yüküsigarayı bırakma (yoksunluk şiddeti, bırakma tedavisinin yükü) ve genel yaşam koşulları (stres) ile ilişkili koşullardan oluşur. Kapasite ise başa çıkma araçlarını (sosyal destek, irade) ifade eder.İş yükü arttıkça veya kapasite azaldıkça bırakma yorgunluğu ortaya çıkmaktadır.

Sigarayı bırakma yorgunluğu, bırakma girişimlerinin yarımsız veya yardımcı olmasına (bırakma tedavisi alma), sigarayı bırakmak üzere olmalarına veya yakın zamanda bırakmayı denemiş olmalarına ve/veya bırakmaya hazır olmalarına bakılmaksızın sigara içenler için geçerli olduğu belirtilmiştir (65).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak planlanan bu araştırmanın evrenini NEÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniklerine 01.03.2022-31.05.2022 tarihleri arasında başvuran sigara içen koroner kalp hastaları oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi

Daha önce yapılmış olan çalışmalarda ülkemizde sigara içme sıklığı %32,1 olarak bulunmuştur (47). Araştırmamızda evrendeki birey sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken denek sayısı $n = t^2 \cdot p \cdot q / d^2$ formülü kullanılarak hesaplandı.

n =Çalışmaya alınacak katılımcı sayısı

t = Evrendeki birey sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alınmıştır. 0.05 de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bakılarak 1.96 bulunmuştur.

p = Ülkemizde sigara içme sıklığı %32,1 kabul edildi. p değeri = 0,321 alındı.

q = Sigara içmeme sıklığı $(1-p) 1-0,321=0,679$ 'tir.

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ standart sapma miktarı ($\pm\%8$ sapma istediğimizden) $d=0.07$ alınmıştır.

$n = (1.96)^2 \cdot (0.321 \times 0.679) / (0.07)^2 = 170$. Çalışmamıza bu hesap doğrultusunda %5 hata payı eklenerek en az 180 kişi alınması planlandı.

Etik kurul onayı alındıktan sonra kardiyoloji polikliniğine başvuran çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylere konu ile ilgili bilgi verildi. Sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra hastalara yüzyüze anket uygulanarak çalışma tamamlandı.

3.2. Dışlanma kriterleri

- Koroner arter hastası olmayanlar
- Sigara içmeyenler
- Kooperasyonu bozacak derecede psikiyatrik rahatsızlığı olanlar
- Türkçe iletişim kurulamayanlar

3.3. Etik kurul onayı

Çalışma 07.01.2022 tarih ve 2022/3596 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onaylıdır (EK-2’de sunulmuştur).

3.4. Veri toplama

Çalışmada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan dört bölümden oluşan bir anket formu kullanıldı. Oluşturulan anket formu ile KAH olan 10 kişiye uygulanarak pilot çalışma yapıldı. Anketin anlaşılabilirliği ile ilgili var olan sorunlar düzeltildi. Pilot çalışmadaki veriler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmada kullanılan anket formundasonosyodemografik bilgi formu, sigara kullanım durumuve FagerströmNikotin Bağımlılık Testi(FNBT),Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği(SBYÖ)ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) yer almaktadır.

3.4.1.Sosyodemografik bilgi formu: Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini tespit edilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, KAH geçmişi ve tedavi durumu soruldu.

3.4.2. Sigara kullanımözellikleri: Katılımcıların halihazırda sigara kullanma durumu, bağımlılık düzeyi, bırakmayı deneme durumu bırakmışsa bırakma şekli gibi sorulardan oluşmuştur.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi: (FNBT) altı sorudan oluşmakta olup özellikle sigara bırakma aşamasında olan bireylerin tedavi planlanması ve takibinde yararlıdır. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından

yapılmış olup, testin güvenilirliği orta derecede bulunmuş, klinik uygulamalarda kullanılabileceği belirlenmiştir(52). Sunulan çalışmada elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı; “az bağımlılık (0-4 puan)”, “orta bağımlılık (5-6 puan)”, “yüksek bağımlılık (7-10 puan)” şeklinde kategorize edildi (52).

3.4.3.Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği(SBYÖ): Mathew ve ark (2017) tarafından geliştirilen ölçek, Öztürk ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanıp, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (65,7). Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği sekizi ‘duygusal tükenmişlik’, beşi ‘karamsarlık’ ve dördü ‘değersizleşme’ olarak adlandırılan toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 1,2,3,4,11,13,16,17 numaralı maddeler duygusal tükenmişlik, 5,6,7,8,10 maddeler karamsarlık, 9,12,14,15 maddeler ise değersizleşme durumlarını değerlendirilmektedir. Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği 5’li Likertşeklindedir ve maddeler 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum).

3.4.4.Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ): Diamond ve ark.ları (2007) tarafından geliştirilmiştir(53). Türkçe geçerlilik çalışması Kadioğlu (2012) tarafından yapılmıştır (6). SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanırken olumsuz ifadeler ise ters puanlanacaktır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir.

Kontrol merkezi (KOM) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, yani sağlıklı olmada kontrol merkezini kendinde toplayıp toplamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini belirlemeye yöneliktir. Öz farkındalık (ÖZF) alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda öz-farkındalık algısının, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının seviyesini belirlemeye yöneliktir. Kesinlik (KES) alt boyutu; bireyin sağlıklı kalmaya ve daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye yöneliktir. Sağlığın önemi (SÖ) alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini, bu konuda ne derecede maddi fedakârlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye yöneliktir.

3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde cinsinden belirtildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında; normal dağılım varsayımını karşılayan ikili gruplarda Independent Samples-T testi, çoklu gruplarda Tek Yönlü Varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanıldı. Gruplar arası farkın olduğu durumlarda Post Hoc Tukey testi ile anlamlılık değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.

Her ölçeğin güvenirlik puanları Cronbach alfa ile hesaplandı, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,00–0,24 arası zayıf, 0,25–0,49 arası orta, 0,50–0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Çalışmanın yapıldığı 01.03.2022-31.05.2022 tarihleri arasında NEÜ Tıp Fakültesi kardiyoloji polikliniklerine 1068 sayıda hasta başvurdu. Bu hastaların 350 kadarı daha önce KAH tanısı almıştı. Çalışmada belirlenen dahil etme kriterlerine uyan 215 kişinin verileri değerlendirildi. Anketi tam olarak doldurmayan kişiler çıkarıldıktan sonra çalışma 180 kişinin katılımı ile tamamlandı.

Çalışmaya katılanların %61,9'u (n=110) erkek ve %60'ı (n=108) evliydi. Katılımcıların %63,9'unun (n=115) ek kronik bir hastalığı vardı. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo-3'te verilmiştir.

Tablo-3: Bireylerin sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	110	61,9
Kadın	70	38,1
Medeni Durum		
Evli	108	60,0
Bekar	72	40,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	36	20,0
Lise	45	25,0
Üniversite	99	55,0
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	127	70,6
Geniş Aile	22	12,2
Parçalanmış Aile	31	17,2
Çalışma Durumu		

Çalışıyor	108	60,0
Çalışmıyor	72	40,0
Kronik Hastalık durumu		
Kronik hastalık var	115	63,9
Kronik hastalık yok	65	36,1
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	135	75,0
Kullanmıyor	45	25,0

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $47,57 \pm 10,96$ (min=22, maks=65) yıl ve KAH tanısı ile geçirilen süre ortalaması $5,47 \pm 5,26$ (min=1, maks=35) yıl idi. Katılımcıların %55,6'sı (n=100) KAH için medikal tedavi, %38,9'u (n=70) stent tedavisi ve %10,6'sı (n=20) bypass tedavisi görmüştü. Katılımcıların %42,2'sinin (n=76) KAH nedeniyle vefat eden bir yakını vardı. Bireylerin KAH özgeçmişi ve yaş ortalamaları Tablo-4'te verilmiştir.

Tablo-4. Bireylerin koroner arter hastalığı özgeçmişi ve yaş ortalamaları

	Ort±SD	Min- maks
Yaş (yıl)	$47,57 \pm 10,96$	22-65
KAH tanı süresi*(Yıl)	$5,47 \pm 5,26$	1-35
	n	(%)
KAH tanı sonrası tedavi**		
Medikal	100	55,6
Stent	70	38,9
Bypass	20	10,6
KAH nedeniyle vefat eden yakını olma durumu		
Evet	76	42,2
Hayır	104	57,8

*KAH: Koroner Arter Hastalığı **Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Çalışmaya katılanların ortalama sigara içme süresi $27,44 \pm 12,22$ (min=2 maks=52) yıl ve sigaraya başlama yaşı ortalaması $18,85 \pm 5,35$ yıl idi. Bireylerin FNBT skoru ortalaması $4,03 \pm 2,86$ olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan bireylerin sigara içme özellikleri Tablo-5'te verilmiştir.

Tablo-5: Bireylerin sigara içme ile ilgili verileri

	ort±SD	Min- maks
Sigara içme süresi(yıl)	27,44±12,22	2-52
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	18,85±5,35	10-40
En uzun bırakma süresi(ay)	10,37±11,11	0-42
Sigarayı bırakmayı deneme sayısı(n=171)	2,46±1,90	0-12
FNBT skoru*	4,03±2,86	0-10

*FNBT: Fagerström nikotin bağımlılık testi

Katılımcıların %95,0'i (n=171) KAH tanısı sonrası sigarayı bırakmayı en az bir kere denemiş, %51,7'si (n=93) sigarayı hiç bırakamamış, %48,3'ü (n=78) bırakmış ama sonrasında tekrar başlamıştı. FNBT'ye göre katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ölçüldüğünde %61,7'sinde (n=111) düşük düzey, %16,1'inde (n=29) orta düzey ve %22,2'sinde (n=40) yüksek düzey nikotin bağımlılığı saptandı. Bireylerin sigara kullanım özellikleri dağılımı Tablo-6'da verilmiştir.

Tablo-6: Bireylerin sigara kullanım özellikleri dağılımı

	n	(%)
KAHtanısı sonrası sigarayı bırakma durumu		
Hiç bırakamamış	93	51,7
Bırakmış ama tekrar başlamış	78	48,3
FNBT'ye göre bağımlılık düzeyi		
Düşük düzey bağımlılık (0-4)	111	61,7
Orta düzey bağımlılık (5-6)	29	16,1
Yüksek düzey bağımlılık (7-10)	40	22,2
Sigaraya başlama nedeni		
Arkadaş etkisi	80	44,4
Askerlik	20	11,1
Merak	45	25
Hatırlamıyor	35	19,4
Sigara içilen evde büyüme durumu		
Evet	104	57,8
Hayır	76	42,2
Sigara bırakmada zorluk yaşama durumu		
Çok kolay	19	10,6
Kolay	21	11,7
Ne kolay ne zor	63	35
Zor	46	25,6
Çok zor	31	17,2
Sigarayı bırakmadeneme yöntemi*		
Farmokoterapi	36	12,9
NRT --- Bant	41	14,7
NRT --- Sakız	52	18,8
Hiç bir şey kullanmadan	149	53,6

*Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Ölçeklerin ortalama değerleri ve Cronbach Alpha değerleri Talo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-7: Ölçeklerin ortalama puanları ve cronbach’salphadeğerleri

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SD	Cronbach’salpha
SAÖ *	15	26-69	49,17±7,82	0,684
Kontrol merkezi	5	5-25	16,28±4,35	0,709
Öz-farkındalık	3	3-15	10,58±2,41	0,459
Kesinlik	4	4-20	12,05±3,32	0,629
Sağlığın önemi	3	3-15	10,23±2,73	0,643
SBYÖ**	13	16-63	42,06±7,88	0,789
Duygusal tükenme	6	6-30	16,53±6,38	0,875
Karamsarlık	3	3-15	10,07±3,03	0,779
Değersizleşme	4	4-20	15,46±4,62	0,886

*SAÖ: Sağlık algısı ölçeği **SBYÖ: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği

4.2. Sigara Bırakma Yorgunluğu

Kadınların SBYÖ’nün duygusal tükenme alt boyutu ortalama puanı(18,16±6,32), erkeklerin ortalama puanından(15,49±6,22) yüksekti(**p=0,006**). SBYÖ’nün karamsarlık alt boyutunda ise erkeklerin ortalama puanı(10,73±2,98), kadınların ortalama puanından(9,04±2,83) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (**p=0,001**).

SBYÖ’nün değersizleşme alt boyutunda çekirdek aile yapısına sahip olanların ortalama puanı (16,31±4,25), parçalanmış aileye sahip olanların(12,61±5,24) puanından yüksekti (**p<0.001**). Yine çekirdek aile yapısına sahip olanların SBYÖ toplam puanı ortalaması (43,02±7,45), parçalanmış aileye sahip olanlardan(38,29±8,68) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (**p=0,007**).

Duygusal tükenme alt boyutunda çalışan bireylerin ortalama puanı (15,57±6,25), çalışmayanlardan(17,96±6,35) anlamlı olarak daha düşüktü (**p=0,014**). Karamsarlık alt boyutunda ise çalışan bireylerin ortalama puanı (10,57±2,76), çalışmayanlardan (9,32±3,28) anlamlı olarak daha yüksekti (**p=0,008**).

SBYÖ ve alt boyutlarından alınan puanların katılımcıların sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması Tablo-8’de verilmiştir.

Tablo-8: Sigara bırakma yorgunluğu ve bireylerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

	SBYÖ-DT***	SBYÖ-K****	SBYÖ-D*****	Sigara bırakma yorgunluğu toplam puanı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet				
Erkek	15,49±6,22	10,73±2,98	15,70±4,68	41,92±7,55
Kadın	18,16±6,32	9,04±2,83	15,07±4,53	42,27±8,42
p*	0,006	0,001	0,372	0,776
Medeni durum				
Evli	16,76±6,56	10,13±2,83	15,36±4,62	42,25±7,85
Bekar	16,18±6,6,12	9,99±3,33	15,60±4,65	41,76±7,96
p*	0,547	0,765	0,739	0,687
Eğitim durumu				
İlköğretim	17,25±7,09	9,89±2,98	14,44±4,87	41,58±7,25
Lise	17,16±5,51	9,64±2,77	15,44±4,43	42,24±7,03
Üniversite	15,98±6,49	10,33±3,16	15,83±4,60	42,14±8,51
p**	0,446	0,417	0,308	0,921
Aile yapısı				
Çekirdek Aile	16,42±6,51	10,29±2,92	16,31±4,25	43,02±7,45
Geniş Aile	16,82±6,49	10,45±2,89	14,55±4,11	41,82±7,84
Parçalanmış Aile	16,77±5,95	8,90±3,39	12,61±5,24	38,29±8,68
p**	0,938	0,060	<0.001^{ac}	0,007^{ac}
Çalışma durumu				
Çalışıyor	15,57±6,25	10,57±2,76	15,84±4,49	41,99±8,07
Çalışmıyor	17,96±6,35	9,32±3,28	14,88±4,78	42,15±7,64
p*	0,014	0,008	0,175	0,892
Ek kronik hastalık durumu				
Kronik hastalık var	16,76±5,93	9,98±3,05	15,43±4,61	42,17±7,41
Kronik hastalık yok	16,12±7,13	10,23±3,00	15,49±4,68	41,85±8,70
p*	0,545	0,598	0,937	0,799
Sürekliliğe kullanma durumu				
Kullanıyor	16,93±6,18	9,87±2,93	15,27±4,66	42,07±8,12
Kullanmıyor	15,31±6,88	10,69±3,28	16,00±4,51	42,00±7,19
p*	0,165	0,140	0,357	0,954

*Bağımsız örnekleme t testi **One-way AnovaposthocTukey testi

SBYÖ-DT: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği duygusal tükenme * SBYÖ-K: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği karamsarlık *****SBYÖ-D: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği değersizleşme

SBYÖ toplam puanı ortalaması sigaraya başlama nedeni arkadaş etkisi olanlarda (43,93±6,52), askerlik (40,05±9,37) ve merak olanlardan(40,67±8,92)anlamli olarak daha yüksekti (sırasıyla **p=0,028**; **p=0,042**). Karamsarlık alt boyutunda KAH tanısı sonrası sigarayı bırakıp tekrar başlayanların ortalama puanı(10,54±3,04), hiç bırakmamış olanlardan anlamli olarak daha yüksekti (**p=0,045**).

FNBT skorlarına göre duygusal tükenme alt boyutu ortalamaları karşılaştırıldığında düşük bağımlılık düzeyinde olan bireylerin ortalamaları ($15,61 \pm 5,79$), yüksek ($18,63 \pm 7,72$) bağımlılık düzeyindekilerden daha düşüktü(**$p=0,028$**).

Sigarayı bırakma zorluğu düzeyi ve duygusal tükenme alt boyutu ortalama puanları karşılaştırıldığında; sigarayı bırakmak çok zor olarak belirtenler($20,55 \pm 6,58$), çok kolay ($15,11 \pm 8,73$) ve kolay olarak belirtenlerden($13,24 \pm 5,88$) anlamlı olarak daha yüksek puan almıştı (sırasıyla **$p=0,021$** ; **$p<0,001$**).

Sigarayı bırakma zorluğu düzeyi ve karamsarlık alt boyutu ortalama puanlarına bakıldığında; sigarayı bırakmak çok zor olarak belirtenlerin puanları ($8,39 \pm 2,76$), çok kolay ($11,42 \pm 3,79$) ve kolay olarak belirtenlerden($11,33 \pm 2,19$) anlamlı olarak dahadüşüktü (sırasıyla **$p=0,004$** ; **$p=0,004$**).

Sigarayı bırakma zorluğu düzeyine göre değersizleşme alt boyutu ortalama puanları karşılaştırıldığında; sigarayı bırakmak çok zor olarak belirtenlerin puanları($12,87 \pm 5,47$), zor ($16,00 \pm 4,08$) ve ne kolay ne zor olarak belirtenlerden($16,24 \pm 4,41$) anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla **$p=0,007$** ; **$p=0,027$**).

SBYÖ ve alt boyutlarından alınan puanların katılımcıların sigara içme durumları ve özellikleriyle karşılaştırılması Tablo-9’da verilmiştir.

Tablo-9: Bireylerin sigara içme durumları ve sigara bırakma yorgunluk puanları arasındaki ilişki

	SBYÖ-DT***	SBYÖ-K****	SBYÖ-D*****	Sigara bırakma yorgunluğu toplam puanı
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
KAHtanı sonrası sigarayı bırakma durumu				
Hiç Bırakmamış	17,10±6,23	9,63±2,97	14,85±4,87	41,58±7,98
Bırakmış ama tekrar başlamış	15,92±6,52	10,54±3,04	16,10±4,27	42,56±7,78
p*	0,218	0,045	0,068	0,404
FNBT'ye göre bağımlılık düzeyi				
Düşük bağımlılık ^a	15,61±5,79	10,52±2,94	15,88±4,37	42,02±7,07
Orta bağımlılık ^b	17,14±5,95	9,21±2,73	15,28±5,10	41,62±8,41
Yüksek bağımlılık ^c	18,63±7,72	9,45±3,31	14,40±4,86	42,48±9,63
p**	0,028^{ac}	0,38	0,216	0,904
Sigaraya başlama nedeni				
Arkadaş etkisi ^a	16,64±6,08	10,45±2,96	16,84±3,99	43,93±6,52
Askerlik ^b	16,70±7,92	9,40±3,87	13,95±4,81	40,05±9,37
Merak ^c	15,76±6,77	10,02±2,83	14,89±4,58	40,67±8,92
Hatırlamıyor ^d	17,17±5,74	9,66±2,92	13,89±5,14	40,71±7,82
p**	0,791	0,412	0,007^{ad}	0,028^{ab} 0,042^{ac}
Sigara içilen evde büyüme durumu				
Evet	16,46±6,54	10,00±2,94	15,43±4,73	41,89±7,96
Hayır	16,62±6,20	10,17±3,17	15,49±4,50	42,28±7,81
p*	0,870	0,713	0,938	0,748
KAH nedeniyle vefat eden yakını olma durumu				
Evet	16,09±6,41	9,87±3,03	14,91±4,96	40,87±8,08
Hayır	16,97±6,33	10,25±3,03	15,93±4,19	43,16±7,24
p*	0,365	0,402	0,149	0,053
Sigarayı bırakmayı deneme durumu				
Evet	16,44±6,39	10,12±3,04	15,58±4,53	42,13±7,95
Hayır	18,22±6,20	9,22±3,81	13,11±5,90	40,56±6,69
p*	0,423	0,379	0,250	0,511
Sigarayı bırakma zorluğu				
Çok kolay ^a	15,11±8,73	11,42±3,79	15,37±5,06	41,89±8,78
Kolay ^b	13,24±5,88	11,33±2,19	15,81±3,50	40,38±5,97
Ne kolay ne zor ^c	15,71±5,50	10,32±2,99	16,24±4,41	42,27±7,58
Zor ^d	17,02±5,23	9,74±2,75	16,00±4,08	42,76±7,82
Çok zor ^e	20,55±6,58	8,39±2,76	12,87±5,47	41,81±9,31
p**	0,021^{ae} <0,001^{be}	0,004^{ae} 0,004^{be}	0,007^{ce} 0,027^{de}	0,847
Sigarayı bırakmadenemeyöntemi				
Farmakoterapi	17,78±6,74	9,69±3,41	15,61±4,51	43,08±7,06
NRT --- Bant	18,32±5,33	9,80±2,41	15,96±3,68	44,08±6,34
NRT --- Sakız	17,85±6,06	8,69±2,69	15,50±5,22	42,04±8,18
Hiç bir şey kullanmadan	15,19±6,38	10,68±3,00	15,25±4,77	41,12±8,41
p*	0,035^{bd}	0,019^{cd}	0,914	0,313

*Bağımsız örneklemde t testi **One-way Anova post hoc Tukey***SBYÖ-DT: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği duygusal tükenme ****SBYÖ-K: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği karamsarlık ***** SBYÖ-D: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği değersizleşme

4.3. Sağlık Algısı

SAÖ toplam puanı ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında çekirdek aile yapısına sahip bireylerin ortalama toplam puanı ($49,96 \pm 8,07$), geniş ($46,32 \pm 6,14$) ve parçalanmış ailelerin ($47,94 \pm 7,36$) toplam puanından daha yüksekti fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,082$). KAH tanı sonrası sigarayı hiç bırakamayanların kontrol merkezi ortalama puanı ($16,96 \pm 4,60$) tanı sonrası bırakmış ama tekrar başlamış olanların kontrol merkezi ortalama puanından ($15,55 \pm 3,95$) daha yüksekti ($p=0,029$). SAÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile yapısı ve ek kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

SAÖ ve alt boyutlarından alınan puanların katılımcıların sosyodemografik verilerle karşılaştırılması Tablo-10'da verilmiştir.

Tablo-10: Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık algısı puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Kontrol merkezi	Özfarkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	SAÖ toplam puan
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Cinsiyet					
Erkek	16,37±4,42	10,56±2,30	12,24±3,19	10,05±2,86	49,15±7,97
Kadın	16,24±4,26	10,60±2,57	11,76±3,52	10,53±2,51	49,20±7,62
p*	0,932	0,922	0,347	0,249	0,964
Medeni durum					
Evli	16,53±4,35	10,73±2,36	12,07±3,16	10,24±2,71	49,62±8,42
Bekar	15,90±4,34	10,35±2,47	12,01±3,57	10,22±2,78	48,49±6,81
p*	0,346	0,301	0,908	0,965	0,322
Eğitim durumu					
İlköğretim	16,00±4,24	10,58±2,48	11,75±3,28	10,11±2,59	48,58±6,91
Lise	16,16±3,47	10,67±2,06	11,44±3,00	9,89±2,56	48,16±5,94
Üniversite	16,43±4,76	10,54±2,54	12,43±3,45	10,43±2,86	49,84±8,81
p**	0,858	0,955	0,212	0,519	0,433
Aile yapısı					
Çekirdek Aile	16,65±4,08	10,74±2,37	12,24±3,25	10,34±2,78	49,96±8,07
Geniş Aile	14,55±4,82	10,23±2,09	11,14±3,49	10,18±2,23	46,32±6,14
Parçalanmış Aile	16,00±4,85	10,16±2,74	11,94±3,50	9,84±2,89	47,94±7,36
p**	0,104	0,376	0,352	0,659	0,082
Çalışma durumu					
Çalışıyor	16,19±4,63	10,45±2,48	12,35±3,48	10,15±2,82	49,14±8,85
Çalışmıyor	16,42±3,91	10,76±2,29	11,60±3,04	10,36±2,60	49,21±6,01
p*	0,719	0,391	0,126	0,604	0,950
Ek kronik hastalık durumu					
Kronik hastalık var	16,02±4,12	10,59±2,38	11,77±3,28	9,98±2,81	48,41±7,42
Kronik hastalık yok	16,74±4,71	10,55±2,48	12,54±3,37	10,68±2,55	50,51±8,36
p*	0,305	0,922	0,143	0,940	0,950
Sürekliliğe kullanma durumu					
Kullanıyor	16,30±4,35	10,59±2,44	11,98±3,32	10,12±2,75	49,01±7,72
Kullanmıyor	16,22±4,37	10,56±2,34	12,27±3,34	10,58±2,65	49,62±8,18
p*	0,922	0,942	0,616	0,323	0,663
KAH sonrası sigarayı bırakma durumu					
Hiç Bırakamamış	16,96±4,60	10,62±2,57	12,06±3,45	10,16±2,65	49,81±8,34
Bırakmış ama tekrar başlamış	15,55±3,95	10,53±2,23	12,03±3,20	10,31±2,83	48,48±7,20
p*	0,029	0,792	0,952	0,716	0,255
FNBT'ye göre bağımlılık düzeyi					
Düşük bağımlılık	15,93±4,20	10,50±2,40	12,15±3,36	10,28±2,77	48,91±7,79
Orta bağımlılık	17,48±4,82	10,41±2,19	12,07±2,41	9,83±2,56	49,79±7,85
Yüksek bağımlılık	16,38±4,34	10,90±2,59	11,75±3,79	10,40±2,77	49,43±8,04
p**	0,228	0,624	0,807	0,667	0,841

*Bağımsız örneklemde t testi **One-way Anova

SAÖ: Sağlık algısı ölçeğiKAH: Koroner Arter Hastalığı

FNBT: Fagerström nikotin bağımlılık testi

4.4. Sağlık Algısı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Arasındaki İlişki

SBYÖ ve SAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmadı ($r=-0,080$, $p=0,285$).

SBYÖ'nün değersizleşme alt boyutu ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı ($r=-0,158$, $p=0,034$).

SAÖ, SBYÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkileri Tablo-11'de verilmiştir.

Tablo-11: Katılımcıların sağlık algıları ve sigara bırakma yorgunlukları arasındaki korelasyon

		SBYÖ-DT***	SBYÖ-K****	SBYÖ-D*****	Sigara bırakma yorgunluğu toplam puanı
Kontrol merkezi	r	0,120	0,015	-0,158*	0,010
	p	0,110	0,842	0,034	0,894
Öz-farkındalık	r	-0,016	-0,003	0,036	0,007
	p	0,828	0,963	0,632	0,931
Kesinlik	r	-0,016	-0,003	0,036	0,007
	p	0,828	0,963	0,632	0,931
Sağlığın önemi	r	0,029	-0,082	-0,039	-0,030
	p	0,695	0,277	0,608	0,688
SAÖ toplam puan**	r	0,003	-0,015	-0,131	-0,080
	p	0,968	0,840	0,080	0,285

*:Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)**SAÖ: Sağlık algısı ölçeği

SBYÖ-DT: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği duygusal tükenme *SBYÖ-K: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği karamsarlık ***** SBYÖ-D: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği değersizleşme

Katılımcıların KAH tanı süresi ve SBYÖ değersizleşme alt boyut puanı arasında negatif yönlü zayıf derecede korelasyon saptandı ($r=-0,158$, $p=0,035$).

Değersizleşme alt boyutu ve sigara içme süresi arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptandı ($r=-0,169$, $p=0,024$).

Katılımcıların sigarayı bırakmayı deneme sayısı ile duygusal tükenme ve SBYÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon vardı($r=0,183$, $p=0,016$; $r=0,157$, $p=0,041$ sırasıyla)

Katılımcıların FNBT skoru ile duygusal tükenme alt boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü korelasyon mevcuttu($r=0,225$, $p=0,002$). FNBT skoru ve değersizleşme alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon tespit edildi ($r=-0,160$, $p=0,032$) (Tablo-12).

Tablo-12: Bireylerin sigara alışkanlıkları ve sigara bırakma yorgunluk puanları arasındaki korelasyon

		SBYÖ-DT***	SBYÖ-K****	SBYÖ-D*****	Sigara bırakma yorgunluğu toplam puanı
Yaş (yıl)	r	0,100	-0,041	-0,128	-0,010
	p	0,180	0,585	0,087	0,898
KAHsüresi (yıl)	r	0,135	-0,035	-0,158*	0,003
	p	0,072	0,641	0,035	0,967
Sigara içme süresi(yıl)	r	0,155	-0,042	-0,169*	0,011
	p	-0,037	0,574	0,024	0,885
Sigaraya başlama yaşı	r	-0,042	-0,030	0,039	-0,022
	p	0,580	0,690	0,603	0,766
En uzun bırakma süresi(ay)	r	-0,139	-0,179*	0,092	0,017
	p	0,064	0,017	0,218	0,820
Sigarayı bırakmayı deneme sayısı	r	0,183*	-0,034	0,039	0,157*
	p	0,016	0,657	0,616	0,041
FNBT skoru	r	0,225**	-0,136	-0,160*	0,036
	p	0,002	0,069	0,032	0,629

*:Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**:Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

KAH: Koroner Arter Hastalığı FNBT: Fagerström nikotin bağımlılık testi

SBYÖ-DT: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği duygusal tükenme *SBYÖ-K: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği karamsarlık ***** SBYÖ-D: Sigara bırakma yorgunluğu ölçeği değersizleşme

5.TARTIŞMA

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin sayısının artması nedeniyle, Dünya Sağlık Örgütü bulaşıcı olmayan hastalıkları önümüzdeki yirmi yıl için sağlık öncelikleri arasında ilan etti (15). Bunların arasında, kardiyovasküler hastalıklar artık birçok ülkede en önemli ve önde gelen ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların ana nedeninin koroner arter hastalığı (KAH) olduğu bildirilmektedir. TUİK 2019 verilerine göre Türkiye’de koroner kalp hastalığı görülme sıklığı 15 yaş ve üzeri erkeklerde %6,6 kadınlarda ise %7,7 iken miyokard enfarktüsü geçirme sıklığı erkeklerde %2,5 kadınlarda %1,9 olduğu görülmektedir (48). Hipertansiyon, dislipidemi, cinsiyet, yaş ve etnik köken yanı sıra sigara ve fiziksel aktivite eksikliği KAH için risk faktörleridir. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmak için tedavi kılavuzları yaşam tarzı değişikliği, uygun farmakoterapi ve sigaranın bırakılmasını önermektedir. Miyokard enfarktüsü öyküsü olanlar da dahil olmak üzere, KAH olan hastalarda sigaranın bırakılması, tekrarlayan kardiyovasküler olaylar ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskini önemli ölçüde azalttığı bildirilmektedir (90). Bununla birlikte KAH nedeniyle hastaneye yatırılan sigara içenlerin yarısından fazlasının taburcu olduktan 6 ila 18 ay sonra hala sigara içmeye devam ettiği tespit edilmiştir (71).

Sigarayı bırakma süreci her birey için farklı seyredebilir. Sigarayı bırakma yorgunluğu veya sigarayı bırakmaya çalışmaktan duyulan yorgunluk, motivasyon kaybı, bırakma başarısına ilişkin umut kaybı, öz yeterliliğin azalması ve öz kontrol kaynaklarının tükenmesini kapsayan kompleks bir tanımdır. Sigara içenlerin yaklaşık üçte ikisi her yıl sigarayı bırakma girişiminde bulunur ancak bırakma girişimlerinin büyük çoğunluğu, mevcut en iyi sigara bırakma tedavileri ile desteklendiğinde bile nüksetmeyle sonuçlanmaktadır (70).

Literatüre baktığımızda sigara bırakma yorgunluğu ve sağlık algısının koroner kalp hastalığı ile olan ilişkisi hakkında herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Koroner arter hastalığı gibi sigara ile ilişkisi tespit edilmiş bir hastalığı olan ve halen sigara içen bireylerin sigara bırakma yorgunluk durumlarının ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesinin çözüm arayışına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Sunulan çalışmada KAH olan hastaların beşte üçü erkek cinsiyetteydi. Gür ve ark. KAH olanlarda yaptığı çalışmasında da katılımcıların yarısından fazlası erkekti. Erkeklerde KAH'nın fazla görülmesinin sebebi KAH için en önemli risk faktörü olan sigarayı erkeklerin daha fazla kullanması olabilir. TÜİK 2019 verilerine göre erkeklerin %41,3'ü ve kadınların %14,9 her gün tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır (48).Sunulan çalışmada sadece sigara kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Gür ve ark çalışmasında da katılımcıların dörtte üçü sigara kullanmaktaydı (68). Ayrıca premenopozal prodüktif dönemde östrojen hormonunun kardiyoprotektif etkisinin olduğu bilinmektedir.

Sunulan çalışmada sigaraya başlamanın en önemli nedeni arkadaş etkisi olarak saptanmıştır. Heck ve ark. Avrupa kıtası çapında yaptığı kesitsel çalışmada da sunulan çalışmaya benzer şekilde arkadaş etkisi en önemli sigaraya başlama nedeni olarak saptanmıştır (83). Sigara içen bireylerin çoğunda sigaraya başlama yaşı adolesan çağdır. Adolesan dönemde bireylerin psikolojik olarak kendini kabul ettirme uğraşı bu sonucun nedeni olabilir.

Bu çalışmada KAH olanların tamamına yakını tanı sonrası en az bir kere sigarayı bırakmayı denemiş ama yarısı hiç bırakamamış diğer yarısı ise bırakmış ama bir süre sonra tekrar sigara içmeye başlamıştı. Sigarayı bırakma süresi ortalama 10-12 ay civarındaydı. Kendisine göre sigarayı bırakma zorluk durumunu katılımcıların yarıya yakını zor, çok zor olarak değerlendirmekteydi. Koziel ve ark. Polonya'da koroner arter hastalığı olan hastalarda sigaranın bırakılması üzerine yaptıkları çalışmada tanı sonrası sadece beşte üçü sigarayı bırakmayı denemiş ve yarısından fazlası taburcu olduktan 6 ila 18 ay sonra hala sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır (71).

Bozkurt ve arkadaşlarının 2019 yılında ülkemizde yaptığı bir çalışmada; sigarayı bırakmak için başvuran hastaların, verilen tedaviden bağımsız olarak dörtte birinde nüks görülmüş ve bireylerin kabaca dörtte biri kadarı sigarayı bırakmayı başarmıştır(76). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)'na göre ülkemizde sigara bırakma başarı oranı %27,2'dir (47).

Bırakma yorgunluğu veya sigarayı bırakmaya çalışmaktan kaynaklanan yorgunluk, bugüne kadar yeterince ilgi görmemiş olsa da bireysel olarak değerlendirildiğinde umut verici sonuçlar alınmaktadır (79).Sigarayı bırakma yorgunluğu, ilk olarak sigarayı bırakma motivasyonunda ve bırakma başarısında umut kaybı, başa çıkma becerilerinin kullanımının

azalması, öz yeterliliğin azalması ve öz kontrol kaynaklarının tükenmesinden oluşan kompleks bir yapı olarak ortaya çıkmıştır (89).

Sunulan çalışmada her iki cinsiyette sigara bırakma yorgunluk düzeyinin benzer olduğu bulundu. Liu ve ark.nın sigara bırakmak için başvuran bireylerde sigara bırakma yorgunluğunu ölçtüğü çalışmalarında erkeklerin bırakma yorgunluk düzeyinin, kadınlardan belirgin derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (87). Sigara içen bireylerde erkeklerin nüks açısından daha yüksek risk altında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (8,9). Bu durum sigara bırakma yorgunluğunu erkeklerde daha yüksek çıkmasının nedenlerinden birisi olabilir.

Sunulan çalışmada kadınların sigara bırakma sırasında duygusal tükenmişliği erkeklerden daha fazlaydı. Erkek katılımcılar ise sigara bırakmaya bağlı karamsarlık düzeyi daha yüksekti. Mathew ve ark çalışmasında erkeklerin sigara bırakmaya bağlı karamsarlık düzeyinin kadınlarda ise değersizleşme düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(65).Ünal'ın depresyon ve risk etmenleri üzerine yaptığı çalışmada kadın bireylerin daha sık depresif şikayetler nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvurduğu saptanmıştır (80). Bu farkın depresyonun dışı vurumu ve iç görüsünde cinsiyetin önemiyle ilgili olduğunu düşünüyoruz.

Bu çalışmada çalışmayan bireylerin duygusal tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulundu. Yürür ve ark. çalışan bireylerde duygusal tükenme ve işten ayrılma isteği üzerine yaptığı çalışmada bireylerin duygusal tükenme düzeyi arttıkça işten ayrılma isteğinin arttığını saptamışlardır (81). Bir çalışmada eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların karamsarlık düzeyi daha düşük, işsiz ve bekar olduğunu belirtenlerin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (65). Sigara insan psikolojisini yakından ilgilendiren bir süreçtir ve günlük yaşamda bir işe ve düzenli gelire sahip olmak duygusal tükenme düzeyini azaltacağı için bu farkın bu konulardan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Sunulan çalışmada arkadaş etkisi nedeniyle sigaraya başlayan hastaların sigara bırakma yorgunluk düzeyi daha yüksek saptandı. Literatüre bakıldığında özellikle üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda fiziki çevre ve arkadaş ortamı sigaranın bırakılmasına önemli bir engel olarak ortaya koyulmuştur (82,84) Özellikle sigara bırakma girişimlerinin ilk dönemlerinde tekrar sigaraya başlamak en büyük problemlerden birisidir. Bireylerin sigara bırakma aşamasında en çok zorlandığı noktalardan birisi çevresinde sigara içen bireylerin

bulunmasıdır. Sunulan çalışmada arkadaş etkisi ile sigara başlayan bireylerin sigara bırakma yorgunluğu düzeyinin daha yüksek saptanmasının en önemli sebebinin bu olduğu düşünülebilir

Sunulan çalışmada hastalarda sigara bağımlılık düzeyi arttıkça duygusal tükenme düzeyinin de arttığı saptandı. Becet ve arkadaşlarının öğretmenlerde sigara içme arzusu ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında da tükenmişlik düzeyi yüksek saptanan bireylerin sigara içme arzusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (86). Sigara içme arzusu yüksek olan bireylerin sigarayı bırakmasının daha zor olacağı kabul edilebilir. Bu bağlamda duygusal tükenmişliğin psikolojik yatkınlık yoluyla sigaraya olan bağımlılığı arttırdığı ve sigarayı bırakmayı zorlaştırdığını düşünmekteyiz. Duygusal Tükenme ve Karamsarlık alt ölçekleriyle birlikte SBYÖ genel puanı, sigara içme yoğunluğu endeksleri (mevcut sigara içme oranı, sigarayı bırakma öncesi ve mevcut nikotin bağımlılığı şiddeti) ile pozitif olarak ilişkiliydi (65).

Bu çalışmada sigarayı bırakmanın çok zor olduğunu söyleyenlerin Duygusal Tükenme düzeyleri daha yüksekti. Yıldız ve ark. sağlık çalışanlarında duygusal tükenmişlik düzeyleriyle sigara ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında; duygusal tükenmişlik seviyeleri yüksek saptanan bireylerin hem sigara hem alkol kullanımına daha yatkın olduğu saptanmıştır. (85).

Mathew (2017) tarafından oluşturulan “Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği” bireylerin geçmişteki davranışları ile gelecekteki nükslerini tahmin etmeyi amaçlamaktadır (75). Çalışmamızda Mathew’in SBYÖ’yü tasarlarken kurduğu amaca uygun şekilde bireylerin sigarayı bırakmayı deneme sayısı arttıkça SBYÖ puanları artmış olarak saptanmıştır.

Heckman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Duygusal Tükenme düzeyinin, sigara bırakma sırasında nüks ve başarı açısından en önemli öngörücü komponent olduğu bulunmuştur Heckman bu sebeple Duygusal Tükenme alt ölçeğinin nükse karşı savunmasız ve farklı sigara bırakma tedavilerini hak eden hastaları saptamak için bir araç olarak kullanılmasını önermiştir. SBYÖ’nin özellikle duygusallık alt boyutunun sigara bırakma danışmanlığında önemli kilometre taşlarından biri olması öngörülmektedir (88).

Sigarayı bırakmaya bağlı yoksunluk belirtileri arttıkça bireyin başa çıkma kaynakları tükendiğinden bırakma yorgunluğunun artacağı varsayılmaktadır. Akut yoksunluk belirtileri ortadan kalktıktan sonra, özellikle bırakma girişiminden sonraki aylarda, nüks görülme sıklığı artmaktadır. Çalışmalarda iki ve altı aylık takiplerde bırakma yorgunluğu yüksek olan

kişilerde, daha az yoksunluk belirtilerigörülse de lapse/relapse döngüsünün daha kısa sürdüğü gösterilmiştir (88, 87).

Liu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigarayı bırakma girişiminin ilk iki haftasında bırakma yorgunluğunun arttığını, ancak bunun sigarayı bırakma ilaçları kullanılarak hafifletilebileceği saptanmıştır (87).En son kontrolleri sırasında herhangi bir kanıta dayalı tedavi (örn. farmakoterapi, davranışsal danışmanlık veya sağlayıcıdan kısa tavsiye) kullandıklarını bildirenlerin Duygusal Tükenme alt ölçek puanları daha yüksek, Karamsarlık ve Değersizleştirme alt ölçek puanları ise daha düşüktü. (65). Bekiroğlu ve ark sigara bırakma yorgunluğunu azaltmak için hangi ilaçların daha etkili olduğunu araştırdıkları çalışmalarında nikotin bandının en hızlı başlangıç değişimini sağladığını, nikotin replasman tedavisi kombinasyonunun (band+pastil) uzun vadede en fazla azalmayı gösterdiği saptanmıştır (91).Tonstad'ın 2006 yılında yaptığı çalışmada Vareniklin'in sigarayı birden fazla kez bırakmaya çalışan bireylerde nüksü azalttığı gösterilmiştir (77). Buna ek olarak NRT'nin de sigara bırakmada nüksleri önlemede başarılı olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda NRT ve Vareniklin tedavilerini kullanan hastalarda sigara bırakma yorgunluğunun daha düşük olması beklense de sunulan çalışmada yorgunluk düzeyi tüm sigara bırakma yöntemlerinde benzer bulundu. Başpınar'ın 2019 yılında sigara bırakmak için başvuran bireylerde NRT ve Vareniklin ile bireylerin SBYÖ puanının karşılaştırıldığı çalışmada da aynı şekilde anlamlı bir fark saptanmamıştır (5).

6.SONUÇLAR

KAH tanılı bireylerde sağlık algısı ve sigara bırakma yorgunluğu arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $47,57 \pm 10,96$ yıl ve KAH tanı süresi ortalaması $5,47 \pm 5,26$ yıl idi.
- Çalışmaya katılanların ortalama sigara içme süresi $27,44 \pm 12,22$ (min=2 maks=52) yıl ve sigaraya başlama yaşı ortalaması $18,85 \pm 5,35$ yıl idi. Bireylerin FNBT skoru ortalaması $4,03 \pm 2,86$ idi.
- Katılımcıların %51,7'si (n=93) KAH tanısı sonrası sigarayı hiç bırakmamış, %48,3'ü (n=87) bırakmış ama sonrasında tekrar başlamıştı.
- FNBT'ye göre katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri ölçüldüğünde %61,7'sinde (n=111) düşük düzey, %16,1'inde (n=29) orta düzey ve %22,2'sinde (n=40) yüksek düzey nikotin bağımlılığı saptandı.
- Çalışmada KAH tanısı sonrası sigarayı hiç bırakmayanların SAÖ kontrol merkezi alt boyutu puanları ortalaması tanı sonrası bırakmış ama tekrar başlamış olanların puan ortalamasından daha yüksekti.
- Kadın katılımcıların sigara bırakmaya bağlı duygusal tükenmişlik düzeyleri, erkeklerin ise karamsarlık düzeyleri daha yüksekti.
- Çalışmayan bireylerin duygusal tükenmişlik düzeyleri, çalışanların ise karamsarlık düzeyleri yüksek bulundu.
- Sigaraya başlama nedeni arkadaş etkisi olanlarda SBYÖ toplam puanı ortalaması diğer nedenlerle sigaraya başlayanlara göre daha yüksekti.
- Karamsarlık alt boyutunda KAH tanısı sonrası sigarayı bırakıp tekrar başlayanların ortalama puanı, hiç bırakmamış olanlardan daha yüksekti.
- Duygusal tükenme alt boyutu puanları, FNBT'ye göre bağımlılık düzeylerine göre karşılaştırıldığında; yüksek bağımlılık düzeyine sahip bireylerin ortalama puanı, orta

bağımlılık düzeyine sahipler ve düşük bağımlılık düzeyine sahip bireylerden anlamlı olarak daha yüksekti.

- FNBT skorlarına göre karamsarlık alt boyutu ortalamaları karşılaştırıldığında düşük bağımlılık düzeyinde olan bireylerin ortalamaları, orta ve yüksek bağımlılık düzeyindekilerden daha yüksekti.
- SAÖ ve SBYÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye korelasyon açısından bakıldığında; SBYÖ ve SAÖ toplam puanları arasında çok zayıf negatif ilişki olsa da bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. SBYÖ'nün değersizleşme alt boyutu ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu negatif yönde zayıf derecede korelasyon gösteriyordu.
- Katılımcıların KAH tanısıyla geçirdiği süre ve SBYÖ değersizleşme alt boyutu puanı negatif yönlü zayıf derecede koreleidi. Değersizleşme alt boyutu ve sigara içme süresi arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyonsaptandı. Katılımcıların sigarayı bırakmayı deneme sayısı ile duygusal tükenme ve SBYÖ toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon ilişkisi vardı.
- Katılımcıların FNBT skoru ile duygusal tükenme alt boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü korelasyon ilişkisi mevcuttu. FNBT skoru ve değersizleşme alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon ilişkisi vardı.

7.ÖNERİLER

NEÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğinde yapılan bu çalışmada KAH tanılı bireylerin FNBT, Sağlık algısı ve Sigara Bırakma Yorgunluğu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışma KAH tanılı bireylerde sağlık algısı ve sigara bırakma yoğunluğu düzeyleri arasındaki ilişkiye dair bazı kanıtlar sunmaktadır. Sunulan çalışma KAH tanılı bireylerde sigara bırakma yorgunluğunun değerlendirildiği sayılı çalışmalardan biri olması nedeniyle önemlidir.

Aile hekimi olarak karşılaştığımız her bir hastanın sigara kullanım durumunu sorgulanmak, değerlendirmek, kayıt etmek ve bırakma için motive etmek sigara bırakma tedavisinde ilk ve en önemli adımdır. Her hastaya etkin ve en uygun olabilecek tedavilerin varlığı anlatılmalı ve önerilmelidir. Özellikle KAH tanısı gibi mortalite riski yüksek kronik hastalığı olan ve sigara kullanan bireylere sigara kullanımının neden olabileceği akut, kronik ve çevresel riskler anlatılarak motivasyon sağlanmalıdır. Relapslar nedeniyle sigara bırakma yorgunluğu gelişen bireylere verilecek bilişsel ve davranışsal danışmanlık yoluyla hastaların yorgunluğa kapılmadan sigarayı bırakmaları kolaylaştırılabilir.

Bu bağlamda sigara bırakmak için başvuran her bir hastayı bir birey olarak görmek, kronik hastalıkları ve kişisel özellikleri özelinde yaklaşım ve tedavi planlamak, bu hastaların öz farkındalık düzeylerini yükseltici önerilerde bulunmak ve duygu durumlarını fark ederek gerekli durumlarda psikolojik tedaviye yönlendirmek önemlidir.

Sigarayı bırakmayı deneme sayısı ile sigara bırakma yorgunluğu arasında yakın ilişki vardı. Sigara bırakma tedavilerinin planlanmasında ve takibinde bireyin bırakma yorgunluğu da değerlendirilmeli, motivasyonel görüşme buna göre yönlendirilmelidir. Sigara bırakma başarısını etkileyen negatif durumlardan diğeri duygusal tükenmişliktir. Duygusal tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile sigara bırakma tedavisine ek olarak psikolojik destek verilmesi ile bırakma başarısında artış sağlanabilir.

Sigara bırakma yorgunluğunu yönetmek için aşağıdaki stratejiler uygulanabilir.

Dinlenme ve Uyku: Vücudun iyileşme sürecine girmesi için yeterli dinlenme ve uyku alımı önemlidir. Düzenli uyku düzenine dikkat etmek ve her gece yeterli uyku süresine sahip olmak, sigara bırakma yorgunluğunu hafifletebilir.

Egzersiz: Hafif egzersizler, vücuducanlandırmaya yardımcı olabilir. Yürüyüş yapmak veya yoga gibi daha düşük yoğunluklu egzersizler, enerji seviyeleriniartırabilir ve endorfin salınımını sağlayarak ruh halini iyileştirebilir.

Sağlıklı Beslenme: Dengeli bir beslenme düzenine sahip olmak ve sağlıklı gıdalar tüketmek, vücudu destekler ve enerji seviyelerini dengelemeye yardımcı olur. Lifli gıdalar, kan şekerini dengede tutmaya yardımcı olurken, meyve ve sebzeler de vücutta antioksidan etkileriyle iyileşmeyi destekler.

Stres Yönetimi: Sigarayı bırakma süreci stresli olabilir ve stres de yorgunluğa katkıda bulunabilir. Stresle başa çıkabilmek için meditasyon, derin nefes alma teknikleri veya stres azaltıcı aktiviteler denenebilir.

Destek Almak: Sigarayı bırakma sürecinde sosyal destek almak önemlidir. Aile veya yakın arkadaşlarla konuşarak destek alabilir ve yorgunluk duygusupaylaşılabılır. Ayrıca, sigarayı bırakma programlarına veya destek gruplarına katılarak da bu süreçteki deneyimleri paylaşmak da motivasyonu arttırabilir.

Aile hekimleri olarak bireyi doğumundan ölümüne kadar sürekli takip etmekte olduğumuz için özellikle KAH gibi kronik hastalık tanılı bireylerde oluşabilecek riskleri öngörebilmekteyiz.Sigarayı bırakmak özellikle KAH gibi kronik hastalık tanısı olan bireyler için büyük önem arz etmektedir. Çalışmamızda özellikle sigara bırakma tedavisi planlanması ve takibinde kullanılabilecek sağlık algısı ölçeği ve sigara bırakma yoğunluğu ölçeği gibi araçlar gözden geçirilmiştir. Çalışmamızın bu konuda literatüre katkı sağlayacağını umuyoruz.

Kaynaklar

1. Gao D, Ning N, Guo Y, Ning W, Niu X, Yang J. Computed tomography for detecting coronary artery plaques: a meta-analysis: *Atherosclerosis* 2011; 219: 603-9.
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2010;1(21): 948-54.
3. Watanabe M . Smoking: additional burden on aging and death. *GenesEnviron* 2016;38:3.
4. Dülek H, Vural ZT, Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. e-ISSN: 2148-550X Cilt, 2018. 9(2): p. 53-58.
5. Başpınar MM, Basat O,.The relationship between smoking cessation fatigue and nicotine dependence severity. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2019; 6(4), 157-167.
6. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2012;32(1), 47-53.
7. Ozturk YE, Kırac R, .Sigara Bırakma Yorgunluğu ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması *Journal of Socialand Humanities Sciences Research* 2018 (JSHSR), 5(25).
8. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu A.
9. Mallika V, Goswami B, Rajappa M. Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. *Angiology* 2007; 58: 513-22.
10. Libby P. Inflammation in atherosclerosis. *Nature*. 2002; 420: 868–874.
11. Mathers CD, LoncarD, Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006; 3 (11): 2011-30.
12. Black PH, Garbutt LD, Stress, inflammation and cardiovascular disease. *Journal of psychosomaticresearch*, 2002;52(1), 1-23.
13. Frohlich J, Al-Sarraf A. Cardiovascular risk and atherosclerosis prevention. *Cardiovascular Pathology*. 2013; 22 (1): 16-8.
14. Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı Ankara-2008. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın no 743, 2008.

15. WHO. Cardiovascular diseases. Erişim tarihi: 01.04.2023 Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases>.
16. TUIK ,<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Erişim Tarihi: 01.10.2023.
17. Onat A, Dursunoğlu D, Bulur S ve ark. TEKHARF alışması 2007 taraması: Mortalite ve koroner mortalitede azalma eğilimi sürüyor. Türk KardiyolDernArşl2008;36:77-81
18. Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten ölüm sıklığı. TEKHARF alışması 2009.
19. Wilson PW, Castelli WP, Kannel WB, 1987 Coronary risk prediction in adults (theFraminghamHeartStudy). The American journal of cardiology, 1987;59(14), G91-G94.
20. Franklin SS, Larson MG, Khan SA, Wong ND, Leip EP, KannelWB, Levy 50 D. DoestheRelation of Blood PressuretoCoronaryHeartDisease Risk ChangeWithAgingTheFraminghamHeartStudy. Circulation. 2001;103(9):1245–9.
21. Kannel WB, Blood Pressure as a Cardiovascular Risk Factor: Prevention and Treatment. JAMA. 1996 May 22;275(20):1571–6.
22. Onat A, şenocak M, Örnek E, Gözükar Y, şurdum-Avcı G, Karaaslan Y ve ark. Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 5. Hipertansiyon ve sigara içimi. Türk KardiyolDern Arş 1991;19:169-77.
23. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, Tütüncü Y, olak N, TuomilehtoJ, 2011. TURDEP alışma Grubu . TURDEP II Sonuçları Erişim adresi: www.turkendokrin.org/TURDEP_2, Erişim tarihi: 01.10. 2023).
24. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP. Expert panel on detection, evaluation, andtreatment of highbloodcholesterol in adults (adulttreatment panel III) final report. Circulation. 2002;106(25):3143–421.
25. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ölkemizdeki durumu. Türk KardiyolDernArşArchTurkSocCardiol. 2011;39(4):1–5.
26. Mahley RW, Palaoğlu KE, Atak Z, Dawson-Pepin J, Langlois AM, Cheung V, et al. TurkishHeartStudy: lipids, lipoproteins, andapolipoproteins. J Lipid Res1995;36:839-59.
27. Kozan Ö, Oğuz A, Abacı A, Erol C, Öngen Z, Temizhan A, et al. Prevalence of themetabolicsyndromeamongTurkishadults. Eur J ClinNutr. 2007;61:548-53.

28. Satman İ, Türkiye'de Obezite Sorunu. Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics 2016;9(2):1-11.
29. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017).Erişim Adresi:<https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Kitaplar-eski/Turkiye-Saglikli-Beslenme-ve-Hareketli-Hayat-Programi.pdf> Erişim Tarihi: 22.04.2023.
30. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite ve tedavi kılavuzu [Internet]. 2019 Erişim Tarihi 22.04.2023. p. 11–24. Erişim Adresi,www.temd.org.tr
31. Lee CD, Blair SN, Jackson AS,1999.Cardiorespiratoryfitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. Am J ClinNutr. 1999 Mar 1;69(3):373–80.
32. PhysicalactivityErişimTarihi:22.04.2023. Erişim adresi: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/physical-activity>
33. Aruni B, Cardiovascular Disease Risk of Nicotine and Tobacco Products. In: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 2022. p. 28, 525–30.
34. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) Fifth Edition S-571 criteriafortobaccoaddiction).
35. Edwards R, ABC of smoking cessation. The problem of tobacco smoking. BMJ BrMed J. 2004 Jan 24;328(7433):217–9.
36. Rodgers JL, Jones J, Bolleddu SI, Vanthenapalli S, Rodgers LE, Shah K, et al. Cardiovascular Risks Associated with Genderand Aging. J Cardiovasc Dev Dis. 2019 Jun 1;6(2).
37. Öztürk S, Kardiyovasküler risk faktörü olarak dislipidemilere yaklaşım. Abant Tıp Derg. 2012;1(2):89–93.
38. Gordon T, Kannel WB, Hjortland MC, McNamaraPM, Menopause and coronary heart disease. The Framingham Study. Ann InternMed. 1978;89(2):157–61.
39. Lloyd-Jones DM, Nam BH, D'Agostino RB, Levy D, Murabito JM, Wang TJ, et al. Parental Cardiovascular Disease as a Risk Factorfor Cardiovascular Disease in Middle-aged Adults: A ProspectiveStudy of Parentsand Offspring. JAMA. 2004;291(18):2204–11.
40. Burns E, 2006. The smoke of the gods: A social history of tobacco. Temple University Press.

41. Shafey O, Eriksen M, Ross H, MackyJ, 2009. The tobacco atlas. American Cancer Society.
42. Yılmaz F, 2012. Türkiye diyanet vakfı islam ansiklopedisi. Erişim adresi: <https://islamansiklopedisi.org.tr/tutun> Erişim tarihi: 01.04.2023.
43. World Health Organization., 2008. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization.
44. Schairer E, Schöniger E, 2001. Lung cancer and tobacco consumption. International journal of epidemiology, 30(1), 24-27.
45. Heckman BW, Mathew AR, Carpenter MJ, 2015. Treatment burden and treatment fatigue as barriers to health. Curr. Opin. Psychol. 5, 31–36.
46. World Health Organization, WHO Tobacco Fact Sheet. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/tobacco> Erişim tarihi: 01.04.2023.
47. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Yayın No:948 Erişim tarihi 01.04.2023. Erişim adresi, <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf>
48. Türkiye İstatistik Kurumu, 2020 Türkiye Sağlık Araştırması, Ankara: TÜİK. Erişim tarihi 01.04.2023 Erişim adresi, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
49. Jenkins, RA, GuerinMR, TomkinsBA, 2000. Thechemistry of environmental tobacco smoke: Composition and measurement (2nd edn). Lewis Publishers, Boca Raton.
50. Law MR, Morris JK, Wald NJ, 1997. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of theevidence. British Medical Journal, 315(7114), 973–80.
51. Strachan DP, CookDG, 1997. Healtheffects of passivesmoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. Thorax, 52(10), 905–14.
52. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V, 2004. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factoranalysis. Tuberk Toraks, 52(2), 115-21.
53. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP, 2007. Development of a scaletomeasureadults' perceptions of health: Preliminary findings. Journal of Community Psychology, 35(5), 557-561.

54. Kohansal R, Martinez-Camblor P, Agustí A, Buist AS, Mannino DM, Soriano JB, 2009. The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort. *Am J Respir Crit Care Med*, 180(1), 3-10.
55. Janoff A, Carp H, Laurent P, Raju L. 1983. The role of oxidative processes in emphysema. *American Review of Respiratory Disease*, 127(2), 31-38.
56. Waatevik M, Skorge TD, Omenaas E, Bakke PS, Gulsvik A, Johannessen A, 2013. Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. *Respir Med*, 107(7), 1037-45.
57. Sherman CB, 1991. Health effects of cigarette smoking. *Clinics in Chest Medicine*, 12(4), 643-658.
58. National Cancer Institute, Smoking and Tobacco Control Monograph 9. National Cancer Institute; Bethesda: 1998. Cigars: Health Effects and Trends.
59. Health Risks. Erişim adresi: www.who.int/tobacco/en/atlas9.pdf Erişim tarihi, 20.04.2023.
60. Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Morris PB, Ratchford EV, Stecker EC, et al. 2018. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol*, 72(25), 3332-65.
61. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M. Örsel O, Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006;7(1):51-64.
62. Çakıt MO, Arslan İ, Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics* 2016;7(5):1-4.
63. Çan G Sigara Epidemiyolojisi. in: Özyardımcı N. (Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 49-58, 2002.
64. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Smoking Cessation, Version 1.2015. NCCN.org, 2015.
65. Mathew AR, Heckman BW, Meier E, Carpenter MJ, 2017. Development and initial validation of a cessation fatigue scale. *Drug and Alcohol Dependence*, 176, 102-108.
66. Yaşar Z, et al. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol*, 2014. 16: p. 99-104.
67. Kuloğlu Y, Uslu K, 2022. Geleceğin Sağlık Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisi. *2022 Doğu Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 255-277.

68. Gür G, Sunal N, 2019. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6 (2), 210-219.
69. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S, 2018. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi, 14(3), 267–274.
70. Cahill K, Stevens S, Lancaster T, 2014. Pharmacological treatments for smoking cessation. *Jama*, 311(2), 193-194.
71. Koziele P, Jankowski P, Kosior DA, Sowa P, Szóstak-Janiak K, Krzykwa A, Pająk A, 2021. Smoking cessation in patients with established coronary artery disease: data from the POLASPIRE survey. *KardiologiaPolska (PolishHeartJournal)*, 79(4), 418-425.
72. Karakoyunlu Şen S, 2019. Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, Türkiye.
73. Ekiz T. ve ark. 2020. “Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması” *Usaysad Dergisi* c:6 s:1 139- 154.
74. Tuğut N, 2008. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Sayı 11:3 sayfa:17-26.
75. Mathew AR, Heckman BW, Meier E, Carpenter MJ. Development and initial validation of a cessation fatigue scale. *Drug Alcohol Depend.* 2017 Jul 1;176:102-8. 2017 May 17.
76. Bozkurt N, Bozkurt AI, Erdoğan A, 2020. Sigara Bırakma/Bıraktırmada En Önemli Sorun Ne?. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 6(3), 430-438.
77. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR, Varenicline Phase 3 Study Group. (2006). Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama*, 296(1), 64-71.
78. Heckman BW, Cummings KM, Stoltman JJ, Dahne J, Borland R, Fong GT, Carpenter MJ, 2019. Longer duration of smoking abstinence is associated with waning cessation fatigue. *Behaviour research and therapy*, 115, 12-18.
79. Chakraborti Y, Coffman DL, Piper ME, 2022. Time-varying mediation of pharmacological smoking cessation treatments on smoking lapse/relapse, cessation fatigue, and negative mood. *Nicotine and Tobacco Research*, 24(10), 1548-1555.

80. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S, 2002. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri, 5(1), 8-15.
81. Yürür S, ÜNLÜAGO, 2011. Duygusal emek, duygusal tükenme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi. ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources, 13(2).
82. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S, 2007. Düzce Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(5), 364-370.
83. Oh DL, Heck JE, Dresler C, Allwright S, Haglund M, Del Mazo SS, Hashibe M, 2010. Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey. BMC Public Health, 10, 1-11.
84. Doğan DG, Ulukol B, 2010. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 17(3), 179-185.
85. Yıldız A, Çiçekİ, ŞanlıME.. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin belirleyicileri: sigara ve alkol kullanımına etkisinin incelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018 5(3), 126-132.
86. Becet A, 2019. Öğretmenlerde tükenmişlik sendromu ve sigara içme arzusu arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
87. Liu X, Li R, Lanza ST, Vasilenko SA, Piper M, 2013. Understanding the role of cessation fatigue in the smoking cessation process. Drug and Alcohol Dependence, 133(2), 548-555.
88. Heckman BW, Dahne J, Germeroth LJ, et al. Does cessation fatigue predict smoking-cessation milestones? A longitudinal study of current and former smokers. J Consult Clin Psychol. 2018;86(11):903–14.
89. Piasecki TM, Fiore MC, McCarthy DE, Baker TB, 2002. Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. Addiction, 97(9), 1093-1108.
90. Snaterse M, Deckers JW, Lenzen MJ, Jorstad HT, De Bacquer D, Peters RJG, EURO ASPIRE Investigators. (2018). Smoking cessation in European patients with coronary heart disease. Results from the EUROASPIRE IV survey: A registry from the European Society of Cardiology. International journal of cardiology, 258, 1-6.

- 91.** Bekiroglu K, Russell MA, Lagoa CM, Lanza ST, Piper ME, 2017. Evaluating the effect of smoking cessation treatment on a complex dynamical system. *Drug and alcohol dependence*, 180, 215-222.

EK-2: VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı;

Aşağıda size yöneltilen sorular "Koroner Arter Hastalığı Olanlarda Sağlık Algısı ve Sigara Bırakma Yorgunluğunun Değerlendirilmesi" konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. İsminizi yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

- 1-) Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın
- 2-) Yaşınız:.....yıl
- 3-) Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar
- 4-) Aile Yapınız: ☐ Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile ☐ Parçalanmış Aile
- 5-) Eğitim durumu: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite/yüksekokul
- 6-) Çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
- 7-) Kaç yıldır koroner arter hastalığınız var ?
- 8-) Tedavi olarak ne yapıldı?
☐ Medikal ☐ Stent ☐ By-pass cerrahisi
- 9-) Koroner anjiyografi sonrası sigarayı bıraktınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet
- 10-) Koroner Anjiyografi sonrası sigarayı bıraktıysanız ne kadar süre bıraktınız?
- 11-) Kronik başka bir hastalığınız var mı? ☐ Hayır ☐ Evet, nedir?.....
- 12-) Sürekli kullandığınız ilaç var mı? ☐ Hayır ☐ Evet, nedir?.....
- 13-) Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?.....
- 14-) Sigaraya kaç yaşında başladınız?.....
- 15-) Sigaraya nasıl başladınız? Arkadaş etkisi Askerde Merak Hatırlamıyorum
- 16-) Sigara içilen bir evde mi büyüdünüz? ☐ Hayır ☐ Evet,
- 17-) Ailenizde sigara içip koroner arter hastalığından vefat eden var mı? ☐ Hayır ☐ Evet
- 18-) Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet
- 19-) Daha önce sigarayı bırakmayı denediyseniz deneme sayısı.....kez
- 20-) Daha önce sigarayı bırakmayı denediyseniz hangi yöntem(leri) kullandınız?
☐ İlaç ☐ Bant ☐ Sakız ☐ Hiçbir şey kullanmadan
☐ Diğer, açıklayınız?.....
- 21-) Daha önce sigarayı bırakmayı denediyseniz en uzun bırakma süreniz.....
- 22-) En son ne zaman sigara bırakmayı denediniz?.....
- 23-) Sigarayı bırakmak ne kadar kolay veya zor oldu?
1. Çok kolay 2. Kolay 3. Ne kolay ne zor 4. Zor 5. Çok zor
- 24-) Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
☐ İlk 5 dakika içinde ☐ 6-30 dakika içinde
☐ 31-60 dakika içinde ☐ 1 saatten sonra
- 25-) Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 26-) Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

☐ Sabah ilk içilen sigara

☐ Diğer zamanlarda içilen sigaralar

27-) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

☐ 31 ve daha fazla ☐ 21-30 adet

☐ 11-20 adet ☐ 10 ve daha az

28-) Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

29-) Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

	Sağlık Algısı Ölçeği	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Sağlığımı çok düşünürüm.					
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur					
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim					
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

	SİĞARA BIRAKMA YORGUNLUĞU ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Sigarayı bırakmaya çalışmaktan duygusal olarak tükenmiş hissediyorum.					
2	Çoğu zaman sigarayı bırakmaya çalışmak bile anlamsız					

	görünüyor.					
3	Sigarayı bırakmak konusunda umutsuz hissediyorum.					
4	Sigarayı bırakmayı düşündüğüm zaman cesaretim kırıldı					
5	Sigarayı bırakmaya çabalamak çok güç.					
6	Sigarayı bırakmaya çalışmaktan artık yoruldum.					
7	Sigara içmeye dayanabileceğim öğrendiğim durumlar var.					
8	Sigarayı bırakmama yardım edecek birçok stratejim var.					
9	Zamanla sigarayı bırakmak için neyin işe yarayıp neyin işe yaramadığını öğrendim.					
10	Sigarayı bırakmak genel yaşam kalitemi artıracak					
11	Sigarayı bırakmanın yararları zararlarına göre çok daha fazla.					
12	Sigarayı bırakmak beni bir birey olarak mutlu ederdi.					
13	Sigara bırakılmaya değer.					