

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ (AYÖ) TÜRKÇE FORMUNUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

DR. SEMA KILIÇ
UZMANLIK TEZİ

İZMİR -2018

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ (AYÖ) TÜRKÇE FORMUNUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

DR. SEMA KILIÇ
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. VİLDAN MEVSİM
YARDIMCI DANIŞMAN: UZM. DR. M. NESLİŞAH TAN

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sigara Epidemiyolojisi	7
2.1.1. Dünya’da Epidemiyolojisi	7
2.1.2. Türkiye’de Epidemiyolojisi	8
2.2. Sigara Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri.....	9
2.3. Nikotinin Fizyolojisi ve Farmakolojik Özelliği.....	11
2.4. Nikotin Yoksunluğu ve Aşermesi.....	13
2.5. Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi.....	14
2.6. Sigara Bırakma Tedavileri.....	16
2.6.1. Farmakolojik Tedaviler.....	17
2.6.1.1. Nikotin İçermeyen Farmakolojik Tedaviler	17
2.6.1.2. Nikotin Replasman Tedavileri.....	17
2.6.2. İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri.....	18
2.7. Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkileri	19
2.8. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları.....	21
2.8.1. Ölçme ve Ölçek Geliştirme.....	21
2.8.2. Geçerlik ve Güvenirlik.....	23
2.8.2.1. Geçerlik.....	23
2.8.2.1.1. İçerik (Kapsam) Geçerliği.....	23
2.8.2.1.2. Ölçüt Geçerliği	24
2.8.2.1.3. Yapı Geçerliği	24

2.8.2.2. Güvenirlik	25
2.8.2.2.1. İç Tutarlılık Yöntemleri	26
2.8.2.2.1.1. Yarıya Bölme Yöntemi	26
2.8.2.2.1.2. Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayısı.....	26
2.8.2.2.1.3. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı.....	26
2.8.2.2.1.4. Teta Güvenirlik Katsayısı	26
2.8.2.2.1.5. Omega Güvenirlik Katsayısı.....	26
2.8.2.2.1.6. Guttman Güvenirlik Katsayısı	27
2.8.2.2.1.7. Madde-Madde Puan Analizi	27
2.8.2.2.1.8. Madde-Toplam Puan Analizi.....	27
2.8.2.2.1.9. İki Şıklı Değerlere Ait Korelasyon Analizi (Biserial Korelasyon Analizi.....	27
2.8.2.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	27
2.8.2.2.3. Paralel (Eşdeğer) Formlar Güvenirliği	27
2.8.2.2.4. Gözlemciler Arası Güvenirlik	28
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	29
3.1. Araştırma Modeli.....	29
3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme.....	29
3.3. Veri Toplama Yöntemi	29
3.4. Veri Toplama Gereçleri	30
3.4.1. Sosyodemografik Soruları İçeren Veri Formu.....	30
3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	30
3.4.3. Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) (Craving Experience Questionnaire-CEQ)....	31
3.4.4. Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)	32
3.5. Araştırma İzinleri ve Onamı	32
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.7.1. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi.....	33
3.7.2. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri	33
3.7.2.1. Geçerlik Analizleri.....	33
3.7.2.1.1. Yapı Geçerliği	33
3.7.2.1.2. Ölçüt Geçerliği	34
3.7.2.2. Güvenirlik Analizleri	34

3.7.2.2.1. İç Tutarlılık Güvenirliği	34
3.7.2.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	34
4. BULGULAR	35
4.1. Çalışmanın Tanımlayıcı Bulguları.....	33
4.2. Çalışmanın Analitik Bulguları.....	38
4.3. Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları	40
4.3.1. Geçerlik Bulguları.....	40
4.3.1.1. Yapı Geçerliği Bulguları.....	40
4.3.1.1.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)	41
4.3.1.1.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)	42
4.3.1.2. Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Bulguları.....	44
4.3.1.2.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)	44
4.3.1.2.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)	44
4.3.2. Güvenirlik Bulguları	45
4.3.2.1. İç Tutarlılık Analiz Bulguları	45
4.3.2.1.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)	45
4.3.2.1.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)	46
4.3.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirlik Bulguları	47
4.3.2.2.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)	47
4.3.2.2.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)	48
5. TARTIŞMA	49
5.1. Ölçek Çevirisi.....	49
5.2. Örneklem Seçimi	49
5.3. Katılımcıların Özellikleri.....	51
5.4. Geçerlik	52
5.4.1. Yapı Geçerliği	52
5.4.2. Ölçüt Geçerliği	54
5.5. Güvenirlik.....	54
5.5.1. İç Tutarlılık Analizi.....	54
5.5.2. Test-Tekrar Test Analizi	55
5.6. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları.....	55

6. SONUÇLAR	57
6.1. Geçerlik Sonuçları	57
6.1.1. Yapı Geçerliği Sonuçları.....	57
6.1.2. Ölçüt Geçerliği Sonuçları.....	57
6.2. Güvenirlik Sonuçları.....	57
6.2.1. İç Tutarlılık Analiz Sonuçları.....	57
6.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği Sonuçları	58
7. ÖNERİLER.....	59
8. KAYNAKLAR.....	60
9. EKLER.....	73
Ek 1. Etik Kurul İzni.....	73
Ek 2. Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) İzni.....	74
Ek 3. Katılımcı Onam Formu	75
Ek 4. Katılımcı Sosyodemografik Formu.....	76
Ek 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	77
Ek 6. Aşerme Yaşantı Ölçeği	78
Ek 7. Madde Aşerme Ölçeği.....	79

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Değerlerine İlişkin Maddeler Arası Korelasyonların Değerlendirme Ölçütleri.....	33
Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, Medeni Hal, Eğitim Durumu ve Çalışma Durumuna Göre Dağılımları	36
Tablo 3: Katılımcıların Sigarayı Bırakmak İçin Aldıkları Profesyonel Desteğe Göre Dağılımları	37
Tablo 4: Katılımcıların Gelecekte Sigarayı Bırakmak İsteme Durumlarına Göre Dağılımları	37
Tablo 5: Katılımcıların Cinsiyete Göre İçtikleri Haftalık Alkol Miktarı (birim/hafta).....	37
Tablo 6: Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden Aldıkları Puanların Kategorik Dağılımları	38
Tablo 7: Katılımcıların İlk Uygulanan ve İkinci Kez Uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Dağılımları	38
Tablo 8: Katılımcıların Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Puan Toplamlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 9: Araştırmada Kullanılan Geçerlik Güvenirlik ve İstatiksel Analiz Yöntemleri.....	40
Tablo 10: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç İçin Açıklanan Toplam Varyans Analizi	41
Tablo 11: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç İçin Döndürülmüş Bileşenler Matriksi	42
Tablo 12: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık İçin Açıklanan Toplam Varyans Analizi	42
Tablo 13: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık İçin Döndürülmüş Bileşenler Matriksi.....	43
Tablo 14: Madde Aşerme Ölçeği - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları	44
Tablo 15: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları.....	44
Tablo 16: Madde Aşerme Ölçeği - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları	45
Tablo 17: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları.....	45
Tablo 18: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç'teki Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri.....	46
Tablo 19: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık'taki Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri.....	47

Tablo 20: Farklı Zamanlarda İki Defa Uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Anketleri Arasındaki Korelasyon Değeri	47
Tablo 21: Farklı Zamanlarda İki Defa Uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Anketleri Arasındaki Korelasyon Değeri	48

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç İçin Faktör Analizi Sonuçlarının Scree Plot Grafiği	41
Şekil 2: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık İçin Faktör Analizi Sonuçlarının Scree Plot Grafiği .	43



KISALTMALAR

- ACE** : Alcohol Craving Experience
- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- AYÖ** : Aşerme Yaşantı Ölçeği
- CEQ** : Craving Experience Questionnaire
- CEQ-F** : Craving Experience Questionnaire-Frequency
- CEQ-S** : Craving Experience Questionnaire-Strength
- DEÜTF** : Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- DSM** : Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- FDA** : Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (US Food and Drug Administration)
- FNBT** : Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
- KMO** : Kaiser-Meyer-Olkin
- KYTA** : Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
- MAÖ** : Madde Aşerme Ölçeği
- QSU** : Sigara İçme Arzusu Ölçeği (Questionnaire on Smoking Urges)
- TDK** : Türk Dil Kurumu
- VTA** : Ventral Tegmental Alan
- SİAÖ** : Sigara İçme Arzusu Ölçeği

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasında yanımda olarak destek ve yardımlarını esirgemeyen; mesleki, akademik ve sosyal becerilerimizi artırabilmemiz için uğraş veren, profesyonel iş hayatındaki tavırlarıyla bizlere örnek olan, hayata dair tecrübelerini paylaşan, güçlü duruşu ve çalışma azmiyle bana ilham veren sevgili hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Vildan Mevsim'e, gösterdiği özveriden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliğinin esaslarını bize aşılaman, uzmanlık eğitimi boyunca bakış açımızı genişletmeye çalışan, bizleri yarınların ışığı olarak yetiştiren Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Dilek Güldal'a; uzmanlık eğitiminin mesleki beceri geliştirmekten ibaret olmadığını her konudaki bilgilerini paylaşarak bizlere gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a, Prof. Dr. Mehtap Kartal'a, Doç. Dr. Tolga Günvar'a, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a, Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye teşekkür ederim. Tezimin planlanması ve çalışmaların yapılmasındaki destek, teşvik ve emeklerinden dolayı Doç. Dr. İrfan Yurdabakan'a ve yardımcı tez danışmanım M. Neslişah Tan'a ayrıca teşekkürlerimi sunuyorum.

Asistanlık eğitimim süresince tamamladığım rotasyonlarda, bilgi ve becerilerini aktararak mesleki gelişimime katkılar sağlayan değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Hayatıma anlam katan bu deneyimi birlikte yaşadığımız DEÜTF Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma, mezun uzmanlarımıza ve DEÜTF Aile Hekimliği çalışanlarına katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde büyük emek sarf eden, bana inanan, her zaman arkamda olan ve varlıklarıyla bana güç veren başta annem ve babam olmak üzere ailemin tüm fertlerine ve Dr. Osman Tarsus'a teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,
Dr. Sema KILIÇ

ÖZET

AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ (AYÖ) TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dr. Sema Kılıç, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İzmir

Amaç

Tütün kullanımı birçok sağlık sorununa yol açan, önlenebilir hastalık ve ölüm sebepleri arasında en önde gelen risk faktörlerinden birisidir. Son 15 yılda azalma olmasına rağmen Türkiye nüfusunun yaklaşık üçte biri halen tütün kullanmaktadır. Şiddetli madde kullanma isteği ve aşermesi (craving) ise sigara kullanıcılarında tedaviye uyumu zorlaştıran bir etkidir. Bu nedenle aşerme isteğinin saptanması önemlidir. Jon May ve ark. tarafından geliştirilmiş olan Craving Experience Questionnaire, uluslararası çalışmalarda kullanılmaktadır. Sigara aşerme isteği gücünü ve sıklığını birlikte ölçen, Türkçe'ye uyarlanmış herhangi bir ölçek bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı; Craving Experience Questionnaire'nin (CEQ) Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) adıyla Türkçe'ye uyarlanarak, sigara bağımlılığı olan hastalarda geçerlik ve güvenirliliğinin araştırılmasıdır.

Yöntem

Bu çalışma metodolojik bir çalışmadır. Aşerme Yaşantı ölçeği çeviri ve tekrar çevirisi yapılarak Türkçe formu hazırlanmıştır. Geçerlik güvenirlilik çalışması için DEÜTF ASM'ne başvuran ve sigara içen 752 kişi çalışmaya katılmıştır. Veri toplama araçları olarak, demografik veri formu, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ), Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ) uygulanmış olup tekrar test değerlendirilmesi için 2-3 hafta sonra AYÖ ikinci kez uygulanmıştır. Ölçeğin güvenirliliği iç tutarlılık ve test-tekrar test yöntemiyle; geçerliği ise yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği ile sınıanmıştır.

Bulgular

Aşerme Yaşantı Ölçeği, 11 maddelik iki alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir madde 0-10 puan arasında değerlendirilir. Faktör analizi, her iki ölçek için de üç boyutlu yapıyı göstermiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliği MAÖ - AYÖ-Güç, MAÖ - AYÖ-Sıklık, FNBT - AYÖ-Güç, FNBT - AYÖ-Sıklık korelasyonuyla değerlendirilmiştir. Ölçekler arasında zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı AYÖ-Güç için 0,89, AYÖ-Sıklık için 0,85 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliğinde korelasyon katsayısı AYÖ-Güç için 0,89, AYÖ-Sıklık için 0,90 bulunmuştur.

Sonuç

AYÖ Türkçe formu, sigara içen kişilerde aşermenin değerlendirilmesi için kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: aşerme, craving, sigara içen, geçerlik ve güvenirlik, türkçe



SUMMARY

VALIDITY AND RELIABILITY OF TURKISH VERSION OF CRAVING EXPERIENCE QUESTIONNAIRE (CEQ)

Dr. Sema Kılıç, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Family
Medicine, Izmir

Aim

Tobacco use is one of the leading risk factors among preventable diseases and deaths leading to many health problems. Despite the reduction throughout the last 15 years, about one-third of Turkey's population currently use tobacco products. Craving and the desire to use substances are effects that makes it harder for smokers to comply with treatment. For this reason, it is important to determine the desire for craving. The Craving Experience Questionnaire, developed by the Jon May et al, is used in international studies. There is no scale adapted to Turkish, which measures the both strength and frequency of craving. The aim of this study is to perform the adaption of Craving Experience Questionnaire (CEQ) to Turkish and assess the validity and reliability of patients with smoking dependence.

Method

This is a metadological study. The Turkish version is prepared by translating and re-translating The Craving Experience Questionnaire. For validity and reliability study, 752 persons who applied to Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Primary Health Care Centers and smokers were admitted to the research. The demographic data form, The Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), The Craving Experience Questionnaire (CEQ), The Substance Craving Scale (SCS) were administered as data collection tools. Reliability of the scale was assessed by internal consistency and test-retest method; validity is tested with construct validity and concurrent validity.

Results

The Craving Experience Questionnaire consists of two subscales which both contains 11 items. Each item is evaluated between 0-10 points. Factor analysis showed three dimensions for both scales. The concurrent validity is evaluated by the correlations of SCS - CEQ-Strength, SCS - CEQ-Frequency, FTND - CEQ-Strength, FTND - CEQ-Frequency. A weak and statistically significant correlation was found between the scales. Cronbach alpha

internal consistency coefficient was found to be 0.89 for CEQ-Strength and 0.85 for CEQ-Frequency. The test-retest reliability coefficient was 0.89 for CEQ-Strength and 0.90 for CEQ-Frequency.

Conclusion

Turkish version of the CEQ is a valid and reliable measurement tool that can be used to assess craving among smokers.

Key words: craving, smokers, validity and reliability, turkish



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sigara içimi, önlenabilir önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir ve halk sağlığını tehdit eder. Dünyada her yıl 6 milyon insan tütün kullanımıyla direk ilişkili olarak ölmektedir (1). Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer kuruluşlar tarafından da sigaranın zararlarını anlatmak için çeşitli politikalar geliştirilmesine rağmen, günümüzde önemli morbidite ve mortalite sebebi olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa tarafından Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları Raporu yayınlanmıştır ve bu raporda belirtilen verilere göre son 15 yıl içerisinde tütün kullanımında bir azalma gerçekleşmiş olmasına rağmen, Türkiye nüfusunun yaklaşık üçte biri halen tütün kullanmaktadır. Sigarayla mücadelede çeşitli yaklaşımlar mevcuttur. Kurumsal sorumluluk projeleri, medya kampanyaları, kanun düzenlemeleri gibi yöntemlerle tütünle mücadele edilmektedir (2).

Sigara bırakma tedavisinde farmakolojik yöntemler olduğu gibi davranışçı ve bilişsel yöntemler de kullanılmaktadır (3). Bütün bunlara rağmen sigara bırakmayla ilgili bazı engeller mevcuttur. Yoksunluk belirtileri, kilo alma, başarısızlık korkusu, destekten yoksunluk, depresyon, sigara içmekten hoşlanma gibi nedenler sigara bırakmanın önündeki engellerden birkaçıdır (4).

Nikotin, yüksek oranda bağımlılık yapıcıdır ve sigara içme davranışına devam etmeden sorumludur (5). Madde bağımlılığı olan bireylerde maddeye karşı, şiddeti kişiden kişiye değişebilen çok güçlü bir istek (aşerme, craving) gelişir. Şiddetli madde kullanma isteği ve aşermesi (craving) ise sigara kullanıcılarında tedaviye uyumu zorlaştıran bir etkidir. Bu istek uzun bir süre boyunca varlığını ve etkisini sürdürür. Uzamış yoksunluk dönemleri geçtikten sonra da sürebilir ve hastanın tedavisi sırasında ya da bırakma süreçlerinde tekrar madde kullanımına başlamasına neden olabilir. Şiddetli madde kullanma isteği olanların sık şiddetli içme arzusu hissettikleri ve tedavide farklı yöntemlerin uygulanmasının ve tedavi planının buna uygun hazırlanmasının yararlı olduğu bildirilmektedir (6,7). Bu nedenle sigara kullananların isteğini ölçmek, sigara bırakma aşamalarında bize yardımcı olabilir.

Aşerme Yaşantı Ölçeği, aşermenin bilişsel ve duyuşsal özelliğini ön plana çıkaran bir ölçektir. Aşermenin yoğunluğu, zorlama duyusunu ve aşerme esnasında beyinde oluşan imgelerin canlılığını ölçer. Ayrıca, farklı zaman dilimleri kullanabilme imkanı sunar. Böylelikle ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, farklı zaman çerçeveleri için de kanıtlanabilir (8). Bu özelliklerden ötürü, sigara aşermeyi değerlendirmek için SİAÖ kullanılabilmesine rağmen, aşermenin duyuşsal zeminini yansıtmadığı için, AYÖ geçerlik ve güvenilirlik çalışması ihtiyacı

doğmuştur. Ülkemizde sigara aşermenin gücü ve sıklığını aynı anda değerlendiren bir ölçek yoktur. Yeni bir ölçek geliştirmek yerine geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeğin adaptasyonu daha uygun görülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; Craving Experience Questionnaire'ın (CEQ) Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) adıyla Türkçe'ye uyarlanarak, sigara bağımlılığı olan kişilerde geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması ve ülkemizde de kullanıma kazandırılmasıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Epidemiyolojisi

2.1.1. Dünya’da Epidemiyolojisi

Sigara kullanımı tüm dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. 1980 yılında tütün içme prevalansı erkekler için %41,2 iken kadınlarda %10,6 oranındaydı. 2012 yılında ise bu oran erkeklerde %31,1’e, kadınlarda %6,2’e gerilemiştir. Bu da yaklaşık olarak erkeklerde yıllık %0,9, kadınlarda %1,7 azalma olduğunu göstermektedir. Kanada, Norveç, İzlanda, Meksika ve İsveç’te erkeklerdeki tütün içme oranındaki yıllık azalma oranı en yüksek iken; Bolivya, Kanada, Danimarka’yla birlikte 12 ülke kadınlardaki en yüksek azalma oranına sahiptir. Tütün içme oranındaki azalmaya rağmen, nüfusun artışı nedeniyle sigara içen kişi sayısı artmıştır. 1980 yılında 721 milyon kişi tütün içiyorken, 2012 yılında bu sayının erkeklerde 928 milyon ve kadınlarda 208 milyona yükseldiği tahmin edilmektedir (9). DSÖ’ne göre 2015 yılında ise 1,1 milyardan fazla insan tütün kullanmaktadır. Bu kişilerin yaklaşık %80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (1). Tütün kullanım prevalansının en yüksek olduğu bölge erkeklerde %48,5 ile Batı Pasifik iken, kadınlarda %19,3 ile Avrupa’dır. Ülke olarak %76,2 ile Endonezya, erkeklerdeki en yüksek prevalansa sahiptir. Endonezya’yı, Ürdün ve Kiribati izlemektedir. Kadınlarda ise %52 prevalansa sahip Nauru’yu Kiribati ve Sırbistan takip etmektedir (10). Genelde erkekler kadınlardan daha fazla tütün kullanım oranına sahip olmakla birlikte özellikle Danimarka, İrlanda, Hollanda, Norveç ve Birleşik Krallık gibi ülkelerde kadın ve erkekler arasındaki prevalans farkı çok düşüktür (11).

Sigara içme oranları bölgelere ve bölgelerdeki ülkeler arasında gelişmişlik düzeyi, kültür, sosyoekonomik düzey gibi çeşitli nedenlerden ötürü büyük farklılık göstermektedir. Dünya genelinde tütün kullanımının tipik progresyonunu gösteren bir paradigma ileri sürülmüştür (12). Tütün epidemisinin dört evresi vardır. Bütün ülkeler için geçerli olmamakla birlikte birçok ülke için geçerli sayılabilir (13). Her ülke evreleri farklı hızlarda geçirir bu nedenle aynı zaman diliminde ülkelerin içinde buldukları evreler farklılık gösterebilir (14). İlk evrede sigara içme düşük prevalansa (%20’nin altı) sahiptir. Genellikle erkeklerle sınırlıdır ve ülkeler henüz büyük tüketiciler haline gelmemiştir (12). Sahra altı Afrika’da bazı Afrika ülkeleri bu evrededirler (15). İkinci evrede sigara içme oranı erkeklerde %50’nin üstüne çıkarken, kadınlarda da artış görülmeye başlanmıştır. Sigara kaynaklı akciğer kanseri veya diğer kronik hastalıklar artarken tütün kontrol çalışmaları, politik ve halk bilinçlenmesi henüz yaygınlaşmamıştır (12). Japonya, Latin Amerika ve Kuzey Afrika bu evrede yer alırlar (15).

Üçüncü evrede epidemi sigara içme oranı zirve yapıp azalmaya başladığında gerçekleşir. Ancak bu dönemde önceki sigara içme oranından dolayı sigaraya bağlı ölümler artış gösterir. Halk eğitim programları daha gelişmiştir ve eğitilmiş gruplarda sigara içme daha az kabul görmeye başlar (12). Doğu ve Güney Avrupa'daki bazı ülkeler bu evrededirler (15).

Dördüncü evrede sigara içme oranı azalmaya devam eder. Erkeklerde sigara ilişkili ölümler azalmaya başlamıştır ancak kadınlarda yükselmeye devam eder. Batı Avrupa'nın bazı kısımları, Amerika ve Kanada bu evrede yer alırlar (13). Sürekli ve kapsamlı halk sağlığı stratejileri prevalansın düşmesinde kritik öneme sahiptir (15). DSÖ'nün kabul ettiği bu model içinde Türkiye ikinci veya üçüncü sınıfa konulabilir (16).

DSÖ tarafından tütün içicileri gruplandırılmıştır. Her gün veya ara sıra içen 'current tobacco smoker', yalnızca her gün içen 'current daily smoker' ve ara sıra içen 'current occasional smoker' olarak alt gruplara ayrılmıştır. Bırakmış olanlar da eski günlük içici 'former daily' ya da eski ara sıra içici 'former occasional' olarak ikiye ayrılmıştır. Hiç içmemiş olanlar 'never smoker' olarak tanımlanmaktadır (17).

Tütün kullanımı her yıl 7 milyondan fazla insanın ölümüne neden olur (18). Dünya çapındaki ölüm ve sakatlanmalara sigaranın katkısı %3'tür. Gelecekte bu rakamların daha da artacağı DSÖ tarafından ortaya konulmuştur. Sağlık ve ekonomi açısından bir yük olan tütün epidemiyolojisi gelişmiş ülkelere doğru yer değiştirmektedir ve kadınlar arasında artış göstermektedir. Tütün epidemisi tüm dünyada 50 yıl önce olduğundan daha kötü durumdadır ve sıra dışı bir çaba gösterilmezse gelecekte daha da kötü olacaktır. 2040 yılında 1,5-2 milyar insanın tütün kullanıyor olacağı tahmin edilmektedir. Tütün kaynaklı ölümlerin ise 340-520 milyon arasında olacağı öngörülmüştür. Günümüzdeki mevcut politikalar, devletin ve halkın tutumu ile gelecekteki salgını önlemek adına; kararlı, devamlı ve bir an önce önlem alınmasını gerektirir (19).

2.1.2. Türkiye'de Epidemiyolojisi

Sigara, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenemez ölümlerin başlıca nedenidir (20). Türkiye'de sigara kullanımının azaldığı verilerine karşın, günümüzde hala önemli bir sorun olarak görülmektedir (21).

1988 yılında ülke genelinde yapılmış ilk çalışmada, sigara içme sıklığı 15 yaş ve üstü grupta %44,5 (erkeklerde %62,8, kadınlarda %24) olarak bulunmuştur (22). Yıllar içinde değişime bakıldığında; ülke çapında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-2 verilerine göre genel toplumda sigara içme oranı 1998'de %29,8'den 2010'da %17,3'e gerilemiştir (21). 2012 yılında yapılan bir

derlemeye göre; Türkiye’de sigara içme sıklığı erkeklerde %27,5–63,8, kadınlarda %8,4–27,8 arasında değişmektedir (20). Küresel Yetişkin Tütün Araştırma Raporu (KYTA) 2008 yılı ile 2012 verileri karşılaştırıldığında yetişkinler grubunda tütün kullanım sıklığı %31,2 değerinden %27,1 değerine düşmüştür. Her gün sigara içenlerin oranı %23,8 iken ara sıra içenler %3,3’dir. En çok kullanılan tütün ürünü ise %25,7 ile mamul sigaradır. Türk yetişkinlerden hayatında hiç tütün ürünü kullanmayanların oranı ise %59,8’dir (23).

Prevalanstaki azalmaya rağmen sigara içme oranları hala endişe verici seviyededir (23). Sigara içimini azaltmaya ya da önlemeye yönelik uygun girişimlerin belirlenmesi ya da girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından sigara içme sıklığı ve belirleyicileri ile ilgili epidemiyolojik bilgi önemlidir (20). Sigara içme prevalansını etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ikamet yeri bu faktörlerden birkaçıdır. Ülkemizde yaklaşık olarak 11,1 milyon erkek ve 3,6 milyon kadın sigara içmektedir. Bu kişilerden yaklaşık 10 milyon erkek ve 3 milyon kadın her gün tütün ürünü kullanmaktadır (23). Tüm yaş gruplarında erkeklerde sigara içme sıklığı kadınlardan daha fazladır (20). Tütün kullanım oranı erkeklerde %41,5 iken kadınlarda %13,5’dur. Kişilerin yaşları göz önüne alındığında sigara kullanım sıklığı 25-44 yaş arasındakilerde en yüksektir. Sıklığın yüksek olduğu ikinci grup ise 45-64 yaş arasındakilerdir. Eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında eğitimi olmayan kişilerde her gün tütün ürünü kullanımı en düşüktür. Kırsal alanda yaşayanlar arasında tütün kullanım oranı daha azdır (23).

Geçtiğimiz 15-20 yıl içinde Türkiye tütün kontrolü konusunda önemli gelişmeler kaydetmiştir (23). Bu gelişmenin sağlanmış olması, tütün üreten bir ülke olarak oldukça önemlidir. Önemli azalma sağlanmış olmakla birlikte sigara kullanım sıklığı halen çok fazladır. Sigara içmenin zararları ve sigara içenlerin bırakmaları yönünde desteklenmesi konularında daha fazla çaba gösterilmelidir.

2.2. Sigara Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Amerika’da tütün kullanımı önlenemez ölüm sebeplerinin başında gelmektedir ve her yıl beş kişiden biri sigara nedeniyle ölmektedir (24). Direk tütün kullanımıyla ilişkili ölümler altı milyondan fazladır. Bu sayı pasif içicilerde yaklaşık 890.000’dir (1).

Sigara vücudumuzdaki neredeyse bütün organlar için zararlıdır (24). İnsan sağlığı üzerine olan etkileri çeşitli mekanizmalara bağlıdır ve birçok sistemi etkiler. Nikotin semptomimetik artışa neden olduğu için kalp kasılması ile kalp hızı ve kan basıncını yükseltir. Koroner damarlarda kan akımının azalmasına, iskelet kaslarında kan akımının artmasına neden olur. Nikotine sürekli maruz kalınması, miyokardiyal iskemi yaratarak koroner

vasküler hastalığa neden olur. Ateroskleroz plakları oluşumu için risk faktörüdür. Nikotinin sebep olduğu düz kas proliferasyonu ve plak neovaskülarizasyonu periferel arter hastalığı riskini artırır (25). Sigara içenlerde koroner kalp hastalığı ve inme riski 2-4 kat artmıştır (24).

Tütün içimi vücuttaki neredeyse her yerde kanser riskinde artışa neden olur (24). Başta akciğer kanseri olmak üzere safra kesesi, kolon, rektum, özefagus, larinks, pankreas, meme tütün ilişkili kanser görülebilen yerlerden birkaçıdır (24,25). Sigara içen erkeklerde akciğer kanseri riski 25 kat, kadınlarda ise 25,7 kat artmıştır. Safra kesesi, kolon, rektum, özefagus, larinks tütün ilişkili kanser görülebilen yerlerden birkaçıdır. Ayrıca kanser hastalarında ya da kanser öyküsü olanlarda kanser veya diğer hastalıklardan ölme riskini artırır (24). Kronik sigara içicilerinin yaklaşık %50'sinin tütün ilişkili hastalıklardan dolayı öleceği tahmin edilmektedir (26). Çalışmalar, sigara içilmemesi durumunda, Amerika'daki kanser ölümlerinin üçte birinin gerçekleşmeyeceğini göstermektedir (24).

Tütün, başta akciğer kanseri olmak üzere birçok solunum sistemi hastalığı riskinde artışa neden olur. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için esas risk faktörü olmakla birlikte amfizem gelişiminde de rol oynadığı kanıtlanmıştır (25). Ayrıca sigara içenlerde tüberküloz enfeksiyonu riski iki kat artmıştır (27). Nikotinin santral sinir sistemi üzerine olan direk etkisi sonucunda oluşan bronkokonstrüksiyon ve apne, trakeal gerilimi artırarak solunum bozukluklarına neden olur (25).

Sigara içimi, bir insanın sağlığını genel olarak etkiler. Kadınlarda kronik anovulasyona, düzensiz menstrüel siklusa, ektopik gebeliğe, azalmış fertilizasyon yeteneğine, gebelerde erken doğuma neden olabilir (24,25). Bebeklerde düşük doğum ağırlığına ve ani bebek ölüm sendromuna yol açabilir (24). Gebeliğinde sigara içen annelerin bebeklerinde astım riski artmıştır (25). Nikotin, kadınların yanı sıra erkeklerin üreme sağlığı üzerinde de etkilidir. Erkeklerdeki sperm kalitesini etkileyerek fertilizasyonda azalmaya, defektlerde ve düşüklerde artışa neden olabilir (28). Ayrıca ereksiyonda azalmaya, erektil disfonksiyona neden olabilir (25).

Nikotin peptik ülser ve gastroözefagial reflü hastalığı ile ilişkilidir (29). *Helicobacter pylori* enfeksiyon tedavisinde kolon ve gastrik motilitede azalmaya sebep olur (30). Safra taşından ve alkol tüketiminden bağımsız olarak pankreatit riskini artırır (31).

İmmün yanıtta azalmaya, inflamasyonda artışa neden olabilir (24). İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan Crohn hastalığının görülme riski sigara içenlerde fazladır (32). Diş ve diş eti sağlığını etkileyerek diş kaybına yol açabilir. Maküler dejenerasyona neden olabilir, katarakt riskini artırır. Tip 2 diyabet riskini artırır, kontrol altına alınmasını zorlaştırır (24). Sigara içenler, kronik böbrek hastalığı açısından risk altındadırlar (25).

Sağlık üzerine çok fazla zararı olmasına karşın, sigara içenlerde daha az rastlanan bazı durumla da mevcuttur. Sigara içenlerde ülseratif kolit gelişme riski, hiç sigara içmeyenlerden ya da bırakanlardan daha düşüktür (33). Sigara içenlerde parkinson hastalığı görülme riski, hiç sigara içmeyenlerin yarısıdır (34). Sigara içen postmenopozal kadınlarda endometrium kanseri riski azalmıştır (35). Kanıtları kesin olmamakla birlikte endometriozis ve uterus fibroidi geliştirme riski daha düşüktür (36). Ayrıca preeklampsi riskinde azalma saptanmıştır (37). Bunun yanı sıra bazı bilişsel işlevlerde artışa neden olabilir (38). Tütün bu hastalıklar için profilaktik olarak önerilmezken, kar-zarar durumu göz önüne alındığında insan sağlığına verdiği zararlar göz ardı edilemez biçimdedir.

2.3. Nikotinin Fizyolojisi ve Farmakolojik Özelliği

Nikotin ilk olarak Wilhelm Heinrich ve Karl Ludwig Reimann tarafından tütünden elde edilmiştir (39). Pirin ve pirolidin halkası içeren tersiyer yapıda bir amindir (40). Saf formu, kendine özgü bir kokusu olan sıvı halidir ve havayla temas edince kahverengine dönüşür (39). Tütündeki (S)-nikotin nikotinik kolinerjik reseptöre bağlanır. Tütün bağımlılığında büyük oranda sorumlu olan bu türüdür. (R)-nikotin ise piroliz işlemi sırasında rasemizasyona bağlı olarak sigara dumanında küçük bir oranda bulunur ve nikotinik kolinerjik reseptörlere zayıf bağlanır (25).

Nikotinik asetilkolin reseptörleri beş alt birimden oluşur. Periferik ve santral sinir sistemi içinde yer alabilirler (25). Sinirlerdeki asetilkolin reseptörlerinin a ve b olmak üzere iki alt birimi vardır (40). Memelilerin beyinde 9 adet α , 3 adet β alt birimi vardır. En çok bulunan alt tipleri ise $\alpha4\beta2$, $\alpha3\beta4$ ve $\alpha7$ dir. Nikotin bağımlılığının kalıtsal özelliği güçlüdür (25).

Sigarada ortalama 10 mg nikotin bulunur ve yaklaşık 1-2 mg'ı akciğere ulaşır (41). Bir insan sigara dumanını içine çektiğinde nikotin tütünden distile olarak dumanla akciğelere ulaşarak hızlıca pulmoner venöz dolaşıma katılır. Oradan arteryal dolaşıma geçerek hızlıca beyne hareket eder. Beyin dokusuna difüze olur ve ligand kapılı iyon kanalı olan nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanır (25). Nikotinin beyne ulaşması yaklaşık 10-19 saniye sürer. Nikotinik kolinerjik reseptörler beyinde, otonomik ganglionlarda ve nöromusküler kavşakta bulunurlar (40). Bu reseptörlerin sayısı değişkenlik gösterebilir. Hem nikotin verilen deney hayvanlarında, hem de sigara içen kişilerin otopsislerinde nikotin reseptörlerinin sayıca arttığı gözlenmiştir (42,43).

Sinirlerdeki nikotinik asetilkolin reseptörleri nikotin bağımlılığıyla yakından ilişkilidir (40). Bu reseptörler en çok kortekste olmak üzere beyinde, talamusta ve interpedinküler

nükleusta bulunabilirler (44). Çoğu nöronal nikotinik asetilkolin reseptörleri presinaptik yerleşimlidir ve asetilkolin, dopamin, serotonin, glutamat, gama aminobütirik asit ve norepinefrin salınımını düzenler. Presinaptik yerleşimin yanı sıra, ventral tegmental alandaki (VTA) dopaminerjik nöronlarda olduğu gibi, postsinaptik yerleşimli de olabilirler (45). VTA'daki dopaminerjik hücrelerin uyarısıyla dopamin sentezinde artış olur (40). Farelerde yapılan deneylerde mezolimbik dopaminerjik sistem nikotinin etkisini güçlendiren esas yapıdır. Dopamin, nikotin bağımlılığı başta olmak üzere bağımlılıklarda merkezi bir rol üstlenir (46,47).

Nikotin esas olarak karaciğerden elimine edilir. Nikotinin yarılanma ömrü birikimine ya da tütün ürününe bağlıdır (40). Nikotinin vücuttan atılımı başlıca iki fazdan oluşur. Birinci faz mikrozomal oksidasyonla gerçekleşir (39). İşlem sonunda kotinin, nornikotin ve demetil kotinin gibi metabolitler açığa çıkar (48). İkinci fazda metabolitler glukuronidasyona uğrayarak idrar, dışkı, tükürük ve ter yoluyla atılırlar (40,49). Böylece kotininin büyük bir kısmı, idrarda tespit edilebilen 3-hidroksikotinine dönüştürülmüş olur (40).

Nikotinin vücut üzerinde çok çeşitli etkileri vardır. Nikotinin neden olduğu katekolamin düzeylerindeki artış kan şekeri düzeyinde azalmaya ve lipolize neden olarak vücut ağırlığında azalmaya neden olur. İnsülin direncini tetikler ve metabolik sendrom için predispozan rol oynar (39). Hayvan deneylerinde prenatal maruziyeti pankreatik beta hücrelerine toksik bulunmuştur ve beta hücre sayısını azaltarak diyabet riskini artırmıştır (50,51). Nikotinin asetilkolin reseptör uyarısının, kanser başlangıcı ve ilerlemesinde hücreler üzerinde önemli biyolojik etkisi vardır (28). Nikotin oksidatif stres yaratarak ve sinir apoptozunu, DNA hasarını, reaktif oksijen ürünlerini ve lipid peroksidazı artırır. Zarar görmüş epitelyal hücrelerin hayatta kalmasına izin verecek yolağı aktive eder (39). Ayrıca nikotin, oral kavitede nitrozasyon yoluyla oluşan tütüne özgü nitroazminlerin prekürsörüdür (52). Oluşan nitrozaminler, kanserojen özellik gösterir (52).

Nikotinin direk uygulanması boğaz ve ağızda yanma hissine, artmış tükürük salgısına, mide bulantısına, karın ağrısına, kusma ve ishale neden olur (53). Hayvan deneylerinde ve insanlarda kalp atımını ve kan basıncını hızlandırır (39). Plazma serbest yağ asitlerinde artışa, kan şekerinde yükselmeye, katekolamin seviyelerinde artışa neden olur (54,55). Koroner kan akımında azalmaya neden olur (56). Ciddi zehirlenmelerinde ise bayılma ve komaya kadar gidebilen tremor, siyanoz, konvülsiyon, solunum güçlüğü görülebilir (39).

2.4. Nikotin Yoksunluğu ve Aşermesi

Nikotin, tütün içimindeki esas bağımlılık yapıcı maddedir. Bununla birlikte sürekli ve zorlayıcı tütün kullanımı için esastır (47). Nikotin, vücuttaki nikotinic kolinerjik reseptörlere bağlanarak bazı nörotransmitterlerin salınımını kolaylaştırır. Bu nörotransmitterler; nikotin bağımlılığının gelişmesinde ve nikotin yoksunluğunun ortaya çıkmasında rol oynar. Dopamin, glutamat ve gama aminobutirik asit; nikotin bağımlılığı gelişmesinde etkilidir. Salgılanan dopamin, vücuttaki ödül merkezini uyarır. Bu merkezin uyarılması, bağımlılığın gelişmesine katkı sağlar. Kortikotropin salgılatıcı hormon ise, yoksunluğun negatif etkilerine ve anksiyetik davranışlara neden olarak nikotin yoksunluğuna katkıda bulunur (25).

Nikotinin, kokain ya da eroin kadar bağımlılık yaptığı düşünülmektedir (28). İlaçların kötüye kullanımıyla ortak olarak, yoksunluğun psikolojik özellikleri ve ilaç alma arzusuna yol açan benzer farmakolojik özellikleri vardır. Yine de bazı özellikleri ile farklılık gösterir. Yoksunluk semptomları daha ılımlıdır ve ilaçlar gibi intoksikasyon oluşturmaz. Kötüye kullanılan ilaçlara göre daha az ciddi çekilme semptomları oluşturur ancak semptomların karakteristik özellikleri benzerdir (57).

Nikotin çekilme semptomları nikotinin alınmaması durumunda oluşur (57). Nikotin yoksunluğu sendromunun esas belirtileri irritabilite, saldırganlık, anksiyete ve depresyon gibi ruh hali değişiklikleri, huzursuzluk, konsantrasyonda zayıflama, iştah artışı, sigara içme arzusu, bozulmuş uyku, azalmış kalp hızı, azalmış adrenal ve kortizoldür (58). Nikotin çekilmesiyle oluşan negatif semptomlar, ilaç arama davranışında önemli bir yer tutar (57). Vücut nikotinin yokluğuna alışıkça, zaman içinde semptomlar azalır (58). Çoğu semptom dört hafta içinde düzelirken, artmış iştah ve azalmış kalp hızının düzelmesi 10 haftayı bulabilir. Nikotin replasman tedavisiyle birçok semptom kontrol altına alınabilir (59).

Aşermenin tanımı konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Daha önce denenmiş olan psikoaktif maddenin etkilerini tekrar deneyimleme arzusu olarak tanımlanabilir (57). Bir maddeyi istemenin öznel deneyimi olarak da tanımlanabilir (6). Vücudun mezolimbik ve mezokortikal dopamin yolağıyla düzenlendiği düşünülmektedir (60). Aşerme, çeşitli bilişsel süreçleri içeren çok boyutlu bir olgudur. Engelmann ve arkadaşlarının yaptığı meta analizde; sigara içme isteği ile ilgili aktivasyonların, görsel kortekste, ön ve arka singular girusta, medial ve dorso-lateral prefrontal kortekste kümelenildiğini göstermektedir. Bu bilgi, aşermenin gelişmesinde, beynin ödül bölgesi dışındaki bölgelerin de etkili olduğunu gösterir (6).

Aşerme, sigara içmeyi istemekten daha yoğun ve zorlayıcı bir arzudur. Sigara içme isteği orta düzeyde ve kısa süreli olup görmezden gelinebilirken, aşerme sigara içme

isteğinden daha güçlü ve daha ısrarcıdır. Sigara içme isteği genellikle kişinin meşgul olmadığı zamanı beklerken, aşerme araya girerek kişinin dikkatini dağıtır (61). Aşermenin bazı tetikleyicileri olabilir. Sigara içen birisini görmek gibi bazı uyaranlar aşermeyi tetikleyerek kişilerin öz-kontrol kapasitelerini azaltıp madde arama davranışına itebilir (6).

Aşerme, tütün kullanım bozukluğunun ana çekirdeğidir (6). Sigarayı bırakanlarda relapsın en tutarlı göstergesidir ve aşermenin azaltılması sigara bırakma tedavilerinin ana hedefidir (7). Sigara bırakma tedavisinde kişinin izleminde kullanılabilir (62). Aşerme zamanla azalmasına rağmen, sigarayı bıraktıktan altı ay sonra ciddi sigara içme arzusu hissedenlerin olduğu da bilinmektedir (63).

Nikotin yoksunluğu ve aşermesi, kişinin sigaradan ne kadar uzak kalabileceğinin göstergesidir (64). Nikotin yoksunluğu ve aşerme, DSM-5'te tütün kullanım bozukluğunun bileşenleri olarak yer alırlar. Tütün yoksunluğu tanısı koyabilmek için en az birkaç hafta, her gün tütün kullanımı gereklidir. Tütün kullanımı bırakıldıktan ya da azaltıldıktan sonraki 24 saat içinde bunaltı, odaklanma güçlüğü, yeme isteğinde artma, huzursuzluk, çökkün duygu durumu, uykusuzluk ya da kolay kızma, katlanamazlık duygusu ya da öfke belirtilerinden en az dördünün olması tanı koydurucudur. Bu belirtiler başka bir sağlık durumuyla açıklanamaz ve kişinin işlevselliğinde azalmaya neden olur (65).

Aşermenin ölçülmesi için kullanılacak bazı ölçüm araçları şunlardır: Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS), The Shiffman Scale (SS), Questionnaire on Smoking Urges (QSU). Bu ölçeklerden QSU, Sigara İçme Arzusu Ölçeği (SİAÖ) adıyla, 2016 yılında Kurçer tarafından geçerlik ve güvenilirliği, yapılmıştır. Ölçek yedili likert şeklinde, 0-7 arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 70'tir (66).

2.5. Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Nikotin bağımlılığını değerlendirirken çeşitli yöntemler kullanılabilir. En sık kullanılan yöntem ise; anket ve ölçeklerdir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence-FTND), Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual-DSM), Fagerstrom Tolerans Anketi (Fagerstrom Tolerance Questionnaire-FTQ) ve Sigara Ağırlık İndeksi (Heaviness of Smoking Index-HSI) en sık kullanılan yöntemlerdir (67). Bunların dışında The Hooked on Nikotine Checklist (HONC) (68), Tobacco Dependence Screener (69), CAGE Questionnaire Modified for Smoking (70), Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) (71), Cigarette Dependence Scale (72), Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68) (73) gibi kullanılacak araçlar mevcuttur. Bu ölçeklerden FNBT, Sigara Ağırlık İndeksi ve DSM-5

Türkçe araştırmalarda kullanılabilir (74). İçilen sigara miktarı ve yılı da, nikotin bağımlılığını değerlendirmede anlamlı bulunmuştur (75).

Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla yaygın olarak Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılmaktadır. Bu test Fagerström Tolerans Testi'nin 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından revize edilmiş halidir (76). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlığının daha iyi ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirtilmiştir (77). Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Sigara Ağırlık İndeksi ise FNBT'nin iki maddelik daha kısa halidir (74).

DSM-5'te tütün kullanım bozukluğu için on iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü gereklidir (65);

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da uzun süreli olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülükleri yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma.
9. Büyük olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması;
 - a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması;

a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün alınır.

Bununla birlikte nikotin maruziyetini göstermekte bazı biyokimyasal belirteçler kullanılmaktadır. Bunlar kan, idrar, tükürük, solunum havasından elde edilen nikotin metabolitleridir. Kotinin, hidrosikotinin, tiyosiyanat, solunum havasında karbon monoksit düzeyi ve karboksihemoglobin konsantrasyonu gibi biyokimyasal belirteçler de kullanılabilir (78,79).

2.6. Sigara Bırakma Tedavileri

Nikotin insan vücudunda patofizyolojik değişiklikler yaratmakla kalmaz, tekrarlayan kullanımlarda bağımlılık oluşturur (80). Sigara içenlerin çoğu bırakmak istediğini söyler ve yaklaşık %40'ı sigara bırakma girişiminde bulunur. Bırakma girişimlerinin çoğu planlı değildir ve danışmanlık desteğinden yoksundur. Bu kişilerin bir kısmı etkinliği kanıtlanmamış yöntemleri denerler (81).

Sigara bırakma başarısı için tekrarlayan değerlendirmeler ve birçok müdahale gerekir (81). Kişinin detaylı öyküsü, bağımlılık derecesi, sigarayı bırakmadaki motivasyonu, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, eşlik eden hastalıkları değerlendirilmelidir. Çalıştığı yer gibi çevresel faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Sigara bırakmanın yararları ve yoksunluğun getireceği semptomlar açıklanmalıdır. En uygun tedavi yöntemi hastanın da fikirleri alınarak seçilmelidir (80).

Sigara bırakma tedavisi çoğu kez doktor ya da diğer sağlık bakımı sunanların bırakmayı tavsiye ettiği ve belki de bırakma metotları önerdikleri kısa bir müdahale ile başlar. Kısa danışmanlık girişimlerinin sigara içme oranlarını düşürdüğünü bildiren meta analizler mevcuttur (81). Doktorların kısaca sigara bırakmayı tavsiye etmesiyle bile sigara içen kişinin bırakma olasılığını artırır (82). Herhangi bir tavsiye almayanlarla karşılaştırıldıklarında, altı ay sonraki sigarasızlık olasılıklarında önemli bir artış vardır ve sigara bırakma oranındaki fark %2,5'tir (81).

Sigara bırakma girişiminde bulunan her hastaya hem danışmanlık sunulmalı hem de farmakolojik destek sağlanmalıdır. Her iki yöntem de tek tek kullanıldıklarında etkin olmakla birlikte, kombinasyonu daha etkindir. Uzun dönem bırakma oranları sadece danışmanlık ile %20'lere yaklaşırken, bu iki yöntemin kombinasyonunda %30'lara yükselir (81).

Kişiyeye sunulan danışmanlıkta; davranışsal ve bilişsel tekniklerle kişiyi sigara içmeye dürten durumların farkındalığını sağlamak, bunları kontrol altına alabilmek ve stresle başa

çıkma yöntemlerini öğretmek gerekir. Sigara içme isteğinin üstesinden gelmek için davranış stratejileri geliştirilmelidir. Sigara içenlerin çoğu, bırakabilecekleri konusunda kendilerine güvenmezler. Bağımlılığın doğası açıklanarak, kişinin kendini suçlamasının yersiz olduğu açıklanmalıdır. Kişiyi yoksunluk semptomları ve başarılı sigara bırakma hakkında bilgi vererek olası sorunlara karşı hazırlıklı olması sağlanmalıdır. Kişinin hekime duyduğu güven artırmak amacıyla, kişinin endişe ve sorunları dinlenerek çözüm arayışına gidilmelidir. Bırakma süreci boyunca kişi cesaretlendirilerek gerekli durumlarda acil destek olanağı sağlanmalıdır (4).

2.6.1. Farmakolojik Tedaviler

Amaç, yoksunluk semptomlarını azaltmak ve fazla olumsuz etkilere neden olmaksızın nikotinin takviye etkilerini bloke etmektir (80).

2.6.1.1. Nikotin İçermeyen Farmakolojik Tedaviler

Nikotin içermeyen iki ilaç sigara bırakma tedavisinde kullanılmak üzere FDA onayı almıştır. Bu iki madde, bupropion hidroklorid ve vareniklin tartanattır (83).

Bupropion: 1997 yılında Amerika'da sigara bırakma tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (84). Dopamin ve norepinefrinin geri alımını bloke ederek etkisini gösterir (27). Günlük 150 mg'lık doz ile başlanır, dördüncü günden itibaren günde iki kez olmak üzere 150 mg'a çıkarılır. Kararlaştırılan sigara bırakma tarihinden 1-2 hafta önce başlanmalıdır. Sekiz haftalık tedavi ile bırakma oranları %30'lara ulaşır (81). En sık rastlanılan yan etkisi uykusuzluk ve ağız kuruluğudur (84). Nöbetli hastalık öyküsü, madde bağımlılığı olanlarda ve nöbet eşliğini düşüren diğer durumların varlığında kullanılması kontrendikedir (81).

Vareniklin: İlk olarak 2007 yılında Kanada'da tanıtılmıştır (85). $\alpha\beta 2$ reseptörlerine bağlanarak nikotin çekilme semptomlarını hafifletir, sigara içme arzusunu, sigara içmekten duyulan zevki ve ödül duygusunu azaltır. 0,5 mg/gün başlanır, 4-7. günler arasında günde iki kez 0,5 mg ve sekizinci günden itibaren günde iki kez 1 mg olarak devam edilir. Kararlaştırılan sigara bırakma tarihinden bir hafta önce başlanmalıdır (81). En sık yan etkisi bulantıdır (86). Ciddi böbrek hastalığı olanlarda doz ayarlaması gerektirir (81).

2.6.1.2. Nikotin Replasman Tedavileri

Amaç, nikotin aracılı nörofarmakolojik etkileri sağlamaktır. Farmakolojik yöntemlerden nikotin replasman tedavisi kabul görmüştür bir yöntemdir. Bırakma oranları %20-24 arasındadır. En az 6-8 hafta süreyle kullanılmalıdır (81). Nikotin bantları, nikotin

sakızı, nikotin pastilleri, nikotin nazal spreyi, dil altı hapi ve inhaler formu bulunmaktadır (87). Bütün formların yan etkisi mevcuttur. İki hafta içinde kalp krizi geçirmiş olan, bilinen ciddi aritmisi ve ciddi ya da kötüleşen anjina yakınmaları olan kişilerde dikkatli kullanılmalıdır. Tek başına başarı elde edilemediyse iki ayrı formda nikotin replasmanı kullanılabilir (81).

Birinci basamak tedaviler işe yaramadığında ikinci basamak ilaç tedavisi tercih edilebilir. Efedrin ya da kafein gibi santral sinir sistemi uyarıcıları, nikotin parsiyel reseptör agonistleri ile nikotin reseptör antagonistleri kullanılabilir ancak bu ilaçların sigara bırakma tedavisinde FDA onayı yoktur (81).

Sigara bırakma tedavisi için birçok ilacın etkinliği araştırılmıştır ve araştırılmaya devam edilmektedir. Anksiyolitiklerin etkileri kanıtlanmadığı ve yan etkileri olduğundan ötürü sigara bırakma tedavisinde kullanılmaması önerilmiştir. Sigara ile birlikte alındığında ağızda hoş olmayan metalik bir tat bırakan gümüş asetatin sigara bırakma tedavisinde kullanımı için kanıtlar yetersizdir. İnhaler askorbik asit ve sitrik asit kullanımıyla ilgili veriler güncel olmayıp, 2000 yılından öncesine aittir. Nikobrevinin yan etkisinden ötürü, 2011 yılında lisansı iptal edilmiştir. Buna karşın selektif nikotin kolinerjik reseptör agonistleri ve antagonistleri, dopamin agonistleri, immunoterapinin (nikotin aşısı) de yer aldığı yeni tedavi denemeleri devam etmektedir (88).

2.6.2. İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri

Sigarayı bırakmak isteyenlerin çoğu kendi başına denemektedir ve yardım almayanlara başarılı müdahaleler, bırakma oranlarını artırabilir. İlaç dışı tedavi yöntemleri kısa müdahaleleri içerir (89). Kişiyle en az bir kere yüz yüze, 10 dakikadan uzun süren görüşme yapılmalıdır. Sigaranın bırakıldığı günden itibaren 15 gün sonra en az bir kez görülmeli; sonraki üç ay boyunca ayda bir kez, devamında ise üç ayda bir kez görüşmelerle bir yıl boyunca izlenmelidir. Görüşmeler bireysel yapılabileceği gibi grup görüşmeleri şeklinde de yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri de etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri poliklinik kontrol tarihleri arasında veya hastalar kontrole gelmediği zamanlarda, hekimin uygun gördüğü tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir (90).

Bireysel ve grup görüşmeleri etkili müdahaleler arasındadır. Bilişsel ve davranışsal stratejiler de bu amaçla kullanılabilir (91).

Akupunktur ve hipnoterapinin sigara bırakma tedavisinde başarısı kanıtlanmamıştır (92). Yapılan bir çalışmada biyorezonans kullanımı etkili bulunmuştur ancak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (93).

2.7. Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkileri

Yapılan çalışmalar, tütün içenlerin, içmeyenlere göre yaklaşık 10 yıl daha az yaşadıklarını göstermektedir (94). Sigarayı bırakmak hem kısa hem de uzun vadede sigara kaynaklı hastalık riskini azaltıp genel vücut sağlığını iyileştirmektedir (95). Bu konudaki en güçlü kanıt, Doll ve ark.nın 50 yıl boyunca İngiliz erkek doktorları izlediği çalışmada gösterilmiştir. İzlem süresince tütün içmeye devam edenler olduğu gibi, bırakanlar da olmuştur. Tütün içmeye devam edenlerin yaklaşık üçte ikisi sigaraya bağlı nedenlerden ölürken; yaşamının erken yıllarında tütünü bırakanlarda daha az ölüm görülmüştür. 50 yaşında tütünü bırakanlarda, ilişkili ölümler yarıya inerken, 30 yaşından önce bırakanlarda tüm risklerde önemli bir azalma olmuştur. 60, 50, 40, 30 yaşında sigarayı bırakmak yaşam ömrüne sırasıyla 3, 6, 9, 10 yıl katkıda bulunmuştur (96).

Yine Avustralya'da yapılan bir çalışmada 45 yaşından önce tütünü bırakanlarla hiç içmemişlerin herhangi bir nedenden kaynaklı mortalite oranları benzerdir. Tütün bırakıldıktan sonra ölüm hızı zamanla azalır (94). Erkeklerde günde 10-19 adet arasında sigara içenler 30, 40, 50 ve 60 yaşta sigarayı bıraktıklarında sırasıyla 7, 7, 6 ve 5 yıl yaşam ömrü uzar, kadınlar için bu ömür sırasıyla 5, 5, 4 ve 3'tür (97).

Genel olarak sigarayı bırakanlarda hastalık riski, içmeye devam edenlerdekinden düşüktür. Sigara içmek vücutta akut, kronik değişikliklere ve hastalıklarda progresyona neden olur. Sigarayı bırakmak ise akut değişikliklerde gerilemeye, hastalık gelişiminde yavaşlamaya ve hasarlarda geri dönüşüm ihtimaline sebep olur. Bazı riskler hiç içmeyenlerle benzer seviyeye gelebilirken, bazı riskler tütünü bıraktıktan 20 yıl sonra bile benzer seviyeye gelmeyebilir (98). Her ne kadar bazı hasarlar geri dönüşümsüz olsa da herhangi bir yaşta sigarayı bırakmak önemli yararlar sağlar (25). Sigarayı bıraktıktan 2 yıl sonra inme riskinin, sigara içmeyenlerin risk düzeyine inebileceği gösterilmiştir (28).

Sigaranın bırakılmasıyla vücuttaki pek çok fonksiyon iyileşmeye başlar. Sigarayı bırakanlarda vücuttaki nikotin ve karbonmonoksit düzeyi hızlıca düşer. Dört hafta sonra küçük hava yollarının fonksiyonu artar (99). İki hafta sonra ekstremitelere olan kan akımı artar (100). Bir iki ay içinde akciğerdeki silialar ve havayolları akciğerlerdeki kalıntı ve mukusları temizlemeye başlar (95). Kronik bronşit semptomları hızlıca azalır ve astım hastalarının akciğer fonksiyonları artar (98). Sigara içmeyenlere göre bronşit, pnömoni oranları azalır (100). 10 yıl sonra akciğer kanseri riski yarıya düşer (28). Kronik obstrüktif akciğer hastalığını önlemek için kanıtlanmış tek strateji sigarayı bırakmaktır (28). KOAH olmayan kişilerde bile sigarayı bırakmak, akciğer fonksiyonlarında her ay %5'lik iyileşmeye neden olur (98).

Kalp hastalığı olsun ya da olmasın, kardiyovasküler nedenli ölüm riskinde azalma izlenir (28). Kardiyovasküler risk ve ölüm oranı 20 yıl sonra sigarayı içmemiş olanlarla benzer seviyeye gelebilir (101). Ani kardiyak ölüm riski azalır (102). Egzersiz toleransı artar (103).

Ağız, diş ve diş eti rahatsızlıkları azalır (104). Lökoplakilerin yarısı 1-5 yıl içinde kaybolur (105). Arter duvarlarındaki plak oluşumu yavaşladığından periferik arter hastalığı riski azalır (100). Katarakt ve maküler dejenerasyon gelişim riski azalır (104).

Erkeklerde erektil disfonksiyon azalırken; kadınlarda dismenore ve erken menopoz riski azalır (36,39,104). Eski içiciler, sigarayı bırakmaları ile subjektif iyilik halinde (örn; hayatından memnun olma) anlamlı artış elde etmişlerdir (106).

Tütünün neden olduğu ağız, gırtlak, larinks, özefagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks kanser riski sigaraya devam edenlere göre giderek azalma gösterir (98). Beş yıl içinde ağız, boğaz, özefagus ve mesane kanseri riski yarıya düşer (28). Pankreas, serviks ve oral kanser riskleri zaman içinde sigara içmeyen kişilerle aynı düzeye gelebilirken, diğer kanser türlerinin riskleri 15- 20 yıl sonra bile hiç sigara içmemiş kişilerden fazladır (98).

Sigara bırakan hastalarda bazı kısa dönem sorunlar görülebilir. Aftöz stomatit, grip benzeri semptomlar, geçici depresif ruh hali, kan glikoz düzeyinde bozulma, kilo alımı bu sorunlardan bazılarıdır (107–110).

Aftöz stomatit: Aftöz stomatitteki artış, sigaranın antimikrobiyal etkisinin ortadan kalkmasından kaynaklı olabilir (111).

Grip benzeri semptomlar: Öksürükteki artış ise sigara bırakmayı takiben mukosilyer aktivitenin artışıyla ilişkilendirilebilir (112). Grip benzeri genel tablo tükürükteki immunglobulin A'nın azalmasıyla açıklanabilir (113).

Depresif ruh hali: Depresif ruh hali ve nikotin yoksunluğu ile ilgili negatif semptomlar çoğu kişide geçicidir, ayrıca en az altı hafta sigaranın bırakılması, yaşam kalitesi, ruh ve akıl sağlığında iyileşmeye sebep olur (109,114).

Kan glikoz düzeyinde bozulma: Sigarayı bırakmak diyabet riskini azaltmakla birlikte; ilk 2-3 yıl nikotinin yokluğundan kaynaklı kan glikoz düzeylerinde bozulmalar olabilir (110). Sigarayı bıraktıktan sonra görülen kilo alımı, diyabet ya da obezite ile ilişkili olabilir, bu nedenle kan glukoz düzeyi regülasyonu için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (110,115).

Kilo alımı: Sigara içenler, içmeyenlere göre 3-4 kg daha zayıftır (109). Bir yıl boyunca sigarayı bırakan kişilerin 5-6 kg aldığı görülür (116). Kilo alımı endişesi, sigarayı bırakmanın önündeki engellerden birisidir (117). Kilosu hakkında endişelenenlerin, sigarayı bırakmayı denemediği, ya da erken dönemde sigaraya tekrar başladıkları izlenmiştir (118). Sigarayı

birakmanın sağlığa olan faydaları, kilo alma olağanüstü derecede olmadıkça, ekstra vücut ağırlığının getirdiği sağlık riskinden daha fazladır (100).

2.8. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

2.8.1. Ölçme ve Ölçek Geliştirme

Ölçek kelimesi birden fazla sözlük anlamı sahiptir. Türk Dil Kurumu'na göre birinci olarak, birim kabul edilen herhangi bir şeyin alabildiği kadar ölçü anlamına gelmektedir (119). Tarih boyunca ölçme ve değerlendirme konusunda farklı yaklaşımlar olsa da bilimsel çalışmalarda ölçek yapmak temel bir zorunluluktur. Ölçekler genel olarak kişiler arasındaki farklılıkları ya da bu kişilerin farklı durumlara gösterdikleri tepkiler arasındaki farklılıkları ölçmek için kullanılmaktadır (120). Teoride var olduğuna inanılan fakat doğrudan değerlendirilemeyen olgular ölçülmek istendiğinde ölçekler hazırlanır (121). Ölçme ve değerlendirme aşamasında testler, ölçekler, envanterler ya da puanlama anahtarları kullanılabilir (122).

Araştırmacılar incelemek istedikleri yapıları ölçmek için geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmış bir ölçme aracına ihtiyaç duyarlar. Geçerlik ve güvenirliği bilimsel yöntemlerle değerlendirmek mümkündür. Geçerlik ve güvenirlik kavramları Cronbach tarafından bütünleştirerek “genellenebilirlik” olarak ifade edilmiştir. Aynı zamanda standardizasyon anlamına da gelmektedir. Genellenebilirlik kuramında ölçümlerin gerçek puana ne kadar uygun olduğundan ziyade evrene ne kadar uygun olduğu üzerinde durulur (123).

Bir araştırmada kullanılacak ölçeğin standardizasyonun yapılmış olmalı, geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmalıdır (124). Araştırmacılar bu özelliklere sahip bir ölçeği kendileri geliştirmelidir ya da bu özelliği ölçen mevcut bir ölçek varsa onu kullanmalıdırlar. Bu yöntemlerden her ikisinin de kuralları ve zorlukları vardır. Ölçek geliştirmek zahmetli ve uzun bir süreç gibi görünse de mevcut ölçeğin kullanılabilmesi için dil ve kültür özelliği, hangi grup için geliştirildiği incelenmelidir. Orijinal ölçeğin geliştirildiği dil ve kültür, uygulamanın yapılacağı bireylerin dil ve kültüründen farklı ise ölçek uyarlama sürecine gidilmelidir. Bu noktadaki en önemli sorun orijinal ölçeğin geliştirildiği grup ile hedef grubun dil ve kültür özelliklerinin farklı olmasıdır. Bu sebeple ölçek maddelerinin sadece çevirisini yapmak yetersiz kalabilir. Dillerin yapısı nedeniyle farklılıklar olabileceği gibi kavramsal farklılıklarla da karşılaşılabılır (125). Cronbach tarafından farklı kültürlerde uygulanan yetenek testlerinde bireylerin yeteneklerini tam olarak gösteremeyebileceği belirtilmiştir (126). Bununla birlikte araştırmacılar ölçek uyarlamayı tercih edebilirler. Ölçek geliştirmekten daha hızlı ve ucuz ve

kültürel karşılaştırmalar yapılabilir. Ölçek geliştirmekten daha az bilgi ve beceri gerektirir (127).

Test uyarlama süresinde kültürel/dilsel farklılıklar, teknik konular, desenler ve yöntemler ile sonuçların yorumlanması olası hata kaynaklarıdır ve uyarlamayı geçersiz kılabilir (128). Bir ölçek uyarlaması için uygulanması gereken bazı basamaklar vardır. Orijinal ölçeğin çevirisinin yapılması, en önemli işlemlerden birisidir. Bu çeviri esnasında dikkat edilmesi önerilen bazı durumlar vardır;

1. Kısa ve basit bir dil kullanılmalıdır.
2. İşin uzmanı ve çevrilen konuya aşina çevirmenlerden yararlanılmalıdır.
3. İki çevirmen kullanılmalıdır. Çevirmenlerden biri orijinal dilinden kaynak dilden çeviri yaparken, diğeri orijinal metnini görmeden birinci çevirmenin çevirisini kaynak dile çevirmelidir.
4. Her iki çeviri üzerinde düzeltmeler yapacak uzman grupları kullanılmalıdır (129).

Dil geçerliği için ileri çeviri ve geri çeviri desenleri kullanılmaktadır. Öncelikle ölçek, orijinal dilden hedef dile bir ya da birkaç çevirmen tarafından uyarlanarak ileri çevirisi yapılır. Başka bir ya da bir grup tercüman tarafından çevirinin uygunluğu kontrol edilir. Gerekli ise, çeviri üzerinde düzeltmeler yapılmalıdır. İleri çevirinin bazı kısıtlayıcı noktaları olabilir. Çevirinin uygunluğunun denetlenmesinin çevirmenler tarafından yapılması, çevirmenlerin bir dilde diğeri dilden daha hakim olması ve tek dili konuşan gruptan daha eğitimli olabilmesi, çevirmenlerin iki dili de konuşabildiğinden bazı durumları sezgisel olarak tahmin edebilmeleri bu noktalardan birkaçıdır. Geri çeviride ise ölçek bir ya da birkaç çevirmen tarafından, kaynak dilden hedef dile uyarlanır. Daha sonra farklı çevirmenler tarafından hedef dilden kaynak dile geri uyarlama yapılır. Bu iki durum karşılaştırılır ve denkliliğine karar verilir. İki durumun orijinal ölçeğe denkliliğinin sağlanması amacıyla çalışmalar yapılır (128).

Dil geçerliğine karar verildikten sonraki basamak veri toplamaktır. Veri toplama deseni olarak farklı yöntemler tercih edilebilir;

1. Kaynak formun ve hedef formun her iki dili de bilen kişilere uygulanması ve ölçek puanlarının karşılaştırılması,
2. Orijinal ölçeğin geliştirildiği gruba kaynak form ve geri çevirisi yapılmış form uygulanarak faktör analizi ile yapılanın karşılaştırılması,
3. Üçüncü desen ise kaynak gruba kaynak formun, hedef gruba da hedef formun uygulanmasıdır. Bu uygulamada madde tepki kuramına dayalı analizler kullanılarak verilerin karşılaştırılması bu yöntemlerdendir (128).

Bir sonraki aşama analiz sürecine başlamaktadır. Verilerin analizi hem madde ve hem de test düzeyinde yapılmalıdır. Madde istatistiklerinin uygunluğu incelenerek test düzeyinde ise öncelikle testin yapısının kaynak formun yapısıyla uygunluğu ele alınmalıdır. Testin geçerlik ve güvenilirlik kanıtları belirtilmelidir. Kültürel farklılıklar göz önüne alınarak, analiz süreci tamamlandıktan sonra sonuçlar yorumlanmalıdır. Ölçek uyarlama, oldukça titiz ve dikkatli bir çalışma süreci isteyen bir işlemdir. Uyarlama sürecinin hatalı olması, bu ölçeklerden elde edilecek sonuçların hatalı yorumlanmasına sebep olacaktır (125).

2.8.2. Geçerlik ve Güvenirlilik

2.8.2.1. Geçerlik

Bir ölçeğin ölçmek istediğimiz amacı ölçüp ölçmediğini gösterir (130). Özellikle davranışsal özellikleri ölçerken önem arz eder. Ölçülmek istenen özellik soyutlaştıkça amaca yönelik olmayan ölçeklerle çalışıyor olma olasılığı akla gelir. Davranışsal özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin hiçbiri tam olarak geçerli değildir ancak ölçeklerin geçerliliği yeterli sayılabilecek bir seviyeye getirilebilir. Bir ölçeğin amacına hizmet edebilmesi için, ölçülmek istenen değişkene ait sonuçlar vermelidir (130).

Ölçme hatasının sıfır olması olanaksızdır (131). Bir ölçeğin geçerliği vardır ya da yoktur denemez. Bu, derecelendirme ile ilişkilidir (132). Geçerlik bir ölçme aracının amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçeğin geçerliği amaca göre değişir. Bir ölçeğin geçerliği kullanım amacına uygulandığı gruba, uygulamaya, puanlamaya ve güvenilirliğe bağlıdır (133).

Geçerliğin yüksek olması, istenen değişkenin ifade edildiği anlamına gelir. Bu nedenle doğrudan ölçmelerde geçerlik yüksek, dolaylı ölçümlerde ise daha düşük olabilir. Ölçeğin geçerliğini belirlemek için -1,00 ile +1,00 arasında değer alan geçerlik katsayısı kullanılır. Bu sayı ölçeğin kriterleri arasındaki ilişkiyi yansıtır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse, ölçek o kadar amaca yöneliktir (130). Geleneksel olarak geçerlik türleri; kapsamlı bağlantılı, ölçütle bağlantılı ve yapıyla bağlantılı geçerlik olmak üzere üç grupta toplanmıştır (120). Bu gruplar arasında kesin bir şekilde ayırım yapmak mümkün değildir. İdeal bir geçerlik bu üç kategoriyi de kapsayan bilgileri içermelidir (134).

2.8.2.1.1. İçerik (Kapsam) Geçerliği

Bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki maddelerin amaca ne kadar hizmet ettiğini gösterir (135). İçerik geçerliğinden anlaşılan ölçeğin içeriğinin ölçülmesi hedeflenen durumla ilgili olup olmadığıdır. İçeriğin boyutlarının belirlenmesini ölçek geliştirmedeki en zor kısımlardan

biridir. Bu amaçla bir uzmanlar oluşan bir gruptan yararlanılabilir ve literatür desteğine ihtiyaç duyulur (136).

Mantiki yoldan ölçeğin kapsam geçerliğini araştırmak: Ölçüm konusu kavramsal olarak tanımlanarak ölçekteki her bir maddenin ve dağılımlarının ölçüm konusunu ne kadar örnekleyeceğine bakılır (133).

İstatistiki yoldan ölçeğin kapsam geçerliğini araştırmak: Aynı konuda daha önce geliştirilmiş ve kabul görmüş bir ölçek ve yeni ölçek aynı anda kişilere uygulanır ve kişilerin aldıkları puanlara göre ilişki katsayısı hesaplanır. Bu ilişki katsayısı ölçeğin geçerlik katsayısı olarak tanımlanır (133).

2.8.2.1.2. Ölçüt Geçerliği

Ölçekten elde edilen puanın başka bir ölçütle aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Eş zamanlı geçerlik ve ön kestirim geçerliği olmak üzere iki alt grubu bulunmaktadır (137).

Eş zamanlı geçerlik; Eş zamanlı geçerliliği test etmek için ölçek aynı veya ilişkili bir yapıyı inceleyen ve daha önce geçerliliği ispat edilmiş başka bir ölçekle aynı zamanda uygulanarak aradaki bağıntıya bakılır (136). İki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı ile ölçeğin eş zamanlı geçerliği bulunur (137).

Ön kestirim geçerliği; Yapılan ölçümle, ileride ortaya çıkacak davranış arasındaki ilişkiyi inceler. Ölçüm ve ölçütün arasına zaman girmiş olur. Tedavi yanıtı ya da hastalığın prognozu gibi ölçütler için kullanılabilir (137).

2.8.2.1.3. Yapı Geçerliği

“Bu ölçek ölçmek istediğimiz fenomeni ne kadar ölçüyor?” sorusuna yanıt arar (136). Somut bir ölçüm yerine belirli bir davranış alanına veya kavramsal yapıya ait sonuç alınmak istendiğinde uygulanır (138). Ölçeklerde yapı, birbiri ile ilişkili olduğu düşünülen maddeler veya madde grupları arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür (135). Yapı geçerliği, ölçeğin ölçtüğünü iddia ettiği yapıyı ve kavramı hangi düzeyde doğru ölçtüğünü gösterir (137).

Yapı geçerliğini belirlemede farklı yöntemler kullanılabilir.

Dış testler ile yapısal geçerliliğin test edilmesi; Geçerliği kanıtlamak için aynı bireylere benzer yapıları ve farklı kavramsal yapıları ölçen testlerin uygulanarak sonuçlarının karşılaştırılmasıdır (138).

Grup farklılıklarıyla yapısal geçerliliğin test edilmesi; Ölçek iki farklı gruba uygulanarak farklı puanlar elde edilir. Örneğin, erişkinlerin genel yeteneğini ölçen bir test

maddesi ilkökul çocuklarına uygulandığında aralarındaki korelasyon katsayısı yüksek çıkmışsa, o testin geçerliğinin düşük olduğu düşünülür (138).

Faktör analizi yöntemiyle yapısal geçerliğin test edilmesi; çok sayıda değişkenin olduğu durumda temel yapıyı ortaya çıkarmak için uygulanır. Amaç, değişkenler arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla temel (138).

2.8.2.2. Güvenirlik

Güvenirlik, bir ölçeğin taşıması gereken özelliklerden birisidir. Bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen değerlerin kararlılığını yansıtır (139). Bu kararlılığın değerlendirilmesinde iki farklı yaklaşım vardır. Tekrarlayan ölçümlerde bireylerin grup içindeki sırasının değişmezliği ya da tekrarlayan ölçümlerde, aynı bireyden benzer ölçüm değerleri elde etmesi ve standart hatasının düşük olmasıdır (135,140). Güvenilir olmayan ölçek kullanışlı değildir (132). Bu noktada soyut ve somut ölçekler arasında farklılıklar vardır. Somut özellikleri ölçen ölçeklerin tekrarında birbirine yakın sonuçlar alınırken, soyut ölçeklerin tekrarında aynı sonuçları almak daha zordur. Soyut ölçeklerde başlangıç noktalarının keyfi olması nedeniyle ölçek birimleri standart aralıklarla belirlenmiş olsa bile miktar anlamı olan sonuçlar vermemektedir (141).

Bir araştırmada kullanılacak ölçek güvenilir olmalıdır. Güvenilir ölçek hatasız ölçme yapması anlamına gelse de pratikte mümkün olmadığından hatanın en aza indirilmesi amaçlanmalıdır. Hataların kaynakları belirlenerek en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Hatalar ölçme aracından ya da bunun dışındaki faktörlerden kaynaklanabilir (130).

Bir ölçme aracı tamamen hatalı olmayacağı gibi tamamen güvenilir olamaz. Bu nedenle ölçme aracı kullanılarak yapılan her ölçümde bir miktar gerçek ve miktar ölçme hatası vardır. Hatanın ölçüm sonuçlarındaki yeri arttıkça ölçeğin güvenilirliği azalır. Hata payının azalması ile ölçeğin birimleri arasındaki gerçek farklılıklar yansıtılarak güvenilirliği artar (130). Bir ölçeğin geçerli sayılabilmemesinin ilk koşulu güvenilir olmasıdır (142).

Güvenirlik geçerlik için ilk koşuldur ancak tek başına yeterli değildir. Güvenilir bir ölçek geçerli olmayabilir. Bir ölçme aracının ne kadar güvenilir olduğunu anlamak için güvenilirlik katsayısı kullanılır. Güvenirlik katsayısını hesaplamak için farklı yollar mevcuttur (130). Güvenirlik hesaplama yöntemleri dört grupta ele alınır (138).

- i. İç tutarlılık güvenilirliği
- ii. Test-tekrar test güvenilirliği
- iii. Paralel formlar güvenilirliği
- iv. Gözlemciler arası güvenilirlik

2.8.2.2.1. İç Tutarlılık Yöntemleri

Ölçek bir kez uygulanıyorsa, diğer güvenilirlik tahminlerine göre meydana gelebilecek hata daha az olacaktır (130).

2.8.2.2.1.1. Yarıya Bölme Yöntemi

Ölçek iki eş parçaya bölünüp her iki yarısı kişilere aynı anda uygulanır ve kişilerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon belirlenerek güvenilirlik tahmini yapılır (139).

2.8.2.2.1.2. Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayısı

Bu yöntemde, tüm maddelerin birbiriyle ve ölçeğin tümüyle iç tutarlılığı belirlenmeye çalışılır (143). Ölçekteki maddelerden istenilen cevaplar alınmışsa “1” puan, boş bırakılmışsa ya da istenilen cevap alınmamışsa “0” puan verilerek veri seti oluşturulur. Belirli kriterler göz önüne alınarak Kuder-Richardson 20 veya 21 formülleri ile güvenilirlik tahmini yapılır (130).

2.8.2.2.1.3. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçekte doğru-yanlış gibi maddelerden ziyade puanlamanın olduğu durumlarda kullanılması uygundur (133). Ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilen ağırlıklı bir standart değişim ortalamasıdır (144). Cronbach alfa, ölçek yanıtlarının en az üçlü kategorik olduğu durumlarda uygulanabilir. 0 ile 1 arasında değer alır. Değerlendirilmesi ise cronbach alfa (α);

1. $\alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
2. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
3. $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirliktedir.
4. $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir (145).

2.8.2.2.1.4. Teta Güvenirlik Katsayı

Temel bileşenler analizi üzerine dayandırılmıştır (139).

2.8.2.2.1.5. Omega Güvenirlik Katsayısı

Faktör analiz modeli üzerine dayandırılmıştır. Doğrusal bağlantılar için kullanılır (139).

2.8.2.2.1.6. Guttman Güvenirlik Katsayısı

Güvenirlik katsayısının alt sınırını verir. Formun bölümleri arasındaki doğal ilişki hakkında varsayımda bulunmaz (146).

2.8.2.2.1.7. Madde-Madde Puan Analizi

Ölçek maddelerinin ne ölçüde birbiriyle ilişkili olduğuyla ilgili bilgi verir. Maddeler arası korelasyon analizinde ilişki negatif ise, maddelerin aralarında ters bir ilişki var anlamına gelir (123).

2.8.2.2.1.8. Madde-Toplam Puan Analizi

Test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiye dair bilgi verir. Madde-toplam korelasyonun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir (147). Madde analizlerinde pearson korelasyon katsayı değerleri;

0,26-0,49: zayıf,

0,50-0,69: orta,

0,70-0,89: yüksek,

0,90-1,00: çok yüksek olarak değerlendirilmektedir (148).

2.8.2.2.1.9. İki Şıklı Değerlere Ait Korelasyon Analizi (Biserial Korelasyon Analizi)

Maddeleri 1-2 veya 0-1 şeklinde kodlanan puan değerler, sürekli veri niteliğindeki toplam puan değerleri ile karşılaştırılır (138).

2.8.2.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, uygun süre içerisinde iki kez uygulanmasıdır. Bu süre ölçülecek özellikte önemli değişimler olmayacak kadar kısa ama önemli hatırlamaları önleyecek kadar uzun olmalıdır (131). Ezberle/öğrenme etkisi ya da teste aşinalık gibi isteyen durumlar oluşabilir (138). 2-4 hafta gibi bir zaman aralığı uygun kabul edilebilir (139).

İki uygulama sonrasında değerlerin korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (133).

2.8.2.2.3. Paralel (Eşdeğer) Formlar Güvenirliği

Bu yöntemde farklı maddelerle aynı davranış kalıplarını temsil edebilecek iki eşdeğer form vardır. Formları eşdeğer kabul edebilmek için formların kapsamları, yapıları,

puanlamaları, madde sayıları ve yorumlamaları aynı olmalıdır. Formlar aynı anda ya da farklı iki zamanda uygulanabilirler (132). İki form arasındaki korelasyon katsayısı, güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır (133).

2.8.2.2.4. Gözlemciler Arası Güvenirlik

Önceden belirlenmiş bir puanlama sistemine göre gözlemciler tarafından belirli bir olgu bağımsız olarak değerlendirildiğinde, verilen puanlar benzer ise bu puanlar güvenilir demektir. Her güvenilirlik analizinin avantaj ve dezavantajı vardır. Gözleme dayanan ölçüm gerektiğinde, gözlemciler arası güvenilirlik analizi tercih edilmelidir (138).



3. YÖNTEM VE GERECLER

3.1. Araştırma Modeli

Geçerlik güvenirlik araştırması (metodolojik araştırma) olarak planlanan bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Aile Hekimliği Polikliniği ve DEÜTF'ne bağlı Aile Hekimliği birimlerinde yürütülmüştür. Bu birimler; Balçova 6 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi, Gazimir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Gazimir 11 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'dir. Veriler 14 Temmuz-31 Ağustos 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Temmuz 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında belirlenen sağlık birimlerine başvuran tüm hastalar oluşturmuştur. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanına göre nikotin bağımlılık düzeyi göre beş alt grupta tanımlanmaktadır. Bu alt gruplar tabaka olarak kabul edilerek örneklem sayısı, her alt gruptan 150 kişi olmak üzere; toplamda 750 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun tüm kişilerin çalışmaya davet edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden ve araştırmaya katılmak için yeterli zamanı olmadığını ifade eden kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Kişilerin alkol içme durumları, haftalık içilen alkol türü ve miktar ile sorgulanmıştır. Haftalık 14 birimi aşan kişiler, çalışma dışı bırakılmıştır (149).

Dahil olma kriterleri:

- 18 yaş üstü olan,
- Sigara kullanan ya da son altı ay içinde bırakmış olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar

Dışlama kriterleri:

- Okuma-yazma bilmeyen
- Alkol veya madde bağımlısı olan
- Ciddi iletişim problemi olan hastalar

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama formu ve ölçekler, dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. İlk anketten 2-3 hafta sonra, ilk katılımcıdan başlamak üzere sırasıyla 150 kişiye; yüz yüze ya da telefon görüşme yöntemi ile Aşırma Yaşantı Ölçeği

ikinci kez uygulanmıştır. İlk uygulanan anketlerde telefon numarasını vermek istemeyen kişiler ve iki defa telefonla ulaşılamayan kişiler atlanarak bir sonraki kişiye geçilmiştir.

3.4. Veri Toplama Gereçleri

3.4.1. Sosyodemografik Soruları İçeren Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini tanımlayabilmek için 21 soruluk sosyodemografik veri formunu doldurmaları istenmiştir.

Demografik veriler katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim durumu ve mesleğini içermektedir. Sigara kullanımı ile ilgili durumu belirlemek amacıyla; katılımcının sigarayı ilk kez kaç yaşında denediği, elektronik sigara kullanma durumu, günde içilen sigara miktarı, daha önce sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediği, sigarayı bırakma deneme sayısı, bırakabildiği en uzun süresi, bırakmayı denediği en son tarihi, profesyonel destek alıp almadığı, profesyonel destek aldı ise hangi yöntemi kullandığı, kronik hastalık varlığı, ilaç/besin takviyesi/ vitamin kullanım varlığı, sigarayı bırakmayı isteme durumu sorgulanmıştır.

3.4.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Fagerström 1978 yılında nikotin bağımlılığını değerlendirmek amacıyla, Fagerström Tolerans Testi'ni önermiştir. Günümüzde sigara bırakma polikliniklerinde de yaygın olarak kullanılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Fagerström Tolerans testinin revize edilmiş halidir (76). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin, Fagerström Tolerans Testi'ne göre iç tutarlılığının daha iyi olduğu ve daha kolay yanıtlanabilir olduğu belirlenmiştir (77). Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (74). Test altı sorudan oluşmaktadır ve her sorunun seçilen cevaba göre puanlaması vardır. Bu testten en az 0, en çok 30 puan alınabilir. Alınan toplam puan, nikotin bağımlılığına göre kategorilendirilir;

0-2 puan: Çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı

2-4 puan: Düşük düzeyde nikotin bağımlılığı

5 puan: Orta düzeyde nikotin bağımlılığı

6-7 puan: Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı

8-10 puan: Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığını yansıtır.

3.4.3. Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) (Craving Experience Questionnaire-CEQ)

Aşerme Yaşantı Ölçeği (Craving Experience Questionnaire-CEQ), 2013 yılında May ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Bu ölçek; Avanagh, Andrade ve May tarafından öne sürülen bir teoriyi köken alır. Aşermenin; zihin, beden ya da çevre tarafından tetiklenen düşüncelerin başlattığı, bilişsel-duyuşsal bir fenomen olduğunu savunmuşlardır. Aşermenin oluşturduğu bu düşünceler, çoklu duylara ait imgelerin oluşmasına sebebiyet verebilir. Belleğin aynı bölümünü kullanan başka bilişsel işlevler tarafından bu duyuşsal imgeler azaltılabilir. Bazı görsel görüntüler ya da olfaktör uyarısı; kahve, sigara ve yiyecekler sigara aşermesini azaltabilir. Aşermenin kökeni genel bir teoriye dayandığı için, aşermenin tetiklendiği ve devam ettiği durumların ortaya konulması, bu alanlarda yaygın olarak kullanılabilir bir ölçek geliştirilmesini sağlayabilir (8).

Aşerme Yaşantı Ölçeği, alkol aşermesini ve bu aşerme esnasında beyinde oluşan görüntünün canlılığının yoğunluğunu ve zorlayıcılığını ölçen “Alcohol Craving Experience” ölçeğinden çikolata, yiyecek, sigara ve alkol için uyarlanmıştır. Bu uyarlamanın amacı, ölçeğin aşerilen madde ve zaman cetvelinden bağımsız olarak, aynı faktöryel yapıya sahip olup olmadığını test etmektir (8).

Toplamda 12 farklı çalışma grubu kullanılarak çalışma tamamlanmıştır. 5, 10 ve 11 numaralı çalışma grupları sigara ile ilgilidir. 5 numaralı grupta günde 10’den fazla sigara içenler vardır. 10 numaralı grupta kişiler günde altı adetten fazla sigara içenler ya da eski içiciler vardır. 11 numaralı çalışma grubuna ise sigarayı bırakmak isteyen kişiler dahil edilmiştir (8).

Ölçek, her biri 11 madde olmak üzere “sıklık” ve “güç” olmak üzere iki bölümden oluşur. Hem sıklık hem de güç formu üç alt boyut içerir: yoğunluk, imgesel ve zorlama. Maddelerin puanlaması 0-10 arasında vizüel analog skalası ile yapılır (8).

Ölçeklerdeki ifadelerin belirli bir zamana göre yanıtlanması gerekmektedir. Ölçeklerdeki maddelerin hangi zamana göre yanıtlanacağı konusunda farklı zaman çerçeveleri kullanılmıştır. Sigara içenlerin dahil edildiği çalışma grubunda “şimdi”, “geçtiğimiz hafta”, “son olarak”, “son 5 dakikada” gibi zaman çerçeveleri kullanılmıştır. Bu çalışmada ise “sıklık” formu için “son kez”, “güç” formu için “geçtiğimiz hafta” zaman çerçeveleri ele alınmıştır (8).

“Alcohol Craving Experience” ölçeğinin “Craving Experience Questionnaire” ölçeği olarak uyarlanmasında doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Sıklık formunun cronbach alfa değeri 0,94; güç formunun cronbach alfa değeri 0,91 bulunmuştur (8).

3.4.4. Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)

Alkol kullanma isteğini değerlendiren Penn Alkol Aşerme Ölçeği'nin alkol dışı madde kullanan bağımlılar için yapılan uyarlamasıdır. Ölçek Evren ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Beş maddeden oluşur ve her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir. Öleekten alınabilen toplam puan 0-30 arasındadır. Ölçek için cronbach alfa değeri 0,84 bulunmuştur. Her madde için düzeltilmiş madde toplam korelasyon değelerinin 0,75-0,82 arasındadır (150).

3.5. Araştırma İzinleri ve Onamı

Aşerme Yaşantı Ölçeği'nin çalışmada kullanılabilmesi için, Jon May'den elektronik posta yoluyla gerekli izin alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan da gerekli izin alınmıştır. Çalışmanın etik kurul izni, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.07.2017 tarih ve 2017/18-32 karar numarası ile kayıt edilmiştir.

Veri toplama sürecinde, katılımcılara araştırma amacını belirten bir açıklama yapılarak araştırmaya davet edilmiş ve gönüllü onam formunu okumaları sağlanarak onayları alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Aşerme Yaşantı Ölçeği Türkçe uyarlama çalışması için iyi İngilizce bilen konu alanı uzmanı beş araştırmacı, bireysel olarak ölçeği İngilizce'den Türkçe'ye çevirmişlerdir. Daha sonra beş uzman bir araya gelerek maddelerin çevirisi konusunda uzlaşmışlardır. Ölçeğin uzlaşmaya varılan son hali, her iki dili de ana dili gibi bilen bir uzman tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. İngilizceye çevrilen ölçek, araştırmacılar tarafından tekrar gözden geçirilerek son şekline getirilmiştir.

Veri toplam formu ve ölçeklerin ön testi on katılımcıya uygulanmış ve geri bildirimleri alınmıştır. Son düzeltmelerden sonra ölçek bastırılarak çalışmaya başlanmıştır.

Aile sağlığı merkezlerine herhangi bir sebeple başvuran kişilerden dahil edilme kriterlerini taşıyan, hariç bırakma kriterlerini taşımayan kişilere araştırma hakkında kısa bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Anketler kişilerin kendileri tarafından ya da araştırmacı/anketör tarafından doldurulmuştur. Toplam iki anketör ile çalışılmıştır. Anketörlere araştırmacılar tarafından anket konusunda eğitim verilmiş ve standardize bir veri toplama için gerekli bilgiler paylaşılmıştır. Temmuz 2017- Ağustos 2017 tarihleri arasında her aile hekimliği biriminde eşit süre kalınarak başvuran hastalar çalışmaya alınmıştır. Her bir anket uygulaması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Uygulamada katılımcılar açısından zaman

sınırı olmayıp formların eksiksiz doldurulması hedeflenmiştir. Toplamda 752 kişiye ulaşılmış olup; sekiz kişi, sigarayı bırakmış olmaları nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır.

İlk araştırmaya katılan 150 katılımcıdan, tekrar test uygulanabilmesi için katılımcıların adı, soyadı ve telefon bilgileri alınmıştır. Bu katılımcılara 2-3 hafta sonra tekrar telefon veya yüz yüze tekrar ulaşılarak ölçekleri doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırmanın bütün maliyeti, araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Sosyodemografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi

Sosyodemografik özelliklere ilişkin verileri değerlendirmek için sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma hesaplanarak dağılım incelenmiştir. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.7.2. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

3.7.2.1. Geçerlik Analizleri

Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek amacıyla yapı geçerliği ölçüt ve ölçümleri kullanılmıştır.

3.7.2.1.1. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğini kontrol etmek, değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Verilerin faktörleşebileceği göstermek için KMO ve Bartlett Küresellik Testi bakılmıştır.

Tablo 1: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Değerlerine İlişkin Maddeler Arası Korelasyonların Değerlendirme Ölçütleri (120)

KMO değeri	Matrisin Faktörleşebilirlik Düzeyi
0,90-1,00	Mükemmel
0,80-0,89	İyi
0,70-0,79	Orta Düzey
0,60-0,69	Kötü
0,50-0,59	Çok Kötü
0,00-0,49	Faktörleşemez

3.7.2.1.2. Ölçüt Geçerliği

Ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla Aşerme Yaşantı Ölçeği ile eş zamanlı olarak Madde Aşerme Ölçeği uygulanarak ölçek puanları arasındaki korelasyon pearson momentler çarpımı formülüyle hesaplanmıştır.

3.7.2.2. Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik değerlendirmesi iç tutarlılık güvenirliği ve test-tekrar test güvenirliği ile değerlendirilmiştir.

3.7.2.2.1. İç Tutarlılık Güvenirliği

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğini belirlemek amacıyla cronbach alfa çözümlemesi ile değerlendirilmiştir.

3.7.2.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Belirlenen veri toplama süresinde katılımcılara, ilk uygulamadan 2-3 hafta sonra tekrar ulaşarak Aşerme Yaşantı Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Katılımcılar veri toplama tarihine göre sıralanarak birinci kişiden itibaren telefonla aranmıştır. Kişilere ulaşamadığında, bir sonraki katılımcıya geçilmiştir. Toplamda 165 kişiye tekrar ulaşılammıştır. Tekrar test uygulanan katılımcı sayısı 150'dir. Aşerme Yaşantı Ölçeği'nin ilk uygulama ve tekrar uygulama puanları korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

Aşerme Yaşantı Ölçeği'nin dil uyarlaması için iyi İngilizce bilen, konu alanı uzmanı beş araştırmacı ile çalışılmıştır. Çeviri basamakları tamamlandıktan sonra veri toplam formu ve ölçeklerin ön testi on katılımcıya uygulanmış ve geri bildirimleri alınarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Bu çalışmanın bulguları; çalışmanın tanımlayıcı bulguları, analitik bulguları ve ölçek geçerlik-güvenirlik bulguları olmak üzere 3 ana başlık altında toplanmıştır. Katılımcılar bütün soruları yanıtlamıştır.

4.1. Çalışmanın Tanımlayıcı Bulguları

Çalışmamız dahil olma ve hariç bırakılma kriterleri göz önünde bulundurularak 752 kişi ile tamamlanmıştır. Sigarayı son altı ay içinde bırakan kişiler dahil edilme kriterleri arasındadır. 752 kişi arasından sigarayı son altı ay içinde bırakan kişi sayısının sekiz olmasından dolayı bu kişilerin, analiz sonuçlarını etkilememesi için çalışma dışı bırakılmasına karar verilmiştir.

Katılımcıların %38,4'ü (n=286) kadın, %61,6'sı (n=458) erkektir. Yaş ortalaması 41,6±13,99 (minimum 18, maksimum 80) olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına bakıldığında 46-60 yaş arası grup %29,3 (n=218) ile en fazladır. Katılımcıların %63,7'i (n=474) evlidir.

Kişilerin eğitim düzeylerine bakıldığında okuryazar olanların oranı %2,2'dir (n=16). İlköğretim-ortaokul mezunu olanlar ile üniversite veya üzerini bitirmiş olanların oranı %33,1 (n=246) olup birbirine eşittir. Katılımcıların %55,4'ü (n=412) çalışırken, %44,6'sı (n=332) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, Medeni Hal, Eğitim Durumu ve Çalışma Durumuna Göre Dağılımları

Özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet		
Kadın	286	38,4
Erkek	458	61,6
Yaş Grupları		
18-24 yaş	98	13,2
25-35 yaş	171	23,0
36-45 yaş	185	24,9
46-60 yaş	218	29,3
60 yaş üzeri	72	9,7
Medeni hal		
Evli	474	63,7
Evli olmayan	270	36,3
Eğitim Durumu		
Okuryazar	16	2,2
İlköğretim-ortaokul	246	33,1
Lise	236	31,7
Üniversite ve üzeri	246	33,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	412	55,4
Çalışmıyor	332	44,6
Toplam	744	100

Katılımcıların günde içtiği sigara adedi ortalama $20,55 \pm 12,30$ 'dur (minimum 1, maksimum 80). Paket/yıl miktarı ortalaması ise $25,62 \pm 25,51$ 'dir (minimum 0,3, maksimum 231). Katılımcıların kaç yıldır sigara içtiğinin ortalaması $23,36 \pm 14,55$ (minimum 4 ay, maksimum 69 yıl) yıldır. Sigarayı ilk deneme yaşı ortalaması ise $16,78 \pm 5,79$ 'dur (minimum 3, maksimum 50). Katılımcılardan %0,9'u (n=7), elektronik sigara da içtiğini beyan etmiştir.

Katılımcıların %75,8'i (n=564) daha önce sigarayı bırakmayı düşünmüştür. Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenler ise %66,8'dir (n=497). Daha önce sigarayı bırakmayı deneyen kişilerin sigarayı bırakabildiği süre ortalaması $327,57 \pm 790,79$ (minimum 0, maksimum 8395) gündür. Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alanların oranı %13,4'tür (n=100). En çok başvurulan yöntem ise %76 (n=76) ile ilaç desteğidir (Tablo 3). Toplamda 10 kişi birden fazla kez profesyonel destek almıştır.

Tablo 3: Katılımcıların Sigarayı Bırakmak İçin Aldıkları Profesyonel Desteğe Göre Dağılımları

Alınan Profesyonel Destek	n (sayı)	% (yüzde)
İlaç desteği	76	10,2
Akupunktur	5	0,7
Psikiyatrik yöntem	4	0,5
Hipnoz	3	0,4
Diğer	17	2,3
Toplam	100	13,4

Çalışmanın yapıldığı tarihte, ileride sigarayı bırakmak isteyenlerin oranı %59,7 (n=444) iken bırakmak istemeyenlerin oranı %40,3'tü (n=300). Sigarayı bırakmayı gelecek bir zamanda bırakmayı düşünüyorum yanıtını verenlerin bırakmayı düşündükleri zaman ortalaması 2,41±2,16 (minimum 1, maksimum 10) yıldır.

Tablo 4: Katılımcıların Gelecekte Sigarayı Bırakmak İsteme Durumlarına Göre Dağılımları

Gelecekte Sigara Bırakmayı İsteme Durumu	n (sayı)	% (yüzde)
Önümüzdeki 1 ay içinde	300	40,3
Önümüzdeki 6 ay içinde	86	11,6
Gelecek bir zamanda	58	7,8
Bırakmayı düşünmüyorum	300	40,3
Toplam	744	100

Sürekli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalığı olan kişi oranı %35,6'dır (n=265). Herhangi bir ilaç, besin takviyesi ya da vitamin kullanan kişi oranı %37,1'dir (n=276). Katılımcıların %27,3'ü (n=203) alkol kullanırken, %72,7'si (n=541) alkol kullanmamaktadır.

Tablo 5: Katılımcıların Cinsiyete Göre İçtikleri Haftalık Alkol Miktarı (birim/hafta)

Alkol miktarı	n (sayı)	Minimum	Maksimum	Ortalama±Standart Sapma
Kadın	43	1	7	3,19±1,94
Erkek	160	1	14	6,28±5,15

Katılımcıların ortalama Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden (FNBT) aldıkları puan ortalaması 4,32±2,68'dir. %29,6 (n=220) ile 0-2 puan alan grup en fazladır.

Tablo 6: Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden Aldıkları Puanların Kategorik Dağılımları

FNBT Puan Kategorisi	n (sayı)	%(yüzde)
0-2 puan: Çok düşük düzeyde nikotin bağımlılığı	220	29,6
2-4 puan: Düşük düzeyde nikotin bağımlılığı	167	22,4
5 puan: Orta düzeyde nikotin bağımlılığı	84	11,3
6-7 puan: Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı	169	22,7
8-10 puan: Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı	104	14,0
Toplam	744	100

Katılımcıların ilk uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği'nden (AYÖ) aldıkları puan ortalaması $95,62 \pm 49,28$ 'dir. Aşerme Yaşantı Ölçeğinin ikinci uygulamasında ise puan ortalaması $101,85 \pm 49,02$ 'dir (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların İlk Uygulanan ve İkinci Kez Uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Dağılımları

AYÖ Puan Ortalaması	n (sayı)	Minimum	Maksimum	Ortalama±Standart Sapma
AYÖ-Güç	744	0	110	$52,42 \pm 26,82$
AYÖ-Sıklık	744	0	110	$43,20 \pm 24,34$
AYÖ Toplam Puanı	744	0	220	$95,62 \pm 49,28$
AYÖ-Güç Tekrar-Test	150	6	106	$52,23 \pm 25,20$
AYÖ-Sıklık Tekrar-Test	150	1	110	$49,62 \pm 25,06$
AYÖ Toplam Tekrar-Test Puanı	150	12	213	$101,85 \pm 49,02$

Ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla uygulanmış olan Madde Aşerme Ölçeği'nden (MAÖ) katılımcılar ortalama $15,06 \pm 6,21$ puan almışlardır. Katılımcıların ölçekten aldıkları puan minimum 0, maksimum 30'dur.

4.2. Çalışmanın Analitik Bulguları

Katılımcılar; cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çalışma durumu, alkol kullanım durumu, daha önce sigarayı bırakmayı düşünme ve deneme durumu, sigarayı bırakmak için profesyonel destek alıp almama durumu, sürekli ilaç kullanımını gerektirecek bir hastalıklarının olup olmaması durumuna göre AYÖ-Güç ve Sıklık anketleri toplam puanları ayrı ayrı değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre, AYÖ-Güç puanı tek yönlü varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık ($p=0,03$)

saptanmıştır. En yüksek ortalamanın ilköğretim-ortaöğretim mezunu olanlara ($x=56,40$) ait olduğu görülmektedir. Farklılığın kaynağını saptamak için Post Hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Farklılığın yönü (ilköğretim-ortaokul) - (üniversite ve üzeri) şeklinde bulunmuştur. AYÖ-Sıklık toplam puanlarının katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8: Katılımcıların Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Puan Toplamlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Boyut	Eğitim düzeyi	n	x	Standart sapma	f	p	Anlamlı fark
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	16	47,94	26,75	2,861	0,03	İlköğretim-ortaokul ile üniversite ve üzeri
	İlköğretim-ortaokul	246	56,40	28,08			
	Lise	236	51,17	26,76			
	Üniversite ve üzeri	246	49,92	25,23			

Katılımcılar, nikotin bağımlılık gruplarına göre, AYÖ-Güç ve AYÖ-Sıklık puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Nikotin bağımlılık gruplarına göre, AYÖ-Güç puanı tek yönlü varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık ($p=0,00$) saptanmıştır. En yüksek ortalamanın çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olanlara ($x=68,90$) ait olduğu görülmektedir. Farklılığın kaynağını saptamak için Post Hoc testlerinden Hochberg's GT2 testi kullanılmıştır. Düşük düzey nikotin bağımlılığı ile orta düzey nikotin bağımlılığı arasında ve yüksek düzey nikotin bağımlılığı ile orta düzey nikotin bağımlılığı grubundakiler hariç; bütün gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Nikotin bağımlılık gruplarına göre, AYÖ-Sıklık puanı tek yönlü varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık ($p=0,00$) saptanmıştır. En yüksek ortalamanın çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olanlara ($x=55,48$) ait olduğu görülmektedir. Farklılığın kaynağını saptamak için Post Hoc testlerinden Hochberg's GT2 testi kullanılmıştır. Çok düşük düzey nikotin bağımlılığı ile orta düzey nikotin bağımlılığı, çok düşük düzey nikotin bağımlılığı ile yüksek düzey nikotin bağımlılığı, çok düşük düzey nikotin bağımlılığı ile çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı, düşük düzey nikotin bağımlılığı ile çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı, orta düzey nikotin bağımlılığı ile çok yüksek düzey nikotin bağımlılığı grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

4.3. Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Bu çalışmadaki ölçeğin geçerlik ve güvenirliliğinin saptanmasında aşağıdaki yöntemler ve istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 9: Araştırmada Kullanılan Geçerlik Güvenirlik ve İstatistiksel Analiz Yöntemleri

Geçerlik	Güvenirlik
<ul style="list-style-type: none">• Yapı Geçerlik<ul style="list-style-type: none">○ Açıklayıcı Faktör Analizi	<ul style="list-style-type: none">• İç Tutarlılık Analiz Bulguları<ul style="list-style-type: none">○ Cronbach Alfa Katsayısı
<ul style="list-style-type: none">• Ölçüt/Bağımlı<ul style="list-style-type: none">○ Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği○ Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi	<ul style="list-style-type: none">• Test-tekrar test güvenirlik<ul style="list-style-type: none">○ Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi

4.3.1. Geçerlik Bulguları

Bu çalışmada ölçeğin geçerliği yapı ve ölçüt geçerliği ile sınıanmıştır. Yapı geçerliği için açıklayıcı faktör analizi, ölçüt geçerliği için Aşerme Yaşantı Ölçeği ile Madde Aşerme Ölçeği ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin puanları arasında pearson momentler çarpımı korelasyon analizi yapılmıştır.

4.3.1.1. Yapı Geçerliği Bulguları

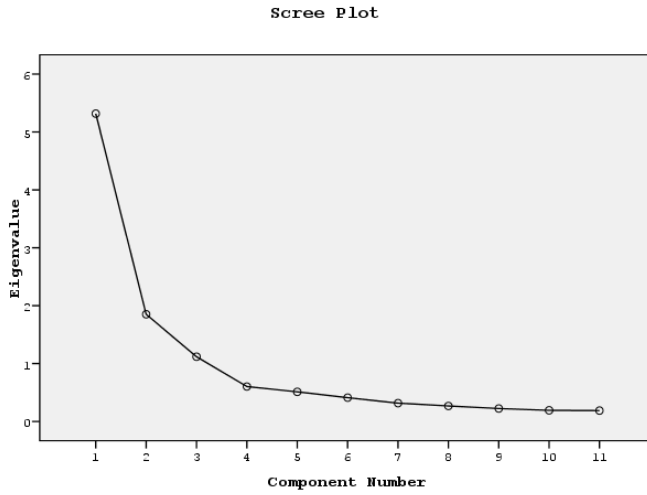
Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Örneklemin faktörlenebilirliğini belirlemek amacıyla KMO değeri ve Bartlett testine bakılmıştır. AYÖ-Güç ölçeğinin KMO değeri 0,87, AYÖ-Sıklık ölçeğinin KMO değeri 0,83 olarak hesaplanmıştır. Bartlett testi AYÖ-Güç için ($\chi^2=5138,774$ $p=0,000$), AYÖ-Sıklık için ($\chi^2=5252,873$ $p=0,000$) olarak saptanmış olup bu sonuç anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Ölçeği oluşturan faktör yapısının açıklanması amacıyla temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Döndürmenin amacı, veri yapısını basitleştirmek ve netleştirmektir (151). Özdeğeri 1'den büyük olan faktörlerle devam edilmesi gerektiğini ileri süren “Kaiser Ölçütü” ve “Scree Plot” yöntemi paralel olarak kullanılarak faktör sayısı belirlenmiştir (120).

4.3.1.1.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)

AYÖ-Güç alt ölçeği için geçerlik bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 10: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç İçin Açıklanan Toplam Varyans Analizi

Madde	Başlangıçtaki özdeğerler		
	Toplam	Varyans yüzdesi (%)	Kümülatif %
1	5,31	48,33	48,33
2	1,85	16,83	65,17
3	1,11	10,16	75,33
4	0,60	5,487	80,82
5	0,51	4,65	85,47
6	0,41	3,74	89,21
7	0,31	2,87	92,08
8	0,26	2,43	94,52
9	0,22	2,03	96,55
10	0,19	1,74	98,29
11	0,18	1,70	100,00



Şekil 1: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç İçin Faktör Analizi Sonuçlarının Scree Plot Grafiği

Geçerlik güvenirlik çalışmamızda ölçeğin orijinal yapısı korunmuştur. Döndürülmüş bileşenler matrisi sonucunda 11 maddelik ölçek orijinal yapısına benzer şekilde; Faktör 1 “imgesel” (Faktör 1), “yoğunluk” (Faktör 2) ve “zorlama” (Faktör 3) olmak üzere üç alt boyutlu olarak değerlendirilmiştir.

Aşağıdaki tabloda döndürülmüş bileşenler matrisi ve faktör yük değerleri verilmektedir (Tablo 11).

Tablo 11: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç İçin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

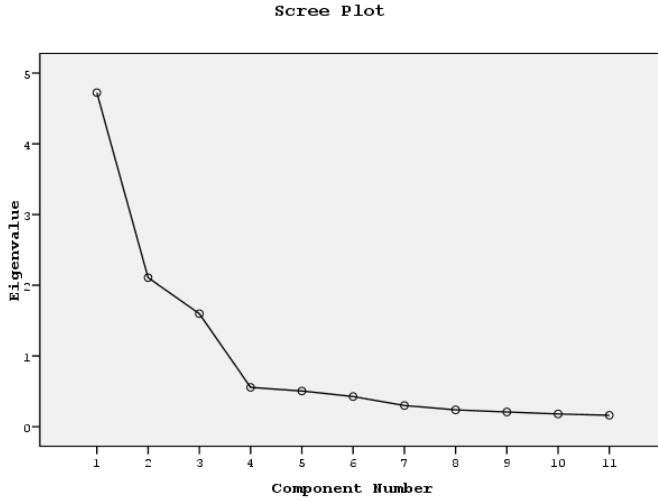
Döndürülmüş Bileşenler Matrisi	Bileşenler		
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Tam o anda ne kadar canlı bir şekilde,			
Madde 6, ...kokusunu hayal ettiniz?	0,88		
Madde 7, ...ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?	0,88		
Madde 5, ...tadını hayal ettiniz?	0,88		
Madde 8, ...bedeninizin nasıl hissedeceğini hayal ettiniz?	0,71		
Madde 4, ...zihninizde canlandırdınız?	0,55		
Tam o an,			
Madde 2, ...ona ne kadar ihtiyacınız vardı?		0,85	
Madde 1, ...onu ne kadar istediniz?		0,83	
Madde 3, ...onu kullanma isteğiniz ne kadar güçlüydü?		0,82	
Tam o anda,			
Madde 9, ...onu düşünmemeye çabalamak ne kadar zordu?			0,87
Madde 10, ...düşünceler ne kadar ısrarcıydı?			0,86
Madde 11, ...başka şeyler düşünmek ne kadar zordu?			0,77

4.3.1.1.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)

AYÖ-Güç alt ölçeği için geçerlik bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 12: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık İçin Açıklanan Toplam Varyans Analizi

Madde	Başlangıçtaki özdeğerler		
	Toplam	Varyans yüzdesi (%)	Kümülatif %
1	4,72	42,93	42,93
2	2,10	19,15	62,09
3	1,59	14,52	76,61
4	0,55	5,05	81,66
5	0,50	4,58	86,25
6	0,42	3,87	90,12
7	0,29	2,72	92,84
8	0,23	2,16	95,00
9	0,20	1,88	96,89
10	0,18	1,63	98,53
11	0,16	1,46	100,00



Şekil 2: Aşırme Yaşantı Ölçeği-Sıklık İçin Faktör Analizi Sonuçlarının Scree Plot Grafiği

Geçerlik güvenilirlik çalışmamızda ölçeğin orijinal yapısı korunmuştur. Döndürülmüş bileşenler matrisi sonucunda 11 maddelik ölçek, orijinal yapısına benzer şekilde; Faktör 1 “imgesel” (Faktör 1), “yoğunluk” (Faktör 2) ve “zorlama” (Faktör 3) olmak üzere üç alt boyutlu olarak değerlendirilmiştir.

Aşağıdaki tabloda döndürülmüş bileşenler matrisi ve faktör yük değerleri verilmektedir (Tablo 13).

Tablo 13: Aşırme Yaşantı Ölçeği-Sıklık İçin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Döndürülmüş Bileşenler Matrisi	Bileşenler		
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Son 1 haftada ne sıklıkla,			
Madde 6, ...kokusunu hayal ettiniz?	0,90		
Madde 5, ...tadını hayal ettiniz?	0,89		
Madde 7, ...ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?	0,89		
Madde 8, ...bedeninizin nasıl hissedeceğini hayal ettiniz?	0,72		
Madde 4, ...zihninizde canlandırdınız?	0,59		
Madde 3, ...onu kullanma isteğiniz güçlüydü?		0,88	
Madde 2, ...ihtiyaç duydunuz?		0,87	
Madde 1, ...istediniz?		0,87	
Madde 10, ...düşünceler ısrarcıydı?			0,93
Madde 9, ...onu düşünmemeye çabaladınız?			0,88
Madde 11, ...başka şeyler düşünmek zordu?			0,76

4.3.1.2 Ölçüt/Bağımlı Geçerlik Bulguları

Ölçüt bağımlı geçerlik yöntemi için eş zamanlı benzer ölçekler geçerliği yöntemi kullanılmıştır. Bu ölçekler Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Madde Aşerme Ölçeği'dir.

Madde Aşerme Ölçeği'nden alınan toplam puanlarla AYÖ-Güç ve AYÖ-Sıklık Ölçeği'nden alınan toplam puanlar arasında ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi - AYÖ-Güç ve AYÖ-Sıklık Ölçeği'nden alınan toplam puan arasında korelasyon değerleri pearson momentler çarpımı korelasyon analiziyle hesaplanmıştır.

4.3.1.2.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)

Madde Aşerme Ölçeği ve Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç arasında yapılan pearson korelasyon analizinde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,469$; $p=0,000$) (Tablo 14).

Tablo 14: Madde Aşerme Ölçeği – Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

Madde Aşerme Ölçeği		Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç		r	p
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,469	0,000
15,06	6,21	52,42	26,82		

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve AYÖ-Güç arasında yapılan pearson korelasyon analizinde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,381$; $p=0,000$) (Tablo 15).

Tablo 15: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi		Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç		r	p
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,381	0,000
4,32	2,68	52,42	26,82		

4.3.1.2.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)

Madde Aşerme Ölçeği ve AYÖ-Sıklık arasında yapılan pearson korelasyon analizinde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r= 0,406$; $p=0,000$) (Tablo 16).

Tablo 16: Madde Aşerme Ölçeği - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

Madde Aşerme Ölçeği		Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık		r	p
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,406	0,000
15,06	6,21	43,20	24,34		

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve AYÖ-Sıklık arasında yapılan pearson korelasyon analizinde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r= 0,305$; $p=0,000$) (Tablo 17).

Tablo 17: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi - Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Arasındaki Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi		Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık		r	p
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,305	0,000
4,32	2,68	43,20	24,34		

4.3.2. Güvenirlilik Bulguları

Çalışmamızda güvenirlilik iç tutarlılık ve test-tekrar test yöntemleriyle değerlendirilmiştir. İç tutarlılık analizi için cronbach alfa, test-tekrar test güvenirliliği için pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi yapılmıştır.

4.3.2.1. İç Tutarlılık Analiz Bulguları

4.3.2.1.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)

Güvenirlilik analizi sonucunda cronbach alfa 0,89 olarak hesaplanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Çalışmada ölçekteki her bir maddenin çıkarılması durumunda hesaplanan cronbach alfa değerlerinin 0,87 ile 0,88 arasında değiştiği ve toplam iç tutarlılığın yüksek olduğu (cronbach alfa= 0,89) saptanmıştır (Tablo18). Ölçeğin alt boyutlarında hesaplanan cronbach alfa değerleri ise 0,86 ile 0,88 arasında değişmektedir.

Tablo 18: Aşırme Yaşantı Ölçeği-Güç'teki Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri

Aşırme Yaşantı Ölçeği-Güç Alt Maddeleri	Madde silindiğinde ölçek aritmetik ortalaması	Madde silindiğinde cronbach alfa değerleri
Tam o anda ne kadar canlı bir şekilde,		
Madde 1, ...istediniz?	45,34	0,88
Madde 2, ...ihtiyaç duydunuz?	46,07	0,88
Madde 3, ...onu kullanma isteğiniz güçlüydü?	45,45	0,88
Madde 4, ...zihninizde canlandırdınız?	48,23	0,88
Madde 5, ...tadını hayal ettiniz?	49,58	0,87
Madde 6, ...kokusunu hayal ettiniz?	49,90	0,88
Madde 7, ...ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?	50,10	0,87
Madde 8, ...bedeninizin nasıl hissedeceğini hayal ettiniz?	48,59	0,87
Madde 9, ...onu düşünmemeye çabaladınız?	46,65	0,88
Madde 10, ...düşünceler ısrarcıydı?	46,30	0,87
Madde 11, ...başka şeyler düşünmek zordu?	47,97	0,88

4.3.2.1.2. Aşırme Yaşantı Ölçeği-Sıklık (AYÖ-Sıklık)

Güvenirlik analizi sonucunda cronbach alfa 0,85 olarak hesaplanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Çalışmada ölçekteki her bir maddenin çıkarılması durumunda hesaplanan cronbach alfa değerlerinin 0,83 ile 0,86 arasında değiştigi ve toplam iç tutarlılığın yüksek olduğu (cronbach alfa= 0,89) saptanmıştır (Tablo 19). Ölçeğin alt boyutlarında hesaplanan cronbach alfa değerleri ise 0,83 ile 0,89 arasında değişmektedir.

Tablo 19: Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık'taki Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Alt Maddeleri	Madde silindiğinde ölçek aritmetik ortalaması	Madde silindiğinde cronbach alfa değeri
Son 1 haftada ne sıklıkla,		
Madde 1, ...istediniz?	36,27	0,84
Madde 2, ...ihtiyaç duydunuz?	36,89	0,84
Madde 3, ...onu kullanma isteğiniz güçlüydü?	36,45	0,84
Madde 4, ...zihninizde canlandırdınız?	39,19	0,84
Madde 5, ...tadını hayal ettiniz?	40,50	0,83
Madde 6, ...kokusunu hayal ettiniz?	40,72	0,83
Madde 7, ...ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?	40,86	0,83
Madde 8, ...bedeninizin nasıl hissedeceğini hayal ettiniz?	39,52	0,83
Madde 9, ...onu düşünmemeye çabaladınız?	40,80	0,86
Madde 10, ...düşünceler ısrarcıydı?	40,18	0,85
Madde 11, ...başka şeyler düşünmek zordu?	40,62	0,85

4.3.2.2 Test-Tekrar Test Güvenirlik Bulguları

Belirli bir zaman aralığıyla tekrar uygulanan ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla pearson momentler çarpımı korelasyon analizi uygulanmıştır.

4.3.2.2.1. Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç (AYÖ-Güç)

Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla ilk uygulanan AYÖ-Güç ile ikinci defa uygulanan AYÖ-Güç, pearson momentler çarpımı korelasyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Korelasyon katsayısı 0,89 olduğundan, anketler arasında yüksek düzey korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 20: Farklı Zamanlarda İki Defa Uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Anketleri Arasındaki Korelasyon Değeri

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç		Aşerme Yaşantı Ölçeği-Güç Tekrar-Test		r	p
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,896	0,000
52,42	26,82	52,23	25,20		

4.3.2.2.2. Aşerme Yaşantı Ölçeği Sıklık (AYÖ-Sıklık)

Test-tekrar test güvenirliliğini değerlendirmek amacıyla ilk uygulanan AYÖ-Sıklık ile ikinci defa uygulanan AYÖ-Sıklık, pearson momentler çarpımı korelasyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Korelasyon katsayısı 0,90 olduğundan, anketler arasında çok yüksek düzey korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 21: Farklı Zamanlarda İki Defa Uygulanan Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Anketleri Arasındaki Korelasyon Değeri

Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık		Aşerme Yaşantı Ölçeği-Sıklık Tekrar-Test		r	p
Ortalama	±SS	Ortalama	±SS	0,905	0,000
49,62	25,06	43,20	24,34		

5. TARTISMA

5.1. Ölçek Çevirisi

Ölçek adaptasyonu için ölçeğin bir dilden başka bir dile çevrilmesi, dikkat edilmesi gereken bazı hususları içerir. Çeviri sürecinde sadece dilin özelliklerinin değil, kültür özellikleri de dikkate alınmalıdır (152).

Türkçe’de, sigara içen kişilerdeki “craving”i tam anlamıyla tanımlayan bir kelime yoktur. Ölçek çeviri aşamasında, iyi İngilizce bilen konu alanı uzmanı araştırmacılar tarafından “aşerme” kelimesinde karar kılınmıştır. Ancak, etik kurul izni için başvurulduğunda, kurul tarafından “yoksunluk” çevirisi önerilmiştir. Konuyla ilişkili literatür incelemesi yapıldığında; Evren ve arkadaşlarının yaptığı “Validation Study of the Turkish Version of the Craving Typology Questionnaire (CTQ) in Male Alcohol-Dependent Patients” isimli araştırmaya rastlanmıştır. Bu yayında “craving” kelimesi “aşerme” olarak çevrilmiştir (153). Ayrıca “Bağımlılık Profil İndeksi’nin (BAPİ) Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenilirliği” çalışmasında kullanılan “Substance Craving Scale” ölçeği Türkçe’ye “Madde Aşerme Ölçeği” olarak çevrilmiştir (150). Altıntoprak ve arkadaşlarının yaptığı, “Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği” çalışmada “withdrawal” kelimesi yoksunluk olarak çevrilmiştir (154). Bu nedenlerden ötürü “craving” kelimesinin “aşerme” olarak çevrilmesi uygun görülmüştür. İlgili kanıtlar sunulduktan sonra, Etik Kurul tarafından, “craving” kelimesinin “aşerme” olarak çevrilmesine onay verilmiştir. Ölçeğin diğer kısımlarının çevirisinde de aynı titizlik gösterilmiştir.

5.2. Örneklem Seçimi

Araştırmaların evrene genellemesini sağlamak için geniş bir alanda kullanılacak bilgiler elde etmek önemlidir (155). Örneklem seçiminin uygunluğunun, ölçek geliştirme ya da uyarlama çalışmasında önemli bir yeri vardır. Örneklem büyüklüğü araştırmanın gücüyle, örneklem yöntemi ise araştırmanın toplumu temsil etmesiyle ilişkilidir (156).

Örneklem büyüklüğünün kaç olması gerektiği konusunda görüş birliği yoktur. Faktör analizi yapılacak çalışma için örneklem sayısını belirlemede, ölçeğin madde sayısı dikkate alınabilir. Bununla birlikte toplam katılımcı sayısı üzerinden de örneklem sayısı belirlenebilir. Açıklayıcı faktör analizi kullanılacak araştırmalar için madde başına 10 katılımcıdan veri toplanması gerektiği yönünde çalışmalar vardır. Ancak sonradan yapılan simülasyon çalışmasında bu oranı kullanarak yapılan faktör analizi sonuçlarının çoğunun yanlış olduğu görülmüştür. Bu nedenle örneklem sayısı için madde başına en az 20 katılımcı dahil etmek

daha sağlam bir yöntem olarak görünmektedir (156). Bunun yanı sıra, örneklemenin madde sayısının 10 katı olması ve bu sayının da 200'den az olmaması gerektiği görüşünü benimseyenler vardır (157). Gorsuch ve Kline ise örneklem büyüklüğünün en az 100 kişiden oluşmasını önermiştir. Comrey ve Lee rneklem büyüklüğünü katılımcı sayısına göre sınıflayarak 50-çok zayıf, 100-zayıf, 200-kabul edilebilir, 300-iyi, 500-çok iyi, 1000 ve üzeri mükemmel olarak ifade etmiştir (158) .

Bizim araştırmamızda Gorsuch ve Kline'in nerisi dikkate alınır ise örneklem sayısı en az 100 kişi olmalıdır. Araştırmada kullanılan ölçek, her biri 11 maddelik iki alt ölçekten oluşmaktadır. Bu araştırmada katılımcıların nikotin bağımlılığını belirlemek için FNBT kullanılmıştır. Bu testin sonucunda kişiler nikotin bağımlılığına göre beş kategoriye ayrılmıştır. Bu alt gruplar tabaka olarak kabul edilmiştir. Her alt grup için gereken örneklem sayısı 110 olarak hesaplanmıştır. Yetersiz rneklem büyüklüğü ihtimalini göz önünde bulundurarak %20'lik bir hasta popülasyonu eklenerek örneklem büyüklüğü her alt gruptan 150 kişi olmak üzere; toplamda 750 kişi olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın örnekleme, seçkisiz olmayan uygun örnekleme metodu ile seçilmiştir. Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenirliği çalışmasında 18 yaş ve üstü kişiler dahil edilmiştir, bu sebepten ötürü bu çalışmada 18 yaş ve üzeri katılımcılar yer almaktadır. Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenirliği çalışmasında çalışma grupları oluşturularak, sigara içme durumu farklı olan (sigara kullanan/sigarayı bırakmış olan/sigarayı bırakmak isteyen vs.) katılımcılar dahil edilmiştir. Bu çalışmanın bulgularında yalnızca "her gün sigara içen" kişiler yer almıştır.

Kişilerin eski içici olarak adlandırılabilmeleri için en az altı aydır sigarayı bırakmış durumda olması gerekir (159). Bu nedenle çalışmaya sigara içenlerin yanı sıra, son altı ay içinde sigarayı bırakmış kişiler de dahil edilmiştir ancak sayının (n=8) yeterli olmamasından ötürü analiz sonuçlarını etkilememesi için çalışma dışı bırakılmasına karar verilmiştir. Alkol ve madde bağımlısı olan kişiler ise bağımlılıkla ilgili karıştırıcı faktör olmalarından ötürü çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

May ve arkadaşları; CEQ için, toplamda 12 farklı çalışma grubundan oluşan 1230 kişiyi araştırmaya dahil etmişlerdir. Her grupta çikolata, yiyecek, sigara ve alkol aşermesinden birinin ölçülmesi hedeflenmiştir. On iki çalışma grubundan üç tanesi, toplamda 312 katılımcıyla sigara aşermesini ölçmeyi hedeflemiştir (8).

Aşerme Yaşantı leği'nin kullanıldığı farklı çalışmalar vardır. Andrade ve arkadaşları, görsel imgelerin aşermeye rolü olduğu hipoteziyle, 63 kişinin katıldığı bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada çikolata aşermesi incelenmiştir. Kişilerin aşermesini ölçmek için kullanılan araçlardan birisi de Aşerme Yaşantı leği'dir. Bu araştırmada, belleği çeşitli uyarılarla

meşgul ederek, kişinin aşermenin değişip değişmediği incelenmiştir. Çalışma belleğinin görsel mekansal kopyalama bölümünü meşgul ederek, aşermenin azaltılabileceği sonucuna varılmıştır (160).

Tetris oynamanın, aşermeyi azalttığı bilgisiyle, Brown ve arkadaşları 31 öğrencinin aşermesini tetris oyunu öncesi ve sonrasında değerlendirmiştir. Katılımcılar bir hafta boyunca aşermelerini raporlamışlardır. Çalışmanın sonunda tetris oynayanların aşermesinde %13,9 oranında azalma olmuştur. Bu çalışma; görsel kognitif müdahalelerin sadece yemeye ilgili aşermeyi değil, aktivite ya da diğer madde (nikotin, kafein, alkol, seks vb.) aşermelerini de azaltabileceğini gösterdiği için önemlidir (161).

“Alcohol Craving Experience Questionnaire”, 651 katılımcının dahil olduğu bir çalışmayla geliştirilmiştir. Alkol ve madde bağımlılığı hasta servisinden katılımcılar, alkol kullanım bozukluğuyla ilgili bir randomize kontrollü çalışmadaki katılımcılar ve alkol aşermesine dayalı bir çalışmadaki üniversite öğrencileri dahil edilmiştir. Dokuz maddesi ön gelişimsel çalışmadan elde edilmek üzere 29 madde geliştirilmiştir. Alcohol Craving Experience Strength (ACE-Strength) ve Alcohol Craving Experience Frequency (ACE-Frequency) olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. ACE-S duyusal görüntünün canlılığını değerlendirirken, ACE-F arzuya ilgili düşüncelerini değerlendirir.

Bizim çalışmamız 744 kişi ile tamamlanmıştır. Aşerme Yaşantı Ölçeği'nin kullanıldığı diğer çalışmaların örneklem sayıları göz önüne alındığında, örneklem sayısının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

5.3. Katılımcıların Özellikleri

Türkiye Sağlık araştırmasına göre her gün sigara içen 15 yaş ve üzeri erkeklerin oranı %40,1 iken kadınların oranı %13,3'tür (162). Her gün tütün ürünü kullanımı erkeklerde kadınlara göre 3 kat fazladır (23). Bu çalışmada katılımcıların %38,4'ü kadın, %61,6'i erkektir. Kadınların aile sağlığı merkezine başvurularının erkeklerden yüksek olması sigara içen kadınlar payında artışa neden olmuş olabilir (163,164). Yaş grupları karşılaştırıldığında; KYTA'na göre sigara içenler 25-44 yaş aralığında en fazla iken sayıca en az grup ≥ 65 yaş ve üzeri olup bu çalışmanın sonuçları ile uyumludur. KYTA'na katılan katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, sayıca en fazla grup lise ve dengi mezunu olanlar iken, okula gitmemiş olan grup sayıca en azdır (23). Bizim çalışmamızda ise okuryazar olanlar %2,2, ilköğretim-ortaokul %33,1 lise ve dengi mezunu olanlar %31,7, üniversite ve üzerini bitirenler %33,1 oranındadır. Bu çalışmadaki katılımcıların eğitim durumu ile KYTA'na katılan katılımcıların eğitim durumu oranları karşılaştırıldığında bu çalışmada eğitim düzeyi

daha yüksek çıkmıştır. Bu farkın sebebi, çalışmanın yapıldığı bölgelerin merkez ilçelerden olmasından kaynaklı sosyokültürel düzeyin yüksek olması olabilir.

KYTA'na göre günde içilen sigara sayısı ortalaması 19,2 iken bu çalışmada 20,55 bulunarak benzer bir sayı elde edilmiştir. Sigara bırakma polikliniğinde sigarayı bırakmak isteyen katılımcılarla yapılan çalışmalarda Demir ve arkadaşları katılımcıların paket/yıl ortalamasını 32,86 bulurken Yaşar ve arkadaşları paket/yıl ortalamasını 23 olarak beyan etmiştir (165,166). Bu çalışmadaki paket/yıl miktarı ortalaması ise 25,62'dir. İskoçya'da birinci basamakta yapılan çalışma 25 paket/yıl ortalama ile bu çalışmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir (167). FNBT puan dağılımına bakılacak olduğunda; Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların FNBT puan ortalaması 5,72 iken, bu çalışmada 4,32 bulunmuştur (165). Eş zamanlı benzer ölçek olarak kullanılan Madde Aşırma Ölçeği, daha önce sigara ile ilgili bir çalışmada kullanılmadığından, katılımcıların demografik verileri açısından karşılaştırma yapılamamıştır.

5.4. Geçerlik

5.4.1. Yapı Geçerliği

Faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve açıklayıcı faktör analizi olmak üzere iki ana başlıkta toplanabilir (120). Doğrulayıcı faktör analizi, araştırmacının kuramını test etmesi için kullanılır. Bu nedenle araştırmacı ölçek sorularının neyi ölçtüğünü kuramsal olarak bilmelidir. Araştırmacılar ilk önce açıklayıcı faktör analizi ile saptadıkları madde ve alt boyutları bir model olarak kabul edip, doğrulayıcı faktör analizi ile bu modeli test ederek doğruluğundan emin olmak istemektedirler (157). “Alcohol Craving Experience Questionnaire” ölçeğinin “Craving Experience Questionnaire”a uyarlamasında doğrulayıcı faktör analizi kullanılırken, “Craving Experience Questionnaire”ın Türkçe'ye uyarlanmasında açıklayıcı faktör analizi öncelikle tercih edilmiştir.

Faktör analizine başlamadan önce, korelasyon matrisinin faktörleşebileceği test edilerek değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi belirlenmelidir. Bu ilişkilerin gücü için KMO Örneklem Yeterliliği Ölçütü ve Bartlett Küresellik testi bakılabilir (120). AYÖ-Güç ve AYÖ-Sıklık için KMO değeri sırasıyla 0,87 ve 0,83 olarak bulunmuştur. Bu değerler değişkenlerin iyi düzeyde faktörleşebileceğini, faktör analizine uygunluğunu gösterir.

Bartlett Küresellik Testi uygulanarak değişkenler arası korelasyon test edilir ve farklılık bulunursa veri setinin faktör analizi için uygun olduğuna karar verilir (168). Bu çalışmada Bartlett testi (Bartlett testi AYÖ-Güç için ($\chi^2=5138,774$ $p=0,000$), AYÖ-Sıklık için ($\chi^2=5252,873$ $p=0,000$) olarak saptanmış olup bu sonuç anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Temel Bileşenler Analizi; çok sayıdaki değişkeni, veriyi açıklayan daha az sayıdaki değişkene indirmeye yardımcı olur (120). “Kaiser Ölçütü” ve “Scree Plot” yöntemi paralel olarak kullanılarak faktör sayısı belirlenmiştir. “Kaiser Ölçütü” ve “Scree Plot” yöntemi kullanılarak bu çalışmada AYÖ-Güç ve AYÖ-Sıklık’ın üç faktör yapısına sahip olduğu bulunmuştur. CEQ uyarlanırken çalışma grupları ayrı ayrı faktör analizi yapılması için yeterli büyüklükte olmadığından ötürü bütün çalışma grupları birleştirilerek değerlendirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizleri uygulandığında üç faktörlü yapının tek faktörlü yapıdan daha iyi açıkladığı ortaya konulmuştur. ACE-S ve ACE-F için yapılan açıklayıcı faktör analizinde, ölçeklerin bu çalışmaya benzer sonuçla üç faktör yapısında olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızdaki sonuçlarla da benzerdir.

“Craving Experience Questionnaire” ölçeğinin uyarlandığı “Alcohol Craving Experience Questionnaire” toplamda 651 katılımcının olduğu bir çalışmayla geliştirilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. KMO değeri ACE-S ve ACE-F için 0,88 ve 0,90 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu değerler 0,87 ve 0,83’tür.

Ölçeğin faktör yapısının gücü, elde edilen varyans oranlarıyla anlaşılabilir. Varyans oranının %40 ile %60 arasındaki yeterli kabul edilmektedir (123). Oblik döndürme yöntemiyle ACE-S için birinci faktör %52,99 varyansa sahipken, ikinci faktör %11,95, üçüncü faktör %9,41 varyansa sahiptir. Bizim çalışmamızda dik döndürme kullanılarak bu değerler %48,33, %16,83, %10,16 ile benzer oranlarda bulunmuştur. ACE-F için ise birinci faktör %57,42 varyansa sahipken, ikinci faktör %10,00, üçüncü faktör %7,49 varyansa sahiptir. Bizim çalışmamızda bu değerler %42,93, %19,15, %14,52 olarak bulunmuştur.

Herhangi bir faktöre yeterli düzeyde yük vermeyen (genellikle 0,30’un altında) maddelerin analizden çıkarılması önerilebilir. Faktörlerin kararlı ve güçlü olarak nitelendirilebilmesi için beş ve daha fazla sayıda maddenin faktöre 0,50 ve üzeri yükü bağlanması gereklidir (120). Yüksekbilgili, faktör yük değerlerinin 0,45 ya da daha yüksek olmasının iyi bir ölçü olmakla birlikte bu oranın 0,30’a kadar indirilebileceğini belirtmiştir (169). ACE için faktör tanımlamada 0,40 ve üzeri faktör yükü olan değişkenler kullanılmıştır. Bu çalışmada AYÖ-Güç için faktör yük değeri en küçük olan madde 0,554 ile “Tam o anda ne kadar canlı bir şekilde zihninizde canlandırdınız?” iken faktör yük değeri en büyük olan madde 0,888 ile “Tam o anda ne kadar canlı bir şekilde kokusunu hayal ettiniz?”dir. AYÖ-Sıklık için faktör yük değeri en küçük olan madde 0,592 ile “Son 1 haftada ne sıklıkla zihninizde canlandırdınız?” iken faktör yük değeri en büyük olan madde 0,931 ile “Son 1

haftada ne sıklıkla düşünceler ısrarcıydı?”dır. Ölçeğin bütün maddelerinin faktör değerleri 0,50'nin üzerindedir. Bu nedenle ölçekten madde çıkarılmamıştır.

5.4.2. Ölçüt Geçerliliği

Eş zamanlı geçerliliği test etmek için ölçek aynı veya ilişkili bir yapıyı inceleyen ve daha önce geçerliliği ispat edilmiş başka bir ölçekle aynı zamanda uygulanarak aradaki bağıntıya bakılır (136). Sigara içenlerde aşermeye ilişkin güç ve sıklığı bir arada ölçen Türkçe bir ölçek/test/envanter yoktur. Esasında Madde Aşerme Ölçeği, sigara içen kişilerde daha önce çalışılmamıştır. DSM-5'e göre; tütün kullanım bozukluğu, Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları başlığının altında yer alır (65). Aşerme kavramının kökeni, ortak bir teoriye dayanır. Bu sebepten ötürü, sigara içen kişilerde kullanımına uygun olabileceği düşünülerek eş zamanlı ölçüt geçerliliğini değerlendirmek için kullanılmıştır. AYÖ ve MAÖ arasında zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur (AYÖ-Güç için $r = 0,469$ $p=0,000$; AYÖ-Sıklık için $r = 0,406$ $p=0,000$).

AYÖ ve nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan FNBT arasında zayıf düzeyde korelasyon (AYÖ-Güç için $r = 0,381$ $p=0,000$; AYÖ-Sıklık için $r = 0,305$ $p=0,000$) bulunmuştur. Bu ilişki aşerme ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Ayrıca FNBT puan gruplarına göre AYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. AYÖ en yüksek ortalamasının, çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olan grupta olması bu savı destekler niteliktedir.

FNBT ve MAÖ korelasyonuna bakıldığında, aralarında zayıf düzeyde korelasyon ($r = 0,480$ $p=0,000$) saptanmıştır.

5.5. Güvenirlilik

5.5.1. İç Tutarlılık Analizi

Bir ölçeğin güvenirliliği, gözlenen toplam değişkenlik içindeki hata kaynaklı pay arttıkça azalır. Güvenirlilik dolaylı yollardan belirlenebilir çünkü hatasız, gerçek ölçümler belirlenemez. Bu yollardan biri de iç tutarlılık katsayısı için cronbach alfa formülünün kullanılmasıdır (120).

May ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada CEQ-S için cronbach alfa değeri 0,91 bulunurken, Andrade ve arkadaşları çikolata aşermesini kullanarak yaptığı çalışmada CEQ-S 0,93-0,97 arasında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda AYÖ-Güç için cronbach alfa değeri 0,89 bulunmuştur.

May ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada CEQ-F için cronbach alfa değeri 0,94 bulunurken, Andrade ve arkadaşları CEQ-F için cronbach alfa değerini 0,97 bulmuştur. Bizim çalışmamızda AYÖ-Sıklık için 0,85 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler 0,80'in üzerinde olup, toplam ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu yansıtır.

AYÖ-Güç alt boyutları için cronbach alfa değerleri 0,86 ile 0,88 arasında değişkenlik gösterir. Statham ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ACE-S alt boyutları için cronbach alfa değerleri 0,80-0,94 arasında değişkenlik gösterir.

AYÖ-Sıklık alt boyutları için cronbach alfa değerleri 0,83 ile 0,89 arasında değişkenlik gösterir. Statham ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ACE-F alt boyutları için cronbach alfa değerleri 0,86-0,93 arasında değişkenlik gösterir.

Bu değerler bizim çalışmamızdaki iç tutarlılık katsayısıyla örtüşmektedir.

5.5.2. Test-Tekrar Test Analizi

Test-tekrar test yöntemi, güvenilirlik kestiriminde kullanılan yöntemlerden biridir. Aynı bireylerden oluşan örnekleme, aynı ölçeğin ya da testin iki ayrı durumda uygulanmasıdır (170). İki uygulama arasında ne kadar süre olması gerektiğine ilişkin bir karar verilmelidir. Bu zaman aralığı önemli hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman olmalıdır (130). Aralıklı yöntemde bırakılacak zaman aralığı iki haftadan az, dört haftadan fazla olmamalıdır (171).

AYÖ-Güç ile ikinci defa uygulanan AYÖ-Güç, pearson momentler çarpımı korelasyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Korelasyon katsayısı 0,89 olduğundan, anketler arasında yüksek düzey korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır.

AYÖ-Güç ile ikinci defa uygulanan AYÖ-Güç, pearson momentler çarpımı korelasyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Korelasyon katsayısı 0,90 olduğundan, anketler arasında çok yüksek düzey korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgu ölçeğin değişik zamanlarda yapılan ölçümlerde kararlı sonuçlar ürettiğini göstermektedir.

5.6 Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Araştırmanın güçlü yönlerinden birisi; örneklem sayısının fazlalığıdır. Araştırmadaki örneklem sayısı, literatürde belirtilenden daha fazladır. Ayrıca veri kaybının olmaması adına, katılımcıların bütün soruların yanıtlanmış olmasına dikkat edilmiştir. Çalışmamız, İzmir ilinde birkaç merkezi kapsayacak şekilde birinci basamakta uygulanmıştır. Kişilerin sağlık hizmetleriyle ilk temas noktası olması sebebiyle, birinci basamakta yapılan çalışmalar büyük önem arz etmektedir. Sigara bırakmada aşerme, Türkiye'de henüz yaygın olarak çalışılmamış

bir konudur. Farkındalık yaratmak adına önemlidir. Aşermenin hem sıklık hem de gücünü tanımlayabilen ilk çalışma olması da çalışmanın güçlü yanlarından birisidir.

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklem sayısının büyüklüğüne karşın; belirlenen zaman diliminde FNBT alt gruplarının bazılarında, planlanan minimum sayıya ulaşamamıştır. Faktör analizi yapabilmek için gereken minimum örneklem sayısı konusunda görüş birliği yoktur. Comrey ve Lee örneklem büyüklüğünü katılımcı sayısına göre sınıflayarak 50-100 arasını çok zayıf olarak nitelendirmiştir (158). Bizim çalışmamızda planlanan minimum sayıya ulaşamamasına rağmen, bütün alt grupların örneklem sayısı 50'den fazladır. Ayrıca FNBT puan gruplarının oluşturduğu tabaka göz ardı edildiğinde 744 kişiye ulaşılması, örneklem büyüklüğü olarak yeterli bir sayıdır. Diğer bir kısıtlılık olarak; bizim çalışmamıza, DSÖ'nün "yalnızca her gün sigara içenler" olarak tanımladığı grup dahil edilmiştir. Türkiye'de her gün sigara içenlerin oranı %24,7 iken, ara sıra sigara içenlerin oranı %3,8'dir (23). Ara sıra sigara içenleri dahil edebilmek, daha büyük örneklem sayısı ve daha fazla zaman gerektirir. Ara sıra sigara içenlerin aşermesinin, her gün sigara içenlerden farklı yapılarla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (172). Bu nedenle çalışmaya "yalnızca her gün sigara içenler" grubunu dahil etmek çalışmanın bütün tütün içicilerine genellenebilirliğini kısıtlamasına rağmen, homojen bir grubu daha iyi tanımlama fırsatı vermiştir. Nikotin içeren diğer tütün ve tütün ürünleri içicileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Türkiye'de sigara içenlerin %96,5'i mamul sigara kullanmaktadır (23). Birinci basamakta tütün kullanıcılarından en sık olarak sigara içen kişi ile karşılaşılacağı için çalışmanın sonuçlarını etkilemediği varsayılmıştır. Ayrıca katılımcıların yaşı açısından üst sınır kısıtlaması olmasa da, 18 yaş altı kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Sigaraya başlama yaşının düşüklüğü göz önüne alınırsa, 18 yaş altındaki kişiler için bu sonuçların geçerliliği tartışmalıdır. AYÖ sonucunda bize puan vermektedir, bu puan için belirlenmiş bir kesim noktası yoktur. Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinden farklı olarak, aşerme için düşük-orta-yüksek düzeyde gibi bir sınıflamaya; orijinal ölçeğin makalesi de dahil olmak üzere literatürde rastlanmamıştır. Aşerme düzeyini kategorik olarak tanımlanmanın sağlayacağı fazladan yarar, tartışmalıdır.

6. SONUÇLAR

Jon May ve ark. tarafından geliştirilmiş olan Craving Experience Questionnaire'ın Aşerme Yaşantı Ölçeği olarak Türkçe uyarlaması yapılmış ve uyarlanan ölçek geçerli ve güvenilir olarak saptanmıştır.

Bu çalışma ile Aşerme Yaşantı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu, sigara içen kişilerde aşermenin değerlendirilmesi için ülkemizde kullanılabileceği görülmüştür.

6.1. Geçerlik Sonuçları

6.1.1. Yapı Geçerliği Sonuçları

Analiz sonuçlarına göre verilerin faktör analizine uygun olduğu saptanmış ve faktör analizi için ilk basamak olarak faktör yapısı açıklanmıştır.

Ölçeğin orijinal yapısıyla benzer şekilde; faktör analizi ile AYÖ-Güç ve AYÖ-Sıklık maddelerinin “imgesel”, “yoğunluk” ve “zorlama” olmak üzere 3 faktör (alt boyutlar) altında toplandığı belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bütün maddeler, orijinal ölçeğe paralel şekilde, aynı faktör altında yer almaktadır. Madde faktör yük değerlerinin yüksek olduğu ve yeterli faktör yüküne sahip olduğu belirlenmiştir. Açıklanan toplam varyans AYÖ-Güç için yaklaşık %75,3, AYÖ-Sıklık için %76,61'dir.

6.1.2. Ölçüt Geçerliği Sonuçları

Ölçekten elde edilen puanın başka bir ölçütle aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesidir (137). Eş zamanlı veya ön kestirim ile ölçüt geçerliği değerlendirilebilir.

Bizim çalışmamızda eş zamanlı geçerlik yöntemi için Madde Aşerme Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca kişilerin bağımlılık düzeyini belirlemek adına, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi de kullanılmıştır. Bu iki ölçeğin, AYÖ ile arasındaki korelasyon, pearson momentler çarpımı korelasyon analiziyle incelenmiştir ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu AYÖ'nin aşermeyi değerlendirmede kullanılabileceğini doğrulamaktadır.

6.2. Güvenirlik Sonuçları

6.2.1. İç Tutarlılık Analiz Sonuçları

Yapılan iç tutarlılık analizinde, ölçekteki her bir maddenin çıkarılması durumunda hesaplanan cronbach alfa değerleri 0,83 ile 0,89 arasında değişmektedir. AYÖ'nin yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır.

6.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği Sonuçları

Aynı bireylere farklı zamanlarda iki kez uygulanan ölçeğin güvenirliğini değerlendirmek amacıyla, pearson momentler çarpımı korelasyon analizine bakılmıştır. AY- G için 0,89 olarak bulunmuştur. İki lek arasında yüksek düzey korelasyon vardır. AY- Sıklık için bu sayı 0,90 olarak hesaplanmış olup, iki ölçek arasında çok yüksek düzey korelasyon vardır. AY'nin farklı zamanlarda uygulandığında, benzer sonuçlar verdiği ortaya koyulmuştur.



7. ÖNERİLER

Sigara bırakmayla ilgili bazı engeller mevcuttur. Bu engelleri belirlemek, tanımlamak ve mümkünse ortadan kaldırmak, sigara bırakma tedavilerinin başarısını artırır. Aşerme, sigarayı bırakanlarda relapsın en tutarlı göstergesidir ve aşermenin azaltılması sigara bırakma tedavilerinin ana hedefidir. Aşerme, bir maddeyi istemenin öznel deneyimidir. Aşermenin temelinde yatan teori aynıdır. Zihin, beden ya da çevre tarafından tetiklenen düşüncelerin başlattığı, bilişsel-duyuşsal bir fenomen olduğu savunulmaktadır. Aşermenin kökeni genel bir teoriye dayandığı için, aşermenin tetiklendiği ve devam ettiği durumların ortaya konulması, müdahalelerin başarısını artırabilir.

Sigara içen kişilerde, poliklinik koşullarında bu ölçeğin uygulanarak aşermenin belirlenmesi, kişinin tedavi uyumunu ve başarısını artırabilir. Ölçeğin kullanılabilirlik alanını genişletmek amacıyla; sigarayı bırakmak isteyenler, sigarayı bırakmış olanlar gibi farklı örneklem gruplarında geçerlik ve güvenilirliğinin çalışılması ihtiyacı, diğer araştırmacılara bir fikir verebilir.

8. KAYNAKLAR

1. WHO | Tobacco [Internet]. WHO. World Health Organization. 2017 [cited 2017 Dec 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
2. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Policies of tobacco control in Turkey. WHO Regional Office for Europe. 2010;1–98.
3. Şengezer T. Tütün bağımlılığında bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):97–103.
4. Erdiñç M, Gülmez İ. Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. 2013;4–23.
5. Benowitz NL, Henningfield JE. Reducing the nicotine content to make cigarettes less addictive. Tobacco Control. 2013;22(Suppl. 1):i14–17.
6. Potvin S, Tikász A, Dinh-Williams LLA, Bourque J, Mendrek A. Cigarette cravings, impulsivity, and the brain. Frontiers in Psychiatry. 2015;6(Sep):125.
7. Killen JD, Fortmann SP. Craving is associated with smoking relapse: findings from three prospective studies. Experimental and clinical psychopharmacology. 1997;5(2):137–142.
8. May J, Andrade J, Kavanagh DJ, Feeney GFX, Gullo MJ, Statham DJ, et al. The Craving Experience Questionnaire: A brief, theory-based measure of consummatory desire and craving. Addiction. 2013;109(5):728–735.
9. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. JAMA - Journal of the American Medical Association. 2014;311(2):183–192.
10. WHO. Prevalence of tobacco smoking [Internet]. Global Health Observatory (GHO) data. 2017 [cited 2017 Dec 23]. Available from: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>
11. World Health Organization (WHO). Data and statistics [Internet]. Tobacco. 2017 [cited 2017 Dec 23]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>
12. Greenhalgh EM, Bayly M, Winstanley MH. 1.13 International comparisons of prevalence of smoking. Tobacco in Australia: Facts and issues. Scollo MM, Winstanley MH, editors. Melbourne Cancer Council Victoria; 2015. Available from: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-3-prevalence-of-smoking-adults>

13. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994;3:242–247.
14. Reiss K, Schunck R, Razum O. Effect of length of stay on smoking among Turkish and Eastern European immigrants in Germany-interpretation in the light of the smoking epidemic model and the acculturation theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;12(12):15925–15936.
15. American Cancer Society. *Tobacco Control Country Profiles 2003*. Shafey O, Dolwick S GG, editor. Atlanta; 2003.
16. Şahinli AS. Sigara içen ve içmeyen gebelerin kord kanında oksidatif stres faktörleri ve iskemi modifiye albumin düzeylerinin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi; 2008.
17. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. *Tobacco questions for surveys: A subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS)*. 2nd edition. Atlanta; 2011.
18. World Health Organization (WHO). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*. World Health Organization. 2017.
19. The Future of Tobacco [Internet]. WHO. 2017 [cited 2017 Dec 23]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas38.pdf>
20. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye 'de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2012;10(2):93–115.
21. Satman İ, Turdep Çalışma Grubu. *TURDEP-II Sonuçlarının Özeti*; 32. TEMD Kongresi Sunumu. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği, 13-17 Ekim 2010, Antalya
22. Tezcan S, Yardım N. Türkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2003;51(4):390–397.
23. Sağlık Bakanlığı. *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012*. Ankara; 2014.
24. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta; 2014.
25. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual review of pharmacology and toxicology*. 2009;49:57–71.
26. *World Health Statistics 2014*. World Health Organization; 2014.
27. Hays JT, Ebbert JO. Bupropion for the treatment of tobacco dependence: guidelines for balancing risks and benefits. *CNS drugs*. 2003;17(2):71–83.

28. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.
29. Chu K-M, Cho CH, Shin VY. Nicotine and gastrointestinal disorders: its role in ulceration and cancer development. *Current pharmaceutical design*. 2013;19(1):5–10.
30. Kadakia SC, De La Baume HR, Shaffer RT. Effects of transdermal nicotine on lower esophageal sphincter and esophageal motility. *Digestive diseases and sciences*. 1996;41(11):2130–2134.
31. Tolstrup JS, Kristiansen L, Becker U, Grønbaek M. Smoking and risk of acute and chronic pancreatitis among women and men. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169(6):603–609.
32. Mahid SS, Minor KS, Soto RE, Hornung CA, Galandiuk S. Smoking and inflammatory bowel disease: A meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006;81(11):1462–1471.
33. Saussure P, Clerson P, Prost P-L, Truong Tan N, Bouhnik Y, Gil-Rch. Appendectomy, smoking habits and the risk of developing ulcerative colitis: a case control study in private practice setting. *Gastroenterologie clinique et biologique*. 2007;31(5):493–497.
34. Allam MF, Campbell MJ, Hofman A, Del Castillo AS, Navajas RFC. Smoking and Parkinson's disease: Systematic review of prospective studies. *Movement Disorders*. 2004;19(6):614–621.
35. Zhou B, Yang L, Sun Q, Cong R, Gu H, Tang N, et al. Cigarette smoking and the risk of endometrial cancer: A meta-analysis. *The American Journal of Medicine*. 2008;121(6):501–508.
36. US Department of Health and Human Services. Women and smoking: a report of the Surgeon General. (US), Office on Smoking and Health. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2001.
37. Jeyabalan A, Powers RW, Durica AR, Harger GF, Roberts JM, Ness RB. Cigarette smoke exposure and angiogenic factors in pregnancy and preeclampsia. *American Journal of Hypertension*. 2008;21(8):943–947.
38. Heishman SJ, Kleykamp BA, Singleton EG. Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology*. 2010;210(4):453–469.

39. Chaturvedi P, Mishra A, Datta S, Sinukumar S, Joshi P, Garg A. Harmful effects of nicotine. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*. 2015;36(1):24.
40. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 1996;36(1):597–613.
41. Karadağ F. Nikotin bağımlılığı ve tedavisi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*. 1997;8(1):129–138.
42. Collins AC, Luo Y, Selvaag S, Marks MJ. Sensitivity to nicotine and brain nicotinic receptors are altered by chronic nicotine and mecamylamine infusion. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*. 1994;271(1):125–133.
43. Benwell ME, Balfour DJ, Anderson JM. Evidence that tobacco smoking increases the density of (-)-[3H]nicotine binding sites in human brain. *Journal of neurochemistry*. 1988;50(4):1243–1247.
44. Clarke PB, Schwartz RD, Paul SM, Pert CB, Pert A. Nicotinic binding in rat brain: autoradiographic comparison of [3H]acetylcholine, [3H]nicotine, and [125I]-alpha-bungarotoxin. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 1985;5(5):1307–1315.
45. Dani JA, Bertrand D. Nicotinic acetylcholine receptors and nicotinic cholinergic mechanisms of the central nervous system. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 2007;47(1):699–729.
46. Corrigall WA, Coen KM, Adamson KL. Self-administered nicotine activates the mesolimbic dopamine system through the ventral tegmental area. *Brain Research*. 1994;653(1–2):278–284.
47. Herman AI, DeVito EE, Jensen KP, Sofuoglu M. Pharmacogenetics of nicotine addiction: role of dopamine. *Pharmacogenomics*. 2014;15(2):221–234.
48. Dempsey D, Tutka P, Jacob P, Allen F, Schoedel K, Tyndale RF, et al. Nicotine metabolite ratio as an index of cytochrome P450 2A6 metabolic activity. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2004;76(1):64–72.
49. Seaton MJ, Kyrematen GA, Vesell ES. Rates of excretion of cotinine, nicotine glucuronide, and 3- hydroxycotinine glucuronide in rat bile. *Drug Metabolism and Disposition*. 1993;21(5):927–932.
50. Bruin JE, Kellenberger LD, Gerstein HC, Morrison KM, Holloway AC. Fetal and neonatal nicotine exposure and postnatal glucose homeostasis: Identifying critical windows of exposure. *Journal of Endocrinology*. 2007;194(1):171–178.
51. Somm E, Schwitzgebel VM, Vauthay DM, Camm EJ, Chen CY, Giacobino JP, et al.

- Prenatal nicotine exposure alters early pancreatic islet and adipose tissue development with consequences on the control of body weight and glucose metabolism later in life. *Endocrinology*. 2008;149(12):6289–6299.
52. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2004;83:1–1438.
 53. Smith EW, Smith KA, Maibach HI, Andersson PO, Cleary G, Wilson D. The local side effects of transdermally absorbed nicotine. *Skin Pharmacology and Physiology*. 1992;5(2):69–76.
 54. Benowitz NL. Nicotine and smokeless tobacco. *CA: a cancer journal for clinicians*. 1988;38(4):244–247.
 55. Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*. 1996 May;16(5):905–908.
 56. Jolma CD, Samson RA, Klewer SE, Donnerstein RL, Goldberg SJ. Acute cardiac effects of nicotine in healthy young adults. *Echocardiography (Mount Kisco, NY)*. 2002 Aug;19(6):443–448.
 57. Miyata H, Yanagita T. Neurobiological mechanisms of nicotine craving. *Alcohol*. 2001;24(2):87–93.
 58. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: Etiology, animal models, epidemiology, and significance: A subjective review. Vol. 9, *Nicotine and Tobacco Research*. 2007. p. 329–339.
 59. Hughes JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(5):689–697.
 60. Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2011;108(37):15037–15042.
 61. DiFranza JR. A 2015 update on the natural history and diagnosis of nicotine addiction. *Curr Pediatr Rev*. 2015;11(1):43–55.
 62. West R, Ussher M. Is the ten-item Questionnaire of Smoking Urges (QSU-brief) more sensitive to abstinence than shorter craving measures? *Psychopharmacology*. 2010;(208):427–432.
 63. Ussher M, Beard E, Abikoye G, Hajek P, West R. Urge to smoke over 52 weeks of abstinence. *Psychopharmacology*. 2013;226(1):83–89.
 64. Ferguson SG, Shiffman S. The relevance and treatment of cue-induced cravings in

- tobacco dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;36(3):235–243.
65. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı. 5. baskı. Koroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
 66. Demirezen M, Kurçer M. Sigara İçme Arzusu Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(1).
 67. Sağlam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):78–89.
 68. DiFranza JR, Savageau J a, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti N a, McNeill AD, et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(4):397–403.
 69. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addictive behaviors*. 1999;24(2):155–166.
 70. Lairson DR, Harlow K, Cobb J, Harrist R, Martin DW, Ramby R, et al. Screening for patients with alcohol problems: Severity of patients identified by the CAGE. *Journal of Drug Education*. 1992;22(4):337–352.
 71. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004;6(2):327–348.
 72. Etter JF, Houezec J Le, Perneger T V. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: The cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(2):359–370.
 73. Piper ME, Piasecki TM, Federman EB, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, et al. A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(2):139–154.
 74. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004;52(2):115–121.
 75. Donny E, Griffin K, Shiffman S, Sayette M. The relationship between cigarette use, nicotine dependence, and craving in laboratory volunteers. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10(5):933.
 76. Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K. The fagerström test for nicotine

- dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991;86(9):1119–1127.
77. Demir T. Sigara bağımlılığı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008;62:231–238.
 78. Jung H-S, Kim Y, Son J, Jeon Y-J, Seo H-G, Park S-H, et al. Can urinary cotinine predict nicotine dependence level in smokers?. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2012;13(11):5483–5488.
 79. Sharma Acharya E. Assessment of Nicotine Dependence and its Demographic Correlates among African American Smokers. Faculty of the Graduate School of the University of Maryland; 2008.
 80. Jiloha R. Pharmacotherapy of smoking cessation. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014;56(1):87.
 81. Mengel M, Schwiebert L. Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma. 5. baskı. McGraw-Hill; 2013.
 82. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008;2:CD000165.
 83. Who want to Quit Smoking? FDA-Approved Products Can Help [Internet]. U.S. Food and Drug Administration Office. 2017 [cited 2017 Dec 21]. Available from: <https://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm198176.htm>
 84. Aubin H-J. Tolerability and safety of sustained-release bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs*. 2002;62(Suppl. 2):45–52.
 85. Inc PC. Champix (varenicline tartrate)-Product Monograph. Quebec; 2017.
 86. Schmelzle J, Rosser WW, Birtwhistle R. Update on pharmacologic and nonpharmacologic therapies for smoking cessation. *Canadian Family Physician*. 2008;54(7):994–999.
 87. Wadgave U, Nagesh L. Nicotine replacement therapy: An overview. *International Journal of Health Sciences*. 2016;10(3):425–435.
 88. Salepci B. Other pharmacological and developing treatments in smoking cessation/nicotine vaccines. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):118–127.
 89. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;6:CD001118.
 90. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory care*. 2000;45(10):1200–1262.

91. Wise L, Correia A. A review of nonpharmacologic and pharmacologic therapies for smoking cessation. *Formulary*. 2008;43(2):44–64.
92. Şahbaz S, Kılınc O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*. 2005;14(5):98–102.
93. Pihtili A, Galle M, Cuhadaroglu C, Kilicaslan Z, Issever H, Erkan F, et al. Evidence for the efficacy of a bioresonance method in smoking cessation: a pilot study. *Forschende Komplementarmedizin*. 2014;21(4):239–245.
94. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: Findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Medicine*. 2015;13(1):38.
95. United States. Public Health Service. Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking - Chronic Obstructive Lung Disease: A Report of the Surgeon General*. United States. Public Health Service. Office on Smoking and Health; 1984.
96. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMC Medicine*. 2004;328(7455):519
97. Carrozzi L, Falcone F, Carreras G, Pistelli F, Gorini G, Martini A, et al. Life gain in Italian smokers who quit. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(3):2395–2406.
98. IARC Handbooks of Cancer Prevention-Tobacco Control. *Reversal of Risk After Quitting Smoking*. Vol. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer World Health Organization; 2007.
99. Rodrigo C. The effects of cigarette smoking on anesthesia. *Anesthesia progress*. 2000;47(4):143–150.
100. U.S. Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Public Health, Center for Disease Control. 1990.
101. Shields M, Wilkins K. Smoking, smoking cessation and heart disease risk: A 16-year follow-up study. *Health Reports*. 2013;24(2):12–22.
102. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, Boyko V, Matetzky S, Shotan A, et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163(19):2301–2305.
103. Berkovitch A, Kivity S, Klempfner R, Segev S, Milwidsky A, Goldenberg I, et al. Time-dependent relation between smoking cessation and improved exercise tolerance in

- apparently healthy middle-age men and women. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2014;22(6):807–814.
104. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
 105. Banoczy J, Gintner Z, Dombi C. Effect of smoking on the development of oral leukoplakia. *Fogorvosi szemle*. 2001;94(3):91–6.
 106. Weinhold D, Chaloupka FJ. Smoking status and subjective well-being. *Tobacco Control*. 2017;26(2):195–201.
 107. Ussher M, West R, Steptoe A, McEwen A. Increase in common cold symptoms and mouth ulcers following smoking cessation. *Tobacco Control*. 2003;12(1):86–88.
 108. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. Vol. 9, *Nicotine and Tobacco Research*. 2007. p. 315–327.
 109. Royal College of Physicians of London. *Nicotine addiction in Britain. A report of the tobacco advisory group of the royal college of physicians*. London: Royal College of Physicians of London; 2000.
 110. Lycett D, Nichols L, Ryan R, Farley A, Roalfe A, Mohammed MA, et al. The association between smoking cessation and glycaemic control in patients with type 2 diabetes: A THIN database cohort study. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. 2015;3(6):423–430.
 111. Bardell D. Viability of six species of normal oropharyngeal bacteria after exposure to cigarette smoke in vitro. *Microbios*. 1981;32(127):7–13.
 112. Camner P, Philipson K, Arvidsson T. Withdrawal of cigarette smoking: a study on tracheobronchial clearance. *Archives of Environmental Health*. 1973;26(90):2.
 113. Griesel AG, Germishuys PJ. Salivary immunoglobulin A levels of persons who have stopped smoking. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 1999;87(2):170–173.
 114. Taylor G, McNeill A, Girling A. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g1151.
 115. Bush T, Lovejoy JC, Deprey M, Carpenter KM. The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity, and diabetes risk. *Obesity*. 2016;24(9):1834–1841.
 116. O’Hara P, Connett JE, Lee WW, Nides M, Murray R, Wise R. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. *American journal of*

- epidemiology. 1998;148(9):821–830.
117. Klesges RC, Somes G, Pascale RW, Klesges LM, Murphy M, Brown K, et al. Knowledge and beliefs regarding the consequences of cigarette smoking and their relationships to smoking status in a biracial sample. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association.* 1988;7(5):387–401.
 118. Brouwer RJN, Pomerleau CS. “Prequit attrition” among weight-concerned women smokers. *Eating Behaviors.* 2000;1(2):145–151.
 119. Türk Dil Kurumu [Internet]. [cited 2017 Dec 25]. Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a41b96e0cf590.02391699
 120. Yurdabakan İ, Çüm S. Scale development in behavioral sciences (based on exploratory factor analysis). *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2017;108–108.
 121. DeVellis R. *Scale development theory and applications.* 3. edition. Sage Publications; 2012.
 122. Tan Ş. *Öğretimde Ölçme ve Değerlendirme KPSS El Kitabı.* 8. baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2013.
 123. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Geçerlilik ve Güvenilirlik.* 1. basım. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. p. 50-420
 124. Eser E. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültüre Uyarlanması. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı.* İzmir: Emek Matbaası; 2004. p. 8–10.
 125. Öztürk NB, Şahin MG, Kelecioğlu H. A review of articles concerning scale adaptation in the field of education. *Eğitim ve Bilim.* 2015;40(178):123–137.
 126. Cronbach L. *Essentials of Psychological Testing.* New York: Harper&Row Publishers; 1990.
 127. Hambleton R, Patsula L. Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology.* 1999;1(1):1–30.
 128. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. Hambleton R, Merenda P, Spielberger C, editors. In: *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2005. p. 3–38.
 129. Hall EOC, Wilson ME, Frankenfield JA. Translation and restandardization of an instrument: The Early Infant Temperament Questionnaire. *Journal of Advanced*

- Nursing. 2003 Apr;42(2):159–168.
130. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211–216.
131. Özçelik D. Okullarda Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: ÜSYM-Eğitim Yayınları; 1981.
132. Gay L. Educational Evaluation and Measurement. 2nd edition. London: A Bell & Howell Company; 1985.
133. Öncü H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. ve Tic. Ltd. Şti.; 1994.
134. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları. Sezgin N, Hovardaoğlu S, editörler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği ve Öğrenci Seçme Yerleştirme Merkezi Yayınları; 1998. 122 p.
135. Tekin H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Mars Matbaası; 1977.
136. Aktürk Z. Reliability and validity in medical research. Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(2):316–319.
137. Hergüner S, Özbaran B. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçekler ve Ölçütler. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2010.
138. Çakmur H. Araştırmalarda ölçme-güvenirlilik-geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3):339–344.
139. Carmines E, Zeller R. Reliability and validity assessment. California: Sage Publications; 1979.
140. Thorndike R, Cunningham G, Thorndike R, Hagen E. Measurement and Evaluation in Psychology and Education. 5. edition. Macmillian Publishing Co.; 1991.
141. Gümüş B. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Kalite Matbaası; 1977.
142. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 10. baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Limited Şirketi; 2000.
143. Gürsakal N. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı; 2001.
144. Özdamar K. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2002.
145. Eser E, Baydur H. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi (Kongre Öncesi Kurslar Kitabı). İzmir; 2007. p.2–40.
146. Traub R. Reliability for the Social Science. London: Sage Publications; 1994.
147. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni



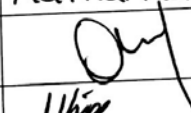

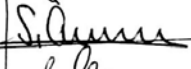
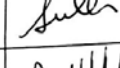

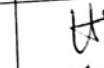
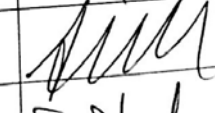
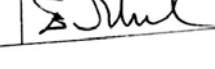
- SPSS Uygulamaları ve Yorum. 14. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2011.
148. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. 3. baskı. Ankara: Emek Ofset Limited Şirketi; 2005. 384 p.
149. How to keep health risks from drinking alcohol to a low level Government response to the public consultation. Alcohol Policy Team, Department of Health ;2016.
150. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Tamar Gürol D, Tarihi G. Bağımlılık Profili İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2012;23(4):264-273.
151. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis : four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research & Education. 2005;10(7):1-9.
152. Akbaş G, Korkmaz L. Ölçek uyarlaması (Adaptasyon). Türk Psikoloji Bülteni. 2007;13(40):15-16.
153. Evren C, Umut G, Agachanli R, Evren B, Bozkurt M, Can Y. Validation study of the Turkish version of the Craving Typology Questionnaire (CTQ) in male alcohol-dependent patients. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2016;29(3):219-226.
154. Ender ALTINTOPRAK A, Cüneyt EVREN E, Aydemir Ö, Yapıcı Eslek A, Can Y, Mutlu E, et al. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS) Türkçe sürümünün güvenilirliği ve geçerliliği. Arch Neuropsychiatr. 2015;52:89-94.
155. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2005.
156. Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları. 2016;19(38):104-112.
157. Çapık C. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3):196-205.
158. Pearson RH, Mundform DJ. Recommended sample size for conducting exploratory factor analysis on dichotomous data. Journal of Modern Applied Statistical Methods. 2010;9(2):359-368.
159. Karalezli A, Börekçi Ş. Avrupa Sigara Bırakma Kılavuzu. 1. baskı. İstanbul: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği; 2012.
160. Andrade J, Pears S, May J, Kavanagh DJ. Use of a clay modeling task to reduce chocolate craving. Appetite. 2012;58(3):955-963.
161. Skorcka-Brown J, Andrade J, Whalley B, May J. Playing Tetris decreases drug and other

- cravings in real world settings. *Addictive Behaviors*. 2015;51:165–170.
162. Mehmet GÜNAL. Türkiye Sağlık Araştırması , 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2017;(18854):19–21.
163. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K. Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(3):7–13.
164. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: Aile Hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor ? *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2009;10:49–56.
165. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004;52(1):63–68.
166. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol*. 2014;16:99–104.
167. Macleod J, Robertson R, Copeland L, McKenzie J, Elton R, Reid P. Cannabis, tobacco smoking, and lung function: A cross-sectional observational study in a general practice population. *British Journal of General Practice*. 2015;65(631):e89–95.
168. Baydur H, Eser E. Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. *Sağlıkta Birikim*. 2006;1(2):99–123.
169. Yüksekbilgili DZ. Marka Beğenilirlik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Journal of Yaşar University*. 2017;12(46):171–180.
170. Çalışkan T, Çınar S. Akran desteği: geçerlik güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 2012;(2)(Suppl. 1);1-7.
171. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;1:3–14.
172. Mathew AR, Burris JL, Froeliger B, Saladin ME, Carpenter MJ. Impulsivity and cigarette craving among adolescent daily and occasional smokers. *Addictive behaviors*. 2015;45:134–138.

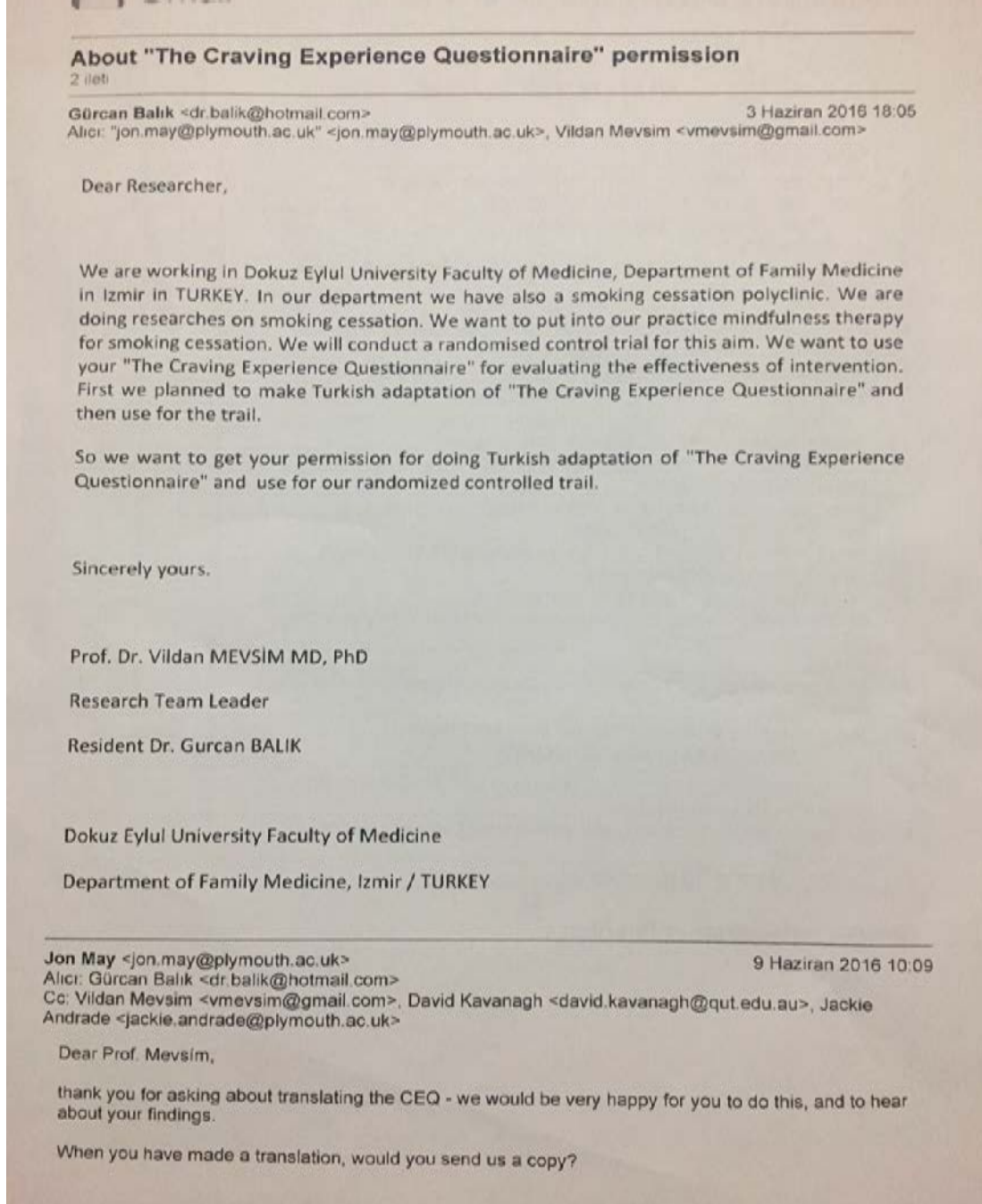
9. EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/18-32	Tarih:13.07.2017
Prof.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu olduğu "Aşerme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek 2. Aşırme Yaşantı Ölçeği (AYÖ) İzni



Ek 3. Katılımcı Onam Formu

Sigara, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve önlenabilir ölümlerin başlıca nedenidir. Türkiye’de sigara kullanımının azaldığı verilerine karşın, sigara kullanımı günümüzde önemli bir sorun olarak görülmektedir. Sigara; başta akciğer kanseri olmak üzere, karaciğer kanseri, mide kanseri ve birçok uzun dönem hastalıklarında risk faktörüdür.

Bu araştırmanın amacı, sigara bağımlılığıyla ilgili olarak yurtdışında geliştirilmiş bir ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmasıdır.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı hekimin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur alma işlemine baştan sona tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Sema KILIÇ

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Araştırmaya katılan kişinin:

Adı-Soyadı:

İmza:

Ek 4. Katılımcı Sosyodemografik Formu

OLGU RAPOR / VERİ KAYIT FORMU ÖRNEĞİ VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih:

1.Cinsiyet	<input type="checkbox"/> 1. Kadın <input type="checkbox"/> 2. Erkek
2.Yaş	
3.Medeni hali	<input type="checkbox"/> 1. Evli <input type="checkbox"/> 2. Bekar <input type="checkbox"/> 3. Dul <input type="checkbox"/> 4. Boşanmış/eşinden ayrı yaşıyor
4.Eğitim durumunuz	<input type="checkbox"/> 1. Okuryazar değil <input type="checkbox"/> 2. Okuryazar <input type="checkbox"/> 3. İlköğretim-Orta Okul <input type="checkbox"/> 4. Lise <input type="checkbox"/> 5. Üniversite ve üzeri
5.Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> 1. Çalışıyor <input type="checkbox"/> 2. Emekli <input type="checkbox"/> 3. Ev Hanımı <input type="checkbox"/> 4. Öğrenci <input type="checkbox"/> 5.İşsiz Diğer:

6. Sigara içiyor musunuz?

1. Hiç içmedim.
2. Hayatım boyunca 100 adetin altında sigara içtim.
3. Evet, içiyorum.
4. Bıraktım (Bırakma tarihini yazınız:)

7. Sigarayı ilk kez kaç yaşında denediniz:

8. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz:

9. Şu anda günde içilen sigara miktarı:

10. Daha önce sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

- Evet Hayır

11. Daha önce bırakmayı denediniz mi?

- Evet Hayır (cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

12. Daha önce kaç kez bırakmayı denediniz?

13. En uzun bırabildiğiniz süre:

14. En son hangi tarihte bırakmayı denediniz: (ay ve yıl olarak)

15. Bugüne kadar profesyonel destek aldınız mı?

- Evet (..... kez) Hayır (cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

16.Cevabınız evet ise yöntem nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

<input type="checkbox"/> 1. İlaç (zyban, champix, nikotin bandı, nikotin sakızı vs.)	<input type="checkbox"/> 4. Psikiyatrik
<input type="checkbox"/> 2. Akupunktur	<input type="checkbox"/> 5. Diğer
<input type="checkbox"/> 3. Hipnoz	

17. Sigara haricinde alışkanlık yapan başka bir madde kullanıyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Alkol Miktarı (haftada)
 Bağımlılık yapıcı ilaç Adı:
 Madde (esrar, kokain, bonzai vb.) Miktarı
 Hiçbir madde kullanmıyorum

18. Sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalıklarınız var mı?
Evet Hayır
19. Sürekli kullandığınız ilaç, besin takviyeleri, vitaminler var mı?
Evet Hayır
20. Sigarayı bırakmayı istiyor musunuz?
 Evet, bıraktım. (Bırakma tarihini yazınız:.....)
 Evet, önümüzdeki 1 ay içinde.
 Evet, önümüzdeki 6 ay içinde.
 Hayır, bırakmayı düşünmüyorum

Ek 5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

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

Ek 6. Aşerme Yaşantı Ölçeği

AŞERME YAŞANTI ÖLÇEĞİ

Tarih: ____/____/____ # _____ CEQ-11

Sigara içmeyi

Son içinde en çok istediğiniz zamanı düşünün ve

Size en yakın değerlendirme için ilgili kutucuğu işaretleyiniz.

Tam o an.....

...onu ne kadar istediniz?

Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı derecede

...ona ne kadar ihtiyacınız vardı?

Hiç Aşırı derecede

...onu kullanma isteğiniz ne kadar güçlüydü?

Hiç Aşırı derecede

Tam o anda, ne kadar canlı bir şekilde.....

...zihninizde canlandırdınız?

Hiç Aşırı derecede

...tadını hayal ettiniz?

Hiç Aşırı derecede

...kokusunu hayal ettiniz?

Hiç Aşırı derecede

...ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?

Hiç Aşırı derecede

...bedeninizin nasıl hissedeceğini hayal ettiniz?

Hiç Aşırı derecede

Tam o anda.....

...onu düşünmemeye çabalamak ne kadar zordu?

Hiç Aşırı derecede

...düşünceler ne kadar ısrarcıydı?

Hiç Aşırı derecede

...başka şeyler düşünmek ne kadar zordu?

Hiç Aşırı derecede

Lütfen sayfayı çeviriniz

Şimdi sizden birkaç benzer soruya cevap vermenizi istiyoruz,

ancak bu sefer lütfen geçmişda/de bunların ne sıklıkla olduğunu düşünerek cevaplayınız.

Son ----- da/de, ne sıklıkla

... istediniz?

Hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sık sık

... ihtiyaç duydunuz?

Hiç Sık sık

...onu kullanma isteğiniz güçlüydü?

Hiç Sık sık

... zihninizde canlandırdınız?

Hiç Sık sık

... tadını hayal ettiniz?

Hiç Sık sık

... kokusunu hayal ettiniz?

Hiç Sık sık

... ağzınızda ve boğazınızda yarattığı hissi hayal ettiniz?

Hiç Sık sık

... bedeninizin nasıl hissedeceğini hayal ettiniz?

Hiç Sık sık

Son ----- da/de, ne sıklıkla

...onu düşünmemeye çabaladınız?

Hiç Sık sık

... düşünceler ısrarcıydı?

Hiç Sık sık

... başka şeyler düşünmek zordu?

Hiç Sık sık

Ek 7. Madde Aşerme Ölçeği

MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince sigara aşerme (madde kullanma isteğinizi) en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alın.

1. Geçtiğimiz hafta içinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili ne sıklıkta düşündünüz?

0..... Hiç	geçtiğimiz hafta içinde 0 kez
1..... Nadiren	geçtiğimiz hafta içinde 1 ila 2 kez
2..... Ara sıra	geçtiğimiz hafta içinde 3 ila 4 kez
3..... Bazen	geçtiğimiz hafta içinde 5 ila 10 kez veya günde 1 ila 2 kez
4..... Sıklıkla	geçtiğimiz hafta içinde 11 ila 20 kez veya günde 2 ila 3 kez
5..... Çoğu zaman	geçtiğimiz hafta içinde 20 ila 40 kez veya günde 3 ila 6 kez
6..... Neredeyse her zaman	geçtiğimiz hafta içinde 40 kez den fazla veya günde 6 kez den fazla

2. Geçtiğimiz hafta içinde, en şiddetli noktasında, madde aşerme ne kadar güçlüydü?

0..... Hiç değildi
1..... Önemsenmeyecek düzeyde, yani çok hafif istek
2..... Hafif istek
3..... Orta düzeyde istek
4..... Güçlü istek, fakat kolaylıkla kontrol edildi
5..... Güçlü istek ve kontrol edilmesi zor
6..... Güçlü istek ve eğer elde edilebilir olsaydı mutlaka madde kullanmış olurum

3. Geçtiğimiz hafta içinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?

0..... Hiç
1..... 20 dakikadan az
2..... 21-45 dakika
3..... 46-90 dakika
4..... 90 dakika-3 saat
5..... 3 ila 6 saat arası
6..... 6 saatten daha fazla

4. Geçtiğimiz hafta içinde, eğer evinizde madde kullanımı olduğunu bilseydiniz madde kullanmaya direnmek ne kadar zor olurdu?

0..... Hiç zor olmazdı
1..... Çok hafif zor
2..... Hafif zor
3..... Orta zorlukta
4..... Çok zor
5..... Aşırı zor
6..... Karşı koyamazdım

5. Önceki sorulara cevaplarınızı aklınızda tutarak, lütfen geçen hafta için genel ortalama madde aşerme değerlendirebiliriz.

0..... Hiç madde kullanma düşüncem olmadı ve hiç madde kullanma isteğim olmadı
1..... Nadiren madde kullanmayla ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu
2..... Ara sıra madde kullanmayla ilgili düşündüm ve ara sıra madde kullanma isteğim oldu
3..... Bazen madde kullanmayla ilgili düşündüm ve bazen madde kullanma isteğim oldu
4..... Sıklıkla madde kullanmayla ilgili düşündüm ve sıklıkla madde kullanma isteğim oldu
5..... Çoğu zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve çoğu zaman madde kullanma isteğim oldu
6..... Neredeyse her zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman madde kullanma isteğim oldu