



T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE GÖREV YAPAN
ASİSTAN HEKİMLERİN SİGARA İÇME DURUMU,
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ,
SİGARA BIRAKTIRMAYA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞ İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bilal YEMENİCİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

İZMİR

NİSAN-2021

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE GÖREV YAPAN
ASİSTAN HEKİMLERİN SİGARA İÇME DURUMU,
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ,
SİGARA BIRAKTIRMAYA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞ İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bilal YEMENİCİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca her türlü destek ve katkılarından dolayı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve Eğitim Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL' e;

Uzmanlık tezi çalışmamın her aşamasında yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e;

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve her konuda yardımları ile destek olan değerli aile hekimliği anabilim dalı öğretim üyeleri Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK ve Sayın Doç. Dr. Öğr. Üyesi Esra Meltem KOÇ'a;

Eğitim dönemimde ve tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan Sayın Prof. Dr. Mustafa Tözün hocama ve sevgili eşi Filiz Tözün'e;

Hayatın her alanında beni destekleyen, her koşulda yanımda olan sevgili doktor arkadaşlarım Dr. Rıdvan ACAR, Dr. Abdulsamet ÜLGEN, Dr. Abdussamet KÖK, Dr. Umut GÖKSUGÜZEL, Dr. Gökhan DOĞAN, Dr. Sinan TATLI, Dr. Yunus BALIK, Dr. Osman ALTAY, Dr. İdris ULAŞ, Dr. Halil SAĞIR, Dr. Volkan TARIM' a,

Asistan arkadaşlarım Dr. Muhammed Said CAYNAK, Dr. Yılmaz SOLAK, Dr. Arif ERBAYRAKTAR, Dr. Emin ÖNEN, Dr. Merve ARAS ÖZEN, Dr. İclal ESEN TORAMAN, Dr. Cem KUTLU, Dr. Eren ACAR, Dr. Ece OĞUZ ARI, Dr. Kaan KUNT ve değerli çalışma arkadaşlarım Gülsüm Varol ÖZTÜRK, Selvinaz Abla, Metin abi, Özkan abiye;

Ve tez çalışmamda manevi destekleri ile bana cesaret veren canım ANNEM, canım kardeşlerim Hilal YEMENİCİ ve Mahmut YEMENİCİ' ye sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Bilal YEMENİCİ

Nisan-2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR.....	VI
TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Dünya’da Tütün Tarihçesi.....	4
2.2. Türkiye’de tütünün tarihçesi.....	7
2.3. Türkiye’de Tütün Kullanımı.....	9
2.3.1. Tütün kullanımı ile ilgili veriler.....	9
2.3.2. Tütün kullanmayı bırakma ile ilgili veriler.....	9
2.3.3. Tütün dumanından pasif etkilenme ile ilgili veriler.....	9
2.3.4. Tütün kullanımının ekonomik etkisi ile ilgili veriler.....	10
2.3.5. Medyanın etkisi ile ilgili veriler.....	10
2.3.6. Tütün kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve algılar.....	10
2.4. Tütün Kontrolü.....	11
2.5. Tütün Ürünleri.....	13
2.5.1. Tütün Bileşenleri.....	13
2.6. İkinci El Sigara Dumanı (Pasif İçicilik).....	14
2.7. Sigara İçme İle İlişkili Hastalıklar.....	15
2.7.1. Sigara metabolizması.....	15

2.7.2. Sigara-hücrel mekanizma-inflamasyon.....	16
2.7.3. Sigara ve Kanser.....	17
2.7.3.1. Sigara ve akciğer kanseri.....	20
2.7.3.2. Sigara ve meme kanseri.....	20
2.7.3.3. Sigara ve baş-boyun kanseri.....	21
2.7.3.4. Sigara ve serviks kanseri.....	22
2.7.3.4. Sigara ve pankreas kanseri.....	22
2.7.4. Kardiyovasküler hastalıklar.....	22
2.7.5. Solunumsal hastalıklar.....	23
2.7.6. Tütün içiminin erkek ve kadın doğurganlığı üzerindeki etkileri.....	25
2.7.7. Anne sigara içiminin fetüs ve çocuk üzerindeki etkileri.....	26
2.7.8. Sigara ve psikiyatrik hastalıklar.....	27
2.7.9. Sigara ve Diğer Hastalıklar.....	28
2.8. Sigara ve Covid-19 ilişkisi.....	30
2.9. Elektronik sigara.....	31
2.10. Nikotin ve Nikotin Bağımlılığı.....	32
2.10.1. Nikotin yoksunluk belirtileri.....	34
2.10.2. Bağımlılığın Değerlendirilmesi.....	34
2.11. Sigara Bırakma Tedavisi.....	37
2.11.1 Olguların Evrelendirilmesi.....	37
2.11.2. Sigara Bırakma Tedavisinde 5A 5R Kavramları.....	39
2.11.2.1. 5A (5 Ö) stratejisi.....	40
2.11.2.2. 5R stratejisi.....	42

2.11.3. Sigaradan Kurtulmanın Yararları.....	43
2.11.3.1. Sağlık yararları.....	43
2.11.3.2. Sosyal yararları.....	43
2.11.3.3. Ekonomik yararları.....	44
2.11.4. Sigarayı Henüz Bırakanlar.....	44
2.11.5. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler.....	45
2.11.5.1. Motivasyonel Görüşme Teknikleri.....	46
2.11.6. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi.....	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. Araştırmanın Türü.....	49
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	49
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	49
3.4. Araştırmaya dahil olma kriterleri.....	49
3.5. Araştırmada dışlama kriterleri.....	49
3.6. Veri Toplama Araçları.....	49
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	50
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	51
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA.....	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	98
7. ÖZET VE İNGİLİZCE ÖZET.....	103
8. KAYNAKLAR.....	108
9. EKLER.....	

9.1. Anket Formu.....	117
-----------------------	-----

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık örgütü

WHO: World Health Organization

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

FNBT: Fagerstrom nikotin bağımlılık testi

BOH: Bulaşıcı olmayan hastalıklar

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

GATS: **G**lobal **A**dult **T**obacco **S**urvey

ÖTV: Özel tüketim vergisi

NNN: N-nitrosonornicotine

PAH: Polisiklik aromatik hidrokarbonlar

DNA: Deoksiribonükleik asit

U5'DPGT: Üridin-5'-difosfat-glukuronosiltransferazlar

DC: Dentrik hücreler

NK: Natürel killer

RA: Romatoid artrit

SLE: Sistemik lupus eritematozus

HPV: Humon papilloma virüs

KVH: Kardiyovasküler hastalıklara

ROS: Reaktif oksijen türleri

IVF: İnvitro fertilizasyon

DM: Diabetes mellitus

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual 5

CO: Karbonmonoksit

nAChR: Nikotinik asetilkolin reseptörü



ŞEKİLLER

Şekil 1: Sigaranın ve pasif sigara dumanı etkileniminin neden olduğu hastalıklar

Şekil 2: Erkeklerde en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları

Şekil 3: Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları

Şekil 4: Tütünle ilişkili kanserlerin yaşa standardize insidans hızlarının cinsiyete göre 2012-2016 yılları arasındaki dağılımı

TABLolar

Tablo 1: Küresel Erişkin Tütün Araştırması Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 yılı karşılaştırması

Tablo 2: Tütün ürünleri

Tablo 3: Sigara dumanında bulunan bazı maddeler

Tablo 4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Tablo 5: Sigarayı bırakmada değişim evreleri

Tablo 6: Sigara bıraktırmada 5A (5 Ö) stratejisi

Tablo 7: Sigara bıraktırmada 5R stratejisi

Tablo 8: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri

Tablo 9: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları

Tablo 10: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sosyodemografik özellikleri

Tablo 11: Katılımcıların yaş, meslek ve asistanlık yılı, içilen paket/yıl sigara ve bir ayda tutulan nöbet sayısı değerleri

Tablo 12: Asistan hekimlerin sigara içme durumu

Tablo 13: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin aile ve çevresinde sigara içenlerin dağılımı

Tablo 14: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin aile ve çevresinin sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu ilişkisi

Tablo 15: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sigara içme durumunun bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Tablo 16: Bazı sosyodemografik özelliklerin sigara içme durumu ile ilişkisi (Korelasyon)

Tablo 17: Sigara içenlerde ilk deneme yaşı, düzenli içme yaşı, içme süresinin değerlendirilmesi

Tablo 18: Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) içerisinde yer alan “Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?” sorusuna verilen yanıt dağılımı

Tablo 19: Sigara içenlerde gün içerisinde bulunulan ortama göre sigara tüketim miktarı

Tablo 20: Sigara içenlerde sigara içmeyi başlatan sebepler

Tablo 21: Sigara içenlerde sigara içmeyi uyaran faktörler

Tablo 22: Sigara içenlerde FNBT puanlaması ve derecelendirilmesi

Tablo 23: Sigara içenlerde FNBT derecelendirilmesi

Tablo 24: Bazı sosyodemografik özelliklere göre nikotin bağımlılık düzeyleri

Tablo 25: Sigara içen asistan hekimlerde FNBT derecelendirmesinin bazı özelliklerle ilişkisi (Korelasyon)

Tablo 26: Sigara içenlerde sigara bırakma düşüncesi

Tablo 27: Sigara içenlerde sigarayı bırakma deneme sayısı

Tablo 28: Sigara bırakan asistan hekimlerin durumu

Tablo 29: Sigarayı bırakan asistan hekimlerde sigarayı bırakma sebepleri

Tablo 30: Sigara bırakan asistan hekimlerde sigara bırakma yöntemi

Tablo 31: Asistan hekimlerin sigara bıraktırmaya karşı davranış durumu

Tablo 32: Asistan hekimlerin sigara bıraktırmaya karşı tutum durumu



1. GİRİŞ

Tütün kullanımı ve maruziyeti, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) içinde en ön sırada yer alan risk faktörlerinden biridir (1). Tütün kullanımı önlenabilir bir morbidite ve mortalite nedenidir. Yanı sıra tütün bağımlılığı yirminci yüzyılda 100 milyon kişiyi öldüren, yirmi birinci yüzyılda ise 1 milyar kişiyi öldürecek olan küresel olarak bir halk sağlığı tehdididir. Dünyada en sık ölüme neden olan sekiz hastalıktan altısının risk faktörü tütün kullanımıdır. Diğer taraftan dünyada en çok ölüme sebep veren iki neden açlık ve tütün kullanımıdır. Tütün kullanımı, hem doğrudan hem de pasif duman maruziyeti sebebiyle birçok ölümcül hastalıklara neden olmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre, 2015'te 1,1 milyardan fazla insan tütün kullanıyor, bu rakam dünya nüfusunun yaklaşık % 15'ini oluşturuyor. Tütün ürünlerinin kullanımı ve tütün dumanına maruz kalmayla bir yılda yaklaşık 6-7 milyon insanın hayatı sona eriyor. 2030 yılında bunun 8,3 milyona varacağı tahmin ediliyor (1).

Hayatını yitirenlerin 5 milyondan fazlası direkt tütün kullanımından kaynaklanıyor. Ayrıca yaklaşık 600.000 ölüm tütün kullanmayanların ikinci el dumana maruz kalmasından kaynaklanmaktadır (1). İkinci el tütün dumanı maruziyeti iskemik kalp hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonu, astım ve akciğer kanseri sebebiyle ölümlere neden olmaktadır. İkinci el tütün dumanına bağlı bu ölümlerin %47'si kadınlarda, %28'si çocuklarda ve %26'sı da erkeklerde ortaya çıkmaktadır (3). Tüm çocukların yaklaşık yarısı tütün dumanının kirlettiği havayı soluyor ve her yıl 65.000 çocuk pasif içiciliğe bağlı hastalıklar nedeniyle ölüyor. Hamileyken sigara içmek bebekler için ömür boyu sürececek sağlık sorunlarına yol açabiliyor (4).

Dünya genelinde sigara içen 1,1 milyar kişinin yaklaşık % 80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde sigaranın neden olduğu hastalıklar ve ölümler en ağır sağlık harcamaları yükünü oluşturmaktadır. Halen sigara kullananların sigarayı bırakmalarına destek olunması, kapsamlı tütün kontrol programlarının önemli bir parçasıdır ve hastalık oranının azaltılmasına ve sağlığın

iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır. 2020 yılına kadar dünya genelinde sigara kullanımının yarı yarıya indirilmesinin 2050 yılına kadar yaklaşık 180 milyon insanın ölümünü engelleyeceği düşünülmektedir (5).

Tütün kullanımı, ilk kez 1942 yılında madde kullanımıyla ilişkili bir bozukluk olarak sınıflandırıldı (6). Tütünde bulunan nikotin yüksek oranda bağımlılık yapıcıdır. Tütün kullanımı, kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıklarının yanı sıra 20'den fazla farklı kanser türü veya alt türü ve diğer birçok sağlığı bozucu durum için önemli bir risk faktörüdür. Tütünle ilgili ölümlerin çoğu, genellikle yoğun tütün endüstrisi müdahalesi ve pazarlamasının hedefi olan düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelir (4).

DSÖ'ne göre Doğu Akdeniz Bölgesi 22 yüksek, orta ve düşük gelirli ülkeden oluşur. Bu bölgeler; Afganistan, Bahreyn, Cibuti, Mısır, İran İslam Cumhuriyeti, Irak, Ürdün, Kuveyt, Lübnan, Libya, Fas, Umman, Pakistan, Filistin, Katar, Suudi Arabistan, Somali, Sudan, Suriye Arap Cumhuriyeti, Tunus, Birleşik Arap Emirlikleri ve Yemen. Bu bölgelerde özellikle erkeklerde sigara içme prevalansı yüksektir (% 36,8) (7). Küresel olarak sigara içme oranları düşüyor ve düşmeye devam edeceği öngörülüyor, ancak diğerlerinin aksine, Doğu Akdeniz Bölgesi'nde sigara içme oranları şu anda artacağı tahmin edilmektedir (8)(9).

Tütün kullanan insan sayısı en çok olan ülkelerin başında Çin, Hindistan ve Endonezya yer almaktadır. Türkiye ise 17-19 milyon civarında tütün kullanan birey sayısı ile bu ülkeler içinde onuncu sırada yerini almaktadır. Dünya tütün tüketiminin üçte ikilik kısmı, içinde Türkiye'nin de yer aldığı 10 ülkede meydana gelmektedir (10).

Türkiye'de 19,2 milyon birey (%31,6) tütün kullanmakta olup erkeklerin tütün kullanma oranı %44,1 iken kadınların kullanma oranı daha az olup %19,2 'dir. Bir günde ortalama 18 adet sigara içiliyor. Sigara kullananların yaklaşık %21'i sabah yataktan kalktıktan sonraki ilk yarım saat içinde sigarasını içmektedir. 15-34 yaş grubundaki sigara içenlerin %15'i düzenli içmeye 15 yaş altında başlamışlardır. Sigara içmeye 18 yaş ve altında başlayan oranı %57,5'dir. Ortalama başlama yaşı 17'dir (11).

Sağlık çalışanları hastalıkların meydana gelmesinin engellenmesinde ve sağlıklı hayatın geliştirilmesinde çok önemli göreve sahiptir. Muayeneye gelen hastaya doktorun, hastanın sigara içme durumunu sorgulaması ve bırakmasını tavsiye etmesi, tütün kullanımıyla mücadelede kolay ve etkin bir yöntem olarak düşünülmekte ve sadece bu öneri ile bir senede hastaların %5-10'unun sigarayı terk ettiğini belirtilmektedir (12).

Nikotin bağımlılığının, sigara içme durumunun devam edilmesinin ve tedavi girişimlerinin genel başarısızlığında en önemli sebep olduğu ifade edilmektedir. Bu sebeple, nikotin bağımlılığını etkileyen faktörlerin bilinmesi bu bağımlılıkla mücadelede çok önem kazanmaktadır (13).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile girilen savaşta, doktorlar hem hastalarına sigaranın insan sağlığına verdiği hasarlar hakkında bilgi verme, hem de rol model olma sorumluluğunun farkında olmalıdır. Doktorların tütün kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli ve etkili bilgi aktarılamamasına neden olabileceği gibi hastaların sigara bırakma düşüncesinde doktora olan inancını ve güvenini de azaltabilir. Yapılan çalışmalar sigara kullanan hekimlerin 2/3'ünün muayene ettiği hastalarına sigara kullanım ve dumanına maruz kalma durumunu sorgulamadığını; sigara kullanımına bağlı bir hastalığı olmayan hastaların çoğuna da (%60) ise sigara bıraktırma danışmanlığı yapmadığını göstermektedir (12).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünya’da Tütün Tarihçesi

Bitkiler aleminde patlıcangiller ailesinden (solanaceae) yer alan tütün (nicotiana) Güney Amerika halkının asırlardan beri kullandıkları yıllık bir bitkidir. İnsanların tütünle karşılaşması ise 1492 yılında Kristof Kolomb ve arkadaşlarının Amerika anakarasını buluşundan sonra olmuştur (14). 15. yüzyıldan evvel tütüne ve kullanımına ait yazılı veri bulunmamaktadır. Amerika halkının tütünü ilaç olarak tedavi niyetine kullandıkları ve bu bitkiyi içtikleri kabul edilmektedir (15). 15 Ekim 1492’de San Salvador’da ilk kez tütünün ve tütün yapraklarının çubuklarla tütürüldüğünü, ağızda çiğnendiğini gören Kristof Kolomb’un yerli insanların tütün içtikleri saz borusunun “tobacco” olan ismini bitkiye verdiği belirtilmektedir (16). Portekiz’deki Fransız elçisi Jean Nicot, Amerikan halkının baş ağrısına iyi geldiği için tüketilen bitkiyi 1559 yılında Fransız kraliçesine hediye ettiği ve baş ağrısı iyileştirdiği de kaynaklarda yer almaktadır (14). Fransa’dan öteki Avrupa yurtlarına yayılan tütüne, Jean Nicot’a ithafen “nicotiana”, 1828 yılında tütün bitkisinden izole edilen alkaloit maddeye de “nikotin” adı verilmiştir (16). O zamanlarda Avrupa’da tütün değerli bir bitki olup ve daha çok saraylarda ve malikanelerde yaşayan değerli kişilerin kullandığı bir üründü (14).

Maya ve Aztek papazları tarafından daha çok dini ritüellerde kullanılan tütün, ileri zamanlarda ilaç niyetine yaraların üstüne konmuş, akciğer rahatsızlıklarına karşı dumanı koklatılmış ve kokusundan baş ağrılarının iyileşmesi için yararlanılmıştır. Mezopotamya ve Mısır’daki eski medeniyetlerde de “tütsü” şeklinde faydalandığı bilinmektedir (16).

Tütünün ilk tüketim şekli, kurutulan yaprakların parçalanarak bir boru ucuna konarak yakılması ve borunun diğer ucunda ortaya çıkan dumanın içine çekilmesiyle olmuştur. İleri zamanlarda ilkel puro ve pipo şeklinde kullanımından da bahsedilmektedir. 18 inci asırda Orta ve Güney Amerika’da, parçalanmış tütünlerin yine bir tütün yaprağına “cigar” veya kâğıda “papelitos” sarılarak tütürülmesine başlanmıştır. Papelitos olarak adlandırılan sigaralar Brezilya’da çok talep edilmiş, Avrupa’da sigara tarzında tütün içme ilk kez İspanya’da, daha sonra da Fransa’da

olmuştur. 1844 yılında Fransa’da ilk sigaralar yapılmış ve aynı sene İtalya’da yapılan kâğıt purolar çok talep görmüştür. 1856 senesinde meydana gelen Kırım Savaşı zamanında gazete kâğıdına sarılarak tüketilen tütünler Türk, İngiliz, Fransız ve yerli askerlerde çok talep görmüştür. Savaş durumunun tütün tüketimini artırması ve savaşın ardından yurtlarına dönen askerlerin bu alışkanlıklarını yurtlarında, evlerinde sürdürmesi de sigara sanayinin gelişmesine neden olmuştur. 1880 yılında Amerika’da James A. Bonsack, ilk sigara üreten cihazın patentini almış, üretimin makineleşmesiyle yepyeni bir sanayi olanağı ortaya çıkmıştır (16).

16. asrın başından 19. asrın sonlarına kadar daha çok tıbbi alanda kullanılmaktaydı. İnce öğütülmüş tütün, enfiye, grip, baş ağrısı ve rahatsızlıkları tedavisi için koklandı. Özellikle Asya ülkelerinde tütün çiğnenmesi ile diş ağrısı, diş eti rahatsızlıkları, boğaz ağrısı ve psikolojik şikayetlerin geçebileceği tütün çiğnenmesi tavsiye ediliyordu. Haşlanmış tütünden dökülen likörden, iç hastalıklarından bazıların hazımsızlık, karın ağrısı ve idrar sıkıntısı gibi durumları gidermek için faydalanıldı. Yanmış tütün külleri domuz yağı ile karıştırıldı ve ülserli deri, siğiller ve cilt kanserine krem şeklinde sürüldü. Tütün içmenin cilt kokusunu giderdiğini ve vebayı engellediği söylentileri dolaşıyordu. Ayrıca çok yaygın salgınlarda çocuk, yetişkin yaşı, zengin fakir fark etmeksizin halkın çoğunun aşırı derecede sigara tükettiği görülüyordu. Sigara tüketmenin beyni tertemiz yaparak sinirleri sakinleştirdiğine ve endişeyi azalttığına inanılıyordu. Kulağa üflenen sigara dumanın kulak ağrısını geçirttiğini ve anal bölgeye sürüldüğünde kabızlığı ve kanlı akıntıyı giderdiği düşünülüyordu. Bal ile şurup şekline sokulan tütün astım, akciğer rahatsızlıkları, öksürük ve sifilizi iyileştirmede kullanılıyordu (15).

Gün geçtikçe sigaranın herkes için bir tedavi olmadığı anlaşıldı. 1601’de, Londra’da "Baca Süpürücüler için Çalışma" adlı sponsoru olmayan bir afiş paylaşıldı. Afiş sigarayı zehir olarak tariflerken ve sigaranın tıbbi kullanımının zararlı olduğunu, vücudu besinsel öğelerden yoksun bıraktığını, erkeklerin spermini azalttığını ve afyondan değişik olarak sersemletici bir tesir bıraktığını belirtmesiyle dikkat çekti (15). 1604’te İngiltere Kralı I. James, tütün tüketimin göz, burun, beyin ve akciğerlere zarar verdiği hakkında yazılı bir ikazda yayınladı. 1660’da İngiltere tütün ekimini yasakladı ve ithal tütün satışına kısıtlamalar getirdi. 1620’de Londralı Thomas Venner tütün içimine karşı bir ikazda bulundu. Kitabında, aşırı sigara

içmenin beyne ve göze zarar verdiğini, sindirimi yavaşlattığını; kol bacaklar ve kalbde titremelere sebep olduğunu belirtti (15).

1761'de, Londralı bir cerrah olan John Hill (1716-1775), uzun yıllar boyunca çok fazla enfiye tüketen iki erkekte ülserle burun kanseri bildirdi. 1795 yılında Mainz Anatomi Profesörü Samuel T. Soemmerring (1755-1830), alt dudak kanserinin pipo tüketimi ile ilişkili olabileceğini belirtti. 1844'te Londralı patolog Walter Walshe (1812-1892), neoplazinin sebepleri arasında sigarada bulunan kanserojen maddeler üzerine bir kitap yazdı (15).

Tütünün tıbbi durumlarda kullanımı 1800'lü senelerde giderek azaldı, ama yerini keyif için sigara içme alışkanlığına devretti. Ünlüler, mesela Paris'te tüm milletler içinde sigara kullanan ilk kadın olduğu belirtilen Barones de Dudevant, tütün sahiplerine, elle sarılmış tütün satmaları için yardımlarda bulundu. Sigara ve pipo tüketimi 1900 yıllarına kadar sürdü ve sigara içme popülertesi de giderek arttı (15).

Sanayi Devrimi'nden sonra sigara kullanımı popüler oldu. Sigara içimi özellikle önemli iki dönemde popüler hale geldi. İlk popülerleşme dönemi, 1914'te meydana gelen Birinci Dünya Savaşı esnasında Batı ülkelerinde oldu. İkinci dönem ise, Avrupa ülkelerinden 40 yıl sonra başlayan bir salgın olan 1940 yıllarında Asya ülkelerinde oldu (17).

1941'de, iki Amerikalı göğüs cerrahı olan Alton Ochsner ve Michael DeBakey, akciğer kanserindeki artışın, artan araba imalatına ve sigara içimine bağlı olduğunu belirttiler (15).

Sigara ve akciğer kanseri arasında bir ilişki olduğunu gösteren ilk epidemiyolojik çalışmalar 1950'de yayınlandı (18). 1950'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan retrospektif bir çalışma, tütün içiminin bronşiyojenik karsinomda olası bir etiyolojik faktör olduğunu gösterdi. Yazarlar Ernest Wynder ve Evarts Graham, bronşiyojenik karsinomlu 605 erkeğin % 94'ünün sigara, % 4'ünün pipo ve % 2'sinin puro kullanıcısı olduğunu belirtti (15).

7 Ocak 1964'te ABD Genel Cerrah Luther L. Terry, 1200 çalışmanın sonucuna ve tütün kullanımına dayanarak sigara içmenin sağlık etkileri ile ilişkin dönüm noktası sayılan raporunu yayınladı. Sonraki sene, bütün sigara paketlerinin üzerinde

sağlığa zararlı ikazları taşımasını zorunlu kılan federal mevzuat kabul edildi. 1986'da, ikaz yazıları gerekliliği dumansız tütün ürünlerine genişletildi (19).

1990'da ABD Genel Cerrahı, sigaranın şu ana kadar incelenen en geniş şekilde belgelenmiş hastalık sebebi olduğu sonucuna vardı, ancak dünya genelinde ülke yöneticilerin sigara kullanımını azaltmak için faaliyette bulunma karşısında kararsız ve çok ağırdan aldıkları sonucuna ulaşıldı. Sigara kullanımının artık birçok hastalığın ve rahatsızlığın başlıca sebebi olduğu kabul edilmektedir (18).

Tütünün tütün kullananlarda tehlikeli rahatsızlıklar oluşturabileceği hakkında ara ara yapılan ikazlara rağmen, tütün içiminin doğru ve yanlış iddia edilen sonuçlarını anlamak ve ayırımını yapmak yaklaşık 450 sene aldı (15).

2.2. Türkiye’de tütünün tarihçesi.

Tütünün ilk kez İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ticaret adamları aracılığıyla İstanbul’a girişi olduğu değişik kaynaklarda söylenmektedir. Peçevi Tarihi, 1600 yıllarında İstanbul’a girişi olan tütünün başta bazı rahatsızlıkları geçirdiği için satıldığını, bir zaman sonra milletin ve saray ve memur kişilerin bile tütüne düşkün olduğunu bildirmektedir (16).

Osmanlı zamanında tütün tohumu Rumelili iş adamları aracılığıyla Avrupa’dan vatana sokulmuş, ilk tütün üretimi Makedonya, Yenice ve Kırcaali’de olmuştur. İleri zamanlarda ahalinin bitkiye alakanın çoğalmasıyla üretimi zamanla artmıştır. Üretimi Makedonya, Kırcaali ve Yenice’de girişimler olup Bursa, Agonya ,Söke, Foça, ve Akhisar gibi yerlerde üretimi sürdürmüşlerdir. Ülkenin coğrafi koşullarına fevkalade uyum sağlayan tütün yetiştiricilerin sıkı çalışmaları ve yapılan işlemlerle tütün dünya piyasasında yer almış, çok kaliteli “şark tütünü” veya “Türk tütünü” ismiyle üne sahip olmuştur. Bu vesileyle Türk tütününe istek giderek çoğalmış ve ülke ekonomisinde etkili mahsul konumuna gelmiştir (20).

Tütün tüketiminin çoğalması nedeniyle diğer devletlerde benzer ve zıt düşünceler, Osmanlı’da da olmuş, özellikle dini açıdan atışmalar meydana gelmiştir.

1634 senesinde IV. Murat, Cıbalı'de meydana gelen yangını mazeret sayarak kahvehaneleri kapatmış ve tütün kullanımını yasaklamıştır. Tütün kullanımına yasaklama gelmesinin asıl nedeni kahvehanelerin Osmanlı idaresini ve yöneticileri tenkit etme, yargılama merkezi olması olduğu düşünülüyor. IV. Murat'ın vefatından (1640) sonra IV. Mehmet tütün içimini 1646 senesinde serbestleştirmiştir. 1678 yılında tütünün dışarıdan alımında gümrük vergisi, 1686 senesinde ise tütün satışına da vergi getirilmiş ve zaman geçtikçe vergiler yükseltilmiştir. 1861 senesinde tütünün dışarıdan alımı engellenmiş, 1862 senesinde tütünün tek el olarak işletmesi ilk kez yapılan bir kanun ile onaylanmıştır. 1874 senesinde sigara ve ambalaj tütün üretimi yapan fabrikalar yapılmış, sigara satış fiyatları kaydedilerek bandrol metodu kullanılmıştır (16).

1883 senesinde “Reji şirketi” kurulmuş, Osmanlı borçlarına karşılık neredeyse 40 sene tütünü işleten Reji idaresine 1925 senesinde son verilmiş ve bütün işlemler devlet tek el idaresine bırakılmıştır. Tütün ve tütün ürünleri ile alakalı ayarlamalar yapmak için 1924, 1930 ve 1938 senelerinde hukuki düzenlemeler oluşturulmuş, 1969 senesinde faaliyete geçen Tütün ve Tütün Tekeli Kanunu 2002 senesine kadar faaliyette kalmıştır (20). 1986 yılında çıkarılan 3291 sayılı yasanın 17. maddesi ile 1177 sayılı Tütün ve Tütün Tekeli Yasası'nın, tütünde devlet tek elini düzenleyen 38. maddesinin çıkarılmasıyla, devlet tekeli bitirilerek tütün pazarına yabancı işletmelerin katılmasına olanak verilmiştir. Bu suretle Tekel İdaresi ile birlikte özel sektör de tütün pazarında görev üstlenmiştir (20).

Osmanlı zamanından 1980 senelere kadar azalıp artmasıyla birlikte genelde artış olmuş ama yapılan politikalarla tütün üretiminde dalgalanmalar olmuştur. Özellikle son senelerde tütünün insan vücuduna verdiği zararlar hakkında halklar arasında bilinç oluşturulması ve tütün tüketilmesinin yasaklanması ile alakalı yapılan çalışmalar tütün üretiminde azalmalara sebep olmuştur (20).

2.3. Türkiye’de Tütün Kullanımı

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (*Global Adult Tobacco Survey - GATS*) 2016 verilerine göre; (11)(21)

2.3.1. Tütün kullanımı ile ilgili veriler:

Türkiye’de 19,2 milyon birey (%31,6) tütün kullanmakta olup erkeklerin tütün kullanma oranı %44,1 iken kadınların kullanma oranı daha az olup %19,2 ‘dir.

Bir günde ortalama 18 adet sigara içiliyor. Sigara kullananların yaklaşık %21’i sabah yataktan kalktıktan sonraki ilk yarım saat içinde sigarasını içmektedir.

15-34 yaş grubundaki sigara içenlerin %15’i düzenli içmeye 15 yaş altında başlamışlardır. Sigara içmeye 18 yaş ve altında başlayan oranı %57,5’dir. Ortalama başlama yaşı 17’dir.

2.3.2. Tütün kullanmayı bırakma ile ilgili veriler:

Türkiye verilerine göre düzenli tütün kullananların, %13,6’sı, tütün kullanmayı bırakmıştır. Son bir senede tütün kullanmayı bırakan bireyler ve tütün kullanmaya devam edenler içerisinde; araştırmadan evvelki bir sene içinde tütün kullanmayı bırakma deneyimi %24,6’dır. Bu oran erkekler için %26,2 iken kadınlar için %20,8’dir.

Tütün kullanmaya devam edenler ve son bir sene içinde kullanmayı bırakanlar içerisinde; son bir sene içinde sağlık merkezine uğrayanların %40,1’i ne sigarayı bırakması önerisinde bulunulmuştur.

Tütün kullanmaya devam edenlerin %32,8’i bırakmayı planlamakta ya da bırakmayı düşünmektedir. Lakin yalnızca %7,2’lik bir kısım önümüzdeki 30 gün içinde bırakmayı düşünmektedir.

2.3.3. Tütün dumanından pasif etkilenme ile ilgili veriler:

Açık olmayan mekanlarda mesleğini icra eden yetişkinlerin %10,6’sı (1,6 milyon yetişkin) çalışma mekanında, yetişkinlerin %26,7’si (16 milyon yetişkin) evde, kendi araçları mevcut olan yetişkinlerin %17,4’ü (5,5 milyon yetişkin) araç içinde, %16’sı taksi içinde, yetişkinlerin %4,7’si kamu kurumlarında, %12,7’si (2,8 milyon yetişkin)

restoran içinde, %28'i (7,2 milyon yetişkin) kafe, kahvehaneler ve çayhaneler gibi topluma açık mekanlarda, tütün dumanından pasif olarak etkilendiğini dile getirmişlerdir.

2.3.4. Tütün kullanımının ekonomik etkisi ile ilgili veriler:

Tütün kullananlar sigara satın almak amacıyla bir ayda ortalama olarak 269,4 TL para sarf etmektedir. Bir paket sigara (içinde 20 adet bulunur) ortalama fiyatı 10,5 TL'dir. Sigara içenlerin %8,4'ü paketlerin üzerinde damga vergisi pulu olmadığını bildirmişlerdir.

2.3.5. Medyanın etkisi ile ilgili veriler:

Yetişkinlerin %75,6'sı sigara aleyhinde bilgilere herhangi bir kaynakta fark ettiklerini söylemişlerdir. Grubun %73,7'si radyo veya televizyonda dikkatlerinin çekildiğini dile getirmişlerdir. Türkiye'de sigara paketleri üzerinde resimli ikazlar 2010 senesinin Mayıs ayı itibarı ile bulunmaktadır.

Sigara içmeye devam edenlerin %83,3'ü, sigara paketlerinde sağlık ikazları bulunduğunu ve %31'i resimli sağlık ikazları sebebiyle sigarayı bırakmayı düşündüğünü dile getirmişlerdir. Yetişkinlerin %6,2'si sigaranın satıldığı marketlerde, sigara reklamları ile karşılaştıklarını dile getirmişlerdir.

2.3.6. Tütün kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve algılar:

Yetişkinlerin %83,3'ü başka sigara içen birinin dumanını solumanın da sigara içmeyenlerde tehlikeli düzeyde hastalıklara, %95,4'ü çocuklarda akciğer hastalığına sebep olabileceğine inanmaktadır. Yetişkinlerin %90,4'ü çalıştığı kurumda ve topluma açık mekanlarda sigara içilmesine yasak getirilmesini desteklediklerini dile getirmişlerdir.

Tablo 1: Küresel Erişkin Tütün Araştırması Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 yılı karşılaştırması: (22)(23)

	2008	2012	2016
	(%)	(%)	(%)
Sigara içme sıklığı			
Erkekler	47.9	41.5	44.1
Kadınlar	15.2	13.1	19.2
Genel popülasyon	31.2	27.1	31.6
Sigara bırakma		27.2	13.6
Sigara içenlerin sağlık kuruluşunda sigara bırakma tavsiyesi alma		42.9	40.1
Sigarayı bırakmayı düşünenler		32.8	55.2
Pasif içim		15.6	10.6
Çalışanlarda iç ortamda maruz kalım			
Evde maruz kalım		38.2	26.7
Restoranlarda maruz kalım		12.5	12.7
Kahvehane, kafe ve çayhanelerde maruz kalım		-	28.0

2.4.Tütün Kontrolü

DSÖ, tütünle mücadelede ülkelere yol gösterecek ortak bir politika oluşturabilecek Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini 2003 yılında yayınladı. Sözleşmede tütün kontrolü, "tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmayı ortadan kaldırarak veya azaltarak bir nüfusun sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan bir dizi arz, talep ve zarar azaltma stratejisi" olarak tanımlanmaktadır. Bu anlaşma, Türkiye tarafından 2004 yılında 5261 sayılı Kanun ile kabul edilmiştir. 2008 yılında DSÖ, Tütün Çerçeve Sözleşmesi tedbirleri ve uygulamaları ile paralel olan aşağıdaki altı temel stratejiyi içeren MPOWER paketini yayınlamıştır (24).

Monitoring of tobacco use and prevention policies - Tütün kullanımını ve koruyucu politikaları izle:

Türkiye’de Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA), Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA), sağlık kuruluşlarında hizmet veren sağlık personellerde araştırma yapılarak Türkiye’nin sigara kullanım düzeyi izlenmektedir (25).

Protect people from tobacco smoke - Toplumu tütün dumanından koru:

1996 yılında yapılan 4207 sayılı kanun ile birçok kamusal alanda sigara kullanımı yasaklanmıştır. Sağlık, eğitim, kültür ve spor tesislerinde, toplu taşıma araçlarında sigara içilmesi yasaklanmıştır. 18 yaş altı bireylere sigara satılmasını yasaklar. Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı yasaklanmıştır. Bu kanun 2008 yılında kapsamı genişletilmiştir. 2009 yılından sonra Türkiye İrlanda ve İngiltere’den sonra dünyada ‘tamamen dumansız’ bir ülke haline gelmiştir (23).

Offer help to quit tobacco use - Sigarayı bırakma konusunda yardım et:

Türkiye’de birçok sağlık kuruluşunda sigara bıraktırma birimi ve poliklinikleri açmaktadır. Sigara bıraktırma açısında farmakolojik tedavi için ilaçlara ulaşılabilir bilinmektedir. Ayrıca sigara bırakma danışma hattı (ALO 171) kurulmuştur.

Warn about the dangers of tobacco - Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda eğit:

Türkiye’de 1996 yılında çıkarılan kanun ile televizyon kanallarında sigara kullanımının vücut sağlığına zararları ve sigara bırakmanın yararları hakkında ayda 90 dakika yayın yapılması istenmiştir. Sigara paketi üzerinde yazılı ve resimli uyarılar eklenmiştir. Fakat eklenen uyarılar paketin %50’sinden daha az yer kapladığı için yeterli görülmemiştir.

Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship - Tütünün reklam, tanıtım ve sponsorlukları konusundaki yasakları güçlendir:

Türkiye’de sigara ve diğer tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımını yasaklamıştır. 2015–2018 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planında, tek tip düz ambalaj uygulamasında gerekli yasal değişikliklerin yapılması gerektiğinden de bahsedilmiştir Ayrıca sigara paketlerin kapalı dolaplarda satılması zorunlu hale getirilmiştir (25).

Raise taxes on tobacco - Tütün üzerindeki vergi yükünü artır:

Türkiye’de tütün ürünlerinin vergi yükü %75 sınırını aşmıştır ve giderek vergi artırılmaktadır (25). Ulusal Tütün Kontrol Programı 2015–2018 Eylem Planında, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından Ocak ve Temmuz aylarında açıklanan üretici

fiyat endeksinin son 6 ayı içerisinde ÖTV (Özel tüketim vergisi) tutarlarının değişimlere entegre edilmesine karar verilmiştir (26).

DSÖ'nün 2013 Küresel Tütün Kontrolü Raporunda, altı MPOWER stratejisinde yüksek düzeyde başarı elde eden ilk ülke olarak Türkiye ilan edilmiş ve diğer ülkelere Türk stratejilerini benimsemeleri tavsiye edilmiştir. Küresel Tütün Kontrol Raporu 2015 ülke profillerinde, Türkiye yine tüm kriterleri karşıladığından bahsedildi (26).

2.5. Tütün Ürünleri

Tütün (nicotiana) ailesinde 65 civarı tür olmakla birlikte güncel durumda tütün üretiminde başlıca iki tütün türü (Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica) kullanılmaktadır. Tütün yaprağının kısımlarının hammadde olarak işlenmesi ile üretilen ve içme (tüttürme), buruna çekme, emme ya da çiğneme şeklinde tüketilen ürünlere “tütün ürünü, tütün mamulü” denir. Çeşitli teknolojik yapılanmalardan geçirilerek üretilen ve piyasaya sunulan başlıca tütün ürünleri şunlardır: (14)(27)

Tablo 2: Tütün ürünleri (14)(27).

• Sigara • Sarmalık kıyılmış tütün • Pipo tütünü • Puro ve sigarillo • Nargilelik tütün • Bidi ve kretek • Elektronik sigara	Dumansız tütün ürünleri • Enfiye tütünü • Maraş otu • İsveç Snus • American Snuff • Çiğnemelik (ağızdan kullanıma yönelik) tütün
--	---

2.5.1. Tütün Bileşenleri

Tütün dumanının, çoğu farmakolojik olarak aktif, toksik, mutajenik ve kanserojen olan 4000'den fazla bileşik içerdiği tahmin edilmektedir. Tütün

dumanında bilinen 43 kanserojen içeriği vardır. Uçucu bir N-nitroso bileşiği olan NNN (N-nitrosornicotine), dumansız tütünden izole edilen ilk organik kanserojendir. Aşağıda tütünün bileşenleri ve bunların neden olduğu başlıca etkiler yer almaktadır (19).

Tablo 3: Sigara dumanında bulunan bazı maddeler (27)

Partikül fazı	Başlıca etkileri	Gaz fazı	Başlıca etkileri
Tar	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Parasempatetik ve N-kolonerjik reseptörler için doz bağımlı stimülatör veya depresör	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Fenol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Kresol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Acrolein	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
B-Naftilamin	Mutajenik/karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/karsinojenik	Nitrözaminler	Mutajenik/karsinojenik
İndol	Tümör akselasyonu	Hidrazin	Mutajenik/karsinojenik
Karbazol	Tümör akselasyonu	Vinil klorid	Mutajenik/karsinojenik

2.6. İkinci El Sigara Dumanı (Pasif İçicilik)

İkinci el sigara dumanı, Pasif içicilik, bireyin kendi istemi dışında bulunduğu ortamda içilen sigara dumanına maruz kalmasıdır. Literatürde pasif içicilik, sigara dumanı maruziyeti, istemsiz sigara içimi, ikinci el sigara dumanı maruziyeti gibi anlatımlar da bulunmaktadır. Bu kavramların içerisinde ikinci el sigara dumanı maruziyeti terimi daha sık tercih edilmektedir.

İkinci el sigara dumanı birçok toksik bileşen ve kanserojeni barındıran bir karışımdır. İkinci el sigara dumanı solunum sistemi için irritan ve kanserojendir. Ayrıca çocukların sağlığı ve astım, KOAH gibi kronik solunum hastalıkları bulunan erişkinler çok büyük bir risk altındadır. Kalp damar hastalıkları ve akciğer kanseri nedeni olarak ne yazık ki, toplum sağlığını da tehdit etmektedir. 2006 ABD Genel Cerrahi Raporu, ikinci el sigara dumanına maruz kalmanın artık kesinlikle insan sağlığına zararlı olduğunu belirtmiştir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda ikinci el sigara dumanı maruziyetinin 2017 yılında tüm dünyada 1.2 milyondan fazla erken ölüme neden olduğu dile getirilmiştir. 2004 yılında yapılan bir diğer analizde ise ikinci el sigara dumanı maruziyeti ile ilişkili mortalitenin %28'i ve morbiditenin %61'inin çocuklarda meydana gelmiş olup genellikle alt solunum yolları enfeksiyonlarına ve astıma bağlı olduğu belirtilmiştir (27).

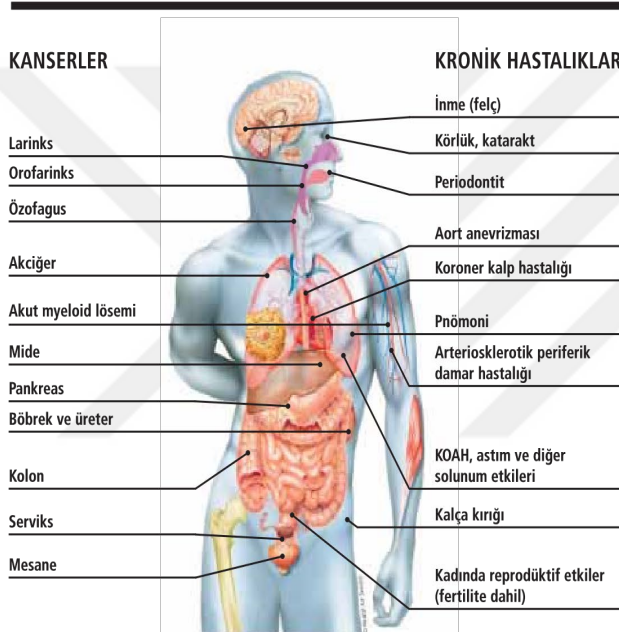
2.7. Sigara İçme İle İlişkili Hastalıklar

2.7.1. Sigara metabolizması

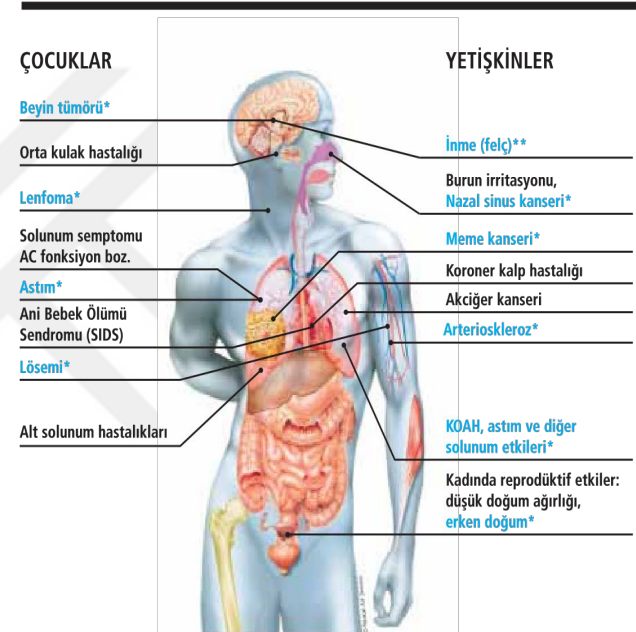
Sigara kanserojenleri, sitokrom P-450 enzimleri aracılığıyla metabolize edilerek vücuttan kolaylıkla uzaklaştırılır. Az da olsa lipoksijenaz, siklooksijenaz, miyeloperoksidazlar ve monoamin oksidazlar da bu uzaklaştırmada görev alabilir. Oksijenli ara metabolitler, glutatyonlar, sülfatazlar veya üridin-5'-difosfat-glukuronosiltransferazlar (U5'DPGT) aracılığı ile değişimler (detoksifikasyon ve salgılama) meydana gelir. Bu olaylar esnasında meydana gelen metabolitlerin bazıları deoksiribonükleik asit (DNA) ile tepkime olur. Polisiklik aromatik hidrokarbonlar (PAH) ve 4- (metilnitrosamino) -1- (3-piridil) -1-butanon (NNK) gibi kanserojenler, kanserojen hale gelebilmek için metabolik aktivasyona ihtiyaç duyar. PAH-benzopirenlerin (yani 7,8 diol 9,10 epiyoksit) ve nikotinden türetilmiş nitrozamin ketonun (NNK veya NNAL) kanserojen metabolitleri, DNA'ya eklenti olması için DNA ile tepkime verir. Alfa-hidroksilaz, önceki maddeden metil eklentilerini 7-metilguanin veya 6-metilguanin yapacak biçimde değişir. Hasarı düzeltebilir veya apoptoz olabilir. Yanlış kodlama, K-R a s, p53, p16, kırılğan histidin triad proteini (F-HIT) dahil kalıcı mutasyonlara veya bilinmeyen

mutasyonlara sebep verebilir, böylece tümör baskılayıcı genlerin baskılanması veya onkojenlerin aktivasyonu ile sonuçlanır. Kanserin oluşmasına eğilim, bütün kullananlarda olası kanserojenlerin metabolik aktivasyonu ve detoksifikasyonu arasındaki balansa bağlıdır (28)

Sigaranın neden olduğu hastalıklar



Pasif sigara dumanı etkileniminin neden olduğu hastalıklar



* **Nedensellik kanıtı: düşündürür** (Şekil 1)

*Nedensellik kanıtı: yeterli (29). *(DSÖ Küresel Tütün

2.7.2. Sigara-hücrel mekanizma-inflamasyon

Sigara, proinflatuvar ve antiinflatuvar sitokinler gibi bir çok immün veya inflamatuvar mediyatörün oluşumuna neden olur. Sigara kullanmak, dentrik hücreler (DC), makrofajlar ve NK(natürel killer) hücreleri dahil olmak üzere hem doğuştan gelen immün sistem hücrelerinin hem de sitotoksik CD8 + T hücreleri, CD4 + Th hücreleri, düzenleyici T hücreleri ve B hücreleri gibi adaptif bağışıklık hücrelerinin

gelişimini, sitokin yapımını ve efektör fonsiyonlarını değıştirir. Sigara kullanımının romatoid artrit (RA), sedef hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalıklarında olduğu gibi kronik inflamasyon ve otoimmünite üzerine etkileri mevcuttur (30).

Sigara dumanının TNF- α , IL-1, IL-6, IL-8 GM-CSF gibi birçok pro-inflamatuar sitokinin oluşmasını artırdığı ve IL-10 gibi anti-inflamatuar sitokinlerin düzeyini azalttığı bildirilmiştir. Birçok mekanizma yoluyla sigara dumanı, yüksek IgE seviyelerine ve bundan ötürü atopik hastalıkların ve astımın oluşmasına sebep olur. Sigara dumanının, makrofaj ve dendritik hücre aktivitesini birçok yolla aktifleştirdiği de bildirilmiştir (31).

Sigara dumanında yer alan değışik türden toksinlerin immünomodülatör tesirleri vardır. Ayrıca Sigara dumanında bakteriyel lipopolisakkariti de kapsayan az miktarda mikrobiyal hücre komponentleri vardır. Tüm bu yapılar, mukozal yüzeylerde kronik iltihaplanmayı meydana getirir ve ekzojen antijenlere karşı konakçı reaksiyonları değıştirir (32).

Sigara dumanı, immün sistemde, yapısal inflamasyonun çoğalmasına, adaptif T hücresi aracılı immüitenin çarpılmasına, patojenlere karşı kusurlu karşılık verilmesi ve baskılanmış anti-tümör immün hücre fonsiyonlarına ön ayak olan değışikliklere sebep olur. Sigara dumanının immün sisteme net tesiri, tütünün dozu ve çeşiti, maruziyet yolu, sürekli kullanımı ve enflamatuar araçlar gibi birçok değışkene bağlıdır (32).

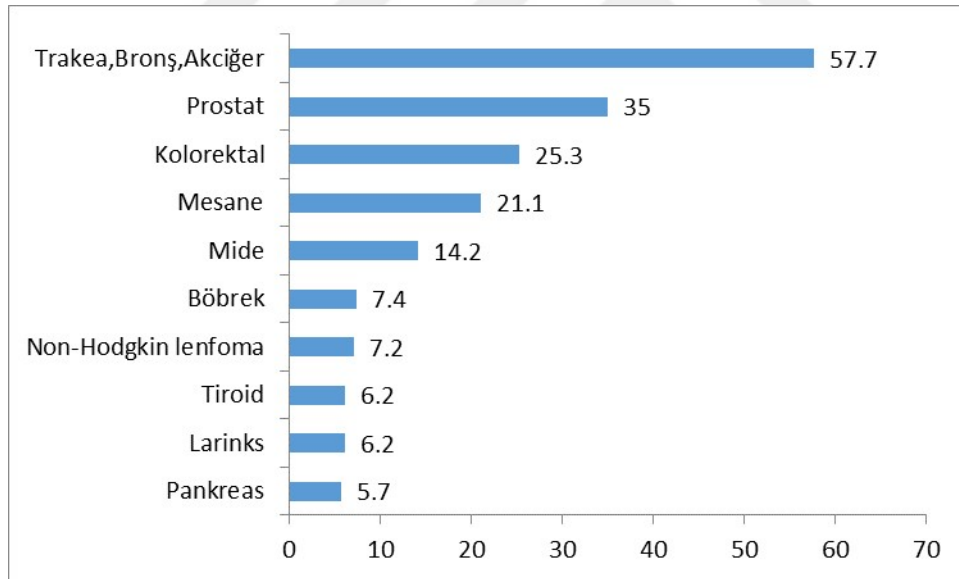
2.7.3. Sigara ve Kanser

Tütün dumanı 7000'den fazla kimyasal ve 60'tan fazla bilinen veya şüphelenilen kanserojen içerir (33). 1964 Genel Cerrahi Raporunda tütün kullanımı ile akciğer kanseri arasındaki ilişkinin tanınması, tütün içeriğindeki kanserojenlerin tanımlanması ve bağlantılı karsinogenez mekanizmaları hakkında kesin ve geniş araştırmalar için bir başlangıç olmuştur (34).

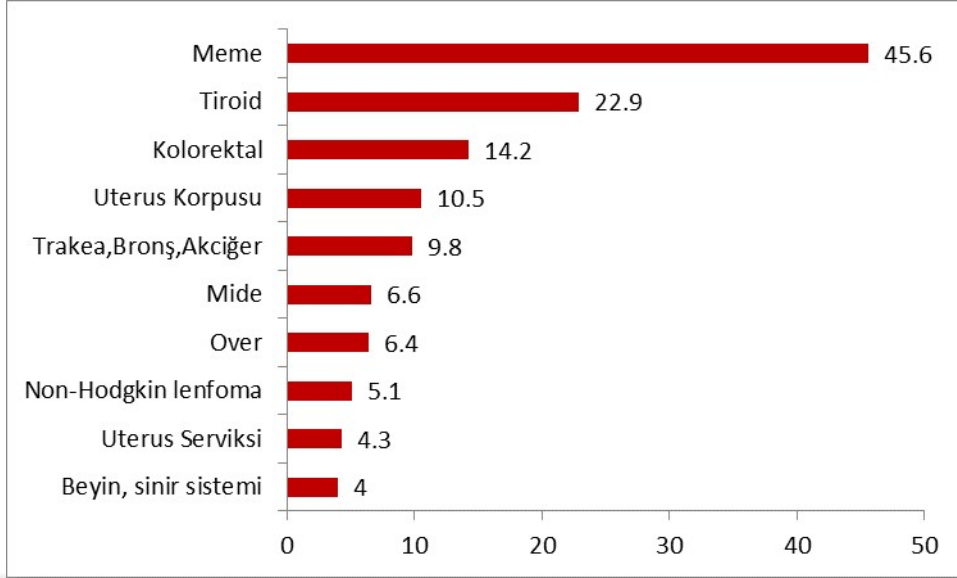
Sigara içimi, şimdilerde kanserin neden olduğu ölümlerin önlenebilir nedenlerinin başında yer alır. Kanserin neden olduğu ölümlerin neredeyse %

30'udur. Sigara içeriğindeki kanserojen maddeler DNA'ya bağlanır, DNA hasarı ve gen mutasyonları ile sonuçlanır (35). Sigara ile ilişkili maligniteler, p53'ü kodlayan gen de dahil olup genom çapında çok fazla mutasyon yükü içerir. Kanserde en çok mutasyona uğrayan tümör baskılayıcı gen p53 genidir (36). Bu genetik bozulmalar, kontrolsüz hücre büyümesine neden olur ve hücre büyümesini ve yayılmasına engel olan normal mekanizmaları inhibe ederek kansere sebep olur (35).

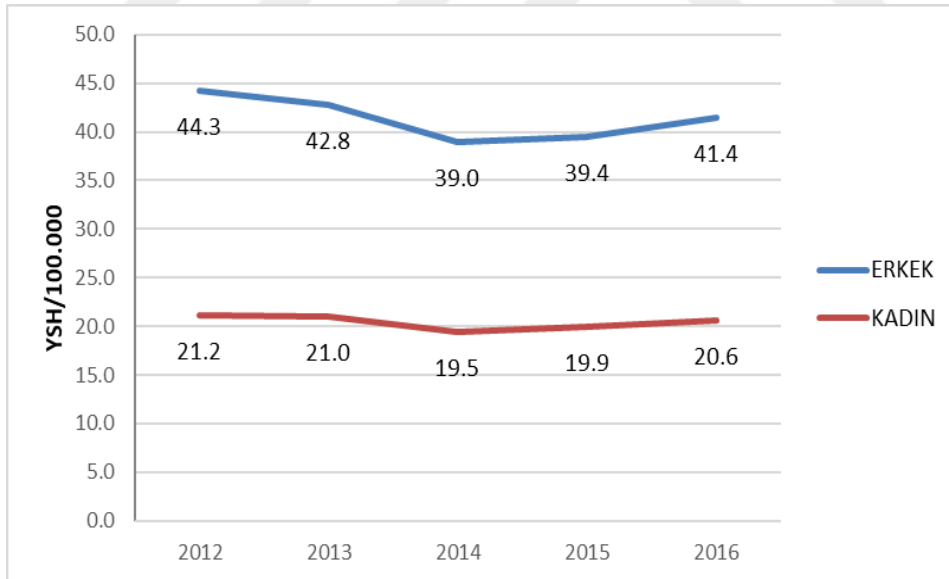
Sigara içimi ile akciğer, gırtlak, ağız boşluğu, yutak, yemek borusu, pankreas, mesane, böbrek, serviks, mide ve akut miyeloid lösemi, kolorektal ve karaciğer kanserleri arasında neden-sonuç ilişkisi gösterilmiştir. Sigara içimi, kardiyovasküler ve solunumsal hastalık, felç, doğurganlık, kemik yoğunluğu, görme ve peptik ülser gibi birçok hastalığa neden olan yaşamı tehdit eden bir risk faktörüdür (33).



Şekil 2: Erkeklerde en sık görülen 10 kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2016) (Dünya standart nüfusu, 100.000 kişide) (37).



Şekil 3: Kadınlarda en sık görülen 10 kanserin yaşı göre standardize edilmiş hızları (Türkiye birleşik veri tabanı, 2016) (Dünya standart nüfusu, 100.000 kişide) (37).



Şekil 4: Tütünle ilişkili kanserlerin yaşı standardize insidans hızlarının cinsiyete göre 2012-2016 yılları arasındaki dağılımı (Türkiye birleşik veri tabanı, 2012-2016) (Dünya standart

nüfusu, 100.000 kişide) (37).

2.7.3.1. Sigara ve akciğer kanseri

Tüm dünyada ölümlerin en sık nedenlerinden biri olan akciğer kanserinin yılda 1.6 milyon insanın ölümüne neden olduğu bilinmektedir. Akciğer kanseri, en sık Kuzey Amerika ve Avrupa, nadiren de Afrika'da görülmektedir. Ülkelere göre, akciğer kanseri erkek ve kadınlarda tüm kanser vakalarının %13-15'i, kanser ölümlerinin de yaklaşık %20 -30'unu oluşturmaktadır. Son 30 yılda akciğer kanserinden 5 yılda genel sağ kalım % 16 seviyesinde bulunmaktadır. Akciğer kanseri oluşumu %94 oranında sigara kaynaklıdır. Kanser riski sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla 24-36 kat daha fazladır. İkinci el sigara dumanına maruz kalmada ise risk, %3.5'tur. Sigara içme süresi, içilen sigara miktarı, içilen sigara çeşidi ve sigaraya başlama yaşı kanser oluşumunu etkileyen faktörlerdir. Ayrıca sigaranın filtresiz olması ve yoğun katran barındırması da ek risk faktörlerdir (38).

Türkiye'de ileri yaş kategorisinde en sık skuamöz hücreli kanser, genç yaşlarda ise adenokanser daha çok görülmektedir. Kadınlarda, özellikle sigara içimi ile küçük hücreli akciğer kanseri arasında bağlantı belirgindir. Ülkemiz akciğer kanseri özelliklerini tanımlamak hedefiyle Türk Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu (TAPMG) tarafından yapılan ulusal hastane bazlı retrospektif çalışmada 11849 akciğer kanserli olgunun %90.4'ü erkek, %9.6'sı kadın saptanmış, yaş ortalaması ise 46-65 (%56.7), sigara kullanma oranı %90, evrelere göre ise Evre I % 5.6, Evre II % 7.7, Evre IIIA %14.2, Evre IIIB %32.1 ve Evre IV ise en fazla (%40.4) bulunmuştur (38).

Akciğer kanseri büyük ölçüde önlenabilir bir hastalıktır. Risk faktörleri ortadan kaldırıldığında %85-100 oranında kanser oluşumunun azalabileceği tahmin edilmekte. Dolayısıyla toplumu sigara içme durumunu en aza indirmek ya da sonlandırmak için önlem alınmalıdır (38).

2.7.3.2. Sigara ve meme kanseri

Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda görülen en yaygın kanserdir. Yıllık insidansı, Doğu Çin'de 100.000 kadında 11.8'den Kuzey Amerika'da 100.000'de 86.3'e kadar değişmektedir (39).

Başlangıçta sigara içimi ile bağlantılı bir kanser olduğu pek düşünülmesine de, son yıllarda meme kanserinin nedenleri arasında hem aktif sigara içmenin hem de pasif sigara içmenin payı olduğu üzerine kanıtlar gösterilmiştir (40).

Karsinojenler tüm alveolar membranı geçerek kan dolaşımına ulaşır ve plazma lipoproteinleri vasıtasıyla meme dokusuna taşınır. Sigara kullananların meme sıvısında sigara dumanının metabolitleri görülmüştür. Meme kanserojenleri lipofilik olduğu için, göğüs yağ dokusunda birikebilir ve meme epitel hücrelerince metabolize olup aktive edilebilir. Ancak bunların tersine, tütün kullanımının antiöstrojenik ve düşük meme kanseri riski ile bağlantılı olabileceği düşünülmüş. Tütün kullanımının antiöstrojenik etkisi, artan osteoporoz riski, erken yaşta menapoza girme ve hormon tedavisinin düşük etkileri ile desteklenmiştir (39).

2.7.3.3. Sigara ve baş-boyun kanseri

Baş ve boyun kanserinin (baş ve boyun skuamöz hücreli karsinom), sigara içimi ile güçlü bir ilişkisi vardır. Bu kanser türü insan vücudu için oldukça yıkıcı bir hastalık olup hastaların, genellikle vücut şeklini bozan ve kuvvetten epeyce düşüren yoğun bir tedaviye gereksinimi vardır. Hayatta kalanlar çoğunlukla zoraki konuşma, çiğneme ve yutma zorluğu ve kozmetik değişiklikler ve tat kaybı ile mücadele etmek zorunda kalırlar. Sigara kullananlarda baş ve boyun kanseri riski, hiç sigara içmeyenlere göre neredeyse on kat daha yüksektir ve yeni baş ve boyun kanseri tanılarının % 70-80'i sigara ve alkol kullanımıyla bağlantılıdır. Yapılan çalışmalarda, sigarayı bıraktıktan yaklaşık 20 sene sonra kanser riski hiç sigara kullanmayana benzer olduğu gösterilmiştir (41).

2.7.3.4. Sigara ve serviks kanseri

Serviks kanseri dünyada kadınlarda en çok rastlanılan üçüncü kanserdir. Sigara kullanmanın, HPV (Humon papilloma virüs) enfeksiyonu insidans ve prevalansını etkilediği ve servikal intraepitelyal neoplazi invaziv servikal kanser ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Sigaraya bağlı serviks karsinogenezinde, özellikle direkt kanserojen etki ve immünosupresyon aracılığıyla birçok etmen rol oynar. Sigara kullanmak negatif psikososyal durum ve düşük sistemik bağışıklık gibi diğer karıştırıcı etmenlerle de yakından ilişkilidir (42).

2.7.3.4. Sigara ve pankreas kanseri

Sigara içmek pankreas kanseri için en güçlü risk faktörüdür. Birçok kohort çalışması, sigara kullananların hiç sigara kullanmayana göre 2 kat daha fazla pankreas kanseri riski olduğunu bildirmiştir. Günlük içilen sigara miktarı ve süresi arttıkça pankreas kanseri riski de artmaktadır. Sigara içimi sonlandırıldıktan sonra, kanser riski 10-15 sene içinde yavaş yavaş azalır ve hiç sigara içmeyen seviyesine gelebilir (43).

2.7.4. Kardiyovasküler hastalıklar

Sigara içmek, koroner arter hastalığı, stabil anjina, akut koroner sendromlar, ani ölüm, inme, periferik damar hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, erektil disfonksiyon, ateroskleroz ve aort anevrizmaları gibi kardiyovasküler hastalıklara (KVH) neden olan en önemli risk faktörlerindendir (44). Epidemiyolojik incelemelerde, aktif sigara içiciliğinin yanında pasif içiciliğin de kardiyovasküler hastalıkla ilgili morbidite ve mortaliteye etkisinin önemli derecede olduğunu göstermiştir (45). Sigara, kardiyovasküler hastalıklarından kaynaklanan ölümlerinin yaklaşık % 20'sinin nedenidir (46).

Sigara ile ilişkili kardiyovasküler hastalık oluşmasına yol açan birçok işleyiş bulunmaktadır. Bunlar içinde daha çok oksidatif stres, nikotin, karbonmonoksit gibi

kimyasalların neden olduğu endotel disfonksiyon, protrombotik olaylar, hemodinamik değişikliklere, vasküler inflamasyon, bozulan lipid metabolizması, miyokardiyal oksijen ve kan ihtiyacı artması, miyokardiyal kan ve oksijen düzeyinde azalma ve insülin direnci olması bulunduğu bilinmektedir (35) (45). Tüm bu proaterojenik etkiler sigara içenlerde içmeyenlere göre 10 yıllık ölümcül olgu riskini iki kat arttırmaktadır (47).

Nikotin, sempatik aktiviteyi artırır, dinlenmede kalp atım hızını artırır, devam eden egzersizde kalp hızının yükselmesini azaltır ve olması gereken maksimum kalp hızını düşürür, kardiyak otonomik mekanizma regülasyonunu bozar. Ayrıca, sigara içeriğindeki karbonmonoksit hemoglobin ve miyoglobin ile bağlanır, arteriyel oksijen kan düzeyini azaltır, sistemler üzerindeki foksiyonelliği önemli derecede azaltır (48).

Amerika’da bir senede yaklaşık olarak 194.000 ölüm sigaranın neden olduğu kardiyovasküler hastalıktan kaynaklanmaktadır (35). Amerika’da, kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan sağlık hizmetleri, tedaviler, ilaçlar ve üretkenlik kaybında bir yılda neredeyse 200 milyar dolar maliyeti olmaktadır (47).

Perkütan koroner girişimler (PKG'ler) veya koroner arter baypas greft ameliyatı geçirenlerde sigara içenlerde içmeyenlere göre miyokardiyal enfarktüs geçirme tekrarı ve ölüm artmıştır. Ciddi kardiyovasküler hastalığı olup sigara içenlerin, miyokard enfarktüsü geçirdikten sonra sigarayı bırakması, 2 sene içinde KVH ölüm riskini % 36 oranında düşürmektedir. Sigara kullananlarda kalp yetmezliği riski, kullanmayanlara göre iki kat daha fazladır ve prognozu daha kötüdür (49). Epidemiyolojik incelemelerde, sigara kullanımının miyokard enfarktüsü ve ölümcül koroner arter hastalıkları insidansını artırdığı gösterilmiştir (47).

2.7.5. Solunumsal hastalıklar

Akciğer dokusu, karşılaştığı sigaranın yarattığı hasara hava boşluğunun genişlemesi, kollajen ve elastinin salınmasıyla kendini gösteren bir yıkım, yeniden şekillenme ve onarım kombinasyonu ile cevap verir. Sigara dumanı solunum yollarından alveolar duvarlara kadar solunum sisteminin tüm kompartımanlarını tutar

(50). Sigara dumanı, öncelikle akciğeri tutan ve tutulan bölgede makrofaj tarafından yönetilen etkili bir inflamasyon indükleyicisidir. Buradaki makrofajlar, nötrofiller, monositler, eozinofiller ve T-lenfositler gibi birçok inflamatuvar hücreyi akciğer dokusuna çekerler. Böylece bu hücrelerden amfizem ve obstrüktif bronşiolite neden olarak akciğer dokusuna hasar verici bir takım elastolitik bileşikler ve reaktif oksidatif ürünler üretilir. Dendritik hücrelerin bir alt segmenti olan Langerhans hücreleri, hava yollarının yüzeyinde zengin bir ağ meydana getirir. Sigara dumanına maruziyet bu tür hücre sayılarını arttırarak hava yolu inflamasyonunu ve fonksiyon bozukluğunu hızlandırmakta, sıklıkla bronşıyo-merkezli stellat nodüller ve yara izleri ile sonuçlanmaktadır (51).

Sigara içenlerde, amfizem, solunum bronşiyolit, deskuamatif interstisyel pnömoni, pulmoner Langerhans hücreli histiositoz, submukozal ve adventif fibrozu içeren küçük hava yolu hasarı, bronşla ilişkili lenfoid doku artışı ve küçük arter / arteriyolar duvar kalınlaşması bilinen en önemli histolojik bulgulardır (50).

Astım, hem hava yolu iltihabını hem de hava akımında sıkıntılarla giden iltihaplı bir obstrüktif akciğer hastalığıdır. Astım havayolu enflamasyonu, hücrelerin, aracılardan, sitokinlerin, kemokinlerin gibi birçok etkenin çok karmaşık bir etkileşimi ile meydana gelir. Doğuştan bağışıklık ve çevresel faktörlerin yanında, aktif ve pasif sigara içimi de astımın en önemli tetikleyicileridir (52).

KOAH, geri dönüşü olmayan hava yolu tıkanıklığı, akciğer dokusu kaybı, hayat kalitesinde düşüş ve ciddi ölüm sayıları ile karakterizedir (53). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), milyonlarca insanı etkileyen kronik inflamatuvar bir akciğer hastalığı olup 2030 yılına kadar dünya genelinde ölüm nedeni olarak üçüncü sıraya yükselmesi beklenmektedir. KOAH'nın en önemli ve birincil nedeni sigara içilmesidir. Sigara dumanının tetiklediği kronik inflamasyon akciğer dokusunu olumsuz etkileyerek, ilerleyici ve kalıcı hava yolu kısıtlamasına sebep verir. KOAH'lı hastalarda genelde nefes darlığı, egzersiz kısıtlaması, öksürük, balgam ve psikonevrotik semptomlar gibi birçok sorun meydana gelir. KOAH'ta hava akımı sınırlamasının temel parametreleri 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim (FEV1) ve zorunlu vital kapasitedir. (FVC). FEV1 / FVC oranı ve FEV1 değerleri KOAH'a tanı koymak ve evrelemek için kullanılır (54).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve bronşiyal astım, tüm dünyada neredeyse 900 milyon insanı olumsuz etkileyen obstrüktif akciğer hastalıklarıdır. Sigara yukarıda bahsi geçen hastalıkların oluşmasında ve ilerlemesinde etkisi oldukça büyük olan bir risk faktörüdür. Aktif ve pasif sigara dumanına maruziyetin diğer sonuçları arasında, akciğer fonksiyonlarında bozulma ve KOAH alevlenmelerinde ve astım ataklarında artış görülmektedir (55).

Bununla birlikte sigara kullanımında akciğerde bakteri ve virüsler tarafından oluşturulan enfeksiyonlara zemin hazırlar. Bu ko-enfeksiyonlar, alevlenme dediğimiz. KOAH'ın akut kötüleşmesinin esas indükleyicisidir. KOAH alevlenmeleri, KOAH içindeki morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörlerden biridir ve ayrıca bu hastalığın sağlık bakım ve tedavi maliyetini de artırmaktadır (53).

KOAH için bilinen en etkili tedavi sigarayı bırakmaktır. Sigara içenlerin KOAH olma ihtimali % 50 iken, sigarayı bıraktıklarında KOAH oluşturma riski yaklaşık olarak yarı yarıya düştüğü yapılan yayınlarla gösterilmiştir (56).

2.7.6. Tütün içiminin erkek ve kadın doğurganlığı üzerindeki etkileri

Sigara kullanmak, semen hacmi, sperm yoğunluğu, hareketlilik, canlılık ve normal morfolojiyi etkileyerek semen kalitesinin düşmesine sebep verir. İlâveten sigara içenlerde üreme hormon sistemi bozuklukları, spermatogenez disfonksiyonu, sperm olgunlaşma süreci ve bozulmuş spermatozoa fonksiyonu da görülebilir. Sperm lipidi ve DNA, ROS'a (Reaktif oksijen türleri) karşı savunmasız olduğundan sigara içindeki bileşenlerden dolayı artan reaktif oksijen maddeleri DNA parçalanmasına ve apoptozise neden olabilir ve böylece sperm fonksiyonunun bozulmasına ve erkek doğurganlığının azalmasına sebep olacaktır (57).

Sigara kullanmak doğurganlık oranlarında düşme, üremede ve daha yüksek IVF de yüksek (invitro fertilizasyon) başarısızlık riski ile ilişkilidir. Üreme fonksiyonunun her basamağı, folikülojenez, steroidogenez, embriyo transportu, endometriyal alıcılık, endometriyal anjiyogenez, uterin kan akışı ve uterin miyometriyum, tütün içindeki toksinler için birer hedeftir (58).

Maternal tütün kullanımının orofasiyal yarıklarla ve ektopik gebeliklerle, erkeklerde tütün kullanımının ise erektil disfonksiyon ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (35).

Nikotin ve metabolitlerinin, bozduğu biyolojik fonksiyonlar içinde testiküler gametogenez ve steroidogenez vardır. Katran içinde bir mutajen ve kanserojen olan benzo (a) piren, DNA'ya bağlanabilir ve spermilerin fonksiyonunu ve fetüsün embriyonik gelişimini değiştirebilecek eklentiler meydana getirebilir (57).

Nikotin, kadmiyum, kurşun, cıva ve polisiklikler dahil tütün dumanındaki diğer toksinler aromatik hidrokarbonların da ani bebek ölümü sendromuna, erken doğumlara ve kadınlarda doğurganlığın düşmesine sebep verdiği gösterilmiştir (35).

2.7.7. Anne sigara içiminin fetüs ve çocuk üzerindeki etkileri

Gebelik döneminde annenin sigara içmesi fetüse zarar veren binlerce toksine maruz bırakarak, ektopik gebelik, fetal büyüme kısıtlaması, beyin yapısında ve işlevinde değişiklikler, erken doğum, plasenta dekolmanı gibi sonuçlara sebebiyet verebilir (59)(60).

Nikotin plasentayı geçer ve özellikle fetal beyindeki asetilkolin reseptörlere (nAChR) bağlanır. nAChR'ler beyin gelişiminin ilk aşamalarında fonksiyonel olduklarından, erken aktivasyonları ve / veya nikotin ile duyarsızlaştırma, uzun vadeli gelişimsel kısıtlamalara neden olabilir. İlk trimesterdeki maruziyet bile hem hücrel hem de doku düzeyinde beyin gelişiminin bozulmasına neden olabilir. Aslında morfolojik olarak nikotin, bir nöroteratojendir denilebilir (59).

Annede sigara içmenin bebeğin solunum yolu üzerindeki en önemli etkisi, zorlu ekspiratuar akımlarda azalma, pasif solunum uyumluluğunun azalması, solunum yolu enfeksiyonları sebebiyle hastaneye başvuruda ve yatışta artma ve çocukluk dönemi hırıltı ve astım prevalansının artmasıdır (61).

2.7.8. Sigara ve psikiyatrik hastalıklar

Sigara içimi birçok psikiyatrik rahatsızlıklarla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Sigara içenlerin, sigara içmeyenlere göre duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikoz gibi ruh sağlığı durumları için mevcuttaki kriterlerini karşılama ihtimalinin daha yüksek olduğu ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerin sigara içme ihtimalinin genel popülasyona göre çok daha fazla olduğu; bu kişilerin sigarayı bırakmakta daha fazla zorluk çekebileceği çalışmalarda gösterilmiştir. Amerika’da depresyonu olan yetişkinlerin sağlıklı insanlara göre yaklaşık iki kat daha fazla sigara içme ihtimali vardır. Bunun nedeni olarak daha çok psikiyatrik hastalığı olan hastaların hastalıklarıyla ilişkili semptomları düzenlemek için sigara içtikleri düşünülüyor (62). Sigara ve depresyon / anksiyete arasındaki ilişki iki yönlü de olabilir. Ara sıra sigara ilkin depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltmak içindir, ancak gerçekte semptomları zaman geçtikçe kötüleştirir (63).

Bir görüşe göre, sigaranın insanın nöro-devreleri üzerinde çevresel stres faktörlerine hassasiyeti artıran etkileri aracılığıyla depresyona veya anksiyeteye zemin hazırlayabileceği düşünülüyor (63). Hem klinik öncesi hem de klinik çalışmalardan, nikotine uzun süre maruz kalma, beynin limbik sistemindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerini duyarsızlaştırarak depresyon oluşturma riskini artırabileceğini gösteren kanıtlar da mevcuttur (62).

Bipolar hastalığı olanlar arasında mevcut sigara içme oranı % 30 ile % 70 arasında değişmektedir (62).

Kesitsel çalışmalar, depresyonu olan hastaların % 30'undan fazlasının sigara kullandığını ve hayat boyu depresyon öyküsü olan bireylerin neredeyse % 60'ı şimdi veya daha önce sigara içtiğini göstermektedir (62).

Şizofreni hastalarında sigara içme prevalansı (% 60-90) genel popülasyona (% 23-30) göre daha yüksektir. Genel popülasyonda sigara içimi azalırken (1960'larda % 45'ten 2000'lerde % 23-30'a), şizofreni hastalarında sigara içimi yüksek kalmaktadır. Bu hastalar sigarayı çok daha derin içiyor, sigara dumanındaki zararlı maddelere maruziyeti artırıyor. Sigaranın şizofreni hastalarına etkisi, birçok hastalığa

ek olarak, sigara şizofreni hastalarında yaşam süresinin kısılmasına neden oluyor (64).

2.7.9. Sigara ve Diğer Hastalıklar

Sigara kullanımı neredeyse 50 yılı aşkın süredir erken doğumla ilişkilendirilmiştir. Sigara içiminin gebeliğe etki mekanizması tamamıyla anlaşılamamıştır. Yaygın olarak nikotine bağlı vazokonstriksiyon, karbon monoksit kaynaklı fetal hipoksi, kalsiyum kanallarının kadmiyumla bozulması, steroid hormon yapımının bozulması, prostaglandin sentezinin bozulması ve oksitosine değişen cevapların gebeliği etkilediği düşünülüyor (65).

Araştırmalarda, sigara kullanan kadınların anne sütündeki nikotin seviyesinin plazma seviyesinden üç kat daha çok olduğunu gösterilmiştir. Anne sütü seviyesi ve emzirme süresi sigara içenlerde içmeyenlere göre azalır. Sigara kullanmak yalnızca koruyucu fonksiyonları azaltarak değil, bununla birlikte bebeklerin emzirmeye ve anne sütüne reaksiyonunu da etkileyerek sütün içeriğinde zararlı değişiklikler yaratmak suretiyle etkisini gösterir (66).

Sigara kullanmak, kemik mineral yoğunluğunun azalması, kırık tehlikesinin artmasıyla ilişkilidir. Sigara kullanımı, çeşitli patofizyolojik fonsiyonlar aracılığıyla osteoporoz ve osteoporotik kırıklar için geri döndürülebilir bir risk faktörüdür (67). Sigara içmek perioperatif komplikasyonu lomber disk dejenerasyonunu, kalça kırığı olgularını, kemik ve yara iyileşme mekanizmalarını kötü etkiler. Ayrıca perioperatif komplikasyonlardan enfeksiyon ve yumuşak doku komplikasyonu olmak üzere yara iyileştirici komplikasyon riskini de artırır (68) (69). Güncel kaynaklar, diz bağı operasyonlarının komplikasyonlarında sigaranın olumsuz rol aldığı gösterilmiştir (70).

Birçok çalışmada, sigaranın diabetes mellitus (DM) üzerine olumsuz etkileri bulunduğu gösterilmiştir. Sigara içmek diyabet olma riskini artırır (71). Sigara kullanan DM hastalarında nefropati, retinopati, periferik nöropati, amputasyonlar mikro-makro vasküler komplikasyonların oluşma ihtimali daha çoktur. Sigara içenlerde içmeyenlere oranla tip 2 DM oluşma ihtimalinin % 30-40 daha yüksek olduğu bildirilmiştir (35). Sigaranın DM ve komplikasyonların gelişiminde etki mekanizması olarak insülin direnci, iltihaplanma ve dislipidemi ile ilişkili olduğu düşünüyor. Sigara içmeyi bırakmak DM kontrolü ve diyabetik komplikasyonların engellenmesi için hedef olmalıdır (71).

Sigara içmek gastroözofageal reflü, peptik ülser, Crohn hastalığı (CD) ve ağız boşluğu, yemek borusu, mide, pankreas ve karaciğer kanseri gibi gastrointestinal hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (72). Paradoksal olarak sigara kullanımı ülseratif kolitin (ÜK) oluşması ve önlenmesi için koruyucu bir faktördür. Aktif kimyasallar, reaktif oksijen ürünlerinin yapımını tetikleyen aldehitler, kinonlar, benzo (a) piren, epoksitler ve peroksitler içerir. Bunlar antioksidanlar aracılığıyla nötralize olmazsa, oksidatif stresmeydana gelir ve bu da doku hasarına sebep verir. Mide sıvısındaki nikotin miktarının arteriyel kandan 10 kat, venöz kandan 80 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kaynaklar sigara içimi ile Helicobacter pylori enfeksiyonu ihtimalini ve hastalığın kötüleşmesi arasında pozitif bir bağlantı olduğunu bildirmiştir. Kronik sigara içimi mide ve bağırsak mukozası tarafından mukus üretimini ve bağırsaktaki mukozal onarımı değiştiriyor. Ve ayrıca mikro sirkülasyonu değiştirdiği ve gastrointestinal mukozaya kan akışını bariz azalttığı, bu da enflamatuvar hastalıkların meydana gelmesine yol açtığı gösterilmiştir (73).

Sigara içmenin, yara iyileşmesinde gecikme, kırılganlık ve ciltte çabuk yaşlanması, skuamöz hücreli karsinom, sedef hastalığı, hidradenitis süpürativa, saç dökülmeleri, ağız kanserleri ve ağız rahatsızlıkları gibi birçok cilt hastalıklarıyla ciddi bir ilişkisi vardır. Diyabet hastaları, sistemik lupus eritematöz ve AIDS hastalarında meydana gelen cilt lezyonları üzerinde etkisi mevcuttur. Sigaranın melanom, egzama ve akne üzerindeki etkileri gösteren kanıtlar net değildir. Ayrıca

AIDS hastalarında Behçet hastalığının oral - genital aftozu önlediği; herpes labialis, piyoderma gangrenozum, akral melanom ve Kaposi sarkomunda sigara kullanmanın olası koruyucu etkileri olduğu hakkında anekdot datalar da vardır (74).

Kalp dışı cerrahi hastalarda sigaranın 30 günlük postoperatif sonuçlara etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bir çalışmada, sigara içmenin 30 günlük mortalite olasılığını artırdığı ve ameliyat sonrası ciddi komplikasyonlarla ilişkili olduğu gösterilmektedir. Post op 30 günlük mortalite olasılığının artması ve sigara ile ilgili geniş bir yelpazedeki ciddi komplikasyonlar klinisyenin cerrahi hastalarda sigarayı bırakmayı motive etme yeteneğini artırabilir (75).

Sigara içmek periodontal hastalık için en önemli risk faktörlerinden biridir ve değiştirilebilen en en kuvvetli etkendir. Yapılan birçok çalışmada, sigara içenlerin içmeyenlere göre diş- kemik kaybı ve dişeti çekilmesi gibi rahatsızlıklara ve hatta daha şiddetli periodontal hastalık ihtimalini artıran, periodontal ceplerin meydana gelmesine daha eğilimli olduğunu bildirilmiştir. Sigara, gingival fibroblastlar, periodontal membran hücreleri, periodontal ligament hücreleri ve diğer hücreler gibi periodontal hücrelerin işlevini ve proliferasyonunu bozarak hücre apoptozunu tetikleyebilir. Ayrıca ağız kanseri, sigara ile ilişkilendirilmiş önemli bir risk faktörüdür. Mevcut olan verilere göre sigara, ağız kanserinin olasılığını önemli derecede artırmakta ve periodontal hastalıklara neden olan hasarı ağırlaştırmaktadır (76).

2.8. Sigara ve Covid-19 ilişkisi

COVID-19, ilkin Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'da Aralık 2019'da ortaya çıkan bir koronavirüs salgınıdır, şu anda dünya genelinde hızla dağılan bir pandemiye dönüşmüştür. 14 Ekim 2020'a kadar, dünya genelinde 1.000.000'den çok ölüme neden olmakla beraber yaklaşık 31 milyon COVID-19 vakası bildirilmiştir ve vakaların büyük kısmı Avrupa, ABD, Hindistan ve Brezilya'da rapor edilmiştir (77).

Koronavirüs hastalığı (COVID-19) enfeksiyonu, özellikle akciğerleri etkileyen akut solunum sıkıntısına neden olabilen Koronavirüs-2'den (SARS-CoV-2) kaynaklanır. Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve koroner arter hastalığı gibi sigara içme ile bağlantılı birçok hastalıkların akciğer kapasitesini azalttığı ve vücudun immün sistemini bozduğu ve yeni koronavirüse karşı savaşma gücünü büyük ölçüde etkileyebileceği bilinmektedir (78).

Viral enfeksiyona cevap olarak çok fazla sitokin salımı, istenmeyen klinik sonuçlara sahip COVID-19 hastalarında gösterilmiştir ve IL-6, sitokin fırtına sendromunun çoklu organ hasarına neden olan temel bir faktördür (77).

COVID-19 ve sigara dumanı üzerine yayınlanan araştırmalarda sigara içenlerde 1,4 kat daha yüksek şiddetli semptom riski ve yoğun bakım ve mekanik ventilasyona bağlanma ihtiyacı ve ölüm riski gösterilmiştir (77).

İleri yaş, kardiyovasküler, serebrovasküler ve solunum komorbiditeleri, sigara içme ile ilişkili hava yolu hasarı, diyabet ve tedaviyle ilişkili iyi bilinen konakçı immün yetmezliği veya baskılanması nedeniyle, ciddi sonuçlara eğilimli olabilirler (77).

19 makalenin meta-analizinde, sigara içenler, hiç sigara içmeyenlere göre 1.91 kat daha fazla COVID-19'u şiddetli geçirdiğini göstermiştir (79).

2.9. Elektronik sigara

Elektronik sigara(e-sigara) klasik sigara gibi bir şekli olan ve sigara içiyormuş gibi hissettiren kalem veya aksesuar görünümlü bir nikotin kaynağıdır. E-sigaranın klasik sigaradan daha az zarar verdiği düşünülüyor ancak e-sigara kullanımının güvenli olduğu söylenemez. E-sigaraların aerosol biçimindeki dumanın içinde nikotin, akciğerlerin en uç noktasına gidebilecek ultra ince tanecikler, ciddi akciğer hastalıklarına neden olabilecek kimyasallardan olan diasetil aroma gibi maddeler, uçucu organik bileşikler, kansere öncülük eden kimyasal maddeler, nikel, kalay ve kurşun gibi ağır metaller gibi zararlı birden fazla madde bulunmaktadır. E-sigaralar, sigarayı bırakma şekli olarak FDA tarafından kabul görülmemiştir. Türkiye’de,

Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere birçok çalışmada bu tip ürünlerin reklamı, satışı ve pazarlanmasına kısıtlamalar konulmuş; tıbbi bir ürün olarak kullanılmasının yanlış olduğu gösterilmeye çalışılmıştır. Dünyada ve ülkemizde e-sigara kullanımı artmakta olan bir halk sağlığı sorunudur. Bundan ötürü sağlık personelinin ve halkın e-sigaranın zararları hakkında eğitilmesi, e-sigaraya karşı doğru tutum ve davranışın gösterilmesine yardımcı olacaktır (80).

2.10. Nikotin ve Nikotin Bağımlılığı

Nikotin, bir alkaloit ve bir piridin ve bir pirolidin halkasından oluşan bir üçüncül amindir (81). Nikotin, tütün ürünlerinde bağımlılık nedeni olan kimyasal maddedir. Yüksek pH'da (alkali), nikotin iyonize olmamış biçimdedir ve akciğer epitelinde, ağız mukozasında, burunda ve deri yoluyla rahatlıkla emilebilir (82). Nikotin, inhalasyondan sonra onlarca saniye içinde beyne hızla ulaşmaya başlar, ancak konsantrasyonu giderek artmaya devam eder (81). Nikotinin plazmada yarılanma süresi yaklaşık 2 saattir. Emilen nikotinin % 80'inden fazlası karaciğerde CYP2A6, UDP-glukuronosiltransferaz ve flavin içeren bir monooksijenaz tarafından metabolizmaya uğrar. Kotinin, başlıca metabolitidir. Böbreklerden atılmadan önce Nikotinin % 85-90 kadarı metabolizmaya uğrar. Sigara içenlerde kotinin kan konsantrasyonu 200-400 ng / ml'dir (1.1-2.2 µM) (82).

Nikotin, ilk etkilerini üretmek için nikotinik asetilkolin reseptörlerine (nAChR) bağlanır. NACHR alt tipleri, çeşitli fonksiyonel ve farmakolojik özelliklere sahip çok sayıda kombinasyon halinde oluşabilen beş alt birimden oluşur. Çeşitli psikofarmakolojik etkiler, nikotin bağımlılığının genel sürecine katkıda bulunur. Ancak tütün kullanımının başlatılması ve sürdürülmesi için iki genel sinir sistemi kritik olarak ortaya çıkmaktadır. Ventral tegmental alandan kaynaklanan ve akkübens çekirdeğine uzanan dopaminerjik yolu içeren mezokortikolimbik devre, nikotin bağımlılığının başlaması sırasında davranışları güçlendirmek için hayati önem taşımaktadır. Bu sinir sisteminde $\beta 2$, $\alpha 4$, ve $\alpha 6$, nikotin ve kendi kendine nikotin uygulamasının ödüllendirici yollarının altında yatan en önemli nAChR alt birimleridir. Öte yandan, epitalamik habenüler kompleks ve fasciculus retrofleksus yoluyla bağlanan interpeduncular nükleus, nikotin dozajını ve yoksunluk

semptomlarını düzenleyen kritik katkı maddeleridir. Bu durumda, $\alpha 5$ ve $\beta 4$ nAChR alt birimleri, diğer alt birimlerle kombinasyon halinde kritik rollere sahiptir. Bu nöral sistemlerin her ikisinde de, belirli nAChR alt tipleri, genel nikotin bağımlılığı sürecine katkıda bulunan rollere sahiptir (81).

Nikotin, nörotransmitter salınımını (dopamin, glutamat ve gama aminobütirik asit) kolaylaştırmak için bu beyindeki nikotinik kolinerjik reseptörlere etki ederek zevk, uyarılma ve duygudurum modülasyonu üretir. Nöroadaptasyon, nikotine tekrar tekrar maruz kalındığında gelişir ve bu da nikotinin birçok etkisine toleransla sonuçlanır. Sigara içen kişi sigarayı bıraktığında, diğer semptomların yanı sıra sinirlilik, anksiyete, artan yeme, disfori ve hedonik düzensizlikle karakterize bir nikotin yoksunluk sendromu ortaya çıkar (83).

Nikotinin farmakolojik etkilerini belirleyen başka bir durum ise dozudur. Düşük dozlarda uyarıcı etkisi varken yüksek dozlarda ilkin uyarıcı daha sonra ise sakinleştirici etkileri mevcuttur. Nikotin sinir uçlarında ki aksiyon potansiyelinden sorumlu sodyum akımını inaktive ederek ve potasyum akımını artırarak uyarılabilirliği azaltır. Nikotinik kolinerjik reseptörleri aktifleştirerek dopamin, noradrenalin, asetilkolin, serotonin gibi çok sayıda nörotransmitter salınımına da sebep verir. Hipotalamohipofizer aksı uyararak da büyüme hormonu ve ACTH salınımı kolaylaştırır. Adrenal bezden epinefrin ve norepinefrin salınımını artırır. Diğer etkileri arasında iştahın azalması, bulantı, kusma, tremor ve solunum merkezinin uyarılması vardır (84).

Gün boyunca tekrarlanan sigara içilmesiyle çoklu nikotin dozları elde edildiğinden ve nikotinin yarılanma ömrü insanlarda iki saat veya daha fazla olduğundan, düzenli bir sigara içicisi için gün boyunca arka planda beyin ve vücut dokularında nikotin seviyesi yükselir. Tek bir sigara içmek, sigara içildiğinde kandaki nikotin miktarını artırır (81). Sigara kullanımının yaygınlaşmasının nedeni, sigara içenlerin arzu ettikleri ve dar olarak tanımlanmış nikotin dozlarına ulaşmak için kullandıkları kolay kontrollü bir dozlama cihazı olmasıdır. Sigara içme alışkanlıkları değişiklik gösterse de, sigara içenlerin günden güne tutarlı bir seviyeyi korumak için nikotin alımını manipüle etmeleri alışılmadık bir durum değildir (81).

2.10.1. Nikotin yoksunluk belirtileri

Aşağıda sözü edilen belirtiler ilk 2-3 hafta yaşanması muhtemel yoksunluk belirtileridir ve geçicidir.

- Huzursuzluk
- Uykusuzluk ya da tam tersi uykuya eğilim
- Gerginlik
- Düşünceleri toplama güçlüğü
- Depresif ruh hali veya bazen de aşırı neşelenme durumu
- Aşırı tepki verme eğilimi
- Sinirlilik
- Yorgunluk (85).
- Titreme
- Baş ağrısı
- Kabızlık
- İştah artması
- Ağız kuruluğu, ağız yaraları

2.10.2. Bağımlılığın Değerlendirilmesi

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual 5)'e göre madde kullanım bozuklukları tanı kriterleri;

Tütün içen bireylerde, sorun tütün içiminin 12 aylık bir zaman içinde önemli klinik rahatsızlığa neden olmasıdır ve bu süreçte aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin meydana gelmesi tanı koydurucudur. Bütün bağımlılıklarda gerçekleştiği üzere tolerans ve yoksunluk belirtilerin olması önemlidir.

- Tütün kullanımı amaçladığından daha fazla miktarlara ulaşmış veya daha uzun bir süre içiliyorsa
- Sürekli kullanım isteği veya tütün kullanımını kontrol etmek, bırakmak için uğraşların başarısızlıkla sonuçlanması
- Tütün tedariki ve kullanımı için hayli süre harcanması
- Tütün kullanımı için hasret, ya da güçlü bir tütün kullanımı arzusu ya da kendini zorlanmış hissetme olması.
- İş, okul veya evde konumunun gereği olarak başlıca yükümlülüklerini yerine getirememesi ile sonuçlanan yetersizlikle sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı olması

- Tütünün etkisiyle meydana gelen veya sebep verdiği kalıcı veya yineleyici toplumsal ya da bireyler arası sıkıntılar olmasına karşın tütün kullanımının sürdürülmesi
- Tütün kullanımı sebebiyle önemli toplumsal, mesleki veya eğlence etkinliklerin terkedilmesi veya azaltılması
- Fiziksel olarak tehlike oluşturabilecek durumlarda yineleyici tütün kullanımı bulunması
- Büyük bir ihtimalle tütünün sebep olduğu veya kötüleştirdiği sürekli veya yineleyici fiziksel ya da ruhsal sorunu olduğu bilinmesine karşın yine de tütün kullanımına devam etmesi
- Tolerans ise aşağıdakilerden birinin bulunması ile tanınabilir:
 - a) İstenilen etkiyi sağlamak için daha yüksek miktarda tütün kullanımına belirgin olarak tütün kullanmaya ihtiyaç duyma
 - b) Aynı ölçüde tütün kullanımına rağmen istenilen etkiyi göstermede belirgin azalma
- Yoksunluk belirtileri ise aşağıdakilerin meydana gelmesi ile tanınabilir;
 - a) Tütüne özgü yoksunluk belirtileri
 - b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak veya rahatlamak için tütün veya tütüne yakın olan başka bir madde kullanımı (86)(87).

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde, Fagerstrom Tolerans Anketi , Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara Ağırlık İndeksi, Tanısal ve İstatistiksel el kitabı güncel kriterleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Fakat sigara bırakma kliniklerinde, tedavi planlanmasında en yaygın olarak Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) kullanılmaktadır (86).

İlk kez 1978’de Fagerström, Fagerström Tolerans Testi’ni önermiştir. Bu test 1991’de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. tarafından yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur ve dikkat edilmesi gereken sorulara dikkat çekilmiştir (88).

Tablo 4: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz? a. Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde- 3 puan b. 6-30 dakika içinde- 2 puan c. 31-60 dakika- 1 puan d. 1 saatten fazla- 0 puan
Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. evet- 1 puan b. hayır- 0 puan
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir? a. Sabah içtiğim ilk sigara- 1 puan b. Diğer herhangi biri- 0 puan
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a. 10 adet veya daha az- 0 puan b. 11-20- 1 puan c. 21-30 2- puan d. 31 veya daha fazla- 3 puan
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a. evet- 1 puan b. hayır- 0 puan
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirirkenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? a. evet- 1 puan b. hayır- 0 puan
Toplam skor 0-2 =Çok az bağımlılık 3-4 =Az bağımlılık 5 =Orta derecede bağımlılık 6-7 =Yüksek bağımlılık 8-10 =Çok yüksek bağımlılık

2.11. Sigara Bırakma Tedavisi

2.11.1 Olguların Evrelendirilmesi

Sigara içme davranışı komplekstir ve başlama, bırakma, sürdürme, aralıklı içme, nüks gibi farklı davranışsal bileşenleri mevcuttur. Bu bileşenlere bakılarak şu anda sigarayı bırakmaya yönelik olarak farklı yaklaşımlar mevcuttur. Yaklaşımın etkinliği, sigara kullanan kişinin iyi tanımlanmasına, doğru sınıflandırılmasına ve doğru yöntemin yapılmasına bağlıdır. Etkatif sigarayı bırakma yöntemleri sigara içme davranışındaki değişiklikleri tanımlayan “Transtheoretical Model” ve “Agency for Health Care Policy Research” (AHCPR) tarafından geliştirilen Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi doğrultusunda uygulanmaktadır. “Transtheoretical Model” ilk kez Prochaska ve arkadaşları tarafından tanımlanan, kişinin sigarayı bırakma tedavisine uyum sağlamaya hazır olup olmadığını anlaşılmasına yardım eden 5 aşamalı bir değişim sürecidir. Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar (Tablo 5).

Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaçları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla hekimin yaklaşımı da hangi evrede olduklarına göre değişeceğinden bireyin çok iyi tanımlanması gereklidir.

Tablo 5: Sigarayı bırakmada değişim evreleri (14).

Bırakmayı düşünmeme (precontemplation)	Birey sigarayı bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Birey henüz bırakmaya karar vermemiştir fakat bırakmayı düşünür ve sigaranın sağlığa zararları, bırakma yolları hakkında bilgi edinme sürecindedir
Bırakmaya hazırlanma (preparation/ready for action)	Birey sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir
Bırakmayı deneme (action)	Birey sigarayı bırakmış, henüz 6 ayı doldurmamıştır
Bırakmayı sürdürme (maintenance)	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir

Bırakmayı düşünmeme: Sigara içen kişi, önümüzdeki az 6 ay sigara bırakmak için herhangi bir davranış değişikliği düşüncesi yoktur. Sigaranın faydalarını düşünmekte, kullanmaktan keyif almakta, sigarayı sevmektedir. Sigaranın zararlarını düşünmez veya ne gibi bir rahatsızlık vereceğini bilmez. Kendine güveni yoktur. Sigara içme davranışını değiştirmeye neden olabilecek öğrenme durumlardan (okuma, konuşma, düşünme) kaçma yönelimindedir.

Bırakmayı düşünme: Sigara içen kişi, önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünmektedir. Elde edeceği faydaların bilincindedir. Bu zamanda sigara ile alakalı olumlu ve olumsuz düşünceleri hemen hemen birbirine eşittir. Bırakmayı erteleten güçlükleri daha çok düşünmektedir. Bırakma gayreti için çok kararsızdır. Düşünme evresinde takılıp kalmıştır.

Bırakmaya hazırlanma: Sigara içen kişi, risklerin çok iyi bilincindedir, önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı planlamıştır. Bırakma için ufak fakat anlamlı adımlar atmıştır, faaliyete geçmek için bir planı mevcuttur.

Bırakmayı deneme: Sigara içen kişi, sigarayı bırakma adımını atmıştır. İlaç alarak, davranış değişikliği yaparak, tıp dışı diğer yöntemler kullanarak veya bu yöntemlerden birkaçını birden yaparak bırakmış olabilir. Daha 6 aylık bırakma zamanı bitmemiştir. Bu evre, nükslerin en çok olduğu evredir.

Bırakmayı sürdürme: Bu evredeki sigara içen kişi, 6 aydan daha fazla zamandır sigara kullanmamaktadır. Sigarayı bırakmayı başarmıştır ve nüksten sakınmaya uğraşmaktadır. Kendine olan güveni artmıştır. Ancak bu evrede de sıklıkla nüks meydana gelir. En başarılı içiciler, çoğunlukla önceden nüksü ve yukarıda sözü edilen evreler arası geçişi ortalama 3-4 kez yaşamış olanlardır.

Klinisyen, hem kişiyi sigarayı bırakması için motive etmeli hem de etkili bir bırakma atağı için destek vermelidir. Motivasyon düzeyinin izlenmesi, sigarayı bırakma davranışındaki değişiklik için anahtar rol oynar. Çok iyi motive edilmiş kişiler, daha az motive olanlara kıyasla daha başarılıdır (14).

2.11.2. Sigara Bırakma Tedavisinde 5A 5R Kavramları

Destek tedavilerine farmakolojik tedavilerin de katılmasıyla birlikte çok iyi başarı oranları yakalanabileceğini bilinmektedir. Branşı ne olursa olsun her doktor karşılaştığı her hastanın sigara içme durumunu sorgulamalı ve bırakma için kişiyi motive etmesi ilk basamak olarak büyük önem taşımaktadır. Muayeneye gelen her hastaya etkili tedavi yöntemlerinin olduğu söylenmeli ve tedavi tavsiye edilmelidir. Hasta sigarayı bırakma açısından isteksiz görünüyorsa kuşkusuz motivasyonel destek sağlanmalıdır.

Yapılan çalışmalarda doktora hangi nedenle olursa olsun gelen hastalarda 3 dakika gibi kısacık bir görüşmenin dahi sigarayı bırakma düzeylerini anlamlı derecede artırdığı gösterilmiştir. Bırakma denemesi açısından hevesli hastalarda aşağıda gösterilecek olan 5A, Bırakma açısından hevesli olmayan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması tavsiye edilmektedir.

Tablo 6: Sigara bıraktırmada 5A (5 Ö) stratejisi

5A (5 Ö)		
(A1) Adım 1	Ask	Öğren
(A2) Adım 2	Advise	Öner
(A3) Adım 3	Assess	Ölç
(A4) Adım 4	Assist	Önderlik Et
(A5) Adım 5	Arrange	Örgütle

2.11.2.1. 5A (5 Ö) stratejisi

(A1) Adım 1: Öğren

Hangi nedenle olursa olsun gelen her hastaya, her başvuruda hastanın sigara içme durumu muhakkak sorgulanmalı ve kayda geçilmelidir. Ne zaman başlamış? Kaç senedir içiyor? Günde kaç tane içiyor gibi sorular söylenmeli ve kayda geçilmelidir.

(A2) Adım 2: Öner

Sigara içen her hastaya muhakkak sigarayı bırakması tavsiye edilmelidir. Bu tavsiye açık, net, güçlü ve bireye özel olmalıdır.

Bireye Özel: Hastanın şimdiki şikayetleri ve sağlık durumu, sigara içmenin getirdiği ekonomik yükü, aile fertlerini sigara dumanına maruz bırakarak verdiği zarar, sigarayı terk edince sağlığında meydana gelecek etkileyici iyileşmeden bahsetmek gerekir.

(A3) Adım 3: Ölç

Sigara içen her hastayı sigarayı bırakmak isteme durumu muhakkak irdelenmelidir. Bırakmaya hevesli ise destek verilmeli, istemiyorsa 5R stratejileri uygulanmalıdır. Bırakmak hevesli hastaların bu aşamada bırakma isteği sebepleri incelenmeli, hastanın kararlılık durumu belirlenmeye çalışılmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (Fagerström nikotin bağımlılık testi yapılabilir) tercih edilmelidir ve imkan dahilinde karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. Daha

önce bırakma deneyimi olmuşsa bu zamanda yaşananlar, karşılaşılan zorluklar, en uzun bırakılan süre, tedavi uygulayıp uygulamadığı gözden geçirilmelidir.

(A4) Adım 4: Önderlik Et

Sigara içenle birlikte bir bırakma planı belirlenmelidir. Bırakma günü ayarlamak kişinin motivasyonunu artıracaktır. Bırakma kararı aile, arkadaş, iş ortamında ve yakın çevrelerde söylenmeli ve destek alınmalıdır. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk semptomlarının olabileceği söylenmeli ve bununla nasıl baş edeceği açısından hasta bilgilendirilmelidir. Yaşadığı ortamdan sigarayı hatırlatacak her türlü eşya ve maddeden uzaklaştırılması tavsiye edilmelidir. Bırakma periyotunda mücadele gücünü çoğaltacak yeni günlük etkinlikler yapılmalıdır.

Bırakma günün ardından hiç sigara içilmemelidir. Bırakma periyotunda mümkün olduğunca alkol içilmemelidir. Çünkü alkol nükse sebep verebilir.

Bireyin yaşına, kültürüne ve eğitim düzeyine göre elverişli yazılı kaynak sağlanmalıdır. Ülkemizde Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu tarafından yapılan kitapçıklar ve www.dumansizhayat.org internet sitesi bu hedef için idealdir.

(A5) Adım 5: Örgütle

Doktorlar olabildiğince kişi ile yüz yüze ve ya telefon görüşmeleri ile takip edilmelidir. Her buluşmada bireyin başarısından ötürü onu kutlamak gerekir. Karşılaşılan zorluklar irdelenmeli ve çözüm şekilleri konuşulmalıdır ve tavsiyelerde bulunulmalıdır. Nüks meydana gelmişse sebepleri incelenmeli ve tekrar tam bırakma için mücadele verilmelidir. Farmakoterapi gözden geçirilmeli ve ihtiyaç varsa doz ayarlaması planlanmalıdır (14).

2.11.2.2. 5R stratejisi

Bırakma konusunda isteksiz olan hastalara 5R stratejileri uygulanmalıdır.

Tablo 7: Sigara bıraktırmada 5R stratejisi

5R		
R1	Relevance	İlişki
R2	Risks	Riskler
R3	Rewards	Ödüller
R4	Roadblocks	Engeller
R5	Repetition	Tekrar

(R1) İlişki:

Sigara kullanmanın neden olabileceği riskler bireyin içinde olduğu şartlarla düşünülerek sigara bırakmaya cesaretlendirilmelidir. Mevcut hastalık hali, aile, çocuk, ekonomik şartlar, yaş, cinsiyet, ileride hasta olma endişesi üzerinde durulmalıdır. Sigara bırakmanın kişinin kendisi ile alakalı olduğu, daha önceki bırakma deneyimleri güçlükleri ile birlikte değerlendirilmelidir.

(R2) Riskler:

Kişiye sigara kullanmanın meydana getireceği kısa ve uzun süreli zararlar ve neden olabileceği hastalıklar üzerinde durulmalıdır. Hastaya düşük nikotinli, düşük katranlı sigara kullanmanın veya diğer tütün çeşitlerinin (pipo, puro, elektronik sigara,) kullanmanın hasta olma riskini azaltmayacağı belirtilmelidir. Meydana gelebilecek hastalık risklerinden bahsedilerek bireyler bilinçlendirilmelidir.

(R3) Ödüller:

Bireye sigarayı bıraktığında meydana gelecek potansiyel faydalar belirtilmelidir. Bırakmanın ardından sağlık durumunun meydana gelecek iyileşmeler hakkında bilgi aktarılmalıdır (14).

2.11.3. Sigaradan Kurtulmanın Yararları

2.11.3.1. Sağlık yararları;

20. dakikada; nabız, kan basıncı ve vücut ısı normalle döner.

24. saatte; kanda karbonmonoksit (CO) gazı hızla azalır.

2 hafta - 3 ay sonra; efor kapasitesi artmaya başlar. Öksürük varsa azalır, 3 ay içinde kaybolur. Balgam mevcutsa 2 haftada yarıya iner. Nefes hareketleri kolaylaşır. Koku ve tat duyusu normalleşir. Vücut bağışıklığı kuvvetlenmeye başlar. Kişi kendini daha dinç ve kuvvetli hissetmeye başlar. Dişteki sarı lekeler azalır ve kaybolur.

1. yılda; miyokart infarktüs gelişme riski ilk günlerden azalmaya başlar, bir senenin sonunda risk %50 azalır. Serebrovasküler olay ve Buerger hastalığı riski %30-50 azalır. KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı), astım gibi akciğer hastalıklarının oluşmasını önler veya ilerlemeyi yavaşlatır ve durdurabilir.

5. yılda; ağız, gırtlak, özefagus, mesane kanseri riski yarıya düşer.

10. Yılda; felç olma riski 5-10 sene hiç sigara kullanmayanlarla aynı düzeye gelir. Akciğer, ağız, gırtlak, özefagus, mesane, böbrek, pankreas kanseri riski giderek azalır.

15. yılda; koroner arter hastalığı ve miyokart infarktüs riski hiç sigara kullanmayanlarla aynı düzeye gelir.

2.11.3.2. Sosyal yararları;

Evde, işyerinde, arkadaş ortamında bireyler sigara dumanına maruz kalmayacaklar. Çocuklara iyi örnek olunur ve çocuklarda hastalık oluşma olasılığı azalır. Çevredeki bireylere örnek olup onların sigarayı terk etmelerini kolaylaştırır. Ev, araba, giysiler üzerine sinen duman azalacağından çevreyi de rahatsız etmeyecektir.

2.11.3.3. Ekonomik yararları;

Sigaraya para verilmeyeceği için tasarruf sağlanmış olacak. Sigara içimi ile ilişkili hastalıklar sebebiyle doktor, hastane, tedavi gibi sağlık giderleri düşecektir.(85)

(R4) Engeller:

Kişiyi Sigarayı bırakmanın önündeki muhtemel engeller bilinmeli ve hastaya bu engelleri kaldırabilecek çözüm tavsiyeleri açıklanmalıdır. Sık görülen engeller:

Yoksunluk belirtileri (2-3 hafta yaşanması muhtemel yoksunluk belirtileridir ve geçicidir. Bunlar; huzursuzluk, titreme, uykusuzluk ya da tam tersi uykuya eğilim, baş ağrısı, gerginlik, kabızlık, düşünceleri toplama güçlüğü, depresif ruh hali veya bazen de aşırı neşelenme durumu, aşırı tepki verme eğilimi, iştah artması, sinirlilik, yorgunluk, ağız kuruluğu, ağız yaraları (85)), başarısızlık korkusu, kilo almada artma, destek eksikliği, depresyon, sigara kullanmaktan zevk alma, sigara kullananlarla ile birlikte bulunma, etkili tedavilerin mevcudiyetinden bihaber olma.

(R5) Tekrar:

İsteksiz hastaların muayeneye her gelişlerinde motivasyonel desteğin tekrar tekrar verilmesi gerekir. Daha önce çokça denemiş ve başarısızlıkla sonuçlanmış kişiye bunun bir sonraki denemesinde de başarısızlıkla sonuçlanacağı manaya gelmediği, bırakmanın birkaç denemeden sonra olabileceği belirtilmelidir.

2.11.4. Sigarayı Henüz Bırakanlar

Sigara kullanmayı henüz bırakmış bir bireyle buluşulduğunda kişi kararından ve başarısından ötürü kutlanmalı ve sigarayı kullanmamayı devam ettirmesi için motive edilmelidir. Sağlık bakımından elde edeceği faydalar belirtilmelidir. Karşılaşılan sorunlar, yoksunluk belirtileri, muhtemel riskler açısından görüşülmeli ve çözüm tavsiyeleri verilmelidir (14).

2.11.5. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler

Sigara içen bireyin sigara içmesine sebep olabilecek faktörler içinde alkol kullanma, çay ve kahve gibi içecekler tüketme, öğün sonrası gibi davranışsal faktörler, öfke, sinirlilik, sevinç, neşe, üzüntü, keder, stres, gerginlik, gerilme gibi duygusal faktörler, yakın çevresinde sigara kullanmasını anımsatacak kül tabağı, sigara kutusu, çakmak, kibrit, izmarit gibi görsel faktörler, daha önce sigara kullanılan çevrelerde olunması, sigara kullanan bireylerle birlikte kalınması gibi durumsal faktörler sayılabilir. Bırakma aşamasında bu faktörlerin sigara kullanma hevesini kontrol etmeyi güçleştireceği göz önüne alarak önlem alınmalıdır. En çok uygulanacak davranışsal tavsiyeler;

- **Görsel faktörleri** kontrol etmek için sigarayı anımsatan ürünlerin (kül tabağı, çakmak, sigara kutusu, kibrit, izmarit vb) göz önünden kaldırılması önemlidir.
- **Duygusal faktörlere** maruz kalındığında kısa süreli konum değişikliği, su içme, sayı sayma ve derin nefes alıp verme gibi faaliyetler yapılabilir.
- **Durumsal faktörleri** kontrol etmek için sigara kullanma ile özdeşleşmiş ortamın bazı değişiklikler yapılması; örneğin sigara kullandığı sandalye, koltuk, kanepeler gibi cisimlerin yerini değiştirilmesi, odanın temizlenmesi, perde ve yatak-koltuk kılıflarının yıkanması, varsa otomobilin temizlenmesi, daha önce beraber sigara içilen bireylerle bırakmayı denediğinin söylemesi ve anlayışla karşılaşmasını istediğini bildirmesi, kendisine sigara verilmemesini söylemesi önemlidir.
- **Davranışsal faktörleri** (alkol kullanma, çay ve kahve gibi içecekler tüketme, öğün sonrası içme) kontrol etmek için sigara ile bu ürünlerin hazırlık döneminde terk etmesi, sigara bırakıldıktan sonra ise ağız pH'sını nötralize etmek için su içme, şekersiz ciklet çiğneme gibi faaliyetlerin uygulamaya konulması düşünülebilir.

Bırakma sürecinde kişinin yoksunluk belirtilerinden, ağız yaralarından, kabızlıktan, kilo almaktan dolayı korku ve çekimleri olabilir. Bu korkuların

replasman tedavisi) ürün çeşitleri içerisinde transdermal bant, nikotin sakızı, nazal sprey, nikotin inhaler, sublingual tablet ve pastil formları mevcuttur. Türkiye’de ruhsatlı olarak piyasada satılan formları transdermal bant, nikotin sakızı ve pastil formlarıdır (94). Bupropion; nontrisiklik, aminoketon bir antidepresan ilacıdır. Mezolimbik sistemde dopamin ve lokus koeruleus’da noradrenalin geri alınımının inhibe ederek, nikotin yoksunluk belirtilerini azalttığı ve sigaranın bırakılmasına katkı verdiği düşünülüyor (95). Vareniklin; agonist ve antagonist etkileri ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk belirtilerin meydana gelmesini engeller (96).

Tablo 8: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri (14).

İlaç	Doz	Kullanım süre ve şekli
Nikotin Sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin bant	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz ile başlanır
Bupropion	150 mg oral tablet	150 mg/ gün oral tablet günde 1 kez ilk üç gün 150 mg/gün oral tablet günde 2 kez iki ay İki doz arasında en az 8 saat olmalıdır Süre:12 hafta
Vareniklin	0.5 mg/ gün 1 mg/ gün	0.5 mg/ gün sabah ilk 3 gün, 0.5 mg sabah / akşam 4-7 gün, 1 mg sabah ve akşam 8. günden itibaren tedavi bitimine kadar(12Hafta)

* Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. 2014

Tablo 9: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları (14).

İlaç	Kontrendike olduğu durumlar	Çok yaygın yan etkiler	Yaygın yan etkiler
Nikotin Sakızı	Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tad, ağızda iritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız dış problemleri	Göğüs ağrısı, terleme, diyare,
Nikotin bant	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, unstable angina ve aritmi, gebeler ve süt emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant allerjisi, yaygın deri hastalığı varlığı	Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, kızarıklık ve kasıntı	Ödem ve yanma hissi Bulantı, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, kas ağrısı, emosyonel değişiklikler, sersemlik, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvulziyon Konvulziyon eşliğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü Kontrolsüz hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, Anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları , MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı sigara içimi, Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı	Uykusuzluk (insomnia) Baş ağrısı Baş dönmesi Ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren mide-barsak sistemiyle ilgili (gastrointestinal) rahatsızlıklar	Titreme (tremor), sersemlik, tat alma bozuklukları Konsantrasyon bozukluğu Görme bozukluğu Kurdeşen (ürtiker) gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları Döküntü, kaşıntı, terleme İştahsızlık (anoreksi) Karın ağrısı (abdominal ağrı), kabızlık (konstipasyon) Ateş, kuvvetsizlik (asteni)
Vareniklin	Varenikline alerjik durum, Terminal dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık, uyku güçlüğü	İştah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, bas dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, siskinlik hissi, mide rahatsızlığı, hazımsızlık, mide/bağırsakta gaz

* Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. 2014

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, 1 Aralık 2020 – 1 Nisan 2021 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, eğitim ve araştırma hastanesinde 1 Aralık 2020 – 1 Nisan 2021 arasında görev yapmakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Evrenin hedef kitlesi, hastanede çalışan 395 asistan hekimdir. Hedef kitlenin tamamına ulaşılması amaçlandı. Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan asistan hekimlerden 331 (hedef kitlenin %79'u) asistan hekim çalışmaya katılmayı kabul etti ve çalışma grubu oluşturuldu.

3.4. Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Anketi gönüllü olarak doldurmayı kabul etmiş olmak
- Belirtilen tarihler arasında eğitim ve araştırma Hastanesinde asistan hekim olarak görev yapmak

3.5. Araştırmada dışlama kriterleri

- Anketi cevaplamaya gönüllü olmamak
- Başka bir kurumda görevlendirilmiş olmak
- Doğum, Askerlik, Ücretsiz izin, yıllık izin ve raporlu olmak

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olan anket formu kendi kendine online anket cevaplama yöntemi ile uygulandı. Uygulanan anket araştırmacılar tarafından ilgili literatürler taranarak oluşturuldu.

Anketin ilk bölümü ankete katılmayı onaylama sorusu, ikinci bölümü 18

sorudan oluşan sosyo-demografik veri içeren sorular(cinsiyet, yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, meslekteki yılı, asistanlıktaki yılı, asistanlık bölüm ve branşı, gelir durumu, tutulan nöbet sayısı, uyku süresi, sigara bıraktırmada sertifikalı ve sertifikasız eğitim alma, sigara içme durumu, aile ve çevrede sigara içme durumu, kullanılan paket/yıl sigara miktarı, sigara dışında tütün kullanım durumu, alkol kullanım durumu), üçüncü bölümü sigara içenler için 6 sorudan oluşan Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT), döndürücü bölümü 8 sorudan oluşan sigara içenlerin durumu, beşinci bölümü 10 sorudan oluşan sigarayı bırakanların durumu, son iki bölümü 17 sorudan oluşan sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranış sorularından oluşmaktadır. Ankette toplamda 60 soru (hiç sigara içmeyenler için 36 soru, sigara içenler için 50 soru, sigarayı bırakanlar için 46 soru) yer almaktadır.

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT): Bu test, çalışmaya katılan asistan hekimlerde sigara içenlerin nikotine bağımlılığı ve derecesinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. İlk kez 1978’de Fagerström, Fagerström Tolerans Testi’ni önermiştir. Bu test 1991’de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. tarafından (2004) yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur ve dikkat edilmesi gereken sorulara dikkat çekilmiştir (88). FNBT 6 sorudan oluşmakta olup, sorulara verilen cevaplara göre puan verilmektedir. Maksimum 10, minimum 0 puan alınmaktadır. 0-2 puan: Çok az bağımlı; 3-4 puan: Az bağımlı; 5 puan: Orta derecede bağımlı; 6-7 puan: Yüksek bağımlı; 8-10 puan: Çok yüksek bağımlı olarak derecelendirilmektedir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (*Statistical Packet for The Social Science*) 26.0 istatistik paket formunda değerlendirildi. Normal dağılım için Shapiro Wilk testi, basıklık-çarpıklık değerleri ve Q-Q plot bakıldığında normal dağılım uyulmadığı görüldü. Frekans değerleri n(%) olarak, ortalama değerler medyan (min-max) olarak verildi. Korelasyon analizinde Spearman Korelasyon Analizi tercih edildi. Kategorik veriler analizinde Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın yapılabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 22.10.2020 tarihli ve 0999 sayılı karar numarası ile çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma 311 asistan hekim üzerinden yürütülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerden %54,7 (n:170) 'si erkek, %45,3 (n:141) 'ünü kadın hekimler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanlar medeni durumuna göre incelendiğinde %59,8 (n:186)'i bekar, %40,2 (n:125)'si evli idi. Çalışma grubunu oluşturanların sahip oldukları çocuk sayısı incelendiğinde %89,8 (n:270)'i çocuk sahibi değilken %7,7 (n:24)'i 1 çocuk, %4,8 (n:15)'i 2 çocuk, %0,6 (n:2)'si 3 çocuk sahibi idi.

Katılımcılardan %36,6 (n:114)'sı asistanlığın birinci yılında, %19 (n:59)'u asistanlığın ikinci yılında, %27,7 (n:86)'si asistanlığın üçüncü yılında, %9,3 (n:29)'ü asistanlığın dördüncü yılında, %7,1 (n:22)'i asistanlığın beşinci yılında %0,3 (n:1)'ü asistanlığın yedinci yılında olduğunu belirtti.

Araştırmaya katılanların çalıştığı asistanlık bölümü sorgulandığında %69,1 (n:215)'inin dahili tıp, %26,7 (n:83)'sinin cerrahi tıp, %4,2 (n:13)'sinin temel tıp bölümünde çalıştığı görüldü.

Katılımcıların gelir durumu üç kategori üzerinden soruldu. Katılımcıların %37,6 (n:117)'sı “gelirim giderimden fazla”, %49,2 (n:153)'si “gelirim giderime denk”, %13,2 (n:41)'si “gelirim giderimden az” seçeneğini seçtiği saptandı.

Çalışmaya dahil edilen hekimlerin bir günde ortalama uyku süresine %1,3 (n:4)'ü saatten az, %26,0 (n:81)'sı 4-6 saat, %66,9 (n:208)'u 6-8 saat, %5,8 (n:18) 8 saatten fazla olarak yanıt verdi.

Araştırmaya katılan hekimlere sigara bıraktırma açısından sertifikalı ve sertifikasız eğitim alıp almadıkları sorgulandı. Katılımcıların %7,1 (n:22)'i sigara

bıraktırmada sertifikalı eğitim aldığını, %92,9 (n:289)'u sigara bıraktırmada sertifikalı eğitim almadığını belirtti. Katılımcıların %21,9 (n:68)'u sigara bıraktırmada sertifikasız eğitim aldığını, %78,1 (n:243)'i sigara bıraktırmada sertifikasız eğitim almadığını belirtti.

Çalışma grubunu oluşturan asistan hekimlerin alkol kullanma durumu sorgulandı. Katılımcıların %45,3 (n:141)'ü hiç alkol kullanmadığını, %43,4 (n:135)'ü nadiren alkol kullandığını, %11,3 (n:35)'ü sıklıkla alkol kullandığını belirtti. Ayrıca katılımcılara sigara dışında tutun ürünleri kullanımı (Pipo, puro, nargile vb..) olup olmadığı sorgulandığında, çalışma grubun %18,0 (n:56)'i “evet”, %82,0 (n:255)'si “hayır” olarak yanıtladı (Tablo 10).

Tablo 10: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	170	54,7
Kadın	141	45,3
Medeni Durum		
Bekar	186	59,8
Evli	125	40,2
Asistanlık yılı		
1. yılında	114	36,6
2. yılında	59	19
3. yılında	86	27,7
4. yılında	29	9,3
5. yılında	22	7,1
6. yılında	0	0
7. yılında	1	0,3
Asistanlık bölümü		
Dahii Tıp	215	69,1
Cerrahi Tıp	83	26,7
Temel Tıp	13	4,2
Gelir durumu		
Gelirim giderimden fazla	117	37,6
Gelirim giderime denk	153	49,2
Gelirim giderimden az	41	13,2
Uyku süresi		
4 saatten az	4	1,3
4-6 saat	81	26,0
6-8 saat	208	66,9
8 saatten fazla	18	5,8
Sigara bıraktırmada sertifikalı eğitim aldınız		
Evet	22	7,1
Hayır	289	92,9
Sigara bıraktırmada sertifikasız eğitim aldınız		
Evet	68	21,9
Hayır	243	78,1
Alkol kullanımı		
Hiç kullanmadım	141	45,3
Nadiren	135	43,4
Sıklıkla	35	11,3
Sigara dışında tutun ürünleri kullanımı (Pipo, puro, nargile vb..)		
Evet	56	18,0
Hayır	255	82,0

Çalışma grubunu oluşturan asistan hekimlerin yaş ortalaması $28,56 \pm 2,85$ (minimum:24, maksimum:52, ortanca:28) idi. Hekimlerin meslekteki yıl ortalaması $3,84 \pm 2,31$ (minumum:1, maksimum:17, ortanca:2), asistanlıktaki yıl ortalaması $2,32 \pm 1,28$ (minimum:1, maksimum:7, ortanca:2) idi.

Araştırmaya katılan asistan hekimlere kaç paket/gün/yıl sigara içildiği sorulduğunda 112 kişi soruyu cevapladı (sigara hiç içmeyenler kimisi soruyu boş bıraktı, kimisi de 0 olarak yazdı. Nadiren içenlerin bir kısmı çok az içtiğini düşünerek 0 veya 0'a yakın bir değer yazdı.). Soruyu cevaplayan katılımcıların sigara kullanımı paket/gün/yıl üzerinden ortalama $5,64 \pm 5,32$ (minimum:0, maksimum:30, ortanca:4) olarak bulundu.

Çalışma grubundaki asistan hekimlere bir ayda tutulan nöbet sayısı soruldu. Hekimlerin ortalama tutulan nöbet sayısı $5,30 \pm 3,56$ (minimum:0, maksimum:23, ortanca:7) idi (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların yaş, meslek ve asistanlık yılı, içilen paket/yıl sigara ve bir ayda tutulan nöbet sayısı değerleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca
Yaş	311	24	52	$28,56 \pm 2,85$	28,00
Meslekte kaçıcı yıl	311	1	17	$3,84 \pm 2,31$	3,00
Asistanlıkta kaçıcı yıl	311	1	7	$2,32 \pm 1,28$	2,00
İçilen sigara paket/gün/yıl	112	0	30	$5,64 \pm 5,32$	4,00
Tutulan nöbet sayısı	311	0	23	$5,30 \pm 3,56$	7,00

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sigara içme durumları incelendiğinde, katılımcıların %57,6 (n:179)'sının hiç sigara içmediği, %12,9 (n:40)'unun nadiren sigara içtiği, %23,8 (n:74)'inin düzenli sigara içtiği (sigara içen toplam: %36,7 (n:114)), %5,8 (n:18)'inin de sigarayı bıraktığı saptandı (Tablo 12).

Tablo 12: Asistan hekimlerin sigara içme durumu

	n	%
Hiç içmedim	179	57,6
Bıraktım	18	5,8
-Nadiren içiyorum	40	12,9
-Düzenli içiyorum	74	23,8
İçiyorum	114	36,7
Toplam	311	100

Çalışma grubunu oluşturan tüm hekimlere ailesinde ve çevresinde sigara içenlerin belirtilmesi istendi. Hekimlerin %7,3'ü (n:23) eşinin %12,4'ü (n:39) annesinin, %21,6'sı (n:68) babasının, %26,0'sı (n:82) kardeşlerinin %76,2'si (n:240) arkadaşlarının, %50,8'i (n:160) diğer kişilerin (amca, dayı, teyze, dede, nine) sigara kullandığını ve %6,0'sı (n:19) ailede ve çevresinde hiç kimsenin sigara kullanmadığını belirtti. Sorulan sorulara birden fazla yanıt verildiği göz önünde bulundurulduğunda “ailede ve çevrenizde sigara içenler” sorusuna en çok cevap alan seçenek “arkadaşlarım” seçeneği olduğu görüldü (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin aile ve çevresinde sigara içenlerin dağılımı*

	n	%
Eşim	23	7,3
Annem	39	12,4
Babam	68	21,6
Kardeşlerim	82	26,0
Arkadaşlarım	240	76,2
Diğer (amca, dayı, hala, teyze, dede, nine)	160	50,8
Hiç kimse	19	6,0

*Birden fazla seçenek seçilebilir.

Aile ve çevresinin sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu ilişkisine bakıldığında eş, anne, baba, kardeş ve arkadaşların sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin aile ve çevresinin sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu ilişkisi

		Sigara içmeyen	Sigara içen	İstatistiksel analiz χ^2 ; (p)
Sigara içme durumu (aile, çevre)		n (%)	n (%)	
Eşim	Evet	8 (34,8)	15 (65,2)	5,273; p:0,022
	Hayır	171 (59,4)	117 (40,6)	
Annem	Evet	13 (33,3)	26 (66,6)	10,710; p:0,001
	Hayır	166 (61,0)	106 (39,0)	
Babam	Evet	32 (47,1)	36 (52,9)	3,926; p:0,048
	Hayır	147 (60,5)	96 (39,5)	
Kardeşim	Evet	37 (45,1)	45 (54,9)	7,048; p:0,008
	Hayır	142 (62,0)	87 (28,0)	
Arkadaşım	Evet	130 (54,2)	110 (45,89)	4,944; p:026
	Hayır	49 (69,0)	22 (31,0)	
Diğer *	Evet	98 (61,3)	62 (38,8)	1,840; p:0,175
	Hayır	81 (53,6)	70 (48,4)	
* Amca, dayı, hala, teyze, dede, nine				

Çalışma grubuna katılan asistan hekimlerin sigara içme durumları “hiç içmeyen”, “içen”, “bırakan” olarak gruplandırıldı. Çalışmaya katılan erkeklerin %49,4’ü (n:84) hiç sigara içmemiş, %44,1’i (n:75) sigara içiyor, %6,5’i (n:11) sigarayı bırakmış olduğu; kadınların, %67,4’ünün (n:95) hiç sigara kullanmamış, %27,7’sinin (n:39) sigara içiyor, %5,0’inin (n:7) sigarayı bırakmış olduğu görüldü. Cinsiyet ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p:0,006$). Çalışmada erkeklerin kadınlara göre sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6).

Çalışma grubuna katılan asistan hekimlerin medeni durumuna göre sigara içme durumu; evli olan asistan hekimlerde %57,6'sı (n:72) hiç sigara içmemiş, %37,6'sı (n:47) sigara içiyor, %4,8'i (n:6) sigarayı bırakmış. Çalışmaya katılan bekar olan asistanların %57,5'i (n:107) hiç sigara içmemiş, %36,0'sı (n:67) sigara içiyor, %6,5'i (n:12) sigarayı bırakmış. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin medeni durumuna göre sigara içme durumu istatistiksel olarak ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma grubunu oluşturan asistan hekimlerin sahip oldukları çocuk sayısına göre sigara içme durumuna bakıldığında; hiç çocuk sahibi olmayanların %56,3'ü (n:152) hiç sigara içmemiş, %37,4'ü (n:101) sigara içiyor, %6,3'ü (n:17) sigarayı bırakmış. Katılımcılarda bir çocuk sahibi olanların %70,1'i (n:17) hiç sigara içmemiş, %25,0'i (n:6) sigara içiyor, %4,2'si (n:1) sigarayı bırakmış. Katılımcılarda iki çocuk sahibi olanların %53,3'ü (n:8) hiç sigara içmemiş, %46,7'si (n:7) sigara içiyor. Katılımcılarda üç çocuk sahibi olanların %100'ü (n:2) hiç sigara içmemiş. Çalışmada asistan hekimlerin sahip olduğu çocuk sayısına göre sigara içme durumu istatistiksel olarak ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin asistanlık bölümüne göre sigara içme durumuna bakıldığında; dahili tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %61,4'ü (n:132) hiç sigara içmemiş, %33,0'ü (n:71) sigara içiyor, %5,6'sı (n:12) sigarayı bırakmış. Katılımcılardan cerrahi bölümde çalışan asistan hekimlerin %45,8'i (n:38) hiç sigara içmemiş, %49,4'ü (n:41) sigara içiyor, %4,8'i (n:4) sigarayı bırakmış. Katılımcılardan temel tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %69,2'i (n:9) hiç sigara içmemiş, %15,4'ü (n:2) sigara içiyor, %15,4'ü (n:2) sigarayı bırakmış. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin asistanlık bölümüne göre sigara içme durumu anlamlı bulundu (**$p:0,020$**). Çalışma grubundaki cerrahi tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin sigara içme düzeyi daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırma grubundaki asistan hekimlerin gelir durumuna göre sigara içme durumuna bakıldığında; gelirim giderimden fazla olduğunu ifade eden asistan hekimlerin %60,7'si (n:71) hiç sigara içmemiş, %34,2'si (n:40) sigara içiyor, %5,1'i (n:6) sigarayı bırakmış. Gelirim giderime denk olduğunu ifade eden asistan

hekimlerin %57,5'i (n:88) hiç sigara içmemiş, %35,3'ü (n:54) sigara içiyor, %7,2'si (n:11) sigarayı bırakmış. Gelirim giderimden az olduğunu ifade eden asistan hekimlerin %48,8'i (n:20) hiç sigara içmemiş, %48,8'i (n:20) sigara içiyor, %2,4'ü (n:1) sigarayı bırakmış. Çalışmada asistan hekimlerin gelir durumuna göre sigara içme durumu istatistiksel olarak ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin bir gündeki ortalama uyku süresine göre sigara içme durumuna bakıldığında, 4 saatten az uyuduğunu belirten asistan hekimlerin %50,0'i (n:2) hiç sigara içmemiş, %50,0'i (n:2) sigara içiyor. 4-6 saat uyuduğunu belirten asistan hekimlerin %48,1'i (n:39) hiç sigara içmemiş, %48,1'i (n:39) sigara içiyor, %3,7'si (n:3) sigarayı bırakmış. 6-8 saat uyuduğunu belirten asistan hekimlerin %59,1 (n:123) hiç sigara içmemiş, %34,1'i (n:71) sigara içiyor, %6,7'si (n:14) sigarayı bırakmış. 8 saatten fazla uyuduğunu belirten asistan hekimlerin %83,3'ü (n:15) hiç sigara içmemiş, %11,1'i (n:2) sigara içiyor, %5,6'sı (n:1) sigarayı bırakmış. Çalışmada asistan hekimlerin uyku süresine göre sigara içme durumu ile ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma grubunu oluşturan asistan hekimlerin sigara dışında tütün ürünlerini kullananların (pipo, puro, nargile vb.) %23,2'si (n:13) hiç sigara içmemiş, %64,3'ü (n:36) sigara içiyor, %12,5'i (n:7) sigarayı bırakmış. Sigara dışında tütün ürünü kullanmayanların %65,1'i (n:166) hiç sigara içmemiş, %30,6'sı (n:78) sigara içiyor, %4,3'ü (n:11) sigarayı bırakmış. Çalışmamızda asistan hekimlerin sigara dışında tütün ürünü kullanımına göre sigara içme durumu ile ilişki saptandı (**$p:0,000$**). Araştırmadaki asistan hekimlerde sigara dışında tütün ürünlerini kullananların sigara içme düzeyi daha yüksek olarak tespit edildi.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerde hiç alkol kullanmadığını belirten asistan hekimlerin %74,5'i (n:105) hiç sigara içmemiş, %23,4'ü (n:33) sigara içiyor, %2,1'i (n:3) sigarayı bırakmış. Nadiren alkol kullandığını belirten asistan hekimlerin %45,2'si (n:61) hiç sigara içmemiş, %46,7'si (n:63) sigara içiyor, %8,1'i (n:11) sigarayı bırakmış. Sıklıkla alkol kullandığını belirten asistan hekimlerin %37,1'i (n:13) hiç sigara içmemiş, %51,4'ü (n:18) sigara içiyor, %11,4'ü (n:4) sigarayı

bırakmış. Araştırmada alkol kullanımı olan asistan hekimlerin sigara içme durumu ile ilişki saptandı (**p:0,000**). Alkol kullanan asistan hekimlerin sigara içme düzeyi daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 15).

Tablo 15: Çalışmaya katılan asistan hekimlerin sigara içme durumunun bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	Sigara İçme Durumu			İstatistiksel analiz X ² ; (p)
	Hiç içmeyen n (%)	İçen n (%)	Bırakan n (%)	
Cinsiyet				
Erkek	84 (49,4)	75 (44,1)	11 (6,5)	10,319; p:0,006
Kadın	95 (67,4)	39 (27,7)	7 (5,0)	
Medeni Durum				
Evli	72 (57,6)	47 (37,6)	6 (4,8)	0,403; 0,8817
Bekar	107 (57,5)	67 (36,0)	12 (6,5)	
Çocuk sayısı				
Hiç çocuk sahibi olmayan	152 (56,3)	101 (37,4)	17 (6,3)	p:0,666*
Bir çocuk sahibi	17 (70,1)	6 (25,0)	1 (4,2)	
İki çocuk sahibi	8 (53,3)	7 (46,7)	0 (0,0)	
Üç çocuk sahibi	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Asistanlık Bölümü				
Dahili Tıp	132 (61,4)	71 (33,0)	12 (5,6)	p:0,020*
Cerrahi Tıp	38 (45,8)	41 (49,4)	4 (4,8)	
Temel Tıp	9 (69,2)	2 (15,4)	2 (15,4)	
Gelir durumu				
Gelirim giderimden fazla	71 (60,7)	40 (34,2)	6 (5,1)	p:0,457*
Gelirim giderime denk	88 (57,5)	54 (35,3)	11 (7,2)	
Gelirim giderimden az	20 (48,8)	20 (48,8)	1 (2,4)	

Uyku süresi				
4 saatten az	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	p:0,053*
4-6 saat	39 (48,1)	39 (48,1)	3 (3,7)	
6-8 saat	123 (59,1)	71 (34,1)	14 (6,7)	
8 saatten fazla	15 (83,3)	2 (11,1)	1 (5,6)	
Sigara dışında tutun ürünleri kullanımı (Pipo, puro, nargile vb...)				
Evet	13 (23,2)	36 (64,3)	7 (12,5)	33,535; p:0,000
Hayır	166 (65,1)	78 (30,6)	11 (4,3)	
Alkol kullanımı				
Hiç kullanmayan	105 (74,5)	33 (23,4)	3 (2,1)	p:0,000*
Nadiren	61 (45,2)	63 (46,7)	11 (8,1)	
Sıklıkla	13 (37,1)	18 (51,4)	4 (11,4)	
* Fisher's Exact test				

Araştırma grubunu oluşturan sigara içen asistan hekimlerde sigara içme durumunun bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisine bakıldı. Spearman korelasyon analizine göre sigara içme durumu ile yaş, meslekteki yıl ve asistanlık yılı arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Spearman korelasyon analizine göre sigara içme durumu ile bir ayda tutulan nöbet sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif düzeyde ($r: ,440$, $p<0,05$) ilişki olduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 16: Bazı sosyodemografik özelliklerin sigara içme durumu ile ilişkisi (Korelasyon)

		Yaş	Meslekteki yıl	Asistanlık yılı	Nöbet sayısı
Sigara içme durumu	r; p*	,044 ,438	-,034 ,554	-,070 ,220	,248** ,000
*Spearman korelasyon analizi					

Araştırma grubunu oluşturan asistan hekimlerde sigara içenlerin (n:114) ilk deneme yaşı ortalaması $17,76 \pm 4,33$ (minimum:7, maksimum:28, ortanca:18),

düzenli sigara içme yaşı ortalaması $21,61 \pm 3,75$ (minimum:12, maksimum:30, ortanca:21), toplam sigara içilen yıl ortalaması $6,85 \pm 4,25$ (minimum:0, maksimum:28, ortanca:20) olarak saptandı (Tablo 17).

Tablo 17: Sigara içenlerde ilk deneme yaşı, düzenli içme yaşı, içme süresinin değerlendirilmesi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca
İlk deneme yaşı	114	7	28	$17,76 \pm 4,33$	18,00
Düzenli içme yaşı	114	12	30	$21,61 \pm 3,75$	21,00
Toplam içme yılı	114	0	20	$6,85 \pm 4,25$	7,00

Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) içerisinde yer alan “Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında asistan hekimlerin %57’si “10 veya daha az”, %36,8’i “11 ile 20 arası”, %6,1’i “21 ile 30 arası” şeklinde ifade ettiler. Erkek ile kadın arasında içilen sigara adedi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p:0,011**). Erkek asistan hekimler kadın hekimlere göre daha fazla miktarda sigara tüketmektedir (Tablo 18).

Tablo 18: Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) içerisinde yer alan “Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?” sorusuna verilen yanıt dağılımı

	Erkek n %	Kadın n %	Toplam n %	İstatistiksel analiz X ² ; (p)
10 veya daha az	36 (48)	29 (74,4)	65 (57)	p:0,011*
11 ile 20 arası	32 (42,7)	10 (25,6)	42 (36,8)	
21 ile 30 arası	7 (9,3)	0 (0,0)	7 (6,1)	
31 ve üstü	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
* Fisher's Exact test				

Çalışma grubunu oluşturan asistan hekimlerde bulundukları ortama göre sigara içme adeti sorgulandığında; iş ortamında asistan hekimlerin %66,7'si 0-10 adet, %21,9'u (n:25) 11-20 adet, %8,8 'i (n:10) 21-30 adet, %2,6'sı (n:3) 30 adetten daha fazla sigara içtiğini belirtti. Ev ortamında asistan hekimlerin %92,1'i (n:105) 0-10 adet, %7,9'u (n:9) 11-20 adet sigara içtiğini belirtti. Sosyal çevre ortamında asistan hekimlerin %71,9'u (n:82) 0-10 adet, %24,6'sı (n:28) 11-20 adet, %2,6'sı (n:3) 21-30 adet, %0,9'u (n:1) 30 adetten daha fazla sigara içtiğini belirtti. Araştırmaya göre asistan hekimlerin iş ve sosyal çevre ortamında ev ortamına göre daha fazla miktarda sigara içtiği saptandı. Asistan hekimlerin nöbet usulü çalışması ile hastanede kalma sürelerinin artmasının ve iş yükü stresinin bu sonucu etkileyebileceği düşünüldü (Tablo 19).

Tablo 19: Sigara içenlerde gün içerisinde bulunulan ortama göre sigara tüketim miktarı (tane)

	0-10 n (%)	11-20 n (%)	21-30 n (%)	31 ve üzeri n (%)
İş ortamında	76 (66,7)	25 (21,9)	10 (8,8)	3 (2,6)
Ev ortamında	105 (92,1)	9 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sosyal çevre ortamında	82 (71,9)	28 (24,6)	3 (2,6)	1 (0,9)

Çalışmaya katılan asistan hekimlerde sigaran içenlerin (n:114) sigara içmeye başlama sebepleri sorgulandı. Birden fazla seçenek seçebilme imkanı verildi. Sigara içmeye başlama sebepleri olarak sigara içen asistan hekimlerin %10,5'i (n:12) ailede sigara kullanan olması, %81,6'ı (n:93) çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, %59,6'ı (n:68) stres ve sıkıntı durumu olması, %28,1'i (n:32) özentisi ve heves olması, %9,6'sı (n:11) psikolojik baskılardan dolayı, %31,6'ı (n:36) iş ortamından dolayı, %9,6'sı (n:11) mesleğe başlamak olduğunu, %9,6'sı (n:11) diğer (büyüdüğünü hissetme, kendini ispatlama..) sebepler nedeniyle olduğunu belirtti (Tablo 20).

Araştırmada sigara içen asistan hekimlerin sigaraya başlama sebebi olarak en çok çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, ikinci olarak stres ve sıkıntı olması ve üçüncü olarak da iş ortamında dolayı olduğu saptandı.

Tablo 20: Sigara içenlerde sigara içmeyi başlatan sebepler*

	n	%
Ailede kullanan olması	12	10,5
Çevre -arkadaş grupları	93	81,6
Stres-sıkıntı	68	59,6
Özenti - heves	32	28,1
Psikolojik baskılar	11	9,6
İş ortamı	36	31,6
Mesleğe başlamak	11	9,6
Diğer(büyüdüğünü hissetme, kendini ispatlama isteği..)	11	9,6
*Birden fazla seçenek seçilebilir.		

Çalışmaya katılan asistan hekimlerden sigaran içenlerin (n:114) sigara içmeyi uyaran faktörleri seçmesi istendi. Birden fazla seçenek seçme olanağı sunuldu. Sigara içmeyi uyaran faktör olarak sigara içen asistan hekimlerin %80,7'si (n:92) iş stresi, %35,1'i (n:40) klinik içi çalışanlar ile ilgili iletişim problemi, %30,7'i (n:35) hasta yakını ile ilgili iletişim problemi, %12,3'ü (n:14) geçim sıkıntısı, %51,8'i (n:59) çevredekilerin içiyor olması, %3,5'i (n:4) psikiyatrik bir rahatsızlığının olması, %56,1'i (n:64) nöbetli çalışıyor olmak, %5,3'ü (n:6) aile içi şiddet problemi, %19,3'ü (n:22) sosyal çevre ile iletişim problemi olduğunu belirtti (Tablo 21).

Araştırmada sigara içen asistan hekimler arasında sigara içmeyi uyaran faktörlerden en çok iş stresi, ikinci olarak nöbetli çalışılıyor olması ve üçüncü olarak da çevredekilerin içiyor olması olduğu saptandı. Ayrıca sigara içen asistan hekimlerin yaklaşık üçte birinde sigara içmeyi uyaran faktör olarak klinik içi çalışanlar ile, hasta ve yakını ile iletişim problemleri olduğu görüldü.

Tablo 21: Sigara içenlerde sigara içmeyi uyaran faktörler*

	n	%
İş stresi	92	80,7
Klinik içi çalışanlar ile ilgili iletişim problemi	40	35,1
Hasta ve yakını ile ilgili iletişim problemi	35	30,7
Geçim sıkıntısı	14	12,3
Çevredekilerin içiyor olması	59	51,8
Psikiyatrik bir rahatsızlığının olması	4	3,5
Nöbetli çalışıyor olmak	64	56,1
Aile içi iletişim problemi	6	5,3
Sosyal çevre ile iletişim problemi	22	19,3
*Birden fazla seçenek seçilebilir.		

Nikotin bağımlılığın değerlendirilmesinde birçok test kullanılmaktadır. Fakat sigara bırakma kliniklerinde, tedavi planlanmasında en yaygın olarak Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) kullanılmaktadır.

FNBT altı sorudan oluşmakta olup, sorulara verilen cevaplara göre puan verilmektedir. Maksimum 10 puan alınmaktadır. 0-2 puan: Çok az bağımlı; 3-4 puan: Az bağımlı; 5 puan: Orta derecede bağımlı; 6-7 puan: Yüksek bağımlı; 8-10 puan: Çok yüksek bağımlı olarak derecelendirilmektedir.

Çalışma grubunu oluşturan sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre FNBT (0-10) puan ortalaması $2,27 \pm 2,39$, ortancası 1,5 (minimum:0 maksimum:8) olarak saptandı. FNBT derecelendirilmesi [**1'den 5'e kadar** (1- çok az bağımlı; 2-az bağımlı; 3-orta derecede bağımlı; 4-yüksek bağımlı; 5-çok yüksek bağımlı)] ortalaması $1,76 \pm 1,11$, ortancası 1 (minimum:1 maksimum:5) idi (Tablo 22).

Tablo 22: Sigara içenlerde FNBT puanlaması ve derecelendirilmesi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca
FNBT Puan (0-10)	114	0	8	2,27 $\pm$ 2,39	1,5
FNBT Derecelendirme (1-5)	114	1	5	1,76 $\pm$ 1,11	1

Araştırmada yer alan sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre sigara içen asistan hekimlerin %59,6'sı (n:68) çok az bağımlı; %18,4'ü (n:21) az bağımlı; %10,5'i (n:12) orta derecede bağımlı; %8,8'i (n:10) yüksek bağımlı; %2,6'sı (n:3) çok yüksek bağımlı olarak tespit edildi. Başka bir sınıflandırma şekli olarak %78'si düşük bağımlı, %10,5'i orta bağımlı, %11,4'ü yüksek bağımlı olduğu söylenebilir (Tablo 23).

Tablo 23: Sigara içenlerde FNBT derecelendirilmesi

	n	%
Çok az bağımlı	68	59,6
Az bağımlı	21	18,4
Orta derecede bağımlı	12	10,5
Yüksek bağımlı	10	8,8
Çok yüksek bağımlı	3	2,6

Sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre erkek asistan hekimlerin %52'si (n:39) çok az bağımlı, %20'si (n:15) az bağımlı, %14,7'si (n:11) orta derece bağımlı, %9,3'ü (n:7) yüksek bağımlı, %4,0'ü (n:3) çok yüksek bağımlı iken kadın asistan hekimlerin %74,4'ü (n:29) çok az bağımlı, %15,4'ü (n:6)

az bağımlı, %2,6'sı (n:1) orta derecede bağımlı, %7,7'si (n:3) yüksek bağımlı olduğu saptandı. Ayrıca kadın asistan hekimlerde çok yüksek bağımlılık hiç görülmedi.

Araştırma grubunu oluşturan sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre dahili tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %60,6'sı (n:43) çok az bağımlılık, %21,1'i (n:15) az bağımlılık, %12,7'si (n:9) orta derecede bağımlılık, %4,2'si (n:3) yüksek bağımlı, %4,2'si (n:1) çok yüksek bağımlı; cerrahi tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %56,1' (n:23) çok az bağımlılık, %14,6'sı (n:6) az bağımlılık, %17,7'si (n:7) yüksek bağımlılık, %4,9'u (n:2) çok yüksek bağımlı; temel tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %100,'ü (n:2) çok az bağımlılık olarak tespit edildi.

Nikotin bağımlılık testine göre evli olan asistan hekimlerin %48,9'u (n:23) çok az bağımlı, %25,5'i (n:12) az bağımlı, %14,9'u (n:7) yüksek bağımlı %2,1'i (n:1) çok yüksek bağımlı; bekar olan asistan hekimlerin %67,2'si (n:45) çok az bağımlı, %13,4'ü (n:9) az bağımlı, %11,9'u (n:8) orta derecede bağımlı, %4,5'i (n:3) yüksek bağımlı, %3,0'ü (n:2) çok yüksek bağımlı olarak saptandı.

Sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre hiç alkol kullanmayanların %51,5'i (n:17) çok az bağımlı, %24,7'si (n:9) az bağımlı, %12,1'i (n:4) orta derecede bağımlı, %6,1'i (n:2) yüksek bağımlı, %3,0'ü (n:1) çok yüksek bağımlı; nadiren alkol kullanan asistan hekimlerin %66,7'si (n:42) çok az bağımlı, %11,1'i (n:7) az bağımlı, %11,1'i (n:7) orta derecede bağımlı, %7,9'u (n:5) yüksek bağımlı, %3,2'si (n:2) çok yüksek bağımlı; sıklıkla alkol kullanan asistan hekimlerin %50,0'si (n:9) çok az bağımlı, %27,8'i (n:5) az bağımlı, %5,6'sı (n:1) orta derecede bağımlı, %16,7'si (n:3) yüksek bağımlı olarak saptandı (Tablo 24).

Tablo 24: Bazı sosyodemografik özelliklere göre nikotin bağımlılık düzeyleri

FNBT						
	Çok az bağımlılık n (%)	Az bağımlılık n (%)	Orta dereced e bağımlı	Yüksek bağımlılık n (%)	Çok yüksek bağımlılık	İstatistiks el analiz X ² ; (p)
Cinsiyet						
Erken	39 (52)	15 (20)	11 (14,7)	7 (9,3)	3 (4,0)	p:0,111*
Kadın	29 (74,4)	6 (15,4)	1 (2,6)	3 (7,7)	0 (0,0)	
Asistan bölümü						
Dahili tıp	43 (60,6)	15 (21,1)	9 (12,7)	3 (4,2)	1 (4,2)	p:0,297*
Cerrahi tıp	23 (56,1)	6 (14,6)	3 (7,3)	7 (17,1)	2 (4,9)	
Temel tıp	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Medeni durum						
Evli	23 (48,9)	12 (25,5)	4 (8,5)	7 (14,9)	1 (2,1)	p:0,097*
Bekar	45 (67,2)	9 (13,4)	8 (11,9)	3 (4,5)	2 (3,0)	
Alkol kullanımı						
Hiç	17 (51,5)	9 (24,7)	4 (12,1)	2 (6,1)	1 (3,0)	p:0,392*
Nadiren	42 (66,7)	7 (11,1)	7 (11,1)	5 (7,9)	2 (3,2)	
Sıklıkla	9 (50,0)	5 (27,8)	1 (5,6)	3 (16,7)	0 (0,0)	

Araştırmaya katılan sigara içen asistan hekimlerde nikotin bağımlılığı düzeyinin bazı özellikler ile ilişkisine bakıldı. Spearman korelasyon analizine göre cinsiyet ile FNBT (nikotin bağımlılık testi) arasında zayıf düzeyde negatif yönde ($r: -.225$; $p < 0,05$) ilişki olduğu görüldü. Erkeklerde nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksek saptandı. Düzenli sigara içmeye başlama yaşı ile FNBT arasında orta düzeyde negatif yönde ($r: -.363$; $p < 0,05$) ilişki olduğu görüldü. Sigara içen asistan hekimlerde düzenli sigara içmeye başlama yaşı düştükçe nikotin bağımlılık düzeyi artmakta olduğu saptandı. Sigara içilen toplam yıl sayısı ile FNBT arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r: .452$; $p < 0,05$) ilişki olduğu görüldü. Asistan hekimlerde sigara içilen yıl sayısı arttıkça nikotin bağımlılık düzeyi artmakta olduğu saptandı. Bir ayda ortalama tutulan nöbet sayısı ile FNBT arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ($r: .254$; $p < 0,05$) ilişki olduğu görüldü. Asistan hekimlerde tutulan nöbet sayısı arttıkça nikotin bağımlılık düzeyi artmakta olduğu saptandı. İçilen paket/gün/yıl sigara miktarı ile FNBT arasında güçlü düzeyde pozitif yönde ($r: .553$; $p < 0,05$) ilişki olduğu görüldü. İçilen paket/gün/yıl sigara miktarı arttıkça nikotin bağımlılık düzeyi artmakta olduğu saptandı.

Spearman korelasyon analizine göre yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, gelir durumu, uyku süresi, çalışıldığı asistanlık bölümü, sigara dışında tütün ürünü kullanım durumu, alkol kullanım durumu, ilk sigara deneme yaşı, meslekte ve asistanlıkta çalışılan yıl sayısı ile FNBT puanı arasında ilişki saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25: Sigara içen asistan hekimlerde FNBT derecelendirmesinin bazı özelliklerle ilişkisi (Korelasyon)

	FNBT r; p*	
Cinsiyet	,-225*	,016
Yaş	,162	,085
Medeni durum	-,171	,068
Çocuk sayısı	,097	,304
Gelir durumu	,158	,093
Uyku süresi	-,117	,214
Asistanlık bölümü	,064	,502
Sigara dışında tütün kullanımı	,025	,792
Alkol kullanımı	-,018	,852
ilk sigara deneme yaşı	-,005	,960
Düzenli sigara içme yaşı	-,363**	,000
Sigara içilen toplam yıl	,452**	,000
Nöbet sayısı	,254**	,006
İçilen paket/yıl sigara	,553**	,000
Meslekteki yıl	,066	,488
Asistanlıktaki yılı	-,007	,942
*Spearman korelasyon analizi		

Çalışma grubunu oluşturan asistan hekimlerde sigara içenlerin sigara bırakma düşüncesi sorgulandı. Sigara içen asistan hekimlerin sigarayı bırakma düşüncesine %71,1'i (n:81) "evet", %17,5'i (n:20) "hayır", %11,4'ü (n:13) "bilmiyorum" şeklinde ifade etti (Tablo 26).

Tablo 26: Sigara içenlerde sigara bırakma düşüncesi

	n	%
Evet	81	71,1
Hayır	20	17,5
Bilmiyorum	13	11,4

Sigara içen asistan hekimlerde sigarayı bırakma denemesi sorgulandığında, %28,9'u (n:33) hiç denemediğini, %28,1'i (n:32) bir defa, %13,2'si (n:15) iki defa, %29,8'i (n:34) ikiden fazla sigarayı bırakma denemesi olduğunu belirtti (Tablo 27).

Tablo 27: Sigara içenlerde sigarayı bırakma deneme sayısı

	n	%
Hiç denemedim	33	28,9
1 defa	32	28,1
2 defa	15	13,2
2'den daha fazla	34	29,8

Çalışma grubuna katılan asistan hekimlerden 18'nin (%5,8) sigara kullanımını bıraktığı saptandı. Sigara kullanımını bırakan asistan hekimlerde ilk deneme yaşı ortalaması $18,61 \pm 5,18$ (minumum:5 maksimum:25 ortanca:19), düzenli içme yaşı ortalaması $22,22 \pm 2,66$ (minumum:19 maksimum:27 ortanca:22), toplam sigara kullanılan yıl ortalaması $5,28 \pm 3,15$ (minumum:1 maksimum:11 ortanca:5), sigara bırakma yaşı ortalaması $26,94 \pm 1,83$ (minumum:24 maksimum:29 ortanca:27), sigara kullanımı ortalama $2,44 \pm 2,33$ (minumum:1 maksimum:10 ortanca:1) defada bırakıldı, kullanılan paket/gün/yıl sigara ortalaması $3,80 \pm 3,41$ (minumum:0,5 maksimum:15 ortanca:3) olarak saptandı (Tablo 28).

Tablo 28: Sigara bırakan asistan hekimlerin durumu

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca
İlk deneme yaşı	18	5	25	18,61 $\pm$ 5,18	19,00
Düzenli içme yaşı	18	19	27	22,22 $\pm$ 2,66	22,00
Toplam içme yılı	18	1	11	5,28 $\pm$ 3,15	5,00
Sigara bırakma yaşı	18	24	29	26,94 $\pm$ 1,83	27,00
Sigarayı kaçınıc defada bıraktı	18	1	10	2,44 $\pm$ 2,33	1,00
Kullanılan paket/yıl sigara	18	0,5	15	3,80 $\pm$ 3,41	3,00

Çalışmaya katılan sigara kullanımını bırakmış olan asistan hekimlerde sigarayı bırakma sebeplerinin belirtilmesi istendi. Birden fazla seçenek seçebilme imkanı verildi. Sigarayı bırakma sebepleri olarak sigarayı bırakan asistan hekimlerin %27,8'i (n:5) var olan sağlık problemleri, %94,4'ü (n:17) zararlı olması, %16,7'si (n:3) ailenin istemesi, 27,8'i (n:5) mesleki sorumluluk, %33,3'ü (n:6) iyi bir rol model olmak, %5,6'sı (n:1) kamu spotları, %16,7'si (n:3) sigara paketi üzerindeki resim ve uyarılar olduğunu belirtti. Sorulan sorulara birden fazla yanıt verildiği göz önünde bulundurulduğunda "sigarayı bırakma sebepleri" sorusuna en çok cevap alan seçenek "zararlı olduğunu düşündüğüm için, ikinci olarak da "iyi bir rol model olmak için" seçeneğini olduğu saptandı (Tablo 29).

Tablo 29: Sigarayı bırakan asistan hekimlerde sigarayı bırakma sebepleri

	n	%
Var olan sağlık problemlerimden dolayı	5	27,8
Zararlı olduğunu düşündüğüm için	17	94,4
Ailem bırakmamı istediği için	3	16,7
Mesleki sorumluluk	5	27,8
İyi bir rol model olmak için	6	33,3
Kamu spotları	1	5,6
Sigara paketi üzerindeki resim ve uyarılar	3	16,7
Gebelik durumu, emzirme durumu, gebelik planı olması	0	0,0
*Birden fazla seçenek seçilebilir.		

Çalışmaya katılan sigara kullanımını bırakmış olan asistan hekimlerde sigarayı bırakma yöntemi sorgulandı. Sigarayı bırakan asistan hekimlerin %94,4'ü (n:17) bireysel çabalarımla, %5,6'sı (n:1) sigara bıraktırma polikliniğinde danışma olarak ve farmakolojik tedavi olarak sigarayı bıraktığını belirtti (Tablo 30).

Tablo 30: Sigara bırakan asistan hekimlerde sigara bırakma yöntemi

	n	%
Bireysel çabalarımla	17	94,4
Sigara bıraktırma polikliniğinde danışmanlık olarak, Farmakolojik yöntemlerle	1	5,6
Konuşma terapisi ile motivasyonel görüşme sonrasında, Alternatif tıbbi yöntemler (akupunktur, hipnoz vb..)	0	0,0

Tablo 31: Asistan hekimlerin sigara bıraktırmaya karşı davranış durumu

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Az	Hiç
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hastaların sigara içme durumunu sorgularım					
	85 (27,3)	122 (39,2)	89 (28,6)	8 (2,6)	7 (2,3)
Sigara içen hastalara sigarayı bırakma düşüncesini sorgularım					
	49 (15,8)	109 (35,0)	109 (35,0)	26 (8,4)	18 (5,8)
Hastalarımı sigara bırakmayı öneririm					
	124 (39,9)	99 (31,8)	72 (23,2)	10 (3,2)	6 (1,9)
Sigara içmeyen hastalarımı olumlu geri bildirimde bulunurum					
	81 (26,0)	92 (29,6)	94 (30,2)	24 (7,7)	20 (6,4)
Sigarayı bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorgularım					
	38 (12,2)	44 (14,1)	135 (43,4)	55 (17,7)	39 (12,5)
Hastalarımı sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları hakkında bilgilendiririm					
	63 (20,3)	119 (38,3)	99 (31,8)	20 (6,4)	10 (3,2)
Sigara içen hastalarımı sigara bıraktırma polikliniğine yönlendiririm					
	44 (14,1)	78 (25,1)	113 (36,3)	52 (16,7)	24 (7,7)
Sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm					
	31 (10,0)	80 (25,7)	120 (38,6)	57 (18,3)	23 (7,4)

Araştırma grubunu oluşturan asistan hekimlerde sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranış açısından bazı ifadelerle yanıt verilmesi istendi.

“Hastaların sigara içme durumunu sorgularım” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

“Sigara içen hastalara sigarayı bırakma düşüncesini sorgularım.” İfadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Sigara kullanımı bırakan asistan hekimler diğerlerine göre sigarayı bırakma düşüncesini daha çok sorguladığı tespit edildi.

“Hastalarım sigara bırakmayı öneririm” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

“Sigara içmeyen hastalarım olumlu geri bildirimde bulunurum” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

“Sigarayı bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorgularım” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Temel tıp bölümünde çalışanların dahili tıp bölümünde çalışanlarına göre, dahili tıp bölümünde çalışanların cerrahi tıp bölümünde çalışanlarına göre sigara bırakma yöntemlerini daha çok sorguladığı görüldü.

“Hastalarımı sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları hakkında bilgilendiririm” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Temel tıp bölümünde çalışanların cerrahi tıp bölümünde çalışanlarına göre, cerrahi tıp bölümünde çalışanların dahili tıp

bölümünde çalışanlarına göre sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları hakkında daha çok bilgilendirdiği bulundu.

“Sigara içen hastalarımı sigara bıraktırma polikliniğine yönlendiririm” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümü, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Temel tıp bölümünde çalışanların dahili tıp bölümünde çalışanlarına göre, dahili tıp bölümünde çalışanların cerrahi tıp bölümünde çalışanlarına göre sigara bırakma polikliniğine daha çok yönlendirdiği saptandı. Sertifikasız eğitim alanların sigara bırakma polikliniğine daha çok yönlendirdiği tespit edildi.

“Sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümü, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Temel tıp bölümünde çalışanların dahili tıp bölümünde çalışanlarına göre, dahili tıp bölümünde çalışanların cerrahi tıp bölümünde çalışanlarına göre sigara bırakma yöntemleri hakkında daha çok bilgilendirdiği saptandı. Sertifikasız eğitim alanların sigara bırakma yöntemleri hakkında daha çok bilgilendirdiği tespit edildi.

Tablo 32: Asistan hekimlerin sigara bıraktırmaya karşı tutum durumu

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.					
	54 (17,4)	110 (35,4)	81 (26,0)	55 (17,7)	11 (3,5)
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.					
	31 (10,0)	79 (25,4)	93 (29,9)	93 (29,9)	15 (4,8)
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda olumlu rol-model oluşturur.					
	110 (35,4)	130 (41,8)	40 (12,9)	20 (6,4)	11 (3,5)
Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir.					
	58 (18,6)	133 (42,8)	59 (19,0)	47 (15,1)	14 (4,5)
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir					
	79 (25,4)	163 (52,4)	49 (15,8)	14 (4,5)	6 (1,9)
Hastalarımın sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.					
	85 (27,3)	126 (40,5)	57 (18,3)	34 (10,9)	3 (2,9)
Sigara bıraktırma konusunda eğitim almak isterim					
	75 (24,1)	116 (37,3)	67 (21,5)	33 (10,6)	20 (6,4)
Sigara bıraktırma polikliniğinde çalışmak isterim					
	55 (17,79)	82 (26,4)	80 (25,7)	56 (18,0)	38 (12,2)
Hastalar sigara bıraktırma danışmanlığı almalarına rağmen genellikle sigara içmeyi bırakamazlar					
	42 (13,5)	104 (33,4)	97 (31,2)	52 (16,7)	16 (5,1)

“Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu ifadeye sertifikalı eğitim ve/veya sertifikasız eğitim alanlar almayanlara göre daha çok katıldığı bulundu.

“Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile sigara içme durumu, sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu ifadeye sertifikalı eğitim ve/veya sertifikasız eğitim alanların ve temel tıp bölümünde çalışanların daha çok katılmadığı tespit edildi.

“Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda olumlu rol-model oluşturur.” ifadesine verilen yanıt ile sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu ifadeye sigara içmeyenler daha çok katıldığı görüldü.

“Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

“Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$).

“Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümleri, sertifikalı eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu ifadeye cerrahi tıp bölümünde çalışanların dahili tıp bölümünde çalışanlara göre, dahili tıp bölümünde çalışanların temel tıp bölümünde çalışanlara göre ve sertifikalı eğitim almayanlar alanlara göre daha çok katıldığı tespit edildi.

“Sigara bıraktırma konusunda eğitim almak isterim” ifadesine verilen yanıt ile sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sertifikalı eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu ifadeye dahili ve temel tıp bölümünde çalışanların cerrahi tıp bölümünde çalışanlara göre, sertifikalı eğitim alanların almayanlara göre ve sigara içmeyenlerin daha çok katıldığı saptandı.

“Sigara bıraktırma polikliniğinde çalışmak isterim” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu ifadeye temel tıp bölümünde çalışanların dahili tıp bölümünde çalışanlara göre, dahili tıp bölümünde çalışanların cerrahi tıp bölümünde çalışanlara göre, sertifikalı ve/veya sertifikasız eğitim alanların almayanlara göre, sigara içmeyenler ve bırakanlar içenlere göre daha çok katıldığı görüldü.

“Hastalar sigara bıraktırma danışmanlığı almalarına rağmen genellikle sigara içmeyi bırakamazlar” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri, sigara içme durumu, sigara bıraktırma için sertifikalı eğitim alan ve almayan, sertifikasız eğitim alan ve almayan arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 311 asistan hekim dahil edilmiştir. Araştırmada asistan hekimlerde sigara içme durumu, nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bıraktırmaya karşı tutum-davranış ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmayı oluşturan asistan hekimlerin %57,6 (n:179)'sı hiç sigara içmemiş, %12,9 (n:40)'u nadiren sigara içiyor, %23,8 (n:74)'i düzenli sigara içiyor (sigara içen toplam: %36,7 (n:114)), %5,8 (n:18)'i de sigarayı bırakmış. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (*Global Adult Tobacco Survey - GATS*) 2016 verilerine göre; Türkiye'de 19,2 milyon birey (%31,6) sigara içmektedir (11)(21). Bu çalışmada sigara içme oranı (%36,7) Türkiye sigara içme oranından (%31,6) daha yüksek olduğu görüldü.

Dünyanın bazı ülkelerinde doktorlarda sigara kullanma oranları; Avustralya'da % 3, İsveç'te % 6, İngiltere'de % 7 iken, Danimarka'da % 24,5, Rusya'da % 27, İspanya % 34,5, Çin'de % 36,5, Bosna Hersek'te % 52,5 olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de ise yapılan 22 çalışmanın sonucunda doktorlarda sigara kullanma prevalansı %32,6-66,2 arasında olduğu görülmüştür (97).

Öztürk derlemesinde dünyada sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığına ait bazı çalışmaların sonuçları; *Hodgetts* ve ark. tarafından 2002 yılında Bosna'da yapılan çalışmada aile hekimi ve hemşirelerde sırasıyla %40 ve %51, *Kotz* ve arkadaşlarının çalışmasında 2002-2003 yıllarında Hollanda'da pratisyen hekimlerde %8,2, kardiyologlarda %4,3 göğüs hastalıkları uzmanında %3,5, *Sotiropoulos* ve ark. çalışmasında Yunanistan'da hekimlerde %38,6 *Pokhrel* ve ark. çalışmasında Nepal'de sağlık çalışanlarında %32,4 (Erkek) %3,2 (Kadın), *Jiang* ve ark. çalışmasında Çin'de hekimlerde %23, *Mohan* ve ark. çalışmasında Hindistan'da erkek hekimlerde %13,1, *Sebo* ve ark. çalışmasında 2007 yılında İsveç'te hekimlerde %12 olduğu bildirilmiştir (98). Bu çalışmada sigara içme sıklığı

Yunanistan'ın düzeyine yakın, Bosna'ya göre düşük iken diğer ülkelere göre yüksek olduğu görülmüştür.

Öztürk derlemesinde Türkiye'de sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığına ait bazı çalışmaların sonuçları; *Sezer* ve ark. tarafından 1988 yılında yapılan çalışmada Elazığ'da doktorlarda sigara içme sıklığı %49,3, *Kocabaş* ve ark. çalışmasında Adana'da hekimlerde %45,6, *Çan* ve ark. çalışmasında Trabzon'da hekimlerde %45,6, *Çıkrıkçioğlu* ve ark. çalışmasında İstanbul'da göğüs hastalıkları uzmanlarında %22,4, *Bilir* ve ark. tarafında 1999 yılında Türkiye'de 17 ilde yapılan çalışmada hekimlerde (n:1127) %43,1, *Cirit* ve ark. çalışmasında Afyon'da hekimlerde (E ve K) %45,8 (%46.5 ve %44), *Erbaycu* ve ark. çalışmasında 2004 yılında İzmir'de sağlık çalışanlarında %54,6, *Gökırmak* ve ark. çalışmasında Isparta-Merkez birinci basamak hekimlerde %41,6, *Talay* ve ark. çalışmasında İstanbul'da sağlık çalışanlarında %49,3, *Salepçi* ve ark. çalışmasında Kartal EAH'de sağlık çalışanlarında %36,9 olduğu bildirilmiştir (98). Bu çalışmada sigara içme sıklığı *Salepçi* çalışmasına benzer, *Çıkrıkçioğlu*'na göre daha yüksek iken diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmüştür. *Çıkrıkçioğlu* çalışmasındaki göğüs hastalıkları uzmanlarında sigara içme sıklığı daha düşük olması (%22,4) dikkat çekicidir.

İtalya'da 2011 yılında *Ficarra* ve arkadaşları tarafından 1082 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada (% 51.4 kadın; ortalama yaş 37.3 yıldır:% 25.3 hemşire,% 24.5 tıp doktoru) sigara içme prevalansı %44 idi. Yanıt verenlerin % 67,7'si sağlık mesleğini vatandaşlar için bir rol model olarak kabul etti, % 90,5'i hastanede meslektaşlarının sigara içtiğini belirtti (99).

Yeni Zelenda'da 2013 yılında *Edwards* ve arkadaşları tarafından 7.065 erkek ve 5.619 kadın doktor ile yapılan çalışmada kadın ve erkek doktorların %2'si düzenli sigara kullanmaktaydı (100).

Çin, dünyadaki en yüksek kişi başına tütün kullanan ülkelerden biridir. 2010 WHO Global Adult Tobacco Survey'e (GATS) göre, Çinli erkeklerin yaklaşık %53'ü ve Çinli kadınların % 2'si sigara içmektedir. Çin'de 2012 yılında *Smith* ve arkadaşları tarafından Shandong eyaletindeki bir eğitim hastanesinde yapılan bir

çalışmada doktorların genel sigara içme prevalansı %36 idi. Cinsiyetler arasında önemli farklılıklar gözlemlendi (erkekler: % 46,7 ve kadınlar: % 5,3) (101).

İtalya ve Çin’ de yapılan çalışmalarda sigara içme prevalansı bu çalışmaya göre daha yüksek olduğu görüldü ama Yeni Zelanda’da yapılan çalışmada prevalansı çok daha düşük olduğu görüldü. Cinsiyet arasında farklılık bu çalışmadaki gibi Çin’de yapılan çalışmada da saptandı ama Çin’de yapılan çalışmada fark çok daha fazla olduğu görüldü.

Amerika’da Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından (2008) yapılan bir çalışmada, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmet kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarının sigara içme durumu araştırılmıştır. 4761 sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada, sigara içme oranı pratisyen hekimlerde %39.4, uzman hekimlerde %30.9, hemşire ve ebelerde %40.7 ve sağlık teknisyenlerinde %43.4 olduğu bulunmuştur (102). Çalışmamızın sonucuna benzerlik göstermemektedir, Amerika’daki sağlıkçılarda sigara içme düzeyi daha yüksek olduğu görüldü.

Literatürdeki bazı çalışmalara bakıldığında; *Demirel* tarafından (2017) Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan (n:59 acil tıp, n:65 dahili branş, n:29 cerrahi branş) büyük kısmı asistan hekimlerden (%52.9) oluşmakta olan çalışmada hekimlerin %45.1’i (103), *Demir ve Şimşek* çalışmasında (2013) hekimlerin %30,5’i, asistan hekimlerin %30’u (97), *Altın* ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) hekimlerin %45,9’u (104), *Erbaycu* ve arkadaşlarının çalışmasında (2002-İzmir) asistan hekimlerin %38.2’si (105), *Ünsal* ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) hekimlerin %42,4’ü (106), *Alışkın* ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) sağlık çalışanlarının %40,3’ü (107), *Koç* ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık çalışanları (%29’u hekim) %29,6’sı (108), *Üzer* (2017) çalışmasında sağlık çalışanları (%6,5 hekim) %30 (109), *Öztürk’ler* çalışmasında (2014) asistan hekimlerin (n:87) %12,6’sı (n:11) (110), *Özyurt’un* tez çalışmasında (2006) hekimlerin %25, asistan hekimlerin %24’ü (111), *Serez’in* tez çalışmasında (2013) sağlık çalışanları %40,1, doktorların %29,1’i (112), *Kaya’nın* tez çalışmasında (2017) sağlık bilimleri öğrencilerinin

%13,9'u (113), *Mutlu* ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında hastane çalışanlarının %32,8'i (114), *Eroğlu* (2008) çalışmasında hastane çalışanlarının (%16'sı hekim) %37,2'si (115), *Kutlu* ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hemşirelerin %56,5'i (116), *Kutlu ve Vatansever* çalışmasında (2019) tıp fakültesi öğrencilerinin %12,3.2'ü (12), *Altın* ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) tıp fakültesi hastane çalışanlarının %41,3'ü, hekimlerin %45,9'u (104) sigara içmektedir. Çalışmamızın sonucu birçok çalışmaya benzerlik göstermekle birlikte, birçok çalışmaya göre de sigara içme düzeyi daha düşük olduğu görüldü.

Bu çalışmaya katılan erkeklerin %44,1'i (n:75), kadınların %27,7'sinin (n:39) sigara içtiği; erkeklerin kadınlara göre sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü (**p:0,006**). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 verilerine göre erkeklerin sigara kullanma oranı %44,1 iken kadınların kullanma oranı daha az olup %19,2 'dir (11)(21). Bu çalışmadaki erkek asistan hekimlerin sigara içme düzeyi Türkiye verilerine benzerlik gösterirken kadın sigara içicilerinde farklılık göstermekte olup bu çalışmadaki kadın asistan hekimlerin sigara içme düzeyi daha yüksek olduğu görüldü.

Literatürde yer alan birçok çalışma bu çalışma ile benzerlik göstermekte olup erkeklerde sigara içme düzeyi daha fazla olduğu saptanmıştır. *Demir ve Şimşek* çalışmasında (2013) erkeklerin %36,6'sı, kadınların %12,3'ü sigara içmekte olup erkeklerin içme düzeyi daha yüksek saptanmıştır (97). *Ünsal* ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kadın doktorların %36,3'ü, erkeklerin ise %44,6'sı sigara kullandıkları; toplam sigara içiciliği prevalansı %42,4 olarak saptanmıştır. Kadın ve erkek hekimler arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (106). *Koç* ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) sağlık çalışanlarında kadınların %26,5'i, erkeklerin ise %35,6'sı sigara kullanmaktaydı (p=0,001) (108). *Üzer* (2017) çalışmasında erkeklerin % 51,4 kadınların % 25,5 sigara kullanmaktaydı (109). *Özyurt'un* tez çalışmasında (2006) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde erkeklerin %31'i, kadınların %19'u sigara kullanmaktaydı (111). *Serez'in* tez çalışmasında (2013) kadın hekimlerin %17,5'i, erkek hekimlerin %35,2'si sigara kullanmaktaydı (112). *Kutlu ve Vatansever* çalışmasında (2019) erkek öğrencilerin %5'i, kız öğrencilerinin %5,1'i sigara kullanmakta olup anlamlı bir fark görülmemiştir (12). *Altın* ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında tıp fakültesi

hastanesindeki sağlık çalışanlarda tüm gruplarda erkeklerin sigara içme düzeyi kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (104).

Yapılan bu çalışmada asistan hekimlerde branşa göre sigara içme durumuna bakıldığında bu çalışmada dahili bölümde çalışanların asistan hekimlerin %33'ü, cerrahi bölümde çalışanların %49,4'ü, temel tıp bölümünde çalışan hekimlerin %15,4'ü sigara içtiği; asistanlık bölümü ve sigara içme ilişkisi arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı (**p:0,020**). Cerrahi asistanlarda sigara içme düzeyi daha yüksek olduğu saptandı. Bu çalışma ile benzerlik gösteren *Alışkın* ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) tıp fakültesi hastanesinde cerrahi bölümdeki sağlık çalışanların %45,6'sı, dahili bölümde çalışanların %36'sı sigara kullanmaktaydı ($p<0.05$) (107). *Öztürk'ler* (2014) çalışmasında dahili bölümde çalışan asistan hekimlerde sigara içme sıklığı %10,2, cerrahi bölümlerde %18,2, temel bilimlerde %25 saptanmış. Bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir. Sigara içme sıklığı *Öztürk'ler* çalışmasında çok daha azdır. Bunda *Öztürk'ler* tarafından yapılan çalışmada daha az kişiye (n:87) ulaşılmış olması etkili olmuş olabilir (110). *Özyurt'un* tez çalışmasında (2006) cerrahi bölümde çalışan hekimlerin %34,1, dahili bölümünde çalışanların %21,4, temel bölümünde çalışanların %18,4 sigara kullanmakta olup çalışmamıza benzer olarak cerrahi bölümde çalışanların sigara içme düzeyi daha yüksektir ama içme düzeyleri çalışmamıza göre daha düşüktür (111). *Salepçi* ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi bölümde çalışanların dahili bölümlere göre sigara içme düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti (117). *Altın* ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında tıp fakültesi hastanesindeki sağlık çalışanlarda hekimlerin %45,9'u sigara kullanırken asistan doktor ve uzman doktorların (öğretim görevlisi ve üyeleri) sigara kullanma oranı benzerdir (%47,8'e karşı %44,4) (104). Bu çalışma sonucuna ve literatürdeki çalışmalara bakıldığında hekimlerin çalıştığı asistanlık bölümünün sigara içme durumunu etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada asistan hekimlerde medeni durumu, gelir durumu, uyku süresi ve sahip olunan çocuk sayısı ile sigara içme ilişkisi arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Sigara dışında tütün kullanımı ve alkol kullanımı ile sigara içme ilişkisi arasında anlamlı bir fark saptandı (**p:0,000**). Sigara dışında tütün kullanan ve alkol kullanan asistan hekimlerde sigara içme düzeyi daha yüksek saptandı. Literatür tarandığında *Özyurt'un* yapmış olduğu tez çalışmasında evli olan hekimler daha fazla oranda

sigara kullanmaktaydı (111). *Mutlu* ve arkadaşlarının (114) ve *Eroğlu* (115) çalışmasında ise medeni durum ile sigara içme ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Bu çalışmada asistan hekimlerde sigara içme durumu ile yaş, meslekteki yıl ve asistanlık yılı arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ancak sigara içme durumu ile bir ayda tutulan nöbet sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif düzeyde ($r: ,440, p<0,05$) ilişki olduğu saptandı. *Mutlu* ve arkadaşlarının (114) ve *Eroğlu'nun* (115) çalışmasında bu çalışmaya benzer olarak yaş ile sigara içme ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. *Alışkın* ve arkadaşlarının çalışmasında ise nöbet tutma sıklığı ile sigara içme düzeyi arasında farklılık saptanmamış olup bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir.

Araştırma grubunu oluşturan asistan hekimlerde sigara içenlerin ($n:114$) ilk deneme yaşı ortalaması $17,76 \pm 4,33$, düzenli sigara içme yaşı ortalaması $21,61 \pm 3,75$, toplam sigara içilen yıl ortalaması $6,85 \pm 4,25$ olarak saptandı. KYTA verilerine göre 15-34 yaş grubundaki sigara içenlerin %15'i düzenli içmeye 15 yaş altında başlamışlardır. Sigara içmeye 18 yaş ve altında başlayan oranı %57,5'dir. Ortalama başlama yaşı 17'dir (11)(21). Literatür tarandığında bu çalışma sonucu ile Türkiye ortalamalarının benzerlik gösterdiği görülmüştür. Literatür tarandığında, *Alışkın* ve arkadaşlarının çalışmasına katılanların ortalama sigara içme süresi 7.6 ± 5.2 yıl (107) olup çalışmamızın sonucu ile benzerdir. *Kutlu* ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerde sigara içmeye başlama yaşı çalışmamıza benzer olarak %50.7'si sıklıkta 15– 19 yaş arasında başlamıştır (116). *Erbaycu A. E. ve arkadaşları* (105) tarafından (2002) İzmir ilinde yapılan bir çalışmada asistan hekimlerde ilk sigara deneme yaş ortalaması 19.1 ± 3.5 olup çalışma sonucumuza yakın bir değerdir.

Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) içerisinde yer alan “Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında asistan hekimlerin %57'si “10 veya daha az”, %36,8'i “11 ile 20 arası”, %6,1'i “21

ile 30 arası” şeklinde ifade ettiler. Asistan hekimlerin büyük çoğunluğu günde ortalama 10 veya daha az adet sigara kullanmaktadır. Erkek ile kadın arasında içilen sigara adedi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p:0,011**). Erkek asistan hekimler kadın hekimlere göre daha fazla sigara tüketmektedir. Ayrıca asistan hekimlere bulunduğu ortama göre içilen sigara adedi sorgulandığında, bu çalışmada asistan hekimler iş ve sosyal çevre ortamında (iş ortamında biraz daha fazla) ev ortamına göre daha fazla sigara içtiği saptandı. Asistan hekimlerin nöbet tutması ile hastaneden kalma süreleri artması ve buna bağlı olarak da arkadaş-çalışma grubu ile daha çok vakit geçirmesi ve stresli bir iş yapıyor olması etkili olabilir. KYTA 2016 verilerine göre Türkiye’de bir günde ortalama 18 adet sigara içiliyor (11)(21). Çalışmamızın sonucuna göre asistan hekimlerde günlük tüketilen sigara adedi Türkiye ortalamasına göre daha az olup hekimler adına sevindiricidir. *Alışkın* ve arkadaşlarının (107) çalışmasında bir günde içilen ortalama sigara adedi 12.49 ± 10.38 idi ve çalışmamıza göre daha yüksek iken, çalışmamıza benzer olarak erkelerde daha fazla olduğu görüldü. *Özyurt’un* tez çalışmasında (111) da çalışmamıza benzer olarak erkek hekimlerde bir günde içilen ortalama sigara adedi kadın hekimlerden daha fazladır. *Serez’in* tez çalışmasında (112) bir günde içilen ortalama sigara adedine bakıldığında hekimlerin %31.9’u “10 veya daha az”, %41.4’ü “11-20 arası”, %23.4’ü “21-30 arası”, %3.1’i “31 ve üstü” sigara tüketmekte olup çalışmamızın sonucuna göre daha fazla günlük sigara tüketmektedirler. *Eroğlu* çalışmasında (115) devlet hastanesinde sigara içen çalışanların %12,2’si bir günde ortalama “10 veya daha az”, %15,2’si “11-20 arası”, %7,9’u “21-30 arası”, %1,8’si “31 ve üstü” sigara tüketmekte olup çalışmamıza göre daha fazla günlük sigara tüketmektedirler. *Kutlu* ve arkadaşlarının (116) çalışmasında da hemşirelerin günlük ortalama içilen sigara adedi çalışmamızın sonucuna göre daha fazladır.

Çalışma grubunu oluşturan sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre FNBT (0-10) puan ortalaması $2,27 \pm 2,39$, ortancası 1,5 (minimum:0 maksimum:8) olarak saptandı. FNBT derecelendirilmesi (1’den 5’e kadar (1- çok az bağımlı; 2-az bağımlı; 3-orta derecede bağımlı; 4-yüksek bağımlı; 5- çok yüksek bağımlı)) ortalaması $1,76 \pm 1,11$, ortancası 1 (minimum:1 maksimum:5)

Araştırmada yer alan sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre sigara içen asistan hekimlerin %59,6'sı (n:68) çok az bağımlı; %18,4'ü (n:21) az bağımlı; %10,5'i (n:12) orta derecede bağımlı; %8,8'i (n:10) yüksek bağımlı; %2,6'sı (n:3) çok yüksek bağımlı (%78'si düşük bağımlı, %10,5'i orta bağımlı, %11,4'ü yüksek bağımlı) olarak tespit edildi. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, *Alışkın* ve arkadaşlarının (107) çalışmasında sağlık çalışanlarda sigara içenlerin %37.7'si çok az bağımlı, %18'i az bağımlı, %14.8'i orta derecede bağımlı, %18'i yüksek bağımlı ve %11.5'i çok yüksek bağımlı olup çalışmamıza göre nikotin bağımlılığı daha yüksektir. *Koç* ve arkadaşlarının (108) çalışmasında (2014) Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık çalışanlarının (n:304) (%29'u hekim) % 2,7'si çok az bağımlı, % 31,1'i az bağımlı, % 14,9'u orta derecede bağımlı, % 33,8'si yüksek bağımlı, % 17,6'si çok yüksek bağımlı olup çalışmamıza göre nikotin bağımlılığı daha yüksektir. *Üzer* (109) çalışmasında (2017) devlet hastanesinde (n:326) (hekim:%6,4) sağlık çalışanlarında FNBT ortalaması $4.04 \pm 2,81$ olup çalışmamıza göre biraz yüksek bir ortalama değildir. *Serez'in* tez çalışmasında (112) sigara içen sağlık çalışanların %13.2'si yüksek bağımlı, %7.2'si orta bağımlı, %79.6'sı düşük bağımlı, asistan ve uzman hekimlerin %45,9'u çok az bağımlı, %16,2'si az bağımlı, %14,9'u orta derecede bağımlı, %13,5'i yüksek bağımlı, %9,5'i çok yüksek bağımlı olup çalışmamıza göre hekimlerin ve diğer sağlık çalışanların nikotin bağımlılığı daha yüksektir. *Yaşar'in* tez çalışmasında (118) hastane çalışanlarının %32,9'u çok az bağımlı %21,9'u az %8,6'sı orta derece bağımlı, %21,3'ü yüksek bağımlı %15,3'ü çok yüksek bağımlı olup çalışmamıza göre nikotin bağımlılığı daha yüksektir. *Gürbüz'el'in* tez çalışmasında (119) hastaların %10'u düşük bağımlı, %65'i orta derecede bağımlı, %25'i yüksek bağımlı idi. *Mutlu* ve arkadaşlarının (114) çalışmasında sağlık çalışanları % 5.8 'i çok az bağımlı, % 21,2'si az bağımlı, % 46.0''sı orta derecede bağımlı, % 17.5'i yüksek bağımlı, % 6.6'sı çok yüksek bağımlı idi. *Kutlu* ve arkadaşlarının (116) çalışmasında hemşirelerin %50'si çok az bağımlı, %22,8'i az bağımlı, %10'u orta derecede bağımlı, %13,6'sı yüksek bağımlı, %3,6'sı çok yüksek bağımlı olup çalışmamızın sonucuna yakın değerler olduğu görüldü. *Okutan* ve arkadaşlarının (13) çalışmasında sigara içen sağlık çalışanlarının (%24 tıp mezunu) %40.9'u çok az bağımlı, %24.9'u az bağımlı, % 9,3'ü orta derecede bağımlı, %17.3'ü yüksek bağımlı, %7.6'sı çok yüksek bağımlı olduğu görüldü. *Altın*

ve arkadaşlarının (104) çalışmasında tıp fakültesi hastanesinde (n:453) (doktor:157) sigara içen çalışanların % 33.3'ü düşük (0-3), %41.7'si orta (4-5) %25'i yüksek (6 ve üstü) bağımlı idi. Çalışmamızdaki nikotin bağımlılık düzeyi birçok çalışmaya göre daha düşük düzeyde olması sevindiricidir ve sigarayı bırakabilme açısından umut vericidir.

Bu çalışmada cinsiyete göre bağımlılık durumlarına bakıldığında sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre erkek asistan hekimlerin %52'si (n:39) çok az bağımlı, %20'si (n:15) az bağımlı, %14,7'si (n:11) orta derece bağımlı, %9,3'3 (n:7) yüksek bağımlı, %4,0'ü (n:3) çok yüksek bağımlı iken kadın asistan hekimlerin %74,4'ü (n:29) çok az bağımlı, %15,4'ü (n:6) az bağımlı, %2,6'sı (n:1) orta derecede bağımlı, %7,7'si (n:3) yüksek bağımlı olarak saptandı. Ayrıca kadın asistan hekimlerde çok yüksek bağımlılık görülmedi. Literatürde çalışmamıza benzer olarak *Alışkın* ve arkadaşlarının (107) çalışmasında sigara içen sağlık çalışanlarda erkeklerde bağımlılık düzeyi daha fazla olduğu saptandı. *Serez'in* tez çalışmasında (112) erkek sağlık çalışanların %17.2'si yüksek bağımlı, %7.9'u orta bağımlı, %74.8'i düşük bağımlı, kadın sağlık çalışanların %8.3'ü yüksek bağımlı, %6.3'ü orta bağımlı, %85.4'ü düşük bağımlı olup erkeklerde bağımlılık düzeyi daha fazla bulundu. *Okutan* ve arkadaşlarının (13) çalışmasında bağımlılık düzeyinde cinsiyet arasında farklılık görülmedi.

Araştırma grubunu oluşturan sigara içen asistan hekimlerde yapılan nikotin bağımlılık testine göre dahili tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %60,6'sı (n:43) çok az bağımlılık, %21,1'i (n:15) az bağımlılık, %12,7'si (n:9) orta derecede bağımlılık, %4,2'si (n:3) yüksek bağımlı, %4,2'si (n:1) çok yüksek bağımlı; cerrahi tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %56,1' (n:23) çok az bağımlılık, %14,6'sı (n:6) az bağımlılık, %17,7'si (n:7) yüksek bağımlılık, %4,9'u (n:2) çok yüksek bağımlı; temel tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %100,'ü (n:2) çok az bağımlılık olarak tespit edildi. Çalışmamızda bölümler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ülkemizdeki kaynaklara bakıldığında, *Alışkın* ve arkadaşlarının (107) çalışmasında, *Serez'in* tez çalışmasında (112) ve *Okutan* ve arkadaşlarının (13) çalışmasında sigara içen sağlık çalışanlarda çalışılan bölüme göre nikotin bağımlılık düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmamış olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan sigara içen asistan hekimlerde nikotin bağımlılığı düzeyinin bazı özellikler ile ilişkisine bakıldı. Erkeklerde nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksek saptandı. Sigara içen asistan hekimlerde düzenli sigara içmeye başlama yaşı düştükçe, sigara içilen yıl sayısı arttıkça, tutulan nöbet sayısı arttıkça nikotin, içilen paket/yıl sigara miktarı arttıkça bağımlılık düzeyi artmakta olduğu saptandı ($p<0,05$). Medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, gelir durumu, uyku süresi, çalışıldığı asistanlık bölümü, sigara dışında tütün kullanımı, alkol kullanımı, ilk sigara deneme yaşı, meslekte ve asistanlıkta çalışılan yıl sayısı ile FNBT arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). *Alışkın* ve arkadaşlarının (107) çalışmasında FNBT puanı ile medeni durum, meslek, çalışılan bölüm, tutulan nöbet sayısı arasında anlamlı farklılık saptanmadı. *Okutan* ve arkadaşlarının (13) çalışmasında FNBT puanı ile yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, cinsiyet, çalışılan bölüm, sağlık alanında çalışılan süre arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışma literatürdeki çalışmalarla kısmi benzerlikler içermektedir. Çalışmamızın sonucuna göre cinsiyet, düzenli sigara içmeye başlama yaşı, sigara içilen yıl sayısı, tutulan nöbet sayısı ve içilen paket/gün/yıl sigara sayısı nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler olarak ön plana çıkmaktadır.

Çalışma grubunu oluşturan tüm hekimlere ailesinde ve çevresinde sigara içenlerin belirtilmesi istendi. Hekimlerin %7,3'ü (n:23) eşinin %12,4'ü (n:39) annesinin, %21,6'sı (n:68) babasının, %26,0'sı (n:82) kardeşlerinin %76,2'si (n:240) arkadaşlarının, %50,8'i (n:160) diğer kişilerin (amca, dayı, teyze, dede, nine) sigara kullandığını ve %6,0'sı (n:19) ailede ve çevresinde hiç kimsenin sigara kullanmadığını belirtti. Sorulan sorulara birden fazla yanıt verildiği göz önünde bulundurulduğunda "ailede ve çevrenizde sigara içenler" sorusuna en çok cevap alan seçenek "arkadaşlarım" seçeneği olduğu görüldü. Aile ve çevrenizde sigara içme durumu ile asistan hekimlerde sigara içme ilişkisine bakıldığında eş, anne, baba, kardeş ve arkadaşların sigara içmesi ile asistan hekimlerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). *Atılğan* ve arkadaşlarının (120) çalışmasında sağlık çalışanlarının %6,6'sında eşi, %10,4'ünde annesi, %32,0'sinde babası, %13,7'sinde kardeşi sigara kullanmaktaydı. *Eroğlu* (115) çalışmasında devlet hastanesinde çalışanların %1,6'sında annesi, %36,1'inde babası,

%21,3'ünde hem anne hem babası, %27,9'unda kardeşi, %32,8'inde eşi sigara kullanmaktaydı. *Kutlu* ve arkadaşlarının (116) çalışmasında sigara içen hemşirelerin ailesinde sigara içme sıklığı %83 arkadaş grubunda içme sıklığı %98 olup anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$).. *Kutlu ve Vatansever* (12) çalışmasında (2019) tıp fakültesi öğrencilerinde babanın, kardeşlerin, en yakın arkadaşın, oda arkadaşının ve eşi/özel arkadaşın sigara içme durumu ile tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu arasında olarak anlamlı bir ilişki görüldü ($p<0.05$). *Mutlu* ve arkadaşlarının (114) çalışmasında hastane sağlık çalışanlarında sigara içme durumu ile anne, baba, kardeş ve eşlerin sigara içme durumu arasında anlamlı ilişki görüldü ($p<0.001$). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında çalışmamıza benzer olarak ailede ve arkadaş grubunda sigara içme düzeyinin yüksek olduğu; ailede ve arkadaş grubunda sigara içilmesi bireyin sigara içme durumunu etkilediği görüldü.

Bu çalışmada asistan hekimlerde sigaran içenlerin (n:114) sigara içmeye başlama sebepleri soruldu. Birden fazla seçenek seçebilme imkanı verildi. Sigara içmeye başlama sebepleri olarak sigara içen asistan hekimlerin %10,5'i (n:12) ailede sigara kullanan olması, %81,6'ı (n:93) çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, %59,6'ı (n:68) stres ve sıkıntı durumu olması, %28,1'i (n:32) özentisi ve heves olması, %9,6'sı (n:11) psikolojik baskılardan dolayı, %31,6'ı (n:36) iş ortamından ötürü, %9,6'sı (n:11) mesleğe başlamak olduğunu, %9,6'sı (n:11) diğer (büyüdüğünü hissetme, kendini ispatlama...) sebepler nedeniyle başladığını belirtti. Çalışmada sigara içen asistan hekimler sigaraya başlama sebebi olarak en çok çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, ikinci olarak stres ve sıkıntı olması ve üçüncü olarak da iş ortamında ötürü sigaraya başladıkları saptandı. Sigara içmeyi uyaran faktör olarak sigara içen asistan hekimlerin %80,7'si (n:92) iş stresi, %35,1'i (n:40) klinik içi çalışanlar ile ilgili iletişim problemi, %30,7'i (n:35) hasta yakını ile ilgili iletişim problemi, %12,3'ü (n:14) geçim sıkıntısı, %51,8'i (n:59) çevredekilerin içiyor olması, %3,5'i (n:4) psikiyatrik bir rahatsızlığının olması, %56,1'i (n:64) nöbetli çalışıyor olmak, %5,3'ü (n:6) aile içi şiddet problemi, %19,3'ü (n:22) sosyal çevre ile iletişim problemi olduğunu belirtti. Çalışmada sigara içen asistan hekimler sigara içmeyi uyaran faktörler içinde en çok iş stresi, ikinci olarak nöbetli çalışılıyor olması ve üçüncü olarak da çevredekilerin içiyor olması faktörlerin olduğu saptandı. Ayrıca

sigara içen asistan hekimlerim yaklaşık üçte birinde sigara içmeyi uyaran faktör olarak klinik içi çalışanlar ile, hasta ve yakını ile iletişim problemleri olduğu görüldü.

Literatür tarandığında, *Altın* ve arkadaşlarının (104) çalışmasında tıp fakültesi hastanesinde doktorlarda sigaraya başlama sebebi olarak %45,8'i merak, %34,8'i özentisi, %9,7'si arkadaş baskısı olduğu belirtmiştir. *Koç* ve arkadaşlarının (108) çalışmasında sigara içen sağlık personellerde sigara içme nedeni olarak %30,7'si keyif, %56,8'i stres, %13,6'sı konsantrasyonu artırmak, %55,7'si rahatlamak, %26,1'i çay/kahve/yemek, %11,4'ü alkol kullanmak, %20,8'i depresyon, %5,7'si de özentisi olduğu belirtmiş. *Üzer* çalışmasında (109) sigara içmeye başlama nedeni olarak en çok sırasıyla özentisi, merak ve stres olduğu görüldü. *Işık'ın* tez çalışmasında (121) tıp fakültesi öğrencilerinde sigaraya başlama sebebi olarak en çok sırasıyla merak, arkadaş çevresinin etkisi, stres ve özentisi olduğu saptanmıştır. *Mutlu* ve arkadaşlarının (114) çalışmasında sigara içen hastane sağlık çalışanlarında sigara kullanmaya başlama nedeni olarak en çok sırasıyla özentisi, stres ve merak olduğunu görüldü. *Atılgan* ve arkadaşlarının (120) çalışmasında sağlık çalışanlarında sigara içmeyi uyaran faktör olarak %38,5'i iş stresi, %34,3'ü çevredekilerin kullanıyor olması olduğunu belirtmiştir. *Kutlu* ve arkadaşlarının (116) çalışmasında hemşirelerde sigaraya başlama sebebi olarak %50'si sosyal çevre ve arkadaş grupları, %24,3'ü stres ve sıkıntı, %14,3'ü özentisi ve heves, %7,9'u keyif ve zevk olduğu görüldü. *Kutlu, Vatansever* (12) çalışmasında (2019) tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanmaya başlama nedeni olarak %42,6'sı yakın çevrenin etkisi (anne, baba, arkadaş), %24,6'sı stres, %18,9'u merak ve özentisi, %9,8'i özgürlük hissi olduğu belirtildi. Çalışmamızın sonucu literatürdeki birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaların sonucuna göre sigara içmeyi etkileyen birçok faktör olduğu görülmüştür. Arkadaş ve sosyal çevrenin sigara içiyor olması, iş stresi, sıkıntı, özentisi-merak gibi faktörler ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada hekimlerden 18'nin (%5,8) sigara kullanımını bıraktığı saptandı. Sigara içen asistan hekimlerin sigarayı bırakma düşüncesine %71,1'i (n:81) "evet", %17,5'i (n:20) "hayır", %11,4'ü (n:13) "bilmiyorum" şeklinde ifade etti. Sigara içen asistan hekimlerde sigarayı bırakma denemesi sorgulandığında, %28,9'u (n:33) hiç

denemediğini, %28,1'i (n:32) bir defa, %13,2'si (n:15) iki defa, %29,8'i (n:34) ikiden fazla sigarayı bırakma denemesi olduğunu belirtti. Sigara bırakan asistan hekimler sigara kullanımını ortalama $2,44 \pm 2,33$ (minumum:1 maksimum:10 ortalanca:1) defada bıraktı.

KYTA 2016 verilerine göre Türkiye'de sigara bırakma oranı %13,6, sigarayı bırakmayı düşünenler ise %55,2'dir (21). Çalışmamızın sonucu Türkiye verileri ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmamızda sigara bırakmayı düşünme oranı daha yüksek olması sevindiricidir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, *Demir ve Şimşek* çalışmasında (97) Şanlıurfa il merkezinde çalışan hekimlerde sigara bırakma oranı %18 idi. *Alışkın ve arkadaşlarının* (107) çalışmasında tıp fakültesi hastanesinde sağlık çalışanlarda sigara bırakma oranı %8,2 idi. Sigara kullananların %63'ü bırakma isteği var, %57,5'i bırakmayı denemiş. *Üzer* çalışmasında (109) devlet hastanesinde sağlık çalışanların sigara bırakma düzeyi %5,37 olup sigara kullananların %80,1'i sigara bırakmayı düşünmüş, %64,8'i de en az bir defa sigara bırakmayı denemiş. *Öztürk'ler* çalışmasında asistan hekimlerde sigara bırakma oranı %8 olup sigara içen asistan hekimlerin %63,6'sı sigara bırakma denemesi olmuş. *Özyurt*'un tez çalışmasında (111) hekimlerde sigara bırakma oranı %11,7 olup sigara içen hekimlerin %46'sı sigarayı bırakmak istiyor, %46'sı da en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiş ayrıca %29'u da bırakamayacağını düşünüyor. *Serez'in* tez çalışmasında (112) hekimlerin sigara bırakma oranı %15,3 olup sigara içen hekimlerin %31,2'i önümüzdeki 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünüyor, %31,2'i de bırakmayı düşünmüyor. Çalışmamızın sonucu birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir. Sigara bırakma düşüncesi ve bırakma denemesi yüksek olması umut vericidir.

Bu çalışmada asistan hekimlerde sigarayı bırakma sebepleri olarak sigarayı bırakan asistan hekimlerin (birden fazla seçenek seçildi) %27,8'i (n:5) var olan sağlık problemleri, %94,4'ü (n:17) zararlı olması, %16,7'si (n:3) ailenin istemesi, %27,8'i (n:5) mesleki sorumluluk, %33,3'ü (n:6) iyi bir rol model olmak, %5,6'sı (n:1) kamu spotları, %16,7'si (n:3) sigara paketi üzerindeki resim ve uyarılar olduğunu belirtti. Sorulan sorulara birden fazla yanıt verildiği göz önünde bulundurulduğunda "sigarayı bırakma sebepleri" sorusuna en çok cevap alan seçenek "zararlı olduğunu düşündüğüm için, ikinci olarak da "iyi bir rol model olmak için" seçeneğini olduğu

saptandı. Literatür tarandığında *Kutlu* ve arkadaşlarının (116) çalışmasında sigarayı kullanmayı bırakan hemşirelerde bırakma nedeni olarak % 42.9'u zararlı olması, %42,9'u da var olan sağlık problemleri olduğunu belirtti. *Eroğlu* (115) çalışmasında devlet hastanesi çalışanlarında sigara bırakmayı isteme nedenleri olarak %19,7'si hastalıklara yakalanma korkusu, %15'i bazı rahatsız edici semptomlar, %4,9'u mesleki sorumluluk, %18,6'sı maddi tasarrufu, %49,2'si sağlığını koruma ve %16,7'si çevreye iyi örnek olma olduğunu belirtti. *Kaya'nın* (113) tez çalışmasında sağlık bilimleri öğrencilerinde sigara bırakmaya teşvik edici faktör olarak %48,6'sı sigara fiyatları, %55,7 'si sağlık problemleri, %15,7'si çevre baskısı, %7,9'u sigara kullanmak için yer bulma zorluğu, %5,7'i kampanyalar olduğunu belirtti.

Araştırmaların sonucuna göre sigarayı bırakma nedeni olarak sigaranın zararlı olması ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada sigara kullanımını bırakmış olan asistan hekimlerde sigarayı bırakma yöntemi sorgulandığında %94,4'ü (n:17) bireysel çabalarımla, %5,6'sı (n:1) sigara bıraktırma polikliniğinde danışma alarak ve farmakolojik tedavi alarak sigarayı bıraktığını belirtti. Literatür tarandığında çalışmamıza benzer olarak *Öztürk'ler* (110) çalışmasında sigarayı bırakan asistan hekimlerin %85,7'i bireysel çabalarla, %14,2'i de farmakolojik tedavi yöntemi ile bırakmış. *Alışkın* ve arkadaşlarının (107) çalışmasında sigarayı bırakanların %12,5'i destek almış, %6,25'i de farmakolojik tedavi almış. *Kutlu* ve arkadaşlarının (116) çalışmasında sigarayı bırakan hemşirelerde bırakma yöntemi olarak %64,3'ü birden bire, %21,4'ü azaltarak yavaş yavaş, %7,1'i bir sağlık programa katılarak olduğunu belirtti.

Çerçi C. T. tezi (122) kaynak alınarak yapılan ankette asistan hekimlerin sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranışları araştırıldı. Bu çalışmada asistan hekimlerin (n:311) %27,3'ü her zaman, %39,2'i sıklıkla hastalara sigara içme durumunu sorguladığını belirtti. Literatür tarandığında, *Çerçi'nin* (122) tez çalışmasında (2017) birinci basamakta çalışan pratisyen ve uzman aile hekimlerin (n:401) %20,4'ü her zaman, %51,6'sı sıklıkla ; *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında (2013) Şanlıurfa il merkezinde çalışan hekimlerin (n:263) %56,7'si her zaman-sıklıkla; *Üçer* ve

arkadaşlarının (123) çalışmasında (2014) Kahramanmaraş il merkezinde çalışan aile hekimlerin (n:123) %53,7'i her zaman-sıklıkla; *Uysal* ve arkadaşlarının (124) çalışmasında (2007) İstanbul'da çalışan hekimlerin (n:366) %88,8'i hastanın sigara içme durumunu sorguladıklarını belirtti. *Özer* (125) tezinde (2012) Eskişehir'de birinci basamak hizmeti veren hekimlerin (n:110) %50,9'u her hastaya, %47,3'ü sigara ile ilgili hastalığı olana sigara içme durumunu sorguladığını belirtti.

Yabancı kaynaklara bakıldığında; Finlandiya'da (2015) yapılan bir çalışmada hekimlerin %65'i hastaların ne kadar sigara kullandığını ve %58'si de sigara içme durumunu kayıtlara geçirdiğini belirtmiştir (126). Çin'de Hong Kong'da yapılan bir çalışmada (2006) hekimlerin %77'si hastaların sigara alışkanlıklarını sorguluyor (127). Pakistan'da Karaçi'de (2013) yapılan çalışmada hekimlerin %78,5'i hastaların sigara kullanım durumunu sorguladığını belirtti (128). Amerika'da yapılan (2010) bir çalışmada sağlık çalışanların %87,3-%99,5'i hastaların sigara kullanım durumunu sorguladığını belirtti (129).

Çalışmamızın sonucu literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Hekimlerin sigara kullanım durumunu sorgulama oranı yüksektir ancak istenilen seviyede değildir. Yapılan araştırmalara göre yabancı ülkelerde hekimlerin hastaların sigara kullanım durumunu sorgulama oranı ülkemize göre daha yüksek olması üzücü olup hekimlerimizin bu konuda daha çok sorumluluk alması gerekmektedir.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %15,8'i her zaman, %35'i sıklıkla, %35'i e bazen sigara içen hastaların sigara bırakma düşüncesini sorguladığını belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) aile hekimlerin %47,9'u sıklıkla, %27,7'si her zaman; *Üçer* ve arkadaşlarının (123) çalışmasında hekimlerin %46,3'ü her zaman-sıklıkla, %33,3'ü bazen sigara içen hastaların sigara bırakma düşüncesini sorguladığını belirtti.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %39,9'u her zaman, %31,8'i sıklıkla, %23,2'i bazen sigara içen hastalara sigara bırakma tavsiyesinde bulunduğunu belirtti. KYTA 2012 ve 2016 verilerine göre sırasıyla sigara içenlerin %42,9'u ve %40,1'i sağlık hizmetlerinde sigara bırakma tavsiyesi aldığı gösterilmiştir (22). *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) aile hekimlerin %49,9'u her zaman, %36,2'i sıklıkla; *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında hekimlerin %71,5'i; *Üçer* ve arkadaşlarının (123)

çalışmasında hekimlerin %74'ü her zaman-sıklıkla, %16,3'ü bazen; *Uysal* ve arkadaşlarının (124) çalışmasında hekimlerin %92,6'ı sigara içen hastalara sigara bırakmayı tavsiye ettiklerini belirtmiştir. *Özyurt'un* (111) tez çalışmasında (2006) hastalara sigara kullanmamaları hakkında hekimlerin (n:488) %46,9'u hastaları daima uyardığını, %47,6'sı gerektiğinde uyardığını belirtmiştir.

Yabancı kaynaklara bakıldığında; Finlandiya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %55'i sigara bırakmayı tavsiye ettiklerini belirtti (126). Çin'de Hong Kong'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %29'u sigara bırakmalarını tavsiye ettiklerini belirtti (127). Pakistan'da Karaçi'de yapılan çalışmada hekimlerin %61,4'ü her zaman-sıklıkla sigara bırakmalarını tavsiye ettiğini belirtti (128). Amerika'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanların %65,6-%94,9'u sigara bırakmalarını tavsiye ettiğini belirtti (129).

Bu çalışmada asistan hekimlerin %26'sı her zaman, %29,6'ı sıklıkla, %30,2'si bazen sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunduğunu belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) aile hekimlerin %31,9'u her zaman, %39,9'u sıklıkla sigara kullanmayan hastalara olumlu geri bildirimde bulunduğu görüldü.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %12,2'si her zaman, %14,1'i sıklıkla, %43,4'ü bazen sigara bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorguladığını belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) aile hekimlerin %18'i her zaman, %39,4'ü sıklıkla, %34,7'i bazen sigara bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorguladığını belirtti.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %20,3'ü her zaman, %38,3'ü sıklıkla, %31,8'i bazen hastalara sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları açısından bilgilendirdiğini belirtti. *Özer* (125) tezinde Eskişehir'de birinci basamak hizmeti veren hekimlerin %80'i sigaranın zararları hakkında bilgi verdiğini, %15,5'i de sigaranın zararları hakkında bilgi vermek istediğini ama bunun için yeterli vaktinin bulunmadığını belirtti.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %14,1'i her zaman, %25,1'i sıklıkla, %36,3'ü bazen sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiğini belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) aile hekimlerin %16,2'i her zaman, %35,9'u

sıklıkla, %42,9'u bazen; *Üçer* ve arkadaşlarının (123) çalışmasında hekimlerin %62,6'sı her zaman-sıklıkla, %19,5'i bazen; *Uysal* ve arkadaşlarının (124) çalışmasında hekimlerin %32,4'ü sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiğini belirtti.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %10'u her zaman, %25,7'si sıklıkla, %38,6'sı bazen sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirdiğini belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) aile hekimlerin %17,2'i her zaman, %41,6'sı sıklıkla, %37,7'si bazen; *Üçer* ve arkadaşlarının (123) çalışmasında hekimlerin %48,8'i her zaman-sıklıkla, %27,6'sı bazen, %23,6'sı nadiren –asla; *Uysal* ve arkadaşlarının (124) çalışmasında hekimlerin %62,9'u sigara içen hastalara sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirdiğini belirtmiştir. *Özer* (125) tezinde (2012) Eskişehir'de birinci basamak hizmeti veren hekimlerin %63,6'sı sigara içen hastalara sigarayı bırakmaları için farmakoterapi tavsiyesinde bulunuyordu. Ayrıca hekimlerin %95,5'i hastalara sigarayı bırakmaları için sözel destek veriyordu. *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında hekimlerin %44,9'u sigara içen hastalara sigara bırakması için yardımcı olduğunu, %12,5'i de sigara içen hastaları takip ettiğini belirtmiştir. Amerika'da yapılan (2010) bir çalışmada sağlık çalışanların %16,4-%63,7'si sigara içen hastalara sigara bırakmaları için yardımcı olduğunu, %1,3-%23,1'i hastaları takip ettiklerini belirtmiştir (129).

Bu çalışmada, “Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir” ifadesine asistan hekimlerin %17,4'ü kesinlikle katıldığını, %35,4'ü katıldığını %17,7'si katılmadığını belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %14,2'si kesinlikle katıldığını, %58,6'sı katıldığını, , %24,2'i katılmadığını belirtmiştir.

“Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur” ifadesine asistan hekimlerin %25,4'ü katıldığını, %29,9'u ne katıldığını ne de katılmadığını, %29,9'u da katılmadığını belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %21,7'si katıldığını, %57,6'sı katılmadığını, %18,7'si kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında bu ifade için hekimlerin %45,5'i katılıyorum, %54,5'i katılmıyorum-kararsızım şeklinde belirtmiştir. *Özyurt* (111) tezinde (2006) hekimlerin (n:488) %69,5'i sigara içen

hastalara sigarayı bırakması konusunda ikna etmek sağlık çalışanların görevi olduğunu düşünüyor.

“Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda olumlu rol-model oluşturur” ifadesine asistan hekimlerin %35,4’ü kesinlikle katıldığını, %41,8’i katıldığını belirtti. *Çerçi’nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %37,9’u kesinlikle katıldığını, %48,6’sı katıldığını belirtmiştir. *Uysal* ve arkadaşlarının (124) çalışmasında hekimlerin %89,5’i hastalar tarafından hekimlerin rol-model olarak görüldüğünü belirtmiştir. *Özyurt* (111) tezinde hekimlerin %78,1’i hekimlerin sigara kullanmayarak hastalara iyi örnek olmalı gerektiğini düşünüyor.

“Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir” ifadesine asistan hekimlerin %18,6’sı kesinlikle katıldığını, %42,8’i katıldığını, %19’u ne katılmadığını ne de katıldığını belirtti. *Çerçi’nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %47,9’u katılmadığını, %11’i kesinlikle katılmadığını, %31,9’u katıldığını, %9,2’si kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

“Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir” ifadesine asistan hekimlerin %25,4’ü kesinlikle katıldığını, %42,8’i katıldığını belirtti. *Çerçi’nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %16’sı kesinlikle katıldığını, %57,4’ü katıldığını, , %23,4’ü katılmadığını belirtmiştir.

“Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok” ifadesine asistan hekimlerin %27,3’ü kesinlikle katıldığını, %40,5’i katıldığını, %18,3’ü ne katıldığını ne de katılmadığını belirtti. *Çerçi’nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %18,7’si kesinlikle katılmadığını, %39,9’u katılmadığını, %21,7’si katıldığını belirtmiştir. *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında bu ifade için hekimlerin %64,5’i katılıyorum, %35,5’i katılmıyorum-kararsızım şeklinde ifade etmiştir.

“Sigara bıraktırma konusunda eğitim almak isterim” ifadesine asistan hekimlerin %24,1’i kesinlikle katıldığını, %37,3’ü katıldığını, %21,5’i ne katıldığını ne de katılmadığını belirtti. *Çerçi’nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile

hekimlerin %23,7'si kesinlikle katıldığını, %53,6'sı katıldığını, , %19'u katılmadığını belirtmiştir. *Özyurt* (111) tezinde hekimlerin %50,4'ü hekimlerin sigarayı bırakma ile ilgili eğitim programlarına aktif olarak katılmalı gerektiğini düşünüyor. *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında hekimlerin %68,8'i sigara içen hastalara sigara bırakma danışmanlığı vermek hasta ile doktor ilişkisini pozitif olarak güçlendirdiğini düşünüyor.

“Sigara bıraktırma polikliniğinde çalışmak isterim” ifadesine asistan hekimlerin %17,8'i kesinlikle katıldığını, %26,4'ü katıldığını, %25,7'si ne katıldığını ne de katılmadığını, %18'i katılmadığını, %12,2'si kesinlikle katılmadığını belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %14'ü kesinlikle katıldığını, %36,2'si katıldığını, %38,2'i katılmadığını, %11,7'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. *Özyurt* (111) tezinde hekimlerin %6,4'ü sigarayı bırakma çalışmaları sağlık çalışanlarının görevi olmadığını düşünüyor. *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında hekimlerin %17,9'u sigara içen hastalara sigarayı bırakma danışmanlığı vermeyi can sıkıcı bulurken %82,1'i can sıkıcı bulmadıklarını belirtmiştir.

“Hastalar sigara bıraktırma danışmanlığı almalarına rağmen genellikle sigara içmeyi bırakamazlar” ifadesine asistan hekimlerin %13,5'i kesinlikle katıldığını, %33,4'ü katıldığını, %31,2'si ne katıldığını ne de katılmadığını belirtti. *Çerçi'nin* tez çalışmasında (122) bu ifade için aile hekimlerin %2,2'si kesinlikle katıldığını, %44,'sı katıldığını, %49,9'u katılmadığını belirtmiştir. *Demir ve Şimşek* (97) çalışmasında hekimlerin %73,8'i sigara içen hastalara sigarayı bırakmada yardım etmenin kendilerine faydalı olduğunu hissettirdiklerini düşünüyor.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmayı oluşturan grubun %54,7 (n:170) 'si erkek, %45,3 (n:141) 'ü kadın asistan hekimdi.
2. %59,8 (n:186)'i bekar, %40,2 (n:125)'si evli idi.
3. %89,8 (n:270)'i çocuk sahibi değildi.
4. %69,1 (n:215)'inin dahili tıp, %26,7 (n:83)'sinin cerrahi tıp, %4,2 (n:13)'sinin temel tıp bölümünde çalıştığı saptandı.
5. Katılımcıların %7,1 (n:22)'inin sigara bıraktırmada sertifikalı eğitim aldığı, %92,9 (n:289)'unun sigara bıraktırmada sertifikalı eğitim almadığı bulundu.
6. Katılımcıların %21,9 (n:68)'unun sigara bıraktırmada sertifikasız eğitim aldığı, %78,1 (n:243)'inin sigara bıraktırmada sertifikasız eğitim almadığı bulundu.
7. Katılımcıların %45,3 (n:141)'ünün hiç alkol kullanmadığı, %43,4 (n:135)'ünün nadiren alkol kullandığı, %11,3 (n:35)'ünün sıklıkla alkol kullandığı saptandı.
8. Katılımcıların %82,0 (n:255)'nin sigara dışında tutun ürünleri kullanmadığı görüldü.
9. Katılımcıların yaş ortalaması $28,56 \pm 2,85$ yıl, meslekteki yıl ortalaması $3,84 \pm 2,31$ (ortanca:2) yıl, asistanlıktaki yıl ortalaması $2,32 \pm 1,28$ (ortanca:2) yıl olarak saptandı.
10. Ortalama $5,64 \pm 5,32$ (ortanca:4) paket/gün/yıl sigara kullanıldığı saptandı.
11. Ortalama tutulan nöbet sayısı $5,30 \pm 3,56$ (ortanca:7) olarak saptandı.
12. Katılımcıların %57,6 (n:179)'sının hiç sigara içmediği, %12,9 (n:40)'unun nadiren sigara içtiği, %23,8 (n:74)'inin düzenli sigara içtiği (sigara içen toplam: %36,7 (n:114)), %5,8 (n:18)'inin de sigarayı bıraktığı saptandı.
13. Katılımcıların aile ve çevresinde sigara kullanan olarak en çok arkadaşları olduğu saptandı.
14. Eş, anne, baba, kardeş ve arkadaşların sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.
15. Erkeklerin %49,4'ünün (n:84) hiç sigara içmediği, %44,1'inin (n:75) sigara içtiği, %6,5'inin (n:11) sigarayı bırakmış olduğu; kadınların, %67,4'ünün (n:95) hiç sigara kullanmadığı, %27,7'sinin (n:39) sigara içtiği, %5,0'inin (n:7)

sigarayı bırakmış olduğu görüldü. Cinsiyet ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptandı.

16. Asistanlık bölümü ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptandı.
17. Sigara dışında tütün ürünü (pipo, puro, nargile vb.) ve alkol kullanım durumu ile sigara içme durumu arasında anlamlı fark saptandı.
18. Medeni durumu, sahip olunan çocuk sayısı, günlük uyku süresi, gelir durumu ile sigara içme durumu arasında ilişki saptanmadı.
19. Sigara içme durumu ile bir ayda tutulan nöbet sayısı arasında zayıf düzeyde pozitif düzeyde ilişki olduğu görüldü.
20. Sigara içme durumu ile yaş, meslekteki yıl ve asistanlık yılı arasında bir ilişki saptanmadı.
21. Sigara içenlerin (n:114) ilk deneme yaşı ortalaması $17,76 \pm 4,33$ yıl, düzenli sigara içme yaşı ortalaması $21,61 \pm 3,75$ yıl, toplam sigara içilen yıl ortalaması $6,85 \pm 4,25$ yıl olarak saptandı.
22. Erkek asistan hekimler kadın hekimlere göre daha fazla miktarda sigara tükettiği görüldü.
23. Katılımcıların iş ve sosyal çevre ortamında ev ortamına göre daha fazla miktarda sigara içtiği saptandı.
24. Sigara içen katılımcılarda sigaraya başlama sebebi olarak en çok çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, ikinci olarak stres ve sıkıntı olması ve üçüncü olarak da iş ortamında dolayı olduğu saptandı.
25. Sigara içen katılımcılar arasında sigara içmeyi uyaran faktörlerden en çok iş stresi, ikinci olarak nöbetli çalışılıyor olması ve üçüncü olarak da çevredekilerin içiyor olması olduğu saptandı.
26. Sigara içen katılımcıların nikotin bağımlılık testine göre FNBT (0-10) puan ortalaması $2,27 \pm 2,39$, ortancası 1,5 olduğu bulundu.
27. Katılımcıların %59,6'sının (n:68) çok az bağımlı; %18,4'ünün (n:21) az bağımlı; %10,5'inin (n:12) orta derecede bağımlı; %8,8'inin (n:10) yüksek bağımlı; %2,6'sının (n:3) çok yüksek bağımlı olduğu tespit edildi.
28. Cinsiyet ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı.
29. Sigara içen katılımcılarda düzenli sigara içmeye başlama yaşı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı.

30. Sigara içilen yıl sayısı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı.
31. Tutulan nöbet sayısı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı.
32. İçilen paket/gün/yıl sigara miktarı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı farklılık saptandı.
33. Yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, gelir durumu, uyku süresi, çalışıldığı asistanlık bölümü, sigara dışında tütün ürünü kullanım durumu, alkol kullanım durumu, ilk sigara deneme yaşı, meslekte ve asistanlıkta çalışılan yıl sayısı ile FNBT puanı arasında ilişki saptanmadı.
34. Sigara içen katılımcıların %71,1'inin (n:81) sigara bırakmayı düşündüğü, %17,5'inin (n:20) düşünmediği saptandı.
35. Sigara içen katılımcıların %28,9'unun (n:33) sigara bırakmayı hiç denemediği, %28,1'inin (n:32) bir defa, %13,2'sinin (n:15) iki defa, %29,8'inin (n:34) ikiden fazla denediği görüldü.
36. Sigara kullanımını bırakan katılımcıların sigarayı ilk deneme yaşı ortalaması $18,61 \pm 5,18$ yıl, düzenli içme yaşı ortalaması $22,22 \pm 2,66$ yıl, toplam sigara kullanılan yıl ortalaması $5,28 \pm 3,15$ yıl, sigara bırakma yaşı ortalaması $26,94 \pm 1,83$ yıl olarak tespit edildi. Sigara kullanımı ortalama $2,44 \pm 2,33$ ortalama:1 defada bırakıldığı tespit edildi. Kullanılan paket/gün/yıl sigara ortalaması $3,80 \pm 3,41$ olarak saptandı.
37. Sigara kullanımını bırakan katılımcıların sigara kullanımını bırakma sebebi olarak en çok zararlı olduğunu için, ikinci olarak da iyi bir rol model olmak için olduğu saptandı.
38. Sigarayı bırakan katılımcıların %94,4'ünün (n:17) bireysel çabalarıyla, %5,6'sının (n:1) sigara bıraktırma polikliniğinde danışma olarak ve farmakolojik tedavi olarak sigarayı bıraktığı tespit edildi.
39. Araştırma grubunu oluşturanların (n:311) %27,3'ünün her zaman, %39,2'inin sıklıkla hastalara sigara içme durumunu sorguladığı görüldü.
40. Sigara içen hastalara katılımcıların %15,8'inin her zaman, %35'inin sıklıkla, %35'inin bazen sigara bırakma düşüncesini sorguladığı bulundu.

41. Sigara içen hastalara katılımcıların %39,9'unun her zaman, %31,8'inin sıklıkla, %23,2'inin bazen sigara bırakma tavsiyesinde bulunduğu saptandı.
42. Sigara içmeyen hastalara katılımcıların %26'sının her zaman, %29,6'sının sıklıkla, %30,2'sinin bazen olumlu geri bildirimde bulunduğu görüldü.
43. Sigara bırakan hastalara katılımcıların %12,2'sinin her zaman, %14,1'inin sıklıkla, %43,4'ünün bazen hangi yöntemle sigarayı bıraktığını sorguladığı saptandı.
44. Çalışma grubu oluşturanların %20,3'ünün her zaman, %38,3'ünün sıklıkla, %31,8'inin bazen hastalara sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları açısından bilgilendirdiği tespit edildi.
45. Sigara içen hastaları katılımcıların %14,1'inin her zaman, %25,1'inin sıklıkla, %36,3'ünün bazen sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiği bulundu.
46. Sigara içen hastaları katılımcıların %10'unun her zaman, %25,7'sinin sıklıkla, %38,6'sının bazen sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirdiği saptandı.
47. Sigara içen hastalara sigara bırakmayı önermenin bırakmalarında çok etkili olduğuna katılımcıların %17,4'ünün kesinlikle katıldığı, %35,4'ünün katıldığı %17,7'sinin katılmadığı saptandı.
48. Hasta sigarayı bırakmıyorsa hekimin yapabileceği bir şey olmadığına katılımcıların %25,4'ünün katıldığı, %29,9'unun ne katıldığı ne de katılmadığı, %29,9'unun da katılmadığı bulundu.
49. Sigara kullanmayan hekimlerin sağlık konusunda olumlu rol-model oluşturduğuna çalışma grubunu oluşturanların %35,4'ünün kesinlikle katıldığı, %41,8'inin katıldığı tespit edildi.
50. Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan hekimler vermesi gerektiğine araştırma grubunu oluşturanların %18,6'sının kesinlikle katıldığı, %42,8'i katıldığı görüldü.
51. Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünme durumunu sorgulamanın sigara bırakma önerisi için yeterli olmadığına katılımcıların %25,4'ünün kesinlikle katıldığı, %42,8'inin katıldığı saptandı.
52. Sigara içen hastalara sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanının olmadığına katılımcıların %27,3'ünün kesinlikle katıldığı, %40,5'inin katıldığı tespit edildi.

53. Sigara bıraktırma konusunda eğitim alma isteğine araştırma grubunu oluşturanların %24,1'inin kesinlikle katıldığı, %37,3'ünün katıldığı bulundu.
54. Sigara bıraktırma polikliniğinde çalışma isteğine katılımcıların %17,8'inin kesinlikle katıldığı, %26,4'ünün katıldığı saptandı.
55. Sigara kullanan hastalar sigara bıraktırma danışmanlığı almalarına rağmen genellikle sigara kullanmayı bırakamadıklarına araştırma grubunu oluşturanların %13,5'inin kesinlikle katıldığı, %33,4'ü katıldığı görüldü.

Öneriler

Özellikle hekimlerin ve sağlık çalışanlarının sigara bıraktırma ile ilgili rolü koruyucu hekimlik açısından oldukça önemlidir. Tüm hekimlerin sigara bıraktırma ile ilgili eğitimlerini, sertifikasyon düzeyinde tıp fakültesi eğitime entegre olacak şekilde almaları, hekimlerin bu konudaki farkındalığı, tutum ve davranışları üzerine olumlu etkili olabilir. Birinci basamak hekimleri koruyucu hekimlik uygulamalarında ön sıralarda görev yaptıklarından, toplum sağlığı merkezlerinde yer alan sigara bıraktırma polikliniklerinde aktif görev alabildiklerinden bu çalışmanın ileriki dönemlerde özellikle aile hekimliği asistanları ile tekrar yürütülmesi planlanabilir. Bu çalışma Covid-19 pandemi dönemi içerisinde yapılmış olup; pandemi sonrası asistan hekimlerde sigara içme durumu ve nikotin bağımlılık düzeyinde değişiklik açısından tekrar benzer bir çalışma ile yürütülmesi planlanabilir.

**“EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ’NDE GÖREV YAPAN
ASİSTAN HEKİMLERİN SİGARA İÇME DURUMU,
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ, SİGARA BIRAKTIRMAYA KARŞI
TUTUM VE DAVRANIŞ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ”**

ÖZET

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı önlenabilir bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünyada en sık ölüme neden olan sekiz hastalıktan altısının risk faktörü tütün kullanımıdır. Sağlık çalışanları hastalıkların meydana gelmeden önce koruyucu hekimlik uygulamaları ve danışmanlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ile sağlıklı hayatın geliştirilmesinde çok önemli göreve sahiptir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile girilen savaşta, hekimler hem hastalarına sigaranın insan sağlığına verdiği hasarlar hakkında bilgi verme, hem de rol model olma sorumluluğunun farkındalığı ile davranmalıdır. Bu çalışma; eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sigara içme durumu, nikotin bağımlılık düzeyi ve sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranışları ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini, İ.K.Ç.Ü Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 1 Aralık 2020 – 1 Nisan 2021 arasında görev yapmakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Araştırmaya evreni oluşturan asistan hekimlerden %70 i olan 311 asistan hekim dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olan anket formu kendi kendine online anket cevaplama yöntemi ile uygulandı. Uygulanan anket araştırmacılar tarafından ilgili literatürler taranarak oluşturuldu. Sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılığı *Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT)* ile

değerlendirildi. Veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (*Statistical Packet for The Social Science*) 26.0 istatistik paket formunda değerlendirildi. İstatistiksel hesaplamalarda Spearman Korelasyon Analizi, Ki-kare ve Fisher Exact Testi testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %54,7 (n:170) 'si erkek, %45,3 (n:141) 'ü kadın asistan hekimdi. %69,1 (n:215)'i dahili tıp, %26,7 (n:83)'si cerrahi tıp, %4,2 (n:13)'si temel tıp bölümünde çalışıyordu. Katılımcıların %57,6 (n:179)'sının hiç sigara içmediği, %12,9 (n:40)'unun nadiren sigara içtiği, %23,8 (n:74)'inin düzenli sigara içtiği (sigara içen toplam: %36,7 (n:114)), %5,8 (n:18)'inin de sigarayı bıraktığı saptandı. Erkeklerin ve cerrahi tıp bölümünde çalışanların sigara içme düzeyi daha yüksek saptandı. Eş, anne, baba, kardeş ve arkadaşların sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Sigara içenlerin (n:114) ilk deneme yaşı ortalaması $17,76 \pm 4,33$ yıl, düzenli sigara içme yaşı ortalaması $21,61 \pm 3,75$ yıl idi. Sigara içen katılımcılarda sigaraya başlama sebebi olarak en çok çevre ve arkadaş gruplarının içiyor olması, ikinci olarak stres ve sıkıntı olması ve üçüncü olarak da iş ortamında dolayı olduğu saptandı. FNBT (0-10) puan ortalaması $2,27 \pm 2,39$, ortancası 1,5 idi. Erkeklerde nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksek olduğu saptandı. Sigara içen katılımcılarda düzenli sigara içmeye başlama yaşı düştükçe nikotin bağımlılık düzeyinin artmakta olduğu saptandı. Sigara içilen yıl, tutulan nöbet ve içilen paket/gün/yıl sigara sayısı artıkça nikotin bağımlılık düzeyinin artmakta olduğu saptandı. Katılımcıların %66,5'inin her zaman-sıklıkla hastaların sigara içme durumunu sorguladığı, %50,8'inin her zaman-sıklıkla sigara bırakma düşüncesini sorguladığı, %71,7'sinin her zaman-sıklıkla sigara bırakma tavsiyesinde bulunduğu görüldü.

Sonuç: Hekimlerin sigara içme düzeyinin yüksek çıkması toplumda rol model olmaları ve toplumsal sorumlulukları bakımından önemli ve düşündürücüdür. Sağlık çalışanları ve özellikle de hekimlerin sigara kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinde danışmanlık ve bilgi aktarılmasında olumsuz düşüncelere neden olabileceği gibi hastaların inancını ve güvenini de azaltabilir. Sağlık çalışanları hastalıkların meydana gelmesinin engellenmesinde ve sağlıklı hayatın geliştirilmesinde çok önemli göreve sahiptir. Muayeneye gelen hastaya hekimin, hastanın sigara içme durumunu sorgulaması ve bırakmasının önerilmesi, tütün kullanımıyla mücadelede kolay ve

etkin bir yöntemdir. Sadece bu öneri ile bile bir senede hastaların %5-10'unun sigarayı terk ettiğini belirtilmektedir. Hekimin, hastada bir davranış değişikliği ve farkındalığı yaratabilmesinde, öncelikle kendi farkındalığına ve rol model olma sorumluluğuna içtenlikle inanması ve buna uygun şekilde davranmasının önemi, hasta hekim ilişkisinde göz ardı edilmemelidir.

**“EVALUATION OF FACTORS RELATED TO SMOKING STATUS,
NICOTINE ADDICTION LEVEL, ATTITUDE TOWARDS SMOKING
CESSATION AND BEHAVIOR OF ASSISTANT PHYSICIANS WORKING
IN TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL”**

SUMMARY

Introduction and Aim: Tobacco use is a preventable cause of morbidity and mortality. Tobacco use is the risk factor for six of the eight diseases that cause the most common death in the world. Healthcare professionals have a very important role in the development of a healthy life style by performing preventive medicine practices and consultancy services before the occurrence of diseases. In the war against the use of tobacco and tobacco products, physicians should act with the awareness of both informing their patients about the damage caused by smoking to human health and being a role model. It was aimed that in this work to evaluate the factors related to smoking status, nicotine addiction level, and attitudes and behaviors of resident physicians working in training and research hospitals.

Materials and Methods: This study is a descriptive and cross-sectional study. The universe of the study consists of the assistant physicians who work at İ.K.ÇÜ Atatürk Training and Research Hospital between December 1, 2020 and April 1, 2021. 311 assistant physicians, 70% of whom constitute the population, were included in the study. In the study, the questionnaire form, which is the data collection tool, was applied by online questionnaire answering method. The applied questionnaire was created by the researchers by scanning the relevant literature.

Nicotine addiction of the smokers was evaluated with the Fagerström nicotine addiction test (FNBT). The data were evaluated in computer environment using IBM SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 26.0 statistical package form. Spearman Correlation Analysis, Chi-square and Fisher Exact Test were used for statistical calculations. A p value of <0.05 was accepted for statistical significance.

Results: 54.7% (n: 170) of the participants were male and 45.3% (n: 141) were female residents. 69.1% (n: 215) were working in internal medicine, 26.7% (n: 83) in surgical medicine and 4.2% (n: 13) in basic medicine. Of the participants, 57.6% (n: 179) never smoked, 12.9% (n: 40) rarely smoked, 23.8% (n: 74) smoked regularly (total smokers: It was found that 36.7% (n: 114)) and 5.8% (n: 18) had quit smoking. Smoking levels of men and those working in the surgical medicine department were found to be higher. A statistically significant difference was found between the smoking status of spouse, mother, father, siblings and friends and the smoking status of resident physicians. The mean age at first trial of smokers (n: 114) was 17.76 ± 4.33 years, and the average age of regular smoking was 21.61 ± 3.75 years. It was determined that the reason for starting smoking in the smokers was mostly due to the environment and friend groups smoking, secondly to the stress and distress, and thirdly to the work environment. The mean FNBT (0-10) score was 2.27 ± 2.39 , the median was 1.5. Nicotine addiction level was found to be higher in males. It was found that as the age of starting regular smoking decreases, the level of nicotine addiction increases in the participants who smoke. It was found that the level of nicotine addiction increased as the number of smoking years, seizures and the number of cigarettes smoked / pack / day / year increased. It was observed that 66.5% of the participants always-often question the smoking status of the patients, 50.8% always-often question the idea of quitting, and 71.7% always-often advised to quit smoking

Conclusion: The high smoking level of physicians is important and thought-provoking in terms of their role models and social responsibilities in the society. Smoking of healthcare professionals, especially physicians, may lead to negative thoughts in counseling and information transfer in preventive healthcare services, as well as reduce patients' belief and confidence. Healthcare professionals have a very important role in preventing the occurrence of diseases and improving a healthy life.

Suggesting the physician to question the smoking status of the patient and to quit smoking to the patient who comes to the examination is an easy and effective method in the fight against tobacco use. Even with this recommendation, it is stated that 5-10% of the patients quit smoking in a year. The importance of the physician to sincerely believe in his own awareness and the responsibility of being a role model and behave accordingly in creating a behavioral change and awareness in the patient should not be overlooked in the patient-physician relationship.



8. KAYNAKLAR

1. Ngaruiya C, Abubakar H, Kiptui D, Kendagor A, Ntakuka MW, Nyakundi P, et al. Tobacco use and its determinants in the 2015 Kenya WHO STEPS survey. BMC Public Health. 2018 Nov 7;18.
2. World Health Organization. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic. MPOWER Packag. 2008;1–336.
3. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet. 2011;
4. World Health Organization. WHO Report on Global Tobacco Epidemic, 2019 [Internet]. World Health Organization. 2019. 157 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1&ua=1>
5. Almulla A, Hassan-Yassoub N, Fu D, El-Awa F, Alebshehy R, Ismail M, et al. Smoking cessation services in the eastern mediterranean region: Highlights and findings from the WHO report on the global tobacco epidemic 2019. East Mediterr Heal J. 2020;26(1):110–5.
6. Karadoğan D, Önal Ö, Kanbay Y. Corrigendum: How does reimbursement status affect smoking cessation interventions? A real-life experience from the Eastern Black Sea region of Turkey (Tobacco Induced Diseases (2019) 17 (1-9) DOI: 10.18332/tid/100412). Tobacco Induced Diseases. 2019.
7. Heydari G, Zaatari G, Al-Lawati JA, El-Awa F, Fouad H. Mpower, needs and challenges: Trends in the implementation of the who fctc in the eastern mediterranean region. Eastern Mediterranean Health Journal. 2018.
8. World Health Organization. Prevalence of tobacco smoking. World Heal Organ. 2018;
9. Geneva: World heal Organization. Who global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition. 2018. 121 p.
10. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü. 2010;21–35.
11. Öntaş E ADKYTAT 2016-HHSATİBS-(2018/2019-63), [Internet] <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> TSB. Küresel yetişkin tütün araştırması. Glob ADULT Tob Surv [Internet]. 2019;1–2. Available from: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/>
12. Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. The Frequency of Tobacco and Tobacco Product Use in Medical Faculty Students. Turkish J Fam Med Prim Care. 2019 Jun 20;219–26.

13. Okutan O, Taş D, Kaya H, KARTALOĞLU Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Z, Hastalıkları Kliniği G, Askeri Tıp Akademisi G, et al. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. Vol. 55, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007.
14. Özge C, Aytemur ZA, Bilir N, Boztaş H, Çan G, Elbek O, et al. Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tani ve tedavi uzlaşısı raporu. 2014;26–44.
15. Hajdu SI, Vadmal MS. A note from history: The use of tobacco. Ann Clin Lab Sci. 2010;40(2):178–81.
16. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. Tütün ve tütün kontrolü [Internet]. 2009;3–20. Available from: <http://www.tutuneksper.org.tr/files/diger-yayin-ve-raporlar/Dunyada-ve-Turkiyede-tutunun-tarihcesi-min.pdf>
17. Jung KJ, Jeon C, Jee SH. The effect of smoking on lung cancer: ethnic differences and the smoking paradox. Epidemiology and health. 2016.
18. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respiriology. 2003;8(3):286–90.
19. Tharangini M, Ramya MDS. Smoking and periodontal diseases. Eur J Mol Clin Med. 2020;
20. Kerime K. Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. Co. 2017;15(1):27–48.
21. CDC, WHO, SB. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016. 2016;4–5. Available from: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>.
22. Sayek F, Hatun Ş. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION “ 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü ” Nedeniyle Özel Sayı Yayın Kurulu. 2019;28(Mayıs-Haziran).
23. Bilir N, Özcebe H. Türkiye’de tütün kontrolü uygulamaları. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2015;
24. Calikoglu EO, Koycegiz E. Tobacco control policies in Turkey in terms of MPOWER. Eurasian Journal of Medicine. 2019.
25. Bilir N, Özcebe H. Türkiye MPOWER Koşullarını Ne Kadar Karşılıyor? TAF Prev Med Bull. 2013;
26. Calikoglu EO, Koycegiz E. Tobacco control policies in Turkey in terms of MPOWER. Vol. 51, Eurasian Journal of Medicine. AVES İbrahim KARA; 2019. p. 80–4.
27. Bilir N, Babao E, Sigara E, Canbakan ES, Ay O, Tedavisi F, et al. Göğüs hastalıkları-Tütün Kontrolü. solunum.org.tr. 2018. Bölüm 14, K1-K132.
28. Furrukh M. Tobacco smoking and lung cancer: Perception-changing facts. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2013.
29. DSÖ. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008 MPOWER paketi. 2008;

30. Qiu F, Liang CL, Liu H, Zeng YQ, Hou S, Huang S, et al. Impacts of cigarette smoking on immune responsiveness: Up and down or upside down? *Oncotarget*. 2017;
31. Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun*. 2010;
32. Lee J, Taneja V, Vassallo R. Cigarette smoking and inflammation: Cellular and molecular mechanisms. *Journal of Dental Research*. 2012.
33. Warren GW, Cummings KM. Tobacco and Lung Cancer: Risks, Trends, and Outcomes in Patients with Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ B*. 2013;
34. Hecht SS, Szabo E. Fifty years of tobacco carcinogenesis research: From mechanisms to early detection and prevention of lung cancer. *Cancer Prevention Research*. 2014.
35. Onor ICO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB, et al. Clinical effects of cigarette smoking: Epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017.
36. Gibbons DL, Byers LA, Kurie JM. Smoking, p53 mutation, and lung cancer. *Molecular Cancer Research*. 2014.
37. Türkyılmaz M, Deniz EB, Ergin AK, Sevinç A, Tütüncü S, Seymen E. Türkiye kanser istatistikleri 2016. TC SAĞLIK Bakanl [Internet]. 2019; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf
38. Mandel Molinas N. ET. Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı. Vol. 16. 2013. 1–226 p.
39. Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette Smoking and the Incidence of Breast Cancer [Internet]. Available from: <https://jamanetwork.com/>
40. Reynolds P. Smoking and breast cancer. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*. 2013.
41. Jethwa AR, Khariwala SS. Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev*. 2017;
42. Fonseca-Moutinho JA. Smoking and Cervical Cancer. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;
43. Heinen MM, Verhage BAJ, Goldbohm RA, Van Den Brandt PA. Active and Passive Smoking and the Risk of Pancreatic Cancer in the Netherlands Cohort Study. 2010; Available from: www.aacrjournals.org
44. Siasos G, Tsigkou V, Kokkou E, Oikonomou E, Vavuranakis M, Vlachopoulos C, et al. Smoking and Atherosclerosis: Mechanisms of Disease and New Therapeutic Approaches. *Curr Med Chem*. 2014;
45. Salahuddin S, Prabhakaran D, Roy A. Pathophysiological mechanisms of tobacco-related CVD. *Global Heart*. 2012.
46. Duncan MS, Freiberg MS, Greevy RA, Kundu S, Vasan RS, Tindle HA. Association of Smoking Cessation with Subsequent Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;
47. Gallucci G, Tartarone A, Leroose R, Lalinga AV, Capobianco AM. Cardiovascular risk of

- smoking and benefits of smoking cessation. *Journal of Thoracic Disease*. 2020.
48. Papathanasiou G, Mamali A, Papafloratos S, Zerva E. Effects of smoking on cardiovascular function: The role of nicotine and carbon monoxide. *Heal Sci J*. 2014;
 49. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: The neglected cardiovascular disease risk factor. *European Heart Journal*. 2013.
 50. Franks TJ, Galvin JR. Smoking-Related “Interstitial” Lung Disease. *Arch Pathol Lab Med*. 2015;139:974–7.
 51. Galvin JR, Franks TJ. Smoking-related Lung Disease. 2009;24(4):274–84.
 52. Stapleton M, Howard-Thompson A, George C, Hoover RM, Self TH. Smoking and asthma. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011.
 53. Taylor JD. COPD and the response of the lung to tobacco smoke exposure. *Pulmonary Pharmacology and Therapeutics*. 2010.
 54. Kawamatsu S, Jin R, Araki S, Yoshioka H, Sato H, Sato Y, et al. Clinical Medicine Scores of Health-Related Quality of Life Questionnaire Worsen Consistently in Patients of COPD: Estimating Disease Progression over 30 Years by SReFT with Individual Data Collected in SUMMIT Trial. [cited 2021 Feb 9]; Available from: www.mdpi.com/journal/jcm
 55. Bradicich M, Schuurmans MM. Smoking status and second-hand smoke biomarkers in COPD, asthma and healthy controls. *ERJ Open Res*. 2020;
 56. Laniado-Laborin R. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Parallel epidemics of the 21st century. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009.
 57. Jing - Bo Dai, Zhao - Xia Wang Z- DQ. The hazardous effects of tobacco smoking on male fertility. *Asya Androloji Derg [Internet]*. 2015;958–9. Available from: www.asiaandro.com;www.ajandrology.com
 58. Dechanet C, Anahory T, Mathieu Daude JC, Quantin X, Reyftmann L, Hamamah S, et al. Effects of cigarette smoking on reproduction. *Hum Reprod Update*. 2011;
 59. England LJ, Aagaard K, Bloch M, Conway K, Cosgrove K, Grana R, et al. Developmental toxicity of nicotine: A transdisciplinary synthesis and implications for emerging tobacco products. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017.
 60. Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015.
 61. McEvoy CT, Spindel ER. Pulmonary Effects of Maternal Smoking on the Fetus and Child: Effects on Lung Development, Respiratory Morbidities, and Life Long Lung Health. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2017.
 62. Minichino A, Saverio Bersani F, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking Behaviour and Mental Health Disorders-Mutual Influences and Implications for Therapy. *OPEN ACCESS Int J Environ Res Public Heal [Internet]*. 2013;10:10. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
 63. Fluharty MRes M, Taylor AE, Grabski MRes M, Munafò MR, Author C, Fluharty M.

The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res.* 2017;3–13.

64. Dervaux A, Laqueille X. Smoking and schizophrenia. In: *Handbook of Smoking and Health.* 2011.
65. Ion R, Bernal AL. Smoking and preterm birth. *Reproductive Sciences.* 2015.
66. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environmental Research.* 2016.
67. Yoon V, Maalouf NM, Sakhaee K. The effects of smoking on bone metabolism. *Osteoporosis International.* 2012.
68. Sloan A, Hussain I, Maqsood M, Eremin O, El-Sheemy M. The effects of smoking on fracture healing. *Surgeon.* 2010.
69. Lee JJ, Patel R, Biermann JS, Dougherty PJ. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Jt Surg.* 2013;
70. Kanneganti P, Harris JD, Brophy RH, Carey JL, Lattermann C, Flanigan DC. The effect of smoking on ligament and cartilage surgery in the knee: A systematic review. *Am J Sports Med.* 2012;
71. Chang SA. Smoking and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes and Metabolism Journal.* 2012.
72. Massarrat S. Smoking and gut. *Archives of Iranian Medicine.* 2008.
73. Berkowitz L, Schultz BM, Salazar GA, Pardo-Roa C, Sebastián VP, Álvarez-Lobos MM, et al. Impact of cigarette smoking on the gastrointestinal tract inflammation: Opposing effects in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Frontiers in Immunology.* 2018.
74. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery.* 2004.
75. Turan A, Mascha EJ, Roberman D, Turner PL, You J, Kurz A, et al. Smoking and perioperative outcomes. *Anesthesiology.* 2011;
76. Zhang Y, He J, He B, Huang R, Li M. Effect of tobacco on periodontal disease and oral cancer. *Tobacco Induced Diseases.* 2019.
77. Gallo O. Risk for COVID-19 infection in patients with tobacco smoke-associated cancers of the upper and lower airway. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2020.
78. Gupta AK, Nathan ST, Mehrotra R. Tobacco use as a well-recognized cause of severe COVID-19 manifestations. *Respiratory Medicine.* 2021.
79. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2020;
80. Göktaş S, Önsüz MF, Işıklı B, Metintaş S. ELEKTRONİK SİGARA (E-SİGARA) - ELECTRONIC CIGARETTE (E-CIGARETTE). *Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma*

Merk Halk Sağlığı Derg. 2018;

81. A. Dani J, Jenson D, I. Broussard J. Neurophysiology of Nicotine Addiction. J Addict Res Ther. 2012;
82. Sanner T, Grimsrud TK. Nicotine: Carcinogenicity and effects on response to cancer treatment - a review. Frontiers in Oncology. 2015.
83. Benowitz NL. Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. Am J Med. 2008;
84. A. G. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri ; Gerçekten Şeytan Otu Mu ? Tob Plant Pharmacol Prop Is it Really Devil Weed? 4(1):22–6.
85. İtil o., Kılınç O., Öztuna F., Salepçi B., dilektaşlı A. EO. SİGARADAN KURTULUYORUZ! Türk Toraks Derneği.
86. Sağlam L. Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. Güncel Göğüs Hast Serisi. 2017;
87. Demirci Çiftçi A. YÖ. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. p. 27–30.
88. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Assessment of the Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDT) used in the determination of nicotine dependence and developing a new test for the nicotine dependence. Pamukkale Med J. 2016;9(1):45–51.
89. Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001.
90. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. 2008;
91. Reichert J, De Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MDP, et al. Smoking cessation guidelines - 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2008.
92. Jarvis MJ. Why people smoke. BMJ. 2004;
93. Henningfield JE, Fant R V., Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. CA Cancer J Clin. 2005;
94. Sweeney CT, Fant R V., Fagerstrom KO, McGovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: Rationale, efficacy and tolerability. CNS Drugs. 2001.
95. Uzaslan E. Sigara bırakmada farmakolojik tedavi: Vareniklin (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları anabilim dalı). Güncel Göğüs Hast Serisi. 2016;
96. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: An α ;4 β 2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem. 2005;
97. Demir C, Simsek Z. Hekimlerin sigara bıraktırma davranışları ve ilişkili faktörler, Physicians\ Smoking Cessation Behavior and Related Factors Health promotion program for Syrian refugees View project UNFPA Turkey CO Humanitarian Program View project. TAF Prev Med Bull 2013 [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 11];(12(5)):501–10. Available from: www.korhek.org

98. Öztürk Önder. Sağlık çalışanları ve sigara. Süleyman Demirel Univ Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2009;16(2):32–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196801>
99. Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, Siliquini R, Liguori G, Manzoli L, et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *Eur J Public Health*. 2011;
100. Edwards R, Tu D, Stanley J, Martin G, Gifford H, Newcombe R. Smoking prevalence among doctors and nurses—2013 New Zealand census data. *N Z Med J*. 2018;
101. Smith DR, Zhao I, Wang L. Tobacco smoking among doctors in mainland China: A study from Shandong province and review of the literature. *Tob Induc Dis*. 2012;
102. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. *WHO Reg Off Eur*. 2010;1–98.
103. Demirel B., Uzmani AT, Atatürk A, Ve E, Hastanesi A. Hekimlerin Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle İlgili Tutumları [Internet]. Vol. 9, *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017 Sep [cited 2021 Mar 11]. Available from: www.kliniktipdergisi.com
104. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T, Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Z, et al. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevelansı ve Sigaraya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Vol. 5, *The Medical Journal of Kocatepe*. 2004.
105. Emin Erbaycu A, Aksel N, Çakan A, Özsoz Suat Seren A, Hastalıklar ve Cerrahisi üs E, ve Araştırma Hastanesi I, et al. İzmir ilinde Sağlık Çalışanlarının Sigara içme alışkanlıkları Smoking Habit of Health Professionals in İzmir City. Vol. 5. 2004.
106. Ünsal M, Topbaş M, Güven ATICI A, Uğurlu D, Özer A, Erkan L, et al. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktorlarının Sigara İçimi Konusundaki Bazı Düşünce ve Davranışları. Vol. 50, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2002.
107. Alışkın Ö, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Personelinin Sigara İçme Ve Bağımlılık Durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg*. 2016;7(25):32–42.
108. Koç EM, Başer DA, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Alsancak AD, et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. *J Clin Exp Investig*. 2015;6(1):33–9.
109. Üzer F. Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2018;22(2):92–9.
110. Tutum V, Ara D, Öztürk O, Öztürk G, Yazıcıoğlu B, Demir B, et al. Asistan Hekimlerin Sigara İçme Durumları Ve Sigara Bıraktıra Becerileri Açısından Bilgi Ve Tutum Düzeyleri Araştırması - Ara Sonuçlar Atakum Toplum Sağlığı Merkezi , Samsun Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı , Samsun. 2015;(March):73.
111. Özyurt L. Hekimlerin sigara içme davranışlarının bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı, Ankara. 2006.

112. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne,. 2013.
113. Kaya M. Sağlık bilimlerini öğrencilerinin sigara içme durumu, etkileyen faktörler ve ikincil sigara dumanı ile ilgili farkındalık düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul. 2017.
114. Mutlu, Pınar; Çeldir Emre, Jülide; Dirican, Nigar; Deniz, Sami; Aksoy Ü. Hastane personelinde meslek gruplarına göre sigara içme durumu ve sigara bırakma danışma hizmetleri ile ilgili bilgi düzeyleri. ÇOMU Dergileri, Troia Tıp Dergisi, <http://hdl.handle.net/2050012428/2172>. 2019;
115. Eroglu SA; İstanbul'da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Med J. 2013;14(3):170–4.
116. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu Ve Etkileyen Faktörler / The Frequency and Affecting Factors of Smoking Among Nurses of Medicine Faculty of Meram, University of Selçuk, Konya. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2005;27(1):29–34.
117. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B, Torun E, Durmuş N, Aktürk A, et al. İstanbul'da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkındaki bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları. 2006;8 (4)(0216):156–62.
118. Yaşar H. Karaman Devlet Hastanesinde sigara içen çalışanların sigara içme davranışının ve bırakma isteğinin belirleyicileri. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya. 2019.
119. Gürbüz A. Sigara içme davranışı ve sigara bırakma sürecinin multifaktöriyel analizi. Tıpta uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara. 2019.
120. Atılğan, Yıldız; Gürkan SŞE. Hastanemizde çalışan personelin sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. Türk Toraks Derneği, İstanbul,. 2008;(9):160–6.
121. Işık Z. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Tıpta Uzm tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hast ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Diyarbakır. 2008;
122. Çerçi CT. Aile hekimlerin sigara içme durumları ile sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. Tıpta uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara. 2017.
123. Üçer H, Ketten HS, Ersoy Ö, Çelik M, Sucaklı MH, Kahraman H. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Aile Hekim Derg. 2014;18(2):58–62.
124. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Tuberk ve Toraks Derg. 2007;55(4):350–5.
125. Özer AÖ. Eskişehir'de birinci basamak hizmeti veren doktorların sigara içicilik durumları ve sigara bıraktırma konusundaki tutumları. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir,. 2012.

126. Keto J, Jokelainen J, Timonen M, Linden K, Ylisaukko-oja T. Physicians discuss the risks of smoking with their patients, but seldom offer practical cessation support. *Subst Abus Treat Prev Policy*. 2015;
127. Abdullah ASM, Rahman ASMM, Suen CW, Wing LS, Ling LW, Mei LY, et al. Investigation of Hong Kong doctor's current knowledge, beliefs, attitudes, confidence and practices: Implications for the treatment of tobacco dependency. *J Chinese Med Assoc*. 2006;
128. Recommended Citation Naeem M, Irfan M, Mawani M, Waheed Z, Haque AS, Zubairi A, et al. Tobacco Cessation Treatment: Knowledge, Attitude and Practices of Physician in Karachi, Pakistan: A Cross Sectional Study. *An International Peer-reviewed Journal*. 2016.
129. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2010 Mar 27 [cited 2021 Mar 24];12(7):724–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20507899/>
130. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008.

Ek 1: Anket formu

“Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan asistan hekimlerin sigara içme durumu, nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranış ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi”

1.Ankete katılma onayı

a.Onaylıyorum

2.Cinsiyetiniz?

a.Erkek

b.Kadın

3.Yaşınız?

4.Medeni durumunuz?

a.Evli

b.Bekar

5.Sahip olduğunuz çocuk sayısı?

6.Meslekte kaçınıcı yılınız?

7.Asistanlıkta kaçınıcı yılınız?

8.Asistanlık bölümünüz?

a.Cerrahi tıp

b.Dahili tıp

c.Temel tıp

9.Asistanlık branşınız?

10.Gelir durumunuz?

a.Gelirim giderimden az

b.Gelirim giderime denk

c.Gelirim giderimden fazla

11.1 ayda tuttuğunuz nöbet sayısı?

12.Günlük uyku süreniz?

a.4 saatten az

b.4-6 saat

c.6-8 saat

d.8 saatten fazla

13.Sigara bıraktırmada sertifikalı eğitim aldınız mı?

a.Evet

b.Hayır

14.Sigara bıraktırmada sertifikasız eğitim aldınız mı?

a.Evet

b.Hayır

15.Ailede ve çevrenizde sigara içenleri işaretleyiniz (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz).

a.Eşim

b.Annem

c.Babam

d.Kardeşlerim

e.Arkadaşlarım

f.Diğer (amca, dayı, hala, teyze, dede, nine)

g.Hiç kimse

16.Sigara içme durumunuz?

a.Hiç içmedim

b.Nadiren içiyorum

c.Düzenli içiyorum

d.Bıraktım

17.Sigara içme durumu---Sigara içen/bırakan kaç yıl kaç paket sigara kullanıldı?

18.Sigara dışında tutun ürünleri kullanımınız var mı? (Pipo, puro, nargile vb..)

a.Evet

b.Hayır

19.Alkol kullanır mısınız?

a.Nadiren

b.Sıklıkla

c.Hiç

Sigara içenler için (20-25. soru)

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT)

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

a. Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde- 3 puan

b. 6-30 dakika içinde- 2 puan

c. 31-60 dakika- 1 puan

d. 1 saatten fazla- 0 puan

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. evet- 1 puan b. hayır- 0 puan						
Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir? a. Sabah içtiğim ilk sigara- 1 puan b. Diğer herhangi biri- 0 puan						
Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? a. 10 adet veya daha az- 0 puan b. 11-20- 1 puan c. 21-30 2- puan d. 31 veya daha fazla- 3 puan						
Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? a. evet- 1 puan b. hayır- 0 puan						
Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirirkenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? a. evet- 1 puan b. hayır- 0 puan						
Toplam skor <table><tr><td>0-2 =Çok az bağımlılık</td><td>6-7 =Yüksek bağımlılık</td></tr><tr><td>3-4 =Az bağımlılık</td><td>8-10 =Çok yüksek bağımlılık</td></tr><tr><td>5 =Orta derecede bağımlılık</td><td></td></tr></table>	0-2 =Çok az bağımlılık	6-7 =Yüksek bağımlılık	3-4 =Az bağımlılık	8-10 =Çok yüksek bağımlılık	5 =Orta derecede bağımlılık	
0-2 =Çok az bağımlılık	6-7 =Yüksek bağımlılık					
3-4 =Az bağımlılık	8-10 =Çok yüksek bağımlılık					
5 =Orta derecede bağımlılık						

Sigara içenlerin durumu

26.Sigarayı ilk deneme yaşıınız?

27.Sigarayı düzenli içmeye başlama yaşıınız?

28.Sigara içme süreniz (yıl)?

29.Sigara içmeyi başlatan sebepler? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a.Ailede kullanan olması

b.Çevre -arkadaş grupları

c.Stress-sıkıntı

d.Özenti – heves

e.Psikolojik baskılar

f.İş ortamı

g.Mesleğe başlamak

h.Diğer(büyüdüğünü hissetme, kendini ispatlama isteği..)

30.Sigara içme isteğinizi uyaran faktörler? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a.İş stresi

b.Klinik içi çalışanlar ile ilgili iletişim problemi

c.Hasta ve yakını ile ilgili iletişim problemi

d.Geçim sıkıntısı

e.Çevredekilerin içiyor olması

f.Psikiyatrik bir rahatsızlığımın olması

g.Nöbetli çalışıyor olmak

h.Aile içi iletişim problemi

i.Sosyal çevre ile iletişim problemi

31.Gün içerisinde bulunulan ortama göre sigara tüketim miktarı (tane)?

	0-10	10-20	20-30	31 ve üzeri
İş ortamında	1	2	3	4
Ev ortamında	1	2	3	4
Sosyal çevre ortamında	1	2	3	4

32.Sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

a.Evet

b. Hayır

c.Bilmiyorum

33.Sigara bırakmayı kaç defa denediniz?

a.0

b.1

c.2

d.2'den daha fazla

Sigarayı bırakanlar

34.Sigarayı ilk deneme yaşınız?

35.Sigarayı düzenli içmeye başlama yaşınız?

36.Sigara içme süreniz (yıl)?

37.Sigarayı bırakma yaşınız?

38.Sigara içmeyi başlatan sebepler nelerdi? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a.Ailede kullanan olması

b.Çevre -arkadaş grupları

c.Stress-sıkıntı

d.Özenti – heves

e.Psikolojik baskılar

f.İş ortamı

g.Mesleğe başlamak

h.Diğer(büyüdüğünü hissetme, kendini ispatlama isteği..)

39.Sigara içme isteğinizi uyaran faktörler nelerdi? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a.İş stresi

b. Klinik içi çalışanlar ile ilgili iletişim problemi

c.Hasta ve yakını ile ilgili iletişim problemi

d.Geçim sıkıntısı

e.Çevredekilerin içiyor olması

f.Psikiyatrik bir rahatsızlığımın olması

g.Nöbetli çalışıyor olmak

h.Aile içi iletişim problemi

i.Sosyal çevre ile iletişim problemi

40.Gün içerisinde bulunulan ortama göre sigara tüketim miktarı (tane)?

	0-10	10-20	20-30	31 ve üzeri
İş ortamında	1	2	3	4
Ev ortamında	1	2	3	4
Sosyal çevre ortamında	1	2	3	4

41.Sigarayı bırakma sebepleriniz nelerdi? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a.Var olan sağlık problemlerimden dolayı

b.Zararlı olduğunu düşündüğüm için

c.Ailem bırakmamı istediği için

d.Gebelik durumu

e.Mesleki sorumluluk

f.İyi bir rol model olmak için

g.Kamu spotları

h.Sigara paketi üzerindeki resim ve uyarılar

i.Emzirme durumu

j.Gebelik planı olması

k.Diğer....

42.Sigarayı bırakma yönteminiz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

a.Farmakolojik yöntemlerle

b.Alternatif tıbbi yöntemler (akupunktur, hipnoz vb..)

c.Konuşma terapisi ile motivasyonel görüşme sonrasında

d.Sigara bıraktırma polikliniğinde danışmanlık olarak

e.Bireysel çabalarım

43.Sigarayı kaçınıcı denemede bırakabildiniz?

44-51.Sigara bıraktırmaya karşı tutumunuz?

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Az	Hiç
Hastaların sigara içme durumunu sorgularım					
	1	2	3	4	5
Sigara içen hastalara sigarayı bırakma düşüncesini sorgularım					
	1	2	3	4	5
Hastalarım sigara bırakmayı öneririm					
	1	2	3	4	5
Sigara içmeyen hastalarım olumlu geri bildirimde bulunurum					
	1	2	3	4	5
Sigarayı bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorgularım					
	1	2	3	4	5
Hastalarımı sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları hakkında bilgilendiririm					
	1	2	3	4	5
Sigara içen hastalarımı sigara bıraktırma polikliniğine yönlendiririm					
	1	2	3	4	5
Sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm					
	1	2	3	4	5

52-60. Sigara bıraktırmaya karşı tutumunuz?

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.					
	1	2	3	4	5
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.					
	1	2	3	4	5
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda olumlu rol-model oluşturur.					
	1	2	3	4	5
Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir.					
	1	2	3	4	5
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir					
	1	2	3	4	5
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.					
	1	2	3	4	5
Sigara bıraktırma konusunda eğitim almak isterim					
	1	2	3	4	5
Sigara bıraktırma polikliniğinde çalışmak isterim					
	1	2	3	4	5
Hastalar sigara bıraktırma danışmanlığı almalarına rağmen genellikle sigara içmeyi bırakamazlar					
	1	2	3	4	5

