



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SİGARA KULLANAN BİREYLERİN MALİGNİTE VE
KRONİK HASTALIK ENDİşE DÜZEYİ

Dr. Pınar zmen

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2021



T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SİGARA KULLANAN BİREYLERİN MALİGNİTE VE
KRONİK HASTALIK ENDİŞE DÜZEYİ

Dr. Pınar Özmen

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mustafa Reşat Dabak

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca sadece tıbbi bilgi ve tecrübesi ile değil, sevgi, şefkat ve tüm desteğiyle her zaman yanımda olan saygıdeğer hocam, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Klinik şefimiz Doç. Dr. Mustafa Reşat Dabak’a sonsuz sevgi ve saygıyla teşekkür ederim.

Aile hekimliği ihtisasına başladığımda yanımda olan, bilgi, tecrübe ve saygınlığına her zaman hayran olduğum, bana aile hekimi olmayı sevdiren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Seçil Günher Arıca’ya,

Tez hazırlama sürecimin her aşamasında bilgi ve desteğiyle yanımda olan, kendi asistanı olmamama rağmen vaktini ve tecrübesini hiç düşünmeden benimle paylaşan, tanımaktan mutluluk duyduğum çok sevgili ve saygıdeğer Doç. Dr. Sabah Tüzün’e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Uzman olma yolunda emek harcadığım bu uzun yolda, bana karşı her zaman sabırlı olan, desteğini ve sevgisini hep yanımda hissettiğim canım annem Leyla Özmen, canım babam Ramazan Özmen ve sevgili ablam Gaye Özmen’e,

Bütün zorlu süreçlerimde tüm desteğiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim Semih Akkurt’a,

Bilimsel çalışma ve araştırmalarda her zaman beni destekleyen ve yönlendiren sevgili meslektaşım Uzm. Dr. Feyzanur Erdem’e

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Pınar Özmen

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iv
ŞEKİL LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 TANIMLAR.....	3
2.2 TARİHÇE.....	3
2.3 EPİDEMİYOLOJİ.....	5
2.4 SİĞARA DUMANININ ÖZELLİĞİ VE İÇERİĞİ	5
2.4.1 Nikotinin Farmakolojik Özellikleri	7
2.5 SİĞARANIN SAĞLIĞA ETKİSİ.....	7
2.6 SİĞARA BAĞIMLILIĞI VE YOKSUNLUĞU	10
2.7 SİĞARA BIRAKMA TEDAVİ YÖNTEMLERİ	10
2.7.1 Farmakolojik Tedaviler	11
2.8 SİĞARA BIRAKANLARDA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER.....	12
3.GEREÇ VE YÖNTEM	14

3.1 ETİK KURUL İZNİ.....	14
3.2 ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ.....	14
3.3 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	14
3.4 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	14
3.5 KULLANILAN VERİ TOPLAMA ANKETİ	15
3.6 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	15
4. BULGULAR.....	16
5.TARTIŞMA	40
6. SONUÇ	47
7. KISITLILIKLAR	49
KAYNAKLAR.....	50
EKLER.....	57

KISALTMALAR

BKİ: Beden kitle indeksi.

BOH: Bulaşıcı olmayan hastalıklar.

BT: Bilgisayarlı tomografi.

EAH: Eğitim ve araştırma hastanesi.

GABA: Gama aminobütirik asit.

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı.

MR: Manyetik rezonans görüntüleme.

NRT: Nikotin replasman tedavileri.

SBÜ: Sağlık bilimleri üniversitesi.

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu.

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bireylerin sigaraya başlama nedenleri	17
Şekil 2: Sigaranın ilişkili olduğu kanserler bilgi düzeyi	18
Şekil 3: Partnerin sigara kullanma durumu ve tepkiler	23
Şekil 4: Kanser olma endişe düzeyi puan dağılımı	24
Şekil 5: Kanser olma endişesi medyan değere göre dağılım.....	24
Şekil 6: Sigaranın ilişkili olduğu kanserler hakkında bilgi seviyesi ve endişe düzeyi ilişkisi	28
Şekil 7: Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi puan dağılımı.....	32
Şekil 8: Kronik hastalık endişesi medyan değere göre dağılım	32

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler	16
Tablo 2: Sigara alışkanlığı ve ilişkili faktörler	20
Tablo 3: Sigara bırakmayla ilişkili faktörler	22
Tablo 4: Kanseri endişe düzeyi ve sosyodemografik özellikler	26
Tablo 5: Kanseri endişe düzeyi ile sigara alışkanlığı ve ilişkili faktörlerin ilişkisi	29
Tablo 6: Kanseri endişe düzeyi ve sigara bırakmakla ilgili durumlar	31
Tablo 7: Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ve sosyodemografik özellikler	35
Tablo 8: Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ile sigara içme ve ilişkili durumlar	37
Tablo 9: Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ve sigara bırakmakla ilgili durumlar ilişkisi	39

ÖZET

Amaç: Morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan sigara, tüm dünyada yaygın olarak kullanılan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sigara içen bireylerin yaklaşık yarısı sigaranın neden olduğu sağlık problemleri nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu çalışmada, bireylerin sigaranın neden olabileceği riskler konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyi, kanser ya da kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe seviyeleri ve bunların sigara bırakmaları üzerine etkisi incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tek merkezli, gözlemsel, tanımlayıcı bir anket araştırmasıdır. Çalışma Kasım 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında SBÜ Sultangazi Haseki EAH aile hekimliği polikliniğine başvuran bireyler arasında uygulanmıştır. Çalışmaya sigara kullanan 250 birey dahil edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %64,8'i erkek, %35,2'si kadın, yaş ortalaması 34,0±11,2'dir. Bireylerin bir günde içtikleri sigara miktarı ortancası 20 (1-60), sigara içilen yıl ortancası 12 (1-52), ortanca sigara paket/yıl oranı 8'dir (0,2-66). Bireylerin sigaraya başlama yaş ortalaması 19,4±5,1'dir. Sigara içen bireylerin %92,0'si sigara tüketiminin kanserle ilişkisi olduğunu, %96,4'ü ise sigara kullanımının akciğer kanserinin risk faktörü olduğunu bilmektedir. Bireylerin %73,2'si kendilerinin kanser olma ihtimalini ortalama bireylere kıyasla daha yüksek görmektedir. Bireylerin endişe düzeyi için verdikleri puanlardan kanser olma endişe düzeyi puan ortancası 5 (0-10), kronik hastalık endişe düzeyi puanı ortancası 6 (0-10) saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda sosyoekonomik seviyesi daha yüksek olan bireylerin endişe seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigaranın neden olduğu sağlık riskleri konusunda bilgi seviyesi daha yüksek olan bireylerin endişe seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler daha fazla oranda bağımlı olduklarını düşünmekte ve doktor tavsiyesinin sigara bırakmaları üzerinde daha etkili olacağına inanmaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: endişe, kanser, kronik akciğer hastalığı, sigara

ABSTRACT

Aim: Smoking, which has high mortality and morbidity rate, is an important public health problem in the world. Almost half of the smokers die because of health problems caused by smoking. In this study, the aim was to investigate the level of knowledge and awareness about health risks of smoking, cancer worry, chronic lung diseases worry and assess their effect on quitting behaviour.

Materials and Methods: The study was an observational, cross-sectional study. The study was conducted among individuals who applied to the family medicine clinic at the SBÜ Sultangazi Haseki EAH between November 2020 and February 2021. 250 smokers were considered in the study. Resulting data was evaluated with SPSS program.

Results: In the study, 64.8% of the participants were male and 35.2% of the participants were female and the mean age was $34,0 \pm 11,2$. The median number of cigarettes smoked by individuals per day was 20 (1-60), the median duration of smoking was 12 year (1-52), and the median cigarette package/year rate was 8 (0.2-66). The mean age of individuals to start smoking was $19,4 \pm 5,1$. 92.0% of the participants know that smoking is correlated with cancer and 96.4% of them know that smoking is a risk factor for lung cancer. 73.2% of participants think that their own risk of getting cancer is higher than average people. In the study, the median anxiety score for cancer was 5 (0-10), and the median anxiety score for chronic lung disease was 6 (0-10).

Conclusion: In the study, participants with higher socioeconomic levels were found to have higher anxiety levels. A better knowledge of the health risks caused by smoking is associated with a higher anxiety level. A greater proportion of participants with higher anxiety levels consider themselves to be smoking addicts and they believe that doctor's advice would be beneficial for quitting.

Keywords: anxiety, cancer, chronic health disease, smoking, worry

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık yapıcı maddelerden en yaygın olarak kullanılan sigara, günümüzde ciddi bir halk sağlığı sorunudur (1). Mortalite ve morbiditesinin yüksek olduğu bilinmesine rağmen sigara kullanımı tüm dünyada yaygın olarak devam etmektedir. Dünya üzerinde her yıl yaklaşık 7 milyon insanın doğrudan sigara kullanımına bağlı sebepler nedeniyle, 1,2 milyon insanın ise sigara dumanına maruziyet nedeniyle hayatını kaybettiği düşünülmektedir (2, 3). Sigara tüketen 1,3 milyar kişinin %80'ine yakınının az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bilinmektedir (2). Yine bu ülkelerde sigaraya bağlı hastalık ve ölüm yükü gelişmiş olan ülkelere göre oldukça yüksektir. Türkiye gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakla birlikte, 2019 yılında yapılan sağlık araştırmasına göre nüfusun %28'i sigara kullanmakta, erkeklerin %41'i, kadınların ise %14'ü bu oranı oluşturmaktadır (4).

Sigara, yapılan araştırmalar sonucunda en çok morbidite ve mortaliteye neden olan risk faktörleri arasında dünyada ve Türkiye'de ilk sıralarda yer almakta, kadınların %7, erkeklerin ise %12'sinin ölümüne neden olmaktadır (5, 6, 7). Hatta mortalitesi giderek artan bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) birçoğunun risk faktörü arasında yer almakta ve bu hastalıkların progresyonlarını hızlandırmaktadır (6, 8). Bu nedenle önlenabilir risk faktörleri arasında yer alan tütün kullanımının kontrol çalışmalarına büyük önem verilmekte, yarattığı morbidite ve mortaliteyi azaltmanın yanı sıra neden olduğu ekonomik yük en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Bu çalışma sigara tüketen bireylerde sigaranın neden olduğu risklerin farkındalık düzeyini ve kendilerini bu riskli popülasyon içinde görme durumlarını araştırmaktadır. Bireylerin sigara içmeleri nedeniyle yaşadıkları endişe düzeyini ve bu endişelerinin doktor başvurusu ya da görüntüleme talebi gibi bir eyleme yansıma durumlarını ortaya koymayı hedeflemektedir. Böylece farkındalık ve endişe düzeylerinin bireylerde sigarayı bırakma üzerindeki etkisini sorgulamak ve anlamlı sonuç elde edilmesi durumunda elde edilen veriler ışığında sigara bırakma çalışmalarına bakış açısı kazandırmak amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılan bireylere yapılan anket sonunda sigarayı bırakma düşüncelerinin ankete başlamadan önceki

durumlarına göre değişiklik olup olmadığını sorgulayarak bireylere farkındalık kazandırmak istenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 TANIMLAR

Tütün (*Nicotiana tabacum*), Solanaceae (patlıcangiller) familyasının nicotiana cinsi içerisinde yer alan, genellikle bir yıllık bir bitki türüdür. Mevsim şartlarına bağlı değişmekle birlikte tarla dönemi 80-120 gündür. Ülkemizde hasat ayları coğrafi bölgelere ve iklim şartlarına göre mayıs ile eylül ayları arasında değişmektedir (9). Tütünü diğer bitki türlerinden ayıran en önemli özelliği yapraklarında keyif verici ve bağımlılık yapıcı bir madde olan nikotin depolanmasıdır (10). Nikotin az da olsa domates, patlıcan, patates ve yeşil biber gibi sebzelerde de bulunmaktadır, fakat bu sebzelerle alınan miktarı önemsiz seviyededir (11).

Sigara ise ince kağıda tütün sarılarak filtreli ya da filtresiz olarak hazırlanabilen, en sık kullanılan tütün ürünüdür. Bu nedenle tütün tüketimi denildiğinde ilk akla gelen sigara yolu ile tüketimdir. Diğer sık kullanılan tütün ürünleri ise; sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro ve sigarillo, nargile, bidi, kretek, enfiye ve çiğnemelik tütündür (12).

2.2 TARİHÇE

Tütün tarımının milattan önce 6000 yıllarında Amerika kıtasında başladığına inanılmaktadır (13). Dünyaya yayılım hikayesi ise 15.yüzyılın sonlarında Christopher Columbus ve arkadaşlarının tütünü Amerika'dan Avrupa'ya gemilerle getirmesiyle başlamıştır. Columbus 15 Ekim 1492 tarihinde Amerika kıtasına ayak basmış ve yerliler tarafından hediye olarak verilen kuru tütün yapraklarıyla tanışmıştır. Daha sonra gemilerle Avrupa kıtasına taşınan tütün, tüm kıtada yetiştirilmeye başlanmıştır (10).

Avrupa'da tütün yetiştiriciliğinin hızla yayılmasında tütünün tedavi edici özelliği olduğuna inanılması oldukça etkili olmuştur (13). Fransız elçisi Jean Nicot 1560'lı yıllarda tütünü Portekiz'den kendi ülkesine getirtmiş ve astım, baş ağrısı, mide ağrısı ve kadın hastalıklarına iyi geldiğini söyleyerek kraliçeye sunmuştur (10). Daha sonra Fransa'dan tüm Avrupa'ya yayılan tütüne Jean Nicot'a ithafen "nicotiana", 1828

yılında bulunan içindeki bağımlılık yapan alkaloidde de “nicotin” ismi verilmiştir (10, 14). Tütünün olan talebin artması üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa, Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırarak tütün ticaretinden gelir elde etmeye başlamışlardır. Üretiminin 16.yüzyılda orta ve uzak doğu ülkeleri ve Afrika kıtasında, 17. yüzyılda Hindistan ve Japonya’da, 18.yüzyılda Yeni Zelanda ve Avustralya’da başlamasıyla tütün tüm dünyaya yayılmıştır (15).

Tütünün tedavi edici olduğuna dair inancın yaygınlaşmasında o dönem doktorlarının yaptıkları yayınların önemli etkisi olmuştur. İspanyol Doktor Nicolas Monardes, 1571 yılında yayınladığı kitabında tütünün kanser dahil yirmiden fazla hastalığı tedavi edici özelliği olduğunu yazmıştır. Monardes’in öğrencisi olan Juan de Cardenas da sigaradan kutsal bitki olarak bahsetmiş ve bu değerli bitkiye sadece hasta olanların değil sağlıklı insanların da ihtiyacı olduğunu belirtmiştir (16).

Çok geçmeden sigaranın zararlı etkileri anlaşılmış ve dile getirilmeye başlanmıştır. 1604 yılında İngiltere Kralı James I kitabında sigara içmenin göze, burna, akciğerlere ve beyine zarar veren bir alışkanlık olduğunu yazmıştır (15). 1606 yılında Londra’da doktorluk yapan Eleazar Duncon sigaranın gençlik için çok tehlikeli ve zarar verici olduğunu belirtmiştir (17).

1761 yılında İngiltere’de Dr. John Hill tarafından yapılan bir çalışma sonucunda enfiye yolu ile tüketilen tütünün burun kanseri riskini arttırdığı ortaya konulmuştur. 1900’lü yıllardan önce akciğer kanseri oldukça nadir görülüyorken, 1881 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde sigara yapma makinesinin üretiminden sonra sigara üretimi oldukça artmış ve kanser oranlarında artış gözlenmiştir. 1929 yılında Alman Dr. Fritz Lickint yaptığı vaka çalışmalarında sigara ve akciğer kanseri ilişkisinin varlığını istatistiksel olarak kanıtlamış, 1936 yılında ise ilk kez pasif içicilik tanımını kullanmıştır. 1981 yılında Japon Profesör Takeshi Hirayama pasif içicilik ve akciğer kanseri ilişkisini gösteren ilk raporu yayınlamıştır (15). Günümüzde tütünün sağlığa zararlı birçok etkisi kanıtlanmıştır.

2.3 EPİDEMİYOLOJİ

Tütün ürünlerinin kullanım sıklığı coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Tütün kullanımının en fazla olduğu ülkeler Çin, Hindistan ve Endonezya iken tüm dünyada toplam sigara içen kişi sayısının üçte ikisi aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 10 ülkede yaşamaktadır (18).

2000 yılında dünya popülasyonun yaklaşık üçte biri (%33,3) tütün ürünü kullanmaktayken, bu oran 2015 yılında %24,9'a gerilemiş olup 2025 yılına kadar %20,9'a düşmesi beklenmektedir. 2000 yılında erkeklerin neredeyse yarısı tütün ürünü kullanmaktayken, 2015 yılında bu oran %40,3'e gerilemiş, 2025 yılında da %35,1'e gerilemesi beklenmektedir. Dünya çapında kadınlar arasında sigara içme oranı erkeklerden daha düşük olmakla beraber, bu oran 2000 yılında %16,7 ve 2015 yılında %9,5 olarak saptanmış olup 2025 yılında %6,7'ye düşmesi beklenmektedir (19). Nüfus artışı ve tütün etkilerinin uzun vadeli olması nedeniyle tütün kullanım oranlarında son yıllarda düşüş olmasına rağmen, tütün kullanan kişi sayısı artmakta ve tütüne bağlı ölüm sayıları artmaya devam etmesi beklenmektedir (5, 19).

Türkiye'de ise her gün tütün kullanan bireylerin oranı 2014 yılında %27,3 iken bu oran 2016 yılında hafif bir düşüş yaşayarak %26,5'e gerilemiş, fakat 2019 yılında tekrar yükselerek %28'e ulaşmış ve 2014 yılını dahi geçmiştir. Yaş grupları incelendiğinde ise en çok tütün kullanan bireylerin her iki cinsiyette de 35-44 yaş aralığında olduğu görülmüştür (4). Tüm yaş gruplarında erkeklerin tütün kullanma oranı kadınlarınkinden daha fazla olduğu görülmüştür (4, 20).

Ergen yaş grubu ile yapılan çalışmalar sonucunda tütün ürününü ilk deneme yaşının 10-15 yaş arasında olduğu saptanmış, lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada ise sigaraya başlama yaş ortalaması 13 olduğu görülmüştür (21, 22).

2.4 SİGARA DUMANININ ÖZELLİĞİ VE İÇERİĞİ

Tütünün birçok kullanım şekli olmakla birlikte en sık kullanılan tüketim yolu sigara olup, tütünün yakılarak dumanının inspirasyonla alt solunum yollarına kadar

çekilmesidir. Tütün dumanı bileşenleri tüm solunum yolu boyunca hareket ederek alveollerden emilir ve oradan dolaşım sistemine katılırlar (23).

Ağız içinde çiğneme ya da burundan çekme yöntemleri tütünün dumansız kullanım şekilleridir. Bu tür kullanımlarda tütün içerisindeki kimyasallar hem bulunduğu mukozadan emilerek hem de sindirim sistemi yolu ile mideye ulaşarak dolaşıma katılırlar. Bu yöntemlerle kullanım sonucunda, hem bir kısmının karaciğerde metabolize olması hem de dolaşım sistemine geçen miktarın daha az olması sebebiyle santral sinir sistemine daha geç ve az miktarda kimyasal madde ulaşmaktadır. Bu nedenle dumansız kullanılan ürünlerin zararlı ya da bağımlılık yapıcı etkileri dumanlı ürünlere göre sınırlı kalmaktadır (23). Fakat tütünün dumanlı ya da dumansız bütün formları kanserojen etkiye sahiptir (24, 25).

Sigara içimiyle tütünün oksidasyonu gerçekleşmekte ve sonucunda yan ve ana akım olmak üzere iki farklı duman çeşidi oluşmaktadır. Bunlardan yan akım sigaranın yanma bölgesinde oluşup çevreye yayılırken, ana akım sigara boyunca hareket ederek oluşur ve sigara içen birey tarafından solunan dumandır (26). Ana akım gaz fazı ve partiküller maddeler olmak üzere iki bölümden oluşmakta, kullanılan filtreler partiküler maddeleri büyük oranda süzmektedir. Bu sebeple yan akımda partiküler madde oranı ana akımdan daha yüksek miktarda bulunmaktadır. Çevresel sigara dumanını oluşturan yan akım dumanının nikotin oranı ve karsinojen madde miktarı ana akım dumanından daha fazla miktardadır (24).

Sigara dumanı 69'u kanserojen olarak kanıtlanmış 7000'den fazla kimyasal içermekte olup, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından 1985 yılında birinci grup karsinojen olarak kabul edilmiştir (24, 27). İçerisinde bulunan ve zararlı olduğu kanıtlanan bileşenlerden nikotin, katran, karbon monoksit, asetaldehid, benzen, formaldehid, nitrojen oksitler, izopren, butadien, stiren, akrolein, furan, kadmiyum, nikel, kurşun, polonyum, arsenik, siyanid, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, N-nitrozaminler ve aromatik aminler sadece birkaçıdır (28). Polisiklik aromatik hidrokarbonlar, aza-arenler, N-nitrozaminler, aromatik aminler, heterosiklik aminler, aldehidler, uçucu hidrokarbonlar, nitro bileşikler, metaller ve diğer organik ve inorganik bileşikler ise kanserojen olduğu kanıtlanmış bileşenlerdir (29, 30).

2.4.1 Nikotinin Farmakolojik Özellikleri

Tütün bağımlılığın asıl nedeni içerisinde bulunan güçlü bir alkaloid olan nikotindir. Tütün içerisinde bulunan asetaldehit nikotinin bağımlılık yapıcı etkisini arttırmaktadır (24). Suda iyi çözünen bir madde olan nikotin, aynı zamanda lipofiliktir ve tüketimini takiben beyne hızla geçmekte ve kan beyin bariyerini aşmaktadır. Mukoza, deri, akciğerler ve gastrointestinal sistemden kolayca emilen nikotin bütün vücuda hızla yayılmakta ve dokularda birirmektedir (23). Gebelerde fetal dolaşıma geçen nikotinin anne sütüne de geçtiği bilinmektedir (24, 26, 31).

Tütünün çeşidine, işlenme ve kullanma yöntemine göre farklılık göstermekle birlikte, bir sigarada ortalama 9-20 mg nikotin bulunmaktadır. Yanması ile çeşitli maddelere dönüşen nikotinin yaklaşık 1-2 mg'ı vücutta emilmektedir. Emildikten sonra 30 dakikada plazmada maksimum seviyeye ulaşan nikotinin yarılanma ömrü ortalama iki saattir (32).

Nikotinin vücutta etkisi otonomik gangliyon, beyin ve adrenal medulladaki nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanmasıyla başlamaktadır. Reseptörlerin aktivasyonu, başta asetilkolin, norepinefrin, dopamin, serotonin, beta endorfin, glutamat olmak üzere birçok nörotransmitterin ve bazı hormonların salınımına neden olmaktadır. Salınan nörotransmitterler ise nikotinin vücutta yarattığı etkilerin temel sebebidir. Örneğin dopaminin nikotin bağımlılığı oluşmasında rol oynayan en etkili nörotransmitter olduğu bilinmektedir. Norepinefrin, beta endorfin ve dopamin sigaradan zevk almayı sağlarken, asetilkolin ve norepinefrin iş performansında artma sağlamaktadır. Asetilkolin, norepinefrin, vazopressin ve glutamat hafızada iyileşmeye neden olduğu bilinmektedir. Beta endorfin ve gama aminobütirik asit (GABA) anksiyete ve gerginlikte azalma sağlarken, dopamin, norepinefrin ve serotonin ise iştah baskılanmasına yol açmaktadır. Bütün bu etkiler sigara içimini pekiştirici etkiler olarak bilinmektedir (32).

2.5 SİGARANIN SAĞLIĞA ETKİSİ

Tütün kullanımının sebep olduğu hastalıklar arasında kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları ön plana çıkmakla birlikte, tütün tüketimi diğer birçok

sistemi olumsuz etkilemekte ve kanıtlanmış 15'ten fazla tip kansere yol açmaktadır (33). Risk faktörü olduğu BOH'tan iskemik kalp hastalığı, stroke, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve diyabet, bulaşıcı olan hastalıklardan ise alt solunum yolu enfeksiyonları dünyada ve Türkiye'de en çok ölüme sebep olan hastalıkların başında gelmektedir (34). Dünya üzerinde her yıl yaklaşık 41 milyon insanın ölümüne neden olan BOH, tüm dünyada ölümlerin %71'inden, Türkiyede ise %86'sından sorumludur (8, 35). Tütün kullanımı, BOH'un 4 ana risk faktöründen biri olup gelişme riskini ve mortalitesini arttırmaktadır (35).

Sigara, tüm solunum sisteminin mukoza yüzeyinde iritan ve kanserojen etki göstermekte, hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açarak fonksiyonel bozulmaya yol açmaktadır (36). Sigara harabiyeti nedeniyle mukosilyer aktivite azalmakta, mukozada inflamasyon artmakta ve bakteriyal kolonizasyon artarak üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlık meydana gelmektedir (28). Sigara içen bireylerin tüberküloza yakalanma riski iki kat daha fazladır (37). Goblet hücrelerinde hiperplazi ve hipertrofiye, bronş duvarı düz kaslarında kasılmaya neden olarak hava yolu direncinde artmaya neden olmakta, astım ve KOA gibi kronik akciğer hastalıklarının gelişmesine zemin hazırlamaktadır (38). Tüm dünyadaki KOA hastalarının %42'sini sigara içen bireyler oluşturmaktadır (3). Sigara kullanan bireylerde orofarinks, larenks, ve akciğer kanserleri sigara kullanmayan bireylere kıyasla oldukça yüksek oranda görülmektedir. Dünyada en çok ölüme neden olan kanser olan akciğer kanseri riski, sigara içen bireylerde içmeyenlere göre 20 kat daha fazla bulunmaktadır (28, 39). Sigara akciğer kanserinden ölümlerin %71'inden sorumludur (3).

Her yıl dünyada yaklaşık 1,9 milyon insan, sigaranın neden olduğu kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Sigara maruziyeti, sebep olduğu inflamasyon, vazokonstriksiyon, koagülopati ve lipid metabolizması bozukluğu gibi birçok mekanizma ile kardiyovasküler hastalıklara yol açmaktadır. HDL miktarını azaltıp, LDL miktarını artırarak ve koroner arterlere doğrudan zarar vererek hassas plak oluşumunu kolaylaştırmakta, ateroskleroza zemin hazırlamaktadır. Sebep olduğu endotelial hasarı ve disfonksiyonu platelet adezyonu oluşumunu kolaylaştırmakta, tromboz oluşumuna yol açmaktadır. Nikotinin sempatik sistemi

uyarması nedeniyle myokardın oksijen ihtiyacı artmakta, angina veya miyokard iskemisini tetiklenmektedir (40). Sigara içen bireyler kardiyovasküler hastalıklara daha erken yaşlarda yakalanmaktadır. Dünya sağlık örgütüne göre sigara, 30-44 yaş arası kardiyovasküler hastalık sebepli ölümlerin %38'inden sorumlu tutulmaktadır (3).

Sigara kullanımı, kanser gelişimi için en önemli risk faktörüdür ve kanser sebebiyle gerçekleşen ölümlerin %22'sinden sorumludur (39). Sigara içerisinde bulunan karsinojen maddelerin yarattığı biyokimyasal değişiklikler ile ortaya çıkan serbest radikallerin DNA üzerinde yarattığı oksidatif stres kanser oluşumunda temel mekanizma olarak görülmektedir (29). Sigara maruziyeti sonucunda gelişim riski artan kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Sigara, akciğer kanseri dışında oral kavite, burun ve sinüsler, larenks, özafagus, mesane, pankreas, karaciğer, böbrek, mide, kolorektal, serviks, over kanseri ve akut myeloid löseminin risk faktörü olarak bulunmakta ve progresyonlarını kötü etkilemektedir (41).

Tütün kullanımı gastroözofageal reflü gelişimini arttırmakta, dispepsi, mide ve duodenum ülserine neden olmaktadır (42). Sigara içen bireylerin diyabetes mellitus gelişim riski içmeyen bireylere oranla %30-40 daha fazla bulunmaktadır. İmmün sistemi zayıflatması ve solunum sistemi kapasitesini azaltması nedeniyle ameliyat olan bireylerden sigara içenlerin postoperatif prognozları daha kötü seyretmektedir. Postmenapozal kadınlarda osteoporoz gelişimini kolaylaştırmakta, kırık riskini arttırmaktadır. Kadın ve erkek fertilesini azaltmakta, erkeklerde impotansa neden olabilmektedir. Fetüs üzerine birçok olumsuz etkisi olmakla birlikte, organogenezi bozmakta, konjenital malformasyonlara neden olmakta, prematüre doğum ve düşük riskini arttırmaktadır (41, 43).

Sigara içmek yalnız bireyin kendisini değil, çevresini de ilgilendiren bir sağlık sorunudur. Çevresel sigara dumanına maruz kalan bireyler sigara kullanan bireylerle benzer sağlık riskleri taşımakta, morbidite ve mortalitesi maruz kalmayan bireylere göre anlamlı oranda artmış bulunmaktadır (44). Çocuklarda ise kulak, üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu gelişimini arttırmakta, astım gelişimini tetiklemekte ve prognozunu olumsuz etkilemektedir (45).

2.6 SİĞARA BAĞIMLILIĞI VE YOKSUNLUĞU

Madde bağımlılığı, santral sinir sistemine etki eden, bireye kullanımı sonucu keyif veren bir maddeyi, kullanımı sonrası zevk almak ve yokluğunda oluşabilecek etkilerden kaçınmak amacıyla kuvvetli bir şekilde kullanma arzusudur (46). Sigara alışkanlık yapıcı ve zevk verici bir bağımlılık türüdür ve sigara bağımlılığının asıl nedeni içerisindeki nikotin ve diğer pekiştirici bileşenlerin bulunmasıdır (47). Mezensefalonda ventral tegmental alanda dopaminerjik nöronlar tarafından salınan dopamin, nikotinin yarattığı psikostimülan ve pozitif pekiştirici etki nedeniyle bağımlılığın temel nedenidir (48).

Tekrarlayan dozlarda nikotin alımı sonucu nikotinin birçok etkisine karşı tolerans gelişmektedir. Uzun süre nikotin maruziyeti sonucunda reseptörlerde desensitizasyon gelişmekte, bunun sonucu olarak santral sinir sisteminde nikotinik kolinerjik reseptörlerin sayısında artış olmaktadır (46). Reseptörlerde oluşan bu değişiklikler sonucu birey aynı keyfi yaşamak istediğinde daha fazla sigara tüketme ihtiyacı duymakta, sigaraya ulaşamadığında anksiyete, sinirlilik, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, bradikardi ve insomnia gibi yoksunluk semptomları gösterebilmektedir (49).

Nikotin bağımlılığında reseptörler ve salınan nörotransmitterler kadar sigara kullanan bireyin yaşı, cinsiyeti, genetiği ve başka bir maddeye bağımlılığı olup olmadığı da önemli rol oynamaktadır (48). Nikotin bağımlılığını ve şiddetini değerlendirmek için birçok ölçek bulunmakla birlikte bunlar içerisinde en yaygın olarak kullanılanları Fagerström nikotin bağımlılık testi ve sigara ağırlık indeksi testidir (50).

2.7 SİĞARA BIRAKMA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Sigara bağımlılığı tüm dünyada yaygın bir sağlık sorunudur ve her hekim sigarayı bırakmak isteyen bireylere gerekli desteği vermekle sorumludur. Sigara bırakmayı çalışan bireylerde özellikle ilk aylarda sık nüks yaşandığı bilinmektedir (51). Bu nedenle bırakmayı düşünen bireylerin gerekli desteği alması nükslerin önüne geçilmesi açısından oldukça önemlidir. Sigara kullanan bireyle karşılaşıldığında

kendisini bırakmak için motive etmek ve tedavi yöntemlerinden bahsetmek ilk aşama olarak büyük önem taşımaktadır. Bırakmaya istekli olan hastalarda 5A, bırakmaya isteksiz olan hastalarda ise 5R yaklaşımının uygulanması önerilmektedir. 5A yaklaşımı sor (ask), öner (advise), değerlendir (assess), yardım et (assist) ve izle (arrange) iken 5R yaklaşımı ilişki (relevance), riskler (risks), ödüller (rewards), engeller (roadblocks) ve tekrardan (repetition) oluşmaktadır (52, 53).

2.7.1 Farmakolojik Tedaviler

Sigarayı bıraktırma tedavilerinde kullanılan 3 temel ilaç grubu bulunmaktadır; nikotin replasman tedavileri (NRT), vareniklin ve bupropion. Bunlar arasında NRT'nin birkaç kullanım yöntemi bulunmakta ve çeşitli yollarla dolaşım sistemine belli miktarda nikotin salınımı sağlayarak çekilme semptomlarını azaltmak amaçlanmaktadır (54). NRT ile oluşan plazma nikotin konsantrasyonu sigara ile elde edilen konsantrasyondan daha düşük olmakla beraber, kullanılan yönteme göre değişiklik göstermektedir (55). Bu amaçla kullanılan nikotin dozları, ortalama 6-8 hafta olmak üzere azaltılarak kullanılmakta ve kişinin yoksunluk semptomlarının giderek azalması beklenmektedir. En sık kullanılan NRT yöntemleri ise nikotin bandı ve nikotin sakızıdır, bunlar dışındaki yöntemler; nazal sprey, sublingual tablet, nikotin pastil ve nikotin inhalerlerdir. Bu yöntemlerden nikotin bandı ve nikotin sakızı gerekli vakalarda birlikte kullanılabilir (56).

Bupropion, antidepresan özelliği olan bir preparattır ve aynı zamanda sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. Nöroepinefrin ve dopaminin geri alımının zayıf inhibitörüdür ve nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına yardımcı olur. Yapılan çalışmalarda depresyon tanısı olan ve olmayan bireylerde sigara bırakma üzerinde eşit etki göstermesi, bu etkisinin antidepresan özelliğinden kaynaklanmadığını göstermektedir. Vareniklin, nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir ve yarışmalı olarak nikotinik reseptörleri aktive ederek dopamin salınımına neden olur. Böylece vareniklin kullanılan dönemde sigara kullanılsa dahi dopamin artışı olmaz ve sigaranın sağladığı keyif verici etkiler elde edilemez. Bu nedenle vareniklin, sigara bağımlılığını ve yoksunluk semptomlarını azaltmaktadır (56, 57).

2.8 SİGARA BIRAKANLARDA GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER

Sigara içmeyi bırakmak, tüm yaştaki bireylerin yaşam beklentisini uzatır ve sigara içmeye devam edenler bireyler ile karşılaştırıldığında daha sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlar (58). Sigara içmeyi bırakmış olan bireylerin, sigara içmeye devam eden bireylerle karşılaştırıldığında 10 yıla kadar daha uzun ve sağlıklı yaşam sürmeleri, sigarayla ilişkili hastalıklara daha düşük oranda sahip olmaları beklenmektedir (59). Sigarayı bıraktıktan elde edilen sağlık üzerine olumlu etkilerin boyutu, elbette ki bireylerin kaç senedir sigara içtiği, bir günde ne kadar sigara içtiği ve mevcut olan kronik hastalıklarla oldukça yakından ilgilidir (60, 61).

Sigara içen bireylerin yaklaşık yarısı sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (2, 62, 63). Fakat sigara içmeyi bırakmak, her iki cinsiyet için de sigaraya bağlı oluşan mortalitenin azalmasını sağlamaktadır (64). Sigaranın daha erken yaşta bırakılması mortalite azalması üzerinde daha ileri yaşlarda bırakılmasından daha etkili olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, 40 yaşından önce sigarayı bırakan insanların hala sigara içenlere göre ölüm riskinin yaklaşık %90'a kadar daha az olduğu görülmüştür (65). Bunun yanı sıra, daha ileri yaşlarda sigarayı bırakanlar sigara içmeye devam edenlerle karşılaştırıldığında yine daha düşük mortaliteye sahiptir (61, 66).

Sigara içmeyi bıraktıktan dakikalar sonra dahi, vücutta yarattığı olumlu etkiler ortaya çıkmaktadır (67). Bireylerin sigara bırakmasını takiben ilk yarım saat içinde kan basıncında ve kalp ritminde düşme saptanmıştır. İlk birkaç gün içinde dolaşım sistemindeki karbon monoksit oranı düşerek normal seviyelere ulaşmaktadır. 2-12 hafta sonra dolaşım sistemi üzerinde faydaları görülmekte ve solunum sistemi kapasitesinde artış gözlenmektedir. 1-12 ay sonra ise öksürük ve nefes darlığı semptomları azalmakta, solunum sistemindeki silyalar normal fonksiyonunu geri kazanmaya başlamakta ve alt solunum yolu enfeksiyonu riski azalmaktadır (68).

Bir yıl sonra koroner arter hastalığı riski dramatik olarak düşer ve sigara içmeye devam edenlerin yaklaşık yarısı kadardır (67). 5-10 yıl sonra iskemik serebrovasküler olay riski azalmakta, oral kavite, farenks ve larenks kanseri riski yaklaşık yarıya düşmektedir. Yaklaşık 10 yıl sonra, akciğer kanseri riski hala sigara içen bireylere göre

yarı oranında azalmaktadır. Mesane, özofagus ve böbrek kanseri riski düşmektedir. Sigarayı bıraktıktan 15 sene sonra ise koroner arter hastalığı riski neredeyse hiç sigara içmemiş bireylerle aynı seviyeye inmektedir (68).

Bahsedilen kanserler dışında akut myeloid lösemi, serviks, kolon ve rektum, karaciğer, pankreas ve mide kanseri riski sigara bırakmayla birlikte azalmaktadır. Prematüre doğum riskini azalmakta ve gebe kalma ihtimalini artmaktadır. Bütün sağlık etkilerinin yanında neden olduğu ekonomik yükü azaltmasıyla da oldukça önem taşımaktadır (59).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma 04.11.2020 tarihli Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2020-199 karar numaralı onayı ile yapılmıştır (EK-1).

3.2 ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışma tek merkezli, gözlemsel, tanımlayıcı bir anket araştırmasıdır. Araştırmanın evrenini 15 Kasım 2020 ve 15 Şubat 2021 tarihleri arasında Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran bireyler oluşturmuştur. Örneklem sayısı ise bu polikliniğe başvuran bireylerden sigara kullananlar arasından oluşturulmuştur. Örneklem sayısı belirlerken bilinmeyen evrende örneklem hesabı formülü kullanılmış olup, %18,4 sıklık, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %10 veri kaybı göz önüne alınarak 250 birey dahil edilmiştir. Veriler aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylere yüz yüze yapılan anket sonucu elde edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri, sigara alışkanlığı ve ilişkili durumlar, bırakma durumları ve etkileyen faktörler incelenmiş, kanser ve kronik akciğer hastalığına sahip olma endişeleri yönünden karşılaştırılmıştır.

3.3 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Bireyin Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvurması
- Sigara içiyor olması
- Anket çalışmasına katılmayı kabul etmesidir.

3.4 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- Gebe ya da laktasyon döneminde olmasıdır.

3.5 KULLANILAN VERİ TOPLAMA ANKETİ

Çalışmaya katılmayı kabul eden, halen sigara içmekte olan 250 birey çalışmamıza dahil edildi. Çalışmacı tarafından oluşturulan anket formunda bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri, mevcut kronik hastalıkları, sigara alışkanlık durumları ve sigara başlama nedenleri, ailede sigara içen birey varlığı, sigaranın yol açtığı sağlık riskleri konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyi, kendilerini riskli popülasyonda görme durumları ve bunların sigara bırakma üzerine etkisine ilişkin sorular yer almaktadır.

Bireylerin eğitim seviyesi lise veya altı ve üniversite veya üstü olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Bireyler çalışma durumuna göre çalışan, çalışmayan ve emekli olarak üç gruba ayrılmıştır. Ortalama gelir asgari ücret altı ve üstü olarak iki gruba ayrılmıştır. Bireylerin endişe düzeyini sorgulamak için 11’li likert ölçeği kullanılmış, bireylerin 0 ile 10 arasında endişe düzeylerini puanlamaları istenmiştir (0 hiç endişeli değilim 10 çok endişeliyim) (69). Çalışma anketi EK-2’de gösterilmiştir.

3.6 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişken için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırılmıştır. Bağımsız gruplarda sayısal değişkenin karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlandığında iki grupta Student t Test ile normal dağılım koşulu sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma sigara içen 250 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %64,8'i (n=162) erkek olup, %35,2'si (n=88) kadındır. Katılımcıların ortalama yaşı $34,0 \pm 11,2$ yıldır. Çalışmaya katılan bireylerin %64,4'ü (n=161) bekarken, %35,6'sı (n=89) evlidir ve %35,2'si (n=88) çocuk sahibidir.

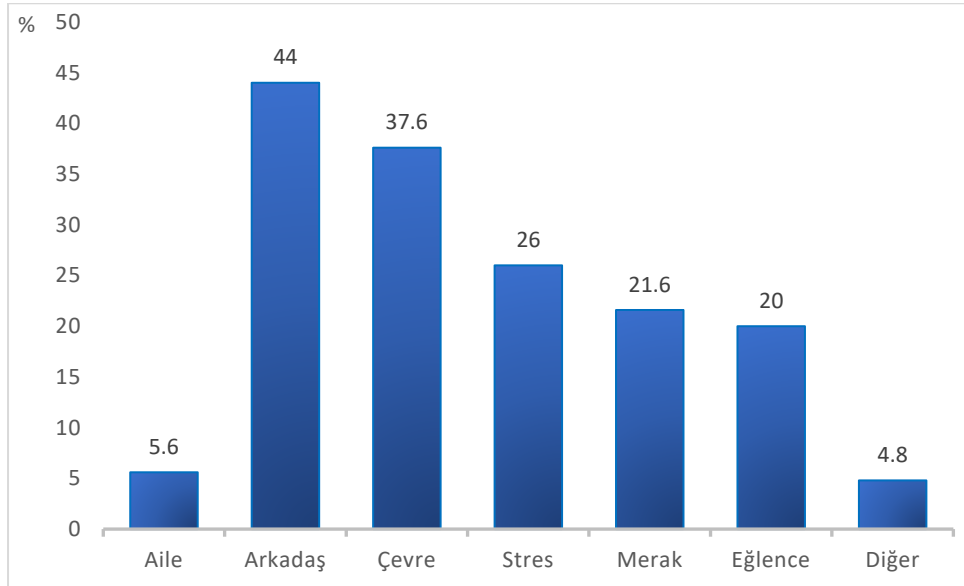
Katılımcıların çalışma durumları çalışan, çalışmayan ve emekli olarak ayrılmış olup bireylerin %88,8'i (n=222) çalışmakta, %8,8'i (n=22) çalışmamakta ve %2,4'ü (n=6) ise emeklidir. Ortalama aylık gelir miktarı asgari ücret altı ve üstü olarak gruplandırılmış olup, bireylerin %19,6'sı (n=49) asgari ücret ve altında, kalan %80,4'ü (n=101) asgari ücret üstünde aylık gelire sahiptir. Sosyodemografik özellikler Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	162	64,8
	Kadın	88	35,2
Eğitim Durumu	Lise ve altı	56	22,4
	Üniversite ve üstü	194	77,6
Çalışma durumu	Çalışan	222	88,8
	Çalışmayan	22	8,8
	Emekli	6	2,4
Ortalama gelir	Asgari ücret ve altı	49	19,6
	Asgari ücret üstü	201	80,4
Medeni durum	Bekar	161	64,4
	Evli	89	35,6
Çocuk sahibi olma	Evet	88	35,2
	Hayır	162	64,8
Yaş Ort.±SD (Min-Maks)		34,0±11,2 (18-76)	

Çalışmaya katılan bireylerin %15,6'sı (n=39) düzenli fiziksel aktivitede bulunmakta iken %62,4'ü (n=156) düzensiz fiziksel aktivitede bulunmakta, %22'si (n=55) ise fiziksel olarak aktif bir yaşam sürmemektedir. Ortalama beden kitle indeksi (BKİ) $25,0 \pm 4,2 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %24,8'i (n=62) bilinen bir kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalığı olan bireylerin %70,9'u (n=44) sigaranın hastalığını kötüleştirdiğini düşünmektedir. Katılımcıların %4,4'ü (n=11) hali hazırda tanı konulmuş kronik akciğer hastalığı vardır ve bu bireylerin %81,8'i (n=9) sigaranın mevcut hastalığını kötüleştirdiğini düşünmektedir. Bireyler tanı konulmuş kronik hastalıkları olmasına ve sigaranın hastalıklarını kötüleştirdiğini düşünmelerine rağmen sigara içmeye devam etmektedir.

Katılımcıların günlük içilen sigara adeti ortancası 20 (1-60), sigara içilen yıl ortancası 12 (1-52) olup, sigara paket/yıl ortancası 8'dir (0,2-66). Bireylerin %70,4'ünün (n=176) ailesinde de sigara kullanımı mevcuttur. Sigara başlama yaşı katılımcılar arasında ortalama $19,4 \pm 5,1$ olarak bulunmuştur. Sigaraya başlama nedenleri sorulduğunda sırasıyla arkadaş, çevre, stres, merak, eğlence, aile ve diğer olarak cevaplandırılmıştır. Bireylerin sigaraya başlama nedenleri Şekil-1'de belirtilmiştir.

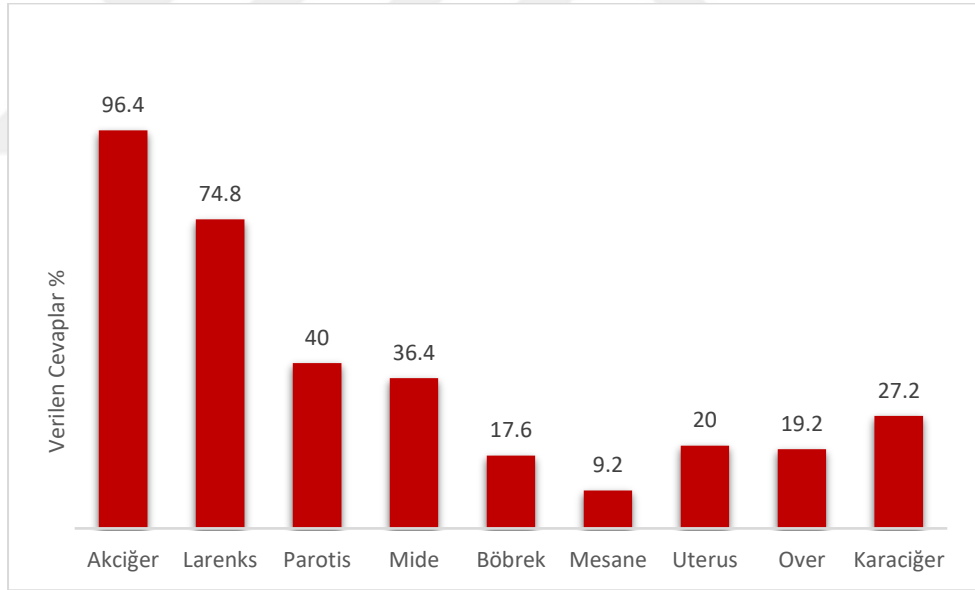


* Bireyler birden fazla şık işaretleyebilmiştir.

Şekil 1: Bireylerin sigaraya başlama nedenleri

Çalışmaya katılanların %29,2'sinin (n=73) ailesinde kanser tanısı almış birey bulunmakta olup, bu hastaların %64,3'ü (n=47) hayatının bir döneminde sigara içmiştir. Bireylerin %20,8'inin (n=52) ailesinde kronik akciğer hastası bulunmakta ve bu hastaların %73,0'ü (n=38) sigara içmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin %92'si (n=230) sigaranın kanserle bir ilişkisi olduğunu düşünmektedir. Sigaranın kanserle olan ilişkisinin puanlanması istendiğinde bireylerin 10 üzerinden (0 hiç ilişkisi yok 10 çok ilişkili) verdiği puan ortalaması $7,20 \pm 2,18$ olarak bulunmuştur. Bireylere sigaranın hangi kanserlerle ilişkisi olduğu sorulup şıklar arasından seçmeleri istendiğinde ise %96,4'ü (n=241) akciğer, %74,8'i (n=187) larenks, %40,0'ı (n=100) parotis, %36,4'ü (n=91) mide, %27,2'si (n=68) karaciğer, %20,0'si (n=50) uterus, %19,2'si (n=48) over, %17,6'sı (n=44) böbrek, %9,2'si (n=23) ise mesane kanseri ile ilişkili olduğu cevabını vermiştir (Şekil-2). Hiçbir kanserle ilişkili değildir yanıtını veren kişi sayısı 3'tür (%1,2).



* Bireyler birden fazla şık işaretleyebilmiştir.

Şekil 2: Sigaranın ilişkili olduğu kanserler bilgi düzeyi

Çalışmadaki bireylerin %73,2'si (n=183), sigara içmeleri nedeniyle kanser olma ihtimallerini diğer bireylerden daha yüksek görmektedir. Kanser olma ihtimalini daha yüksek gören bireylerin bir günde içtikleri sigara ortancası 20 (10-20), diğer bireylerin ise 15'tir (5-20). Kanser olma ihtimalini daha yüksek gören bireylerin

günlük içilen sigara miktarı ortancası diğer gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,003$). Kanseri olma ihtimallerini diğer bireylere göre daha yüksek görenlerin %79,8'i ($n=146$), görmeyen bireylerin ise %67,2'si ($n=45$) sigara bağımlısı olduklarını düşünmektedir. Kanseri olma ihtimallerini daha yüksek gören bireyler kendilerini daha yüksek oranda bağımlı görmektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,037$).

Bireylere hayatlarının bir döneminde kanseri olma endişelerini 10 üzerinden puanlamaları istendiğinde verilen cevapların ortancası 5 (0-10) olarak bulunmuştur. Kronik akciğer hastalığına yakalanma endişelerini puanlamaları istendiğinde ise verilen puanların ortancası 6'dır (0-10). Bireylerin %15,2'si ($n=38$) daha önce kanseri ya da kronik hastalığa sahip olma endişesiyle gittiği doktorlardan en az bir kere akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans görüntüleme (MR) gibi bir görüntüleme talebinde bulunmuştur. Bireylerin %8,8'i ($n=22$) kanseri taraması yaptırmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %4,4'ü ($n=11$) neredeyse her ay doktora giderken, %61,2'si ($n=153$) yılda bir ya da iki kez doktora gitmekte, %16'sı ($n=40$) 3-4 yılda bir, %18,4'ü ise ($n=46$) daha nadir olarak doktor kontrolüne gitmektedir. Bireylerin sigara içme durumları ve ilişkili faktörleri Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo 2: Sigara alışkanlığı ve ilişkili faktörler

Günde içilen sigara adedi- Median		20 (1-60)	
Sigara içilen yıl- Median		12 (1-52)	
Sigara/paket yıl- Median		8 (0,2-66)	
Sigara başlama yaşı- Ort.±SD		19,4±5,1	
		n	%
Ailede başka sigara içen var mı?	Evet	176	70,4
Ailede kanser hastası var mı?	Evet	73	29,2
Ailede kanser hastası varsa sigara içiyor muydu?	Evet	47	64,3
Ailede kronik akciğer hastalığı var mı?	Evet	52	20,8
Ailede kronik akciğer hastası varsa sigara içiyor muydu?	Evet	38	73,0
Sigaranın kanserle bir ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	230	92,0
Sigaranın kanserle olan ilişkisi 10 üzerinden puanlayınız Ort.±SD (Min-Maks)		7,20±2,18 (0-10)	
Sigara içtiğiniz için kanser olma ihtimalinizi diğer bireylerden daha fazla görüyor musunuz?	Evet	183	73,2
Daha önce hastalık/ kanser endişesi nedeni ile doktordan görüntüleme talebinde bulundunuz mu?	Evet	38	15,2
Kanser taraması yaptırdınız mı?	Evet	22	8,8
Doktora gitme sıklığı	Her ay	11	4,4
	Yılda 1-2	153	61,2
	3-4 yılda bir	40	16,0
	Daha nadir	46	18,4

Katılımcılara sigarayı bırakmakla ilgili düşünceleri sorulduğunda %86,4'ü (n=216) sigarayı bırakma konusunda istekli olduklarını, %13,6'sı (n=34) ise sigarayı bırakmak istemediklerini söylemiştir. Bireylerin %51,6'sı (n=129) hayatının bir döneminde sigara bırakmayı denemiş ama başarılı olamamıştır. Bireylere sigara bırakmayı deneme ya da düşünme nedenleri sorulup seçenekler arasından bir ya da daha fazla seçim yapmaları istendiğinde %79,6'sı (n=199) kendi sağlığı için, %17,6'sı (n=44) ise yakınlarının sağlığı için cevabını vermiştir. Bireylerin %12'si (n=30) ekonomik sebeplerle, %11,6'sı (n=29) sigaranın kokusundan rahatsız olması, %5,6'sı (n=14) aile veya çevre baskısı sebebiyle, %2,8'i (n=7) ise doktor tavsiyesi ile bırakmayı düşünmüş ya da denemiştir. Katılımcıların %8,4'ü (n=21) sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almıştır.

Bireylerin %46'sı (n=115) bir doktor tarafından tavsiye edilmesinin sigarayı bırakmasında etkili olacağını düşünürken, sadece %14'üne (n=35) doktoru tarafından sigara bırakması önerilmiştir.

Bireylerin %76,4'ü (n=191) bağımlı olduğunu düşünmekte, %54'ü (n=135) istediğinde sigarayı bırakacağına inanmaktadır. Sigara kullanmayı bıraktıktan sonra akciğerlerinin sigaradan önceki sağlığına döneceğini düşünenlerin oranı %42,8'dir (n=107).

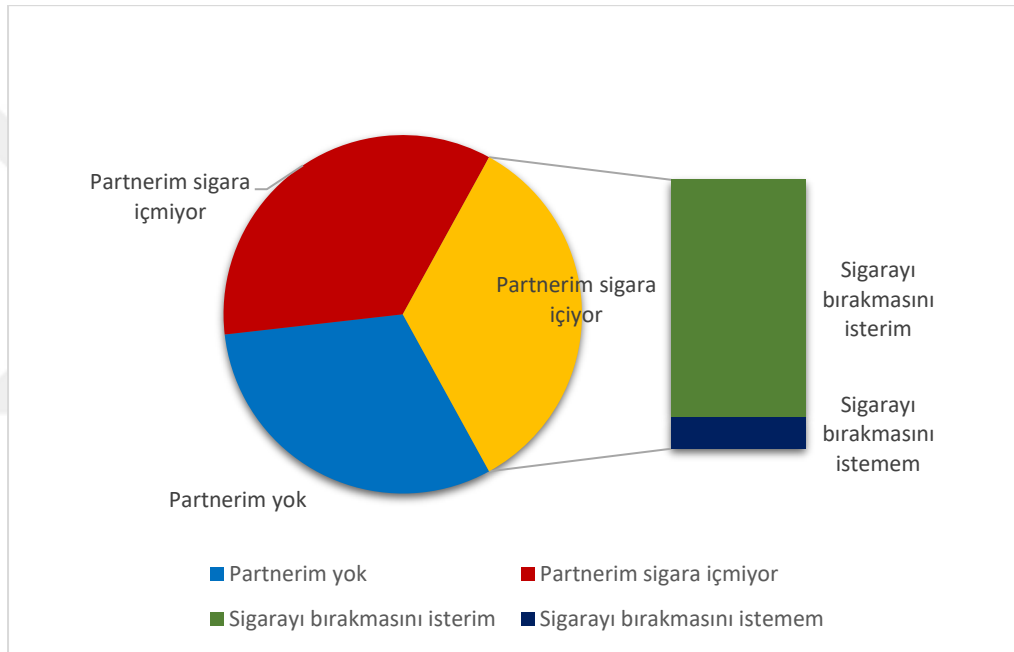
Bireylerin %83,6'sı (n=209) sigara içmeleri nedeniyle çevresine zarar verdiğini düşünmektedir. Sigara yasakları hakkında fikirleri sorulduğunda yasakların olması gerektiğini düşünenler %85,2 ile çoğunluktadır. Bireylerin sigara bırakmakla ilişkili düşünceleri ve ilişkili faktörler Tablo-3'te özetlenmiştir.

Tablo 3: Sigara bırakmayla ilişkili faktörler

		n	%
Sigara bırakmayla ilgili düşünce	Olumlu	216	86,4
	Olumsuz	34	13,6
Sigara bırakmayı düşünme nedeni *	Sağlığım için	198	79,2
	Yakınlarımla sağlığı için	44	17,6
	Çevre/aile baskısı	14	5,6
	Ekonomik sebepler	30	12,0
	Kokusundan rahatsız oldum	29	11,6
	Doktor tavsiyesi	7	2,8
Sigara bırakmak için profesyonel yardım aldınız mı?	Evet	21	8,4
Bir doktor tarafından önerilmesi etkili oldu mu/ olur muydu?	Evet	115	46,0
Gittiğiniz doktorların sigara bırakma konusunda bir önerisi oldu mu?	Evet	35	14,0
Bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	191	76,4
İstediginde bırakabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	135	54,0
Sigarayı bıraktıktan sonra akciğeriniz tamamen eski haline döner mi?	Evet	107	42,8
Sigara içmenizin etrafınıza zarar verdiğini düşünüyor musunuz?	Evet	209	83,6
Sigara yasakları hakkında ne düşünüyorsunuz?	Olumlu, yasağın olması gerek	213	85,2
	Olumsuz, herkes istediği yer ve zamanda sigara içebilmeli	37	14,8

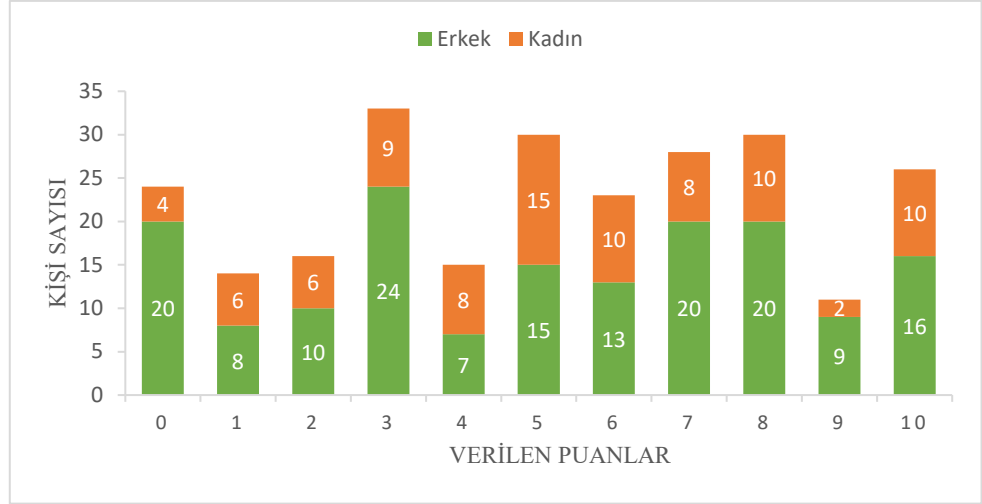
*Bireyler birden fazla şık işaretleyebilmiştir.

Bireylerin %68,8'inin (n=172) partneri vardır ve partneri olan bireylerin %49,4'ünün (n=85) partneri de sigara kullanmaktadır. Partneri sigara içen bireylere, partnerlerinin sigarayı bırakmasını isteyip istemedikleri sorulduğunda %88,2'si bırakmasını isterim yanıtını vermiştir (Şekil-3). Partneri sigara içmeyen bireylere partnerinizin sigara içmesini ister miydiniz diye sorulduğunda ise %97,7'si hayır cevabını vermiştir. Çocuk sahibi olanların %8'inin çocuğu da sigara içmektedir. Çocuğu sigara içen bireylerin hepsi (%100) çocuğunun sigarayı bırakmasını istemekte, çocuğu sigara içmeyen bireylerin hiçbiri (%0) çocuklarının sigaraya başlamasını istememektedir.

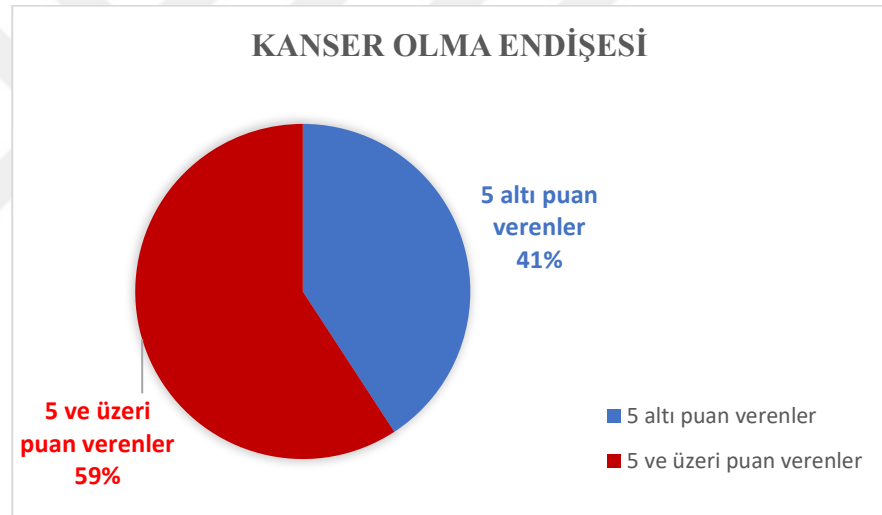


Şekil 3: Partnerin sigara kullanma durumu ve tepkiler

Bireylere hayatlarının bir döneminde kanser olma endişeleri olup olmadığı sorulmuş ve bu endişelerini 10 üzerinden puanlamaları istenmiştir. Bireylerin verdikleri puan dağılımı Şekil-4'te gösterilmiştir. Verilen cevapların ortanca değeri 5'tir. Katılımcıların %40,8'i (n=102) sorulan soruya 5'in altında, %59,2'si (n=148) 5 ve üzerinde puan vermiştir (Şekil-5). Çalışmada 5 ve üzeri puan veren bireylerin endişe düzeyi diğer bireylere kıyasla daha yüksek kabul edilmiştir.



Şekil 4: Kanser olma endişe düzeyi puan dağılımı



Şekil 5: Kanser olma endişesi medyan değere göre dağılım

Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %67,6'sı (n=69) erkek, %32,3'ü (n=33) kadındır. Kanser olma endişe düzeyleri daha yüksek olan bireylerin %62,8'i (n=93) erkek, %37,2'si (n=55) kadındır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin yaş ortalaması $33,67 \pm 11,81$, daha yüksek olan bireylerin ise $34,20 \pm 10,86$ ile benzer saptanmıştır.

Eğitim durumları ve endişe düzeyleri karşılaştırıldığında, endişe düzeyi daha düşük bireylerin %24,5'i (n=25) lise veya altı, %75,5'i (n=77) üniversite veya daha

yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %20,9'u (n=31) lise ya da altı, %79,1'i (n=117) üniversite ya da üzeri eğitim seviyesine sahiptir. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin eğitim seviyesi daha düşük, endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin eğitim seviyesi daha yüksek olmakla beraber gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,539).

Bireyler çalışma durumları ve kanser olma endişe düzeyleri yönünden incelenmiştir. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %84,8'i (n=84) çalışan, %13,1'i (n=13) çalışmayan, %2'si ise (n=2) emekli bireylerden oluşmaktadır. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %91,1'i (n=133) çalışmakta, %6,2'si (n=9) çalışmamakta ve %2,7'si (n=4) emeklidir. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %23,5'inin (n=24) aylık ortalama geliri asgari ücret ve altında, %76,5'inin (n=78) asgari ücret üstündedir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %16,9'u (n=25) asgari ücret ve altı, %83,1'i (n=123) asgari ücret üstü aylık gelire sahiptir.

Kanser olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %33,3'ü (n=34) evli, %35,3'ü (n=36) çocuk sahibidir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %37,2'si (n=55) evli, %35,1'i (n=52) çocuk sahibidir.

Kanser olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %24,5'inin (n=25) tanı konulmuş kronik bir hastalığı, %4,9'unun (n=5) ise kronik akciğer hastalığı vardır. Endişe düzeyi daha yüksek olan gruptaki bireylerin %25'inin (n=37) kronik hastalığı %4,1'inin (n=6) ise kronik akciğer hastalığı vardır. Kronik hastalığa sahip olma ve kanser olma endişe düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kanser olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %21,6'sının (n=22) düzenli, %59,8'inin (n=61) düzensiz spor yapma alışkanlığı olmakla birlikte %18,6'sı (n=19) fiziksel inaktif bir yaşam sürmektedir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %11,5'i (n=17) düzenli, %64,2'si (n=95) düzensiz spor yapmakta %24,3'ü (n=36) spor yapmamaktadır. Endişe düzeyleri ve fiziksel aktivite alışkanlıkları incelendiğinde düzenli spor yapan bireylerin endişe düzeyleri daha düşük, düzensiz spor yapan ve spor yapmayan bireylerin daha yüksek saptanmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,082). Endişe düzeyleri yönünden

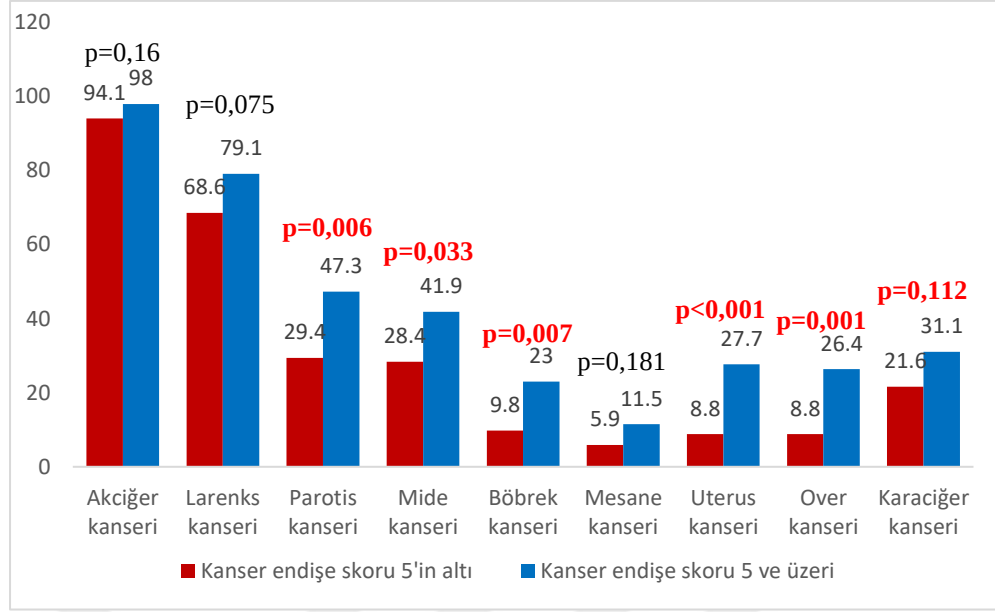
incelenen bireylerin ortalama BKİ değerleri benzer saptanmıştır. Bireylerin kanser endişe düzeyine verdikleri puanlar ve sosyodemografik özellik ilişkileri Tablo-4'te özetlenmiştir.

Tablo 4: Kanser endişe düzeyi ve sosyodemografik özellikler

Kanser endişe puanı		5'in altı (n=102)	5 ve üzeri (n=148)	p
Cinsiyet	Erkek	69 (%67,6)	93 (%62,8)	0,501
	Kadın	33 (%32,3)	55 (%37,2)	
Yaş Ort.±SD		33,67±11,81	34,20±10,86	0,716
Eğitim durumu	Lise ve altı	25 (%24,5)	31 (%20,9)	0,539
	Üniversite ve üstü	77 (%75,5)	117 (%79,1)	
Meslek	Çalışan	84 (%84,8)	133 (%91,1)	0,167
	Çalışmayan	13 (%13,1)	9 (%6,2)	
	Emekli	2 (%2,0)	4 (%2,7)	
Ortalama gelir	Asgari ücret ve altı	24 (%23,5)	25 (%16,9)	0,199
	Asgari ücret üzeri	78 (%76,5)	123 (%83,1)	
Medeni durum	Bekar	68 (%66,7)	93 (%62,8)	0,592
	Evli	34(%33,3)	55(%37,2)	
Çocuk sahibi olma	Evet	36 (%35,3)	52 (%35,1)	1,000
	Hayır	66 (%64,7)	96 (%64,9)	
Kronik hastalık	Var	25 (%24,5)	37 (%25,0)	1,000
	Yok	77 (%75,5)	111 (%75,0)	
Kronik akciğer hastalığı	Var	5 (%4,9)	6 (%4,1)	0,762
	Yok	97 (%95,1)	142 (%95,9)	
Fiziksel aktivite	Var, düzenli	22 (%21,6)	17 (%11,5)	0,082
	Var, düzensiz	61 (%59,8)	95 (%64,2)	
	Yok	19 (%18,6)	36(%24,3)	
BKİ Ort.±SD		25,11±4,22	24,96±4,23	0,785

Katılımcıların kanser olma endişeleri ve sigara içme alışkanlıkları incelenmiştir (Tablo-5). Endişe düzeyi yönünden incelenen her iki grubun da günlük içilen sigara adeti ortancası 20 (1-60) saptanmıştır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin sigara içilen yıl ortancası 12 (1-52), daha yüksek olan bireylerin 11'dir (1-48). Endişe düzeyi daha düşük bireylerin içilen sigara paket/yıl ortancası 8,62 (0,2-66), daha yüksek olan bireylerin 8'dir (0,3-60). Bireylerin sigaraya başlama yaşları incelendiğinde, endişe düzeyi düşük olan bireylerin sigaraya başlama yaş ortalaması $18,91 \pm 5,31$, endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin $19,72 \pm 4,98$ bulunmuştur. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %70,6'sının (n=72), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise %70,3'ünün (n=104) ailesinde sigara içen birey bulunmaktadır.

Kanser olma endişesi daha düşük olan bireylerin %87,3'ü (n=89), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %95,3'ü (n=141) sigaranın kanserle bir ilişkisi olduğunu düşünmektedir. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,031). Bireylere sigaranın hangi kanserlerle ilişkisi olduğu sorulmuş ve şıklar arasından seçim yapmaları istenmiştir. Bireylerin bu konudaki bilgi seviyesi ve endişe düzeyi ilişkisi Şekil-6'da gösterilmiştir. Bireylere sigaranın kanserle olan ilişkisini 10 üzerinden puanlamaları istendiğinde kansere yakalanma endişesi daha düşük olan bireylerin verdikleri puan ortancası 6 (0-10), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin verdikleri puan ortancası ise 8'dir (3-10). Endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler, daha düşük olan bireylere göre sigarayı kanserle daha ilişkili görmektedir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,001). Kanser olma endişesi daha düşük olan bireylerin %45,1'i (n=46), daha yüksek olan bireylerin ise 92,6'sı (n=137) sigara içtikleri için kendilerinin kanser olma ihtimallerini diğer bireylere kıyasla daha yüksek görmektedir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler daha düşük olan bireylere kıyasla kendilerini kansere daha yatkın görmektedir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,001).



Şekil 6: Sigaranın ilişkili olduğu kanserler hakkında bilgi seviyesi ve endişe düzeyi ilişkisi

Kanser olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %15,7'si (n=16), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise %14,9'u (n=22) hayatlarında en az bir kez kanser ya da hastalık endişesi nedeniyle gittikleri doktordan bir görüntüleme talebinde bulunmuştur. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %6,9'u (n=7), daha yüksek olan bireylerin ise %10,1'i (n=15) kanser taraması yaptırmıştır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %7,8'i (n=8) her ay, %60,8'i (n=62) yılda bir iki kez, %12,7'si (n=13) 3-4 yılda bir, %18,6'sı (n=19) ise daha nadir olarak doktora gitmektedir. Endişe düzeyleri daha yüksek olan bireylerin %2,0'si (n=3) her ay, %61,5'i (n=91) yılda bir iki kez, %18,2'si (n=27) 3-4 yılda bir ve %18,2'si (n=27) daha nadir doktor başvurusunda bulunmaktadır. Kansere yakalanma endişe düzeyleri ve doktora başvuru ya da tarama yaptıрма açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5: Kanser endişe düzeyi ile sigara alışkanlığı ve ilişkili faktörlerin ilişkisi

Kanser endişe puanı		5'in altı (n=102)	5 ve üzeri (n=148)	p
Günde içilen sigara adedi Median		20 (1-60)	20 (1-60)	0,895
Sigara içilen yıl Median		12 (1-52)	11 (1-48)	0,594
Sigara paket/yıl Median		8,62 (0,2-66)	8 (0,3-60)	0,881
Sigara başlama yaşı Ort.±SD		18,91±5,31	19,72±4,98	0,225
Ailede başka sigara içen birey var mı?	Var	72 (%70,6)	104 (%70,3)	1,000
	Yok	30 (%29,4)	44 (%29,7)	
Sigaranın kanserle bir ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	89 (%87,3)	141 (%95,3)	0,031
	Hayır	13 (%12,7)	7 (%4,7)	
Sigaranın kanserle ilişkisini 10 üzerinden puanlayınız-Median		6 (0-10)	8 (3-10)	<0,001
Sigara içtiğiniz için kanser olma ihtimalinizi diğer bireylerden daha fazla görüyor musunuz?	Evet	46 (%45,1)	137 (%92,6)	<0,001
	Hayır	56 (%54,9)	11 (%7,4)	
Daha önce hastalık/ kanser endişesi nedeni ile doktordan bir görüntüleme talebinde bulundunuz mu?	Evet	16 (%15,7)	22 (%14,9)	0,860
	Hayır	86 (%84,3)	126 (%85,1)	
Kanser taraması yaptırdınız mı?	Evet	7 (%6,9)	15 (%10,1)	0,497
	Hayır	95 (%93,1)	133 (%89,9)	
Ne sıklıkla doktora gidersiniz?	Her ay	8 (%7,8)	3 (%2,0)	0,122
	Yılda 1-2	62 (%60,8)	91 (%61,5)	
	3-4 yılda bir	13 (%12,7)	27 (%18,2)	
	Daha nadir	19 (%18,6)	27 (%18,2)	

Bireylere sigara bırakmayla ilgili düşünceleri sorulmuş olup, kanser olma endişesi daha düşük olan bireylerin %85,3'ü (n=87), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise %87,2'si (n=129) sigarayı bırakmak konusunda istekli olduğunu belirtmiştir. Bireylere bırakmak isteme düşüncelerinin nedenleri sorulmuş ve verilen

şıklar arasından seçim yapmaları istenmiştir. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %72,5'i (n=74), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise %83,8'i (n=124) sağlığını için yanıtını vermiştir. Kanser olma endişesi daha fazla olan bireyler daha az endişeli bireylerle kıyaslandığında daha yüksek oranda kendi sağlıkları için sigarayı bırakmayı istemektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,039). Bireylerin sigara bırakmak isteme nedenleri Tablo-6'da özetlenmiştir. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %33,3'ü (n=34), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise %54,7'si (n=81) bir doktor tarafından önerilmesinin sigara bırakmalarında etkili olacağını düşünmektedir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerde doktor tavsiyesinin etkili olacağını düşünenlerin oranı daha düşük olanlara kıyasla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,001). Daha az endişeli olan bireylerin %6,9'u (n=7), daha fazla endişeli olan bireylerin ise %9,5'i (n=14) sigara bırakmak için profesyonel yardım almıştır.

Kanser olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %71,6'sı (n=73), daha yüksek olanların ise %79,7'si (n=118) bağımlı olduklarını düşünmektedir. Buna rağmen, endişe düzeyi düşük olan bireylerin %55,9'u (n=57), endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin 52,7'si (n=78) istediklerinde sigarayı bırakabileceklerini düşünmektedir. Endişe düzeyi daha çok olan bireyler daha yüksek oranda bağımlı olduklarını düşünmekte, daha düşük oranda istediklerinde sigarayı bırakabileceklerine inanmaktadır, fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.

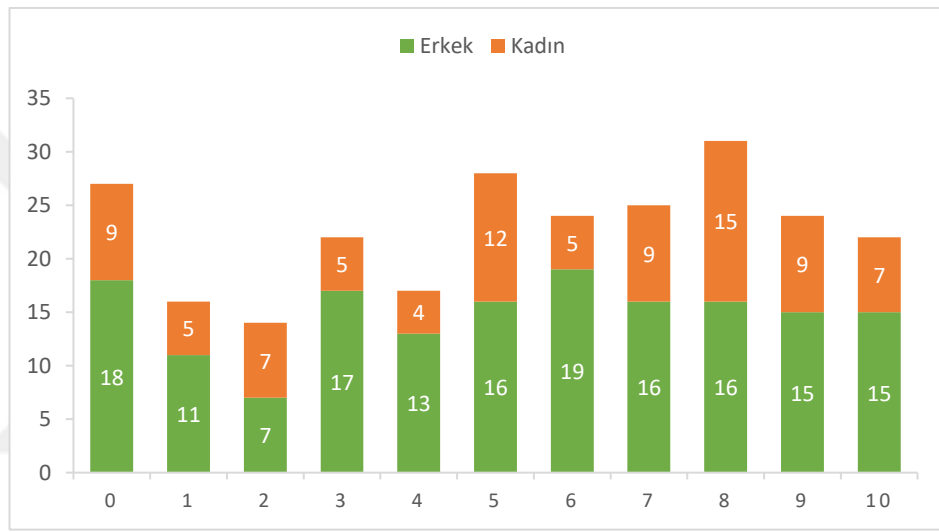
Kanser olma endişeleri daha düşük olan bireylerin %76,5'i (n=78), daha endişeli olan bireylerin ise %88,5'i (n=131) sigara içmelerinin çevrelerindeki bireyler için zararlı olduğunu düşünmektedir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin pasif içicilik konusundaki farkındalık düzeyi endişe düzeyi daha düşük olan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0,015). Bireylere sigara yasakları hakkındaki düşünceleri sorulduğunda endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %83,3'ü (n=85), daha yüksek olan bireylerin %86,5'i (n=128) sigara yasaklarının olması gerektiği yanıtını vermiştir.

Tablo 6: Kansere endişe düzeyi ve sigara bırakmakla ilgili durumlar

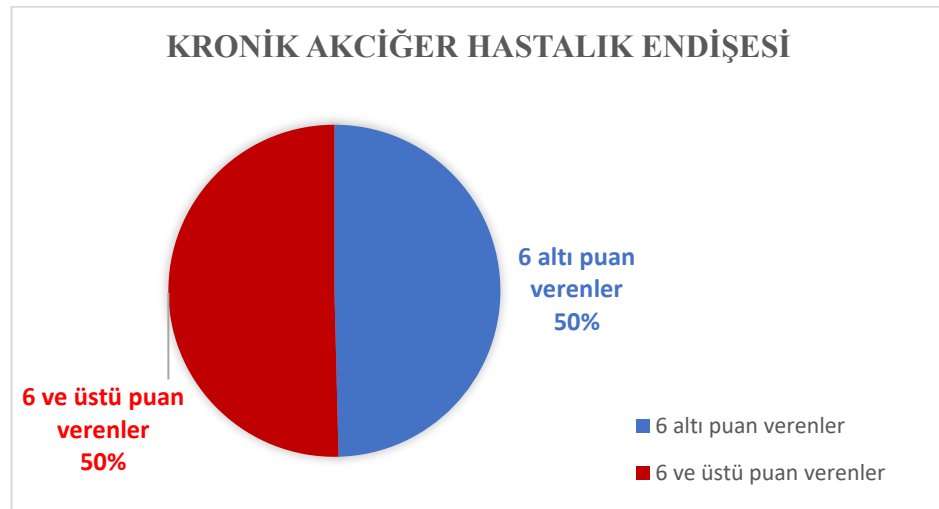
Kansere endişe puanı		5'in altı (n=102)	5 ve üzeri (n=148)	p
Sigara bırakmakla ilgili düşünce	Bırakmaya istekli olanlar	87 (%85,3)	129 (%87,2)	0,710
	Bırakmak istemeyenler	15 (%14,7)	19 (%12,8)	
Sigarayı bırakmayı düşünme nedeni *	Sağlığım için	74 (%72,5)	124 (%83,8)	0,039
	Yakınlarımla sağlığı için	14 (%13,7)	30 (%20,3)	0,237
	Çevre/aile baskısı	8 (%7,8)	6 (%4,1)	0,264
	Ekonomik sebepler	13 (%12,7)	17 (%11,5)	0,844
	Kokusundan rahatsız oldum	11 (%10,8)	18 (%12,2)	0,842
	Doktor tavsiyesi	4 (%3,9)	3 (%2,0)	0,448
Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım alma	Evet	7 (%6,9)	14 (%9,5)	0,498
	Hayır	95 (%93,1)	134 (%90,5)	
Bir doktor tarafından önerilmesi etkili olur muydu?	Evet	34 (%33,3)	81 (%54,7)	0,001
	Hayır	68 (%66,7)	67 (%45,3)	
Bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	73 (%71,6)	118 (%79,7)	0,172
	Hayır	29 (%28,4)	30 (%20,3)	
İstediğinizde bırakabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	57 (%55,9)	78 (%52,7)	0,699
	Hayır	45 (%44,1)	70 (%47,3)	
Sigarayı bıraktıktan sonra akciğerleriniz tamamen eski haline döner mi?	Evet	49 (%48,0)	58 (%39,2)	0,194
	Hayır	53 (%52,0)	90 (%60,8)	
Sigara içmenizin çevrenizdekiler için zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	78 (%76,5)	131 (%88,5)	0,015
	Hayır	24 (%23,5)	17 (%11,5)	
Sigara yasakları hakkında ne düşünüyorsunuz?	Olumlu	85 (%83,3)	128 (%86,5)	0,587
	Olumsuz	17 (%16,7)	20 (%13,5)	

*Bireyler birden fazla şık işaretleyebilmiştir.

Bireylere astım ya da KOAH gibi bir kronik akciğer hastalığına sahip olma endişeleri olup olmadığı sorulmuş ve endişe düzeylerini 0 ile 10 arasında puanlamaları istenmiştir. Verilen puan dağılımı Şekil-7’de belirtilmiştir. Bireylerin verdikleri yanıtların ortanca değeri 6 (0-10) bulunmuştur. Bu değer ve üzerinde puan veren bireyler diğer bireylere kıyasla endişe düzeyleri daha yüksek kabul edilmiştir. Sorulan soruya bireylerin %49,6’sı (n=124) 6 altında, %50,4’ü (n=126) 6 ve üzerinde puan vermiştir (Şekil-8).



Şekil 7: Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi puan dağılımı



Şekil 8: Kronik hastalık endişesi medyan değere göre dağılım

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin %65,3'ü (n=81) erkek, %34,7'si (n=43) kadındır. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %64,3'ü erkek, %35,7'si (n=45) kadındır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin yaş ortalaması $33,07 \pm 11,51$ iken daha yüksek olan bireylerinki $34,88 \pm 10,93$ 'tür.

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi ve eğitim seviyesi ilişkisi incelendiğinde, endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %29,0'u (n=36) lise veya daha düşük eğitim seviyesine sahip, %71,0'i (n=88) üniversite ya da daha yüksek eğitim seviyesine sahiptir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise %15,9'u (n=20) lise veya daha düşük eğitim seviyesine, %84,1'i (n=106) üniversite veya daha yüksek eğitim seviyesine sahiptir. Endişe düzeyi daha yüksek olan grubun eğitim seviyesi anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,015$).

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin %87,6'sı (n=106) çalışan, %9,9'u (n=12) çalışmayan, %2,5'i (n=3) emekli bireylerden oluşmaktadır. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %89,5'i (n=111) çalışmakta, %8,1'i (n=10) çalışmamakta, %2,4'ü (n=3) emeklidir. Bireyler çalışma durumu ve kronik akciğer hastalığına sahip olma yönünden incelendiğinde çalışan, çalışmayan ve emekliler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin aylık ortalama gelir miktarı %22,6'sının (n=28) asgari ücret ve altı, %77,4'ünün (n=96) asgari ücret üstüdür. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %16,7'si (n=21) asgari ücret ve altı, %83,3'ü (n=105) asgari ücret üstü gelir düzeyine sahiptir.

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin %34,7'si (n=43) evli ve yine %34,7'si (n=43) çocuk sahibidir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %36,5'i (n=46) evli, %35,7'si (n=45) çocuk sahibidir. Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ile medeni durum veya çocuk sahibi olma durumu açısından anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin %23,4'ünün (n=29) bilinen bir kronik hastalığı, %3,2'sinin (n=4) hali hazırda tanı konulmuş kronik akciğer hastalığı vardır. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %26,2'sinin (n=33) kronik bir hastalığı, %5,6'sının (n=7) bilinen bir kronik akciğer hastalığı vardır. Bahsedilen bireyler kronik hastalığa sahip olmalarına ve belli bir endişe düzeyine sahip olmalarına rağmen sigara içmeye devam etmektedirler.

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin %18,5'i (n=23) düzenli, %61,3'ü (n=76) düzensiz fiziksel aktivitede bulunmakta ve %20,2'si (n=25) fiziksel inaktif bir yaşam sürmektedir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %12,7'si (n=16) düzenli, %63,5'i (n=80) düzensiz fiziksel aktivite yapmakta, %23,8'i (n=30) fiziksel aktivite yapmamaktadır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireyler daha yüksek oranda düzenli fiziksel aktivitede bulunmakta, endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler daha az fiziksel aktivitede bulunmaktadır fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,407$). Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin ortalama BKİ değeri $24,96 \pm 4,49_{kg/m^2}$, endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin ise $25,07 \pm 3,96_{kg/m^2}$ 'dir. Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyleri ve sosyodemografik özellikler Tablo-7'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 7: Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ve sosyodemografik özellikler

Kronik akciğer hastalığı endişe puanı		6 altı (n=124)	6 ve üzeri (n=126)	p
Cinsiyet	Erkek	81 (%65,3)	81 (%64,3)	0,895
	Kadın	43 (%34,7)	45 (%35,7)	
Yaş Ort.±SD		33,07±11,51	34,88±10,93	0,204
Eğitim durumu	Lise ve altı	36 (%29,0)	20 (%15,9)	0,015
	Üniversite üstü	88 (%71,0)	106 (%84,1)	
Meslek	Çalışan	106(%87,6)	111 (%89,5)	0,878
	Çalışmayan	12 (%9,9)	10 (%8,1)	
	Emekli	3 (%2,5)	3 (%2,4)	
Ortalama gelir	Asgari ücret ve altı	28 (%22,6)	21 (%16,7)	0,267
	Asgari ücret üzeri	96 (%77,4)	105(%83,3)	
Medeni durum	Bekar	81 (%65,3)	80 (%63,5)	0,793
	Evli	43 (%34,7)	46 (%36,5)	
Çocuk sahibi olma	Var	43 (%34,7)	45 (%35,7)	0,895
	Yok	81 (%65,3)	81 (%64,3)	
Bilinen kronik hastalık varlığı	Evet	29 (%23,4)	33 (%26,2)	0,661
	Hayır	95 (%76,6)	93 (%73,8)	
Bilinen kronik akciğer hastalığı	Evet	4 (%3,2)	7 (%5,6)	0,540
	Hayır	120 (%96,8)	119 (%94,4)	
Fiziksel aktivite	Var, düzenli	23 (%18,5)	16 (%12,7)	0,407
	Var, düzensiz	76 (%61,3)	80 (%63,5)	
	Yok	25 (%20,2)	30 (%23,8)	
BKİ Ort.±SD		24,96±4,49	25,07±3,96	0,838

Kronik akciğer hastalığına yakalanma endişesi daha düşük olan bireylerin günlük içilen sigara adeti ortancası 15 (1-50), endişe düzeyi daha yüksek olanların 20'dir (3-60). Endişe düzeyi daha fazla olan bireylerin bir günde tükettikleri sigara miktarı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,013).

Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin sigara içilen yıl ortancası 11 (1-52), sigara paket/yıl ortancası ise 6,25'tir (0,5-66). Daha endişeli olan bireylerin sigara içilen yıl ortancası 12 (1-48), sigara paket/yıl ortancası ise 10'dur (0,2-60). Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin sigara paket/yıl ortancası daha az endişeli olan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0,024$). Her iki gruptaki bireylerin sigaraya başlama yaş ortalamaları benzer olmakla birlikte daha az endişeli olan grubun $18,88\pm 5,17$, daha endişeli grubun ise $19,90\pm 5,4$ 'tür. Daha az endişeli olan bireylerin %68,5'inin ($n=85$), daha fazla endişeli olan bireylerin %72,2'sinin ($n=91$) ailesinde sigara içen birey bulunmaktadır.

Bireylere sigaranın kanserle bir ilişkisi olup olmadığı sorulduğunda kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %90,3'ü ($n=112$), daha endişeli olan bireylerin %93,71'i ($n=118$) sigaranın kanserle bir ilişkisi olduğu yanıtını vermiştir. Bireylerin kanser ile sigara ilişkisini 10 üzerinden puanlamaları istendiğinde endişe düzeyi daha düşük bireylerin verdiği puan ortancası 6 (0-10), daha yüksek endişeli bireylerinki 8'dir (3-10). Kronik akciğer hastalığına sahip olma yönünden daha endişeli olan bireyler sigarayı kanserle daha yüksek oranda ilişkili görmektedir. İncelenen gruplarda verilen puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük bireylerin %55,6'sı ($n=69$), daha yüksek olan bireylerin ise %90,5'i ($n=114$) aynı zamanda kendilerinin kanser olma ihtimallerini diğer bireylerden daha yüksek görmektedir. İncelenen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$).

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %16,1'i ($n=20$), daha yüksek olan bireylerin ise %14,3'ü ($n=18$) hayatlarında en az bir kez endişeleri nedeniyle gittikleri doktordan görüntüleme talebinde bulunmuştur. Endişe düzeyi daha az olan bireylerin %10,5'i ($n=13$), daha yüksek olan bireylerin %7,1'i ($n=9$) kanser taraması yaptırmıştır. Bireylerin endişe düzeyi ve doktora gitme sıklıkları ile tarama yaptırmaları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Endişe düzeyi ile sigara içme alışkanlığı ve ilişkili faktörler Tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ile sigara içme ve ilişkili durumlar

Kronik akciğer hastalığı endişe puanı		6 altı (n=124)	6 ve üzeri (n=126)	p
Günde içilen sigara adedi Median		15 (1-50)	20 (3-60)	0,013
Sigara içilen yıl Median		11 (1-52)	12 (1-48)	0,582
Sigara paket/yıl Median		6,25 (0,5-66)	10 (0,2-60)	0,024
Sigara başlama yaşı Ort.±SD		18,88±5,17	19,90±5,4	0,117
Ailede başka sigara içen birey var mı?	Var	85 (%68,5)	91 (%72,2)	0,580
	Yok	39 (%31,5)	35 (%27,8)	
Sigaranın kanserle bir ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	112 (%90,3)	118 (%93,7)	0,360
	Hayır	12 (%9,7)	8 (%6,3)	
Sigaranın kanserle ilişkisini 10 üzerinden puanlayınız-Median		6 (0-10)	8 (3-10)	<0,001
Sigara içtiğiniz için kanser olma ihtimalinizi diğer bireylerden daha fazla görüyor musunuz?	Evet	69 (%55,6)	114 (%90,5)	<0,001
	Hayır	55 (%44,4)	12 (%9,5)	
Daha önce hastalık/ kanser endişesi nedeni ile doktordan bir görüntüleme talebinde bulundunuz mu?	Evet	20 (%16,1)	18 (%14,3)	0,727
	Hayır	104 (%83,9)	108 (%85,7)	
Kanser taraması yaptırdınız mı?	Evet	13 (%10,5)	9 (%7,1)	0,380
	Hayır	111 (%89,5)	117 (%92,9)	
Ne sıklıkla doktora gidersiniz?	Her ay	7 (%5,6)	4 (%3,2)	0,431
	Yılda 1-2	76 (%61,3)	77 (%61,1)	
	3-4 yılda bir	16 (%12,9)	24 (%19,0)	
	Daha nadir	25 (%20,2)	21 (%16,7)	

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %83,1'i (n=103) ile endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin %89,7'si (n=113) sigara bırakma konusunda istekli olduklarını belirtmiştir. Sigarayı bırakma konusunda istekli olan bireyler her iki grupta da çoğunlukta olmakla birlikte endişe düzeyi yönünden incelenen gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sigara bırakma konusunda olumlu düşünceleri olan bireylerin neden sigarayı bırakmak istedikleri sorulmuş ve bireylerin çoğunluğu sağlığını için yanıtını vermiştir. Diğer bırakma nedenleri Tablo-9'da özetlenmiştir. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %5,6'sı (n=7), daha yüksek olan bireylerin ise %11,1'i (n=14) sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almıştır. Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %38,7'si (n=48), daha endişeli olan bireylerin %53,2'si (n=67) bir doktor tarafından önerilmesinin sigara bırakmaları üzerinde etkili olacağını düşünmektedir. Daha endişeli olan bireyler diğer gruptaki bireyler ile karşılaştırıldığında doktor tavsiyesinin daha yüksek oranda etkili olacağını düşünmektedir ve incelenen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,023$).

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin %66,9'u (n=83), daha endişeli olan bireylerin ise %85,7'si (n=108) bağımlı olduğunu düşünmektedir. Endişe düzeyi daha fazla olan bireylerin daha büyük bir oranı bağımlı olduğunu düşünmektedir ve her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %55,6'sı (n=69), daha fazla endişeli olan bireylerin 52,4'ü (n=66) istediklerinde sigarayı bırakacaklarına inanmaktadır. Daha düşük endişe seviyesine sahip bireylerin %45,2'si (n=56), daha endişeli olan bireylerin ise %40,5'i (n=51) sigaranın akciğerler üzerindeki zararlı etkisinin geri dönüşümlü olduğuna inanmaktadır.

Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyi daha düşük olan bireylerin %85,5'i (n=106) ve daha endişeli bireylerin %81,7'si (n=103) sigara içmelerinin çevresindeki bireylerin sağlığı için zararlı olduğunu düşünmektedir. Daha düşük endişe seviyesine sahip bireylerin %84,7'si (n=105) daha endişeli bireylerin ise %85,7'si (n=108) sigara yasaklarının olmasını olumlu karşılamaktadır. Bireylerin kronik akciğer hastalığı endişe düzeyleri ve sigara bırakmakla ilişkili faktörleri Tablo-9'da özetlenmiştir.

Tablo 9: Kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi ve sigara bırakmakla ilgili durumlar ilişkisi

Kronik akciğer hastalığı endişe puanı		6 altı (n=124)	6 ve üzeri (n=126)	p
Sigara bırakmakla ilgili düşünce	Bırakmaya istekli olanlar	103 (%83,1)	113 (%89,7)	0,143
	Bırakmak istemeyenler	21 (%16,9)	13 (%10,3)	
Sigarayı bırakmayı düşünme nedeni *	Sağlığım için	94(%75,8)	104 (%82,5)	0,214
	Yakınlarımla sağlığı için	19 (%15,3)	25 (%19,8)	0,407
	Çevre/aile baskısı	10 (%8,1)	4 (%3,2)	0,106
	Ekonomik sebepler	15 (%12,1)	15 (%11,9)	1,000
	Kokusundan rahatsız oldum	14 (%11,3)	15 (%11,9)	1,000
	Doktor tavsiyesi	2 (%1,6)	5 (%4,0)	0,447
Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım alma	Evet	7 (%5,6)	14 (%11,1)	0,170
	Hayır	117 (%94,4)	112 (%89,9)	
Bir doktor tarafından önerilmesi etkili olur muydu?	Evet	48 (%38,7)	67 (%53,2)	0,023
	Hayır	76 (%61,3)	59(%46,8)	
Bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	83 (%66,9)	108 (%85,7)	<0,001
	Hayır	41 (%33,1)	18 (%14,3)	
İstediginizde bırakabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	69 (%55,6)	66 (%52,4)	0,614
	Hayır	55 (%44,4)	60 (%47,6)	
Sigarayı bıraktıktan sonra akciğerleriniz tamamen eski haline döner mi?	Evet	56 (%45,2)	51 (%40,5)	0,523
	Hayır	68 (%54,8)	75 (%59,5)	
Sigara içmenizin çevrenizdekiler için zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	106 (%85,5)	103 (%81,7)	0,495
	Hayır	18 (%14,5)	23 (%18,3)	
Sigara yasakları hakkında ne düşünüyorsunuz?	Olumlu	105(%84,7)	108(%85,7)	0,860
	Olumsuz	19 (%15,3)	18(%14,3)	

* Bireyler birden fazla şık işaretleyebilmiştir.

Ankete katılan tüm bireylere anket sonunda sigarayı bırakma konusunda düşüncelerinde bir değişiklik olup olmadığı sorulmuş olup %26,8'i (n=67) bırakmayı tekrar değerlendirme yönünde düşüncelerinde değişim olduğunu bildirmiştir.

5. TARTIŞMA

Ayanian ve Cleary'nin yaptığı çalışmada daha fazla sigara tüketen bireyler kendilerini kronik hastalık ve kanser yönünden daha riskli görmektedir (70). Bizim çalışmamızda da bireylerin sigara alışkanlıkları ve endişe düzeyleri incelenmiştir. Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha yüksek olan bireylerin bir günde içilen sigara miktarı diğer gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,013$). Yine kronik hastalık endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin sigara paket/yıl ortalamaları diğer gruba göre daha yüksektir ($p=0,024$). Kanser olma ihtimalini diğer bireylere kıyasla daha yüksek gören bireylerin bir günde tükettiği sigara miktarının da anlamlı olarak yüksek olmasına rağmen ($p=0,003$), kanser endişe düzeyi ve sigara alışkanlığı yönünden incelendiğinde bulgular arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaygın olarak tüketilmeye devam edilen sigaranın tüm dünyada erkekler arasında kullanımı kadınlardan daha fazladır (71). Çalışmamıza katılan 250 bireyin %64,8'i erkektir ve kadın katılımcılara göre çoğunluktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ülkemizde de tüm yaş gruplarında erkeklerin sigara kullanım oranı kadınlarınkinden fazla bulunmuştur (4). Ülkemizde sigara içen bireyler çoğunlukla 30-44 yaş aralığındadır (20). Bizim çalışmamızda da katılımcıların yaş ortalaması $34,0 \pm 11,2$ bulunmuştur.

Sigara tüketimi genellikle adölesan yaş döneminde başlamaktadır. Sigara içen yetişkin bireylerin yaklaşık %88'i 18 yaşına gelmeden, %99'a yakını ise 26 yaşına gelmeden sigara içmeye başlamaktadır (72). Bunun nedeni sigara reklam ve kampanyalarının genellikle genç yaş grubuna yönelik olması ve bu yaş grubunun riskli davranışlara karşı artmış eğiliminin olmasıdır (73, 74). Charrier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu yaş grubundaki yoğun sigara tüketiminin alkol ve madde bağımlılığı gibi diğer riskli davranışları da beraberinde getirdiği saptanmıştır (74). Bizim çalışmamızda da katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması $19,4 \pm 5,1$ ile diğer çalışmadaki verilere uygun bulunmuştur. Adölesan ve genç yetişkin yaş grubuna yönelik verilen eğitimlerin arttırılması, bireylerin sigara ve riskleri konusunda

bilgilendirilmesi, riskli davranışlar henüz ortaya çıkmadan önüne geçilmesi yönünden büyük önem taşımaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların değiştirilebilir risk faktörleri arasında sigara kullanımı dışında beslenme bozukluğu, alkol tüketimi ve fiziksel inaktivite; biyolojik risk faktörleri arasında da yüksek BKİ (25kg/m^2 ve üzerinde olan kişiler fazla kilolu olarak tanımlanmıştır) yer almaktadır (20). Conway ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada sigaranın düşük fiziksel aktivite oranlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (75). Revicki ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada sigara içen bireylerin içmeyenlere göre daha az fiziksel aktivitede bulunduğu saptanmıştır (76). Bizim çalışmamızda sigara içen 250 bireyin sadece %15,6'sı düzenli fiziksel aktivitede bulunmakta, %22,0'si ise fiziksel olarak inaktif bir yaşam sürmektedir. Çalışmamızdaki katılımcıların ortalama BKİ $25,0 \pm 4,2\text{kg/m}^2$ ile normal değerin üst sınırında bulunmuştur. Katılımcılar sadece sigara içmeleriyle değil, düzenli fiziksel aktivitede bulunmama ve yüksek BKİ'ye sahip olmaları nedeniyle kronik hastalık risklerini arttırmaktadır.

Audrain-McGovern ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma sonucunda artmış fiziksel aktivitenin daha az sigara kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüş, düzenli fiziksel aktivitenin adölesan dönemde sigara kullanımı azaltabileceği düşünülmüştür (77). Bu veriler bize adölesan yaş döneminin düzenli spora yönlendirilmesinin sigaraya başlama oranını azaltabileceğini düşündürmektedir.

Endişe yönünden incelenen gruplar arasında, kanser ya da kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha düşük olan bireylerin daha yüksek oranda düzenli fiziksel aktivitede bulunduğu saptanmıştır. Diğer yandan endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin diğerlerine kıyasla daha yüksek oranda düzensiz fiziksel aktivitede bulundukları ve daha yüksek oranda fiziksel olarak inaktif bir yaşam sürdükleri gözlenmiştir. Bireyler mevcut risklerini sigara içerek arttırmakta ve bu nedenle endişe duymakta fakat yaşam tarzında buna yönelik değişiklik yapmamaktadır. Bireyler yalnızca sigara bırakma konusunda değil, yaşam tarzı değişikliği konusunda da bilgilendirilmelidir.

Hassoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri incelenmiş ve arkadaş çevresi en önemli etken olarak saptanmıştır (78).

İçmeli ve arkadaşlarının yine öğrencilerle yaptığı bir çalışmada sigaraya başlama nedenleri sorgulandığında merak ve sigara kullanan arkadaşların varlığı en sık cevaplanan sebepler olarak dikkat çekmektedir (79). Özer'in yaptığı çalışmada ise sigara alışkanlığı ve ilişkili faktörler incelenmiş olup, ailede sigara içen bireyin bulunmasının genç bireylerin sigaraya başlamasındaki etkisi vurgulanmıştır (80). Bizim çalışmamızda da sigaraya başlama nedenleri sorgulandığında en çok verilen cevaplar sırasıyla arkadaş, çevre ve stres olmuştur. Bu veriler bireylerin arkadaş ortamının sigaraya başlama konusunda ne kadar etkili olduğunu gözler önüne sermektedir. Ek olarak çalışmamıza katılan bireylerin %70,4'ünün ailesinde de sigara kullanımı olduğu görülmüştür. Sigara içen bireylerin büyük bir kısmı ailesinden ve arkadaş çevresinden etkilenmekte, yakın çevresinde sigara içen birinin varlığı nedeniyle sigaraya başlamaya eğilimli olmaktadır. Bu noktada ailelerin çocuklarına rol model olması ve sigara kullanımının yaygınlaşmasını engellemeleri gerekmektedir. Bu nedenle sadece genç yetişkin ve adölesanların değil yetişkin bireylerin de sigara konusunda eğitim alması ve sigara bırakmaya yönlendirilmesi gerekmektedir.

Rutten ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bireylerin sigara ve kanser ilişkisine yönelik bilgi düzeyi sorgulanmış ve bireylerin %84,4'ü sigaranın kanser riskini arttırdığı yanıtını vermiştir (81). Bizim çalışmamızda da bireylerin %92,0'si sigaranın kanser riskiyle ilişkili olduğu cevabını vermiş, bu ilişkinin boyutu 10 üzerinden puanlanması istendiğinde ortalama $7,20 \pm 2,18$ puan verilmiştir. Oncken ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigaranın yol açtığı kanserler sorulduğunda bireylerin %99'u akciğer kanseri, %68'i baş ve boyun kanseri, %48'i uterus kanseri ve %69'u diğer kanserler şeklinde yanıt vermiştir (82). Pearlman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bireylerin %10'u sigaranın uterus kanseri yaptığına ilişkin bilgi sahibidir (83). Bjurlin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin %94,0'ü sigarayı akciğer kanseri ile ilişkili görüyorken, yalnızca %33,5'i mide ve %24,2'si mesane kanserine yol açtığını bilmektedir (84). Bizim çalışmamızda bireylerin %96,4'ü sigaranın akciğer, %74,8'i larenks, %40,0'ı parotis, %36,4'ü mide, %27,2'si karaciğer, %20,0'si uterus, %19,2'si over, %17,6'sı böbrek, %9,2'si ise mesane kanseri için risk faktörü olduğunu bilmektedir. Bireylerin büyük bir kısmı sigaranın kanserle ilişkili olduğunu bilmektedir. Bunun yanında bireylerin çok büyük bir kısmı sigaranın akciğer kanserine neden olduğu bilgisine sahiptir. Fakat diğer kanserler ve sigara ilişkisi hakkındaki bilgi

seviyesinin gerek literatürdeki diğer çalışmalarda gerek bizim çalışmamızda yetersiz olduğunu görmekteyiz. Bununla beraber verilen cevaplar çalışmalar arasında farklılık gösterebilmektedir. Oncken ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin %48'i uterus kanseri ve sigara ilişkisi hakkında bilgi sahibi iken, Pearlman ve arkadaşlarında bu oran %10, bizim çalışmamızda ise %20 bulunmuştur. Verilen cevapların yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, kültürel farklılık, önceden geçirilen hastalıklar ve mevcut hastalıklar arasındaki farklılığa bağlı değişkenlik gösterdiği düşünülmektedir. Bireylerin akciğer kanseri dışındaki kanserler ve sigara ilişkisi hakkında bilgi düzeyindeki yetersizlik bu konudaki eğitimlerin ve doktor bilgilendirmelerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Bireylere sigara ve riskleri konusunda danışmanlık verilirken, sadece sigaranın akciğer kanseri ile olan ilişkisi değil diğer sistem ve organlar üzerindeki etkisi hakkında da bilgi verilmesi gerekmektedir.

Peretti-Watel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içen bireylerin %40'ı kendilerini kanser açısından yüksek riskli sınıfta görmektedir (85). Greillier ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise sigara kullanan bireylerin %49'u sigara içtikleri için kendilerinin kanser riskini ortalama bir bireyden daha fazla görmektedir (86). Yine bu çalışmada sigara içen bireyler bağımlılık düzeylerine göre sınıflandırılmış, bağımlılık düzeyleri arttıkça bireylerin kendi kanser risk algılarının arttığı görülmüştür. Bu çalışmada bağımlılık düzeyi çok yüksek çıkan bireylerin %67'si kanser olma ihtimallerini diğer bireylere kıyasla daha yüksek görmektedir. Bizim çalışmamızda ise bireylerin %73,2'si sigara içtikleri için kendilerinin kanser olma ihtimallerini diğer bireylere kıyasla yüksek görmektedir. Çalışmamızdaki bireylerden kanser olma ihtimalini daha yüksek gören bireyler diğer bireylere kıyasla bir günde daha fazla sigara içmekle beraber ($p=0,003$), kendilerini daha yüksek oranda bağımlı olarak görmektedir ($p=0,037$). Kanser risk algısının bireylerin sigara alışkanlığı ve bağımlılık durumuna göre değişkenlik gösterdiği düşünülmektedir. Aynı zamanda bireylerin risk algısı, sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesine göre değişiklik göstermektedir (70, 87). Bizim çalışmamıza katılan bireylerin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik seviyelerinin yüksek olması, kanser risk algılarının daha yüksek olmasını açıkladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylere sigara içmeleri nedeniyle hayatlarının bir döneminde kanser olma ya da kronik akciğer hastalığına sahip olma endişeleri sorulmuş, bu endişe düzeylerini 0 ile 10 arası puanlamaları istenmiştir. Her iki soruya verilen cevaplar için ortalanca değerler hesaplanmış ve bu değerlerin üzerinde cevap veren bireyler diğer bireylere kıyasla daha endişeli kabul edilmiştir. Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu görülmüştür. Kanser endişesi yönünden incelenen bireylerde bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değilken, kronik akciğer endişesi yönünden incelenen bireyler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,015$). Endişe ve eğitim düzeyi arasındaki ilişki literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (87).

Çalışmamızda kanser ve kronik akciğer endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin sigara kanser ilişkisi bilgi düzeyi daha yüksektir. Her iki endişe düzeyi yüksek gruptaki bireyler, kendilerinin kanser olma ihtimallerini diğer bireylere kıyasla daha yüksek görmektedir. Bireylere sigara hangi kanserlerle ilişkilidir sorusu sorulup verilen şıklar arasından seçimler yapmaları istendiğinde, kanser endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha fazla doğru yanıt verdiği görülmüştür. Bütün bu veriler bize bilgi seviyesi daha yüksek bireylerin farkındalık ve endişe düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdaki veriler literatürdeki diğer çalışmalarla uygun bulunmuştur (82).

Raz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigara içen bireylerin %18,9'unun görüntüleme yöntemi ile tarama yaptırdığı saptanmıştır (88). Çalışmamızda bireylerin %15,2'si gittikleri doktordan endişeleri nedeniyle bir görüntüleme talebinde bulunmuş, %8,8'i kanser taraması yaptırmıştır. Endişeye yönelik doktor başvurusu ve görüntüleme talebinin endişe düzeyiyle anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır.

Katılımcıların %76,4'ü kendilerinin bağımlı olduğunu düşünmektedir. Fakat buna rağmen bireylerin %54,0'ü istediklerinde sigarayı bırakabileceğine inanmaktadır. Arnett'in yaptığı bir çalışmada da sigara içen yetişkin bireylerin %48'i istediğinde sigarayı bırakabileceğini düşünmektedir (89). Çalışmamızdaki bireylerden bırakma konusunda istekli olanlar %86,4 ile çoğunluktadır ve bahsedilen bireylerin bir kısmı hayatlarının bir döneminde bırakmayı denemiş ama başarılı olamamıştır.

Bireylerin yalnızca %8,4'ü sigara bırakmak için profesyonel yardım talep etmiştir. Greillier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara içen bireylerin %80'i en az bir kez sigara bırakmayı denemiştir (86).

Kanser ve kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler daha az endişeli olan bireylere kıyasla daha yüksek oranda bağımlı olduklarını düşünmekte, aynı zamanda sigara bırakma konusunda daha olumlu düşünmektedir. Bağımlı olduğunu düşünenlerin oranı kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi yüksek olan bireylerde daha az endişeli bireyle kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler sigarayı bırakmak için daha fazla profesyonel yardım talep etmiştir. Bütün bu veriler doğrultusunda bakıldığında, bireylerin sigara içmeleri nedeniyle karşı karşıya olduğu risklerin farkında olduğunu ve buna yönelik endişe taşıdığını, endişe taşıyan bireylerin sigara bırakmak için istekli olduğunu hatta bazılarının denediğini ama başarılı olamadığını görmekteyiz. Bu nedenle sigara içen bireylerin farkındalığını arttırmak için onlara yeterli süre ayırmak ve danışmanlık vererek sigara bırakmaya yönlendirmek çok büyük önem taşımaktadır.

Cummings ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada incelenen 3 aylık bir dönemde, 311 sigara kullanıcısının %41'ine aile hekimi tarafından sigara bırakılmasının önerildiği, önerilen bireylerden de %47'sinin sigara bırakmayı denediği saptanmıştır (90). Bizim çalışmamızdaki bireylerin %46,0'sı bir doktor tarafından önerilmesinin sigara bırakması üzerinde etkisi olacağını söylemiştir, fakat sadece %14,0'üne önerilmiştir. Endişe düzeyi daha yüksek olan her iki grupta da bireyler daha az endişeli olanlara kıyasla daha yüksek oranda doktor tavsiyesinin etkili olacağını düşünmektedir. Bu veriler özellikle sağlık endişesi olan bireylerin sigara bırakma konusunda desteklenmek isteğini ve uygun yönlendirilmeleri sonucunda sigara bırakmaya eğilimli olduklarını göstermektedir. TÜİK verilerine göre 2019 yılında ülkemizdeki bireylerin %61,0'i son 1 yıl içinde aile hekimini ziyaret etmiştir (91). Bireylerin sık başvurduğu ve uzun süre aynı hekimce takibinin mümkün olduğu aile sağlığı merkezlerinde sigara bırakma konusunda bilgilendirme ve yönlendirme yapılmasının önemi büyüktür. Ayrıca sigara bırakmak konusunda istekli olan

bireylerin gerekli hallerde sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmesi ile nükslerin önüne geçilmesi oldukça önemlidir.

Koç ve arkadaşlarının sigara içen hastane çalışanları ile yaptığı bir çalışmada bireylerin %70,7'sinin dumanlız hava sahasını desteklediği görülmüştür (92). Bizim çalışmamızdaki bireylerin %83,6'sı sigara içmelerinin çevresindeki insanlar için zararlı olduğunu, %85,2'si sigara yasaklarının olması gerektiğini düşünmektedir. Çalışmalar bireylerin kendilerinin sigara içmelerine rağmen sigara yasaklarını desteklediklerini göstermektedir. Bu veriler sigara bıraktırma konusunda uygulanan devlet politikalarının çoğunluk tarafından desteklendiğini ve genişletilmesinin sigara bırakma üzerine olumlu etkiler doğurabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %68,2'sinin bir partneri vardır ve partneri olan bireylerin yaklaşık yarısı (%49,4) sigara içmektedir. Partneri sigara içen bireylerin çok büyük bir kısmı (%88,2) kendi sigara içmeye devam etmesine rağmen partnerinin sigarayı bırakmasını istemektedir. Çocuğu sigara içen bireylerin ise hepsi çocuklarının sigarayı bırakmasını istemektedir. Çalışmamızdaki bulgular bireylerin kendilerinin sigara içmeye devam etmelerine rağmen bu alışkanlıklarının çevrelerine zararlı olduğunu bilincinde olduğunu ve sigara içen yakınlarının sigarayı bırakmasını istediğini göstermektedir.

6. SONUÇ

Bu çalışmaya sigara içen 250 birey dahil edilmiştir. Bireylerin %64,8'i erkek, %35,2'si kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,0 \pm 11,2$ 'dir. Bireylerin %22,4'ü lise veya altı, kalanı üniversite veya üstü eğitim seviyesine sahiptir. Bireylerin %88,8'i çalışmakta, %19,6'sı asgari ücret veya altı aylık gelire sahiptir. Katılımcıların %35,6'sı evli, %35,2'si çocuk sahibidir.

Katılımcıların sigaraya başlama yaş ortalaması $19,4 \pm 5,1$ bulunmuş, sigaraya başlama nedenleri arasında en sık verilen yanıtlar %44,0 ile arkadaş ve %37,6 ile çevre etkisi olmuştur. Bireylerin %70,4'ünün ailesinde başka sigara içen birey bulunmaktadır.

Katılımcıların %92,0'si sigaranın kanserle ilişkili olduğunu bilmektedir. Sigaranın kanserle olan ilişkisi sorulduğunda bireylerin 10 üzerinden verilen puan ortalaması $7,20 \pm 2,18$ 'dir. Bireyler sigaranın en çok akciğer kanserine neden olduğunu bilmekte iken, diğer kanserler hakkında bilgi seviyesi daha düşüktür. Bireylerin %73,2'si kendilerinin kanser olma ihtimalini ortalama bireylere göre daha yüksek görmektedir.

Kanser olmaktan duydukları endişeleri puanlamaları istendiğinde bireylerin verdikleri puan ortancası 5'tir. Katılımcıların %59,2'si 5 ve üzerinde puan vermiştir. Kronik akciğer hastalığına sahip olma endişe düzeyleri için verilen puan ortancası ise 6'dır. Bireylerin %50,4'ü 6 ve üzerinde puan vermiştir. Sigara ve kanser ilişkisi hakkında bilgi sahibi olan insanların kanser olma endişe düzeyi daha yüksektir.

Endişe düzeyi daha yüksek olan bireylerin eğitim seviyesi ve aylık gelirleri daha az endişeli bireylere kıyasla daha yüksektir. Endişe seviyesi yüksek olan bireyler daha düşük oranda düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Sigara alışkanlığı ve kanser endişesi yönünden karşılaştırılan bireyler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Buna rağmen kronik akciğer hastalığına sahip olma endişesi daha yüksek olan bireylerin bir günde içtikleri sigara miktarı ve hesaplanan sigara paket/yıl oranları daha düşük endişeli gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Bireylerin %86,4'ü sigarayı bırakmak konusunda olumlu düşüncelere sahiptir, %51,6'sı sigara bırakmayı denemiş ama başarılı olamamıştır. Bireylerin %79,2'si sağlığı için sigarayı bırakmak istemektedir. Bireylerin %46'sı bir doktor tarafından bırakılmasının etkili olacağını düşünmektedir. Kanser ve kronik akciğer hastalığı endişe düzeyi daha yüksek olan bireyler daha yüksek oranda doktor tavsiyesinin etkili olacağını düşünmektedir. Bireylerin %76,4'ü bağımlı olduğunu düşünmektedir. Her iki endişe düzeyi daha yüksek olan grupta da bireylerin daha büyük bir kısmı bağımlı olduğunu düşünmekte, daha düşük oranda istediklerinde bırakabileceklerini düşünmektedir.



7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızdaki bazı kısıtlılıklar;

1. Çalışmamızdaki veriler bireylerin beyanı sonucu elde edilmiştir. Bireylere sigara ve kanser ilişkisi hakkında bilgi düzeyleri sorulurken, kronik hastalık bilgi düzeyi ile ilgili yeterli bilgi sorulmamıştır.
2. Çalışmamızdaki endişe düzeyi ile ilgili sorularının geçerlilik ve güvenilirliği bilimsel bir yöntemle değerlendirilmemiş olup anket soruları çalışmacı tarafından hazırlanmıştır. Ayrıca bireylerin bağımlılık düzeylerini ölçmek için herhangi bir ölçek kullanılmamıştır.
3. Sigara içmeyen bireylerden oluşan kontrol grubu çalışmaya dahil edilmemiştir.

Yapılacak olan kontrol gruplu ve uygun ölçekler eklenerek hazırlanmış bir çalışmayla bu kısıtlılıklar giderilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Psikiyatri Derneği, Nikotin (Sigara) Bağımlılığı, 2008 [Erişim tarihi: 19 Kasım 2020]. <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik>.
2. World Health Organization, Tobacco, 2020 [Erişim tarihi: 9 Kasım 2020]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. WHO, 2012.
4. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2019, 2020 [Erişim tarihi: 18 Kasım 2020]. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-SaglikArastirmasi-2019-33661>.
5. M. Ng, M. K. Freeman, T. D. Fleming, M. Robinson, L. Dwyer-Lindgren, B. Thomson, A. Wollum, E. Sanman, S. Wulf, A. D. Lopez, C. J. L. Murray, and E. Gakidou, “Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012,” JAMA, vol. 311, pp. 183–192, 01 2014.
6. C. J. L. Murray, A. Y. Aravkin, P. Zheng, C. Abbafati, K. M. Abbas, M. Abbasi-Kangevari et al, “Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019,” The Lancet, vol. 10258, no. 396, pp. 1223–1249, 2020.
7. WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. WHO, 2014.
8. WHO, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017. WHO Regional Office for Europe, 2017.
9. G. Şahin ve N. Taşlıgil, “Türkiye’de tütün yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı”, Doğu Coğrafya Dergisi, vol. 32, no. 30, pp. 71–102, 2013.
10. M. Seydioğulları, “Dünyada ve Türkiyede Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Genel” Politikaları,” Tütün ve Tütün Kontrolü, pp. 3–20, Türk Toraks Derneği, 2010.
11. E. Cubo, “Nicotine,” in Encyclopedia of Movement Disorders (K. Kompolti and L. V. Metman, eds.), pp. 299 – 301, Oxford: Academic Press, 2010.
12. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin), vol. 82. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010.
13. V. R. Randall, “History of tobacco,” 1999 [Erişim tarihi: 11 Kasım 2020]. <https://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history.htm>.
14. M. Sesli and E. D. Yeğenoğlu, “Science, Ecology and Engineering Research in the Globalizing World,” in Tobacco in the Historical Process, pp. 146–151, St. Kliment Ohridski University Press, Sofia, 2018.

15. World Health Organization, History of Tobacco, 2006 [Erişim tarihi: 11 Kasım 2020]. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/201709/Chapter%2032.%20The%20history%20of%20tobacco.pdf>.
16. T. A. Wexler, Tobacco: From Miracle Cure to Toxin, 2006 [Erişim tarihi: 11 Kasım 2020]. <https://yaleglobal.yale.edu/tobacco-miracle-cure-toxin>.
17. Royal College of Physicians of Edinburgh, A History of Tobacco's Medical Interpretations, 2020 [Erişim tarihi: 9 Kasım 2020]. <https://www.rcpe.ac.uk/heritage/vile-customs-history-tobacco-medical-interpretations>.
18. N. Bilir, "Dünyada ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Genel Politikaları", Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, pp. 21–36, Türk Toraks Derneği, 2009.
19. WHO, WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025, vol. 121. WHO, 2018.
20. WHO, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri, vol. 162. WHO, 2017.
21. A. Yeşiltaş, "Mpower politikası sonrası ergenlerde tütün ve tütün Ürünleri kullanımı: Sistematik derleme," 2020.
22. P. Çelik, A. Esen, A. Yorgancıoğlu, F. Şen, F. Topçu "Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları," Toraks Dergisi, vol. 1, no. 1, pp. 61–66, 2000.
23. N. Grunberg and A. Starosciak, "Nicotine," in Encyclopedia of Behavioral Neuroscience (G. F. Koob, M. L. Moal, and R. F. Thompson, eds.), pp. 464 – 470, Oxford: Academic Press, 2010.
24. O. Örsel, "Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri," Tütün ve Tütün Kontrolü, pp. 131–141, Türk Toraks Derneği, 2010.
25. Tütüneksper, Tütün Dumanının Özellikleri ve İnsan Sağlığına Etkileri, 2009 [Erişim tarihi: 19 Kasım 2020]. <http://www.tutunekspers.org.tr/kaynaklar/fabrikasyon/tutun-dumaninin-ozellikleri-ve-insan-sagligina-etkileri>.
26. A. Güzel, "Tütün bitkisi ve farmakolojik özellikleri; gerçekten şeytan otu mu?," Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, vol. 4, pp. 22–26, 2006.
27. S. Gunes, A. Metin Mahmutoglu, M. A. Arslan, and R. Henkel, "Smoking-induced genetic and epigenetic alterations in infertile men," Andrologia, vol. 50, no. 9, p. e13124, 2018.
28. C. Karlıkaya, F. Öztuna, Z. A. Solak, M. Özkan ve O. Örsel, "Tütün kontrolü," Toraks Dergisi, vol. 7, pp. 51–64, 2006.
29. Özkan Alataş, "Tütün ve İçerdiği zararlı kimyasalların İnsandaki etkileri," Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, vol. 27, no. özel sayı, pp. 51–54, 2018.

30. R. Talhout, T. Schulz, E. Florek, J. Benthem, P. Wester, and A. Opperhuizen, "Hazardous compounds in tobacco smoke," *International journal of environmental research and public health*, vol. 8, pp. 613–28, 02 2011.
31. A. Holloway, "Nicotine," in *Encyclopedia of Toxicology (Third Edition)* (P. Wexler, ed.), pp. 514 – 516, Oxford: Academic Press, third edition ed., 2014.
32. Z. A. Aytemur, "Nikotin Farmakolojisi," *Tütün ve Tütün Kontrolü*, pp. 396–406, Türk Toraks Derneği, 2010.
33. Cancer Research UK, *How Does Smoking Cause Cancer?*, 2018 [Erişim tarihi: 27 Kasım 2020]. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-does-smoking-cause-cancer>.
34. C. D. Mathers and D. Loncar, "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030," *PLOS Medicine*, vol. 3, pp. 1–20, 11 2006.
35. World Health Organization, *Noncommunicable Diseases*, 2018 [Erişim tarihi: 27 Kasım 2020]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
36. A. Kızılay, "Üst Solunum Sistemi ve Tütün," *Tütün ve Tütün Kontrolü*, pp. 166–172, Türk Toraks Derneği, 2010.
37. WHO, *WHO Highlights Huge Scale of Tobacco-related Lung Disease Deaths*, 2019 [Erişim tarihi: 27 Kasım 2020]. <https://www.who.int/news/item/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths>.
38. S. S. Hacıevliyagil, "Alt Solunum Sistemi ve Tütün," *Tütün ve Tütün Kontrolü*, pp. 172–189, Türk Toraks Derneği, 2010.
39. WHO, *World Cancer Report 2014*. International Agency for Research on Cancer, 2014.
40. WHO, "Tobacco and coronary heart disease," *WHO Tobacco Knowledge Summaries*, 9 2020.
41. I. of Medicine, *Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products*. Washington, DC: The National Academies Press, 2015.
42. M. Soytürk, "Gastrointestinal Sistem ve Tütün," *Tütün ve Tütün Kontrolü*, pp. 200– 213, Türk Toraks Derneği, 2010.
43. National Health Service, *What Are The Health Risks of Smoking?*, 2018 [Erişim tarihi: 28 Kasım 2020]. <https://www.nhs.uk/common-health-questions/lifestyle/what-are-the-health-risks-of-smoking/>.
44. G. Çan, "Pasif İçicilik ve Yetişkinlerdeki Etkileri," *Tütün ve Tütün Kontrolü*, pp. 379– 393, Türk Toraks Derneği, 2010.
45. P. Keskinoglu and G. Aksakoğlu, "Pasif sigara İçiciliğinin Çocuklarda solunum sistemi Üzerindeki," *Türk Pediatri Arşivi*, vol. 42, 2007.

46. C. Özge, Z. A. Aytemur, N. Bilir, H. Boztaş, G. Çan, O. Elbek, ve diğerleri “Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi,” in Sigara Bırakma Tanı ve Uzlaş Raporu, pp. 17–23, Türk Toraks Derneği, 2014.
47. S. Orsel, “Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi,” Tütün ve Tütün Kontrolü, pp. 406–417, Türk Toraks Derneği, 2010.
48. N. L. Benowitz, “Nicotine addiction,” New England Journal of Medicine, vol. 362, no. 24, pp. 2295–2303, 2010. PMID: 20554984.
49. I. McLaughlin, I. McLaughlin, and M. D. Biasi, “Nicotine withdrawal,” The Neuropharmacology of Nicotine Dependence, vol. 24, pp. 99–123, 201. PMID: 25638335.
50. L. Sağlam, “Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi,” Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, vol. 4, pp. 78–89, 2017.
51. N. Bilir ve H. Özcebe “Tütün bağımlılığı ve kontrolü: Bireysel, toplumsal ve sosyal pazarlama yaklaşımları,” 2014
52. C. Özge, “Sigara Bırakma Tedavisinde 5A ve 5R Kavramları,” Tütün ve Tütün Kontrolü, pp. 451–460, Türk Toraks Derneği, 2010.
53. G. E. Yıldırım, “Tütün bağımlılığı ve tedavisinde hekim sorumluluğu ve 5a 5r yaklaşımı,” Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, vol. 4, pp. 90–96, 2016.
54. A. Molyneux, “Nicotine replacement therapy,” BMJ, vol. 328, no. 7437, pp. 454–456, 2004.
55. T. Demir, “Farmakolojik Tedavi I – Nikotin Yerine Koyma Tedavileri,” Tütün ve Tütün Kontrolü, pp. 460–467, Türk Toraks Derneği, 2010.
56. C. Ozge, Z. A. Aytemur, N. Bilir, H. Boztaş, G. Çan, O. Elbek, ve diğerleri “Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi,” in Sigara Bırakma Tanı ve Uzlaş Raporu, pp. 35– 41, Türk Toraks Derneği, 2014.
57. R. Jiloha, “Pharmacotherapy of smoking cessation,” Indian Journal of Psychiatry, vol. 56, no. 1, pp. 87–95, 2014.
58. “The Health Benefits of Smoking Cessation,” in Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General, p. bölüm 4, US Department of Health and Human Services, 2020.
59. Centers for Disease Control and Prevention, Benefits of Quitting, 2020 [Erişim tarihi: 23 kasım 2020]. https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm.
60. J. M. Samet, “The health benefits of smoking cessation,” American Review of Respiratory Disease, vol. 142, 1990.
61. N. A. Rigotti, Benefits and Consequences of Smoking Cessation, 2020 [Erişim tarihi: 23 Kasım 2020]. <https://www.uptodate.com/contents/benefits-and-consequences-of-smoking-cessation>.
62. WHO, WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2011. WHO, 2011.

63. R. Doll, R. Peto, J. Boreham, and I. Sutherland, "Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors," *BMJ*, vol. 328, no. 7455, p. 1519, 2004.
64. N. Anthonisen, M. Skeans, R. Wise, J. Manfreda, R. Kanner, and J. Connett, "The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: A randomized clinical trial," *Annals of internal medicine*, vol. 142, pp. 233–9, 03 2005.
65. "The Benefits of Smoking Cessation on Overall Morbidity, Mortality, and Economic Costs," in *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*, p. bölüm 5, US Department of Health and Human Services, 2020.
66. Y. Cao, S. Kenfield, Y. Song, B. Rosner, W. Qiu, H. D. Sesso, J. M. Gaziano, and J. Ma, "Cigarette Smoking Cessation and Total and Cause-Specific Mortality: A 22-Year Follow-up Study Among US Male Physicians," *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, pp. 1959–1960, 11 2011.
67. World Health Organization, *Tobacco: Health Benefits of Smoking Cessation*, 2020 [Erişim tarihi: 23 Kasım 2020]. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/tobacco-health-benefits-of-smoking-cessation>.
68. American Cancer Society, *Health Benefits of Quitting Smoking Over Time*, 2020 [Erişim tarihi: 23 Kasım 2020]. <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/benefits-of-quitte-smoking-over-time.html>.
69. H. Taherdoost, "What is the best response scale for survey and questionnaire design; review of different lengths of rating scale/attitude scale/likert scale," *Hamed Taherdoost*, pp. 1–10, 2019.
70. J. Z. Ayanian and P. D. Cleary, "Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers," *Jama*, vol. 281, no. 11, pp. 1019–1021, 1999.
71. A. M. Allen, T. S. Scheuermann, N. Nollen, D. Hatsukami, and J. S. Ahluwalia, "Gender Differences in Smoking Behavior and Dependence Motives Among Daily and Nondaily Smokers," *Nicotine Tobacco Research*, vol. 18, pp. 1408–1413, 06 2015.
72. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, 2012.
73. Centers for Disease Control and Prevention, *Youth and Tobacco Use*, 2020 [Erişim tarihi: 30 Ocak 2021]. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
74. L. Charrier, P. Berchialla, P. Dalmaso, A. Borraccino, P. Lemma, and F. Cavallo, "Cigarette smoking and multiple health risk behaviors: A latent class regression model to identify a profile of young adolescents," *Risk Analysis*, vol. 39, no. 8, pp. 1771–1782, 2019.
75. "Smoking, exercise, and physical fitness," *Preventive Medicine*, vol. 21, no. 6, pp. 723 – 734, 1992.

76. D. Revicki, J. Sobal, and B. DeForge, "Smoking status and the practice of other unhealthy behaviors," *Family medicine*, vol. 23, p. 361—364, July 1991.
77. J. Audrain-McGovern, D. Rodriguez, and H. B. Moss, "Smoking progression and physical activity," *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, vol. 12, no. 11, pp. 1121–1129, 2003.
78. H. Hassoy, I. Ergin, A. Davas, R. Durusoy, ve A. O. Karababa, "Sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde sigara, nargile, sarma tütün kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve öğrencilerin sigara, nargile, sarma tütüne başlama ve sürdürme konusundaki görüşleri," *Solunum Dergisi*, vol. 13, no. 2, pp. 91–99, 2011.
79. S. İçmeli, H. Türker, B. Gündoğuş, M. Çiftçi ve Aka Aktürk, "Behaviours and opinions of adolescent students on smoking," *Tüberküloz ve toraks*, vol. 64, p. 217—222, September 2016.
80. M. Özer, "Sigara alışkanlığı," *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, vol. 6, 2003.
81. L. J. F. Rutten, E. M. Augustson, R. P. Moser, E. B. Beckjord, and B. W. Hesse, "Smoking knowledge and behavior in the United States: Sociodemographic, smoking status, and geographic patterns," *Nicotine Tobacco Research*, vol. 10, pp. 1559–1570, 10 2008.
82. C. Oncken, S. McKee, S. Krishnan-Sarin, S. O'Malley, and C. M. Mazure, "Knowledge and perceived risk of smoking-related conditions: a survey of cigarette smokers," *Preventive Medicine*, vol. 40, no. 6, pp. 779 – 784, 2005.
83. D. Pearlman, M. Clark, and W. Rakowski, "Screening for breast and cervical cancers: The importance of knowledge and perceived cancer survivability screening for breast and cervical cancers," *Women and health*, vol. 28, pp. 37–41, 2008.
84. M. A. Bjurlin, M. R. Cohn, V. L. Freeman, L. M. Lombardo, S. D. Hurley, and C. M. Hollowell, "Ethnicity and smoking status are associated with awareness of smoking related genitourinary diseases," *Journal of urology*, vol. 188, no. 3, pp. 724–728, 2012.
85. P. Peretti-Watel, V. Seror, P. Verger, R. Guignard, S. Legleye, and F. Beck, "Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer," *Addictive Behaviors*, vol. 39, no. 9, pp. 1304 – 1310, 2014.
86. L. Greillier, A. B. Cortot, J. Viguiet, L. Brignoli-Guibaudet, C. Lhomel, F. Eisinger, J.-F. Mor`ere, and S. Couraud, "Perception of lung cancer risk: impact of smoking status and nicotine dependence," *Current oncology report*, vol. 20, no. 1, pp. 1–7, 2018.
87. P. Peretti-Watel, J. Constance, P. Guilbert, A. Gautier, F. Beck, and J.-P. Moatti, "Smoking too few cigarettes to be at risk? smokers' perceptions of risk and risk denial, a french survey," *Tobacco control*, vol. 16, no. 5, pp. 351–356, 2007.
88. D. J. Raz, G. Wu, R. A. Nelson, V. Sun, S. Wu, A. Alem, E. C. Haupt, M. H. Ismail, and M. K. Gould, "Perceptions and utilization of lung cancer screening among smokers enrolled in a tobacco cessation program," *Clinical lung cancer*, vol. 20, no. 1, pp. e115– e122, 2019.

89. J. J. Arnett, “Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers,” *Addictive Behaviors*, vol. 25, no. 4, pp. 625 – 632, 2000.
90. K. M. Cummings, G. Giovino, R. Sciandra, M. Koenigsberg, and S. L. Emont, “Physician advice to quit smoking: Who gets it and who doesn’t,” *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 3, no. 2, pp. 69 – 75, 1987.
91. Türkiye İstatistik Kurumu, Pratisyen hekim/aile hekimi, uzman hekim ve diş hekiminden hizmet alanların cinsiyete göre dağılımı, 2008-2019, 2020 [Erişim tarihi: 02 Şubat 2021]. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>.
92. E. M. Koç, D. Ayhan Başer, P. Döner, T. E. Yılmaz, T. Yılmaz, A. Demir Alsancak, I. Şencan, I. Kasım, R. Kahveci, ve A. Özkara, “Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumanlı hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi,” 2014.



EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAY FORMU







EK-2: VERİ TOPLAMA ANKETİ

SİĞARA KULLANAN HASTALARDA MALİGNİTE VE KRONİK HASTALIK ENDİŞE DÜZEYİ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
3. Eğitim durumu:
4. Meslek:
5. Ortalama gelir:
6. Medeni durum: **Bekar** **Evli**
7. Çocuk sahibi olma durumu: **Var** **Yok**
8. Fiziksel aktivite (lütfen seçiniz): **Var, düzenli** **Var, düzensiz** **Yok**
9. Boy:
10. Kilo:

SİĞARA ALIŞKANLIĞI VE KRONİK HASTALIK BİLGİSİ

1. Bir günde ne kadar sigara içiyorsunuz:
2. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz:
3. Sigara başlama yaşı:
4. Başlama nedeni (lütfen seçiniz):
 - **Aile**
 - **Arkadaş**
 - **Çevre**
 - **Stres**
 - **Merak**
 - **Eğlence**
 - **Diğer (açıklayınız):**

5. Ailede başka sigara içen var mı? :
6. Bilinen kronik hastalık var mı? (varsa isimlerini yazınız):

Varsa sigaranın hastalığınızı kötüleştirdiğini düşünüyor musunuz? :

7. Bilinen kronik akciğer hastalığı var mı? (varsa isimlerini yazınız) :

Varsa sigaranın hastalığınızı kötüleştirdiğini düşünüyor musunuz? :

8. Ailede kanser hastası var mı? :
9. Varsa sigara içiyor muydu? :
10. Ailede kronik akciğer hastalığı olan var mı? :
11. Varsa sigara içiyor muydu? :

12. Sizce sigaranın kanserle bir ilişkisi var mı? :

13. Varsa 10 üzerinden puanlayınız? (0 hiç ilişki yok 10 çok ilişkili) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Sizce sigara hangi kanserlerle ilişkili? (seçiniz) :

- **Akciğer**
- **Larenks (gırtlak)**
- **Parotis (tükürük bezi)**
- **Mide**
- **Böbrek**
- **Mesane (idrar torbası)**
- **Uterus (rahim)**
- **Over (yumurtalık)**
- **Karaciğer**

15.Kendinizi sigara içtiğiniz için ortalama bir insana göre kansere daha yatkın görüyor musunuz?:

16.Sigara içtiğiniz için kanser olma endişeniz var mı, endişenizi 0-10 arası puanlayınız? (0 hiç yok 10 çok var) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17.Astım/ KOAH gibi bir akciğer hastalığına yakalanma endişeniz var mı, endişenizi 0-10 arası puanlayınız? (0 hiç yok 10 çok var) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18.Daha önce hastalık/ kanser endişeniz nedeni ile hiç bir doktordan PA akciğer grafisi, BT, MR gibi bir görüntüleme talebinde bulundunuz mu?:

Evet ise kaç kez? :

19.Hiç kanser taraması yaptırdınız mı? :

Evet ise ne neden? :

20.Ne sıklıkta doktora gidersiniz? (seçiniz) :

- Her ay
- Yılda bir iki
- 3-4 yılda bir
- Daha nadir

SİGARA BIRAKMA DURUMU

1. Sigara bırakmak konusundaki düşünceniz nedir? :

- **Bırakmak isterim**
- **Bırakmak istemem**

2. Bırakmak istiyorsanız neden (seçiniz) :

- **Sağlığım için**
- **Yakınlarımla sağlığı için**
- **Çevre/aile baskısı**
- **Ekonomik**
- **Kokudan rahatsız oldum**
- **Doktor tavsiyesi**

3. Bırakmayı denediniz mi? Evet ise ne kadar süre içmediniz? :

4. Bırakmak için profesyonel destek aldınız mı? :

5. Gittiğiniz doktorların sigara bırakma konusunda önerisi oldu mu? :

6. Bir doktor tarafından önerilmesi etkili oldu mu / olur muydu? :

7. Sigara yasağı hakkında ne düşünüyorsunuz? (seçiniz) :

- **Olumlu, olması gerek**
- **Olumsuz, herkes istediği yer ve zamanda sigara içebilmeli**

8. Bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz? :

9. İstediginizde bırakabileceğinizi düşünüyor musunuz? :

10. Sizce sigarayı bıraktıktan sonra akciğeriniz tamamen eski haline döner mi? :

11. Sigara içmenizin etrafınıza zarar verdiğini düşünüyor musunuz? :

SİGARA VE ÇEVRE

1. Partneriniz sigara içiyor mu? :

Evet ise bırakmasını ister miydiniz? :

Hayır ise içmesini ister miydiniz? :

Neden? (lütfen açıklayınız) :

- Partnerim yok

2. Çocuğunuz sigara içiyor mu? :

Evet ise bırakmasını ister miydiniz? :

Hayır ise içmesini ister miydiniz? :

Neden? (lütfen açıklayınız) :

- Çocuğum yok

Bu anketin sonunda sigara bırakmayla ilgili düşüncenizde bir değişiklik oldu mu?

Olduysa ne yönde? (lütfen cevaplayınız) :

EK-3: ÖZGEÇMİŞ

