



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. SAFA ÜNAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DÜZCE-2023



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. SAFA ÜNAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi ABDULKADİR KAYA

DÜZCE-2023

TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile hep yanımda olan
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç.
Dr. Zerrin GAMSIZKAN hocama;

Bu çalışmanın her evresinde fedakârca katkılarını sunan, her türlü soru ve
sorunumla yakından ilgilenen, desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Dr.
Öğr. Üyesi Abdulkadir KAYA'ya;

Bilgi, deneyim ve yardımları ile yanımda olan aile hekimliği anabilim dalı
hocamız Dr. Öğr. Üyesi H. Nejat KÜÇÜKDAĞ'a;

Uzmanlık tezi çalışmamın her evresinde yardımlarını ve yapıcı fikirlerini
esirgemeyen aile hekimliği asistanı arkadaşlarıma;

Hastanemizin hemen her bölümünden anket çalışmasına katılım göstererek
destek olan tüm asistan arkadaşlarıma ve hocalarıma;

Yoğun emekleri ile bu günlere gelmemi sağlamış olan aileme;

Bu çalışma sırasında manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sabır ve
hoşgörüsüyle her zaman yanımda olan, biricik eşim Uzm. Hemşire Tuba ÜNAL'a;

Ve son olarak en kıymetlim, canım kızım NEHİR'ime;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs 2023

Dr. Safa ÜNAL

ÖZET

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar açısından en önemli risk faktörlerinden birisi olmakla beraber önlenabilir bir morbidite ve mortalite sebebidir ve tüm dünyayı etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde ölümlerin en sık nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet gibi hastalıkların gelişmesinde risk faktörleri arasında sigara kullanımının önemli bir yeri vardır. Hekimler ve sağlık çalışanlarının temel görev ve sorumlulukları arasında hastalıkların önlenmesi ve mevcut sağlığın geliştirilmesi bulunmaktadır. Hekimlerin kendilerine başvuran her hastaya sigara kullanım durumunu sorması ve eğer kullanıyorsa bırakmasını tavsiye etmesi, tütün kontrolü kapsamında hem kolay hem de etkili bir yöntemdir. Hekimlerin sadece bu sorgulama ve tavsiyeyle bile hastaların %5-10'una sigarayı bıraktırabildikleri bilinmektedir. Özellikle topluma çeşitli sağlık hizmetleri sunmakta olan birinci basamak hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin, dünyada önlenabilir hastalıkların birçoğu için risk faktörü olan sigara kullanımı konusunda farkındalıklarının artması, bilgi düzeylerinin yükselmesi, olumsuz tutum ve davranışlarının değişmesi gerekliliği açıktır. Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin sigara bırakma tedavileri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 1 Ocak 2023 – 1 Nisan 2023 arasında görev yapmakta olan hekimler (asistan, uzman, öğretim üyesi) oluşturmaktadır. Araştırmaya, katılmayı kabul eden 203 hekim dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplamak amacıyla basılı anket formu kullanıldı. Oluşturulan anket formu tüm katılımcılara elden ulaştırıldı. Sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılığı Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) ile değerlendirildi. Veriler SPSS 23.0 istatistik paket formunda değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 203 hekim katıldı. Hekimlerin %47,8'i (n=97) kadın, %52,2'si (n=106) erkekti. Katılımcıların genel branşları incelendiğinde; %4,9'u (n=10) preklinik, %68,5'i (n=139) dahili, %26,6'sı (n=54) cerrahi branş

hekimleriydi. Çalışmaya katılan hekimlerin %80,8'i (n=164) araştırma görevlisi, %2'si (n=4) uzman, %17,2'si (n=35) öğretim üyesiydi. Katılanların yaş ortalaması $31,34 \pm 6,87$ (minimum=24, maksimum=61) idi. Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen toplam 20 soruya verdikleri doğru cevap sayılarının ortalamasının $13,41 \pm 3,80$ (minimum=1, maksimum=20) olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan hekimlerin %15,8'i (n=32) sigara kullandığını, %8,4'ü (n=17) sigarayı bıraktığını, %75,9'u (n=154) hiç sigara içmediğini belirtti. Sigara kullanan 32 katılımcı; ortalama $9,81 \pm 6,32$ yıldır sigara kullanıyor ve günde ortalama $13,78 \pm 6,86$ adet sigara içiyordu. Paket/yıl değerlerinin ortancası 5,00 (minimum=0,25, maksimum=37,50) iken, FNBT skorlarının ortalaması $3,39 \pm 2,75$ idi. Sigara kullanan katılımcıların FNBT skorları değerlendirildiğinde; %41,9'unun (n=13) çok düşük, %25,8'inin (n=8) düşük, %12,9'unun (n=4) orta, %12,9'unun (n=4) yüksek ve %6,5'inin (n=2) çok yüksek derecede nikotin bağımlısı olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %14,3'ü (n=29) sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almış, %85,7'si (n=174) herhangi bir eğitim almamıştı. Yaş ile hekimlerin sigara içme durumlarına bakıldığında yaş arttıkça sigara kullanım oranı anlamlı olarak artmıştı (**p=0,002**). Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigara içme durumları incelendiğinde erkek hekimlerin kadın hekimlere oranla anlamlı fazla sayıda sigara kullandığı görüldü (**p=0,004**). Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre bilgi puanları incelendiğinde, eğitim alan katılımcıların bilgi sorularına verdikleri doğru cevap ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü (**p=0,023**).

Sonuç: Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almalarının yanı sıra, uzman ve öğretim görevlisi olmak gibi tıp eğitimi içerisinde geçirilmiş sürenin daha fazla olması durumu da sigara ile ilgili farkındalığın yüksek, sigara bırakma tedavileri ile ilgili tutum ve davranışın daha olumlu olması ile ilişkili bulunmuştur. Sigara ve sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili hem tıp fakültesindeki hem de mezuniyet sonrası dönemdeki eğitimlerin sayı ve kalitesindeki artış; hekimlerin bu konudaki farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarına önemli katkılar sağlayacaktır. Tüm toplumu kapsayacak şekilde koruyucu sağlık hizmeti sunan aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerin, çağımızın en önemli toplum sağlığı sorunlarından birisi olan ve doğru stratejilerle sağlığa olan zararlarının önüne geçilebilecek sigara ve

tütün bağımlılığı konusunda daha bilinçli ve daha etkin rol alması gereklidir. Bu konuda gerekli politikaların üretilmesine, sigara bırakma konusuna gereken değerin ve ağırlığın verilmesine, eğitimlerin sayı, kalite ve erişilebilirliğinin artırılmasına ve bu konuda daha kapsamlı bilimsel araştırmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Sigara Bırakma Tedavisi, Hekimler



ABSTRACT

Introduction and Aim: Tobacco use is one of the most important risk factors for chronic non-communicable diseases, and is a preventable cause of morbidity and mortality, and is a global public health problem affecting the whole world. Smoking has an important place among the risk factors for the development of diseases such as cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory system diseases and diabetes, which are the most common causes of death worldwide. Among the basic duties and responsibilities of physicians and health workers are the prevention of diseases and the improvement of existing health. It is both an easy and effective method within the scope of tobacco control that physicians ask each patient who applies to them about their smoking status and recommend that they quit if they do. It is known that physicians can make 5-10% of patients quit smoking even with this questioning and advice alone. It is clear that all physicians, especially primary care physicians who provide various health services to the society, need to increase their awareness about smoking, which is a risk factor for many preventable diseases in the world, to increase their level of knowledge, and to change their negative attitudes and behaviors. This study was planned to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of physicians working in a university hospital about smoking cessation treatments.

Materials and Methods: This study is a descriptive and cross-sectional study. The universe of the study consists of physicians (assistant, specialist, lecturer) working at Düzce University Research and Application Hospital between January 1, 2023 and April 1, 2023. 203 physicians who agreed to participate in the study were included. A printed questionnaire was used to collect data in the study. The created questionnaire was hand-delivered to all participants. The nicotine addiction of the smokers was evaluated with the Fagerström nicotine dependence test (FNBT). Data were evaluated in SPSS 23.0 statistical package form. A p value of <0.05 was accepted for statistical significance.

Results: A total of 203 physicians participated in the study. 47.8% (n=97) of the physicians were female and 52.2% (n=106) were male. When the general branches of the participants are examined; 4.9% (n=10) were preclinical, 68.5% (n=139) were internal medicine physicians, 26.6% (n=54) were surgical specialists.

Of the physicians participating in the study, 80.8% (n=164) were research assistants, 2% (n=4) were specialists, and 17.2% (n=35) were faculty members. The mean age of the participants was 31.34 ± 6.87 (minimum=24, maximum=61). It was determined that the average number of correct answers given by the participants to a total of 20 questions measuring the level of knowledge about smoking cessation counseling was 13.41 ± 3.80 (minimum=1, maximum=20). Of the physicians participating in the study, 15.8% (n=32) stated that they used to smoke, 8.4% (n=17) had quit smoking, and 75.9% (n=154) had never smoked. 32 smokers; He had been smoking for an average of 9.81 ± 6.32 years and smoked an average of 13.78 ± 6.86 cigarettes per day. While the median of package/year values was 5.00 (minimum=0.25, maximum=37.50), the mean of FNBT scores was 3.39 ± 2.75 . When the FNBT scores of the smoking participants were evaluated; 41.9% (n=13) very low, 25.8% (n=8) low, 12.9% (n=4) moderate, 12.9% (n=4)) and 6.5% (n=2) were determined to be highly addicted to nicotine. 14.3% (n=29) of the physicians received smoking cessation counseling training, and 85.7% (n=174) did not receive any training. Considering the age and smoking status of physicians, the rate of smoking increased significantly as age increased ($p=0.002$). When the smoking status of the participants was examined by gender, it was seen that male physicians smoked significantly more than female physicians ($p=0.004$). When the knowledge scores of the participants were examined according to their smoking cessation counseling training, it was seen that the average of correct answers to the information questions of the participants who received the training was significantly higher ($p=0.023$).

Conclusion: In addition to receiving smoking cessation counseling training, the fact that the participants had more time spent in medical education such as being a specialist and lecturer was also associated with higher awareness about smoking and more positive attitudes and behaviors related to smoking cessation treatments. Increase in the number and quality of education on smoking and smoking cessation counseling, both in the medical school and in the postgraduate period; It will make important contributions to the awareness, knowledge, attitudes and behaviors of physicians on this issue. All physicians, especially family physicians, who provide preventive health services to cover the whole society, should take a more conscious and more active role in smoking and tobacco addiction, which is one of the most

important public health problems of our age and whose harm to health can be prevented with the right strategies. It is necessary to produce the necessary policies in this regard, to give the necessary value and weight to the issue of smoking cessation, to increase the number, quality and accessibility of trainings, and to conduct more comprehensive scientific research on this subject.

Keywords: Smoking, Smoking Cessation Treatment, Physicians



İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT (İNGİLİZCE ÖZET)	v
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tütün Nedir?	4
2.2. Dünyada Tütünün Tarihçesi	4
2.3. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi	6
2.4. Türkiye’de Tütünle Mücadelenin Tarihçesi	8
2.4.1. MPOWER Politika Paketi	10
2.5. Türkiye’de Tütün Kullanımı ile İlgili Veriler	11
2.5.1. Tütün Kullanımı ile İlgili Veriler	11
2.5.2. Tütün Kullanmayı Bırakma ile İlgili Veriler	11
2.5.3. Tütün Dumanından Pasif Etkilenme ile İlgili Veriler	12
2.6. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluk Belirtileri	13
2.7. Sigara Bırakma Danışmanlığı	14
2.7.1. Transteorik Model	14
2.7.2. Sigara Bırakma Danışmanlığında 5A/5Ö Yaklaşımı	16
2.7.2.1. Ask – Öğren	16
2.7.2.2. Advice – Öner	16
2.7.2.3. Assess – Ölç	17
2.7.2.3.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	18
2.7.2.4. Assist – Önderlik Et	19

2.7.2.5.	Arrange – Örgütle	20
2.7.3.	Sigara Bırakma Danışmanlığında 5R Yaklaşımı	20
2.7.3.1.	Relevance (İlişkilendirme)	20
2.7.3.2.	Risks (Riskler)	21
2.7.3.3.	Rewards (Kazançlar/Ödüller)	21
2.7.3.4.	Roadblocks (Engeller)	21
2.7.3.5.	Repetition (Tekrarlama)	22
2.7.4.	Sigara Bırakma Tedavisinde Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım	22
2.7.4.1.	Motivasyonel Görüşme	23
2.7.5.	Farmakolojik Tedavi	24
2.7.5.1.	Nikotin Replasman Tedavileri	24
2.7.5.1.1.	Nikotin Sakızı	24
2.7.5.1.2.	Nikotin Bandı	25
2.7.5.2.	Bupropion	26
2.7.5.3.	Vareniklin	27
2.8.	Sigara ve COVID-19	27
2.9.	Sigara ile Mücadelede Hekimin Rolü	28
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	30
4.	BULGULAR	33
5.	TARTIŞMA	57
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	65
7.	KAYNAKLAR	67
8.	EKLER	79
8.1.	Ek 1.Anket Formu	79

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

COVID-19: Corona Virus Disease 2019 (Yeni Koronavirüs Hastalığı)

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

FTT: Fagerström Tolerans Testi

GATS: Global Adult Tobacco Survey

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

GİS: Gastrointestinal Sistem

KGTA: Küresel Gençlik Tütün Araştırması

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

MAO: Monoamin Oksidaz

MPOWER: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce ve Raise terimlerinin baş harfleri

SSUK: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 Yılı Karşılaştırması

Tablo 2. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler

Tablo 3. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, hekimlik süresi ve doğru cevapladıkları bilgi düzeyi soru sayıları ile ilgili veriler

Tablo 4. Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları ile ilgili veriler

Tablo 5. Katılımcıların sigara kullanım durumları ve sigara bırakma denemeleri ile ilgili veriler

Tablo 6. Sigara kullanan ve sigarayı bırakmış katılımcıların; sigara kullanımı, bırakma denemeleri ve nikotin bağımlılık skorları ile ilgili veriler

Tablo 7. Katılımcıların sigara bırakma polikliniğinin varlığı ile ilgili farkındalıkları ve hasta yönlendirme durumları

Tablo 8. Hekimler ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığı ile ilgili veriler

Tablo 9. Sigara kullanan hekimlerin paket/yıl verileri ve bağımlılık skorlarının genel branşlarına göre dağılımı

Tablo 10. Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alan katılımcıların eğitim aldıkları yerler ile ilgili veriler

Tablo 11. Tutum değerlendirme soruları ve verilen cevapların dağılımı

Tablo 12. Bilgi düzeyi değerlendirme soruları ve verilen cevapların dağılımı

Tablo 13. Davranış değerlendirme soruları ve verilen cevapların dağılımı

Tablo 14. Sigara kullanan katılımcıların FNBT sorularına verdikleri cevaplar ve bağımlılık düzeyleri

Tablo 15. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, hekimlik süresi ve bilgi puanlarına göre sigara kullanım durumları

Tablo 16. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, genel branş ve unvanlarına göre sigara kullanım durumları

Tablo 17. Katılımcıların uzmanlık alanına göre sigara kullanım durumları

Tablo 18. Katılımcıların kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığına göre sigara kullanım durumları

Tablo 19. Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre sigara kullanım durumları

Tablo 20. Katılımcıların genel branşlarına göre bilgi puanları

Tablo 21. Katılımcıların unvanlarına göre bilgi puanları

Tablo 22. Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre bilgi puanları

Tablo 23. Katılımcıların kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığına göre doğru cevaplanan bilgi sorusu sayısı

Tablo 24. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre sigara kullanım durumları

Tablo 25. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre genel branşları

Tablo 26. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre unvanları

Tablo 27. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumları

Tablo 28. Katılımcıların bazı önemli tutum ve davranış durumlarına göre sigara bırakma danışmanlığı bilgi düzeyi testinde doğru cevapladıkları soru sayıları

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün kullanımı, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar açısından en önemli risk faktörlerinden birisi olmakla beraber önlenabilir bir morbidite ve mortalite sebebidir (1). Bununla beraber 20. Yüzyılda yaklaşık 100 milyon kişinin ölümüne sebep olmuş, 21. yüzyılda ise 1 milyar kişinin ölümüne sebep olacağı tahmin edilen tütün kullanımı ve bağımlılığı, tüm dünyayı etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde ölümlerin en sık nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabet gibi hastalıkların gelişmesinde risk faktörleri arasında sigara kullanımının önemli bir yeri vardır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2015 yılında 1,1 milyarın üzerinde insan tütün ürünü kullanmakta ve bu sayı dünya nüfusunun %15'ini oluşturmaktadır. Sigara veya tütün ürünü kullanımıyla ve pasif maruziyeti ile bir yılda 7 milyona yakın kişi hayatını kaybetmekte; 2030 yılına gelindiğinde bu sayının yılda 8,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (1).

Tütün kullanımı nedeniyle oluşan ölümlerin yaklaşık 6 milyonu direkt tütün kullanımına bağlı iken, 600.000'e yakın ölüm ise pasif maruziyete bağlı olarak gelişmektedir (1). Pasif maruziyet sonucu gelişen ölümcül hastalıklar arasında iskemik kardiyovasküler hastalıklar, kronik alt solunum yolu hastalıkları ve akciğer kanseri bulunmaktadır. Pasif maruziyete bağlı ölümlerin %28'i çocuklarda ortaya çıkmakta, bu nedenle ölen çocukların sayısı her yıl 60.000-70.000'i bulmaktadır (3). Aynı zamanda hamilelik döneminde annenin sigara kullanması bebeklerde ömür boyu sürecek ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (4).

Dünya geneli sigara kullanım oranları incelendiğinde, sigara kullanan 1,1 milyar insanın %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı görülmektedir. Bu gibi ülkelerde sigara kaynaklı hastalıklar ve ölümler, ülkelerin sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır. Tütün kontrol programları ile insanları sigaradan uzak tutmak ve sigara içenleri bırakmaları yönünde desteklemek, hem sağlık hem de ekonomi açısından hayati öneme sahiptir. 2019'daki WHO raporu ışığında yapılan tahminlere göre; 2020 yılına kadar tütün kullanımının yarıya düşürülmesi ile 2050 yılına kadar gerçekleşecek 180 milyon ölümün önüne geçilebilecektir (5).

DSÖ verilerine göre, Afganistan, İran, Irak, Pakistan, Suriye, Tunus ve Yemen gibi Doğu Akdeniz ülkelerinde özellikle erkeklerde sigara kullanım prevalansı oldukça yüksektir (%36,8) (6). Küresel çapta sigara kullanma oranları düşmesine rağmen, ülkemize komşu ve/veya yakın olan bu bölge ülkelerinde gelecekte daha da artabileceği öngörülmektedir (7, 8).

Dünyada tütün kullanımının en yaygın olduğu ülkeler Çin, Endonezya ve Hindistan'dır. Türkiye, yaklaşık 18 milyon tütün kullanıcısı ile en fazla tütün kullanımının olduğu onuncu ülke konumundadır. Ülkemizin de içerisinde yer aldığı bu ilk 10 ülkedeki tüketim, dünyada tütün kullanımının üçte ikisini oluşturmaktadır (9).

Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) sigara veya tütün ürünü kullanmaktadır. Sigara kullanım oranı erkeklerde %44,1, kadınlarda ise %19,2 olarak belirlenmiştir. Günde içilen sigara adedi ortalaması 18'dir. 15-34 yaş arası tütün bağımlılarının yaklaşık %15'i, sigara içmeye 15 yaşından önce başladıklarını belirtmişlerdir. 18 yaşından önce sigaraya başlayanların oranı %57,7 iken, ortalama sigaraya başlama yaşı 17'dir (10).

Hekimler ve sağlık çalışanlarının temel görev ve sorumlulukları arasında hastalıkların önlenmesi ve mevcut sağlığın geliştirilmesi bulunmaktadır. Hekimlerin kendilerine başvuran her hastaya sigara kullanım durumunu sorması ve eğer kullanıyorsa bırakmasını tavsiye etmesi, tütün kontrolü kapsamında hem kolay hem de etkili bir yöntemdir. Hekimlerin sadece bu sorgulama ve tavsiyeyle bile hastaların %5-10'una sigarayı bıraktırabildikleri gösterilmiştir (11, 12).

Sigara ve tütün ürünleri ile mücadele yolunda topluma sigarasız yaşam konusunda rol-model olmak dışında hekimlere düşen en önemli görev; hastalarına sigara kullanım sorgulaması yapma, sigara içen hastalarına bırakmaları yönünde tavsiyelerde bulunma ve uygun sigara bırakma tedavileri açısından bilgilendirme ve yönlendirme yapmaktır. Yapılan çalışmalarda bu sorgulama, tavsiyelerde bulunma ve bilgilendirme görevlerinin yeterli düzeyde olmadığı, hekimlerin sigara kullanımı ile alakalı farkındalıklarının çok daha yüksek bir düzeye gelmesi gerekliliği saptanmıştır. Özellikle tüm topluma çok çeşitli sağlık hizmetleri sunmakta olan birinci basamak hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin, dünyada önenebilir

hastalıkların birçoğu için risk faktörü olan sigara kullanımı konusunda farkındalıklarının artması, bilgi düzeylerinin yükselmesi, olumsuz tutum ve davranışlarının değişmesi gerekliliği açıktır. Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin sigara bırakma tedavileri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Nedir?

Patlıcangiller (solanacea) familyasında bulunan tütün(nicotiana) bitkisi, yıllık bir bitki türüdür. Nicotiana cinsinin en bilindik ve yaygın olan türleri Nicotiana Tabacum ve Nicotiana Rustica'dır (13). Sigara gibi tütün ürünlerinin imalatında bu türler kullanılmaktadır. Tütün bitkisini diğer bitki türlerinden ayıran en önemli özelliği, yapraklarında azotlu bir madde olan ve tütüne toksik özelliğini kazandıran alkaloidlerin yaklaşık %95 ini oluşturan nikotini içermesidir. Nikotin keyif verici ve bağımlılık oluşturan güçlü bir maddedir (14).

2.2. Dünyada Tütünün Tarihçesi

Tütün, Güney Amerika topluluklarının yüzyıllardır hem ilaç olarak hem de dini ritüellerde tütsü şeklinde kullandıkları bilinen bir bitki türüdür. Dünyanın bu bitki ile tanışması ise 1492 de Kristof Kolomb ve arkadaşlarının Amerika kıtasına ayak basmaları sonucu olmuştur (15). Yerlilerin tütünü içmek için "tobacco" ismindeki saz borusundan faydalandıkları, Kolomb'un da bu nedenle bu bitkiye tobacco ismini verdiği belirtilmektedir (16).

Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot'un, Amerikan yerlilerinin baş ağrısı tedavisi için kullandıkları tütünü 1559'da Fransız kraliçesine sunduğu ve tütünün kraliçenin baş ağrısı şikayetine iyi geldiğini bildiren kaynaklar da mevcuttur (15). Bu olaydan kaynaklı olarak tütün bitkisine "nicotiana" ismi verilmiş, daha sonra 1828 de bu bitkiden izole edilen alkaloid maddeye ise "nikotin" ismi verilmiştir (16). Fransa'dan neredeyse tüm Avrupa'ya yayılan tütün, o dönemde çok kıymetli bir bitki haline gelerek sadece saraylar veya malikanelerde yaşayan zengin Avrupalıların kullanabildiği bir ürün olmuştur (15).

Tütün bitkisinden Maya, Aztek ve Mısır gibi medeniyetlerde de dini ritüeller ve ilaç tedavisi amacıyla yararlanıldığı bilinmektedir (16).

Tütün tüketiminin ilk şekli, kurutulmuş tütün yapraklarının bir borunun ucunda yakılarak dumanının diğer uçtan akciğerlere çekilmesidir. İlerleyen yıllarda bu ilkel pipo şeklindeki kullanım "cigar" ve "papelitos" olarak isimlendirilen puro

şekilleri vasıtasıyla sarılıp içilerek sigara tarzı kullanıma doğru evrilmiştir. Avrupa’da bu şekilde sigara benzeri kullanım ilk olarak İspanya’da, daha sonrasında ise Fransa’da gerçekleşmiştir. İlk sigaralar 1844 de Fransa’da üretilmiş, aynı zamanda İtalya’da üretilen kağıt puro versiyonu da talep gören bir ürün haline gelmiştir (17).

Kırım Savaşı esnasında (1856), gazete kağıtlarına sarılarak hazırlanan sigara benzeri tütün ürünleri Türk, Fransız, İngiliz ve yerli askerler arasında çok popüler olmuştur. Savaş şartlarında tütün tüketiminin artışı ile birlikte askerlerin savaş sonrası yurtlarına döndüklerinde tütün tüketimine devam etmeleri sigara sanayisinin gelişmesinin önünü açmıştır (18). Amerikalı James Bonsack’ın 1880 de sigara üretiminde kullanılan ilk makinenin patentini alması ile sigara üretiminin makineleşmesi sağlanmış, yeni bir sanayi kolu doğmuştur (19).

Tütün, 16. yüzyıl ile 20. yüzyıl arasında baş ağrısı, grip, diş ve dişeti rahatsızlıkları, psikiyatrik hastalıklar, sindirim ve idrar problemleri, cilt lezyonları, veba, sifiliz ve hatta akciğer hastalıkları gibi çok çeşitli rahatsızlıkların tedavisi amacıyla, farklı kullanım şekilleri vasıtasıyla tüketilmiştir (20).

Zamanla sigaranın bir ilaç veya tedavi olmadığı anlaşılmaya başlanmıştır. İlk olarak 1601 yılında Londra’da “Baca Süpürücüler İçin Çalışmak” adlı isimsiz bir afiş ile sigaranın zararlarına dikkat çekilmiştir. 1604’te İngiltere Kralı I. James tarafından tütün kullanımının akciğer ve burun gibi organlara zararları olması ile ilgili bir ikaz yazısı yayınlatmıştır. 1660 İngiltere’si, tütün ekimine ve ihracatına kısıtlamalar getirmiştir (20).

Devlet politikalarının yanı sıra bazı İngiliz hekimler de araştırmalarında ve kitaplarında sigaranın ve diğer tütün ürünlerinin beyin ve göz üzerine olan zararları, sindirimi yavaşlatması, kalpte ritim bozukluğu yapması, ülserle burun kanseri yapması, alt dudak kanserine yol açması, içerdiği kanserojen maddeler nedeniyle çeşitli neoplazilere yol açması üzerinde durarak ikazlarda bulunmuşlardır (20).

1800’lere gelindiğinde tütün kullanımı, tıbbi nedenlerden daha çok keyif verici özelliği nedeniyle tüketilir duruma gelmiştir. 1900’lerde de tütün kullanımının bilinirliği ve popülaritesi artırarak devam etmiştir (20).

Sanayi Devrimi ile popülerliği artan tütün ve özellikle sigara kullanımı esas olarak 2 önemli popülerleşme dönemi geçirmiştir. İlki Birinci Dünya Savaşı (1914) sırasında batı ülkelerinde, ikincisi ise ilk dönemden yaklaşık 30 yıl sonra 1940'larda Asya ülkelerinde gerçekleşmiştir (21).

1941 yılında Amerikalı göğüs cerrahları Alton Oscler ve Michael DeBakey, akciğer kanseri vaka sayısındaki artışın sebebi olarak artan araba üretimi ve sigarayı göstermişlerdir (20). Sigara ile akciğer neoplazileri arasındaki ilişkiyi gösteren epidemiyolojik çalışmalar 1950'de yayınlanmaya başlamıştır (22). 1950'de ABD'de yayımlanan bir çalışma ile tütün ile bronşiojenik karsinom arasında olası bir etiyolojik bağlantı varlığı gösterilmiştir (20).

1964'te Amerikalı genel cerrah Luther L. Terry'nin 1200 çalışmanın sonuçlarını değerlendirerek yayınladığı rapor, sigaranın zararlı etkileri ile ilgili bir dönüm noktası niteliğindedir. 1965'te federal bir mevzuat çıkartılarak tüm sigara paketlerinde sağlığa zararlı olduğuna dair uyarıcı yazılar bulunması zorunlu kılınmıştır. 1986'da ise bu uyarıcı yazı zorunluluğu dumsız tütün ürünlerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (23).

1990'lardan itibaren sigaranın en önemli hastalık sebeplerinden biri olduğu, ancak sigara kullanımını azaltacak politikaların üretimi konusunda ülke yöneticilerinin gereken kararlılıkta olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Günümüzde sigara ve tütün kullanımının birçok hastalığın temel sebebi olduğu kabul görmektedir (22).

Tütün ürünlerinin insan sağlığı üzerine zararları belirli aralıklarla belirtilmiş olmasına karşın, insanoğlunun bu konuda bir bilinç geliştirmesi yaklaşık 450 sene sürmüştür (20).

2.3. Türkiye'de Tütünün Tarihçesi

Tütünün İstanbul'a ilk gelişinin İngiliz, İtalyan ve İspanyol gemici ve tüccarlar vasıtasıyla olduğu çeşitli kaynaklarda yer almaktadır (17)

Peçevi Tarihi, 1600'lerin başında İstanbul'a gelen tütünün ilk zamanlar rutubete bağlı bazı hastalıkların tedavisinde kullanılması amacıyla satıldığını, ancak sonrasında hem halk arasında hem de devlet adamları ve memurların tütün bağımlısı haline geldiğini aktarmaktadır (16).

Avrupa'dan Osmanlı'ya yayılan tütün üretimi, ülkenin coğrafi olarak tütün yetiştirmeye elverişli olması ve tütün yetiştiriciliğinin hızla gelişmesi ile Osmanlı'da da yaygınlaşmıştır. Yetiştirilen kaliteli tütün "Türk tütünü" ve "şark tütünü" adıyla Avrupa'da ve dünyada nam salmaya başlamıştır. Sonuç olarak Türk tütününe artan ilgi sayesinde tütün, ülke ekonomisi için önemli bir mahsul haline gelmiştir (24).

Osmanlı döneminde tütün politikaları da zamanla çeşitli değişimler göstermiştir. IV. Murat tarafından 1634'te yasaklanan tütün kullanımı, 1646'da IV. Mehmet yönetiminde tekrar serbestleştirilmiştir. İlerleyen yıllarda dışarıdan teminine ve satışına vergiler getirilmiş, zamanla bu vergiler arttırılmıştır. 1861'de dışarıdan alımı tamamen yasaklanan tütünün 1862 de tekel olarak işletilmesi kanunen kararlaştırılmıştır. 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi gerçekleştiren fabrikalar inşa edilmiş, satış fiyatlarının kaydı ve bandrol yöntemi kullanılmaya başlanmıştır (16).

1883'te kurulan Reji Şirketi, Osmanlı Devleti'nin borçlarına bedel olarak yaklaşık 40 yıl boyunca Türk tütününün işletmesini yapmış, 1925 yılında ise şirketin idaresine son verilerek tüm işletmeler devlet tekel idaresi bünyesine alınmıştır. Yıllar içerisinde çeşitli kanuni düzenlemeler yapılmış, 1986'da çıkarılan bir yasa ile tütün işletmesindeki devlet tekeli sonlandırılmış, pazara uluslararası şirketlerin de katılmasının önü açılmıştır (24).

Tütün üretim faaliyetlerinde Osmanlı döneminden 1980'li yıllara kadar geldiğimizde genel olarak artış olmakla birlikte, geliştirilen politikalar ile dalgalı bir seyir görülmüştür. Son yıllarda ise sigaranın insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, bu etkilerine karşı oluşan toplumsal bilinç ve tütün tüketimini yasaklayıcı politikalar sayesinde tütün üretiminde ve tüketiminde azalma meydana gelmiştir (24).

2.4. Türkiye’de Tütünle Mücadelenin Tarihçesi

Türkiye’de tütün endüstrisinde uluslararası şirketlerin etkin olması ve reklam çalışmaları yapması sonucu ülkemizde tütün kullanımı hızla yaygınlaşmış, bunun sonucu olarak da tütün kullanımıyla mücadele etmeye yönelik politikalar üretilmesi söz konusu olmuştur. 1991’de tütün kullanımını kontrol amacıyla hazırlanmış olan yasa tasarısı dönemin Cumhurbaşkanı tarafından kabul görmemiştir. Bu dönemde sigara ve tütün kullanımına karşı sivil toplum örgütlenmeleri de oluşmaya başlamış, 1993’te Ankara’da ‘‘Sigara ve Sağlık’’ sempozyumu organize edilmiştir. Bu sempozyum sonrası tütün kullanımı kontrolü konusu üzerine çalışan kuruluşların organize olabilmesi amacıyla 1995 yılında ‘‘Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK)’’ kurulmuş, bu komitenin üyeleri daha önce veto edilen yasa tasarısının tekrardan gündeme gelmesini sağlamıştır. 7 Kasım 1996’da mecliste kabul edilen ‘‘4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’’, 26 Kasım 1996’da Resmî Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe alınmıştır (25). Bu kanun ile gelen temel düzenleme maddeleri aşağıdaki şekildedir:

- Bazı kamusal alanlarda tütün kullanım yasağı (sağlık ve eğitim kuruluşları, eğlence ve spor yerleri ile toplu taşıma araçları)
- Tütün ürünlerinin tanıtım ve reklam yasağı
- 18 yaşından küçükler tütün ürünü satışı yasağı
- Sigara paketlerinin üzerine sağlık uyarısı yazılması
- TV ve Radyo kanallarına ayda en az 90 dakika eğitici yayın yapma zorunluluğu
- Cezai hükümler

Yürürlüğe alınan yasa sonrası tütün endüstrisinden yasanın iptali yönünde baskılar yapılmış fakat karşılık bulmamıştır. Yasadaki tüm maddelerin eksiksiz yerine getirildiği söylenemezse de, özellikle toplu taşıma araçlarında sigara yasağı, reklam yasağı, sigara paketlerinin üzerine uyarıcı yazıların konulması ve görsel medyadaki bilinçlendirme yayınları konusunda önemli bir başarı sağlanmıştır (25)

1996’da yürürlüğe giren 4207 sayılı yasa ile bazı kamusal alanlarda sigara kullanımının kısıtlanması, yasanın kapsamının genişletilmesi durumuna algısal

olarak hazırlık sağlamıştır. Bu kapsam genişlemesi yaklaşık 12 yıl sonra (2008) gerçekleşecektir (26).

Tütün kontrolü ile ilgili Türkiye ile eşzamanlı olarak küresel çapta da çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. Dünyanın çeşitli ülkelerinde tütün kontrol politikaları üretilmeye başlanmış, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de bu konuda çalışmalar yapmıştır. Yaklaşık 2 sene süren çalışmalar sonucunda 2003 yılında DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS-Framework Convention on Tobacco Control), DSÖ Genel Kurul toplantısında kabul edilmiştir. Sözleşme çerçevesinin ana unsuru tütüne ulaşımın, tütün talebinin ve tütün arzının azaltılmasıdır. Çerçeve sözleşmesinde taraf olan ülkelere beklenen tutum, ulusal tütün kontrol programı oluşturmaktır. Türkiye sözleşmeyi 2004 yılında imzalayarak ve TBMM’de onaylayarak bu sözleşmede taraf olmuştur. Devlet ve sivil toplum organizasyonlarının birlikte yürüttüğü çalışma sonucu ile ilk etapta Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008-2012 Tütün Kontrolü Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır (25).

4207 sayılı yasaya göre sigara içilmesinin yasaklandığı mekanlar dışında kalan restoran, kahvehane ve barlar gibi ikram sektörü mekanlarında yasaklamanın olmaması, hem bu yasanın kapsamının genişletilmesi hem de eylem planı oluşturulması yönünde yeni politikaların üretilmesi gerekliliğini doğurmuştur. Bu doğrultuda Ocak 2008’de ‘‘5727 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’’ kabul edilerek Resmî Gazetede ilan edilmiştir. Bu yeni yasa değişikliği ile daha önce belirtilen mekanlara ek olarak okullar ve okul bahçeleri, taksi hizmeti veren araçlar ve ikram sektörü de yasaklar kapsamına alınmıştır. Ayrıca daha önce yasaklanmış olan reklam ve tanıtım faaliyetlerine, sponsorluk faaliyetindeki yasaklama da eklenmiştir. Yeni yasada bunlarla beraber yasaya uymayanlara verilecek cezalar da daha somut hale getirilmiştir. Bu yasayla birlikte Türkiye ‘‘tam sigara dumansız ‘‘ bir ülke olmuştur (26).

Dünya Sağlık Örgütü’nden edinilen verilere göre Türkiye, Temmuz 2009 itibariyle tütünle mücadele konusunda en kapsamlı yasaya sahip olan dünyada altıncı, Avrupa’da ise üçüncü ülke olmuştur. 2008 yılı itibariyle yürüttüğü kapsamlı

mücadele çalışmaları neticesinde Türkiye, DSÖ'nün tütünle mücadele kapsamında önerdiği MPOWER politika paketini tüm unsurları ile tamamlayabilen ilk ülke konumuna gelmiştir (26).

2.4.1. MPOWER Politika Paketi

- Monitoring of tobacco use and prevention policies - Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izle:

Türkiye’de bu kapsamdaki izlemler Sağlık Bakanlığı, DSÖ, CDC ve TÜİK iş birliğinde yürütülen Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA) ve Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) çalışmaları ile yapılmaktadır (27)

- Protect people from tobacco smoke - Toplumu tütün dumanından koru:

Ülkemizde ilk olarak 1996 yılında kabul edilen 4207 sayılı kanun ve daha sonra 2008 yılında bu kanunun kapsamı genişletilerek oluşturulan 5727 sayılı kanun ile tütün kullanımı kontrolüne yönelik yasal temel oluşturulmuştur. Bu kanunlar çerçevesinde 2009 yılı itibarı ile Türkiye “tam dumsız” ülke konumuna gelmiştir (28).

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

Ülke genelindeki sağlık kuruluşlarında yer alan sigara bırakma polikliniklerinde, sigara içen kişilere hem psikososyal destek sağlanmakta hem de gerekli durumlarda farmakolojik tedavi sunulmaktadır. Ayrıca Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı ile hem bu poliklinikler için randevu oluşturulmakta hem de danışmanlık ve takip hizmetleri verilmektedir (29).

- Warn about the dangers of tobacco – Tütünün zararları hususunda uyarıda bulun:

Ülkemizde 1996 ve 2008 yılında kabul edilen tütün kontrol yasaları kapsamında televizyon kanallarına, sigara ve tütün kullanımının zararları ile alakalı ayda en az 90 dakikalık yayın yapma zorunluluğu getirilmiştir. Aynı zamanda sigara paketlerinin üzerinde de yazılı ve görsel uyarılar bulunması zorunluluğu vardır.

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

Ülkemizde tütün ürünleri ile ilgili tüm reklam, tanıtım ve sponsorluk faaliyetleri yasaklanmıştır. Ayrıca sigara satan işletmelere, sigara paketlerinin dışardan görünmeyecek şekilde muhafaza edilmesi zorunluluğu getirilmiştir (29).

- Raise taxes on tobacco - Tütün ürünlerine yapılan vergi miktarını yükselt:

Türkiye’de sigara ve tütün ürünleri üzerinde yüksek vergilendirme politikası izlenmektedir. Günümüzde yüksek olan vergi oranları giderek artırılmaktadır (29)

2015’te yayınlanan küresel tütün kontrol raporuna göre ülkemiz MPOWER politika paketini yeterince etkili şekilde uygulamaktadır (27).

2.5. Türkiye’de Tütün Kullanımı ile İlgili Veriler

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (Global Adult Tobacco Survey, GATS) 2016 raporunda yer alan veriler aşağıda alt başlıklar halinde detaylandırılmıştır (10).

2.5.1. Tütün Kullanımı ile İlgili Veriler

Ülkemizde yaklaşık 19 milyon kişinin (%31,6) tütün tükettiği ve bu kişilerin %44,1’inin erkek, %19,2’sinin ise kadın olduğu saptanmıştır. Sigara kullanan kişilerin günde içtiği sigara sayısı ortalaması 18 olup, sigara içen kişilerde sabah ilk yarım saat içerisinde sigara içme oranı %21’dir. Sigara içmeye 18 yaş ve altında başlama oranı %7,5 olup, ortalama başlama yaşı 17’dir (10).

2.5.2. Tütün Kullanmayı Bırakma ile İlgili Veriler

Türkiye’deki veriler incelendiğinde, düzenli sigara içicilerinin %13,6’sının sigarayı bıraktığı, son 12 aylık süre içerisinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin %40,1’ine sigarayı bırakmasının önerildiği, halen sigara kullanan

kişilerin %32,8'inin sigarayı bırakmayla ilgili planı veya düşüncesi bulunduğu görülmektedir (10).

2.5.3. Tütün Dumanından Pasif Etkilenme ile İlgili Veriler

Sigara dumanından pasif etkilenim oranları aşağıdaki gibidir:

- Evde maruz kalma: %26,7
- İşyerinde maruz kalma: %10,6
- Şahsi araç içerisinde maruz kalma oranı: %17,4
- Taksi içinde maruz kalma: %16
- Halka açık alanlarda maruz kalma
 - Kamu kurumlarında maruz kalma: %4,7
 - Restoranlarda maruz kalma: %12,7
 - Kafe ve kahvehane gibi mekanlarda maruz kalma: %28

	2008 (%)	2012 (%)	2016 (%)
<i>SİĞARA İÇME SIKLIĞI</i>			
Erkekler	47,9	41,5	44,1
Kadınlar	15,2	13,1	19,2
Genel	31,2	27,1	31,6
<i>SİĞARA BIRAKMA</i>			
Sigara içenlerin sağlık kuruluşunda sigara bırakma tavsiyesi alma oranı	-	42,9	40,1
Sigarayı bırakmayı düşünenler	-	32,8	55,2
<i>PASİF MARUZİYET</i>			
İş ortamında maruz kalma	-	15,6	10,6
Evde maruz kalma	-	38,2	26,7
Restoranlarda maruz kalma	-	12,5	12,7
Kafe ve kahvehane vb. maruz kalma	-	-	28,0

Tablo 1.Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 Yılı Karşılaştırması (10, 28).

2.6. Nikotin Bağımlılığı ve Yoksunluk Belirtileri

Nikotin, beyinde bulunan nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanarak başta dopamin olmak üzere çeşitli nörotransmitterlerin salınımını artırır. Bu sayede zevk, uyarılma ve duygudurum düzenlenmesi gibi etkiler oluşturur. Bununla birlikte nöro adaptasyon olarak adlandırılan, tekrarlayan alım sonrası nikotinin çeşitli etkilerine karşı tolerans gelişmesi durumu da ortaya çıkmaktadır (30).

Düşük dozlarda alındığında uyarıcı etki gösteren nikotin; yüksek dozlarda alınması durumunda ilk olarak uyarıcı, daha sonra ise sakinleştirici etki oluşturur. Sigara içmenin yaygınlaşmasındaki temel sebeplerden birisi, tütün kullanıcılarının kısıtlı nikotin dozlarına tekrar tekrar erişme isteğidir (31).

Nikotin alınamaması durumunda görülen en yaygın yoksunluk belirtileri; irritabilite, anksiyete, kalp hızında yavaşlama, iştahta artış, konsantrasyon yeteneğinde azalma, kilo alma, aşırı tütün isteği ve uykusuzluktur (32).

2.7. Sigara Bırakma Danışmanlığı

Sigara bırakma danışmanlığı; sigara içen veya yeni bırakmış olan kişilerin, sigarayı bırakmaları ve bırakmış olma durumunu sürdürebilmeleri amacıyla bilişsel davranışsal yaklaşımlarla ve/veya farmakolojik tedavilerle desteklenmesini amaçlayan bir sağlık hizmetidir (33).

2.7.1. Transteorik Model

Sigara içme durumları bakımından farklı evrelerde bulunan kişilerin ihtiyaçlarının da farklı olacağından ötürü, sigara bırakma tedavilerinin daha etkin gerçekleştirilebilmesi açısından bu olguların sigara bırakma istekleri kapsamında doğru evrelendirilmesi önem taşımaktadır. Sigara bırakma tedavisini uygulayacak olan hekimin de hastasını doğru bir şekilde evrelendirmesi ve tanımlaması gereklidir (15). Bu bağlamda tanımlanmış olan “Transteorik Model” ile kişilerin sigara bırakma düşüncesi ve tedaviye hazır olma durumuna göre şekillenen 5 farklı evre tanımlanmıştır. Bu 5 evre (15, 34, 35):

- Bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation):

Sigara içen kişi, gelecekteki 6 aylık süre zarfında sigarayı bırakmayı düşünmemektedir. Sigarayı sever ve içmekten keyif alır. Sigaranın sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri hakkında ya bilgisi yoktur ya da bu etkileri kısmen bilmesine rağmen görmezden gelmektedir. Sigara bırakma konusunda yardım sağlayacak bilgidan kaçınmaktadır. Bu evrede bulunan kişilerin bir kısmı bırakmayı daha önce

denemesine rağmen başarılı olamamış, bu yüzden de sigara bırakma konusunda özgüven sorunu yaşamaktadırlar.

- Bırakmayı düşünme (contemplation):

Sigara içen kişi, gelecekteki 6 aylık süre zarfında sigarayı bırakmayı ciddi düzeyde düşünmektedir. Sigarayı bırakması durumunda sağlığı üzerine göreceği faydaların bilincindedir. Bununla beraber sigarayı hemen bırakma düşüncesi veya bırakmak için gün belirleme gibi bir niyeti yoktur. Bırakma konusunda hala tereddütler yaşamakta, bırakmasının önündeki engelleri ön planda tutmaktadır. Eyleme geçmek yerine düşünme evresinde takılı kalmıştır.

- Bırakmaya hazırlanma (preparation):

Sigara içen kişi, sigara kullanımının sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri hakkında ayrıntılı bilgi sahibidir. Gelecekteki 1 aylık süre zarfında ciddi olarak bırakmayı düşünmekle beraber bu amaçla yaşam tarzında önemli değişiklikler de yapmıştır.

- Bırakmayı deneme (action):

Bu aşamadaki kişi, sigarayı bırakmış fakat bırakalı daha 6 ay olmamıştır. Bu aşamada karşılaşılan en önemli problem nükslerdir. Nüksler ilk 2-3 hafta içinde %50 oranında görülürken, ilerleyen dönemde nüks riski giderek azalmaktadır. Bu sebeple nüksleri önleme açısından başlangıç aşamasında verilecek destek çok kıymetlidir. Zaman geçtikçe verilecek desteğin etkisi azalmaktadır.

- Bırakmayı sürdürme (maintenance):

Bu evrede bulunan kişinin sigarayı bırakmasının üstünden 6 aydan fazla bir süre geçmiştir. Sağlıklı bir yaşam sürdürme konusunda kendine olan güveni de artmıştır. Bu aşamada da nüksler olabilmektedir. Sigara bırakma konusunda başarılı olmuş kişiler daha öncesinde birkaç kez nüks durumunu veya yukarıdaki evreler arasında geçişler yaşama durumunu tecrübe etmiş kişilerdir.

Sigarayı bırakma yoluna giren kişiler bu bilgiler ışığında;

1)Sigara içen ve bırakma isteği olanlar

2)Sigara içen fakat bırakma isteği olmayanlar

3)Daha önce sigara içmiş olup yeni bırakanlar

olmak üzere 3 grupta sınıflandırılarak uygun tedavi kararı verilmektedir (36).

2.7.2. Sigara Bırakma Danışmanlığında 5A/5Ö Yaklaşımı

Sigara içen hastalara yaklaşım konusunda hekimlere yol gösterebilecek müdahale modelleri bulunmaktadır. Bırakma isteği olan kişilere yönelik 5A(Türkçe olarak 5Ö) modeli uygulamada hekimlere kolaylık sağlayan modellerden biridir (25, 37).

2.7.2.1. Öğren (Ask): Sigara içme durumunun sorulması

Sağlık sunucusuna başvuruda bulunan kişinin sigara içme durumunun sorgulanması çok önemlidir. Kişilerin başvuru sebeplerine ve sigara bırakma ile ilgili yardım talep edip etmeme durumlarına bakılmaksızın tüm kişilerin sigara kullanım durumu sorgulanmalıdır. Ek olarak, kişi sigara içmiyorsa bu içmeme halinin devamını sağlaması açısından pozitif geribildirim yapılması da önem arz etmektedir (25).

2.7.2.2. Öner (Advice): Bırakmanın önerilmesi

Sigara içen kişilere sigara bırakma önerisinde bulunulmalı, bu önerinin açık, güçlü ve kişi özelinde olmasına özen gösterilmelidir (33).

2.7.2.3. Ölç (Assess): Bırakma yönünde isteğinin değerlendirilmesi

Sigara içmekte olan her kişi, bırakma isteği açısından mutlaka sorgulanmalıdır. Bırakma isteği mevcut olanlara tedavi yaklaşımı gösterilmeli, bırakma isteği olmayanlara 5R yaklaşımı uygulanmalıdır. Bırakma isteği mevcut olan kişilerin bırakma isteğinin sebepleri irdelenerek kararlılık seviyeleri belirlenmeye çalışılmalıdır. Kişinin nikotin bağımlılık düzeyi (tercihen Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile) ve mümkünse CO düzeyi ölçülmelidir. Daha öncesinde sigara bırakma girişimi olmuş olan hastalarda bu süreçte yaşananlar, karşılaşılan engeller, en uzun bırakılan süre, sigara bırakma nedeniyle tedavi kullanım durumu açısından sorgulanmalıdır (15).

Nikotin bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde kullanılması için çeşitli ölçekler geliştirilmiş olmakla birlikte, en sık kullanılan ölçek Fagerström testidir. Sekiz sorudan oluşan Fagerström Tolerans Testi (FTT)'nin revize edilmesi ile altı sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) geliştirilmiştir (38-40). Fagerström testinde fiziki tolerans saptanırken, yoksunluk belirtileri ve dürtüsel sigara içme gibi diğer bağımlılık bileşenleri sorgulanmamaktadır. Ayrıca orta-ağır düzey bağımlılıkları belirlemede yeterince güçlü değildir. Ölçeğin gücünü en çok artıran iki soru, sabah içilen ilk sigaranın zamanı ve günde içilen toplam sigara sayısı sorularıdır (41, 42).

Sigara Ağırlık İndeksi, FNBT ölçeğinde sorgulanan günün ilk sigarasının içilme zamanı ve günde içilen toplam sigara sayısı sorularından oluşur. FNBT kadar iyi sonuçlar verdiği bildirilen bu indeks, uygulama kolaylığı açısından avantaj oluşturmaktadır (43, 44).

1997'de "European Medical Association Smoking or Health" tarafından yayınlanan kılavuzda, sabah içilen ilk sigaranın ilk yarım saat ve daha kısa süre içerisinde içilmesinin orta ve yüksek bağımlılık düzeyini gösterdiği belirtilmiştir (45).

2.7.2.3.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (46):

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

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

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

- a. Evet (1 puan)
- b. Hayır (0 puan)

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

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

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

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

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

- a. Evet (1 puan)
- b. Hayır (0 puan)

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

a. Evet (1 puan)

b. Hayır (0 puan)

Toplam puan:

0-2 puan: Çok az bağımlılık

3-4 puan: Az bağımlılık

5 puan: Orta derecede bağımlılık

6-7 puan: Yüksek bağımlılık

8-10 puan: Çok yüksek bağımlılık

2.7.2.4. Önderlik et (Assist): Bırakma girişiminin desteklenmesi

Sigarayı bırakmak isteyen kişiyle birlikte bir bırakma planı oluşturulmalı, takip eden iki haftalık süreç içerisindeki bir gün, bırakma günü olarak belirlenmelidir. İlk haftalarda kişinin yaşayabileceği nikotin yoksunluk semptomları hakkında bilgi verilmelidir. Etrafında kendisine sigarayı hatırlatacak tütün ürünlerini ve eşyaları kaldırması önerilmelidir (33). Belirlenen bırakma günü sonrasında kesinlikle sigara içmemesi gerektiği anlatılmalı, ‘‘Bir kereden bir şey olmaz’’ düşüncesi ile sigara içmeye geri dönüşün kolaylaştırılmış olacağı vurgulanmalıdır. Eğer kişi alkol kullanıyorsa, nükse sebep olmaması için alkol tüketiminden de uzak durulması önerilmelidir. Bırakma sürecinde destek olması amacıyla çeşitli fiziksel egzersiz programları tavsiye edilmelidir. Ayrıca sigara içme dürtüsü ile başa çıkabilmek için nefes egzersizi, meyve-sebze tüketimi ve duş alma gibi önerilerde bulunulabilir. Sigara bırakma süreci ile ilgili bilgiler içeren materyaller hasta ile paylaşılabilir. Ayrıca kontrendike değilse farmakolojik tedavi verilmesi düşünülebilir (15, 33).

2.7.2.5. Örgütle (Arrange): Nüksü önlemek için izlem

Sigarayı bırakan hastaların gerek yüz yüze gerekse telefonla aranarak takibi yapılmalıdır. İlk görüşme için ideal zaman sigara bırakma tarihinin ilk haftasıdır. Daha sonra hastanın durumuna göre çeşitli aralıklarla kontrol görüşmeleri sağlanmalıdır. Tüm görüşmelerde hasta sigarayı bırakması sebebiyle tebrik edilmeli, bu süreçte yaşanan zorluklar hakkında değerlendirmeler yapılarak çözüm önerileri sunulmalıdır. Kişi sigarayı bırakmada başarısız olmuşsa nüksün sebepleri incelenmeli ve kişinin sigarayı tekrar bırakabilmesi için çözüm yolları aranmalıdır. Farmakoterapi kullanılmışsa tedavi uyumu ve doz ayarlanması açısından yeniden değerlendirme yapılmalıdır. Karşılaşılan sorunların çözümlerinin mevcut olduğu, çarenin sigaraya yeniden başlamak olmadığı hastaya açık şekilde anlatılmalıdır (15).

2.7.3. Sigara Bırakma Danışmanlığında 5R Yaklaşımı

Sigara bırakma isteği mevcut olmayan kişiler için uygulanabilecek yaklaşım 5R modelidir. 5R içeriği “Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition” olarak oluşturulmuştur. Türkçe karşılığı olarak TeRKET “Tüm etkileri gözden geçir, Riskleri vurgula, Kazançları vurgula, Engelleri belirle, Tekrarla ” kısaltması kullanılmaktadır (25, 37).

2.7.3.1. İlişkilendirme (Relevance)

Kişinin sigara içmesi sonucu karşılaşacağı olumsuzlar ile kişinin o anki mevcut durumu arasında ilişki kurularak sigara bırakma konusunda yüreklendirilmelidir. O andaki hastalık, sosyal ve ekonomik durumu, önceki başarısız bırakma denemeleri irdelenmelidir (37).

2.7.3.2. Riskler (Risks)

Sigara kullanımının kişi ile ilgili potansiyel zararlı sonuçları belirlenmeye çalışılmalı, bu sonuçlar hakkında kişinin düşünceleri değerdendirilmelidir. Bazı örnek riskler (37):

- Akut risk örnekleri: Nefes darlığı, astım atağı, solunum yolları enfeksiyonları için risk artışı, gebeliğe zarar, infertilite ve empotans
- Uzun vadede risk örnekleri: Miyokard enfarktüsü, serebrovasküler olay, başta akciğer kanseri olmak üzere diğer kanser türleri, KOAH
- Çevresel risk örnekleri: Eř veya partnerde akciğer ve kalp hastalıkları riskinde artma, gebelikte sigara kullanımı sonucu düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölümü sendromu, artmış orta kulak ve solunum yolları enfeksiyon riski

2.7.3.3. Kazançlar/Ödüller (Rewards)

Hastaya, sigarayı bırakması durumunda elde edebileceği kazançları değerdendirmesi önerilmelidir (37). Sigarayı bırakmanın yaşam kalitesini arttırdığı, akciğer ve kalp hastalıkları riskini azalttığı, beklenen yaşam süresini uzattığı hastaya hatırlatılmalıdır. Ayrıca ekonomik olarak elde edeceği kazanımlar ile aile ve sosyal hayatında gerçekleşebilecek potansiyel kazanımlar ayrıntılı olarak anlatılmalıdır.

2.7.3.4. Engeller (Roadblocks)

Sigara bırakma konusunda hastaya engel olabilecek durumlar ve bu durumların üstesinden nasıl gelinebileceği, böylelikle sigara bırakma sürecinin nasıl daha konforlu geçirilebileceği değerdendirilmelidir. Olası sorunlar arasında yoksunluk semptomları, ağız içi yaralar, konstipasyon, iştah ve kilo artışı, depresyon vardır. Bu sorunların çözümünde hekimlerin yapacağı tıbbi öneriler hastaya yol gösterici olacaktır (15, 37).

2.7.3.5. Repetition (Tekrarlama)

Sigarayı bırakma konusunda istekli olmayan hastalarla her klinik karşılaşmada, 5R yaklaşımı gösterilerek hastaya sigara bırakma konusunda yardımcı ve yönlendirici olmaya çalışılmalıdır (37, 47).

2.7.4. Sigara Bırakma Tedavisinde Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım

Sigarayı bırakma sürecinde kişilerin bırakma başarısını olumsuz etkileyebilecek faktörler mevcuttur. Bunlar; alkol, kahve ve çay gibi içecekler veya yemek sonrası dönem gibi davranışsal faktörler, öfke, sevinç, üzüntü ve stres gibi duygusal faktörler, çevrede sigara içmeyi hatırlatabilecek küllük, çakmak ve sigara paketi gibi görsel faktörler, önceleri sigara içmek için gidilen mekanlarda bulunmak veya birlikte sigara içilen kişilerle bir araya gelmek gibi durumsal faktörler olabilir. Bu faktörlerden dolayı sigara bırakma sürecinde başarısızlıkla karşılaşılmasında için güçlü önlemler alınması gerekir. Bu süreçte uygulanabilecek bazı tavsiyeler;

- Görsel faktörlerin kontrolünde; kişide sigara içme dürtüsü oluşturabilecek küllük, çakmak ve sigara paketi gibi maddeler ortadan kaldırılmalıdır.
- Duygusal faktörlerin kontrolünde; kısa süreliğine mekân değiştirme, birkaç yudum su içme ve nefes kontrol egzersizleri yardımcı olabilir.
- Durumsal faktörlerin kontrolünde; öncesinde sigara içilen mekanlarda çeşitli değişiklikler yapılarak bu mekanların kişilere sigarayı hatırlatmasını önlemeye çalışılmalıdır. Bu bağlamda böyle mekanlarda temizlik yapılabilir ve mümkünse dizayn değişikliğine gidilebilir. Ayrıca eskiden sigara arkadaşlığı yapılmış kişilere, sigara bırakma sürecinde olduğu belirtilerek destekleri istenebilir.
- Davranışsal faktörlerin kontrolünde; sigara bırakmaya hazırlık yapıldığı dönemde çay ve kahve tüketiminin azaltılması, bırakma sonrası dönemde ise birkaç yudum soğuk su içmek ve şekersiz sakız kullanmak gibi çözüm yolları denenebilir.

Sigarayı bırakma sürecindeki kişiler; ağız içi yaralar, kilo alma, konstipasyon ve yoksunluk semptomları gibi çeşitli sorunlarla yüzleşmektedirler. Bu sorunların

çözümü için kişiye yardımcı olmak hem bırakma başarısını artırır hem de bu sürecin daha rahat geçirilmesini sağlar. Kişilere verilebilecek önerilerin bazıları:

- Yoksunluk semptomlarında farmakolojik tedavinin etkin dozda ve düzgün şekilde uygulanması
- Ağız içi ülserler için nikotin sakızı kullanımı
- Konstipasyon için lifli gıda alımının artırılması veya düşük potens laksatiflerin kullanılması
- Kilo artışını önlemek adına sağlıklı beslenme, yeterli sıvı tüketimi ve düzenli egzersiz tavsiyeleri verilebilir (15, 48-50).

2.7.4.1. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel destek görüşmesinde temel unsur, hasta ile empati kurarak değer verdiği kavramlarla sigara arasında bağlantı kurmak ve kişinin tedavi sürecinde etkin rol alması sağlanarak tedaviye direncinin azaltılmasıdır (51). Bu görüşme hasta odaklı olarak gerçekleştirilmeli, hastanın da mevcut durumunu ve duygularını anlatması sağlanmalıdır. Motivasyonel görüşmeyi gerçekleştiren sağlık profesyoneli, hastanın duygu ve düşüncelerine karşı anlayışlı olmalı, yargılayıcı davranışlardan kaçınılmalıdır (52). Sigara bırakma sürecinde ortaya çıkabilecek bırakma ve tekrar başlama durumlarına olumsuz geri dönüşlerle yaklaşılmamalı, böyle gelgitlerin bu süreçte olağan durumlar olduğu hastaya hatırlatılmalı, yargılayıcı tavırlardan kaçınılmalıdır.

Motivasyonel görüşme için ilk etapta hastanın sigara bırakma konusunda ne kadar istekli ve kararlı olduğu saptanmalıdır. Sağlık hizmeti için başvuran hastaların sigarayı bırakma düşünceleri olmayabilir, bırakma düşüncesine sahip fakat plan yapmamış olabilirler, plan yapan ve hatta bırakmayı deneyen kişiler olabilirler, ayrıca sigarayı başvuru öncesinde bırakmış da olabilirler. Hasta ile her klinik karşılaşmada mevcut durumundan bir üst duruma geçmesine yardım edilmeye çalışılmalıdır (15, 51).

2.7.5. Farmakolojik Tedavi

2.7.5.1. Nikotin Replasman Tedavileri

Nikotin yerine koyma tedavisi (Nikotin Replasman Tedavileri (NRT))’nin amacı, sigara bırakma sürecinde yaşanacak yoksunluk belirtilerini baskılayarak sigara içme isteğini azaltmaktır. Geniş çaplı yapılmış bir derlemede, başarılı bir şekilde uygulanan NRT tedavilerinde sigara bırakma başarısının %50-70 oranında arttığı belirtilmiştir (53). NRT tedavisi için uygun olan hasta grubu, FNBT testine göre orta veya yüksek bağımlılık düzeyine sahip veya günde 15 ten daha fazla sigara tüketen hastalardır. Ayrıca hafif bağımlılık düzeyine sahip olup diğer tedavi yöntemleri ile başarı sağlanamayan hastalarda da NRT denenebilir. NRT tedavi seçenekleri arasında transdermal nikotin bantları, sakız, pastil, inhaler nikotin ve nazal sprey bulunmaktadır. Nikotin bantları transdermal yavaş salımlı olarak vücuda nikotin sağlarken, diğer seçenekler ise bantlara kıyasla daha hızlı nikotin sağlamaktadır (15, 47).

2.7.5.1.1. Nikotin sakızı

2 mg ve 4 mg olmak üzere 2 farklı doz seçeneği mevcuttur. 2 mg formu günde 25 ten az sigara içenler için, 4 mg formu ise günde 25 veya üzerinde sigara içenler için uygundur. Günde kullanılabilecek maksimum sakız sayısı 24 tür. Kullanım süresi 8-12 haftadır (15, 33, 47).

Nikotin sakızı kullanımında nikotinin emilimi ağız mukozasından gerçekleşmektedir. Sigara içme dürtüsü oluştuğunda, nikotinin acı tadı hissedilene kadar sakız 5-10 kere çiğnenerek yanak mukozasına alınır ve birkaç dakika boyunca burada bekletilir. Her bir sakız yaklaşık yarım saat kullanılır ve her sakız arasında minimum yarım saat beklenmesi gerekmektedir. Nikotin sakızı çiğnerken herhangi bir yiyecek veya içecek tüketilmemelidir. Nikotin sakızının normal sakızlar gibi hızlı bir şekilde çiğnenmesi hipersalivasyon ve GİS yan etkilerine yol açmaktadır (15, 54).

Nikotin sakızı çiğnendikten yarım saat sonra nikotin kan düzeyi pik yapar. Sakız kullanımında stabil bir kan nikotin düzeyi sağlanamadığından dolayı, kullanım sıklığı ve miktarı kişinin ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir (15, 55).

Nikotin sakızının yan etkileri arasında ağız ve boğaz mukoza irritasyonu, hazımsızlık, bulantı, hıçkırık ve kusma bulunmaktadır (15, 47, 55).

2.7.5.1.2. Nikotin Bandı

16 saatlik ve 24 saatlik kullanıma uygun iki farklı formu mevcuttur. 24 saatlik olan bantların 21, 14 ve 7 mg dozajlı formları bulunurken, 16 saatlik bantta 15 mg nikotin bulunmaktadır. Günde 15 ten fazla sigara tüketen kişilerde 21 mg doz ile tedaviye başlanarak 4 hafta devam ettirilir. Sonrasında 2 hafta boyunca 14 mg ve daha sonra yine 2 hafta boyunca 7 mg doz kullanılarak tedavi 8 haftaya tamamlanmış olur. Günde 15 ten az sigara içenlerde 14 mg doz ile başlanır ve doz azaltılarak tedavi 8 haftaya tamamlanır (33, 56).

Nikotin bandı tedavisine, daha önce belirlenen bırakma gününde başlanmalıdır. Bant, her sabah vücutta kuru ve kılsız bir bölgeye yapıştırılarak üzerine 20-30 saniye baskı yapma suretiyle cilde tam temas etmesi sağlanmış olur. Bandın ciltte yapabileceği irritasyondan kaçınmak amacıyla her gün uygulama bölgesinde değişiklik yapılması uygun olacaktır. 2 ila 4 saat içerisinde kan nikotin düzeyi pik yapar ve bant takılı kaldığı süre boyunca bu düzey korunur (15, 33).

24 saatlik bant formları ile vücuda gece boyunca nikotin girişi devam eder. Bu da uyku bozukluğu ve irritabilite gibi sorunlara yol açabilmektedir. 16 saatlik formda ise gece salınımı olmadığından dolayı hem bu yan etkiler görülmemekte, hem de kişilerin sigara içme rutinine daha çok uyum sağlanmış olmaktadır. Fakat gece sigara içme dürtüsü ile uyanan ya da sabah nikotin açlığı yaşayan hastalar için 24 saatlik formlar avantaj sağlamaktadır (15, 33).

Bant yan etkileri genel olarak geçici ve hafiftir. Bant uygulama bölgesinde hafif cilt reaksiyonları, baş ağrısı ve uyku bozukluğu en sık görülenleridir (47, 55). Cilt reaksiyonlarını önlemek adına psöriazis, egzama ve kronik ürtiker gibi rahatsızlıklarda bant kullanımından kaçınılmalıdır (33).

Nikotin replasman tedavileri ile vücuda salınan nikotin miktarı, sigara içimi ile salınandan daha az olmakla birlikte, NRT tedavisi alan hastaların bu süreçte sigara içmemeleri net bir şekilde tavsiye edilmelidir. Gebe ve emzirenlerde, son 1 ay içerisinde miyokard infarktüsü öyküsü olanlarda, aktif unstabil angina tarifleyenlerde ve aritmi öyküsü olan hastalarda NRT tedavisinden kaçınılmalıdır. Karaciğer yetersizliği, böbrek yetersizliği, hipertansiyon, tip 1 DM, feokromasitoma, hipertiroidi ve konjestif kalp yetmezliği gibi durumlarda NRT tedavisi uygulanırken çok dikkatli olmak gerekmektedir (25, 54).

2.7.5.2. Bupropion

Bupropion, depresyon tedavisinde kullanılan atipik antidepresanlar grubundan bir ilaçtır. Dopamin ve nöradrenalin geri alımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin daha hafif yaşanmasını sağlar (33, 57, 58). 19 randomize çalışma ile yapılan bir derlemede, plasebo ile kıyaslandığında bupropionun sigara bırakma başarı şansını 2 katına kadar yükselttiği belirtilmiştir (59).

Bupropion tedavisine belirlenen sigara bırakma gününden 1-2 hafta öncesinde başlanır ve bırakma tarihinden 3-6 ay sonraya kadar devam ettirilir. Tedavinin ilk 3 gününde günde bir kez 150 mg ile başlanır, sonrasında ise günde 2 kere 150 mg doz ile devam edilir. NRT ile eşzamanlı kullanılarak tedavi etkinliği artırılabilir. Depresyon bulguları veya öyküsü olan hastalarda bupropion kullanımı avantaj sağlayabilir. 18 yaş altı kişilerde kullanımı uygun değildir (33, 47, 60).

En sık görülen bupropion yan etkileri; baş ağrısı, uyku bozukluğu ve ağız kuruluğudur (47, 61).

Kontrendike olduğu durumlar; son 14 günde MAO İnhibitörü kullanımı, yeme bozukluğu öyküsü ve epilepsidir (47, 62).

2.7.5.3. Vareniklin

Bir nikotinik reseptör türü olan alfa 4 – beta 2 reseptörlerine parsiyel agonist etki gösteren vareniklin, sigara içme isteğinin ve nikotin yoksunluk belirtilerinin hafiflemesine sebep olur (63). Nikotin yoksunluk belirtilerini hafifletme gücü bupropiona göre daha yüksektir (64). Herhangi bir farmakolojik tedavi almayan kişilere göre, sigara bırakma başarısını 2-3 kat artırdığı gösterilmiştir (65).

Vareniklin tedavisi sigara bırakma için belirlenen tarihten bir hafta önce başlar ve 12 hafta boyunca devam eder. Tedavinin ilk 3 gününde günde 1 kere 0,5 mg doz başlanır, sonraki 4 gününde günde 2 kere 0,5 mg doza geçilir, daha sonrasında tedavi sonlandırılana kadar günde 2 kere 1 mg doz ile devam edilir. Diğer tedavi seçenekleri olan bupropion ve NRT ile kombine edilmemelidir. 18 yaş altında kullanılmamasına dikkat edilmelidir (47, 66).

Vareniklinin vücuttan atılımı %80 idrar ile olmaktadır. Böylece karaciğer yetersizliği olan hastalarda doz düzenlenmesine gerek kalmamaktadır. Fakat ağır böbrek yetersizliği durumunda günlük doz 0,5 mg'a düşürülmelidir (15, 67).

En sık görülen vareniklin yan etkileri; baş ağrısı, bulantı-kusma ve uyku bozukluğudur (özellikle anormal rüyalar) (47, 68)

Hastalarda kardiyovasküler problemler mevcut ise, vareniklin kullanımı kardiyovasküler hadise gelişmesi riskini artırmaktadır (69). Vareniklinin, bazı hastalarda nöropsikiyatrik belirtilere neden olduğu veya mevcut nöropsikiyatrik sorunları arttırabildiği de bilinmektedir (47, 67).

Ülkemizde kullanılmakta olan vareniklin preparatının son üretilen serilerinin içerisindeki N-nitrozo-vareniklin düzeyinin, üretici firma tarafından belirlenen kabul edilebilir günlük alım düzeyini aştığı belirtilmesi sonrasında sağlık bakanlığı tarafından ilaç geri çekme işlemi uygulanmıştır (70).

2.8. Sigara ve COVID-19

Sigara, bakteri ve virüs kaynaklı akciğer hastalıkları açısından bilinen güçlü bir risk faktörüdür (71, 72). Bununla birlikte sigara içmenin immün sisteme zarar

verdiği de bilinmektedir (73). Sigara içme sırasında gerçekleşen ekstra inhalasyon ve elin ağız ve buruna sürekli temas etmesi gibi durumlar, özellikle viral enfeksiyonlarda etkenin kontaminasyonunu kolaylaştıran faktörlerdir. Bunlara ek olarak sigara içen kişilerde daha sık görülen akciğer ve kalp rahatsızlıkları, diyabetes mellitus gibi hastalıklar da COVID-19 hastalığının daha ağır seyirli geçirilmesine sebep olmaktadır (74). Bu gibi sebeplerden ötürü sigara kullanımı; COVID-19 enfeksiyonu bulaşma riski, enfeksiyonun ağır seyirli olması ve enfekte hastaların yoğun bakıma ihtiyaç duyması gibi durumlar için risk oluşturmaktadır (75-79).

Literatüre bakıldığında COVID-19 ile sigara kullanım sıklığının arttığını, değişmediğini veya azaldığını saptayan çeşitli çalışmalar görülmektedir. Ancak bu çalışmalarda, sigara kullanımı ve COVID-19 arasındaki ilişkinin net şekilde anlaşılması amacıyla daha çok araştırma yapılması gerekliliği de belirtilmektedir (80).

Pandemi nedeniyle çoğu ülkede ilan edilen sokağa çıkma yasağı; ev içerisinde sigara dumanına maruz kalan aile üyelerinin pasif etkilenimini artırabilmektedir. Fakat bununla beraber bu yasak, sigarayı bırakmak için bir fırsat olarak da görülebilir (80).

2.9. Sigara ile Mücadelede Hekimin Rolü

Hekimler; diğer insanlara rol model olma, eğitimcilik yapma, bilim insanı olma, topluma liderlik etme, etkili fikirler oluşturma, ittifaklar kurma ve tütün endüstrisine karşı bilinç oluşturma gibi mesleki özelliklerinden dolayı sigara bırakma danışmanlığı ve tütün kontrol çalışmalarında çok önemli bir yere sahiptir (37).

Birinci basamak hekimi ve birinci basamak sağlık hizmetleri; toplum ile daha yakından ve daha uzun vadeli ilişkiler kurması, nüfusa ulaşımın diğer bölümlere oranla daha başarılı gerçekleştirilebilmesi ve sigara içme oranının daha yüksek olduğu yoksul kesime ulaşımının daha rahat olması ile bu mücadelede diğer tıp disiplinlerine göre daha benzersiz bir konumdadır (37).

Sigara bırakma sıklığının; hasta muayenesinin doğurduğu fırsat sayesinde hekimin yapacağı kısa bir tavsiye konuşması ile %66, daha yoğun ve güçlü bir tavsiye konuşması ile %84 arttığı bilinmektedir (37). Tavsiye konuşmasının biraz daha ötesinde minimal bir danışmanlık verilmesiyle ise sigara bırakma sıklığının %130 arttığını gösteren geniş çaplı bir meta analiz de bulunmaktadır (81).

Sonuç olarak; sigara ve tütün ürünleri kullanımı hem küresel hem de ulusal çapta çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (82). Sigara ve tütünle mücadelede sağlık çalışanları ve özellikle de hekimler ana unsurlardandır (83). Sigara bırakma danışmanlığı yaklaşımının özellikle birinci basamak olmakla beraber bölüm ve uzmanlık alanı fark etmeksizin tüm hekimler tarafından bilinirliği ve farkındalığının yaygınlaştırılması, bu mücadelenin daha etkin şekilde gerçekleştirilmesi için çok önemlidir (84).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın türü

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Çalışma, 01.01.2023-01.04.2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın evreni ve örneklem

Çalışmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 01.01.2023-01.04.2023 tarihleri arasında görev yapmakta olan hekimler (asistan, uzman, öğretim üyesi) oluşturmaktadır. Evrenin hedef kitlesi, hastanede çalışan tüm hekimlerdir (yaklaşık 285 hekim). Amacımız hedef kitlenin tamamına ulaşabilmektir. Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan hekimlerden 203'ü çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etti ve çalışmaya dahil edildi.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Belirtilen tarihler arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hekim olarak görev yapıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olmak

Araştırmada dışlama kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

Veri toplama araçları

Çalışmada veri toplamak amacıyla basılı anket formu kullanıldı. Bu anket oluşturulurken literatürden faydalanıldı. Oluşturulan anket formu tüm katılımcılara elden ulaştırıldı.

Anket 5 bölümden ve 73 sorudan oluşmaktadır. Sorular, daha önce yapılmış benzer çalışmalar taranarak belirlenmiş, çalışmamıza başlamadan önce asistan, uzman ve öğretim üyesinden oluşan küçük bir grupta ön uygulama yapılarak son hali verilmiştir. Ankette katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sigara kullanma durumlarını, sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarını ve hastanemizdeki sigara bırakma polikliniği farkındalığını sorgulayan toplam 27 adet, hekimlerin sigara bıraktırma tedavisinde hastalara karşı olan tutumlarıyla ilgili 10 adet, sigara bağımlılığı ve sigara bırakma tedavileri ile ilgili 20 adet, katılımcıların davranış durumlarını ölçen 10 adet ve sigara içen hekimlerin bağımlılık düzeyini ölçen, 6 sorudan oluşan Fagerström nikotin bağımlılık testi bulunmaktadır (Ek 1).

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT): İlk olarak 1978 yılında Fagerström, Fagerström Tolerans Testi'ni önermiştir. Bu test 1991'de Heatherton ve ark. tarafından tekrar değerlendirilmiş ve FBNT ortaya çıkmıştır. Bu testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. tarafından çalışılmış ve orta derece güvenilir bulunmuştur (85).

Çalışmada bu test, sigara kullanan hekimlerin nikotin bağımlılığını ölçmek amacıyla kullanıldı. FNBT 6 sorudan oluşmakta olup, sorulara verilen cevaplara göre puan verilmektedir. Maksimum 10, minimum 0 puan alınmaktadır. 0-2 puan: Çok az bağımlı; 3-4 puan: Az bağımlı; 5 puan: Orta derecede bağımlı; 6-7 puan: Yüksek bağımlı; 8-10 puan: Çok yüksek bağımlı olarak derecelendirilmektedir.

İstatistiksel analiz

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde normallik durumuna göre numerik veriler ortalama ve standart sapma veya median (minimum-maksimum) olarak ifade edildi. Kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Numerik verilerin dağılımına Kolmogorov-Smirnov Z Testi ve histogram grafikleri ile bakıldı. İki grupta numerik verilerin analizi Student t testi ile yapıldı. İki'den fazla bağımsız gruplar arasında numerik verilerin analizi One Way Anova ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı. Post Hoc analizler için Tamhane testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-Kare testi kullanıldı. P anlamlılık değeri <0.05 olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

Araştırmanın etik yönü

Bu çalışmanın etik kurul onayı, Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu 05.12.2022 tarihli ve 2022/209 sayılı karar numarası ile alınmıştır (Ek 2).

4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 203 hekim katıldı. Hekimlerin %47,8'i (n=97) kadın, %52,2'si (n=106) erkekti. Çalışmaya katılanların %49,8'i (n=101) evli, %50,2'si (n=102) bekardı. Çalışmaya katılan hekimlerin %30,5'inin (n=62) çocuğu var iken, %69,5'inin (n=141) çocuğu yoktu. Katılımcıların genel branşları incelendiğinde; %4,9'u (n=10) preklinik, %68,5'i (n=139) dahili, %26,6'sı (n=54) cerrahi branş hekimleriydi. Çalışmaya katılan hekimlerin %80,8'i (n=164) araştırma görevlisi, %2'si (n=4) uzman, %17,2'si (n=35) öğretim üyesiydi (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcılara ait sosyodemografik veriler

		n	%
Cinsiyet	Kadın	97	47,8
	Erkek	106	52,2
Medeni Durum	Evli	101	49,8
	Bekar	102	50,2
Çocuk varlığı	Evet	62	30,5
	Hayır	141	69,5
Genel branş	Temel Tıp	10	4,9
	Dahili Tıp	139	68,5
	Cerrahi Tıp	54	26,6
Unvan	Araştırma Görevlisi	164	80,8
	Uzman	4	2,0
	Öğretim Üyesi	35	17,2

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $31,34 \pm 6,87$ (minimum=24, maksimum=61) idi. Çocuğu olan 62 hekimin çocuk sayılarının ortalaması $1,56 \pm 0,69$ (minimum=1, maksimum=4) idi. Katılımcıların hekimlik yaptığı süreler incelendiğinde ortalama 6,50 (minimum=0,5, maksimum=37) yıl olduğu görüldü. Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen toplam 20 soruya verdikleri doğru cevap sayılarının ortalamasının $13,41 \pm 3,80$ (minimum=1, maksimum=20) olduğu belirlendi (Tablo 3).

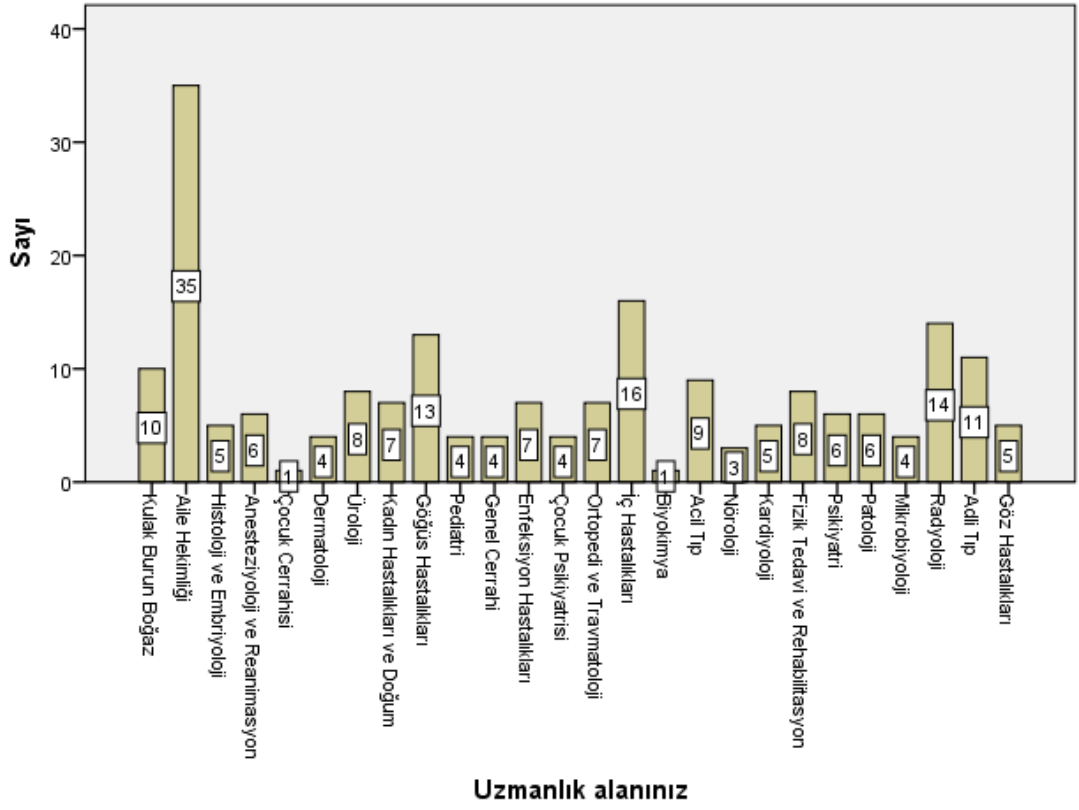
Tablo 3. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, hekimlik süresi ve doğru cevapladıkları bilgi düzeyi soru sayıları ile ilgili veriler

	n	Minimum	Maksimum	Ort.	S.S.
Yaş	203	24	61	31,34	6,87
Çocuk sayısı	62	1	4	1,56	0,69
Hekimlik süresi	203	0,5	37,0	6,69	6,73
Sigara bırakma danışmanlığı bilgi düzeyi testi doğru sayısı	203	1	20	13,41	3,80

Çalışmaya katılım sağlayan hekimlere uzmanlık alanları soruldu. En yoğun katılım %17,2 (n=35) ile aile hekimliği bölümünden oldu. En az kişi ile katılım sağlayan 2 bölüm ise, her biri %0,5 (n=1) ile katılım sağlayan biyokimya ve çocuk cerrahisi bölümleri oldu. Katılımcıların uzmanlık alanlarını gösteren veriler Tablo 4 ve Şekil 1’de görülmektedir.

Tablo 4. Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları ile ilgili veriler

Uzmanlık Alanı	n	%
Aile Hekimliği	35	17,2
İç Hastalıkları	16	7,9
Radyoloji	14	6,9
Göğüs Hastalıkları	13	6,4
Adli Tıp	11	5,4
Kulak Burun Boğaz	10	4,9
Acil Tıp	9	4,4
Üroloji	8	3,9
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	8	3,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	7	3,4
Enfeksiyon Hastalıkları	7	3,4
Ortopedi ve Travmatoloji	7	3,4
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	6	3
Psikiyatri	6	3
Patoloji	6	3
Histoloji ve Embriyoloji	5	2,5
Kardiyoloji	5	2,5
Göz Hastalıkları	5	2,5
Dermatoloji	4	2
Pediyatri	4	2
Genel Cerrahi	4	2
Çocuk Psikiyatrisi	4	2
Mikrobiyoloji	4	2
Nöroloji	3	1,5
Çocuk Cerrahisi	1	0,5
Biyokimya	1	0,5
Toplam	203	100,0



Şekil 2: Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları

Katılımcıların sigara kullanım durumları ve sigarayı bırakma denemeleri sorgulandı. Çalışmaya katılan hekimlerin %15,8'i (n=32) sigara kullandığını, %8,4'ü (n=17) sigarayı bıraktığını, %75,9'u (n=154) hiç sigara içmediğini belirtti. Sigara kullanan hekimlerin %62,5'inin (n=20) daha önce sigarayı bırakmayı denedikleri, %37,5'inin (n=12) ise hiç denemedikleri belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların sigara kullanım durumları ve sigara bırakma denemeleri ile ilgili veriler

		n	%
Sigara kullanma durumu	Kullanıyorum	32	15,8
	Bıraktım	17	8,4
	Hiç içmedim	154	75,9
Sigarayı bırakmayı deneme durumu	Evet	20	62,5
	Hayır	12	37,5

Sigara kullanan 32 katılımcı; ortalama $9,81 \pm 6,32$ yıldır sigara kullanıyor ve günde ortalama $13,78 \pm 6,86$ adet sigara içiyordu. Paket/yıl değerlerinin ortalaması $7,13 \pm 7,15$ iken, FNBT skorlarının ortalaması $3,39 \pm 2,75$ idi. Sigara kullanan ve bırakmayı deneyen 20 hekim ortalama $3,50 \pm 3,01$ kez bırakmayı denemişti. Bu katılımcıların sigarayı bırakabildikleri en uzun gün sayısı ortalaması $157,25 \pm 252,70$ gün idi. Sigarayı bırakmış olan 17 katılımcı; ortalama $7,85 \pm 4,37$ yıl boyunca, günde ortalama $12,29 \pm 7,33$ adet sigara içmişlerdi. Bu 17 katılımcı ortalama $5,02 \pm 4,81$ yıldır sigara kullanmamaktadır. Sigarayı bırakmayı başarmış olan hekimler ortalama $2,53 \pm 3,79$ ’üncü denemelerinde başarılı olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Sigara kullanan ve sigarayı bırakmış katılımcıların; sigara kullanımı, bırakma denemeleri ve nikotin bağımlılık skorları ile ilgili veriler

	n	Minimum	Maksimum	Ort.	S.S.
Kaç yıldır sigara içiyorsunuz	32	1	30	9,81	6,32
Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz	32	1	25	13,78	6,86
Paket/Yıl	32	0,25	37,50	7,1312	7,15
Sigarayı bırakmayı kaç defa denediniz	20	1	10	3,50	3,01
Sigarayı en uzun bırakabildiğiniz süre (gün)	20	0	1095	157,25	252,70
Kaç yıl sigara içtiniz?	17	1,5	17,0	7,853	4,37
Günde ortalama kaç adet sigara içerdiniz	17	1	20	12,29	7,33
Kaç yıldır sigara içmiyorsunuz	17	1	18,0	5,029	4,81
Kaçıncı denemenizde bıraktınız	17	1	17	2,53	3,79
Sigara içenlerin FNBT skoru	32	0	10	3,39	2,75

Çalışmamıza katılan hekimlerin sigara bırakma polikliniği ile ilgili farkındalığını ölçmek amacıyla; sigara bırakma polikliniğinin varlığı ile ilgili bilgileri ve hasta yönlendirme durumları sorgulandı. “Çalıştığınız kurumda sigara bırakma polikliniği var mı?” sorusuna katılımcıların %78,8’i (n=160) var, %0,5’i (n=1) yok, %20,7’si (n=42) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Sigara bırakma polikliniğine hiç hasta yönlendirdiniz mi?” sorusunu ise hekimlerin %50,2’si (n=102) evet yönlendirdim, %49,8’i (n=101) hayır yönlendirmedim şeklinde cevaplandırmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sigara bırakma polikliniğinin varlığı ile ilgili farkındalıkları ve hasta yönlendirme durumları

		n	%
Çalıştığınız kurumda sigara bırakma polikliniği var mı?	Var	160	78,8
	Yok	1	0,5
	Bilmiyorum	42	20,7
Hastanenizdeki sigara bırakma polikliniğine hiç hasta yönlendirdiniz mi?	Evet yönlendirdim	102	50,2
	Hayır yönlendirmedim	101	49,8

Katılımcılara, kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara kullanımı ile ilgili olabilecek kronik rahatsızlıkların varlığı soruldu. Hekimlerin %3,9’unda (n=8), birinci derece akrabalarının %19,7’sinde (n=40) astım/koah; hekimlerin %1,0’inde (n=2), birinci derece akrabalarının %16,3’ünde (n=33) malignite; hekimlerin %2,5’inde (n=5), birinci derece akrabalarının %47,3’ünde (n=96) kardiyovasküler hastalık tanısı vardı (Tablo 8).

Tablo 8. Hekimler ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığı ile ilgili veriler

		n	%
Astım/KOAH tanınız var mı?	Evet	8	3,9
	Hayır	195	96,1
Ailede Astım/KOAH tanısı olan birisi var mı?	Evet	40	19,7
	Hayır	163	80,3
Malignite tanınız var mı?	Evet	2	1,0
	Hayır	201	99,0
Ailede Malignite tanısı olan birisi var mı?	Evet	33	16,3
	Hayır	170	83,7
Kardiyovasküler Hastalık tanınız var mı?	Evet	5	2,5
	Hayır	198	97,5
Ailede Kardiyovasküler Hastalık Tanısı olan birisi var mı?	Evet	96	47,3
	Hayır	107	52,7

Sigara kullanan hekimlerin paket/yıl verileri ve bağımlılık skorlarının genel branşlarına göre dağılımı incelendiğinde; paket/yıl ortalamaları temel branşlarda 3,90, dahili branşlarda 7,01, cerrahi branşlarda 7,89 idi. FNBT skor ortalamaları dahili branşlarda 3,77, cerrahi branşlarda ise 2,75 olarak belirlendi (Tablo 9).

Tablo 9. Sigara kullanan hekimlerin paket/yıl verileri ve bağımlılık skorlarının genel branşlarına göre dağılımı

	Genel branş					
	Temel Tıp (n=1)		Dahili Tıp (n=23)		Cerrahi Tıp (n=8)	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Paket/Yıl	3,90		7,01	7,96	7,89	5,06
Sigara içenlerin FNBT skoru	0,00		3,77	3,01	2,75	1,67

Katılımcıların sigarayı bırakma süreçlerinde destek alıp almadıkları ve aldılarsa hangi yöntemi kullandıkları soruldu. Sigara kullanan ve bırakmayı deneyen 20 hekimin 12'si herhangi bir destek almamıştı. Destek alan 8 hekimden 1'i sadece motivasyonel, 1'i sadece GETAT, 3'ü sadece farmakolojik, 3'ü ise hem motivasyonel hem de farmakolojik destek almıştı. Sigarayı bırakmış olan 17 hekimin 12'sinin herhangi bir destek almadığı, 5'inin ise sadece farmakolojik destek aldığı görüldü.

Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumları ve eğitim alanların nereden aldıkları soruldu. Hekimlerin %14,3'ü (n=29) sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almış, %85,7'si (n=174) eğitim almamıştı. Eğitim almış olan 29 hekimden; 7 kişi sadece sağlık bakanlığından, 12 kişi sadece üniversiteden, 1 kişi sadece uzmanlık eğitiminden, 3 kişi sadece kongreden, 1 kişi sadece diğer kurumlardan, 1 kişi hem sağlık bakanlığı hem kongreden, 2 kişi hem sağlık bakanlığı hem üniversiteden, 1 kişi hem sağlık bakanlığı hem üniversite hem de kongreden, 1 kişi de hem üniversite hem uzmanlık eğitimi hem de kongreden bu eğitimleri aldığını belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alan katılımcıların eğitim aldıkları yerler ile ilgili veriler

Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alınan yer	n
Üniversitelerden alınan eğitimler	16
Sağlık Bakanlığı eğitimleri	11
Kongre eğitimleri	6
Uzmanlık eğitimi	2
Diğer eğitimler	1

Tutum değerlendirmesi için katılımcılara 10 adet önerme sunulmuştur. Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinden, her önerme için kendilerine en uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Cevapların en çok ortaklık gösterdiği seçenekler; ‘‘ Sigara bırakma tedavileri ile ilgili tıp fakültesinde verilen eğitim yeterli düzeydedir’’ önermesi için katılmıyorum, ‘‘Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir’’ önermesi için ise kesinlikle katılıyorum olmuştur. Tutum değerlendirme soruları ve katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 11’de görülmektedir.

Tablo 11. Tutum değerlendirme soruları ve verilen cevapların dağılımı

Tutum	Kesinlikle katılmıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hastalara sigarayı bırakmayı sadece önermek bile bırakmalarında çok etkilidir	26(12,8)	71(35,0)	63(31,0)	43(21,2)
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol model oluşturur	7(3,4)	17(8,4)	88(43,3)	91(44,8)
Sigara kullanan hekimlerin hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etme olasılığı daha düşüktür	19(9,4)	84(41,4)	73(36,0)	27(13,3)
Tüm hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili eğitim alması gereklidir	7(3,4)	47(23,2)	89(43,8)	60(29,6)

Hastaların sigara kullanma durumunu sorgulamak ve bırakma danışmanlığı vermek sadece birinci basamak sağlık hizmetlerinin görev ve sorumluluğudur	80(39,4)	93(45,8)	18(8,9)	12(5,9)
Sigarayı bırakmak istemeyen hastaya bilgilendirme yapmak ve önerilerde bulunmak anlamsızdır	74(36,5)	95(46,8)	25(12,3)	9(4,4)
Sigara bırakma tedavileri ile ilgili tıp fakültesinde verilen eğitim yeterli düzeydedir	41(20,2)	118(58,1)	39(19,2)	5(2,5)
Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır	5(2,5)	21(10,3)	95(46,8)	82(40,4)
Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir	2(1,0)	17(8,4)	76(37,4)	108(53,2)
Sigara bırakma danışmanlığı etkili bir yaklaşım değildir	97(47,8)	93(45,8)	10(4,9)	3(1,5)

En fazla sayıda verilen cevaplar kalın punto ile gösterilmiştir.

Katılımcıların bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla 11 tanesi doğru, 9 tanesi yanlış bilgi içeren 20 adet önerme sunuldu. Katılımcılardan; her önerme için doğru, yanlış veya fikrim yok seçeneklerinden birini işaretlemeleri istendi. “Doğru” olarak cevaplanması gereken “ Davranışsal terapi yöntemleri ile farmakoterapinin birlikte uygulanması sigara bırakma tedavi başarısını artırır” önermesine hekimlerin %97,5’i (n=173) doğru cevap vermesi ile bilgi düzeyinin en yüksek görüldüğü önerme bu olmuştur. “Yanlış” olarak cevaplandırılması gereken “ Sigara bırakma tedavisi en az bir yıl boyunca sürdürülmelidir” önermesinde hekimlerin sadece %9,4’ü (n=19) “yanlış” seçeneğini, %59,6’sı (n=121) “doğru” seçeneğini işaretlemiştir. Böylece bu önerme hem en az doğru yapılan hem de en çok yanlış yapılan önerme olmuştur. “ Gebe ve emzirenlerde sigara bırakma tedavisinde nikotin replasman tedavisi (NRT) uygulanabilir” önermesine katılımcıların %49,3’ü (n=100) fikrim yok yanıtını vermiştir. Bu ifade hakkında en az fikir sahibi olunan önerme olmuştur. Bilgi düzeyi değerlendirme soruları ve katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 12. Bilgi düzeyi değerlendirme soruları ve verilen cevapların dağılımı

Bilgi düzeyi	Fikrim		
	Doğru n(%)	Yanlış n(%)	yok n(%)
Sigara, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında hipertansiyondan sonra ikinci sırada gelir	137(67,5)	29(14,3)	37(18,2)
Motivasyonel görüşmeler ve bilişsel davranışsal terapi yöntemleri, tek başlarına sigara bırakmada etkili değildir	73(36,0)	118(58,1)	12(5,9)
Sigara bırakmada verilen farmakoterapilerde birincil tedaviler Nikotin Replasman Tedavileri (NRT), Vareniklin ve Bupropion'dur	173(85,2)	9(4,4)	21(10,3)
Elektronik sigara, NRT içinde yer alan bir tedavi türüdür	25(12,3)	138(68,0)	40(19,7)
Davranışsal terapi yöntemleri ile farmakoterapinin birlikte uygulanması sigara bırakma tedavi başarısını artırır	198(97,5)	0(0)	5(2,5)
Sigara bırakma tedavisi en az bir yıl boyunca sürdürülmelidir	121(59,6)	19(9,4)	63(31,0)
Nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan hastalara nikotin replasman tedavisi (NRT) uygulanır	56(27,6)	98(48,3)	49(24,1)
Kişinin sigarayı bırakmış sayılabilmesi için son 6 ayda hiç sigara içmemiş olması gereklidir	114(56,2)	26(12,8)	63(31,0)
Nikotin replasman tedavisi (NRT), Bupropion ve Vareniklin tedavisine göre yan etki açısından daha güvenlidir	102(50,2)	23(11,3)	78(38,4)
Nikotin bandı ve sakızı sigara bırakma tedavisinde kullanılan nikotin replasman tedavisi yöntemleridir	185(91,1)	1(0,5)	17(8,4)
Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içmeye devam edebilir	23(11,3)	137(67,5)	43(21,2)
Bupropion kullananlarda en sık görülen yan etkiler baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur	137(67,5)	3(1,5)	63(31,0)
Vareniklin; Parsiyel agonist olarak alfa-4 beta-2 nikotinik reseptörleri uyatarak nikotin yoksunluk semptomlarının azalmasını sağlar	111(54,7)	4(2,0)	88(43,3)
Gebe ve emzirenlerde sigara bırakma tedavisinde nikotin replasman tedavisi (NRT) uygulanabilir	25(12,3)	78(38,4)	100(49,3)
Sigara içen kişi sabah içtiği ilk sigarayı ne kadar geç içiyorsa, bu durum kişinin daha fazla bağımlı olduğu anlamına gelir	20(9,9)	159(78,3)	24(11,8)

Sigara kullanıcısı tarafından sabah ilk içilen sigara daha lezzetli ve vazgeçilmez görülüyor ise, bu durum kişinin daha fazla bağımlı olduğu anlamına gelir	166(81,8)	7(3,4)	30(14,8)
Sigara kullanıcısının gün içinde içtiği sigara miktarı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında ilişki yoktur	10(4,9)	151(74,4)	42(20,7)
Sigara kullanıcısı çok hasta olduğu veya günün çoğunu yatakta geçirdiği halde sigara içmeye devam ediyorsa bu durum, kişinin daha bağımlı olduğunu gösterir	10(4,9)	141(69,5)	52(25,6)
Sigara kullanıcısı çok hasta olduğu veya günün çoğunu yatakta geçirdiği halde sigara içmeye devam ediyorsa bu durum, kişinin daha bağımlı olduğunu gösterir	181(89,2)	4(2,0)	18(8,9)
Sigara kullanıcısı sigara içmenin yasak olduğu yerlerde, bu kurala uyum göstermede zorluk yaşıyorsa, nikotin bağımlılık düzeyi yüksektir	179(88,2)	6(3,0)	18(8,9)

Doğru cevaplanmış sayılması için işaretlenmesi gereken cevaplar kalın punto ile gösterilmiştir.

Davranış değerlendirmesi için katılımcılara 10 adet önerme sunulmuştur. Hiçbir zaman, bazen, çoğu zaman ve her zaman seçeneklerinden, her önerme için kendilerine en uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir. Cevapların en çok ortaklık gösterdiği seçenekler; “Bırakma isteği olmayan hastaları, her görüşmede sigara bırakma açısından tekrar değerlendiririm” önermesi için ve “Sigara kullanan tüm hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım” önermesi için “bazen” olmuştur. Davranış değerlendirme soruları ve katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 13’te görülmektedir.

Tablo 13. Davranış değerlendirme soruları ve verilen cevapların dağılımı

	Hiçbir zaman n(%)	Bazen n(%)	Çoğu zaman n(%)	Her zaman n(%)
Davranış				
Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içmediklerini sorgularım	16(7,9)	62(30,5)	76(37,4)	49(24,1)
Sigara bırakma isteği olmayan hastalarımı, mevcut durumu ile sigara arasında ilişki kurarak sigarayı bırakmaya cesaretlendiririm	15(7,4)	85(41,9)	74(36,5)	29(14,3)
Sigara içen tüm hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm	9(4,4)	36(17,7)	86(42,4)	72(35,5)

Bırakma motivasyonu olmayan hastalarımı, sigaranın kısa ve uzun dönem sağlık riskleri açısından bilgilendiririm	13(6,4)	80(39,4)	70(34,5)	40(19,7)
Sigara kullanan tüm hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım	27(13,3)	94(46,3)	53(26,1)	29(14,3)
Sigarayı bırakmak istemediğini belirten hastalarımı, bırakması durumunda ortaya çıkabilecek potansiyel faydaları anlatırım	21(10,3)	74(36,5)	81(39,9)	27(13,3)
Sigarayı bırakmak isteyen hastalarımı sigara bırakma tedavileri, nikotin yoksunluk belirtileri ve nüks nedenleri hakkında bilgilendiririm	41(20,2)	89(43,8)	50(24,6)	23(11,3)
Sigara içen hastalarımı, sigarayı bırakmasının önündeki engeller açısından değerlendirir ve bu engelleri aşabileceği çözüm önerileri sunarım	39(19,2)	85(41,9)	57(28,1)	22(10,8)
Sigara bırakma sürecindeki hastalarımın takibini yaparım	93(45,8)	63(31,0)	33(16,3)	14(6,9)
Bırakma isteği olmayan hastaları, her görüşmede sigara bırakma açısından tekrar değerlendiririm	55(27,1)	96(47,3)	36(17,7)	16(7,9)
En fazla sayıda verilen cevaplar kalın punto ile gösterilmiştir.				

Sigara kullanan katılımcıların FNBT skorları değerlendirildiğinde; %41,9'unun (n=13) çok düşük, %25,8'inin (n=8) düşük, %12,9'unun (n=4) orta, %12,9'unun (n=4) yüksek ve %6,5'inin (n=2) çok yüksek derecede nikotin bağımlısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Sigara kullanan katılımcıların FNBT sorularına verdikleri cevaplar ve bağımlılık düzeyleri

	n	%
İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	Uyandıktan sonra ilk 5 dk içinde	5 16,1
	6-30 dakika içinde	10 32,3
	31-60 dakika içinde	6 19,4
	1 saatten fazla	10 32,3
Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	Evet	5 16,1
	Hayır	26 83,9
İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir?	Sabah içtiğim ilk sigara	13 41,9
	Diğer herhangi biri	18 58,1
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	10 veya daha az	10 32,3

	11-20 adet	17	54,8
	21-30 adet	2	6,5
	31 veya daha fazla	2	6,5
Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?	Evet	11	35,5
	Hayır	20	64,5
Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?	Evet	8	25,8
	Hayır	23	74,2
Bağımlılık düzeyi	Çok düşük	13	41,9
	Düşük	8	25,8
	Orta	4	12,9
	Yüksek	4	12,9
	Çok yüksek	2	6,5

Yaş ile hekimlerin sigara içme durumlarına bakıldığında anlamlı farklılık izlendi (**p=0,002**). Hiç sigara içmeyenlerin daha düşük yaş ortalamasına sahip oldukları görüldü. Post-hoc analizde gruplar arasında anlamlı yaş farkı izlenmedi ($p>0,05$). Çocuğu olan hekimlerin çocuk sayıları ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Katılımcıların hekimlik süreleri ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı fark izlendi (**p=0,007**). Hiç sigara içmemiş olan hekimlerin hekimlik sürelerinin ortalamasının daha düşük olduğu görüldü. Katılımcıların bilgi puanları ile sigara kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, hekimlik süresi ve bilgi puanlarına göre sigara kullanım durumları

	Sigara kullanım durumu			p
	Kullanıyorum	Bıraktım	Hiç içmedim	
	(n=32)	(n=17)	(n=154)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Yaş	32,53±6,74	34,06±8,30	30,79±6,68	0,002
Çocuk sayısı	1,64±1,03	1,83±0,75	1,51±0,59	0,542
Hekimlik süresi	8,13±6,74	8,94±8,76	6,15±6,43	0,007
Doğru cevaplanan bilgi soru sayısı	13,44±3,22	15,24±3,27	13,20±3,93	0,095

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigara içme durumları incelendiğinde anlamlı farklılık izlendi (**p=0,004**). Kadın hekimlerde sigara içme oranının erkek hekimlere göre daha düşük olduğu görüldü. Katılımcıların medeni durumları ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı fark izlendi (**p=0,002**). Evli katılımcıların sigara içme oranlarının bekar katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların çocuk varlığı, genel branş ve unvanları ile sigara kullanım durumları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, genel branş ve unvanlarına göre sigara kullanım durumları

		Sigara kullanım durumu			p
		Kullanıyorum	Bıraktım	Hiç içmedim	
		n(%)	n(%)	n(%)	
Cinsiyet	Kadın	7(21,88)	7(41,18)	83(53,90)	0,004
	Erkek	25(78,13)	10(58,82)	71(46,10)	
Medeni Durum	Evli	23(71,88)	12(70,59)	66(42,86)	0,002
	Bekar	9(28,13)	5(29,41)	88(57,14)	
Çocuk varlığı	Evet	11(34,38)	6(35,29)	45(29,22)	0,767
	Hayır	21(65,63)	11(64,71)	109(70,78)	
Genel branş	Preklinik	1(3,13)	0(0,00)	9(5,84)	0,791
	Dahili	23(71,88)	13(76,47)	103(66,88)	
	Cerrahi	8(25,00)	4(23,53)	42(27,27)	
Unvan	Araştırma Görevlisi	26(81,25)	14(82,35)	124(80,52)	0,961
	Uzman	1(3,13)	0(0,00)	3(1,95)	
	Öğretim Üyesi	5(15,63)	3(17,65)	27(17,53)	

Katılımcıların uzmanlık alanlarına göre sigara kullanım durumlarını gösteren veriler Tablo 17’de görülmektedir.

Tablo 17. Katılımcıların uzmanlık alanına göre sigara kullanım durumları

Uzmanlık alanı	Sigara kullanım durumu		
	Kullanıyorum	Bıraktım	Hiç içmedim
	n	n	n
Kulak Burun Boğaz	0	1	9
Aile Hekimliği	4	4	27
Histoloji ve Embriyoloji	1	0	4
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	2	0	4
Çocuk Cerrahisi	0	0	1
Dermatoloji	0	0	4
Üroloji	1	2	5
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	0	5
Göğüs Hastalıkları	1	3	9
Pediyatri	2	0	2
Genel Cerrahi	1	0	3
Enfeksiyon Hastalıkları	0	0	7
Çocuk Psikiyatrisi	0	1	3
Ortopedi ve Travmatoloji	2	1	4
İç Hastalıkları	3	1	12
Biyokimya	0	0	1
Acil Tıp	3	0	6
Nöroloji	0	0	3
Kardiyoloji	2	0	3
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1	0	7
Psikiyatri	0	1	5
Patoloji	0	0	6
Mikrobiyoloji	0	0	4
Radyoloji	1	3	10
Adli Tıp	6	0	5
Göz Hastalıkları	0	0	5

Katılımcıların kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığına göre sigara kullanım durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığına göre sigara kullanım durumları

		Sigara kullanım durumu			
		Hiç			
		Kullanıyorum	Bıraktım	İçmedim	
		n(%)	n(%)	n(%)	p
Astım/KOAH tanınız var mı?	Evet	2(6,25)	0(0,00)	6(3,90)	0,563
	Hayır	30(93,75)	17(100,00)	148(96,10)	
Ailede Astım/KOAH tanısı olan birisi var mı?	Evet	7(21,88)	3(17,65)	30(19,48)	0,930
	Hayır	25(78,13)	14(82,35)	124(80,52)	
Malignite tanınız var mı?	Evet	0(0,00)	1(5,88)	1(0,65)	0,097
	Hayır	32(100,00)	16(94,12)	153(99,35)	
Ailede Malignite tanısı olan birisi var mı?	Evet	5(15,63)	2(11,76)	26(16,88)	0,858
	Hayır	27(84,38)	15(88,24)	128(83,12)	
Kardiyovasküler Hastalık tanınız var mı?	Evet	0(0,00)	0(0,00)	5(3,25)	0,442
	Hayır	32(100,00)	17(100,00)	149(96,75)	
Ailede Kardiyovasküler Hastalık Tanısı olan birisi var mı?	Evet	13(40,63)	9(52,94)	74(48,05)	0,662
	Hayır	19(59,38)	8(47,06)	80(51,95)	

Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre sigara kullanım durumlarına bakıldığında değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,335$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre sigara kullanım durumları

		Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi aldınız mı?			p
		Evet	Hayır	Toplam	
Sigara kullanım durumu	Kullanıyorum	6	26	32	0,335
	Bıraktım	4	13	17	
	Hiç içmedim	19	135	154	
Toplam		29	174	203	

Katılımcıların genel branşlarına göre bilgi puanlarına bakıldığında değişkenler arasında anlamlı istatistiksel fark izlenmedi ($p=0,092$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların genel branşlarına göre bilgi puanları

	Genel branş	n	Ort.	S.S.	p
Doğru cevaplanan bilgi soru sayısı	Temel	10	10,90	3,72	0,092
	Dahili	139	13,61	4,04	
	Cerrahi	54	13,35	2,99	
	Toplam	203	13,41	3,80	

Katılımcıların unvanlarına göre bilgi puanları incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p=0,028$). Araştırma görevlisi olan katılımcıların bilgi puanı ortalamalarının, uzman veya öğretim üyesi (uzman hekim sayısı az olduğundan dolayı öğretim üyesi ve uzman hekim sayıları birleştirilmiştir) olan katılımcılara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların unvanlarına göre bilgi puanları

	Unvan	n	Ort.	S.S.	p
Doğru cevaplanan bilgi soru sayısı	Araştırma Görevlisi	164	13,70	3,37	0,028
	Uzman + Öğretim Üyesi	39	12,21	5,11	

Uzman ve öğretim üyesi hekim sayıları birleştirilerek istatistiksel analiz yapılmıştır.

Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre bilgi puanları incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark izlendi ($p=0,023$). Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almış olan katılımcıların bilgi puanlarının ortalamasının, eğitim almamış katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre bilgi puanları

	Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi aldınız mı?	n	Ort.	S.S.	p
Doğru cevaplanan bilgi soru sayısı	Evet	29	14,90	3,792	0,023
	Hayır	174	13,16	3,760	

Katılımcıların kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığına göre doğru cevaplanan bilgi sorusu sayıları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların kendileri ve birinci derece yakınlarında sigara ile ilişkili olabilecek kronik hastalık varlığına göre doğru cevaplanan bilgi sorusu sayısı

		Doğru cevaplanan bilgi sorusu sayısı		
		Ort.	S.S.	p
Astım/KOAH tanınız var mı?	Evet (n=8)	13.50	3.42	0,945
	Hayır (n=195)	13.41	3.83	
Ailede Astım/KOAH tanısı olan birisi var mı?	Evet (n=40)	13.35	3.74	0,913
	Hayır (n=163)	13.42	3.83	
Malignite tanınız var mı?	Evet (n=2)	13.50	6.36	0,973
	Hayır (n=201)	13.41	3.80	
Ailede Malignite tanısı olan birisi var mı?	Evet (n=33)	13.70	3.63	0,636
	Hayır (n=170)	13.35	3.85	
Kardiyovasküler Hastalık tanınız var mı?	Evet (n=5)	14.00	5.96	0,726
	Hayır (n=198)	13.39	3.76	
Ailede Kardiyovasküler Hastalık Tanısı olan birisi var mı?	Evet (n=96)	13.11	4.13	0,298
	Hayır (n=107)	13.67	3.49	

Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre sigara kullanım durumları incelendiğinde anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre sigara kullanım durumları

				Sigara kullanım durumu			
				Kullanıyorum	Bıraktım	Hiç içmedim	
				n(%)	n(%)	n(%)	p
Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır	Kesinlikle katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	0(0,00)	0(0,00)	5(3,25)	0,268
			Katılmıyorum	3(9,38)	4(23,53)	14(9,09)	
			Katılıyorum	16(50,00)	4(23,53)	75(48,70)	
			Kesinlikle katılıyorum	13(40,63)	9(52,94)	60(38,96)	
Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir	Kesinlikle katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	1(3,13)	0(0,00)	1(0,65)	0,577
			Katılmıyorum	1(3,13)	2(11,76)	14(9,09)	
			Katılıyorum	15(46,88)	7(41,18)	54(35,06)	
			Kesinlikle katılıyorum	15(46,88)	8(47,06)	85(55,19)	
Başvuru bakmaksızın tüm sigara içip içmediklerini sorgularım	Hiçbir zaman	nedenlerine tüm hastalarımın	Hiçbir zaman	0(0,00)	1(5,88)	15(9,74)	0,067
			Bazen	13(40,63)	5(29,41)	44(28,57)	
			Çoğu zaman	10(31,25)	3(17,65)	63(40,91)	
			Her zaman	9(28,13)	8(47,06)	32(20,78)	
Sigara içen tüm hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm	Hiçbir zaman		Hiçbir zaman	2(6,25)	1(5,88)	6(3,90)	0,836
			Bazen	7(21,88)	1(5,88)	28(18,18)	
			Çoğu zaman	13(40,63)	9(52,94)	64(41,56)	
			Her zaman	10(31,25)	6(35,29)	56(36,36)	

Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre genel branşları incelendiğinde anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre genel branşları

			Genel branş						
			Preklinik		Dahili		Cerrahi		p
			n	%	n	%	n	%	
Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır	Kesinlikle katılmıyorum		0	0,00	2	1,44	3	5,56	0,638
	Katılmıyorum		2	20,00	14	10,07	5	9,26	
	Katılıyorum		5	50,00	66	47,48	24	44,44	
	Kesinlikle katılıyorum		3	30,00	57	41,01	22	40,74	
Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir	Kesinlikle katılmıyorum		0	0,00	2	1,44	0	0,00	0,906
	Katılmıyorum		0	0,00	13	9,35	4	7,41	
	Katılıyorum		4	40,00	51	36,69	21	38,89	
	Kesinlikle katılıyorum		6	60,00	73	52,52	29	53,70	
Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içmediklerini sorgularım	Hiçbir zaman		0	0,00	11	7,91	5	9,26	0,769
	Bazen		5	50,00	41	29,50	16	29,63	
	Çoğu zaman		2	20,00	53	38,13	21	38,89	
	Her zaman		3	30,00	34	24,46	12	22,22	
Sigara içen tüm hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm	Hiçbir zaman		0	0,00	7	5,04	2	3,70	0,294
	Bazen		2	20,00	30	21,58	4	7,41	
	Çoğu zaman		3	30,00	56	40,29	27	50,00	
	Her zaman		5	50,00	46	33,09	21	38,89	

Katılımcıların hastalarının sigara kullanımını sorgulama davranışları ile unvanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (**p=0,014**). Öğretim üyesi ve uzman hekimlerin, asistan hekimlere göre daha sık şekilde hastalarının sigara kullanım durumlarını sorguladıkları belirlendi (Tablo 26).

Hekimlerin sigara içen hastalarına sigarayı bırakmayı önerme davranışları ile unvanları arasında istatistiksel anlamlı fark izlendi (**p=0,037**). Öğretim üyesi ve uzman hekimlerin, asistan hekimlere göre daha sık şekilde sigara içen hastalarına sigarayı bırakmalarını önerdiği görüldü (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre unvanları

				Unvan				
				Araştırma Görevlisi		Uzman+		
						Öğretim Üyesi		
				n	%	n	%	p
Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır	Kesinlikle katılmıyorum	5	3,05	0	0,00	0,395		
	Katılmıyorum	19	11,59	2	5,13			
	Katılıyorum	74	45,12	21	53,85			
	Kesinlikle katılıyorum	66	40,24	16	41,03			
Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir	Kesinlikle katılmıyorum	2	1,22	0	0,00	0,329		
	Katılmıyorum	16	9,76	1	2,56			
	Katılıyorum	58	35,37	18	46,15			
	Kesinlikle katılıyorum	88	53,66	20	51,28			
Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içmediklerini sorgularım	Hiçbir zaman	13	7,93	3	7,69	0,014		
	Bazen	52	31,71	10	25,64			
	Çoğu zaman	67	40,85	9	23,08			
	Her zaman	32	19,51	17	43,59			
Sigara içen tüm hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm	Hiçbir zaman	5	3,05	4	10,26	0,037		
	Bazen	33	20,12	3	7,69			
	Çoğu zaman	72	43,90	14	35,90			
	Her zaman	54	32,93	18	46,15			

Uzman ve öğretim üyesi hekim sayıları birleştirilerek istatistiksel analiz yapılmıştır.

Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumları incelendiğinde, hekimlerin rutin olarak her hastasının sigara kullanım durumunu sorgulama tutumu ve sigara içen tüm hastalarına sigarayı bırakmalarını önerme davranışları ile eğitim alma durumları arasında anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 27).

Katılımcıların, sigara içen tüm hastalara hekimler tarafından sigarayı bırakması önerilmelidir tutumu ile eğitim alma durumları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,018$). Eğitim alan hekimlerin, eğitim almayan hekimlere göre bu konuda daha olumlu bir tutuma sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 27).

Katılımcıların, başvuru nedenlerinden bağımsız olarak tüm hastaların sigara içme durumunu sorgulama davranışları ile eğitim alma durumları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,031$). Eğitim alan hekimlerin, eğitim almayan hekimlere göre bu davranışı daha fazla benimsedikleri görülmüştür (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların tutum ve davranış durumlarına göre sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumları

		Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi aldınız mı?				
		Evet		Hayır		p
		n	%	n	%	
Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır	Kesinlikle katılmıyorum	1	3,45	4	2,30	0,165
	Katılmıyorum	2	6,90	19	10,92	
	Katılıyorum	9	31,03	86	49,43	
	Kesinlikle katılıyorum	17	58,62	65	37,36	
Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir	Kesinlikle katılmıyorum	1	3,45	1	0,57	0,018
	Katılmıyorum	1	3,45	16	9,20	
	Katılıyorum	5	17,24	71	40,80	
	Kesinlikle katılıyorum	22	75,86	86	49,43	
Başvuru bakmaksızın hastalarımın sigara içip	Hiçbir zaman	1	3,45	15	8,62	0,031
	Bazen	5	17,24	57	32,76	
	Çoğu zaman	10	34,48	66	37,93	

içmediklerini sorgularım	Her zaman	13 44,83	36 20,69	
Sigara içen tüm hastalarım	Hiçbir zaman	0 0,00	9 5,17	0,318
sigarayı bırakmalarını öneririm	Bazen	4 13,79	32 18,39	
	Çoğu zaman	11 37,93	75 43,10	
	Her zaman	14 48,28	58 33,33	

Çalışmaya katılan hekimlerin tutum ve davranış durumlarına göre sigara bırakma danışmanlığı bilgi düzeyi testinde doğru cevapladıkları soru sayıları incelendi (Tablo 28).

Tutum belirten ‘‘Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır’’ ifadesine verilen yanıtlar ile doğru cevaplanan bilgi soru sayısı arasında anlamlı fark izlendi (**p=0,002**). Bu ifadeye katılma düzeyleri arttıkça, doğru cevaplanan bilgi soru sayısı ortalamalarının da artış gösterdiği görüldü (Tablo 28).

Tutum belirten ‘‘Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir’’ ifadesine verilen yanıtlar ile doğru cevaplanan bilgi soru sayısı arasında anlamlı fark görüldü (**p=0,001**). Bu ifadeye ‘‘kesinlikle katılıyorum’’ cevabını hekimlerin doğru cevaplanan bilgi soru sayısı ortalamalarının, ‘‘kesinlikle katılmıyorum’’ cevabını veren hekimlerin ortalamalarına göre anlamlı yüksek olduğu saptandı (Tablo 28).

Davranış belirten ‘‘Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içmediklerini sorgularım’’ ifadesine verilen yanıtlar ile doğru cevaplanan bilgi soru sayısı arasında anlamlı fark izlendi (**p=0,013**). Bu davranışı hayata geçirme sıklıkları arttıkça, doğru cevaplanan bilgi soru sayısı ortalamalarının da artış gösterdiği belirlendi (Tablo 28).

Davranış belirten ‘‘Sigara içen tüm hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm’’ ifadesine verilen yanıtlar ile doğru cevaplanan bilgi soru sayısı arasında anlamlı fark izlendi (**p=0,001**). Bu davranışı uygulama sıklıkları arttıkça, doğru cevaplanan bilgi soru sayısı ortalamalarının da artış gösterdiği saptandı (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların bazı önemli tutum ve davranış durumlarına göre sigara bırakma danışmanlığı bilgi düzeyi testinde doğru cevapladıkları soru sayıları

				Doğru cevaplanan bilgi soru sayısı		
				Ort.	S.S.	p
Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır			Kesinlikle katılmıyorum (n=5)	11.60	5.41	0,002
			Katılmıyorum (n=21)	12.33	3.09	
			Katılıyorum (n=95)	12.71	4.21	
			Kesinlikle katılıyorum (n=82)	14.61	3.03	
Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir			Kesinlikle katılmıyorum (n=2)	8.00	8.49	0,001
			Katılmıyorum (n=17)	14.41	2.81	
			Katılıyorum (n=76)	12.25	3.94	
			Kesinlikle katılıyorum (n=108)	14.17	3.51	
Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içmediklerini sorgularım			Hiçbir zaman (n=16)	11.19	5.32	0,013
			Bazen (n=62)	12.66	3.77	
			Çoğu zaman (n=76)	13.83	3.16	
			Her zaman (n=49)	14.43	3.83	
Sigara içen tüm hastalarımı sigarayı bırakmalarını öneririm			Hiçbir zaman (n=9)	10.78	4.58	0,001
			Bazen (n=36)	12.81	3.98	
			Çoğu zaman (n=86)	13.24	3.74	
			Her zaman (n=72)	14.24	3.53	

5. TARTIŞMA

Bir üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin sigara bırakma tedavileri ile bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada; hekimlerde sigara kullanım oranı %15,8 idi. Sigara kullanan hekimlerin FNBT skorlarının ortalaması 3,39 olduğu ve bu hekimlerin %67,7'sinin düşük bağımlılık seviyesinde olduğu görüldü. Katılımcıların %85,7'si sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını belirtti. Erkek hekimler ve ileri yaştaki hekimlerde sigara kullanım oranları daha yüksek bulundu. Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almış olan hekimlerin bilgi, tutum ve davranış durumlarının, eğitim almayan hekimlere oranla daha iyi seviyede olduğu görüldü.

Çalışmayı oluşturan hekimlerin %75,9 (n:154)'u hiç sigara içmemiş, %15,8 (n:32)'i sigara içiyor, %8,4 (n:17)'i de sigarayı bırakmış. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (Global Adult Tobacco Survey - GATS) 2016 verilerine göre; Türkiye'de 19,2 milyon birey (%31,6) sigara içmektedir (86, 87). Bu çalışmada sigara içme oranının (%15,8) Türkiye sigara içme oranından (%31,6) daha düşük olduğu görüldü.

Hekimler arasında sigara içme oranlarını değerlendiren diğer çalışmalara baktığımızda ülkeler arası farklar dikkat çekmektedir. Hekimler arasında yapılan bazı çalışmalarda; İngiltere'de %2,6 (88), Amerika'da %3 (89), Brezilya'da %7,2 (90), Almanya'da %9,6 (91), Japonya'da kadınlarda %2,9, erkeklerde %12,5 (92), Çin'de %15,2 (93), Portekiz'de %18,9 (94), İtalya'da %19,2 (95), Fransa'da %26 (96), Pakistan'da %29 (97) oranlarında sigara kullanımı mevcuttur. Türkiye'de ise yapılan 22 çalışmanın sonucunda doktorlarda sigara kullanma prevalansı %32,6-66,2 arasında olduğu görülmüştür (98). Çalışmamıza katılan hekimlerin sigara içme oranları İngiltere, Amerika, Brezilya, Almanya, Japonya ve Çin'de elde edilen oranlara göre yüksek; Portekiz, İtalya, Fransa, Pakistan ve Türkiye'de yapılan çalışmalardaki sigara içme oranlarına göre düşük bulunmuştur. Bu durum; Dünya ile birlikte ülkemizde de sigara kullanımının özellikle hekimler arasında olmak üzere giderek azalmasına ek olarak Covid-19 pandemisinin sigara bırakma davranışını pekiştirmesi ile açıklanabilir (99-101).

Çalışmamızda sigara içen katılımcıların FNBT (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi) ile yapılan bağımlılık derecesi değerlendirmesinde; çoğunluğunun düşük düzeyde bağımlılık oranı saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; hekimlerin bağımlılığının genelde düşük seviyelerde olduğu görülmüş. (102-107). Çalışmamızdaki bağımlılık oranlarının da literatürdeki oranlara benzer ve hatta daha düşük olması sevindirici ve hekimlerde sigara bırakma açısından umut verici bir durumdur.

Çalışmamızda sigarayı bırakan hekimlerin bırakma sürecinde faydalandıkları yöntemler incelendiğinde %70,5'inin herhangi bir destek almadığını, %29,5'inin ise sadece farmakolojik tedavi desteği aldığını belirttiği görülmektedir. Bu bağlamda diğer çalışmalar incelendiğinde çalışmamız ve literatür uyumludur (104, 106-108). Hekimlerin sigara bırakma sürecinde çoğunlukla kendi çabaları ve iradeleri ile başarılı oldukları, bunun haricinde en sık farmakolojik yöntemi kullandıkları görülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin, hastalarının sigara kullanım durumlarını sorgulayan “ Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içemediklerini sorgularım” ifadesinde %24,1 her zaman, %37,4 çoğu zaman, %30,5 bazen ve %7,9 hiçbir zaman cevabı işaretlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmamalar incelendiğinde, hekimlerin sorgulama davranışını her zaman/sıklıkla gerçekleştirme oranlarının en düşük %50,9, en yüksek ise %93,4 olarak ölçüldüğü görülmektedir (98, 106, 107, 109-115). Finlandiya, Çin, Pakistan ve ABD’de yapılan çalışmalarda ise en düşük oran %65 iken en yüksek oran %99,5’tir (116-119). Bu sonuçlar ışığında, çalışmamızda saptadığımız sigara kullanım durumu sorgulama davranış oranı diğer yurt içi çalışmaların çoğunluğu ile benzerlik göstermekle beraber yüksek oranların saptandığı bazı çalışmalar da mevcuttur. Yurt dışında yapılan çalışmalar göz önüne alındığında ise bu davranış açısından oranlarımızın düşük bir seviyede olduğu görülmektedir. Hekimlerin en az %50’sinin her hastasına sigara kullanımını sorması sevindirici olsa da bu oranın çok daha fazla olması gerekmektedir. Bu konuda biz hekimlere daha fazla sorumluluk alma ve sigara konusunda daha bilinçli davranma görevleri düşmektedir. Aynı zamanda belirli aralıklarla tütün bağımlılığı ve sigara bırakma danışmanlığı eğitimlerinin düzenlenmesi de bu görevleri yerine getirmelerinde hekimlere yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda hekimlerin, sigara kullanan hastalarına sigara bırakma tavsiyesinde bulunma durumlarını sorgulayan ‘‘Sigara içen tüm hastalarım sigarayı bırakmalarını öneririm’’ ifadesinde %35,5 her zaman, %42,4 çoğu zaman, %17,7 bazen ve %4,4 hiçbir zaman cevabı işaretlenmiştir. Yerli ve yabancı literatürdeki sigara içen hastalara sigara bırakma önerisi davranış oranları önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir (10, 98, 106, 107, 109-112, 116-119). Bu değişkenliğin sebebi olarak hekimlerin özellikle farmakolojik tedaviler hakkındaki bilgi düzeylerinin, sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre artıyor olması; bu artan bilgi düzeyinin de sigara içen hastalara tavsiyelerde bulunma ve yönlendirme davranışını tetiklediği düşünülebilir. Düzenlenecek olan sigara bırakma danışmanlığı eğitimlerinin bu tavsiye ve yönlendirme davranışını olumlu yönde etkileyeceği açıktır.

Bu çalışmaya katılan hekimlerin yaşları ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı fark izlenmiştir. Hiç sigara içmeyen hekimlerin yaş ortalamaları en düşük iken, sigarayı bırakan hekimlerin yaş ortalamaları en yüksektir. Sigara içen hekimlerin yaş ortalaması ise $32,53 \pm 6,74$ olarak belirlenmiştir. Literatürde benzer şekilde yaş ortalaması azaldıkça sigara kullanımının da azaldığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte, yaş ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (106, 107, 120, 121). Sigaranın zararları hakkındaki bilincin ve kişisel sağlık kaygılarının yaşla birlikte artış göstermesi, sigarayı bırakma davranışının daha ileri yaşlarda ortaya çıkmış olmasını açıklayabilir. Aynı zamanda genç hekimlerin, son yıllardaki başarılı tütün politikalarının da etkisiyle sigara konusunda daha bilinçli davrandıkları ve daha az sıklıkla sigara kullandıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda hekimlik süresi ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hiç sigara içmeyen katılımcıların hekimlik sürelerinin ortalaması, sigara kullanan ve bırakan katılımcıların hekimlik sürelerinin ortalamalarına göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Çerçi’nin 2017 yılında gerçekleştirdiği tez çalışmasında da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde hekimlik yılı ortalaması düşük olan katılımcılarda sigara kullanım oranı daha düşük saptanmıştır (106). Yemenici’nin 2021 yılı çalışmasında ise asistan hekimlerin meslekteki toplam yılları ve asistanlıktaki yılları ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı bir fark

saptanmamıştır (107). Bu sonuçlar da tıpkı yaş ile sigara kullanımı arasındaki ilişki gibi, genç hekimler ve hekimliğin geleceği adına sevindirici ve umut vericidir.

Çalışmamızda doğru cevaplanan bilgi sorusu sayısı ile sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Bu konuda çalışmamız daha önce yapılan tez çalışmaları ile benzer sonuçlar vermiştir. Sigara kullanan hekimlerin, sigara ve sigara bırakma tedavileri hakkındaki bilgi düzeylerinin sigara kullanmayan hekimlerle benzer olmasına rağmen sigara kullanımını sürdürmeleri düşündürücüdür. Bununla birlikte bilgi düzeylerinin anlamlı değişiklik göstermemesi, hekimlerin bir kısmının sigara kullanmasına rağmen, bu konuda bilgi eksikliğine yer vermeyerek mesleklerinin gerekliliklerini yerine getirdiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda erkeklerin kadınlara göre sigara içme düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016 verilerine göre erkeklerin sigara kullanma oranı %44,1 iken kadınların kullanma oranı daha az olup %19,2'dir (86, 87). Çalışmamızdaki erkek ve kadın hekimlerin sigara içme düzeyi Türkiye verilerine göre daha düşük olarak ölçüldü. Literatürde yer alan birçok çalışma bizim çalışmamız ile benzer şekilde erkeklerin sigara içme düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (12, 98, 102, 103, 107, 124-126).

Çalışmamızda evli hekimlerin sigara içme oranları, bekar hekimlerin sigara içme oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Bu ilişkiyi araştırmış olan çalışmaların çoğunluğunda medeni durum ile sigara kullanımı arasında bir ilişki bulunmamıştır (106, 107, 120, 121, 126, 127). Çalışmamız bu konuda literatürün büyük bölümü ile farklılık göstermektedir. Çalışmamızda sigara kullanmayan hekimlerin yaş ortalaması anlamlı olarak düşük çıkmıştı. Bekar hekimlerin de evli hekimlere göre yaş ortalamalarının daha düşük olabileceği düşünüldüğünde, evli hekimlerde sigara içme oranının daha yüksek olması anlaşılabilir bir sonuçtur.

Bu çalışmada hekimlerde branşa göre sigara içme durumlarına bakıldığında, dahili bölümde çalışan hekimlerin %16,5'inin, cerrahi bölümlerde çalışanların %14,8'inin, temel tıp bölümünde çalışan hekimlerin %10'unun sigara içtiği; hekimlerin branşları ile sigara içme durumları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü. Daha önce yapılan çalışmalarda ise cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin,

dahili ve temel tıp bölümlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda sigara kullandıkları saptanmıştır (105, 107, 108, 126-128). Çalışmamızda bölüm ile sigara kullanımı arasında anlamlı fark bulunmamasına rağmen literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, hekimlerin çalıştığı bölümünün sigara içme durumlarını etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğunun (139/203) dahili branş hekimlerinden oluşması, bu uyumsuzluğa sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre sigara kullanım durumlarına bakıldığında bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.  er i'nin çalışmasında da, sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alan hekimlerin sigara kullanım oranları, eğitim almayan hekimlere göre daha düşük bulunmakla beraber istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (106). Sigara kullanmayan hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı eğitimine ilgilerinin daha yüksek olabileceği, istatistiksel anlamı olmasa da eğitim alan hekimlerin daha az oranda sigara içiyor olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların unvanları ile sigara bırakma danışmanlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Asistan hekimlerin doğru cevapladıkları bilgi sorularının ortalaması, uzman ve  ğretim görevlisi hekimlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılımın yoğunlukla asistan hekimler tarafından yapılmış olması ve bu asistan hekimlerin içinde, hastanemiz sigara bırakma polikliniğinde aktif görev yapan aile hekimliği asistanlarının çoğunlukta olmasının bu sonucu doğurduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumlarına göre bilgi puanları incelendiğinde anlamlı fark izlendi. Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almış olan katılımcıların bilgi puanlarının ortalamasının, beklendiği üzere eğitim almamış katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ketten ve arkadaşlarının 2014 yılında aile hekimleri ile yaptıkları çalışmada sigara bırakma tedavileri hakkında eğitim alan ve almayan hekimler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (109).  er i'nin 2017 yılında yaptığı tez çalışmasında tütün bağımlılığı eğitimi almış olan hekimlerin sigara bırakma tedavileri ile ilgili bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt ortalaması, eğitim almayan

hekimlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştu (106). Demirezen'in 2021 yılındaki uzmanlık tezi çalışmasında eğitim alma durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştı. En yüksek bilgi düzeyi sertifikalı eğitim alan hekimlerde, en düşük bilgi düzeyi ise herhangi bir eğitim almayan hekimlerde saptanmıştır (123). Literatürde bu konudaki çalışmalar incelendiğinde yıllar geçtikçe, eğitimin bilgi düzeyine olan katkısının arttığı sonucu çıkarılabilir. Bu sonucu etkileyen faktörlerden birisinin, sigara bırakma danışmanlığı eğitiminin kalitesinin ve erişilebilirliğinin artması olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hekimlerin sigara kullanma durumları ile hastalarının sigara içme durumunu sorgulama davranışları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yurt içi literatür incelendiğinde çoğunlukla çalışmamıza benzer şekilde hekimlerin sigara kullanmasının, hastaların sigara kullanımını sorgulama davranışı üzerine etkisi olmadığı görülmüştür (106, 110, 112, 122, 123). Yabancı çalışmalarda ise farklı olarak, sigara kullanmayan hekimlerin hastalarını sigara içme durumu açısından daha fazla sorguladıkları bulunmuştur (129-131). Hastaların sigara kullanım durumunu sorgulama davranışı ile hekimin sigara içme durumu arasındaki ilişki açısından çalışmamız ülkemizde yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlanmış ve bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ülkemizde hekimler, kendileri sigara kullansa bile mesleklerini icra ederken bu durumdan etkilenmeyerek hastalarına sorgulama yapmaktadır.

Çalışmamızda hekimlerin sigara kullanma durumları ile sigara içen hastalara sigara bırakma konusunda tavsiyede bulunma davranışları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Demirezen'in çalışmasında aile hekimliği asistanlarının sigara içme durumlarının, sigara kullanan hastalara bırakmalarını tavsiye etme davranışı üzerine olan etkisi incelenmiş, anlamlı bir fark görülmemiştir (123). Çerçi'nin çalışmasında da benzer şekilde sigara kullanan hastalara sigara bırakma tavsiyesinde bulunma davranışı ile hekimin sigara kullanım durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (106). Türkiye, Finlandiya, Arjantin ve Suudi Arabistan'da yapılan çeşitli çalışmalarda ise hekimlerin sigara içip içmemesi ile hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etme davranışları arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Sigara içmeyen hekimler, hastalarına sigara bırakma tavsiyesini sigara içen hekimlere göre daha sıklıkla vermektedir (49, 52, 116, 132). Çalışmamız bu bağlamda Demirezen'in

ve Çerçi'nin çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Literatürde anlamlı fark saptanan çalışmalar olsa da, sigara kullanım durumu ne olursa olsun hekimlerin mesleklerinin gereğini yaparak hastalarını sağlıklı yaşama yönlendirme ve teşvik etme görevlerini yerine getirdiklerini görmek olumlu bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda hekimlerin branşları ile hastalarına sigara içip içmediklerini sorgulama ve sigara içen hastalara sigarayı bırakmalarını tavsiye etme davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yemenici'nin tez çalışmasında da benzer şekilde asistanlık yapılan bölüm ile hastalara sigara kullanım durumu sorgulama davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştı (107). Hastaların sigara kullanımları ile ilgili hem bilgi alma hem de tavsiyelerde bulunma davranışının temel hekimlik özellikleri olduğu düşünüldüğünde bu sonuçlar beklenen sonuçlardandır.

Çalışmamızda hekimlerin unvanlarına ile hastalarının sigara kullanım durumunu sorgulama ve sigara kullanan hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etme davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Sorgulama davranışı bağlamında uzman/öğretim üyesi katılımcıların asistan katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla sorgulama yaptığı görülmüştür. Tavsiye davranışı incelendiğinde de benzer şekilde uzman/öğretim görevlisi hekimler asistan hekimlere göre anlamlı olarak daha sıklıkla tavsiye davranışını göstermekteydi. Çerçi'nin tez çalışması, aile hekimlerinde pratisyen ve uzman aile hekimi olma durumuna göre sorgulama ve tavsiye davranışlarının anlamlı olarak değişmediği sonucuna varmıştır (106). Bu çerçevede bizim çalışmamızla arasındaki farklılık; Çerçi'nin çalışmasının sadece aile hekimleri ile yapıldığı ve uzman olsun veya olmasın, aile hekimliği yapan hekimlerin sigara kullanımı gibi toplumsal sağlık sorunları hakkında diğer branş hekimlerine nazaran farkındalık seviyelerinin yüksek olabileceği ile açıklanabilir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlardan; hekimlerin unvanı ve dolayısıyla tıp eğitimi görmüş olma süreleri yükseldikçe farkındalıklarının beklendiği gibi arttığı saptanmıştır.

Hastaların sigara kullanım durumunu sorma davranışı ile eğitim alma durumu arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü. Eğitim almış olan hekimlerin bu sorgulama davranışını eğitim almayan hekimlere göre daha çok uyguladıkları belirlendi. Sigara

içen hastalara bırakmalarını tavsiye etme davranışı ile eğitim alma durumu arasında ise istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Demirezen'in çalışmasında asistan hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumu ile hastaların sigara kullanım durumlarını sorgulama ve sigara içen hastalara bırakma tavsiyesinde bulunma davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Davranış puanları incelendiğinde en yüksek puanlar, sertifikalı eğitim almış hekimlerin puanlarıydı (123). Çerçi'nin çalışmasında katılım sağlayan hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı eğitimi alma durumları ile hastalara sigara kullanımı sorma davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında, eğitim alan hekimlerin sorgulama oranları daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş. Eğitim almış olma durumu ile sigara kullanan hastalara bırakma tavsiyesinde bulunma durumları karşılaştırıldığında ise eğitim alan ve almayan hekimler arasında bu tavsiye davranışı açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiş (106). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda Çerçi'nin çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almanın, hekimlerin sigara konusunda farkındalıklarının daha yüksek olması beklenen ve istenen bir sonuçtur. Sigara içen hastalara bırakma tavsiyesi vermenin ise sigara bırakma danışmanlığı dışında temel hekimlik görevlerinden birisi olduğu düşünüldüğünde, eğitim alan ve almayan hekimlerin arasında bu konuda fark olmaması da anlaşılabilir. Hekimlerin tütün bağımlılığı ve sigara bırakma hakkında eğitimlerle desteklenmesi bu iki davranışı da olumlu yönde geliştirecektir.

Çalışmamızda hekimlerin bilgi düzeyi sorularına verdikleri doğru yanıt sayıları ile hastaların sigara kullanım durumlarını sorgulama ve bırakma tavsiyesinde bulunma konusunda tutum ve davranışları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu anlamlı ilişki; Sigara kullanımı ile ilgili tutum ve davranış eksikliklerinin ana nedeninin bilgi düzeyi düşüklüğü olduğu, hekimlere verilecek olan sigara bırakma danışmanlık eğitimlerinin sadece bu konudaki bilgi düzeyine değil, aynı zamanda tutum ve davranış durumlarına da olumlu etki göstereceği düşüncesini güçlü şekilde desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanemizde görev yapmakta olan hekimlerin sigara bırakma tedavileri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla oluşturduğumuz bu çalışmada;

- Katılım sağlayan hekimlerde saptadığımız %15,8 sigara kullanma oranı, hem Türkiye geneli sigara içme prevalansından (%31,6) hem de Türkiye’de hekimlerin sigara içme oranlarını araştırmış olan çalışmaların sonuçlarından (%32,6-66,2) daha düşüktür.
- Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarına sigara kullanıp kullanmadıklarını sorma ve sigara kullanan tüm hastalarına sigara bırakma tavsiyesinde bulunma tutum ve davranışları açısından literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir ve bu tutum-davranış özelliklerinin, hastalara etkin sigara bırakma danışmanlığı verme açısından yetersiz olduğu düşünülmüştür.
- Sigara bırakma danışmanlığı ile alakalı eğitim almak bilgi düzeyini anlamlı derecede artırmakta, artan bilgi düzeyi de dolaylı olarak bu konudaki tutum ve davranışlar üzerine anlamlı olumlu etkiler sağlamaktadır.
- Hekimlerin sigara kullanım durumlarının; sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır.

Ülkemizde son dönemdeki tütün kontrol politikalarının özellikle genç hekimler üzerindeki etkisinin görülmeye başlanmasının, topluma rol-model olma görevini de üstlenen bu meslek grubunun sigara kullanım oranlarındaki gözle görülür düşüşün en önemli sebeplerinden birisi olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların sigara bırakma danışmanlığı eğitimi almalarının yanı sıra, uzman ve öğretim görevlisi olmak gibi tıp eğitimi içerisinde geçirilmiş sürenin daha fazla olması durumu da sigara ile ilgili farkındalığın yüksek, sigara bırakma tedavileri ile ilgili tutum ve davranışın daha olumlu olması ile ilişkili bulunmuştur. Sigara ve sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili hem tıp fakültesindeki hem de

mezuniyet sonrası dönemdeki eğitimlerin sayı ve kalitesindeki artış; hekimlerin bu konudaki farkındalık, bilgi, tutum ve davranışlarına önemli katkılar sağlayacaktır.

Tüm toplumu kapsayacak şekilde koruyucu sağlık hizmeti sunan aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerin, çağımızın en önemli toplum sağlığı sorunlarından birisi olan ve doğru stratejilerle sağlığa olan zararlarının önüne geçilebilecek sigara ve tütün bağımlılığı konusunda daha bilinçli olması ve daha etkin rol alması gereklidir. Bu konuda gerekli politikaların üretilmesine, sigara bırakma konusuna gereken değerin ve ağırlığın verilmesine, eğitimlerin sayı, kalite ve erişilebilirliğinin artırılmasına ve bu konuda daha kapsamlı bilimsel araştırmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKLAR

1. Ngaruiya C, Abubakar H, Kiptui D, Kendagor A, Ntakuka MW, Nyakundi P, et al. Tobacco use and its determinants in the 2015 Kenya WHO STEPS survey. BMC public health. 2018;18:1-13.
2. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.
3. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. The lancet. 2011;377(9760):139-46.
4. Organization WH. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2019 Offer help to quit tobacco use 2019 [Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>]
5. AlMulla A, Hassan-Yassoub N, Fu D, El-Awa F, Alebshehy R, Ismail M, et al. Smoking cessation services in the Eastern Mediterranean Region: highlights and findings from the WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. Information for authors. 1995;1.
6. Heydari G, Zaatari G, Al-Lawati JA, El-Awa F, Fouad H. MPOWER, needs and challenges: trends in the implementation of the WHO FCTC in the Eastern Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal. 2018;24(1):63-71.
7. Organization WH. WHO expert consultation on rabies: third report: World Health Organization; 2018.
8. Organization WH. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025: World Health Organization; 2018.
9. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek). 2011:21-3.
10. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye, 2016. [Erişim: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872/related-materials>]
11. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985: Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer Institute, US ...; 1987.

12. Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. The frequency of tobacco and tobacco product use in medical faculty students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;13(2):219-26.
13. Ekren S, Vural D. Farklı kurutma yöntemlerinin İzmir tipi tütün çeşitlerinde bazı kimyasal özellikleri ile verim ve tütün kalitesine etkileri. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 2019(17):509-14.
14. AG D. Tütün dumanının içeriği ve farmakokinetiği. *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*. 2012;5(2):6-10.
15. Derneği TTG, Grubu TKÇ. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara; 2014.
16. Seydioğulları M, Eksperi T. Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları. 2009.
17. Okulu TEY. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını. 1978:9-18.
18. Yılmaz A. Türkiye’de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. DoktoraTezi TAPDK. 2006.
19. Doğruel F, AS D. Osmanlıdan Günümüze TEKEL. 1 inci baskı. İstanbul: Tekel yayınları. 2000;218.
20. Hajdu SI, Vadmal MS. The use of tobacco. *Annals of Clinical & Laboratory Science*. 2010;40(2):178-81.
21. Jung KJ, Jeon C, Jee SH. The effect of smoking on lung cancer: ethnic differences and the smoking paradox. *Epidemiology and health*. 2016;38.
22. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286-90.
23. Ramya M. Smoking And Periodontal Diseases. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. 2020;7(2):6704-12.
24. Karabacak K. Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. *Coğrafi Bilimler Dergisi*. 2017;15(1):27-48.
25. Bakanlığı TS, Müdürlüğü TSHG. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (hekimler için). Ankara: Anıl Matbaacılık. 2010.
26. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye’de tütün kontrol politikaları ve tütün tüketimi üzerine bir değerlendirme. *Politik Ekonomik Kuram*. 2020;4(1):20-44.

27. Calikoglu EO, Koycegiz E. Tobacco control policies in Turkey in terms of MPOWER. The Eurasian Journal of Medicine. 2019;51(1):80.
28. Bilir N, Özcebe H. Tobacco control activities in Turkey. Turkish Journal of Public Health. 2013;11(2):96-103.
29. Bilir N, Özcebe H. Türkiye MPOWER Koşullarını Ne Kadar Karşılıyor? TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1).
30. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. The American journal of medicine. 2008;121(4):S3-S10.
31. Dani JA, Jenson D, Broussard JI, De Biasi M. Neurophysiology of nicotine addiction. Journal of addiction research & therapy. 2011(1).
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 7 Common Withdrawal Symptoms. [Erişim: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/quit-smoking/7-common-withdrawal-symptoms/index.html>]
33. Derneği TT. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi Hekim El Kitabı. Ankara: Sentez Yayıncılık. 2013:1-28.
34. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research & practice. 1982;19(3):276.
35. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. 1997.
36. Jaén CR, Benowitz NL, Curry SJ, Parsippany N, Kottke TE, Mermelstein RJ, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. Am J Prev Med. 2008;35(2):158-76.
37. Organization WH. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. 2013.
38. Fagerström K-O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive behaviors. 1978;3(3-4):235-41.
39. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of behavioral medicine. 1989;12:159-82.

40. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*. 1991;86(9):1119-27.
41. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, McSherry WC, Antony MM. Assessing nicotine dependence: A comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. *Addictive behaviors*. 1994;19(3):307-17.
42. Moolchan E, Radzius A, Epstein D, Uhl G, Gorelick D. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and the Diagnostic Interview Schedule: do they diagnose the same smokers? *Addict Behav* 27: 101-113. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2011.
43. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British journal of addiction*. 1989;84(7):791-800.
44. Diaz FJ, Jané M, Saltó E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(3):161-8.
45. Rustin TA. Assessing nicotine dependence. *American family physician*. 2000;62(3):579.
46. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
47. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *American family physician*. 2012;85(6):591-8.
48. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2013(5).
49. PHS Guideline Update Panel L, Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory Care*. 2008;53(9):1217-22.

50. Çelik ZH, Sevi OM. Sigarayı Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(1):54-71.
51. Reichert J, Araújo AJd, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MdPU, et al. Smoking cessation guidelines-2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2008;34:845-80.
52. Jarvis MJ. Why people smoke. Bmj. 2004;328(7434):277-9.
53. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. 2012(11).
54. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. ENSP Guidelines for treating tobacco dependence 2016 [Erişim: http://ensp.network/wp-content/uploads/2021/01/English_Guidelines_2016.pdf].
55. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. Chest. 2000;117(4):169S-75S.
56. Use T. Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA. 2000;283(24):3244-54.
57. Costa R, Oliveira NG, Dinis-Oliveira RJ. Pharmacokinetic and pharmacodynamic of bupropion: integrative overview of relevant clinical and forensic aspects. Drug metabolism reviews. 2019;51(3):293-313.
58. Patel K, Allen S, Haque MN, Angelescu I, Baumeister D, Tracy DK. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2016;6(2):99-144.
59. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Syst Rev 2004;(4) CD: 00003 1. DOI Review Jarvis MJ ABC of smoking cessation-Why people smoke. 2004:277-9.
60. Lerman C, Niaura R, Collins BN, Wileyto P, Audrain-McGovern J, Pinto A, et al. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. Psychology of Addictive Behaviors. 2004;18(4):362.
61. Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. Drug and alcohol review. 2003;22(2):203-20.

62. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *Bmj*. 2004;328(7438):509-11.
63. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, Wirtz MC, Arnold EP, Huang J, et al. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of medicinal chemistry*. 2005;48(10):3474-7.
64. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama*. 2006;296(1):47-55.
65. Oncken C, Gonzales D, Nides M, Rennard S, Watsky E, Billing CB, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Archives of internal medicine*. 2006;166(15):1571-7.
66. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical therapeutics*. 2009;31(3):463-91.
67. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(19):2018-24.
68. Ebbert JO, Wyatt KD, Hays JT, Klee EW, Hurt RD. Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations. Patient preference and adherence. 2010:355-62.
69. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase the risk of certain cardiovascular adverse events in patients with cardiovascular disease [Erişim: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-chantix-varenicline-may-increase-risk-certain-cardiovascular-adverse>]
70. Kooperatifi GE. Champix 0,5 Mg Ve 1 Mg Film Kapli Tablet Geri Çekme İşlemi İşlemi Uygulanacaktır 2021 [Erişim: <https://www.gek.org.tr/dosyalar/champix-geri-cekme-tutanagi.pdf>]
71. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Archives of internal medicine*. 2004;164(20):2206-16.
72. Strzelak A, Ratajczak A, Adamiec A, Feleszko W. Tobacco smoke induces and alters immune responses in the lung triggering inflammation, allergy, asthma and

other lung diseases: a mechanistic review. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(5):1033.

73. van Zyl-Smit RN, Richards G, Leone FT. Tobacco smoking and COVID-19 infection. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(7):664-5.

74. Berlin I, Thomas D, Le Faou A-L, Cornuz J. COVID-19 and smoking. *Nicotine and Tobacco Research*. 2020;22(9):1650-2.

75. Ahmed N, Maqsood A, Abduljabbar T, Vohra F. Tobacco smoking a potential risk factor in transmission of COVID-19 infection. *Pakistan journal of medical sciences*. 2020;36(COVID19-S4):S104.

76. Gupta AK, Nethan ST, Mehrotra R. Tobacco use as a well-recognized cause of severe COVID-19 manifestations. *Respiratory Medicine*. 2021;176:106233.

77. Haddad C, Bou Malhab S, Sacre H, Salameh P. Smoking and COVID-19: a scoping review. *Tobacco use insights*. 2021;14:1179173X21994612.

78. Li J, Long X, Zhang Q, Fang X, Li N, Fedorova B, et al. Tobacco smoking confers risk for severe COVID-19 unexplainable by pulmonary imaging. *Journal of internal medicine*. 2021;289(4):574-83.

79. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*. 2020;382(18):1708-20.

80. Maloney SF, Combs M, Scholtes RL, Underwood M, Kilgallen B, Soule EK, et al. Impacts of COVID-19 on cigarette use, smoking behaviors, and tobacco purchasing behaviors. *Drug and alcohol dependence*. 2021;229:109144.

81. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 May. [Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>]

82. World Health Organization (WHO). Tobacco. [Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>]

83. Burci GL. World Health Organization (WHO): framework convention on tobacco control. *International Legal Materials*. 2003;42(3):515-39.

84. T. C. Sağlık Bakanlığı. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. [Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik->]

[db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun Kontrolu Strateji Belgesi ve Eylem Plani.pdf](db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf)

85. Bozkurt N, Bozkurt A. Assessment of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) used in the determination of nicotine dependence and developing a new test for the nicotine dependence. Pamukkale Medical Journal. 2016;9(1):45-51.
86. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi-(2018/2019-63) [Erişim: <https://halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf>]
87. Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016 [Erişim: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>]
88. Lewis K, Shin D, Davies G. Smoking habits and attitudes toward tobacco bans among United Kingdom hospital staff and students. The International journal of tuberculosis and lung disease. 2011;15(8):1122-6.
89. Shahbazi S, Arif AA, Portwood SG, Thompson ME. Risk factors of smoking among health care professionals. Journal of Primary Care & Community Health. 2014;5(4):228-33.
90. Viegas CAdA, Andrade APAd, Silvestre RdS. Characteristics of smoking among physicians in the Federal District of Brazil. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2007;33:76-80.
91. Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. The European Journal of Public Health. 2005;15(2):140-5.
92. Kaneita Y, Ohida T, Uchida T. Prevalence and correlates of smoking among Japanese physicians: result from the 2008 survey on the smoking activities of Japan Medical Association members. Nippon Ishikai Zasshi. 2009;138:770-7.
93. Hu D, Yu J, Chen F, Sun Y, Jiang Q. The Chinese physicians' cardiovascular risk evaluation (care) survey: an assessment of physicians' own cardiovascular risks. Heart Asia. 2010;2(1):89-94.
94. Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional

study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. BMC Public Health. 2011;11(1):1-11.

95. Abbritti G, Folletti I, Gambelunghe A, Muzi G, Rossi L, Murgia N. Reduction of tobacco smoking among physicians of a hospital in central Italy. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*. 2012;34(3 Suppl):453-5.

96. Underner M, Laforgue A-V, Chabaud F, Meurice J-C. Influence of doctors' smoking habits on minimal advice for smoking cessation. A survey of 369 general practitioners in the department of Vienne, France. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*. 2004;33(14 Pt 1):927-9.

97. Zafar M. Prevalence of smoking and associated risk factors among medical professionals in hospitals of Karachi, Pakistan. *International Journal of Preventive Medicine*. 2014;5(4):457.

98. Demir C, Şimşek Z. Hekimlerin sigara bıraktırma davranışları ve ilişkili faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(5):501-10.

99. Arpacioğlu S, Ünübol B. Investigation of changes in alcohol-smoking usage and related situations in the coronavirus outbreak. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*. 2020;2(3):128-38.

100. Kayhan Tetik B, Gedik Tekinemre I, Taş S. The effect of the COVID-19 pandemic on smoking cessation success. *Journal of Community Health*. 2021;46:471-5.

101. Ozgunay SE, Akca F, Karasu D, Eminoglu S, Gamli M. Coronavirüs (COVID-19) Pandemi Sürecinde, Anestezistlerin Yaşadıkları Korku Düzeyleri ve Profilaksi Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *JARSS*. 2021;29(1):25-31.

102. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. 2013.

103. Koç EM, Başer D, Döner P, Yılmaz T, Yılmaz T, Alsancak A, et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2015;6(1):33-9.

104. Baltacı D, Bahcebasi T, Aydın LY, Ozturk S, Set T, Eroz R, et al. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians. *Toxicology and industrial health*. 2014;30(1):3-11.

105. Aliskin O, Savas N, Inandi T, Peker E, Erdem M, Yeniceri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015;6(24):32-42.
106. Çerçi CT. Aile hekimlerinin sigara içme durumları ile sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. 2017.
107. YEMENİCİ B. Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Görev Yapan Asistan Hekimlerin Sigara İçme Durumu, Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Sigara Bıraktırmaya Karşı Tutum Ve Davranış İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi 2021.
108. Ozturk O, Ozturk G, Yazicioglu B, Demir B, Yalcin B, Unal M. Asistan Hekimlerin Sigara İçme Durumları Ve Sigara Bıraktırma Becerileri Açısından Bilgi Ve Tutum Düzeyleri Araştırması - Ara Sonuçlar 2015.
109. Ketten HS, Kahraman H, Üçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):58-62.
110. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Tuberk Toraks. 2007;55(4):350-5.
111. Özer AÖ. Eskişehir'de birinci basamak hizmeti veren doktorların sigara içicilik durumları ve sigara bıraktırma konusundaki tutumları 2012.
112. Bıtrak K. İzmir İlindeki Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi ve Davranışları 2020.
113. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. Toraks dergisi. 2002;3(3):253-6.
114. Tanrıöver Ö. Aile hekimlerinin elektronik sigara ile ilgili farkındalık düzeyleri, zarar algıları ve bu konuda klinik uygulamalarını etkileyen faktörler: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
115. Günay E, Ulaşlı Ss, Ahsen A, Gürhan Ö, Koyuncu T. Bir Üniversite Hastanesi Hekimlerinin Sigara İçen Hastalara Sigarayı Bırakma Öneri Durumlarının Belirlenmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 28(1):23-30.
116. Keto J, Jokelainen J, Timonen M, Linden K, Ylisaukko-oja T. Physicians discuss the risks of smoking with their patients, but seldom offer practical cessation support. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2015;10(1):1-7.

117. Abdullah ASM, Rahman AM, Suen CW, Wing LS, Ling LW, Mei LY, et al. Investigation of Hong Kong doctors' current knowledge, beliefs, attitudes, confidence and practices: implications for the treatment of tobacco dependency. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2006;69(10):461-71.
118. Naeem M, Irfan M, Mawani M, Waheed Z, Haque AS, Zubairi ABS, et al. Tobacco cessation treatment: knowledge, attitude and practices of physician in Karachi, Pakistan: A cross sectional study. *Journal of Health, Medicine and Nursing*. 2016;27:90.
119. Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of US health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine & Tobacco Research*. 2010;12(7):724-33.
120. Eroğlu SA. İstanbul'da genel bir devlet hastanesinde çalışanların sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *İst Med J*. 2013;14:170-4.
121. Mutlu P, Çeldir Emre J, Dirican N, Deniz S, Aksoy Ü. Hastane Personelinde Meslek Gruplarına Göre Sigara İçme Durumu ve Sigara Bırakma Danışma Hizmetleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Troia Tıp Dergisi*. 2019.
122. Karabıyık O. Edirne il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin sigara içiciliği durumlarının sigara bıraktırma konusundaki bilgi ve tutumlarına olan etkilerinin araştırılması. 2019.
123. Demirezen FE. Ankara İlindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Sigara Bırakma Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi 2021.
124. Ünsal M, Topbaş M, Atici Ag, Uğurlu D, Özer A, Erkan L. Sigara İçimi Konusundaki Bazı Düşünce ve Davranışları.
125. DEMİREL B. Hekimlerin Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017;9(5):14-7.
126. Özyurt L. Hekimlerin sigara içme davranışlarının bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği: Yüksek Lisans Tezi; 2006.
127. Göçmen Js, Aksoy A, Apan Tz, Karnak D, Kayacan O. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tüberküloz Laboratuvarında 2001-2006 yılları Arasında İzole Edilmiş Mycobacterium Tuberculosis Suşlarında İlaç Direnci. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2008;10(3):18-21.

128. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B, Torun E, Durmuş N, Aka Aktürk Ü, et al. İstanbul'da Genel Bir Eğitim Hastanesinde Çalışanların Sigara Hakkındaki Bilgileri, Davranışları Ve Sigara İçme Oranları. 2006.
129. El-Khushman HM, Sharara AM, Al-Laham YM, Hijazi MA. Cigarette smoking among health care workers at King Hussein Medical Center. Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine. 2008;3(3):281-4.
130. Perrin PC, Merrill RM, Lindsay GB. Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia. BMC public health. 2006;6(1):1-8.
131. Josseran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. The European Journal of Public Health. 2005;15(1):33-8.
132. Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;16(4):32-8.

8.EKLER

EK.1 ANKET FORMU



“ Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekimlerin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi ” Çalışması Anket Formu

Değerli meslektaşım; tıpta uzmanlık tezi olan bu çalışmada, dünyada en önemli morbidite ve mortalite sebeplerinden birisi olan sigara kullanımı ve sigara bırakma tedavileri konusunda hekimlerin farkındalığı hakkında bilgi sahibi olmak amaçlandı. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlar çerçevesinde kullanılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Katılımınız için teşekkür ederiz...

Araş. Gör. Dr. Safa Ünal, Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir Kaya
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

- 1)** Yaşınız
- 2)** Cinsiyetiniz
 - a. Kadın
 - b. Erkek
- 3)** Medeni Durumunuz
 - a. Evli
 - b. Bekar
- 4)** Çocuğunuz var mı?
 - a. Evet (Lütfen çocuk sayınızı yazınız)
 - b. Hayır
- 5)** Bölümünüz/Uzmanlık Alanınız
- 6)** Unvanınız
 - a. Asistan/Araştırma görevlisi
 - b. Yan Dal Asistanı/Uzman
 - c. Öğretim Üyesi (Dr. Öğr. Üyesi, Doç., Prof.)
- 7)** Hekimlikte kaçınıcı yılınızdasınız?
- 8)** Astım/KOAH tanınız var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
- 9)** Birinci derece yakınlarınızda Astım/KOAH tanısı olan birisi var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
- 10)** Herhangi bir Malignite tanınız var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
- 11)** Birinci derece yakınlarınızda herhangi bir Malignite tanısı olan birisi var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
- 12)** Kardiyovasküler Hastalık tanınız var mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

LÜTFEN SONRAKİ SAYFAYA GEÇİNİZ.

- 13)** Birinci derece yakınlarınızda Kardiyovasküler Hastalık tanısı olan birisi var mı?
a. Evet
b. Hayır
- 14)** Daha önce Sigara Bırakma Danışmanlığı eğitimi aldınız mı?
a. Evet
b. Hayır
- 15)** Eğitim aldıysanız nerede aldınız? **(14. Soruya cevabınız Hayır ise boş bırakınız)**
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a. Sağlık Bakanlığı
b. Üniversite
c. Uzmanlık eğitimi
d. Kongre
e. Diğer
- 16)** Sigara kullanıyor musunuz
a. Kullanıyorum **Lütfen 17-21. soruları cevapladıktan sonra 26. soruya geçiniz**
b. Bıraktım (en az 6 aydır sigara içmiyorum) **Lütfen 22. soruya geçiniz**
c. Hiç içmedim **Lütfen 26. soruya geçiniz**
- 17)** Kaç yıldır, günde kaç adet sigara içiyorsunuz? (..... yıldır, günde adet)
- 18)** Daha önce hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?
a. Evet
b. Hayır
- 19)** Sigarayı bırakmayı kaç defa denediniz (..... kez denedim) **(18. Soruya cevabınız Hayır ise boş bırakınız)**
- 20)** Sigarayı en uzun bırakabildiğiniz süre (en uzun bıraktım) **(18. Soruya cevabınız Hayır ise boş bırakınız)**
- 21)** Sigarayı bırakma denemenizde profesyonel destek aldıysanız hangi yöntemi kullandınız? **(18. Soruya cevabınız Hayır ise boş bırakınız)** (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a. Motivasyonel görüşme desteği
b. Farmakolojik destek
c. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları
d. Diğer
e. Profesyonel destek almadım
- 22)** Kaç yıl boyunca günde kaç adet sigara içtiniz? (..... yıl boyunca, günde adet)
- 23)** Kaç yıldır sigara içmiyorsunuz? (..... yıldır içmiyorum)
- 24)** Kaçınıcı bırakma denemesinde başarılı oldunuz? (..... denememde başarılı oldum)
- 25)** Sigarayı bırakırken profesyonel destek aldıysanız hangi yöntemi kullandınız?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a. Motivasyonel görüşme desteği
b. Farmakolojik destek
c. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları
d. Diğer
e. Profesyonel destek almadım

LÜTFEN SONRAKİ SAYFAYA GEÇİNİZ.

26) Çalıştığınız hastanede Sigara Bırakma Polikliniği var mı?

- a. Var
- b. Yok
- c. Bilmiyorum

27) Hastanenizdeki Sigara Bırakma Polikliniğine daha önce hiç hasta yönlendirdiniz mi?

- a. Evet yönlendirdim
- b. Hayır yönlendirmedim

SORU NO	SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ İLE İLGİLİ TUTUMUNUZU ÖLÇEN AŞAĞIDAKİ İFADELER İÇİN, SİZE EN UYGUN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
28	Hastalara sigarayı bırakmayı sadece önermek bile bırakmalarında çok etkilidir	--	-	+	++
29	Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur	--	-	+	++
30	Sigara kullanan hekimlerin hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye etme olasılığı daha düşüktür	--	-	+	++
31	Tüm hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili eğitim alması gereklidir	--	-	+	++
32	Hastaların sigara kullanma durumunu sorgulamak ve bırakma danışmanlığı vermek sadece birinci basamak sağlık hizmetlerinin görev ve sorumluluğudur	--	-	+	++
33	Sigarayı bırakmak istemeyen hastaya bilgilendirme yapmak ve önerilerde bulunmak anlamsızdır	--	-	+	++
34	Sigara bırakma tedavileri ile ilgili tıp fakültesinde verilen eğitim yeterli düzeydedir	--	-	+	++
35	Hekimler, rutin olarak tüm hastaların sigara içme durumlarını sorgulamalıdır	--	-	+	++
36	Hekimler, sigara içen tüm hastalarına sigara bırakmayı önermelidir	--	-	+	++
37	Sigara bırakma danışmanlığı etkili bir yaklaşım değildir	--	-	+	++

LÜTFEN SONRAKİ SAYFAYA GEÇİNİZ.

SORU NO	SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİNİZİ ÖLÇEN AŞAĞIDAKİ İFADELER İÇİN, SİZE EN UYGUN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ	DOĞRU	YANLIŞ	FİKRİM YOK
38	Sigara, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında hipertansiyondan sonra ikinci sırada gelir	D	Y	FY
39	Motivasyonel görüşmeler ve bilişsel davranışsal terapi yöntemleri, tek başlarına sigara bırakmada etkili değildir	D	Y	FY
40	Sigara bırakmada verilen farmakoterapilerde birincil tedaviler Nikotin Replasman Tedavileri (NRT), Vareniklin ve Bupropion'dur	D	Y	FY
41	Elektronik sigara, NRT içinde yer alan bir tedavi türüdür	D	Y	FY
42	Davranışsal terapi yöntemleri ile farmakoterapinin birlikte uygulanması sigara bırakma tedavi başarısını artırır	D	Y	FY
43	Sigara bırakma tedavisi en az bir yıl boyunca sürdürülmelidir	D	Y	FY
44	Nikotin bağımlılık düzeyi düşük olan hastalara nikotin replasman tedavisi (NRT) uygulanır	D	Y	FY
45	Kişinin sigarayı bırakmış sayılabilmesi için son 6 ayda hiç sigara içmemiş olması gereklidir	D	Y	FY
46	Nikotin replasman tedavisi (NRT), Bupropion ve Vareniklin tedavisine göre yan etki açısından daha güvenlidir	D	Y	FY
47	Nikotin bandı ve sakızı sigara bırakma tedavisinde kullanılan nikotin replasman tedavisi yöntemleridir	D	Y	FY
48	Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içmeye devam edebilir	D	Y	FY
49	Bupropion kullananlarda en sık görülen yan etkiler baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur	D	Y	FY
50	Vareniklin; Parsiyel agonist olarak alfa-4 beta-2 nikotinik reseptörleri uyarak nikotin yoksunluk semptomlarının azalmasını sağlar	D	Y	FY
51	Gebe ve emzirenlerde sigara bırakma tedavisinde nikotin replasman tedavisi (NRT) uygulanabilir	D	Y	FY
52	Sigara içen kişi sabah içtiği ilk sigarayı ne kadar geç içiyorsa, bu durum kişinin daha fazla bağımlı olduğu anlamına gelir	D	Y	FY
53	Sigara kullanıcısı tarafından sabah ilk içilen sigara daha lezzetli ve vazgeçilmez görülüyor ise, bu durum kişinin daha fazla bağımlı olduğu anlamına gelir	D	Y	FY
54	Sigara kullanıcısının gün içinde içtiği sigara miktarı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında ilişki yoktur	D	Y	FY
55	Sigara kullanıcısının, gün içerisinde içtiği sigaraların çoğunu sabah saatlerinde içmesi, nikotin bağımlılık düzeyinin düşük olduğunu gösterir	D	Y	FY
56	Sigara kullanıcısı çok hasta olduğu veya günün çoğunu yatakta geçirdiği halde sigara içmeye devam ediyorsa bu durum, kişinin daha bağımlı olduğunu gösterir	D	Y	FY
57	Sigara kullanıcısı sigara içmenin yasak olduğu yerlerde, bu kurala uyum göstermede zorluk yaşıyorsa, nikotin bağımlılık düzeyi yüksektir	D	Y	FY

LÜTFEN SONRAKİ SAYFAYA GEÇİNİZ.

SORU NO	SİĞARA BIRAKMA TEDAVİLERİ İLE İLGİLİ DAVRANIŞINIZI ÖLÇEN AŞAĞIDAKİ İFADELER İÇİN, SİZE EN UYGUN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
58	Başvuru nedenlerine bakmaksızın tüm hastalarımın sigara içip içmediklerini sorgularım	---	---	---	+++
59	Sigara bırakma isteği olmayan hastalarımı, mevcut durumu ile sigara arasında ilişki kurarak sigarayı bırakmaya cesaretlendiririm	---	---	---	+++
60	Sigara içen tüm hastalarımın sigarayı bırakmalarını öneririm	---	---	---	+++
61	Bırakma motivasyonu olmayan hastalarımı, sigaranın kısa ve uzun dönem sağlık riskleri açısından bilgilendiririm	---	---	---	+++
62	Sigara kullanan tüm hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım	---	---	---	+++
63	Sigarayı bırakmak istemediğini belirten hastalarımın, bırakması durumunda ortaya çıkabilecek potansiyel faydaları anlatırım	---	---	---	+++
64	Sigarayı bırakmak isteyen hastalarımı sigara bırakma tedavileri, nikotin yoksunluk belirtileri ve nüks nedenleri hakkında bilgilendiririm	---	---	---	+++
65	Sigara içen hastalarımı, sigarayı bırakmasının önündeki engeller açısından değerlendirir ve bu engelleri aşabileceği çözüm önerileri sunarım	---	---	---	+++
66	Sigara bırakma sürecindeki hastalarımın takibini yaparım	---	---	---	+++
67	Bırakma isteği olmayan hastaları, her görüşmede sigara bırakma açısından tekrar değerlendiririm	---	---	---	+++

SİĞARAYI BIRAKTIYSANIZ VEYA HİÇ İÇMEDİYSENİZ CEVAPLAMANIZ GEREKEN SORULAR BİTMİŞTİR. ANKETE KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

SİĞARA KULLANIYORSANIZ LÜTFEN SONRAKİ SAYFADA BULUNAN FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİNİ CEVAPLAYINIZ.

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

(Sadece sigara kullanan katılımcılar cevaplandıracaktır.)

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

CEVAPLAMANIZ GEREKEN SORULAR BİTMİŞTİR. ANKETE KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.