



MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan
Personelerle Yapılan Farkındalık Eğitiminin Sigara
Bırakma Polikliniği Başvurusuna Etkisi

Dr. Yeliz ÇAKAR

Tıpta Uzmanlık Tezi

MUĞLA 2024



MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan
Personelerle Yapılan Farkındalık Eğitiminin Sigara
Bırakma Polikliniği Başvurusuna Etkisi

Dr. Yeliz ÇAKAR

Tıpta Uzmanlık Tezi

MUĞLA 2024

DANIŞMAN

Prof. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-72855364-050.01.04-299745
Konu : Kararlar

30.06.2021

Sayın Doç. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan personele yapılan farkındalık eğitiminin sigara bırakma polikliniği başvurusuna etkisi isimli çalışmanız Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuzun 23/06/2021 tarih ve 13/VIII sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Semra GÜMÜŞ DEMİRBİLEK
Kurul Başkanı

Ek: 23.06.2021 TARİHLİ ETİK KURUL KARARLARI

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: J4G2Z7-AKSPPL

Belge Doğrulama Adresi: <https://ebds.mu.edu.tr>

null

Telefon No: null Faks No: null

e-Posta: null İnternet Adresi: null

Kep Adresi: muglaskuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Mesut CAN

Telefon No: 02522114893



TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemi boyunca bilgi ve tecrübeleri ile daima yanımda olan, tez çalışmamın her evresinde fedakârca katkılarını sunan, her türlü soru ve sorunumla yakından ilgilenen, desteğini her zaman hissettiğim, hekimliği kadar insanlığını da rol model olarak aldığım çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Emine Neşe Yeniçeri'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve desteklerini esirgmeden eğitime katkı sağlayan saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Betül Battaloğlu İnanç'a,

Tez konusunda ve karşılaştığım diğer tüm sorunlarda, zor zamanlarımda daima yanımda olan, güzel kalpli arkadaşım Dr. Demet Helvacı'ya ve beraber çalışma fırsatı bulduğum diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, hayatta gördüğüm en güçlü, en fedakâr insan, en büyük şansım, canım annem Aysel Doymaz'a, eğitim hayatımın en başından bu yana hiçbir fedakârlığı esirgemeyen ve her zaman destekçilerim olan kardeşim Mahmut Doymaz'a, teyzem Aylin Işık'a, her ne kadar bedenlen yanımda olmasalar da her an varlıklarını ve desteklerini hissettiğim rahmetli Babam ve Enver abime,

Hayatı paylaştığım, tıp fakültesi eğitimimde olduğu gibi asistanlık eğitimim süresince de daima yanımda olan, desteğini, sabrını, şefkatini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen canım eşim, yol arkadaşım Dr. Emrullah Çakar'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Personele Yapılan Farkındalık Eğitiminin Sigara Bırakma Polikliniği Başvurusuna Etkisi

ÖZET

AMAÇ: Hastanemizde sigara içen sağlık personelinin sigara bırakma polikliniğimiz ile ilgili farkındalık düzeyinin belirlenmesi, sigara bırakma polikliniğinin işleyiş olarak tanıtılması ve sağlık personelinin sigara bırakma polikliniğine başvuru oranlarının artırılması.

GEREÇ ve YÖNTEM: Hastane personeli 01.07.2021-31.08.2021 tarihleri arasında çalışma birimlerinde ziyaret edilerek; ilk olarak sosyodemografik bilgilerin, sigara içme durumunun, sigara bırakma polikliniğimiz ile ilgili farkındalık düzeyinin ve başvuru oranlarının sorgulandığı, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin (FNBT) de yer aldığı bir ön anket doldurulmuştur. Bu ön anket doldurulduktan sonra personel ile sigara bırakma polikliniğimizin işleyişi ile ilgili bilgileri de içeren sigara bırakma motivasyonunu artırıcı 10-15 dakikalık yüz yüze görüşme yapılmış, yapılan görüşme sonrası sigara bırakma düşüncesindeki değişikliğin ve polikliniğe başvuru düşüncesinin olup olmadığını sorgulayan ikinci bir anket uygulanmıştır. Sigara bırakmayı düşünen ve sigara bırakma polikliniğine başvurmak isteyen sağlık personeline istemeleri durumunda aynı anda randevu verilmiştir. Yapılan görüşme tarihinden itibaren 1 ay içinde randevu verilen veya randevuyu kendi alacağını söyleyen personel telefon ile aranarak sigara bırakma polikliniğine başvurup başvurmadıkları değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 26.0 ile yapılmış olup T-Testi, Anova, Tukey, Pearson Korelasyon ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmamıza 319 sigara içen sağlık personeli katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,82±8,74, %53,9'u erkek, %51,7'si evli, %40,4'ü bekâr, %72,1'i yüksekokul ve üniversite mezunuydu. Personelin %24,1'i doktor, %27,0'si hemşire ve ebe, %13,8'i temizlik personeli, %13,5'i teknik servis, güvenlik ve veri giriş personeli, %21,6'sı diğer meslek gruplarındandı. Çalışmamızda sağlık personelleri arasında sigara içme oranı % 42 alındı. Personelin FNBT ortalaması 4,09'du. Eğitimden önce personelin %66,8'i hastanede sigara bırakma polikliniği olduğunu bilmekteydi, %17,2'si ise daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurmuştu. Eğitim sonrasında, personelin %54,9'u sigara bırakma konusundaki fikir değişikliğine uğradığını, %37,9'u ise sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşündüğünü belirtmiştir. %12,2'sine çalışma esnasında randevu verilmiştir,

%8,2'si ise randevuyu kendi alacağını belirtmiştir. 1 ay sonra telefon ile arandığında; randevu verilen personelin %27,7'sinin polikliniğe başvurduğu, randevuyu kendi alacağını belirtenlerin ise %10,8'nin polikliniğe başvurduğu tespit edilmiştir.

SONUÇ: Toplum için özellikle sağlık konusunda rol model olarak kabul gören sağlık çalışanları arasında sigara içme oranı ne yazık ki yüksektir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik sigara bırakma eğitimleri ve motivasyonel destekler artırılmalı, sigara bırakma hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştıracak yöntemler uygulanmalı, böylece hem sağlık çalışanları arasında yüksek olan sigara içme oranının düşürülmesi sağlanırken hem de topluma sigara bırakma yönünden örnek olunarak toplum sağlığına daha fazla katkıda bulunulabileceği düşüncesindeyiz.

ANAHTAR KELİMELEER: Sigara, sağlık personeli, sigara bırakma polikliniği, polikliniğe başvuru

The Effect of Awareness Training Provided to Staff at Muğla Training and Research Hospital on Applications to the Smoking Cessation Clinic

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determining the awareness level of healthcare staff who smoke in our hospital regarding our smoking cessation polyclinic, introducing it as the functioning of the smoking cessation polyclinic, and increasing the application rates of healthcare personnel to the smoking cessation polyclinic.

MATERIAL AND METHOD: Hospital staff were visited in their work units between July 01, 2021, and August 31, 2021. Initially, a preliminary survey was conducted, including sociodemographic information, smoking status, awareness level of our smoking cessation polyclinic, and application rates and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). After completing this preliminary survey, a 10-15 minute face-to-face interview was conducted with the staff, containing information about the functioning of our smoking cessation polyclinic and enhancing smoking cessation motivation. Following this interview, a second survey was administered, questioning any changes in the intention to quit smoking and whether there was a consideration of applying to the polyclinic. For healthcare staff considering quitting smoking and wishing to apply to the smoking cessation clinic, appointments were immediately scheduled upon their request. Within one month from the date of the interview, staff who were given appointments or stated they would schedule their own appointments were contacted by phone to assess whether they had applied to the smoking cessation clinic. Data analysis was performed using SPSS 26.0, employing T-Test, Anova, Tukey, Pearson Correlation, and Chi-square tests.

RESULTS: A total of 319 smoking healthcare staff participated in our study. The participants had an average age of 34.82 ± 8.74 , with 53.9% being male, 51.7% married, and 40.4% single. Moreover, 72.1% were graduates of high school or university. Among the participants, 24.1% were doctors, 27.0% were nurses and midwives, 13.8% were cleaning staff, 13.5% were technical service, security, and data entry personnel, and 21.6% belonged to other professional groups. In our study, the smoking rate among healthcare staff was 42%. The average Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) score for the healthcare staff was 4.09. Before the training, 66.8% of the staff were aware of the smoking cessation polyclinic in the hospital, and 17.2% had previously applied to the smoking cessation polyclinic. After the training, 54.9% of the healthcare staff reported a change in their thoughts about quitting

smoking, and 37.9% indicated that they were considering applying to the smoking cessation polyclinic. Appointments were given to 12.2% during interview, and 8.2% stated that they would schedule their own appointments. When contacted by phone one month later, it was determined that 27.7% of those who had given appointments had applied to the polyclinic, while 10.8% of those who claimed that they would schedule their own appointments had applied to the polyclinic.

CONCLUSIONS: Unfortunately, the smoking rate is high among healthcare professionals, who are considered role models for the society, especially regarding health. For this reason, we believe that training for smoking cessation and motivational supports for healthcare professionals should be increased, and methods that will make it easier for them to benefit from smoking cessation services should be implemented, thus reducing the high smoking rate among healthcare professionals and contributing more to public health by setting an example for the society in terms of quitting smoking.

KEY WORDS: Smoking, healthcare staff, smoking cessation polyclinic, polyclinic application

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
GRAFİKLER VE ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. TÜTÜN BİTKİSİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ.....	3
2.2. TARİHÇE	3
2.2.1. Dünya’da Tütünün Tarihçesi.....	3
2.2.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi.....	4
2.3 TÜTÜN KULLANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.3.1 Dünya’da Tütün Kullanımı.....	5
2.3.2 Türkiye’de Tütün Kullanımı.....	8
2.3.3 Sağlık Çalışanlarında Tütün Kullanımı.....	10
2.4. TÜTÜN ÜRÜNLERİ VE İÇERİĞİ.....	11
2.5 SİGARA KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ	13
2.5.1. Sigara ve Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	14
2.5.2 Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları.....	15
2.5.3. Sigara ve Genitoüriner Sistem Hastalıkları.....	16
2.5.4. Sigara ve Kanser	17

2.6. İKİNCİ EL SİĞARA DUMANI (PASİF İÇİCİLİK)	18
2.7. ÜÇÜNCÜ EL SİĞARA DUMANI	20
2.8 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE YOKSUNLUK SENDROMU	21
2.9 TÜTÜN KONTROL POLİTİKALARI	23
2.9.1 Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları	23
2.9.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları	24
2.10. SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIK ÜZERİNE OLUMLU ETKİLERİ	28
2.11. SİĞARA BIRAKMA DANIŞMANLIĞI	29
2.11.1. Transteoretik Model Evreleri	29
2.11.2. 5A(5Ö) VE 5R Metotları	31
2.11.3. Sigara Bırakma Tedavisinde Bilişsel\ Davranışçı Teknikler	34
2.11.4. Sigara Bırakmada Farmakoterapi Seçenekleri	35
3.GEREÇ ve YÖNTEM	40
4.BULGULAR	43
5.TARTIŞMA.....	67
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	76
7. KAYNAKLAR.....	78
EKLER	93

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MEAH: Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi

M.Ö: Milattan Önce

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

NO: Nitrik Oksit

CO: Karbon Monoksit

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

LH: Luteinizan Hormon

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

ROS: Reaktif Oksijen Türleri

AMH: Anti-Müllerian Hormon

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

ICD-10: International Classification of Disease 10

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi

SSUK: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CDC: Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi

KGTA: Küresel Gençlik Tütün Araştırması

DHSDS: Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

SB: Sağlık Bakanlığı

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

GİS: Gastrointestinal Sistem

WHO: World Health Organization

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

FDA: Food and Drug Administration

SS: Standart Sapma



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya Geneline Tütün Kullanımının En Yüksek Olduğu 10 Ülke, 2018.

Tablo 2. Küresel Erişkin Tütün Araştırması Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 yılı karşılaştırması

Tablo 3. Sigara Bileşenleri ve Başlıca Etkileri

Tablo 4. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri

Tablo 5. Sosyodemografik Değişkenler

Tablo 6. Sigara Kullanımına Ait Değişkenler

Tablo 7. Sağlık Personelinin Sigara Bırakma Öyküleri ve Sigara Bırakma Polikliniği Farkındalığı

Tablo 8. FNBT Puanına Ait İstatistikler

Tablo 9. Bağımlılık Düzeyleri

Tablo 10. Bağımlılık Puanlarının Değişkenler Açısından İncelenmesi

Tablo 11. Bağımlılık Puanlarını ile Sigara Kullanımına Ait Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 12. Farkındalık Eğitimi Sonrasına Ait Değişkenler

Tablo 13. Randevu Durumuna Ait Değişkenler

Tablo 14. Değişkenler ile Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Yönünde Fikir Değişikliği Olma Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 15. Sigara Kullanımına Ait Değişkenlerin, Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Yönünde Fikir Değişikliği Olma Durumu Açısından İncelenmesi

Tablo 16. Değişkenler ile Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmayı Düşünme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 17. Sigara Kullanımına Ait Değişkenlerin, Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmayı Düşünme Durumu Açısından İncelenmesi

Tablo 18. Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 19. Sigara Deneme Yaşı, Düzenli İçme Yaşı ve İçme süresinin, Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından İncelenmesi

Tablo 20. Yaş Grupları ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 21. Daha Önce Sigara Bırakmayı Düşünme Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 22. Daha Önce Sigara Bırakmayı Deneme Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 23. Profesyonel Destek Alma Durumu ile Meslek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 24. Günlük İçilen Sigara Sayısının, Yaş Açısından İncelenmesi

Tablo 25. Sigara İçme Süresinin, Daha Önce Sigara Bırakmayı Deneme Durumu Açısından İncelenmesi

GRAFİKLER VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Grafik 1. 2000-2025 yılları arasında, Dünya genelinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklığı

Şekil 1. Sigaranın Neden Olduğu Hastalıklar (DSÖ Küresel Tütün Salgın Raporu)

Şekil 2. Pasif Sigara Dumanının Neden Olduğu Hastalıklar (DSÖ Küresel Tütün Salgın Raporu)



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diğer tütün ürünlerinin ve sigaranın kullanımı, dünya geneline benzer şekilde ülkemizde de engellenebilir ve değiştirilebilir en önemli hastalık ve ölüm nedenleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre, tütün ürünlerinin kullanılması her yıl 8 milyondan daha çok insanın ölümüne neden olmakta ve bu ölümlerin büyük çoğunluğu gelişmişlik düzeyi az ve gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. 7 milyondan daha fazla insanın ölümü direk kendisinin tütün kullanmasından dolayı gerçekleşirken, yaklaşık 1,2 milyon ölüm ise sigara içmeyenlerin ikinci el dumanına maruziyetlerinden dolayı ortaya çıkmaktadır. Dünyada çocuk nüfusunun yaklaşık yarısı sigaranın ikinci el dumanına maruz bırakılmakta ve yılda 65.000 çocuk bu maruziyet nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar sonucunda ölmektedir (1). Ülkemizde ise tütün ve tütün ürünlerinin kullanımından kaynaklanan hastalıklar nedeniyle her sene yaklaşık 100.000 insan ölmektedir (2).

DSÖ'ye göre dünya üzerinde ortalama 1,3 milyar insan tütün ürünlerini kullanmaktadır. 2020 yılındaki verilere göre dünyadaki tütün kullanım sıklığı toplam nüfusun %22,3'ü, erkek nüfusun %36,7'si ve kadın nüfusun %7,8'i şeklindedir (1). Ülkemizde ise ortalama 19,2 milyon insanın tütün ürünlerini kullandığı bilinmektedir. Tüm nüfusumuzun %31,6'sı, erkek nüfusumuzun %44,1'i, kadın nüfusumuzun ise %19,2'si sigara kullanmaktadır (3).

Sağlık çalışanlarında sigara kullanım oranı Dünya geneline benzer şekilde Türkiye'de de yüksektir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalara göre sağlık personeli arasında; hekimlerin %31,9-70'inin, hemşirelerin %29,5-68'inin, hizmetlilerin %34,6-64'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir (4, 5). Bir diğer çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içme oranlarının; hemşireler arasında %34, doktorlar arasında %18,7, yardımcı sağlık personelleri arasında %50,4 olduğu tespit edilmiştir (6).

Sağlık hizmeti sunumunda ön cephede görev alan ve sigara bağımlılığı gibi büyük bir halk sağlığı sorununun çözümünde katkı sağlaması beklenen sağlık personelleri arasında maalesef sigara kullanma oranı yüksektir. Toplumda birçok konuda rol-model olarak görülen sağlık çalışanları, öncelikle kendileri sigara içmeyerek topluma iyi örnek olabilirler ve karşılaştıkları bireyleri sigara bırakma

yönünden teşvik edebilirler. Bu sebeple, sağlık çalışanlarını hedef alan sigara bırakma programları, aynı zamanda toplum genelinde sigara tüketim oranının düşmesinde ciddi oranda katkı sağlayabilir (7, 8).

Çalışmamızda Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (MEAH) sigara kullanan sağlık personelinin sigara bırakma polikliniği ile ilgili farkındalık düzeyinin belirlenmesi, sigara bırakma polikliniğinin işleyiş olarak tanıtılması ve tanıtım sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuru oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, sağlık personelinin sigara bırakma polikliniğine başvuru oranlarını arttırarak sigara bırakma tedavilerine erişimlerini kolaylaştırmak, motivasyonlarını arttırmak ve topluma sigara bırakma yönünden örnek olmalarını sağlayarak toplum sağlığına olumlu katkıda bulunmaktır.

.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN BİTKİSİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Tütün bitkisinin, familyası; patlıcangiller (Solanaceae), cinsi ise Nicotiana'dır. Bu cinste yaklaşık 65-70'ten fazla tür mevcutken bunlar içerisinde en yaygın olan türler; Nicotiana rustica ve Nicotiana tabacumdur Tütün kazık köklü, tek yıllık bir bitki olup yan kökleri lifli, sapı ise dik ve odunumsu yapıda ve ortalama boyu 50-250 cm'dir. Yapraklarının yüzeyi salgı tüyleri ile kaplıdır ve sapa dik şekilde tutunurlar. Yaz aylarında açan çiçekleri pembemsi renktedir (9, 10, 11).

2.2. TARİHÇE

2.2.1. Dünya'da Tütünün Tarihçesi

Milattan Önce (MÖ) 3000 ile 2000 yılları arasında tütünü Amerikan yerlileri dini toplantılarda veya çeşitli törenlerde kutsal olduğu düşünülen çubukların içine koyup yakarak, bireylerle kabileler arasındaki dostluk bağlarını güçlendirmek için kullanmışlardır. Bu dönemde tütün yaygın kullanılmadığı ve herhangi bir kimyasal işlem görmeden kullanıldığı için tütün kullanımıyla ilişkili bir sağlık problemi tanımlanmamıştır. Hatta yerli halk tütünü bazı hastalıkların tedavisi için ilaç niyetine kullanmışlardır (12).

Avrupa'nın tütünle ilk karşılaşması 1492 yılında Kristof Kolomb ve arkadaşlarının Amerika'yı keşfiyle olmuştur. Kolomb ve arkadaşları, yerli halkın tütün ve tütün yapraklarını mısır koçanına sarıp içtiklerini ve sonrasında ağız ve burun deliklerinden duman çıkardıklarını görüp şaşırmışlardır. 15 Ekim 1492'de San Salvador'da Amerikalı yerli halk tütün bitkisine, tütünü tükettikleri saz borusunun ismi olan "tobacco" ismini vermişlerdir (12, 13).

İlk zamanlar Avrupa'da tütün az miktarda ve pahalı olduğundan dolayı ancak varlıklı kişilerce kullanılmaktaydı. Portekiz Büyükelçisi Jean Nicot tarafından Fransız kraliçesine sunulan tütün, kraliçenin baş ağrısını giderdiği için, tütüne "Kraliçe otu " ya da "Sedir otu " denmiş ve bu olay Avrupa'da tütüne olan ilgiyi arttırmıştır (12, 14). Tütün ekimi, Avrupa'da 16. yüzyılın sonlarına yaklaştığında başlamıştır (12). Fransa'dan diğer Avrupa şehirlerine yayılan tütün bitkisine, Jean

Nicot'un adıyla özdeşleşen "nicotiana" adı verilirken, tütün bitkisinden elde edilen alkaloid maddeye ise 1828'de 'nikotin' adı verilmiştir (14, 15).

18'inci yüzyılda Amerika'nın orta ve güney kesiminde, parçalara ayrılmış tütünlerin, "cigar" adı verilen bir tütün yaprağına ya da "papelitos" adı verilen bir kâğıda sarılarak içilmesine başlanmıştır. Brezilya'da "papelitos" adı verilen bu sigaralar çok ilgi çekmiştir. Avrupa'da tütünün sigara halinde kullanımı ilk olarak İspanya'da ortaya çıkmış, daha sonrasında Fransa'da yaygınlaşmıştır. Fransa'da ilk sigara üretimine 1844 yılında başlanmış ve aynı yıl içinde İtalya'da üretilen kâğıt purolar büyük ilgi toplamıştır (14, 15).

Kırım Savaşı'ndan (1853-1856) sonra askerlerin tütünü gazete sayfasına sararak sigara şeklinde içme alışkanlıklarını kendi ülkelerine götürmeleri sigara sanayisinin gelişmesine yol açmıştır (14, 16). Sigara üretilen makinenin patenti James A. Bonsack tarafından Amerika'da 1880 yılında alınmıştır (14). Sigara üretiminin makineleşip sanayileşmesiyle üretim hızında artış meydana gelmiş fakat tüketim toplumda henüz çok yaygın olmadığından üretilen sigaralar depolarda birikmiştir. Birinci Dünya Savaşı'nda (1914-1918) askerlere biriken sigaraların ücretsiz dağıtılması sonucunda sigara kullanım yaygınlığı artmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşıyla beraber sigara kullanım sıklığı daha da artmıştır (12, 16). Sigara kullanımının yaygınlaşması 20. Yüzyılın ortalarına kadar, bilimsel çalışmalar ile tütün kullanımının sağlığa olumsuz etkileri kanıtlanıncaya dek devam etmiştir (17).

2.2.2. Türkiye'de Tütünün Tarihçesi

Çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgiye göre tütünün ilk kez İstanbul'a girişi 1600 yıllarında İngiliz, İtalyan, İspanyol gemiciler ve tüccarlar aracılığıyla olmuştur. Peçevi Tarihine göre; tütün başlangıçta bazı rahatsızlıkların tedavisi için satılsa da bir süre sonra halkın büyük kısmı tütün bağımlısı olmuştur (14, 15, 16).

Osmanlı İmparatorluğu'nda tütün tarımına ilk olarak Yenice, Makedonya ve Kırcalı'de, Anadolu'da ise Ege Bölgesi'nde, özellikle Ayasuluk tepelerinde (İzmir'in Selçuk ilçesinde) başlanmıştır. Tütüne olan ilginin artması ve coğrafi koşulların tütün üretimine uygun olması nedeniyle kısa sürede "şark tütünü" veya "Türk tütünü"

isimleriyle dünya piyasasında yer almış, ülke ekonomisine katkısı yüksek bir ürün haline gelmiştir (18, 19).

1634 yılında Cibali’de çıkan yangının sebebi olarak tütün görülüp IV. Murat tarafından kahvehaneler kapatılmış ve tütün kullanımı yasaklanmıştır. Bu yasakların temelinde kahvehanelerin Osmanlı idaresini ve yöneticileri eleştirme, yargılama merkezine dönüşmesinin olduğu düşünülmektedir. IV. Murat’ın ölümünden (1640) sonra 1646 yılında IV. Mehmet tütün içimini tekrar serbest bırakmıştır (14, 16).

Tütün ithalatına gümrük vergisi 1678’de, tütün satışına vergi ise 1686’da konulmuş ve bu vergilerin tutarı zaman içinde arttırılmıştır. 1861’de tütün ithalatı yasaklanmıştır. 1862’de çıkarılan bir kanun ile tütünün tekel olarak işletmesi onaylanmıştır. Sigara ve tütünün paket içerisinde üretimini yapan fabrikalar 1874 yılında açılmış, tütün satış fiyatları kontrol altına alınmış, bandrol yöntemi alınan verginin göstergesi olarak uygulanmaya başlanmıştır (15, 20).

1883-1925 yılları arasında tütün tekelinin işletmesi “Memaliki Osmaniye Duhanları Müşterekil Menfaa Reji Şirketi” isminde bir Fransız anonim şirket tarafından yürütülmüştür. 1925 yılında tüm işletmeler devletin tekel idaresine geçmiştir. 1986 yılında çıkarılan yasa ile birlikte devlet tekeli bitirilerek yabancı işletmelerin tütün pazarına girmesi sağlanmıştır (19, 21). Bu düzenlemelerden sonra sigara kullanımında Türkiye’de %80 artış gerçekleşmiştir (22).

Osmanlı döneminde izlenen politikalar sonucunda tütün üretiminde artış ve azalış dalgalanmaları meydana gelmiştir. Son yıllarda ise toplumun tütünün insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilinçlendirilmesi ve tütün tüketilmesinin yasaklanması ile ilgili yapılan çalışmalar neticesinde tütün üretiminde azalmalar olmuştur (19).

2.3 TÜTÜN KULLANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

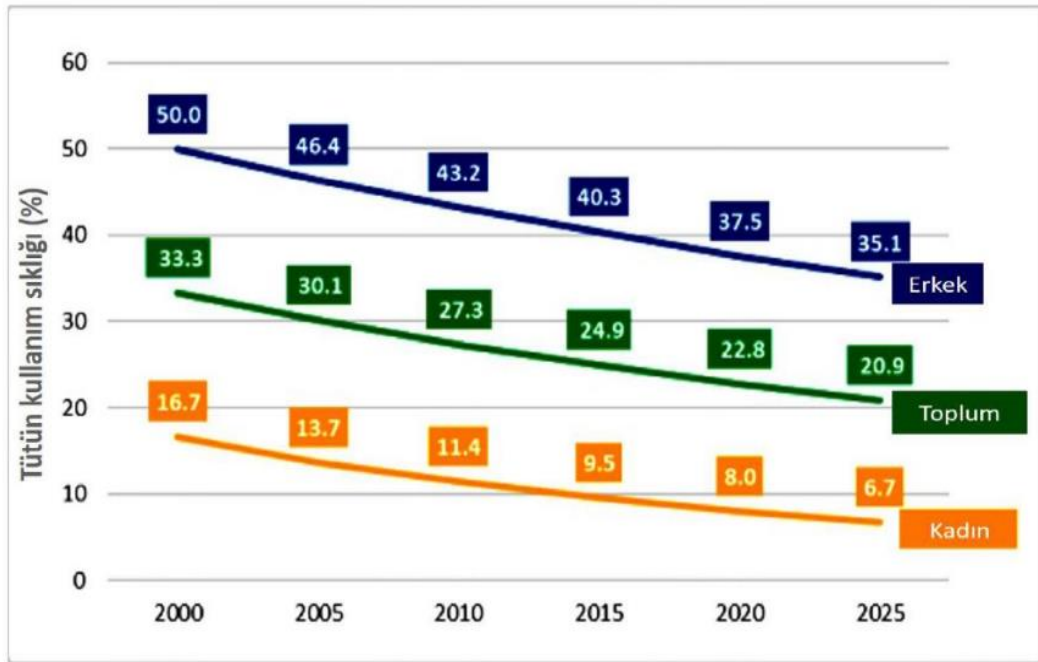
2.3.1 Dünya’da Tütün Kullanımı

Dünya’da halk sağlığını tehdit eden en büyük salgınlardan biri tütün salgınıdır. Bu salgın her yıl 8 milyondan daha fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır. Bunların 7 milyondan daha fazlası doğrudan aktif tütün kullanımından dolayı gerçekleşen ölümlerken, yaklaşık olarak 1,2 milyon insanın ölümü ise sigara

dumanından pasif etkilenimden dolayı meydana gelmektedir. Dünyada tütün kullanımının en yaygın şekli sigaradır (1,23).

2021'de DSÖ tarafından yayınlanan dördüncü küresel tütün eğilimleri raporunda, 2000 ile 2020 yılları arasında her iki cinsiyet içinde tütün kullanan kişi sayısının istikrarlı bir şekilde azaldığı belirtilmiştir. 2000 yılında dünya genelinde 15 yaş ve üzeri 1,32 milyar tütün kullanıcısının olduğu, bu sayının 2020'de 1,30 milyara düştüğü tespit edilmiştir. Tütünle mücadeleye yönelik çabaların bu düşüşlerde etkili olduğu düşünülmektedir. 2025 yılına kadar bu sayının 1,27 milyara düşmesi beklenmektedir (24).

Grafik 1. 2000-2025 yılları arasında, Dünya genelinde cinsiyete göre tütün kullanım sıklığı(25)



2020 senesinde dünya genelinde, toplam nüfusun %22,3'ü, erkek nüfusun %36,7'si ve kadın nüfusun %7,8'i tütün kullanmıştır (24).

Dünya genelinde 15 yaş ve üzeri nüfusun tütün kullanım sıklığı 2000 yılında %33,3'ten 2018 yılında %23,6'ya düşmüştür. Erkekler arasında tütün kullanım sıklığı 2000'de %50,0'den 2018'de %38,6'ya, kadınlar arasında ise %16,7'den %8,5'e

düşmüştür. Tütün kontrol politikaları sıkılaştırılmadığı sürece erkeklerdeki tütün kullanım oranının 2025'te %35'in üstüne çıkacağı tahmin edilmektedir (24, 25).

Dünya çapında tütün ve sigara kullanımına dair dört evre tanımlanmıştır;

Evre 1: Bu evredeki ülkelerde tütün kullanımı düşük seviyede olup artması beklenmektedir. Artışın öncelikle erkek nüfusunda olacağı düşünülmektedir. Kadın nüfusta ise sigara kullanımı düşüktür (Sahra altı Afrika ülkelerinin bu evrede olduğu bilinmektedir.).

Evre 2: Bu evrede, kadınlar arasında tütün kullanım sıklığı yaygınlaşmaya başlarken, erkeklerde ise hızlı bir artış göstermektedir. Tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları da bu artış sonucunda sıklaşmaya başlamıştır (Kuzey Afrika, Çin, Latin Amerika, Japonya, Güneydoğu Asya bu evrede olan ülkelerdendir.).

Evre 3: Tütün kullanımı sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunlarının görülme oranının sıklaştığı ve bu duruma bağlı olarak mortalitenin de artış gösterdiği evredir. İlk olarak erkeklerde tütün kullanımında azalma başlayıp daha sonra bunu kadınlar arasındaki sigara kullanımının azalması izleyecektir (Güney ve Batı Avrupa, Latin Amerika ülkeleri bu evrededir.).

Evre 4: Her iki cinsiyette de bu evrede tütün kullanımı azalmaktadır. Sigaranın neden olduğu ölümler ise; erkeklerde azalmaya başlamışken, kadınlardaki artış devam etmektedir (Avustralya, Amerika, İngiltere ve Kanada bu evrede olan ülkelerdendir.) (26).

Düşük gelirli ülkelerin dünyada tütün kullanımının en yoğun olduğu ülkeler olduğu tespit edilmiştir. Tablo 1'de; tütün kullanım oranının en yüksek olduğu ülkeler yer almaktadır (25).

Tablo 1. Dünya Geneline Tütün Kullanımının En Yüksek Olduğu 10 Ülke, 2018.

Ülkeler	15 yaş üzerinde yaşa standardize tütün kullanım sıklığı (%)
Nauru	52,1
Kribati	52,0
Myanmar	45,5
Şili	44,7
Lübnan	42,6
Sırbistan	40,6
Yunanistan	39,1
Bangladeş	39,1
Bulgaristan	38,9
Bosna-Hersek	38,3

2.3.2 Türkiye’de Tütün Kullanımı

Ülkemizde 2008, 2012 ve 2016 yıllarında dört yıllık aralıklarla gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nda (KYTA) tespit edilen sonuçlara göre; tütün ürünlerinin kullanım oranı tüm popülasyonda sırasıyla %31,2, %27,1 ve %31,6 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre baktığımızda; erkek nüfusta tütün ürünü kullanımı yıllara göre sırasıyla %47,9, %41,5, %44,1, kadın nüfusta ise %15,2, %13,1, %19,2 olarak bulunmuştur. 2008 ve 2012 seneleri arasında yürütülen tütün kontrol programlarının etkili olması sonucunda erişkin popülasyonunda tütün kullanım oranlarının gerilediği, 2016 yılında ise tekrar artış eğilimine geçtiği saptanmıştır (3, 27, 28).

Tütün kullanımına 18 yaşında ve daha küçük yaşlarda başlamış olanların oranı %57,5’dir. 15-34 yaş aralığında tütün kullananların %15’i düzenli kullanmaya 15 yaşından daha küçük yaşta başlamışlardır. Sigara kullanımına başlanılan ortalama yaş 17’dir. Bir günde içilen sigara sayısı ise ortalama 18 tanedir (3).

Ülkemizde yürürlüğe giren tütün kontrol politikaları sayesinde sigara dumanından pasif etkilenenlerin oranı hem kadınlarda hem erkeklerde önemli

derecede düşmüştür. Bu düşüş tüm kamu alanlarında meydana gelmiştir; 2008-2012 yılları arasında iş yerlerinde oran %37,3'den %15,6'ya, resmi kurumlarda %11,3'den %6,5'e, toplu taşıma araçlarında %16,5 olan oran %10,4'e, sağlık kuruluşlarında ise %6 olan oran %2,8'e inmiştir (27,28).

KYTA 2016'da tespit edilen sonuçlara göre ise yetişkinlerin %26,7'si evde, %10,6'sı çalışma ortamlarında, %4,7'si kamu kurumlarında, %12,7'si restoran içerisinde, %28'i ise kafe, park, bahçe gibi halka açık yerlerde tütün dumanına maruz kalarak pasif etkilenmektedir (3).

Tütünü düzenli olarak her gün kullanan bireylerin %13,6'sı sigara içmeyi bırakmıştır. Hâlâ tütün kullanmaya devam eden ve geçen 1 yıl içerisinde kullanmayı bırakmış olan bireyler içerisinde, son 12 ay içinde sağlık kuruluşuna başvurmuş olanların %40,1'ine sigarayı bırakması önerilmiştir. Tütün kullanımını sürdürenlerin %32,8'i bırakmayı düşünmekte ya da bırakmak için plan yapmaktadır (3).

Tablo 2. Küresel Erişkin Tütün Araştırması Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 yılı karşılaştırması (3, 27,28) ;

	2008	2012	2016
	(%)	(%)	(%)
Sigara içme sıklığı			
Erkekler	47,9	41,5	44,1
Kadınlar	15,2	13,1	19,2
Genel Popülasyon	31,2	27,1	31,6
Sigara bırakma		27,2	13,6
Sigara içenlerin sağlık kuruluşunda sigara bırakma tavsiyesi alma		42,9	40,1
Sigarayı bırakmayı düşünenler		32,8	26,7
Pasif içim, Çalışanlarda iç ortamda maruz kalım	37,3	15,6	10,6
Evde maruz kalım		38,2	26,7
Restoranlarda maruz kalım		12,5	12,7
Kahvehane, kafe ve çayhanelerde maruz kalım		-	28,0

2017 yılında gerçekleştirilen Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre ülkemizde tütün ürünlerinin kullanım oranı tüm popülasyonda %31,5 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %19,7 iken erkeklerde % 43,4'tür. 30-44 yaş aralığı tütün ürünleri kullanımının en yaygın olarak görüldüğü yaş aralığıdır (%41,8). Bu yaş aralığından sonra kullanım oranı düşmekte ve 70 yaş üzerinde en az seviyeye ulaşmaktadır. Erkeklerdeki tütün kullanım oranı tüm yaş gruplarında kadınlara göre yüksek bulunmuştur (29).

2019 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması'nda ise 15 yaş ve daha büyük yaşlarda tütünü her gün düzenli olarak kullananların oranı; tüm nüfus popülasyonu arasında %28, kadınlar arasında %14,9, erkekler arasında %41,3 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre bakıldığında en sık tütün kullanılan yaş grubu %42,8 ile 35-44 yaş arasındır. Daha önce tütün ürünlerini hiç kullanmayanlar ve kullanıp bırakanların oranı %68,7 olarak tespit edilmiştir (30).

2.3.3 Sağlık Çalışanlarında Tütün Kullanımı

Küresel tütün salgınının durdurulmasında sağlık çalışanlarının önemli bir rolü vardır. Toplumda rol model oldukları için sigara kontrol programlarında öncelikli sıraya alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının sigara içmeyerek topluma örnek olmaları gerekir. Ayrıca özellikle hekimler hastalarını, sigaranın sağlığa zararları hakkında bilgi vererek sigara karşıtı etkinliklerde aktif rol almalıdır (31).

Dünya genelinde 63 ülkede yapılan 457.415 sağlık çalışanını kapsayan 229 araştırmanın incelendiği bir meta-analizde; sağlık çalışanları arasında tütün kullanım yaygınlığı tüm çalışanlarda %21, erkek çalışanlarda %31 ve kadın çalışanlarda %17 olarak tespit edilmiştir. En yüksek oranların %35 ve %45 ile orta ve düşük gelirli ülkelerdeki erkek doktorlara , %21 ve %25 ile yüksek ve orta gelirli ülkelerdeki kadın hemşirelere ait olduğu tespit edilmiştir (32).

Yüksek gelirli ülkelerdeki erkek sağlık çalışanlarının tütün kullanım oranlarının genel popülasyondaki erkeklerle karşılaştırıldığında daha düşük olduğu, kadınlarda bu oranların benzer olduğu tespit edilmiştir. Orta ve düşük gelirli ülkelerdeki erkek ve kadın sağlık çalışanlarının ise genel popülasyondaki

benzerlerine göre benzer veya daha yüksek yaygınlık oranlarına sahip oldukları bulunmuştur (32).

Türkiye’de 2008 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı yaklaşık 4000’in üzerinde sağlık çalışanında yapılan araştırmada meslek gruplarında farklılıklar gösterse de sigara içme sıklığının ülke profilinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Uzman olmayan doktorların %30,5’i, uzman olan doktorların %22,1’i, hemşire-ebelerin %29,5’i, sağlık teknikerlerinin ise %33,8’i düzenli olarak sigara kullanmaktadır (33). 2011 yılında daha yüksek katılımcıyla, yaklaşık olarak 6000’in üzerinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan personel ile yapılan benzer araştırmada sigara kullanma sıklığının uzman olmayan doktorlarda %23,9’a, uzman olan doktorlarda ise %12,7’ye düşmüş olduğu görülmektedir (34).

2008 yılında İstanbul Alman Hastanesi’nde yapılan bir araştırmada çalışmaya dahil olan personel arasında sigara kullanma oranı %39,8 olarak tespit edilmiştir (35).

Günaydın’ın 2018’de Konya ilinde yürüttüğü çalışmada sağlık çalışanları arasında düzenli ya da ara sıra sigara kullanımı oranının %31,7 olduğu tespit edilmiştir (36).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, sağlık çalışanları arasındaki sigara içme sıklığı %32,8 olarak bulunmuştur. Bu oranın kadın sağlık çalışanlarında %25,1, erkek sağlık çalışanlarda %45,6 olduğu tespit edilmiştir (8).

COVID-19 pandemi döneminde Balcı ve arkadaşları tarafından 419 sağlık çalışanı ile yürütülen araştırmada; katılımcı sağlık çalışanlarının %30’u sigara kullanmaktaydı (37).

2.4. TÜTÜN ÜRÜNLERİ VE İÇERİĞİ

Tütün ürünleri; içeriğinin tamamı veya bir kısmı tütünün yaprağından elde edilen, çiğnenerek, buruna çekilerek, emilerek veya tüttürülerek kullanılan maddelerdir (22).

Tütün ve ürünleri üç şekilde kullanılmaktadır;

- I. Tütünün yanması sonucunda ortama yayılan dumanın inhale edilmesi şeklinde kullanımı; sigaranın, piponun, puronun, nargilenin ve sarmalık tütünün tüketimi bu şekildedir.
- II. Tütünün dumansız olarak doğrudan kullanımı; enfiyelik tütünler, çiğnemelik tütünler, içeriğinde nikotin olan preparatlar (nikotin sakızı, suyu, tableti, bandı, burun spreyi vb.) bu şekilde tüketilir.
- III. Tütünün diğer kullanım şekilleri ise; sapından kağıt sanayisinde selüloz üretilmesi, yapraklarından nikotin elde edilmesi, çiçeklerinden kolonya ve esans kokular üretilmesi, gübre ve böcek ilacı olarak kullanılması şeklindedir (38).

Sigara tütün ürünlerinden en yaygın olarak kullanılandır. Bu nedenle tütün ve sigara sözcükleri sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (22).

Sigara dumanı içeriğinde farmakolojik olarak aktif olan sitotoksik, mutajenik, antijenik ve karsinojenik özelliği bulunan 4.000'den fazla bileşen bulundurur. Sigaranın yanması sonucunda ortaya çıkan duman, yan ve ana akım olarak iki şekilde meydana gelir. Ana akım; sigarayı içen bireyin üflediği dumandır. Yan akım ise sigaranın yanmasıyla ortaya çıkan dumandır (39). Sigara dumanının ana akımı %92-95 oranında gaz fazında bulunur ve çapları solunabilir düzeyde olan mililitrede 0,3–3.3 milyar partikül içerir. Partikül fazının bileşenleri ve başlıca etkileri aşağıdaki tabloda verilmiştir (40,41).

Tablo 3. Sigara Bileşenleri ve Başlıca Etkileri

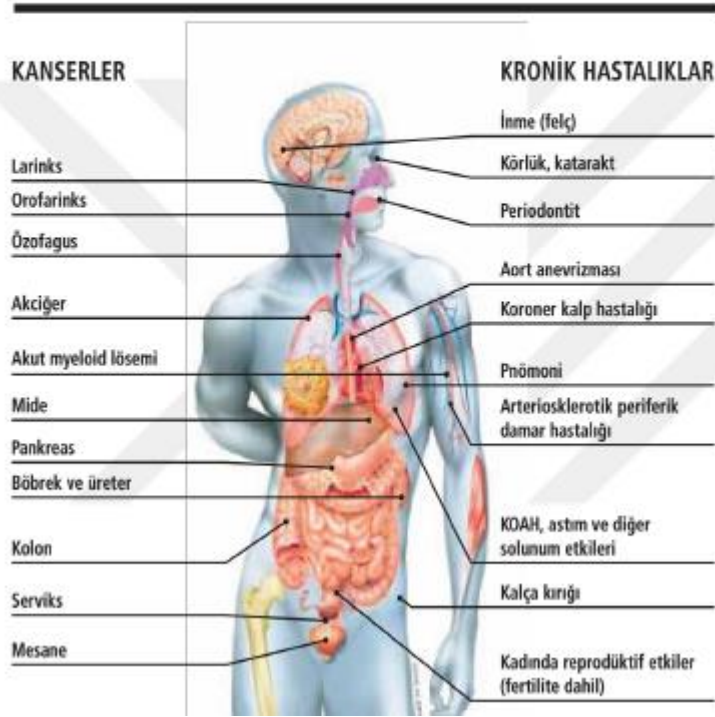
Partikül fazı	Başlıca Etkileri	Gaz fazı	Başlıca Etkileri
Tar	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmono ksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Parasempatetik ve N-kolonerjik reseptörler için doz bağımlı stimülatör veya depresör	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Aromatik Hidrokarbonlar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

2.5 SİGARA KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigara kullanımının doğrudan sebep olduğu hastalıklar olduğu gibi, gidişatını kötüleştirdiği veya ilişkili olduğu düşünülüp çalışmaların sürdüğü birçok hastalık mevcuttur. Bu hastalıkların meydana gelmesinde sigara dumanının içerdiği oksidan ve kanserojen maddeler rol alır. Bu maddelerin değdiği dokularda iritasyon oluşur, vücuda absorpsiyonuyla hücresel düzeyde hasarlar meydana gelir, inflamasyona yol açarak bağışıklık sistemindeki hücrelerin fonksiyonlarında farklılıklar oluşur, dokuların oksijenlenmesi bozulur böylece çeşitli hastalıklar ortaya çıkar (42).

Sigara kullanımı sonucunda ortaya çıkan hastalıklar Şekil 1 de görülmektedir (43).

Sigaranın neden olduğu hastalıklar



Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm, accessed 5 December 2007).

Şekil 1. Sigaranın Neden Olduğu Hastalıklar (DSÖ Küresel Tütün Salgın Raporu) (43)

2.5.1. Sigara ve Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) açısından sigara kullanımı yüksek risk faktörüdür. Stabil olan anjina, akut koroner sendrom, inme, koroner damar hastalıkları, ani ölüm, periferik vasküler hastalıklar, aort anevrizması, kalp yetmezliği, cinsel işlev bozuklukları ve ateroskleroz gibi hastalıklar sigaranın neden olduğu başlıca kardiyovasküler hastalıklardır (44). Sigara içenlerde bu hastalıklara

bağlı mortalite riski hiç kullanmayanlara göre 2 kat, sigarayı daha önce kullanıp bırakanlara göre ise 1,3 kat daha yüksektir (45). KVH'a bağlı mortalite riski sigaraya başlanılan yaş, günlük tüketilen sigara sayısı, inhalasyonun derinliği ve sigara içilen süre ile ilişkilidir (40).

Endotel hasarı; kardiyovasküler sistem hastalıklarının ortaya çıkmasında ilk basamak olarak kabul edilir. Sigara içimine bağlı endotel hasarı meydana geldiğinde; sağlıklı bir endotelden açığa çıkan prostasiklin ve nitrik oksit (NO) gibi damarların çapını genişleten (vazodilatör) maddelerin işlevi ve sentezi bozulur (46). Böylece koroner damarlarda stenoz gelişir, sigara kullanımı ayrıca stenoz gelişmeden koroner arter spazmına da neden olabilir (47). Ayrıca aktive olan inflamatuvar sitokinler, endotel fonksiyon bozukluğuna yol açarak aterosklerotik hasar sürecinin hızlanmasına katkıda bulunur (46). Okside LDL düzeyini arttırıp ve HDL'yi azaltarak, aterosklerotik damarlarda plak oluşmasına yol açar (48). Sigara kullanımı proaterojenik moleküllerin aktive olmasına, fibrinolizin hasar görmesine, trombosit aktivasyonuna, pıhtılaşma kaskadının aktif hale gelmesine neden olur. Aktif sigara içenlerde artan karbonmonoksit (CO) düzeyleri; hemoglobinin oksijene bağlanma kapasitesini düşürerek başta kalp olmak üzere organlarda kronik iskekiye neden olmaktadır. Ayrıca nikotin, sempatik sinir sisteminin aktive olmasını sağlayarak kan basıncını yükseltir ve kalbin atma hızını arttırır, atriyumlarda fibrozis oluşumunu tetikleyerek atriyal fibrilasyona neden olabilir (47).

2.5.2 Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Sigara dumanı hava yollarında mukosiliyer hareketin bozulmasına, alveolar makrofaj aktivitesinin artmasına, müköz glandlarda hipertrofi ve hiperplaziye neden olur, bronşlarda bulunan düz kasların kontraksiyonuna neden olup bunun sonucunda hava yollarındaki direncin artmasıyla kronik akciğer hastalığının oluşmasına zemin hazırlar (22). Sigara kullananlarda bu patofizyolojik değişikliklerin neticesinde balgam, nefes darlığı, kronik öksürük, hırıltılı solunum gibi şikayetlere sık rastlanır (49). Bunlara ek olarak sigara kullanımının humoral ve hücresele bağışıklık sistemi üzerindeki negatif etkileri nedeniyle influenza ve invaziv pnömokok enfeksiyonları gibi bakteriyel enfeksiyonlar sigara kullanıcılarında daha sık aralıklarla ve ağır şekilde geçirilir, aynı zamanda bu kişilerde viral enfeksiyonlara yatkınlık da artmıştır (50).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), sigara tüketiminin sebep olduğu en önemli hastalıklardandır. KOAH, solunum yollarında ve akciğer parankiminde zararlı partiküllerin ve gazların neden olduğu kronik inflamatuvar cevap ile seyir gösteren, ilerleyici hava yolu darlığı ile karakterize engellenebilir bir hastalıktır. Dünya genelinde en sık ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada bulunmaktadır (51). Sigara içenlerde KOAH olma riski sigara içmeyenlere göre dört kat yüksektir (49).

Astım hastalığının etyolojisinde de sigara kullanımı önemli yer tutmaktadır. Sigaranın aynı zamanda bu hastalarda astım ataklarını arttırması, tedavide alınan yanıtı düşürmesi, akciğer fonksiyonlarını azaltması gibi daha birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır (52).

2.5.3. Sigara ve Genitoüriner Sistem Hastalıkları

2.5.3.1. Erkek Genitoüriner Sisteme Etkisi

Sigaranın üreme sağlığına etkisini inceleyen bir çalışmada, sigaranın sperm miktarını ve hareketliliğini azalttığı, sperm morfolojisinde bozulmalara neden olduğu, testosteron hormonunun metabolizmasını hızlandırdığı aynı zamanda Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) / Luteinizan Hormon (LH) düzeylerinde dalgalanmalara yol açtığı gösterilmiştir (53). Sperm motilitesinden flagella ve aksonem gibi yapılar sorumludur. Sigara dumanı spermin aksonem yapısına zarar vererek hareketliliğini negatif yönde etkilemektedir (54). Kreatin kinaz; spermden enerji oluşumunda rol alan temel enzimlerdendir. Sigara içenlerde bu enzimin aktivitesinin az olduğu bununda sperm hareketliliğini ve üreme fonksiyonlarını etkilediği gösterilmiştir (55). Sperm lipidi ve Deoksiribo Nükleik Asiti (DNA), Reaktif oksijen türlerine (ROS) karşı duyarlıdır. Sigaradaki bileşenlerden ötürü artan ROS, DNA parçalanmasına ve apoptozise yol açabilir ve bunun sonucunda sperm fonksiyonu bozulur ve erkek fertilitesinde düşüş meydana gelir (56).

Eretil disfonksiyon patogeneğinde sigara önemli bir risk faktörüdür. Ereksiyon; kavernöz yapıdaki düz kasların relaksasyonu sonucunda eretil doku içerisine kan akımının artmasıyla meydana gelmektedir. Ereksiyon halinin devam etmesi için gerekli olan arteriollerin dilatasyonunu parasempatik sistem denetler ve bu süreçte nitrik oksit görev alır. Sigara nitrik oksitin etkinliğini azaltarak

vazodilatasyonun bozulmasına yol açar. Aynı zamanda sigara dumanındaki metabolitlerin neden olduğu süperoksit radikalleri kavernoöz yapıdaki NO miktarının direkt olarak azalmasına yol açar (57).

2.5.3.2 Kadın Genitoüriner Sisteme Etkisi

Sigara dumanındaki bileşenler, üreme fonksiyonlarında bozulmaya ve folliküler rezervin hızlı azalmasına neden olmaktadır. Nikotin, ovumun overlerden uterusu doğru ilerlemesini engellemekte, ovumda genetik anomalilere yatkınlığı ve düşük oluşma riskini artırmaktadır (58).

Bazal FSH düzeyleri sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla önemli oranda daha yüksektir. Anti-Müllerian Hormon (AMH) ovaryan rezervin göstergesi olarak kabul edilir. Sigara kullanan kadınlarda AMH düzeylerinin kullanmayanlara göre önemli derecede daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca sigara menopoza girme yaşının 1 ile 4 yıl arasında daha erken gelmesine neden olmaktadır (55).

Bir metaanalizde, sigara içen kadınlarda içmeyenlerle kıyaslandığında infertilite oranının % 13 daha yüksek, doğurganlık kapasitesinin daha düşük ve gebe kalma zamanlarının yaklaşık 3-12 ay daha geç olduğu belirtilmiştir (58).

Sigara ektopik gebelik oluşma riskini 2 kattan daha fazla artırır. Gebelikte sigara içiminin bebek üzerinde prematüre, doğum ağırlığının düşük olması, ölü doğması, erken doğması, doğum sonrası ölümün gerçekleşmesi ve ani bebek ölüm sendromu riskinin artması gibi çeşitli olumsuz etkileri vardır (59). Sigara dumanının bileşenlerinden olan CO ve siyanür gibi maddeler antimetabolik ve vazokonstriktif özellikleriyle plasental yetmezliğe yol açarak fetal büyümenin geri olmasına neden olabilir (60). Lohusalıkta sigara içimi; nikotinin prolaktin seviyesini düşürmesinden dolayı anne sütünün azalmasına neden olmaktadır (59).

2.5.4. Sigara ve Kanser

Sigara, kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %30' undan sorumlu olan, kanserin değiştirilebilir ve önüne geçilebilir en önemli risk faktörüdür (61). Sigara dumanında 70'e yakın kanser yapma özelliği olan madde vardır (1). Bileşenlerindeki kanserojen özellikli maddeler DNA'ya bağlanarak DNA hasarı ve çeşitli gen mutasyonlarına yol açar (61). p53 geni, kanserde en yoğun şekilde mutasyona uğrayan tümör baskılayıcı

genler arasında yer almaktadır (62). p53 gen mutasyon sıklığına bakıldığında akciğer kanseri olup sigara içenlerde içmeyenlere oranla belirgin derecede yüksek bulunmuştur, sigara kullanmayanlarda oran %47,5, kullananlarda %77,4 iken daha önceden kullanıp bırakanlarda ise %55,6 olarak bulunmuştur (63).

Akciğer kanseri, dünyanın her yerinde ölümlerin en sık sebeplerinden biri olup yılda 1,6 milyon kişinin ölümüne yol açtığı bilinmektedir. Her iki cinsiyette görülen tüm kanser vakalarının %13-15'ini, kanser nedeniyle ölümlerin de ortalama %20-30'unu oluşturmaktadır. Akciğer kanserinin ortaya çıkmasından %94'lük gibi büyük bir oranla sigaranın sorumlu olduğu söylenebilir. Sigara içicilerinde, içmeyenlere kıyasla risk 24-36 kat daha fazladır. Ayrıca sigaraya başlama yaşı, sigaranın tüketildiği süre, tüketilen sigara miktarı, sigaranın çeşidi, sigarada yoğun katran bulunması ve filtresiz sigara risk oranını etkileyen faktörlerdir (64). Akciğer kanseri riski sigara bırakıldıktan 10 yıl sonra yaklaşık %50 civarında azalır. Bu nedenle akciğer kanserinin önlenmesinde en önemli yol sigara ile mücadele etmektir (65).

Sigara kullanımının kanser ile ilişkisi ilk akciğer kanserinde belirlenmiş olsa da, sigaranın bunun dışında daha birçok organda kansere sebep olduğu gösterilmiştir. Bu kanserler bazı organlarda sigara dumanının direkt değmesiyle oluşurken, dumanın direkt temas etmediği organlarda ise sigaranın yanması sonucunda ortaya çıkan karsinogenik maddelerin kan dolaşımına katılmasıyla meydana gelir. Sigara ile ilişkili olduğu bilinen diğer kanserler; Nazal kavite ve paranazal sinüs kanserleri, mezotelyoma, baş-boyun kanserleri, myeloid lösemi, alt üriner sistem kanserleri (mesane, üreter, renal pelvis dahil), penis, kolorektal, mide, pankreas, serviks, böbrek ve karaciğer kanserleridir (66).

2.6. İKİNCİ EL SİGARA DUMANI (PASİF İÇİCİLİK)

Pasif içicilik, sigara kullanmayan kişilerin sigara içilen yerlerde tütünün yanma sonucu ortaya çıkan ürünlere ve dumana maruz kalmasıdır (27). İkinci el sigara dumanı, sigara tüketen kişinin dışarı saldığı duman ile sigaranın yanması sonucu ortama yayılan dumanın toplamından oluşur (39).

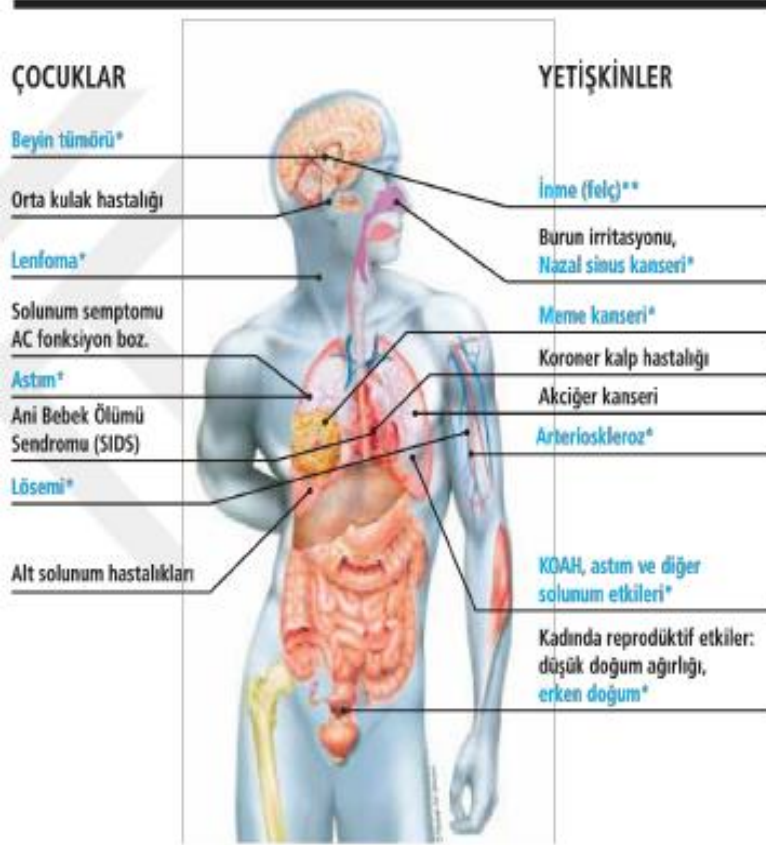
Tüm dünyada, sigara kullanmayan kadın ve erkeklerin sırasıyla %35'i ve %33'ü, çocukların ise %40'ı ikinci el sigara dumanından etkilenmektedir (67). Her yıl dünya çapında 1,2 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır. Ayrıca yılda yaklaşık 65 bin çocuğun pasif maruziyet sonucunda oluşan sağlık sorunları nedeniyle öldüğü belirtilmiştir (1).

Sigara tüketimi, sigara kullanan kişilerin sağlığına doğrudan olumsuz yönde etki ettiği gibi pasif içicilik yoluyla sigara kullanmayanların sağlığı üzerinde de olumsuz yönde birçok etkisi bulunmaktadır (27). Pasif içicilik, alt solunum yollarında enfeksiyonlara, iskemik kalp hastalıklarına, akciğer kanserine ve başta astım olmak üzere birçok hastalığa yol açarak mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olmaktadır (67). Sigara kullanmayanlarda pasif maruziyet, akciğer kanseri olma riskini %20 ila % 30 arasında arttırmaktadır. Nikotinin; endotelden salınan ve koroner vazodilatasyona neden olan nitrik oksiti inhibe etme etkisi düşük miktarlarda bile en yüksek orana ulaşabildiğinden, sigara kullanımının damarlardaki etkisi aktif ve pasif içicilikte çok farklılık göstermez (39).

İkinci el sigara dumanı, hamilelerde düşük doğum ağırlığı ve daha birçok komplikasyonlara yol açarken hamilelikten sonra da ani bebek ölümlerinde artışa neden olmaktadır (1). Ebeveynleri sigara içen çocuklarda bronş duyarlılığı artmış olup balgam, öksürük ve hırıltı gibi şikayetlere daha sık rastlanır. Çocukluk astımı ile pasif sigara maruziyeti arasında ilişki vardır (40).

Pasif sigara dumanına maruziyetin sebep olduğu hastalıklar Şekil 2'de gösterilmiştir (43).

Pasif sigara dumanı etkileniminin neden olduğu hastalıklar



Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 5 December 2007).

Şekil 2. Pasif Sigara Dumanının Neden Olduğu Hastalıklar (DSÖ Küresel Tütün Salgın Raporu) *Nedensellik kanıtı düşündürür. *Nedensellik kanıtı yeterli (43).

2.7. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI

Üçüncü el sigara dumanı; sigara dumanında bulunan partiküllerin etraftaki giysiler, eşyalar, duvarlar gibi yüzeylerce absorpsiyonundan sonra bir takım bileşiklerle reaksiyon oluşturup tekrardan solunabilir hale gelmesidir (68). Üçüncü el

sigara dumanına üç yolla maruz kalınabilir; bunlar yutmayla, solumayla ve deri yoluyla (69).

Bebek ve çocuk yaş gurupları bu sigara dumanına maruziyet bakımından en riskli gurplardandır. Bu yaş gurplarında riskin yüksek olmasının nedenleri arasında sigaranın içildiği kapalı mekânlarda uzun süre kalmaları, yaşlarına uygun olarak yerde oyun oynamaları, etraflarındaki eşyalara ve maddelere farkında olmadan dokunmaları ve sürekli ellerini ağızlarına sokmaları sayılabilir (70).

Üçüncü el sigara dumanın insan sağlığı üzerindeki etkileri tam olarak bilinmese de bazı kanıtlar sağlık üzerine olumsuz etkilerinin olabileceğini göstermektedir. 2013 yılında Hang ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, üçüncü el sigara dumanına maruz kalanlarda DNA hasarının olduğu tespit edilmiştir (71).

2.8 NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE YOKSUNLUK SENDROMU

Nikotin; renksiz, uçucu, suda çözünebilir, alkaloid yapıdadır ve bütün bağımlılığın yol açan en önemli maddedir (72). Psikolojik ve fiziksel bağımlılığa neden olmaktadır (42). Nikotin sigara içildikten kısa bir süre sonra beyne geçerek buradaki nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyararak dopaminin salgılanmasına neden olur. Dopaminin salgılanması ile sigara içen kişide keyif alma ve rahatlama hissi olur buda bağımlılığın gelişmesine yol açar. İçilen sigara miktarı azaldığında dopamin salgısı da azaldığı için bireylerin stres düzeyinde artış meydana gelir. Kişi dopamin azlığı sonucunda nikotin yoksunluğu çeker bu da bağımlılığın pekişmesine neden olur (73).

Nikotin bağımlılığı tanı kriterlerinin maddeleri Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-5)' te Tütün Kullanım Bozukluğu başlığı altında yer alır. Tütün ürünlerini kullanan kişilerde, aşağıdaki kriterlerden en az 2 tanesinin bulunması ve son 12 ayda klinik durumunun kötüye gitmesi ve çeşitli sorunlara neden olması gerekir. Ayrıca diğer bütün bağımlılıklara benzer şekilde tolerans gelişmesi ve eksikliğinde yoksunluk semptomları göstermesi gerekmektedir.

- Tütün kullanımının ilk beklenenden daha çok miktarda olması ve süresinin uzaması

- Sürekli devam eden tütün kullanım arzusunu azaltmak ve kullanım miktarını düşürmek için harcanan çabaların başarısız olması
- Tütün ürünlerini bulmak ve kullanmak için uzun zamanlar harcamak
- Tütün kullanımına yönelik dürtüsel hareket edilmesi ve kullanım için özlem duymak
- Mesleki ve sosyal yönden sahip oldukları sorumlulukları yapma konusunda yetersiz olma ve tekrarlayan tütün tüketimi
- Tütün kullanımı nedeniyle meydana gelen kişisel ya da sosyal sorunlara rağmen kullanmaya devam edilmesi
- Sosyalleşmede, tütün kullanımı nedeniyle azalma olması
- Fiziksel yönden risk artışına neden olan durumlarda dahi tütün kullanımına devam edilmesi (oksijen tüpünün yakınında sigara içmek örnek verilebilir)
- Muhtemelen tütün kullanımı sonucunda ortaya çıktığı düşünülen fiziksel ya da psikolojik sorunlara rağmen kullanımın devamlılık göstermesi

Tolerans geliştiğini söyleyebilmek için aşağıda yer alan iki durumdan birinin olması gerekir.

- Daha önce tütün kullanımı sonucunda ortaya çıkan etkiyi hissedebilmek için daha fazla miktarda tütün tüketmek
- Aynı miktarda tütün tüketilmesine rağmen hissedilen etkinin fark edilir düzeyde azalması

Yoksunluk belirtileri ise aşağıdaki maddelerin ortaya çıkması ile anlaşılır;

- Tütüne özgül olan yoksunluk semptomlarının görülmesi (Nikotin Yoksunluk Sendromu kısmında bu semptomlar belirtilmiştir)
- Ortaya çıkan semptomları yok etmek ve rahatlayabilmek adına tütün ürünlerini tekrar kullanmaya başvurmak

Nikotin Yoksunluk Sendromu

International Classification of Disease 10 (ICD-10) da F17.203 koduyla yer alan nikotin yoksunluk sendromu; minimum birkaç haftadır süren günlük tütün tüketiminin ardından tüketilen miktarın azaltılması ya da tamamen bırakılması sonucunda 24 saat içinde;

- Huzursuz Hissetme
- Sinirli Olma
- Ruh Halinin Depresif Olması
- Kaygılarda Artış
- İştahta Artış
- Konsantrasyonun Azalması
- İnsomnia

benzeri semptomların görüldüğü ve bu semptomlara bağlı olarak sosyal ve mesleki yönden işlevsellikte bozulmaların olduğu durumdur. Aynı zamanda bu semptomlar başka herhangi bir hastalıkla ya da madde kullanımıyla ilişkili olmamalıdır (74, 75).

2.9 TÜTÜN KONTROL POLİTİKALARI

2.9.1 Dünya’da Tütün Kontrol Politikaları

Tütün kontrolü, bir toplumun tütün dumanına maruziyetini ve kullanım miktarını azaltarak ya da tamamen bitirerek toplum sağlığını daha iyi duruma getirmeyi amaçlayan birtakım önlemler ve düzenlemeleri içeren stratejilerdir (75).

Tütün bağımlılığıyla savaşmak amacıyla yapılan ilk düzenleme 2003 yılında Dünya Sağlık Genel Kurulu’nda kabul gören Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi’dir (TKÇS). Bu sözleşme tütün kontrolü hususunda ülkelere yol gösterici bir rehber olma özelliğine sahiptir. TKÇS’ de tütünün ve ürünlerinin üretimi, tanıtımı, pazarlanması, reklamı, fiyatlandırılması, satışı ve tütün kullanımının sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında toplumun eğitilmesi gibi birçok konuyu kapsayan düzenlemeler bulunmaktadır (76).

TKÇS ile tütün kontrolünde sağlanan başarıyı pekiştirmek amacı ile 2008 yılında DSÖ tarafından yayımlanan Küresel Tütün Salgını Raporu’nda MPOWER olarak kısaltılan, ülkelere tütün tüketimi ve tütün kontrolü gibi konularda yol gösterici özellikte olan 6 temel strateji yayınlanmıştır. Raporda bulunan MPOWER strateji paketinin açılımı aşağıdaki gibidir (76, 77).

M (Monitoring): Tütün tüketimi ve kontrolü ile ilişkili politikaların izlenmesi

P (Protect): İnsanların tütün dumanı etkilerinden korunması

O (Offer): Tütün kullanımına son vermek isteyen kişilere gerekli yardımın önerilmesi.

W (Warn): Tütün kullanımı sonucunda oluşabilecek tehlikeler hakkında uyarıların yapılması

E (Enforce): Tütün ürünleri ile ilgili reklamların, tanıtımların ve sponsorlukların yasaklanması

R (Raise): Tütünden alınan vergi oranlarının artırılması

TKÇS raporuna göre, MPOWER politikasına dahil olan 181 ülke bulunmaktadır. Bu ülkelerin yaklaşık olarak %95' i yasalarında sözleşmeye uygun çeşitli değişiklikler yapmışlardır (78).

2.9.2. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları

Ülkemizde tütün kontrolünü sağlamak amacı ile yapılan ilk sivil toplum hareketi 1993’ de Ankara’da gerçekleştirilen “ Sigara ve Sağlık” konulu sempozyumdur. Bu sempozyumdan sonra 1995 yılında tütün kontrolü amacıyla çalışmalar yapan çeşitli kuruluşların bir araya toplanmasıyla “Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi” (SSUK) kuruldu (22). Ülkemizde tütün kontrolü amacıyla atılan önemli adımlardan biri SSUK’un da katkıları ile 26 Kasım 1996’ da “4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”un yürürlüğe girmesidir (79). Bu kanunun getirdiği önemli düzenlemeler;

- Tütün kullanımı kimi kamusal alanlarda yasaklanması (sağlık ve eğiti kuruluşları, eğlence ve spor mekanları, toplu taşımalar ve işyerleri gibi)
- Tütün ürünlerinin tanıtılmasının ve reklamının yapılmasının yasaklanması
- 18 yaşından küçüklere tütün ürünlerini satmanın yasaklanması
- Sigara paketlerinin dış kısmına sağlık ile ilgili uyarıların yazılması
- Ayda 90 dakika TV ve Radyo kanallarında bilgilendirici yayın yapma zorunluluğu
- Ceza hükümleridir (22).

4207 Sayılı Kanun geniş kapsamlı düzenlemeler içerse de yaptırımlarının yeterli olmaması nedeniyle tütün ürünlerinin tüketiminin kontrolü açısından etkisi sınırlı kalmıştır (80).

Türkiye 2004 yılında TKÇS'yi imzalamış ve aynı yıl içinde sözleşmenin TBMM'de onaylamasıyla “taraf” ülke haline gelmiştir. Sözleşme doğrultusunda “Ulusal Tütün Kontrolü Komitesi” kurulup “ Ulusal Tütün Kontrolü Programı ve Eylem Planı” hazırlanmıştır. 2006’da genelge şeklinde yayınlanan ve 2008-2012 senelerini kapsayan bu program ve plan aşağıda yer alan 10 ana başlıktan oluşmaktadır:

- “Tütün tüketiminin sağlık üzerinde yarattığı olumsuz etkiler hakkında toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,
 - Sigara tüketiminin bırakılmasının sağlanması,
 - Fiyat ve vergilendirmenin artırılması,
 - Bireylerin tütün tüketiminden pasif etkileniminin önlenmesi,
 - Tütün ürünleri ile ilgili reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması,
 - Tütün ürünlerinin kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi,
 - Tütün ürünlerinin yasa dışı ticaretinin engellenmesi,
 - Gençlerin tütün ürünlerine ulaşabilirliğinin engellenmesi,
 - Tütün üretiminin azaltılması ve alternatif politikaların üretilmesi,
 - Tütün tüketimi ve kontrol yöntemlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesidir.”
- (81, 34).

İlerleyen yıllarda düzenlenen, “2015-2018 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı” ve “2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı”nda da bu ana 10 başlık yer almıştır (81).

Bu ulusal programlar ve eylem planlarında bulunan hedef ve amaçlara ulaşabilmek adına gerekli olan yasal dayanağı sağlamak amacıyla 3 Ocak 2008 tarihinde TBMM’de “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’da Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (No. 5727)” kabul edilmiştir (22). 1996 yılındaki 4207 sayılı kanuna kıyasla içeriği genişletilen ve adı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” olarak

değiştirilen 5727 sayılı bu Kanun 19 Ocak 2008 de Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (81, 82).

5727 Sayılı Kanun'un 4207'den ilk en önemli farkı; daha önce belli kamu alanlarında yasaklanan tütün tüketiminin kamudaki tüm kapalı alanlarda yasaklanmasıdır (83). Bu kanunla, önce 19 Mayıs 2008 tarihinde konaklama ve ikram sektörü dışında kalan tüm halka açık mekânlarda, taksilerde, sağlık ve eğitim kuruluşlarında, spor tesislerinin içinde ve dışında sigara içmek yasaklanarak bu yerler yüzde yüz dumansız hava sahası haline getirilmiştir. 29 Temmuz 2009 yılında ise sigara içme yasağına konaklama ve ikram sektörü de dahil edilmiştir. Böylece Türkiye dumansız hava sahalarına sahip Orta Asya ve Orta Doğu'da ilk ülke, Avrupa'da ise 5. ülke olmuştur (80).

5727 Sayılı Kanun'un ikinci önemli farkı ise; 4207 Sayılı Kanun'un içeriğinde cezaların nasıl uygulanacağı hakkında kesin bir bilgi olmamasına rağmen bu kanunda cezaların nasıl uygulanacağının net ve açık bir şekilde ortaya konulmasıdır (83).

2.9.2.1 Türkiye'de MPOWER Politika Paketi

M: “Monitor” yani “tütün kullanımını izle” politikası kapsamında Türkiye’de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC)’nin ve DSÖ’nün katkılarıyla gençlere yönelik tabanı okul olan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA, GYTS) 2003, 2009, 2012 ve 2017 senelerinde yapılmıştır. KYTA ise 2008, 2012 ve 2016 senesinde 15 yaşından büyük bireylerin tütün kullanımını izlemek amacıyla yapılan, ulusal alanda geçerliliği olan, bir hane halkı araştırmasıdır (84).

P: “Protect” yani “insanların pasif sigara dumanı etkilerinden korunması” politikası kapsamında, 5727 Sayılı Kanun ile birlikte dumansız temiz hava sahalarını oluşturmayı hedefleyen güçlü denetim mekanizmaları geliştirilmiştir. Bu amaçla “Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi (DHSDS)” ne geçiş yapılmıştır. 30 Eylül 2012 tarihinden itibaren 81 ilde uygulanmaya başlanan bu sistemle kanunun ihlal edildiğine dair şikayetler, “ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)”

kanalıyla veya “Yeşil Dedektör” mobil uygulaması ile Sağlık Bakanlığı (SB)’na aktarılmaktadır (85).

O: “Offer” yani “tütün kullanımını sonlandırmak isteyen bireylere uygun yardımın önerilmesi” politikası kapsamında, Türkiye’de sigarayı bırakmak isteyen bireylere sigara bırakma polikliniğinde hizmet verilirken aynı zamanda “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” aracılığı ile de destek olunmaktadır. “ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı”nda bireylerin nikotin bağımlılık düzeyleri tespit edilebilirken aynı zamanda sigaranın sağlığa zararları hakkında bilgiler verilmektedir. 2009 yılında sigara bırakma hizmeti sunan poliklinik sayısı 62 iken, 2019 yılında poliklinik sayısı 532’ye kadar yükselmiştir (81, 85).

W: “Warn” yani, “Tütün kullanımının zararları ve doğabilecek olumsuz sonuçlar hakkında bireylerin uyarılması ve bu konuda eğitim verilmesi” politikası kapsamında, 5727 Sayılı Kanun ile TV kanallarına ve radyolara minimum 30 dakikas 17.00-22.00 saatlerinde olmak şartı ile 08.00-22.00 saatleri aralığında ve ayda minimum 90 dakika tütün kullanımının sağlığa zararları konusunda toplumu aydınlatan bilgiler yayınlama zorunluluğu getirilmiştir. Aynı zamanda bu kanunla beraber tütün ürünlerinin dış paketlerinin ön ve arka taraflarına, bir tarafta toplam alanın %40’ından fazla, diğer tarafta ise %30’undan fazla yer kaplayacak şekilde tütün tüketiminin sağlığa zararları hakkında Türkçe yazılı mesaj ya da uyarıların yer verilmesi zorunlu hale getirilmiştir (82). Bu kurallar ilerleyen zamanlarda genişletilmiştir. 27506 sayılı 27.02.2010 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan yeni yönetmelikle; tütün ürünlerinin dış paketlerinde yazılı ve resimli uyarıların (birleşik uyarı) birlikte kullanılması, genel uyarının tütün ürünü dış paketinin bir tarafında minimum %30 yer kaplaması, birleşik uyarının ise diğer tarafta minimum %65 oranında yer kaplaması zorunlu hale getirilmiştir (86). Bu oranlar önce 12.07.2012 tarihinde 28351 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan yönetmelikle resimli ve yazılı uyarıların kapladığı alan her iki taraf için %65’e çıkarılmış, daha sonra 05.12.2018 tarihinde 30616 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 7151 sayılı Kanunla her iki taraf için %65 olan oran %85’e yükseltilmiştir (87,88).

E: “Enforce” yani, “Tütün ve tütün ürünlerinin reklamı, bu ürünlerin sponsorluğu ve promosyonuyla ilgili yasakların uygulanması” politikası kapsamında,

tütün ürünlerinin sponsorluğu 5727 sayılı Kanun ile yasaklanmıştır. Aynı zamanda bu kanunla işletmelerin dış kısmından görülebilecek şekilde tütün ürünlerinin satılması yasaklanmıştır. 2011 yılında ise yapılan başka bir düzenlemeyle birlikte tütün ürünlerinin üstü kapalı dolaplar içinde satılması zorunlu olmuştur (81, 34). Ayrıca bu politika kapsamında tütün ürünleriyle ilgili olan görüntülere tiyatro, TV programları, sinema, sosyal medya, internet gibi alanlarda yer verilemeyeceği ve tütün ürünlerinin satılmasının üniversite yerleşkelerinde, sağlık, spor, eğitim gibi kuruluşlarda yasaklanması kararlaştırılmıştır (88). Bunlara ek olarak 01.03.2019 tarihinde 30701 sayılı Resmi Gazetede yayımlanıp yürürlüğe giren başka bir yönetmelikle düz paket uygulamasına geçilmiştir. Bu yönetmelikten sonra tütün ürünleri, üzerinde yer alan markalar ile ilgili şekillerin, yazıların, renklerin ve konumlarının tamamıyla aynı şekil de tasarlanan standart paketler ile satışa sunulmak zorundadır (89).

R: “Raise” yani “tütün ürünlerinden alınan vergilerin artırılması” politikası kapsamında, bütün ülkelere DSÖ tarafından, tütün ürünlerinden alınacak verginin en az %75 oranında olması gerektiği önerilmiştir. 2019 yılında Türkiye’de tütün ürünlerinden alınan vergi oranı %82,25 olarak uygulanmıştır (85).

Tütün kullanımının kontrol altına alabilmek adına yapılan düzenlemeler sonucunda Türkiye’nin; DSÖ’nün “2013 Küresel Tütün Epidemisi Raporu”nda MPOWER strateji paketini eksiksiz uygulamaya koyan ilk ülke olduğu ve “2019 Küresel Tütün Epidemisi Raporu”nda ise Brezilya ile beraber MPOWER politika paketi stratejilerinin tamamını eksiksiz olarak uygulayan iki ülkeden biri olduğu açıklanmıştır (85).

2.10. SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIK ÜZERİNE OLUMLU ETKİLERİ

Sigara bırakıldıktan sonra;

- 20 dakika içinde, vücudun ısısı, nabız ve kan basıncı normal değerlere döner.
- 24 saat içinde, kanda bulunan karbonmonoksit düzeyi hızla düşer.
- 2 hafta - 3 ay arasında, efor kapasitesinde artış olur. Öksürük şikayeti azalarak 3 ay içinde tamamen kaybolur. Balgam şikayeti mevcutsa 2

hafta içinde %50 oranında düşer. Nefes alıp vermek daha kolay hale gelir. Tat alma ve duyunların da iyileşmeler görülür. Bağışıklık sisteminin güçlenmeye başlamasıyla kişiler kendilerini daha güçlü ve dayanıklı hissetmeye başlar. Parmaklarda ve dişlerde bulunan sarı lekeler yok olur.

- 1. yılın sonunda, ilk günden beri azalmaya başlayan kalp krizi riski %50 oranında düşer. Aynı zamanda buerger (bacaklardaki damar hastalığı) riski ve beyin kanaması riski %30 ila %50 oranlarında düşer. Solunum yetmezliğine neden olabilen KOAH benzeri akciğer hastalıklarının meydana gelmesi engellenir, bu hastalıkları olan kişilerde ise hastalığın ilerlemesi durur.
- 5. yılda, gırtlak, özofagus, ağız ve mesane kanserlerinin oluşma riskinde %50 azalma olur.
- 10. yılda akciğer, gırtlak, pankreas, ağız, özofagus, mesane ve böbrek kanserlerinin gelişme riskinde azalma devam eder. 5-10 yıl içerisinde felç geçirme riski hiç sigara kullanmayan bireylerle aynı seviyeye gelir.
- 15. yılda, miyokart infarktüsü geçirme riski ve kalp-damar hastalıkları riski hiç sigara içmeyen bireylerle aynı düzeye gelir (90).

2.11. SİGARA BIRAKMA DANIŞMANLIĞI

Sigara bırakma danışmanlığı; bireylerin bilişsel ve davranışsal tekniklerle ve/veya farmokoterapi yoluyla desteklenerek sigara içiyorsa bırakabilmelerini veya sigarayı yeni bırakmışsa bırakma halini sürdürürken karşılaşılabilecekleri sorunları çözmeyi hedefleyen sağlık hizmetleridir (13).

2.11.1. Transteoretik Model Evreleri

Sigara bırakma sürecinde verilen danışmanlığın etkili olabilmesi için sigara içen bireylerin sigara bırakma istekleri açısından doğru evrelendirilmesi gerekir. Farklı evrelerdeki bireylerin ihtiyaç duydukları destek biçimleri de farklı olduğundan dolayı bu süreçte bireylerin iyi tanınması önem arz etmektedir (13).

Prochaska JO ve arkadaşları tarafından ortaya konulan “Transtheoretical Model” ile bireyler sigara bırakma hakkındaki düşüncelerine ve tedavi sürecine hazır

olma durumlarına 5 farklı evrede değerlendirilmektedir. Bu evreler aşağıdaki gibidir (13, 91, 92);

1. Evre: Bırakmayı Düşünmeme Evresi (Pre-Contemplation)

Sigara içmekte olan bireyin gelecekteki herhangi bir zaman diliminde (minimum 6 aylık süreçte) sigarayı bırakma gibi bir düşüncesi yoktur. Sigarayı sevmekte, içerken zevk almakta ve sigara kullanmanın neden olabileceği hastalık risklerini yok sayıp hatta çeşitli yararları olduğunu düşünmektedir. Bu bireylerden bazıları daha önce sigara bırakmayı deneyip bırakamadığı için demoralizedir, öz güvenleri eksiktir. Genellikle sigara içme davranışlarını değiştirme konusunda yardımcı olabilecek bilgileri almaktan ve iletişim yollarından (düşünme, konuşma, okuma gibi) kaçınırlar.

2. Evre: Bırakmayı Düşünme Evresi (Contemplation)

Sigara içen birey, sigarayı bırakmanın yararlarının bilincinde olup 6 aylık süre içinde bırakmayı ciddi biçimde düşünmektedir. Bu evrede sigaraya dair besledikleri olumlu veya olumsuz fikirler neredeyse eşit olsa da sigaranın zararları konusundaki düşünceleri yararları konusuna azda olsa ağır basmaktadır. Bunlara rağmen birey sigarayı hemen bırakmak istemez. Bırakma konusunda önüne çıkan engelleri belirterek sürekli erteleme ve belirli bir gün seçememe eğilimindedir. Düşünme aşamasında takılı kalmıştır, çabalama konusunda kararsızdır.

3. Evre: Bırakmaya Hazırlanma Evresi (Preparation/Ready for action)

Birey sigara içmenin sonucunda ortaya çıkabilecek risklerin tam olarak farkındadır ve bu nedenle 1 aylık zaman içinde sigarayı bırakmayı planlamaktadır. Bırakma düşüncesine yönelik küçük ama anlamlı adımlar atmaya başlamış olup, harekete geçmek için bir eylem planına sahiptir

4. Evre: Bırakmayı Deneme (Action)

Birey, davranış değişikliğine gitmek, ilaç kullanmak, alternatif başka yöntemlere başvurmak gibi seçeneklerden birini veya birkaçını seçip sigara bırakma konusunda adım atarak sigarayı bırakmıştır. Ancak henüz sigarayı bırakmasının

üzerinden 6 aylık süre geçmemiştir. Bu evre, sigaraya tekrar başlamanın (nükslerin) en sık görüldüğü evredir. Nükslerin %50' si sigara bırakılmasını takip eden 2.-3. haftada olur. Zaman içerisinde nüks riski azalmaya başlar 2-3 ay içinde risk oranı iyice düşmektedir. Bu nedenle sigaranın bırakıldığı başlangıç dönemde bireyin desteklenmesi nüks riskinin düşürülmesi adına önem kazanmaktadır.

5. Evre: Bırakmayı sürdürme (Maintenance)

Bireyin sigarayı bırakmasının üstünden 6 aydan fazla bir süre geçmiştir. Eskisine kıyasla artık daha sağlıklı olan bir yaşam stiline sahiptir, kendine olan güveni artmıştır. Kişi nükslerden kaçınmak için çaba harcarsa da ne yazık ki bu evrede de nükslere sık rastlanır. Sigara bırakma konusunda başarıya ulaşmış olanlar genelde nüksleri ve yukarıda bahsettiğimiz evreleri 3-4 defa tecrübe etmiş kişilerdir.

2.11.2. 5A (5Ö) VE 5R Metotları

Uzaslan ve arkadaşlarının çalışmasına göre hasta hangi sebeple hekime başvurmuş olursa olsun, hekimin 3 dakika gibi kısa bir süre ayırıp hastanın sigara içip içmediğini sorgulaması, içiyorsa bırakma konusunda öneriler sunması, hastaları sigarayı bırakma hakkında düşünmeye ittiği ve bu hastaların %1-3'ünün sigarayı bıraktığı tespit edilmiştir. Bu nedenle bütün branşlardaki hekimler gördükleri tüm hastalara, sigara kullanım durumlarını sormalı, bırakma yönündeki istek düzeylerini değerlendirmeli, sigarayı bırakmayı düşünen hastaları mevcut tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmeli, düşünmeyenlere ise bırakma konusunda gerekli motivasyonel desteği vermelidirler (93).

Sigara bırakma tedavisinin danışmanlık sürecinde izlenecek metot hastanın bırakmayı isteyip istememesine göre farklılık gösterir. Bırakma adına isteği olan hastalara 5A(5Ö) metodunun, isteksiz olanlara veya kararsızlık yaşayanlara 5R metodunun uygulanması önerilmektedir (13,94).

5A (5 Ö) Metodu (13,94);

1. A: Ask (Öğren): Hasta ne sebeple başvurmuş olursa olsun, her görüşmede sigara ve diğer tütün ürünlerini (puro, Maraş otu, nargile, pipo gibi) kullanıp kullanmadığı sorgulanıp, not alınmalıdır. Sigara kullanmaya ne zaman başladığı, kaç

yıldır kullandığı, günde içtiği sigara adedi sorulup mutlaka cevaplar kayıt altına alınmalıdır.

2. A: Advise (Öner): Sigara içen hastalara mutlaka sigarayı bırakmaları yönünden tavsiyeler de bulunulmalıdır. Bu tavsiyeler mutlaka bireye özgü olmalı, güçlü ve net bir biçimde belirtilmelidir.

3. A: Assess (Ölç): Hastalar sigarayı bırakmak isteyip istememeleri yönünden sorgulandıktan sonra, isteği olmayanlara 5R metodu uygulanmaya başlanmalı, isteği olanlara ise gerekli olan destek sağlanmalıdır. Sigarayı neden bırakmak istedikleri gözden geçirilmeli, kararlılık düzeyleri tespit edilmeye çalışılmalıdır. Hastaların nikotin bağımlılık seviyesi FNBT ile tespit edilmeli hatta imkan varsa CO düzeyi ölçülmelidir. Hastanın daha öncesinde sigara bırakma öyküsü mevcut ise bu süreçte yaşadığı olaylar, karşılaştığı güçlükler, en uzun ne kadar süre bırakabildiği, bu konuda tedavi alıp almadığı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Genç içicilerde, bağımlılık düzeyi yüksek olanlarda, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeylere sahip olanlarda sigara bırakma başarı yüzdelерinin düşük olduğu bilindiği için bu gruba giren hastalara daha özen gösterilmeli ve yakından takip edilmelidir.

4. A: Assist (Önderlik Et): Hasta ile hekim ortaklaşa bir sigara bırakma programı belirlemelidir. İlk aşama hastanın motivasyonunda artışa yol açacağı için bir sigara bırakma günü seçilmesidir, ideali bu günün hasta ile görüşüldüğü günün ardından 15 günlük süre içinde olmasıdır. Sigara bırakmada esas olan şeyin bırakma gününden sonra bir tane bile sigara içilmemesi olduğu söylenmelidir. Hastalara sigara bırakma aşamasında en çok zorlanılan ve sigaraya tekrar başlanma riskinin en yüksek olduğu zamanın ilk birkaç hafta olduğu aynı zamanda bu haftalarda yoğun olarak nikotin yoksunluk semptomlarının görülebileceği hakkında bilgiler verilmelidir. Bunlarla başa çıkmayı kolaylaştıran yöntemler gösterilmeli; yaşlarına uygun egzersiz yapmaları, hobilerine vakit ayırmaları, yaşadıkları ortamlardan sigarayı hatırlatan eşyaları uzaklaştırmaları tavsiye edilebilir.

Farmakolojik tedavi ile destek tedavisinin beraber kullanıldığı durumda sigara bırakma başarı oranları önemli miktarda arttığı için hastalara mutlaka sigarayı

bıraktırmada etkili ilaçlar (Varenikline, Bupropion, Nikotin Replasman Tedavisi) hakkında bilgi verilmelidir.

5. A: Arrange (Örgütüle): Hastalar telefonla aranarak veya belirli aralıklarla kontrole çağırılıp yüz yüz yüze görüşülerek takip edilmelidir. İlk görüşme sigaranın bırakıldıktan sonraki hafta içinde, ikinci yapılacak görüşme ise ilk 1 ay içinde yapılmalıdır. Daha sonraki görüşmelerin sıklığı hastanın durumuna göre belirlenmelidir. Hasta ile yapılan her görüşmede hekim hastasını sigarayı bırakma konusundaki başarısından dolayı tebrik etmelidir. Karşılaşılan sorunların neler olduğu gözden geçirilmeli ve beraber çözüm yolları üretilmeye çalışılmalıdır. Nüks söz konusu ise bunun nedenleri araştırılıp hastanın tekrar sigarayı bırakması sağlanmalıdır. Farmakoterapide seçilen yöntem gözden geçirilmeli ve eğer ihtiyaç duyulursa doz değişikliğine gidilebilir.

5 R Metodu (13,94);

1. R: Relavance (İlişkilendirme) : Sigara içmenin getirebileceği olası zararlar ile hastanın şuan içinde bulunduğu ekonomik durum, aile, sağlık, çocuk, hastalık durumu, cinsiyet, yaş, ilerde hastalıklara yakalanma endişesi arasında ilişki kurulup kişinin sigara bırakma açısından cesaretlenmesi sağlanır.

2. R: Risks (Riskler): Hastaya sigara kullanım sonucunda meydana gelme ihtimali yüksek olan kronik, akut ve çevresel risk faktörleri hakkında bilgi verilmelidir. Sigara ile ilişkili olduğu ispatlanmış hastalık riskleri anlatılmalı (2.5 Sigara Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri kısmında detaylıca bu hastalıklardan bahsedilmiştir) ayrıca bu hastalık risklerinin düşük miktarda katran içeren veya düşük miktarda nikotin içeren sigara kullanılmasıyla yada tütünün diğer ürünlerinin (pipo, puro gibi) kullanılmasıyla düşmeyeceği belirtilmelidir.

3. R: Rewards (Ödüller): Hastaya sigara kullanmayı bıraktığı durumda oluşabilecek potansiyel kazançlar hakkında bilgiler verilmelidir. Sigaranın bırakıldığı andan itibaren kişinin sağlığı üzerinde meydana gelen olumlu değişimler sırasıyla anlatılmalıdır (2.10. Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri kısmında detaylıca belirtilmiştir).

4. R: Roadblocks (Engeller): Hasta ile sigara bırakma sürecinde karşılaşılabileceği kilo alma, yoksunluk semptomları, depresyon, başarısız olma korkusu, sigara içen başka bireylerle bir arada olma gibi sorunlar ve engeller hakkında konuşulmalı, bu engellerin aşılmasına yardımcı olabilecek çözüm yöntemleri sunulmalıdır.

5. R: Repetition (Tekrar): Sigarayı bırakmak için isteksiz durumda olan hastalara her polikliniğe başvurdıklarında tekrar eden motivasyonel desteğin sunulması gerekmektedir. Öncesinde birçok kez sigara bırakmayı denemiş ancak başarıya ulaşamamış olan hastalarda oluşan bir dahaki denememde başarısız olacak düşüncesinin yanlış olduğu, sigarayı bırakmanın birçok kez denendikten sonra da başarıya ulaşılabilceği söylenmelidir.

2.11.3. Sigara Bırakma Tedavisinde Bilişsel\ Davranışçı Teknikler

Sigara bağımlılığına sebep olduğu düşünülen davranış biçimlerin ve psikolojik süreçlerin analiz edilip bunlara uygun davranışçı ve bilişsel teknikler uygulamak sigara bırakma tedavilerinde başarıya ulaşma oranını önemli düzeyde arttırmaktadır (77). Sigara bırakma sürecinde kişinin davranış değişikliği yapabilmesi için öncelikle sigara ile ilgili sahip olduğu stres seviyesini düşürdüğü, keyif verdiği gibi olumlu düşüncelerin olumsuzla çevrilmesi sağlanmalıdır aksi takdirde sürecin daha zorlu geçmesi ve nüks riskinin artması kaçınılmazdır (13,95).

Hastaya sigara bırakma sürecinde kendisine sigara kullanımını hatırlatan çeşitli faktörlerden uzaklaşmasını sağlayacak bir takım davranışsal yöntemler öğretilir, bu yöntemlere örnek vermek gerekirse;

- Sigarayı aklına getirebilecek kibrit, çakmak, sigara paketi, küllük gibi objeleri ortadan kaldırması
- Daha öncesinde sigara ile bağdaştırdığı stres, üzüntü, neşe, öfke gibi duygular hissettiğinde nefes egzersizleri yapması, su içmesi, ortam değiştirmesi
- Sürekli sigara içtiği yerin dizaynını değiştirmesi (daima sigara içilen koltuk ya da masa varsa evde bulunduğu yeri değiştirmesi), arabasını temizletmesi, daha öncesinde birlikte sigara içtiği kişilere bırakma

aşamasında olduğunu açıklayıp kendisine sigara teklif etmemelerini rica etmesi

- Sigara bırakmaya hazırlık döneminde kişinin çay, kahve, alkol ile beraber içtiği sigarayı ve yemeklerden sonra içtiği sigarayı kesmesi

Sigara bırakma sürecinin daha konforlu olması ve daha rahat geçebilmesi için, hastaların sigara bırakma sürecinden çekinmelerine neden olan yoksunluk belirtileri, ağız yaraları, kilo alımı, kabızlık gibi sorunların çözüm yolları hasta ile mutlaka konuşulmalıdır. Kabızlık sorunu için beslenmeye lifli gıdaların eklenmesi bununla çözüme ulaşamadıysa zayıf laksatiflerin reçete edilebilir. Kilo artışının olmaması için sigara kullandığı dönemde aldığı gıdanın 1/3 oranında azaltılması, iştah artışının bol su içerek ve kalorisiz gıdalar alınarak baskılanması, günlük düzenli şekilde yürüyüş yapılması önerilir. Ağızda çıkan inatçı yaralar için nikotin sakızı çiğnemek yarar sağlayabilir. Nikotin yoksunluk belirtilerinin giderilmesi için bireye uygun olan farmakoterapi seçilir (13, 96, 97).

2.11.4. Sigara Bırakmada Farmakoterapi Seçenekleri

Sigara bırakma sürecinde hastalar için en zorlayıcı olan kısım nikotin yoksunluk semptomlarıyla baş etmektir. Farmakoterapide asıl amaç bu semptomları mümkün olduğunca azaltmaktır. FNBT ile orta ve yüksek bağımlılık düzeyi olduğu tespit edilen bireylere farmakoterapinin başlanması önerilir. Ülkemizde sigara bırakmada kullanılan temel olarak 3 farklı farmakoterapi seçeneği mevcut bunlar; nikotin replasman tedavileri (NRT), bupropion tedavisi ve vareniklin tedavisidir (98).

2.11.4.1. Nikotin Replasman Tedavileri (NRT)

İçeriğinde nikotin bulunan ilaçlar, sigara bağımlılığını ve nikotin yoksunluk semptomlarını tedavi etmede en çok kullanılan ve hakkında en fazla çalışma yapılan farmakoterapi seçeneğidir. NRT ürün çeşitleri; sakız, transdermal bant, pastil, inhaler, nazal sprey ve sublingual tablet şeklindedir. Ülkemizde ruhsat alınıp satışı yapılan 3 çeşit; sakız, pastil ve transdermal bant formlarıdır (99,100).

Nikotin Sakızı: Piyasada 2 ve 4 miligramlık (mg) dozları mevcuttur. Günde içtiği sigara sayısı 25'ten az olan bireylere 2 mg'lık, fazla olanlara ise 4 mg'lık sakız önerilmektedir. Bir günde tüketilebilecek en fazla sakız miktarı 24 adettir. Arka

arkaya kullanılacak iki sakız arasında en az yarım saatlik süre olmalıdır. Nikotin Sakızı ile planlanan tedavi süresi ortalama 8-12 hafta arasındadır (13, 99).

Kullanım Şekli; Kişi sigara içme isteği duyduğunda bir tane nikotin sakızını ağzına alıp acı tat gelene kadar ortalama 5-10 defa çiğnedikten sonra yanak mukozasında bekletmeli, bu esnada mukozadan nikotin Emilimi sağlanır. Alkali pH' da Emilim daha iyi olduğu için kişi sakız ile beraber hiçbir şey yiyip içmemelidir (13, 99).

Yan Etkileri; bulantı, hıçkırık, boğaz ve ağız mukozasında tahriş, masseter kaslarda ağrı hissedilmesi çok yaygın, sersemlik ve kusma yaygın görülür. GIS (Gastrointestinal Sistem) yan etkilerinin azaltmak ve hipersalivasyona engel olmak adına sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir (99).

Nikotin Pastili: 1, 2 ve 4 mg'lık çeşitleri mevcuttur. Pastilin ağız içinde döndürülerek yavaşça çözülmesi sağlanır. Kullanım süresi 30 dakika olup sonrasında atılmalıdır. Tedavide hedeflenen saatte bir alınacak şekilde günde en az 15 pastilin kullanılmasıdır (13).

Transdermal Nikotin Bandı: Bu bantların 16 veya 24 saat boyunca kullanılabilen iki farklı çeşidi bulunmaktadır. 24 saat boyunca kullanılabilen bantların 7, 14 ve 21 mg nikotin içeren formları, 16 saat boyunca kullanılabilen bantların ise 5, 10 ve 15 mg nikotin içeren formları mevcuttur. Sigara içme miktarı günde 15 adetten çok olan hastalarda tedaviye 21 mg'lık doz ile başlanıp, 4 hafta boyunca bu dozla devam edilir. Sonrasında 2'şer ya da 4'er haftalık periyotlarla önce 14 mg'lık dozla sonra 7 mg'lık dozla devam edilerek toplam tedavi süresi 8-12 haftaya tamamlanır. Sigara içme miktarı günde 15 adetten az olanlarda ise tedaviye 14 mg'lık doz ile başlanıp, 2-4 'er haftalık periyotlarla doz azaltılarak tedavi süresi 8-12 haftada tamamlanır (13, 99,101).

Kullanım Şekli; bant vücudun kılsız, kuru ve temiz bölgesine (genellikle üst kola, omuz etrafına, gövdenin üst kısmına) yaklaşık 20 saniye üstüne bastırılarak yapıştırılır. Bandın vücuda yapıştırıldığı deride oluşabilecek reaksiyonların azaltılması için her gün vücudun farklı bir bölgesine yapıştırılması önerilir, ancak

aradan dört gün geçmesi halinde aynı bölgeye tekrar yapıştırılabilir. Kişi nikotin bandı kullanırken kesinlikle sigara içmemelidir (13, 99).

Yan Etkileri; En sık görülen yapıştırılan yerde ortaya çıkan deri reaksiyonları, ürtiker, aritmi, baş ağrısı, baş dönmesi, taşikardi, bulantı, kas ağrıları sersemlik, soğuk algınlığına benzeyen semptomlar ve uykusuzluktur. Uykusuzluk sorununu azaltmak amacıyla gece boyunca da nikotin veren 24 saatlik bantlar yerine 16 saatlik bantlar tercih edilebilir. Nadir de olsa emosyonel değişiklikler, anksiyete, anormal rüyalar görme, artrit, kabızlık veya ishal, karın ağrısı, dispepsi gibi yan etkiler de görülebilir (13).

NRT' nin Kontrendikasyonları; miyokard infarktüsünü yeni geçirenlerde (1 ay içinde), unstable anginası olanlarda, aritmisi olanlarda, gebelerde, süt veren kadınlarda NRT tedavilerinin hiç biri uygulanmamalıdır (13, 22).

2.11.4.2. Bupropion Tedavisi

Bupropion; aminoketon yapıda nontrisiklik antidepresan grubundadır. Dopaminin ve nöradrenalinin nöronlardan geri alınımını inhibe eder. Nikotin yoksunluk semptomlarını bu nöadrenerjik ve/veya dopaminerjik özelliği ile azalttığı düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bupropionun aynı zamanda nikotinik asetilkolin reseptörlerinin antagonisti olduğu gösterilmiş, sigara bırakma tedavilerinde bu özelliğinden de faydalanılmaktadır. Hastalarda depresyon öyküsü olsun yada olmasın eşit oranda etki etmesi, sigara bırakma tedavisindeki etkililiğinin bir antidepresan olmasından kaynaklanmadığını göstermektedir (43, 102, 103, 104).

Kullanım Şekli; sigara bırakma tedavilerinde bupropionun 150 mg'lık yavaş salınan tableti kullanılmaktadır. Kişi sigara içmeye devam ederken bupropion tedavisine başlanır. 1-2 hafta içinde belirlenen sigara bırakma gününe kadar ilaçla beraber sigara içimi sürdürülür, belirlenen günde sigara içimi bırakılır, tedaviye devam edilir. Tedavinin ilk 3 gününde sabah 150 mg'lık tek tablet, 4. günden itibaren sabah akşam 150 mg (toplam 300 mg/gün) olmak üzere iki tablet şeklinde tedaviye devam edilir. İlacın dozları arasında minimum 8 saat olmalıdır. Ortalama tedavi süresi 2-6 aydır (43,105)

Yan Etkileri; ağızda kuruluk, baş ağrısı, mide bulantısı ve uykusuzluk en sık rastlanılan yan etkilerdir. Hastaların binde birinde konvülziyon görülebilir. Özgeçmişlerinde epilepsi, bulimiya nevroza veya anoreksiya nevroza olanlarda konvülziyon görülme riski artmaktadır (13, 42).

Kontrendikasyonları; konvülziyon öyküsü olanlarda, konvülziyon geçirmeyi kolaylaştıran ilaç (nöroleptik veya alkol) tüketenlerde veya santral sinir sistemi travması geçirenlerde, 18 yaşından küçük olanlarda, MAO inhibitörü kullananlarda, hipertansiyonu kontrol altında olmayanlarda, hamilelerde, ciddi hepatik nekrozu olanlarda, yeme bozukluğu (bulimiya ve anoreksiya nevroza) olanlarda, bipolar hastalarında, bupropiona karşı aşırı duyarlı olanlarda, santral sinir sisteminde tümör olanlarda, ileri siroz hastalarında bupropion kullanımı kontrendikedir (13, 42).

2.11.4.3. Vareniklin Tedavisi

Vareniklin, doğadaki alkaloid sistisin bitkisinden geliştirilmiştir. Sigara içme arzusunda artışta ve nikotin bağımlılığında anahtar rol oynayan $\alpha 4 \beta 2$ subüniteleri bulunduran nöronal nikotinik reseptörlerin, parsiyel agonistidir. Yani bir taraftan yarışmalı şekilde bu reseptörleri inhibe ederken bir taraftandan da bir miktar da olsa reseptörlerin aktivasyonuna yol açmaktadır. Vareniklinin agonistlik etkisi ile $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri uyarıp dopaminin Nukleus Akkumbensden salgılanmasını sağlar, ilerleyen zamanlarda ise antagonistlik etkisi ile vareniklin kullanılırken vücuda nikotin alınsa dahi dopamin salgılanmasında artış olmaz. Vareniklinin bu agonistlik ve antagonistlik etkileri, nikotin bağımlılığının azalmasını ve yoksunluk semptomlarının giderilmesini sağlar (42, 106).

Kullanım Şekli; Hasta sigara içmeyi sürdürürken tedavi başlanır. İlk 3 gün günlük tek doz 0,5 mg, 4-7. günler aralığında günde iki defa sabah akşam 0,5 mg olacak şekilde arttırılır, 8-14. günler arasında günlük 1 mg doz ile tedaviye devam edilir. Sigara tüketmeye devam eden hastanın tedavi başladıktan sonra 14. güne kadar bir gün belirleyip sigarayı o tarihten sonra içmemesi gerekir, bu tarihin tercihen ilk haftanın sonu 7. gün olması önerilebilir. Tedavi günde iki defa 1 mg doz olacak şekilde 12 haftaya tamamlanır. Tedavi süresi, özellikle nüks açısından yüksek riskli olanlarda 24 haftaya kadar uzatılabilir (13, 42).

Yan Etkileri; Bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar görme, kabızlık en sık rastlanılan yan etkilerdir (13, 42). Bazı hastalarda depresif duygu durum, intihar eğilimi, ajitasyon gibi nöropsikiyatrik semptomlara sebep olduğu veya hastanın daha öncesinden mevcut nöropsikiyatrik sorunu var ise bunlarda artışa neden olabileceği bilinmektedir (42,107).

Kontrendikasyonları; Daha önce varenikline karşı anafilaksi öyküsü olanlar, son dönem böbrek hastası olanlar, 18 yaşından küçük olanlar, gebeler için yeterli veri yoktur (13).

Tablo 4. Sigara bırakma tedavilerinde kullanılan birincil farmakolojik tedavi seçenekleri (13)

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

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamızda MEAH'ta sigara içen sağlık personelinin sigara bırakma polikliniğimiz ile ilgili farkındalık düzeyi belirlendi, sigara bırakma polikliniğini işleyiş olarak tanıtıldı ve tanıtım sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuru oraları değerlendirildi.

Hastane personeli 01.07.2021-31.08.2021 tarihler arasında çalışma birimlerinde ziyaret edilerek; ilk olarak sosyodemografik bilgilerin, sigara içme durumunun, sigara bırakma polikliniğimiz ile ilgili farkındalık düzeyinin ve başvuru oranlarının sorgulandığı, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeğinin de yer aldığı bir ön anket doldurulmuştur. Bu ön anket doldurulduktan sonra personel ile sigara bırakma polikliniğimizin işleyişi ile ilgili bilgileri de içeren sigara bırakma motivasyonunu artırıcı ortalama 15 dakikalık yüz yüze, bire bir görüşme yapılmış, bu görüşme sonrası sigara bırakma düşüncesindeki değişikliğin ve polikliniğe başvuru düşüncesinin olup olmadığını sorgulayan ikinci bir anket uygulanmıştır. Sigara bırakmayı düşünen ve sigara bırakma polikliniğine başvurmak isteyen sağlık personeline istemeleri durumunda aynı anda randevu verilmiştir (Sigara bırakma polikliniği hizmeti Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerince ve araştırma görevlilerince verilmektedir). Yapılan görüşme tarihinden itibaren 1 ay içinde randevu verilen veya randevuyu kendi alacağını söyleyen personel telefon ile aranarak sigara bırakma polikliniğine başvurup başvurmadıkları değerlendirilmiştir.

Veri Toplama Araçları;

Sosyodemografik Form: Sosyodemografik form, katılımcılar ile ilgili bilgi sahibi olabilmek amacıyla literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda ad-soyad, personele tekrar ulaşabilmek adına telefon numarası, yaş, cinsiyet, medeni hal, öğrenim durumu, meslek, sigaraya başlanılan yaş, toplam sigara içilen süre (paket/yıl), öncesinde sigara bırakma denemesi olup olmadığı, sigarayı bırakma sürecinde alınan destek, sigara bırakma polikliniği ile ilgili farkındalık düzeyi, daha önce polikliniğe başvurup başvurmadığı gibi sorular yer almaktadır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT): Bu test nikotin bağımlılık düzeyinin belirlenmesinde ilk defa Fagerström tarafından 1978'de, Fagerström

Tolerans Testi önerilmiştir. Daha sonra 1991’de bu testin Heatherton ve ark. tarafından yeniden düzenlemesiyle FNBT ortaya çıkmıştır (108, 109). 2004 Uysal ve arkadaşları tarafından FNBT’nin Türkçe geçerliliği yapılmış ve güvenilirlik derecesi orta bulunmuştur (108, 110).

Çalışmamızda, sigara kullanan sağlık personelinin nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla 6 sorudan oluşan FNBT kullanıldı. Bu testte her sorudan cevaplara göre 0, 1, 2 veya 3 puan alınabilmektedir. Testten alınabilen toplam puan minimum 0, maksimum 10’ dur. Bireyin test sonucunda aldığı puan arttıkça göreceli olarak bağımlılık düzeyi de artmaktadır. Bağımlılık düzeyi; 0 ile 2 puan arasında alanlar için çok az, 3 ile 4 puan alanlar için az, 5 puan alanlar için orta, 6 ile 7 puan alanlar için yüksek, 8 ile 10 puan arasında alanlar için ise çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (111).

Örneklem Büyüklüğü: Araştırmanın örneklem büyüklüğü Epiinfo 7.0 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örnekleme %95’lik güvenilirlik düzeyi, sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığı yaklaşık olarak %42 (112, 113) ve 0,05 kabul edilebilir hata oranı ile Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan personel sayısı 2016 alındığında 316 personele ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Ülkemizdeki güncel verilere göre sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığı daha düşük olmasına rağmen bizim çalışmamızda daha çok sayıda sağlık personeline ulaşabilmek adına oran %42 (112, 113) olarak belirlenmiştir.

Toplam 2016 personelin; 551’i hemşire ve ebe, 485’i hekim, 277’si temizlik personeli, 271 ’i teknik servis + güvenlik personeli + veri giriş personeli, 432’si diğer çalışanlardır (eczacı, anestezi, fizyoterapist, laboratuvar çalışanı, aşçı, bekçi, diyetisyen, çocuk gelişimci, hizmet alım, mutfak personeli vs.).

Örneklem büyüklüğü her bir meslek grubu için tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak hesaplandı. Evren meslek grubuna göre 5 tabakaya ayrıldı. Tabakalardan ağırlıklı olarak 86 hemşire + ebe, 76 hekim, 44 temizlik personeli, 41 teknik servis + güvenlik personeli + veri giriş personeli, 69 diğer çalışanlara ulaşılması gerektiği hesaplandı.

Çalışma sonucunda toplam 319 personele ulaşıldı. Bunlardan 86'sı hemşire + ebe, 77'si doktor, 44'ü temizlik personeli, 43'ü teknik servis + güvenlik personeli + veri giriş personeli, 69'u diğer sağlık çalışanıdır.

Kullanılan İstatistiksel Testler: SPSS 26.0 ile verilerin analizi yapılmıştır ve %95'lik güven düzeyinde çalışılmıştır.

Çalışmamızda ölçümlerin normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek amacıyla basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçümlerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (114- 117).

Ölçümlerden elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğu için normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır. Ölçümlerin 2 gruplu değişkenlere göre farklılık gösterme durumu bağımsız gruplar t testi ile 3 ve daha fazla gruplu değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda çoklu karşılaştırma Tukey testi ile analiz edilmiştir. Ölçümler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ise Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Etik Kurul Onayı: Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan personele yapılan farkındalık eğitiminin sigara bırakma polikliniği başvurusuna etkisi isimli çalışmanız Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuzun 23/06/2021 tarih ve 13/VIII sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza katılan toplam personel sayısı 319'dur. Katılımcıların yaş ortalaması $34,82 \pm 8,74$ 'tür. Katılımcıların 172 (%53,9)'si erkek, 147 (%46,1)'si kadın, 165 (%51,7)'i evli, 129 (%40,4)'u bekâr, 8 (%2,5)'i dul ve 17 (%5,3)'si boşanmıştır. Çalışmamıza ait diğer sosyodemografik özellikler Tablo 5'te belirtilmiştir.

Tablo 5. Sosyodemografik Değişkenler

		n	%
Yaş	25 yaş ve altı	56	17,6
	26-35 yaş	115	36,1
	36-45 yaş	103	32,3
	45 yaş üstü	45	14,1
Ort $\pm$ ss		34,82 $\pm$ 8,74	
Cinsiyet	erkek	172	53,9
	kadın	147	46,1
Medeni durum	evli	165	51,7
	bekar	129	40,4
	dul	8	2,5
	boşanmış	17	5,3
Eğitim durumu	okur yazar değil	0	0,0
	ilkokul-ortaokul-lise	89	27,9
	yüksekokul üniversite	230	72,1
Meslek	Doktor	77	24,1
	Hemşire+ebe	86	27,0
	Temizlik personeli	44	13,8
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	43	13,5
	Diğer	69	21,6

Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 25 ve altı yaş grubunda 56 (%17,6), 26-35 yaş grubunda 115 (%36,1), 36-45 yaş grubunda 103 (%32,3) ve 45 yaş üstü grubunda 45 (%14,1) oranında katılımcı bulunmaktadır.

Cinsiyet dağılımına bakıldığında, araştırmamıza katılan katılımcıların 172 (%53,9)'sinin erkek ve 147 (%46,1)'sinin kadın olduğu tespit edilmiştir. Medeni

durum açısından incelendiğinde, katılımcıların 165 (%51,7)'i evli, 129 (%40,4)'u bekâr, 8 (%2,5)'i dul ve 17 (%5,3)'si boşanmıştır.

Eğitim durumu açısından, katılımcıların tamamı okuryazar olup, ilkokul-ortaokul-lise mezunu olanların sayısı 89 (%27,9) iken, yüksekokul ve üniversite mezunu olanların sayısı 230 (%72,1)'dur.

Katılımcıların meslek dağılımı incelendiğinde, doktorlar %24,1, hemşireler ve ebeler %27,0, temizlik personeli %13,8, teknik servis, güvenlik ve veri giriş personeli %13,5 ve diğer meslek grupları %21,6 oranında temsil edilmektedir.

Tablo 6. Sigara Kullanımına Ait Değişkenler

		Ort	ss
Sigarayı ilk deneme yaşı		18,46	5,09
Sigarayı düzenli içme yaşı		20,78	4,95
Sigara içme süresi (yıl)		14,22	8,81
Günde içilen sigara sayısı		16,83	9,44
		n	%
Sigara tüketimi (paket-yıl)	0-9 paket yıl	158	49,5
	10-19 paket yıl	85	26,6
	20-29 paket yıl	40	12,5
	30 ve üzeri paket yıl	36	11,3
Sigara içme miktarınızda yıllar içinde değişiklik oldu mu?	arttı	115	36,1
	azaldı	49	15,4
	değişmedi	155	48,6
Pandemi dönemi sigara içme alışkanlığınızda değişikliğe neden oldu mu?	arttı	98	30,7
	azaldı	25	7,8
	değişmedi	196	61,4

Katılımcıların sigarayı ilk denedikleri yaş ortalama olarak 18,46'dır (Standart Sapma-SS= 5,09). Sigarayı düzenli içmeye başlama yaşı ise ortalama olarak 20,78 (SS= 4,95) yaşındadır. Katılımcıların sigara içme süresi ise ortalama 14,22 yıl (SS= 8,81) olarak belirlenmiştir.

Sigara tüketimine (paket-yıl) göre dağılıma bakıldığında, katılımcıların %49,5'i 0-9 paket yıl, %26,6'sı 10-19 paket yıl, %12,5'i 20-29 paket yıl ve %11,3'ü ise 30 ve üzeri paket yıldır sigara kullanmaktadır.

Günde tüketilen sigara sayısının ortalaması 16,83 (SS= 9,44) olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların sigara içme alışkanlıklarının yıllar içinde değişip değişmediği sorulduğunda, %36,1'i sigara içme miktarının arttığını, %15,4'ü azaldığını ve %48,6'sı değişmediğini belirtmektedir.

Pandemi döneminin sigara içme alışkanlığında herhangi bir değişikliğe yol açıp açmadığı sorulduğunda, %30,7'si arttığını, %7,8'i azaldığını ve %61,4'ü değişmediğini ifade etmektedir. Sigara Kullanımına Ait Değişkenler Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 7. Sağlık Personelinin Sigara Bırakma Öyküleri ve Sigara Bırakma Polikliniği Farkındalığı

		n	%
Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü?	evet	231	72,4
	hayır	88	27,6
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?	evet	216	67,7
	hayır	103	32,3
Daha öncesinde sigarayı bırakma denemesi olduysa şayet kaç kez oldu?	1,00	65	29,5
	2,00	71	32,3
	3,00	48	21,8
	4,00	14	6,4
	5,00	11	5,0
	6,00	4	1,8
	10,00	5	2,3
	15,00	1	0,5
	20,00	1	0,5
En uzun bırakabildiğiniz süre	0-5 ay arası	152	69,1
	6-11 ay	20	9,1
	12 ay ve üzeri	48	21,8
Profesyonel destek aldınız mı?	evet	85	26,6
	hayır	234	73,4
Cevabınız evet ise hangi yöntemle bırakmayı denediniz?	psikososyal destek	5	5,9
	farmakolojik tedavi	71	83,5
	akupunktur	2	2,4
	hipnoz	2	2,4
	diğer	5	5,9
Hastanemizde Sigara bırakma polikliniği var mı?	evet	213	66,8
	hayır	106	33,2
Cevabınız evet ise nerede olduğunu biliyor musunuz?	evet	111	52,1
	hayır	102	47,9
Daha önce Sigara Bırakma Polikliniğine başvurduunuz mu?	evet	55	17,2
	hayır	264	82,8

Katılımcıların %72,4'ü daha önce sigara bırakmayı düşündüklerini belirtirken, %27,6'sı düşünmediklerini ifade etmektedir. Personelin %67,7'sinin daha önce sigara bırakmayı denediği, %32,3'ünün ise daha önce hiç denemediği tespit edilmiştir.

Daha önce sigarayı bırakma denemesi yapmış olan katılımcıların kaç kez denediklerine dair dağılıma bakıldığında, %29,5'i bir kez denemiş, %32,3'ü iki kez denemiş, %21,8'i üç kez denemiş, %6,4'ü dört kez denemiş, %5,0'si beş kez denemiş, %1,8'i altı kez denemiş, %2,3'ü on kez denemiş, %0,5'i on beş kez denemiş ve %0,5'i 20 kere denemiştir.

Katılımcılardan sigarayı en uzun süre 0-5 ay arası bırakmış olanların oranı %69,1; 6-11 ay bırakmış olanların oranı %9,1; 12 ay ve daha uzun süre bırakmış olanların oranı %21,8'dir.

Katılımcılardan profesyonel destek almış olanların oranı %26,6; psikososyal destek almış olanların oranı %5,9; farmakolojik tedavi almış olanların oranı %83,5; akupunktur tedavisi almış olanların oranı %2,4; hipnoz tedavisi almış olanların oranı %2,4; diğer tedavilerden birini almış olanların oranı %5,9'dur.

Katılımcılardan hastanede sigara bırakma polikliniği olduğunu bilenlerin oranı %66,8; yerinin nerede olduğunu bilenlerin oranı %52,1'dir.

Katılımcılardan daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurmuş olanların oranı %17,2'dir. Sağlık Personelinin Sigara Bırakma Öyküleri ve Sigara Bırakma Polikliniği Farkındalığı ile ilgili bilgiler Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 8. FNBT Puanına Ait İstatistikler

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Bağımlılık puanı	319	0,00	10,00	4,09	2,74	0,242	-0,937

Katılımcıların FNBT puan ortalaması 4,09 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 9. Bağımlılık Düzeyleri

		n	%
Bağımlılık düzeyi	Çok az	104	32,6
	Az	78	24,5
	Orta	40	12,5
	Yüksek	48	15,0
	Çok yüksek	49	15,4

Katılımcılardan 104 (%32,6)'ünün bağımlılık düzeyi çok az, 78 (%24,5)'inin az, 40 (%12,5)'inin orta, 48 (%15)'inin yüksek, 49 (%15,4)'unun ise çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bağımlılık düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 9'da belirtilmiştir.

Tablo 10. Bağımlılık Puanlarının Değişkenler Açısından İncelenmesi

		Bağımlılık puanı		t, F	p	Çoklu karşılaştırma
		Ortalama	ss			
Yaş ^b	25 yaş ve altı	4,07	2,59	1,330	0,264	
	26-35 yaş	3,71	2,95			
	36-45 yaş	4,38	2,76			
	45 yaş üstü	4,42	2,24			
Cinsiyet ^a	erkek	4,14	2,85	0,342	0,732	
	kadın	4,03	2,61			
Medeni durum ^b	evli	4,09	2,74	2,020	0,111	
	bekar	4,00	2,71			
	dul	2,75	1,58			
	boşanmış	5,41	3,12			
Eğitim durumu ^a	ilkokul-ortakul-lise	4,29	2,69	0,664	0,416	
	yüksekokul üniversite	4,01	2,76			
Meslek ^b	Doktor	3,22	2,90	5,415	0,000*	1<2
	Hemşire+ebe	4,90	2,75			1<3
	Temizlik personeli	4,89	2,54			
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	3,72	2,63			
	Diğer	3,78	2,38			

Tablo 10 (Devamı). Bağımlılık Puanlarının Değişkenler Açısından İncelenmesi

		Bağımlılık puanı		t, F	p	Çoklu karşılaştırma
		Ortalama	ss			
Sigara Tüketimi(paket- yıl) ^b	0-9 paket yıl	2,72	2,36	40,292	0,000*	1<2
	10-19 paket yıl	4,82	2,35			1<3
	20-29 paket yıl	5,80	2,03			1<4
	30 ve üzeri paket yıl	6,47	2,56			
Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü ? ^a	evet	4,42	2,69	3,535	0,000*	
	hayır	3,23	2,70			
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi? ^a	evet	4,39	2,66	2,842	0,005*	
	hayır	3,47	2,82			
Profesyonel destek aldınız mı? ^a	evet	5,05	2,64	3,834	0,000*	
	hayır	3,74	2,70			
Hastanemizde Sigara bırakma polikliniği var mı? ^a	evet	4,15	2,77	0,547	0,585	
	hayır	3,97	2,70			
Daha önce Sigara Bırakma Polikliniğine başvurdunuz mu? ^a	evet	4,96	2,71	2,619	0,009*	
	hayır	3,91	2,72			
Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu? ^a	evet	4,27	2,63	1,267	0,206	
	hayır	3,88	2,86			
Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz? ^a	evet	4,41	2,51	1,698	0,091	
	hayır	3,89	2,86			
Cevabınız evet ise ne zaman başvurmayı düşünüyorsunuz? ^a	bir hafta içinde	4,94	2,46	2,214	0,113	
	1 ay içinde	3,31	1,93			
	biraz daha düşünüp tarihe öyle karar	4,20	2,62			
	vermek istiyorum					

*p<0,05 a=bağımsız gruplar t testi, b=ANOVA testi

Bağımlılık puanı, mesleki kategorizasyonlar arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlar gözden geçirildiğinde, Hemşire, ebe ile temizlik personeli olanlarda bağımlılık doktorlara göre daha fazladır.

Bağımlılık puanı, sigara tüketim miktarına (paket-yıl) göre anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlara göre, 30 paket-yıl ve üzerinde sigara tüketenlerde bağımlılık daha az tüketenlere göre daha fazladır.

Bağımlılık puanı, Daha önce sigara bırakmayı düşünme durumuna göre anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlara göre, daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olanlarda bağımlılık daha fazladır.

Bağımlılık puanı, Daha önce sigara bırakmayı deneme durumuna göre anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlara göre, daha önce sigara bırakmayı denemiş olanlarda bağımlılık daha fazladır.

Bağımlılık puanı, Profesyonel destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlara göre, Profesyonel destek almış olanlarda bağımlılık daha fazladır.

Bağımlılık puanı, Daha önce Sigara Bırakma Polikliniğine başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Daha önce Sigara Bırakma Polikliniğine başvurmuş olanlarda bağımlılık daha fazladır. Bağımlılık puanlarının değişkenler açısından incelenmesine yönelik bilgiler Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 11. Bağımlılık Puanları ile Sigara Kullanımına Ait Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bağımlılık puanı
Sigarayı ilk deneme yaşı	r	-,149**
	p	0,008
Sigarayı düzenli içme yaşı	r	-,273**
	p	0,000
Sigara içme süresi (yıl)	r	,256**
	p	0,000

** $p<0,01$ Pearson korelasyon testi

Bağımlılık puanı ile sigarayı ilk deneme yaşı ve sigarayı düzenli içme yaşı arasında negatif yönlü bir ilişki; sigara içme süresi (yıl) arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bağımlılık puanları ile sigara kullanımına ait değişkenler arasındaki ilişki Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Farkındalık Eğitimi Sonrasına Ait Değişkenler

		n	%
Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu?	evet	175	54,9
	hayır	144	45,1
Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?	evet	121	37,9
	hayır	198	62,1
Cevabınız evet ise ne zaman başvurmayı düşünüyorsunuz?	bir hafta içinde	35	27,1
	1 ay içinde	13	10,1
	biraz daha düşünüp tarihe öyle karar vermek istiyorum	81	62,8
Hastanemizde ki sigara bırakma polikliniği hizmetini çevrenizde sigara içen bireylere önermeyi düşünüyor musunuz?	evet	295	92,5
	hayır	24	7,5

Çalışmaya katılan personelden 175 (%54,9)’i sigara bırakma konusunda fikir değişikliğine uğradıklarını, 144 (%45,1)’ü ise fikir değişikliği yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca, katılımcıların 121 (%37,9)’i sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşündüklerini belirtmiş, 198 (%62,1)’i ise bu düşüncüyü paylaşmamıştır. Sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünen katılımcılardan 35 (%27,1)’i bir hafta içinde, 13 (%10,1)’ü bir ay içinde başvurmayı planladıklarını ifade etmişlerdir. 81 (%62,8)’i ise biraz daha düşünüp tarihi öyle belirlemeyi tercih etmektedir.

Hastanenin sigara bırakma polikliniği hizmetini çevresindeki sigara içen bireylere önermeyi katılımcıların 295 (%92,5)’i düşünmekte, 24 (%7,5)’ü ise önermeyi düşünmemektedir. Farkındalık eğitimi sonrasına ait değişkenler Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 13. Randevu Durumuna Ait Değişkenler

		n	%
Randevu verildi	evet	39	12,2
	hayır	280	87,8
Randevuyu kendi alacağını söyledi	evet	26	8,2
	hayır	293	91,8
Eğitim sonrası polikliniğe başvuranlar	randevu verilip gelenler	18	27,7
	randevu verilip gelmeyenler	21	32,3
	randevuyu kendi alıp gelenler	7	10,8
	randevuyu kendi alacağını söyleyip gelmeyenler	19	29,2

Farkındalık eğitimi sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurmak isteyen katılımcıların 39'una (%12,2) çalışma esnasında randevu verilmiştir, 26'sı (%8,2) ise randevuyu kendi alacağını belirtmiştir.

Eğitim sonrası polikliniğe başvuran katılımcılar incelendiğinde, randevu verilip gelen personel sayısı 18 (%27,7), randevu verilip gelmeyenlerin sayısı 21 (%32,3), randevuyu kendi alacağını söyleyenler arasında randevu alıp gelen personel sayısı 7 (%10,8) iken gelmeyenlerin sayısı 19 (%29,2) olarak tespit edilmiştir. Randevu durumuna ait değişkenler Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 14. Değişkenler ile Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Yönünde Fikir Değişikliği Olma Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu?				Ki-kare	p
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	25 yaş ve altı	18	32,1	38	67,9	18,418	0,000*
	26-35 yaş	67	58,3	48	41,7		
	36-45 yaş	57	55,3	46	44,7		
	45 yaş üstü	33	73,3	12	26,7		
Cinsiyet	erkek	94	54,7	78	45,3	,007	0,936
	kadın	81	55,1	66	44,9		
Medeni durum	evli	89	53,9	76	46,1	13,262	0,004*
	bekar	64	49,6	65	50,4		
	dul	8	100,0	0	0,0		
	boşanmış	14	82,4	3	17,6		
Eğitim durumu	ilkokul-ortakul-lise	54	60,7	35	39,3	1,686	0,194
	yüksekokul üniversite	121	52,6	109	47,4		
Meslek	Doktor	38	49,4	39	50,6	2,373	0,668
	Hemşire+ebe	46	53,5	40	46,5		
	Temizlik personeli	27	61,4	17	38,6		
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	23	53,5	20	46,5		
	Diğer	41	59,4	28	40,6		
Sigara Tüketimi(paket-yıl)	0-9 paket yıl	75	47,5	83	52,5	8,060	0,045*
	10-19 paket yıl	50	58,8	35	41,2		
	20-29 paket yıl	25	62,5	15	37,5		
	30 ve üzeri paket yıl	25	69,4	11	30,6		
Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü ?	evet	139	60,2	92	39,8	9,550	0,002*
	hayır	36	40,9	52	59,1		
Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?	evet	127	58,8	89	41,2	4,188	0,041*
	hayır	48	46,6	55	53,4		

Tablo 14 (Devamı). Değişkenler ile Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Yönünde Fikir Değişikliği Olma Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu?				Ki-kare	p
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Profesyonel destek aldınız mı?	Evet	40	47,1	45	52,9	2,847	0,092
	Hayır	135	57,7	99	42,3		
Hastanemizde Sigara bırakma polikliniği var mı?	Evet	108	50,7	105	49,3	4,468	0,035*
	Hayır	67	63,2	39	36,8		
Daha önce Sigara Bırakma Polikliniğine başvurduğunuz mu?	Evet	20	36,4	35	63,6	8,300	0,004*
	Hayır	155	58,7	109	41,3		
Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?	Evet	112	92,6	9	7,4	111,904	0,000*
	Hayır	63	31,8	135	68,2		
Cevabınız evet ise ne zaman başvurmayı düşünüyorsunuz?	bir hafta içinde	34	97,1	1	2,9	2,148	0,342
	1 ay içinde	12	92,3	1	7,7		
	biraz daha düşünüp tarihe öyle karar vermek istiyorum	72	88,9	9	11,1		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yaş ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlara bakıldığında, 45 yaş üstü olanlarda sigara bırakma yönünde fikir değişikliği en fazla görülmüşken 25 ve altı yaşında olanlarda en az görülmüştür.

Medeni durum ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlara bakıldığında, dul olanlarda sigara bırakma yönünde fikir değişikliği en fazla görülmüşken bekar olanlarda en az görülmüştür.

Yılda içilen sigara paketi sayısı ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Sonuçlara bakıldığında,

yıllık 30 ve daha fazla paket sigara içenlerde sigara bırakma yönünde fikir değişikliği en fazla görülmüşken 0-9 paket içenlerde en az görülmüştür.

Daha önce sigara bırakmayı düşünme durumu ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olanlarda sigara bırakma yönünde fikir değişikliği daha fazla görülmüştür.

Daha önce sigara bırakmayı deneme durumu ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, daha önce sigara bırakmayı denemiş olanlarda sigara bırakma yönünde fikir değişikliği daha fazla görülmüştür.

Hastanede sigara bırakma polikliniği olduğunu bilme durumu ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, hastanesinde sigara bırakma polikliniği olduğunu bilmeyenlerde sigara bırakma yönünde fikir değişikliği daha fazla görülmüştür.

Daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurma durumu ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurmamış olanlarda sigara bırakma yönünde fikir değişikliği daha fazla görülmüştür.

Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünme durumu ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliğine uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünenlerde sigara bırakma yönünde fikir değişikliği daha fazla görülmüştür. Değişkenler ile eğitim sonrası sigara bırakma yönünde fikir değişikliği olma durumu arasındaki ilişki Tablo 14'te gösterilmektedir.

Tablo 15. Sigara Kullanımına Ait Değişkenlerin, Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Yönünde Fikir Değişikliği Olma Durumu Açısından İncelenmesi

	Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu?				t	p
	evet		hayır			
	Ort	ss	Ort	ss		
Sigarayı ilk deneme yaşı	18,54	5,33	18,37	4,80	0,295	0,768
Sigarayı düzenli içme yaşı	20,93	5,22	20,59	4,61	0,612	0,541
Sigara içme süresi (yıl)	15,59	8,83	12,55	8,53	3,113	0,002*

*p<0,05 bağımsız gruplar t testi

Sigara içme süresi (yıl), sigara bırakma yönünde fikir değişikliği olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Sonuçlara bakıldığında, sigara bırakma yönünde fikir değişikliği olanlarda sigara içme süresi daha fazladır.

Tablo 16. Değişkenler ile Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmayı Düşünme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?				Ki-kare	p
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	25 yaş ve altı	15	26,8	41	73,2	9,321	0,025*
	26-35 yaş	37	32,2	78	67,8		
	36-45 yaş	48	46,6	55	53,4		
	45 yaş üstü	21	46,7	24	53,3		
Cinsiyet	erkek	72	41,9	100	58,1	2,448	0,118
	kadın	49	33,3	98	66,7		
Medeni durum	evli	60	36,4	105	63,6	15,691	0,001*
	bekar	44	34,1	85	65,9		
	dul	8	100,0	0	0,0		
	boşanmış	9	52,9	8	47,1		
Eğitim durumu	ilkokul-ortakul-lise	38	42,7	51	57,3	1,191	0,275
	yüksekokul üniversite	83	36,1	147	63,9		

Tablo 16 (Devamı). Değişkenler ile Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmayı Düşünme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?				Ki-kare	p
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Meslek	Doktor	26	33,8	51	66,2	4,762	0,313
	Hemşire+ebe	30	34,9	56	65,1		
	Temizlik personeli	23	52,3	21	47,7		
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	16	37,2	27	62,8		
	Diğer	26	37,7	43	62,3		
Tüketilen sigara miktarı (paket-yıl)	0-9 paket yıl	50	31,6	108	68,4	7,440	0,059
	10-19 paket yıl	37	43,5	48	56,5		
	20-29 paket yıl	21	52,5	19	47,5		
	30 ve üzeripaket yıl	13	36,1	23	63,9		
Daha önceden sigara bırakmayı düşündünüz mü?	evet	99	42,9	132	57,1	8,631	0,003*
	hayır	22	25,0	66	75,0		
Daha öncede sigara bırakmayı denediniz mi?	evet	93	43,1	123	56,9	7,462	0,006*
	hayır	28	27,2	75	72,8		
Daha önceden sigarayı bırakma denemesi olduysa kaç kez oldu?	1,00	25	38,5	40	61,5	1,535	0,820
	2,00	32	45,1	39	54,9		
	3,00	23	47,9	25	52,1		
	4,00	6	42,9	8	57,1		
	5 ve daha fazla	8	36,4	14	63,6		
Profesyonel destek aldınız mı?	evet	33	38,8	52	61,2	,039	0,843
	hayır	88	37,6	146	62,4		
Hastanemizde Sigara bırakma polikliniği var mı?	evet	74	34,7	139	65,3	2,769	0,096
	hayır	47	44,3	59	55,7		
Daha önceden Sigara Bırakma Polikliniğine başvurduğunuz mu?	evet	19	34,5	36	65,5	0,173	0,677
	hayır	102	38,6	162	61,4		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yaş ile sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, 45 yaş üstü olanlarda sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu en fazla görülmüşken 25 yaş ve altı olanlarda en az görülmüştür.

Medeni durum ile sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, dul olanlarda sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu en fazla görülmüşken bekar olanlarda en az görülmüştür.

Daha önce sigara bırakmayı düşünme durumu ile sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, Daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olanlarda sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu daha fazla görülmüştür.

Daha önce sigara bırakmayı deneme durumu ile sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında, daha önce sigara bırakmayı denemiş olanlarda sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu daha fazla görülmüştür. Değişkenler ile Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmayı Düşünme Durumu Arasındaki İlişki Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 17. Sigara Kullanımına Ait Değişkenlerin, Eğitim Sonrasında Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurmayı Düşünme Durumu Açısından İncelenmesi

	Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?				t	p
	evet		hayır			
	Ort	ss	Ort	ss		
Sigarayı ilk deneme yaşı	18,57	5,06	18,39	5,13	0,300	0,765
Sigarayı düzenli içme yaşı	20,86	4,69	20,73	5,11	0,231	0,817
Sigara içme süresi (yıl)	16,17	8,05	13,03	9,06	3,124	0,002*

* $p<0,05$ bağımsız gruplar t testi

Sigara içme süresi (yıl), Sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sonuçlara bakıldığında,

sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünenlerde sigara içme süresi daha fazladır. Sigara kullanımına ait değişkenlerin, eğitim sonrasında sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu ile ilişkisi Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 18. Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Polikliniğe başvurma durumu				Ki-kare	p
		Başvuran		Başvurmayan			
		n	%	n	%		
Yaş	25 yaş ve altı	4	16,0	52	17,7	3,316	0,345
	26-35 yaş	7	28,0	108	36,7		
	36-45 yaş	12	48,0	91	31,0		
	45 yaş üstü	2	8,0	43	14,6		
Cinsiyet	erkek	17	68,0	155	52,7	1,594	0,207
	kadın	8	32,0	139	47,3		
Medeni durum	evli	13	52,0	152	51,7	,332	0,954
	bekar	10	40,0	119	40,5		
	dul	1	4,0	7	2,4		
	boşanmış	1	4,0	16	5,4		
Eğitim durumu	ilkokul-ortakul-lise	4	16,0	85	28,9	1,322	0,250
	yüksekokul üniversite	21	84,0	209	71,1		
Meslek	Doktor	7	28,0	70	23,8	2,365	0,669
	Hemşire+ebe	8	32,0	78	26,5		
	Temizlik personeli	3	12,0	41	13,9		
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	1	4,0	42	14,3		
	Diğer	6	24,0	63	21,4		
Tüketilen sigara miktarı (paket-yıl)	0-9 paket yıl	8	32,0	150	51,0	10,154	0,017*
	10-19 paket yıl	7	28,0	78	26,5		
	20-29 paket yıl	8	32,0	32	10,9		
	30 ve üzeri paket yıl	2	8,0	34	11,6		
Daha önceden sigara bırakmayı düşündünüz mü ?	evet	20	80,0	211	71,8	0,424	0,515
	hayır	5	20,0	83	28,2		
Daha önceden sigara bırakmayı denediniz mi?	evet	19	76,0	197	67,0	0,491	0,484
	hayır	6	24,0	97	33,0		

Tablo 18 (Devamı). Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Polikliniğe başvurma durumu				Ki-kare	p
		Başvuran		Başvurmayan			
		n	%	n	%		
Daha önceden sigarayı bırakma denemesi olduysa kaç kez oldu?	1,00	5	25,0	60	30,0	2,280	0,684
	2,00	7	35,0	64	32,0		
	3,00	6	30,0	42	21,0		
	4,00	0	0,0	14	7,0		
	5 ve daha fazla	2	10,0	20	10,0		
Profesyonel destek aldınız mı?	evet	11	44,0	74	25,2	3,272	0,070
	hayır	14	56,0	220	74,8		
Hastanemizde Sigara bırakma polikliniği var mı?	evet	17	68,0	196	66,7	0,000	1,000
	hayır	8	32,0	98	33,3		
Daha önceden Sigara Bırakma Polikliniğine başvurduğunuz mu?	evet	7	28,0	48	16,3	2,200	0,138
	hayır	18	72,0	246	83,7		
Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu?	evet	24	96,0	151	51,4	16,781	0,000*
	hayır	1	4,0	143	48,6		
Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?	evet	24	96,0	97	33,0	36,221	0,000*
	hayır	1	4,0	197	67,0		
Bağımlılık düzeyi	Çok az	4	16,0	100	34,0	7,961	0,093
	Az	5	20,0	73	24,8		
	Orta	4	16,0	36	12,2		
	Yüksek	8	32,0	40	13,6		
	Çok yüksek	4	16,0	45	15,3		

*p<0,05 Ki-kare testi

Eğitim sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurma durumu ile tüketilen sigara miktarı (paket-yıl) arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). 30 ve üzeri paket yıl üzerinde sigara tüketenlerde sigara bırakma polikliniğine başvuru daha azdır.

Eğitim sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurma durumu ile sigara bırakma yönünde fikir değişikliği olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, sigara bırakma yönünde fikir değişikliği olanlar daha fazla oranda polikliniğe başvurmuşlardır.

Eğitim sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurma durumu ile sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünenler daha fazla oranda polikliniğe başvurmuşlardır. Eğitim sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurma durumu ile değişkenler arasındaki ilişki Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 19. Sigara Deneme Yaşı, Düzenli İçme Yaşı ve İçme Süresinin, Eğitim Sonrası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvurma Durumu Açısından İncelenmesi

	Polikliniğe başvurma durumu				t	P
	Başvuran		Başvurmayan			
	Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Sigara'yı ilk deneme yaşı	17,92	4,97	18,51	5,11	-0,552	0,581
Sigara'yı düzenli içme yaşı	19,28	4,26	20,90	4,99	-1,580	0,115
Sigara içme süresi (yıl)	17,08	7,38	13,98	8,89	1,695	0,091

* $p<0,05$ bağımsız gruplar t testi

Sigarayı ilk deneme yaşı, düzenli içme yaşı ve sigara içme süresi (yıl); Farkındalık Eğitimi sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurma durumuna göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 20. Yaş Grupları ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş								Ki-kare	P
		25 yaş ve altı		26-35 yaş		36-45 yaş		45 yaş üstü			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Medeni durum	evli	7	12,5	57	49,6	71	68,9	30	66,7	95,825	0,000*
	bekar	49	87,5	52	45,2	20	19,4	8	17,8		
	dul	0	0,0	0	0,0	3	2,9	5	11,1		
	boşanmış	0	0,0	6	5,2	9	8,7	2	4,4		
Meslek	Doktor	23	41,1	45	39,1	7	6,8	2	4,4	55,634	0,000*
	Hemşire+ebe	12	21,4	23	20,0	36	35,0	15	33,3		
	Temizlik personeli	6	10,7	11	9,6	17	16,5	10	22,2		
	Teknik servis+güvenlik +veri giriş personeli	2	3,6	14	12,2	20	19,4	7	15,6		
	Diğer	13	23,2	22	19,1	23	22,3	11	24,4		
Daha önce sigara bırakmay 1 denedini z mi?	evet	34	60,7	70	60,9	75	72,8	37	82,2	9,278	0,026*
	hayır	22	39,3	45	39,1	28	27,2	8	17,8		
Daha önce sigarayı bırakma denemesi olduysa kaç kez oldu?	1,00	9	26,5	30	41,7	14	18,2	12	32,4	16,273	0,179
	2,00	13	38,2	20	27,8	29	37,7	9	24,3		
	3,00	9	26,5	12	16,7	18	23,4	9	24,3		
	4,00	2	5,9	2	2,8	6	7,8	4	10,8		
	5 ve daha fazla	1	2,9	8	11,1	10	13,0	3	8,1		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yaş ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, bekarlar daha çok 25 yaş ve altı gruptadır.

Yaş ile meslek arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, 45 yaş üstü olan grupta daha çok hemşire ve ebe bulunmaktadır.

Yaş ile daha önce sigara bırakmayı deneme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, daha önce sigara bırakmayı deneyenler en fazla 45 yaş üstü gruptadır.

Tablo 21. Daha Önce Sigara Bırakmayı Düşünme Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü ?				Ki-kare	P
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	25 yaş ve altı	38	67,9	18	32,1	9,284	0,026*
	26-35 yaş	76	66,1	39	33,9		
	36-45 yaş	77	74,8	26	25,2		
	45 yaş üstü	40	88,9	5	11,1		
Cinsiyet	erkek	129	75,0	43	25,0	1,250	0,264
	kadın	102	69,4	45	30,6		
Medeni durum	evli	122	73,9	43	26,1	7,503	0,057
	bekar	86	66,7	43	33,3		
	dul	8	100,0	0	0,0		
	boşanmış	15	88,2	2	11,8		
Eğitim durumu	ilkokul-ortaokul-lise	64	71,9	25	28,1	0,000	1,000
	yüksekokul üniversite	167	72,6	63	27,4		
Meslek	Doktor	50	64,9	27	35,1	3,377	0,497
	Hemşire+ebe	63	73,3	23	26,7		
	Temizlik personeli	34	77,3	10	22,7		
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	31	72,1	12	27,9		
	Diğer	53	76,8	16	23,2		
Yılda içtiği sigara paket sayısı	0-9 paket yıl	99	62,7	59	37,3	16,631	0,001*
	10-19 paket yıl	66	77,6	19	22,4		
	20-29 paket yıl	35	87,5	5	12,5		
	30 ve üzeri paket yıl	31	86,1	5	13,9		

* $p<0,05$ Ki-kare testi

Yaş ile daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, en fazla 45 yaş üstü gruptakiler daha önce sigara bırakmayı düşünmüştür.

Tüketilen sigara miktarı (paket-yıl) ile daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, en fazla 20-29 paket yıl ve 30 ve üzeri paket yıl sigara içenler daha önce sigara bırakmayı düşünmüştür. Daha önce sigara bırakmayı düşünme durumu ile değişkenler arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 22. Daha Önce Sigara Bırakmayı Deneme Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?				Ki-kare	p
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	123	71,5	49	28,5	2,465	0,116
	Kadın	93	63,3	54	36,7		
Medeni durum	Evli	115	69,7	50	30,3	10,486	0,015*
	Bekar	78	60,5	51	39,5		
	Dul	8	100,0	0	0,0		
	Boşanmış	15	88,2	2	11,8		
Eğitim durumu	ilkokul-ortaokul-lise	62	69,7	27	30,3	,215	0,643
	yüksekokul üniversite	154	67,0	76	33,0		
Meslek	Doktor	48	62,3	29	37,7	1,599	0,809
	Hemşire+ebe	58	67,4	28	32,6		
	Temizlik personeli	31	70,5	13	29,5		
	Teknik						
	servis+güvenlik+veri giriş personeli	30	69,8	13	30,2		
	Diğer	49	71,0	20	29,0		
Yılda içtiği sigara paket sayısı	0-9 paket yıl	93	58,9	65	41,1	14,168	0,003*
	10-19 paket yıl	60	70,6	25	29,4		
	20-29 paket yıl	34	85,0	6	15,0		
	30 ve üzeri paket yıl	29	80,6	7	19,4		

* $p<0,05$ Ki-kare testi

Medeni durum ile daha önce sigara bırakmayı deneme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, evli olanların %69,7’si; bekar olanların %60,5’i; dul olanların tamamı ve boşanmış olanların %88,2’si daha önce sigara bırakmayı denemiştir, en az sigarayı bırakmayı deneme bekar gruptadır.

Tüketilen sigara miktarı (paket-yıl) ile daha önce sigara bırakmayı deneme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlara göre, en az sigarayı bırakmayı deneme 0-9 paket yıl sigara içen gruptadır. Daha Önce Sigara Bırakmayı Deneme Durumu ile Değişkenler Arasındaki İlişki Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 23. Profesyonel Destek Alma Durumu ile Meslek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Profesyonel destek aldınız mı?				Ki-kare	P
		evet		hayır			
		n	%	n	%		
Meslek	Doktor	23	29,9	54	70,1	3,639 ^a	0,457
	Hemşire+ebe	27	31,4	59	68,6		
	Temizlik personeli	11	25,0	33	75,0		
	Teknik servis+güvenlik+veri giriş personeli	11	25,6	32	74,4		
	Diğer	13	18,8	56	81,2		

* $p<0,05$ Ki-kare testi

Profesyonel destek alma durumu ile meslek kategorizasyonu arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Profesyonel destek alma durumu ile meslek arasındaki ilişki Tablo 23’te verilmiştir.

Tablo 24. Günlük İçilen Sigara Sayısının, Yaş Açısından İncelenmesi

	Yaş								F	p
	25 yaş ve altı		26-35 yaş		36-45 yaş		45 yaş üstü			
	Ortalama	ss	Ortalama	ss	Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Günde içilen sigara sayısı	16,09	7,46	16,02	9,72	17,41	10,44	18,49	8,45	0,990	0,398

* $p<0,05$ ANOVA testi

Günlük içilen sigara sayısı, yaşa göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$). Günlük içilen sigara sayısı ve yaş ile ilişkisi Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 25. Sigara İçme Süresinin, Daha Önce Sigara Bırakmayı Deneme Durumu Açısından İncelenmesi

	Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?				t	p
	evet		Hayır			
	Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Sigara içme süresi (yıl)	15,57	8,98	11,39	7,78	4,267	0,000*

*p<0,05 bağımsız gruplar t testi

Sigara içme süresi (yıl) ile daha önce sigara bırakmayı deneme durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Sonuçlara göre, daha önce sigara bırakmayı denemiş olanlarda sigara içme süresi daha fazladır.

5. TARTIŞMA

MEAH'ta sigara içen sağlık personelinin sigara bırakma polikliniği ile ilgili farkındalık düzeyini belirlediğimiz, sigara bırakma polikliniğini işleyiş olarak tanıttığımız ve tanıtım sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuru oranlarını değerlendirdiğimiz bu çalışmada amacımız sağlık personelinin sigara bırakma polikliniğine başvuru oranlarını arttırarak sigara bırakma tedavilerine erişimlerini kolaylaştırmak, motivasyonlarını arttırmak ve topluma sigara bırakma yönünden örnek olmalarını sağlayarak toplum sağlığına olumlu katkıda bulunmaktır.

Çalışmamızın örneklem büyüklüğü belirlenirken sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığı yaklaşık %42 (112, 113) olarak alındı. Literatür tarandığında ülkemizdeki güncel verilere göre sağlık çalışanlarında sigara içme oranı daha düşük düzeydeyken örneklem büyüklüğü belirlenirken sigara içme oranı daha yüksek olan daha eski çalışmalar ele alınmıştır ve bu sayede örneklem büyüklüğü arttırılmıştır.

Ülkemizde sağlık çalışanlarında sigara içme sıklığını belirlemek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Sigara içme oranı; 1990'da yapılan İnanç ve ark.'nın çalışmasında doktorlar arasında %52, hemşireler arasında %56,6; 1997 yılında Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında ise doktorlar arasında % 45,9, hemşireler arasında % 40,3 olarak tespit edilmiştir (118, 119). 2004 yılında; Erbaycu ve ark.'nın çalışmasında sağlık personeli arasında sigara içme oranı %54,6 (4, 120), Altın R. ve ark.'nın çalışmasında %41,3 (121), Salepçi ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 36,9 olarak bulunmuştur (4, 122). 2007-2008 yıllarındaki verilere baktığımızda Talay ve ark.'nın İstanbul'da yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içme oranı %49,3'tür (4, 123). Ülkemizde Öztürk tarafından yapılan 22 çalışmanın yer aldığı derlemede sağlık çalışanlarında sigara içme oranının hekimlerde %31,9 ila %70 arasında, hemşirelerde %29,5 ila %68 arasında, hizmetlilerde %34,6 ila %64 arasında değiştiği görülmüştür (4). 2012 yılında Eroğlu'nun İstanbul'da bir devlet hastanesindeki personele yaptığı çalışmada sigara içme oranı %37,2 olarak bulunmuştur (124). 2013 yılında yapılan çalışmalara bakıldığında; Serez'in Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tez olarak yaptığı çalışmada sağlık personeli arasında sigara içme oranı %40,1, Aliskin ve ark.'nın çalışmasında ise sağlık personelleri arasında nadiren ve düzenli olarak sigara içme oranının toplamı %40,3 olarak tespit

edilmiştir (125, 126). 2014 yılında Koç ve ark.'nın yaptığı çalışmada sağlık personelinin sigara içme sıklığı %29,6 (127), 2017 yılında Üzer'in çalışmasında %30,4 (5), 2019'da Mutlu ve ark.'nın çalışmasında ise %32,8 olarak bulunmuştur (8).

Ülkemizde yapılan bu çalışmalara göre toplum için özellikle sağlık konusunda rol model olarak kabul gören sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığı yıllar içerisinde azalma eğilimi gösterse de hâlâ genel toplum popülasyonu ile aynı ya da daha yüksek orandadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik sigara bırakma eğitimleri ve motivasyonel desteklerin artırılması, hem sağlık çalışanları arasında yüksek olan sigara içme oranının düşürülmesine katkı sağlarken hem de topluma sigara bırakma yönünden örnek olarak toplum sağlığına daha fazla katkıda bulunulabileceği düşüncesindeyiz.

Ülkemize benzer şekilde dünya çapında da sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığını araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Literatür tarandığında; 457.415 sağlık çalışanıyla ve 63 ülkede yapılan 229 çalışmanın incelendiği bir meta-analize göre sağlık çalışanları arasında sigara kullanımının genel yaygınlığının ortalama %21 olduğu tespit edilmiştir. En yüksek oranlar %35 ve %45 ile orta ve düşük gelirli ülkelerdeki erkek doktorlara, %21 ve %25 ile yüksek ve orta gelirli ülkelerdeki kadın hemşirelere aittir (32). 2002 yılında Hodgetts ve ark. Bosna' da 273 hekim ve 209 hemşirenin katılımıyla yaptıkları çalışmada hemşireler arasında sigara içme oranını %51, aile hekimleri arasında ise bu oranı %40 olarak bulmuşlardır (4, 128). İran'da 524 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmaya göre sigara içme oranı %21,2'dir (129). Pakistan'da yapılan başka bir çalışmada sağlık personelleri arasında sigara içme sıklığı %29 olarak bulunmuştur (130). İsveç'te Sebo ve ark. tarafından yapılan çalışmada hekimler arasında sigara içme oranı %12'dir (4, 131). 2011 yılında İngiltere' de Lewis tarafından yapılan çalışmada sigara içme sıklığı hekimler arasında %2,6, hemşireler arasında % 8,7 olarak tespit edilmiştir (132). İtalya'da 2016 yılında hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ise sigara içme oranı %14 olarak tespit edilmiştir (133). Uluslararası yapılmış çalışmalar incelendiğinde gelişmiş ülkelerdeki sağlık çalışanlarında sigara içme oranları gelişmekte olan ülkelere oranla daha düşüktür. Bunun nedenleri arasında sağlık çalışanlarının iş yükünün ve stresinin gelişmiş ülkelerde daha az olması, refah düzeylerinin daha

yüksek olması ve bu ülkelerde sağlık çalışanlarına sigara karşıtı eğitim programlarının daha sık yapılması olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık personelinin yaş ortalaması $34,82 \pm 8,74$ tür. Katılımcıların yarıdan biraz fazlası erkek, yaklaşık yarısı evli, yaklaşık dörtte üçü yüksekokul ve üniversite mezunudur. Çalışmaya katılan 319 personelin yaklaşık dörtte birini doktorlar, dörtte birini hemşireler oluşturmaktadır. Üzer'in çalışmasında ise sigara içen personelin yaş ortalaması $36,53 \pm 8,88$, katılımcıların çoğu kadın ve daha çok hemşire, ebe ve sekreterlerden oluşmakta olduğu görülmüş ve bizim çalışmamız ile bu çalışma örneklem büyüklüğü, yaş ortalaması açısından benzerlik gösterirken; cinsiyet açısından bizim çalışmamız daha homojen, Üzer'in çalışması ise daha çok kadın personel ağırlıktadır (5). Mesleki kategorizasyon açısından ise bizim çalışmamızda doktorlar, hemşire ve ebeler örneklemin %50'sinden fazlasını oluştururken bu çalışmada oran daha düşüktür; bizim çalışmamızdaki eğitim düzeyinin daha yüksek çıkmasının bundan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yine Sözer ve arkadaşlarının sigara içen ve bırakmak isteyen 182 sağlık personeliyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların yaşlarının ortalaması $30,9 \pm 7,8$, katılımcıların yarisından biraz fazlası kadın ve katılımcıların daha çok hemşire olduğu görülmektedir (134). Serez tarafından yapılan 1374 tıp fakültesi çalışanın katıldığı tez çalışmasında ise yaş ortalaması 33,3'tür, katılımcıların yarisından biraz fazlası kadın ve katılımcıların yaklaşık dörtte birinin doktor ve dörtte birinin hemşire olduğu görülmektedir (125).

Çalışmamızda katılımcıların sigarayı ilk deneme yaşı ortalama 18,46, sigarayı düzenli içmeye başlama yaşı ise 20,78'dir, toplam sigara içme süresi ise ortalama 14,22 yıldır. Günlük ortalama içilen sigara sayısı 16,83 adettir. Lina ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yaklaşık dörtte üçü günde 10 adetten az sigara içtiği saptanmıştır (133). Literatürdeki başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının yarıya yakınının günde 10 adetten az sigara içtiği saptanmıştır (134). KYTA verilerine göre ise günlük ortalama içilen sigara sayısı 18 adettir. Sigaraya başlama yaşı ise ortalama 17'dir (3). Genel popülasyona yapılan KYTA çalışması ile bizim çalışmamız kıyaslandığında günde içilen ortalama sigara sayısı açısından benzerlik gösterirken, bizim çalışmamızda sigaraya düzenli başlama yaşı daha yüksek bulunmuştur bunun çalışmamızın sağlık çalışanlarına yönelik yapılmasından

dolayı eğitimin uzun, stresli ve yıpratıcı bir süreç olmasından kaynaklandığı ve süreç içindeki yıllarda sigaraya başlama olasılığının olması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Üzer'in çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer olarak sigaraya başlama yaşı ortalama 20,1'di (5). Aliskin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada günde içilen sigara sayısı ortalama $12,49 \pm 10,38$ adet, personelin toplam sigara içme süresi ise $7,6 \pm 5,2$ yıl olarak bulunmuştur (126), bizim çalışmamızla kıyaslandığında toplam sigara içilme süresi oldukça düşüktür bunun nedeninin bu çalışmanın yaş ortalamasının ($28,3 \pm 5,4$) bizim çalışmamızdaki yaş ortalamasına ($34,82 \pm 8,74$) göre daha düşük olmasından dolayı kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda pandemi döneminin, sağlık personelinin sigara içme alışkanlığına etkisi sorulduğunda, %30,7'si sigara tüketim miktarının arttığını, %7,8'i azaldığını ve %61,4'ü değişmediğini belirtmiştir. Sarı ve ark.'nın 242 sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada pandemi döneminde; personelin %28,5'nin tükettiği sigara miktarını arttırdığı, %30,2'sinin azalttığı, %41,3'ünde ise değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (135). Bizim çalışmamızda pandemi döneminde sigarayı bırakan personel değerlendirilememiştir çünkü çalışmamıza sadece aktif sigara içen sağlık personeli dahil edilmiştir. Sarı ve ark. çalışmasında daha fazla oranda personelin sigara miktarını azaltmasını ise personelin çalışma şartlarına, iş stres yükünün farklı olmasına, bağımlılık düzeylerinin farklı olmasına bağlayabiliriz.

Bizim çalışmamızda katılımcıların yaklaşık dörtte üçü daha önce sigara bırakmayı düşünmüş, yaklaşık üçte ikisi sigara bırakmayı denemiştir. Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin yaklaşık dörtte biri profesyonel destek almıştır. Destek alanların büyük çoğunluğu (%83,5'i) farmakolojik tedavi almışken, %5,9'u psikososyal destek, %2,7'si hipnoz, %2,7'si akupunktur, %5,9'u ise diğer yöntemleri denemiştir. Üzer'in çalışmasında sigara içen çalışanların %80,18'i daha önce sigara bırakmayı düşünmüş, %64,86'sı ise en az bir kez sigara bırakmayı denemiştir. Bu rakamlar bizim çalışmamızla benzerdir. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak personele sadece kullandığı yöntem değil, kullandığı veya duyduğu herhangi bir sigara bırakma yöntemi var mı diye sorulmuştur, cevap veren 131 personelin %70,22'si olmadığını, %9,16'sı NRT'yi, %9,16'sı ilaç tedavisini (bupropiyon-vareniklin), %13,52'si diğer yöntemleri (bitkisel ilaç, hipnoz, akupunktur)

duyduğunu veya kullandığını belirtmiştir (5). Aliskin ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içenlerin %63'ünün bırakmak istediğini, %59,2'sinin bırakmayı denediğini, %13,2'sinin bırakmak için destek aldığını ve %13,3'ünün bırakmak için ilaç kullandığını belirtilmiştir (126). Literatürde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamıza benzer olarak sigara içen sağlık personelinin yarısından daha fazlasının sigara bırakmayı düşünmekte olduğu, aynı zamanda yarısından fazlasının daha önce en az bir kez bırakmayı denediği görülmüştür (5, 6, 8, 120, 136, 134). Bu araştırmalar farklı yerlerde, farklı şartlarda, farklı statülerde görev alan sağlık çalışanlarına yönelik yapılmış olsa da, ortak yanları sağlık çalışanlarının sigara bağımlılığını bir sorun olarak gördüklerini, çoğunda bırakma fikrinin olduğunu, fakat yeterli düzeyde ve etkili destek alamadıklarını düşündürmektedir. Bu nedenle sağlık personellerine yönelik daha profesyonel, daha efektif, daha motive edici sigara bırakma programları düzenlenmeli ve belirli aralıklarla sağlık personelinin bu programlardan haberdar olmalarını sağlayacak ve ulaşmasını kolaylaştıracak kurum içi eğitimler düzenlenmelidir.

Katılımcılardan hastanede sigara bırakma polikliniği olduğunu bilenlerin oranı %66,8; polikliniğinin yerinin tam olarak nerede olduğunu bilenlerin oranı %52,1'dir. Personelin sadece %17,2'si daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurmuştur. Emre ve ark.'nın çalışmasında; hastanede sigara bırakma polikliniğini bilen personel oranı %79,6 dır. Personelin %4,8'i ise en yakın sigara bırakma polikliniğinin başka bir merkezde olduğunu belirtmiştir. Ancak bu çalışmada hiçbir personelin sigara bırakma polikliniğine başvurmadığı tespit edilmiştir (8). Bizim çalışmamızla kıyaslandığında bu çalışmada daha fazla oranda personel hastanede sigara bırakma polikliniğini olduğunu bilmesine rağmen hiçbir personelin polikliniğe başvurmaması düşündürücüdür. Sağlık çalışanlarının sigara bırakma polikliniklerine başvurmalarını kolaylaştırıcı bazı çözümlerin üretilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Örneğin; sağlık çalışanlarının mesai saatleri içinde polikliniğe başvurabilmek için izin almaları zorlaştırıcı bir faktör olabilir bu nedenle haftanın belli günü sadece personelin başvurabileceği mesai sonrası belirli bir saatte poliklinik hizmeti verilebilir, randevu kolaylığı sağlanabilir, düzenli periyotlarla sigara içen personel çalışma birimlerinde ziyaret edilerek sigara bırakma konusunda hem motive edilmesi

hem de poliklinik hizmetleri hakkında bilgiler verilmesi başvuru oranlarını arttırabilir.

Çalışmamızda katılımcıların bağımlılık puanı ortalaması 4,09'dur. Üzer'in çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak ortalama FNBT puanı 4,00 olarak tespit edilmiştir (5). Sözer ve ark.'nın çalışmasında ise FNBT ortalaması $(3,0 \pm 2,7)$ bizim çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur, bunun nedeninin personelin toplam sigara tüketim süresinin (p/y) daha düşük olmasına bağlanabilir; bu çalışmada personelin büyük çoğunluğu (%73,6) 1-10 p/y'dır sigara içerken bizim çalışmamızda yarısından fazlası 10 paket yıl ve daha fazla sigara içmekteydi (134). Çalışmamızda sigara içen personelin %32,6'sının bağımlılık düzeyi çok az, %24,5'nin az, %12,5'nin orta, %15'nin yüksek, %15,4'ünün çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Koç ve ark.'nın çalışmasında sigara içen personelin % 2,7'sinde bağımlılık düzeyinin çok az, % 31,1'inde az, % 14,9'unda orta, % 33,8'sinde yüksek, % 17,6'sında çok yüksekti (127). Bu çalışmada bizim çalışmamıza kıyasla bağımlılık düzeyi yüksek ve çok yüksek olan sağlık personeli oranı daha fazlaydı, meslekler arasında bağımlılık düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştı. Bizim çalışmamızda ise bağımlılık puanı, mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir. Sonuçlar incelendiğinde hemşire ve ebe ile temizlik personeli olanlarda bağımlılık puanları doktorlara göre daha fazladır. Çalışmamızda doktorlarda bağımlılık düzeyinin daha düşük olmasının nedeninin sigara tüketiminin sağlığa verebileceği zararlar hakkında doktorların daha çok bilgili olmalarından, sağlıklı yaşama daha çok dikkat etmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki diğer bulgulara baktığımızda; bağımlılık puanı daha önce sigara bırakmayı düşünmüş olanlarda, daha önce sigara bırakmayı denemiş olanlarda, bırakma sürecinde profesyonel destek almış olanlarda ve daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurmuş olanlarda anlamlı olarak daha fazlaydı. Bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerin, sigara bağımlılığının ciddi bir problem olduğunun daha fazla bilincinde olduklarını ve bu bağımlılıktan kurtulabilmek adına polikliniğe başvurarak çeşitli çözümler aradıkları sonucunu çıkarabiliriz.

Çalışmamızda bağımlılık puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Okutan ve ark.'nın

çalışmasında da benzer olarak bağımlılık puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (136). Aliskin ve ark.'nın çalışmasında ve Selçuk ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak bağımlılık puanı anlamlı olarak erkek cinsiyette daha yüksek bulunmuştur (126,137). Koç'un çalışmasında ise nikotin bağımlılık puanı ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır (127). Literatürde yapılan çalışmalarda ortaya çıkan farklı sonuçların, çalışmaların sosyodemografik özelliklerinin, katılım oranlarının farklı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bağımlılık puanı ile sigarayı ilk deneme yaşı ve sigarayı düzenli içme yaşı arasında negatif yönde ilişki; sigara içme süresi (yıl) arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. Okutan ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak sigarayı düzenli içmeye başlama yaşı ve ilk deneme yaşı ile bağımlılık puanı arasında ters yönde bir ilişki tespit edilmiştir (136). Bu sonuçlara göre birey ne kadar erken yaşta sigaraya başlarsa bağımlılık düzeyi o kadar artmakta bu nedenle erken yaşta sigaraya başlamanın önüne geçebilmek adına sigaranın zararları hakkında daha küçük yaşlardan başlayan eğitim programları düzenlenmeli, tütün kontrolü programları ilköğretim seviyesinde başlanmalıdır.

Sigara içen sağlık personeline yaptığımız farkındalık eğitimi sonrasında; çalışmaya katılan personelin 175'i (%54,9'u) sigara bırakma konusunda fikir değişikliğine uğradığını, 121'i (%37,9'u) ise sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşündüğünü belirtmiştir. Sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünen katılımcılardan 25'i (%27,1) bir hafta içinde, 13'ü (%10,1'i) bir ay içinde başvurmayı planlarken, 81'i (%62,8'i) ise polikliniğe başvuru tarihi konusunda düşünmeyi ve daha sonra karar vermek istediklerini belirtmişlerdir. Eğitim sonrası personelin yarısından fazlasında sigara bırakma konusunda fikir değişikliğinin meydana gelmiş olması bizler açısından sevindiricidir. Colby ve arkadaşlarının yaptığı kısa tavsiye ve motivasyonel görüşmenin etkisini inceleyen çalışmada sigara tüketim miktarında anlamlı bir azalma sağladığı belirtilmiştir (138). 2013 yılında Çevikalp tarafından yapılan "*Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Prevalansı ve Sigara İçenlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkinliği*" adlı tez çalışmasında da benzer şekilde kısa tavsiye ve motivasyonel görüşmenin sigara tüketim miktarında düşüşe

yol açtığı tespit edilmiştir (139). Sağlık çalışanlarına yapılan sigara bırakma konusunda teşvik edici görüşmelerin ve eğitimlerin sigara bırakma başarı oranlarında artışa neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sigara bırakma konusunda motivasyonlarını yükseltmek, sigara bırakma hizmetleri hakkında farkındalık düzeylerini arttırmak ve bu hizmetlere başvurmalarını sağlamak amacıyla bu tarz eğitimlerin sıklığının artırılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Farkındalık eğitimi sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurmak isteyen katılımcıların 39'una (%12,2) çalışma esnasında randevu verilmiştir, 26'sı (%8,2) ise randevuyu kendi alacağını belirtmiştir. 1 ay sonra randevu verilen ve randevuyu kendi alacağını söyleyen personel telefonla arandığında randevu verilen personelin 18'i (%46,1), randevuyu kendi alacağını söyleyen personelden ise 7'si (%26,9) sigara bırakma polikliniğimize başvurduğunu söylemiştir. Polikliniğe başvurduğunu söyleyen personelin başvurusu sistemdeki kayıtlarımızdan teyit edilmiştir. Sonuç olarak eğitim sonrası ilk bir ay içinde sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünen 48 personelin 25'i (%52,08) gerçekten de bir ay sonrasında polikliniğimize başvurmuştur. Bu sonuçlara göre personele randevu kolaylığı sağlamanın polikliniğe başvuru oranlarını arttırdığını düşünmekteyiz.

Eğitim sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuran personel arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sigarayı ilk deneme yaşı, sigarayı ilk düzenli içme yaşı, sigara içme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Eğitim sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurma durumu ile tüketilen sigara miktarı (paket-yıl), sigara bırakma yönünde fikir değişikliği olma, sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşünme arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde; paket-yıl tüketimi az olan personelin daha az oranda sigara bırakma polikliniğine başvurduğu tespit edilmiştir. Polikliniğe başvuran personel başvurmayan personele göre daha fazla oranda (%96) eğitim sonrasında sigara bırakma konusunda fikir değişikliğine uğradığını ve daha fazla oranda (%96,0) eğitim sonrasında sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuçlara göre sigara bırakma konusunda eyleme geçebilmek ve bu konuda adım atabilmek için en önemli şeyin sigara bırakma konusunda fikir değişikliğine uğranması, sigara ile ilgili düşüncelerin değişmesi

olduğunu ve bu değişikliğin ortaya çıkabilmesi için sigara içen sağlık personeline bu tarz eğitimlerin belirli aralıklarla düzenli şekilde yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sigara içen sağlık personelinin sigara bırakma polikliniği ile ilgili farkındalık düzeyini belirlediğimiz, sigara bırakma polikliniğinin işleyiş olarak tanıttığımız ve tanıtım sonrası sigara bırakma polikliniğine başvuru oralarını değerlendirdiğimiz bu çalışmada;

- 319 sigara içen sağlık personeline ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,82 \pm 8,74$, %53,9'u erkek, %46,1'i kadındır. Personelin %24,1'i doktor, %27,0'si hemşire ve ebe, %13,8'i temizlik personeli, %13,5'i teknik servis, güvenlik ve veri giriş personeli, %21,6'sı diğer meslek gruplarındandır.
- Personelin FNBT ortalaması 4,09'du. Bağımlılık düzeyi çok az olanların oranı %32,6; az olanların oranı %24,5, orta olanların oranı %12,5, yüksek olanların oranı %15, çok yüksek olanların oranı ise %15,4 'tür.
- Farkındalık Eğitimi öncesinde, Katılımcılardan hastanede sigara bırakma polikliniği olduğunu bilenlerin oranı %66,8; polikliniğin yerinin nerede olduğunu bilenlerin oranı %52,1'dir, daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurmuş olanların oranı ise %17,2'dir.
- Farkındalık Eğitimi sonrasında, personelin %54,9'u sigara bırakma konusundaki fikir değişikliğine uğradığını, %37,9'u ise sigara bırakma polikliniğine başvurmayı düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %92,5'i hastanenin sigara bırakma polikliniği hizmetini çevresindeki sigara içen bireylere önermeyi düşünmektedir.
- Farkındalık eğitimi sonrası sigara bırakma polikliniğine başvurmak isteyen katılımcıların %12,2'sine (39 kişi) çalışma esnasında randevu verilmiştir, %8,2'si (26 kişi) ise randevuyu kendi alacağını belirtmiştir. 1 ay sonra randevu verilen ve randevuyu kendi alacağını söyleyen personel telefonla arandığında 18'i (%46,1), randevuyu kendi alacağını söyleyen personelden ise 7'si (%26,9) sigara bırakma polikliniğimize başvurduğunu söylemiştir.

Sonuç olarak eđitim sonrası ilk 1 ay içinde sigara bırakma polikliniđine bařvurmayı dűřünen 48 personelin 25'i (%52,08) gerçekten de bir ay sonrasında polikliniđimize bařvurmuřtur.

Toplum için özellikle sağlık konusunda rol model olarak kabul gören sağlık çalışanları arasında sigara içme oranı, sigaranın sağlığa verdiği zararlara birebir şahit olmalarına rağmen, yüksek orandadır. Sağlık çalışanlarını sigara bırakma konusunda teşvik etmenin sigara bırakma başarısını artıracadığ dűřnlmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik sigara bırakma eğitimleri ve motivasyonel destekler arttırılmalıdır. Böylece hem sağlık çalışanları arasında yüksek olan sigara içme oranının dűřrlmesi sağlanırken hem de topluma sigara bırakma yönünden örnek olarak toplum sağlığına daha fazla katkıda bulunulmuş olunur.

Sigara içen sağlık personelinin yarısından fazlasının sigara bağımlılığını bir sorun olarak gördüklerini, çoğunda bırakma fikrinin olduğunu, fakat yeterli düzeyde ve etkili destek alamadıklarını dűřnmekteyiz. Bu nedenle sağlık personellerine yönelik daha profesyonel, daha efektif, daha motive edici sigara bırakma programları düzenlenmesini ve belirli aralıklarla sağlık personelinin bu programlardan haberdar olmalarını sağlayacak ve ulaşmasını kolaylaştıracak kurum içi eğitimlerin düzenlenmesini önermekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2023). Health Topics, Tobacco. World Health Organization. Erişim Tarihi: 06.08.2023. <https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab> , <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü2018 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/546061> [17.06.2023].
3. Global Adult Tobacco Survey –Fact Sheat-Turkey 2016 [Internet] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>
4. Öztürk, Ö. (2009). Sağlık çalışanları ve sigara SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 16(2):32-38.
5. Üzer, F. (2018). Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. Türk Aile Hek Derg, 22(2), 92-99.
6. Sağlam L, Bayraktar R, Kadioğlu E, Acemoğlu H. Smoking Prevalance and the Degree of Nicotine Dependence Among Healthcare Workers at the Ataturk University Medical Facility. EAJM 2010;42:74-7.
7. Smith DR and Legga PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession:1974-2004. BMC Public Health. 2007;7:115.
8. Mutlu, P., Çeldir Emre, J., Dirican, N., Deniz, S., & Aksoy, Ü. (2019). Hastane Personelinde Meslek Gruplarına Göre Sigara İçme Durumu ve Sigara Bırakma Danışma Hizmetleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Troia Tıp Dergisi*.
9. Mu, G. Ş. O. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri.
10. Kishore K. Monograph of Tobacco (Nicotiana Tabacum). Indian Journal of Drugs, 2014; 2: 5-23.

11. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. Doğu Coğraf Derg. 2013;18(30):71–102.
12. Bilir N. Tütün Kontrolü ve Yeni Tütün Ürünleri. 1. Baskı, Ankara: Genç Ofset, 2018: 7-73.
13. Özge C, Aytemur ZA, Bilir N, Boztaş H, Çan G, Elbek O, et al. Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. 2014;23–44.
14. Seydioğulları M. Dünya’da ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. Tütün ve tütün kontrolü [Internet]. 2009;3–20. Available from: <http://www.tutuneksper.org.tr/files/diger-yayin-ve-raporlar/Dunyada-ve-Turkiyede-tutunun-tarihcesi-min.pdf>
15. Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını, 1978: 9-18
16. Yılmaz A. Türkiye’de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. [Tez]. Ankara: TAPDK; 2006
17. Jung KJ, Jeon C, Jee SH. Smoking effect on lung cancer: ethnic difference and smoking paradox. Epidemiol Health 2016: e2016060.
18. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları. 1. baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10.
19. Kerime K. Türkiye’de tütün tarımı ve coğrafi dağılışı. Co. 2017;15(1):27–48.
20. Mercimek HV, Akçiçek E, editörler. Mucizeden belaya yolculuk tütün. Birinci baskı. İstanbul: Tarihçi Kitabevi; 2014. 535 s. (Tarihçi Kitabevi yayınları).
21. Koç, Y. (2001). Atatürk’ün Millileştirmeleri ve Devletleştirmeleri ve Günümüz Özelleştirmeleri. Mülkiye Dergisi, 25 (229) , 279-312. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mulkiye/issue/230/435>
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). 1.Baskı, Ankara: Anıl Matbacılık,2010: 17-77.

23. Küresel Hastalık Yüğü [veritabanı]. Washington, DC: Sağlık Metrikleri Enstitüsü; 2019. IHME, 17.
24. World Health Organization. (2021). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348537/9789240039322-eng.pdf?sequence=1> [17.06.2023]
25. World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025*. World Health Organization.
26. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, İçinde: Aytemur ZA. Akçay Ş. Elbek O. (ed.) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı, Toraks Kitapları, Ocak 2010, Birinci Basım, Sayfa: 21-35.
27. Global Adult Tobacco Survey –Fact Sheet-Turkey 2008 [Internet] file:///C:/Users/e/Downloads/turkey%20GATS%202009%20Fact%20Sheet%20(2).pdf [08.07.2023]
28. Global Adult Tobacco Survey –Fact Sheet-Turkey 2012 [Internet] file:///C:/Users/e/Downloads/cdc_148811_DS1%20(1).pdf [08.07.2023]
29. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
30. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> [15.07.2023]
31. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu, Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(4):390-7

32. Nilan, K., McKeever, T. M., McNeill, A., Raw, M., & Murray, R. L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7), e0220168.
33. Aslan D, Bilir N, Özcebe H and Ergüder T. Smoking status of the health professionals and influencing factors. Ministry of Health, Ankara, 2008.
34. Global Adult Tobacco Survey Turkey 2012. Public Health Institution of Ankara, 2014. [Internet]. (Erişim Tarihi: 18.06.2023). <http://www.havanikoru.org.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/GATS-2012-ENG-25-07-2014.pdf>
35. Atılğan Y, Gürkan S, Şen E. Hastanemizde çalışan personelin sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 2008, 9(4), 160-166.
36. Günaydın H. Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı, Depresyon Semptomatolojisi ve Premenstruel Sendrom Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2018.
37. Balcı A, Çilekar S, Coşkun I. The Evaluation of the Health Care Professionals' Knowledge, Prevention and the Perceptions on the Treatment of New Coronavirus (COVID-19). *Bezmialem Science*. 2020;8(2):27-35.
38. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2016;7(5):1-4.
39. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, 2010.
40. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006;7(1):51-64.
41. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST; eds. *The Impact of Air Pollution on Respiratory Health*. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. *Eur Respir Mon*, 2002;21:161-79.

42. Aytemur ZA, Akcay Ş, Elbek O. Tutun ve Tutun Kontrolu. Turk Toraks Derneği; 2010.
43. DSÖ. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008 MPOWER paketi. 2008;
44. Siasos, Gerasimos, et al. "Smoking and atherosclerosis: mechanisms of disease and new therapeutic approaches." *Current medicinal chemistry* 21.34 (2014): 3936-3948.
45. Müezzinler, Aysel, et al. "Smoking and all-cause mortality in older adults: results from the CHANCES consortium." *American journal of preventive medicine* 49.5 (2015): e53-e63.
46. Duncan, Meredith S., et al. "Association of smoking cessation with subsequent risk of cardiovascular disease." *Jama* 322.7 (2019): 642-650.
47. Kondo, Takahisa, et al. "Effects of tobacco smoking on cardiovascular disease." *Circulation Journal* 83.10 (2019): 1980-1985.
48. Puig-Cotado, Ferranda, et al. "Tobacco and coronary heart disease: WHO tobacco knowledge summaries." (2020).
49. Jayes, Leah, et al. "SmokeHaz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health." *Chest* 150.1 (2016): 164-179.
50. Tollerud DJ, Clark JW, Brown LM, et al. The effects of cigarette smoking on T cell subsets: a population-based survey of healthy caucasians. *Am Rev Respir Dis* 1989;139:1446-1451.
51. WHO. Newsroom, Fact sheets, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [updated 16.08.2023]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

52. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, Atlanta. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
53. Sansone A, Di Dato C, de Angelis C, et al. Smoke, alcohol and drug addiction and male fertility. *Reproductive biology and endocrinology*. 2018;16:1-11.
54. Harlev A, Agarwal A, Gunes SO, Shetty A, Du Plessis, SS. Smoking And Male Infertility: An Evidence-Based Review. *The World Journal Of Men's Health*, (2015;33(3):143-160.
55. Oladipupo I, Ali TS, Hein DW, Pagidas K, Bohler H, Doll MA, Taylor KC. Association Between Cigarette Smoking And Ovarian Reserve Among Women Seeking Fertility Care. *Plos One*. 2022;17(12): E0278998.
56. Jing - Bo Dai, Zhao - Xia Wang Z- DQ. The hazardous effects of tobacco smoking on male fertility. *Asya Androloji Derg* [Internet]. 2015;958–9. Available from: www.asiaandro.com;www.ajandrology.com
57. Kovac JR, Labbate C, Ramasamy R, Tang D, Lipshultz LI. Effects Of Cigarette Smoking On Erectile Dysfunction. *Andrologia*. 2015;47(10):1087-1092.
58. Terzioğlu F, Türk R, Yücel Ç. Effect of Cigarette Smoking on Reproductive Functions: Review. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2008;18:383 - 94.
59. Uncu G, Sigaranın fertilite ve gebelik üzerine etkileri. İn:Özyardımcı N.(Ed) *Sigara ve Sağlık*, Bursa; 257-280, 2002.
60. Smoking And Infertility: A Committee Opinion Practice Committee Of The American Society For Reproductive Medicine. Electronic Address: Asrm@Asrm.Org Erişim Tarihi 20.08.2023

61. Onor ICO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB, et al. Clinical effects of cigarette smoking: Epidemiologic impact and review of pharmacotherapy options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017.
62. Gibbons DL, Byers LA, Kurie JM. Smoking, p53 mutation, and lung cancer. *Molecular Cancer Research*. 2014.
63. Bakır K. Tütün ve Tütün Kontrolü. İçinde: Karadağ M, Bilgiç H (Eds) : Tümör ve Kanser Patogenezi. Aves Yayıncılık, İstanbul, syf. 314-330, 2010
64. Mandel Molinas N. ET. Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı Vol. 16. 2013. 1–226 p.
65. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Akciğer Kanseri Çalıştay, Ankara, 2016.
66. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004;96:99-106.
67. Öberg M. et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The lancet*, 2011; 377(9760): 139-146.
68. Drehmer, J. E., Walters, B. H., Nabi-Burza, E., Winickoff, J. P. (2017). Guidance for the Clinical Management of Thirdhand Smoke Exposure in the Child Health Care Setting. *Journal of clinical outcomes management: JCOM*, 24(12), 551-559. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5716630/>
69. Matt GE, Quintana PJ, Destailats H, Gundel LA, Sleiman M, Singer BC, et al. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environ Health Perspect* 2011; 119(9): 1218-1226.

70. Ferrante, G., Simoni, M., Cibella, F., Ferrara, F., Liotta, G , Malizia, V. ve ark. (2013). Third-hand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi archives for chest disease*, 79(1), 38-43. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2013.108>
71. Hang B, Sarker AH, Havel C, Saha S, Hazra TK, Schick S, et al. Thirdhand smoke causes DNA damage in human cells. *Mutagenesis* 2013; 28(4): 381- 91.
72. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2016;7(5):13-19.
73. Uysal MA. Nikotin Sizi Nasıl Esir Alıyor? Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2016; 4 (1): 37-43.
74. Sağlam L. Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017;4(1):78-89
75. Demirci Çiftçi A. YÖ. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. syf. 27–30.
76. Bilir N. Türkiye tütün kontrolünde dünyanın neresinde? *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*. 2009;10.
77. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization, 2008.
78. World Health Organization. Standard operating procedure for determination of aldehydes in mainstream cigarette smoke under ISO and intense smoking conditions, 2018.
79. Kılınç, O., & Günay, T. (2014). Türkiye tütün kontrolünde hangi noktada? Engeller ve çözüm önerileri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23, 4-7.

80. Yürekli A. Cigarette Excise Taxation: The Impact of Tax Structure on Prices, Revenues, and Cigarette Smoking. 2010: 21.

81. SARAÇOĞLU, S., & ÖZTÜRK, F. (2020). Türkiye’de tütün kontrol politikaları ve tütün tüketimi üzerine bir değerlendirme. *Politik Ekonomik Kuram*, 4(1), 20-44.

82. 4207 Sayılı Kanun ile 5727 Sayılı Kanun. http://www.ssuk.org.tr/content.php?haber_id=603 Erişim Tarihi: [22.08.2023]

83. Bilir, N. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Türkiye: Bir Başarı Örneği. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2016:4 (1), 7-12.

84. CDC, 2019a. About GTSS [online]. Available from: <https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/index.htm> [Accessed 23 August 2023].

85. T. C. Sağlık Bakanlığı Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı, 2019. Türkiyede Tütünle Mücadele Süreci [online]. Available from: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec> [Accessed 23 August 2023].

86. 27506 Sayılı Resmî Gazete, 2010. [online]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/02/20100227-8.htm> [Accessed 23 August 2023].

87. 6354 Sayılı Kanun, 2012. [online]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120712-12.htm> [Accessed 23 August 2023].

88. 7151 Sayılı Kanun, 2018. [online]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205-8.htm> [Accessed 23 August 2023].

89. 30701 Sayılı Resmî Gazete, 2019. [online]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190301-5.htm> [Accessed 23 August 2023].
90. İtil O., Kılınç O., Öztuna F., Salepçi B., Dilektaşlı A. EO. Sigaradan kurtuluyoruz! Türk Toraks Derneği. 2021;
91. Prochaska JO, Diclemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1982;19(3):276–88.
92. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behavior. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
93. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. *Akciğer Arşivi* 2003; 4:225234.
94. A Clinical Practice Guide line for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. PublicHealth Service Report The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and De-pendence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. *Am J Prev Med* 2008; 35: 158-76.
95. Oğuz Kılınç. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics* 2012;5(2).
96. Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001.
97. Fiore MC, Jaen CR, Bailey WC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008 sep;53(9):1217-22

98. Erdinç, M, Gülmez İ. Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 2013, 4-23.
99. Abakay A, Isik R. Sigara Bırakmada Farmakolojik Tedavi: Nikotin Replasman Tedavileri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017 Feb 22;4(1):104–7.
100. Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. CA Cancer J Clin. 2005;55:281-99
101. 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.
102. 1. Uzaslan E. Sigara bırakmada farmakolojik tedavi. Güncel Göğüs Hastalıkları 2008; 3:77-85.
103. Jime'nez-Ruiz CA. Pharmacological treatment for smoking cessation. Eur Respir Mon 2008; 42:74-97.
104. Ascher JA, et al. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401
105. Hurt RD, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337:1195-202.
106. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: an alpha4 beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem 2005; 48:3474-7.
107. Strong safety signal seen for new varenicline risks. Horsham, PA: Institute for Safe Medication Practices, 2008. (Accessed October 10, 2008, at <http://www.ismp.org/docs/vareniclineStudy.asp>).

108. Bozkurt, N., & Bozkurt, A. İ. (2016). Assessment of the Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDT) used in the determination of nicotine dependence and developing a new test for the nicotine dependence. *Pamukkale Medical Journal*, (1), 45-51.
109. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-1127.
110. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004;52:115-121.
111. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A Review Of The Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal Of Behavioral Medicine*. 1989;12(2):159-182
112. Sahin E, Ozer C, Dagdeviren N, Akturk Z. Physicians smoke as much as their patients in Turkey. *Middle East J Fam Med*. 2005;3(2):1-7.
113. Özkurt, S., Bostancı, M., Altın, R., Özşahin, A., & Akdağ, B. (2000). Tıp fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı, nikotin bağımlılığı ve solunum fonksiyon testleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48(2), 140-147.
114. Groeneveld, R.A. and Meeden, G.(1984), "Measuring Skewness and Kurtosis", *The Statistician*, 33: 391-399.
115. Moors, J. J. A. (1986), "The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined", *The American Statistician*, 40: 283-284.
116. Hopkins, K.D. and Weeks, D.L. (1990), "Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting", *Educational and Psychological Measurement*, 50: 717-729.

117. De Carlo, L.T. (1997), “On the Meaning and Use of Kurtosis”, *Psychological Methods*, 2: 292-307.
118. İnanç N ve ark. GATA’da Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Sigara İçme Davranışına İlişkin Özelliklerin İncelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1990.
119. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 4(4):1997
120. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004; 5(1):6-12.
121. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T, Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Z, et al. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevelansı ve Sigaraya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Vol. 5, *The Medical Journal of Kocatepe*. 2004.
122. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B, Torun E, Durmuş N, Aktürk AÜ, Sur H. İstanbul’da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkındaki bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları. *Solunum* 2006; 8(4):156-162.
123. Talay, F., Altın, S., & Çetinkaya, E. (2007). İstanbul’un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(1), 43-50.
124. Eroglu SA; İstanbul’da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Istanbul Med J*. 2013;14(3):170–4.

125. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne,. 2013.
126. Aliskin, O., Savas, N., Inandi, T., Peker, E., Erdem, M., & Yeniceri, A. (2015). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 6(24), 32-42.
127. Koç EM, Başer DA, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Alsancak AD, et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. *J Clin Exp Investig*. 2015;6(1):33–9.
128. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking Behaviour, Knowledge And Attitudes Among Family Medicine Physicians And Nurses In Bosnia And Herzegovina. *BMC Fam Pract*. 2004;(5):12
129. Hoseainrezaee H, Khodabandeh S, Kheradmand A, Pilehvarzadeh M. Frequency of smoking and specialized awareness among doctors and nurses of hospitals in Kerman, Iran. *Addict Health*. 2013;5:51–56.
130. Zafar M. Prevalence of smoking and associated risk factors among medical professionals in hospitals of Karachi, Pakistan. *Int J Prev Med*. 2014;5:457–462.
131. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2007; 7:5.
132. Lewis, K. E., Shin, D., & Davies, G. (2011). Smoking habits and attitudes toward tobacco bans among United Kingdom hospital staff and students. *The International journal of tuberculosis and lung disease*, 15(8), 1122-1126.

133. Lina, M., Mazza, R., Borreani, C., Brunelli, C., Bianchi, E., Munarini, E., ... & Boffi, R. (2016). Hospital doctors' smoking behavior and attitude towards smoking cessation interventions for patients: a survey in an Italian Comprehensive Cancer Centre. *Tumori Journal*, 102(3), 244-251.
134. Sözer, Ü., Özvurmaz, S., & Durmaz, S. (2021). Sağlık çalışanlarının sigara bırakmaya yönelik desteğe hazır olma durumu ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 286-293
135. Sarı, A., Bozkurt, E., Dizen Kazan, E., & Sarı, S. (2022). Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlığı üzerine etkisi: 3. basamak bir hastaneye kesitsel bir bakış.
136. Okutan, O., Taş, D., Kaya, H., & Kartaloğlu, Z. (2007). Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(4), 356-363.
137. Selcuk, K. T., Dilek, A. V. C. I., & Mercan, Y. (2018). Smoking addiction among university students and the willingness and self-efficacy to quit smoking. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(1), 36-43.
138. Colby S.M., Monti P.M., Bernett N.P., Rohsenow D.J., Weisman K., Spirito A., Woolard R.H., Lewander W.J.(1998). Brief Motivational Interviewing In a Hospital Setting for Adolescent Smoking: A Preliminary Study. *Journal of Consulting and Psychology*, 66(3), 574-578
139. Çevikalp, E. (2013). *Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Prevalansı ve Sigara İçenlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkinliği* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü EÜ TF Psikiyatri Anabilim Dalı).

EKLER

Ek 1:

ANKET FORMU

Sayın katılımcı, bu anket Muğla Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan sigara içen personelin, sigara bırakma polikliniği ile ilgili farkındalık düzeyinin ve başvuru oranının araştırılması amacı ile yapılmaktadır. Anket formlarını doldurmak, tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilecek bilgiler, bilimsel yayımlarda ve sigara bırakma tedavilerinin geliştirilmesinde kullanılabilir. İsminiz hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Anketleri yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Tarih:

Adı-Soyadı:

Telefon:

Yaşı:

Cinsiyeti: 1) Erkek

2) Kadın

Medeni Durum:

☐ Evli

☐ Bekâr

☐ Dul

☐ Boşanmış

Eğitim Durumu:

☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul/Ortaokul/ Lise mezunu

☐ Yüksekokul/Üniversite mezunu

Mesleği: ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Ebe ☐ Temizlik personeli

☐ Teknik servis personeli ☐ Güvenlik ☐ Veri Giriş Personeli

☐ Diğer (eczacı, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, çocuk gelişimci, bekçi,

aşçı, laboratuvar çalışanı, mutfak personeli)

Hastanemizde Çalıştığı Birim:

1- Sigara içiyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

2- Sigarayı ilk deneme yaşı:

- 3- Sigarayı düzenli olarak içmeye başlama yaşı:
- 4- Kaç yıldır içiyorsunuz:
- 5- Günde içilen sigara sayısı:
- 6- Sigara tüketimi (paket-yıl):
- 7- Sigara içme miktarınızda yıllar içinde değişiklik oldu mu?
☐ Arttı ☐ Azaldı ☐ Değişmedi
- 8- Pandemi dönemi sigara içme alışkanlığınızda değişikliğe neden oldu mu?
☐ Arttı ☐ Azaldı ☐ Değişmedi

FAGERSTROM Nikotin Bağımlılık Testi

- I. Günde kaç sigara içiyorsunuz?
- ☐ 10 taneden az (0 P) ☐ 11-20 tane (1 P)
☐ 21-30 tane (2 P) ☐ 31 ve daha fazla (3 P)
- II. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
- ☐ İlk 5 dk. içinde (3 P) ☐ 6-30 dk. içinde (2 P)
☐ 31-60 dk. içinde (1 P) ☐ 1 saat sonra (0 P)
- III. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
- ☐ Evet (1 P) ☐ Hayır (0 P)
- IV. Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?
- ☐ Sabah içilen ilk sigara (1 P) ☐ Diğer (0 P)
- V. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz?
- ☐ Evet (1 P) ☐ Hayır (0 P)
- VI. Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?
- ☐ Evet (1 P) ☐ Hayır (0 P)

9- Daha önce sigara bırakmayı düşündünüz mü?

☐ Evet ☐ Hayır

10- Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

11- Daha önce sigarayı bırakma denemesi olduysa kaç kez oldu?

12- En uzun bırakabildiğiniz süre?

13- Profesyonel destek aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

14- Cevabınız evet ise hangi yöntemle bırakmayı denediniz?

☐ Psikososyal Tedavi ☐ Farmakolojik Tedavi
☐ Akupunktur ☐ Hipnoz ☐ Diğer

15- Hastanemizde Sigara Bırakma Polikliniği var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

16- Cevabınız evet ise nerde olduğunu biliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

17- Daha önce Sigara Bırakma Polikliniğine başvurduğunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN PERSONELE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ FARKINDALIK EĞİTİMİ

HASTANEMİZDE AİLE HEKİMLİĞİ BÜNYESİNDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİ HİZMETİ VERİLMEKTEDİR. POLİKLİNİĞİMİZ 1. KATTA C BLOKTADIR. MHRS VEYA 182'DEN AİLE HEKİMLİĞİ RANDEVUSU ALARAK SİGARA BIRAKMA HİZMETİNDEN FAYDALANABİLİRSİNİZ.

POLİKLİNİĞİMİZDE PSİKOSOSYAL DESTEĞİN YANINDA SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN ÜCRETSİZ OLARAK SUNULAN FARMAKOLOJİK TEDAVİLER DE (CHAMPIX (VARENİKLİN) VE NİKOTİN BANDI) UYGULANMAKTADIR.

Sigara kullanımı, dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu ve önlenabilir en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Tütün kullanımı, her yıl dünyada 6 milyon erken ölümden sorumlu olup pasif içiciliğe bağlı 600.000 ölüm de buna dahildir (1,2).

SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIĞINIZA SAĞLAYACAĞI YARARLAR

- 1- İlk 30 dakika içinde nabzınız, kan basıncınız, el ve ayaklarınızın ısısı normale dönecektir.
- 2- 8 saat sonra kanınızdaki oksijen seviyesi normal düzeye çıkacak, karbon monoksit düzeyi yarıya inecektir.
- 3- 24 saat sonra karbon monoksit düzeyi normale döner, akciğerleriniz mukus ve sigara artıklarından kurtulmaya başlar. Böylece dokularınıza giden oksijen miktarı artacak, bu da size enerji verecektir.
- 4- Birinci günün sonunda kalp krizi riskiniz azalır.
- 5- İkinci günün sonunda tat ve koku duyularınızın arttığını hissedeceksiniz, çünkü sinir uçlarında yenilenmeler olacaktır.
- 6- 2 hafta-3 ay sonra akciğer kapasiteniz %30 artacak, dolaşımınız normale dönecek, daha rahat yürüyeceksiniz.
- 7- 1-9 ay sonra akciğeriniz kendini temizleyecek, öksürük ve hırıltı kaybolacak, enfeksiyon riskiniz azalacak, vücut enerjiniz artacak, kendinizi daha iyi hissedeceksiniz.
- 8- 1 yıl sonra kalp hastalığı riski yarı yarıya azalacak.
- 9- 5 yıl sonra akciğer kanserinden ölme riskiniz, günde 1 paket sigara içen bir kişiye göre %50 azalacak.
- 10- 10 yıl sonra kalp krizi ve akciğer kanseri gelişme riskiniz hiç sigara içmeyenlerle aynı seviyeye düşecek.
- 11- Yemek borusu ve ağız boşluğu kanseri gelişme riskiniz düşecek.
- 12- Mesane kanseri gelişme riskiniz düşecek.
- 13- Hamilelik öncesinde ya da hamileliğin ilk döneminde sigarayı bırakmak düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskiniz, hiç sigara içmemiş annelerdeki risk düzeyine düşecek.

Bilgilendirme Sonrası Yapılacak Anket;

18- Sigara bırakma yönünde fikir değişikliğiniz oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19- Sigara bırakma polikliniğimize başvurmayı düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

20- Cevabınız evet ise ne zaman başvurmayı düşünüyorsunuz?

- ☐ Bir hafta içinde ☐ Bir ay içinde
☐ Biraz daha düşünüp tarihe öyle karar vermek istiyorum

21- Hastanemizdeki Sigara Bırakma Polikliniği hizmetini çevrenizde sigara içen bireylere önermeyi düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

ARAŞTIRMACI HEKİM TARAFINDAN DOLDURULACAK

☐ Randevu verildi.

☐ Randevuyu kendi alacağını söyledi.