



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BIRAKMAYA KARAR VEREN ÇALIŞAN KİŞİLERDE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Asena Merve OFLAZ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2023**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA BIRAKMAYA KARAR VEREN ÇALIŞAN KİŞİLERDE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Asena Merve OFLAZ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hilal AKSOY**

**ANKARA
2023**

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bilgeliği, yönlendirmeleri ve derin bilgi birikimi ile beni her adımda destekleyen Doç. Dr. Hilal Aksoy'a,

Asistanlığım süresince bilgi ve tecrübelerini her fırsatta bizlerle paylaşan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer'e ve Doç. Dr. İzzet Fidancı'ya,

Tezin planlanması ve yürütülmesi konusunda desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. İsmail Arslan'a,

Tanımdan onur ve gurur duyduğum anılarımı biriktirdiğim değerli asistan dostlarıma,

Sonsuz sevgileri, sınırsız fedakârlıkları, her daim destekleri, iyiye ve güzele yönlendirmeleri ile bugün olmak istediğim kişi olmamı sağlayan aileme

10 yıldır hep yanımda olan, desteğini hiç esirgemeyen Şener Salihi'ye,

Her anımda koşulsuz yanımda olan canım dostum Büşra Firik'e çok teşekkür ederim.

Dr. Asena Merve OFLAZ

ÖZET

Oflaz A.M., Sigara Bırakmaya Karar Veren Çalışan Kişilerde Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023. Tütün kullanımı geçmişten günümüze kadar temininin ucuz, kolay ve yasal olması nedeniyle en sık görülen madde bağımlılığı tipidir. Tütün kullanımı birçok hastalık için risk faktörü olmaktadır. Sigara içen bir kişinin sağlığını koruması için yapması gereken en önemli şey sigarayı bırakmasıdır. Sigara içen bir bireyin sigarayı bıraktığında sigara ile ilişkili hastalıklarının ortaya çıkma riski azalacak, hastalık varlığında ise hastalığın ilerleme hızı yavaşlayacaktır. Tükenmişlik; fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, kişinin genel olarak mesleğine ve yaşamına ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen, fiziksel, emosyonel ve mental bir tükenme sendromu olarak tanımlanmıştır. Tükenmişliğin majör özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmeyi içerir. Literatürde genel olarak tükenmişliğin çalışma ortamına bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Ayrıca aile ortamı, sosyal çevre ve partnerle ilişkilerdeki sorunlar tükenmişliğe neden olabilir. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniklerine ilk kez başvuran kişilerin mesleki tükenmişlik ve eşle ilgili tükenmişlik durumlarının tanımlanması amaçlanmıştır. Araştırma 01.11.2022 ve 01.05.2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde yürütülmüştür. Ulaşılan toplam katılımcı sayısı 151 kişidir. Katılımcılara uygulanan anket formunun ilk kısmı 20 sorudan oluşan sosyodemografik özellikler ve sigara başlama nedenleri ile ilgili olup ikinci kısmı 6 sorudan oluşan nikotin bağımlılığı için “Modifiye Fagerström Testi”, üçüncü kısmı 10 sorudan oluşan “Tükenmişlik ölçeği-kısa formu” ve dördüncü kısım ise 10 sorudan oluşan “Eş tükenmişlik ölçeği-kısa formu”nu içermektedir. Sonuç olarak sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde tükenmişlik düzeyi ile ilgili yapılmış olan bu çalışmada elde edilen verilerde mesleğinden memnun olmayan ($p=0,035$), vardiyalı çalışan ($p=0,038$) ve psikiyatrik hastalığı olan ($p=0,005$) bireylerde tükenmişlik

düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Mesleğinden memnun olmayan bireylerde ($p=0,031$) ve kadınlarda ($p=0,001$) eş tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Tükenmişlik ölçeğinin eş tükenmişlik ölçeği ile güçlü pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür ($p<0,001$).

Anahtar Kelimeler: sigara; tükenmişlik; sigara bırakma; bağımlılık



ABSTRACT

Oflaz A.M., Evaluation Of Burnout Level in Working People Who Decided to Quit Smoking , Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Ankara, 2023. Using tobacco is the most common type of substance addiction due to its cheap, easy and legal availability from past to present. Using tobacco is a risk factor for many diseases. The most important thing that a smoker should do to protect his health is to quit smoking. When a smoker quits, the risk of developing smoking-related diseases will decrease, and if the disease is present, the rate of disease progression will slow down. It has been defined as a physical, emotional and mental exhaustion syndrome marked by physical exhaustion, chronic fatigue, feelings of helplessness and hopelessness, the development of a negative self-concept, and in general negative attitudes towards one's profession, life and to other people. Major features of burnout include loss of energy, lack of motivation, negative attitude towards others, and active withdrawal from others. In general, it has been observed in the literature that burnout occurs depending on the work environment. In addition, if the family environment, social environment, and relationships with the couple are not going well, it can also cause burnout in the person. This study aimed to describe the professional burnout and couple-burnout of people who applied to smoking cessation clinics for the first time. The research was conducted between 01.11.2022 and 01.05.2023 at Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Smoking Cessation Polyclinic and Ankara Training and Research Hospital Family Medicine Clinic, Smoking Cessation Polyclinic. The total number of participants was 151. The first part of the survey form applied to the participants is about sociodemographic characteristics and reasons for starting smoking consisting of 20 questions, the second part is the "Modified Fagerström Test" for Nicotine addiction, consisting of 6 questions, the third part is the "Burnout Scale-short form" consisting of 10 questions, and the fourth part is composed of 10 questions consisting of "Couple-burnout Scale-short form". As a result, the data obtained in this study on the burnout level in individuals applying to the smoking cessation clinic showed that the burnout level was higher in individuals who were dissatisfied with their profession ($p=0,035$), shift working ($p=0,038$) and had psychiatric diseases

($p=0,005$). It has been observed that the level of couple-burnout is high in women gender ($p=0,001$) and who are dissatisfied with their profession ($p=0,031$). It was observed that the burnout scale showed a strong positive correlation with the spouse-burnout scale ($p<0,001$).

Keywords: tobacco; burnout; smoking cessation; addiction



İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi	4
2.2. Tütün Bitkisi	5
2.3. Tütün Ürünleri	6
2.3.1. Sigara.....	6
2.3.2. Sarma Sigara	6
2.3.3. Puro	6
2.3.4. Pipo	7
2.3.5. Nargile.....	7
2.3.6. Enfiye Tütün.....	7
2.3.7. Çiğnemelik Tütün.....	7
2.3.8. Elektronik Sigara (E-sigara).....	8
2.3.9. Isıtılmış Tütün (Heated Tobacco Products (HTPs)).....	8
2.4. Tütün Epidemiyolojisi	8
2.5. Tütün Kontrolü ve Mevzuat	9
2.6. Sigara Kullanımının Sebepleri.....	13
2.6.1. Akran Etkisi	13
2.6.2. Ailede Sigara Kullanan Üyelerin Etkisi	14
2.6.3. Sigaranın Ulaşılabilirliği	14
2.6.4. Kendini İfade Edememe.....	14
2.7. Bağımlılık	15
2.7.1. Bağımlılık Çeşitleri	15

2.7.1.1. Psikolojik Bağımlılık.....	15
2.7.1.2. Fiziksel Bağımlılık	15
2.8. Sigara Bağımlılığı.....	15
2.8.1. Sigara Bağımlılığı Tedavisi.....	16
2.8.1.1. Psikolojik ya da Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri.....	16
2.8.1.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	17
2.8.1.2.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavileri (NYKT)....	18
2.8.1.2.1.1. Nikotin Sakızı.....	19
2.8.1.2.1.2. Nikotin bandı.....	19
2.8.1.2.2. Bupropion.....	20
2.8.1.2.3. Vareniklin.....	21
2.8.2. Sigara Bağımlılığının Sağlık Üzerine Etkileri	21
2.8.2.1. Akciğer Kanseri.....	22
2.8.2.2. Kronik Akciğer Hastalıkları	22
2.8.2.3. Kalp Damar Hastalıkları.....	22
2.8.2.4. Gastrointestinal Sistem.....	23
2.8.2.5. Ürogenital Sistem	23
2.8.3. Sigara Bırakmada Etkili Faktörler	23
2.9. Tükenmişlik Kavramı	23
2.9.1. Tanımı ve Önemi.....	23
2.9.2. Tükenmişliğin Alt Boyutları	25
2.9.2.1. Duygusal Tükenme.....	25
2.9.2.2. Duyarsızlaşma	25
2.9.2.3. Kişisel Başarıda Azalma Hissi	25
2.9.3. Tükenmişlik Çeşitleri	25
2.9.3.1. Mesleki Tükenmişlik ve Eş Tükenmişliği.....	26
2.9.4. Tükenmişlik Belirtileri	26
2.9.5. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler	27
2.9.5.1. Bireysel Faktörler	27
2.9.5.1.1. Yaş.....	27
2.9.5.1.2. Cinsiyet.....	27
2.9.5.1.3. Medeni Durum	27

2.9.5.1.4. Eğitim Durumu.....	27
2.9.5.1.5. Mesleki Hizmet Süresi	28
2.9.5.1.6. Kişilik Yapısı.....	28
2.9.5.2. Örgütsel Faktörler.....	28
2.9.5.2.1. İş Yüğü	28
2.9.5.2.2. Kontrol.....	28
2.9.5.2.3. Ödöl	29
2.9.5.2.4. Topluluk	29
2.9.5.2.5. Adalet	29
2.9.5.2.6. Değerler	29
2.9.5.3. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yöntemleri	30
2.9.5.3.1. Bireysel Önlemler.....	30
2.9.5.3.2. Örgütsel Önlemler	31
2.9.5.4. Tükenmişlik Sendromu Sonucu Yaşanan Olumsuzluklar	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Etik Konular ve İzinler	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
3.4. Araştırmanın Tipi	34
3.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	34
3.5.1. Modifiye Fagerström Testi.....	35
3.5.2. Tükenmişlik Ölçeğı.....	35
3.5.3. Eş Tükenmişlik Ölçeğı	36
3.6. Verilerin Analizi	36
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	57
7. KAYNAKLAR	59
8. EKLER.....	70
EK-1: Tez Etik Kurul İzni	70
EK-2. Ölçek İzinleri	71
EK-3: Anket Formu	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

MG	: Miligram
E-SİGARA	: Elektronik Sigara
HTPs	: Heated Tobacco Products (Isıtılmış Tütün Ürünü)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DM	: Diyabetes Mellitus
ÖTV	: Özel Tüketim Vergisi
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
NRT	: Nikotin Replasman Tedavileri
NYKT	: Nikotin Yerine Koyma Tedavileri
FDA	: Amerikan İlaç ve Eczacılık Dairesi
EMA	: Avrupa İlaç Ajansı
EMASH	: European Medical Association Smoking or Health
HDL	: High Density Lipoprotein
MAO	: Monoamin Oksidaz
TÖ	: Tükenmişlik Ölçeği
ETÖ	: Eş-tükenmişlik Ölçeği
KF	: Kısa form

TABLOLAR

Tablo 1:	Katılımcılara ait sosyodemografik veriler.....	39
Tablo 2:	Katılımcıların meslek memnuniyetleri ve çalışma süreleri.....	40
Tablo 3:	Katılımcılara ait hastalık ve kullanılan ilaç durumları.....	40
Tablo 4:	Katılımcılara ait sigara ve alkol kullanım bilgileri	41
Tablo 5:	Katılımcıların sigaraya başlama ve sigara içme nedenleri.....	41
Tablo 6:	Katılımcılara uygulanan Fagerström, TÖ-KF ve ETÖ-KF Sonuçları	42
Tablo 7:	Tükenmişlik ölçeği ile eş tükenmişlik ölçeği sonuçlarının korelasyon açısından değerlendirilmesi	43
Tablo 8:	Tükenmişlik ve eş tükenmişlik ölçeklerinin alt grup ki-kare analizi	43
Tablo 9:	Tükenmişlik ölçeğinin diğer değişkenlere göre dağılımlarının değerlendirilme sonuçları.....	44
Tablo 10:	Eş tükenmişlik ölçeğinin diğer değişkenlere göre dağılımlarının değerlendirilme sonuçları.....	46
Tablo 11:	Fagerström, TÖ-KF ve ETÖ-KF'nin alkol kullanımı ve sigara bırakma girişimine göre analiz sonuçları	47
Tablo 12:	Fagerström sınıflandırma sonuçlarının sigaraya başlama ve sigara içme nedenleri ile karşılaştırılması	48
Tablo 13:	Tükenmişlik ve eş tükenmişlik ölçeklerinin sigaraya başlama ve sigara içme nedenlerine göre değerlendirilmesi.....	49

1. GİRİŞ

Temininin kolay ve ucuz, kullanımının yasal olması nedeniyle nikotin bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir (1). Tütün kullanımı; kardiyovasküler hastalık, solunum yolu hastalıkları ve yirmiden fazla kanser türü ve diğer birçok hastalık için önemli bir risk faktörüdür. Her yıl 8 milyondan fazla insan tütün kullanımından ölmektedir. Tütüne bağlı ölümlerin çoğu, genellikle pazarlamanın hedefi olan düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelir. Tütün, sigara içmeyenler için de ölümcül olabilir. Pasif sigara dumanı maruziyeti olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir ve yılda 1,2 milyon ölüme neden olmuştur. Tüm çocukların yaklaşık yarısı tütün dumanıyla kirlenmiş hava solumaktadır ve her yıl 65.000 çocuk pasif içiciliğe bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Hamileyken sigara içilmesi, bebekler için yaşam boyu çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir (2). Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından tütün alışkanlığı bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (3). Gelişmiş ülkelerde sigara karşıtı örgütlerin yaptığı çalışmalar, özel bıraktırma kampanyaları, halkın sigaranın zararları konusunda bilgilendirilip bilinçlendirilmeleri ve hukuki düzenlemeler sonucunda tüketimin azalmasına karşın, bizim de içinde bulunduğumuz gelişmekte olan ülkelerde tüketim artmaktadır. Sigara üreten firmalar reklam kampanyalarını yoğun bir şekilde sürdürmekte olup, insanları değişik yönlerde etkilemektedirler. Özellikle gelişmekte olan ülkeleri, gençleri ve kadınları kendilerine hedef seçmişler ve bu konuda da başarılı olmuşlardır. Pek çok araştırmada sigaraya başlama yaşının çoğunlukla 20 yaşın altında olması bu durumu desteklemektedir. Sigara içen bir kişinin sağlığını koruması için yapması gereken en önemli şey sigaranın bırakılmasıdır. Sigarayı bıraktığında sigara ile ilişkili hastalıkların ortaya çıkma riski azalacak, hastalık varlığında ise hastalığın ilerleme hızı yavaşlayacaktır (1). Sigara bırakma programından etkili şekilde yararlanabilmesi için her şeyden önce kendisini istekli, kararlı ve hazır hissetmesi gerekmektedir (4).

Günümüzde bireyler iç ve dış çevreden kaynaklanan birçok uyarıcıyla karşılaşmakta ve bunlardan olumlu ya da olumsuz etkilenmektedir. Tükenmişlik kavramı, sağlık alanında gönüllü çalışanlarda gözlenen tükenmeyi ifade etmek için ilk

kez Freudenbergger tarafından kullanılmıştır. Daha sonraları Maslach ve Jackson tükenmişliği fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, mesleğe, genel olarak yaşama ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlara belirginleşen, fiziksel, emosyonel ve mental bir tükenme sendromu olarak tanımlanmıştır (5). Tükenmişlik daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülür ve üç alanda incelenir. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır (6). Duygusal tükenme, kişinin kendisini duygusal yönden, aşırı yıpranmış, tükenmiş, hissetmesidir. Duyarsızlaşma, başkalarına karşı olumsuz tutumlar içerir. Kişinin hizmet verdiği kişilere bir insan değil de nesne gibi davranmasıyla kendini gösterir. Kişisel başarı ise yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar ve kişinin kendini olumlu değerlendirmesiyle ilgilidir (6). Tükenmişliğin majör özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmeyi içerir. Bireyde tükenme durumunda ortaya çıkabilecek başlıca belirtiler şunlardır: Psikofizyolojik belirtiler; yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı, kronik soğuk algınlığı, sık baş ağrıları ve uyku bozuklukları, gastrointestinal bozukluklar ve kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik hastalıklar, koroner kalp rahatsızlığı insidansında artmadır. Psikolojik belirtiler; duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali, çabuk öfkelenme, zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, çökkün duygu durum, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizlik. Davranışsal belirtiler: hatalar yapma, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, işe geç gelme, izinsiz olarak ya da hastalık nedeni ile işe gelmeme, işi bırakma eğilimi, hizmetin niteliğinde bozulma, işte ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma, kaza ve yaralanmalarda artış, meslektaşlara ve hizmet verilen kişilere, mesleğe vb. karşı alaycı bir tavır sergileme, işle ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme, kuruma ilginin kaybı.

Genel olarak literatürde çalışma ortamına bağlı olarak tükenmişliğin ortaya çıkmış olduğu gösterilmiştir (7). Ancak aile ortamı, sosyal çevre, eş ile olan ilişkilerin yolunda gitmemesi durumu da kişide tükenmişlik nedeni olabilmektedir (8).

Tükenme durumunda davranışsal belirtiler olarak bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle sigara bırakma planlarını da kişiler erteleyebilirler ve istemeyebilirler. Ancak tükenmişlik durumunda yaşanan duygusal tükenme kişinin isteklerinde azalmaya yol açacağı için sigara içme arzusu da azalabilir ve bu nedenle sigara bırakmayı düşünebilirler.

Öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri ve sigara içme arzusu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada öğretmenlerin duygusal tükenmişlik düzeyleri artarken, sigara içme arzularının da arttığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada öğretmenlerin kendilerine yönelik kişisel başarı, yeterlilik algıları düştükçe sigara içme arzularının da düştüğü görülmüştür (9).

Biz çalışmamızda sigara bırakmaya karar veren kişileri duygusal yönden daha iyi anlayarak sigara bıraktırma yöntemini daha doğru belirleyebilmek adına sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin hem mesleki hem de eşle ilgili tükenmişlik durumlarını tanımlamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün tarımının yaklaşık 8000 yıl önce Amerika kıtasında başladığı ve bu tarihten 4500 yıl sonra Mayalar'ın tütün kullandığı bilinmektedir. Yerlilerin kuru tütün yapraklarını ufalayarak ya da sararak ilkel pipolarda kullandığı; tütünden yapılan sakızları çiğnediği; tozlarını ciltlerine sürdükleri ya da lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır. Daha sonra tütün kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneyde ise İnkalar tarafından benimsenmiştir (10).

Avrupalılar 1492'de Kristof Kolomb ve ekibinin Amerika kıtasını keşfiyle tütünü tanımıştır (11). Yerliler dini tören ve şöenlerde kullandıkları tütünü Avrupa'dan gelen denizcilere tanıtmış ve ikram etmiştir. Amerika'ya göç eden Avrupalılar ilk kez 1531'de tütün üretimine başlamış daha sonra 1612'de artan tütün tüketim talebiyle Virginia'da ticareti yapılmıştır (10,11).

Tütünün Avrupa'ya yayılması ise 1560 yılında Portekiz'deki Fransız büyükelçisi Jean Nicot'un, Fransa kraliçesi Cathrine De Medicis'e baş ağrısı için tütünü takdim etmesi ve kraliçenin ağrısına iyi gelmesiyle olmuştur. Bu durumun ardından tütünün, keyif ve cesaret verici özelliklerine ilaç olarak da etkili olduğu düşüncesi eklenmiş ve Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Jean Nicot'a ithafen tütüne "Nicotiana", 1828'de bulunan alkaloidine ise "Nicotin" adı verilmiştir (10,11).

Tütün tüketiminin artış göstermesi üzerine İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa; Amerika'daki sömürgelerinde tütün üretimi yaptırıp tütün ticaretinden gelir sağlamaya başlamışlardır. Hızla Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yayılan tütünü, Macellan Filipin adalarına; Portekizliler, Hindistan ve Çin gibi Doğu ülkelerine götürmüşlerdir (12).

Keyif verici olarak tütüne verilen paranın gereksiz bir harcama olarak görülmesi ve sağlığa zararlı olduğunun düşünülmesi yasaklamaları da beraberinde

getirmiştir fakat her türlü yasaklamaya, hapis ve ölüm cezalarına rağmen tütün kullanımı ilginç çelişkileriyle birlikte devam etmiştir (11).

Tütünün Anadolu'ya ne zaman ve nasıl geldiği konusunda kesin bir bilgi bulunmamakla birlikte, 16. yüzyıl sonunda geldiğine inanılmaktadır. Türkiye'nin tütün geçmişinde, ilk tütün ekiminin Osmanlı Devleti zamanında Makedonya'nın Yenice kentinde başladığı, Anadolu topraklarında ise ilk olarak Akhisar, Foça, Söke ve Bursa'da yetiştirildiği bildirilmiştir (13).

Anadolu şartlarına iyi uyum sağlayan tütün, uluslararası pazarda “Türk Tütünü” (Turkish/Oriental Tobacco) adıyla iyi bir noktaya gelmiştir. Osmanlı İmparatorluğu'nda olduğu gibi Türkiye Cumhuriyeti'nin de ana ihracat ürünlerinden biri olmuştur. Tütün üretimi 1980'lere kadar artmıştır fakat yapılan araştırmalar insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda farkındalık yaratmış, 1996 yılında tütün ürünlerinin halka açık yerlerde yasaklanmasıyla tarım faaliyetleri azalmıştır . Ancak bu yasaklamalar uzun sürmemiştir. Zamanla tütünün sadece kullanım şekli değişmiş olup; 18. yüzyılda enfiye çekilirken, 19. yüzyıl puro, 20. yüzyılda sigaranın artan tüketimi ile çok fazla sayıda insan tütün kullanmaya başlamıştır. 21. yüzyıla geldiğimizde tütünün insan sağlığına zararlarını gösteren çok sayıda çalışmaya rağmen tütün kullanımı sonucu buna bağlı hastalık ve ölümler artmaktadır (13).

2.2. Tütün Bitkisi

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde bulunan çoğunlukla tek yıllık bir bitkidir. Nicotiana cinsine ait çok fazla tür bulunmaktadır ve bu türlerden “nicotiana tabacum” ve “nicotiana rustica” keyif verici bitki olarak kullanılmaktadır. Dünya'da ve Türkiye'de yetiştirilen tütünün yüzde 90'dan fazlasını “nicotiana tabacum” oluşturmaktadır. Türk tipi veya şark tipi tütün olarak da bilinir, %1-2 civarında nikotin içerir, çoğunlukla sigara üretiminde kullanılır. Nikotin oranı daha yüksek (%4-6) olan “nicotiana rustica” ise pipo, nargile, enfiye ve çiğnemelik tütün üretiminde kullanılır. Tütün bitkisinden selüloz, esans, kolonya ve yağ da elde edilmektedir (13,14).

2.3. Tütün Ürünleri

Tütün yaprağının tamamen ya da kısmen hammadde olarak kullanılmasıyla yapılan içme, buruna çekme, çiğneme veya emme amaçlı ürünler “tütün ürünü” olarak adlandırılmaktadır. Tütün, yanmasından oluşan dumanın inhale edilmesi ile ya da dumansız olarak kullanılmaktadır. Sigara, nargile, pipo ve puro tütün dumanının kullanıldığı tütün ürünleridir. Çiğnemelik tütün ve enfiye tütün ise dumansız olarak kullanılan tütün ürünleridir (14,15).

Yeni üretilen ürünlerden olan “ısıtılmış tütün ürünü (HTPs)” ve nikotini aerosol haline getirip inhale edilmesini sağlayan elektronik sigara da (e-sigara) kullanılan ürünler arasındadır (15,16).

2.3.1. Sigara

Sigara en çok kullanılan tütün ürünüdür. Tütünün kıyılmasının ardından kâğıda sarılmasıyla hazırlanır. Filtreli ya da filtresiz olarak silindir biçiminde üretilir. İçerdiği tütün tipine ve üretildiği fabrikasyon yöntemine göre şark (Türk tipi, oriental), dark (Fransız, esmer), Virginia (İngiliz), Amerikan blend ve kretek olmak üzere beş çeşidi bulunmaktadır. Sigaranın küflenmesini engellemek için koruyucu madde olarak “sodyum benzoat” eklenmektedir. Katran; tütün dumanının nikotin, su buharı ve diğer gazlardan ayrıldıktan sonra geriye kalan kimyasallar için kullanılan bir terimdir. Katran küçük hava yollarına ve alveollere birikir (14,17).

2.3.2. Sarma Sigara

Tütün ile birlikte sigara kağıdı veya filtreli boş sigara tüpü içeren bir ambalaj içinde piyasaya sunulan tütün ürünüdür (14,17).

2.3.3. Puro

Puroluk ve kısmen sigaralık tütünün yapraklarının sarılması ile elde edilen tütün ürünüdür (14,17).

2.3.4. Pipo

Uç kısmında yakılacak tütünün koyulacağı yanma haznesi ve kiraz veya gül ağacından yapılan ağızlık kısmından oluşan bir tütün içme aracıdır. Ağızlık kısmında “balsa” ağacından yapılan ahşap veya karton kılıflı aktif karbon içeren filtreler bulunur (14,17).

2.3.5. Nargile

Tütünün yanması sonucu oluşan dumanının soğuk suyun içinden geçerek inhale edilmesi esasına dayanır. Tömbeki tütününün kullanıldığı “naturel nargilelik tütün” ve aromatik maddelerin eklendiği “aromalı nargilelik tütün” olarak iki şekilde kullanılır. Lüle, ser, şişe ve marpuç olmak üzere dört parçadan oluşan “nargile” denilen aletle tüketilir (14,17).

2.3.6. Enfiye Tütün

Nikotin oranı yüksek tütünün (nikotiana rustica) toz haline getirildikten sonra buruna çekilerek kullanıldığı tütün ürünüdür. El baş parmağı ile el bileği arasındaki enfiye çukuruna yerleştirilerek kullanıldığından dolayı enfiye tütün olarak adlandırılmıştır. Karanfil, karbonat, tarçın ve bergamot gibi maddelerle karıştırılarak elde edilmektedir. Kokulandırmak amacıyla gül suyu ya da kimyon gibi esanslar da kullanılmaktadır. Dünyada yine farklı maddelerle karıştırılıp ağızda bekletme veya buruna çekme şeklinde kullanılan “snus” ve “snuff” isimli tütün ürünleri de bulunmaktadır(14,17).

2.3.7. Çiğnemelik Tütün

Burley, Virginia ve Hasankeyf tipi tütünlerin yaprakları orta damarlarından ayrıldıktan sonra soslanarak preslenir, istenilen nem oranına ulaşıncaya kadar kurutulur ve kalınca kesilir. Küçük tahta kutularda veya poşetler halinde satılan bu tütün ürünü yanak ve dişeti arasında yerleştirilip ara ara çiğnenip tekrar yanakta bekletilerek kullanılır. Ülkemizde Kahramanmaraş ve Gaziantep çevresinde yüksek

nikotin içerikli “*nicotiana rustica linn*” tütünü ile meşe, ceviz, asma ağaçlarının küllerinin karıştırılmasıyla elde edilen Maraş otu olarak bilinen tütün ürünü kullanılmaktadır. Alt dudak ile çene arasında bekletilerek kullanılan Maraş otunun piyasa arzı 2008 yılında yasaklanmıştır (14,17).

2.3.8. Elektronik Sigara (E-sigara)

Elektronik sigara içindeki sıvı nikotini ısıtarak buharlaşmasını sağlayan pilli elektronik cihazlardır. E-sigaraaların içinde nikotin, propilen glikol, su, gliserol, aromalar ve tatlandırıcılar bulunmaktadır. Kullanıcılar cihaz ucundan çıkan buharı solurlar. Alınan nikotin, cihaz ve kullanıcının özelliklerine göre değişmektedir. Tütünün yanması sırasında oluşan sağlığa zararlı maddeleri içermediği için güvenli bir alternatif olarak piyasaya sunulmuştur. Tek kullanımlık veya yeniden kullanılabilir/doldurulabilir kartuş ya da rezervuarlar mevcuttur (18).

2.3.9. Isıtılmış Tütün (Heated Tobacco Products (HTPs))

Tütün endüstrisi tarafından 2017 yılında piyasaya sürülen yeni bir tütün ürünüdür. Tütün, nikotin, tatlandırıcılar ve nemlendiriciler içermektedir. Geleneksel sigaralarda tütün 600°C’de yakılırken bu ürünlerde tütün 350°C’ye kadar ısıtılarak nikotin aerosol haline getirilir. E-sigaradan farklı olarak bu üründe sıvı nikotin yerine gerçek tütün ısıtılmaktadır. Daha düşük derecelerde ısıtılması ile zararlı kimyasal bileşiklerin daha az oluştuğu iddia edilerek reklam edilmektedir (16,19).

2.4. Tütün Epidemiyolojisi

Dünyada ve Türkiye’de tütün kullanımı, çok yaygındır. Yasal, ucuz ve kolay erişilebilir olduğundan önemli sağlık sorunlarından biri olmaktadır. Tütün kullanımı özellikle gençler arasında ciddi bir halk sağlığı sorunudur. İçeriğinde bulunan nikotin, yaygın bir bağımlılık sorunu olarak kabul edilir. Hindistan, Endonezya ve Çin tütün tüketiminde önde gelen ülkeler arasındadır. Türkiye, yaklaşık 17 milyon tütün ve tütün ürünü kullanıcısı ile 10. sırada yer almaktadır (20).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi tütün tüketim düzeyi ile ters orantılıdır, gelişmiş ülkelerde oran düşük iken gelişmekte olan ülkelerde yüksek olduğu görülmektedir (21). DSÖ verilerine göre dünya erkek nüfusunun %33,7'si ve kadın nüfusun %6,2'si toplamda dünyanın %19,9'u yani yaklaşık 1 milyar insan sigara kullanmaktadır. Her gün sigara kullananların arasında en fazla sigara içenlerin oranı 25 ile 44 aralığındaki yaş grubudur. Eğitim seviyesi arttıkça sigara kullananların sayısı azalmaktadır. Toplumda en fazla sigara içen öğrenim grubu ilkokul ve lise iken, üniversite eğitilmişlerde sigara içme oranı düşmektedir (22).

Sigara kullanımı 15-24 yaş aralığındaki toplam nüfus arasında 2016'dan 2019 yılına kadar artış göstermektedir. Aynı yaş aralığında sigarayı hiç kullanmayanların oranı erkek ve toplamda azalmış, kadınlarda ise artmıştır (22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Türkiye için yapılan öngöründe 2025 yılında sigara kullanım oranının erkeklerde 40,2; kadınlarda 20,5 ve toplamda ise 30,4 olacağı tahmin edilmektedir (23).

2.5. Tütün Kontrolü ve Mevzuat

Tütün tüketiminin sebep olduğu sağlık sorunları, ülkeleri tütün kullanımının kontrol altına alınmasına itmiştir. Ancak, tütün sektörünün dünya çapında ulaştığı boyut nedeniyle ülkelerin tek başına bu sorunla mücadele etmelerini mümkün kılmamaktadır. Uluslararası bir örgüt olan DSÖ tarafından 2003 yılında tütün arzını ve talebini azaltmak için ülkelere yardımcı olmak amacıyla “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)” uygulamaya konulmuştur (20). Kontrol önlemleri için oldukça etkin olan TKÇS, Türkiye tarafından 2004 yılında kabul edilerek iç mevzuat haline gelmiştir (10).

Türkiye’de 7 Kasım 1996’da yasalaşan 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” ile tütün tüketiminin kontrolüne ilişkin yasal düzenleme iç mevzuata girmiştir. Kanunun amacı; “kişileri tütün ve tütün mamullerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirler almaktır” olarak belirtilmiştir. Bu kanun ile tütün ürünlerinin 18 yaşından küçüklere satışı da yasaklanmıştır.

TKÇS'nin kabul edilmesinin ardından 4207 sayılı kanunun TKÇS'nin hükümlerine göre genişletilmesi gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, 03 Ocak 2008 tarihinde kabul edilen 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile 4207 sayılı kanun TKÇS'ye göre yeniden düzenlenerek genişletilmiştir (24).

Türkiye’de Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı çalışmaları başlatılarak bu çalışmaların ulusal çapta koordinasyonun sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı başkanlığında “Ulusal Tütün Kontrol Komitesi” oluşturulmuştur. İlk Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012 yılları arasını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Eylem Planı ile, “2010 yılına kadar toplumun %90’ında sigara karşıtı bir tutum” oluşturulması hedeflenmiştir (20,25).

DSÖ tütün kontrolünü sağlamak amacıyla M-POWER (GÜÇLENDİRME) yaklaşımını hazırlamıştır.

- * M (Monitor, tobacco use and prevention policies) Tütün kullanımını ve önleme politikalarını İZLE,
- * P (Protect people from tobacco smoke) Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerini ÖNLE,
- * O (Offer help to quit tobacco use) Sigarayı bırakmak isteyenlere YARDIM ET,
- * W (Warn about dangers of tobacco) Bireyleri sigaranın zararları ile ilgili UYAR,
- * E (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship) Tütün reklâmı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları UYGULA,
- * R (Raise taxes on tobacco) Tütüne uygulanan vergi miktarını ARTIR,

adımlarından oluşmaktadır.

Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı kapsamında Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler ise:

- * Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim,
- * Sigarayı Bırakma,
- * Fiyat ve Vergilendirme,
- * Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi
- * Reklâm, Promosyon ve Sponsorluk,
- * Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi

gibi altı başlık altında toplanmıştır.

Ayrıca ülkemizde pratikte birtakım uygulamalara gidilmiştir. Bu uygulamalar arasında;

- Tütün ürünleri üzerinde kullanımı caydırıcı uyarıların yazıların yer alması,
- Televizyon kanallarına ayda 90 dakika süre ile tütün ürünlerinin zararlarından bahseden kamu spotlarının yayınlanması zorunluluğunun getirilmesi,
- 2008 yılı itibarıyla kamuya açık tüm kapalı alanlarda, 2009 yılı itibarıyla ise özel işletmelerin kapalı alanlarında tütün tüketiminin yasaklanarak ‘Dumansız Hava Sahası’nın vurgulanması,
- 2010 yılında 7 gün 24 saat hizmet veren “Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı”nın kurulması,
- 2010 yılı itibarıyla sigara paketleri üzerinde yazılı uyarıya ilave olarak sağlık sorunlarını gösteren fotoğrafların kullanılması,
- 2012 yılı itibarıyla tütün ürünleri paket ve şişelerinin bir yüzünün %65’inin caydırıcı uyarıyla kaplanmasının zorunlu hale getirilmesi,
- Kapalı alanlarda sigara içenlerin ihbar edilmesini sağlamak amacıyla 2012 yılında “Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi”nin oluşturularak “Alo 184” ihbar/şikayet hattının kurulması,
- Tütün ürünlerinin 18 yaş altındaki şahıslara satışının yasaklanması,
- 2013 yılı itibarıyla özel araçların sürücü koltuğunda tütün ürünü kullanımının yasaklanması,
- 2013 yılı itibarıyla sigara üzerindeki vergi oranının %81,79’a çıkarılması,

- Toplumun bilinçlendirilmesi amacıyla Dumansız Hava Sahası ve Havanı Korumu isimli medya kampanyalarının yürütülerek kamu spotları, reklamlar, afişler ve broşürler aracılığı ile sigaranın zararlarının anlatılması,
- Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve sponsorluğunun yasaklanarak televizyonlarda sigara görüntüsünün engellenmesi bulunmaktadır.

Türkiye, DSÖ'nün M-POWER yaklaşımını kendi iç Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı'na uyarlayarak tütün kullanımının kontrol altına alınmasında başarılı ile uygulayan ilk ülke olmuştur (20,26).

27 Ocak 2015 tarihinde 2015/1 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe girmiştir. 2008-2012 dönemli eylem planına benzer şekilde altı başlık altında toplanmıştır. Sırasıyla,

- "Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim" başlığında 2018 yılı sonuna kadar toplumun %95'inde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımına karşı tutum oluşturmak,
- "Sigarayı Bırakma" başlığında Sigara bırakma yüzdesini toplumda %50'nin üzerine çıkarmak, sağlık profesyonellerinde, öğretmenlerde, din adamlarında, emniyet ve yargı mensuplarında bırakma yüzdesini %60'ın üzerine çıkarmak ve hamilelerdeki bırakma yüzdesini %90'ın üzerine çıkarmak,
- "Fiyat ve Vergilendirme" başlığında Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) 'nin, sigara perakende satış fiyatının en az %70'ini oluşturmasını sağlayarak vergi artış oranının enflasyon oranının üzerinde kalmasının sağlanması,
- "Tütün Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi" başlığında tütün dumanından pasif etkilenimin sağlık risklerine ilişkin bilgileri toplumun en az %90'ına ulaştırmak, mevzuat tarafından "kapalı" alan olarak belirlenmiş alanlarda tütün ve tütün ürünleri tüketiminin %100 engellenmesine ilişkin denetim kapasitesini güçlendirmek ve evlerde/yaşam alanlarında/özel mülkiyetlerde pasif etkilenimin önlenmesi için toplumun en az %80'inin desteğini sağlamak,

- “Reklam, Promosyon ve Sponsorluk” başlığında tütün ve tütün ürünlerinin reklam,

promosyon ve sponsorluğunun tamamen ortadan kaldırılması,

- “Ürün Kontrolü ve Toplumun Bilgilendirilmesi” başlığında ise tütün ve tütün ürünlerinin içeriklerinin ve yaydıklarının insan sağlığına zararlı veya olası zararlı etkilerine ilişkin bilimsel kanıtlara ve uygulamalara dayanılarak teknik düzenlemelerin geliştirilmesi, 2016 yılına kadar tütün ve tütün ürünlerinin içerikleri ve yaydıklarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla ulusal referans laboratuvarının kurulması, tütün ve tütün ürünlerinin içerikleri ve yaydıkları hakkında tüm bireylerin anlayabileceği ifadelerle hazırlanmış, delil bazlı ve objektif bilgi dokümanlarına dayanılarak toplumun ve kamuoyunun bilgilendirilmesi ve tütün ve tütün ürünlerinde kullanılan sağlık uyarı ve mesajları ile en etkin uygulama yöntemlerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir (27).

2018 yılında ilan edilen ve üçüncü tütün kontrol planı olan “Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023”ün nihai amacı “toplumdaki tüm bireyleri, tütün ürünlerinin sağlık, ekonomik, çevresel ve sosyal zararlarından korumak” olarak belirlenmiştir (28).

2.6. Sigara Kullanımının Sebepleri

2.6.1. Akran Etkisi

Ergenliğe giren gençler bağımlılık yaratan uyarıcı madde, alkol ve sigara kullanımı açısından en riskli grubu oluştururlar. Bu dönem sigaraya başlamak ve kullanımına devam etmek için risklidir. Akran grubunda sigara içenler olduğunda gençler bu grubun dışında kalmamak, kendilerini kanıtlamak ya da grupta yer edinmek için sigaraya başlarlar. Sigara kullanmaya başlama yaşı birçok faktöre bağlı olarak değişmekle birlikte sigara içenlerin çoğunun sigaraya ergenlik döneminde başladığı görülmektedir. Özellikle üniversite çağındaki gençlere uygulanan aile baskısının

ortadan kalkması, daha rahat para harcama ve okul kontrolünün kendinde olması bireylerin sigaraya başlamasını kolaylaştıran nedenler arasındadır (29).

Birçok çalışmada sigara içmeye başlamada aile üyelerinden ziyade sigara içen arkadaşların etkisinin daha önemli olduğu gösterilmiştir (30).

2.6.2. Ailede Sigara Kullanan Üyelerin Etkisi

Ailede sigara içenlerin olması diğer aile bireylerinin de sigara içmesi için risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda ailenin eğitim seviyesi evdeki diğer üyelerin sigara kullanma prevalansını etkileyebilmektedir. Eğitim seviyesi düştükçe çocukların sigara kullanma olasılığı artmaktadır (29). Gençler için aile ilk modeldir. Bu sebeple sigaraya karşı mücadele ilk olarak aile içerisinde başlamalıdır.

2.6.3. Sigaranın Ulaşılabilirliği

Sigaraya ulaşılabilirliğinde sigaranın fiyatı ve yaş sınırı önemli bir etkidir. 18 yaşının altındaki bireylere sigara satışının yapılmaması sigara kullanımını önlemek konusunda önemlidir. Yapılan araştırmalarda sigaranın fiyatındaki artışa karşı tepkilerin büyük çoğunluğunun ergenler tarafından gösterildiği vurgulanmıştır. Fakat sigaranın fiyatındaki yükselme sigara içmeyi azaltmadığı, sigara miktarını hafiflettiğini söylemişlerdir (29).

2.6.4. Kendini İfade Edememe

Yaşadığı ortam içerisinde bireylerin kendilerini ifade edememesi ve baskıcı bir ortam içerisinde bulunması bağımlılık yapıcı madde olan sigara kullanımının başlamasında önemli bir etkidir. Kişilerin kendilerini ifade edebilecekleri bir ortam sağlamak ise bağımlılık riskini azaltmaya yönelik alınabilecek önlemlerdendir (29).

2.7. Bağımlılık

Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden bir tablodur. Beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkileri maddenin keyif verici özelliğine ve kişinin sürekli kullanarak bağımlı olmasına neden olur. Bağımlı kişi, yaşadığı olumsuz sonuçlara rağmen bağımlı olduğu maddeyi kullanmayı sürdürür (31).

2.7.1. Bağımlılık Çeşitleri

2.7.1.1. Psikolojik Bağımlılık

Maddeye karşı aşırı bir istek duyma biçiminde ortaya çıkan yoksunluk psikolojik bağımlılık şeklinde tanımlanmaktadır (32). Bu tip bağımlılık gelişen kişilerde beyin sigara olmadan normal fonksiyonda çalışamaz ve o maddeye karşı aşırı bir istek duygusu meydana getirir. Bir maddeye karşı aşırı istek ile yoksunluk benzerdir. Madde alınmadığı zaman bireylerde sinirlilik, stres, anksiyete, kontrol kaybı ve saldırganlık gibi durumlar görülebilir. Madde alındığında ise; rahatlama- doyum ve haz ortaya çıkar (33).

2.7.1.2. Fiziksel Bağımlılık

Maddenin varlığına karşı duyulan fiziksel ihtiyaç olup, maddeye karşı bir uyum gelişmesi ve madde alınmadığı zaman kişilerde bulantı, kusma, terleme, titreme, öfori gibi belirtilerin ortaya çıkması ile karakterizedir (34,35). Fiziksel bağımlılığın şiddeti maddeye ulaşamadığında ortaya çıkan yoksunluk semptomları ile koreledir.

2.8. Sigara Bağımlılığı

Günümüzde tüm toplumlarda tütünün en yaygın kullanımı, sigara şeklinde kullanımıdır (36) . Tütünün içinde bulunan nikotin, bağımlılık yapıcı bir maddedir.

Sigara içen kişilerin çoğunluğu sigara içiyor olmaktan memnun olmadıkları halde, nikotin bağımlılığından dolayı sigara içmeye devam ederler. Sigara kullanımı ile mücadele aslında nikotin bağımlılığı ile mücadeledir (37).

Kişilerin bağımlılık düzeyleri çok farklıdır. Bazı kişilerin bu bağımlılıktan kurtulması daha kolay iken bazılarında oldukça zordur. Tütün bağımlılık düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş farklı ölçekler mevcuttur. Bu ölçekler arasında en çok bilinenler, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile Avrupa Hekimler Birliği (European Medical Association on Smoking or Health (EMASH)) bağımlılık testidir (38,39).

2.8.1. Sigara Bağımlılığı Tedavisi

Sigara bırakmadaki tedavinin başarısı sigarasız geçirilen süre ile belirlenmektedir. Nikotinin beyinde ortaya çıkardığı ödül sistemi, adaptasyon süreci ve yoksunluktan dolayı süreç zorlaşmaktadır (40). Bireyler hekim desteği olmadan sigarayı bırakmaya çalıştığında kısa süreli, aniden nikotinden uzak kalmak yoksunluk semptomlarını artırmakta ve kişi eskisinden daha fazla sigara tüketmeye başlamaktadır.

Sigara bırakma tedavileri iki grupta ele alınmaktadır: Farmakolojik ve Psikolojik ya da Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri. Tek bir tedavi yönteminin değil de her iki tedaviyi birlikte uygulayarak multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (41,42). Bireyin sigara bırakmaya meyilli olması tedavi başarısı için çok önemlidir ve bu konuda hekim desteği de gereklidir. Araştırmalar göstermiştir ki hekim desteği olmadan tek başına sigarayı bırakmaya çalışanlar büyük oranda sigarayı bırakamamışlardır (43,44).

2.8.1.1. Psikolojik ya da Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri

Sigara bırakma tedavisinde bireyin sigara bırakmayı isteyip istememesini önemlidir. Bırakmak isteyen kişiye 5A, isteksiz olan kişiye 5R yaklaşımı uygulanmaktadır (41,42). Sigara bırakmaya istekli kullanıcı için geliştirilen 5A, 5

adımlı bir yaklaşımdır. Hekimin veya uzmanın uygulayacağı 5 adımın ilk harflerinden oluşmaktadır. Bunlar; Ask (Öğren), Advise (Öner), Asses (Değerlendir), Assist (Yardım Et), Arrange (Örgütler)'dir. Birinci adımda kişinin sigara kullanıp kullanmadığı öğrenilmeli, ikinci adımda kullanıyorsa bırakması önerilmeli, üçüncü adımda sigara bırakmaya motivasyonun olup olmadığı değerlendirilmeli, dördüncü adımda en uygun tedavi yönteminin belirlenmesinde kullanıcıya yardım edilmeli ve beşinci adımda ise hastanın durumu belirli sürelerle yüz yüze ya da telefonla görüşmeler yapılarak takip edilmelidir (41,42).

Sigara bırakmaya isteksiz kullanıcılar için kullanılan 5R yaklaşımı da 5 adımlıdır. Bunlar; Relevance (İlişkilendir), Risks (Riskler), Rewards (Ödüller), Roadblocks (Engeller), Repetition (Tekrarlama)'dır. Birinci adımda sigara içmenin kişiye ve etrafındakilere verdiği zararlar, gelecekte karşılaşılabilecek sorunlarla ilişkilendirilerek bırakmaya teşvik edilmeli, ikinci adımda kullanıcının orta ve uzun dönemde oluşabilecek riskler belirlenmeli ve kullanıcıdan sigara içmenin kendisinde hangi olumsuz sonuçlara sebep olduğu öğrenilmeli ve oluşabilecek riskler ile oluşan olumsuzluklar arasında ilişki kurulmalı, üçüncü adımda kullanıcıya sigarayı bırakırsa öncelikle sağlığında olmak üzere yaşam şeklinde meydana gelecek olumlu gelişmeler aktarılmalı, dördüncü adımda kullanıcının sigarayı bırakmasına engel olan nedenler(yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destek yoksunluğu, ruhsal çöküntü, içmekten hoşlanma, diğer içiciler ile bir arada bulunma) belirlenmeli ve bunlara yönelik tedavi yöntemi geliştirilmeli ve son adımda sigara bırakma konusunda emin olamayan kullanıcıya her klinik görüşmesinde bırakması için sürekli motivasyon sağlanmalıdır (41–43).

Sigara kullanıcısının bırakma isteğine göre uygun yaklaşım belirlenmelidir. 5A ve 5R yaklaşımı davranışçı ve bilişsel tedavi yöntemlerindendir. Bu yöntemde amaç; kişinin karar vermesi ve karar verdikten sonra hep motive kalmasının sağlanmasıdır.

2.8.1.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Kişi psikolojik olarak sigarayı bırakmaya kesin karar verdikten sonra, kişinin durumuna uygun farmakolojik tedavi tercih edilmelidir. Farmakolojik tedavide ilk

basamakta üç tedavi ajanı bulunmaktadır. Bunlar; nikotin replasman tedavileri (NRT) yavaş salınımlı bupropion ve vareniklidir. Amerikan İlaç ve Eczacılık Dairesi (FDA) ilk basamakta bu üç tedavi yönteminin kullanılmasını onaylarken, Avrupa İlaç Ajansı (EMA) ise sadece bu üç grup tedaviyi onaylamaktadır(43,45,46).

ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) onaylı 7 çeşit nikotin yerine koyma tedavisi(Nikotin sakızları, bantları, inhaler, pastiller, nazal spreyler) vardır (47). Türkiye’de bunlardan ruhsatlandırılarak erişimi sağlananlar ise transdermal bant, sakız ve pastildir.

Kılavuzlar bazı özel durumlar dışında, sigara bırakmak amacıyla başvuran bütün kişilere farmakoterapi başlanmasını önermektedir. İlaçlarla ilgili kontrendikasyon oluşturan durumlar; 18 yaşının altındaki içiciler, gebelik ya da emzirme durumu olanlar, 10 adetten az sigara içen kişiler gibi gruplarda farmakoterapi konusunda dikkatli yaklaşılmalıdır (48).

2.8.1.2.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavileri (NYKT)

Nikotin replasmanının amacı, istekleri hafifletmek ve nikotin yoksunluk belirtilerini azaltmaktır. Herhangi bir tedavi almayanlarda sigara bırakma oranı %10 iken, NYKT alanlarda %17’ye çıkmaktadır, 2 tip NYKT kullanımının tek tip NYKT kullanımından etkili olduğu görülmüştür. Nikotin salınımı yavaş olan nikotin bantları ile salınımı hızlı olan nikotin sakızı, inhalerler, pastiller veya nazal spreylerin kombine edilmesi tedavide etkinliği arttırmaktadır (49).

NYKT diğer tedavi seçeneklerine göre daha güvenlidir. Fakat kullanılmaması gereken bazı durumlar vardır. Bunlar; ciddi aritmisi ve ciddi angina pectorisi olanlar, akut myokard infarktüsü geçiren kişiler, gebe ve emziren kadınlardır. Ayrıca 18 yaş altı için de yeterli çalışma olmadığından kullanımı önerilmemektedir (50). NYKT tedavisi sırasında sigara içme eyleminin tamamen bırakılması gereklidir, NYKT amacıyla kullanılan yöntemler ise azaltılarak kesilir.

2.8.1.2.1.1. Nikotin Sakızı

2 mg ve 4 mg olmak üzere 2 farklı doz seçeneği mevcuttur. 2 mg formu günde 25 ten az sigara içenler için, 4 mg formu ise günde 25 ve üzerinde sigara içenler için uygundur. Günde kullanılabilecek maksimum sakız sayısı 24'tür. Kullanım süresi 8-12 haftadır (41,51).

Nikotin sakızında emilim ağız mukozasında olur. Sigara içme isteği olduğunda sakız 5-10 kere acı tadı gelene kadar çiğnenir daha sonra birkaç dakika yanak mukozasında bekletilir. Sakız hızlı çiğnenirse çok fazla tükürük salgılanır ve gastrointestinal yen etki riski artar. Bu sebeple hızlı çiğnenmesi önerilmemektedir. Sakız çiğnenirken başka yiyecek, içecek tüketilmemelidir. Her sakız yaklaşık 25-30 dk kullanılır ve tekrar yenisinin kullanılması için en az yarım saat geçmelidir (41,52).

Sakız çiğnendikten yarım saat sonra kanda en yüksek seviyesine gelir. Sakız düzenli kan nikotin seviyesi sağlayamadığından dolayı çiğneme miktar ve sıklığı bireylerin gereksinimlerine göre belirlenir (41). Yan etkileri ise bulantı, hıçkırık, hazımsızlık, kusma ve ağız içi, özofagus mukoza irritasyonudur (41,51,52).

2.8.1.2.1.2. Nikotin bandı

16 saatlik ve 24 saatlik kullanıma uygun iki formu mevcuttur. 24 saatlik bantların 21 mg, 14 mg ve 7 mg'lık formları mevcut olup, 16 saatlik bantta ise 15 mg nikotin bulunmaktadır. Günde 15 adet ve üzeri sigara içenlerde 21 mg'lık formu ile başlanıp 4 hafta devam edilmesi, sonrasında 2'şer hafta süreyle sırayla 14 ve 7 mg'lık formalarla tedavinin 8 haftaya tamamlanması tavsiye edilmektedir. İçilen sigara sayısının 15 adetten az olması halinde 14 mg'lık dozla başlanıp doz azaltarak 8 haftaya tamamlanabilir (41,53).

Hasta ile kararlaştırılan ve öncesinde belirlenen günde nikotin bandı tedavisine başlanır. Bant temiz, kılsız ve kuru deriye yapıştırılmalıdır. Cilt irritasyonunu önlemek için her gün farklı bir bölgeye yapıştırmak uygun olacaktır. 2-4 saat içinde nikotin pik seviyeye ulaşır ve bant kullanıldığı müddetçe bu düzey korunur (41,54). 16 saatlik

formlarında nikotinin sebep olduğu uykusuzluk ve huzursuzluk geceleri görülmemektedir. 24 saatlik formlarda da kan nikotin düzeyi daha stabil olduğu için sabah sigara içme isteği ve nikotin açlığı daha az olmaktadır. Hangisinin kullanılacağına kişi özelinde karar verilmelidir (41,54).

Bant yan etkileri çoğunlukla hafiftir ve kalıcı olmamaktadır. Bant uygulama alanında hafif ve kısa süreli cilt reaksiyonları, baş ağrısı ve uyku bozukluğu en sık görülenleridir. Psöriazis, egzama ve kronik ürtiker gibi rahatsızlıklarda bant kullanımından kaçınılmalıdır (51,52,54). Nikotin replasman tedavileri ile vücuda verilen nikotin miktarı, sigara içimi ile alınandan daha az olmakla birlikte, NRT tedavisi alan hastaların bu sırada sigara içmemeleri kesin bir şekilde tavsiye edilmelidir. Gebe ya da emzirenlerde, son 1 ay içerisinde miyokard infarktüsü öyküsü olanlarda, aktif unstabil angina tarifleyenlerde ve aritmi öyküsü olan hastalarda NRT tedavisi uygulanmamalıdır. Karaciğer yetersizliği, böbrek yetersizliği, hipertansiyon, tip 1 DM, feokromasitoma, hipertiroidi ve konjestif kalp yetmezliği gibi durumlarda NRT tedavisi uygulanırken dikkatli olunmalıdır (54,55).

2.8.1.2.2. Bupropion

Noradrenaline dopamin geri alımını zayıf şekilde inhibe eder. Yoksunluk semptomlarını hafifletir. Nikotin barındırmadığı halde sigara bırakma tedavisinde etkinliği olan ilk preparattır (54,56,57).

Plasebo ile karşılaştırıldığında, sigara bırakma başarısını 2 kat yükselttiği belirtilmiştir (58).

Belirlenen sigara bırakma gününden 2 hafta önce tedaviye başlanır. Bırakma tarihinden itibaren on iki hafta ila 6 ay sonrasına kadar devam edilir. İlk üç gün tek doz 150 mg, daha sonra 2x1 şeklinde kullanılır. NRT ile birlikte kullanılabilir. 18 yaş altında kullanımı önerilmez. Depresyon öyküsü olanlarda tercih edilebilir (51,54,59).

Yan etkileri: uyku bozukluğu, ağız kuruluğu ve baş ağrısıdır. Son iki hafta MAO kullanımı olanlar, epilepsisi olanlar ve yeme bozukluğu olanlarda kontraendikedir (51,60,61).

2.8.1.2.3. Vareniklin

Selektif $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptör parsiyel agonistidir, nikotinin reseptöre bağlanmasını inhibe eder. Sigara içme isteğini ve yoksunluk semptomlarını azaltır. Bupropiona göre yoksunluk semptomlarını azaltma etkisi daha fazladır. Herhangi bir tedavi almayanlara göre sigara bırakmayı 2-3 kat artırdığı gösterilmiştir (62–64).

Sigara bırakmak için belirlenen tarihten bir hafta önce vareniklin tedavisine başlanır ve on iki hafta devam edilir. Tedavinin ilk 3 gününde 1x0.5 mg, sonraki 4 gün 2x0,5 mg, daha sonra 2x1 mg şeklinde devam edilir. Diğer tedavilerle kombinasyonu yapılmamalıdır. 18 yaş altı kullanımı uygun değildir (51,65).

Vareniklin %80 idrarla değişmeden atılır. Bu yüzden karaciğer yetmezliği olanlarda doz düzenlemesine gerek yoktur. İleri derece böbrek yetersizliği olanlarda ise dozun 0,5 mg'a düşürülmesi önerilir (41,66).

Anormal rüyaların olduğu uyku bozuklukları, huzursuzluk, kabızlık, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve kusma sık görülen yan etkileridir (51,67,68).

Kardiyovasküler hastalığı olanlarda kullanımı sakıncalıdır. Ayrıca psikiyatrik hastalığı olanlarda hastalık kontrol altında olsa dahi kullanımı önerilmemektedir (51,69).

2.8.2. Sigara Bağımlılığının Sağlık Üzerine Etkileri

Günümüzde en fazla ölüme sebep olan sekiz hastalıktan altısının risk faktörü sigara kullanımıdır ve tütün kaynaklı ölümler önlenabilir ölümlerdir (70). Sigarada 70'ten fazla kanserojen madde, 7000'den fazla toksik madde bulunmaktadır ve pek

çok hastalıkla bağlantılı olup kullananların %50'sinden fazlasının ölümüne sebep olduğu düşünülmektedir. Hayatı boyunca sigara kullanan bireyler ortalama ömründen yaklaşık 10 yıl kaybeder (71). Sigara kullanan kişilerin akciğer kanserine yakalanma riski 25 kat, koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat, inme riski 2-4 kat artmaktadır. Sigara kullanımı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) kaynaklı ölümlerin %80'i, akciğer kanseri kaynaklı ölümlerin %90'ından sorumludur (72).

Pasif sigara dumanı maruziyeti de tüm yaşlarda sağlığa zararlı etkilere sebep olur. Gebelikte sigara kullanımı da ani bebek ölümü, erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi ciddi problemlere neden olur (73).

2.8.2.1. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri sigara tüketimi ile yüksek oranda bağlantılıdır ve %90 kadarı tütün tüketimi nedeniyledir (74). Günlük içilen sigara sayısı ve kullanılan sürenin uzunluğu ile akciğer kanserine yakalanma riski koreledir (72). Sigara akciğer kanseri tiplerinin hepsiyle ilişkilidir. Küçük hücreli akciğer kanserinin ise neredeyse tüm vakalarından sorumludur (75).

2.8.2.2. Kronik Akciğer Hastalıkları

Tütünün içerisindeki toksik maddeler akciğer hasarına sebep olur, alveollerde elastiklik kaybı olur ve amfizem ya da KOAH ortaya çıkar (76) sigara kullananların neredeyse tamamında akciğer inflamasyonu vardır ama KOAH hastalarında toksik maddelere anormal yanıt oluşur (77).

2.8.2.3. Kalp Damar Hastalıkları

Tütün dumanı maruziyeti endotele hasar verip periferik ve koroner arter fonksiyonlarını bozarak, trombozisi artırarak, trigliseridi artırıp high density lipoprotein (HDL) azalmasıyla kronik inflamatuvar duruma yol açıp aterosklerotik hastalık sürecini oluşturur ve insülin direncini artırıp makrovasküler ve mikrovasküler bozukluklara sebep olur (78).

2.8.2.4. Gastrointestinal Sistem

Sigara kullanımı özofagus sfinkter tonusunu ve epitel bütünlüğünü bozarak mukozal hasar yapar. Ayrıca asit ve pepsinojeni artırıp *Helicobacter pylori*'nin zararlı etkilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Tüm bu etkileri sonucu mide ve duodenum ülseri, gastroözofageal reflü, Crohn hastalığı, dispepsi, ülseratif kolit ve gastrointestinal kanserlerin oluşma riskini artırır (79).

2.8.2.5. Ürogenital Sistem

Tütün kullanımı bireylerde fertilité problemlerine neden olmaktadır. Erkeklerde spermelerin sayısı, hareketlerinin azalmasına ve erektil disfonksiyona; kadınlarda erken menapoz, infertilite ve adet düzensizliklerine sebep olur (73,80,81).

2.8.3. Sigara Bırakmada Etkili Faktörler

Tütün bırakma da etkili pek çok faktör vardır. Kişinin iradesi, aile ve arkadaş desteği, profesyonel yardım, hekimin sigara kullanıcısını motive etmesi ve desteği, ilaç veya ilaç dışı tedaviler, sigara karşıtı kampanyalar, sigaraya özendirici reklamların önlenmesi, kapalı alanda sigara içmenin yasaklanması, sigaranın zararları konusunda bilgilendirici reklamlar ve sigara bırakma destek hatları gibi pek çok faktör sigara bırakmada etkilidir (81).

2.9. Tükenmişlik Kavramı

2.9.1. Tanımı ve Önemi

Tükenmişlik sendromu hem kurumlar hem de çalışanlar açısından olumsuzluk yaratan bir durumdur. Bireylerde güçsüzlük, yorgunluk, uyku problemleri, yaygın vücut ağrıları, kilo kaybı, iştahsızlık gibi belirtiler ve işe gitmeme, işe geç kalma, işten ayrılma, ilaç ve madde kullanımı, eleştirilere kapalı olma, rol çatışması, sosyal ortamlardan uzaklaşma, unutkanlık gibi değişiklikler olmaktadır. Ayrıca öfke problemleri, kaygı bozuklukları, suçluluk hissi ve kızgınlık da görülmektedir. Bunlar

sonucunda iş gücü kaybı, hizmetlerde bozulma ve iş kalitesinde düşüş olmaktadır ve bu durumlar bireyi ve toplumu olumsuz etkilemektedir.

Tükenmişlik kavramını ilk olarak ortaya atan 1974 yılında psikolog Herbert Freudenberger olmuştur. Hastalarla ilgilenen personelin iş nedeniyle psikolojik, duygusal ve fiziksel stresten kaynaklı ortaya çıkan bıkkınlık, yorgunluk ve iş bırakma düşüncesi olarak tanımlamıştır (82).

Günümüzde kabul edilen tanımı ise Christina Maslach yapmıştır. Maslach'a göre tükenmişlik sendromu: "İşi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendromdur." (83).

Maslach ve arkadaşlarına göre tükenmişlik kronik stresin sonucu olarak; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalmanın oluşturduğu, işle ilişkili sendrom olarak tanımlanmıştır (83,84).

Tükenmişlik sendromu zamanla ortaya çıkan bir süreçtir. Bu süreçte iş kaynaklı isteklerle başa çıkma çabası duygusal tükenmeye neden olur, duygusal tükenme ise duyarsızlaşmayı tetikler ve ikisi birlikte kişide başarı hissinin azalmasına yol açar. Başarı hissinde azalma da duygusal tükenmeyi tetikler ve kısır döngü şeklinde devam eder (85).

Tükenmişlik sendromunun başlarda yalnızca belirli meslek gruplarında olduğu düşünülürken daha sonraki yıllarda tükenmişliğin sadece yüz yüze etkileşimin olduğu mesleklerde çalışan kişilerde ortaya çıkan bir durum olmadığı anlaşılmış ve tüm meslek dallarında olabileceği belirtilmiştir (83,86).

2.9.2. Tükenmişliğin Alt Boyutları

2.9.2.1. Duygusal Tükenme

Bireyin diğer kişilerin taleplerinden bunalarak verdiği yanıt olarak ortaya çıkar. Kendini bitkin ve kullanılmış hisseder. Kendinde hayata devam edecek enerjiyi bulamaz. İnsanlardan ve karşılaştığı olaylardan kaçınır. Gideren artan kopukluk ve duyguları reddetme sonucu kayıtsızlık ve umursamazlık olur ve tükenmişlik sendromunun ikinci belirtisi olan duyarsızlaşma görülür (87).

2.9.2.2. Duyarsızlaşma

Bireyin iş arkadaşlarına ve hizmette bulunduğu kişilere karşı empatiden ve duygudan yoksun davranması, kayıtsız kalması ve aşağılayıcı davranışlarda bulunmasıdır. Kişilere nesnelermiş gibi davranır. Başkalarına karşı hissettiği olumsuz duygular zamanla kendisine de yönelir ve tükenmişliğin üçüncü belirtisi olan kişisel başarıda azalma görülür (87).

2.9.2.3. Kişisel Başarıda Azalma Hissi

Birey, kişilerle iletişim kurma konusunda yetersizlik hisseder ve kendisini başarısız hisseder. Gündelik işlerini yapmakta zorlanır, konsantre olamaz, yaratıcılığını kaybeder ve işler konusunda olumsuzdur. Kendini depresif hisseder ve bununla mücadele edemez. Sonuç olarak bahaneler üretme, sorumluluklarını yerine getirememeye, işlerden kaçma, işini bırakma veya iş değiştirme davranışları görülür (87).

2.9.3. Tükenmişlik Çeşitleri

Mesleki ve eş tükenmişlik tükenmişlik çeşitleri içerisinde ve birbiri ile etkileşim halinde olduğu düşünülmektedir (88).

2.9.3.1. Mesleki Tükenmişlik ve Eş Tükenmişliği

Pines'a göre insanlar yaşamın anlamlı olduğuna inanma ihtiyacı hisseder ve onlar için anlamlı olanı arama eğilimindedir. Ayrıca çocukluklarında gerçekleştiremedikleri beklenti ve hayallerini anlamlı çocukluk deneyimleriyle yer değiştirme eğilimindedirler. Bu anlamda insanlar doyurulmamış çocukluk ihtiyaçlarını giderecek ve çocukluk yaşantılarına anlam kazandıracak bir iş ve eş seçmek isterler. Fakat kişiler bu seçimlerde başarısız olduklarında benzer travmaları yeniden yaşarlar ve tükenmişlik ortaya çıkar (88–93).

Mesleki tükenmişlik ve eş tükenmişliği birbirini etkilemektedir. Mesleki tükenmişlik şikayeti olan birey araştırıldığında gerçek problemin evlilik veya ilişkisi olduğu farkedilebilir veya tam tersi durum da mümkündür (90).

2.9.4. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik sendromuna neden olarak gösterilen çok fazla semptom ve belirti vardır. Bu kadar çok olmasının sebebi her bireyde belirtilerin değişebileceği ve tükenmişlik konusunun genel belirsizliği olabilir. Belirti ve semptomların tarifinin daha kolay olması için gruplandırılması daha doğru olmaktadır. 5 ana kategoride gruplandırılır. Bunlar; fiziksel, duygusal, davranışsal, kişiler arası ve tutumsal belirtilerdir (94).

Fiziksel belirtiler sırt ağrısı, baş ağrısı, mide- barsak problemleri, halsizlik ve yorgunluk gibi yakınmalar tükenmişlik yaşayanlarda görülmektedir (95). Duygusal belirtiler kaygı, öfke, sinirlilik, depresyon, çaresizlik ve yetersizlik, tükenmişlik hissidir (96). Davranışsal belirtiler çoğunlukla işe gitmeme, geç kalma, kurallara uyumsuzluk, etrafındaki kişilere duyarsızlık ve aşırı yeme, aşırı kahve tüketme, aşırı sigara tüketme, uyuşturucu ve alkol kullanımı, konsantre olamama, iletişim kurmak istememe, aile ilişkilerinde özensizlik, sözel ve fiziksel şiddettir (96–99). Tutum belirtileri ise duygusuzluk, alaycılık, karamsarlık, işten ve hayattan keyif almama, olumsuzlukları düzeltmek için çaba harcamama ve direnç göstermedir (96,98,100,101).

2.9.5. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Tükenmişlik kavramının ilk başlarda kişisel özelliklerden kaynaklı olduğu düşünülmekteydi. Fakat daha sonra kişisel özelliklerden çok örgütsel faktörlerden olan meslek ve iş ortamından kaynaklı olduğu görülmüştür. Tükenmişliğe neden olan faktörler bireysel ve örgütsel olarak farklı iki başlık altında incelenir (86,102).

2.9.5.1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki hizmet süresi ve kişilik yapısı sayılabilir.

2.9.5.1.1. Yaş

Yapılan araştırmalar, mesleğe yeni başlayan genç çalışanların yaşlılara göre tükenmişliğinin daha çok görüldüğü, başarı algısının yaşlı bireylerde genç çalışanlara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (86,103).

2.9.5.1.2. Cinsiyet

Cinsiyet genel tükenmişlik düzeyleri açısından pek etkili değildir. Maslach, tükenmişliğin alt boyutlarında kadınlarla erkeklerin farklılaştığını belirtir. Kadınlar duygusal tükenme boyutunda daha yüksek puanlar alırken erkekler duyarsızlık boyutunda daha yüksek puanlar almıştır (104).

2.9.5.1.3. Medeni Durum

Yapılan çalışmalarda evlenmemiş veya boşanmış kişilerin evlenmiş kişilere göre tükenmişliğe daha eğilimli olduğu gösterilmiştir (84,104,105).

2.9.5.1.4. Eğitim Durumu

Eğitim ile tükenmişlik arasındaki ilişki karmaşıktır. Araştırmalar arasında çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Eğitim düzeyinin artmasıyla tükenmenin azalacağı

düşünülmüş ama sonuçlara bakıldığında eğitim arttıkça tükenmişliğin de arttığı sonucu görülmüştür. Bu sonuç eğitim artınca strese sebep olan durumların ve sorumluluklarında artışı ile açıklanmaktadır (106).

2.9.5.1.5. Mesleki Hizmet Süresi

Tükenmişlik ile çalışma süresi arasında ters yönde ilişki vardır. Mesleki hizmet süresi çok olan bireylerde duyarsızlaşma ve duygusal tükenme azalmakta, kişisel başarı ise artmaktadır (107).

2.9.5.1.6. Kişilik Yapısı

Maslach'a göre duygularını kolayca ifade edebilen kişilerin tükenmişliği daha düşük düzeydedir. Kişinin sık sık olumsuzluklara ve başarısızlıklara odaklanması tükenmişliği artırır (108).

2.9.5.2. Örgütsel Faktörler

Tükenmişliği etkileyen iş ve örgütle ilgili faktörler; iş yükü, kontrol, ödül, topluluk, adalet ve değerler olmak üzere altı ana başlıkta toplanmıştır.

2.9.5.2.1. İş Yükü

İş yükü belirli zaman aralığında belirli bir nitelikte yapılması gereken iş miktarı olarak tanımlanmaktadır. İş yükü çok olan mesleklerde dinlenmek ve dengeyi yeniden sağlamak için boş vakit fırsatı azdır. Aşırı iş yükü, bireylerin iş taleplerini karşılama kapasitelerini azaltarak tükenmişliğe katkıda bulunur (84).

2.9.5.2.2. Kontrol

Bireyin işi üzerinde sahip olduğu karar verme, seçim yapma, sorun çözme ve sorumluluklarını yerine getirme durumu olarak tanımlanabilir. Kontrol eksikliği ile tükenmişlik düzeyleri arasında açık bir ilişki tespit edilmiştir (109).

Kontrol açısından yaşanan uyumsuzluğun, tükenmişliğin kişisel başarıda düşme boyutu ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. İnsanların iş hayatında kontrolü ellerinde tutmadıkları durumlarda tükenmişliğin yaşandığı görülmektedir (84).

2.9.5.2.3. Ödül

Bireyin iş yerine kazandırdığı katkılara karşılık olarak finansal, kurumsal veya sosyal yönden takdir edilmesi ödül olarak ifade edilir. Ödüller bireyin hem maddi hem duygusal yönden doyum içerisinde olmasını sağlar. Bunun aksine yetersiz tanınma ve ödül olmaması işi ve çalışanları değersizleştirir, verimsizlik yaratarak bireylerin tükenmişliğe karşı savunmasız olmasına neden olur (110).

2.9.5.2.4. Topluluk

Bireylerin iş yerindeki diğer insanlarla devam eden ilişkilerini ve sosyal çevresini ifade etmektedir. Destek, güven eksikliği veya çatışmaların olduğu iş yerlerinde daha fazla tükenmişlik ihtimali vardır (84,103).

2.9.5.2.5. Adalet

Bireylerin örgütsel karar veya politikaların doğruluğu hakkındaki olumlu duyguları ve örgütün herkes için adil ve hakkaniyetli kurallara sahip olduğunu algılaması anlamına gelmektedir. Kendilerine karşı adil davranılmadığını düşünen bireylerde öfke, düşmanlık, işine karşı soğuma ve iş verimliliğinde düşme gözlenebilmektedir (109,111).

2.9.5.2.6. Değerler

Bireyleri işine bağlayan idealleri ve motive edici düşünceleridir. Bireysel değerler ile örgütsel değerler arasında bir farklılık söz konusu olduğunda, bireylerin yapmayı arzuladıkları iş ile yapmak zorunda bırakıldıkları iş arasında bir farklılaşma olduğunda bireyler daha fazla tükenmektedir (109).

2.9.5.3. Tükenmişlikle Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlik sendromu çevresel ve bireysel faktörlerin bir araya gelmesi ile ortaya çıkar. Önleme ve başa çıkma stratejileri belirlenirken ilk olarak tükenmişliğin erken tanınması, ortaya çıkmasına sebep olan etmenlerin giderilmesi, bireysel ve örgütsel olarak erken müdahale edilmesi gerekmektedir (7).

Stres belli bir noktaya kadar iş performansını artırır fakat düzeyi arttıkça kişiye zarar vermeye başlar. Kişilerin stres ve iş yükünün azalması daha mutlu ve başarılı olmalarına katkı sağlar. Kişiler stres etkenlerinin farkında olmalı ve çözmeye yönelik adım atabilmelidir. Problemi çözmeye yönelik atılan küçük adımlar kişinin daha iyi hissetmesine katkı sağlar (112).

Tükenmişlikle başa çıkabilmek için bireysel olarak çalışanlara ve örgütsel olarak iş ortamına yönelik önlemler almak çok önemlidir. Günümüzde tükenmişlikle başa çıkmada örgütsel önlemlerden çok bireysel merkezli çözümlere odaklanılmaktadır. Oysaki tükenmişlikle başa çıkmada en etkili yöntemin, örgütsel uygulamalardaki değişiklik ile bireysel önlemler adına yapılan eğitimsel müdahalelerin birleştirilmesi olduğu belirtilmektedir (84).

2.9.5.3.1. Bireysel Önlemler

Tükenmişliğin önüne geçebilmek için öncelikli olarak bireye eğitim verilmelidir. Olumlu düşünme, kişisel yönetim becerileri, strese dayanıklılığı artırma ve kişiler arası ilişkileri düzenleme gibi konularda eğitim verilmelidir. Ek olarak gevşeme, duygusal terapi, meditasyon, ekip oluşturma, etkin zaman yönetimi gibi yöntemler de eklenebilir. Kişiler dinlenmeye zaman ayırmalı, fiziksel ve sosyal aktiviteler yapmalı, düzenli beslenmeli, yaşadığı sorunları paylaşmalı, gerekiyorsa destek almalı, konferans gibi etkinliklere katılmalıdır. Bireysel önlemler, iş yerinde değişiklik yapılamayan durumlarda daha fazla önemlidir (84,113).

2.9.5.3.2. Örgütsel Önlemler

Örgütsel düzeyde yapılan her türlü girişim tükenmişliği önleme konusunda çok etkilidir. Tükenmişliğe neden olan sebepleri belirlemek, kişinin kurumla ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak, görevlerin açıkça belirlenmesi çalışanların tükenmişlikten korunmasına katkı sağlayacaktır. Yönetimde otoriterlikten kaçınmak ve maaşların artırılarak yeterli düzeyde olması tükenmişlikle mücadelede olumlu etki sağlayacaktır (7).

Eksik personel sayısının giderilmesi, yorucu işlerin ekip halinde ve dönüşümlü uygulanması, uzun çalışma saatlerinin düzenlenmesi tükenmişliği önlemede etkilidir. Kurumların eğitimler düzenlemesi, uygun iletişim ortamları sağlaması ve danışmanlık hizmetleri sağlaması tükenmişlikle baş etmede etkilidir. Çalışanları ödüllendirmek, başarılarını takdir etmek ve adaletli davranmak önemlidir. Yeni ve teknolojik araçların kullanımını sağlamak, personelin güvenliğini sağlamak, uygulanabilir programlar hazırlamakta örgütsel stratejiler içinde sayılabilir (84,114).

2.9.5.4. Tükenmişlik Sendromu Sonucu Yaşanan Olumsuzluklar

Tükenmişlik sendromunun sonuçları oldukça geniştir. Bireyin kendi fiziksel ve ruh sağlığını etkileyen, aile yaşantısı, iş ve toplumu etkileyen sonuçları vardır.

İskelet sistemi yakınmaları, kronik baş ağrısı, gastrointestinal yakınmalar, baş ağrısı, stres, öfke, depresyon gibi ruhsal ve fiziksel sağlığını etkileyen sonuçlar olmaktadır (95,96). İşle ilgili olarak; işe gitmeme, işe geç kalma, molaları kötüye kullanma, kurallara uymama, çevresindekilere karşı duyarsızlık, düşük performans gibi sonuçlara yol açabilmektedir (96,97,115).

Tükenmişlik kişinin aile ve sosyal hayatını da olumsuz etkiler. Sinirlilik, öfke, iletişim kuramama, duyarsızlık, madde kullanımı, alaycılık gibi davranışları olan tükenmişlik yaşayan birey aile hayatında da huzursuz ve mutsuzdur. Sosyal ilişkilerinde içine kapanır, kendini soyutlar ve olumsuz davranışlar sergiler (96,115).

Tükenmişlik sonucu aksayan işler, mutsuz kişiler, hizmet alamayan toplum ve aile yapısındaki bozulmalar gösteriyor ki; tükenmişlik sendromunun sonuçları tüm toplumu etkiler ve bu durum ciddiye alınmalı ve önlemeye yönelik stratejiler geliştirilmelidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Konular ve İzinler

Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.09.2022 tarih ve 2022/13-62 karar numaralı izin alınmıştır (Ek-1). Çalışmanın Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniğinde de yapılabilmesi için Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği idari sorumlusundan yazılı izin alınmıştır.

Tükenmişlik Ölçeği ve Eş Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmasını yapan Burhan Çapri ile iletişim kurularak yazılı onayları alınmıştır (Ek-2).

Araştırma kapsamında toplanan veriler bilimsel amaçların dışında kullanılmamıştır. Araştırmanın başından sonuna kadar İyi Klinik Uygulamalar ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun hareket edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.11.2022 ve 01.05.2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniği ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Sigara Bırakma Polikliniği'ne ilk muayene için başvuran 18-65 yaş arası çalışan kişiler oluşturmuştur. Araştırma planlanırken toplamda bir ayda iki polikliniğe ortalama başvuru sayısı 200 olup, bunun ortalama 100 kişisini yeni başvurular oluşturmakta idi. Veriler 6 ayda toplanacağından

bu sürede 600 kişinin ilk başvuru yapacağı düşünülerek örneklem boyutu %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile 234 kişi olarak hesaplandı.

Dahil etme kriterleri:

- 18-65 yaş arası olma
- Aktif olarak çalışma
- Eş, kız-erkek arkadaşı olma
- Sigara bırakma polikliniğinde ilk başvurusu olma

Dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme,
- Anketin eksik ya da yanlış doldurulması,
- Sigara bırakma polikliniğine ilk muayene sonrası başvurma

3.4. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı niteliktedir.

3.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri sözlü ve yazılı onam alındıktan sonar yüzyüze anket yöntemiyle toplandı. Ankette dört bölümden oluşan veri toplama formu kullanıldı (Ek-3). Formun ilk kısmı sosyodemografik özellikleri ve sigara başlama nedenleri ile ilgili 20 sorudan oluşmaktadır. İkinci kısımda 6 sorudan oluşan Nikotin bağımlılığı için Modifiye Fagerström Testi bulunmaktadır. Formun üçüncü kısmında ise 10 sorudan oluşan Tükenmişlik ölçeği-kısa formu ve dördüncü kısımda da 10 sorudan oluşan Eş tükenmişlik ölçeği-kısa formu bulunmaktadır. Anket cevaplama toplam 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.1. Modifiye Fagerström Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT); Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık düzeyini saptamak için geliştirilmiş olan ölçektir. Bu ölçekte hastaya 6 adet soru yöneltilir, bu sorulara alınan yanıtlara göre bağımlılık düzeyi değerlendirilir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Testin Türkçe versiyonunda maddeler arası ilişkinin faktör analizi yapılarak, testin Türkçe versiyonunun sigara bırakma polikliniklerinde nikotin bağımlılığını değerlendirmede ölçüm metodu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir. Sorulara verilen yanıtlara göre; 0-2 puan az bağımlılık, 3- 7 orta bağımlılık ve 8-10 puan ise çok yüksek bağımlılık belirtisi olarak değerlendirilir.

3.5.2. Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik ölçeğinin uzun ve kısa form olarak iki sürümü mevcuttur. Uzun form Pines ve Aronson tarafından tüm meslek grupları kadar meslek dışı gruplarda da kullanılmak üzere oluşturulan kişilerin fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmişlik düzeyini değerlendirmek üzere yedi dereceli bir ölçek üzerinde görüşmecilerin beyanına dayalı olarak hazırlanmış 21 maddeden oluşan formdur (116).

Kısa form ise Pines tarafından daha az maddeden oluşan, kullanımı kolay bir ölçme aracı oluşturmak amacıyla, 10 maddelik formu uyarlanmıştır (117). Tükenmişlik Ölçeği(TÖ)-Kısa Form(KF) için seçilen 10 madde, kişinin fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk düzeylerini değerlendiren 21 maddelik TÖ'nün bağlamsal temeli doğrultusunda belirlenmiştir. TÖ-KF, kişilerin mesleki tükenmişlik düzeyini ölçmek üzere yedi dereceli (1 Hiçbir zaman ve 7 Her zaman) bir ölçek üzerinde görüşmecilerin beyanına dayalı olarak cevaplanmaktadır. Farklı etnik köken, meslek ve öğrenci gruplarından elde edilen verilerle hesaplanan ölçeğin iç tutarlık katsayılarının 0.85 ile 0.92 arasında değiştiği gözlenmiştir. TÖ-KF'ye ait Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının 0.91 olduğu, madde toplam test korelasyonlarının 0.44 ile 0.77 arasında değerler aldığı, test tekrar test yöntemiyle dört hafta arayla elde edilen korelasyon katsayısının ise $r=0.88$ ($p<0.01$) olduğu görülmüştür (117). Söz konusu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Çapri tarafından yapılmıştır (118).

3.5.3. Eş Tükenmişlik Ölçeği

Pines'in 21 maddeden oluşan Eş Tükenmişlik Ölçeği (ETÖ)'nin yerine(89) Pines ve arkadaşları tarafından daha az maddeden oluşan kullanımı kolay bir ölçme aracı oluşturmak amacıyla, onun 10 maddelik kısa formunu kullanmışlardır (119). Pines'in 10 maddelik TÖ-KF'nin eş ilişkileri (evlilik, sözlülük, nişanlılık ve flört gibi) için uyarlanmış hali olan ETÖ-KF'nin bu ölçme aracından ayrıldığı en temel nokta, ölçeğin 2. maddesinde yer alan "İnsanlar İle İlgili Hayal Kırıklığına Uğramış" şeklindeki ifadede yer alan "İnsanlar" kelimesinin yerine "Eşi/Partneri" kelimelerinin gelmesidir. ETÖ-KF, evli olan, flört yaşayan, nişanlı olan veya çift olarak nitelendirilen tüm ilişki türlerinde yer alan kişilerin evlilik ve ilişki ile ilgili tükenmişlik düzeyini ölçmek üzere yedi dereceli (1 Hiçbir zaman ve 7 Her zaman) bir ölçek üzerinde görüşmecilerin beyanına dayalı olarak cevaplanmaktadır. Evli bireylerden elde edilen verilerle hesaplanan ölçeğin iç tutarlık katsayılarının evli kadınlar için 0.94, evli erkekler için ise 0.95 olduğu bulunmuştur. ETÖ-KF'nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.91 olarak hesaplanırken, madde toplam test korelasyonlarının 0.41 ile 0.76 arasında değiştiği ve dört hafta arayla elde edilen test tekrar test korelasyon katsayısının ise $r=0.90$ ($p<0.01$) elde edildiği görülmüştür. Söz konusu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Çapri tarafından yapılmıştır (118).

Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen bulgulara dayanarak, TÖ-KF ve ETÖ-KF'nin Türkçe uyarlamasından elde edilen formlarının mesleki tükenmişliği ve eş tükenmişliğini ölçebilecek düzeyde yüksek geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip olduğu söylenebilir (116).

3.6. Verilerin Analizi

İstatistiksel analiz, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılarak yapıldı. Anket verilerinin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirildi. Parametrik sonuçlara ait tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma, nonparametrik sonuçlara ait tanımlayıcı istatistikler ise ortanca (en düşük değer-en yüksek değer)

olarak verildi. Korelasyon analizinde iki parametrik veri karşılaştırmada Pearson, parametrik/nonparametrik veya iki nonparametrik veri karşılaştırmada Spearman korelasyon testlerinden faydalanıldı. İki bağımlı değişken arasında anlamlı bir fark olup olmadığı parametrik veriler için Paired Samples T-test ile nonparametrik veriler için ise Wilcoxon testi uygulandı. İki bağımsız değişken arasında anlamlı bir fark olup olmadığı parametrik veriler için Independent Samples T-test ile nonparametrik veriler için ise Mann-Whitney U testi uygulandı. Parametrik veriler için ikiden fazla değişken arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı ANOVA testi ile değerlendirildi. Nonparametrik veriler için ikiden fazla değişken arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. Çalışmada katılımcıların verdikleri cevaplar gruplar arasında değerlendirilirken Ki-Kare testinden faydalanıldı. Tüm analizlerde istatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 58 kadın, 93 erkek toplam 151 kişi dahil edildi. Anketi eksik ya da yanlış dolduran kimse olmadı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $41,17 \pm 11,59$ idi. Katılımcıların %29,1(44)'i bekar, %60,3 (91)'ü evli, %10,6 (16)'sı boşanmış idi. %36,4(55)'ünün çocuğu yoktu. %19,2(29)'si yalnız yaşadığını, %64,9(18)'i eş veya çocuğuyla yaşadıklarını belirtti. %84,8 (128)'i tam zamanlı, %12,6(19)'sı yarı zamanlı çalışıyor, %2,6(4)'sı çalışmıyor idi. Ankete katılanlara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların %62,9(95)'u mesleğinden memnun iken %6,6(10)'sı mesleğinden memnun değildi. Çalışanların %19,9(30)'u vardiyalı olarak çalışıyordu. Katılımcıların meslek memnuniyetleri ve çalışma süreleri Tablo 2'de verilmiştir.

Katılımcıların %60,3(91)'ünün hiçbir hastalığı yok iken %10,6(16)'sının psikiyatrik hastalığı vardı. Katılımcılara ait hastalık ve kullanılan ilaç durumları Tablo 3'te sunulmuştur. Kronik hastalığı olan 60(%39,7) kişinin 4(%2,64)'ü dışında tamamı ilaç kullanmakta idi.

Tablo 1: Katılımcılara ait sosyodemografik veriler

Yaş	Ort±SS	41,17±11,59
Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	58	38,4
Erkek	93	61,6
Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	91	60,3
Bekar	44	29,1
Boşanmış	16	10,6
Çocuk Sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk yok	55	36,4
1 Çocuk	29	19,2
2 Çocuk	39	25,8
3 Çocuk	21	13,9
3'ten fazla çocuk	7	4,6
Kiminle Yaşıyorsunuz?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tek	29	19,2
Anne/Baba	16	10,6
Eş/Çocuk	98	64,9
Diğer	8	5,3
Eğitim Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	1	0,7
İlkokul	17	11,3
Ortaokul	9	6
Lise	49	32,5
Ön lisans	10	6,6
Lisans	55	36,4
Yüksek lisans	8	5,3
Doktora	2	1,3
Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tam zamanlı	128	84,8
Yarı zamanlı	19	12,6
Çalışmıyor	4	2,6
Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Esnaf	32	21,2
İşçi	61	40,4
Memur	58	38,4
Aylık Toplam Hane Geliri	Sayı (n)	Yüzde (%)
5.000-10.000 TL	15	9,9
10.000-15.000 TL	24	15,9
15.000-20.000 TL	27	17,9
20.000-25.000 TL	19	12,6
25.000-30.000 TL	24	15,9
30.000 TL'den fazla	42	27,8

Tabloda birden fazla grup içeren veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Grup içermeyen parametrik dağılım gösteren veriler “ortalama±standart sapma” olarak ifade edilirken, nonparametrik dağılım gösteren veriler “ortanca (en düşük değer-en yüksek değer)” olarak verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların meslek memnuniyetleri ve çalışma süreleri

Memnuniyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	95	62,9
Hayır	10	6,6
Kararsız	46	30,5
Çalışma Yılı	Ortanca	14 (1-50)
Haftalık Çalışma Saati	Ort±SS	41,90±10,24
Vardiyalı Çalışma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	30	19,9
Hayır	121	80,1

Tabloda birden fazla grup içeren veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Grup içermeyen parametrik dağılım gösteren veriler “ortalama±standart sapma” olarak ifade edilirken, nonparametrik dağılım gösteren veriler “ortanca (en düşük değer-en yüksek değer)” olarak verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcılara ait hastalık ve kullanılan ilaç durumları

Bilinen Hastalığınız Var Mı?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik hastalık	16	10,6
Diğer hastalık	44	29,1
Yok	91	60,3
Sürekli Kullandığınız İlaç Var Mı?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	56	37,1
Yok	95	62,9

Katılımcıların %62,3(94)’ü daha önce sigarayı bırakmayı denediğini belirtirken sigara kullanım yılı ortalama 20 yıl idi. Ayrıca %49,7(75)’si beraberinde alkol de kullanıyordu. Sigara ve alkol kullanımına ait bilgiler ise Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4: Katılımcılara ait sigara ve alkol kullanım bilgileri

Sigara Kullanım Yılı	Ortanca	20 (1-78)
Daha Önce Sigarayı Bırakmayı Denediniz Mi?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	94	62,3
Hayır	57	37,7
Sigarayı Bırakma Sayısı	Ortanca	2 (1-10)
Alkol Kullanıyor Musunuz?	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	75	49,7
Hayır	48	31,8
Bıraktım	28	18,5

Tabloda birden fazla grup içeren veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Grup içermeyen parametrik dağılım gösteren veriler “ortalama±standart sapma” olarak ifade edilirken, nonparametrik dağılım gösteren veriler “ortanca (en düşük değer-en yüksek değer)” olarak verilmiştir.

Katılımcılar en fazla arkadaş ısrarı nedeniyle (%54,3) sigaraya başladıklarını belirtirken sigara içme nedenleri başında ise keyif verici olması (%34,4) ve bağımlı olmaları (%34,4) geliyordu.

Katılımcıların sigaraya başlama ve sigara içme nedenleri Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5: Katılımcıların sigaraya başlama ve sigara içme nedenleri

Sigaraya Başlama Nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Arkadaş ısrarı	82	54,3
İşle ilgili sorunlar	10	6,6
Eş kız arkadaş/erkek arkadaş sorunları	15	9,9
Ailede sigara içenlerin olması	19	12,6
Sosyal ortamdan dışlanmamak için	29	19,2
Daha büyük görünmek amacıyla	10	6,6
Ünlülere özenmek sebebiyle	4	2,6
Keyif verdiği için	18	11,9
Diğer nedenler	4	2,6
Sigara İçme Nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Keyif veriyor	52	34,4
Bağımlı olduğum için	52	34,4
Sıkıntılarımı unutturuyor/dindiriyor	30	19,9
Alışkanlık	83	55
Psikolojik olarak rahatlatıyor	32	21,2
Diğer nedenler	0	0

Çalışmaya katılan kişilere uygulanan Fagerström testi sonuçlarına göre %45,7(69)'si orta düzey, %40,4(61)'i yüksek düzey, %13,9(21)'u düşük düzey bağımlı idi. TÖ-KF sonuçlarına göre ise %47(71)'si düşük tükenmişlik gösterirken %5,3(8)'ü en kısa sürede profesyonel yardım almalı idi. ETÖ-KF sonuçları değerlendirildiğinde ise %55(83)'i düşük tükenmişlik gösterirken %2(3)'si en kısa sürede profesyonel yardım almalı idi. Fagerström, TÖ-KF ve ETÖ-KF sonuçlarına göre dağılımlar Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Katılımcılara uygulanan Fagerström, TÖ-KF ve ETÖ-KF Sonuçları

Fagerström Testi Sonuçları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük düzey (0-2)	21	13,9
Orta düzey (3-7)	69	45,7
Yüksek düzey (8-10)	61	40,4
TÖ-KF Sonuçları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük tükenmişlik (<2,4)	71	47
Tehlike sinyali (2,5-3,4)	45	29,8
Tükenmişlik durumunda (3,5-4,4)	21	13,9
Ciddi tükenmişlik problemi (4,5-5,4)	6	4
En kısa sürede profesyonel yardım almalı (>5,5)	8	5,3
ETÖ-KF Sonuçları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük tükenmişlik (<2,4)	83	55
Tehlike sinyali (2,5-3,4)	27	17,9
Tükenmişlik durumunda (3,5-4,4)	7	4,6
Ciddi tükenmişlik problemi (4,5-5,4)	4	2,6
En kısa sürede profesyonel yardım almalı (>5,5)	3	2

Tükenmişlik ölçeği ve eş tükenmişlik ölçeğine verilen yanıtlara göre iki ölçek arasındaki ilişki sonuçları Tablo 7 ve Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 7: Tükenmişlik ölçeği ile eş tükenmişlik ölçeği sonuçlarının korelasyon açısından değerlendirilmesi

Tükenmişlik Ölçeği	Eş tükenmişlik ölçeği	
	Korelasyon katsayısı	0,688
	p değeri	<0,001

Tablo 7’de yer alan sonuçlara göre tükenmişlik ölçeği eş tükenmişlik ölçeği ile güçlü pozitif korelasyon göstermiştir.

Tablo 8: Tükenmişlik ve eş tükenmişlik ölçeklerinin alt grup ki-kare analizi

		Eş Tükenmişlik Ölçeği					p değeri
		<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Tükenmişlik Ölçeği	<2,4	53	6	1	0	0	<0,001
	2,5-3,4	25	12	0	0	0	
	3,5-4,4	3	7	2	2	1	
	4,5-5,4	0	2	3	0	0	
	>5,5	2	0	1	2	2	

Tükenmişlik ölçeğinin diğer değişkenlere göre dağılımları ve gruplar arası anlamlı fark analizlerinin değerlendirilme sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Tükenmişlik ölçeğinin diğer değişkenlere göre dağılımlarının değerlendirilme sonuçları

Değişkenlik		Tükenmişlik Ölçeği Skoru					p değeri
		<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Yaş	Ort±SS	40,40±11,07	41,82±12,23	42±10,50	39±9,38	42,88±17,83	0,930
Cinsiyet	Kadın	21	18	11	4	4	0,159
	Erkek	50	27	10	2	4	
Medeni Hal	Evli	47	27	13	2	2	0,477
	Bekar	17	14	6	3	4	
	Boşanmış	7	4	2	1	2	
Çocuk Sayısı	Yok	23	19	6	3	4	0,041
	1 Çocuk	21	5	3	0	0	
	2 Çocuk	14	13	10	1	1	
	3 Çocuk	10	7	1	2	1	
	3'ten fazla çocuk	3	1	1	0	2	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	0	1	0	0	0	0,583
	İlkokul	5	5	4	1	2	
	Ortaokul	6	2	0	1	0	
	Lise	22	18	8	0	1	
	Ön Lisans	6	2	2	0	0	
	Lisans	27	14	7	4	3	
	Yüksek Lisans	4	2	0	0	2	
	Doktora	1	1	0	0	0	
Çalışma Durumu	Tam Zamanlı	63	39	18	3	5	0,059
	Yarı Zamanlı	7	6	2	1	3	
	Çalışmıyor	1	0	1	2	0	
Meslek	Esnaf	16	10	3	2	1	0,340
	İşçi	22	23	11	1	4	
	Memur	33	12	7	3	3	
Meslek Memnuniyeti	Kararsız	7	17	12	4	6	<0,001
	Evet	62	26	5	1	1	
	Hayır	2	2	4	1	1	
Çalışma Süresi	Ortanca	13 (1-42)	16 (1-50)	20 (1-40)	12 (2-40)	5 (1-50)	0,842
Vardiyalı Çalışma	Evet	9	10	9	1	1	0,045
	Hayır	62	35	12	5	7	
Hastalık	Yok	48	27	9	3	4	0,001
	Psikiyatrik	2	9	1	3	1	
	Diğer	21	9	11	0	3	
İlaç Kullanımı	Evet	21	18	10	3	4	0,423
	Hayır	50	27	11	3	4	
Sigara Kullanım Yılı	Ortanca	20 (1-78)	23 (3-70)	22 (2-42)	34 (8-45)	10 (5-50)	0,735
Sigara Bırakma Sayısı	Ortanca	2 (1-10)	2 (1-10)	1 (1-10)	2 (1-10)	2 (1-10)	0,517
Fagerström Sonucu	Düşük Düzey	12	6	1	1	1	0,912
	Orta Düzey	31	23	10	2	3	
	Yüksek Düzey	28	16	10	3	4	

Tabloda birden fazla grup içeren veriler sayı olarak ifade edilmiştir. Grup içermeyen parametrik dağılım gösteren veriler “ortalama±standart sapma” olarak ifade edilirken, nonparametrik dağılım gösteren veriler “ortanca (en düşük değer-en yüksek değer)” olarak verilmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı değişim gösteren p değerleri koyu renk ile belirtilmiştir.

Tablo 9’da yer alan sonuçlara göre çocuk sayısı, mesleki memnuniyet, vardiyalı çalışma durumu ve hastalık varlığı tükenmişlik ölçeği skorunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değiştirmiştir. Tükenmişlik ölçeği toplam sonuçları gruplar arasında karşılaştırıldığında vardiyalı çalışanlarda tükenmişlik ölçeği sonuçları vardiyalı çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,038$). Tükenmişlik ölçeği sonuçları çocuk sayısına göre karşılaştırıldığında tükenmişlik düzeyi, hiç çocuğu olmayanlarda bir çocuğu olanlarda göre ($p=0,024$) ve iki çocuğu olanlarda bir çocuğu olanlara göre ($p=0,021$) anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Diğer çocuk sayılarına sahip bireyler arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Mesleki memnuniyet açısından değerlendirdiğimizde en yüksek tükenmişlik açısından en yüksek skor memnun olmayanlarda ve en düşük skor ise memnun olanlarda görüldü. Gruplar ikili karşılaştırıldığında işinden memnun olmayanların tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,035$). Aynı zamanda kararsız olanların tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,001$). Katılımcılar arasında hastalık durumu karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalığa sahip olanlarda herhangi bir hastalığı bulunmayanlara göre tükenmişlik düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,005$).

Eş tükenmişlik ölçeğinin diğer değişkenlere göre dağılımları ve gruplar arası anlamlı fark analizlerinin değerlendirilme sonuçları Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10: Eş tükenmişlik ölçeğinin diğer değişkenlere göre dağılımlarının değerlendirilme sonuçları

Değişkenler		Eş Tükenmişlik Ölçeği Skoru					p değeri
		<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Yaş	Ort±SS	41,76±12,04	42,78±10,65	40,57±11,33	44,75±13,59	38,41±11,02	0,600
Cinsiyet	Kadın	25	11	5	4	2	0,100
	Erkek	58	16	2	0	1	
Medeni Hal	Evli	66	18	4	2	1	0,296
	Bekar	14	7	2	2	2	
	Boşanmış	3	2	1	0	0	
Çocuk Sayısı	Yok	24	9	2	2	2	0,635
	1 Çocuk	22	3	1	0	0	
	2 Çocuk	20	10	2	0	1	
	3 Çocuk	12	4	1	2	0	
	3'ten fazla	5	1	1	0	0	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	0	1	0	0	0	0,886
	İlkokul	9	4	1	1	0	
	Ortaokul	5	2	1	0	0	
	Lise	30	9	2	0	0	
	Ön lisans	6	1	0	0	1	
	Lisans	28	7	3	3	2	
	Yüksek lisans	4	3	0	0	0	
	Doktora	1	0	0	0	0	
Çalışma Durumu	Tam zamanlı	71	21	5	3	3	0,329
	Yarı zamanlı	11	3	2	1	0	
	Çalışmıyor	1	3	0	0	0	
Meslek	Esnaf	19	6	2	0	0	0,929
	İşçi	33	12	3	2	1	
	Memur	31	9	2	2	2	
Meslek Memnuniyeti	Kararsız	17	12	3	2	1	<0,001
	Evet	65	11	2	1	1	
	Hayır	1	4	2	1	1	
Çalışma Süresi	Ortanca	15 (1-50)	15 (1-40)	10 (3-40)	15 (5-26)	10 (1-40)	0,210
Vardiyalı Çalışma	Evet	14	5	4	1	0	0,110
	Hayır	69	22	3	3	3	
Hastalık	Yok	55	15	3	2	2	0,844
	Psikiyatrik	7	4	1	0	0	
	Diğer	21	8	3	2	1	
İlaç Kullanımı	Evet	27	12	3	2	0	0,486
	Hayır	56	15	4	2	3	
Sigara Kullanım Yılı	Ortanca	20 (3-78)	28 (1-60)	22 (8-45)	9,5 (8-22)	20 (2-45)	0,293
Sigara Bırakma Sayısı	Ortanca	2 (1-10)	2 (1-6)	1 (1-4)	2 (1-2)	2 (1-10)	0,609
Fagerström Sonucu	Düşük düzey	16	2	0	1	0	0,287
	Orta düzey	40	9	4	1	1	
	Yüksek düzey	27	16	3	2	2	

Tabloda birden fazla grup içeren veriler sayı olarak ifade edilmiştir. Grup içermeyen parametrik dağılım gösteren veriler “ortalama±standart sapma” olarak ifade edilirken, nonparametrik dağılım gösteren veriler “ortanca (en düşük değer-en yüksek değer)” olarak verilmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı değişim gösteren p değerleri koyu renk ile belirtilmiştir.

Tablo 10’da yer alan sonuçlara göre cinsiyet ve mesleki memnuniyet eş tükenmişlik ölçeği skorunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değiştirmiştir. Eş tükenmişlik ölçeği toplam sonuçları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarda eş tükenmişlik ölçeği sonuçları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$). Eş tükenmişlik ölçeği sonuçları mesleki memnuniyet açısından değerlendirdiğimizde en yüksek eş tükenmişlik memnun olmayanlarda ve en düşük eş tükenmişlik ise memnun olanlarda görüldü. Gruplar ikili karşılaştırıldığında işinden memnun olmayanların eş tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,031$). Aynı zamanda kararsız olanların eş tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,007$).

Fagerström, TÖ-KF, ETÖ-KF skorları alkol kullanımı ve sigara bırakma girişimleri ile karşılaştırıldığında anlamlı sonuç bulunamadı (Tablo 11).

Tablo 11: Fagerström, TÖ-KF ve ETÖ-KF’nin alkol kullanımı ve sigara bırakma girişimine göre analiz sonuçları

Değişkenler		Tükenmişlik Ölçeği Skoru					p değeri
		<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Alkol Kullanımı	Evet	38	23	9	2	3	0,696
	Hayır	19	14	8	4	3	
	Bıraktım	14	8	4	0	2	
Daha Önce Sigara Bırakmayı Denediniz Mi?	Hayır	30	18	4	0	5	0,621
	Evet	41	27	17	6	3	
Değişkenler		Eş Tükenmişlik Ölçeği Skoru					p değeri
		<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Alkol Kullanımı	Evet	40	9	4	1	1	0,375
	Hayır	25	11	3	3	2	
	Bıraltım	18	7	0	0	0	
Daha Önce Sigara Bırakmayı Denediniz Mi?	Hayır	35	6	1	1	2	0,169
	Evet	48	21	6	3	1	
Değişkenler		Fagerström Ölçeği			p değeri		
		Düşük Düzey	Orta Düzey	Yüksek Düzey			
Alkol Kullanımı	Evet	12	41	22	0,098		
	Hayır	5	18	25			
	Bıraktım	4	10	14			
Daha Önce Sigara Bırakmayı Denediniz Mi?	Hayır	8	26	23	0,999		
	Evet	13	43	38			

Sigaraya başlama ve sigara içme nedenlerinin Fagerström sınıflandırma sonuçları ile karşılaştırılma sonuçları Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Fagerström sınıflandırma sonuçlarının sigaraya başlama ve sigara içme nedenleri ile karşılaştırılması

Sigaraya Başlama Nedeni	Fagerström Sınıflandırma			p değeri
	Düşük Düzey (n)	Orta Düzey (n)	Yüksek Düzey (n)	
Arkadaş ısrarı	6	35	41	0,007
İşle ilgili sorunlar	3	5	2	0,208
Eş kız arkadaş/erkek arkadaş sorunları	3	8	4	0,488
Ailede sigara içenlerin olması	2	11	6	0,521
Sosyal ortamdan dışlanmamak için	6	14	9	0,365
Daha büyük görünmek amacıyla	0	3	7	0,111
Ünlülere özenmek sebebiyle	0	2	2	0,711
Keyif verdiği için	3	10	5	0,509
Diğer nedenler	0	2	2	0,711
Sigara İçme Nedeni				
Keyif veriyor	7	27	18	0,511
Bağımlı olduğum için	2	22	28	0,009
Sıkıntıları unutturuyor/dindiriyor	6	14	10	0,480
Alışkanlık	9	38	36	0,439
Psikolojik olarak rahatlatıyor	3	15	14	0,696
Diğer nedenler	0	0	0	-

Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı değişim gösteren p değerleri koyu renk ile belirtilmiştir.

Tablo 12’de yer alan sonuçlara göre Fagerström ölçeği sigaraya başlama nedenlerinden “Arkadaş ısrarı” seçeneğinden ($p=0,007$), sigara içme nedenlerinden ise “Bağımlı olduğum için” seçeneğinden ($p=0,009$) anlamlı düzeyde etkilenmiştir. Katılımcılar sigara başlama nedeni olarak arkadaş ısrarını beyan eden ve etmeyenler olarak iki gruba ayrıldığında arkadaş ısrarı sonucu sigaraya başlayanların, arkadaş ısrarı seçeneğini işaretlemeyenlere göre fagerström ölçeği toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,002$). Diğer taraftan aynı şekilde sigara içme nedeni olarak bağımlılık seçeneğini seçen ve seçmeyen katılımcılar karşılaştırıldığında

bağımlılık seçeneğini tercih edenlerde fagerström ölçeği sonuçları anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,003$).

Sigaraya başlama ve sigara içme nedenleri TÖ-KF ve ETÖ-KF sonuçları ile karşılaştırıldığında anlamlı sonuç bulunamamıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Tükenmişlik ve eş tükenmişlik ölçeklerinin sigaraya başlama ve sigara içme nedenlerine göre değerlendirilmesi

Sigaraya Başlama Nedeni	Tükenmişlik Ölçeği					p değeri
	<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Arkadaş ısrarı	32	30	12	2	6	0,102
İşle ilgili sorunlar	3	4	2	0	1	0,701
Eş kız arkadaş/erkek arkadaş sorunları	9	3	1	2	0	0,177
Ailede sigara içenlerin olması	8	5	4	1	1	0,896
Sosyal ortamdan dışlanmamak için	18	6	1	3	1	0,055
Daha büyük görünmek amacıyla	7	3	0	0	0	0,450
Ünlülere özenmek sebebiyle	2	0	0	1	1	0,057
Keyif verdiği için	7	5	3	1	2	0,762
Diğer nedenler	1	2	1	0	0	0,785
Sigara İçme Nedeni						
Keyif veriyor	26	10	8	4	4	0,143
Bağımlı olduğum için	18	19	11	3	1	0,060
Sıkıntıları unutturuyor/dindiriyor	13	12	4	1	0	0,486
Alışkanlık	33	30	12	3	5	0,304
Psikolojik olarak rahatlatıyor	12	12	4	1	3	0,559
Diğer nedenler	0	0	0	0	0	-
Sigaraya Başlama Nedeni	Eş Tükenmişlik Ölçeği					p değeri
	<2,4	2,5-3,4	3,5-4,4	4,5-5,4	>5,5	
Arkadaş ısrarı	43	14	4	2	3	0,595
İşle ilgili sorunlar	5	3	0	0	0	0,743
Eş kız arkadaş/erkek arkadaş sorunları	9	3	1	0	0	0,917
Ailede sigara içenlerin olması	12	1	2	2	0	0,073
Sosyal ortamdan dışlanmamak için	17	4	1	0	0	0,708
Daha büyük görünmek amacıyla	6	2	0	0	0	0,896
Ünlülere özenmek sebebiyle	2	0	1	0	0	0,285
Keyif verdiği için	11	4	2	0	1	0,599
Diğer nedenler	1	2	0	0	0	0,446
Sigara İçme Nedeni						
Keyif veriyor	26	9	3	3	2	0,301
Bağımlı olduğum için	25	11	4	2	0	0,310
Sıkıntıları unutturuyor/dindiriyor	17	7	1	0	0	0,648
Alışkanlık	45	15	4	3	1	0,870
Psikolojik olarak rahatlatıyor	20	6	1	2	1	0,732
Diğer nedenler	0	0	0	0	0	-

5. TARTIŞMA

Sigara günümüzde ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve insan hayatını etkilemektedir. Aktif sigara içiciliği ve pasif sigara içiciliği önemli düzeyde mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. DSÖ raporlarına göre gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde sigaradan ölen insan sayısının katlanarak artacağı düşünülmektedir (120). Sigara kullanma nedenleri arasında mutsuzluk, memnuniyetsizlik gibi duygusal durumu olumsuz etkileyen nedenler olabilir (121). Bu nedenler sigara içmenin devamında önemli rol oynasa da bazı kişiler tüm bu olumsuz duygu durumun etkisinden kurtulmak için sigara bırakmaya da karar verebilirler. Literatür taraması yaptığımızda sigara bırakmaya karar veren kişilerde depresyon ve anksiyete durumunu ölçeklerle karşılaştıran çalışmalara rastladık. Ancak duygusal çökkünlüğün daha ileri bir durumu olan tükenmişlik durumunu ölçen çalışmalara rastlayamadık. Ayrıca sigara bırakmaya karar vermede kişinin birlikte yaşadığı kişilerle olan ilişkileri de bırakma sürecini olumlu veya olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle çalışmamızda sigara bırakmaya karar veren kişileri duygusal yönden daha iyi anlayarak sigara bıraktırma yöntemini daha doğru belirleyebilmek adına sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin hem mesleki hem de eşle ilgili tükenmişlik durumlarını tanımlamayı amaçladık. Çalışmamızda çocuk sayısı, mesleki memnuniyet, vardiyalı çalışma durumu ve hastalık varlığının tükenmişlik ölçeği skorunu; cinsiyet ve mesleki memnuniyetin ise eş tükenmişlik ölçeği skorunu anlamlı düzeyde etkilediği bulundu. Total skora baktığımızda ise TÖ ve ETÖ skorları birbiriyle korele olarak bulundu.

Çalışmamızda araştırma yapıldığı esnada sigara bırakma tedavisinde kullanılan nikotin bantlarının ücretsiz dağıtımının sona ermesi nedeniyle sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran kişi sayısında önemli ölçüde azalma yaşandı. Bu nedenle çalışma sürecinde 151 kişiye ulaşılabildi.

Çalışmamızın sosyodemografik verilere baktığımızda hastalarımızın yaş ortalaması $41,17 \pm 11,59$ yaştır; Yaşar ve arkadaşlarının 2014 yılında sigara bırakan kişileri takip ettikleri ve 320 kişiyle yaptıkları çalışmada yaş ortalamaları $42,6 \pm 13,5$

bulunmuştur (122). Yılmaz ve arkadaşlarının 2015 yılında sigara bırakma tedavisi alan bireylerde yaptığı çalışmada yaş ortalaması $42,82 \pm 13,09$ bulunmuştur (123).

Çalışmamız ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi sigara bırakma yaşı 30'lu yaşlardan sonra olmaktadır. Bunun sebepleri arasında gençlerin henüz sağlık problemi yaşamamaları nedeniyle durumun ciddiyetini kavrayamamaları olabilir. Ancak sigara kullanmaya başlamamalarına yönelik gençler için eğitimler yapıldığı gibi sigarayı bırakmalarına yönelik eğitimlere de ağırlık verilmelidir.

Çalışmamızda sigara bırakmaya karar verenlerin %61,6'sı erkek, %38,4'ü kadındı. Yapılan diğer birçok çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde sigara bırakma polikliniğine başvuran erkek hasta sayısı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (4,124–126). Bu durum, toplumların geleneksel kültürel yapısı, sosyoekonomik şartlarından ve erkeklerin sigara bırakma polikliniklerine başvuru imkân ve farkındalığına daha fazla sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, ülkemizde ve dünyada sigara içme prevalansının erkeklerde daha yüksek olmasıyla da açıklanabilir (127).

Çalışmamızda katılımcılar arasında evli olanlar çoğunlukta idi (%60,3). Yapılan birçok çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak, sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların çoğunluğu evliydi (126,128,129). Bizim çalışmamızda olduğu gibi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların büyük çoğunluğunun evli olması; kişilerin ailelerine karşı sorumluluk hissettiklerini, çevresine zarar verme korkusu taşıdıklarını ve bununla ilişkili olarak sigara bırakmada daha kararlı olabileceklerini düşündürmektedir (128).

Çalışmamızda katılımcıların hastalıkları değerlendirildiğinde %10,6'sında psikiyatrik hastalık, %29,1'inde psikiyatrik hastalık harici kronik hastalık öyküsü vardı. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarla yapılmış diğer çalışmalarda ise literatür taramasında şu örneklerle rastlanmıştır: Berkeşoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %37,8'inin sistemik, %10,8'inin psikiyatrik hastalık öyküsü vardı (125). Sürmeli'nin yapmış olduğu çalışmada hastaların %34'ünün kronik hastalığı, %2'sinin psikiyatrik hastalığı vardı (128).

Birçok psikiyatrik hastalıkta sigara içme prevalansı yüksektir (130). Kronik hastalığı olan ve kliniğe başvuran hastaların sigara kullanımları sorgulanmalı, sigara kullananlar sağlık personeli tarafından bırakmaları yönünde motive edilmeli, gerekliyse sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi değerlendirildiğinde %82,1 oranında lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Yapılan birçok çalışmada, bizim çalışmamızla uyumlu olarak olguların çoğunluğu lise ve üstü eğitim düzeyindeydi (126,129,131,132). Eğitim düzeyi yüksek kişilerde sigara zararı konusundaki farkındalığın bu sonuçlara katkısı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda sigaraya başlama nedeni %54,3 ile arkadaş ısrarı olarak ilk sırayı almaktadır. Mayda ve arkadaşlarının 2010 yılında öğrenciler üzerine yaptığı çalışmada ve Şahin ve arkadaşlarının 2012 yılında sigara bırakma merkezine başvuran kişilerle yaptığı çalışmada ise özenti en sık başlama nedendir (133,134). 1997 yılında Sancak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yakın arkadaş etkisi (%40,5) ve sıkıntı ve dertler (%34,5) en sık sebepler olarak belirlenmiştir (135). 2012 yılında Samsun İli'nde Akça ve arkadaşlarının yaptığı diğer çalışmada ise sigara içme sebepleri; %44,9 dert ve sıkıntı nedeniyle olup, 2. Sırada ise %29,8 arkadaş etkisi olarak belirlenmiştir (136).

Çalışmamızda sigara içme nedeni en sık %34,4 ile bağımlılık ve keyif verdiği için olarak görülmüştür. Baştürk ve arkadaşlarının 2016 yılında öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada ise sigara içmenin en sık nedeni stres olarak tespit edilmiştir (137). Fırat ve arkadaşlarının 2019 yılında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada sigara içmenin en sık nedeni stres ve yemek sonrası sigara içme isteği olarak tespit edilmiştir (121). Geçici olumsuz duygudurumlarında kişiler kurtulma ve rahatlama yolu olarak kişiler sigarayı tercih etseler de olumsuz durumun etkisi ortadan kalktıktan sonra da sırf keyif verdiği için sigara kullanmaya devam etmektedirler. Geçici olumsuzluklarla kişilerin daha rahat ve etkili başa çıkmalarını sağlamak için toplum tabanlı eğitimler düzenlenebilir veya psikolog desteğini daha rahat almaları sağlanabilir. Bu konuda son yıllarda faaliyete geçen ve bünyesinde

psikolog bulunan Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin de daha etkin rol oynaması beklenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %62,3'ü en az bir kez daha önce sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Argüder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara bırakma amaçlı başvuruların daha önce bırakma girişiminde bulunma oranı %82,8 olarak bulunmuştur (126). Koç ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptığı başka bir çalışmaya göre halen sigara kullanan bireylerin sigara bırakma girişiminde bulunma oranı %70,6 olarak ortaya çıkmıştır (138).

Çalışmamızda katılımcıların %49,7'si alkol kullanmakta idi. Yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığının sigara içmeyi artırdığı ve sigara içmeye tekrar başlama riskini artırdığı görülmüştür (139). Grucza ve Bierut'un yapmış olduğu bir çalışmada sigara içen kişilerin alkol kullanmaya daha meyilli oldukları görülmüştür (74). Bu bulgular, literatürde yer alan bağımlılıkların birbirlerini tetiklemesi ile ilişkili olabilir.

Sigara bırakma polikliniğimize başvuran katılımcılarımızın %45,7'si orta, %40,4'ü yüksek bağımlılık düzeyindedir. Bu kişilerin %47'si düşük tükenmişlik düzeyine sahip olup %29,8'i tükenmişlik konusunda tehlike sinyali seviyesindedir. Eş tükenmişlik değerlendirilmesinde bireylerin %55'inde düşük tükenmişlik olarak görülmüştür. Velioğlu ve arkadaşlarının 2019 yılında Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 2119 katılımcı ile yaptığı araştırmada nikotin bağımlılığı arttıkça depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (129). Yargıç ve Baykan'ın 2013 yılında yaptığı derlemede erişkinlerde nikotin bağımlısı olanların son bir yıl içinde depresyon geçirmiş olma oranının nikotin bağımlısı olmayanlardan iki kat fazla olduğunu belirtmiştir (140). Çalışmamızda anlamlı sonuç bulunamamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların sigaraya başlama nedeni arkadaş ısrarı olanların Fagerström ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara içme nedeni olarak bağımlılığı seçenlerin de Fagerström ölçeği anlamlı derecede yüksektir. 2002 yılında Ankara'da yapılan araştırmada öğrencilerin arkadaşlarının sigara içip içmediği sorulduğunda %38,4'ünün sigara içtiğini, %55,2'sinin sigara içmediğini

ifade etmiştir. Sigara içen ergenlerin arkadaşlarının özellikle de yakın arkadaşlarının sigara içiyor olması ile, ergenin sigara içmesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (141). Gençlerin sigara kullanımına başlamasında arkadaş ısrarının etkisi ve erken yaşlarda başlamanın bağımlılığı artırıcı etkisi olduğu ve bu sebeple içmeye devam ettiği görülmüştür (142). Bu araştırmadaki bulgular çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Bizim çalışmamızda tükenmişlik ölçeği toplam sonuçları gruplar arasında karşılaştırıldığında vardiyalı çalışanlarda tükenmişlik ölçeği sonuçları vardiyalı çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Öztürk ve arkadaşları tarafından 2014 yılında 403 hemşire üzerinde yapılan çalışmada gece çalışanların duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları yüksek bulunmuştur. Gece çalışmanın uyku düzenini bozması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi tükenmişlik düzeyini artırmaktadır (143). Benzer şekilde Demir tarafından yapılan bir çalışmada, gece çalışanların daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir (144). Bu araştırmalardaki bulgular çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda işinden memnun olmayanların tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Aynı zamanda kararsız olanların tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Karadağ ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmada iş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması iş memnuniyetini azalttığı, iş stresini ve tükenmişlik düzeyini artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca mesleğini kendi isteği dışındaki nedenlerle seçenlerin ve iş değişikliği düşünenlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır. Mesleği severek yapma, başarıyı etkileyeceği bunun da iş doyumlarını artırarak tükenmişlik sendromunun önlenilebileceği çalışma sonuçlarında belirtilmektedir (6). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcılar arasında hastalık durumu karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalığa sahip olanlarda herhangi bir hastalığı bulunmayanlara göre tükenmişlik düzeyi beklenildiği üzere anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Arpacıoğlu ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik arttıkça depresyonun da arttığı yani aralarında pozitif yönde ilişki olduğu ifade

edilmiştir (145). Özülkü'nün 2021 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır (146). Buğdaycı ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada depresyonu olan hekimlerin aynı zamanda tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (147). Bu araştırmaların sonuçları da çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda tükenmişlik ölçeği eş tükenmişlik ölçeği ile güçlü pozitif korelasyon göstermiştir. Yapılan çalışmalarda mesleki tükenmişlik ve eş tükenmişliği birbirine paralel gelişip aynı zamanda birbirlerini etkilediği gözlemlenmiştir. İnsanların ilişkilerindeki problemlerin iş yerindeki tükenmişlik durumlarını, iş yerindeki problemlerin de ilişkilerindeki tükenmişlik durumlarını etkilediği görülmüştür (89,92,148).

Çalışmamızda kadınlarda eş tükenmişlik ölçeği sonuçları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Metin ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada kadının iş yaşamına ek olarak ev içi sorumluluklarının fazla olmasının, evde kendisine yardım edilmemesi tükenmişlik düzeyini artırmış olduğu belirtilmiştir (6). Tükenmişlik ve eş tükenmişlik arasındaki korelasyondan dolayı tükenmişlik düzeyi artan kadınların eş tükenmişlik düzeyinin de yüksek olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda işinden memnun olmayanların eş tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Aynı zamanda kararsız olanların eş tükenmişliği memnun olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Yapılan çalışmalarda iş yerindeki tükenmişliğin ilişkileri de etkilediği görülmüştür. İş memnuniyetinin az olması tükenmişliği artırmakta, tükenmişlik düzeyinin yüksek olması da eş tükenmişliği etkilediği ve eş tükenmişliği de artırdığı görülmüştür (89,92,148).

Çalışmanın Güçlü Yönleri: Literatürde sigara bırakmaya karar veren kişilerde depresyon ve anksiyete durumunu ölçeklerle karşılaştıran çalışmalara rastlanmıştır ancak duygusal çökkünlüğün daha ileri bir durumu olan tükenmişlik durumunu ve eş tükenmişlik ölçen çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. Örneklemin Ankara ilinde sınılandırılmış olması ve sadece iki sigara bırakma polikliniğinde uygulanmış olması bir kısıtlılıktır. Araştırma yapıldığı esnada sigara bırakma tedavisinde kullanılan nikotin bantlarının ücretsiz dağıtımının sona ermesi nedeniyle sigara bıraktırma polikliniklerine başvuran kişi sayısında önemli ölçüde azalma yaşanmıştır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Literatürde sigara bırakmaya karar veren kişilerde depresyon ve anksiyete durumunu ölçeklerle karşılaştıran çalışmalara rastlanmıştır ancak tükenmişlik durumunu ölçen çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmamızda sigara bırakmaya karar veren kişileri duygusal yönden daha iyi anlayarak sigara bıraktırma yöntemini daha doğru belirleyebilmek adına sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin hem mesleki hem de eşle ilgili tükenmişlik durumları değerlendirilmiştir.

- ✓ Çalışmamızda sigaraya başlama nedeni arkadaş ısrarı olanlarda ve sigara içme nedeni bağımlılık olanlarda Fagerström ölçeği anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- ✓ Mesleğinden memnun olmayanlarda tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.
- ✓ Vardiyalı çalışanlarda tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.
- ✓ Psikiyatrik hastalığa sahip olanlarda herhangi bir hastalığı bulunmayanlara göre tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.
- ✓ Kadınlarda eş tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.
- ✓ Mesleğinden memnun olmayanlarda eş tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.
- ✓ Tükenmişlik ve eş tükenmişlik ölçeği skorlarının korele olduğu görülmüştür.

Kamu spotu, broşür ve afişlerle bireyler tükenmişlik sendromu belirtileri konusunda bilgilendirilmelidir. Bu konuda toplum tabanlı eğitimler düzenlenebilir. Sigara bırakma polikliniklerine başvuran kişilerin daha kolay psikolog desteğine gerekirse de psikiyatrist desteğine ulaşmaları sağlanabilir. Bu konuda son yıllarda faaliyete geçen ve bünyesinde psikolog bulunan Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin de daha etkin rol oynaması beklenebilir. Ayrıca aile hekimleri de hastalarını bu merkezlere yönlendirebilirler. Sigara bırakmaya karar veren kişilerin gerekirse eşleriyle de görüşerek eş desteğinin de bu dönemde çok önemli olduğu ve eşine karşı daha anlayışlı davranması söylenebilir. Tükenmişlik düzeyi yüksek kişiler eğer vardiyalı

alışıyorsa alışma düzenlerini değiştirmeleri için işverenleriyle görüşmeleri sağlanabilir.

Sigara bırakmaya karar veren bireylerin tükenmişlik ve eş tükenmişlik düzeyi ile ilgili bu duruma yol açan diğer faktörleri de değerlendiren daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.



7. KAYNAKLAR

1. Erefe İ. Sigara ile savaş ve Türk hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşire Yüksek Okulu Dergisi 1997;13(1-3):119-30.
2. Tobacco [Internet]. [Erişim tarihi: 12 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/tobacco>
3. Korkmaz G, Şimşek Ç. Interventions intended for cigarette addiction. J Acad Res Nurs [Internet]. 2017 [Erişim tarihi: 12 Ekim 2023]; Erişim adresi: <http://jarengteah.org/eng/jvi.aspx?pdire=jaren&plng=eng&un=JAREN-47550&look4=>
4. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler. Factors Associated With Readiness To Quit Smoking Among Smokers [Internet]. 2012 [Erişim tarihi: 12 Ekim 2023]; Erişim adresi: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/4610>
5. Çam O. Tükenmişlik üzerine bir değerlendirme. Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Dergisi 01 Ocak 1998;14(1):81-93.
6. Metin Ö, Özer F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Dergisi 2005;10(1):58-66.
7. Kaçmaz N. Tükenmişlik(burnout) sendromu. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2005; 68(1): 29-32.
8. Çelik M, Yılmaz K. The Relationship between Teachers' Occupational Professionalism and Burnout. Sak Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015;(30):93-122.
9. Becet A. Öğretmenlerde tükenmişlik sendromu ve sigara içme arzusu arasındaki ilişkinin incelenmesi [Internet]. Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019 [Erişim tarihi: 12 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/376190>
10. Barış İ. Sigara ve sağlık. İstanbul: Milli Eğitim bakanlığı yayınları;1994
11. Karadağ M, editör. Tütün ve tütün kontrolü. Türk toraks derneği yayınları;2010.
12. Pesen SF, Karadoğan S, Akbulut A. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı ve Tütün Kontrol Politikalarına Genel Bir Bakış. Turk Health Lit J. 2021;2(3):191-6.
13. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı. Doğu Coğrafya Dergisi 2013;18 (30)

14. Dünyada ve Türkiye'de tütünün tarihçesi[İnternet]. [Erişim tarihi: 08 Ocak 2023]. Erişim adresi: <http://www.tutuneksper.org.tr/files/diger-yayin-ve-raporlar/Dunyada-ve-Turkiyede-tutunun-tarihcesi-min.pdf>
15. Tobacco: E-cigarettes [Internet]. [Erişim tarihi: 20 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>
16. Heated tobacco products: information sheet [Internet]. [Erişim tarihi: 20 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-NMH-PND-17.6>
17. Atam ZT. Tobacco Products. Güncel Göğüs Hastalık Serisi. 2017;4(1):27-31.
18. Özpulat F, Öztaş D. Üniversite Öğrencilerinin E-Sigara Kullanım Düzeyleri ve E-Sigara Kullanımına İlişkin Görüşleri. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;9(2):146-160
19. Information sheet: measuring priority emissions in heated tobacco products, importance for regulators and significance for public health [Internet]. [Erişim tarihi: 20 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HEP-HPR-TFI-2021.1>
20. Bilir N. Tütün Kontrolünün Öyküsü. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği. Ankara: Ankara Ofset Basım Matbaacılık; 2017.
21. Türkoğlu İ, Çadır Ç, Çetin M. Dünyada ve Türkiyede Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi. Şehir Sağlığı Dergisi. 2021;2(1):20-5.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. [Erişim tarihi: 27 Temmuz 2023]. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
23. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025 fourth edition, WHO 2021. [Internet] [Erişim tarihi: 01.01.2022] <https://www.who.int/publicationsdetail-redirect/9789240039322>
24. Erdöl C. Geçmişten Günümüze Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele Yolculuğu İstanbul: Acar Matbaacılık;2017.
25. Ulusal tütün kontrol programı ve eylem planı 2008 - 2012. Ankara: Ankara Sağlık Bakanlığı; 2008.
26. Başol E, Can S. Tütün tüketiminin ekonomik etkileri ve tütün kontrol politikaları üzerine bir inceleme. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi;4(7) [İnternet]. [Erişim tarihi: 15 Eylül 2023] Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/43828/538862>
27. Ulusal tütün kontrol programı eylem planı 2015-2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015.

28. Ulusal tütün kontrol programı eylem planı 2018-2023. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2018.
29. Çalışkan Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;8(2):23-48.
30. Bilgüç B. Türkiye’de Kamu Spotu Oluşum Süreci ve Yayın Politikaları. İletişim Çalışmaları Dergisi 2016;2(1):25-61.
31. Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. Bağımlılık Psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(1):37-50.
32. Uzbay T. Madde bağımlılığı tüm boyutlarıyla bağımlılık ve yapan maddeler. İstanbul: İstanbul medikal yayıncılık; 2015.
33. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, ve ark. Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. International Journal of Preventive Medicine 2012;3(4):290-4.
34. Karakuş BN, Özdengül F, Görmüş ZIS, ve ark. Bağımlılık Fizyopatolojisine Genel Bakış. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;2(3):158-66.
35. Lerner A, Klein M. Dependence, withdrawal and rebound of CNS drugs: an update and regulatory considerations for new drugs development. Brain Communications 2019;1(1).
36. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. İçinde: Karadağ M, editör Tütün ve tütün kontrolü. İstanbul: Türk Toraks Derneği Yayını, 2010; s. 3-20.
37. Kanıt L, Keser A. Tütün Bağımlılığının Biyofizyolojisi. İçinde: Karadağ M, editör Tütün ve tütün kontrolü. İstanbul: Türk Toraks Derneği Yayını, 2010; s. 141-56.
38. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire - PubMed [İnternet]. [Erişim tarihi: 17 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1932883/>
39. Kunze U, Schmeiser-Rieder A, Schoberberger R. European Medical Association Smoking or Health (EMASH) consensus on smoking cessation: guidelines for physicians. Soz Praventivmed. 1998;43(3):167-72.
40. Ingersoll KS, Cohen J. Combination treatment for nicotine dependence: state of the science. Subst Use Misuse. 2005;40(13-14):1923-43, 2043-8.
41. Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. Annual review of clinical psychology, 2009;5:409–431. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153614>

42. Erkmen Yildirim G. Responsibility of Physician on Tobacco Addiction and Treatment: 5A 5R Approach. *Güncel Göğüs Hastalık Serisi*. 2017;4(1):90-6.
43. Avrupa Sigara Bırakma Klavuzu [İnternet]. [Erişim tarihi: 17 Eylül 2023]. ENSP. Erişim adresi: <https://ensp.network/wp-content/uploads/2021/01/ENSP-ESCG-TURKISH-OCT2013.pdf>
44. Aytemur ZA. Smoking Cessation: Relapse and Therapy. *Güncel Göğüs Hastalık Serisi*. 2017;4(1):152-5.
45. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara Bırakmada Kullanılan Tedavi Yöntemleri. 2005;14(5):98-102.
46. Boztaş MH, Abatan E. Sigarayı bırakmada ilaç tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2013;16(2):110-9.
47. Gómez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, Dodd S. Current and Emerging Pharmacotherapies for Cessation of Tobacco Smoking. *Pharmacotherapy*. 2018;38(2):235-58.
48. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-76.
49. Sealock T, Sharma S. Smoking Cessation. İçinde: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
50. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
51. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *American Family Physician*. 2012;85(6):591-8.
52. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest*. Nisan 2000;117(4 Suppl 1):169-75.
53. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA*. 2000;283(24):3244-54.
54. Erdiñç M, Gülmez İ, editör. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi Hekim El Kitabı. Ankara: Sentez yayıncılık; 2013; s. 1-28.
55. ENSP guidelines for treating tobacco dependence [İnternet]. 2016 [Erişim tarihi: 19 Eylül 2023]. Erişim adresi: https://ensp.network/wp-content/uploads/2021/01/English_Guidelines_2016.pdf
56. Costa R, Oliveira NG, Dinis-Oliveira RJ. Pharmacokinetic and pharmacodynamic of bupropion: integrative overview of relevant clinical and forensic aspects. *Drug Metabolism Reviews*. 2019;51(3):293-313.

57. Patel K, Allen S, Haque MN, ve ark. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. Nisan 2016;6(2):99-144.
58. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;(1):CD000031.
59. Lerman C, Niaura R, Collins BN, ve ark. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. *Psychol Addict Behav Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. Aralık 2004;18(4):362-6.
60. Richmond R, Zwar N. Review of bupropion for smoking cessation. *Drug and Alcohol Review* 2003;22(2):203-20.
61. Roddy E. Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ*. 2004;328(7438):509-11.
62. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, ve ark. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of Medicinal Chemistry* 2005;48(10):3474-7.
63. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, ve ark. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296(1):47-55.
64. Oncken C, Gonzales D, Nides M, ve ark. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine* 2006;166(15):1571-7.
65. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical Therapeutics*. Mart 2009;31(3):463-91.
66. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. *The New England Journal of Medicine* 2008;359(19):2018-24.
67. Ebbert JO, Wyatt KD, Hays JT, ve ark. Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations. *Patient Preference and Adherence* 2010;4:355-62.
68. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, ve ark. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296(1):64-71.
69. Research C for DE and. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase the risk of certain cardiovascular adverse events in patients with cardiovascular disease. FDA [Internet]. 18 Haziran 2019 [Erişim tarihi: 25 Eylül 2023]; Erişim adresi: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety->

and-availability/fda-drug-safety-communication-chantix-varenicline-may-increase-risk-certain-cardiovascular-adverse

70. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. [Erişim tarihi: 25 Eylöl 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241596282>
71. Tobacco Atlas [Internet]. [Erişim tarihi: 25 Eylöl 2023]. Global Tobacco Control Information & Statistics I Tobacco Atlas. Erişim adresi: <https://tobaccoatlas.org/>
72. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014 [Erişim tarihi: 25 Eylöl 2023]. (Reports of the Surgeon General). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
73. Peate I. The effects of smoking on the reproductive health of men. British Journal of Nursing. 2005;14(7):362-6.
74. Pesch B, Kendzia B, Gustavsson P, ve ark. Cigarette smoking and lung cancer relative risk estimates for the major histological types from a pooled analysis of case-control studies. International Journal of Cancer 2012;131(5):1210-9.
75. Kalemkerian GP, Akerley W, Bogner P, ve ark Small cell lung cancer. Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN 2013;11(1):78-98.
76. Laniado-Laborín R. Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Parallel Epidemics of the 21st Century. International Journal of Environmental Research and Public Health 2009;6(1):209-24.
77. Khan S, Fell P, James P. Smoking related chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Diversity and Equality in Health and Care 2014;11:267-71.
78. Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010 [Erişim tarihi: 25 Eylöl 2023]. (Publications and Reports of the Surgeon General). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
79. Aytemur Z, Akçay ř, Elbek O. tütöl ve tütöl kontrolöl [Internet]. 2010 [Erişim tarihi: 25 Eylöl 2023]. Erişim adresi: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/tutunvetutunkontrolu_17062010.pdf
80. Hasan SU, ATS statement--cigarette smoking and health. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 1996;154(5):1579-80.

81. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Z, ve ark. Toraks Dergisi, Tütün Kontrolü [İnternet]. 2006 [Erişim tarihi: 25 Eylül 2023]. Erişim adresi: http://ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/tt.pdf
82. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974;30(1):159-65.
83. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981;2(2):99-113.
84. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 2001;52(1):397-422.
85. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, ve ark. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15:738.
86. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. İçinde: *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham, MD, US: Scarecrow Education; 1997. s. 191-218.
87. Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. Cambridge, MA: ISHK; 2003. s.276.
88. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling* 2003;40(2):50-64.
89. Pines A. *Couple Burnout: Causes and Cures*. New York: Routledge; 2013. s.286
90. Malach-Pines A. Nurses' burnout: an existential psychodynamic perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2000;38(2):23-31.
91. Malach-Pines A, Yafe-Yanai O. Unconscious influences on a choice of a career: implications for organizational consultation. *Journal of Health and Human Services Administration* 1999;21(4):502-11.
92. Pines AM, Professional burnout: Developments in theory and research. İçinde Schaufeli W, Maslach C, Marek T, editörler. *Burnout: An existential perspective*. Washington D.C.: Taylor & Francis, 1993; s. 33-52.
93. Pines A. Treating career burnout: A psychodynamic existential perspective. *Journal of clinical psychology*, 2000;56:633-42.
94. Kahill S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne* 1988;29(3):284-97.
95. Belcastro PA. Burnout and its Relationship to Teachers' Somatic Complaints and Illnesses. *Psychological Reports* 1982;50(3):1045-6.

96. Armstrong KL. How to avoid burnout: A study of the relationship between burnout and worker, organizational and management characteristics in eleven child abuse and neglect projects. *Child Abuse & Neglect*, 1979;3(1):145-9.
97. Quattrochi-Tubin S, Jones JW, Breedlove V. The burnout syndrome in geriatric counselors and service workers. *Activities, Adaptation & Aging*, 1982;3(1):65-76.
98. Cohn AH, Collignon F, Evaluation of child abuse and neglect demonstration projects, Springfield: U.S. Dept. of Commerce, National Technical Information Service; 1977; s. 12.
99. Rottier J, Kelly W, Tomhave WK. Teacher burnout—small and rural school style. *Education*. 1983;104(1):72-9.
100. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital & Community Psychiatry* 1978;29(4):233-7.
101. Maslach C, Pines A. The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting. *Child Care Quarterly* 1977;6:100-13.
102. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration* 1999;21(4):472-89.
103. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *The Academy of Management Review* 1993;18(4):621-56.
104. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* 1985;12(7):837-51.
105. Ergin C, Çimen M. Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2001;43(2):169-76.
106. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education* 2000;34(6):430-6.
107. Ergin C: Doktor ve hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1992
108. Torun A. Stres ve Tükenmişlik, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi [İnternet]. Türk Psikologlar Derneği Ve Kalder Derneği Ortak Yayını; 1997 [Erişim tarihi: 29 Eylül 2023]; Erişim adresi: <https://avesis.marmara.edu.tr/yayin/ef945a67-93b5-47f0-80e2-d3795eefe943/stres-ve-tukenmislik>
109. Sağlam Arı G, Çına Bal E. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi [İnternet]. *Dergipark*; 2008 [Erişim tarihi: 29 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/145983>

110. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilim Fakültesi Dergisi 2016;20(2):95-108.
111. Polatçı S, Ardiç K. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi 2009;0(32):21-46.
112. Johnstone C. Strategies to prevent burnout. BMJ. 1999;318(7192):2.
113. Uler E. Tükenmişlik ve Örgütsel Tükenmişlik Üzerine Literatür Taraması. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi 2020;6:39.
114. Işıkhani V. Çalışanlarda tükenmişlik sendromu İçinde: Gülhan M, Yılmaz Ü. editörler. Akciğer kanserinde destek tedavisi İstanbul: TÜSAD eğitim kitapları serisi, 2016; s. 371.
115. Berkeley Planning Associates. Project management and worker burnout. U.S. Department of Commerce, National Technical Information Service, 1977; s. 210
116. Pines A, Aronson E. Career Burnout: Causes and Cures. Michigan: Free Press; 1988.
117. Pines A. The Burnout Measure. International Journal of Stress Management 2005;12(1):78-88.
118. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeği-kısa formu ile Eş Tükenmişlik Ölçeği-kısa formu'nun Türkçe Uyarlaması ve Psikoanalitik-Varoluşçu Bakış Açısından Mesleki ve Eş Tükenmişlik İlişkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2013;13(3):1393-1418.
119. Pines A, Neal MB, Hammer LB, ve ark. Job burnout and couple burnout in dual earner couples in the sandwiched generation. Social Psychology Quarterly 2011;74(4):361-86.
120. WHO report on the global tobacco epidemic 2019 offer help to quit tobacco use [Internet]. [Erişim tarihi: 06 Kasım 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241516204>
121. Fırat M, Ayran G, Kanbay Y. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sigaraya Başlama, Sigara Kullanma ve Sigara Bırakmayla İlgili Özellikleri. The Turkish Journal on Addictions 2019;6:244-6.
122. Yasar Z, Kurt O, Talay F, ve ark. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. Eurasian Journal of Pulmonology 2014;16(2):99-104.
123. Yılmaz A. Sigara Bırakma Tedavisindeki Hastalarımızın Genel Özellikleri Ve Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2015;29(3):145-149.

124. Wee LH, West R, Bulgiba A, ve ark. Predictors of 3-month abstinence in smokers attending stop-smoking clinics in Malaysia. *Nicotine & Tobacco Research* 2011;13(2):151-6.
125. Berkeşoğlu Ç, Özgür ES, DemiR AU. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;11(3):355-65.
126. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, ve ark. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2013; 14: 81-7
127. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu”. TÜİK, Ankara, 2012. [İnternet]. [Erişim tarihi: 06 Kasım 2023]. Erişim adresi: https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/Yayinlar/Kuresel_Yetiskin_Tutun_Arastirmasi_Turkiye_Raporu_2012.pdf
128. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğinde değerlendirilen olgular [Uzmanlık tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi; 2008.
129. Velioğlu U, Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi* 2018;45(1):35-41.
130. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors* 2004;29(6):1067-83.
131. Pawlina MMC, Rondina RDC, Espinosa MM, ve ark. Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. *Arch. Clin. Psychiatry Impr.* 2014;101-5.
132. Tözün M. İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranların sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri ve nikotin bağımlılık durumları. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2020;5(1):84-95.
133. Gerçek ÇG, Gümüş G, Demir S, ve ark. Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı Sıklığı Ve Kullanmaya Başlama Nedenleri. *Düzce Tıp Dergisi* 2010;12(3):7-14.
134. Şahin EV, Sunay D, Balci N, ve ark. Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2019;11(3):259-62.
135. Sancak R, Dünder C, Öztürk F, ve ark. Kırsal ve kentsel alandaki lise ve ortaokul öğrencilerinde sigara içme durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1997;40(3):385-93
136. Akça G. Samsun ilinde 12-19 yaş grubu öğrencilerde sigara içme sıklığı ve sigara içme durumunu etkileyen faktörler [Uzmanlık tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi;2012

137. Baştürk M, Koç EM, Sözmen MK, ve ark. Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2018;10(3):282-8.
138. Koç EM, Başer DA, Döner P, ve ark. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2015; 6 (1): 33-9
139. Raherison C, Marjary A, Valpromy B, ve ark. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respiratory Medicine* 2005;99(10):1303-10.
140. Yargıç İ, Baykan H. Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013; 14:77-8
141. Doğan DG, Ulukol B. Ergenlerin Sigara İçmesini Etkileyen Faktörler ve Sigara Karşıtı İki Eğitim Modelinin Etkinliği. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2010;17(3):179-85.
142. Aygün H. Lise öğrencilerinin sigara ve alkol kullanım yaygınlığının belirlenmesi. [Yükseklisans tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi;2017
143. Öztürk S, Özgen R, Şişman H, ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi. *Cukurova Medical Journal* 2014;39(4):752-64.
144. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7(1):71-78.
145. Arpacioğlu S, Baltalı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal* 2021;46(1):88-100.
146. Özülkü E. Covid-19 salgını nedeniyle sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik, depresyon ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin incelenmesi. [Yükseklisans tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi;2021
147. Buğdaycı R, Kurt A, Tayyar Ş, ve ark. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(1):32-6.
148. Çapri B, Gökçakan Z. Eş Tükenmişliğini Yordayan Değişkenler. *İlköğretim Online* 2013;12(2):561-74.

8. EKLER

EK-1: Tez Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1539

Konu : **ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 06 EYLÜL 2022 SALI

Toplantı No : 2022/13

Proje No : GO 22/602 (Değerlendirme Tarihi: 21.06.2022)

Karar No : 2022/13-62

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Doç. Dr. Hilal AKSOY'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. İzzet FIDANCI, Doç. Dr. İsmail ARSLAN ile birlikte çalışacakları ve Arş. Gör. Dr. Asena Merve OFLAZ'ın uzmanlık tezi olan, GO 22/602 kayıt numaralı **"Sigara Bırakmaya Karar Veren Kişilerde Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 07 Eylül 2022 – 07 Mart 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

EK-2. Ölçek İzinleri

----- Forwarded message -----

From: "burhan Çaprı" [mailto:burhan@mersin.edu.tr]

To: HILAL AKSOY [mailto:hilal@mersin.edu.tr]

Cc:

Bcc:

Date: Tue, 12 Apr 2022 15:25:18 +0300

Subject: Re: ölçek kullanım onayı

Değerli Hocam,

Öncelikle nezaketiniz için çok teşekkür ederim.

İlgili ölçme aracının kısa ve uzun formlarını ekte gönderiyor çalışmanızda kolaylıklar diliyorum...

HILAL AKSOY [mailto:hilal@mersin.edu.tr] 11 Nis 2022 Pzt, 15:26 tarihinde şunu yazdı:

--

Prof. Dr. Burhan ÇAPRI

Mersin University, Faculty of Education,

Department of Education Sciences

Mersin /Turkey

Tel: +903243610001-11211

Fax: +90 3243412823

EK-3: Anket Formu

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

“Sigara Bırakmaya Karar Veren Kişilerde Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Tıpta uzmanlık tez çalışması doğrultusunda hazırlanan çalışmamızda sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin mesleki ve eşle ilgili tükenmişlik durumlarını tanımlamayı amaçladık. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Lütfen ad ve soyad gibi sizi tanıtıcı bilgilerinizi veri toplama formuna yazmayınız. Çalışma kapsamında toplanan tüm bilgiler gizli tutulacak, toplanan veriler sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılıp katılmamanız, alacağınız sağlık hizmetinin türünü ya da içeriğini değiştirmeyecektir.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 4 bölüm ve 46 sorudan oluşmakta, tahminen 15 dakikada doldurulması tamamlanmaktadır. Soruları cevaplarken seçenekler arasından uygun olan için belirlenen kutucuğa işaret koyun ve açık uçlu sorularda cevabınızı sizin için bırakılan boşluğa yazınız. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Çalışma ile ilgili olarak ek bir bilgi almak isterseniz aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacılar ile iletişime geçebilirsiniz.

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmaya katılmayı istiyor musunuz?

Evet ☐

Hayır ☐

Katılımınız ve araştırmaya yapmış olduğunuz katkılarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacı:

Doç. Dr. Hilal AKSOY
(0312 305 15 27)

Araştırma ekibi:

Arş. Gör. Dr. Asena Merve OFLAZ
Doç. Dr. İzzet FİDANCI
Doç. Dr. İsmail ARSLAN

Anket Soruları

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz
 - Kadın
 - Erkek
3. Medeni haliniz
 - Evli
 - Bekar
 - Dul/boşanmış
- 4)Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?
 - Hayır,yok
 - 1
 - 2
 - 3
 - 3'ten fazla
- 5)Aynı evde kiminle yaşıyorsunuz?
 - Tek başıma
 - Anne ve/veya babamla
 - Eş ve/veya çocuğumla
 - Diğer
- 6)Eğitim düzeyiniz
 - Okuryazar değil
 - İlkokul mezunu
 - Ortaokul mezunu
 - Lise mezunu
 - Ön lisans mezunu
 - Lisans mezunu
 - Yüksek lisans mezunu
 - Doktora mezunu
- 7)Çalışma durumunuz
 - Tam zamanlı çalışıyor
 - Yarı zamanlı çalışıyor
 - Çalışmıyorum
- 8)Mesleğiniz.....
- 9)Mesleğinizden memnun musunuz?
 - Evet
 - Hayır
 - Emin değilim/kararsızım
- 10)Kaç yıldır çalışıyorsunuz.....
- 11)Haftalık çalışma saatiniz.....
- 12)Vardiyalı mı çalışıyorsunuz
 - Evet
 - Hayır

13)Aylık toplam hane halkı geliriniz

- 5.000-10.000 TL
- 10.000-15.000 TL
- 15.000-20.000 TL
- 20.000-25.000 TL
- 25.000-30.000 TL
- 30.000 TL'den fazla

14)Bilinen hastalığınız var mı? Varsa lütfen belirtiniz.

- Evet:
- Hayır

15) Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Varsa lütfen belirtiniz.

- Evet:
- Hayır.

16) Yaklaşık ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?

.....

17) Sigaraya başlama nedeniniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- Arkadaş ısrarı
- İşle ilgili sorunlarım nedeni ile
- Eş/ kız arkadaş/erkek arkadaş sorunlarım nedeni ile
- Ailemde sigara içenlerin olması beni yönlendirdi
- Sosyal ortamımdan dışlanmamak için
- Daha büyük görünmek amacı ile
- Ünlülere özendiğimden
- Keyif verdiği için
- Diğer(Lütfen açıklayınız)

18) Sigara içme nedenleriniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- Keyif veriyor
- Bağımlı olduğum için
- Sıkıntıları unutturuyor\dindiriyor
- Alışkanlık
- Psikolojik olarak rahatlatıyor
- Diğer (Lütfen açıklayınız).....

19) Daha önce hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- Evet (Lütfen kaç kere denediğinizi belirtiniz)
- Hayır

20)Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Bıraktım.

Nikotin bağımlılığı için Modifiye Fagerström Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika içinde (3 puan)
 - b. 6-30 dakika içinde (2 puan)
 - c. 31-60 dakika içinde (1 puan)
 - d. 1 saatten sonra (0 puan)
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
- a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
- a. Sabah ilk içilen sigara (1 puan)
 - b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar (0 puan)
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
- a. 31 ve daha fazla (3 puan)
 - b. 21-30 adet (2 puan)
 - c. 11-20 adet (1 puan)
 - d. 10 ve daha az (0 puan)
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
- a. Evet (1 puan)
 - b. Hayır (0 puan)
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
- a. Evet (1 puan) b. Hayır (0 puan)

TÖ-KF(Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu)

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. İş ortamınız ve mesleğinizle ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir Zaman	Sadece Bir Defa	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla	Her Zaman

ÖRNEK: 5 1- Yorgun

- ____ 1- Yorgun
- ____ 2- İnsanlar İle İlgili Hayal Kırıklığına Uğramış
- ____ 3- Umutsuz
- ____ 4- Kapana Kısılmış
- ____ 5- Çaresiz
- ____ 6- Çökmüş
- ____ 7- Zayıf
- ____ 8- Güvensiz
- ____ 9- Uyuma Güçlüğü
- ____ 10- Yeter Artık Dayanamıyorum

ETÖ-KF(Eş Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu)

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Eşinizle/kız-erkek yakın ilişkinizle ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir Zaman	Sadece Bir Defa	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla	Her Zaman

ÖRNEK: 5 1- Yorgun

- ___ 1- Yorgun
- ___ 2- Eşi/Partneri İle İlgili Hayal Kırıklığına Uğramış
- ___ 3- Umutsuz
- ___ 4- Kapana Kısılmış
- ___ 5- Çaresiz
- ___ 6- Çökmüş
- ___ 7- Zayıf
- ___ 8- Güvensiz
- ___ 9- Uyuma Güçlüğü
- ___ 10- Yeter Artık Dayanamıyorum