

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
HSH-2020-0003

SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU
DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Ümmühan SÖZER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ
Dr. Seyfi DURMAZ

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-19013 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2020

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sigara İçme Kavramı	3
2.2. Sigara İçme Sıklığı	3
2.2.1. Dünyada Sigara İçme Sıklığı.....	4
2.2.2. Türkiye’de Sigara İçme Sıklığı	5
2.3. Türkiye’de Sigara Trendi.....	8
2.4. Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Durumu	8
2.5. Sigara Bırakma Kavramı	9
2.6. Tütün ve Tütün Ürünlerini Bırakma.....	10
2.6.1. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi	11
2.6.2. MPOWER ve Kuvvet Politikaları	12
2.6.3. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikalarının Uygulanması	13
2.7. Tütün Kullanımının Riskleri.....	14
2.8. Sigara Bırakma İle Gelen Kazançlar	16
2.9. Tütün Bağımlılığı	17
2.10. Nikotin.....	17
2.11. Yoksunluk.....	18
2.12. Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörler.....	19

2.13. Sigara Bırakmada Hazıroluşluk.....	20
2.13.1. Transteoretik Model	21
2.13.2. Sigara Bırakmada Hazıroluşluğu Etkileyen Faktörler.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	24
3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri.....	24
3.5. Araştırma Soruları	25
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	25
3.6.1. Anket Formu.....	25
3.6.2. Transteoretik Model'e (TTM) göre değişim aşamaları algoritması	25
3.6.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği.....	26
3.6.4 Beck Depresyon Ölçeği.....	27
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	27
3.8. Araştırmanın Uygulama Planı	27
3.9. Değişkenler.....	28
3.9.1. Bağımlı Değişkenler.....	28
3.9.2. Bağımsız Değişkenler.....	28
3.10. Araştırmanın Analizi	29
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.12. Sınırlılıklar.....	29
3.13. Araştırma Uygulama Takvimi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6.1. Sonuçlar	42
6.2. Öneriler.....	43
KAYNAKLAR.....	45
EKLER	54
Ek 1. Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşaması Algoritması	54
Ek 2. Anket Formu	55
Ek 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği	57
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği.....	58

Ek 5. Etik Kurul İzin Yazısı	62
Ek 6. Kurum İzin Yazısı	64
Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	66
ÖZGEÇMİŞ.....	69



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ARK	: Arkadaşları
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FNBÖ	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği
KGTA	: Küresel Gençlik Tütün Araştırması
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MPOWER	: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise İzle, Korumak, Önermek, Uyarı, Yasaklamak, Vergilendirmek
TAPDK	: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TKÇS	: Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi
TTM	: Transteoretik Model
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sigara içenlerin ülkelere göre oranı.	4
Şekil 2. Türkiye’de erişkinlerde sigara kullanım prevalansının zamanla değişimi.....	6
Şekil 3. Sigara içenlerde hastalık riski.	15
Şekil 4. Değişim aşamaları modeli.....	22



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. TÜİK, Türkiye sağlık araştırması, 2012, 2014, 2016.	7
Tablo 2. Değişim aşamaları modeli'nin yapısı	21
Tablo 3. Tez çalışma planı	30
Tablo 4. Katılımcıların transtoretik modele göre bulunduğu değişim aşamasına ilişkin özellikleri.	31
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.	32
Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikleri	33
Tablo 7. Katılımcıların fagerström nikotin bağımlılık testine ilişkin özellikleri.	34
Tablo 8. Katılımcıların beck depresyon ölçeğine ilişkin özellikleri.	34
Tablo 9. Katılımcıların hazır olma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi. ...	35
Tablo 10. Katılımcıların hazır olma durumu ile sigara kullanımına ilişkin değişkenlerin ilişkisi.	36
Tablo 11. Katılımcıların hazır olma durumu ile fagerström nikotin bağımlılık ölçeği ilişkisi.	36
Tablo 12. Katılımcıların hazır olma durumu ile beck depresyon ölçeği ilişkisi.	36
Tablo 13. Katılımcıların çoklu değişken analizine göre hazır olma durumu ile ilişkili faktörler.	37

ÖZET

SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sözer Ü. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2020.

Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 2019-2020 arasında çalışmakta olan sigara içen ve son altı ay içinde bırakma çabasında olan 182 kişi oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından ilgili kurumda uygun görüşme ortamı sağlanarak katılımcılarla yüz yüze görüşülerek anketler uygulanmıştır.

Veri toplama aracı olarak “Transteoretik Model’e (TTM) göre Değişim Aşamaları Algoritması”, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen “Anket Formu”, “Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır.

Toplanan veriler SPSS 21.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı bulgular için ortalama ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile ilişkisini sorguladığımız özelliklerin ortaya çıkarılmasında KiKare ve student t testleri uygulanmış ve ilişkili bulunan faktörler çoklu değişkenli lojistik regresyon testi ile tekrar değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Çalışmamızda araştırmaya katılanların %55,5'i (n=101) kadın, %44,50'i (n=81) erkek bireyden oluşmakta ve 145 (%79,67) kişi 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9 ($\pm 7,8$)'dir.

Katılımcıların Transteoretik Model'e göre bulundukları değişim aşamaları sırasıyla; düşünmeyenler 70 (%38,46) kişi, düşünenler 24 (%13,19) kişi, hazır olanlar 68 (%37,36) kişi, harekete geçenler 20 (%10,99) kişiden oluşmaktadır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık testine göre 92 (%50,50) kişinin bağımlılığı çok düşük düzeyde, 37 (%20,30) kişinin bağımlılığı düşük düzeyde, 16 (%8,80) kişinin bağımlılığı orta düzeyde, 22 (%12,10) kişinin bağımlılığı yüksek düzeyde, 15 (%8,20) kişinin bağımlılığı

çok yüksek düzeydedir. Beck Depresyon Skalasına göre 108 (%59,30) kişi minimal depresyonda, 38 (%20,90) kişi hafif depresyonda, 32 (%17,60) kişi orta depresyonda, 4 (%2,20) kişi şiddetli depresyonda bulunmuştur.

Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,5 (%95 GA 1,9-10,6) kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 (%95 GA 1,2-6,8); üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 (%95 GA 1,2-6,1) kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeninde tekli değişken analizlerinde destek almışlar yönünde ($p=0,028$) anlamlı ilişki tespit edilmişken, çoklu analizlerde müdahaleye hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir ($p>0,05$).

Kişilerin sigara bırakmaya hazırloluğu ile sosyodemografik özellikleri, diğer sigaraya ilişkin özellikleri, fagerström nikotin bağımlılık düzeyi ve beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Bu veriler doğrultusunda bireyin sigara bırakmaya hazırloluğu ile günlük içilen sigara miktarı, sigara bırakmayı deneme sayısı ve sigarayı en son ne zaman bırakmayı denediği arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tütün kontrolünde önemli rolü olan ve topluma rol model olabilecek sağlık personelleri için sigarayı bırakmaya yönelik destek programlarının geliştirilmesi bu bulgular sonucunda tekrar değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Sağlık Çalışanı, Transteoretik Model.

ABSTRACT

THE CHANGE PHASE THAT SMOKING HEALTHCARE WORKERS EXPERIENCE AND RELATED FACTORS ACCORDING TO THE TRANSTHEORETICAL MODEL

Sözer Ü. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Public Health Nursing Program, Master's Thesis, Aydın, 2020.

This study was conducted cross-sectionally at the Practice and Research Hospital in Aydın Adnan Menderes University to ascertain the stage of change and related factors of smoking healthcare workers according to the transtheoretical model.

The universe of the research consists of 182 people who have been trying to quit smoking in the last six months and working at the Practice and Research Hospital in Aydın Adnan Menderes University between 2019 and 2020. A questionnaire was administered by the researcher by providing a suitable interview environment in the aforementioned institution and by meeting face-to-face with the participants.

According to the "Transtheoretical Model" (TTM), the "Phases of Change", the "Questionnaire Form" produced by the researcher, "Fagerström Nicotine Dependency Scale" and "Beck Depression Scale" were employed as data collection tools. The collected data were assessed in the SPSS 21.0 statistical package program. Average and percentage values were used for descriptive findings in the assessment of the data. Chi-square and student t-tests were applied to reveal the features which we questioned the relationship with the dependent variable, and the related factors were re-assessed with the multivariate logistic regression test. The significance level was accepted as 0.05.

In the study, 55.5% (n=101) of the participants were female and 44.50% (n=81) were male and 145 (79.67%) were under the age of 40, and the average age of the participants was 30.9 (± 7.8).

The change phases of the participants according to the Transtheoretical Model are respectively; those not considering quitting are 70 (38.46%), the ones considering are 24 (13.19%), those who are ready to quit are 68 (37.36%), and the ones who take action are 20 (10.99%).

According to the Fagerström Nicotine Addiction test; 92 (50.50%) individuals have very low dependency, 37 (20.30%) have low dependency, 16 (8.80%) have low level of addiction; for 22 (12.10%), addiction is at a high level, and 15 (8.20%) have a high level of addiction.

According to the Beck Depression Scale, 108 (59.30%) were in a minimal depression, 38 (20.90%) were in mild depression, 32 (17.60%) were in a moderate depression and 4 (2.20%) were in severe depression.

In multivariate analyses, individuals who consumed 1-10 cigarettes daily were found 4.5 times more likely to be ready for intervention than those who consumed 11 or more cigarettes daily (95% CI 1.9-10.6). Individuals who have tried to quit smoking in the past year were 2.8 times more ready for intervention than those who have tried to quit for more than a year (95% CI 1.2-6.8); on the other hand, individuals with three or more quitting experiences were 2.7 times more ready for intervention (95% CI 1.2-6.1) compared to those with 2 or fewer attempts. There was a significant relationship ($p = 0.028$) in the single variable analysis of the suggestion variable ($p = 0.028$), while it lost its relevance with the readiness to intervene in multiple analyses ($p > 0.05$).

No significant relationship was found between the readiness of quitting smoking and sociodemographic characteristics of individuals, other smoking-related features, Fagerström nicotine addiction level and Beck depression level.

Following these data, it was concluded that there exists a relationship between individuals' readiness to quit smoking and the number of cigarettes smoked daily, the number of attempts to quit smoking, and the last time of the attempt. It can be reevaluated on these findings, which are important in tobacco control and have support programs for smoking cessation in the role model of the society.

Thanks to these findings, the development of smoking cessation support programs for healthcare professionals who have an important role in tobacco control and could be a role model for the society can be re-evaluated.

Key words: Smoking, Healthcare Workers, Transtheoretical Model.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sigara kullanımı hastalıkların ve erken ölümlerin en önemli etkenidir, neden olduğu hastalıklar ve ekonomik yükünün büyüklüğü sebebiyle sadece ülkemizin değil tüm dünyanın ortak halk sağlığı problemidir (Şahbaz, 2005; Çalışkan, 2015; Güngörmüş, 2008). Sigara bağımlılığı kolay ulaşılabilir olması, tüketiminin yasal olması, farklı bağımlılık yapıcı maddelere geçiş niteliği taşıması nedeniyle en sık görülen bağımlılık tipi olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, sigara bağımlılığını kronik ve nükslerle seyreden bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır. Sigara kullananların beklenen yaşam süresi sigara kullanmayanlardan on yıl daha kısadır ve sigara kullananların %50'si yirmi yıllık yaşam süresi kaybından sonra sigara ile ilişkili hastalık nedeniyle kaybedilmektedir (WHO, 2008).

Yirminci yüzyılda tütün ve mamullerinin kullanımı 100 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. 21'nci yüzyılda bu sayının 1 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir (Çalışkan ve Metintaş, 2018). Yılda 8 milyondan fazla birey tütün kullanımı sebebiyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2019). Mevcut seyre müdahale edilmediği takdirde 2030'da ölüm oranının yılda 10 milyona çıkması beklenmektedir. Sigara kullanımının %50 azaltılması ile 2050 yılına kadar 200 milyondan fazla kişinin sigara kaynaklı ölümünün engellenmesi beklenmektedir (Ergüder, 2008).

Sigara kullanımının en sık görüldüğü on ülkeden biri olan Türkiye'de 16 milyon kişi sigara kullanmaktadır. Tütün ve tütün mamulleri Türkiye'de can kaybının %23'üne etki etmektedir ve bir senede 100 000 insanın ölümüne sebep olmaktadır. (Çalışkan ve Metintaş, 2018). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre ülkemizde 15 yaş ve üstü bireylerin sigara kullanım oranı %31,6'dır. 15 yaş ve üstü sigara içen bireyler günlük ortalama 18,0 adet sigara tüketmektedir. Sigara içen 15 yaş üstü bireylerin %32,9'u sigarayı bırakmak istemektedir (KYTA, 2016).

Sigara bırakma konusunda kişinin hazır olması sigara bıraktırma programlarından etkin faydalanabilmek için öncelikli olarak gereklidir (Karadağlı, 2009). Sigara bırakmada hazıroluşluk en iyi şekilde James Prochaska ve Diclemente'nin 1982 senesinde geliştirdiği Transteoretik Model (TTM) ile açıklanmaktadır (Samancı Tekin, 2010). TTM ilk önce

sigara bıraktırma çalışmalarında kullanılmıştır sonrasında farklı bağımlılık davranışlarına ve sağığı geliştirme programlarına uyarlanmıştır (Koyun, 2013; Taş ve ark, 2016).

Sağık alışanları tütün kontrolünde önemli role sahiptir, sigara içen bireylere bir kez sigara bırakmasını teklif etmek bırakma ihtimalini arttırmaktadır, karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (Fidan ve ark, 2005; Alışkın ve ark, 2015). Ancak ölkemizde araştırmalara bakıldığıında hekim, ebe ve hemşireler de sigara kullanma sıklığı topluma oranla daha yüksektir (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Sağık alışanlarının topluma karşı özellikle sağık kurumlarında sigara kullanmaması sigara ile mücadelenin inandırıcılığı için ve rolleri gereğı önemlidir (Aslan ve ark, 2008; WHO, 2012).

Hemşireler bireyin sigara içme durumunu değerlendirerek, sigaranın sağık üzerine olan etkilerini anlatarak davranış değişim aşamalarında destekleyici görevler üstlenmelidir. Halk sağığı hemşiresi bu yaklaşım ile sigara bırakma ve daha sağıklı toplum oluşumu açısından önem taşımaktadır (Güngörmüş, 2008; Karadağılı, 2009).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma sigara içen sağık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğıu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Sigara içen sağık alışanlarında transteoretik modele göre bulunduğıu değişim aşamasının dağılımı nasıldır ve ilişkili faktörler nelerdir?
2. Sigarayı bırakmada transteoretik modele göre bulunan değişim aşaması ve bazı kişisel özellikler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Sigara içen sağık alışanlarında transteoretik modele göre bulunduğıu değişim aşaması durumuyla nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Sigara içen sağık alışanlarında transteoretik modele göre bulunduğıu değişim aşaması ve Beck depresyon öleğı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara İçme Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü, “günlük düzenli sigara içicisi” tanımını son otuz günde her gün bir veya daha fazla sarma ya da imal edilmiş sigara içen kişi olarak yapmaktadır. Son otuz günde her günden daha seyrek sigara içen kişiler, “seyrek içen” kişiler şeklinde tanımlanmaktadır. Her gün ve ara sıra sigara kullananları “mevcut sigara içicisi” olarak kabul etmektedir. Sigara içmeyenler tanımını, ömür boyu hiç sigara içmemiş ya da sigara içme öyküsü olup sigarayı bırakmış kişiler oluşturmaktadır (WHO, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2010). Aktif sigara içen kişi dışında dumanın başka bireyler tarafından solunması pasif içicilik olarak tanımlanmaktadır (Samancı Tekin, 2010). Ömür boyu total 100 tane sigara içmiş birey “yaşamı boyunca sigara içicisi” (life time smoker) şeklinde isimlendirilir (Ünüvar, 2016).

Sigara içmenin başlangıç, devam ettirme, ara verme, bırakma, tekrar başlama gibi evreleri vardır (Sayın, 2013). Sigara içimi değişime yüksek direnç gösteren, tekrarlama ihtimali yüksek olan bir eylemdir (Şahbaz, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nikotinin bağımlılığı ve tiryakiliği sınıflandırmıştır;

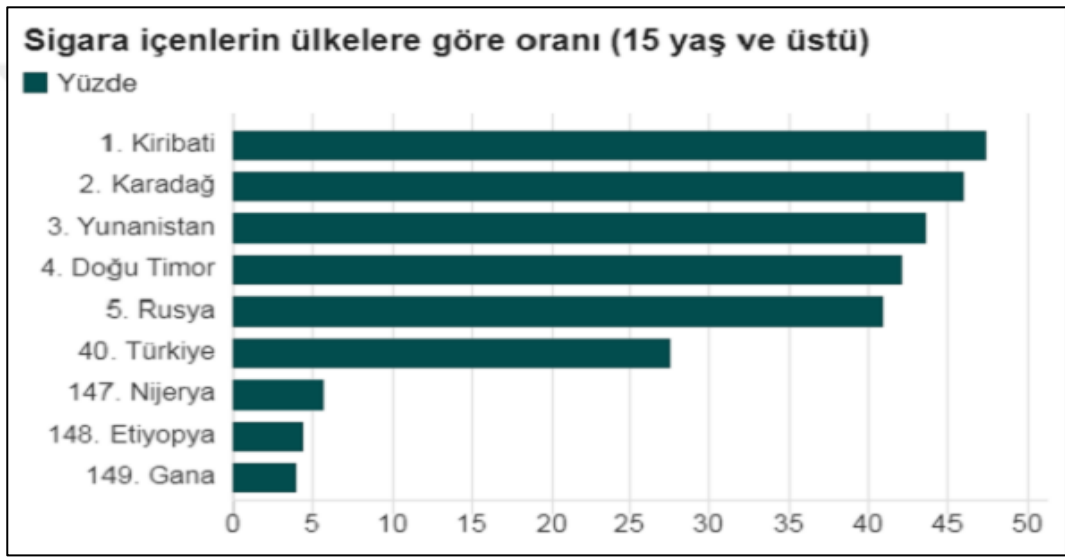
- Günlük içici: Günde bir ya da üzeri sigara içen.
- Ara sıra içici: Günde bir adetten az sigara içen.
- Eski içici: Geçmişte 6 ay ve üzeri sürede günde bir tane sigara içmiş, artık içmeyen.
- Hafif içici: Günde 10 adetten az sigara içen.
- Sigara İçmeyen: Hiç sigara içmeyen (WHO, 2011).

2.2. Sigara İçme Sıklığı

Tütün zararlarının bilinmesi ve tütün kontrolü uygulamaları nedeniyle gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalma gösterirken, sigara üreticilerinin hedef aldığı bu konuda bir hareket planı uygulamayan az gelişmiş aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde sigara içme sıklığı artış göstermiştir. Bu artışlar daha çok gençlerde ve kadınlarda olmaktadır (Karatay, 2007; Ergüder, 2008).

2.2.1. Dünyada Sigara İçme Sıklığı

Dünyada sigara kullananların üçte ikisi Rusya, Brezilya, Çin, Japonya, Hindistan, Endonezya, Bangladeş, Almanya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), ve Türkiye’de yaşamaktadır. (Çalışkan ve Metintaş, 2018) Dünyada sigara kullanma miktarı yetişkinlerde 2007 yılında %24 oranında iken, 2015’te %21 oranına gerilemiştir (Durmaz, 2018). Sigara kullanma sıklığı erkeklerde 2007 yılında %39 oranında iken, 2015’te %29’a gerilemiştir. Kadınlarda sigara kullanma sıklığına bakıldığında 2007 yılında %8 oranında iken, 2015’te %6 oranına gerilemiştir (Çalışkan ve Metintaş, 2018).



Kaynak: DSÖ, 2016.

Şekil 1. Sigara içenlerin ülkelere göre oranı.

DSÖ verilerinde dünyada 1,3 milyar birey sigara içmekte ve %84’ü Türkiye’nin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkelerdedir (Çalışkan,2015). Bu ülkelerde yaşayan erkek sigara kullanıcıları, tüm sigara kullanıcılarının %68’idir. Dünyada kadın sigara kullanıcılarının neredeyse yarısına denk gelen 85 milyon birey yüksek gelirli ülkelerde bulunmaktadır. 15 yaş üstü erkek bireylerde sigara kullanımını %76,2 ile Endonezya da en fazladır.

İkinci sırada %70,2 oranı ile Ürdün, üçüncü sırada %63,9 oranı ile Kribati gelmektedir. Kadın sigara kullanıcılarında ise birinci sırada %52 oranıyla Nauru, ikinci sırada %40,9 oranıyla Kribati, üçüncü sırada ise %39,7 oranıyla Sırbistan gelmektedir (WHO, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre küresel anlamda 15 yaş üstü kişilerin sigara içme sıklığı 2007 yılında %23,5 oranındayken 2015 yılında %20,7 oranına gerilemiştir. Dünya genelinde sigara kullanma oranında azalma görülse de tüm ülkelerde azalma gerçekleşmediğini de açıklamıştır (WHO, 2017).

Tütün kullanımında ülkeler belli basamaklardan geçmektedir. Dört aşamalı modele göre birinci aşamada gelişmekte olan ülkeler yer almaktadır (Koyun, 2013). Bu ülkelerde tütün kullanımı düşük oranlardadır (Özer, 2014). Sigara kullanım oranı erkeklerde hızla artmaktadır. Bu ülkelerde kültürel özellikler nedeniyle kadınların sigara içme oranı daha düşüktür (Koyun, 2013).

Sigara kullanımının ikinci aşamasından geçen Güney Avrupa, Batı Pasifik ülkeleri ve Asya ülkeleri vardır (Koyun, 2013). Tütüne kaynaklı sağlık problemleri görülmeye başlanır. (Özer, 2014) Sigara kullanma sıklığı erkeklerde %50-80 civarında değişiklik göstermekte ve sigara kullanma sıklığı kadınlarda artış göstermektedir. (Koyun, 2013).

Güney, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri üçüncü aşamadan geçen ülkelerdir. Uzun süreli sigara kullanma geçmişi vardır (Koyun, 2013). Sağlık problemlerine daha sık rastlanır ve tütün kullanımı nedeni erkeklerin ölüm oranlarında artış görülür (Özer, 2014). Erkeklerde sigara kullanma sıklığı azalma eğilimindedir. Buna karşılık kadınlarda artış görülmektedir. Kadınların sigara kullanma sıklığı %35-45 gibi yüksek oranlara sahiptir (Koyun, 2013).

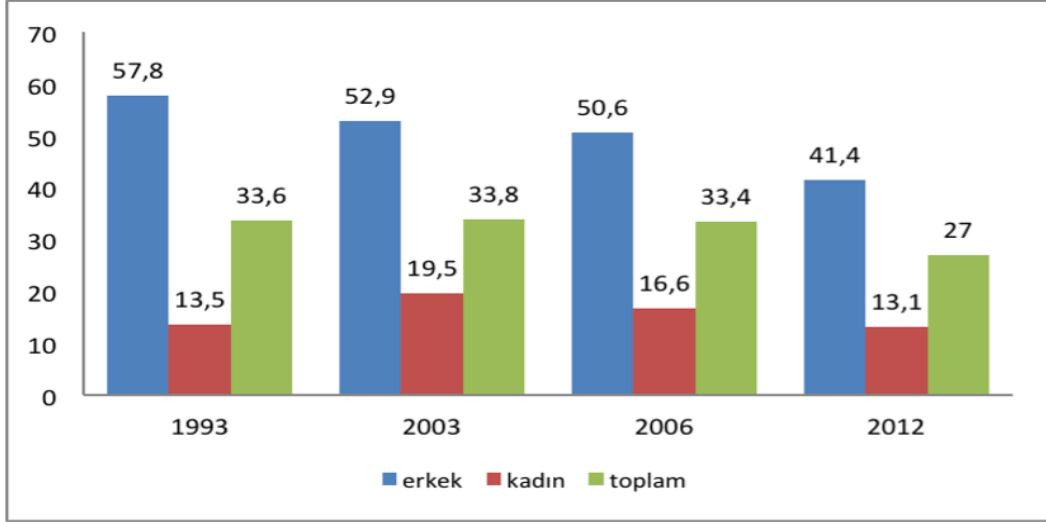
Dördüncü aşamada olan Amerika, İngiltere, Kanada, Finlandiya gibi ülkelerde sigara içme oranları, tüm toplumda cinsiyet ayırmaksızın azalmaktadır. Kadın ile erkeklerin sigara kullanma oranları birbirine epey yakındır. Dördüncü aşama ülkelerinde sigara kullanma oranının genç kızlarda daha yüksek olduğu ve sigara bırakma oranlarının da erkeklere göre daha az olduğu belirtilmektedir. Bu ülkelerde, sigara kullanımı toplumun fakir ve dezavantajlı kısmında daha fazladır. (Koyun, 2013)

2.2.2. Türkiye'de Sigara İçme Sıklığı

Türkiye sigara kullanma sıklığının yüksek olduğu ülkelerdendir ve en yaygın on ülke içinde bulunmaktadır (Doğanay ve ark, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2012). Sağlık bakanlığının 2012 raporlarına bakıldığında ülkemizde 16 milyon kişinin sigara kullandığı belirtilmiştir.

KYTA 2012 verilerine göre günlük sigara tüketimi 19,2 adettir. KYTA 2016 verilerine göre günlük sigara tüketimi 18,0 adettir ve 15 yaş üstü nüfusun %31,6 sı sigara

kullanmaktadır. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye’de sigara kullanma oranı erkeklerde %44,1’e kadınlarda ise %17,4’e yükselmiştir. Sigara içenlerin %32,9’u sigarayı bırakmak istemektedir.



Kaynak: Özer, 2014.

Şekil 2. Türkiye’de erişkinlerde sigara kullanım prevalansının zamanla değişimi.

Bireysel sigara kullanımında Avrupa Ülkelerine bakıldığında Yunanistan birinci Türkiye ise ikinci sıradadır (Kılınç, 2010). Türkiye’de sigara içenlerin ciddi bölümü 20 yaş öncesi sigara içmeye başlamıştır. Sigara kullananların yaş ortalaması zamanla düşüş göstermektedir (Yılmaz, 2010). Erkeklerde sigaraya başlama yaşı 16,8 kadınlarda 17,8 dir (Durmaz, 2018).

Sigara kullanma sıklığı 2008 yılından 2012 yılına kadar yakın olarak %13’lük bir azalma göstermiştir. Erkeklerde sigara kullanımındaki azalma daha fazladır (Çalışkan, 2015).

Sigara kullananlar yaşa göre kategorize edildiğinde en fazla 25-34 yaş grubu kullanmaktadır. Bunun sonucunda sigara ile mücadelede 15-24 yaşın hedef alınması önemlidir. Bu yaşlardaki bireylerin sigara kullanmaya başlaması önlenir ya da sigara kullananların bırakması sağlanabilirse iyi bir sonuca ulaşılabilir. Kadınların sigara kullanım sıklığı yaşa göre en sık 35-44 yaşlar iken erkeklerde en sık 25-34 yaş aralığındadır (Çalışkan, 2015).

Tablo 1. TÜİK, Türkiye sağlık araştırması, 2012, 2014, 2016.

Tütün ve Ürünleri Kullanma	Yaş	2012			2014			2016		
		Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Her Gün Kullanan	15-24	24,1	4,6	14,3	31,4	5,7	18,5	28,2	7,8	18,1
	25-34	45,9	14,9	30,5	51,2	18,8	35,1	49,6	16,6	33,2
	35-44	44,4	17,3	30,9	49,9	19,7	34,9	50,6	19,6	35,2
	45-54	42,0	13,4	27,7	48,7	16,5	32,7	45,3	17,7	31,6
	55-64	27,9	7,4	17,4	38,2	10,2	24,0	35,0	10,9	22,8
	65-74	17,8	3,8	10,1	22,4	3,4	12,1	24,2	4,4	13,5
	75+	12,6	0,8	5,6	8,9	2,4	5,0	10,7	1,0	4,8
	Türkiye	35,9	10,8	23,2	41,8	13,1	27,3	40,1	13,3	26,5
Ara Sıra Kullanan	15-24	4,3	1,5	2,9	6,1	3,7	4,9	3,6	3,0	3,3
	25-34	4,6	4,9	4,8	6,9	6,5	6,7	5,1	6,1	5,6
	35-44	4,9	4,4	4,6	6,4	6,8	6,6	5,0	5,9	5,4
	45-54	4,1	3,1	3,6	4,4	4,8	4,6	4,1	4,1	4,1
	55-64	4,1	0,5	2,3	3,6	3,3	3,4	2,5	2,3	2,4
	65-74	2,7	0,9	1,7	5,2	2,2	3,6	1,9	1,3	1,6
	75+	2,9	1,2	1,9	2,9	1,4	2,0	2,8	2,0	2,3
	Türkiye	4,3	2,9	3,6	5,6	4,8	5,2	4,0	4,1	4,1
Daha Önce Kullanan	15-24	6,5	5,0	5,7	10,2	7,5	8,8	3,4	2,1	2,7
	25-34	11,7	11,2	11,5	12,6	12,8	12,7	9,3	6,6	8,0
	35-44	18,2	9,8	14,0	20,6	13,0	16,8	16,6	8,2	12,4
	45-54	26,3	10,6	18,5	29,6	14,1	21,9	24,5	8,7	16,7
	55-64	38,0	10,1	23,8	43,4	14,5	28,8	39,5	9,0	24,1
	65-74	44,9	7,4	24,4	51,8	10,9	29,7	47,4	7,7	26,0
	75+	42,2	5,7	20,4	58,7	8,4	28,4	47,3	5,4	22,0
	Türkiye	19,8	8,9	14,3	23,8	11,8	17,7	19,3	6,7	12,9
Hiç Kullanmayan	15-24	65,1	88,9	77,1	52,3	83,2	67,7	64,9	87,0	75,9
	25-34	37,8	69,0	53,3	29,3	61,8	45,5	36,0	70,7	53,3
	35-44	32,5	68,5	50,5	23,1	60,4	41,7	27,8	66,3	47,0
	45-54	27,6	72,9	50,2	17,2	64,6	40,8	26,1	69,5	47,7
	55-64	30,0	82,0	56,5	14,8	72,1	43,8	22,9	77,8	50,7
	65-74	34,5	88,0	63,8	20,5	83,5	54,6	26,5	86,6	58,9
	75+	42,3	92,3	72,1	29,5	87,8	64,6	39,2	91,6	70,9
	Türkiye	40,0	77,3	59,0	28,7	70,3	49,8	36,6	75,9	56,5

Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012, 2014, 2016.

Ülkemizde sigara içme sıklığı öğrenim seviyesi ve yaş ile birlikte artış göstermektedir. Okuma yazması olmayan yetişkin bireylerde sigara içme oranı en az iken; lise ve üstü öğrenim seviyesi olanlarda sigara içme oranı en yüksektir (Koyun, 2013). Ünüvar 2016 çalışmasında sigara kullananların %26,7'sinin üniversite mezunu, %11'inin ise eğitimsiz olduğu bildirilmiştir. Bu bilgi doğrultusunda ülkemizde maalesef eğitim düzeyinin artmasıyla sigara kullanımının da arttığı sonucuna ulaşılmaktadır (Ünüvar, 2016).

2.3. Türkiye’de Sigara Trendi

Türkiye’de 25 yaş üstü erkeklerin sigara kullanma oranı 1997’de %42’den fazla iken kadınların sigara kullanma oranı %10’un altındaydı. Sigara kullanımının 1997’den 2010 senesine kadar erkeklerin bir senede %1.33’lük azalma gösterdiği, kadınların oranın neredeyse aynı kaldığı belirlenmiştir. Erkeklerde sigara kullanma oranı 1988–2010 yılları arasında %27.5–63.8, kadınlarda ise %8.4–27.8 arasında farklılık göstermektedir (Doğanay ve ark, 2012).

Ülkemizde sigara tüketme oranı 2008-2012 seneleri arasında %31,2 oranından %27,1 oranına gerilemiştir. Tütün piyasası bu gerileme karşısında kazançlarını devam ettirebilmek için ürünleri çeşitlendirmiş, satış stratejileri geliştirmiştir, tanıtım ve üretim giderlerini azaltma yoluna gitmiştir. Tütün fonunun kaldırılması nedeniyle seksen milyon dolar kar etmiştir. Karlılığı devam ettirebilmek için tütün üreticileri kıyılmış tütün, aromalı veya ince sigaralar pazarlanması ile satışlarda artış sağlamışlardır (Durmaz, 2018). KYTA 2016 verilerine göre 15 yaş üstü bireylerin %31,6 sı sigara kullanmaktadır. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye’de sigara kullanma oranı erkeklerde %44,1’e kadınlarda ise %17,4’e yükselmiştir.

2.4. Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Durumu

Sağlık çalışanları tütün kontrolünde önemli role sahiptir, sigara içen bireylere bir kez sigara bırakmasını teklif etmek bırakma ihtimalini arttırmaktadır, karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (Fidan ve ark, 2005; Alışkın ve ark, 2015). Ancak ülkemizde araştırmalara bakıldığında

hekim, ebe ve hemşireler de sigara kullanma sıklığı topluma oranla daha yüksektir (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Sağlık çalışanlarının topluma karşı özellikle sağlık kurumlarında sigara kullanmaması sigara ile mücadelenin inandırıcılığı için ve rolleri gereği önemlidir (Aslan ve ark, 2008; WHO, 2012).

Türkiye’de 2007 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada meslek gruplarında farklı oranlar görülse de sigara içme sıklığı ülke profilinden yüksek tespit edilmiştir. Pratisyen hekimlerin %39.3’ü, uzman hekimlerin %30.9’u, ebe-hemşirelerin %40.7’si, sağlık teknisyenlerinin ise %43.3’ü ara sıra ya da düzenli olarak sigara kullanmaktadır, çalışmada sigara içen sağlık çalışanlarında güçlü bağımlılık düzeyi saptanmasına rağmen sigara bırakma isteği ve girişiminin de fazla olduğu ortaya konmuştur (Aslan ve ark, 2008; Alışkın ve ark, 2015).

Atılğan ve arkadaşlarının 2008 yılı İstanbul Alman Hastanesi’nde yaptığı araştırmada çalışmaya katılan personelin %39,8’inin sigara kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Atılğan ve ark, 2008).

Günay ve arkadaşlarının askeri sağlık personelinde 2010 yılında yaptığı çalışmada sigara kullanım sıklığının %53.4 olduğu tespit edilmiştir (Günay ve ark, 2010).

Günaydın’ın 2018’de Konya ilinde yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %31,7’sinin sigara kullandığı (hergün ve arasıra içen); %58,0’ı sigaraya 16-20 yaş arasında başladığı, %33,3’ünün sigaranın sağlık üzerine muhtemel zararlı etkilerini düşündüğü, sigaraya başlama nedeni olarak %56,0’ı sosyal çevre ve arkadaşın en önemli etken olduğu, %44’4’ünün genellikle arkadaşları ile beraberken sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır (Günaydın, 2018).

2.5. Sigara Bırakma Kavramı

Sigara bırakma; sigara ve diğer tütün ürünlerinden en az 6 ay, tercihen bir yıl süre yoksun kalmak şeklinde tanımlanmaktadır (Şahbaz, 2005).

Sigara bırakma aşamasında sigaradan birkaç nefes içmek ya da bir adet sigara içmek “kayma” şeklinde tanımlanır. Sigara içiminin son yedi gün içinde beş adetten az olması “hata” şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin eskiden içtiği sıklıkta sigara içmesine “nüks” denmektedir (Durmaz, 2018).

Ülkemizde sigara bırakma durumu %27,2 şeklinde bildirilmiştir. Erkeklerin %26,9, kadınların %28,3 şeklinde belirtilmiştir. 65 yaş üstü popülasyonda sigara bırakma oranı en

fazladır. 45 yaşından sonra sigara bırakma oranı hızlı biçimde artış göstermektedir. Genç bireylerde ise bu oran maalesef %10 dan daha düşüktür. Türkiye’de 15 yaş üstü sigara kullanıcılarının yaklaşık %50’si son 1 yıl içinde sigarayı bırakmayı denemiştir (Ünüvar, 2016).

2.6. Tütün ve Tütün Ürünlerini Bırakma

Sigara bırakma konusunda davranış tedavisi ve destek tedavisi ile ilaçla tedaviden oluşan yaklaşımlar bulunmaktadır. İki yaklaşımın birlikte kullanılması en iyi sonuçları vermektedir. Bireye bir kez sigara bırakmasını teklif etmek dahi bırakma ihtimalini artırmaktadır. Karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (Fidan ve ark, 2005). Tütün ve ürünlerini bırakmak motivasyon, bağımlılık düzeyi, psikolojik ve çevresel faktörler, sosyodemografik özellikler gibi bir çok faktöre bağlıdır (Selçuk ve Kayhan Tetik, 2016).

Dünya genelinde tütün kontrolü ile ilgili kaynaklar mücadelenin tıbbi önlemler ve bireysel davranış değişimlerinden ziyade bütüncül yaklaşım ile sosyal ve kültürel çevrenin değişimini sağlayacak politikalara ihtiyaç olduğunu desteklemektedir (Ardıç Çobaner, 2013).

Küresel tütün ve tütün ürünlerinin mücadelesi konusunda DSÖ , 2003 senesinde Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’ni (TKÇS) gündeme getirerek bu konuda temel maddeleri oluşturmuştur. TKÇS, tütün kontrolü tedbirlerini uygulamaya geçirmek amacıyla 179 ülke ve Mart 2017’den itibaren Avrupa Birliği’nin eklenmesiyle 180 muhatabı bulunan bir antlaşmadır. TKÇS, DSÖ bünyesinde herkesin tütünsüz maksimum sağlık standartlarında yaşamasını destekleyen ve sigara arzı beraberinde sigara talebinin de azaltılmasına yönelik tek antlaşmadır. Bu antlaşmadan beş sene sonrasında 2008’de DSÖ MPOWER isimindeki paket uygulamasını bildirmiştir. (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

Sigara bıraktırma faaliyetlerinde yapılan vergilerin artmasının en etkin yol olduğu bilinmektedir. Sigara fiyatının %70 artması sigara nedeni ölümleri küresel anlamda %25 oranında azaltmaktadır. Verginin %10’luk artışı ile yüksek gelirli ülkelerde %4, düşük gelirli ülkelerde %7 sıklıkta sigara kullanımında azalma görülmektedir (Selçuk ve Kayhan Tetik, 2016).

2.6.1. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi

Gelişmekte olan ülkelerde tütün üreticilerinin piyasa oluşturma eylemlerine karşı oluşturulan tütün kontrolü hakkında ilk uluslararası anlaşma “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”dir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde 21 Mayıs 2003 tarihinde Cenevre’de kabul görmüştür (Çalışkan, 2015).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini ülkemiz 28 Nisan 2004’de imzalamıştır. Sözleşme Türkiye Büyük Millet Meclisinin onayının ardından 30 Kasım 2004’de yayınlanmıştır ve 27 Şubat 2005’de yürürlüğe girmiştir (Kuş, 2013). Ülkemizde 2008 senesinde uygulamaya koyulan “Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” kapsamı 2009 yılında “Tütün Maddelerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” ile genişletilmiş ve kapalı yerlerde (kafe, restoran, dinlenme tesisleri, vb.) sigara kullanmak yasaklanmıştır. Ülkemiz bu anlayışı uygulayan Avrupa’da 3. ülke, dünyada ise 6. ülkedir (Çalışkan, 2015).

Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesi özellikle şu noktaları vurgulamıştır:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne bakıldığında, “çocuk” tanımı 18 yaş altı kişilerdir.
2. Sigara ve sonucunda ortaya çıkan problemler halk sağlığı sorunudur.
3. Sigara kullanan kadın bireyler çoğaldığından cinsiyete özgü denetleme sistemi gereklidir.
4. Tütün ve mamülleri bağımlılık yaptığı için bir hastalık sayılmalıdır.
5. Pasif sigara dumanına maruz olanlar için koruyucu tedbirler alınmalıdır.
6. Tütün endüstrisine karşı TKÇS boyutunda kampanyalar organize edilmelidir.
7. Tütün endüstrisinin destekleyicilerinin önüne geçilmelidir.
8. Tütün kontrolünün etkinliği için kültürel, siyasi, sosyal, yerel, ekonomik ve hukuki özelliklerin göz önünde bulunması gerekmektedir.
9. Tütün mücadelesinde sektörler arası birlik gerekmektedir (Altuntaş, 2014).

Sigara yasağı ile ilgili çalışmaların artırılmasından ziyade günümüzde sigaranın tamamen yasaklanması için çalışmalar artık gündemdedir. Ülkelerden bazıları sigaranın yasaklanacağı tarihi duyurmaya başlamıştır. Yeni zeland 2030 yılını, finlandiya 2050 yılını sigara kullanımının yasaklanacağı tarih olarak bildirmiştir. Avustralya’nın 2023 senesinde yasaklama olmadan sigara kullanımını sıfıra indireceği tahmin edilmektedir (Çalışkan, 2015).

2.6.2. MPOWER ve Kuvvet Politikaları

Tüm dünyada tütün ve ürünlerinin kullanımını azaltmak için yasal, sosyal ve ekonomik içeriği olan küresel anlamda tütünsüz yaşamı destekleyen maddeleri açıklayan bir pakettir. Bu paket yetişkin ve çocukların sigara dumanı maruziyetini engellemeyi amaçlamaktadır (Başol ve Can, 2015).

Bu paket ile dünyanın %40'ının oluşturduğu yaklaşık 2,9 milyar birey ile 76 ülkede tütün kullanımı konusunda iyi bir izlem yapılmaktadır. DSÖ 2017 raporuna göre neredeyse 3,2 milyar birey iki ya da daha çok MPOWER uygulaması dahilindedir (Durmaz, 2018).

MPOWER paketinde bulunan 6 politika;

Monitor(M)/İzle: Tütün kullanım verileri takibi (Başol ve Can, 2015) Koruyucu önlem politikalarının ve sonuçlarının izlemi (Durmaz, 2018) Sigara bırakma konusunda destek uygulamalarının izlemi. Sigaranın zararları hakkında çalışmalarının izlemi. Tanıtım, sponsorluk ve özendirme yasaklanma çalışmalarının izlemi. Satış fiyatını ve vergilerinin artırılması hakkında uygulamaların izlemi (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

Protect(P)/Koru: Pasif sigara dumanı maruziyetinin önlenmesi (Durmaz, 2018)

Okul, hastane gibi alanlarda sigara içmenin önlenmesi uygulamaları (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

Offer(O)/Öner: Bırakmak isteyen bireylere yardım uygulamalarının sunulması (Durmaz, 2018) Sigara bırakma eğitimleri, telefon hatları, farmakolojik tedaviler gibi çalışmalar (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

Warn(W)/Uyar: Tütün ürünlerinin risk ve zararları konusunda uyarı yapılması (Durmaz, 2018). Mecburi yayın, sigara paket üzerindeki uyarıcı metinler ve resimler gibi çalışmalar (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

Enforce(E)/Yasakla: Sigara reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama çalışmaları (Durmaz, 2018). Yaş sınırı ile sigara satışı yapılması (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

Raise(R)/Vergilendir: Talebi azaltmaya yönelik Sigara vergilerinin artırılması (Durmaz, 2018)

Ülkemiz, talep azaltıcı MPOWER stratejilerinin tamamını maksimum düzeyde uygulayan tek ülkedir (Erol, 2015). Diğer ülkeler de MPOWER'ı maksimum seviyede uygulamayı gerçekleştirirse sigara tüketiminin kişi başı %13.8 azalması beklenmektedir (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

2.6.3. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikalarının Uygulanması

Tütün kontrolüne yönelik ilk çalışmalar 1987 senesinde Sağlık Bakanlığınca sigara kullanımı kontrolü konusunda başlatılmıştır. 1991 senesinde “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair” kanun mecliste kabul görmüştür ve yabancı ülkelere ülkemizde sigara üretimi yapma izni verilmesi de ortaya zıt iki durum çıkarmıştır (Dilek, 2011).

Ülkemizde 1996 senesinde Ulusal Tütün Kontrol Programı ortaya koyulmuştur (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). 2004 senesinde TKÇS ile tütün kontrolü konusunda etkili politikalar oluşturulmuştur, 2006 senesinde Ulusal Tütün Kontrol Programı uygulanır duruma gelmiş ve 2007 senesinde 81 ilde İl Tütün Kontrol Kurulları meydana getirilmiştir (Başol ve Can, 2015). Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS)’nin taraflarından biri olmuş ve 2008 senesinde yasanın içeriğini genişleterek 2009 senesinden bu yana kapalı yerlerde tütün kullanımını yasaklamaya başlamıştır (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Yasanın hedefi; toplumu tütün ve ürünlerinin ziyanından, özendirici reklam, promosyon hareketlerinden korumak için önlemler almak ve temiz havaya kavuşmasını sağlamak için düzenlemeler yapmaktır (Koyun, 2013).

Tütün kontrolü konusunda 2008 senesinden bu yana uygulamalar özetlenirse;

- 2008 senesinden sonra halka açık tüm kapalı mekanlarda, 2009 senesinden sonrasında ise özel iş yerlerinin kapalı yerlerinde tütün ve ürünlerinin kullanımı yasaklanmıştır.
- 2010 senesinden sonra sigara paketlerine resimli uyarılar koyulmaya başlanmış, 2012’den sonra tütün ürünlerinin paketleri ve nargile şişelerinin bir tarafının en az %65’inde uyarının bulunması zorunlu hale gelmiştir.
- 18 yaş altındaki kişilere Tütün mamullerinin satışı yasaklanmıştır.
- 2010 senesinde sigarayı bırakma konusunda telefon hattı ve poliklinikler açılmıştır.
- Sigara bıraktırma polikliniklerinde gerekli durumlarda farmakolojik tedaviler uygulanmıştır.
- 2013’de tütün ürünü kullanımı kişisel araçların sürücü koltuğunda yasaklanmıştır.
- Sigaraya uygulanan vergi 2013 itibariyle %81.79 oranına yükseltilmiştir.
- Halkı bilgilendirmek için “Dumansız Hava Sahası” ve “Havanı Korumak” adlı kampanyalar uygulanarak kamu spotları, broşürler, afişler ve reklamlar yoluyla tütün ürünlerinin zararları aktarılmıştır.

- Tütün ve ürünlerinin reklam ve sponsorluğu yasaklanarak görünütüsü televizyonlarda engellenmiştir (Başol ve Can, 2015).

2014-2018 Tütünle Mücadele Eylem Planına göre:

- Sigaralar siyah paket uygulamasıyla tek renk ve sade şekilde paketlenecek ve marka, amblem gibi işaretler olmayacak.
- Sigaralar marka isimi yerine kod satılacak
- Açık alanlarda sigara içme yerleri %25 oranı ile sınırlandırılacak
- Sigara denetleme eylemi valiliklerde olacak ve kontrolü polislerin elinde olacaktır (Başol ve Can, 2015).

2.7. Tütün Kullanımının Riskleri

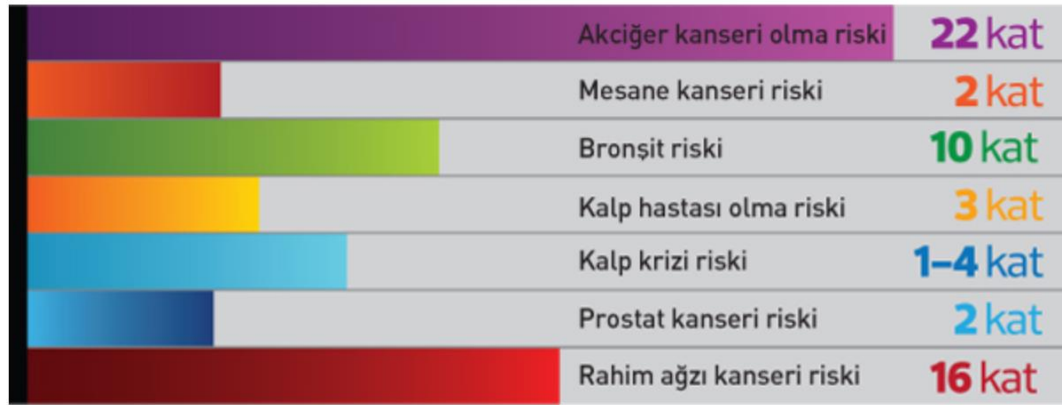
Sigara içmek çok karşılaşılan bağımlılık türü olmasının yanında tütün ve dumanındaki sağlığa zararlı maddeler sebebiyle dünyada ve ülkemizde ikinci büyük ölüm nedenidir (Karadağlı, 2009). Tütün ve tütün ürünleri nedeni mortalite AIDS, sıtma, tüberküloz nedeni toplam mortaliteden daha yüksektir. (Örsel, 2016). Sigara kaynaklı kayıplar dolaylı yoldan ve uzun süreçte ortaya çıktığından sigaranın zararı yeterince ciddiye alınmamaktadır. (Durmaz, 2004).

Üç kanserden birinin nedeninin tütün tüketimi olduğu düşünülmektedir (Başol ve Can, 2015). Ergenlik yaşlarında sigara kullanmaya başlayan ve düzenli uzun süre sigara içenlerin %50 si sigaraya bağlı hastalıklardan ölmektedir ve bu kişilerin de %50'si orta yaş dolaylarında hayatını kaybetmektedir. Bu bireylerin yaşam süresi içmeyenlerden 20-25 sene daha azdır (Samancı Tekin, 2010).

Sigaranın yaygın kullanıldığı toplumlarda, 65 yaş altında koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık kaynaklı ölümlerinin neredeyse %50'sinin, akciğer kanseri kaynaklı ölümlerin % 85-90'ının, KOAH nedeni ölümlerin neredeyse % 80'inin sigara kullanımı nedeni olduğu savunulmaktadır (Karadağlı, 2009). Sigara kullananlar, kullanmayanlarla kıyaslandığında 1,5-3 misli daha çok beyin damar hastalığına yakalandığı sonucuna varılmaktadır (Erol, 2015).

Tütün kullanımı, ağızda oluşan kanserlerinin en az %80'nin temel nedenleri içindedir, sigara formunu tüketmek hastalık olasılığını senede 4-12 kat arttırmaktadır. (Samancı Tekin, 2010). Sigara kullanımı kronik akciğer hastalıklarının % 80-90'ının

temelidir. Kronik bronşit, amfizem tarzı hastalıklar sebebiyle ölüm oranı sigara içenlerde, içmeyenlere oranla 2.5 kat yüksektir. Akciğer kanserlerinin % 90'ının sigara ile ilişkilidir ve sigara içenlerin, içmeyenlere göre yakalanma riskleri 15-20 kat daha fazladır. Yemek borusu kanserlerinde sigara kullanımı ciddi risk faktörüdür. Sigara içenlerde mesane ve pankreas kanseri, içmeyenlerle karşılaştırıldığında 2 kat daha çok karşılaşılmaktadır. Böbrek kanserleri riski sigara içenlerde 5 kat yüksektir. Erkeklerde Sigara kullanımı ejakülasyon oranını ve spermilerin hareketliliğini azaltmaktadır. (Karadağlı, 2009)



Kaynak: Yeşilay, 2020.

Şekil 3. Sigara içenlerde hastalık riski.

Sigara içenlerde akciğer kanseri olma riski 22, rahim ağzı kanserini 16 kat artmaktadır.

(Şekil 3. Yeşilay, 2020)

Katarakt, glokom, mide kanseri, pankreas kanseri, pnömoni, lösemi, serviks kanseri, abdominal aort anevrizması gibi hastalıklar da sigara kullanımı kaynaklı hastalıklar listesindedir (Koyun, 2013).

Tüm ölümlerin 1/4'inin tütün ve ürünleri kaynaklı hastalıklar nedeni olduğu, sigara tüketenlerin %33'ü ile %50'sinin beklenenden önce hayatını kaybettiği tespit edilmiştir (Durmaz, 2004).

Kadınlarda sigara kullanımı düzensiz menstrual siklusa neden olabilmektedir. Dismenore oranı, içmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında % 50 daha fazladır. Bebeklerin erken doğum ihtimali içmeyenlerle kıyaslandığında 1.5- 2 kat oranında artmaktadır.

Hamileliğin ilk aylarında sigara kullanılması spontan düşük ihtimalini artırmaktadır. Kadınlarda sigara içmek spontan düşük riskini % 50 artırmaktadır (Karatay, 2007).

Sigara dolaylı yollardan ölümlerle sonuçlanabilecek 50'ye yakın kronik hastalıkla, yaklaşık olarak da 20 ölümcül hastalıkla bağlantılıdır. Kadınların sigaradan daha çok zarar görme ihtimallerinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Sigara kullanmak kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kanser nedenli ölümlerin ise üçte birinin nedeni olduğu tespit edilmiştir. (Kökten, 2008).

Çalışmalarda gebelikte sigara kullanan kadınların bebeklerinin içmeyen annelere göre ortalama kilosunun 200 gr daha az olduğu ve boyunun 1 cm daha kısa olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kökten, 2008).

Dünya Bankası verileriyle sigaranın neden olduğu ekonomik zarar yılda 200 milyar dolardır (Kökten, 2008). Türkiye'ye verdiği yıllık ekonomik zararın ise 8-10 milyar dolar civarında olduğu düşünülmektedir (Kılınç, 2010). Ülkemizde sigara kullananların bir yılda sigara satın almada harcadıkları para miktarı sağlık bakanlığı bütçesinin 4 katı civarındadır. Sigaranın neden olduğu sağlık problemlerinin tanı tedavisinde harcanan miktar da dikkate alınırsa ekonomik yük daha fazla artacaktır (Bilir, 2009). Tütün nedenli erken doğum ölümlerinin, hastalıkların, randıman kaybının ve sağlık giderlerinin global maliyeti 1,4 trilyon dolar olduğu açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.8. Sigara Bırakma İle Gelen Kazançlar

Sigarayı bırakmak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır (Durmaz, 2004). Sigarayı bırakan bir bağımlıda ; ilk 20 dakikada; kan basıncı ve nabız normale döner, dolaşım düzeldiği için eller ve ayaklar ısınır. 8 saatte; soluma şekli normale döner. Kandaki karbon monoksit seviyesi geriler ve oksijen normal aralığa döner. 1 günde; Akciğerde sekresyon ve diğer artıklar temizlenmeye başlar, kalp krizi riski azalmaya başlar. 2 günde; nikotin vücuttan atılır. Tat ve koku duyusunda artış görülür, sinir uçları yenilenmeye başlar (Yılmaz, 2010; Samancı Tekin, 2010).

Birkaç ayda; Akciğer fonksiyonları %5'e yakın oranda düzelir (Kökten, 2008). 2-3 ayda; dolaşım normale döner ve yürüyüş kolaylaşır. 1-9 ayda; öksürük, yorgunluk ve dispne azalır. Akciğerdeki siliyalar gelişir, mukusu tutma, akciğerleri temizleme gücü artar ve enfeksiyon riski azalır. 1 yılda, koroner kalp hastalığı riski %50 düşer (Sabancı Tekin, 2010; Kökten, 2008).

1-5 yılda; kalp krizi ihtimali sigara içenlere göre yarıya düşer (Yılmaz, 2010).

5 yılda akciğer kanseri riski %30 oranında düşer, soluk borusu, yemek borusu ve mesane kanserleri riski %50 düşer. 10-15 yıl sonra inme, kanser ve ölüm riski sigara içmeyen bireylerin düzeyine düşer (Sabancı Tekin, 2010; Kökten, 2008).

Bir tek tütün kullanımının kontrolü ülkemizde bir senede neredeyse 40 000 akciğer kanserinin önüne geçmek demektir (Başol ve Can, 2015).

2.9. Tütün Bağımlılığı

Tütün bağımlılığı DSÖ tarafından bir hastalık olarak kabul görmüştür “Dünyada en hızlı yayılan en uzun hastalık” şeklinde tanımlanmıştır. Sigara bağımlılığı tütün kullanımı nedenli problemler ortaya çıkmasına rağmen sürdürülen davranış ile beraber bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtileri kapsayan psikiyatrik bozukluk şeklinde açıklanmıştır (Yılmaz, 2010).

Tütün kullanımının en yaygın türü standart sigaralardır, insanların kullanım sıklığı en fazla bu formdadır ve bağımlılık yapıcı maddeler arasında birinci sıradadır (Dilek, 2011). Bağımlılık nöksleri olan kronik bir hastalıktır. Madde bağımlılığında iki süreç vardır. biri madde alındığında oluşan keyiftir. Diğeri ise madde alınmadığında görülen hoş gitmeyen sonuçlarını engellemek amaçlı kişinin maddeyi kullanmaya devam etmesidir (Özer, 2014).

2.10. Nikotin

Nikotin sigara bağımlılığına neden olan maddedir (Samancı Tekin, 2010). Sürekliliği olan sigara içme davranışı nikotin bağımlılığı şeklinde adlandırılmaktadır (Yılmaz, 2010).

DSÖ, Amerikan İlaç Dairesi ve Amerikan Psikiyatri Birliği gibi sağlık birlikleri nikotin bağımlılığını hastalık olarak tanımlamaktadır (Güngörmüş, 2008).

Nikotinin kişi üzerinde fiziksel, psikolojik durumu ve doz oranı ile ilişkili olarak uyarıcı ya da sakinleştirici etkisi olabilir. Sigara içmeyi deneyen 4 kişiden 3’ü bağımlı olarak içiciliğe devam etmektedir (Yılmaz, 2010).

Sigaradan çekilen ilk nefesten kısa süre sonra nikotin beyne ulaşır. Kişide rahatlık, kaygı azalması gibi etkileri olur. Sanılanın aksine sigara içmenin verdiği bi rahatlama dan ziyade yoksunluk durumunda kişinin maddeye ulaşması nedeniyle oluşan iyilik halidir (Yılmaz, 2010).

Sigarada bulunan nikotinin sinir sisteminde uyarıcı ve yatıştırıcı etkisi bulunmaktadır. Sigaradan alınan nefes sonrasında kısa bir hareketlilik dönemi ve algıda açılma, ilişkilerde artış görülmektedir. Daha sonra yatıştırıcı etkisi görülmektedir. Nikotin az alındığında uyarıcı etkiye, çok alındığında depresif etkiyle sonuçlanır. Sigara kullanımıyla beyinde ödül gibi algılanan değişiklikler meydana gelir bu da kullanım isteğini arttırmaktadır (Durmaz, 2004).

Nikotin bağımlılığı tanımı: Kişi, en az 30 gündür ve düzenli olarak sigara içmektedir ve ek olarak, altttaki üç maddeden birini bulundurmaktadır.

1- Kişi, sigara kullanımını azaltmak ya da bırakmak için denemelerde bulunmuş, ama başaramamıştır.

2- Sigara kullanımını bırakma denemelerinde yoksunluk belirtileri gözükümüştür.

3- Birey, hastalık varlığında ve artan şikayetlerine rağmen sigara kullanmaya devam etmektedir (Durmaz, 2004).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Fidan ve ark, 2005). EMASH'a (European Medical Association On Smoking or Health) tanımıyla birey 24 saatte 15 adet ya da fazla sigara kullanıyorsa ve günün ilk sigarasını uyandığı ilk 30 dakikada kullanıyorsa kişi nikotin bağımlısıdır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ise nikotin bağımlılığı tanımı için her gün 1 adet sigara içmenin yeterli olacağı şeklinde yapmıştır (Samancı Tekin, 2010).

2.11. Yoksunluk

Nikotin yoksunluğu; “en azından birkaç haftadan beri her gün sigara kullanan birinde, nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içinde” aşağıdaki maddelerin en az 4 tanesinin görülmesi durumudur.

1. Şiddetli sigara kullanma (nikotin alma) arzusu
2. Çabuk öfkelenme, huzursuzluk
3. Anksiyete (kaygı hissetme)
4. Konsantrasyon güçlüğü
5. Hareketsiz duramama (restlessness)
6. Yeme isteği ve kiloda artma
7. Nabız sayısında azalma
8. İnsomnia ya da uyku bozuklukları

9. EEG’de (elektroensefalografi) beynin elektriksel faaliyetlerinde yavaşlama (Yılmaz, 2010)

Yoksunluk semptomları 1-3 günde en şiddetli seviyededir (Sayın, 2013).

Nikotin yoksunluk belirtileri nedeniyle sigarayı bırakan 100 kişiden 70’i tekrar sigaraya başlamaktadır. İlk 7-14 günde birey bu belirtileri çok belirgin yaşayabilir (Dilek, 2011).

3-4. haftalarda bu yoksunluk semptomları sonlanır (Sayın, 2013).

2.12. Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörler

Sigara kullanımı hakkında 4 psikososyal teori bulunmaktadır. Birincisi sigara içmenin alışkanlık olmasıdır. İkincisi sigara kullanımının çocukluk yaşlarında bilinçaltında olan ve akla yatan bir duruma çevrilemeyen istekler kaynaklı olduğudur. Üçüncüsü düşük öz kontrole sahip bireylerin yenilik, heyecan arayışı ile ortaya çıkmasıdır. Dördüncüsü sigara içmenin bireyin tercihi olduğudur ve kişi zararını bilmesine rağmen davranışı sürdürmektedir (Bilgiç, 2013).

Sigara içmeye başlamada sigaranın fiyatı, kişinin yaşı, gelir seviyesi, meslek, cinsiyet, eğitim seviyesi, ailede sigara kullanan olması, sigaranın zararları konusunda yeterli bilgi sahibi olmama gibi durumlar etkilidir (Çalışkan, 2015).

Ailede sigaraya olan tepki, sosyoekonomik özellikler, öğrenim durumu sigara kullanmayı etkileyen maddelerdir. İtalya’da en yakın arkadaşı sigara içen bireylerin sigara içmeye daha eğilimli olduğu ve sigara içen ebeveynlerin çocuklarının sigara içme olasılığının sigara içmeyen ebeveynlerin çocuklarına göre 4 kat fazla olduğu bilinmektedir (Yılmaz, 2010).

Sigara kullanan genç bireylerin karakteristik özelliklerine bakıldığında duygusal dengesizlik, düzene karşı gelme, hazza ulaşma, özentilik, gerçeklerden kaçma, heyecan arayışı tarzında değişik özellikler görülmektedir. Anne ve babanın sigara içiyor olması genç bireyin sigara kullanma ihtimalini 2 kat artırmaktadır. Merak etme, stres, öz güven eksikliği, büyüdüğünü kanıtlama istediği, kilo kontrolü, popülerliği arttırmak gibi sebepler de sigaraya başlamaya neden olan faktörlerdendir. (Kılınç, 2010)

Kentleşme ile sigara kullanımı azaltmaktadır (Çalışkan, 2015).

Bazı toplumlarda kadınların sigara içmesi uygun görülmediği için sigara içme sıklığının daha düşük olduğu düşünülmektedir (Çalışkan, 2015)

Çalışkan'ın verilerine bakıldığında kadın olmanın sigara içme sıklığını %14 azalttığı sonucuna varılmaktadır. (Çalışkan, 2015)

Gençler, sigara kullanan arkadaş varlığında grupta var olabilmek, kendini ispatlamak ya da çoğunluğun etkisi nedeniyle sigara kullanmaya başlamaktadır. En önemli neden ise özenilen arkadaşın sigara içmesidir (Çalışkan, 2015)

Sigaraya başlama olasılığı gençlerde daha fazladır ve bu ihtimal yaş ilerledikçe düşmektedir (Çalışkan, 2015).

Genç yaşlarda sigarada yapılan fiyat artışlarına tepki daha fazladır. Yaş arttıkça tepkinin azaldığı bilinmektedir (Çalışkan, 2015)

2.13. Sigara Bırakmada Hazıroluşluk

Sigara bırakma konusunda kişinin hazır olması sigara bıraktırma programlarından etkin faydalanabilmek için öncelikli olarak gereklidir (Karadağlı, 2009).

Kılıç'ın 2010'da öğrencilerin bağımlılık düzeyini karşılaştırdığı çalışmada, bağımlılık düzeyinin sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin, inanmayan öğrencilerden daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Sigara bırakmayı daha fazla deneyen öğrencilerin, sigara bırakmayı hiç denemeyen ya da bir kez deneyen öğrencilere oranla bağımlılık düzeyi daha düşük bulunmuştur (Kılınç, 2010).

Sigara bırakma konusunda hazıroluşluk en iyi şekilde Transteoretik Model (TTM) ile diğer bir adıyla da Kuramlar üstü model ile izah edilmiştir (Karadağlı, 2009).

Her bireyin sigara bırakabileceği fakat öncelikli olarak motivasyon seviyesinin ve bırakmak için hazıroluşluk durumunun belirlenmesinin kullanılacak olan programların sonuç vermesi için önemli olduğu savunulmaktadır. Sigara bıraktırma programlarının başarısızlıklarında bireylerin hazıroluşluk durumuna dikkat edilmeden düzenlenmesi ve uygulanması önem taşımaktadır (Karadağlı, 2009).

Fidan ve ark 2005 da yaptıkları araştırmada Sigarayı bırakma konusunda kararlı olmanın başarıyı pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Fidan ve ark, 2005).

Hazıroluşluğu etkileyen faktörler araştırıldığında yaş, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, günde tüketilen sigara sayısı, sigara bırakma girişimi sayısı önemli bulunmuştur (Karadağlı, 2009)

Yurt içinde ve yurt dışında araştırmalara bakıldığında günlük içilen sigara sayısının 10 ve altında olması ile sigara bırakma girişimi sayısının 2'den fazla olması kişinin sigara bırakmaya daha hazır olduğu belirlenmiştir (Karadağlı, 2009).

Sigara kullanan bireylerden %70'i her yıl bırakmayı düşünmektedir. 1/3'ü de sigarayı bırakmayı denemektedir. İzleyen bir sene içinde desteksiz sigara bırakmayı denetenlerin %98'i yeniden sigara içmeye başlamaktadır (Sayın, 2013)

2.13.1. Transteoretik Model

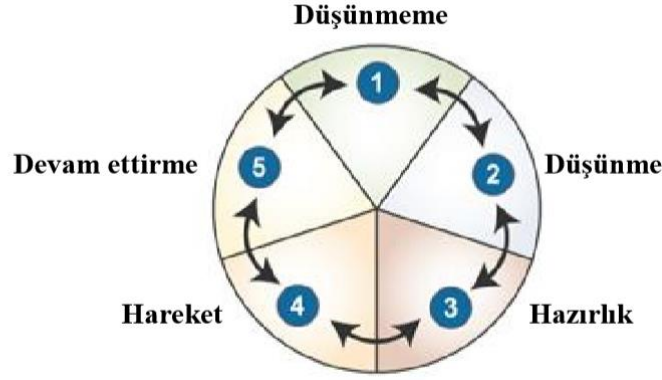
Sigara bırakma konusunda hazıroluşluk en iyi şekilde James Prochaska ve Diclemente'nin 1982 senesinde geliştirdiği Transteoretik Model (TTM) ile açıklanmaktadır (Samancı Tekin, 2010). Transteoretik modelin değişim aşamaları ile kişinin ard arda basamakları ilerleyerek davranış değiştirmesi planlanmaktadır. TTM'nin avantajı değişiminin neticeden çok süreç olmasından kaynaklanmaktadır (Güngörmüş, 2008). Transteoretik Model'e göre değişim aşamaları ve tanımları tablo 3. de gösterilmektedir.

Tablo 2. Değişim aşamaları modeli'nin yapısı

Yapılar	Tanımlar
Değişim Aşamaları	
Düşünmeme	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeme
Düşünme	Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme
Hazırlık	Gelecek 30 gün içinde harekete geçmeyi düşünme
Hareket	Davranış altı aydan daha kısa süre önce değiştirmiş olma
Devam ettirme	Davranış altı aydan daha uzun süre önce değiştirmiş olma

Kaynak: Koyun, 2013.

Kişi değişim aşamaları arasında döngüsel bir yol izlemektedir. Şekil 4.de görüldüğü gibi herhangi bir aşamaya geri dönebilir (Erol ve Erdoğan, 2007; Taş ve ark, 2016). Davranış değişiminde kişilerin sistemli şekilde aşamadan aşamaya geçmedikleri fakat sıklıkla ilerleme gösterdikleri ve önceki bir aşamaya tekrar dönebilecek oldukları (relaps) bilinmektedir. Hareket ve sürdürme aşamasındaki bireyler için relaps sık görülmektedir. Düşünme evresindeki bireylerden ortalama %5'i relaps olmadan sürdürme aşamasına varmaktadır. Relapsların %15'i düşünmeme, kalan %85'i düşünme ve hazırlık evrelerine dönüş yaşamaktadır (Koyun, 2013).



Şekil 4. Değişim aşamaları modeli.

TTM ilk önce sigara bıraktırma çalışmalarında kullanılmıştır sonrasında farklı bağımlılık davranışlarına ve sağlığı geliştirme programlarına (stresle baş etme, aşırı yeme ve ağırlık kontrolü, madde bağımlılığı gibi) uyarlanmıştır. (Koyun, 2013; Taş ve ark, 2016)

TTM'nin avantajının başarılı davranış değişikliği için kişinin bulunduğu değişim basamağına uygun girişimlerin uygulanması olduğu belirtilmektedir (Koyun, 2013). Yapılan girişimlerin kişisel ve hangi değişim aşamasında olduğuna bağlı olması nedeniyle kişilerin eski davranışlarına gerilemeleri daha az görülmektedir. Bu model değişimin kolay olması için kişinin bulunduğu değişim aşamasına uygun girişimlerin seçilmesini vurgulamaktadır (Koyun, 2013).

Erol'un 2005 yılı bulgularında TTM'nin, toplum için elverişli olduğu, davranış değişikliğini sürdürme oranının epey yüksek olduğu ve uygulamaların kişilerin ihtiyaçlarına yönelik planlanması sayesinde relapsların daha az gerçekleştiği açıklanmaktadır.

Her bireye aynı rutin bilgilendirme yapılması zaman kaybı ve davranış değişimine direnç ile sonuçlanabilir. Örneğin sigara bırakmayı henüz düşünmeyen kişiye nikotin yoksunluk semptomları ile başatma eğitimi verilmesi direnç oluşmasına neden olabilir. Kişi davranış değişimi için bir sonraki basamağa hazırlanmalıdır (Koyun, 2013).

Bu modele göre Tablo 3'de görüldüğü gibi sigara içen bireyler beş farklı aşamada geçiş yaparlar (Koyun, 2013).

Değişim aşamaların özellikleri;

Sigara bırakmanın düşünülmeyen aşama: Kişi sigara ile ilgili değişikliğe hazır değildir. Davranış değişikliğini ve sigaranın zararları hakkında bilgilendirilmek istemez. Bu aşamada zorlayıcı tavır göstermeden sigaranın zararları ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.

Bırakmanın düşünöldüğü aşama: Kişi sigaranın zararlarını bilse de bırakmak için zaman saptayamamıştır. Harekete geçmesi için cesaretlendirilmeli, motivasyon artırmak için görüşmeler düzenlenmelidir.

Bırakmaya hazırlanılan aşama: kişi bırakmaya yönelik bir plan oluşturmuştur. Bu aşamada davranış desteği tedavisi ve farmakoterapi uygulanabilir.

Bırakmanın denendiğı aşama: kişi sigarayı bırakmıştır ama 6 ayı tamamlamamıştır. Bu evrede sıkı takip yapılmalıdır.

Bırakmayı sürdürme aşaması: kişinin sigarayı bıraktığı süre 6 ayı geçmiştir, nüks riski taşımaktadır. En az bir yıl izlenmelidir (Sayın, 2013).

2.13.2. Sigara Bırakmada Hazıroluşluğu Etkileyen Faktörler

Bireyin yaşı, eğitim seviyesi, gelir-gider durumu, günde içtiğı sigara miktarı ve sigarayı ilk kullanma zamanı, sigara bırakma konusunda hazıroluşluğu etkileyen faktörler olarak açıklanmaktadır (Karadağılı, 2009).

Karadağılı'nın 2009 yılında İstanbul ilinde sigara içen bireylerde yaptığı çalışmada: sigara bırakmaya hazıroluşluk durumunu olumlu yönde etkileyen faktörlerin bireyin çalışmıyor olması, hasta olması, iki ve üzerinde sigara bırakma girişimi olması ve nikotin bağımlısı olmaması olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karadağılı, 2009).

Yılmaz'ın 2010 yılında yaptığı araştırmaya göre 5 yıldan daha az sigara içen, ailesi ya da arkadaşları sigara kullanımına karşı olan, nikotin bağımlılığı düşük olan, ara sıra sigara kullanan, yurttan ya da evde arkadaş ile kalan, sigarayı geç deneyen ve başlayan öğrencilerin sigara bırakmayı daha sık düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Şubat 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın yapıldığı dönemde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 1037 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Araştırmanın evreni çalışmaya katılmaya gönüllü sigara içen ve son altı ay içinde bırakma çabasında olan toplam 182 bireyden oluşmaktadır.

3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanı olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Günde en az bir sigara içmek veya haftada beş ve daha az sigara içmek veya son altı ay içerisinde sigara bırakma çabasında olan ama henüz altı ayı tamamlamamış sağlık çalışanı olmak.

3.5. Araştırma Soruları

1. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ile ilişkili faktörler nelerdir?
2. Sigarayı bırakmada transteoretik modele göre bulunan değişim aşaması ve bazı kişisel özellikler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması durumuyla nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.6.1. Anket Formu

Anket formu sosyo-demografik özellikler ve sigara içen sağlık çalışanlarının sigaraya ilişkin davranışlarını ve değişim aşamalarını belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür (Karadağlı, 2009; Bilgiç, 2013; Argüder ve ark, 2013; Taş ve ark, 2016; Özvurmaz ve Yavaş, 2016; Dişçigil ve Ünüvar, 2017; Güzel, 2017; Kıdık, 2017; Kaya, 2017; Avcı, 2018; Şen, 2018; Kanık, 2018; Durmaz, 2018) taranarak geliştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının anket formu sosyodemografik özellikleri kapsayan 10 soru, sigaraya ilişkin özellikler 12 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

Anket soruları alanyazın doğrultusunda üç uzman görüşü alınarak (2 Doçent, 1 Dr. Öğr. Üyesi) hazırlanmıştır.

Veri toplama süreci yüz yüze görüşme ile beyana dayalı olarak anket yanıta ile gerçekleşmiştir. Bilgilendirme ve onay alındıktan sonra anket uygulamasına geçilmiştir. Her bir görüşme 7-15 dakika sürmüştür.

3.6.2. Transteoretik Model'e (TTM) göre değişim aşamaları algoritması

Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilen Transteoretik Model'e göre Davranış Değişim Aşamaları algoritması (DDA) İlk olarak sigarayı bırakma programlarında

kullanılmıştır. Bu modeli diğer davranış değişikliği için kullanılan modellerden ayıran en önemli özelliği, davranış değişiminin bir süreç olduğunu savunmasıdır. Bu model sonraki zamanlarda sağlığı geliştirme programlarından fiziksel aktivite, aşırı yeme ve ağırlık kontrolü, stresle baş etme, madde bağımlılığı gibi farklı sağlık davranışlarına yönelik kullanılmış ve insanların olumsuz davranışlarını nasıl değiştirdiğini ortaya koyan ortak noktalar vurgulanmıştır. (Miller ve Rollnick 1991, Armstrong ve ark. 2011, Özdemir ve Taşçı 2013, Taş ve ark. 2016). Bu çalışmada, transteoretik model değişim aşamalarını, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanmıştır ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmaya düşünmüyor olarak tanımlanmıştır (Ek 1).

Transteoretik model değişim aşamalarını, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanarak ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır, 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmaya düşünmüyor olarak tanımlanmıştır; bu iki grup hazır ve hazır değil olarak kategorize edilmiştir (Taş ve ark, 2016).

3.6.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği

Üçüncü aşamada nikotin bağımlılık düzeyini tespit etmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği kullanılmıştır. (Ek 3) 1978 Fagerström, Fagerström nikotin tolerans testini önermiş, 1991’de Heatherton ve ark. Tarafından ele alınıp faerström nikotin bağımlılık testi ortaya çıkmıştır. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. Tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark, 2004).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 6 sorudan oluşmakta olup altı her cevap için ayrı puan bulunmaktadır, yanıtlarla elde edilen skorun 4’ün üstünde olması bağımlılık olasılığını göstermektedir. Bu testin kapsamlı değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az 0-2 puan, az 3-4 puan, orta 5 puan, yüksek 6- 7 puan, çok yüksek 8-10 puan şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir. (Uysal ve ark, 2004; Pomerlau ve ark, 1994)

3.6.4 Beck Depresyon Ölçeği

Dördüncü aşamada bireyin depresyon düzeyini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği (21 madde) kullanılmıştır (Ek 4).

BDÖ, Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek için 1961 yılında geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1961). 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir (Guy, 1976). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Hisli, 1989).

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak belirlenmiştir. (Aydemir ve Köroğlu, 2009)

Şiddet olarak 1-10 arası puan normal, 11-16 hafif ruhsal sıkıntı, 17-20 sınırda klinik depresyon, 21-30 orta depresyon, 31-40 ciddi depresyon, 40 ve üzeri çok ciddi depresyon şeklinde yorumlanmaktadır.

3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanı ön uygulaması Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde sağlık çalışanlarında yapılmış ve anket formu üzerinde gerekli düzenlemeler sağlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulama Planı

Araştırmanın uygulaması Şubat 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında planlanmıştır. Birinci ay ve ikinci ayda araştırma yapılacak kuruma ve etik kurula izin başvurusu yapılmış, örneklem grubu belirlenmiş ve araştırma yapılacak kurumla görüşülmüştür. Üçüncü ayda kurum izni ve etik kurul izni alınmıştır; dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci aylarda sağlık çalışanlarına kişisel özellikler ve sigaraya ilişkin özelliklerin bulunduğu anket formu,

Transteoretik Modele göre davranış değişim algoritması, Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış literatür taramaya devam edilmiştir. Sekizinci ayda veri girişı yapılmış literatür taraması devam edilmiştir. Dokuzuncu, onuncu, on birinci aylarda literatür taraması, verilerin analizi, bulgular yazılmıştır. On ikinci ay ve sonrasında danışmanlar incelemiş tez yazımı ve basımı ilgili kurum-kuruluşlara sunumu yapılmıştır.

3.9. Değişkenler

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

Transteoretik model değişim aşamalarını, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanarak ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır, 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmaya düşünmüyor olarak tanımlanmıştır; bu iki grup hazır ve hazır değil olarak kategorize edilmiştir (Taş ve ark, 2016).

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet (Kadın /Erkek), Yaş (40 ve altı/ 41 ve üzeri), Medeni durum (Evli/Evli değil), Eğitim durumu (Lise ve altı/Üniversite ve üzeri), Meslek (Hekimlik/Hemşirelik/Diğer), Çalışma şekli (Vardiyalı/Vardiyasız), Gelir durumu beyanı (İyi/Kötü), Gelir durumu algısı (İyi/Kötü),Evde yaşanan kişı sayısı (Yalnız/Yalnız değil), Çocuk varlığı (evet/hayır), Sağlık algısı (iyi/kötü), Kronik hastalık varlığı (evet/hayır), Ailede sigara ile ilgili hastalık varlığı (evet/hayır), Ailede sigara içen varlığı (evet/hayır), Ailede sigara içmeyen varlığı (evet/hayır), Günlük tüketilen sigara miktarı (1-10/10 ve üzeri), Sigara kullanma yılı (1-10 yıl/11 yıl ve üzeri), Paket yıl (1-10 yıl/11 yıl ve üzeri), Sigara bırakmayı deneme durumu (denememiş/denemiş),Sigara bırakmayı deneme sayısı (iki ve altı/üç ve fazla), Son sigara bırakma denemesi (0-365 gün içinde/366 gün ve öncesi), En uzun sigara bırakma süresi (0-60gün/61 gün ve üzeri), Sigara ile ilgili kanun ve yasal düzenlemelerden haberdar olma (haberi yok/ haberi var), Sigara bırakmada profesyonel bir sağlık çalışanından öneri destek almış olma (evet/hayır), Fagerström Nikotin Bağımlılık

Ölçeği (düşük/yüksek), Beck Depresyon Skalası (düşük/yüksek) bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Analizi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Tanımlayıcı bulgular için ortalama ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile ilişkisini sorguladığımız özelliklerin ortaya çıkarılmasında KiKare ve student t testleri uygulanmış ve ilişkili bulunan faktörle, yaş ve cinsiyet eklenerek çoklu değişkenli lojistik regresyon testi ile tekrar değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Etik kurul izni, kurum izni (50107718-050.99/18886 Tarih: 21.03.2019) ve sağlık çalışanlarından onam alınmıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan resmi izinler alınmıştır. Gönüllülerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-19013 proje numarası ile desteklenmiştir.

3.12. Sınırlılıklar

Kesitsel olarak planlanmış olan çalışmada uygulanan anketin beyana dayalı olması yanlılık içermiş olabilir. Sigara içme beyanı özellikle kadınlarda kültürel özelliklerin etkisinde kalmış olabilir. Kesitsel çalışmaların yapısından kaynaklanan nedensellik ilişki zayıflığı çalışmanın daha geniş grupları temsiliyetini sınırlamaktadır.

3.13. Araştırma Uygulama Takvimi

Tablo 3. Tez çalışma planı

Zaman	Uygulama
1. ay ve 2. Ay	Kurum izni/ Etik kurul izin başvurusu Örneklem grubunun belirlenmesi Araştırma yapılacak kurum ile görüşülmesi
3. ay	Kurum izni/ Etik Kurul izni alınması
4.ay - 5.ay - 6.ay - 7. Ay	Anket uygulaması Literatür taranması.
8. ay	Veri girişi yapılması Literatür taranması
9.ay - 10. ay - 11. Ay	Literatür taranması Verilerin analizinin yapılması Bulguların yazılması
12. ay ve sonrası	Danışmanın incelemesi Tez yazımı ve basımı İlgili kurum-kuruluşlara sunumun yapılması

4. BULGULAR

Sigara içen sağlık çalışanlarının Transteoretik Model'e göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörler adlı çalışmamıza 182 kişi katılmıştır. Katılımcıların Transteoretik Model'e göre bulundukları değişim aşamaları sırasıyla; düşünmeyenler 70 (%38,46) kişi, düşünenler 24 (%13,19) kişi, hazır olanlar 68 (%37,36) kişi, harekete geçenler 20 (%10,99) kişiden oluşmaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşamasına ilişkin özellikleri.

Değişim aşaması	Değişkenler (N=182)	n	%
	Düşünmüyor	70	38,46
	Düşünüyor	24	13,19
	Hazır	68	37,36
	Harekete geçmiş	20	10,99

Araştırmaya katılanların 101'i (%55,50) kadın, 81'i (%44,50) erkek bireyden oluşmakta ve 145 (%79,67) kişi 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9 ($\pm 7,8$)'dir. Katılımcıların 92'si (%50,55) evli, 83'ü (%45,60) bekâr, 1'i (%0,55) eşi vefat etmiş ve 6'sı (%3,30) boşanmıştır. Eğitim durumuna göre 5 (%2,70) kişi ilkokul, 5 (%2,70) kişi ortaokul, 43 (%23,60) kişi lise, 29 (%15,90) kişi ön lisans, 68 (%37,40) kişi lisans, 24 (%13,20) kişi yüksek lisans, 8 (%4,40) kişi doktora mezunudur. Çalışmayı 105 (%57,70) hemşire, 34 (%18,70) hekim, 43 (%23,60) diğer sağlık çalışanları oluşturmakta ve 131'i (%72) vardiyalı, 51'i (%28) vardiyasız çalışmaktadır. Katılımcılardan 32 (%17,60) kişi gelirin giderden az, 60 (%33,00) kişi gelirin gidere eşit, 90 (%49,50) kişi gelirin giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların gelir ortalaması 4369,12 ($\pm 1862,43$) TL iken, gelir-gider fark ortalaması ise 374,61 ($\pm 1275,20$) TL'dir. Gelirini 8 kişi (%4,40) çok kötü, 25 kişi (%13,70) kötü, 104 kişi (%57,10) orta, 42 kişi (%23,10) iyi, 3 kişi (%1,60) çok iyi algılamaktadır. Araştırmaya katılanların 31'i (%17) yalnız yaşamakta, 151'i (%83) yalnız yaşamayanları temsil etmektedir, 67 kişinin (%36,80) çocuğu vardır, 115 kişinin (%63,20) çocuğu yoktur (Tablo 1). Bireylerden 5 (%2,70) kişi sağlığını kötü, 56 (%30,80) kişi sağlığını orta, 95 (%52,20) kişi sağlığını iyi, 26 (%14,30) kişi sağlığını çok iyi olarak algılamaktadır ve 34'ünün (%18,70) kronik hastalığı vardır.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Değişkenler (N=182)		n	%
Yaş	40 yaş altı	145	79,67
	40 ve üzeri	37	20,33
Cinsiyet	Kadın	101	55,50
	Erkek	81	44,50
Medeni durum	Evli	92	50,55
	Bekar	83	45,60
	Eşi vefat etmiş	1	0,55
	Boşanmış	6	3,30
Eğitim durumu	İlkokul	5	2,70
	Ortaokul	5	2,70
	Lise	43	23,60
	Ön lisans	29	15,90
	Lisans	68	37,40
	Yüksek lisans	24	13,20
	Doktora	8	4,40
Meslek	Hekimlik	34	18,70
	Hemşirelik	105	57,70
	Diğer	43	23,60
Çalışma şekli	Vardiyalı	131	72,00
	Vardiyasız	51	28,00
Gelir durumu beyanı	Gelir giderden az	32	17,60
	Gelir gidere eşit	60	33,00
	Gelir giderden fazla	90	49,50
Gelir algısı	Çok kötü	8	4,40
	Kötü	25	13,70
	Orta	104	57,10
	İyi	42	23,10
	Çok iyi	3	1,60
Evde yalnızlık durumu	Yalnız	31	17,00
	Değil	151	83,00
Çocuk var mı	Yok	115	63,20
	Var	67	36,80
Sağlık algısı	Kötü	5	2,70
	Orta	56	30,80
	İyi	95	52,20
	Çok iyi	26	14,30
Kronik hastalık varlığı	Hayır	148	81,30
	Evet	34	18,70

Katılımcılardan 36'sının (%19,80) ailesinde sigara ile ilişkili hastalık bulunmaktadır. Katılımcılardan 122 (%67) kişinin ailesinde sigara içen bulunmaktadır. Ailesinde sigara içmeyen birey varlığı sorusuna yanıt verenler ise 167 (%91,80) saptanmıştır. Katılımcılardan günlük 1-10 adet sigara içenler (%44,50) 81 kişi, 11-20 adet sigara içenler (%46,70) 85 kişi, 21-30 adet sigara içenler (%7,10) 13 kişi, 31 ve fazla sigara içenler (%1,60) 3 kişidir. Sigara günlük tüketim ortalaması 14,80 ($\pm 8,72$) bulunmuştur. Katılımcılardan 52 kişi (%28,60) daha önce sigarayı bırakmayı denememiş, 130 kişi (%71,40) daha önce sigara bırakmayı denemiştir, sigara bırakmayı bir kez deneyenler 34

(%18,70) kişi, iki kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, üç ya da daha fazla kez deneyenler 32 (%34,10) kişiden oluşmaktadır. Bireylerde paket/yıl sigara kullanımı 1-10 yıldır kullananlar (%73,60) 134 kişidir, 11-20 yıl kullananlar (%18,70) 34 kişidir, 21 yıl ve üzeri kullananlar (%7,70) 14 kişidir. Katılımcıların ortalama sigara kullanım süresi 9,86 ($\pm 6,86$) yıldır. Katılımcılardan son bir yılda sigara bırakmayı deneyenler 88 (%48,40) kişidir, sigara bırakma denemesi bir yılı geçenler 42 (%23,10) kişidir. En uzun bırakma süresi 0-60 gün olanlar 107 (%58,80) kişiden, 61-180 gün olanlar 25 (%13,70) kişiden, 181 gün ve üzeri olanlar 50 (%27,50) kişiden oluşmaktadır. Yürürlükte olan kanun/yasalardan hiç haberdar olmayan katılımcı sayısı %11 oranı ile 20'dir, biraz bilgili olanların sayısı %50 oranı ile 91'dir, oldukça bilgili olanların sayısı %39 oranı ile 71 kişidir. Daha önce sigara bırakma konusunda öneri destek alanlar (%16,50) 30 kişi, almayanlar (%83,50) 152 kişidir (Tablo 1).

Tablo 6. Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikleri

Değişkenler (N=182)		n	%
Ailede sigara ile hastalık varlığı	Hayır	146	80,20
	Evet	36	19,80
Ailede sigara içen varlığı	Evet	122	67,00
	Hayır	60	33,00
Ailede sigara içmeyen varlığı	Evet	167	91,80
	Hayır	15	8,20
Günlük sigara miktarı	1-10 adet	81	44,50
	11-20 adet	85	46,70
	21-30 adet	13	7,10
	31 ve fazla	3	1,60
Bırakmayı deneme durumu	Denememiş	52	28,60
	Denemiş	130	71,40
Bırakmayı deneme sayısı	Hiç denememiş	52	28,60
	Bir kez	34	18,70
	İki kez	34	18,70
	Üç ya da daha fazla kez	62	34,10
Paket yıl	1-10 yıl	134	73,60
	11-20 yıl	34	18,70
	21 yıl ve üzeri	14	7,70
Son bırakma denemesi	0-365 gün içinde	88	48,40
	366 gün ve öncesi	42	23,10
En uzun bırakma süresi	0-60	107	58,80
	61-180	25	13,70
	181 ve üzeri	50	27,50
Yasalardan haberdar olma	Hiç haberdar değilim	20	11,00
	Biraz bilgiliyim	91	50,00
	Oldukça bilgiliyim	71	39,00
Öneri destek almış olma	Evet	30	16,50
	Hayır	152	83,50

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testine göre (%50,50) 92 kişinin bağımlılığı çok düşük düzeyde, (%20,30) 37 kişinin bağımlılığı düşük düzeyde, (%8,80) 16 kişinin bağımlılığı orta düzeyde, (%12,10) 22 kişinin bağımlılığı yüksek düzeyde, (%8,20) 15 kişinin bağımlılığı çok yüksek düzeydedir.

Tablo 7. Katılımcıların fagerström nikotin bağımlılık testine ilişkin özellikleri.

Değişkenler (N=182)	n	%
Fagerstrom Nikotin Bağımlılık	Çok düşük	92
	Düşük	37
	Orta	16
	Yüksek	22
	Çok yüksek	15
		50,50
		20,30
		8,80
		12,10
		8,20

Beck Depresyon Skalasına göre (%59,30) 108 kişi minimal depresyon, (%20,90) 38 kişi hafif depresyon, (%17,60) 32 kişi orta depresyon, (%2,20) 4 kişi şiddetli depresyon olarak bulunmuştur. Katılımcıların özelliklerinin dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların beck depresyon ölçeğine ilişkin özellikleri.

Değişkenler (N=182)	n	%
Beck Depresyon Skalası	Minimal	108
	Hafif	38
	Orta	32
	Şiddetli	4
		59,30
		20,90
		17,60
		2,20

Yapılan tekli değişken analizlerinde müdahaleye hazır olma durumu ile günlük sigara tüketimi arasında az sigara içme yönünde ($p=0,001$), bırakmayı deneme durumu ile denemiş olma yönünde ($p=0,001$), bırakmayı deneme sayısı ile üç ve fazla bırakma deneyimi yönünde ($p=0,002$), son bırakma denemesi ile son bir yıl içinde olma yönünde ($p=0,004$), en uzun bırakma süresi ile 61 ve üzeri olma yönünde ($p=0,044$), destek almış olma durumu ile destek almışlar yönünde ($p=0,028$) anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamızda müdahaleye hazır olma durumu ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Hazır olma durumu ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 6’de gösterilmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların hazır olma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

Değişkenler (N=182)		Hazır		Hazır değil		p
		n	%*	n	%*	
Yaş	40 yaş altı	70	48,30	75	51,70	0,968
	40 ve üzeri	18	48,60	19	51,40	
Cinsiyet	Kadın	49	48,50	52	51,50	0,961
	Erkek	39	48,40	42	51,60	
Medeni Durum	Evli değil	40	44,40	50	55,60	0,297
	Evli	48	52,20	44	47,80	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	25	47,20	28	52,80	0,838
	Üniversite ve üzeri	63	48,80	66	51,20	
Meslek	Hekimlik	14	41,20	20	58,80	0,561
	Hemşirelik	51	48,60	54	51,40	
	Diğer	23	53,50	20	46,50	
Çalışma Şekli	Vardiyalı	65	49,60	66	50,40	0,584
	Vardiyasız	23	45,10	28	54,90	
Gelir Durumu Beyanı	Kötü	45	48,90	47	51,10	0,878
	İyi	43	47,80	47	52,20	
Gelir Algısı	Kötü	67	48,90	70	51,10	0,794
	İyi	21	46,70	24	53,30	
Evde Yalnızlık Durumu	Yalnız	18	58,10	13	41,90	0,235
	Yalnız değil	70	46,40	81	53,60	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	57	49,60	58	50,40	0,668
	Var	31	46,30	36	53,70	
Sağlık Algısı	Kötü	28	45,90	33	54,10	0,639
	İyi	60	49,60	61	50,40	
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	75	50,70	73	49,30	0,191
	Var	13	38,20	21	61,80	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 10. Katılımcıların hazır olma durumu ile sigara kullanımına ilişkin değişkenlerin ilişkisi.

Değişkenler (N=182)			Hazır		Hazır Değil		p
			n	%*	n	%*	
Ailede Sigara İçmeye	Yok		71	48,60	75	51,40	0,880
Bağlı Hastalık Varlığı	Var		17	47,20	19	52,80	
Ailede Sigara İçen	Yok		28	46,70	32	53,30	0,750
	Var		60	49,20	62	50,80	
Ailede Sigara İçmeyen	Yok		4	26,70	11	73,30	0,079
	Var		84	50,30	83	49,70	
Günlük Sigara Miktarı	1-10 adet		50	61,70	31	38,30	0,001
	11 ve üzeri		38	37,60	63	62,40	
Sigara Kullanma Yılı	1-10 yıl		62	49,60	63	50,40	0,618
	11 ve üzeri		26	45,60	31	54,40	
Paket Yıl	1-10 yıl		68	50,70	66	49,30	0,280
	11 ve üzeri		20	41,70	28	58,30	
Bırakmayı Durumu	Deneme	Denememiş	12	23,10	40	76,90	0,001
		Denemiş	76	58,50	54	41,50	
Bırakmayı Sayısı	Deneme	İki ve altı	31	54,40	37	45,60	0,002
		Üç ve fazla	45	72,60	17	27,40	
Son Bırakma Denemesi	0-365 gün içinde		59	67,00	29	33,00	0,004
	366 gün ve öncesi		17	40,50	25	59,50	
En Uzun Bırakma Süresi	0-60		24	46,20	28	53,80	0,044
	61 ve üzeri		36	65,50	19	34,50	
Yasalardan Olma	Haberdar	Haberi yok	54	48,60	57	51,40	0,920
		Haberi var	34	47,90	37	52,10	
Sigara Konusunda Öneri Destek Alma	Bırakma	Hayır	68	44,70	84	55,30	0,028
		Evet	20	66,70	10	33,30	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların hazır olma durumu ile fagerström nikotin bağımlılık ölçeği ilişkisi.

Değişkenler (N=182)			Hazır		Hazır Değil		p
			n	%*	n	%*	
Fagerström Skala	Düşük		71	49,00	74	51,00	0,743
	Yüksek		17	45,90	20	54,10	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların hazır olma durumu ile beck depresyon ölçeği ilişkisi.

Değişkenler (N=182)			Hazır		Hazır Değil		p
			n	%*	n	%*	
Beck Skalası	Depresyon	Düşük	68	46,60	78	53,40	0,334
		Yüksek	20	55,60	16	44,40	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Çoklu değişken analizine göre hazır olma durumu ile ilişkili faktörler Tablo 3'te gösterilmektedir. Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı 11- ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,5 (%95 GA

1,9-10,6) kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 (%95 GA 1,2-6,8); üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 (%95 GA 1,2-6,1) kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeni çoklu analizlerde müdahaleye hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir ($p>0,05$). Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 13. Katılımcıların çoklu değişken analizine göre hazır olma durumu ile ilişkili faktörler*.

Değişkenler		OR	%95 GA		P
Yaş		1,006	0,955	1,06	0,818
Cinsiyet	Kadın	0,693	0,297	1,615	0,396
	Erkek		1		
Günlük Sigara Tüketimi	1-10 adet	4,468	1,877	10,632	0,001
	11 ve fazlası		1		
Sigarayı En Son Bırakmayı Deneme Zamanı	0-365 gün içinde	2,817	1,169	6,789	0,021
	366 ve sonrası gün		1		
Sigara Bırakma Konusunda Öneri Destek Alma	Almış olma	1,711	0,591	4,959	0,322
	Almamış olma		1		
Sigara Bırakmayı Deneme Sayısı	3 ve üzeri deneme	2,696	1,192	6,100	0,017
	2 ve altı deneme		1		

*Nagelkerke R Square: 0,330

5. TARTIŞMA

Sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Günde 1-10 adet sigara içen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri sigara içenlerden 4,5 kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 ; üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat müdahaleye hazır bulunmuştur.

Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların %55,5'i kadın bireyden oluşmakta ve %79,7'si 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9'dur. Sayan ve arkadaşlarının 2009'da GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde hemşirelerde yaptığı çalışmada yaş ortalaması bu çalışmanın yaş ortalamasına benzer niteliktedir ve $28,0 \pm 5,1$ dir (Sayan, 2009). Özvurmaz ve Yavaş'ın Aydın ili 2018 yılında hekim dışı sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmanın %86,7'si kadınlardan oluşmaktadır (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Yine Talay ve ark.'nın 2007'de İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada kadın oranı %67 ile çalışmamızda olduğu gibi erkeklerden fazladır (Talay ve ark, 2007). Katılımcıların çoğunluğunun hemşire olması ve araştırmanın eğitim araştırma hastanesinde yapılıyor olması bu benzerliklerin sebebi olabilir.

Yalçinkaya'nın 2019 çalışmasında Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %34,5'i lise ve altı, %65,4'ü lise üstü eğitim düzeyindedir Bu çalışmada benzer özelliklerdedir lise ve altı %29,12 önlisans ve üzeri %70,88'den oluşmaktadır (Yalçinkaya, 2019). Velioğlu'nun 2017 çalışmasına katılanların eğitim düzeyi; %22,8 üniversite ve üstü, %30,5 lise mezunu, %12,6) ortaokul mezunu, %33,5 ilkokul mezunu olup, %0,06 kişi okur-yazar değildir (Velioğlu, 2017). Farklı yaş ve eğitim düzeyinde gruplara yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bunun nedeninin sağlık çalışanlarının farklı meslek grupları içeriyor olması ve araştırmanın yapıldığı kurumunun özellikleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Transteoretik Modele Göre Bulunduğu Değişim Aşamasının Tartışılması

Katılımcıların Transteoretik Model'e göre bulundukları değişim aşamaları; hazır olanlar %37,36, harekete geçenler %10,99 oranındadır. Yalçinkaya'nın 2019'da bir aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yaptığı çalışmada, bu araştırmadan farklı oranlarda sonuçlara ulaşmıştır. Bulgularında sigara içen bireylerin %20,9'unun sigara bırakmaya hazırlık aşamasında olduğu saptanmıştır (Yalçinkaya, 2019). Bu durum çalıştığımız grubun sağlık çalışanı olması nedeniyle farkındalığın yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Karadağlı kişinin sigara bıraktırma programından etkili biçimde yararlanabilmesi için öncelikli olarak sigara bırakmaya hazır olmasının gerektiğini savunmaktadır (Karadağlı, 2009). Bireye uygun sigara bıraktırma müdahalesinin seçilmesi için davranış değişim aşamasının belirlenmesi bu nedenle önem taşımaktadır.

Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sigara Bırakmaya Hazır Olma Durumunun Tartışılması

Günlük Sigara Tüketimi

Bu çalışmada günde 1-10 adet sigara içen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri sigara içenlerden 4,5 kat fazla bulunmuştur. Karadağlı'nın 2009 yılı İstanbul ilinde sigara içen bireylerde yaptığı çalışmada benzer şekilde günde 11 adet ve üstüne göre 10 ve daha az sayıda sigara içenlerde hazıroluşluk durumu daha fazla bulunmuştur (Karadağlı, 2009). Lipkus ve ark. 2005'te Amerika'da gençlerin sigara bırakma isteklerini değerlendirdikleri çalışmada, az sayıda sigara içenler sigara bırakmaya daha hazır bulunmuştur (Lipkus ve ark, 2005). Argüder ve arkadaşlarının 2013 de yaptığı araştırmasında ulaşılan veriler de bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Sigarayı bırakamayan grubun günde içilen sigara sayısı daha fazla tespit edilmiştir (Argüder ve ark, 2013). Yine John ve ark. 2003'de çalışmalarına benzer şekilde bu çalışmada da günlük olarak 11 adet ve üstüne göre 10 ve daha az sayıda sigara içenlerde hazıroluşluk durumu daha fazla bulunmuştur (John ve ark, 2003). Bununla birlikte Karaman devlet hastanesi çalışanlarında 2019'da yapılan araştırmada gün içerisinde tüketilen sigara sayısının sigara bırakma durumuna etki etmediği bulunmuştur (Yaşar, 2019).

Günlük tüketilen sigara sayısı nikotin bağımlılığı ile doğru orantılıdır bu nedenle günlük sigara tüketiminin az olması ile bırakmaya hazırolma arasında olumlu sonuç beklenir. Nikotin bağımlılığı ile bu çalışmada anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır ancak fagerström nikotin bağımlılık ölçeğinde farklı değişkenlerin olması bunun nedeni olabileceğini düşündürmektedir. Kişinin tükettiği sigara sayısı sigaraya atfettiği değer olarak

düşünülürse daha az kullanan bireyin sigara bırakmaya daha hazırolması beklenir bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Sigarayı En Son Bırakmayı Deneme Zamanı

Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 kat müdahaleye hazır bulunmuştur.

Çalışmamızın diğer araştırmalarda çok karşılaşılmayan bu verisi doğrultusunda bireylerin yakın zamanlı tecrübelerinin önemli olabileceği ve her bırakma girişiminin hazıroluşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuda daha çok araştırma yapılması literatüre katkı sağlayabilir.

Sigara Bırakmayı Deneme Sayısı

Üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Yaşar'ın 2019'da çalışmasında sigara bırakmayı tekrar tekrar denemenin sigara bırakmada etkili olduğu bulunmuştur (Yaşar, 2019). Yine bu çalışmaya benzer Aday Avcı'nın 2018 çalışmasında daha önce bırakma deneyimi olanlar olmayanlardan 3,3 kat daha fazla sigarayı bırakmayı düşünmekteydi (Aday Avcı, 2018). Yalçinkaya'nın 2019'da bir aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yaptığı çalışmada sigarayı bırakma deneme sayısı fazla olan kişiler bırakmaya daha çok hazır bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı hiç denemeyenlerin sigara bırakmayı düşünmeme aşamasında olma oranı, 1-2 kez ve 3 ve daha fazla deneyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı 1-2 kez deneyenlerin sigara bırakmaya hazırlık aşamasında olma oranı, 3 ve daha fazla deneyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Katılımcıların sigara bırakmayı deneme sayısı grupları arasında sigara bırakmaya hazır olma durumu dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır , Sigarayı bırakmayı 1-2 kez deneyenlerin bırakmaya hazırlık aşamasında olma oranı (%20), 3 ve daha fazla deneyenlerden (%37.8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Yalçinkaya, 2019). Yine bu bulguları destekler nitelikte Karadağlı'nın 2009'da yaptığı araştırmaya göre sigarayı bırakma deneme sayısının hazıroluşluk durumunu etkileyen faktör olduğu belirlendi. Buna göre sigara bırakmaya hazır olma olasılığının, iki ve daha fazla sayıda sigara bırakmayı deneyenlerde 2,6 kat arttığı saptanmıştır (Karadağlı, 2009). Çalışmalarda ulaşılan sonuçlar bu çalışma verileri ile benzer özelliklerdedir. Bireyin sigara bırakma denemesinin motivasyon kaybından ziyade olumlu tecrübe oluşturduğu düşünülmektedir.

Sigara Bırakma Konusunda Öneri Destek Alma

Yalçınkaya'nın 2019'da İstanbul ili aile hekimliği polikliniğinde sigara bırakma önerisi alan kişiler sigara bırakmaya daha çok hazır bulunmuştur. Sigara bırakma önerisi alanların sigara bırakmayı düşünme aşamasında olma oranı %25, bırakma önerisi almayanlardan %12.7 istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Yalçınkaya, 2019). Bu çalışmada benzer bulgulara ulaşılmıştır tekli değişken analizlerinde öneri almış olanların daha hazır olduğu sonucuna ulaşılırken çoklu analizlerde hazırolma ile olan ilişkisini yitirmiştir. Sigara bırakma konusunda öneri almanın, bırakmaya hazır olma konusunda önemli bir faktör olduğu söylenebilir



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda araştırmaya katılanların %55,5'i (n=101) kadın, %44,50'i (n=81) erkek bireyden oluşmakta ve 145 (%79,67) kişi 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9 ($\pm 7,8$)'dir. Eğitim durumuna göre 5 (%2,70) kişi ilkokul, 5 (%2,70) kişi ortaokul, 43 (%23,60) kişi lise, 29 (%15,90) kişi ön lisans, 68 (%37,40) kişi lisans, 24 (%13,20) kişi yüksek lisans, 8 (%4,40) kişi doktora mezunudur.

Çalışmayı 105 (%57,70) hemşire, 34 (%18,70) hekim, 43 (%23,60) diğer sağlık çalışanları oluşturmakta ve 131'i (%72) vardiyalı çalışmaktadır.

Katılımcılardan 32 (%17,60) kişi gelirin giderden az, 60 (%33,00) kişi gelirin gidere eşit, 90 (%49,50) kişi gelirin giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Gelir ortalaması 4369,12 ($\pm 1862,43$) TL iken, gelir-gider fark ortalaması ise 374,61 ($\pm 1275,20$) TL'dir.

Araştırmaya katılanların 151'i (%83) yalnız yaşamamaktadır.

Katılımcılardan 95 (%52,20) kişi sağlığını iyi, olarak algılamaktadır ve 34'ünün (%18,70) kronik hastalığı vardır, 36'sının (%19,80) ailesinde sigara ile ilişkili hastalık bulunmaktadır. Katılımcılardan 122 (%67) kişinin ailesinde sigara içen bulunmaktadır, 167'sinin (%91,80) ailesinde sigara içmeyen birey bulunmaktadır.

Katılımcılardan günlük 1-10 adet sigara içenler (%44,50) 81 kişi, 11-20 adet sigara içenler (%46,70) 85 kişi, 21-30 adet sigara içenler (%7,10) 13 kişi, 31 ve fazla sigara içenler (%1,60) 3 kişidir. Sigara günlük tüketim ortalaması 14,80 ($\pm 8,72$) bulunmuştur. Katılımcılardan 130 kişi (%71,40) daha önce sigara bırakmayı denemiştir, sigara bırakmayı bir kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, iki kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, üç ya da daha fazla kez deneyenler 32 (%34,10) kişiden oluşmaktadır.

Bireylerde paket/yıl sigara kullanımı 1-10 yıldır kullananlar (%73,60) 134 kişidir, 11-20 yıl kullananlar (%18,70) 34 kişidir, 21 yıl ve üzeri kullananlar (%7,70) 14 kişidir. Katılımcıların ortalama sigara kullanım süresi 9,86 ($\pm 6,86$) yıldır. Katılımcılardan son bir yılda sigara bırakmayı deneyenler 88 (%48,40) kişidir.

En uzun bırakma süresi 0-60 gün olanlar 107 (%58,80) kişiden, 61-180 gün olanlar 25 (%13,70) kişiden, 181 gün ve üzeri olanlar 50 (%27,50) kişiden oluşmaktadır.

Yürürlükte olan kanun/yasalardan hiç haberdar olmayan katılımcı sayısı %11 oranı ile 20'dir, biraz bilgili olanların sayısı %50 oranı ile 91'dir, oldukça bilgili olanların sayısı %39 oranı ile 71 kişidir. Daha önce sigara bırakma konusunda öneri destek alanlar (%16,50) 30 kişidir.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testine göre (%50,50) 92 kişinin bağımlılığı çok düşük düzeyde, (%20,30) 37 kişinin bağımlılığı düşük düzeyde, (%8,80) 16 kişinin bağımlılığı orta düzeyde, (%12,10) 22 kişinin bağımlılığı yüksek düzeyde, (%8,20) 15 kişinin bağımlılığı çok yüksek düzeydedir. Beck Depresyon Skalasına göre (%59,30) 108 kişi minimal depresyon, (%20,90) 38 kişi hafif depresyon, (%17,60) 32 kişi orta depresyon, (%2,20) 4 kişi şiddetli depresyon olarak bulunmuştur.

Katılımcıların Transteoretik Model'e göre bulundukları değişim aşamaları sırasıyla; düşünmeyenler 70 (%38,46) kişi, düşünenler 24 (%13,19) kişi, hazır olanlar 68 (%37,36) kişi, harekete geçenler 20 (%10,99) kişiden oluşmaktadır.

Sigara içen sağlık çalışanlarının müdahaleye hazır olma durumu ile günlük sigara tüketimi arasında az sigara içme yönünde, bırakmayı deneme durumu ile denemiş olma yönünde, bırakmayı deneme sayısı ile üç ve fazla bırakma deneyimi yönünde, son bırakma denemesi ile son bir yıl içinde olma yönünde, en uzun bırakma süresi ile 61 ve üzeri olma yönünde, destek almış olma durumu ile destek almışlar yönünde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamızda müdahaleye hazır olma durumu ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,5 kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 ; üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeninde tekli değişken analizlerinde destek almışlar yönünde anlamlı ilişki tespit edilmişken, çoklu analizlerde müdahaleye hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir.

6.2. Öneriler

Konuya ilişkin niteliksel araştırmalar yardımıyla derinlemesine bilgi edinilebilir.

Sigara kullanıcısı olan sağlık çalışanlarının sigarayı bıraktırmaya yönelik profesyonel yardım almaları sağlanabilir.

Bu araştırma bulguları farklı araştırmalar ile karşılaştırılıp doğrulanması ile farkındalık oluşması ve sonrasında halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında girişimsel programların geliştirilmesine rehberlik edebilir.

Transteoretik modele göre bulunan değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesine yönelik farklı örneklem gruplarında çalışmalar yapılabilir ve elde edilecek sonuçlar üzerinden karşılaştırmalar yapılabilir.

Günde 10 adet ve daha az sigara içenler, son bir yılda sigara bırakmayı denemiş olanlar, üç ve üzeri sayıda sigara bırakma denemesi olanlar için sigara bırakma konusunda programlar düzenlenip, uygulanabilir.



KAYNAKLAR

Aday Avcı B. Aydın İli Efeler ilçesinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerde Sigara İçme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Uzmanlık Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın 2018.

Alışkın Ö, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2015, 6(24), 32-42.

Altuntaş Ö. Daha Önce Psikiyatrik Bir Hastalık Tanısı Almış Olan Kişilerde Sigara Bıraktırma Programıyla Kısa ve Orta Vadede Sigara Bırakmadaki Başarı Oranları, Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun 2014.

Ardıç Çobaner A. Hak Temelli Sağlık Yaklaşımı Bağlamında Tütün Kontrolü Haberlerinin Basında Çerçevesi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Anabilim Dalı, Ankara 2013.

Argüder E, Karalezi A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 2013, 14, 81-87.

Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Compbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Review*, 2011, 12, 709-723.

Aslan D, Bilir N, Özcebe H. –T.C. Sağlık Bakanlığı– “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler” Sağlık Bakanlığı Araştırma Raporu, Ankara, 2008, 11-47.

Atılğan Y, Gürkan S, Şen E. Hastanemizde çalışan personelin sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 2008, 9(4), 160-166.

Avcı E. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Sigara Bağımlısı Kişilere Sigara Bırakma Çalışması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara 2018.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 4. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2009, 93-335.

Başol E, Can S. Tütün tüketiminin ekonomik etkileri ve tütün kontrol politikaları üzerine bir inceleme. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 7 (4).

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 1961,4(6), 561–571.

Bilgiç N. Lise Öğrencileri Üzerinde Sigara Konusunda Yürütülecek Olan Akran Eğitiminin Sigara Kullanma Davranışı Üzerindeki Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013.

Bilir N. Türkiye tütün kullanımında dünyanın neresinde? *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10, 4-31.

Çalışkan S, Metintaş S. Dünyada tütün kontrol uygulamalarının küresel ölçekte değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2018, 3(1), 32-41.

Çalışkan Ş. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler (Ekonometrik bir yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 8(2), 23-48.

Dilek A. Isparta İl Merkezi ve Merkeze Bağlı Köy ve Kasabada Görev Yapan Müftülük Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta 2011.

Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012, 10(2), 93-115.

Durmaz A. Üniversitelerde Hemşirelik Eğitimi Alan Öğrencilerin Sigara Kullanımı ve Kişilik Özelliklerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2004.

Durmaz S. Sigara Bırakma Polikliniği'ne Eklemlenmiş Sosyal Medya Kullanımının Sigara Bırakma Başarısına Etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2018.

Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2008.

Erol S, Erdoğan S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(2), 86-94.

Ersoy Ö. Kahramanmaraş İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana 2015.

Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2005, 6, 27-34.

Guy W. Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology, revised edition. National Institute of Mental Health, Dept. of Health, Education and Welfare Publication (ADM), 1976, 218-22.

Günay E, Şimşek Z, Kutucularoğlu G, Metinyurt G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti askeri sağlık personelinde sigara içme sıklığı, nikotin bağımlılığı ve ucuz sigara satışının etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2010, 58(4), 393-400.

Günaydın H. Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı, Depresyon Semptomatolojisi ve Premenstruel Sendrom Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2018.

Güngörmüş Z. Sigara Bıraktırmaya Yönelik Lise Öğrencilerine Verilen Transteoretik Model Temelli Eğitimin Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum 2008.

Güzel MG. Bir Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Kişilerde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Bırakma Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir 2017.

Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989, 7 (23), 3-13.

<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (05.10.2019).

John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Relation among stage of change, demographic characteristics, smoking history, and nicotine dependence in an adult German population. *Preventive Medicine*, 2003, 37(4), 368-374.

Kanık MK. İzmir'de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve Diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir 2018.

Karadağlı F. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009.

Karatay G. Sigara Bırakma Aşamalarına Odaklı Motivasyonel Görüşmelerle Gebelerde Sigara Bıraktırma, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2007.

Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, 2006, 7 (1), 51-64.

Kaya M. Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu, Etkileyen Faktörler ve İkincil Sigara Dumanı ile İlgili Farkındalık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2017.

Kıdık E. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara 2017.

Kılınç NÖ. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etkililik ve Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Elazığ 2010.

Koyun A. Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) ile Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013.

Kökten R. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne 2008.

Kuş S. Tütün Kontrolü Kapsamında Uluslararası Ticaret Antlaşmalarının Halk Sağlığı Politikaları ile Olan Boyutları ve İthafı, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu 2013.

Lipkus IM, Pollak KI, McBride CM, Schwartz-Bloom R, Lyna P, Bloom PN. Assessing attitudinal ambivalence towards smoking and its association with desire to quit among teen smokers. *Psychology and Health*, 2005, 20 (3), 373–387.

Miller WR, Rollnick S. What motivates people to change? In *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford Press, 1991, 14-29.

Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2007, 55 (4), 356–363.

Örsel O. Tütün kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü önerileri (MPOWER 2015). *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2016, 4 (1), 13-21.

Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1, 41-47.

Özer A. Sigara Bıraktırma Yöntemlerinde Başarı Oranları, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2014.

Öztürk M. Sigara Paketleri Üzerindeki Uyarı Amaçlı Resim ve Metinlerin Sigara İçme Davranışı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2015.

Özvurmaz S, Yavaş S. Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 11(2), 157-166.

Pomerlau CS, Carton SM, Lutzke ML, Flessland KA, And Ovide F. Reliability of the Fagestrom Tolerance Questionnaire and Fagestrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 1994, 19(1), 33-39.

Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12(1), 38-48.

Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin), Ankara 2010.

Samancı Tekin Ç. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Bırakmada Motivasyonun Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak 2010.

Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Pash E, Babayiğit M. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi, *Genel Tıp Dergisi*, 2009, 19(1), 9-15.

Sayın E. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Bırakma Yöntemlerinin Etkinliği, Uzmanlık Tezi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara 2013.

Selçuk EB, Kayhan Tetik B. Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden faktörler, başarı ölçütleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2016, 7 (5), 69-73.

Şahbaz S. Sigara İçmeye Başlamadan Önceki Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti, Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavisine Etkileri, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir 2005.

Şen Ş. Anksiyete Duyarlılığının Nikotin Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce 2018.

Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2007, 55(1), 43-50.

Taş F, Seviğ ÜE, Güngörmüş Z. Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8 (4), 380-393.

TÜİK. Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010, 2012, 2014, 2016. 2016.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yılı 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2017:55-56-57-58.

Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(2):115-121.

Ünüvar EM, Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2017, 8(3), 57-65.

Ünüvar ME. Tıp Öğrencilerinde Tütün Bağımlılığı ve Bırakma Girişimleri: Engeller ve Başarıyı Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Tıp Anabilim Dalı, Aydın 2016.

Velioğlu U. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon ile İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce 2017.

WEB_1. (2017). Küresel Gençlik Tütün Araştırması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf (06.08.2019).

WEB_10. (2019). World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/ (09.10.2019).

WEB_11. (2017). World Health Organization, Tobacco. https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 (22.08.2019).

WEB_12. (2017). World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1> (09.10.2019).

WEB_13. (2019). World Health Organization World Health Statistics. 2012, 2016.

WEB_14. (2019). World Health Organization Fact sheet on the SDGs: Tobacco control 2019. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/fact-sheets/2019/fact-sheet-on-the-sdgs-tobacco-control-2019> (18.10.2019).

WEB_15. (2019). Yeşilay, Bağımlılık. <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/sigara-ve-tutun-bagimliliği> (16.10.2019).

WEB_16. (2012). Dünya Sağlık Örgütü Tütüne Bağlı Ölüm Raporu 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf (29.09.2019).

WEB_2. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf> (18.08.2019).

WEB_3. (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf> (12.08.2019).

WEB_4. (2010). Global Adult Tobacco Survey (GATS). Fact Sheet Turkey 2008. https://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_turkey_factsheet_2009.pdf?ua=1 (02.08.2019).

WEB_5. (2010). Türkiye İstatistik Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. <http://www.tuik.gov.tr/> (22.08.2019).

WEB_6. (2017). 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-tütün-kontrolü-strateji-belgesi-ve-eylem-planı.html> (03.09.2019).

WEB_7. (2018). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması; Türkiye 2016 Verileri. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf> (01.09.2019).

WEB_8. (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/115787/turkiyede-tutun-kontrolucalismalari.html> (20.09.2019).

WEB_9. (2016). World Health Organization Prevalence of Tobacco Smoking. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html (09.10.2019).

WHO. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Groups. Tobacco Questions for Survey: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition, Atlanta, GA, Centersfor Disese Control and Prevention, 2011.

Yalçınkaya M. SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Herhangi Bir Nedenle Başvuran ve Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazır Olma Durumu ve Bununla İlişkili Faktörlerin Saptanması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul 2019.

Yaşar H. Karaman Devlet Hastanesinde Sigara İçen Çalışanların Sigara İçme Davranışının ve Bırakma İsteğinin Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya 2019.

Yılmaz N. Sigara İçen Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışının ve Bırakma İsteğinin Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak 2010.

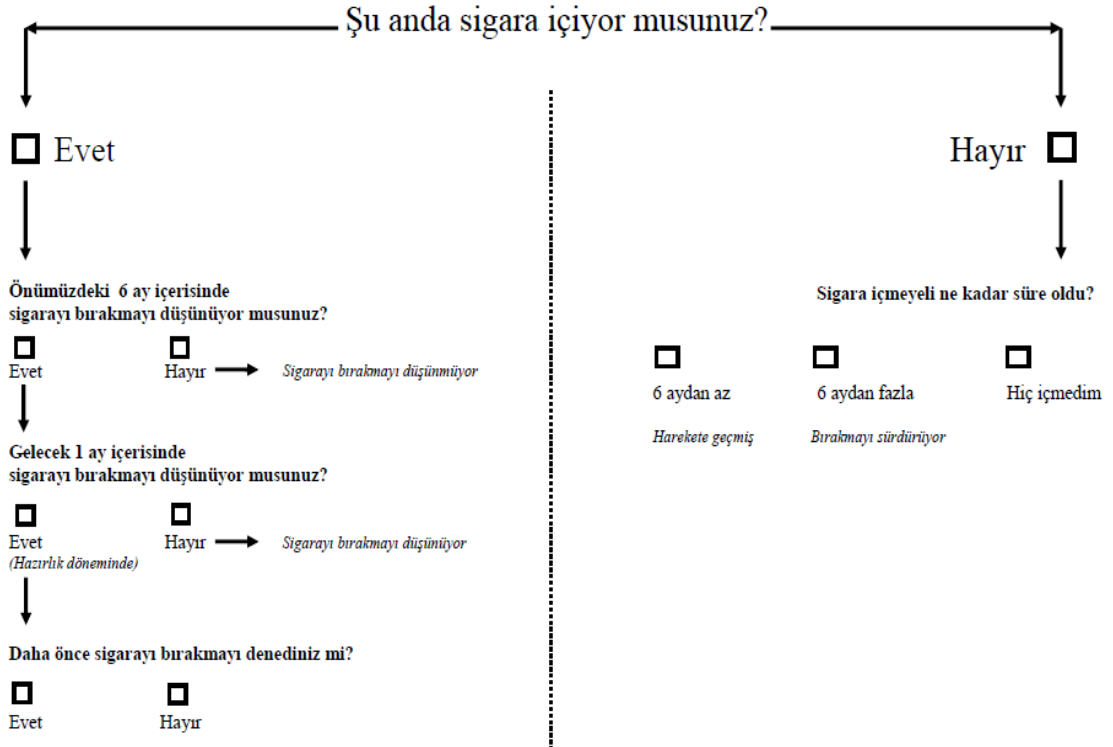
EKLER

Ek 1. Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşaması Algoritması

SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Aşağıda sizin için Transteortik Modele göre bulunduğunuz değişim aşaması ve ilişkili faktörlerinin incelenmesi amacıyla sorular hazırlanmıştır. Bu konuda sizden öğreneceğimiz bilgiler sigara konusunda çalışan sağlık profesyonellerine yol göstermesi, sigarayı bırakmaya yönelik daha etkin programların geliştirilmesine katkı yapması açısından yol gösterici olacaktır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu ankete vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacak ve size ait bilgiler bilimsel amaçlar dışında hiçkimseyle paylaşılmayacaktır. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 15-20 dakika olabilir. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ümmühan Sözer



Ek 2. Anket Formu

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz
☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış
4. Eğitim Durumunuz
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön Lisans
☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
5. Mesleğiniz?
☐ Uzman Doktor ☐ Pratisyen Hekim ☐ Uzman Hemşire ☐ Hemşire
☐ Uzman Ebe ☐ Ebe ☐ Sağlık Memuru ☐ Eczacı
☐ Diyetisyen ☐ Psikolog ☐ ATT ☐ Laborant
☐ Tıbbi Sekreter ☐ Radyoloji Teknisyeni ☐ Diğer yazınız
6. Çalışma şekliniz?
☐ Sürekli gündüz ☐ Sürekli gece ☐ Gündüz/Gece
7. Gelir durumunuz? Gelir TL (net gelir)
Gider.....TL (net gider)
Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok İyi
8. Evde birlikte yaşadığınız kişi sayısı
9. Çocuk sayısı.....
10. Çocuğunuz ile birlikte yaşıyor musunuz (Varsa)? ☐ Evet ☐ Hayır
11. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi
12. Kronik bir hastalığınız var mı?
☐ Hayır ☐ Evet yazınız
13. Ailenizde sigara ile ilişkili olduğunu düşündüğünüz ciddi bir hastalık var mı ?
☐ Hayır ☐ Evet yazınız.....

14. Ailenizde sigara içen var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Ailenizde sigara içmeyen var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Günlük tüketilen sigara miktarınız? yazınız adet/gün
17. Paket/Yıl (kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz.....günde kaç adet.....)
18. Sigara bırakmayı (en kısa bir gün olmak üzere) kaç kez denediniz ?
☐ Hiç denemedim ☐ Bir kez denedim
☐ İki kez denedim ☐ Üç ya da daha fazla kez demedim
19. Sigarayı en son ne zaman bırakmayı denediniz / bıraktınız?
.....gün önce ay önce yıl önce
20. Sigarayı en uzun ne kadar süre bıraktınız?
.....gün ay yıl
21. Sigara ile ilgili yürürlükte olan kanunlardan / yasal düzenlemelerden ne kadar haberdar ya da bilgili olduğunuzu düşünüyorsunuz ?
☐ Hiç haberdar değilim ☐ Biraz bilgiliyim
☐ Oldukça bilgiliyim ☐ Diğer yazınız
22. Sigara bırakma konusunda profesyonel bir sağlık çalışanından öneri/destek aldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır

Ek 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içiyorsunuz?

- ☐ () Uyandıktan sonraki ilk beş dakika içinde (3 puan)
- ☐ () 6-30 dakika içinde (2 puan)
- ☐ () 31-60 dakika içinde (1 puan)
- ☐ () 1 saatten fazla (0 puan)

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

- ☐ () Evet (1 puan)
- ☐ () Hayır (0 puan)

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

- ☐ () Sabah içtiğim ilk sigara (1puan)
- ☐ () Diğer herhangi bir zamanda içtiğim sigara (0 puan)

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- ☐ () 10 adet veya daha az (0 puan)
- ☐ () 11-20 adet (1 puan)
- ☐ () 21-30 adet (2 puan)
- ☐ () 31 veya daha fazla adet (3 puan)

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

- ☐ () Evet (1 puan)
- ☐ () Hayır (0 puan)

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

- ☐ () Evet (1 puan)
- ☐ () Hayır (0 puan)

Verilen cevapların toplamında 0-2 puan çok düşük bağımlılık, 3-4 puan Düşük bağımlılık, 5 puan orta bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık, 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak tanımlanmaktadır.

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum

2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgıyım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
 - (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 - (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
 - (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankisinden kötü görünüyorum.
 - (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
 - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
 - (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
 - (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum

18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum

20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Şiddet olarak 1-10 arası puan normal, 11-16: hafif ruhsal sıkıntı, 17-20: sınırda klinik depresyon, 21-30: orta depresyon, 31-40: ciddi depresyon, 40 ve üzeri çok ciddi depresyon şeklinde yorumlanmaktadır.



Ek 5. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 50107718-050.99/18886
Konu : Çalışmanız Hakkında

21/03/2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Safiye ÖZVURMAZ
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.03.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan IX nolu karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Ek: Karar (1 Sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/NNBDF7P>

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Merkez Kampus Kepez Mevki 09010
Efeler/AYDIN
Telefon No: 02562138866 Faks No: 0256 214 66 87

Bilgi İçin: Emir Hatice Selda Koçmaz

Unvan: Bilgisayar İşletmeni

KARAR :IX

Protokol No : 2019/064
Sorumlu Yürütücü : Dr. Öğretim Üyesi Safiye ÖZVURMAZ
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Dr. Öğretim Üyesi Safiye ÖZVURMAZ' ın "Sigara İçen Sağlık Çalışanların Transteoretik Modele Göre Bulunduğu Değişim Aşamalı ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının **21.01.2019** tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. **08.03.2019** tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (*Olgu Rapor Formu/Anket*)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 6. Kurum İzin Yazısı



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 19504407-300/24726
Konu : Ümmühan Sözer

17/04/2019

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinin 16/04/2019 tarih ve 24453 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ümmühan Sözer hakkındaki ilgi yazı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ahmet CEYLAN
Müdür

Ek: 1 Sayfa

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/es/Vision/DoGrula/6ZBBAR9>

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aydın Menderes Derslikleri 1.
Kat Merkez Kampüsü 09100 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 214 47 45 Faks No: 0256 213 36 57

Bilgi İçin: Steneyra Eryılmaz
Unvan: Sözleşmeli Personel



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 63364346-804.01
Konu : Ümmühan SÖZER hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09/04/2019 tarihli ve 23044 sayılı yazınız.

İlgi yazınız İdaremiz tarafından değerlendirilmiş olup Enstitünüz Öğrencisi Ümmühan SÖZER'in " Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Transteoretik Modele Göre Bulunduğu Değişim Aşaması ve İlişkili Faktörler" adlı çalışmasını yapması İdaremizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Mustafa ÜNÜBOL
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Evrakı Doğrulamak İçin: <http://ebys.adu.edu.tr/enVision/Doğrula/L5BB5UK>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Aytepe Merkezii Pl:09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 444 12 56 Faks No: 0256 214 40 86
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.adu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Fethi Uçkun
Unvan: Memur

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR ?

Sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

18 yaş ve üzeri olmak

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanı olmak

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Günde en az bir sigara içmek veya haftada beş ve daha az sigara içmek veya son altı ay içerisinde sigara bırakma çabasında olan ama henüz altı ayı tamamlamamış sağlık çalışanı olmak.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma öncesinde etik kuruldan ve kurumdan izin alınacaktır. Araştırma sırasında katılımcılara Transteoretik Model'e Göre Değişim Aşaması Algoritması, Anket formu, Fagerström nikotin bağımlılık ölçeği ve Beck depresyon ölçeği uygulanacaktır. Anketlerin doldurulması 15-20 dakika süre alacaktır. Anket uygulaması araştırmacı tarafından yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NELERDİR?

Anket formunu yanıtlamak sizin sorumluluğunuzdur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan 1037 sağlık çalışanı.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu çalışma için planlanan süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada öngörülen zaman 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Olası risk öngörülmemektedir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİR?

Bireyin araştırmadan çıkmak istemesi durumunda araştırma dışı bırakılabilir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırmacı Ümmühan SÖZER'e başvurabilirsiniz. İletişim Tel: 0 506 616 36 14

Mail: ummuhansozer@hotmail.com

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Biriminden destek alınması planlanmaktadır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ayrılmanız durumunda araştırmacıya bilgi vermeniz yeterlidir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR ?

Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Ankette verdiğiniz bilgiler sadece araştırmada kullanılacaktır. Araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan bilgilendirmeyi okudum veya sözlü olarak dinledim. Araştırmaya katılma konusunda bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya katılmayı gönüllülük ile kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİ BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : SÖZER, Ümmühan
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Aydın / 05.01.1994
Telefon : 05066163614
E-mail : ummuhansozer@hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği	
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2016

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2017-Halen	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşire Uygulama ve Araştırma Hastanesi	