

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA KULLANAN 18-40 YAŞ ARASI BİREYLERDE SİGARA BIRAKMADA  
KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ İLE 5A-5R  
YAKLAŞIMININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Ömer Faruk ÖZCEYLAN**

**TRABZON 2024**

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİGARA KULLANAN 18-40 YAŞ ARASI BİREYLERDE SİGARA BIRAKMADA  
KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRMESİ İLE 5A-5R  
YAKLAŞIMININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Ömer Faruk ÖZCEYLAN**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Turan SET**

**TRABZON 2024**

## ÖNSÖZ

*Uzmanlık eğitim sürecimde ve tez çalışmamda desteklerini esirgemeyen, bilgi birikimi, deneyimi ve hoşgörüsü ile yanımda olan, her zaman örnek aldığım ve yanında severek çalıştığım, kıymetli hocam Prof. Dr. Turan SET'e,*

*Eğitim sürecim boyunca ilgisini ve yardımını bizden esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle yolumuza ışık tutan, desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Elif ATEŞ'e,*

*Her konuda kendilerinden yardım aldığım, saygı çerçevesinde abi-kardeş gibi olduğum, Dr. Öğr. Üyesi Oğuzer USTA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Kaan KURT'a,*

*Birlikte eğitim görmekten mutluluk duyduğum, eğitim süresi boyunca çok güzel anlar paylaştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışan araştırma görevlisi arkadaşlarıma,*

*Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, her daim yanımda olan, iyi bir insan olmam için her zaman kendilerini örnek aldığım canım aileme,*

*Desteği ve sevgisi ile beni hiç yalnız bırakmayan, zor zamanlarımda bana her zaman umut veren sevgili eşime,*

*Teşekkür ederim.*

*Dr. Ömer Faruk ÖZCEYLAN*

## ÖZET

### **Sigara Kullanan 18-40 Yaş Arası Bireylerde Sigara Bırakmada**

#### **Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ile 5A-5R Yaklaşımının Karşılaştırılması**

**Amaç:** Sigara kullanımını dünya çapında önemli bir halk sağlığı problemi. Bu çalışmada; sigara bırakma üzerine kardiyovasküler risk değerlendirme ile 5A-5R yaklaşımı arasında fark olup olmadığının incelenmesi, kardiyovasküler risk değerlendirmesinin sigara bırakma davranışındaki etkileri, güçlü ve açık bir şekilde bir kez yapılan sigara bırakma tavsiyesinin sigara bırakma üzerine etkisinin gözlemlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Müdahale şeklinde olan çalışmamızı Haziran 2023 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya 18-40 yaş arası en az bir yıldır 10 adet/gün sigara kullanan ve 6 ay içerisinde lipid profili bakılmış olan gönüllü bireyler dahil edilmiştir. 164 katılımcı 1:1 olacak şekilde sırasıyla rastgele tahsis edilmiştir. Her iki gruba da araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanım durumlarını sorgulayan bir anket formu yüz yüze doldurulmuştur. Kontrol grubuna 5A-5R stratejisi, Müdahale grubuna ise 2019 ESC/EAS kılavuzu ile gençlerde 10 yıllık kardiyovasküler riski hesaplanarak sigara bırakması açık bir şekilde önerilmiştir. 6 ay sonunda telefon veya yüz yüze görüşerek sigara kullanım durumları öğrenilmiştir.

**Bulgular:** Toplam 164 katılımcının yaş ortancası 33 (IQR:25-37) yıl idi. Katılımcıların %58,5 (n=96)'ini erkekler oluşturmaktaydı. Katılımcıların %61,6 (n=101)'sına son poliklinik muayenesinde sigara kullanımı sorulmamış idi. Katılımcıların %36 (n=59)'sına daha önce herhangi bir bölüm tarafından sigara bırakma önerisi yapılmamıştı. Altı ay sonunda bir gün dahi olsa sigara bırakmayı deneyen katılımcı sayısı kontrol grubunda %29,3 (n=24) iken müdahale grubunda %42,7 (n=35) idi (p=0,073).

**Sonuç:** Uygulanan kardiyovasküler risk hesabı kullanılarak yapılan sigara bırakma önerisi, 5A-5R modeli kadar sigara bırakma denemesine sebep olmuştur. Her başvuru bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara, Sigara bırakma, Kardiyovasküler risk, Motivasyonel görüşme

## SUMMARY

### **Comparison of cardiovascular risk calculation and 5A-5R Approach in smoking cessation in smokers individuals aged 18-40 years**

**Aim:** Smoking is a major public health problem worldwide. This study aimed to examine whether there is a difference between cardiovascular risk assessment and the 5A-5R approach to smoking cessation, the effects of cardiovascular risk assessment on smoking cessation behavior, and to observe the effect of a strong and clear smoking cessation advice on smoking cessation.

**Method:** Our intervention study was conducted between June 2023 and July 2023 at Karadeniz Technical University Family Medicine outpatient clinic. Voluntary individuals aged 18-40 years who smoked 10 cigarettes/day for at least one year and had a lipid profile within 6 months were included in the study. 164 participants were randomly allocated in a 1:1 ratio. A questionnaire form prepared by the researchers inquiring sociodemographic characteristics and smoking status was completed face-to-face in both groups. The Control group was explicitly advised to quit smoking using the 5A-5R strategy, and the Intervention group was explicitly advised to quit smoking by calculating the 10-year cardiovascular risk in young people with the 2019 ESC/EAS guidelines. At the end of 6 months, their smoking status was learned by phone or face-to-face interviews.

**Results:** The median age of the 164 participants was 33 (IQR: 25-37) years. 58.5% (n=96) of the participants were male. 61.6% (n=101) of the participants were not asked about smoking at the last outpatient clinic visit. 36% (n=59) of the participants had not been advised to quit smoking by any department before. At the end of six months, the number of participants who tried to quit smoking even for one day was 29.3% (n=24) in the control group and 42.7% (n=35) in the intervention group (p=0.073).

**Conclusion:** Smoking cessation advice using the applied cardiovascular risk calculation has led to as many smoking cessation attempts as the 5A-5R model. Every referral should be seen as an opportunity.

**Keywords:** Smoking, Smoking cessation, Cardiovascular risk, Motivational interviewing

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	II
SUMMARY .....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
KISALTMALAR DİZİNİ .....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	VII
TABLolar DİZİNİ .....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1 Tütün Kullanımı ve Epidemiyolojisi.....	2
2.2 Sigara Kullanımının Zararları.....	5
2.3 Sigara Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkileri .....	6
2.4 Tütün Kontrol Politikaları.....	7
2.5 Sigara Bırakmaya Yaklaşım.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	10
3.1 Araştırmanın Tipi .....	10
3.2 Araştırma Evreni ve Örneklem .....	10
3.3 Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri .....	11
3.4 Veri Toplama Araçları .....	11
3.5 Çalışmanın Yürütülmesi .....	12
3.6 Sonuç Ölçütü .....	12
3.7 İstatistiksel Analiz .....	13
3.8 Etik Kurul .....	13
4. BULGULAR .....	13
5. TARTIŞMA.....	24

6.	SONUÇ ve ÖNERİLER .....	31
7.	KISITLILIKLAR .....	32
8.	KAYNAKÇA .....	32
9.	EKLER.....	39
9.1	Ek-1: Anket formu.....	39
9.2	Ek-2: Gençlerde 10 Yıllık Kardiyovasküler Risk Hesaplama Tablosu ....	42
9.1	Ek-3: Turnitin Orjinallik Raporu .....	43



## KISALTMALAR DİZİNİ

DALY: Disability Adjusted Life Years

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği

EAS: Avrupa Ateroskleroz Derneği

FNBT: Fagerström Nikotin Bağılılık Testi

HDL-K: Yüksek Dansiteli Lipoprotein

LDL-K: Düşük Dansiteli Lipoprotein

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Cinsiyet ve yaş grubuna göre halen tütün ürünü içenlerin yüzdesi (4).....	4
<b>Şekil 2.</b> Tütün ürünü kullananların son 12 ay içerisinde bırakmayı deneme oranları (4).....	4
<b>Şekil 3.</b> Sigara bırakılması en son tavsiye edilen bölümler .....	18
<b>Şekil 4.</b> Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skoru sınıflaması .....	19
<b>Şekil 5.</b> Müdahale grubunun kardiyovasküler risk dağılımı .....	20



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri .....	13
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların sigara kullanıma durumlarının dağılımı .....	15
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların en son muayene oldukları polikliniklerde sigara kullanımı sorulma durumları.....	16
<b>Tablo 4.</b> Sigara kullanımı sorgulanan hastalara sigara bırakma tavsiyesi verilme durumları	17
<b>Tablo 5.</b> Son başvuru bölümünde sigara bırakma tavsiye durumları.....	18
<b>Tablo 6.</b> Müdahale grubunun lipid profili .....	19
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların 6 aylık süreçte sigara bırakma girişimi .....	20
<b>Tablo 8.</b> Müdahale grubunda kardiyovasküler risk artışı ile sigara bırakma denemesi.....	21
<b>Tablo 9.</b> Gruplara göre 6 aylık süreçte sigara bırakma denemesine etki eden faktörler.....	21
<b>Tablo 10.</b> Altı ay sonunda transteoretik modellemeye göre olgu evrelemesi .....	23
<b>Tablo 11.</b> Başlangıçta ve 6 Aylık Süreç Sonunda Günlük Sigara Kullanımı Sayısı .....	23
<b>Tablo 12.</b> Başlangıç ve 6 aylık süreç sonunda transteoretik modellemeye göre sigara bırakma evrelemesi karşılaştırması .....	24

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün salgını sağlığa, çevreye ve ekonomiye büyük zararlar vermektedir. Hiç şüphesiz dünyada en önemli mortalite ve morbidite sebeplerinden bir tanesi sigara kullanımınıdır (1). Tütün kullanımı en büyük halk sağlığı problemlerinden bir tanesini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün kontrol çalışmalarına rehberlik etmesi için 2008 yılında MPOWER politika paketini hazırlamıştır. 15 yıllık bu süreçte tütün kullanım prevalansı %22,8'den %17'ye düşmüştür. Ancak buna rağmen tütün kullanımının yılda 8,7 milyon ölüme sebep olduğu ve bu ölümlerin yaklaşık 1,3 milyonunun pasif duman maruziyeti sebebiyle olduğu tahmin edilmektedir (2). Tütün kullanımının en yaygın şekli fabrikasyon sigaralardır (3).

Ülkemizde tütün kullanımının %31,5 olduğu tahmin edilmektedir. Tütün ürünü kullanımı erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazladır. Özellikle 30-44 yaş grubunda tütün kullanımı %41,8 oranında en yüksek seviyededir. 15-29 yaş aralığında ise sıklığı %30,6 olarak yaş gruplarına göre tütün kullanımı arasında üçüncü sırada gelmektedir. Tütün ürünü kullananların %27,4'ü son bir yıl içerisinde bırakmayı denemektedir. Son bir yıl içerisinde hekim tarafından tütün kullanmayı bırakması tavsiye edilenlerin oranı %22,3 olmakla birlikte, en az tavsiye edilen yaş grubunun %12,5 ile 15-29 yaş grubu olduğu saptanmıştır (4).

Tütün ürünü kullanımı; iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, aritmi, stroke, KOAH, düşük doğum ağırlığı ve kanserler gibi pek çok hastalığa sebep olmaktadır (5,6). Sigara kullanımına bağlı ölüm oranının 2007'den 2017 yılına kadar %11,2 arttığı saptanmıştır. Sigara kullanımına bağlı oluşan en sık ölüm sebebi iskemik kalp hastalıkları olduğu gösterilmiştir (7). Sigara kullanmanın küresel ekonomik maliyetinin her yıl yaklaşık 2 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (6).

Her hekim, mesleğinin bir parçası olarak tütün kullanımının kontrolü için mücadele etmesi gerekmektedir. Hekimler hastayla karşılaştığı her durumda hastasının sigara kullanıp kullanmadığını sormak ve kullanıyorsa ona sigarayı bırakmasını açık bir şekilde önermek durumundadır (8,9). 31.000'den fazla sigara içen kişinin incelendiği bir meta-analiz sonuçlarına bakıldığında sigara bırakılmasını en sık tavsiye eden kurumun birinci basamak sağlık hizmetleri olduğu saptanmıştır (10). Hekimlerin

sigara bırakma konusunda kısa bir tavsiye vermesi sonucu, hastaların sigara bırakma oranlarını büyük ölçüde artırdığı gösterilmiştir (9,10). Argüder ve arkadaşlarının sigara bırakma sebeplerini incelediği bir çalışmada, sigara kullanıcıların %44'ü sağlığın bozulma korkusu ve %11,9'unun ise hekim önerisi sebebiyle sigara bırakmak için başvurduğu bulunmuştur (11).

Tütün kullanımının yol açtığı hastalıkları azaltmak için sigaraya başlama oranlarının azaltılması, sigara bırakma girişimlerinin ise artırılması gerekmektedir. Sigara ile mücadele koruyucu hekimlik açısından oldukça önemlidir. Özellikle genç kullanıcıların sigara bırakması, sigaraya bağlı morbidite ve mortaliteleri büyük ölçüde azaltacaktır. Her branştan hekimin başvuran tüm hastalarına sigara kullanımını sorgulaması ve bırakmasını güçlü bir şekilde tavsiye etmesi oldukça önemlidir.

Bu çalışmada; sigara bırakma üzerine kardiyovasküler risk değerlendirmesi ile 5A-5R yaklaşımı arasında fark olup olmadığının incelenmesi, kardiyovasküler risk değerlendirmesinin sigara bırakma davranışındaki etkileri, güçlü ve açık bir şekilde bir kez yapılan sigara bırakma tavsiyesinin sigara bırakma üzerine etkisinin gözlemlenmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Tütün Kullanımı ve Epidemiyolojisi**

#### **2.1.1 Dünya'da Tütün Kullanımı**

Sigara kullanımı küresel çapta önlenemez hastalık ve ölümlerin çok önemli bir nedenini oluşturmaktadır. DSÖ verilerine göre 2007 yılından 2021 yılına sigara içme yaygınlığı yaklaşık %25 azalarak %17'ye düşmüştür. Erkekler arasında sigara kullanımı %29 iken kadınlarda %5 olduğu gösterilmiştir. Dünya genelinde sigara kullanımının yaklaşık dörtte üçü orta gelirli ülkelerde olmaktadır. 13-15 yaş arasında yaklaşık 24 milyon çocuğun sigara kullandığı tahmin edilmektedir (2). Dünya genelinde 15 yaş üzeri yaklaşık 1,1 milyar insanın aktif olarak sigara içtiği (6) ve her yıl yaklaşık olarak 30 milyon gencin sigaraya başladığı düşünülmektedir (12). Dünya genelinde tütün ürünü kullanan kişi sayısı karşılaştırıldığında Çin, Hindistan ve Rusya ilk sıralarda gelmektedir. (13). OECD (Organisation for Economic Cooperation and

Development) 2022 verilerine göre ise ülkemiz sigara kullanım oranında üçüncü sırada yer almaktadır (14).

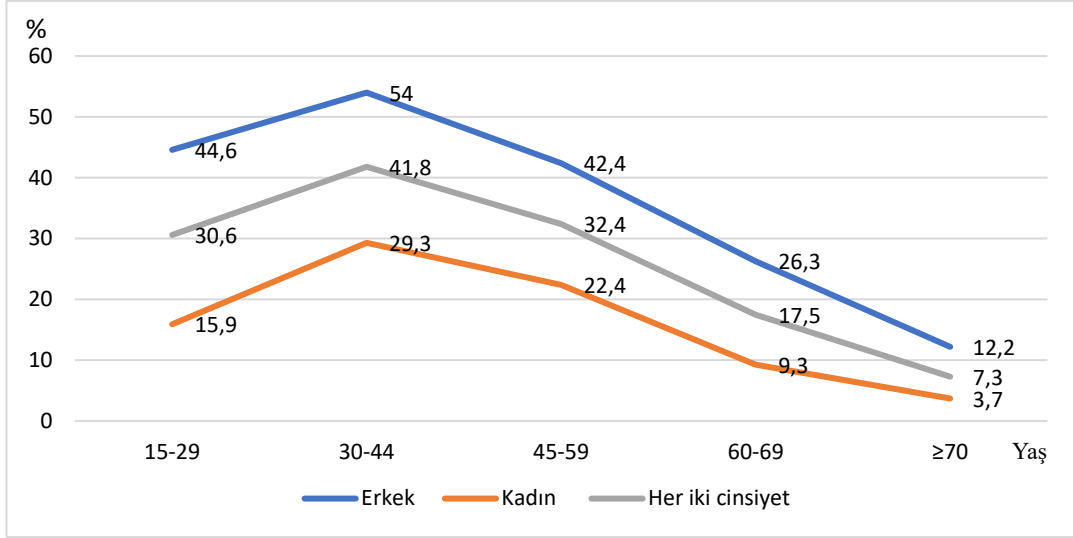
Küresel Tütün Araştırması'na dahil olan 14 ülkede erkeklerin %48,6'sının, kadınların ise %11,3'ünün tütün kullanıcısı olduğu saptanmıştır (12). DSÖ verilerine göre dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık %9'una tütün kullanımı sebep olmaktadır (15). 2018 yılında yayınlanan Küresel Hastalık, Yaralanma ve Risk Faktörleri Çalışmasına göre; sigara kullanımı 7,1 milyon ölüm ve 182 milyon DALY (Disability Adjusted Life Years)'e sebep olarak risk faktörleri arasında ikinci sırada gelmektedir. 10 yıllık sürece bakıldığında ise sigara kullanımına bağlı ölüm oranı %11,2 artmaktayken DALY oranının %8,2 arttığı saptanmıştır. Bu ölümlerin yaklaşık üçte birinin kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle meydana geldiği gösterilmiştir (7).

Pasif duman maruziyeti de çözülmesi gereken önemli bir sağlık problemidir. Sigara içilmesi yasak olan ortamlar, sigara içenleri bırakmaları konusunda destekleyen ve sigara içmeyenleri ikinci el duman maruziyetini engelleyen ortamlardır. Her yıl yaklaşık 1,3 milyon sigara içmeyen kişinin pasif duman maruziyeti sebebiyle öldüğü tahmin edilmektedir. Tütün kullanımına bağlı kadın ölümlerinin yaklaşık üçte biri, erkek ölümlerinin ise yaklaşık %10'u pasif duman maruziyeti sebebiyle olduğu gösterilmiştir (2). Her yıl yaklaşık 65 bin çocuğun ikinci el duman maruziyeti ilişkili hastalıklar sebebiyle öldüğü saptanmıştır (16).

### **2.1.2 Türkiye'de Tütün Kullanımı**

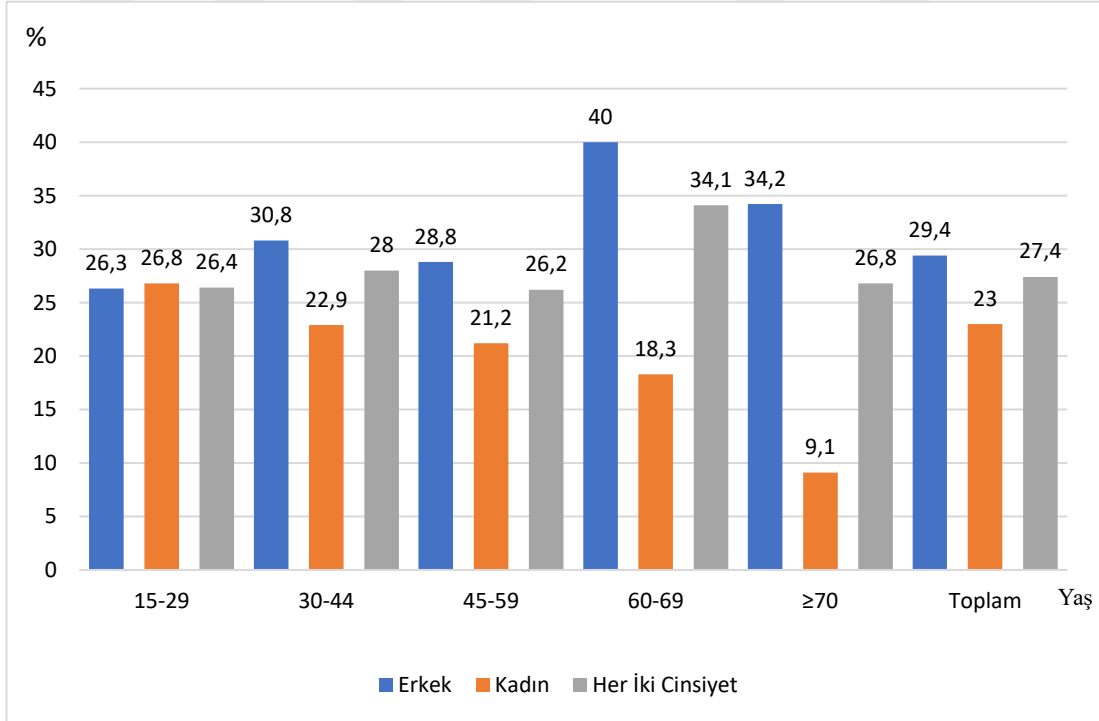
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması verilerine göre Türkiye'de tütün ürünü kullanım prevalansının %31,5 olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde %43,6 iken kadınlarda %19,7 olduğu saptanmıştır. Tüm yaş gruplarında tütün ürünü kullanımı erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Yaş gruplarına göre tütün ürünü kullanım durumu Şekil 1'de verilmiştir. Özellikle 30-44 yaş grubunda tütün ürünü kullanımının her iki cinsiyette de pik yaptığı görülmektedir (4).

Türkiye'de tütün ürünü kullananların %92,9'unun her gün tütün ürünü kullandığı ve ortalama kullanmaya başlama yaşının yaklaşık 18 yıl olduğu gösterilmiştir (4).



Şekil 1. Cinsiyet ve yaş grubuna göre halen tütün ürünü içenlerin yüzdesi (4)

Her gün tütün ürünü kullananların yaklaşık dörtte birinin son bir sene içerisinde tütün içmeyi bırakmayı denedikleri gösterilmiştir. Tütün ürünü kullananlar arasında 60-69 yaş grubunun bırakmayı en fazla deneyen grup olduğu saptanmıştır. Tütün ürünü kullananların son bir sene içerisinde bırakmayı deneme oranları Şekil 2’de verilmiştir (4).



Şekil 2. Tütün ürünü kullananların son 12 ay içerisinde bırakmayı deneme oranları(4)

Tütün ürünü kullananların yaklaşık beşte birine (%22,3) hekimler tarafından tütün bırakılmasının önerildiği bulunmuştur. Hekimler tarafından tütün bırakılması en az tavsiye edilen grubun %12,5 ile 15-29 yaş grubu olduğu saptanmıştır (4).

Ülkemizin de dahil olduğu 16 farklı ülkede yürütülen çalışmada; sigara kullanım oranı 15-24 yaş grubu için yaklaşık %40, 25-34 yaş grubu için yaklaşık %60'a ulaştığı gösterilmiştir. Ülkemizde yaklaşık 20 milyon yetişkinin sigara kullandığı tahmin edilmektedir (12).

2008-2018 tarihleri arasında yetişkinlerin sigara içme davranışlarındaki değişimi inceleyen bir araştırmada, Türkiye'de sigara kullanımının %31,6'ya, günlük sigara kullanımının ise %29,6'ya ulaşarak 10 yıllık süreçte arttığı tespit edilmiştir. Bu yükselişin önemli bir sebebinin kadınlarda sigara kullanma sıklığında artış olduğu tahmin edilmektedir. Sigara kullananlar arasında; her gün yarım paketten fazla sigara kullananlar, sigarayı son bir sene içerisinde bırakmayı düşünmeyenler ve girişimi olmayanlar, ilk sigarasını uyandıktan 30 dakika içerisinde içenlerin oranı yaklaşık 1,5 kat artarak %33,1'e ulaştığı gösterilmiştir. Özellikle bu durumun kadınlarda yaklaşık iki kat arttığı saptanmıştır (17).

Ülkemizde 25-44 yaş grubunda sigara kullanımının en fazla olduğu saptanmıştır. Her gün sigara kullananların yaklaşık altıda birinin uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içerisinde sigara içtiği gösterilmiştir (18). Bu durum sigara bağımlılığının ne denli yüksek olduğunun bir göstergesidir.

## **2.2 Sigara Kullanımının Zararları**

Sigara dumanı; karbonmonoksit, nitrozaminler, amonyak ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi kanserojen olduğu bilinen yaklaşık 4000 bileşik içermektedir (19).

Sigara kullanımı birçok zararı olmasına rağmen, kullanılmasının önüne geçilememiş olan çok önemli bir halk sağlığı problemidir. Sigara kullanımı; koroner kalp hastalığı, KOAH, stroke, periferik damar hastalığı, mide ülseri ve kanserler dahil olmak üzere birçok hastalığa sebep olmaktadır. On yıldan daha uzun süredir sigara kullanımı olan kişilerde mortalite ve morbidite oranları, sigara içmeyen kişilere göre çok daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sigara içen genç erkeklerde, sigara içmeyen

erkeklerle göre ölümcül koroner kalp hastalığı geçirme riskinin dört kat daha fazla olduğu saptanmıştır (20). Sigara kullanımı ateroskleroza sebep olarak kardiyovasküler hastalıklara neden olmaktadır. Sigara içme miktarı ve süresi kardiyovasküler hastalık geçirme riski ile pozitif ilişkili olduğu belirtilmiştir. (21). Sigara kullananlar ile kullanmayanlar karşılaştırıldığında tüm yaş gruplarında kardiyovasküler hastalık riskinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. 55 yaş altı sigara kullanan kadınlarda miyokard enfarktüs riski hiç sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığı zaman yaklaşık 7 kat, erkeklerde ise yaklaşık 3 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (22).

Aktif sigara kullananların herhangi bir nedenle ölme riskinin hiç sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sigara kullananların ölüm sebeplerinin yarısından çoğunun sigara kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (23,24). Yetişkinlik döneminde sigara kullanmaya başlamanın, ilerleyen zamanlarda erken ölüm riskini artırmasın yanında 15 yaşından önce sigara kullanmaya başlamanın bu riski 2 ila 3 kat daha fazla artırdığı gösterilmiştir (25). Sigara kullananların yaşamlarından yaklaşık 11 yıl kaybettiği tespit edilmiştir (26).

Sekonder duman maruziyeti de birçok hastalık ve ölüme sebep olan bir halk sağlığı problemidir. Sekonder duman maruziyetinin; ani bebek ölüm sendromu, astım, koroner kalp hastalığı, kanserler, KOAH, ateroskleroz ve stroke gibi birçok sağlık üzerine olumsuz etkileri mevcuttur. 2016 yılında pasif sigara maruziyetinin 884 bin ölüme sebep olduğu tahmin edilmektedir (6). Pasif duman maruziyetinin sebep olduğu hastalıklar nedeniyle Birleşik Krallık'ta her yıl beş yaş altındaki 17.000 çocuğun hastaneye yatırıldığı tespit edilmiştir (20).

### **2.3 Sigara Bırakmanın Sağlık Üzerine Etkileri**

1.3 milyon kişide yapılan prospektif bir kohort çalışmasında; 50 yaşında sigarayı bırakmanın sigaraya bağlı ölümlerin yaklaşık üçte ikisini önlediği gösterilmiştir. 40 yaşlarında sigarayı bırakanların ise sigara kullanımına bağlı oluşan tehlikelerin yaklaşık %90'ından, 30 yaşlarında sigarayı bırakanların ise bu tehlikelerin yaklaşık %97'sinden kaçındığı saptanmıştır (26).

Sakata ve arkadaşlarının yaptığı bir kohort çalışmasında; 35 yaşından önce sigarayı bırakanlar, aktif sigara içiciler ile karşılaştırıldığında sigaraya bağlı risklerin neredeyse tamamından kaçındığını göstermişlerdir (27). Sigarayı bırakmak ne kadar erken yaşta olursa, sigaraya bağlı risklerin o kadar azaldığı görülmektedir.

Orta yaşlarda sigarayı bırakmak, sigaraya bağlı risklerin çoğunu önlerken sigarayı genç yaşta bırakmanın daha önemli olduğu tespit edilmiştir (28). Sigara kullanmayı 50 yaşında bırakmak sigara ile ilişkili riskleri neredeyse yarıya indirmektedirken, daha genç yaşlarda sigarayı bırakmanın sigara ile ilişkili risklerin neredeyse tamamını önlediği görülmüştür. Doll R. ve arkadaşlarının bir çalışmasına göre 60, 50, 40 ve 30 yaşlarında sigarayı bırakmanın sırasıyla 3, 6, 9 ve 10 yıllık yaşam beklentisi kazandırdığı saptanmıştır (29).

## **2.4 Tütün Kontrol Politikaları**

2003 yılında DSÖ'ne üye ülkeler tarafından tütün salgınına engellemek amacıyla Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni kabul etmişlerdir (30).

DSÖ tarafından 2008 yılında tütün kontrolü konusunda en etkili stratejilerinin ifade edildiği 6 cümlenin ilk harflerinden oluşan "MPOWER" sözcüğü ile tütün kontrolü konusunda temel uygulamalara işaret etmektedir. MPOWER, 15 yıllık süreçte tütün salgınının %22,8'den %17'ye gerilemesine katkı sağlamıştır. Eğer bu azalma olmasaydı 300 milyon daha fazla kişinin sigara kullanımını olacağı tahmin edilmektedir (2).

1-Monitor: Tütün salgınına ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek

2-Protect: İnsanları pasif sigara dumanı maruziyetine karşı korumak

3-Offer: Tütün ürünü kullanımını bırakmak isteyenlere destek sağlamak

4-Warn: Tütün ürünü kullanımının zararları konusunda bilgilendirmek

5-Enforce: Tütün ürünlerinin reklamını, tanıtımını ve sponsorluğunu yasaklamak

6-Raise: Tütün ürünlerinden alınan vergileri ve fiyatı artırmak

Dünya nüfusunun yaklaşık %70'i en az bir MPOWER önlemini kapsamında olduğu gösterilmiştir (2).

Türkiye 2012 yılından beri MPOWER paketini kapsamlı bir şekilde uygulayan ilk ülkedir (2,31). Ülkemizde 2008-2012 yılları arasında tütün kontrolüne dair birçok uygulamalar yapılmıştır. Kamuya açık tüm kapalı alanlarda tütün tüketimi yasaklanmıştır. Sigara paketleri üzerine sigara zararlarını gösteren resimli uyarılar kullanılmıştır. 18 yaş altındakilere tütün ürünü satılması yasaklanmıştır. “Sigara Bırakma Danışma Hattı” sigara bırakılmasına yönelik danışmanlık vermeye başlamıştır. Sigara bırakma poliklinikleri açılmıştır. Sigara fiyatlandırması artırılmıştır. Medyada sigara zararlarına yönelik kamu spotları verilmeye başlanmıştır. Tütün ürünlerinin reklamı yasaklanmıştır (32,33).

## **2.5 Sigara Bırakmaya Yaklaşım**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel görevlerinden birisi primer koruma kapsamında sigarayı bırakma konusunda destek sağlayarak sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamaktır (34). Birinci basamak hekimleri hastalarının sigara kullanım kayıtlarını güncel tutulmasını sağlamalıdır (35). Öte yandan branşı ne olursa olsun her hekim hastayla karşılaştığı durumlarda sigara kullanımını sorgulamak ve bırakma konusunda destek verme sorumluluğundadır (1,36,37).

Sigara kullanan kişilere, bırakma amacıyla verilen tavsiyeler ile bu kişilerin %1-3'ünün sigaradan kurtulmalarını sağladığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte bu kişilere sigaranın zararlarının anlatılmasıyla birlikte başarı oranlarının arttığı gösterilmiştir (35).

Sigara salgını ile mücadele etmek için en önemli adımlardan ilki sigara içen kişileri belirlemektir. Sigara kullanan bireyler, önemli bir motivasyon kaynağı olarak başvurduğu hekimin sigara bırakma tavsiyesinden bahsetmektedir. Yaklaşık 3 dakika süren sigara bırakma tavsiyelerinin bırakma oranlarını artırabileceği gösterilmiştir (34).

Sigara kullanan bireylere motivasyonel destek sağlanması amacıyla sigarayı bırakma konusunda istekli olan bireylere 5A, isteksiz olan bireylere ise 5R yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir (8,34).

### 2.5.1 Transteoretik Model

Sigarayı bırakmak birbirinden farklı evreleri olan ve bu evreler içinde bir döngü şeklinde ilerleyen değişim sürecidir (35). “Transteoretik Model” ilk kez Prochaska ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup kişilerin davranış değişikliğine olan ilgisini ve uyumunu değerlendirmeye yardım eden 5 aşamalı bir değişim sürecidir (1,36,37).

1-Bırakmayı Düşünmeme (precontemplation): Bu kişiler 6 ay içerisinde sigara ile ilgili herhangi bir davranış değişikliği yapmayı düşünmezler. Bireyler sigaranın avantajlarını ve yararlarını düşünmektedirler. Genellikle hastalık risklerini yok sayarlar ve davranış değişikliğini destekleyecek bilgi almak istemezler.

2-Bırakmayı Düşünme (contemplation): Bu kişiler gelecek 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünen kişilerdir. Sigaranın zararlarının bilincindedirler. Bırakma girişimini sürekli ertelerler.

3-Bırakmaya Hazırlanma (preparation): Bu kişiler gelecek 1 ay içerisinde sigara bırakmayı düşünmektedirler. Sigaranın zararlarının çok iyi farkındadırlar.

4-Bırakmayı Deneme (action): Sigarayı bırakmış olup henüz 6 ayı doldurmamış kişileri kapsamaktadır. Bu evrede nüksler çok sık olmakla birlikte en sık ilk 2-3 hafta içerisinde olmaktadır.

5-Bırakmayı Sürdürme (maintenance): Bu kişiler 6 aydan daha uzun süredir bırakma eylemine devam etmektedirler. Sigara bırakmayı başarması sebebiyle kendilerine olan güveni artmıştır.

### 2.5.2 5A Yaklaşımı

Ask-Öğren: Hastaların sigara kullanımı sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Ne zamandır kullandığı, günde kaç adet tükettiği not edilmelidir.

Advise-Öner: Sigara kullanan bireylere sigara bırakılması açık, net ve kişinin sağlık durumu ile ilişkili bir şekilde önerilmelidir.

Assess-Ölç: Bireyin sigarayı bırakmak isteyip istemediği sorgulanmalı ve bırakmak istiyorsa destek sağlanmalı, bırakmak istemiyorsa 5R yöntemi uygulanmalıdır.

Assist-Önderlik et: Hastayla birlikte bir bırakma gününe karar verilmelidir. Belirlenen gün sonrası hiç sigara içmemesi gerekmektedir. Nikotin yoksunluk belirtileri anlatılarak bunun ile nasıl mücadele edileceği konusunda bilgilendirilir.

Arrange-Örgütle: Sigara bırakma sonrası hastalar düzenli takip edilerek başarıları dolayısıyla tebrik edilmeli ve bu süreçte yaşadığı zorluklar için çözüm önerileri anlatılmalıdır.

### **2.5.3 5R Yaklaşımı**

Relevance-İlişki: Sigara kullanımı; kişinin hastalık, aile, ekonomik, sağlık durumları ile ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir.

Risks-Riskler: Sigara kullanımı sonucu oluşabilecek sağlık problemleri anlatılmalıdır.

Rewards-Ödüller: Sigara kullanmayı bıraktığı zaman oluşabilecek yararlar anlatılmalıdır.

Roadblocks-Engeller: Sigara kullanımını bırakmasının önündeki engeller tespit edilmeli ve bunlar ile mücadele edebilmesini sağlayacak çözüm önerileri anlatılmalıdır.

Repetition-Tekrar: Sigarayı bırakmak istemeyen kişilere, her başvurularında bu motivasyonel desteğin tekrar verilmesi gerekmektedir.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma bir müdahale çalışmasıdır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Haziran 2023 ile Temmuz 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **3.2 Araştırma Evreni ve Örneklem**

Araştırma evrenini; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran sigara içen gönüllü hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmalara göre sigara bırakma tavsiyesi ile sigara bırakma oranı yaklaşık olarak %5'dir (35). Buna göre %15'lik bir farkı saptamak için tip 1 hata 0,05

öngörülerek %80 güç ile örneklem hacmi her bir grup 82 kişi olmak üzere toplam 164 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı G.Power version 3.1.9.7 ile yapılmıştır.

### **3.3 Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

#### **3.3.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- 1) 18-40 yaş arası sigara içiyor olmak
- 2) En az bir yıldır sigara kullanıyor olmak
- 3) En az 10 adet/gün sigara kullanıyor olmak
- 4) Son 6 ay içerisinde lipid profiline bakılmış olması

#### **3.3.2 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

1) Araştırma sırasında görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde fiziksel veya ruhsal bozukluğa sahip olmak

### **3.4 Veri Toplama Araçları**

Anket formu 4 bölümden oluşmakta olup katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 10 soru, sigara kullanım durumu ve bırakma tavsiyeleri ile ilgili 7 soru, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve sigara kullanan bireyin transteoretik modellemeye göre hangi evrede olduğunu sorgulayan 1 soru mevcuttur (Ek-1).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT): İlk olarak 1978 yılında geliştirilmiştir. Daha sonrasında düzenlemeler ile 6 sorudan oluşan FNBT'nin son hali oluşturulmuştur (1). FNBT 6 sorudan oluşmakta olup toplam skor 0-2 puan ise çok az bağımlılık, 3-4 puan ise az bağımlılık, 5 puan ise orta derecede bağımlılık, 6-7 puan ise yüksek bağımlılık, 8-10 puan ise çok yüksek bağımlılık olarak sınıflandırılmaktadır (Ek-1).

2019 ESC/EAS kılavuzuna göre gençlerde 10 yıllık kardiyovasküler risk hesaplama tablosu (Ek-2) müdahale koluna uygulanmıştır. Bu hesaplamada total kolesterol, sistolik kan basıncı ve sigara içme durumu kullanılmaktadır. Hesaplama sonucu 18-40 yaş arası bireylerde kardiyovasküler mortalitenin görece riskini

vermektedir. Özellikle gençlerin yaşam tarzı değişikliğini motive etmek için faydalı olabileceği gösterilmiştir (36).

### **3.5 Çalışmanın Yürütülmesi**

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan gönüllü bireylere onam formu doldurtuldu. Katılımcılar 1:1 oranında olacak şekilde 2 gruba sırasıyla rastgele tahsis edilmiştir. Anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Müdahale grubuna Ek-2’de yer alan kardiyovasküler risk hesaplama tablosu kullanılarak sigara ile ilişkili risk durumu anlatılmış olup sigarayı bırakması açıkça tavsiye edilmiştir. Yani ölçülen kan basıncı, total kolesterolü ve sigara kullanımı sebebiyle oluşan kardiyovasküler hastalık geçirme riski, sigara kullanmayan kendi yaş grubundaki bireye göre kaç kat daha yüksek olduğu belirtilerek (örneğin; Ahmet Bey, 29 yaşındasınız. Total kolesterol değeriniz 225 mg/dl idi. Tansiyonunuzu ise 110/70 mmHg ölçtüm. 10 yıldır sigara kullanıyorsunuz. Sigara kullandığınızdan ötürü bizim kullanmış olduğumuz bir risk hesaplaması tablosuna göre kalp krizi, fel, damar tıkanıklığı gibi kalp damar hastalığı geçirme riskiniz sigara kullanmayan kendi yaşınızdaki bir bireye göre 3 kat daha fazladır. Bu sebeple sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmanızdır. Sigarayı mutlaka bırakmalısınız.) sigara bırakması tavsiye edilmiştir. Kontrol grubunda ise sigara bırakmaya istekli hastalara 5A yaklaşımı, sigara bırakmaya isteksiz hastalara 5R yaklaşımı uygulanmıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubu ile birer kez görüşülmüş olup 6 ay sonunda sigara içme durumları telefon veya yüz yüze görüşme yöntemi ile sorgulanmıştır.

Kontrol grubunda 82, müdahale grubunda 82 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Toplam 164 kişinin verileri analiz edilmiştir.

### **3.6 Sonuç Ölçütü**

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü; sigara içen bireylerin kardiyovasküler risk skoru hakkında bilgi sahibi olmasının, sigara bırakma davranışı üzerine olan etkisidir.

### 3.7 İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 26.0 paket programı kullanıldı. İstatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapıldı. Kolmogorov-Smirnov testi ile numerik verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakıldı. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda Ki kare testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon testi, Marjinal Homojenite testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak alındı.

### 3.8 Etik Kurul

KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 16.06.2023 tarihli 24237859-402 sayılı etik kurul onayı (Ek-3) alınmıştır.

Araştırmaya katılan gönüllü bireylere, araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği ile ilgili açıklama yapılarak yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek-4).

## 4. BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 164 katılımcının yaş ortancası 33 (IQR:25-37) yıl idi. Katılımcıların %58,5 (n=96)'ini erkekler oluşturmaktayken, %68,3 (n=112)'ü üniversite mezunuydu. Katılımcıların %37,2 (n=61)'sinin daha önce sigara bırakma girişimi olmamıştı. Katılımcıların %53 (n=87)'ü sigarayı bırakmayı düşünmeme aşamasındaydı. Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Kontrol grubu		Müdahale grubu		
Yaş		35 (IQR:29-38)		29 (IQR:24-25)		
		n	%	n	%	P
Cinsiyet	Erkek	58	70,7	38	46,3	0,002
	Kadın	24	29,3	44	53,7	
Meslek	Öğretmen	5	6,1	3	3,7	0,000
	Doktor	2	2,4	10	12,2	
	Hemşire	14	17,1	21	25,6	

	Memur	13	15,9	3	3,7	
	Öğrenci	8	9,8	22	26,8	
	Diğer	40	48,8	23	28,0	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	0	0,0	0	0,0	0,177
	Ortaokul	3	3,7	0	0,0	
	Lise	27	32,9	20	24,4	
	Üniversite	51	62,2	61	74,4	
	Üniversite Üstü	1	1,2	1	1,2	
	Yok	50	61,0	51	62,2	
Kronik hastalık	Hipertansiyon	8	9,8	0	0,0	0,008
	Diyabetes Mellitus	1	1,2	0	0,0	
	Tiroid hastalığı	3	3,7	10	12,2	
	Psikiyatrik hastalık	3	3,7	8	9,8	
	Diğer	17	20,7	13	15,9	
	Olmadı	27	32,9	34	41,5	
Sigara bırakma girişimi	Aile desteği ile	8	9,8	3	3,7	0,466
	Kamu spotları	0	0,0	0	0,0	
	Sigara bırakma hattı	1	1,2	1	1,2	
	Kendi isteğim ile	41	50,0	41	50,0	
	Hekim tavsiyesi	5	6,1	3	3,7	
	Bırakmayı düşünmeme	50	61,0	37	45,1	
Olgu evrelemesi	Bırakmayı düşünme	31	37,8	45	54,9	0,063
	Bırakmaya hazırlanma	1	1,2	0	0,0	

Sigaraya başlama yaşının ortancası 18 (IQR: 17-20) yıl idi. Günlük içilen sigara ortancası ise 20 (IQR: 10-20) adet idi. Daha önce sigara bırakmayı denemiş 103 katılımcının sigarayı bırakma süresi ortancası 60 (IQR:15-365) gün olup en son bırakmayı deneme ortancası 4 yıl (IQR:2-9) önceydi. Katılımcıların sigara kullanım özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların sigara kullanıma durumlarının dağılımı

	<b>Kontrol grubu</b>	<b>Müdahale grubu</b>	<b>Toplam</b>	
	<b>Ortanca</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Ortanca</b>	<b>P</b>
	<b>(IQR 25-75)</b>	<b>(IQR 25-75)</b>	<b>(IQR 25-75)</b>	
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	18 (16-20)	19 (17-20)	18 (17-20)	0,000
Sigara kullandığı süre (yıl)	14 (8-20)	8 (4-13,25)	10 (6-17)	0,000
Günde içtiği sigara sayısı (adet)	20 (10-20)	17,5 (10-20)	20 (10-20)	0,000
Sigara kullanımı (paket/yıl)	10 (5,7-20)	6 (2-12,5)	8 (3-16)	0,000
Sigara bırakmayı deneyeli ne kadar süre geçti (yıl)	5 (2-10)	2,5 (1-6,75)	4 (2-9)	0,000
Sigarayı kaç gün bıraktı?	60 (15-730)	60 (15-365)	60 (15-365)	0,000

Katılımcıların %61,6 (n=101)'sına son poliklinik muayenesinde sigara kullanımı sorulmamış idi. En son göğüs hastalıklarına başvuran hastaların %100 (n=12)'üne, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %%66,7 (n=8)'sine, aile hekimliğine başvuran hastaların %41,4 (n=12)'üne sigara kullanımı sorulmuş idi. Katılımcıların son muayenesinde sigara kullanımı durumları sorgulaması Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların en son muayene oldukları polikliniklerde sigara kullanımı sorulma durumları

En son başvuru bölümü	Sigara kullanımı soruldu mu?				P
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Dahiliye	8	40,0	12	60,0	0,000
Kardiyoloji	8	66,7	4	33,3	
Göğüs Hastalıkları	12	100	0	0,0	
Aile Hekimliği	12	41,4	17	58,6	
Acil Tıp	7	33,3	14	66,7	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	20,0	8	80,0	
Kulak Burun Boğaz	1	9,1	10	90,9	
Dermatoloji	2	16,7	10	83,3	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	0	0,0	9	100,0	
Diş Hekimliği	3	33,3	6	66,7	
Diğer	8	42,1	11	57,9	
Toplam	63	38,4	101	61,6	

Sigara kullanımı sorgulanan 63 katılımcının %69,8 (n=44)'üne sigara bırakması tavsiye edilmişti. Dahiliye bölümüne başvuran hastaların %87,5 (n=7), göğüs hastalıkları bölümüne başvuran hastaların %83,3 (n=10)'üne sigara bırakma tavsiyesi verilmişti. Sigara kullanımı sorgulanan katılımcılara sigara bırakma tavsiyesi verilme durumları Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Sigara kullanımını sorgulanan hastalara sigara bırakma tavsiyesi verilme durumları

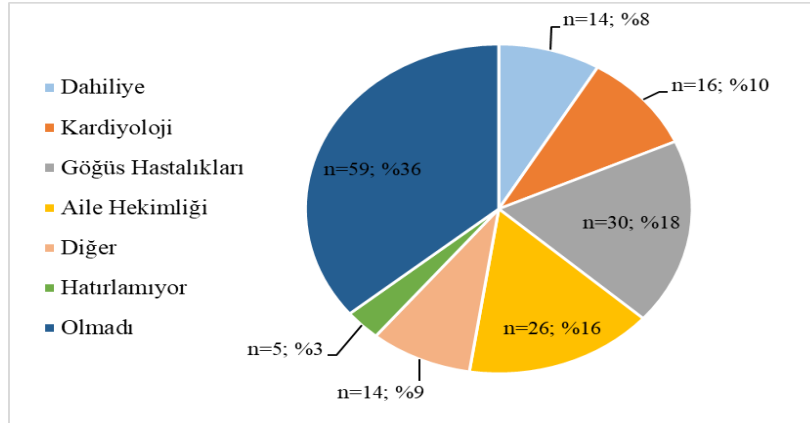
En son başvurulan bölüm	Sigara bırakılması tavsiye edildi mi?				P
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Dahiliye	7	87,5	1	12,5	0,074
Kardiyoloji	5	62,5	3	37,5	
Göğüs Hastalıkları	10	83,3	2	16,7	
Aile Hekimliği	9	75	3	25	
Acil Tıp	2	28,6	5	71,4	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	100	0	0	
Kulak Burun Boğaz	1	100	0	0	
Dermatoloji	2	100	0	0	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	0	0	9	100	
Diş Hekimliği	3	100	0	0	
Diğer	3	37,5	5	62,5	
Toplam	44	69,8	19	30,2	

Toplam katılımcıların %73,2 (n=120)'sine sigara bırakılması tavsiye edilmemişti. En son kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların %41,7 (n=5)'sine, aile hekimliği bölümüne başvuran hastaların %31 (n=9)'ine sigara bırakılması tavsiye edilmişti. Katılımcıların son başvurduğu bölümde sigara bırakma tavsiyesi oranları Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Son başvuru bölümünde sigara bırakma tavsiye durumları

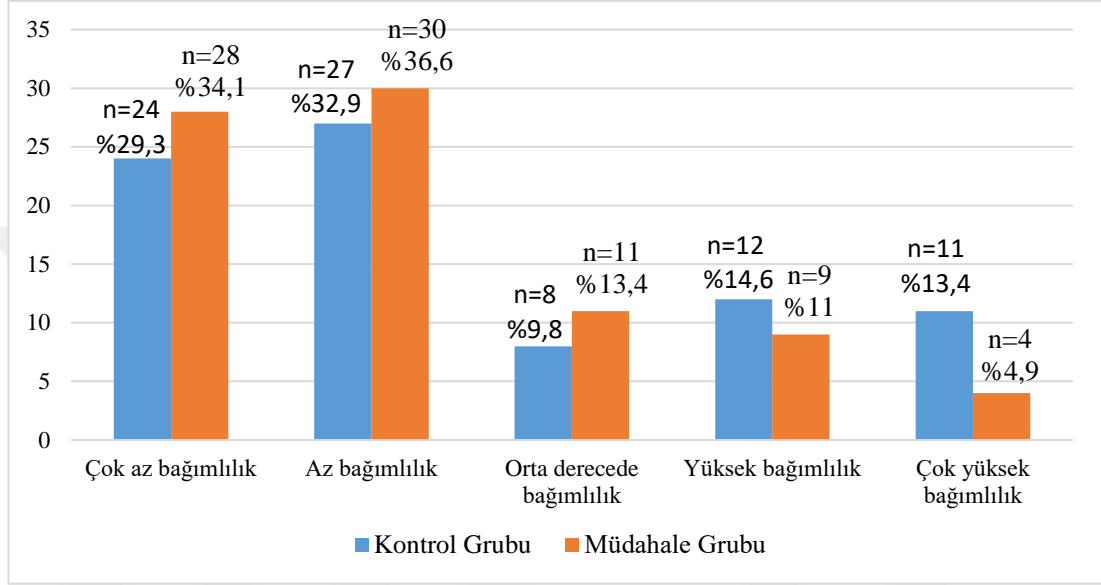
En son başvuru bölümü	Sigara bırakılması tavsiye edildi mi?				P
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Dahiliye	7	35	13	65,0	0,000
Kardiyoloji	5	41,7	7	58,3	
Göğüs Hastalıkları	10	83,3	2	16,7	
Aile Hekimliği	9	31	20	69	
Acil Tıp	2	9,5	19	90,5	
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	20,0	8	80,0	
Kulak Burun Boğaz	1	9,1	10	90,9	
Dermatoloji	2	16,7	10	83,3	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	0	0,0	9	100,0	
Diş Hekimliği	3	33,3	6	66,7	
Diğer	3	15,8	16	84,2	
Toplam	44	26,8	120	73,2	

Katılımcıların %36 (n=59)'ına daha önce herhangi bir bölüm tarafından sigara bırakma önerisi yapılmamıştı. Sigara bırakma tavsiyesi en son göğüs hastalıkları bölümünde yapılanlar %18 (n=30) iken aile hekimliğinde yapılanların oranı %16 (n=26) idi. Katılımcıların sigara bırakılması en son tavsiye edilen bölümler Şekil 3'te gösterilmiştir.



**Şekil 3.** Sigara bırakılması en son tavsiye edilen bölümler

Katılımcıların %40,2 (n=66)'si ilk sigaralarını uyandıktan sonra ilk 30 dakika içerisinde içerken, %81,1 (n=133)'i ilk sigaralarını uyandıktan sonra ilk 1 saat içerisinde içmekteydi. Katılımcıların %23,2 (n=38)'si her gün 20 adetten fazla sigara içmekteydi. Katılımcıların %34'8 (n=57)'i FNBT'ne göre az bağımlı olarak tespit edildi. Gruplar arasında FNBT açısından anlamlı bir fark yoktu (p=0,327). Kontrol ve Müdahale gruplarının FNBT sınıflaması Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skoru sınıflaması

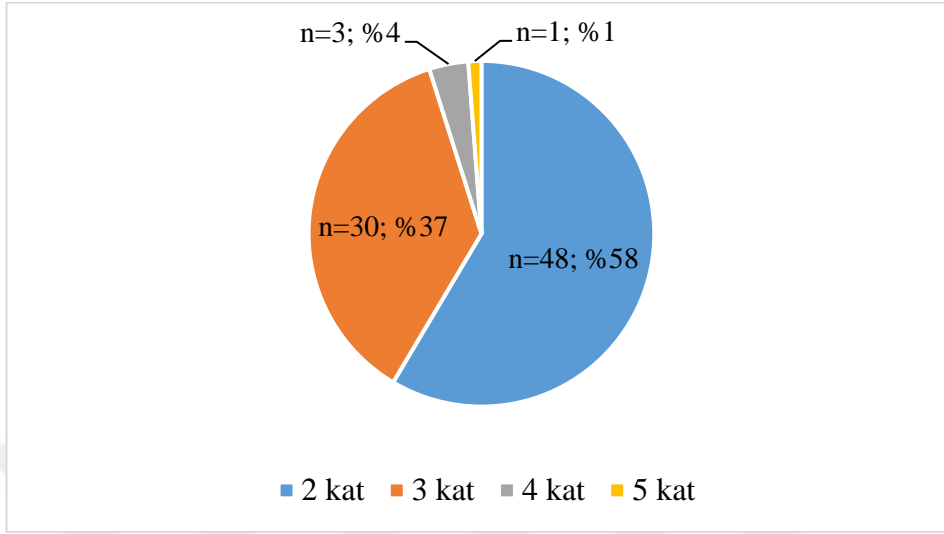
Müdahale grubunun total kolesterol ortalaması 196,3 ( $\pm$ 38,5) mg/dL olup sistolik kan basıncı ortancası 110 (IQR:110-120) mmHg, diyastolik kan basıncı ortancası 70 (IQR:70-80) mmHg idi. Müdahale grubunun lipid profili ayrıntıları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Müdahale grubunun lipid profili

	Ortanca	IQR 25-75
LDL-K (mg/dL)	109	99-136
HDL-K (mg/dL)	52	46-61

2019 ESC/EAS kılavuzu, gençlerde 10 yıllık kardiyovasküler risk hesaplama tablosuna göre müdahale grubunun %58,5 (n=48)'inin hesaplanan kardiyovasküler

riski sağlıklı bireye göre 2 kat, %37 (n=30)'si 3 kat daha fazlaydı. Müdahale grubunun kardiyovasküler risk hesabı dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Müdahale grubunun kardiyovasküler risk dağılımı

Altı ay sonunda bir gün dahi olsa sigara bırakmayı deneyen katılımcı sayısı kontrol grubunda %29,3 (n=24) iken müdahale grubunda %42,7 (n=35) idi (p=0,073). Katılımcıların 6 aylık süre içerisinde sigara bırakma deneme girişimi Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların 6 aylık süreçte sigara bırakma girişimi

		Sigara Bırakma Girişimi Oldu Mu		P
		Evet	Hayır	
Kontrol grubu	n	24	58	0,073
	%	%29,3	%70,7	
Müdahale grubu	n	35	47	
	%	%42,7	%57,3	
Toplam	n	59	105	
	%	%36	%64	

Müdahale grubunda kardiyovasküler risk artışı ile sigara bırakma denemesi karşılaştırıldığında 2 kat risk artışı olan grupta sigara bırakma denemesi %39,6 (n=19)

iken 4 kat risk artışı olan grupta sigara bırakma denemesi %33,3 (n=1) idi (p=0,638). Kardiyovasküler risk artışı ile sigara bırakma denemesi ilişkisi Tablo 8’de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Müdahale grubunda kardiyovasküler risk artışı ile sigara bırakma denemesi

		<b>Sigara bırakma girişimi</b>				<b>P</b>
		<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>		
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Hesaplanan KVH riski	2 kat	19	39,6	29	60,4	P=0,638
	3 kat	15	50	15	50	
	4 kat	1	33,3	2	66,7	
	5 kat	0	0	1	100	

Her iki grupta 6 aylık süreçte sigara bırakma denemesine etki eden faktörler incelendiğinde cinsiyet açısından bir fark yoktu (p<0,05). Her iki grupta da FNBT evresi ile sigara bırakma girişimi arasında fark yoktu (p<0,05). Müdahale grubunda daha önce sigara bırakma girişimi olanlarla olmayanların 6 aylık gözlem süresinde sigara bırakma denemeleri karşılaştırıldığında daha önce sigara bırakma girişimi olanların %58,3 (n=28)’ünün gözlem süresi içerisinde sigara bırakma girişim oldu. Bu oran daha önce sigara bırakma girişimi olmayanlarda %20,7 idi (p=0,001). Gruplara göre 6 aylık süreçte sigara bırakma denemesine etki eden faktörler Tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Gruplara göre 6 aylık süreçte sigara bırakma denemesine etki eden faktörler

		<b>Sigara bırakma girişimi</b>		<b>P</b>
		<b>Evet (%)</b>	<b>Hayır (%)</b>	
Kontrol grubu	Erkek	14 (24,1)	44 (75,9)	0,112
	Kadın	10 (41,7)	14 (58,3)	
Müdahale grubu	Erkek	14 (36,8)	24 (63,2)	0,320
	Kadın	21 (47,7)	23 (52,3)	
Kontrol grubu	Ortaokul	1 (33,3)	2 (66,7)	0,471
	Lise	8 (29,6)	19 (70,4)	

	Üniversite	14 (27,5)	37 (72,5)	
	Üniversite üstü	1 (100)	0	
	Lise	9 (45)	11 (55)	
Müdahale grubu	Üniversite	26 (42,6)	35 (57,4)	0,674
	Üniversite üstü	0	1 (100)	
	Sigara bırakmayı denemiş	19 (34,5)	36 (65,5)	
Kontrol grubu	Sigara bırakmayı denememiş	5 (18,5)	22 (81,5)	0,134
	Sigara bırakmayı denemiş	28 (58,3)	20 (41,7)	
Müdahale grubu	Sigara bırakmayı denememiş	7 (20,6)	27 (79,4)	0,001
	Bırakmayı düşünmeme	2 (4)	48 (96)	
Kontrol grubu	Bırakmayı düşünme	21 (67,7)	10 (32,3)	0,000
	Bırakmaya hazırlanma	1 (100)	0	
	Bırakmayı düşünmeme	4 (10,8)	33 (89,2)	
Müdahale grubu	Bırakmayı düşünme	31 (68,9)	14 (31,1)	0,000
	Çok az bağımlı	11 (45,8)	13 (54,2)	
	Az bağımlı	8 (29,6)	19 (70,4)	
Kontrol gurubu	Orta derecede bağımlı	1 (12,5)	7 (87,5)	0,145
	Yüksek bağımlı	1 (8,3)	11 (91,7)	
	Çok yüksek bağımlı	3 (27,3)	8 (72,7)	
	Çok az bağımlı	16 (57,1)	12 (42,9)	
	Az bağımlı	14 (46,7)	16 (53,3)	
Müdahale grubu	Orta derecede bağımlı	2 (18,2)	9 (81,8)	0,072
	Yüksek bağımlı	3 (33,3)	6 (66,7)	
	Çok yüksek bağımlı	0	4 (100)	

Kontrol grubunda sigara bırakmayı deneyenlerin sigara bırakma ortancası 20 (IQR:2,5-56,25) gün, müdahale grubunda sigara bırakma ortancası 15 (IQR:3,75-30) gün idi.

Katılımcıların 6 ay sonunda transteoretik modellemeye göre olgu evrelemesine bakıldığında kontrol grubunun %6,1 (n=5), müdahale grubunun %7,3 (n=6)'sı bırakmayı deneme evresinde idi (Sigara kullanmıyordu) (p=0,567). Her iki grupta da bırakmayı sürdürme evresinde hiçbir katılımcı yoktu. Katılımcıların 6 ay sonunda transteoretik modellemeye göre evrelemesi Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Altı ay sonunda transteoretik modellemeye göre olgu evrelemesi

		Bırakmayı düşünmeme	Bırakmayı düşünme	Bırakmaya hazırlanma	Bırakmayı deneme	P
Kontrol grubu	n	41	27	9	5	0,567
	%	50	32,9	11	6,1	
Müdahale grubu	n	34	35	7	6	
	%	41,5	42,7	8,5	7,3	
Toplam	n	75	62	16	11	
	%	45,7	37,8	9,8	6,7	

6 aylık süreç sonunda 153 birey sigara kullanmaya devam etti. Her iki grupta da günlük kullanılan sigara adeti ortancası 15 (IQR:10-20) idi. Başlangıçtaki sigara kullanım sayısı ortancası 20 adet idi. Çalışma başlangıcında ve 6 aylık süreç sonunda günlük sigara kullanım sayısı arasında istatistiksel fark vardı (p=0,000). Başlangıçta ve 6 aylık süreç sonunda günlük sigara kullanım sayısı Tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Başlangıçta ve 6 Aylık Süreç Sonunda Günlük Sigara Kullanımı Sayısı

	Başlangıçta sigara adeti		Sonraki sigara adeti		P
	Ortanca	IQR:25-75	Ortanca	IQR:25-75	
Kontrol	20	10-20	15	10-20	0,000
Müdahale	17,5	10-20	15	10-20	0,000
Toplam	20	10-20	15	10-20	0,000

Başlangıç ve 6 aylık süreç sonunda transteoretik modellemeye göre sigara bırakma evreleri karşılaştırıldığında, başlangıçta sigara bırakmayı düşünmeme evresinde bulunan katılımcılar %53 (n=87) iken, 6 aylık süreç sonunda bu oran %45,7 (n=75) idi (p=0,000). Gruplar arasında başlangıç ve 6 aylık süreç sonunda transteoretik modellemeye göre sigara bırakma evrelemesi karşılaştırması Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** Başlangıç ve 6 aylık süreç sonunda transteoretik modellemeye göre sigara bırakma evrelemesi karşılaştırması

		Bırakmayı düşünmeme	Bırakmayı düşünme	Bırakmaya hazırlanma	Bırakmayı deneme	P
Kontrol grubu	Öncesi	50 (%61)	31 (%37,8)	1 (%1,2)	0	0,000
	Sonrası	41 (%50)	27 (%32,9)	9 (%11)	5 (%6,1)	
Müdahale grubu	Öncesi	37 (%45,1)	45 (%54,9)	0	0	0,000
	Sonrası	34 (%41,5)	35 (%42,7)	7 (%8,5)	6 (%7,3)	
Toplam	Öncesi	87 (%53)	76 (%46,3)	1 (%0,7)	0	0,000
	Sonrası	75 (%45,7)	62 (%37,8)	16 (%9,8)	11 (%6,7)	

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sigara kullanan bireylerin yaklaşık üçte ikisine son poliklinik başvurusunda sigara kullanımının sorgulanmadığı ve yaklaşık üçte birine daha önce başvurduğu herhangi bir poliklinikte sigara bırakma tavsiyesi verilmediği görülmüştür. Bir kez yapılan motivasyonel görüşme veya uyguladığımız kardiyovasküler risk hesabı ile birlikte açık ve güçlü şekilde sigara bırakma tavsiyesi sonrası 6 aylık süreçte üç kişiden birinin sigara bırakmayı denediği bulunmuştur. Kardiyovasküler risk

değerlendirmesi kullanılarak sigara bırakma önerisinin, 5A-5R modellemesi kadar etkili olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda sigaraya başlama yaş ortancası 18 yıl idi. DSÖ Türkiye Hanelhalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri araştırmasında Türkiye’de günlük tütün ürünü kullananların sigaraya başlama yaşı 18,1 yıldır (4).

Çalışmamızda erkek katılımcı sayısı daha fazlaydı. Türkiye’de sigara kullanımı erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 2 kat daha fazladır (4). Bizim çalışmamızda katılımcıları sigara kullanan bireyler oluşturduğu için erkek kullanıcıların fazla olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızdaki katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin daha önce sigara bırakma girişimi olmuştu. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaları inceleyen bir çalışmada katılımcıların %83,3’ünün daha önce sigara bırakma denemesi olduğu (37), Bozkurt ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise yaklaşık dörtte üçünün daha önce sigara bırakma denemesi olduğu saptanmıştır (38). Bizim çalışmamızdaki popülasyonunun 40 yaş altındaki bireylerin oluşturması ve paket/yıl sigara kullanımının düşük olması sebebiyle daha az sigara bırakma girişimi olmuş olabilir.

Çalışmamızda hekim tavsiyesi sebebiyle daha önce sigara bırakma girişimi olan katılımcı sayısı oldukça azdı. Fidan ve arkadaşlarının sigara bırakmak için başvuran hastaları incelediği bir çalışmada, hekim tavsiyesi sebebiyle başvuranların sayısının %21,3 olduğu saptanmıştır (39). Hekimler üzerine yapılan bir çalışmada, hekimlerin sigara bırakma tavsiyesi vermesinin etkili olduğunu düşünenlerin oranı yaklaşık beşte bir iken, bu tavsiyenin etkisiz olduğunu düşünenlerin oranının ise %42,5 olduğu gösterilmiştir (40). Ancak sigara kullanan hastaya sigara bırakılmasının önerilmesi hiç önerilmemesine kıyasla daha etkili olduğu gösterilmiştir (41). Günay ve arkadaşlarının sigara kullanıcıları ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün sigara bırakma üzerine doktor tavsiyesinin etkili olacağını düşündükleri görülmüştür (9). Bu sebeple küresel bir sağlık problemi olan sigara için tüm sağlık çalışanlarının daha titiz davranması, sigara kullanan her hastasına bırakma tavsiyelerinde bulunması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda katılımcılar arasında sigara bırakmayı düşünmeyenler ve düşünüler neredeyse yarı yarıya idi. Sigara bırakmaya hazırlanma evresinde sadece bir kişi vardı. Koyun ve Eroğlu'nun sigara içen kadınları değerlendirdiği bir çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte biri bırakmayı düşünmeme, üçte biri bırakmayı düşünme evresinde olduğu saptanmıştır (42). Papadakis ve arkadaşlarının birinci basamakta sigara bırakma üzerine yaptığı bir çalışmada ise sigara bırakmayı düşünenler %41,2 iken sigara bırakmaya hazırlanma evresinde olanlar %30,6 olduğu görülmüştür (43). Bizim çalışmamızda bırakmaya hazırlanma evresinde yalnız bir kişi olması ve katılımcıların yaklaşık yarısının sigara bırakmayı düşünmeme evresinde olması hem kontrol hem de müdahale grubunda sigara bırakma eğilimini zorlaştırmış olabilir.

Çalışmamızda günde içilen sigara adeti ortancası ise 20 idi. Ülkemizde yapılan Küresel Tütün Araştırması verilerine göre günde kullanılan sigara ortalaması 19,2 adettir (18).

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse üçte birine sigara kullanımı sorulmuşken, bu hastaların yaklaşık üçte ikisine sigara bırakılması tavsiye edilmişti. Tüm katılımcılar arasında ise yalnızca dörtte birine sigara bırakma tavsiyesi verilmişti. McLeod ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin yaklaşık üçte birinin sigara kullanımını sorguladığı gösterilmiştir (44). ABD'de hastaneye başvuran hastaların sigara kullanım durumunun incelendiği bir çalışmada, hastaların %63'ünün sigara kullanım durumunun rapor edildiği ve birinci basamak başvurularında sigara kullanımının raporlanması neredeyse dörtte üç oranında olacak şekilde en yüksek olduğu saptanmıştır (45). Sesney ve arkadaşlarının birinci basamak başvurusu olan hastalar üzerine yaptığı başka bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısına sigara kullanımının sorulduğunu, %41 oranında ise sigara bırakılmasının tavsiye edildiği gösterilmiştir (46). Ellerbeck ve arkadaşları ise birinci basamakta başvuruların %21'inde sigara kullanımının sorulduğunu ve sigara kullanımı olan hastaların %38'ine sigara bırakma konusunda destek sağlandığını saptamıştır (47). Ülkemiz verilerine göre ise sağlık kuruluşuna başvuran hastaların yaklaşık yarısına sigara kullanımının sorulduğu, sorulan hastaların ise dörtte üçünden fazlasına sigara bırakma tavsiyesi verildiği saptanmıştır (18). Çalışmamızdaki katılımcıların sigara kullanımının sorgulanması ve bırakma tavsiyesinin verilmesi literatür verilerine göre daha azdır.

Çalışmamızdaki katılımcıları 40 yaş altındaki bireyler oluşturması sebebiyle sigara kullanım durumunun sorgulanması hekimler tarafından daha az yapılmış olabilir. Nitekim ülkemiz verilerine göre doktor tarafından hastalara sigara kullanımı sorulması 15-24 yaş aralığında %38,1 oranında en az iken, başvuran hastaların daha ileri yaşlarda olması durumunda sigara kullanımının daha sık sorulduğu gösterilmiştir (18). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması verilerine göre ise son 12 ay içerisinde doktor tarafından sigara bırakma tavsiyesi en az verilen grubun %12,5 ile 15-29 yaş grubu olduğu bulunmuştur. Verilen bu sigara bırakma tavsiyesinin ise yaş artışı ile birlikte arttığı görülmektedir (4). Yine Lucan ve Katz'ın bir çalışmasına göre genç erkeklere daha az sigara bırakma tavsiyesi verilmişken, yaş artışıyla birlikte sigara bırakma tavsiyesinin de arttığı saptanmıştır (48). Ferketich ve arkadaşları, sigara kullanıcılarının yaklaşık beşte birine bırakma tavsiyesi verdiğini ve bu oranın 18-35 yaş arası gençlerde %15,5 olduğunu göstermiştir (49). Helgason ve Lund'un çalışmasına göre hastada sigara ile ilişkili semptom düşünülmediği sürece sigara kullanım durumunun sorgulanmadığı saptanmıştır (50). Popülasyonumuzdaki sigara kullanım yılı azdır. Bu nedenle sigara kullanıcılarında sigara ile ilişkili semptomları daha az olabilir. Bu yüzden sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sigara kullanım sorgulaması daha az yapılmış olabilir. Ancak sağlık kuruluşuna başvuran her hasta bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve mutlaka sigara kullanımı sorgulanmalı, kullanıyorsa bırakması tavsiye edilmelidir. Özellikle erken yaşlarda sigara bırakmanın sağlık üzerine olumlu etkileri çok daha yüksektir. Bu yüzden genç hastalar dahil olmak üzere sigara kullanan her hastaya sigara bırakılması tavsiye edilmelidir. Bu noktada başvuran her bireyin sigara kullanım durumlarının sorgulanması önem arz etmektedir.

Bizim çalışmamızda sigara kullanım durumunun en sık sorgulandığı poliklinikler sırasıyla göğüs hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği idi. Göğüs hastalıklarına başvuran tüm hastalara sigara kullanım durumu sorgulanmasına rağmen bu hastaların yaklaşık beşte birine sigara bırakılması tavsiye edilmemişti. Ayaktan başvuran hastaların kayıtlarının incelendiği çalışmada, başvuru alan polikliniklere göre sigara kullanımı ve bırakma danışmanlığı verilme oranları sırasıyla; aile hekimliğinde %71,2-%24,8, dahiliyede %69,7-%26,7, kardiyolojide %71-%29,8 ve diğer bölümlerde %66-%11,4 olduğu saptanmıştır (51). Sigara kullanımı sorgulandığı halde en az sigara bırakılması tavsiye edilen bölüm acil tıp idi. Nitekim acil serviste sigara

içen kullanıcılara 5A yöntemi ile sigara bırakma tavsiyesini karşılaştıran bir çalışmada sigara bırakma açısından bir fark olmadığı bulunmuştur. Buna rağmen her iki grupta da 6 aylık gözlem sonucu yaklaşık %15 oranında sigara kullanımının bırakıldığı saptanmıştır (52). Sigara kullanıcılarını tespit etmek ve kullanımının bırakılmasını sağlamak için her sağlık profesyoneli karşılaştığı hastalara sigara kullanımını sorgulaması, bırakmasını tavsiye etmesi ve gerekirse yönlendirmesinin önemi büyüktür.

Katılımcıların üçte birinden fazlasına daha önce hiç sigara bırakma tavsiyesi verilmemişti. Sigara kullanımı, hastalıklara ve ölüme sebep olması sebebiyle üzerinde çokça durulması gereken bir halk sağlığı problemidir. Nitekim sigara kullanımı olan bireylere sağlık profesyonelleri tarafından yapılan sigara bırakma önerilerinin sigara bırakma konusunda etkili olduğu gösterilmiştir (53). Selçuk ve arkadaşlarının sigara bırakmayı düşünmeyen ve sigara kullanmaktan memnun olan katılımcılar ile yaptığı bir çalışmada, üç ay sonunda katılımcıların yaklaşık %30'unun sigara bırakmak için destek istedikleri ve bunların yaklaşık %40'ünün bir ay sonunda sigarayı bıraktığı görülmüştür (54). Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hatta memnun olan katılımcılara dahi sigara kullanımı sorulması, bırakması tavsiye edilmesi oldukça önemlidir.

Çalışmamızda katılımcıların üçte birinden fazlası uyandıktan sonra ilk yarım saat içerisinde sigara içmekteydi. Ülkemiz verilerine göre sigara kullanıcıların %42,1'i ilk sigarasını uyandıktan sonra 30 dakika içerisinde içtiği görülmüştür (18). Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğu FNBT skorlamasına göre çok az bağımlı ve az bağımlılardan oluşmaktaydı. Yapılan çalışmalarda FNBT skorlamasına göre katılımcıların yaklaşık yarısı yüksek bağımlılık evresindeyken (55,56) bazı çalışmalarda ise katılımcıların yarısını az bağımlı evresinde olanlar oluşturmaktaydı (57).

Gruplar arasında 6 aylık süreçte sigara bırakma denemesi açısından istatistiksel olarak fark olmamasına rağmen, müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda sigara bırakma denemesinde bulunan kişiler mevcuttu. Bu duruma kişilerde anlık olarak oluşan sağlık korkusu etkili olmuş olabilir. Bozkurt ve arkadaşlarının sigara bırakma merkezine başvuran hastaları incelediği bir çalışmada sigara bırakmayı istemelerinin ilk sebebinin hastalanma korkusu olduğu tespit

edilmiştir (38). Perinçek ve arkadaşlarının bir çalışmasında ise, katılımcıların %60'ının sigara bırakma polikliniğine başvuru sebebinin hastalanma korkusu olduğu gösterilmiştir (37). Bu noktada çalışmamızın sonuçları da kardiyovasküler risk değerlendirmesinin sigara bırakma üzerine etkisini önemli derecede destekleyeceği düşünülebilir.

Müdahale grubunda kardiyovasküler risk düzeyine göre sigara bırakma denemesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Sigara kullanımı ile hiperlipideminin pozitif ilişkisi göz önüne alındığında kardiyovasküler riski daha yüksek olanların sigara bağımlılığının daha fazla olmasına bağlı bir bulgu olabilir.

Her iki grupta da 6 aylık süre sonunda sigara bırakma denemesi olanların üçte ikisinden fazlasını bırakmayı düşünme aşamasındaki bireyler oluşturmaktaydı. Transteoretik modelleme evreleri arasında döngüsel geçişler çok sık olmaktadır (1). Bu sebeple sigara kullanan hastaların evresinde bağımsız olarak sigara risklerinden bahsedilmeli ve bırakma önerisinde bulunulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda cinsiyet, eğitim düzeyi, FNBT skorlaması ile sigara bırakma denemesi arasında anlamlı fark saptanmadı. FNBT ile sigara bırakma ilişkisi açısından literatüre bakıldığında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaları değerlendiren bir çalışmada, bırakmayı deneyenler ile denemeyenler karşılaştırıldığında eğitim düzeyi ve FNBT skoru yönünden anlamlı fark tespit edilemediği saptanmıştır (53,58). Ancak bir diğer çalışmada FNBT skorları yüksek ve çok yüksek olan bireylerin sigara bırakma oranlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (55).

Müdahale grubunda daha önce sigara bırakma girişimi olan kişilerin yarısından fazlası 6 aylık süreçte sigara bırakma denemesinde bulunmuştu. Müdahale grubunun günlük daha az sigara tüketmesi, daha kısa süredir sigara kullanması ve son bırakma girişimlerinin daha erken zamanda olması bu durumun sebeplerinden bazılarını oluşturabilir.

Kontrol grubu, müdahale grubuna göre daha fazla gün sigara bırakmıştı. Bunun sebebi kontrol grubuna uygulanan 5A modeli olabilir. Çünkü bu gruptaki hastalara nikotin yoksunluk semptomları için çeşitli davranış değişiklikleri önerilmiştir. Ancak

müdahale grubuna risk hesabı sonrası açık bir şekilde sigara bırakılması önerildiğinden bu hastalara nikotin yoksunluk semptomları ile nasıl başa çıkacağı hakkında bir bilgilendirme yapılmamıştır.

Çalışmamızda 6 aylık süreç sonunda günlük sigara kullanım adeti dörtte bir oranında azalmıştı. Chan ve arkadaşlarının sigara kullanımını azaltmak için yaptığı bir çalışmada, 10 dakika süren sigara zararlarını ve bırakmanın önemini anlattığı görüşme sonucunda kullanıcıların yaklaşık dörtte birinin sigara kullanımını yarı yarıya azalttığı tespit edilmiştir (59).

Altı aylık süreç sonunda sigara kullanmayan katılımcı sayımız %6,7 idi. Kontrol ve müdahale grubunda bu oran benzerdi. Sigara bırakma polikliniklerinde yapılan çalışmalarda ise sigara bırakma oranları yaklaşık %13 ila %40 arasındadır (38,39,55,58,59). Ancak sigara bırakma polikliniklerinde nikotin replasman tedavileri ve farmakolojik tedaviler de kullanılmaktadır. Bu merkezlere başvuran hastalar daha ileri yaş grubundadırlar. Birçoğunu sigarayı bırakmayı düşünme veya sigarayı bırakmaya hazırlanma evresinde olanlar oluşturmaktadır. Yani sigara bırakma konusunda isteklidirler. Hastaların çoğunluğunu tekrarlayan başvurular sonucu takip etmişlerdir. Bu gibi faktörler göz önüne alındığında bizim çalışmamızda yalnızca bir kez uygulanan 5A-5R modeli veya müdahale sonucu sigara bırakılması önem arz etmektedir. Nitekim sigara bırakma üzerine kısa tavsiyeler vermenin %2-3 oranında başarılı olduğu ve takipler ile bu oranın artabileceği gösterilmiştir (10). Bizim çalışmamız ise kısa tavsiyeye kıyasla her iki grubumuzda da yaklaşık 2 kat daha fazla sigara bırakma başarısı sağlamıştır.

Gordon ve arkadaşları, dış hekimleri tarafından sigara kullanıcılarına uyguladığı 5A modeli sonucu 3 aylık süreçte 7 günden fazla sigarayı bırakanların oranının yaklaşık %8 olduğunu göstermişlerdir (60). Akgün ve arkadaşlarının sigaranın zararlarını anlatarak bırakmayı önerdikleri bir çalışmada, yaklaşık %4,7'sinin sigarayı bıraktığını bulmuşlardır (61). Yeşiloğlu ve arkadaşlarının sigara içen kullanıcılarda akciğer kanseri semptomlarını sorguladığı ve sigaranın akciğer kanseri için çok önemli bir risk faktörü olduğunu vurguladığı bu sebeple sigara bırakma önerisi verdiği bir çalışmada, katılımcıların %4,8'inin sigarayı bıraktığını göstermişlerdir (62). Gobarani ve arkadaşları sağlık profesyonelleri ile birlikte

yürütülen 40 yaş üzerindeki sigara kullanıcıları ile yapılan bir çalışmada, 6 aylık takipte yaklaşık %4'ünün sigarayı bıraktığını saptamışlardır (63). Bizim çalışmamızda sadece bir kez yapılan kardiyovasküler risk hesabı kullanarak sigara bırakma tavsiyesi vermemiz sonucu %7,3'lük bırakma oranı, yalnızca bir kez uygulanan 5A-5R modeli sonucu %6,1'lik bırakma oranı ile literatürdeki bu çalışmalara kıyasla daha önemli bir sonuca ulaşılmıştır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sigara kullanan bireylerin poliklinik başvurularında yaklaşık üçte ikisine sigara kullanımının sorulmaması ve sigara kullanan hastaların yaklaşık dörtte üçüne sigara bırakma tavsiyesi verilmemiş olması oldukça dikkat çekicidir. Sağlık kuruluşuna başvuran hastaların rutin değerlendirme sırasında sigara kullanımının sorgulanması ve bırakma tavsiyesi verilmesi ihmal edilmemesi gereken bir durum olmasının yanında her başvuru bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Bir kez yapılan 5A-5R uygulaması veya kardiyovasküler risk hesabı kullanılarak sigara bırakma tavsiyesi verilmesi, sigara kullanan bireylerin üçte birinden fazlasında sigara bırakma denemesine sebep olmuştur. Bu hastaların her başvuru sırasında bu denemelerin tekrarı ile daha etkili bir sonuç alınabilir.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi kullanarak sigara bırakma önerisi, kısa tavsiyelere kıyasla 2 kat daha fazla oranda sigara bırakma başarısı sağlamıştır. Bu durum kardiyovasküler risk değerlendirmesinin sigara bırakma üzerine destekleyici etkisi ile sigara bırakma başarı oranını artırabileceğini göstermektedir.

Başvuran hastaların kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılması ve bu risk hesabı kullanılarak kişiye sigara bırakma, egzersiz, sağlıklı beslenme, kilo verme önerilerinde bulunulması kişilerin başarısını artırabilir.

Daha önce kardiyovasküler risk hesabı ile sigara bırakma denemesi literatürü taradığımız kadarıyla yapılmamıştı. Sigara bırakma düşüncesi olan bireylerin polikliniklere başvuru sebeplerinin başında sağlığın bozulma veya hastalık korkusu yer almaktadır. Bu sebeple kardiyovasküler risk hesabı sigara içen hastalarda sigara bırakma üzerine uygulanabilir.

## 7. KISITLILIKLAR

5A-5R modeli tekrarlayan takipler ile uygulanmaktadır. Bizim çalışmamızda bir kez 5A-5R modeli uygulanması çalışmamızın kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır.

Çalışmamızda gözlem süresi 6 ay olarak planlanmıştır. Davranış değişikliği için 6 aylık süre yeterli olmayabilir. Bu durum da çalışmamızın bir diğer kısıtlılığını oluşturmaktadır.

## 8. KAYNAKÇA

1. Türk Toraks Derneği SİGARA BIRAKMA TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU [Internet]. 2014. Available from: [www.toraks.org.tr](http://www.toraks.org.tr)
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023 Protect people from tobacco smoke [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
3. WHO Global status report on noncommunicable diseases 2014. 2014.
4. National household health survey in Turkey: prevalence of noncommunicable disease risk factors 2017 [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/342200?show=full>
5. Makate M, Whetton S, Tait RJ, Dey T, Scollo M, Banks E, et al. Tobacco Cost of Illness Studies: A Systematic Review. Vol. 22, Nicotine and Tobacco Research. Oxford University Press; 2021. p. 458–65.
6. Jeffrey Drope, And All. The Tobacco Atlas Sixth Edition. 2018.
7. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet [Internet]. 2018 Nov;392(10159):1923–94. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618322256>
8. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Ankara; 2014.

9. Günay E, Ulaşlı SS, Ahsen A, Öz G, Koyuncu T, Ünlü M, et al. Bir Üniversite Hastanesi Hekimlerinin Sigara İçen Hastalara Sigarayı Bırakma Öneri Durumlarının Belirlenmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2014;28(1).
10. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2013.
11. Argüder E, Hasanoğlu HC, Karalezli A, Kiliç H, Ankara SB, Eğitim A, et al. Sigara bırakmaya eğilimi artıran faktörler. Tuberk Toraks. 2012;60(2):129–35.
12. Gary A Giovino, And All. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. The Lancet. 2012;380(9842):668–79.
13. Salgını T, Riskli Gruplar A, Bilir N. DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE TÜTÜN KULLANIMI EPİDEMİYOLOJİSİ.
14. Smoking among adults [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 13]. Available from: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>
15. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. 2009 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563871>
16. WHO Tobacco [Internet]. [cited 2023 Dec 12]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1)
17. Sreeramareddy CT, Aye SN. Changes in adult smoking behaviours in ten global adult tobacco survey (GATS) countries during 2008-2018 - a test of “hardening” hypothesis’. BMC Public Health. 2021 Jun 24;21(1):1209.
18. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara; 2014.
19. SMITH C.J., LIVINGSTON S.D., DOOLITTLE D.J. Art International Literature Survey of “IARC Group I Carcinogens” Reported in Mainstream Cigarette Smoke. Food and Chemical Toxicology. 1997;35:1107–30.
20. Fagerström K. The Epidemiology of Smoking Health Consequences and Benefits of Cessation. Vol. 62, Drugs. 2002.

21. Higashi Y. Smoking cessation and vascular endothelial function. *Hypertension Research*. 2023 Dec 1;
22. Prescott Eva, Vestbo Jørgen, Hein Hans Ole, Schnohr Peter, Hippe Merete. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *Br Med J*. 1998;316(7137):1043–7.
23. Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. *JAMA*. 2008 May 7;299(17):2037–47.
24. Chen Z, Peto R, Zhou M, Iona A, Smith M, Yang L, et al. Contrasting male and female trends in tobacco-attributed mortality in China: evidence from successive nationwide prospective cohort studies. *The Lancet*. 2015 Oct 10;386(10002):1447–56.
25. Thomson B, Rojas NA, Lacey B, Burrett JA, Varona-Pérez P, Martínez MC, et al. Association of childhood smoking and adult mortality: prospective study of 120 000 Cuban adults. *Lancet Glob Health*. 2020 Jun 1;8(6):e850–7.
26. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: A prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*. 2013;381(9861):133–41.
27. Sakata R, McGale P, Grant EJ, Ozasa K, Peto R, Darby SC. Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: A prospective cohort study. *Br Med J*. 2012 Nov 17;345(7883).
28. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J*. 1994;309.
29. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 Years' observations on male British doctors. *Br Med J*. 2004 Jun 26;328(7455):1519–28.
30. Tobacco [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
31. Ergüder T. Küresel Tütün Kullanımı Salgını ve Kontrolü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018 Oct 12;12(4):301–6.

32. Başol E. Tütün Tüketiminin Ekonomik Etkileri Ve Tütün Kontrol Politikaları Üzerine Bir İnceleme. BJSS Balkan Journal of Social Sciences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;(7).
33. Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 17]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-2/raporlar.html>
34. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. Vol. 35, American Journal of Preventive Medicine. 2008 Aug.
35. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000;55:987–99.
36. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, and All. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41:111–88.
37. PERİNCEK G, YAĞCI İ. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerde bırakma oranları ile bırakma durumunu etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022 Aug 31;15(2):215–24.
38. BOZKURT N, BOZKURT Aİ, ERDOĞAN A. What is the Most Important Problem in Smoking Cessation? Akdeniz Medical Journal. 2020 Sep 30;
39. 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.
40. Demirel B. Hekimlerin Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle İlgili Tutumları. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2017;9(5).
41. Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. Br Med J. 1990;300(6741).
42. Koyun A, Eroğlu K. The effect of transtheoretical model-based individual counseling, training, and a 6-month follow-up on smoking cessation in adult women: A randomized controlled trial. Turk J Med Sci. 2016;46(1):105–11.

43. Papadakis MHA Marie Gharib Josh Hambleton MHA Robert Reid MBA Roxane Assi Andrew L SD. Delivering evidence-based smoking cessation treatment in primary care practice Experience of Ontario family health teams [Internet]. Vol. 60, Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien |. 2014. Available from: [www.ottawamodel.ca](http://www.ottawamodel.ca)
44. McLeod D, Somasundaram R, Howden-Chapman P, Dowell AC. Promotion of smoking cessation by New Zealand general practitioners: a description of current practice. *N Z Med J.* 2000;113:480–5.
45. Jamal A, Dube SR, King BA. Tobacco use screening and counseling during hospital outpatient visits among US adults, 2005-2010. *Prev Chronic Dis.* 2015;12(8).
46. Sesney JW, Kreher NE, Hickner JM, Webb S. Smoking cessation interventions in rural family practices: an UPRNet study. *The Journal of Family Practice .* 1997;44(6):578–85.
47. Ellerbeck EF, Ahluwalia JS, Jolicoeur DG, Gladden J, Mosier MC. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract.* 2001;50(8):688–93.
48. Lucan Sean, Katz David. Factors associated with smoking cessation counseling at clinical encounters: the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2000. *American Journal of Health Promotion.* 2006;
49. Ferketich AK, Gallus S, Colombo P, Fossati R, Apolone G, Zuccaro P, et al. Physician-Delivered Advice to Quit Smoking Among Italian Smokers. *Am J Prev Med.* 2008 Jul;35(1):60–3.
50. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. *Scand J Public Health.* 2002;30(2):141–7.
51. Ferketich AK, Khan Yosefx, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001-2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Prev Med (Baltim).* 2006;43(6):472–6.
52. Castello LM, Airoidi C, Baldrighi M, Bortoluzzi S, Cammarata LM, Franchetti Pardo L, et al. Effectiveness and feasibility of smoking counselling: a randomized controlled trial in an Italian emergency department. *Eur J Public Health.* 2022 Feb 1;32(1):119–25.

53. Çan G, Öztuna F, Özlü T, Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı K, Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı K, Özet T, et al. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçlarının Değerlendirilmesi The Evaluation of Outpatient Smoking Cessation Clinic Results. Vol. 52, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004.
54. SELCUK E, TETİK B, KARATAS M. Periyodik Sağlık Muayenesinde Sigara İçen Bireylerle Yapılan Motivasyonel Görüşme Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2015;9(4):137.
55. UZER F, UZUN R. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Genel Sağlık Durumları ve Sigara Bırakma Oranları. Akdeniz Medical Journal. 2020 Jan 30;
56. Davas HA, Durusoy R, Çakır Pirgan N. Bir İşyerinde Sigara Bırakma Programına Katılımı Etkileyen Etmenler. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2012;
57. Fatih Önsüz M, Topuzoğlu A, Algan A, Soydemir E, Aslan İ, İl Sağlık Müdürlüğü S, et al. Sigara İçen Hastaların Sigara Paketlerinin Üzerindeki Uyarı Yazıları Hakkındaki Görüşlerinin ve Nikotin Bağımlılık Derecelerinin Değerlendirilmesi. Vol. 22, Marmara Medical Journal. 2009.
58. ERSOY E, CETİN H, TUZUN S, ÖNER C, CÖMERT S, ŞİMŞEK EE. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation Clinic: A Cross-Sectional Study. Bağımlılık Dergisi. 2022 Jun 30;23(2):199–204.
59. Chan SSC, Leung DYP, Abdullah ASM, Wong VT, Hedley AJ, Lam TH. A randomized controlled trial of a smoking reduction plus nicotine replacement therapy intervention for smokers not willing to quit smoking. Addiction. 2011 Jun;106(6):1155–63.
60. Gordon JS, Andrews JA, Crews KM, Payne TJ, Severson HH. The 5A's vs 3A's plus proactive quitline referral in private practice dental offices: Preliminary results. Tob Control. 2007 Aug;16(4):285–8.
61. Dikyol B, Thomas DT, Demir Ş, Akgün S. Sigara bağımlısı check-up hastalarında sözel ya da medikal tedavi sonrası sigarayı bırakma başarısını etkileyen faktörler. Maltepe Tıp Dergisi. 2021 Apr 30;13(1):1–4.

62. YEŐILOĐLU R, ANNAKKAYA AN, KALKANLI N, KARATAŐ N, BALBAY Ő, ARBAK P. Akciğer Kanseri Semptom Taramasının Sigara Bıraktırmadaki Rolü. Sağlık Bilimlerinde Değer. 2022 Jan 14;12(1):52–7.
63. Gobarani RK, Zwar NA, Russell G, Abramson MJ, Bonevski B, Holland AE, et al. Smoking cessation intervention in Australian general practice: a secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. British Journal of General Practice. 2021 Jun 1;71(707):E458–4464.



## 9. EKLER

### 9.1 Ek-1: Anket formu

<b>1) Dosya numarası:</b>
<b>2) Adınız soyadınız nedir?</b>
<b>3)Telefon numaranız nedir?</b>
<b>4)Yaşınız kaçtır?</b>
<b>5)Cinsiyetiniz nedir?</b> 1) <input type="checkbox"/> Erkek 2) <input type="checkbox"/> Kadın
<b>6)Mesleğiniz nedir?</b> 1) <input type="checkbox"/> Öğretmen 2) <input type="checkbox"/> Doktor 3) <input type="checkbox"/> Hemşire 4) <input type="checkbox"/> Polis 5) <input type="checkbox"/> Öğrenci 6) <input type="checkbox"/> Diğer:.....
<b>7)Eğitim durumunuz nedir?</b> 1) <input type="checkbox"/> İlkokul ve altı 2) <input type="checkbox"/> Ortaokul 3) <input type="checkbox"/> Lise 4) <input type="checkbox"/> Üniversite 5) <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri
<b>8)Sigara kullanım durumunuz nasıldır?</b> ..... yaşında başladım,..... yıldır kullanmaktayım Günde ..... paket kullanmaktayım. .....paket/yıl
<b>9)Kronik hastalıklarınız nelerdir?</b> 1) <input type="checkbox"/> Yok 2) <input type="checkbox"/> Hipertansiyon 3) <input type="checkbox"/> Diyabet 4) <input type="checkbox"/> Hipotiroidi 5) <input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalık 6) <input type="checkbox"/> Diğer: .....
<b>10)Kullandığınız ilaçlar nelerdir?</b> 1) <input type="checkbox"/> Yok 2) <input type="checkbox"/> Antihipertansif 3) <input type="checkbox"/> Oral antidiyabetik veya İnsülin 4) <input type="checkbox"/> Tiroid hormonu ilacı 5) <input type="checkbox"/> Psikiyatrik ilaç grubu 6) <input type="checkbox"/> Diğer: .....
<b>11)Daha önce sigara bırakma girişiminiz olduysa kim tarafından önerildi?</b> 1) <input type="checkbox"/> Olmadı 2) <input type="checkbox"/> Ailem 3) <input type="checkbox"/> Sosyal medya 4) <input type="checkbox"/> Kamu spotları 5) <input type="checkbox"/> Kendi isteğim 6) <input type="checkbox"/> Doktor/Bölümü:.....

**12)Sigara bırakma girişiminiz olduysa ne zaman oldu?**

.....

**13)Sigara bırakma girişiminiz olduysa ne kadar süre bıraktınız?**

.....

**14)En son hangi bölüme muayene oldunuz?**

- 1)  Dahiliye
- 2)  Kardiyoloji
- 3)  Göğüs Hastalıkları
- 4)  Aile Hekimliği
- 5)  Acil Tıp
- 6)  Kadın Hastalıkları ve Doğum
- 7)  Diğer: .....

**15)En son muayene olduğunuz bölümde sigara kullanıp kullanmadığınızı soruldu mu?**

- 1)  Evet
- 2)  Hayır

**16)En son muayene olduğunuz bölümde sigara bırakmanız tavsiye edildi mi?**

- 1)  Evet
- 2)  Hayır

**17)Sigara bırakmanızı en son hangi bölüm önerdi?**

- 1)  Dahiliye
- 2)  Kardiyoloji
- 3)  Göğüs Hastalıkları
- 4)  Aile Hekimliği
- 5)  Acil Tıp
- 6)  Kalp Damar Cerrahisi
- 7)  Göğüs Cerrahisi
- 8)  Diğer:.....

## 9.2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Evreleme

### 1)Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?

- 10 veya daha az 21 ile 30 arası  
11 ile 20 arası 31 veya daha fazla

### 2)İlk sigaranızı uyandıktan sonra ne zaman içiyorsunuz?

- 5 dakika içinde  
6-30 dakika içerisinde  
30 dakikadan daha uzun süre sonra

### 3)Sigara içilmeyen yerde sigara içmemekte zorlanıyor musunuz?

- Evet  
Hayır

### 4)Hangi sigaradan vazgeçmekte daha çok zorlanırsınız?

- Sabah ilk içilen  
Diğerleri

### 5)Günün ilk saatlerinde, sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?

- Evet  
Hayır

### 6)Çok hasta olduğunuzda veya günün çoğunu yatakta geçirdiğinizde sigara içer misiniz?

- Evet  
Hayır

### Transteoretik modellemeye göre sigara içen olgu hangi evrede?

- 1) Bırakmayı düşünmeme
- 2) Bırakmayı düşünme
- 3) Bırakmaya hazırlanma
- 4) Bırakmayı deneme
- 5) Bırakmayı sürdürme

Total kolesterol:..... mg/dL

LDL-K:..... mg/dL

Kan basıncı: ..... mmHg

## 9.2 Ek-2: Gençlerde 10 Yıllık Kardiyovasküler Risk Hesaplama Tablosu

Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Sigara İçmeyen					Sigara İçen				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Kolesterol (mmol/L) 150 200 250 300 mg/dL

Şekil 3. Gençlerde 10 yıllık toplam görece kardiyovasküler risk hesaplaması

## 9.1 Ek-3: Turnitin Orjinallik Raporu

Tez			
ORJİNALLİK RAPORU			
%5	%5	%2	%1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2	
2	acikerisim.uludag.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1	
3	ailehekimligiakademisi.org İnternet Kaynağı	<%1	
4	asistanodasi.tkd.org.tr İnternet Kaynağı	<%1	
5	hsgmdestek.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1	
6	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1	
7	www.selcukmedj.org İnternet Kaynağı	<%1	