

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN

**EDİRNE İL MERKEZİ'NDE GÖREV YAPAN AİLE
HEKİMLERİNİN SİGARA İÇİCİLİĞİ DURUMLARININ
SİGARA BIRAKTIRMA KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
TUTUMLARINA OLAN ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

(Uzmanlık Tezi)

Olca KARABIYIK

EDİRNE - 2018

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince gösterdikleri her türlü destek ve yardımlarından dolayı başta Anabilim Dalı Başkanı ve değerli tez hocam Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'e olmak üzere hayat boyu sürecek olan eğitim hayatıma yaptıkları değerli katkıları sebebiyle diğer hocalarım Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, ve Dr. Öğr. Üye. Önder SEZER ile birlikte bütün çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
TANIMLAR	3
TÜRKİYE’DE TÜTÜN KULLANIMININ EPİDEMİYOLOJİSİ	6
SİGARA BAĞIMLILIĞININ FİZYOLOGİSİ	10
SİGARA İLİŞKİLİ MORTALİTE VE MORBİDİTE	11
PASİF İÇİCİLİK, SONUÇLARI VE GEREKEN ÖNLEMLER	14
HEKİMLERDEKİ SİGARA İÇİCİLİĞİ PREVALANSI	16
HEKİMLERİN TÜTÜN KONTROLÜNDEKİ ROLLERİ	17
HASTALARIN UYMASI ÖNERİLEN BIRAKMA PLANI	18
HEKİMLERİN UYMASI ÖNERİLEN YAKLAŞIM – 5Ö (5A) / 5R	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	23
TARTIŞMA	47
SONUÇLAR	53
ÖZET	55
SUMMARY	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	

SİMGE ve KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CDC: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

DALY: Yeti Yitimine Uyarlanmış Kayıp Yaşam Yılları

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5.th ed.

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

GA: Güven Aralığı

HASUDER: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KGTA: Türkiye Küresel Gençlik Tütün Kullanım Araştırması

KYTA: Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Kullanım Araştırması

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

TAPDK: Tütün ve Alkol Pazarı Denetleme Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YLL: Kaybedilen Yaşam Yılları

GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün kullanımı, önlenabilir ölümlerin en sık nedenidir ve her yıl dünyada 7 milyonu aşkın insanı öldürüyor olduğu düşünülmektedir. Bu hızda devam etmesi halinde tütün, 2030 yılına kadar her yıl dünyada 10 milyonu ülkemizde ise 240.000'i aşkın insanın ölümünden sorumlu olan en önemli etken olacaktır (2-4).

Sigara kullanımı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça yaygındır ve bu sebeple ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemiz sigara tüketimi sıklığı açısından değerlendirildiğinde Avrupa'da üçüncü, dünyada ise yedinci konumda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sigarayı “dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını” olarak tanımlamaktadır (5). İçerisinde bulunduğumuz dönemde mevcut olan bağımlılık yapıcı maddelerden en yaygın olanı sigaradır ve insidans ve prevalansı gelişmiş ülkelerde azalma eğilimindeyken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde artma eğilimi göstermektedir (6). Sigara yalnızca kullananları değil aynı zamanda sigara kullanan bireyin çevresinde bulunan ve sigara kullanmayan tüm kişileri hatta doğmamış çocukları dahi etkileyebilmektedir (7). Sigara bağımlılığında, aralarında çevresel ve katılımsal faktörlerin de olduğu bir çok etkenin bir arada rol oynadığı karmaşık bir davranışsal süreç mevcuttur (8).

Sağlık profesyonelleri tarafından sigara kullanımı, sigara bağımlılığının toplumsal bazda artış göstermesinde bir etken olabilir. Bu sebeptendir ki, DSÖ, hekimlerin sigara içmemesi gerektiğini savunmaktadır ve bu durumla ilgili süreçlerin de yine sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmesinin uygun olduğunu belirtmektedir (9). Kısacası sağlık profesyonelleri tütünden kaçınmada önemli rol oynayabilirler. Buna rağmen; ülkemizde sağlık çalışanları arasında sigara içme oranı yaklaşık olarak %42 düzeylerinde seyretmekte ve bu oranlarla genel popülasyona yakın hatta üzerinde bir seviyede olduğu görülmektedir (10, 11).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hekimlerin, hastalarının ya da danışanlarının sigara kullanma durumlarını öğrenme yaklaşımları incelendiğinde; pratisyen hekimlerin uzman hekimlere göre daha sık kendilerine başvuranların sigara kullanımı durumları ile ilgili sorular sordukları saptanmıştır. Yine de hekimlerin sadece %23,2’si hastalarına sigara alışkanlıklarını sordukları ve sigarayı bırakmaları konusunda teşvik ettikleri görülmüştür (12).

Hekimlerin, hastalarının sigara kullanma durumlarını öğrenmesi üzerinde kendilerinin sigara kullanma durumlarının etkilerini araştıran araştırmalardan birisi olan Ermenistan’da yapılmış bir çalışma sigara içen hekimlerin daha küçük bir bölümünün, hastalarının sigara kullanma durumlarını öğrenme eğiliminde olduğunu göstermiştir (13).

Ürdün’de yapılmış bir başka çalışmada ise sigara kullanmayan hekimlerin daha etkin bir şekilde hastalarının sigara kullanma durumlarını sordukları, kullanan hekimlerin ise sıklıkla hastanede sigara içtiklerini ve sigara kullanmayan hekimlere göre daha küçük bir bölümünün hastalarına sigara konusunda danışmanlık yaptıkları görülmüştür (9).

Aynı ilişkinin araştırıldığı bir başka çalışma ise Fransa’da yapılmış bu çalışmada hekimlerin, hastalarının sigarayı bırakmaları noktasında etkin bir rol oynayabileceği gösterilmiş ancak buna rağmen Fransa’daki hekimlerin yeterince etkili olmamasında kendilerinin yüksek oranda sigara kullanıyor olmasının etkili olduğu düşünülmüştür (14).

Bu çalışma ile birlikte, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin sigara içiciliği durumlarının hastaları sigaranın zararlarından koruma noktasındaki yaklaşımlarına etki edip etmediğini ortaya çıkarmak ve belki de sigara kullanan hekimlerin sigarayı bırakmasının kendi sağlıklarını koruyacak olmalarının yanı sıra hastalarına daha faydalı birer hekim olacaklarını göstererek, onlara sigarayı bırakmalarına dair ek bir motivasyon ortaya koymayı amaçlamaktayız.

GENEL BİLGİLER

TANIMLAR

Tütün Ürünü

Patlıcangillerden, birleşiminde nikotin bulunan, otsu bir bitki (*Nicotiana tabacum*) (15). Solunum yolunun (tüttürmek) yanı sıra oral yoldan veya mukozalardan direkt emilim yolu (emmek, çiğnemek ya da buruna çekmek) kullanılabilen, hammadde olarak kısmen ya da tamamen tütün yaprağından üretilmiş maddeleri tanımlamaktadır (4).

Dünyanın çeşitli yerlerinde kullanılmakta olan başlıca tütün ürünleri sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün, çiğneme tütünüdür. Bunlar arasında en yaygın olarak kullanılan tütün ürünü sigaradır ve bu sebeple tütün ve sigara kavramları çoğu zaman birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (16).

Madde Bağımlılığı

Madde terimi medikal etkinlik haricinde kullanılan ilaçları veya kimyasalları tanımlamak için kullanılmaktadır (17). DSM-5 madde kullanımını; alkol, kafein, kannabis, halüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer bilinmeyen maddeler olarak 10 kümeye ayırmıştır (18).

Tanım olarak bağımlılık, bir madde veya ilacın organizma (tipik olarak santral sinir sistemi) ile etkileşmesi sonucu, canlının başta davranışsal olmak üzere bazı reaksiyonlarındaki değişikliklerin eşlik ettiği söz konusu madde veya ilaca karşı önüne geçilemeyen bir arzu ve istek duyulması ile bunların vücuda alınamadığı durumlarda psikik ve fizik bozuklukların

meydana geldiği bir durumdur. Bağımlılık, tedavi edilebilse de ilgili maddenin kullanımı durumunda kolaylıkla tekrarlayabilmektedir (17).

DSM-5'e göre madde kullanım bozukluğu;

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması,
 - a- Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi.
 - b- Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması,
 - a- Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu.
 - b-Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı maddenin (ya da yakın benzeri) alınması.
3. Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması,
4. Özel maddeyi kullanmak için şiddetli istek duymak,
5. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde madde kullanımı,
6. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı,
7. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabaların varlığı,
8. Maddeyi sağlamak (örneğin çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örneğin birbiri ardına sigara içmek) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama,
9. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
10. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi (sigara kullanımı ile kötüleştiğini bildiği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'ı olmasına karşın içmeyi sürdürme) gibi belirtilerden herhangi ikisinin varlığı olarak tanımlanmıştır (18).

Nikotin

Bütün tütün ürünleri nikotin içermektedir ve nikotin, tütün ürünlerinin psikoaktif ve bağımlılık yapıcı etkisinden sorumlu olan maddedir. Ancak, tütün ürünleri arasında sigara, nikotinin insan vücuduna girmesi açısından en elverişli ortamı sağlamaktadır (19). Suda, alkolde ve eterde kolayca çözünebilen etkili bir aktif maddedir. Yüksek doz alınması halinde kusma, baş dönmesi, bitkinlik ve kalpte yavaşlamayla kendini belli eden zehirlenmelere yol açabilir. Saf nikotin renksiz, kokusuz ve yağsız görüntüde bir sıvıdır. Hava ile etkileşim kurduğunda kahverengi bir renk kazanır ve güçlü bir koku verir. Oldukça toksik bir madde olmasından dolayı tarım zararlıları ile mücadelede de kullanılır.

Pasif İçicilik (İkinci / Üçüncü El Sigara Dumanı)

Yanan sigaranın ya da diğer tütün ürünlerinin ucundan dışarı çıkan dumanla birlikte sigara içen kişinin dışarı üflediği dumanın bileşimine maruz kalma durumu. Ülkemizde, sigara dumanından pasif ekilenim yerine ikinci el sigara dumanı ya da sigara dumanına maruz kalmak ifadeleri de kullanılmaktadır (19). Pasif olarak sigara dumanına maruz kalmanın yanı sıra sigara dumanını tutan yüzeylerle temas sonucu yüzeyin içerdiği zararlı bileşenlere ve onların metabolik ürünlerine maruz kalma durumunun da sağlığı tehdit eden bir durum olduğu anlaşılmış ve bu durum ise üçüncü el sigara dumanı olarak tanımlanmıştır (20).

Dumansız Tütün (Smokeless Tobacco)

Enfiye (toz haline getirilmiş tütünün burun deliklerine çekilmesi sonucu tüketicide solunum yolu ile birlikte burun mukozası tarafından direk emilimle etki yapan bir tütün ürünü), çiğneme tütün gibi tütün ürünleridir (19).

Tütün Kontrolü Politikaları

Toplumun tütün ürünleri tüketimini ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlık düzeylerini yükseltmeyi amaçlayan, arz, talep ve zararı azaltma stratejileridir (19). Ülkemizde tütün kontrolü, 4207 Sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine Kontrolü Hakkında Kanun” hükümlerine ve “Ulusal Tütün Kontrol Programı” önerilerine göre sağlanmaktadır (4).

Sigara İçimine Dair Tanımlamalar

Tütün ürünlerinin kullanım şekli değişiklik gösterebilmektedir. Bu konuda en sık kullanılan tütün ürünü olan sigara üzerinden örnekler verilebilir. DSÖ sigara içimine dair aşağıdaki tanımlamaları yapmıştır.

Sigara içen:

I. Her gün düzenli olarak sigara içen (regular daily smoker): Son 30 gün içerisinde her gün en az bir adet sigara içen kişiler.

II. Her günden daha seyrek olarak sigara içen (less than daily smoker): Sigara içen ama son 30 günde her günden daha seyrek içen kişiler.

III. Ara sıra içen (occasional smoker): Ara sıra sigara içen kişiler

Sigara içmeyen:

I. Yaşamı boyu hiç sigara içmeyen (life-long nonsmoker/never smoker): Yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş kişiler

II. Sigarayı bırakmış olan (ex-smoker): Önceden sigara içmiş olup halen içmeyen kişiler

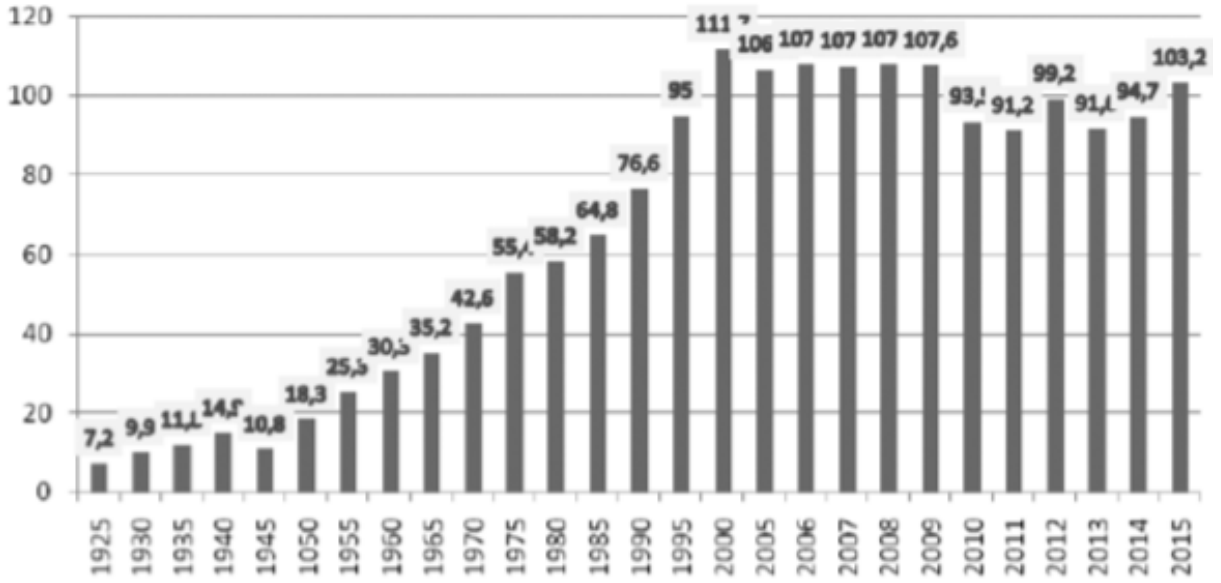
Bu tanımlamaların yanı sıra DSÖ, sigara içen ve içmeyen kişilerin ayırımı noktasında daha net bir tanımlama getirmektedir. Buna göre, yaşamı boyunca toplam 100 adet sigara içmiş olan kişi yaşamı boyunca sigara içicisi (life time smoker) olarak kabul edilmektedir (16).

TÜRKİYE’DE TÜTÜN KULLANIMININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Türkiye tütün üreten bir ülkedir. Yakın döneme kadar dünya tütün üretiminin %4-5’ini sağlamakta iken, 1980’lerin sonlarına doğru yurtdışından sigara ithalatı ve satışının başlaması ile birlikte üretim düşmeye başlamış ve 300.000 ton olan yıllık üretim miktarı 2017 yılında yaklaşık 74.000 tona düşmüştür (21). Buna rağmen Türkiye hala dünyanın en büyük 11. üreticisidir (21, 22).

Tütün üretiminin ardından tütün kullanım sıklığına gelecek olursak Şekil 1’de görüleceği gibi 1980 – 2000 arasında tütün kullanımında bir artış yaşanmıştır. 2000 yılı sonrasında dalgalanmalar gösterse de net bir şekilde artış eğiliminin sona erdiğinden bahsedilebilir. Tütün kullanımındaki artışın sona ermesine rağmen Türkiye, 2017 itibariyle dünyanın en çok sigara satılan 6. ülkesi konumundadır (Tablo 1).

Şekil 1. Türkiye’de yıllara göre sigara satışları (milyar adet) (23)



Şekil 1’de ipuçları ortaya çıkmaya başlamış olan 2000 yılı sonrası sigara kullanım sıklığında azalma trendi Tablo 2’de görüleceği gibi devam etmiştir.

Türkiye, sigara içme prevalansındaki azalma trendinde etkili olan tütün kontrol stratejileri açısından ilk adımını 1996 yılında yürürlüğe sokulan, sağlık ve eğitim kurumları ile toplu taşımada sigara kullanımını sınırlandıran yasa ile başlatmıştır. Bunun yanı sıra söz konusu yasa tarafından tütün ürünleriyle alakalı her türlü reklam ve tanıtım ile tütün ürünlerinin 18 yaşın altında kişilere satışı yasaklanmış ve sigara paketlerinin üzerlerine çeşitli uyarıların yerleştirilmesi sağlanmıştır (24). 2004 yılına gelindiğinde Türkiye, DSÖ’nün Tütün Kontrolü Çevre Sözleşmesine Taraf olmuştur. 2007’de Başbakan ve Sağlık Bakanı tarafından deklare edilen Ulusal Tütün Kontrol Planı’nın ardından 2008 yılında yeni bir yasa ile “dumansız hava sahası” tüm konaklama kurumlarını (restoranlar, kafeler, barlar vs.), taksileri ve okulların açık alanlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir (24).

İlerleyen yıllarda MPOWER stratejisinin önerdiği vergi oranlarının artırılması, sigara paketlerine paket alanının %65’ini kapsayacak şekilde resimli ve yazılı sağlık uyarılarının yerleştirilmesi, ulusal çapta ve ücretsiz olarak hizmet veren sigara bırakma hatlarının oluşturulması gibi önlemlerin de alınması ile Türkiye MPOWER stratejilerinin tümünü bütünüyle uygulayan ilk ülke konumuna gelmiştir (24).

Tablo 1. Dünya’da en çok sigara satılan 10 ülke (25)

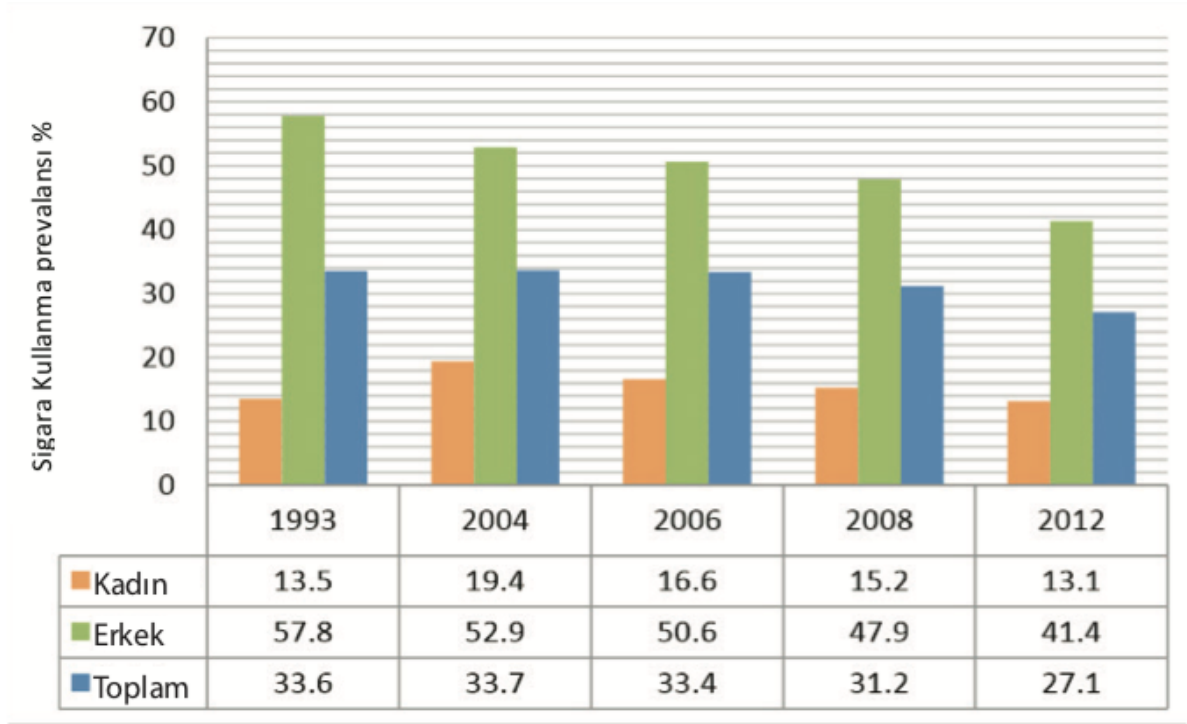
Ülke	Satış (milyar adet)
Çin	2.368
Endonezya	308
Rusya	258
ABD	252
Japonya	151
Türkiye	106
Mısır	93
Bangladeş	88
Hindistan	81
Almanya	79

Tablo 2. DSÖ’nün Türkiye için sigara kullanım sıklığı tahmin ortalamaları (26)

Sigara Kullanımı	Erkek	Kadın
2025 (%)	30,7	9,7
2020 (%)	34,7	10,6
2015 (%)	36,2	12,4
2010 (%)	45,0	14,4
2005 (%)	51,5	16,7
2000 (%)	58,7	19,7

DSÖ’nün bu verilerini; 1993, 2004, 2006, 2008 ve 2012 yıllarında Türkiye’de gerçekleştirilmiş olan bazı çalışmalar da desteklemektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Türkiye’deki yetişkinlerde tütün kullanım oranları (24)



Tablo 3’de 15 yaşından büyük bireylerde cinsiyet ve tütün kullanım durumlarına göre küresel anlamda gerçekleştirilmiş son çalışma olan “2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA; The Global Adult Tobacco Survey, GATS) Türkiye Raporu’nu görmekteyiz (27). KYTA, ilk kez 2007 yılında uygulanan ve hane halkı baz alınarak yapılmış bir çalışmadır. 15 yaşından büyük bireylerde tütün kontrolü stratejileri geliştirme noktasında ülkelere çok önemli veriler sağlamıştır. KYTA ilk olarak, dünya tütün kullanım yükünün yarısından fazlasını çeken 14 ülkede (Bangladeş, Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya, Tayland, Türkiye, Ukrayna, Uruguay ve Vietnam) uygulamıştır (24).

Tablo 3. 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu’na göre 15 yaşından büyük bireylerin tütün kullanım durumlarının cinsiyete göre dağılımları

	Erkek	Kadın	Toplam
Tütün Kullanma Durumu	Yüzde (%95 GA)		
Halen Kullananlar	41,5 (39,4 – 43,5)	13,1 (12,0 – 14,3)	27,1 (25,8 – 28,3)
Bırakanlar	14,4 (13,2 – 15,8)	4,6 (3,9 – 5,4)	9,4 (8,7 – 10,2)
Hiç kullanmayanlar	44,1 (42,1 – 46,1)	82,3 (80,9 – 83,7)	63,5 (62,1 – 64,8)

Tütün kullanımının Türkiye’deki yetişkinler arasında azalma trendinde olduğu gösterilmiş olsa da, DSÖ’nün KGTA (Küresel Gençlik Tütün Araştırması) 2012 sonuçları gösteriyor ki; kızlarda %12,8, erkeklerde ise %20,3 olmak üzere öğrencilerin %16,4’ü tütün kullanmaktadır (28). Bu veriler, KGTA 2009 sonuçları göz önüne alınarak incelendiğinde öğrenciler arasında, özellikle de kız öğrenciler arasında tütün kullanım sıklığının arttığını görmekteyiz. 2009’da yapılmış olan KGTA sonuçları tütün kullanmayan öğrencilerin %10,2’sinin bir yıl içerisinde kullanmaya başlayabileceğini göstermiştir (kızlarda %9,8 - erkeklerde 10,6). Oysa 2012 yılındaki çalışma bu oranın %13,7’ye (kızlarda %11,2 - erkeklerde %15,7) yükseldiğini göstermektedir (29).

SİGARA BAĞIMLILIĞININ FİZYOPATOLOJİSİ

Tütünün Santral Sinir Sistemi Üzerindeki Etkileri?

Sigara bağımlılığı, neredeyse diğer tüm bağımlılıklar gibi çevresel ve kalıtsal faktörlerin bir arada rol oynadığı karmaşık bir davranıştır. Psikolojik etkenlerin ve alışkanlıkların da belli oranda payı olsa da bağımlılıktan esas olarak sorumlu bileşenin sigaranın içindeki nikotin olduğu bilinmektedir. Nikotin, kötüye kullanılabilen amfetamin, metilfenidat, kokain, kafein, teobromin ile birlikte “psikomotor stimülan” özellikte maddeler arasındadır. Nikotin çok güçlü şekilde fiziksel ve psikolojik bağımlılığa ve abstinens sendromuna neden olur (8).

Nikotin, dolaşıma katılmasının ardından derhal sürrenal glandları uyarır ve adrenalin seviyelerinde bir artışa neden olur. Adrenalinin santral sinir sistemini uyarması sonucunda da arteriyel kan basıncı artışı, taşikardi ve takipne görülmeye başlanır. Bir diğer etki olarak

pankreasın insülin salınımını baskılaması ise kan glikoz düzeyinin sigara kullananlarda kronik şekilde yüksek seyretmesini açıklamaktadır.

Nikotin bağımlılık oluşturmada sonuçlanan mekanizma ise dopamin seviyesini arttırması ile birlikte beyindeki ödüllendirme ve keyif merkezleri ile diğerk ilgili bölgeler ile yolları kontrol etmesidir. Bahsedilen bu duruma sürekli maruz kalınması bağımlılıkla sonuçlanan değışiklikler meydana getirir (30).

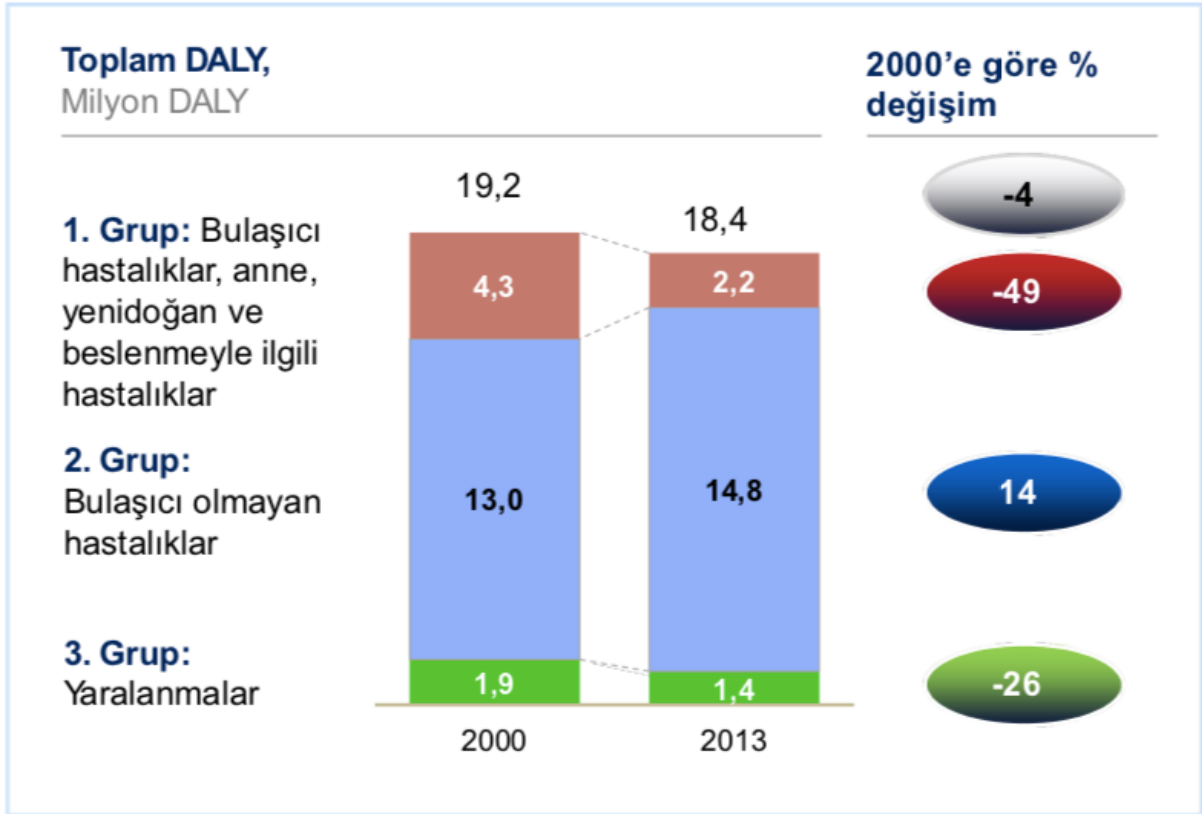
SİGARA İLİŞKİLİ MORTALİTE VE MORBİDİTE

Sigara dumanında; amonyak, formaldehit, karbonmonoksit, katran, siyanür, gibi maddeleri de içeren 4000’den fazla zararlı madde bulunur (31). Tüm bu zararlı maddelerin ortak sinerjistik etkileri ile sigara, başta solunum ve dolaşım sistemi olmak üzere hemen hemen tüm sistemler ve organlarda ciddi hastalıklara neden olduğı bilinmektedir.

Sigaranın kronik olarak ortaya çıkmasına sebep olduğı hastalıklar arasında kronik bel ve boyun ağrısı, katarakt, crohn hastalığı, diyabet, erektil disfonksiyon, diğerk eti hastalıkları, maküler dejenerasyon, osteoartrit, osteoporoz, romatoid artrit ve cilt kırışıklıkları bulunmaktadır (31). Daha ciddi olarak ise tüm solunum sistemi kanserlerinin yanı sıra oral kavite ve larinks kanserleri, özofagus, mide, pankreas, karaciğerk ve serviks kanseri ile akut myeloid löseminin en önemli nedenlerinden biri olan sigara, tüm kanserlerin 1/3’ünün oluşmasında etkindir (1, 16).

Ulusal hastalık yükü 2013 çalışmasına göre Türkiye’deki toplam hastalık yükü 2000 yılı ile kıyaslandığında %4,4 azalmış olsa da bulaşıcı olmayan hastalıklara bağılı DALY %13’ten %14,3’e yükselmiştir (Şekil 3) (32, 33). Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışındaki en önemli etkenlerin başında ise aktif veya pasif tütün kullanımındadır (34).

Şekil 3. 2000 – 2013 yılları arasındaki DALY değişimi (32)



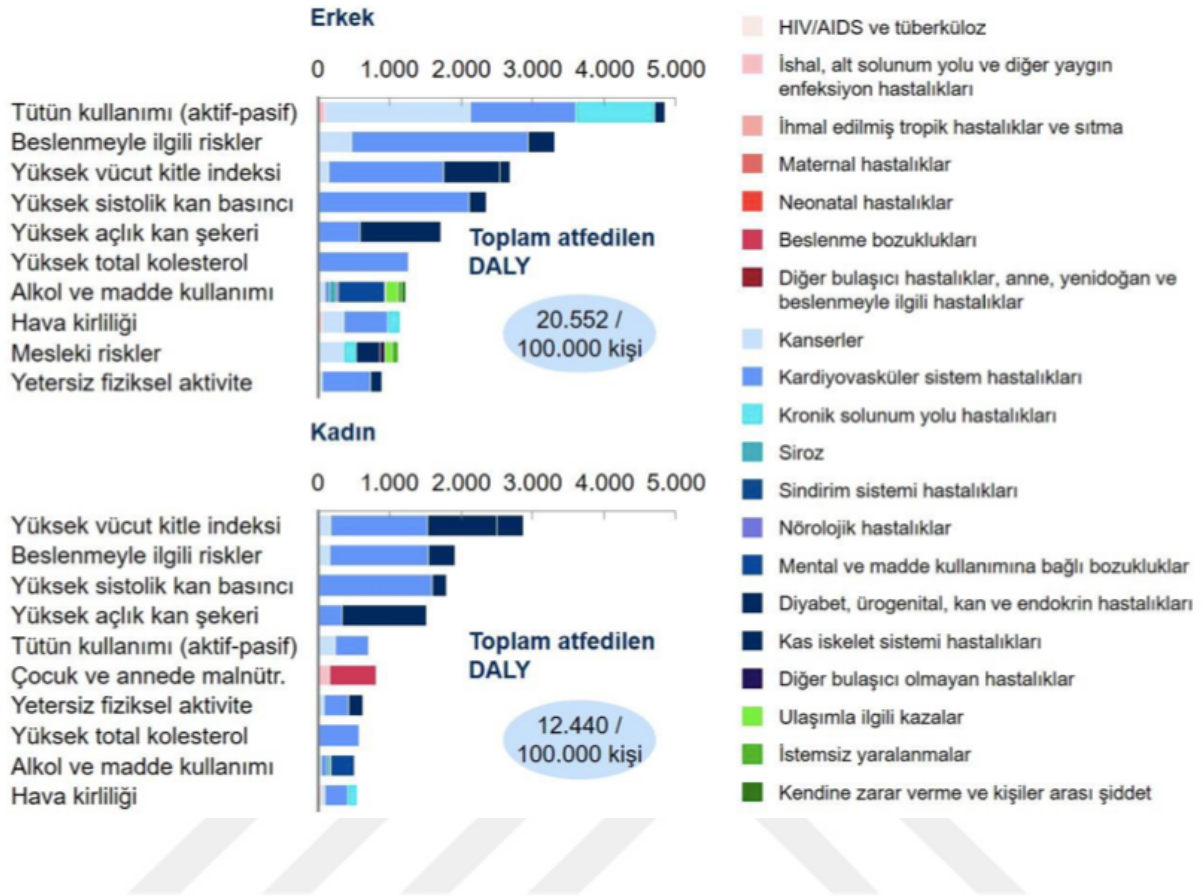
Etiyolojisinde tütün kullanımının büyük yer kapladığı ve ilk 25 DALY etkeni arasında bulunan hastalıkların 2000 – 2013 yılları arasındaki değişimine bakıldığında iskemik kalp hastalıklarının birinci sıradaki yerini koruduğunu, kronik obstrüktif akciğer hastalığının 7. sıradan 3. sıraya, trakea – bronş ve akciğer kanserlerinin 9. sıradan 7. sıraya, mide kanserlerinin ise 30. sıradan 23. sıraya yükseldiği görülmektedir (Şekil 4) (34).

Şekil 4. 2013 yılı için Türkiye’deki ilk 25 DALY nedeni ve 2000 yılına göre değişimi (34)

1 İskemik kalp hastalığı	1.490.740 (1.277.371 - 1.773.661)	%-12,66
2 Bel ve boyun ağrısı	1.413.185 (973.434 - 1.931.300)	%37,16
3 Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	790.425(654.593 - 939.808)	%10,95
4 Diyabet	764.509(602.444 - 952.152)	%65,84
5 Konjenital anomaliler	731.636 (597.693 - 866.434)	%-37,62
6 Serebrovasküler hastalık	690.648 (578.004 - 801.453)	%-10,46
7 Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	659.466(547.086 - 799.394)	%32,15
8 Depresif bozukluklar	573.726 (397.734 - 782.272)	%28,83
9 Trafik kazaları	492.952 (408.903 - 573.742)	%-14,34
10 Erken doğum komplikasyonları	489.768 (383.370 - 616.006)	%-55,62
11 Migren	467.821 (274.016 - 685.160)	%22,50
12 Deri ve subkutanöz hastalıkları	418.012(263.218 - 656.253)	%23,50
13 Demir eksikliği anemisi	387.313 (259.853 - 560.517)	%-0,06
14 Duyu organı hastalıkları	370.191(240.167 - 544.507)	%36,66
15 Alzheimer ve diğer demans hastalıkları	325.440 (272.774 - 377.987)	%52,42
16 Madde kullanım bozuklukları	324.380 (195.681 - 484.062)	%38,58
17 Kronik böbrek hastalığı	279.424 (114.772 - 337.412)	%33,20
18 Alt solunum yolu enfeksiyonları	268.647 (222.954 - 315739)	%-64,97
19 Diğer iskelet-kas sistemi hastalıkları	258.279 (178.169 - 361.909)	%48,32
20 Diğer kardiyovasküler sistem hastalıkları	254.647 (206.878 - 313.088)	%17,13
21 Anksiyete bozuklukları	238.614 (155.946 - 345.024)	%19,10
22 Diğer neonatal hastalıklar	227.151 (124.376 - 322.581)	%17,89
23 Mide kanseri	214.191 (181.118 - 254.148)	%29,67
24 Epilepsi	211.490 (147.212 - 272.500)	%18,00
25 Oral hastalıklar	206.990 (129.754 - 314.109)	%29,55

Çalışmanın sonuçları incelenmeye devam edildiğinde bulaşıcı olmayan hastalıkların DALY etkenleri arasındaki en büyük risk faktörlerinin erkekler ve kadınlar arasında farklılık gösterdiği görülse de tütün kullanımının her iki cinsiyet için de en önemli ilk 5 risk arasında bulunduğu daha da ötesi erkeklerde ilk sıraya yer aldığı dikkati çekmektedir (Şekil 5) (32).

Şekil 5. 100.000 kişi başına DALY'ye göre ilk 10 ikinci seviye risk faktörleri (32)



PASİF İÇİCİLİK, SONUÇLARI VE GEREKEN ÖNLEMLER

Pasif olarak sigara dumanına maruz kalmanın sigara içiciliğinde olduğu gibi birçok ciddi soruna yol açabildiği ortada olan bir gerçektir. Öyle ki DSÖ'nün dünya geneli için yaptığı tahminlere göre pasif içicilik sadece 2016 yılında 884.000 kişinin ölümüne yol açmıştır. Dünya genelinde pasif sigara içiciliğine atfedilebilecek DALY ise 9,5 milyon yıldan fazladır (35).

Bu sebeple, DSÖ'nün MPOWER olarak adlandırılan tütün kontrol politikasının ikinci yönergesi pasif sigara içiciliğinin önüne geçilmesi noktasında önerilerde bulunmaktadır (1). Türkiye bu pasif sigara dumanı maruziyetinin de içerisinde olduğu bu önerilerin tümünü tam anlamıyla uygulamaktadır ve bu önlemleri bütünüyle uygulayan ilk ülkedir (24, 36). Bu önlemlerin karşılığı olarak da iş yerlerinde veya halka açık alanlarda pasif sigara dumanına maruziyet prevalansı %56'dan %13'lere gerilemiştir (37).

Şekil 6. DSÖ MPOWER paket politikaları (1)

<u>Tütün</u> <u>Kullanımını</u> <u>İzlemek</u> Monitor	<u>Pasif Sigara Dumanından Korunmak</u> Protect 1. Eğitim ve sağlık kurumları ile birlikte işyerleri, restoranlar ve barlar dahil olmak üzere bütün kapalı kamusal alanlarda %100 dumansız bir çevre oluşturmak üzere yasa çıkarılıp uygulanması. <u>Tütün Kullanımının Bırakılması İçin Yardım Teklif Etmek</u> Offer 1. Sağlık sisteminin, tütün kullanımının bırakılmasını sağlıklı yaşamın ilk kuralı olarak kabul edilmesi ve ilk öncelikle önerilmesi yönünde güçlendirilmesi ile yardım hattı gibi toplumsal girişimlerin desteklenmesi ve ilaç tedavilerinin ulaşılabilir hale getirilmesi. <u>Tütünün Verdiği Zararlar Konusunda Uyarmak</u> Warn 1. Etkili olabilecek paket uyarı etiketlerinin oluşturulması. 2. Tütün karşıtı reklamların hazırlanıp gösterilmesi 3. Bağımsız meydanın tütün karşıtı aktivitelerde kullanılması <u>Tütün ile alakalı reklam, promosyon veya sponsorluklar hakkında yasakların uygulanması.</u> Enforce 1. Tütün konusunda direk olarak reklam, promosyon veya sponsorlukların engellenmesi. 2. Tütün ile yakından veya uzaktan alakalı her türlü reklam, promosyon ve sponsorluk yapılmasını engellemeye yönelik yasal düzenlemelerin hazırlanıp uygulanması.
---	---

Şekil 6 (Devam). DSÖ MPOWER paket politikaları (1)

	<u>Tütün Ürünleri Üzerindeki Vergiyi Artırmak</u> Raise 1. Tütün üzerindeki vergilerin tüketici alım gücünden daha hızlı şekilde artmasının sağlanması. 2. Tütün ürünlerinin yasadışı ticaretini en aza indirecek şekilde vergi düzenlemesinin güçlendirilmesi.
--	--

HEKİMLERDEKİ SİGARA İÇİCİLİĞİ PREVALANSI

Sağlık çalışanlarındaki sigara içiciliği durumunu ortaya koymak amacıyla düzenlenen birçok çalışmada içicilerin sıklığının gelişmiş ülkelerde azalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Örnek vermek gerekirse; İngiltere ve ABD’de sigara içiciliği sağlık çalışanları arasında %5’in altına inmiştir. Ancak bu durum gelişmekte olan ülkelerde halen amaçlanan düzeyde değildir (38).

Bangladeş, Hindistan, Malezya, Nepal ve Pakistan’da tıp öğrencileri arasında yapılan bir çalışmaya göre tıp öğrencilerinin %31,7’sinin halen veya bir dönem sigara içtiği saptanmış (39).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapmakta olan 6000’den fazla çalışanı kapsayan 2011 çalışmasına göre hekimlerdeki sigara içiciliği durumu ile ilgili veriler Tablo 5’te gösterilmiştir (27).

Tablo 5. Sağlık çalışanları arasında sigara içme oranları

Meslek	Halen sigara içenler (%)
Pratisyen Hekimler	23,9
Uzman Hekimler	12,7
Diş Hekimi ve Eczacılar	20,7
Hemşire ve Ebeler	19,2
Sağlık Teknisyenleri	23,5

HEKİMLERİN TÜTÜN KONTROLÜNDEKİ ROLLERİ

Sigara kullanıcıları, sigarayı bırakma konusundaki tutumları bakımından 5 gruba ayrılırlar.

1 - Sigarayı bırakma niyetinin olmadığı aşama (Pre-contemplation Phase): Bu grupta yer alanlar sigara ile ilgili herhangi bir yakınması bulunmayan, gelecekteki sağlıkları açısından kaygı duymayan, çoğunlukla genç yaştaki kişilerdir. Motivasyon çalışmaları yapılabilir.

2 - Sigarayı bırakmaya niyetlenme aşaması (Contemplation Phase): Bu grupta yer alanlar, genellikle uzun bir süredir sigara içmekte olan, özellikle gelecekteki sağlıkları için endişe duyan ve aklında sigarayı bırakmayı düşüncesi olan kişilerdir. Ancak bu konuda belli bir planları yoktur. Danışmanlık çalışmaları yapılabilir.

3 - Hazırlanma aşaması (Preperation Phase): Sigarayı bırakma isteği ile birlikte, bir plan hazırlamış ve sigarayı bırakma tarihini belirlemiş olan kişilerdir. Danışmanlık çalışmaları yapılabilir.

4 - Uygulama aşaması (Action Phase): Önceden belirlenmiş bırakma gününde sigaranın bırakılmasıdır. Sigaranın bırakılmasını takip eden ilk saatler günler oldukça önem taşır. Bu dönemde nikotin yoksunluğunu işaret eden belirtilerin ortaya çıkması durumunda, bunlarla baş etme sürecinde kişiler desteklenmeli, gerektiğinde ertelemeden nikotin replasman tedavisine başlanmalıdır.

5 - Devamlılık aşaması (Maintenance Phase): Sigarayı bırakmış kişilerin, bir süre sonra tekrar sigara içmeye başlayabilme olasılığı göz önünde bulundurularak yakından izlenmesidir. Mümkün olduğu takdirde her gün görüşme sağlamak gerekir (40, 41).

Gerekli müdahale çalışmalarının tüm sağlık kuruluşları ve çalışanlarınca uygulanması ile birlikte konuyla ilgili toplumsal bilincin artacağı ve bu yol ile başarıya ulaşılabilceği düşünülmektedir (5).

Bu noktada ise hekimlere;

- Rol modeli olarak,
- Klinik uygulamaları sırasında sigara içiciliğini sorgulayarak ve bırakmayı destekleyerek,
- Gerektiğinde bir eğitici olarak sigara bırakmaya yardımcı tedavilerin tıp eğitim programlarına entegre edilmesine katkıda bulunarak,
- Taşıdıkları bilim insanı apoletleri ile araştırmalarda yer alarak,
- Fikir önderliği sıfatları ile gerek toplumda gerekse meslektaşları arasında tütün kontrolünün önemine dikkat çekerek tütün kontrolünün en kilit rolünü üstlenmek düşmektedir.

HASTALARIN UYMASI ÖNERİLEN BIRAKMA PLANI

Sigara bırakma yolunda hastaların yapması gerekenler sırasıyla;

1. Sigarayı bırakmak istediklerinden emin olmaları
2. Sigarayı bırakma nedenlerinden emin olmaları
3. Kendilerine sigarayı bırakacakları bir gün belirlemeleri
4. Daha öncesinde azaltmayı denemeksizin belirlenen günde sigarayı bırakmaları
5. Arkadaşlarından kendilerine sigara vermemelerini istemeleri
6. Yeniden başlama riskinin genellikle ilk 4-6 haftalık süreçte görülmesine rağmen ilk 6 ay süresince iradenizi güçlü tutmaya çalışmaları
7. Gerginlik, konsantrasyon güçlüğü gibi olası problemlerle nasıl baş edeceklerini önceden belirlemeleri
8. Sigara için harcamış olacakları parayı biriktirmeleri ve kendilerini ödüllendirmeleridir (42).

HEKİMLERİN UYMASI ÖNERİLEN YAKLAŞIM – 5Ö (5A) / (5R)

Hekimlerin sigara kullanan hastalarına sigarayı bıraktırma noktasındaki yaklaşım stratejileri hastalarının sigarayı bırakmaya niyetli olup olmamasına göre farklılık gösterebilir.

Sigarayı bırakmaya niyeti olan hastalarına karşı yaklaşım stratejisi;

1. **ÖĞREN (ASK)** : Başvuran herkesin sigara içme durumunun öğrenilmesi,
 2. **ÖNER (ADVICE)** : Sigara içen her başvurana bırakma önerisinde bulunulması,
 3. **ÖLÇ (ASSESS)** : Hastanın nikotin bağımlılık düzeyinin ölçülmesi,
 4. **ÖNDERLİK ET (ASSIST)** : Bırakma niyetindeki hastaya davranışsal ve/veya farmakolojik tedavi yöntemleri ile yardımcı olunması,
 5. **ÖRGÜTLE (ARRANGE)** : Bir sonraki görüşmenin planlanması (30)
- şeklinde kurulması daha uygun iken, sigarayı bırakmaya niyetli olmayan hastalarına ise
1. **İLİŞKİLENDİR (RELEVANCE)** : Sigaranın zararlarının hastaya özel durumlarla ilişkilendirilmesi,
 2. **RİSK DEĞERLENDİRMESİ (RISKS)** : Sigaranın genel zararlarının hasta özelinde ele alınması,
 3. **ÖDÜLLENDİRME (REWARDS)** : Hastanın sigarayı bırakması durumunda elde edeceği her türlü düzelme ve iyileşmenin ele alınması,
 4. **ENGELLER (ROADBLOCKS)** : Hastanın sigarayı bırakmasını engelleyen faktörlerin öğrenilmesi ve bu engellerin ayrı ayrı ele alınarak aşılmaya çalışılması,
 5. **TEKRARLAMA (REPETITION)** : Her görüşmede motivasyon çalışması yapılması
- şeklinde bir yaklaşımda bulunulması daha etkin sonuç alınmasına yardımcı olabilmektedir (30).

Hastaların sigara bırakma konusunda başarılı olunmasına yardımcı olmak amacıyla kullanılan çeşitli farmakolojik tedavi yaklaşımları vardır. Bu yaklaşımlar ana olarak nikotin replasman tedavileri ve nikotin bağımsız tedaviler olarak iki grupta ele alınabilir.

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Hastanın ölçülen nikotin bağımlılığı orta - yüksek düzeyde ise, hastanın içtiği günlük sigara sayısı 15'i geçiyorsa veya bağımlılığı hafif düzeyde olmasına rağmen kullandığı diğer yöntemlerden yarar görmemişse NRT düşünülebilir. NRT ile vücuda alınan nikotinin dozu, sigara içimiyle alınandan çok daha düşük düzeyde olmasına rağmen uzun vadede sigarayı bırakma başarısını iki kat artırır. Bu tedavi grubunda Nikotin bandı, Nikotin burun spreyi, Nikotin sakızı, Nikotin dilaltı tableti, Nikotin pastili ve Nikotin inhalatörü bulunur. Genel olarak güvenilir bir tedavi metodolojisi olmasına rağmen NRT; gebelerde, emziren kadınlarda, 18 yaşından küçüklerde, yakın dönemde miyokard enfarktüsü geçirenlerde, unstable anginası ve aritmileri olanlarda kontrendikedir (30).

Nikotin İçermeyen Farmakoterapi

Bupropion: Trisiklik Antidepresanlar arasında yer almayan, aminoketon bir antidepresandır. Sigarayı bırakma ve bırakmışlığı sürdürme başarısını plaseboya göre önemli ölçüde yükseltir. Nikotin yoksunluğu belirtilerinin sıklığının ve etkilerinin azalmasını sağlar. Tedavinin başlamasından sonraki 7 - 14 gün içinde olması gereken ve önceden belirlenmesi önerilen sigara gününde sigara bırakılır. Bu süre içerisinde sigara içmeye devam edilir. Tedavi ara verilmeksizin en az 8 hafta sürdürülmelidir (43).

Vareniklin: Sahip olduğu agonist ve antagonist fonksiyonları sayesinde etkisini gösterir (30). 12 ay sigara içmeden kalma başarısını plaseboya göre 3,22 kat, bupropiona göre 1,66 kat artırır (44). Tedavinin başlamasından sonraki 8 gün içinde olması gereken ve önceden belirlenmesi önerilen sigara gününde sigara bırakılır. Bu süre içerisinde sigara içmeye devam edilir. Tedavi ara verilmeksizin en az 12 hafta sürdürülmelidir (43).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan hekimlerin sigara içiciliği durumlarının hastalarını sigarayı bırakmaya yönlendirmesine olan etkisini ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir.

Çalışmanın veri toplanması sürecine, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilen 19.02.2018 tarih ve 03/08 sayılı etik kurul onayı (Ek-1) ve aile sağlığı merkezlerinde hekimlere anket uygulaması yapabilmek için Edirne Halk Veri toplanması sürecinde Edirne il merkezinde hizmet vermekte olan 23 Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan 53 aile hekiminden 51'ine ulaşılabilmektedir. Veri toplama süreci 1 Mart 2018 – 1 Haziran 2018 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Veri toplanması amacıyla kullanılan ankette katılımcıların demografik özelliklerini, sigara içiciliği durumlarını, hastalarına sigara konusundaki yaklaşımlarını, sigara bıraktırma konusundaki bilgi düzeylerini ortaya koymayı amaçlayan sorular ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) soruları mevcuttu. Sonuçlar incelenirken katılımcılar, ankette yer alan soruya göre “Sigara İçmeyenler”, “Sigarayı Bırakmış Olanlar” ve “Sigara İçenler” olarak sınıflandırılmasının yanı sıra anketin ortaya çıkardığı bu üç grubun ilgili ikisini birleştirilip diğerinin dışarıda bırakılması ile oluşturulan “Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamış Olanlar - Olmayanlar”, “Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürenler - Sürdürmeyenler” ve “Sigara Öyküsü Olanlar - Olmayanlar” grupları altında da sınıflandırıldı ve tüm bu durumların hastalara nasıl yansıdığı incelendi. Ankette bulunan ve “Her zaman”, “Genellikle”, “Bazen” ve “Asla” seçeneklerine sahip tutum soruları, sorunun içerdiği önermenin olumluluk durumuna göre “Her zaman” ve “Genellikle” seçenekleri “Olumlu Tutum” geri kalanları ise “Olumsuz Tutum” veya tam tersi şeklinde sadeleştirilmiştir.

Anketin 16. Sorusuna denk gelen “Sigarayı Bırakmayı Düşünen Her Hastama Medikal Tedavi Öneririm” sorusu da benzer özellikte olmasına rağmen sorunun içerdiği önerme sebebiyle benzerlerinden farklı olarak “Her zaman” ve “Asla” “Olumsuz Tutum”, diğer cevaplar ise “Olumlu Tutum” olarak değerlendirilmiştir. “Katılıyorum” ve “Katılmıyorum” seçeneklerine sahip olan tutum soruları ise yine sorunun içerdiği önermenin olumluluk durumuna göre “Olumlu Tutum” ve “Olumsuz Tutum” olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen tüm tutum soruları her bir katılımcı için değerlendirilerek katılımcının “Olumlu Tutum” gösterdiği soruların tüm tutum soruları içerisindeki oranının yüzde cinsinden değeri hesaplanmış ve “Tutum Puanı” olarak adlandırılmıştır.

Aynı şekilde tüm bilgi soruları da her bir katılımcı için değerlendirilerek katılımcının doğru cevap verdiği soruların tüm bilgi soruları içerisindeki oranının yüzde cinsinden değeri hesaplanmış ve “Bilgi Puanı” olarak adlandırılmıştır.

Hekimlerin sigara bıraktırma konusu ile ilgili bilgi ve tutum düzeyini ölçen bir ölçeğin var olmaması sebebiyle; anketin direkt olarak ortaya çıkardığı veya birleştirme işlemi ile oluşturulan tüm sigara içiciliği kategorileri ve demografik özellikleri hem katılımcıların her bir bilgi ve tutum sorusuna verdikleri cevaplar ile oluşturulan çapraz tabloların ki-kare testi ile, hem de elde edilen “Bilgi Puanı” ve “Tutum Puanı” verileri ile Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, One-Way ANOVA veya Student-t testlerinden uygun olanı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Değişkenlerin dağılım özelliklerini belirlenmek amacıyla Shapiro Wilk’s testi kullanılmıştır. 0,05’in altındaki p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizler için “SPSS for Windows 20.0” kullanıldı.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Karl O. Fagerström tarafından sigaraya olan fiziksel bağımlılık düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiş olan kapalı uçlu özellikte altı sorudan oluşmaktadır. Testten alınan sonucun artıyor olması sigara bağımlılığı düzeyinin arttığını göstermektedir.

FNBT’nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği 2004’te Uysal ve arkadaşları tarafından kanıtlanmıştır (45).

FNBT değerlendirilmesi Tablo 6’de gösterilmiştir (45).

Tablo 6. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Değerlendirilmesi

0 – 3 Puan	Hafif Düzeyde Bağımlılık
4 – 7 Puan	Orta Düzeyde Bağımlılık
7 – 10 Puan	Yüksek Düzeyde Bağımlılık

BULGULAR

Çalışmaya 51 hekim katıldı. Katılımcıların %39,2'si kadın (n=20), %60,8'i erkekti (n=31). Hiç sigara içmemiş katılımcıların sayısı 17 (%33,3), sigarayı bırakmış katılımcıların sayısı 19 (%37,3) ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların sayısı ise 15 (%29,4) idi. Katılımcıların sigara içiciliği durumlarının cinsiyete göre dağılımları Tablo 7'da gösterilmiştir.

Tablo 7. Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyete göre sigara içme durumları

	Cinsiyet		Toplam n (%)
	Kadın n (%)*	Erkek n (%)*	
Hiç sigara içmemiş	11 (21,6)	6 (11,8)	17 (33,3)
Sigarayı bırakmış	7 (13,7)	12 (23,5)	19 (37,3)
Sigara içiyor	2 (3,9)	13 (25,5)	15 (29,4)
Toplam	20 (60,8)	31 (39,2)	51 (100)

* Toplam içerisindeki yüzdesi.
Ki-kare = 8,89; p = 0,012.

Tablo 7'da görüldüğü gibi katılımcıların sigara içiciliği durumları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Bu anlamlı farklılığı daha yakından incelemek için katılımcıların cinsiyetlerinin sigara öyküsü durumu (Tablo 8), başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlığı durumu (Tablo 9) ve sigara bağımlısı olarak yaşamını sürdürme durumuna (Tablo 10) göre karşılaştırıldığında erkek katılımcıların anlamlı derecede daha fazla bir bölümünün hem sigara öyküsünün olduğunu hem de sigara bağımlılığının devam ettiğini, diğer karşılaştırmada ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın mevcut olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 8. Katılımcıların cinsiyete göre sigara öyküsü durumları karşılaştırması

	Cinsiyet		Toplam n (%)
	Kadın n (%)*	Erkek n (%)*	
Sigara öyküsü olanlar	9 (45)	25 (80,6)	34 (37,3)
Diğerleri	11 (55)	6 (19,4)	17 (29,4)
Toplam	20 (100)	31 (100)	51 (100)

* Cinsiyet içerisindeki yüzdesi.

Ki-kare = 6,95; $p = 0,008$.

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyete göre başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlığı durumu karşılaştırması

	Cinsiyet		Toplam n (%)
	Kadın n (%)*	Erkek n (%)*	
Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamış Olanlar	7 (35,0)	12 (38,7)	19 (37,3)
Diğerleri	13 (65,0)	19 (61,3)	32 (62,7)
Toplam	20 (100)	31 (100)	51 (100)

* Cinsiyet içerisindeki yüzdesi.

Ki-kare = 0,072; $p = 0,789$.

Tablo 10. Katılımcıların cinsiyete göre sigara bağımlısı olarak yaşamını sürdürme durumu karşılaştırması

	Cinsiyet		Toplam n (%)
	Kadın n (%)*	Erkek n (%)*	
Şuanda Sigara Bağımlısı Olanlar	2 (10,0)	13 (41,9)	15 (29,4)
Diğerleri	18 (90,0)	18 (58,1)	36 (70,6)
Toplam	20 (100)	31 (100)	51 (100)

* Cinsiyet içerisindeki yüzdesi

Ki-kare = 5,972; $p = 0,015$.

Katılımcıların “Bilgi Puanı” (Tablo 11) ve “Tutum Puanı” (Tablo 12) cinsiyete göre değerlendirildiğinde, yukarıda bahsedilen çeşitli sigara durumlarının aksine beklendiği üzere kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 11. Katılımcıların cinsiyete göre Bilgi Puanı

Bilgi Puanı	Kadın	Erkek
Ortalama	70,5 ± 9,8	67,74 ± 14,5

t = -0,744; $p = 0,46$.

Tablo 12. Katılımcıların cinsiyete göre Tutum Puanı

Tutum Puanı	Kadın	Erkek
Sıra Ortalaması	28,8	24,2

Mann-Whitney-U = 254; $p = 0,276$.

Bilgi Puanı’nı cinsiyetin yanı sıra medeni durum (Tablo 13), sigara kullanımı durumu (Tablo 14), başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlığı durumu (Tablo 15), sigara öyküsü durumu (Tablo 16) ve sigara bağımlısı olarak yaşamını sürdürme durumuna (Tablo 17) göre uygun testlerle değerlendirdiğimizde, ilgili tablolarda da görüleceği üzere hiçbir durumda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 13. Katılımcıların Bilgi Puanı'nın medeni durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Evli	Bekar	Dul
n (Ortalama)	44 (69,7 ± 11,7)	4 (67,5 ± 10,4)	3 (56,67 ± 27,5)

One-Way ANOVA = 1,510; p = 0,231.

Tablo 14. Katılımcıların Bilgi Puanı'nın sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Sigara Kullanım Durumu		
	Hayır, hiç kullanmadım	Bıraktım	Evet
n (Sıra Ortalaması)	17 (30,71)	19 (25,55)	15 (21,23)

Kruskal Wallis = 3,319; p = 0,190.

Tablo 15. Katılımcıların hesaplanan Bilgi Puanı'nın başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlığı durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Başarılı Sigara Deneyimi Yaşamışlık Durumu	
	Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Olanlar	Diğerleri
n (Ortalama)	18 (68,3 ± 11,3)	32 (68,5 ± 13,6)

t = -0,68; p = 0,946.

Tablo 16. Katılımcıların hesaplanan Bilgi Puanı'nın başarılı sigara öyküsü durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Sigara Öyküsü Durumu	
	Sigara Öyküsü Olanlar	Diğerleri
n (Sıra Ortalaması)	34 (23,6)	17 (30,7)

Mann-Whitney-U = 209; p = 0,107.

Tablo 17. Katılımcıların hesaplanan Bilgi Puanı'nın başarılı sigara bağımlısı olarak yaşamını sürdürme durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Sigara Bağımlısı Olarak Yaşamını Sürdürme Durumu	
	Şuanda Sigara Bağımlısı Olanlar	Diğerleri
n (Sıra Ortalaması)	15 (21,2)	36 (27,9)

Mann-Whitney-U = 198,5; p = 0,136.

Bilgi Puanı'na benzer şekilde Tutum Puanı'nın da cinsiyetin yanı sıra medeni durum (Tablo 18), sigara kullanımı durumu (Tablo 19), başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlığı durumu (Tablo 20), sigara öyküsü durumu (Tablo 21) ve sigara bağımlısı olarak yaşamını sürdürme durumuna (Tablo 22) göre uygun testlerle değerlendirdiğimizde, Tutum Puanı'nın sigara öyküsü olan katılımcılarda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (p=0,037). Diğer karşılaştırmalarda ise ilgili tablolarda da görüleceği üzere istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 18. Katılımcıların hesaplanan Tutum Puanı'nın medeni durumlarına göre karşılaştırılması

Tutum Puanı	Evli	Bekar	Dul
n (Sıra Ortalaması)	44 (25,9)	4 (29,8)	3 (21,8)

Kruskal Wallis = 0,517; p = 0,772.

Tablo 19. Katılımcıların hesaplanan Tutum Puanı'nın sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Sigara Kullanım Durumu		
	Hayır, hiç kullanmadım	Bıraktım	Evet
n (Sıra Ortalaması)	17 (19,9)	19 (29,61)	15 (28,3)

Kruskal Wallis = 4,414; p = 0,110.

Tablo 20. Katılımcıların hesaplanan Tutum Puanı'nın başarılı sigara bırakmışlık deneyimi durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Olanlar	Diğerleri
n (Sıra Ortalaması)	19 (29,6)	32 (23,8)

Mann-Whitney-U = 235,5; p = 0,178.

Tablo 21. Katılımcıların hesaplanan Tutum Puanı'nın başarılı sigara öyküsü durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Sigara Öyküsü Durumu	
	Sigara Öyküsü Olanlar	Diğerleri
n (Sıra Ortalaması)	34 (29,04)	17 (19,91)

Mann-Whitney-U = 185,5; p = 0,037.

Tablo 22. Katılımcıların hesaplanan Tutum Puanı'nın başarılı sigara bağımlısı olarak yaşamını sürdürme durumlarına göre karşılaştırılması

Bilgi Puanı	Sigara Bağımlısı Olarak Yaşamını Sürdürme Durumu	
	Şuanda Sigara Bağımlısı Olanlar	Diğerleri
n (Sıra Ortalaması)	15 (28,33)	36 (25,03)

Mann-Whitney-U = 235; p = 0,466.

Her bir bilgi sorusu; cinsiyet (Tablo 23), sigara kullanım durumu (Tablo 24) ve başarılı sigara bırakmışlık deneyimi durumu (Tablo 25) değişkenleri ile ki-kare testlerinden faydalanılarak karşılaştırılmıştır. Ortaya çıkan istatistiksel veriler ilgili tablonun altında açıklanmıştır.

Tablo 23. Cinsiyete göre her bir bilgi sorusunun doğru cevaplarının değerlendirilmesi

Bilgi Soruları	Cinsiyet	Erkek n (%)	Kadın n (%)	p Değeri
29. Nikotin sakızı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılır.		9 (29,0)	8 (42,1)	0,373
30. Nikotin bandı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılabilir.		12 (38,7)	9 (47,4)	0,570
31. Bupropion (ZYBAN) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		26 (86,7)	16 (84,2)	1,0
32. Vareniklin (CHAMPIX) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		29 (93,5)	16 (84,2)	0,355
33. Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir.		16 (51,6)	14 (77,8)	0,127
34. Bitkisel ilaçlar sigarayı bırakma tedavisinde etkilidir.		25 (80,6)	17 (89,5)	0,693
35. Sigarayı bırakma tedavileri en az 1 yıl süresince kullanılmalıdır.		20 (64,5)	10 (52,6)	0,553
36. Sigara içen yaşlı hastalarda sigarayı bıraktırma tedavileri uygulanmamalıdır.		23 (74,2)	14 (73,7)	1,0
37. Nikotin bandı veya sakızının herhangi bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.		24 (77,4)	15 (78,9)	1,0
38. Nikotin bantları KAH öyküsü bulunan hastalarda güvenle kullanılabilir.		22 (71,0)	16 (88,9)	0,178
39. Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır.		21 (67,7)	18 (94,7)	0,035
40. Aynı anda iki farklı yöntemin bir arada kullanılması sakıncalıdır.		21 (67,7)	13 (68,4)	1,0
41. İleri derece nikotin bağımlılarında nikotin sakızı ve bandını yüksek dozlarda kullanabiliriz.		17 (54,8)	10 (55,6)	1,0
42. Var ise önceden kullandığı yöntemi kullanmak yeterince etkili sonuç vermeyebilir.		23 (74,2)	77 (57,9)	0,349
43. Sigara bırakma tedavilerinin etkinliği cinsiyete bağlı olarak değişmez.		17 (54,8)	8 (42,1)	0,561
44. Farmakolojik tedavi ile uzun süreli sigara bırakma oranları yalnızca %10 civarındadır.		18 (58,1)	14 (73,7)	0,366
45. Nikotin aslında bağımlılık potansiyeli açısından çok yukarılarda değildir.		21 (67,7)	13 (68,4)	1,0
46. Sigarayı bırakmak bir davranış değişikliğidir.		30 (96,8)	17 (94,4)	1,0
47. En sık relapsların yaşandığı evre "Bırakmayı Deneme" evresidir.		26 (83,9)	17 (89,5)	0,695
48. Sigarayı bırakma sürecinde relaps riski 1 yıl sonra ortadan kalkar.		20 (64,5)	12 (63,2)	1,0

* Her bir cinsiyet altgrubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 23’te görüleceği gibi sadece anketin 39. sorusuna denk gelen “Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır” önermesine erkek katılımcıların anlamlı derecede daha büyük bir bölümü “Katılıyorum” cevabını vererek hatalı olmuşlardır. Bunun dışındaki soruları doğru cevaplama başarısı, kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 24’te görüleceği gibi sadece anketin 39. sorusuna denk gelen “Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır” önermesine hiç sigara kullanmamış ve dolayısıyla sigara öyküsü olmayan katılımcıların anlamlı derecede daha büyük bir bölümü “Katılmıyorum” diyerek doğruyu işaretlemişlerdir. Bunun dışındaki soruları doğru cevaplama başarısı, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 25’e bakıldığında hiçbir bilgi sorusunun doğru cevaplanmasında, başarılı sigara bırakmışlık deneyiminin anlamlı bir farklılık yaratmadığı görölmektedir.

Tablo 24. Sigara kullanım durumuna göre her bir bilgi sorusunun doğru cevaplarının değerlendirilmesi

Bilgi Soruları	Sigara Kullanım Durumu	Hiç kullanmadım n (%)	Bıraktım n (%)	Kullanıyorum n (%)	p Değeri
29. Nikotin sakızlı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılır.		6 (37,5)	7 (36,8)	4 (26,7)	0,773
30. Nikotin bandı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılabilir.		8 (50,0)	10 (52,6)	3 (20,0)	0,118
31. Bupropion (ZYBAN) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		12 (75,0)	17 (89,5)	13 (92,9)	0,316
32. Vareniklin (CHAMPIX) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		14 (87,5)	16 (84,2)	15 (100)	0,289
33. Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir.		11 (73,3)	13 (68,4)	6 (40,0)	0,123
34. Bitkisel ilaçlar sigarayı bırakma tedavisinde etkilidir.		14 (87,5)	16 (84,2)	12 (80,0)	0,850
35. Sigarayı bırakma tedavileri en az 1 yıl süresince kullanılmalıdır.		11 (68,8)	12 (63,2)	7 (46,7)	0,427
36. Sigara içen yaşlı hastalarda sigarayı bıraktırma tedavileri uygulanmamalıdır.		12 (75,0)	16 (84,2)	9 (60,0)	0,277
37. Nikotin bandı veya sakızının herhangi bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.		12 (75,0)	17 (89,5)	10 (66,7)	0,264
38. Nikotin bantları KAH öyküsü bulunan hastalarda güvenle kullanılabilir.		13 (81,2)	15 (83,3)	10 (66,7)	0,474
39. Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır.		16 (100)	12 (63,2)	11 (73,3)	0,028
40. Aynı anda iki farklı yöntemin bir arada kullanılması sakıncalıdır.		12 (75,0)	15 (78,9)	7 (46,7)	0,103
41. İleri derece nikotin bağımlılarında nikotin sakızlı ve bandını yüksek dozlarda kullanabiliriz.		9 (56,2)	9 (50,0)	9 (60,0)	0,842
42. Var ise önceden kullandığı yöntemi kullanmak yeterince etkili sonuç vermeyebilir.		12 (75,0)	12 (63,2)	10 (66,7)	0,749
43. Sigara bırakma tedavilerinin etkinliği cinsiyete bağlı olarak değişmez.		7 (43,8)	8 (42,1)	10 (66,7)	0,303
44. Farmakolojik tedavi ile uzun süreli sigara bırakma oranları yalnızca %10 civarındadır.		13 (81,2)	10 (52,6)	9 (60,0)	0,198
45. Nikotin aslında bağımlılık potansiyeli açısından çok yukarılarda değildir.		13 (81,2)	13 (68,4)	8 (53,3)	0,250
46. Sigarayı bırakmak bir davranış değişikliğidir.		16 (100)	17 (94,4)	14 (93,3)	0,595
47. En sık relapsların yaşandığı evre "Bırakmayı Deneme" evresidir.		15 (93,8)	14 (73,7)	14 (93,3)	0,145
48. Sigarayı bırakma sürecinde relaps riski 1 yıl sonra ortadan kalkar.		11 (68,8)	13 (68,4)	8 (53,3)	0,589

* Her bir sigara kullanma durumu altgrubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 25. Başarılı sigara bırakmışlık deneyimi durumuna göre her bir bilgi sorusunun doğru cevaplarının değerlendirilmesi

Bilgi Soruları	Başarılı Sigara Bırakmışlık Deneyimi Durumu	Deneyimi Olanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
29. Nikotin sakızı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılır.		7 (36,8)	10 (32,3)	0,767
30. Nikotin bandı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılabilir.		10 (52,6)	11 (35,5)	0,255
31. Bupropion (ZYBAN) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		17 (89,5)	25 (83,3)	0,691
32. Vareniklin (CHAMPIX) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		16 (84,2)	29 (93,5)	0,355
33. Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir.		13 (68,4)	17 (56,7)	0,550
34. Bitkisel ilaçlar sigarayı bırakma tedavisinde etkilidir.		16 (84,2)	26 (83,9)	0,975
35. Sigarayı bırakma tedavileri en az 1 yıl süresince kullanılmalıdır.		12 (63,2)	18 (58,1)	0,774
36. Sigara içen yaşlı hastalarda sigarayı bıraktırma tedavileri uygulanmamalıdır.		16 (84,2)	21 (67,7)	0,320
37. Nikotin bandı veya sakızının herhangi bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.		17 (89,5)	22 (71,0)	0,170
38. Nikotin bantları KAH öyküsü bulunan hastalarda güvenle kullanılabilir.		15 (83,3)	23 (74,2)	0,724
39. Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır.		12 (63,2)	27 (87,1)	0,078
40. Aynı anda iki farklı yöntemin bir arada kullanılması sakıncalıdır.		15 (78,9)	19 (61,3)	0,228
41. İleri derece nikotin bağımlılarında nikotin sakızı ve bandını yüksek dozlarda kullanabiliriz.		9 (50,0)	18 (58,1)	0,767
42. Var ise önceden kullandığı yöntemi kullanmak yeterince etkili sonuç vermeyebilir.		12 (63,2)	22 (71,0)	0,756
43. Sigara bırakma tedavilerinin etkinliği cinsiyete bağlı olarak değişmez.		8 (42,1)	17 (54,8)	0,561
44. Farmakolojik tedavi ile uzun süreli sigara bırakma oranları yalnızca %10 civarındadır.		10 (52,6)	22 (71,0)	0,233
45. Nikotin aslında bağımlılık potansiyeli açısından çok yukarılarda değildir.		13 (68,4)	21 (67,7)	1,0
46. Sigarayı bırakmak bir davranış değişikliğidir.		17 (94,4)	30 (96,8)	1,0
47. En sık relapsların yaşandığı evre "Bırakmayı Deneme" evresidir.		14 (73,7)	29 (93,5)	0,089
48. Sigarayı bırakma sürecinde relaps riski 1 yıl sonra ortadan kalkar.		13 (68,4)	19 (61,3)	0,764

* Her bir başarılı sigara bırakmışlık deneyimi alt grubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 26. Sigara öyküsü durumuna göre her bir bilgi sorusunun doğru cevaplarının değerlendirilmesi

Bilgi Soruları	Sigara Öyküsü Durumu	Sigara Öyküsü Olanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
29. Nikotin sakızı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılır.		11 (32,4)	6 (37,5)	0,720
30. Nikotin bandı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılabilir.		13 (38,2)	8 (50,0)	0,432
31. Bupropion (ZYBAN) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		30 (90,9)	12 (75,0)	0,136
32. Vareniklin (CHAMPIX) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		31 (91,2)	14 (87,5)	0,686
33. Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir.		19 (55,9)	11 (73,3)	0,248
34. Bitkisel ilaçlar sigarayı bırakma tedavisinde etkilidir.		28 (82,4)	14 (87,5)	0,643
35. Sigarayı bırakma tedavileri en az 1 yıl süresince kullanılmalıdır.		19 (55,9)	11 (68,8)	0,386
36. Sigara içen yaşlı hastalarda sigarayı bıraktırma tedavileri uygulanmamalıdır.		25 (73,5)	12 (75,0)	0,912
37. Nikotin bandı veya sakızının herhangi bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.		27 (79,4)	12 (75,0)	0,725
38. Nikotin bantları KAH öyküsü bulunan hastalarda güvenle kullanılabilir.		25 (75,8)	13 (81,2)	0,666
39. Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır.		23 (67,6)	16 (100)	0,010
40. Aynı anda iki farklı yöntemin bir arada kullanılması sakıncalıdır.		22 (64,7)	12 (75,0)	0,467
41. İleri derece nikotin bağımlılarında nikotin sakızı ve bandını yüksek dozlarda kullanabiliriz.		18 (54,5)	9 (56,2)	0,910
42. Var ise önceden kullandığı yöntemi kullanmak yeterince etkili sonuç vermeyebilir.		22 (64,7)	12 (75,0)	0,467
43. Sigara bırakma tedavilerinin etkinliği cinsiyete bağlı olarak değişmez.		18 (52,9)	7 (43,8)	0,544
44. Farmakolojik tedavi ile uzun süreli sigara bırakma oranları yalnızca %10 civarındadır.		19 (55,9)	13 (81,2)	0,081
45. Nikotin aslında bağımlılık potansiyeli açısından çok yukarılarda değildir.		21 (61,8)	13 (81,2)	0,168
46. Sigarayı bırakmak bir davranış değişikliğidir.		31 (93,9)	16 (100)	0,315
47. En sık relapsların yaşandığı evre "Bırakmayı Deneme" evresidir.		28 (82,4)	15 (93,8)	0,279
48. Sigarayı bırakma sürecinde relaps riski 1 yıl sonra ortadan kalkar.		21 (61,8)	11 (68,8)	0,631

* Her bir sigara öyküsü durumu altgrubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 27. Sigara bağımlılığı ile yaşamını sürdürme durumuna göre her bir bilgi sorusunun doğru cevaplarının değerlendirilmesi

Bilgi Soruları	Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu	Yaşamını Sigara Bağımlılığı ile Sürdürenler n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
29. Nikotin sakızı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılır.		4 (26,7)	14 (37,1)	0,474
30. Nikotin bandı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılabilir.		3 (20,0)	18 (51,4)	0,039
31. Bupropion (ZYBAN) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		13 (92,9)	29 (82,9)	0,366
32. Vareniklin (CHAMPIX) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		15 (100)	30 (85,7)	0,123
33. Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir.		6 (40,0)	24 (70,6)	0,043
34. Bitkisel ilaçlar sigarayı bırakma tedavisinde etkilidir.		12 (80,0)	30 (85,7)	0,614
35. Sigarayı bırakma tedavileri en az 1 yıl süresince kullanılmalıdır.		7 (46,7)	23 (65,7)	0,208
36. Sigara içen yaşlı hastalarda sigarayı bıraktırma tedavileri uygulanmamalıdır.		9 (60,0)	28 (80,0)	0,140
37. Nikotin bandı veya sakızının herhangi bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.		10 (66,7)	29 (82,9)	0,205
38. Nikotin bantları KAH öyküsü bulunan hastalarda güvenle kullanılabilir.		10 (66,7)	28 (82,4)	0,225
39. Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır.		11 (73,3)	28 (80,0)	0,602
40. Aynı anda iki farklı yöntemin bir arada kullanılması sakıncalıdır.		7 (46,7)	27 (77,1)	0,034
41. İleri derece nikotin bağımlılarında nikotin sakızı ve bandını yüksek dozlarda kullanabiliriz.		9 (60,0)	18 (52,9)	0,647
42. Var ise önceden kullandığı yöntemi kullanmak yeterince etkili sonuç vermeyebilir.		10 (66,7)	24 (68,6)	0,895
43. Sigara bırakma tedavilerinin etkinliği cinsiyete bağlı olarak değişmez.		10 (66,7)	15 (42,9)	0,123
44. Farmakolojik tedavi ile uzun süreli sigara bırakma oranları yalnızca %10 civarındadır.		9 (60,0)	23 (65,7)	0,700
45. Nikotin aslında bağımlılık potansiyeli açısından çok yukarılarda değildir.		8 (53,3)	26 (74,3)	0,146
46. Sigarayı bırakmak bir davranış değişikliğidir.		14 (93,3)	33 (97,1)	0,544
47. En sık relapsların yaşandığı evre "Bırakmayı Deneme" evresidir.		14 (93,3)	29 (82,9)	0,328
48. Sigarayı bırakma sürecinde relaps riski 1 yıl sonra ortadan kalkar.		8 (53,3)	24 (68,6)	0,304

* Her bir sigara bağımlılığı ile yaşamını sürdürme durumu altgrubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 28. Cinsiyete göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Cinsiyet	Erkek n (%)	Kadın n (%)	p Değeri
Tutum Soruları			
11. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptomu var ise sorgularım.	5 (16,1)	0 (0)	0,059
12. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptom varlığı gözetmeksizin sorgularım.	16 (51,6)	13 (65,0)	0,346
13. Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim.	25 (80,6)	19 (95,0)	0,146
14. Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım.	24 (77,4)	17 (85,0)	0,506
15. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın bunu ancak kendi başlarına mücadele ederek yapabileceklerini söylerim.	13 (41,9)	13 (65,0)	0,108
16. Sigarayı bırakmayı düşünen her hastama medikal tedavi öneririm.	21 (67,7)	14 (70,0)	0,865
17. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın uygun yardımı almalarını sağlarım.	25 (80,6)	17 (85,0)	0,690
18. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın bu fikirlerini kendilerinin değiştirmesini beklerim.	21 (67,7)	14 (70,0)	0,865
19. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigaranın kendisine ve çevresine verdiği zararların tamamını bildiğinden emin olurum.	22 (71,0)	16 (80,0)	0,470
20. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigarayı bırakmakla elde edeceği kazançları hatırlatırım.	26 (83,9)	18 (90,0)	0,535
21. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın önündeki en büyük engeli sorgularım.	19 (61,3)	16 (80,0)	0,160
22. Sigarayı bırakacak olan hastalarımın, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm.	23 (74,2)	15 (75,0)	0,949
23. Sigara kullanan hastalarımın her başvurusunda sigara bıraktırma konusunda gerekli olan tüm desteği sağlarım.	18 (60,0)	12 (60,0)	1,0
24. Sigarayı bırakan hastalarımın, bırakma günü veya en geç 1 hafta içerisinde görüşmeye çağırırım.	11 (35,5)	9 (45,0)	0,497
25. Sigarayı bırakan hastalarımın yaşadığı değişimleri sorarım.	23 (74,2)	14 (70,0)	0,743
26. Sigarayı bırakan hastalarımın, bu davranışı devam ettirmesine yardımcı olmak için her görüşmede tebrik ederim.	28 (90,3)	20 (100)	0,152

Tablo 28 (Devam). Cinsiyete göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Cinsiyet	Erkek	Kadın	p Değeri
Tutum Soruları	n (%)	n (%)	
27. Sigarayı bırakan hastalarımın relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya davet ederim.	20 (64,5)	14 (70,0)	0,685
49. Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur.	23 (74,2)	18 (94,7)	0,066
50. Hastalara sigarayı bıraktırmak zordur.	23 (74,2)	16 (84,2)	0,407
51. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardım edebilmek için yeterli zamanım yok.	21 (67,7)	13 (65,0)	0,839
52. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, tüm hastalarımın ilişkimi geliştirebilir.	27 (87,1)	17 (85,0)	0,832
53. Hastalarımın sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, kendimi iyi hissettirir.	31 (100)	20 (100)	1,0
54. Hastalarımın sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bir iş olarak görürüm.	27 (87,1)	18 (90,0)	0,753
55. Hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye etmenin işe yaramayacağını düşünürüm.	24 (77,4)	19 (95,0)	0,092

* Her bir cinsiyet alt grubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 28’ye bakıldığında hiçbir tutum sorusunun olumlu olarak cevaplanmasında, cinsiyetin bir farklılık yaratmadığı görülmektedir.

Tablo 29 incelendiğinde anketin 22. sorusu olan “Sigarayı bırakan hastalarım, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm” önermesine, 27. Sorusu olan “Sigarayı bırakan hastalarım relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya devam ederim” önermesine ve 49. sorusu olan “Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur” önermesine verilen olumlu cevapların, katılımcıların sigara içiciliği durumlarına göre anlamlı olarak değiştiği görülmektedir. Bu ve başka olası istatistiksel anlamlılıkları incelemek için tüm tutum sorularının, başarılı sigara bırakmışlık deneyimi durumu (Tablo 30) ve sigara öyküsü durumu (Tablo 31) ve sigara bağımlılığı ile yaşamını sürdürme durumu (Tablo 32) değişkenleri ile yapılan karşılaştırmaları aşağıdadır.

Tablo 30’de her bir tutum sorusu ile karşılaştırması yapılan, “Başarılı Sigara Bırakmışlık Deneyimi Durumu” değişkeninin sigara içiciliği durumundan farklı olarak anketin 13. sorusuna denk gelen “Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim” önermesine başarılı sigara bırakmışlık deneyimi olan katılımcılar, diğer katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek bir çoğunlukta “Her zaman” veya “Genellikle” cevaplarını vererek olumlu tutum sergilediklerini belirtmişlerdir. Bunun dışındaki sorularda ise gruplar arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 31’de her bir tutum sorusu ile karşılaştırması yapılan, “Sigara Öyküsü Durumu” değişkeninin sigara içiciliği durumu ile paralel şekilde anketin 22. sorusu olan “Sigarayı bırakan hastalarım, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm” önermesi ile 27. sorusuna denk gelen “Sigarayı bırakan hastalarım relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya devam ederim” önermesine ve 49. sorusu olan “Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur” önermesine verilen olumlu cevapların, katılımcıların sigara öyküsü durumlarına göre anlamlı olarak değiştiği görülmektedir. Bunun dışındaki sorularda ise gruplar arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 29. Sigara kullanım durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Sigara Kullanım Durumu	Hiç kullanmadım n (%)	Bıraktım n (%)	Kullanıyorum n (%)	p Değeri
11. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptomu var ise sorgularım.		1 (5,9)	2 (10,5)	2 (13,3)	0,772
12. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptom varlığı gözetmeksizin sorgularım.		9 (52,9)	10 (52,6)	10 (66,7)	0,659
13. Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim.		13 (76,5)	19 (100)	12 (80,0)	0,086
14. Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım.		12 (70,6)	16 (84,2)	13 (86,7)	0,452
15. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın bunu ancak kendi başlarına mücadele ederek yapabileceklerini söylerim.		11 (64,7)	10 (52,6)	5 (33,3)	0,205
16. Sigarayı bırakmayı düşünen her hastama medikal tedavi öneririm.		12 (70,6)	16 (84,2)	7 (46,7)	0,063
17. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın uygun yardımı almalarını sağlarım.		12 (70,6)	17 (89,5)	13 (86,7)	0,290
18. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın bu fikirlerini kendilerinin değiştirmesini beklerim.		10 (58,8)	16 (84,2)	9 (60,0)	0,181
19. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigaranın kendisine ve çevresine verdiği zararların tamamını bildiğinden emin olurum.		10 (58,8)	16 (84,2)	12 (80,0)	0,184
20. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigarayı bırakmakla elde edeceği kazançları hatırlatırım.		13 (76,5)	18 (94,7)	13 (86,7)	0,282
21. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın önündeki en büyük engeli sorgularım.		9 (52,9)	15 (78,9)	11 (73,3)	0,219
22. Sigarayı bırakacak olan hastalarımın, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm.		7 (41,2)	17 (89,5)	14 (93,3)	0,001
23. Sigara kullanan hastalarımın her başvurusunda sigara bıraktırma konusunda gerekli olan tüm desteği sağlarım.		8 (47,1)	11 (61,1)	11 (73,3)	0,316
24. Sigarayı bırakan hastalarımın, bırakma günü veya en geç 1 hafta içerisinde görüşmeye çağırırım.		6 (35,5)	6 (31,6)	8 (53,3)	0,401
25. Sigarayı bırakan hastalarımın yaşadığı değişimleri sorarım.		10 (58,8)	14 (73,7)	13 (86,7)	0,210

Tablo 29 (Devam). Sigara kullanım durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Sigara Kullanım Durumu	Hiç kullanmadım n (%)	Bıraktım n (%)	Kullanıyorum n (%)	p Değeri
26. Sigarayı bırakan hastalarımı, bu davranışı devam ettirmesine yardımcı olmak için her görüşmede tebrik ederim.		15 (88,2)	19 (100)	14 (93,3)	0,322
27. Sigarayı bırakan hastalarımın relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya davet ederim.		7 (41,2)	14 (73,7)	13 (86,7)	<u>0,017</u>
49. Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur.		19 (100)	15 (78,9)	10 (66,7)	<u>0,049</u>
50. Hastalara sigarayı bıraktırmak zordur.		13 (76,5)	16 (88,9)	10 (66,7)	0,303
51. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardım edebilmek için yeterli zamanım yok.		12 (70,6)	11 (57,9)	11 (73,3)	0,584
52. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, tüm hastalarımın ilişkimi geliştirebilir.		16 (94,1)	16 (84,2)	12 (80,0)	0,484
53. Hastalarımın sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, kendimi iyi hissettirir.		17 (100)	19 (100)	15 (100)	1,0
54. Hastalarımın sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bir iş olarak görürüm.		15 (88,2)	18 (94,7)	12 (80,0)	0,416
55. Hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye etmenin işe yaramayacağını düşünürüm.		13 (76,5)	17 (89,5)	13 (86,7)	0,539

* Her bir sigara kullanma durumu alt grubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 30. Başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlık durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamışlık Durumu Tutum Soruları	Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşayanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
11. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptomu var ise sorgularım.	2 (10,5)	3 (9,4)	0,894
12. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptom varlığı gözetmeksizin sorgularım.	10 (52,6)	19 (59,4)	0,638
13. Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim.	19 (100)	25 (78,1)	0,028
14. Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım.	16 (84,2)	25 (78,1)	0,597
15. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın bunu ancak kendi başlarına mücadele ederek yapabileceklerini söylerim.	10 (52,6)	16 (50,0)	0,856
16. Sigarayı bırakmayı düşünen her hastama medikal tedavi öneririm.	16 (84,2)	19 (59,4)	0,065
17. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın uygun yardımı almalarını sağlarım.	17 (89,5)	25 (78,1)	0,304
18. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın bu fikirlerini kendilerinin değiştirmesini beklerim.	16 (84,2)	19 (59,4)	0,065
19. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigaranın kendisine ve çevresine verdiği zararların tamamını bildiğinden emin olurum.	16 (84,2)	22 (68,8)	0,221
20. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigarayı bırakmakla elde edeceği kazançları hatırlatırım.	18 (94,7)	26 (81,2)	0,176
21. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın önündeki en büyük engeli sorgularım.	15 (78,9)	20 (65,6)	0,221
22. Sigarayı bırakacak olan hastalarımın, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm.	17 (89,5)	21 (65,6)	0,059
23. Sigara kullanan hastalarımın her başvurusunda sigara bıraktırma konusunda gerekli olan tüm desteği sağlarım.	11 (61,1)	19 (59,4)	0,904
24. Sigarayı bırakan hastalarımı, bırakma günü veya en geç 1 hafta içerisinde görüşmeye çağırırım.	6 (31,6)	14 (43,8)	0,389

Tablo 30 (Devam). Başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamışlık durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamışlık Durumu Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşayanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
25. Sigarayı bırakan hastalarımı yaşadığı değişimleri sorarım.	14 (73,7)	23 (71,9)	0,889
26. Sigarayı bırakan hastalarımı, bu davranışı devam ettirmesine yardımcı olmak için her görüşmede tebrik ederim.	19 (100)	29 (90,6)	0,169
27. Sigarayı bırakan hastalarımın relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya davet ederim.	14 (73,7)	20 (62,5)	0,413
49. Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur.	15 (78,9)	26 (83,9)	0,660
50. Hastalara sigarayı bıraktırmak zordur.	16 (88,9)	23 (71,9)	0,163
51. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardım edebilmek için yeterli zamanım yok.	11 (57,9)	23 (71,9)	0,306
52. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, tüm hastalarımın ilişkimi geliştirebilir.	16 (84,2)	28 (87,5)	0,741
53. Hastalarımı sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, kendimi iyi hissettirir.	19 (100)	32 (100)	1,0
54. Hastalarımı sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bir iş olarak görürüm.	18 (94,7)	27 (84,4)	0,267
55. Hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye etmenin işe yaramayacağını düşünürüm.	17 (89,5)	26 (81,2)	0,435

* Her bir başarılı sigara bırakmışlık deneyimi grubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 31. Sigara öyküsü durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Sigara Öyküsü Durumu	Sigara Öyküsü Olanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
11. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptomu var ise sorgularım.		4 (11,8)	1 (5,9)	0,505
12. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptom varlığı gözetmeksizin sorgularım.		20 (58,8)	9 (52,9)	0,689
13. Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim.		31 (91,2)	13 (76,5)	0,150
14. Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım.		29 (85,3)	12 (70,6)	0,212
15. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın bunu ancak kendi başlarına mücadele ederek yapabileceklerini söylerim.		15 (44,1)	11 (64,7)	0,165
16. Sigarayı bırakmayı düşünen her hastama medikal tedavi öneririm.		23 (67,6)	12 (70,6)	0,831
17. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın uygun yardımı almalarını sağlarım.		30 (88,2)	12 (70,6)	0,119
18. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın bu fikirlerini kendilerinin değiştirmesini beklerim.		25 (73,5)	10 (58,8)	0,286
19. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigaranın kendisine ve çevresine verdiği zararların tamamını bildiğinden emin olurum.		28 (82,4)	10 (58,8)	0,069
20. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigarayı bırakmakla elde edeceği kazançları hatırlatırım.		31 (91,2)	13 (76,5)	0,150
21. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın önündeki en büyük engeli sorgularım.		26 (76,5)	9 (52,9)	0,088
22. Sigarayı bırakacak olan hastalarımın, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm.		31 (91,2)	7 (41,2)	0,001
23. Sigara kullanan hastalarımın her başvurusunda sigara bıraktırma konusunda gerekli olan tüm desteği sağlarım.		22 (66,7)	8 (47,1)	0,180
24. Sigarayı bırakan hastalarımı, bırakma günü veya en geç 1 hafta içerisinde görüşmeye çağırırım.		14 (41,2)	6 (35,3)	0,685
25. Sigarayı bırakan hastalarımın yaşadığı değişimleri sorarım.		27 (79,4)	10 (58,8)	0,183
26. Sigarayı bırakan hastalarımı, bu davranışı devam ettirmesine yardımcı olmak için her görüşmede tebrik ederim.		33 (97,1)	15 (88,2)	0,207

Tablo 31 (Devam). Sigara öyküsü durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Sigara Öyküsü Durumu	Sigara Öyküsü Olanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
27. Sigarayı bırakan hastalarımın relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya davet ederim.		27 (79,4)	7 (41,2)	<u>0,006</u>
49. Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur.		25 (73,5)	16 (100)	<u>0,023</u>
50. Hastalara sigarayı bıraktırmak zordur.		26 (78,8)	13 (76,5)	0,851
51. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardım edebilmek için yeterli zamanım yok.		22 (64,7)	12 (70,6)	0,674
52. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, tüm hastalarımın ilişkimi geliştirebilir.		28 (82,4)	16 (94,1)	0,250
53. Hastalarımın sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, kendimi iyi hissettirir.		34 (100)	17 (100)	1,0
54. Hastalarımın sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bir iş olarak görürüm.		30 (88,2)	15 (88,2)	1,0
55. Hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye etmenin işe yaramayacağını düşünürüm.		30 (88,2)	13 (76,5)	0,276

* Her bir sigara öyküsü durumu grubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 32. Sigara bağımlılığı ile yaşamını sürdürme durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu	Sigara Bağımlılığı Olanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
11. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptomu var ise sorgularım.		2 (13,3)	3 (8,3)	0,584
12. Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptom varlığı gözetmeksizin sorgularım.		10 (66,7)	19 (52,8)	0,361
13. Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim.		12 (80,0)	32 (88,9)	0,401
14. Sigara içen hastalarım sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım.		13 (86,7)	28 (77,8)	0,466
15. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarım bunu ancak kendi başlarına mücadele ederek yapabileceklerini söylerim.		5 (33,3)	21 (58,3)	0,104
16. Sigarayı bırakmayı düşünen her hastama medikal tedavi öneririm.		7 (46,7)	28 (77,8)	0,029
17. Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın uygun yardımı almalarını sağlarım.		13 (86,7)	29 (80,6)	0,602
18. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın bu fikirlerini kendilerinin değiştirmesini beklerim.		9 (60,0)	26 (72,2)	0,391
19. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigaranın kendisine ve çevresine verdiği zararların tamamını bildiğinden emin olurum.		12 (80,0)	26 (72,2)	0,561
20. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarım, sigarayı bırakmakla elde edeceği kazançları hatırlatırım.		13 (86,7)	31 (86,1)	0,958
21. Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın önündeki en büyük engeli sorgularım.		11 (73,3)	24 (66,7)	0,640
22. Sigarayı bırakacak olan hastalarım, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm.		14 (93,3)	24 (66,7)	0,046
23. Sigara kullanan hastalarımın her başvurusunda sigara bıraktırma konusunda gerekli olan tüm desteği sağlarım.		11 (73,3)	19 (54,3)	0,208
24. Sigarayı bırakan hastalarımı, bırakma günü veya en geç 1 hafta içerisinde görüşmeye çağırırım.		8 (53,3)	12 (33,3)	0,183
25. Sigarayı bırakan hastalarım yaşadığı değişimleri sorarım.		13 (86,7)	24 (66,7)	0,145

Tablo 32 (Devam). Sigara bağımlılığı ile yaşamını sürdürme durumuna göre her bir tutum sorusunun olumlu cevaplarının değerlendirilmesi

Tutum Soruları	Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu	Sigara Bağımlılığı Olanlar n (%)	Diğerleri n (%)	p Değeri
26. Sigarayı bırakan hastalarımı, bu davranışı devam ettirmesine yardımcı olmak için her görüşmede tebrik ederim.		14 (93,3)	34 (94,4)	0,878
27. Sigarayı bırakan hastalarımda relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya davet ederim.		13 (86,7)	21 (55,3)	0,050
49. Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur.		10 (66,7)	31 (88,6)	0,065
50. Hastalara sigarayı bıraktırmak zordur.		10 (66,7)	29 (82,9)	0,205
51. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardım edebilmek için yeterli zamanım yok.		11 (73,3)	23 (63,9)	0,514
52. Hastalara sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, tüm hastalarımınla olan ilişkiyi geliştirebilir.		12 (80,0)	32 (88,9)	0,401
53. Hastalarımın sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, kendimi iyi hissettirir.		15 (100)	36 (100)	1,0
54. Hastalarımın sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bir iş olarak görürüm.		12 (80,0)	33 (91,7)	0,239
55. Hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye etmenin işe yaramayacağını düşünürüm.		13 (86,7)	30 (83,3)	0,766

* Her bir sigara bağımlılığı ile yaşamını sürdürme durumu grubu içerisindeki yüzdesi

Tablo 32’de her bir tutum sorusu ile karşılaştırması yapılan, “Sigara Öyküsü Durumu” değişkeninin sigara içiciliği durumu ile benzer şekilde anketin 22. sorusu olan “Sigarayı bırakan hastalarım, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm” önermesi ile 27. sorusuna denk gelen “Sigarayı bırakan hastalarımda relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya devam ederim” önermesine verilen olumlu cevapların, katılımcıların sigara öyküsü durumlarına göre anlamlı olarak değiştiği görülmektedir.

Son olarak sadece yaşamını sigara bağımlılığı ile sürdürmekte olan katılımcıların cinsiyetlerine göre FNBT skorlarının derecelendirmesi sonucunda 4 katılımcının yüksek düzeyde, 6 katılımcının orta düzeyde ve 5 katılımcının düşük düzeyde sigara bağımlısı oldukları belirlenmiştir (Tablo 33).

Tablo 33. Yaşamını sigara bağımlılığı ile sürdürmekte olan katılımcıların cinsiyete göre FNBT skorlarının değerlendirilmesi

	Hafif	Orta	Yüksek	Toplam
Kadın n (%)	2 (3,9)	1 (2,0)	0 (0)	3 (5,9)
Erkek n (%)	3 (5,9)	5 (9,8)	4 (7,8)	12 (33,5)
Toplam n (%)	5 (9,8)	6 (11,8)	4 (7,8)	15 (39,4)

*Tüm katılımcılar içerisindeki yüzdesi

TARTIŞMA

Sigara gibi güçlü bir bağımlılıktan kurtulmak davranış değişikliği olmaksızın mümkün değildir. Gerekli olan bu davranış değişikliği sürecinde hastanın başarılı olmasına yardımcı olmanın ilk yöntemlerinden birisi örnek oluşturmaktır (41). Bu yönden bakıldığında, hastasına sigarayı bıraktırmak için çabalayan bir hekimin kendisinin sigara kullanıyor olmasının bir talihsizlik olduğu söylenebilir.

Yüz yüze yapılan anket yöntemi ile verilerin toplandığı bu çalışmamıza Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde göre yapan hekimlerin %96,2'si katılmıştır. Benzer çalışmalara hekimlerin katılımlarının %33,4 ile %70 arasında değişen oranlarda olduğu düşünüldüğünde, bizim çalışmamızdaki katılım oranının oldukça yüksek olduğundan bahsedilebilir (7, 9, 10, 13, 14).

HEKİMLERİN SİGARA KULLANIM DURUMLARI

Sigara bırakma konusunda kritik bir role sahip olmasına rağmen Türkiye'deki hekimler arasında sigara kullanımının %42,8 ile %48,3 arasında değişen oranlarla toplumdan daha yüksek düzeyde olduğunun ortaya konulduğu birçok çalışma mevcuttur (10, 46-48). Dünyadaki durumu bakıldığında ise ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile hekimlerin sigara kullanım oranları arasında zayıf da olsa bir korelasyon olduğu görülmektedir. Hekimler arasındaki sigara içme oranı Birleşik Krallık'ta %4, ABD'de %7, Almanya'da %18, Japonya'da %21,5, İtalya'da %28, Fransa'da %32, Çin'de %36, Yunanistan'da %38,6 ve Bosna Hersek'te %40 olarak belirlenmiştir (14, 49-56).

Çalışmamıza katılım gösteren hekim grubunda ise sigara içme oranı %29,4 (n=15) ile başka çalışmaların sonuçlarına göre daha düşük düzeyde bulunmuştur (10, 48, 57, 58). Buna rağmen hiç sigara kullanmamış katılımcıların oranı ise sadece %33,3'te (n=17) kalmıştır. Buna göre; sigarayı bırakanların %37,3 (n=19) ile katılımcıların en büyük bölümünü oluşturuyor olmasında ve dolayısı ile sigara içme düzeyindeki bu düşüşte, sigara kullanımının önlenmesine yönelik olarak yürütülen çalışmaların etkili olduğu söylenebilir.

SİGARA KULLANIMINDA CİNSİYET FAKTÖRÜ

Dünya geneline bakıldığında pek çok ülkede sigara içiciliği prevalansında erkeklerin kadınlardan daha yukarıda olduğu görülmektedir (59). Gelişmekte olan ülkelere sigara kullanıcılığı prevalansı erkeklerde %50, kadınlarda %8; gelişmiş ülkelere bakıldığında ise bu oranın erkeklerde %41, kadınlarda %21'i olduğu görülmektedir (59).

Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre sigara kullanım prevalansı erkek katılımcılar arasında %41,9 (n=13), kadın katılımcılar arasında ise %10 (n=2) olarak ölçüldü ve erkeklerin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek oranda sigara kullandığı saptandı (*ki-kare*=8,89, *p*=0,012). Bu sonuçlar benzer çalışmalardaki sonuçlarla karşılaştırıldığında prevalans daha düşük bulunmuştur (10, 48).

İlgili anket sorusuna verilen cevaplara göre 'Sigara İçiyor', 'Sigarayı Bırakmış' ve 'Hiç Sigara İçmemiş' alt gruplarında değerlendirdiğimiz sigara kullanım durumu cinsiyet ilişkisinin bir benzerini, bu grupların birleştirilmesi ile oluşturulan alt gruplar açısından da değerlendirecek olursak; erkeklerin kadınlara göre 'Sigara Öyküsü Olma Durumları' ve 'Sigara Bağımlısı Olarak Yaşamını Sürdürme Durumları' açısından anlamlı derece daha yüksek olduğu bulunmuştur (*p*=0,008 ve *p*=0,0015). 'Başarılı Sigara Deneyimi Yaşamışlık Durumu' ise erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermedi (*p*=0,789).

SİGARA KULLANIM DURUMLARINA VE CİNSİYETE GÖRE BİLGİ PUANI

Bizim çalışmamızdakine benzer bir değerlendirme stratejisi geliştiren bir başka çalışmada çalışmaya katılanların Bilgi Puanı ortalamalarının 30 puan üzerinden 22,7 puan olarak hesaplandığı bildirilmektedir (12). Bizim çalışmamızda ise hekimlerin sigara bıraktırma konusundaki Bilgi Puanı erkeklerde ortalama 67,74 ± 14,5, kadınlarda ise ortalama 70,5 ± 9,8 düzeyinde bulunmuştur ve her iki grup arasında anlamlı bir farklılık mevcut değildir (*Student-t*=-0,744, *p*=0,46) ve başka çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Bilgi Puanı, sigara kullanım durumları açısından incelendiğinde ise sigara içen katılımcı grubunda sıra ortalaması 21,23 (n=15), sigarayı bırakan grupta sıra ortalaması 25,55 (n=19) ve hiç kullanmayan grupta ise sıra ortalaması 30,71 (n=17) olarak hesaplanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (*Kruskal Wallis*=3,319, *p*=0,190).

Bilgi Puanı, aynı zamanda ‘Sigara Öyküsü Durumu’, ‘Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu’ ve ‘Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamışlığı Durumu’ açısından da değerlendirildi ve gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı (sırası ile *Mann Whitney-U*=209, *p*=0,107 -- *Mann Whitney-U*=198,5, *p*=0,0,136 – *Student-t*=-0,68, *p*=0,946).

Çalışmamızda hekimlerin bilgi düzeylerinin net olarak hangi seviyede olduğunu ortaya koyabilmemiz mümkün olmasa da en üst seviyede olmadığından kolaylıkla bahsedilebilir. Hekimlerin bu bilgi düzeylerinin hastalarına sigara bıraktırma konusunda başarılı olmalarında yeterli olup olmadığı hakkında herhangi bir yorum yapılamamaktadır. Yine de çalışmamızdaki bulgular cinsiyet veya herhangi bir sigara kullanım durumunun hekimlerin bilgi düzeyleri üzerinde etkisi olmadığı işaret etmektedir.

SİGARA KULLANIM DURUMLARINA VE CİNSİYETE GÖRE TUTUM PUANI

Hekimlerin sigara bıraktırma konusundaki ‘Tutum Puanı’nın erkeklerdeki sıra ortalaması 24,2, kadınlardaki sıra ortalaması ise 28,8 olarak bulunmuştur ve her iki grup arasında anlamlı bir farklılık mevcut değildir (*Mann Whitney-U*=254, *p*=0,276).

Tutum Puanı, sigara kullanım durumları açısından incelendiğinde ise sigara içen katılımcı grubunda sıra ortalaması 28,3 (n=15), sigarayı bırakan grupta sıra ortalaması 29,61 (n=19) ve hiç kullanmayan grupta ise sıra ortalaması 19,9 (n=17) olarak hesaplanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (*Kruskal Wallis*=4,414, *p*=0,110).

Tutum Puanı, aynı zamanda ‘Sigara Öyküsü Durumu’, ‘Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu’ ve ‘Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamışlığı Durumu’ açısından da değerlendirildiğinde, sigara öyküsü olan katılımcıların Tutum Puanı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olarak bulundu (*Mann Whitney-U*=185,5, *p*=0,037). Diğer iki değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.

Hekimlerin sigara içmiyor olmasının, hastalarının sigarayı bırakmaları sürecine yapacağı en önemli katkılardan birisi olduğu kabul edilmesine rağmen hayatında hiç sigara kullanmamış hekimlerin sigara bırakma konusunda hastalarına karşı geri kalanlardan daha büyük çoğunlukla ‘Olumsuz Tutum’ sergiledikleri yönünde bir durumdan bahsedilebilir.

HASTALARA SİĞARA SORGUSU VE BIRAKMA ÖNERİSİ

Hekimlerin sadece ‘sigarayı bırakınız’ şeklindeki bir ifadesinin bile hastalarının bir bölümünün sigarayı bırakmasını sağlayabilmektedir (60). Bu nedenle her hekim hastasının sigara alışkanlığını sigara ile ilişkili semptom aramaksızın sorgulamalı ve eğer hastası bir sigara kullanıcısı ise sigarayı bırakmasını önermelidir. Bu önemli durum çalışmamızda da yer aldı.

Çalışmamızdaki katılımcıların yalnızca %56,8’si (n=29) hastalarının sigara kullarımlarını ilişkili semptom varlığı aramaksızın sorguluyorlardı. Bu katılımcılarınsa %34,4’ü (n=10) sigara içiyor, 34,4’ü (n=10) sigarayı bırakmış, %31,2’si (n=9) ise hiç sigara kullanmamış grupta yer almaktaydı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktu ($p=0,659$). Manisa bölgesinde yapılmış olan benzer bir çalışmada Esen ve arkadaşları, hekimlerin %64,2’sinin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını sorguladıklarını saptamıştır (61). Çeşitli ülkelerden bildirilen çalışmalar incelendiğinde hekimlerin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını %40 ila %60 arasında değişen oranlarda sorguladıkları görülmektedir (48). Buna göre bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar benzer çalışmalarla uyumludur denebilir.

Sigara kullanan her hastasına sigarayı bırakmayı net ve güçlü şekilde öneren katılımcılar ise %86,2 (n=44) düzeyindeydi. Bu katılımcılar, ‘Sigara Kullanım Durumu’, ‘Sigara Öyküsü Durumu’ ve ‘Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu’na göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülme de (sırası ile $p=0,086$ – $p=0,150$ – $p=0,401$) ‘Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamışlık Durumu’na göre değerlendirildiğinde başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamış hekimlerin, yaşamamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çoğunlukla sigara kullanan her hastasına net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı önerdiği bulunmuştur (sırası ile %100 ve %78, $p=0,028$).

Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %89’unun hastalarının sigara kullanım alışkanlıklarını sorguladığı, %93’ünün sigara kullanan hastalarına bırakmasını önerdiği belirlenmiştir (62). Buna göre çalışmamızın sonuçları benzer çalışmalarla uyumludur.

SİĞARA BIRAKMADA SÖZEL DESTEK, FARMAKOTERAPİ VE YARDIMCI KURUMLAR

Tüm sağlık çalışanları, toplumun sigara kullanım prevalansını azaltmada önemli rol oynayabilecek konumda oldukları açıktır. Sağlık profesyonelleri bu rollerini hem hastaları için rol model olarak hem de hastalarına gerek danışmanlık yaparak gerekse mevcut terapiler konusunda yol göstererek sigara bırakma konusunda yardımda bulunmalıdırlar (13).

Hekimler tarafından yönlendirilen olgular üzerinde çalışan ve olguların en az altı ay süresince izlendiği 28 sigara bıraktırma programının verdiği sonuçlar analiz edildiğinde; hekimlerin yalnızca hastasına sigarayı bırakmasını önerdiği 15 programın gösterdiği başarı ortalama olarak %5 (%3 - %13), hekimlerin hastasına sigarayı bırakması noktasında yoğun çaba ve destek gösterdiği 13 programın başarı ortalaması ise %29 (%13 - %40) olarak bulunmuştur (63).

Bizim çalışmamızdaki katılımcıların hastalarına sigarayı bırakmak için gereken tüm desteği sağladığını ifade edenlerin oranı yaklaşık olarak %60 düzeylerinde kalsa da hastalarına sigara bırakma sürecinde karşılaşılabilecekleri zorluklar hakkında bilgilendirip bu süreç ile başa çıkma yolları konusunda yardımcı olduklarını ifade edenlerin oranı %80'lere ulaşmaktadır. Her iki açıdan değerlendirildiğinde de hiç sigara kullanmamış katılımcıların, sigarayı bırakanlara ve sigara kullanmaya devam edenlere göre daha düşük bir bölümünün 'Olumlu Tutum' sergilediği, hastalarına sigara bırakma sürecinde yaşayacakları zorluklar ve başa çıkma yollarını konusunda destek olma açısından değerlendirildiğinde ise bu farkın anlamlı derecede daha düşük bir bölümünün 'Olumlu Tutum' gösterdiği dikkati çekmiştir.

Hekimlerin sigarayı bırakma konusundaki bilgi ve deneyimlerini saptamak amacıyla yapılan çeşitli çalışmalarda, hekimlerin bu konudaki bilgi ve deneyim eksiklerinin olduğu, bu eksikliklerden dolayı böyle bir çaba içerisine girmekten kaçındıkları saptanmıştır (64). Bizim çalışmamızda katılımcıların Bilgi Puanı ortalaması %68,8 olarak bulunmuş olması dolayısıyla benzer şekilde bilgi ve deneyim eksikliği açısından diğer çalışmalardaki katılımcılarla uyumlu olarak değerlendirilebilir. Katılımcıların elde ettiği ortalama Bilgi Puanı'nın hedeflenmesi gerekenden düşük düzeyde olduğu, dolayısı ile tıp fakültesi öğrencilerinin ve hekimlerin tütün ve tütün ürünleri hakkında eğitimlerinin yoğunlaştırılması gerektiği söylenebilir.

SONUÇLAR

Çalışmamızda sigara içen, sigarayı bırakmış ve sigara içmeyen hekimler arasında sigara bıraktırma konusundaki bilgi ve hastalarına bu konudaki yaklaşımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ne var ki bu sigara içiciliği durumları gruplarının çeşitli kombinasyonları ele alınarak sigara bıraktırma konusundaki bilgi ve tutum düzeyleri incelendiğinde sigara öyküsü olan hekimlerin hastalarına sigara bıraktırma konusundaki tutumlarında sigara öyküsü olmayan hekimlere göre anlamlı derecede daha yüksek çoğunluğunun daha olumlu yaklaştığı bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında;

- 1- Tıp fakülteleri eğitim müfredatlarında tütün başlığı altında yer alan eğitimin yoğunlaştırılmasının,
- 2- Tütün kontrolü açısından önemli rol üstlenmesi gereken hekimlere mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerin sıklaştırılmasının
- 3- Bağımlılığı, en azından sigara bağımlılığı bulunmayan hekimlerin bağımlılığa ve bağımlılıktan kurtulma süreçlerine daha ciddi şekilde yaklaşmasını sağlayabilmek açısından mezuniyet öncesi ve sonrası bağımlılık eğitiminin gözden geçirilmesinin faydaları olacağı söylenebilir.

ÖZET

Bu kesitsel ve tanımlayıcı araştırmada Edirne il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin sigara içiciliği durumlarının sigara bıraktırma konusundaki bilgi ve tutumlarına olan etkilerinin saptanması amaçlanmıştır.

Söz konusu aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan 53 aile hekiminden çalışmaya katılmayı kabul eden 51 aile hekimi ile karşılıklı anket uygulaması yöntemi ile gerekli veriler toplanmıştır. Veri toplanması amacıyla kullanılan ankette katılımcıların demografik özelliklerini, sigara içiciliği durumlarını, hastalarına sigara konusundaki yaklaşımlarını, sigara bıraktırma konusundaki bilgi düzeylerini ortaya koymayı amaçlayan sorular ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini (FNBT) mevcuttu. Sonuçlar incelenirken katılımcılar, ankette yer alan soruya göre “Sigara İçmeyenler”, “Sigarayı Bırakmış Olanlar” ve “Sigara İçenler” olarak sınıflandırılmasının yanı sıra anketin ortaya çıkardığı bu üç grubun ilgili ikisini birleştirilip diğerinin dışarıda bırakılması ile oluşturulan “Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamış Olanlar - Olmayanlar”, “Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürenler - Sürdürmeyenler” ve “Sigara Öyküsü Olanlar - Olmayanlar” grupları altında da sınıflandırıldı ve tüm bu durumların hastalara nasıl yansıdığı incelendi. Veriler istatistiksel olarak analiz edilirken Shapiro Wilks, ki-kare, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney-U, One Way-ANOVA ve Student-t testleri kullanıldı.

Sigara içme sıklığı %29,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %39,2’si kadın (n=20), %60,8’i erkekti (n=31). Hiç sigara içmemiş katılımcıların sayısı 17 (%33,3), sigarayı bırakmış katılımcıların sayısı 19 (%37,3) ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların sayısı ise 15 (%29,4) idi. Çalışmamızdaki katılımcıların yalnızca %56,8’si (n=29) hastalarının sigara

kullanımlarını ilişkili semptom varlığı aramaksızın sorguluyorlardı. Bu katılımcılarında %34,4'ü (n=10) sigara içiyor, 34,4'ü (n=10) sigarayı bırakmış, %31,2'si (n=9) ise hiç sigara kullanmamış grupta yer almaktaydı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktu ($p=0,659$). Sigara kullanan her hastasına sigarayı bırakmayı net ve güçlü şekilde öneren katılımcılar ise %86,2 (n=44) düzeyindeydi. Bu katılımcılar, 'Sigara Kullanım Durumu', 'Sigara Öyküsü Durumu' ve 'Sigara Bağımlılığı ile Yaşamını Sürdürme Durumu'na göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, (sırası ile $p=0,086 - p=0,150 - p=0,401$) 'Başarılı Sigara Bırakma Deneyimi Yaşamışlık Durumu'na göre değerlendirildiğinde başarılı sigara bırakma deneyimi yaşamış hekimlerin, yaşamamış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çoğunlukla sigara kullanan her hastasına net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı önerdiği bulunmuştur (sırası ile %100 ve %78, $p=0,028$).

Tüm sağlık çalışanlarının özellikle de aile hekimlerinin, toplumun sigara kullanım prevalansını azaltmada önemli rol oynayabilecek konumda oldukları açıktır. Sağlık profesyonelleri bu rollerini hem hastaları için rol model olarak hem de hastalarına gerek danışmanlık yaparak gerekse mevcut terapiler konusunda yol göstererek sigara bırakma konusunda yardımda bulunmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Sigara, aile hekimi, sigaraya karşı tutum, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

DETERMINING THE EFFECTS OF SMOKING STATUS OF FAMILY PHYSICIANS WHO WORK IN EDIRNE CENTER ON THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES AMONG SMOKING CESSATION

SUMMARY

In this cross-sectional and descriptive study, it was aimed to determine the effects of smoking status of family physicians who work in Edirne center on the knowledge and attitudes among smoking cessation.

The required data were collected by means of a questionnaire survey with 51 family physicians who agreed to participate in the study from 53 family physicians working in the family health centers. In the questionnaire, there were questions that aimed to reveal the demographics of the participants, smoking status, approach to patients about smoking, knowledge levels about smoking cessation and Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). When the results were analyzed, the participants were classified as "Non-Smokers", "Ex-Smokers" and "Smokers" according to the question in the questionnaire, as well the results that the questionnaire were produced, we also produced categories under the groups as "Participants Who Have Experienced A Successful Smoking Cessation - Others", "Participants Who Are Current Smokers - Others" and "Participants Who Are Ever Smokers - Others" and analyzed how these cases may affect the patients. Shapiro Wilks, chi-square, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney-U, One Way-ANOVA and Student-t tests were used when the data were analyzed statistically.

The prevalence of smoking was found 29.4%. 39.2% of the participants were female (n=20) and 60.8% were male (n=31). The number of non-smoking participants was 17 (33.3%), the number of participants who were ex-smoking was 19 (37.3%), and the number of current-smoking participants was 15 (29.4%). Only 56.8% (n=29) of participants in our study were questioning patients' cigarette use without seeking a related symptom. 34.4% (n = 10) of these participants were in the current-smoking group, 34.4% (n=10) were in the ex-smoking group and 31.2% (n=9) were in the non-smoking group. There was no statistically significant difference between the groups ($p=0.659$). 86.2% (n=44) of the participants strongly recommended to quit smoking in each patient who smoked. While there was no statistically significant difference between the subgroups of the groups when these participants were evaluated according to 'Smoking Status', 'Ever-Smoked Status' and 'Current-Smoking Status'

($p=0.086$ – $p=0.150$ – $p=0.401$ respectively), there was difference between the subgroups of 'Successful Smoking Cessation Experience' group, it was found that physicians who experienced a successful smoking cessation experience, offered a clear and strong advice of cessation of smoking to each patient at a statistically significant level (100% - 78% respectively, $p=0.028$).

It is obvious that all health professionals, especially family physicians, are in a position to play an important role in reducing the prevalence of smoking in the community. Health professionals should help with smoking cessation as role models for their patients as well as counseling their patients and guiding existing therapies.

Keywords: Smoking, family physicians, attitudes towards smoking, Fagerström test for nicotine dependence

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package.
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies.
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal tütün kontrol programı ve eylem planı 2008-2012. Ankara: 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 206.
5. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Algan A, Soydemir E, Aslan İ. Sigara içen hastaların sigara paketlerinin üzerindeki uyarı yazıları hakkındaki görüşlerinin ve nikotin bağımlılık derecelerinin değerlendirilmesi. Marmara Med J. 2009;22(2):111-22.
6. Herken H, Özkan İ, Çilli A, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. Bağımlılık Dergisi. 2000;1(1):38-42.
7. Al-Eisa I, Al-Terkit A, Radwan M, Al-Jassar T, Al-Mutar M. Smoking among health care workers of the Capital Governorate Health Region, Kuwait: prevalence and attitudes. Kuwait Med J. 2006;38(2):100-106.
8. Demir T. Sigara bağımlılığı. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. 2008;(62):231-8.

9. El-Khushman HM, Sharara AM, Al-Laham YM, Hijazi MA. Cigarette smoking among health care workers at King Hussein Medical Center. *J Hosp Med*. 2008;3(3):281-4.
10. Sahin E, Ozer C, Dagdeviren N, Akturk Z. Physicians smoke as much as their patients in Turkey. *Middle East J Fam Med*. 2005;3(2):1-7.
11. Sezer RE, Marakoğlu K, Sezer H, Marakoğlu İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp ve Dişhekimliği Fakülteleri öğretim elemanlarının sigara kullanım durumu ve sigara ile bağlantılı görüşleri. *Cumhuriyet Tıp Derg*. 2001;23(1):25-36.
12. Mevsim V, Dontlu Ç, Yeniçeri N, Özçakar N, Güldal D. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları sigara ve kanser riski konusunda ne biliyor ve ne yapıyor? *Bağımlılık Dergisi*. 2005;6:65-75.
13. Perrin PC, Merrill RM, Lindsay GB. Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia. *BMC Public Health*. 2006;6(1):139.
14. Josserean L, King G, Guilbert P, Davis J, Brücker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Pub Health*. 2005;15(1):33-8.
15. Tütün. [Internet]. Türk Dil Kurumu Sözlüğü (Erişim Tarihi: 04.12.2017). http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=tütün.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 796.
17. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2005;1(47):61-4.
18. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (çeviri: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013;170(8):834-51.
19. HASUDER Tütün İle Mücadele Çalışma Grubu. 2013. Tütün Kontrolü Kapsamında Kullanılan Terimler/Tanımlar. [Internet]. (Erişim Tarihi: 05.03.2017). http://www.hasuder.org/anasayfa/images/TUTUN_KONTROLU_TERIMLER_ISBN_EKLI_22_OCAK_2013.pdf.
20. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*. 2009;123(1):74-9.

21. Tobacco Production Quantity by Country, FAO Data | Food and Agriculture Organization, viewed 10th September, 2017 [Internet]. (Erişim Tarihi: 17.04.2018) <http://data.un.org/Data.aspx?d=FAO&f=itemCode%3a826>
22. Bilir N, akır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Tobacco control in Turkey. Who Europe. 2009;43-5.
23. Bilir N. Successes and Challenges in Tobacco Control–Turkish Experience of 20 Years. Eurasian J Pulmonol. 2017;19(3):119-23.
24. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2. Türkiye Ülke Değerlendirmesi. [Internet]. (Erişim Tarihi: 24.06.2018). https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_Ulke_raporu_TR.pdf
25. The Global Cigarette Industry [Internet]. (Erişim Tarihi: 25.05.2018). https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/Global_Cigarette_Industry_pdf
26. Global Health Observatory Data Repository. Tobacco Use Data by Country [Internet]. (Erişim Tarihi: 09.08.2018). <http://apps.who.int/gho/data/node.main.65>.
27. Global Adult Tobacco Survey Turkey 2012. Public Health Institution of Ankara, 2014. [Internet]. (Erişim Tarihi: 07.06.2018). <http://www.havanikoru.org.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/GATS-2012-ENG-25-07-2014.pdf>
28. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Turkey 2012 [Internet]. (Erişim Tarihi: 16.07.2018). https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/Turkey_GYTS_2012_Factsheet.pdf.
29. Erguder T, Polat H, Arpad C, Khoury RN, Warren CW, Lee J, et al. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data to tobacco control policy in Turkey-2003 and 2009. Cent Eur J Public Health. 2012;20(1):87.
30. Tobacco TCPGT. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a US public health service report. Am J Prev Med. 2008;35(2):158.
31. Karan, Lori D. Pain and Addiction in Patients Who Smoke Cigarettes. The American Society of Addiction Medicine Handbook on Pain and Addiction. 2018:331.
32. Ulusal Hastalık Yüğü alışması. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Ankara: 2013.
33. Ulusal Hastalık Yüğü alışması Sonuçları ve özüm Önerileri. Hacettepe Üniversitesi. Ankara: 2017.

34. Karan MA. Demografik değişimle ilgili hastalık yükü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. (44):18-21.
35. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017;390(10100):1345-422.
36. World Health Organization Noncommunicable diseases: progress monitor 2017 [Internet]. (Erişim Tarihi: 05.08.2017) <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>.
37. European Commission. Smoke-free environments [Internet]. (Erişim Tarihi: 24.07.2018) http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_turkey_2008v2012_comparison_fact_sheet.pdf.
38. Global Adult Tobacco Survey. Turkey. 2008. (Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye. 2008). [Internet]. (Erişim Tarihi: 13.03.2018). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/data,-statistics-and-surveillance-reports/global-adult-tobacco-survey-gats/turkey/global-adult-tobacco-survey-turkey-2008>.
39. Sreeramareddy CT, Suri S, Menezes RG, Kumar HH, Rahman M, Islam MR, et al. Self-reported tobacco smoking practices among medical students and their perceptions towards training about tobacco smoking in medical curricula: A cross-sectional, questionnaire survey in Malaysia, India, Pakistan, Nepal, and Bangladesh. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2010;5(1):1.
40. Tuncer M. Özgöl N, Olcayto E, Gültekin M. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ankara: 2009;113-8.
41. Taş F, Seviş EÜ, Güngörmüş Z. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;8(4):380-92.
42. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Tur Toraks Der. 2000;1(1):90-5.
43. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. Sted. 2005;14(4):98-102.
44. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Tur Toraks Der. 2013;14:81-7.

45. Uysal M, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram N, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonun güvenilirliği ve faktör analizi. *Tuberk Toraks*. 2004;52:115-121.
46. Aile yapısı araştırması, 2006. [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi: 11.03.2018). <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/ekitap/aile/60-aile-yapisi-arastirmasi-2006.pdf>.
47. İstatistiklerle Türkiye. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Ankara. 2012. [Internet]. (Erişim Tarihi: 03.04.2018). http://istmat.info/files/uploads/47793/turkey_in_statistics_2012.pdf.
48. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlıkları. *Tur Toraks Der*. 2002;3(3):253-6.
49. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control*. 2001;10(1):27-32.
50. Mas FGS, Papenfuss RL, Jacobson HE, Hsu CE, Urrutia-Rojas X, Kane WM. Hispanic physicians' tobacco intervention practices: a cross-sectional survey study. *BMC Public Health*. 2005;5(1):120.
51. Kusma B, Quarcoo D, Vitzthum K, Welte T, Mache S, Meyer-Falcke A, et al. Berlin's medical students' smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counseling. *JMOT*. 2010;5(1):9.
52. Kaneita Y, Ohida T, Uchida T. Prevalence and correlates of smoking among Japanese physicians: result from the 2008 survey on the smoking activities of Japan Medical Association members. *Nihon Ishikai Zasshi*. 2009;138:770-7.
53. La Vecchia C, Scarpino V, Malvezzi I, Baldi G. A survey of smoking among Italian doctors. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(4):320.
54. Smith DR, Zhao I, Wang L. Tobacco smoking among doctors in mainland China: a study from Shandong province and review of the literature. *Tob Induc Dis*. 2012;10(1):14.
55. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelos D, Karakostas F, Skliros E, et al. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*. 2007;121(5):333-40.
56. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Pract*. 2004;5(1):12.
57. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Tur Toraks Der*. 2004;5(1):6-12.

58. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tuberk Toraks*. 2003;51(4):390-7.
59. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: A handbook. 2004;178-225.
60. Lillington GA, Leonard CT, Sachs DP. Smoking cessation: techniques and benefits. *Clin Chest Med*. 2000;21(1):199-208.
61. Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS. Celal Bayar Üniversitesi hekimlerinin sigara içme davranışına karşı tutumları. *Tuberk Toraks*. 1998;46:250-5.
62. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Tuberk Toraks*. 2007;55(4):350-5.
63. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. *Sted*. 2003;12(5):66-171.
64. Özge C, Tümkaya M, Özgür ES, Eker S. Solunumsal yakınması olan hastaların sigara alışkanlık durumlarının değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*. 2005;16:18-22.



Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2018/59	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde Görev yapan Aile Hekimlerinin Sigara İçiciliği Durumlarının Sigara Bırakturma Konusundaki Bilgi ve Tutumlarına Olan Etkilerinin Araştırılması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03/08	Tarih: 19.02.2018	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gonül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişkili
**Toplantıda Bulunma

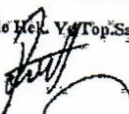
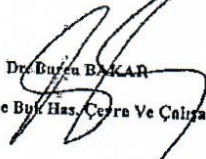
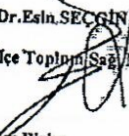
Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN
Başkan
Dekan Yardımcısı

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ 1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU:

Sayı: 2018/1

Karar: 2018/1

1. Basamak Araştırma Komisyonumuz 03/04/2018 tarih saat 15:30'da Halk Sağlığı Müdürlük Toplantı Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyaları inceleyerek aşağıdaki kararları almıştır.
 - 1-Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği A.B.D'de görevli Dr.Olcay KARABIYIK tarafından 23/02/2018 tarih ve 63567506 ile talep edilen, "Edirne İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan Aile Hekimlerinin sigara içiciliği durumlarının sigarayı bıraktıranı konusundaki bilgi ve tutumlarında olan etkisi" konulu çalışması,
 - 2-Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik 4. sınıf öğrencilerinin 22/02/2018 tarih ve 63324317 sayılı yazısına istinaden; "Edirne İlnde yaşayan yetişkin bireylerin fonksiyonel besinler ve probiyotikler hakkında bilgi düzeyi" çalışması,
 - 3-Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Beslenme ve Diyetetik Bölümü 4. Sınıf öğrencileri tarafından yapılmak istenen "Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Ambalaj ve Etiket Okuma Bilgisinin Satın Alma Davranışı Üzerinde Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu çalışması,
 - 4-Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Beslenme ve Diyetetik Bölümü 4. Sınıf öğrencileri tarafından yapılmak istenen "Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Tahlil Tüketiminin Diğer Besin Gruplarının Tüketimine Oranı ve Bel Çevresi İlişkisinin Değerlendirilmesi" konulu çalışması,
 - 5- Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim dalında görevli Araştırma Görevlisi Dr.Merve ÖNAL'a ait "Edirne İl merkezinde yaşayan 20-64 yaş arası yetişkinlerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi hakkında bilgi düzeyleri, kullanım durumları",
 - 6- Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Güneş ELPEZE'nin "Edirne Merkezde bebek dostu uygulamalarının 1. Basamaktaki Durumunun değerlendirilmesi" konulu tez çalışması, Komisyonca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.
- 
Dr. Selma ELPEZE YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
- 
Dr. Ömer ÇAKAR
İl Halk Sağlığı Hizmetleri Baş. Yard
- 
Dr. Rifat ÖZALTIN
Edirne Aile Hek. Ve Top. Sağ. Hiz. Birimi
- 
Dr. Burcu BAKAR
Edirne Bul. Has. Çevre Ve Çalışan Sağ. Birimi
- 
Uz. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN
Merkez İlçe Toplum Sağ. Merkezi Başkanı
- 
Yakınay ÇETİNTAŞ
Edirne Buluşucu Olmayan Hastalıklar Programlar Ve Kanıkar Birim

EDİRNE İL MERKEZİ'NDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN SİGARA İÇİCİLİĞİ DURUMLARININ SİGARA BIRAKTIRMA KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARINA OLAN ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. OLCAY KARABIYIK
DANIŞMAN: PROF. DR. HAMDİ NEZİH DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı: Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Edirne İl Merkezi’nde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Sigara İçiciliği Durumlarının Sigara Bıraktırma Konusundaki Bilgi ve Tutumlarına Olan Etkilerinin Araştırılması” konusunda çalışma yapmak amacıyla hazırladığımız bu ankete katılımlarınızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Anket kapsamında bizlerle paylaşacağınız bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak ve kesinlikle başka kurum veya kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Soruları eksiksiz ve dikkatli cevaplamanız çalışmanın doğru sonuçlanması açısından önemlidir. Vaktinizi ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1) Cinsiyetiniz?

A. Erkek B. Kadın

2) Medeni durumunuz?

A. Evli B. Bekar C. Dul

3) Sigara kullanıyor musunuz?

A. Hayır, hiç kullanmadım*
B. Bıraktım C. Evet

(Cevabınız “A” seçeneği ise 11. sorudan devam ediniz)

4) Sigara kullanıyor / kullanmış iseniz:

a. Günde . . . paket kullanıyorum / kullanıyordum.
b. Toplamda . . . paket yılı kullandım.

(3. soruya cevabınız “B” ise 11. sorudan devam ediniz)

5) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

A. 10 veya daha az B. 11 – 20
C. 21 – 30 D. 31 ve üzeri

6) İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

A. 0 – 5 dakika sonra B. 6 – 30 dakika sonra
C. 31 – 60 dakika sonra D. Daha sonra

7) Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

A. Evet B. Hayır

8) Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre daha fazla sigara içer misiniz?

A. Evet B. Hayır

*Hayat boyu toplamda 100 adet sigaradan daha az

9) Hangi sigaradan vazgeçmek daha zor gelir?

A. Sabah ilk sigara

B. Diğer herhangi birisi

10) Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

A. Evet

B. Hayır

No	Aşağıda sigara bıraktırma davranışlarınız ile alakalı bazı ifadeler bulunmaktadır. Size en uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz.				
11	Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptomu var ise sorgularım.				
12	Hastalarımın sigara kullanımlarını, ilişkili semptom varlığı gözetmeksizin sorgularım.				
13	Sigara içen her hastama net ve güçlü bir şekilde sigarayı bırakmayı tavsiye ederim.				
14	Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı isteyip istemediklerini sorarım.				
15	Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın bunu ancak kendi başlarına mücadele ederek yapabileceklerini söylerim.				
16	Sigarayı bırakmayı düşünen her hastama medikal tedavi öneririm.				
17	Sigarayı bırakmayı düşünen hastalarımın uygun yardımı almalarını sağlarım.				
18	Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın bu fikirlerini kendilerinin değiştirmesini beklerim.				
19	Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigaranın kendisine ve çevresine verdiği zararların tamamını bildiğinden emin olurum.				
20	Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın, sigarayı bırakmakla elde edeceği kazançları hatırlatırım.				
21	Sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastalarımın önündeki en büyük engeli sorgularım.				
22	Sigarayı bırakacak olan hastalarımın, bırakma sürecindeki zorluklar konusunda önceden bilgilendirip gerekli başa çıkma yollarını gösteririm.				
23	Sigara kullanan hastalarımın her başvurusunda sigara bıraktırma konusunda gerekli olan tüm desteği sağlarım.				
24	Sigarayı bırakan hastalarımı, bırakma günü veya en geç 1 hafta içerisinde görüşmeye çağırırım.				
25	Sigarayı bırakan hastalarımın yaşadığı değişimleri sorarım.				
26	Sigarayı bırakan hastalarımı, bu davranışı devam ettirmesine yardımcı olmak için her görüşmede tebrik ederim.				
27	Sigarayı bırakan hastalarımın relaps olmuş ise nedenlerini araştırmaya davet ederim.				
28	Sigarayı bırakmışken relaps olan hastalarımı, bu başarısızlıktan ders çıkarmasını sağlamaya ve tekrar denemek için yüreklendirmeye çalışırım.				



HER ZAMAN



GENELLİKLE



BAZEN



ASLA

No	Aşağıda sigara bırakırma ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Size en uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz.		
29	Nikotin sakızı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılır.		
30	Nikotin bandı sigarayı bırakma tedavisinde ilk seçenek yöntem olarak kullanılabilir.		
31	Bupropion (ZYBAN) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		
32	Vareniklin (CHAMPIX) sigarayı bırakma tedavisinde kullanılır.		
33	Nikotin replasman tedavisi süresince hastalar sigara içebilir.		
34	Bitkisel ilaçlar sigarayı bırakma tedavisinde etkilidir.		
35	Sigarayı bırakma tedavileri en az 1 yıl süresince kullanılmalıdır.		
36	Sigara içen yaşlı hastalarda sigarayı bırakırma tedavileri uygulanmamalıdır.		
37	Nikotin bandı veya sakızının herhangi bir kontrendikasyonu bulunmamaktadır.		
38	Nikotin bantları KAH öyküsü bulunan hastalarda güvenle kullanılabilir.		
39	Birçok hastada 1 ay süresince sigarayı bırakma tedavisi uygulamak yeterli olmaktadır.		
40	Aynı anda iki farklı yöntemin bir arada kullanılması sakıncalıdır.		
41	İleri derece nikotin bağımlılarında nikotin sakızı ve bandını yüksek dozlarda kullanabiliriz.		
42	Sigaraya tekrar başlayan hastalarda, eğer önceden kullandığı bir tedavi yöntemi var ise aynı yöntemi kullanmak yeterince etkili sonuç vermeyebilir.		
43	Sigara bırakma tedavilerinin etkinliği cinsiyete bağlı olarak değişmez.		
44	Farmakolojik tedavi ile uzun süreli sigara bırakma oranları yalnızca %10 civarındadır.		
45	Nikotin aslında bağımlılık potansiyeli açısından çok yukarılarda değildir.		
46	Sigarayı bırakmak bir davranış değişikliğidir.		
47	Sigarayı bırakma süreçleri göz önünde bulundurulduğunda, en sık relapsların yaşandığı evre "Bırakmayı Deneme" evresidir.		
48	Sigarayı bırakma sürecinde relaps riski 1 yıl sonra ortadan kalkar.		

No	Aşağıda sigara bırakma ve bıraktırma ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Size en uygun olan seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz.		
49	Hasta sigarayı kendisi bırakamıyorsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur.		
50	Hastalara sigarayı bıraktırmak zordur.		
51	Hastalara sigarayı bırakmalarında yardım edebilmek için yeterli zamanım yok.		
52	Hastalara sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, tüm hastalarımın ilişkimi geliştirebilir.		
53	Hastalarımın sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak, kendimi iyi hissettirir.		
54	Hastalarımın sigarayı bırakmaları konusunda danışmanlık vermeyi can sıkıcı bir iş olarak görürüm.		
55	Hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye etmenin işe yaramayacağını düşünürüm.		



KATILIYORUM



KATILMIYORUM

Teşekkür Eder, İyi Çalışmalar Dileriz...