



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANİYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**İSTANBUL İLİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN
SİGARA İÇME DURUMLARININ BELİRLENMESİ,
MESLEKİ ÖZELİKLERİ İLE SİGARA BIRAKTIRMA KONUSUNDA
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Dr. Esma Nur UÇAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2020



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANIYE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**İSTANBUL İLİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN
SİGARA İÇME DURUMLARININ BELİRLENMESİ,
MESLEKİ ÖZELİKLERİ İLE SİGARA BIRAKTIRMA KONUSUNDA
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Dr. Esma Nur UÇAR

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Emin PALA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2020

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum klinik ve idari sorumlumuz ayrıca tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Emin Pala' ya ,

Aile hekimliği vizyonu kazanmamızda eğitimleri ve tecrübeleri ile bize destek olan eğitim sorumlumuz Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Ersoy' a ,

Birlikte zaman geçirdiğim ve çalışma fırsatı bulduğum aile hekimliği asistanı arkadaşlarıma ve uzmanlarımıza,

Bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan annem ve babam Gülsüm ve Hüseyin YILMAZ a

Her koşulda sevgi ve destekleri üzerimde olan canım ablam Emine ye ve kıymetli kardeşim Enes e

Son olarak Hayatta en büyük şansım olduğuna inandığım, yol arkadaşım biricik eşim Alim UÇAR' a

Tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

KISALTMALAR

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Versiyon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FTND: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

FTQ: Fagerstrom Tolerans Anketi

HSI: Sigara Ağırlık İndeksi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NRT: Nikotin Replasman Tedavileri

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TTM: Transteorik Model

TÜBATEP: Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimi Uzaktan Eğitim Programı

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Tütün içeriğinde bulunan başlıca maddeler	6
Tablo 3.1. Fagerström nikotin bağımlılık testinin puanlaması.....	20
Tablo 3.2. Fagerström nikotin bağımlılık testinin değerlendirmesi	21
Tablo 4.1. Hekimlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	23
Tablo 4.2. Hekimlerin sigara içme durumlarının tanıtıcı özelliklerine göre değerlendirilmesi.....	24
Tablo 4.3. Hekimlerin sertifika durumları ile sigara kullanım durumu karşılaştırması	25
Tablo 4.4. Hekimlerin tutum puanı ortalamaları	25
Tablo 4.5. Hekimlerin hesaplanan tutum puanı' nın sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırılması	26
Tablo 4.6. Hekimlerin hesaplanan tutum puanı' nın sertifika eğitimi durumlarına göre karşılaştırılması	26
Tablo 4.7. Hekimlerin mesleki özelliklerine göre sigara bırakma tedavisi hakkında bilgi verme durumları	27
Tablo 4.8. Sigara kullanım durumuna göre sigara konusundaki yaklaşımları değerlendiren her bir tutum sorusunun cevaplarının değerlendirilmesi	28
Tablo 4.9. Sigara kullanım durumuna göre sigara bırakma tedavisine bakış açılarını değerlendiren tutum sorularının cevaplarının değerlendirilmesi	29
Tablo 4.10. Sigara kullanım durumuna göre her bir bilgi sorusunun cevaplarının değerlendirilmesi.....	30
Tablo 4.11. Düzenli sigara kullanan hekimlerin cinsiyete göre fbnt skorlarının değerlendirilmesi.....	32

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Türkiye’ de Yıllara Göre Tütün Satış Adeti.....	4
--	---



ÖZET

Giriş ve Amaç: Toplum sağlığının korunmasında önemli rolleri olan Aile hekimlerinin, sigara konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları sigara bırakma konusunda önem arz etmektedir. Aile hekimlerinin bir kısmı mutlak birinci basamak hizmetinin yanında, sigara bırakma konusunda sertifika edinerek hastalarına yardımcı olmaktadır. Randomize ve prospektif olarak planladığımız bu çalışmada, İstanbul ilinde görev yapan aile hekimlerinin sigara içme durumlarını ve mesleki özelliklerini belirleyerek, bu durumlarının sigara bıraktırma konusunda bilgi, tutum ve davranışları üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 10 Şubat 2020 – 20 Ekim 2020 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapıldı. Çalışmaya 272 hekim katıldı ve her katılımcıya Google Formlar aracılığıyla anket uygulandı. Anketler demografik özellikler, sigara bırakma deneyimi, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve sigara bırakma ile ilgili bilgi ve tutumları ölçen üçlü likert tipi ölçek sorularını içermektedir. Veriler SPSS 26.0 for Windows programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin 143' ü (%52,6) kadın, 129'u (%47,4) erkek ve yaş ortalaması ise $37,8 \pm 8,3$ (25-57) idi. Hekimlerin %28,5' i 0-5 yıl arasında görev yapmaktadır. Katılımcıların %58,8' i hiç sigara kullanmamakta ve %16,5' i sigarayı bırakmıştır. Sigara bıraktırma görevini üstlenen hekimlerin 83'ü (%30,5) 'Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi' almadığını ifade etmiştir. Sigara kullanımı ile tütün kullanım durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. Hekimlerin sigara bırakma tedavisi konusunda tutum puanı ortalaması 28,86 (15-36) puan olarak tespit edildi.

Sonuç: Aile hekimleri sigara bırakma konusunda hastalarını yönlendirmede önemli bir görev üstlenmektedirler. Sigara bırakma tedavisi ile ilgili hekimlerin bilgi düzeyi yeterlidir. Mesleki özelliklerine rağmen kendileri de sigara kullanmaya devam etmektedirler. Sigara tedavisine ilişkin genel olarak olumlu bir tutuma sahiptirler. Hekimler sigara bırakma konusunda kendilerinin sorumluluğunun olduğunu kabul etmektedirler. Sonuç olarak hekimlerin 'Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi' Sertifikası alarak hastalarının sigara bırakma tedavisinde etkin rol oynaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Sigara bıraktırma tedavisi, Sigara kullanımı.



ABSTRACT

Introduction and Purpose: Family physicians, who play an important role in the protection of public health, have an important level of knowledge about smoking and attitudes about smoking quitting. Some of the family physicians help their patients by obtaining a certificate on smoking quitting, as well as the good primary care service. In this randomized and prospectively planned study, we aim to determine the smoking status and professional characteristics of family physicians in Istanbul province and examine the effects of these situations on information, attitudes and behaviors about smoking.

Materials and Methods: Our study was conducted between February 10, 2020 and October 20, 2020 at the Family Medicine Outpatient Clinics in Istanbul. The study was attended by 272 physicians and each participant was surveyed through Google Forms. Surveys contained questions of demographic characteristics, the smoking experience, the Fagerstrom Nicotine Addiction Test, and the triple likert type scale, which measured knowledge and attitudes about smoking quitting. The data was analyzed using the SPSS 26.0 for Windows program.

Results: Of the physicians who participated in the study, 143 (52,6%) were female, 129 (47,4%) were male and the mean age was $37,8 \pm 8,3$ (25-57). 28,5% of physicians work between 0-5 years. 58,8% of respondents never smoked and 16,5% quit smoking. 83 (30,5%) of the physicians who undertook the task of ingesting smoking stated that they did not receive 'Tobacco Addiction Treatment Training'. There is no statistically significant difference between smoking and tobacco use. The average attitude score of physicians on smoking quitting therapy was 2,86 (15-36).

Conclusions: Family physicians have an important role to do in directing their patients to quit smoking. The level of knowledge of physicians related to smoking quitting treatment is sufficient. Despite their professional characteristics, they continue to smoke themselves. They have a generally positive attitude towards smoking treatment. Physicians agree that they have a responsibility to quit smoking. As a result, physicians should play an active role in the smoking quitting treatment of their patients by obtaining the 'Tobacco Addiction Treatment Training' Certificate.

Keywords: Family medicine, Smoking, Smoking treatment.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
İÇİNDEKİLER	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tütün.....	3
2.1.1. Türkiye’de Tütün Kullanımı.....	3
2.2. Tütün Ürünleri	4
2.2.1. Tütün Ürünlerinin İçeriği.....	6
2.3. Sigara Bağımlılığı	6
2.3.1. Sigara Bağımlılığının Nörobiyolojisi.....	7
2.3.2. Sigara Bağımlılığı Ölçekleri	8
2.3.3. Pasif İçicilik	9
2.3.4. MPOWER Uygulaması.....	10
2.4. Sigaranın Sağlığa Etkileri	11
2.4.1. Sigara İlişkili Mortalite	13
2.5. Sigara Bağımlılığı Tedavisi	13
2.5.1. Davranış Terapileri	14
2.5.2. Farmakolojik Tedavi.....	15
2.6. Hekimlerin Tütün Kontrolündeki Rollerini	16
2.6.1. Hekimlerdeki Sigara İçiciliği Prevalansı	17
2.7. Aile Hekimliğinde Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı.....	19
3.2. Etik Kurul İzni	19
3.3. Araştırmanın Kapsamı	19
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	21
4. BULGULAR.....	23

5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR	36
7. KAYNAKLAR	36
8. ÖZGEÇMİŞ	43
9. EKLER	44



1. GİRİŞ ve AMAÇ

DSÖ tütün kullanımını salgın, tütün kullanımına bağlı ölümleri de önlenebilir ölüm olarak kabul etmektedir. Ülkemizde, dünyada olduğu gibi tütün kullanımı oldukça yüksektir (Özşahin ve ark, 2007). Gerek sigara kullanımı gerekse sigara kaynaklı hastalıklara bağlı ölüm oranları her yıl artmaktadır (Karabıyık, 2018).

Sigara kullanımı tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de toplum sağlığı ve ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple diğer ülkeler gibi ülkemizde de tütün bağımlılığına yönelik çalışmalar yürütülmekte ve politikalar geliştirilmektedir (Türkcan Çerçi, 2017). Ancak maalesef sigara tüketim sıklığı açısından Avrupa da üçüncü, dünyada ise yedinci sırada bulunmaktayız. Avrupa Kanseri Birliği tarafından yürütülmekte olan çalışmalarda Türkiye’ de her yaştan tütün kullanımına bağlı ölüm yüzdesi %26,1 iken, kadınlarda %7,6 olarak bulunmuştur (Global Adult Tobacco Survey, 2019).

Sağlık Bakanlığımız tütün ürünlerinin kullanımını düzenlemek amacıyla, ‘Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı’ hazırlamıştır. 3 yıllık hazırlanan bu planla tütün kullanım oranının azaltılması hedeflemektedir. 2007 yılından itibaren, Sağlık’ta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması çalışmaları yürütülmektedir. Bu kapsamda aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın korunması yönünde rehberlik etmektedirler. Tütün bağımlılığı konusunda uzman aile hekimi ve pratisyen aile hekimleri, sigara bağımlılığı konusunda da hizmet etmektedirler (Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018).

2018-2023 Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planı’na göre aile hekimlerine çeşitli süreçlerde sorumluluk yüklenmiştir. Sigara bırakma hizmetlerinin geliştirilmesi kapsamında 2018 yılında aile hekimlerinin %70 i sigara bırakma tedavisi eğitimi almıştır. 2023 yılına kadar ise aile hekimlerinin %100 ünün sigara bırakma tedavisi eğitimlerini tamamlaması hedeflenmektedir. Yapılan tüm düzenlemeler ile aile hekimleri sigara bırakma üzerinde etkin rol oynamaktadır. Aile hekimliğine sigara bırakma nedeni ile başvuran hastalara rehberlik etme konusunda, hekimlerin kendilerini sigara içme durumlarının da etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sigara

bırakma polikliniklerine yönlendirme konusunda bilgi ve tutumlarının da önemli olduğu düşünülerek, bu konuda çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma; İstanbul ilinde görev yapan uzman ve pratisyen aile hekimlerinin, sigara kullanımı ve sigara bırakma sertifikasına sahip olma durumlarının belirlenmesi ve tüm bu özelliklerin hastaları sigara bıraktırmaya teşvik etmelerine etkisini ve sigara bırakma konusunda bilgi, davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tütün

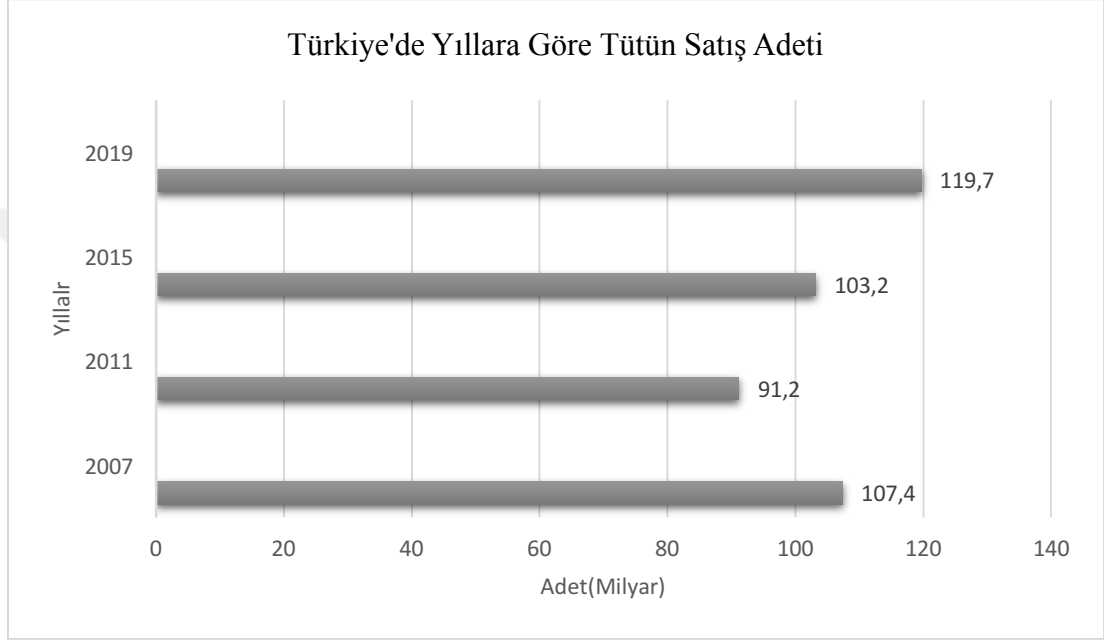
Tütün tüm dünyada kullanılan, bileşiminde nikotin barındıran ot benzeri bir bitkidir. Genellikle solunum yolu ile alımı tercih edilmektedir. Emilim yolu olarak dumanının ağız ve burundan çekilmesi ya da emme ve çiğneme gibi etkinlikler sonucunda oral mukoza yoluyla alınması tercih edilmektedir. Ham madde olarak tütün yapraklarının kurutulmuş hali bir kâğıda sarılarak yakma suretiyle vücuda alınır. Dünya’ da tütün ürünlerinin en çok kullanıldığı hali sigara, pipo ya da puro olarak bilinmektedir. Literatürde tütün ürünlerinin kullanımının yerine sıklıkla sigara kullanımı terimi tercih edilmektedir. Ülkemizde ise tütün ürünü olarak hazır ya da sarma sigara ürünleri tercih edilir (Karabıyık, 2018).

Tütün kullanımının tarihçesine bakıldığında modern toplumlarda Sanayi Devrimi’ ne kadar uzanan bir yolculuğu olduğu görülmektedir (Celepkolu, 2014). Geleneksel toplumlarda ise asırları aşan bir tütün kullanımına rastlanmaktadır. Amerika kıtasında tütün kullanımının milattan önce 6000’ li yıllara kadar uzandığı tarih kitaplarında yer almaktadır. Yerli kabileler tarafından tütün olarak yapraklarının pipo olarak içildiği bilinmektedir. Pipoların yanı sıra yaprakların sakız biçiminde kullanımını da rastlanmıştır. Günümüze gelene kadar gerek gelişmemiş ülkeler gerekse de geliştirmekte olan ülkelere uzun yıllardır tütün kullanımı yaygındır. Tütün kullanımı ile ilişkilendirilen kanser vb. hastalıklara bağlı ölüm oranlarının artmasıyla tütüne karşı politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. (Taş, 2019; Türkcan Çerçi, 2019).

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarına bakıldığında tütün kullanımının önlenmesine yönelik önemli harcamaları yapıldığı görülüyor. En önemli sağlık sorunlarının başında sigara kullanımı gelmektedir. Ülkemizde geçmişten bu yana tütün üretilmekte ve kullanılmaktadır. Coğrafya bakımından tütün üretimine uygun olduğundan, dünya tütün ihtiyacının %5 ine yakını ülkemiz tarafından karşılanıyor. Sigara kullanımını azaltıcı politikaların desteklenmesiyle birlikte azalma görülse de tütün üreten ülkelere bakıldığında, ülkemiz sıralama bazında hala ilk 11’ e giriyor (Karabıyık, 2018).

2.1.1. Türkiye’de Tütün Kullanımı

Türkiye’de yıllara göre tütün kullanım miktar ve oranlarına bakıldığında 2016 yılında kullanılan tütün ürünleri içerisinde yerli tütün kullanımı %13,33 ve ithal ürünlerin tüketimi %86,67 olarak açıklanmıştır. Bununla birlikte 2019 yılında yerli tütün tüketiminin %11,95’ e gerilediği ve ithal ürünlerin tüketiminin %88,05’ e yükseldiği görülmektedir.



Şekil 2.1. Türkiye’ de Yıllara Göre Tütün Satış Adeti (Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı)

Tütün mamullerinin iç satış miktarlarına bakıldığında 2011 yılında 91,2 milyara kadar gerilemişken, 2019 yılında 119,7 milyar tane ürün satılmıştır. (Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı, 2019).

2.2.Tütün Ürünleri

Tütün ürünleri farklı formlarda dünyanın her yerinde kullanılabilir. Ülkemizde en çok sigara olarak tütün yapraklarının kırpılmış hali sarma şeklinde kâğıt içerisinde kullanılmaktadır. Tütün ürünleri denilince akla emme, çiğneme ya da dumanı çekme yoluyla alınan ve içerisinde tütün yapraklarının bulunduğu ürünler gelmektedir. Tüm tütün ürünleri formu ne olursa olsun içerisinde bağımlılık yapıcı nitelikte olan nikotini barındırmaktadır (Karabıyık, 2018).

Sigara: Tüm dünyada en yaygın kullanılan tütün ürünü sigaradır. Kırım Savaşı'ndan beri yaygın olarak kullanılmaktadır. Tütün yaprağının yanması sonucu ortaya çıkan dumanın solunum yoluyla alınması şeklinde kullanılır. Sigara kâğıdı içerisine tütün yaprağının kıyılması ile yapılmaktadır. Ülkemizde tütün üretimi olduğundan yerli tütün markaları devlet kontrolünde, yüksek vergi oranları ile satışa sunulmaktadır. Ayrıca ithal tütün ürünleri ve açık tütün ürünlerinin sarma sigara şeklinde satışı yapılır. Sigaralar filtre sistemi ile kullanılırlar. Aromalı tütün ürünleri elde etmek için tütünün aromalandırılması yöntemi ya da aromalı filtre kullanılır. (Gülbüzel, 2019).

Puro: Dünya' da puro kullanımı sigara kadar yaygındır. Puro kıyılmış olan tütünün fermente edildikten sonra, tütün yaprağına sarılmasıyla oluşur. Fermente edildiği için daha ağır bir dumanı vardır. İçerisinde çeşitli aromalar kullanılabilmektedir. Kanserojen bileşen oranı yüksek olan bir tütün ürünüdür. Puro kullanan bireylerde oral kavite, larenks ve farenks kanserlerine daha sık rastlanmaktadır (Kesler, 2020).

Pipo: Amazon kabilelerine ve Kızılderililere dayanan tarihteki en eski tütün ürünüdür. Tütün kırıklarının konulduğu bir çubuğu vardır. Geçmişte tütün yanında farklı keyif verici madde ve otlar karıştırılarak içilmiştir. Tatlandırmak amacıyla keçi boynuzu gibi bitkiler katılır (Gülbüzel, 2019).

Nargile: Nargile ülkemizde ve dünyada sıklıkla tercih edilen ve daha çok eğlence mekânlarında tüketilen bir üründür. Ülkemizde tütünle mücadele sürecinde oluşturulan dumansız hava sahası kapsamına girmeyen bir üründür. Aromalı olarak hazırlanmaktadır. Tütün yaprakları dışardan kömür ile yakılarak dumanı soğuk sudan geçirilir. Nargile kullanımı genel olarak sigara kadar riskli gözükme de birkaç kişi tarafından kullanıldığından oldukça risklidir (Şengün,2019).

Duman ile kullanılan tütün ürünlerinin yanı sıra yakılmadan çiğneyerek kullanılan tütün ürünleri vardır. Tütün dumanının yasak olduğu yerlerde çiğneme ürünleri daha çok kullanılır. Tütünden hazırlanan kıyılmış yaprak ya da toz halindeki ürün ağız mukozasına yerleştirilerek kullanılır. Bu ürünlere maraş otu, enfiyelik tütün ve İsveç snusu örnek verilebilir (Türkcan Çerçi, 2017).

2.2.1. Tütün Ürünlerinin İçeriği

Tütün yaprağının yanmasıyla ortaya 7.357 çeşit zararlı kimyasal maddenin ortaya çıktığı bilinmektedir. Ortaya çıkan bu kimyasal maddelerin birçoğu kanserojen madde olarak değerlendirilmektedir. Dumanı solumakla akciğer ve diğer organlara ulaşan tütün içeriği genelde zehirlidir. Aerosol kaynaklı partiküller ve yanma ile açığa çıkan gaz formunda zehirler sigara dumanıyla kana geçer. Sigara dumanındaki aerosol oksijen, azot, karbon dioksitten ve karbon monoksit birleşiminden oluşmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2010.)

Tablo 2.1. Tütün İçeriğinde Bulunan Başlıca Maddeler

Hidrokarbon	Gaz fazında	Karboksilik asit	Partikül fazında
Oksijen (O₂)	Gaz fazında	Fenol	Partikül fazında
Karbon dioksit (CO₂)	Gaz fazında	Su	Partikül fazında
Azot (K₂),	Gaz fazında	Nemlendiriciler	Partikül fazında
Karbon monoksit (CO)	Gaz fazında	Formaldehit	Partikül fazında
Asetaldehit	Gaz fazında	Terpenoid	Partikül fazında
Amonyak	Gaz fazında	Parafin	Partikül fazında
Aseton	Gaz fazında	Balmumları	Partikül fazında
Hidrojen sülfid (H₂S)	Gaz fazında	Nitrozamin (TSNA)	Partikül fazında
Metanol	Gaz fazında	Katran	Partikül fazında
Nitrik akrolein asit	Gaz fazında.	Katekol	Partikül fazında
Hidrojen siyanür (HCN)	Her iki fazda	Nikotin	Her iki fazda

(Kaynak: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010: 29).

2.3. Sigara Bağımlılığı

Sigara kullanımı çoğunlukla bağımlılık ile nitelendirilerek tüm toplumlar için mücadele edilmesi gereken bir sorun olarak gündeme gelmektedir. Sigara ve diğer

maddelerin zararlı alışkanlıkları bilindiği halde kullanımına devam edilmesinin bağımlılık ile ilişkisi bilinmektedir. Bağımlılık kişilerin zararlı sonuçlarını bildikleri halde, dürtüsel olarak bağımlılığa neden olan maddenin kullanımına devam edilmesiyle karakteri ve kronik bir hastalık olarak tarif edilmektedir. Bağımlı olunan madde ısrarla alınarak, yoksunluğunda olumsuz davranışlara neden olur. Bağımlılık hastalığı genel olarak bir beyin hastalığı olarak adlandırılmaktadır. Keyif verici maddeler beyin ödül merkeziyle bağlantılı olarak kullanan kişinin iyi hissetmesini sağlamaktadır. Bağımlılık yapan madde beyinde işlevsel ve davranışsal olarak zararlı değişikliklere neden olmaktadır (Gürbüz, 2019).

Bireylerde bağımlılıkların tanımlanması konusunda DSM-V' e göre birkaç kriterin bir arada olması gerekmektedir. Madde kullanımı ve sigara bağımlılığında bireyin bağımlı sayılması için yedi temel kriter bulunmaktadır;

1. Sigarayı kişinin belirttiğinden daha fazla miktarda ve daha uzun sürede kullanması,
2. Sürekli sigara bırakma isteğinin olmasına rağmen bunu yapamaması,
3. Sigara kullanımı sırasında fazla vakit harcaması,
4. Kişiye zevk veren diğer aktivitelerden ve sosyal aktivitelerden zevk alamama ya da bu aktiviteleri terk etmeye başlaması,
5. Sigara kullanımıyla birlikte fiziksel ve psikolojik sorunlar ortaya çıkmasına rağmen kullanımına devam etmesi,
6. Kişide sigara kullanımına tolerans gelişmesi,
7. Sigara kullanılmadığında yoksunluk belirtilerini ortaya çıkması.

Bahsedilen belirtilerden en az 3 tanesini 6 ay kadar süreyle yaşayan bireyler sigara veya nikotin bağımlısı olarak kabul edilmektedir (APA, 2013).

2.3.1. Sigara Bağımlılığının Nörobiyolojisi

Sigara ya da nikotin bağımlılığı DSÖ' ye göre kronik bir hastalık olarak tarif edilmektedir. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin içerisinde bulunan nikotin bağımlılık yapıcı psikoaktif maddeler arasında yer almaktadır. Nikotin kullanan bireylerde

zamanla davranışsal ve mental bozukluklara neden olmaktadır. Tütün kullanımında bağımlılık etkeni olan nikotin etkisiyle kişi sigaradan aldığı keyfi değer verdiği nesne ve uğraşların önüne koymaya başlar. Bağımlı olan kişi yavaş yavaş kendi kontrolünü kaybetmeye başlar.

Sigara bağımlılığının nörobiyolojisi incelendiğinde; tütün kullanımıyla birlikte duman yoluyla nikotin yayılım göstermektedir. Nikotin alınması ile beyinde yer alan kan betin bariyerin aşar. Beyinde nikotinik asetilkolin adı verilen reseptörlere bağlanır. Reseptörlere bağlanması sonucunda vücutta doğal olarak da bulunan bazı kimyasallar salınmaya başlar. Hormonların etkisiyle bağımlılık mekanizması çalışmaya başlamaktadır. Reseptörlerin etkisiyle salınan hormonların başında dopamin gelmektedir. Dopamin hipofizin ön lobundan salgılanarak sempatik sinir sistemi üzerine etki etmektedir. Özellik olarak kan basıncını hızlandırır. Ayrıca kan basıncını da yükseltmektedir. Dopamin bireylerde rahatlatıcı özellik sağlayarak keyifli olmasını sağlamaktadır. Sigara kullanımıyla vücutta artan dopaminin miktarı bir süre sonra azalmaya başlar. Dopamin azaldıkça kişiler strese girerek yoksunluk yaşamaya başlar. Bu mekanizmada dopamin etkeni olan nikotin ihtiyacı ortaya çıkar. Böylece sigara içme ihtiyacı hissedilir (Kaleli, 2010).

2.3.2. Sigara Bağımlılığı Ölçekleri

Sigaranın kullanımının verdiği zararlara rağmen devam ettirilmesine neden olan nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi yapılırken birkaç ölçek kullanılmaktadır. Nikotin bağımlılığında yapılan klinik çalışmalarda ve aile hekimliği çalışmalarında sıklıkla Fagerstrom nikotin bağımlılık testi (FTND) kullanılmaktadır.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi: Sigara bağımlılığını test etmede ve tedavi sürecinde en sık kullanılan testtir. 1991 yılında oluşturulan testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından gerçekleştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmalarda orta derecede güvenilir kabul edilen testte 6 adet soru bulunmaktadır. Her sorunun sonucunda elde edilen puanlar toplanarak test analiz edilir. Toplam puan 3 puan ve altında ise kişinin bağımlılık düzeyi düşük olarak değerlendirilir. 4 – 6 puan arasında bağımlılık düzeyi orta kabul edilirken 7 ve üzeri puan alanlar yüksek düzeyde bağımlı kabul edilmektedir. Hastaların sigara bırakma tedavilerine ve başarı düzeyine bakıldığında yüksek puan alanlarda başarı daha

düşüktür. Literatürde FTND testinin bağımlılık düzeyini tespit etmede uygun ve önemli bir test olduğu bilinmektedir (Bozkurt ve ark, 2016). Testte bağımlılığı belirlemek adına en önemli sorular; “sabah uyandıktan sonra ilk sigaranın içilme zamanı” ve “günde kaç sigara içildiği” gibi noktaları değerlendirmeye yönelik olan sorulardır (Türkcan Çerçi, 2017).

Fagerstrom tolerans anketi (FTQ): FTND formatından önce sigara bağımlılık düzeyini tespit etmek amacıyla 1978 yılında geliştirilen Fagerstrom tolerans anketi (FTQ) kullanılmaktaydı. 8 sorudan oluşan testte 0 ile 10 arasında puanlama yapılmaktadır. 10 puan alan kişinin en yüksek bağımlılık düzeyinde olduğu ve 0 alan kişinin bağımlılığının olmadığı gösteriliyordu. Sonrasında testin güvenilirlik düzeyini düşüren iki soru testten çıkarılarak 1991 yılında Heatherton ve arkadaşları tarafından revize edilerek FTND testine dönüştürülmüştür (Kılınç, 2010; Yavuz, 2020).

Sigara ağırlık indeksi (HSI): Pratik bir değerlendirme testi olarak kullanılmaktadır. FTND’ de yer alan ilk soru ve dördüncü soru kullanılır. HSI’ nin duyarlılığı yapılan çalışmalarda yüksek bulunduğundan özellikle zaman sorunu olan hekimlerin hastalarını değerlendirmesinde ve epidemiyolojik çalışmalarda iyi bir ölçek olarak kullanılabileceği belirtilmektedir (Chabrol ve ark, 2005; Chaiton ve ark, 2007; Sağlam, 2017).

2.3.3. Pasif İçicilik

Sigara içiciliğini yanı sıra, sigara kullanmayan bireylerde de dumana maruziyet nedeniyle birtakım sorunların ortaya çıkma durumuna pasif içicilik adı verilmektedir. Pasif içicilik sigaradan çıkan zararlı dumanın solunması ile gerçekleşmektedir. Tütün kullanımı aktif sigara içenlere zarar verdiği kadar, sigara kullanmayan pasif içicilere de önemli zararlar vererek sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Pasif içicilik her yaş grubunda ortaya çıkan ve ülke politikalarında çözümlenmesi gereken bir sorundur (Döner ve Özer, 2016).

Solunan sigara dumanı, tütün kullanmayan kişilerde akciğer hastalıkları başta olmak üzere çeşitli hastalıklara yol açmaktadır. Sigara kullanmayan kesimin büyük çoğunluğunu oluşturan çocukların pasif içicilik nedeniyle solunum yolu enfeksiyonları, astım ve uyku sırasında ölüm gibi ciddi sorunlara yakalandığı

bilinmektedir (Gürbüz, 2019). Dünyadaki akciğer kanseri oranına bakıldığında kansere yakalanan erkeklerin %15'i, kadınların ise %53'ünün hayatında hiç sigara kullanmadığı bilinmektedir (Subramanian ve Govindan, 2007). Pasif içicilik özellikle bebeklerde, küçük yaştaki çocuklarda ve yetişkinlerde sigara kullanmayan kadınlarda görülmektedir. 2011 yılında Oberg ve arkadaşlarının 192 ülkede yaptıkları çalışmaya göre çocukların %40' ı ve sigara kullanmayan yetişkinlerin %34'ü pasif içicidir. Dünyada her yıl sigaraya bağlı pasif içicilik sonucunda 900 bine yakın ölüm bildirilmektedir (Oberg ve ark, 2011).

Yanan bir tütünden çıkan duman, etrafta bulunan kişilere hava akımı ile ikinci el sigara dumanı olarak ulaşır. Bu duman içerisinde zehirli ve kanserojen etkiler gösteren bileşenler yer almaktadır. Ortamda bulunan kişilerin maruziyet derecesini azaltmak için, yanan sigara dumanından uzaklaşmak gerekmektedir. Sigara içen kişiyle fiziksel olarak aradaki mesafe miktarı ve ortamın özellikleri pasif içicilik nedeniyle meydana gelen zararlar üzerinde etkili olmaktadır (Argüder ve ark, 2019).

DSÖ pasif içicilik başta olmak üzere sigar nedeniyle oluşan zararları önlemek ve tütün satıcılarının oluşturduğu sektörü kontrol almak amacıyla 2007 yılında tüm dünyada çalışma başlatarak Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) kapsamında MPOWER uygulamasını hayata geçirdi. Türkiye' de bu doğrultuda Ulusal Tütün Kullanımı Eylem Planı ile 2008 yılından itibaren 'dumansız hava sahası' uygulaması ile pasif içiciliğin önüne geçmek için çalışmaya başladı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008).

2.3.4. MPOWER Uygulaması

Sigara içme alışkanlığı önlenabilir düzeydedir. Bu nedenle devletler hem artan sağlık sorunu maliyetlerini kontrol altına almak hem de sigaranın neden olduğu toplumsal zararları önlemek amacıyla DSÖ önderliğinde bir dizi önlem çalışmalarına başlamışlardır. TKÇS' ye uygun bir şekilde 6 adımdan oluşan ve politikaların anahtar kelimelerini baş harflerinin kısaltılması ile oluşturulan 'MPOWER' uygulaması sigara ile savaşıma politikası yürüten devletlerce kullanılmaya başlanmıştır (Şengün, 2019).

Uygulamada ilk basamak olan 'monitor' (M) sigara tüketimi ve koruyucu politikaların izlenmesi basamağıdır. Dumansız ortamların oluşturulması ve pasif içiciliğin engellenmesi amacıyla oluşturulan 'protect' (P) basamağı insanları tütün

dumanından korumayı içermektedir. ‘Offer’ (O) basamağında sigara kullanan kişilerin sigara bırakma konusunda desteklenmesi ve bağımlılık konusunda yardım edilmesi üzerinde durulmaktadır. Tütün kullanımı sonucunda oluşacak zararlar konusunda insanların uyarılması ‘warn’ (W) basamağında ele alınmıştır. Toplum sağlığını korumak ve sigara kullanımını özendirmemek adına ‘enforce’ (E) basamağı ile tütün reklamları, verilen promosyonlar ve sigara markalarının sponsorluk yapmaları yasaklanmıştır. Son olarak ‘raise’ basamağında uygulanan politikalar ile devletler, sigara satışlarını azaltmak amacıyla tütün ürünlerine uygulanan vergiyi artırmayı kararlaştırmıştır (WHO, 2008).

MPOWER uygulamasında halkın tütün kullanım oranlarını belirlemek ve tütün kullanımını izlemek amacıyla düzenli olarak kullanım alışkanlıkları araştırmaları yapılmaktadır. Anketler ile halka ulaşılarak tütün kullanımı izlenir ve gerekli önlemler alınır. Pasif içicilik başta olmak üzere toplumun birçok kesiminin tütün dumanına maruz kalmasından dolayı oluşan hasarı azaltmak için dumansız hava sahaları oluşturulmaya başlanmıştır. Ülkemizde de ikinci el tütün maruziyetini azaltmak için kamu kurum ve kuruluşlarında, okullarda, sağlık kurumlarında ve birçok kapalı ortamda sigara içilmesi yasaklanmıştır (Örsel, 2016). 2020 yılında alınan yeni önlemler ile sigara paketleri tek tip hale getirilerek standart paket uygulamasına geçilmiştir. Sürekli kamu spotları ve sigara paketleri üzerindeki fotoğraflar yardımı ile sigara konusunda bilgi verici ve özendirmeyi engelleyici çalışmalar devam etmektedir.

2.4.Sigaranın Sağlığa Etkileri

Sigara kullanımı zamanla birçok sağlık problemine sebep olmaktadır. Başta solunum yollarını etkileyerek obstrüktif akciğer hastalıkları görülür. Tütün kullanan birçok kişide kalp hastalıkları ve periferik damar hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Sigara ve diğer kaynaklardan çıkan duman, önemli derecede akciğer hasarına neden olmaktadır. Sigara ile ilişkili akciğer hastalıklarının sonucunda akciğer kanseri ortaya çıkarken bazı hastalarda akciğer nakli gerektirebilir (Elicker ve ark, 2018).

Kanser türlerinin birçoğu sigara kullananlarda daha sık rastlanırken, akciğer kanseri ve KOAH hastalığına yakalananların tamamına yakını tütün kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Bunun yanında larenks ve özefagus kanserlerinin de tütün kullanımı ile ilişkisi vardır. Kanser oluşumunun yanında kalp krizi, iskemik kalp

hastalıkları vb. kardiyovasküler hastalıkların oluşum riski sigara kullanımı ile artmaktadır. Pasif içici olarak sigara kullanımı nedeniyle de kalp ve damar hastalıkları görülmektedir. Tütün ürünleri tüm dünyada kalp ve damar hastalıklarının %10' unun nedeni olarak öne sürülmektedir (Karabıyık, 2018).

Ulusal Hastalık Yüğü Raporuna göre, tüm dünyada ve ülkemizde pek çok hastalığın risk faktörleri arasında sigara kullanımı yer almaktadır. Diyabetin ortaya çıkışında önemli risk faktörleri olan hareketsizlik, fazla kilo alımı ve endokrin bozuklukların yanında sigara kullanımının etkili olduğuna değinilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Sigara kullanan genç bireylerde cinsel problemler ve infertilite yaygın biçimde ortaya çıkmaktadır. DSÖ ye göre sigara içen kişilerin yarısı 70' li yaşlardan önce yaşamını yitirmektedir.

Sigara içtikten sonra ilk aşamada ve uzun süreli kullanımda ortaya çıkan bazı etkiler bulunmaktadır. Sigarayı bıraktıktan sonra vücudun normale döndüğü bilirse de kronik kalp hastalıkları içmeyenlere göre daha yüksek oranda görülmektedir. (Bal, 2019). Sigara kullanımından kısa süre sonra tütün dumanı maruziyeti nedeniyle kalp atışı hızlanmaya başlar. Ardından kan basıncı yükselerek dolaşım sisteminde etkileri görülmeye başlar. Böbrekte idrar üretimi azalırken, sinir sisteminde yavaşlama ve beyne giden kan akışında azalma gözlenir. Beynin kanlanması azalma sonucunda baş dönmesi ve gözlerde sulanma gibi etkiler ortaya çıkar. Sigara tüketiminin erken döneminde mide rahatsızlıkları, iştah kaybı ve koku duyusunda bozulma gibi etkiler de görülmektedir. Tütün kullanımının devam etmesiyle birlikte kalıcı ve uzun süreli hasar meydana gelmektedir. Yakıcı dumana sürekli maruz kalan üst solunum yollarında fiziksel bozulmaların etkisi ile nefes darlığı ve sürekli öksürük görülmeye başlar. Deri elastik yapısını kaybetmeye başlarken, kuru ve kırışık cilt yapısı ortaya çıkar. Tırnak ve parmaklarda renk değişimi, saçlarda dökülme ve dumanın etkisiyle zamanla dişlerde renk değişimi meydana gelmektedir. Vücutta birçok organ kanlanmanın azalması ve toksik maddeler ile zehirlenmeye başlar ve kalp, akciğer gibi organlarda daha ciddi problemler ortaya çıkmaya başlar (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2016).

2.4.1. Sigara İlişkili Mortalite

Sigara kullanımı ile görülen morbidite yani hastalıkların sonucunda ve yaşam kalitesinin düşmesiyle ortaya çıkan ölümlerin oranı sigara ilişkili mortalite olarak adlandırılır. Sigara dumanıyla amonyak, karbon monoksit, katran gibi zararlı maddeler alınarak, solunum ve dolaşım sistemi üzerinde hasar ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Solunum sisteminde oluşan kanserlerin ciddi bir kısmı sigara kaynaklıdır (Karabıyık, 2018).

2017 yılına kadar yapılan çalışmalara bakıldığında bulaşıcı olmayan hastalıklar ve sigara gibi etkinler nedeniyle yeti kaybıyla görülen yaşam kaybı verilerinde ilk sırayı iskemik kalp hastalıkları almaktadır. Bunun yanında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) üçüncü sırada, akciğer sistemi kanserleri yedinci sıradadır. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının hastalık yükünde risk etkenleri arasında oldukça önemli olduğu görülmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Solunum ve dolaşım problemleri nedeniyle mortalite oranları üzerinde tütün ürünlerinin etkisi görülmektedir. En büyük mortalite kaynaklarından birisi olan kansere karşı korunma için DSÖ' nün ve çeşitli kanser topluluklarının sunduğu çözüm önerileri arasında sigara içilmemesi ve pasif maruziyetin önlenmesi ilk sıralarda yer almaktadır.

Yetişkinlerde ve gençlerde sigara kullanımı 2000' li yılların başlarına kıyasla %29 oranında azalmış olsa da sigara kaynaklı ölüm oranları hala yüksektir. Gençlerde ölüm nedenlerine bakıldığında nikotinin uyuşturucudan daha etkili olduğu bilinmektedir. DSÖ' ye göre 2020 yılına kadar 10 milyona yakının kişinin sigaradan ölmüş olacağı bildiriliyordu. Bunu önlemek için özellikle yerel kampanyalar ile sigara bağımlılığı ile mücadele başladı (Bal, 2019).

2.5.Sigara Bağımlılığı Tedavisi

Sigara kullanımında bağımlılık söz konusu olduğundan bırakmak için sistematik tedaviler ve ilaç uygulamaları gerekmektedir. Sigara bağımlılığı ile mücadele hekimlerin sorumluluğundadır. Aile hekimliği kliniklerinde genel hasta öyküsünde sigara içtiğini ifade eden bireylere sigarayı bırakmak için öneri verilerek, sigara bırakma kliniklerine yönlendirilebilmektedir. Sigara bıraktırma kliniğine başvuran bireylerin uyumuna göre psikolojik ya da farmakolojik tedavi yöntemleri, bazen de her ikisi bir arada uygulanabilmektedir. Sigara bağımlılığının tedavisi bireyin

durumuna göre uzun süreli olabilir. Tütün ürünlerinin tamamen terk edilmesine kadar uzun ve uğraşılı bir tedavi süreci gerekmektedir. Tedavi görenlerin çok az bir kısmı ilk denemede başarılı olmaktadır (Demir, 2008).

2.5.1. Davranış Terapileri

Sigara içme davranışı içeriğindeki nikotinin neden olduğu mekanizma sonucunda bağımlılığa dönüşmektedir. Birey sigara bırakmak için sigara kullanımını azalttığı ya da kestiğinde sigara içme davranışının kontrol edilmesinde zorlanması, sürekli sigara içmeye istek duyulması ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması nedeniyle başarısızlığa uğramaktadır (Demirgören ve ark, 2006). Bu nedenle bıraktırma tedavisinde psikolojik destek oldukça önemlidir. Tütün kullananların %70' e yakını sigarayı bırakmak istediğini ifade etmektedir. Bunların ise %40' ı daha önce sigara bırakmayı denediğini söylemektedir (Smith ve ark, 2009). Profesyonel bir yardım almadan bırakmaya çalışıldığında, bir yıl sonra %3 ila %7 oranında başarı elde edilmektedir (Piper, 2009).

Tütün ürünlerini kullananların sigara bırakma düşünceleri, bırakma davranışı üzerinde etkilidir (Taş, 2019). Prochaska' nın tanımladığı 5 farklı grupta hasta bulunmakta olup, bu gruplama Transteorik Model (TTM) ile yapılmaktadır. Modele göre, bırakmanın düşünülmeyen evrede olan hastalar sigara kullanım durumlarında herhangi bir değişiklik yapmaya açık değildirler. Bırakmanın düşünüldüğü evrede olan hastalar, zararları nedeniyle bırakmak isteyip bunun için bir zaman belirleyemeyen hastalardır. Desteğe ihtiyacı olan bir grup olup, bırakma terapileri için cesaretlendirilmelidirler. TTM' de bırakmaya hazırlanan evrede olan hastalar, davranış desteği ve gerekli görülürse ilaç desteği ile bırakmaya hazırlanan hastalardır. Hasta sigara bırakmak için istekli olup, zararlarını kabul etmiştir. Bırakmanın denendiği evre, hastaların yakın takibinin yapılması gereken bir evre olup hastanın 3-4 aydır sigara içmediği dönemdir. TTM' nin son evresi olan bırakma bırakmayı sürdürme evresinde hastalar 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedirler (Prochaska ve ark, 1982).

Sigara bırakma yöntemlerinden biri olan davranışçı terapide bireylerin sigara bırakmasına yardımcı olmak amacıyla, tütüne karşı olumsuz davranış geliştirme üzerine çalışılmaktadır. Bağımlılık üzerine odaklanılan davranışçı terapide bireyin

sigaradan uzaklaşması için ona olumsuz bir neden öğretilir. Amaç sigara içme isteğinin azalarak, bağımlılık dürtüsü ile başa çıkmayı öğretmektir. Davranışçı terapi olarak doyurma yöntemi, kendini izleme, kendi kendini yönetme teknikleri, hipnoz, ani bırakma ve azaltarak bırakma ve grup terapileri gibi yöntemler uygulanmaktadır (Taş, 2019). Davranış terapileri bireye destek olmak ve tedaviyi yarıda bırakmasını önlemek amacıyla küçük önerilerden ve çalışmalardan oluşan tekniklerdir. Özellikle ilk 72 saate yoksunluk belirtilerinin yoğun olacağı dönemlerde motivasyon sağlanmalıdır.

2.5.2. Farmakolojik Tedavi

Bağımlılık nedeniyle sigara bırakma tedavisinde farmakoterapi kullanılmaktadır. Gelişen farmakolojik tedaviler bazen tek başına etkili olurken, çoğunlukla kombine olarak kullanılması tercih edilmektedir. Kombine tedavi uygulandığında bırakma oranları %30' larda görülmektedir. Tedavilerin yenilenmesi ile birlikte içicilerin bırakma oranlarının artırılması hedeflenmektedir (Çakır Edis ve Çağlar, 2006).

Nikotin Replasman Tedavileri (NRT): Sigaranın bırakılması için 1960 yılından beri kullanılan bir tedavi yöntemidir. Nikotin sakızları, nikotin bantları ve inhaler olarak nikotin formunda kullanılmaktadır. Sigaradaki nikotinin yerine geçmesi amacıyla farklı bir şekilde nikotin verilerek yoksunluk bulgularının baskılanması sağlanmaktadır. Genelde 2 – 5 mg düzeyinde sigaradan daha düşük miktarlarda nikotin replase edilir (Sarandöl, 2002). NRT' de en iyi uygulanan yöntem nikotin sakızı olarak bilinmektedir. Birçok ülkede uygulanması yasal olup, ülkemizde onaylı şekilde satışı yapılmaktadır. Yan etkiler olarak çene ağrısı ve hastanın uyumunda zayıflık görülmektedir (Çakır Edis ve Çağlar, 2006).

Bupropion: Nikotin dışı tedavi yöntemlerinden olan Bupropion bir antidepresan tedavisidir. Bağımlılık mekanizmasında rol oynayan nörolojik yolları etkileyerek çalışmaktadır. Nikotin gibi bağımlılık yapan maddeler, beyin sapındaki ödül döngüsünde görevli nöronların artışına neden olmaktadır. DA gibi maddeler bu nöronların aktive olması ile salınır. Sigara içme arzusunu tetiklediği düşünülen ödül mekanizmasını baskılamak amacıyla Bupropion sayesinde DA salgılanması azaltılmış olur (Balfour, 2001; Demirgören ve ark, 2006). Bağımlılık oluşturmeyen bir antidepresan olup, kabul edildiği tüm ülkelerde sadece reçete ile satışı mümkündür.

Yan etkileri alerjik reaksiyon ve epilepsi nöbeti riskinde artış olarak bilinmektedir (Çakır Edis ve Çağlar, 2006).

Vareniklin: Reseptör antagonisti olarak görev yapan Vareniklin, nikotin ile etkileşime giren nikotinik asetil kolin reseptörleri işgal ederek nikotinin etki mekanizmasının başlamasına engel olur. İlacın kullanımı ile birlikte kişi sigara içse bile yoksunluk ve ödül mekanizmasının devreye girmesi engellenir. Dopamin salgılanmasını sağlayarak agonist etki göstermektedir. Genelde tek başına kullanımı ile 6 aylık sigara bırakma evresinde 2-3 kat daha başarılı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Coe ve ark, 2005; Cahill ve ark, 2016; Şengün, 2019; Uzaslan, 2016). Hastalar tarafından iyi tolere edilebilen bir tedavi türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yan etki olarak tat alma duyusunda bozulma ve halsizlik gözlenmiştir (Çakır Edis ve Çağlar, 2006).

Diğer İlaçlar: Sık kullanılan ilaçların dışında birçok farklı ilaç denenmiş ve bağımlılık üzerinde etkili olmuştur. Genel olarak alkol bağımlılığının yoksunluk belirtilerinde azalma gösteren Klonidin tercih edilen ilaçlar arasındadır. Asıl görevi hipertansiyon tedavisinde alfa-2- noradrenerjik agonist olarak çalışmaktır (Gossip, 1988). Bir başka ilaç Selektif cannabinoid-1 reseptör antagonisti olan Rimonabant'tır. Sigara içen kişilerin beyinde bozulan enerji denge sistemi üzerinde düzenleyici etkisi olduğu düşünülmektedir (Cohen, 2005).

2.6.Hekimlerin Tütün Kontrolündeki Roller

Hastalık kontrolünde gerek ekonomik maliyeti azaltmak gerekse halkın sağlığını korumak için koruyucu hekimlik hizmetlerinin etkisi büyüktür. KOAH ve çeşitli kardiyoovasküler sistem hastalıklarında ülkemizdeki sigara içme durumunun azaltılması toplum sağlığı korumak için elzemdir. Sigara ile mücadelede koruyucu hekimlik hizmetlerinde rol alan aile hekimliğinin deneyim ve birikiminin etkisi olmaktadır. Tütün kullanımının azaltılması için Sağlık Bakanlığı' nın çalışmaları, dumansız hava sahası çalışmaları ve aile hekimliklerinde yer alan sigara bıraktırma klinikleri koruyucu önlemlerdir. Kliniğe başvuran hastalarda etkin sigara bıraktırma stratejilerinin saptanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi ile mümkündür (T.C Sağlık Bakanlığı, 2017).

Bağımlılıkları nedeniyle tedavi desteğine ihtiyaç duyan bireylerin başarı sağlaması kendi iradesine bağlıdır. Hekimler burada tedavi düzenleyici ve destekleyici konumda rol almaktadırlar. Hastayı sigaranın zararları konusunda bilgilendirirken, bir yandan da bırakma konusunda destekleyici ve özendirici olmalıdırlar. Bırakma ile ortaya çıkacak olan ruhsal yorgunluk ve fiziksel yoksunluk belirtilerini tedavi etmek amacıyla tıbbi yardım yapmak ve hastanın sigara bırakma tedavisine devamlılığını sağlamak hekimlerin rolleri arasında yer almaktadır (Avcı, 2018; Yorgancıoğlu ve Eser, 2000).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile bireylere ulaşma imkânı arttığı için, sigara kullanımının tespiti ve sigara mücadelesinde başarı oranının artacağı düşünülmektedir. Çalışmalar hekimler tarafından sigara kullanılan bireylerin uyarılması ve tedaviye yönlendirmesi ile hastanın tütün bırakma davranışı konusunda etkili olduğunu ortaya çıkartmıştır. Aile hekimi kendisine herhangi bir nedenle başvuran ve sigara içme öyküsü bulunan bireylere müdahale ederek sigara bırakma yönünde tavsiye vermektedir. Sigara ile etkin mücadele edilmesi için birinci basamakta personelin eğitilmesi ve çeşitli sertifika programlarının oluşturulması gerekmektedir (Karlıkaya ve ark, 2006).

2.6.1. Hekimlerdeki Sigara İçiciliği Prevalansı

Hekimlerin ve hastanede görev yapan diğer sağlık profesyonellerinin sigara kullanması ve ailesinin ya da hastasının yanında sigara kullanması, sigara bıraktırma politikaları açısından olumsuz bir örnek teşkil etmektedir. Hekimlerin toplumdaki rolü ve sigara bağımlılığı konusunda daha fazla eğitim almaları gerektiği düşünülmektedir (Altın ve ark, 2004).

Günümüzde aile hekimliği görevini üstlenen hekimlerin arasında sigara kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir. Sigara içen hekimler ve diğer sağlık profesyonellerinin hastaları sigara bırakma kliniğine yönlendirmesi konusunda isteksiz olduğu görülmektedir (Öztürk, 2009). 2017 yılında sigara bıraktırma polikliğinin olduğu merkezlerde çalışan yapılan bir çalışmada aile hekimlerini en az %30' unun aktif olarak sigara içtiği belirtilmiştir. Sertifikalı olarak tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan hekimlerin ise neredeyse %60' ı sigara kullanımına devam etmektedir. Ülkemizde alınan tedbirlere rağmen, sigara bıraktırma konusunda topluma

rol model olacak hekimlerin sigara içme prevalansının yüksek olması, tütün kontrolü ile ilgili alınan önlem ve uygulamaların artırılmasının uygun olacağını düşündürmektedir. (Türkcan Çerçi, 2017).

2.7.Aile Hekimliğinde Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında görev yapan aile hekimleri hasta muayenesi sırasında sigara içme durumunda hastaya zararlarını anlatma ve bırakmak için cesaretlendirme görevini üstlenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında her türlü sağlık problemi için önceden tanılama yapmak hekim sorumluluğundadır. Tedavinin yanı sıra doğru sağlık davranışı için hastalara eğitim vermektedirler. Sigara bırakma kliniklerini açılması ile birlikte aile hekimleri de tütün bırakma konusunda bilgi almaya başlamışlardır (Özşahin ve ark, 2007).

Aile hekimlerine Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenen, Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimi Uzaktan Eğitim Programı (TÜBATEP) kapsamında eğitimler verilerek tütün ile mücadelede etkin rol alması sağlanmaktadır. Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde sigara bağımlılığı birimlerinde görevli olan personelin yetiştirilmesi ve etkin bağımlılık mücadelesi için “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik” çıkarılmış olup, yönetmeliğe göre bu birimlerde görevli personelin eğitim alması gerekmektedir. Eğitim içeriğinde tütün bağımlılığı, epidemiyolojisi ve etkileri, tütün kontrolü temel bilgiler, tütün bağımlılığı tedavisi ve bırakma desteği temel bilgileri konusunda eğitimler verilmektedir. (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma aile hekimlerinin sigara içme durumlarını ve mesleki özelliklerini belirleyerek, bu durumların sigara bıraktırma konusunda bilgi, tutum ve davranışlar üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun 23 Mart 2020 tarih ve 193(3) kabul numarası ile uygun bulunarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışma İstanbul ilindeki Aile Hekimliği Polikliniklerinde 10 Şubat 2020 – 20 Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmamız prospektif, randomize ve kesitsel tanımlayıcı araştırma olarak gerçekleştirildi. Çalışma öncesinde İstanbul'daki Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Aile Hekimliği Polikliniklerinde çalışan 4334 kişi evrene dahil edilmiş ve tanımlayıcı araştırmalarda değişkenlere bağlı olarak örneklem hesabı yapılmıştır. %95 güven aralığı ve 0.05 standart sapma seçilerek en az 256 kişilik örneklem ile çalışılması gerektiği hesaplanmıştır. İstanbul il merkezinde hizmet vermekte olan Aile Sağlığı Merkez' lerinde aile hekimliği uzmanı ya da pratisyen aile hekimi olarak görev yapan ve çalışmayı kabul eden 272 hekimin katılımı ile çalışma yürütülmüştür.

3.4.Verilerin Toplanması

Çalışma verileri 30 Mart 2020 – 30 Eylül 2020 tarihleri arasında İstanbul' da görev yapan aile hekimleriyle görüşülmüştür. Veriler 'Google Formlar' aracılığıyla çalışmayı kabul eden hekimlere ulaştırılmıştır. Veri toplanması amacıyla 'Demografik Özellikler Formu' ve 'Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi' ile 'Sigara Kullanma Durumuna Karşı Tutum ve Davranışa İlişkin Soru Formu' şeklinde 3 bölümlük anket formu kullanılmıştır.

Demografik Özellikler Formu: Formda ki ilk 5 soru yaş, cinsiyet ve mesleki deneyimlerine ilişkin, 7- 12 arasındakiler ise Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 2 ye

ait sorulardır. 13-16 arasındaki sorular ise sigarayı bırakmış olan katılımcılara yöneliktir. 17 numaralı soruda sigara dışında kullanılan başka bir tütün alışkanlığının olup olmadığı sorgulanmıştır. 18 numaralı soru ise araştırmaya katılan hekimlerin ‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ alıp almadıklarını sorgulamaktadır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi: Fagerström tarafından oluşturulan ve sigaraya olan fiziksel bağımlılık düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiş olan test 6 adet kapalı uçlu sorudan oluşur. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve arkadaşları yapılmıştır (Tablo 3.1). Testten alınan puan arttıkça kişinin bağımlılık düzeyi de artış göstermektedir (Tablo 3.2).

Sigara Kullanma Durumuna Karşı Tutum ve Davranışların Sorgulandığı Soru Formu: Oluşturulan sorular ‘Katılıyorum’, ‘Katılmıyorum’ ve ‘Fikrim yok’ şeklinde üçlü likert tipi sorulardan oluşmaktadır. Toplamda 33 adet soru hazırlanmıştır. Literatürde hekimlerin sigara bıraktırma konusu ile ilgili bilgi ve tutum düzeyini ölçen bir ölçek bulunmamaktadır. Sonuçlar “Olumlu Tutum” ya da “Olumsuz Tutum” olarak değerlendirilmiştir. Analiz için soruların değerlendirmesi yapılarak “Olumlu Tutum” içeren sorularda ‘katılıyorum’ cevabını verenlere 2 puan, ‘katılmıyorum’ cevabını verenlere 1 puan ve ‘fikrim yok’ cevabını verenlere 0 puan verilmiştir. “Olumsuz Tutum” belirten iki soruya ise ve ‘katılıyorum’ cevabını verenlere 1 puan, ‘katılmıyorum’ cevabını verenlere 2 puan ve yine ‘fikrim yok’ cevabını verenlere 0 puan verilmiş ve tüm puanlar toplanarak “Tutum Puanı” hesaplanmıştır. Yine üçlü likert tipi ile cevaplanan sorular arasında sigara bırakma tedavisine ilişkin bilgi düzeyini belirtenler, verilen doğru cevapların tüm bilgi sorularına oranını hesaplanmış ve “Bilgi Puanı” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 3.1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Puanlaması

Sorular	Puan
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	
• En çok 10 tane	0 puan
• 11-20 tane	1 puan
• 21-30 tane	2 puan
• 31 tane	3 puan

Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir? - En çok 5 dakika 6-30 dakika 31-60 dakika 60 dakikadan fazla	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
Sigara içilmesi yasak olan sinema, kitaplık gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? - Evet - Hayır	1 puan 0 puan
En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir? - Günün ilk sigarası - Diğer herhangi biri	1 puan 0 puan
Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? - Evet - Hayır	1 puan 0 puan
Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? - Evet - Hayır	1 puan 0 puan

Tablo 3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Değerlendirmesi

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

3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın verilerinin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows v.26,0, SPSS Inc. Chicago, IL) aracılığıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler içerisinde yaş değeri ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler şeklinde verilirken, diğer özellikler yüzde oran olarak verilmiştir.

Tanımlayıcı çalışmaların yanı sıra ölçekteki bilgi ve tutum soruları için çapraz tablo oluşturularak Ki-Kare Testi uygulanmıştır. Ayrıca elde edilen “Tutum Puanı” verilerine bağımsız değişkenlerde t testi, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, One-Way ANOVA testleri içerisinden uygun olanlar uygulanarak değerlendirme yapılmıştır. 0,05’in altındaki p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. ($P<0,05$)



4. BULGULAR

Çalışma 272 hekimin katılımı ile yapılmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması 37,85 $\pm$ 8,38 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların en küçüğü 25, en büyüğü ise 57 yaşındadır. Hekimlerin cinsiyet, medeni durum, unvan ve sigara içme durumları Tablo 4.1’ de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hekimlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=272)

Demografik Özellikler		
<u>Yaş ortalaması</u> (<i>Min.25 yaş- Max.57 yaş</i>) 37,85 $\pm$ 8,38	n	%
<u>Cinsiyet</u> <i>Kadın</i> <i>Erkek</i>	143 129	52,6 47,4
<u>Medeni durum</u> <i>Evli</i> <i>Bekar</i> <i>Boşanmış</i>	195 64 13	71,7 23,5 4,8
<u>Unvan</u> <i>Aile hekimliği uzmanı</i> <i>Pratisyen aile hekimi</i>	82 190	30,1 69,9
<u>Meslekteki yıl</u> <i>0-5 yıl arası</i> <i>6-10 yıl arası</i> <i>11-15 yıl arası</i> <i>16-20 yıl arası</i> <i>21 yıl ve üzeri</i>	77 60 47 39 49	28,3 22,1 17,3 14,3 18,0
<u>Sigara kullanma durumu</u> <i>Hiç kullanmadım.</i> <i>Ara sıra içiyorum.</i> <i>Düzenli içiyorum.</i> <i>Bıraktım.</i>	160 20 47 45	58,8 7,4 17,3 16,5
<u>‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ Sertifikası</u> <i>Evet aldım, sertifikam var.</i> <i>Evet aldım, sertifikam yok</i> <i>Hayır almadım.</i>	41 75 156	15,1 27,6 57,4
TOPLAM	272	100,0

Tablo 4.2’ de hekimlerin sigara kullanım alışkanlıkları ile cinsiyet ve mesleki özellikleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.2. Hekimlerin Sigara İçme Durumlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi (N=272)

Sigara kullanma durumu Demografik özellikler	Hiç kullanmadım.		Ara sıra içiyorum.		Düzenli içiyorum.		Bıraktım.		X ²	TOPLAM
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet										
Kadın	102	37,5	13	4,7	15	5,5	13	4,7	X ² =27,423 P=0,000	N=272 %100,0
Erkek	58	21,3	7	2,7	32	11,8	32	11,8		
Unvan										
Aile hekimliği uzmanı	59	21,7	3	1,1	9	3,3	11	4,0	X ² =9,013 P=0,029	N=272 %100,0
Pratisyen aile hekimi	101	37,1	17	6,2	38	14,0	34	12,6		
Meslekteki yıl										
0-5 yıl arası	53	19,6	9	3,3	11	4,0	4	1,5	X ² =34,571 P=0,001	N=272 %100,0
6-10 yıl arası	41	15,2	0	0	11	4,0	8	3,1		
11-15 yıl arası	26	9,6	5	1,9	9	3,3	7	2,7		
16-20 yıl arası	20	7,4	0	0	9	3,3	10	3,8		
21 yıl ve üzeri	20	7,4	0	0	7	2,7	16	6,1		

Tabloda verilen bilgilere göre erkeklerin sigara kullanım oranları kadınlara oranla daha fazladır. Sigara kullanımı ve cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bununla birlikte sigara kullanımı ve bırakma oranı pratisyen aile hekimlerinde, uzman aile hekimlerine göre daha fazladır. Pratisyen aile hekimi veya aile hekimi uzmanı olma durumu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş olup, bu anlamlılık düzeyi cinsiyete kıyasla azdır ($p<0,05$). Çalışmaya katılan hekimlerde sigarayı daha önce hiç kullanmama oranı görev süresi ile ters orantılıdır. Görev süresi ile sigara kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.3. Hekimlerin Sertifika Durumları ile Sigara Kullanım Durumu Karşılaştırması (N= 272)

	Sigara Kullanma Durumu								X ²
	Hiç kullanmadım		Ara sıra içiyorum		Düzenli içiyorum		Bıraktım		
‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ Sertifikası <i>Evet aldım, sertifikam var.</i> <i>Evet aldım, sertifikam yok</i> <i>Hayır almadım.</i>	n	%	n	%	n	%	n	%	X ² =11,928 P=0,064
	31	11,4	1	0,4	3	1,1	6	2,2	
	46	16,8	3	1,1	11	4,0	15	5,8	
	83	30,5	16	5,9	33	12,0	24	8,8	

Hekimlerin ‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ sertifikasına sahip olma durumlarının sigara içme ve bırakma durumlarına etkisinin olup olmadığı Tablo 4.3’ de değerlendirilmiştir. Sigara kullanma durumları ile sertifika sahibi olma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcılar arasında sertifika eğitiminin sigara kullanımı üzerinde bir etkisi yoktur. Tüm katılımcılar arasında daha önce sigara kullanmayan ve sertifikaya sahip olmayanların oranı %30,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hekimlerin Tutum Puanı Ortalamaları (N= 272)

	Ortalama	Min.	Max.
Tutum puanı	28,86	15	36

Çalışmaya katılan hekimlerin tutumlarını içeren sorular olumlu ve olumsuz tutum içeren sorular olarak gruplandırılmıştır. 0 ve 2 arasındaki puanlamalar toplanarak ‘tutum puanı’ hesaplanmıştır. Katılımcılar en düşük 15 puan, en yüksek 36 puan almışlardır.

Tablo 4.5. Hekimlerin Hesaplanan Tutum Puanı' nın Sigara Kullanım Durumlarına Göre Karşılaştırılması (N= 272)

Sigara kullanım durumları	Tutum puanı		
	Ortalama	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Hiç kullanmadım</i>	29,21	3,570	0,015*
<i>Ara sıra içiyorum</i>	27,35		
<i>Düzenli içiyorum</i>	27,47		
<i>Bıraktım</i>	29,76		
*P değeri, ANOVA testi ile bulunmuştur.			

Tablo 4.5’de hekimlerin sigara içme durumları ve sigara konusundaki tutumları karşılaştırıldığında, daha önce sigara kullanıp bırakan hekimlerin olumlu tutum puan ortalaması 29,76 olup, diğerlerine göre daha yüksektir. Ara sıra sigara içen hekimlerin ise tutum puan ortalamaları diğer hekimlere göre düşük olup 27,35 tir. Ayrıca tutum puanı ile sigara içme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Hekimlerin Hesaplanan Tutum Puanı' nın Sertifika Eğitimi Durumlarına Göre Karşılaştırılması (N= 272)

Sertifika eğitimi durumları	Tutum puanı		
	<i>Ortalama</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Evet eğitim aldım, sertifikam var</i>	30,90	10,230	0,000*
<i>Evet eğitim aldım, sertifikam yok.</i>	29,67		
<i>Hayır almadım.</i>	27,90		
*P değeri, ANOVA testi ile bulunmuştur.			

Tablo 4.6’ da ise hekimlerin ‘Tütün Bağımlılığı Tedavi Eğitimi’ için eğitim ve sertifikasyon durumları ile tutum puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Sertifika alanların tutum puanı ortalaması 30,90 olup, diğerlerine göre yüksektir. Eğitim ve sertifika almayanların tutum puanı ortalaması ise 27,90’ dır. Tutum puan ortalamaları ile tütün bırakmaya ilişkin eğitim almış olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.7. Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Sigara Bırakma Tedavisi Hakkında Bilgi Verme Durumları

Mesleki özellik	‘Sigara içen hastalarımı bırakma yöntemleri hakkında bilgi veririm.’	
	Katılıyorum (n=205)	p
<u>Unvanınız</u> Aile hekimliği uzmanı Pratisyen aile hekimi	67 (%32,7) 138 (%67,3)	0,041*
<u>Meslekte kaçınıcı yılınız?</u> 0-5 yıl arası 6-10 yıl arası 11-15 yıl arası 16-20 yıl arası 21 yıl ve üzeri	55 (%26,8) 45 (%22,2) 39 (%19) 33 (%16) 33 (%16)	0,018*
<u>Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi aldınız mı?</u> Evet aldım, sertifikam var. Evet aldım, sertifikam yok. Hayır almadım.	37 (%18,1) 67 (%32,7) 101 (%49,2)	0,000*
*P değeri, Ki-kare testi ile bulunmuştur.		

Tablo 4.7’ de bireylerin sigara bırakma tedavisine yönlendirme ve bilgi verme durumu ile mesleki özellikler karşılaştırılmıştır. Katılıyorum cevabı verenler arasında ki hekimlerin %67,3 ü pratisyen hekim, %26,8’i görevinin ilk 5 yılında ve %49,2’si tütün bağımlılığı tedavisi sertifikası almayan kişilerdir. Mesleki özellikler ile olumlu tutum bildiren yöntemler hakkında bilgi verme arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Sigara kullanım durumuna göre sigara konusundaki yaklaşımları değerlendiren her bir tutum sorusunun cevaplarının değerlendirilmesi (N= 272)

Hekimlerin Hastalarına Sigara Konusundaki Yaklaşımlarına İlişkin Tutum Soruları	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	P değeri*
Hastalarım ile ilişkili semptomu olsun ya da olmasın, sigara içme durumlarını sorarım.	182 (%66,9)	81 (%29,8)	9 (%3,3)	0,062
Hastam sigara kullanmıyorsa ona olumlu geri bildirimde bulunurum.	223 (%82,0)	41 (%15,1)	8 (%2,9)	0,268
Hastam sigara içiyorsa, bağımlılık düzeyini kısa fagenstrom uygulayarak öğrenmeye çalışırım.	94 (%34,6)	133(%48,9)	45(%16,5)	0,027
Hastalarım, sigara dışında başka tütün ürünü kullanıp kullanmadıklarını sorarım.	88 (%32,4)	160 (%58,8)	24 (%8,8)	0,480
Sigara içen hastalarım bırakma yöntemleri hakkında bilgi veririm.	205 (%75,4)	54 (%19,9)	13 (%4,8)	0,003
Sigara içen hastalarımı, ALO 171 veya sigara bırakma polikliniklerine yönlendiririm.	222 (%81,6)	43 (%15,8)	7 (%2,6)	0,006
Sigarayı bırakmak istemeyen hastalarımın, sigaranın tüm zararlarına (kendisine ve çevresine) hâkim olup olmadığına emin olurum.	179 (%65,8)	68 (%25,0)	25 (%9,2)	0,530
Sigarayı bırakmak isteyen her hastama, uygun farmakolojik tedaviyi öneririm ve süreci takip ederim.	92 (%33,8)	130 (%47,8)	50 (%18,4)	0,506
Sigarayı bırakan hastalarım yaşadığı değişimleri sorarım ve bu değişimlerin onu motive etmesini sağlarım.	190 (%69,9)	66 (%24,3)	16 (%5,9)	0,936
Sigara bırakmak bir davranış değişikliğidir.	252 (%92,6)	17 (%6,3)	3 (%1,1)	0,767

*P değeri, hekimlerin sigara kullanım durumlarına verilen cevaba göre ki-kare testi ile bulunmuştur.

Tablo 4.9. Sigara kullanım durumuna göre sigara bırakma tedavisine bakış açılarına ilişkin soruların değerlendirilen tutum sorularının cevaplarının değerlendirilmesi (N= 272)

Hekimlerin Sigara Bırakma Tedavisine Bakış Açılarına İlişkin Sorular	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	P değeri*
Hastalarım sigara bırakma konusunda yardımcı olmak beni mesleki olarak tatmin eder.	255 (%93,8)	13 (%4,8)	4 (%1,5)	0,576
Sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak birincil korumadır ve aile hekimlerinin görevleri arasındadır.	234 (%86,0)	28 (%10,3)	10 (%3,7)	0,018
Hekimler sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmama konusunda topluma örnek olmalıdır.	223 (%82,0)	44 (%16,2)	5 (%1,8)	0,045
Sigara danışmanlığını sadece sertifikası olan hekimler yapmalıdır.	93 (%34,2)	164 (%60,3)	15 (%5,5)	0,039
Sigara bırakma sertifikasına sahip olmak isterim.	220 (%80,9)	36 (%13,2)	16 (%5,9)	0,101
Hastalara sadece sigara bırakmayı önermek bile hastalar üzerinde çok etkilidir.	217 (%79,8)	47 (%17,3)	8 (%2,9)	0,014
Sigarayı bırakmayı istemeyen hastaya danışmanlık yapmanın zaman kaybı olduğunu düşünüyorum.	77 (%28,3)	173 (%63,6)	22 (%8,1)	0,000
Hastalara sigara bırakmalarında yardımcı olmak için yeterli zamanım yok.	141 (%51,8)	111 (%40,8)	20 (%7,4)	0,245

*P değeri, hekimlerin sigara kullanım durumlarına verilen cevaba göre ki-kare testi ile bulunmuştur.

Tablo 4.10. Sigara kullanım durumuna göre her bir bilgi sorusunun cevaplarının değerlendirilmesi (N= 272)

Bilgi Soruları	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	P değeri*
Sigara içimi tek başına önlenabilir morbitide ve mortalitenin en önemli nedenidir.	257 (%94,5)	11 (%4,0)	4 (%1,5)	0,560
Alternatif tıp yöntemleri akupunktur hipnoz sigara bırakma tedavisinde kullanılabilir.	210 (%77,2)	45 (%16,5)	17 (%6,3)	0,496
Sigara bırakmanın birinci yılında kalp krizi riski yarıya iner. 15 yıl sonunda içmemiş kişi ile aynı olur.	227 (%83,5)	29 (%10,7)	16 (%5,9)	0,353
Standart tedavilerde sigarayı yavaş yavaş azaltmak, daha düşük nikotin veya katran içeren sigaraya geçmek sigara bırakma yerine geçecek sağlıklı bir alternatif olabilir.	67 (%24,6)	178 (%65,4)	27 (%9,9)	0,078
Elektronik sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir nrt dir.	42 (%15,4)	198 (%72,8)	32 (%11,8)	0,014
Farmakolojik tedavide doz ayarlaması bağımlılık düzeyine göre yapılır.	165 (%60,7)	70 (%25,7)	37 (%13,6)	0,131
Farmakolojik tedaviler bir yıl süre ile kullanılmalıdır. Bu relapsı önler.	108 (%39,7)	102 (%37,5)	62 (%22,8)	0,163
Bırakma sonrası ilk hafta relapsın en yüksek olduğu zamandır.	216(%79,4)	22(%8,1)	34(%12,5)	0,236
Nrt kullanan kişi çok yoksunluk çekerse bir tane sigara içebilir.	25 (%9,2)	201 (%73,9)	46 (%16,9)	0,611
Bupropionun epilepsi eşiğini düşüren antidepresan antipsikotik gibi ilaçlarla kullanımı uygundur.	42 (%15,4)	146 (%53,7)	84 (%30,9)	0,096
Ciddi yoksunluk çeken hastalarda bupropion ve nrt birlikte kullanılabilir.	135 (%49,6)	48 (%17,6)	89 (%32,7)	0,542
Vareniklinin en sık yan etkisi anormal düşlerdir.	162 (%59,6)	24 (%8,8)	86 (%31,6)	0,064
Karaciğer yetmezliği olan hastalarda vareniklinin doz değişikliğine gerek yoktur.	29 (%10,7)	136 (%50,0)	107 (%39,3)	0,177
Bupropion tedavi bitiminde aniden kesilebilir. Vareniklin ise doz azaltılarak kesilmelidir.	72 (%26,5)	95 (%34,9)	105 (%38,6)	0,052
Bupropion ve vareniklin tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır. 7-14 gün arasında bir hedef gün belirlenir.	173 (%63,6)	19 (7,0)	80 (29,4)	0,128

*P değeri, hekimlerin sigara kullanım durumlarına verilen cevaba göre ki-kare testi ile bulunmuştur.

Tablo 4.8’ de sigara konusundaki yaklaşımları değerlendiren her bir tutum sorusunun cevaplarının değerlendirilmiştir. ‘Hastam sigara içiyorsa, bağımlılık düzeyini kısa fagenstrom uygulayarak öğrenmeye çalışırım.’, ‘Sigara içen hastalarımı bırakma yöntemleri hakkında bilgi veririm.’ ve ‘Sigara içen hastalarımı, ALO 171 veya sigara bırakma polikliniklerine yönlendiririm.’ Sorularıyla sigara kullanma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sorulara verilen yanıtlara bakıldığında, çalışmaya katılan hekimlerin %92,6’ sı sigara bırakmanın bir davranış değişikliği olduğunu düşünmektedirler. Hekimlerin hastaları sigara bırakmaya teşvik eden olumlu tutumları değerlendirilirken, ‘Hastam sigara kullanmıyorsa ona olumlu geri bildirimde bulunurum.’ sorusuna hekimlerin %82’ si ‘katılıyorum’ cevabını vermiştir. Sigara içen bir bireye müdahale ederken, hekimlerin sigara kullanan her bireye kısa fagenstrom uygulamadığı (%48,9 – katılmıyorum), sigara bağımlılığında farmakolojik tedaviyi önermedikleri (%47,8 – katılmıyorum) ve sigara dışında başka tütün ürünü kullanıp kullanmadıklarını sormadıkları (%58,8- katılmıyorum) sonucuna rastlanmıştır.

Tablo 4.9’ da hekimlerin sigara bırakma tedavilerine ve görevlerine ilişkin tutumları değerlendirilmiştir. ‘Sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak birincil korumadır ve aile hekimlerinin görevleri arasındadır.’, ‘Hekimler sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmama konusunda topluma örnek olmalıdır.’, ‘Sigara danışmanlığını sadece sertifikası olan hekimler yapmalıdır.’, ‘Hastalara sadece sigara bırakmayı önermek bile hastalar üzerinde çok etkilidir.’ ve ‘Sigarayı bırakmayı istemeyen hastaya danışmanlık yapmanın zaman kaybı olduğunu düşünüyorum.’ Soruları ile sigara kullanım alışkanlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.10’ da sadece ‘Elektronik sigara, bırakma tedavisinde kullanılan bir nrt dir.’ Sorusuna verilen cevaplar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$).

Tablo 4.11. Düzenli sigara kullanan hekimlerin cinsiyete göre FBNT skorlarının değerlendirilmesi (N= 272)

Cinsiyet FBNT Skor Grubu	Kadın		Erkek		Toplam
	n	%	n	%	
<i>Hafif düzeyde bağımlı</i>	17	6,2	20	7,4	37 (%13,6)
<i>Orta düzeyde bağımlı</i>	6	2,2	14	5,2	20 (%7,4)
<i>Yüksek düzeyde bağımlı</i>	2	0,8	5	1,8	7 (%2,6)
Toplam	25	9,2	39	14,4	64 (%23,5) *

*Tüm katılımcılar içerisindeki yüzdesi

Sigara kullanımı olan katılımcıların FBNT' ye göre bağımlılık düzeyini ölçen sorular bulunmaktadır. Verilen cevaplara göre tabloda, tüm katılımcılar arasında erkeklerin %7,4' ü ve kadınların %6,2' si hafif düzeyde bağımlıdır. Erkeklerin bağımlılık düzeyi tüm gruplarda kadınlara oranla daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

İstanbul il merkezinde görev yapan aile hekimleri üzerinden seçilen bir örneklem ile yürütülen ve web form aracılığıyla gerçekleştirilen bu çalışmada hedeflenen örneklemün tamamına ulaşılmıştır. Katılımcıların yarısından fazlası kadındır (%52,6). Görev yapan hekimlerin yarısı görevinin ilk 10 yılındadır.

Aile hekimlerinin sigara kullanım durumları

Hekimlerde sigara içiciliği oldukça yaygın olarak görülmektedir. Sotiropoulos ve arkadaşlarının Yunan hekimler arasındaki sigara içme durumu ve ilişkili faktörleri araştırdığı çalışmasında doktorların %38,6' sı sigara kullanırken, 13,8' i sigarayı bırakmıştır. Çalışmaya katılan doktorların %47,6' sı ise hiç sigara içmemiştir. Hekimlerin sigara içme durumunda erkek olmanın sigara kullanım oranını artırıcı yönde etkili olduğu saptanmıştır (Sotiropoulos ve ark, 2007). Polonya' da hekimlerin sigara ve elektronik sigara kullanım alışkanlıkları ve sigara bırakma yöntemlerini analiz eden bir çalışmada, katılımcı grubunun %71,2' si sigara kullanmış ve erkeklerin (%78,8) ve uzman hekimlerin (%73,7) daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir. Janskowski ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada cinsiyet ve tıp eğitimi düzeyi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Jankowski ve ark, 2019). Hekimlerin sigara içme durumlarına yönelik kullanımı azaltıcı yönde faktörlerin incelenerek bunlar üzerine çalışılması ve halka rol model olmaları önerilmektedir.

Bizim çalışmamızda elde edilen verileri literatür ile kıyasladığımızda; İstanbul ilinde görev yapan ve çalışmaya katılmış olan aile hekimlerinin %17,3' ü düzenli olarak ve %7,4' ü ara sıra olmak üzere %24,7' sinin sigara kullanımı vardır. Sigara kullanımı ile ilişkili faktörler incelendiğinde bu çalışmada erkeklerin literatüre paralel olarak kadınlara oranla daha fazla sigara kullandığı ve bırakma oranının da yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Belirtilen çalışmalarda tıbbi eğitim düzeyinin sigara içmek üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Tıp eğitimi düzeyleri kıyaslandığında, pratisyen aile hekimlerinin düzenli sigara içme oranı %14 olup, uzman aile hekimlerinden fazladır. Bu çalışmada saptanan veriler literatür verileri ile paralellik göstermiş olup, tıp eğitimi düzeyi ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Aile hekimlerinin mesleki özellikleri

Literatüre bakıldığında Al-Hagabani ev arkadaşlarının aile hekimliklerinde gerçekleştirdikleri çalışmaya göre erkeklerde, alt yaş gruplarında, 5 yıldan az süredir klinikte çalışanlarda sigara içenlerin daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi uyguladıktan sonra; mevcut sigara içiminin cinsiyet, uzmanlık ve deneyim yılı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hekimlerin yaklaşık %46,2' sinin hastalarına “her zaman” sigarayı bırakmalarını tavsiye ettiği ifade edilmiştir. Aile hekimi olarak görev yapanların ise %51,5' inin hastalarına sigarayı bırakmalarını tavsiye ettikleri belirlenmiştir. Öneri verenlerin görev yılı karşılaştırıldığında en çok sigara bırakma önerisi verenlerin (%33,6) görevinin ilk 5 yılında olduğu gözlenmiştir (Al-Hagabani ve ark, 2020).

Çalışmamızda deneyim yılı ile hekimlerin sigara içme oranı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Literatüre paralel olarak ilk 5 yılda düzenli sigara kullanma oranı diğer yıllara göre fazladır. Hekimlerin mesleki özelliklerine göre sigara bırakma tedavisi hakkında bilgi verme durumları yönünden de literatüre paralellik gösterdiği ve görevinin ilk 5 yılındaki aile hekimlerinin sigara bırakma tedavilerini hastalara önermeyi daha fazla tercih ettiği belirlenmiştir. Bilgi verme ve mesleki deneyim yılı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hekimlerin göreve yeni başladıklarında sigara ile mücadelede daha fazla sorumlu hissettikleri ve hastalarına yardımcı olmaya daha istekli olup olmadıkları konusunda detaylı çalışmalar yapılarak, görev süresi ilerledikçe belirli dönemlerde eğitimlerin planlanması düşünülebilir. Olumlu tutum sergileyenlerin büyük çoğunluğu pratisyen aile hekimidir. Uzman aile hekimlerinde bilgi verme oranı daha düşük bulunmuştur.

Aile hekimlerinin bilgi düzeyleri

Hekimlerin sigaraya ilişkin tedavi süreçlerini yönetirken hastalarına hangi konularda öneride bulunabileceklerini bilmeleri oldukça önemlidir. Ülkemizde hekimler için ‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ verilerek, sertifika sağlanmaktadır. Literatüre bakıldığında Jradi’ nin Arabistan'daki doktorlar arasında sigarayı bırakma tedavisi ile ilgili farkındalık, uygulamalar ve engelleri belirlemek üzere yaptığı çalışmada hekimlerin %68,6' inin tıp fakültesi eğitimi veya asistanlık eğitimi sırasında sigara bırakma eğitimi almadığı belirtilmiştir (Jradi, 2017). Çalışmamızda ise aile hekimlerinin %57,4' ünün ‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ almadığı

belirlenmiştir. Ayrıca hekimlerin sertifika almamalarına rağmen ‘Sigara içen hastalarıma bırakma yöntemleri hakkında bilgi veririm.’ Şeklinde cevap verdiği görülmüştür. Sertifika alma durumu ile tutum puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Hekimlerin bilgi düzeylerini ölçen ölçek sorularının geneli hekimler tarafından doğru cevaplanmıştır. Yine Jradi’ nin çalışmasında sigara bırakma konusunda engel olarak eğitim eksikliği öne sürülmüştür (%66,9). Hekimlerin sigarayı bırakma danışmanlığı ve terapisinin uygulanmasına uyumunun artırmasına yönelik çalışmaların yapılması hastayı yönlendirme konusunda daha olumlu sonuçlar doğurabilir (Jradi, 2017). Tıp fakültesi eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sigarayı bırakma danışmanlığı konusunda mezuniyet sonrası eğitim ile, aile hekiminin bilgi düzeyi artarak sigarayı bırakmayı teşvik etme çabasını olumlu yönde etkilenebilir.

Aile hekimlerinin sigara bırakmaya ilişkin tutumları

Hekimlerin sigara bırakmaya ilişkin tutumları incelendiğinde hastaların sigara kullanım alışkanlıklarını öğrenmeleri ve sigara bırakmaya yönelik olumlu tutum geliştirmeleri başarılı bir sigara bırakma tedavisi için önemlidir. Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin yarıya yakını hastalarına sigara içme durumlarını sorduklarını ve hastalarının sigara içme öyküsünü bildiklerini belirtmişlerdir (Güneş ve ark, 2005). Çalışmamızda hekimlerin büyük oranda kendilerine başvuran hastaların sigara içme durumlarını değerlendirdikleri gözlenmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunma (%82) ve ALO 171 veya sigara bırakma polikliniklerine yönlendirme (%81,6) davranışında bulundukları belirlenmiştir. Hekimlerinin kendilerinin sigara içme durumlarıyla sigara bırakma konusundaki olumlu tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Düzenli sigara kullanan hekimlerin olumlu tutum gösterdikleri puanlar diğerlerine oranla daha düşüktür. Sigara bırakma tedavisi konusunda eğitim alan hekimlerin de olumlu tutum puanlarının daha düşük oldukları saptanmıştır.

6. SONUÇLAR

Aile hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Sertifikası alarak hastalarının sigara bırakma tedavisinde etkin rol oynamaları fevkalade önemlidir.

Ancak öncesinde sigara kullanmanın zararlarına ilişkin bilgilendirilmeleri ve sigara içenlerin bırakmaya teşvik edilmeleri çok daha önemlidir.



7. KAYNAKLAR

- 1) American Psikiyatri Birliği, (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (Çeviri Eds. E, Körođlu.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 2) Al-Hagabani, M. A. Khan, M. S. Al-Hazmi, A. M. Shaher, B. M. El-Fahel, A. O. (2020). Smoking behavior of primary care physicians and its effect on their smoking counseling practice. *Journal of family medicine and primary care*, 9(2), 1053–1057. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_894_19
- 3) Altın, R. Kart, L. Ünalacak, M. Dutkun, Y. Örnek, T. (2004). Tıp fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değeriendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 5, 63- 67.
- 4) Argüder, E. Abuzaina, O. Bakır, H. Karalezli, A. Hasanoglu, H. (2019). Hasta ve yakınlarının pasif sigara içiminin oluşturduğu sağlık sorunları hakkındaki farkındalığı. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 213- 225. doi: 10.17098/amj.576890
- 5) Avcı, E. (2018). Eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı sigara bağımlısı kişilere sigara bırakma çalışması (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara).
- 6) Bal, F. (2019). Şema terapinin sigarayı bırakma davranışı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 187-199.
- 7) Balfour, D. J. (2001). The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract*, 55, 53-7.
- 8) Cahill, K. Lindson- Hawley, N. Thomas, K. H. Fanshawe, T. R. Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, 5.
- 9) Centers for Disease Control and Prevention U.S. Department of Health and Human Services. (2010). How tobacco smoke causes disease the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. A Report of the Surgeon General. Atlanta.

- 10) Celepkolu, T. Atli, A. Palancı, Y. Yılmaz, A. Demir, S. Okan İbiloğlu, A. Ekin, S. (2014). Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. *Dicle Tıp Dergisi*, 41 (4), 712-716. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2014.04.0505.
- 11) Chabrol, H. Niezborala, M. Chastan, E. de Leon, J. (2005). Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav*, 30(7), 1474-7.
- 12) Chaiton, M.O. Cohen, J.E. McDonald, P.W. Bondy, S.J. (2007). The Heaviness of Smoking Index as a predictor of smoking cessation in Canada. *Addictive Behav*, 32, 1031- 42.
- 13) Coe, J. W. Brooks, P. R. Vetelino, M. G. Wirtz, M. C. Arnold, E.P. Huang, J. et al. (2005). Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of medicinal chemistry*, 48 (10), 3474-3477.
- 14) Cohen, C. Perrault, G. Gribel, G. et al. (2005). Nicotine-associated cues maintain nicotine-seeking behavior in rats several weeks after nicotine withdrawal: reversal by the cannabinoid (CB1) receptor antagonist, rimonabant (SR141716). *Neuropsychopharmacology*, 30, 145-55.
- 15) Çakır Edis, E. Çağlar, T. (2006). Tütün bağımlılığı tedavisinde yeni gelişmeler, *Akciğer Arşivi*, 7, 99-103.
- 16) Demir, T. (2008). Sigara bağımlılığı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 231-238.
- 17) Demirgören, S. Doğan, Y.H. (2006). Sigara bırakmada farmakoterapi. *Türk Aile Hek Dergisi*, 10(4), 171-177.
- 18) Döner, P. Özer, C. (2016). Pasif içicilik. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 7(5), 74-80.
- 19) Elicker, B.M. Kallianos, K.G. Jones, K.D. Henry, T.S. (2018). Smoking-Related Lung Disease. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*, 40(3), 229-38.

- 20) Global Adult Tobacco Survey. (2019). [Internet] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452> (Erişim Tarihi: 14 Nisan 2020).
- 21) Gossop, M. (1988). Clonidine and the treatment of the opiate withdrawal syndrome. *Drug Alcohol Depend*, 21, 253-9.
- 22) Güneş, G. Karaoğlu, L. Genç, M.F. Pehlivan, E. Egri, M. (2005). Üniversitesi hastanesi hekimlerinin, Malatya'da sigara bırakma danışmanlığına yönelik tutumları ve uygulamaları. *Hasta Educ. Couns.* 56, 147–153.
- 23) Gürbüz, A. (2019). Sigara içme davranışı ve sigara bırakma sürecinin multifaktöriyel analizi. (Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara).
- 24) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimi Uzaktan Eğitim Programı (TÜBATEP). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tubatep.html>
- 25) Jankowski, M. Kaleta, D. Zgliczyński, W. S. Grudziąż-Sękowska, J. Wrześniewska-Wal, I. Gujski, M. Wierzba, W. Pinkas, J. (2019). Cigarette and E-Cigarette Use and Smoking Cessation Practices among Physicians in Poland. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 16 (19), 3595. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193595>
- 26) Jradi, H. (2017). Awareness, practices, and barriers regarding smoking cessation treatment among physicians in Saudi Arabia. *Journal of addictive diseases*, 36(1), 53–59. <https://doi.org/10.1080/10550887.2015.1116355>
- 27) Kaleli, S. (2010). Sigaranın sağlık üzerine zararlı etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (5)14, 39-56.
- 28) Karabıyık, O. (2018). Edirne il merkezi' nde görev yapan aile hekimlerinin sigara içiciliği durumlarının sigara bıraktırma konusundaki bilgi ve tutumlarına olan etkilerinin araştırılması (Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne).

- 29) Karlıkaya, C. Öztuna, F. Aytemur Solak, Z. Özkan, M. Örsel, O. (2006). Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1), 51-64.
- 30) Ketten, H.S. Kahraman, H. Üçer, H. Çelik, M. Sucaklı, M.H. Ersoy, Ö. (2014). Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 58-62. doi: 10.2399/tahd.14.00058
- 31) Kesler, Ü. (2020). Sigara bağımlılığı tedavi birimine başvuran hastaların sigara bağımlılık düzeyleri, sosyodemografik ve klinik özellikleri (Uzmanlık tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas).
- 32) Kılınç, N.Ö. (2010). Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre öz-etkililik ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ).
- 33) Oberg, M. Jaakkola, M.S. Woodward, A. Peruga, A. Prüss-Ustün, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377, 139-46.
- 34) Örsel, O. (2016). Tütün kontrolü ve dünya sağlık örgütü önerileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1), 7- 12.
- 35) Özşahin, K. Ünsal, A. Erdoğan, F. Gereklioğlu, Ç. Bakar, C. Tokalak, C. (2007). Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3), 181-186.
- 36) Öztürk, Ö. (2009). Sağlık çalışanları ve sigara. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 16(2), 32-38.
- 37) Piper, M.E. Smith, S.S. Schlam, T.R. Fiore, M.C. Jorenby, D.E. Fraser, D. (2009). A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. *Arch Gen Psychiatry*. 66 (11), 1253.

- 38) Prochaska, J.O. DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory, Res Pract.* 19 (3), 276– 88.
- 39) Sağlam, L. (2017). Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1): 78-89.
- 40) Sarandöl, A. (2002). Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. *Akciğer Arşivi*, 2, 129-139.
- 41) Smith, S.S. McCarthy, D.E. Japuntich, S.J. Christiansen, B. Piper, M.E. Jorenby, D.E. (2009). Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med.* 169 (22), 2148– 55.
- 42) Sotiropoulos, A. Gikas, A. Spanou, E. Dimitrelos, D. Karakostas, F. Skliros, E. Apostolou, O. Politakis, P. Pappas, S. (2007). Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*, 121(5), 333-340. DOI: 10.1016/j.puhe.2006.10.013.
- 43) Subramanian, J. Govindan, R. (2007). Lung cancer in never smokers: a review. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 561-70.
- 44) Şengün, A. (2019). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran hastalarda sigara bırakma başarısı (Uzmanlık tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın).
- 45) Taş, E. (2019). 2002-2018 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda sigara bırakma oranı ve etkili olan faktörler (Uzmanlık tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas).
- 46) T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2018). *Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı* 2018-2023. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik->

[db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Planı.pdf](db/haberler/tutun_eylem_plani/Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Planı.pdf)

- 47) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). *Mpower: Tütün Salgını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi*. Erişim Adresi: http://saglikenstitusu.org.tr/Images/Filemanager/mpower_dso.pdf
- 48) T.C Sağlık Bakanlığı. (2017). Ulusal hastalık yükü çalışması. *Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü*, Ankara. Erişim Adresi: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf
- 49) Türkcan Çerçi, C. (2017). Aile hekimlerinin sigara içme durumları ile sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları (Uzmanlık tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara).
- 50) Türkiye Yeşilay Cemiyeti. (2016). Sigara vücudun düşmanı. *TBM Alan Kitaplığı Dizisi*: 8. Kültür Sanat Basımevi, İstanbul.
- 51) Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı. (2019). [İnternet] <https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Link/38/Resmi-Istatistikler> (Erişim Tarihi: 12 Haziran 2020).
- 52) Uzaslan, E. (2016). Sigara bırakmada farmakolojik tedavi: vareniklin. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4 (1), 114-117.
- 53) Yavuz, M. (2020). Nikotin bağımlılığında psikolojik dayanıklılık ve duygu düzenleme güçlüklerinin rolü (Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul).
- 54) Yorgancıoğlu, A. Esen, A. (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi*, 1 (1), 90-96.
- 55) World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva. Erişim adresi: <https://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/#:~:text=The%20MPOWER%20package,the%20end%20of%20this%20century>.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Esmâ Nur UÇAR

Doğum yeri ve tarihi: 03.10.1990

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Muaf

İletişim adresi ve telefonu: Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği- 05428080594

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

(2008-2014) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

(2004-2008) Isparta Süleyman Demirel Fen Lisesi

(1996-2004) Isparta Gülistan İlköğretim Okulu

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

IV- Mesleki Deneyimi

(2015-2017) Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

(2017 – Halen) İstanbul Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

-

VIII- Diğer Bilgiler

1. Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi Sertifikası

2. Aile Planlaması ve RIA Sertifikası

9. EKLER

ANKET FORMU

Uzmanlık tezimi olan “İstanbul ilinde görev yapan aile hekimlerinin, sigara içme durumlarının belirlenmesi ve sigara bıraktırma konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi” isimli çalışmayı yürütmekteyim. Anket soruları aşağıda yer almaktadır. Katılımınız için teşekkürler.

Asist.Dr. Esma Nur UÇAR

A- Demografik Özellikler Formu

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz?

- A) Kadın
- B) Erkek

3-Medeni durumunuz?

- A) Evli
- B) Bekar
- C) Boşanmış

4-Ünvanınız?

- A) Aile Hekimliği Uzmanı
- B) Pratisyen Aile Hekimi

5-Meslekteki kaçınıcı yılınız?

6-Sigara kullanıyor musunuz?

- A) Hiç kullanmadım. (Direk 17. Soruya geçiniz.)
- B) Ara sıra içiyorum.
- C) Düzenli içiyorum.

D) Bıraktım. (Direk 13. Soruya geçiniz.)

(7- 12 numaralar arasındaki sorular aktif olarak sigara içen katılımcılara özgü olup
Fagerström Testi' ne ait sorulardır.)

7- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- A) 10 veya daha az
- B) 11-20 adet
- C) 21-30 adet
- D) 31 adet ve üzeri

8- Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?

- A) 0-5 dakika sonra
- B) 6-30 dakika sonra
- C) 31-60 dakika sonra
- D) 60 dakika dan sonra

9- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde, sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

10- Gün boyu içtiğiniz sigaralardan sizin için vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir?

- A) Sabah ilk sigara
- B) Diğerleri

11- Günün diğer saatlerine kıyasla uyandıktan sonraki ilk saatlerde daha çok sigara içiyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

12- Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

- A) Evet
- B) Hayır

(13- 16 numaralar arasındaki sorular sigarayı bırakmış olan kullanıcılara özgü sorulardır.)

13- Ne zaman bıraktınız?

14- Bırakmadan önce günde kaç adet sigara içiyordunuz?

15- Sigara kullanmayı bıraktıysanız, hangi yöntem kullanarak bıraktınız?

- A) Herhangi bir yardım almadım.
- B) İlaç tedavisi, tablet
- C) Nikotin replasman tedavisi (bant, sakız)
- D) Psikoterapi
- E) Alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, hipnoz vb.)
- F) Diğer yöntemler (bio-rezonans vb)

16- Sigara bırakmanızda en etkili seçenek nedir? *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)*

- A) Kişisel sağlık için.
- B) Yakınlarımla, çocuklarımla sağlığı için.
- C) Toplumdan soyutlanmamak amacıyla sigara yasağı olduğu için,
- D) Paketlerdeki resim ve yazılar
- E) Kamu spotları
- F) Ekonomik nedenler
- G) Ailemin yakınlarımla ısrarı
- H) Diğerleri

17- Sigara dışında, herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?

- A) Nargile
- B) Puro
- C) Pipo
- D) Diğer*(belirtiniz)*.....

18- ‘Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi’ aldınız mı?

- A) Evet aldım, sertifikam var.
- B) Evet aldım, sertifikam yok
- C) Hayır almadım.

B- Sigara Kullanma Durumuna Karşı Tutum ve Davranışa İlişkin Soru Formu

	SORULAR	KATILIYORUM	KATILMIYORUM	FİKRİM YOK
<i>A-Hekimlerin Hastalarına Sigara Konusundaki Yaklaşımlarına İlişkin Sorular</i>				
1.	Hastalarım ile ilişkili semptomu olsun ya da olmasın, sigara içme durumlarını sorarım.			
2.	Hastam sigara kullanmıyorsa ona olumlu geri bildirimde bulunurum.			
3.	Sigara içen hastalarımın bırakma yöntemleri hakkında bilgi veririm.			
4.	Hastam sigara içiyorsa, bağımlılık düzeyini kısa fagenstrom uygulayarak öğrenmeye çalışırım.			
5.	Hastalarımın, sigara dışında başka tütün ürünü kullanıp kullanmadıklarını sorarım.			
6.	Sigara içen hastalarımı, ALO 171 veya sigara bırakma polikliniklerine yönlendiririm.			
7.	Sigarayı bırakmak istemeyen hastalarımın, sigaranın tüm zararlarına (kendisine ve çevresine) hâkim olup olmadığına emin olurum.			
8.	Sigarayı bırakmak isteyen her hastama, uygun farmakolojik tedaviyi öneririm ve süreci takip ederim.			
9.	Sigarayı bırakan hastalarımın yaşadığı değişimleri sorarım ve bu değişimlerin onu motive etmesini sağlarım.			
10.	Sigara bırakmak bir davranış değişikliğidir.			
<i>B-Hekimlerin Sigara Bırakma Tedavisine Bakış Açılarına İlişkin Sorular</i>				

13.	Hastalarımı sigara bırakma konusunda yardımcı olmak beni mesleki olarak tatmin eder.			
14.	Sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak birincil korumadır ve aile hekimlerinin görevleri arasındadır.			
15.	Hekimler sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmama konusunda topluma örnek olmalıdır.			
16.	Sigara danışmanlığını sadece sertifikası olan hekimler yapmalıdır.			
17.	Sigara bırakma sertifikasına sahip olmak isterim.			
18.	Hastalara sadece sigara bırakmayı önermek bile hastalar üzerinde çok etkilidir.			
19.	Sigarayı bırakmayı istemeyen hastaya danışmanlık yapmanın zaman kaybı olduğunu düşünüyorum.			
20.	Hastalara sigara bırakmalarında yardımcı olmak için yeterli zamanım yok.			
<i>C-Sigara Bırakma Tedavisine İlişkin Bilgi Düzeyini Belirten Sorular</i>				
21.	Sigara içimi tek başına önlenebilir morbitide ve mortalitenin en önemli nedenidir.			
22.	Alternatif tıp yöntemleri akupunktur hipnoz sigara bırakma tedavisinde kullanılabilir.			
23.	Sigara bırakmanın birinci yılında kalp krizi riski yarıya iner. 15 yıl sonunda içmemiş kişi ile aynı olur.			
24.	Standart tedavilerde sigarayı yavaş yavaş azaltmak, daha düşük nikotin veya katran			

	içeren sigaraya geçmek sigara bırakma yerine geçecek sağlıklı bir alternatif olabilir.			
25.	Elektronik sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir nrt dir.			
26.	Farmakolojik tedavide doz ayarlaması bağımlılık düzeyine göre yapılır.			
27.	Farmakolojik tedaviler bir yıl süre ile kullanılmalıdır. Bu relapsı önler.			
28.	Bırakma sonrası ilk hafta relapsın en yüksek olduğu zamandır.			
29.	Nrt kullanan kişi çok yoksunluk çekerse bir tane sigara içebilir.			
30.	Bupropionun epilepsi eşiğini düşüren antidepresan antipsikotik gibi ilaçlarla kullanımı uygundur.			
31.	Ciddi yoksunluk çeken hastalarda bupropion ve nrt birlikte kullanılabilir.			
32.	Vareniklinin en sık yan etkisi anormal düşlerdir.			
33.	Karaciğer yetmezliği olan hastalarda vareniklinin doz değişikliğine gerek yoktur.			
34.	Bupropion tedavi bitiminde aniden kesilebilir. vareniklin ise doz azaatılarak kesilmelidir.			
35.	Bupropion ve vareniklin tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır. 7-14 gün arasında bir hedef gün belirlenir.			