



**T.C.**

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ  
NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI -  
SİGARAYI BIRAKMA KONUSUNDA TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Umut GÖKSUGÜZEL**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR**

**KARS-2023**

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

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ**  
**NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI -**  
**SİGARAYI BIRAKMA KONUSUNDA TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Umut GÖKSUGÜZEL**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR**

**KARS-2023**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince iyi bir hekim olarak yetişmemde büyük katkısı olan, tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında bana yön veren, beni teşvik eden, tez çalışmamı gerçekleştirmemi mümkün kılan danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Hülya ÇAKMUR'a,

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı çatısı altında görev yapan tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm hemşirelerine ve sekreterlerine,

Sevgili anneme, babama, ablalarıma ve kardeşime destekleri için sonsuz teşekkür ederim.

**Dr. Umut GÖKSUGÜZEL**

## ÖZET

Toplum sağlığını geliştiren, koruyan ve olası problemlere karşı çözümler yaklaşımında sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının sigara ile mücadelede daha etkin rol oynaması gerekmektedir. Ayrıca sağlık konusunda rol-model olmaları sebebiyle bu konuda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada, Kafkas Üniversitesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Araştırılması, Sigarayı Bırakma Konusunda Tutum ve Davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza Eylül- Aralık 2022 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde aktif çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 229 gönüllü sağlık personeli dahil edilmiş olup, katılımcılara kişisel bilgi formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Test formu kullanılarak veriler toplanmıştır.

Çalışmamıza 229 kişi katılmış olup katılımcıların %53,3'ünü kadınlar (n:122) , %46,7 sini erkekler (n:107) oluşturmuştur. Kadınların sigara içme oranı %43,7 erkeklerin sigara içme oranı %54,2 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %45'i evli (n:103) %55'i ise bekar (n:126) olarak saptanmıştır. Sigara içenlerin ortalama FNBT puanları  $4.74 \pm 3.01$  olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin puan ortalaması  $5,62 \pm 3,05$  ve kadınların puan ortalaması  $3,69 \pm 2,62$  olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Sigaraya başlama sebebi olarak katılımcıların %49,6'sı çevre ve arkadaş etkisini, % 23,1'i de stresi göstermiştir. Gelir düzeyi daha yüksek olan katılımcıların FNBT puan ortalamaları  $5,96 \pm 3,5$  olarak hesaplanmıştır. Gelir düzeyi yükseldikçe nikotin bağımlılık düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir.

Sonuç olarak sağlık çalışanlarının sigarayı bırakma konusunda toplumda birer rol model olarak görölmektedir. Sigaranın oluşturduğu zararlar ve sigara bırakma konusunda hizmet içi eğitimler verilerek sağlık çalışanlarının farkındalığı arttırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Nikotin Bağımlılığı, Sigara, Sağlık Çalışanı, Tutum

## ABSTRACT

Health professionals who develop and protect public health and have responsibilities in solution approaches against possible problems should play a more active role in the fight against smoking. In addition, since they are role-models in health, health professionals have important duties in this regard. In line with this information, in this study, it is aimed to examine the Behaviors and Attitudes of Caucasian University Hospital Health Care Workers on Nicotine Addiction, Smoking Cessation.

Between September and December 2022, 229 volunteer health personnel who were active at the Kafkas University Medical Faculty Health Research and Application Hospital and agreed to participate in the research were included in our study.

229 people participated in our study and 53.3% of the participants were women (n:122) and 46.7% were men (n:107). The smoking rate of women was 43.7%, and the smoking rate of men was 54.2%. It was determined that 45% of the participants were married (n:103) and 55% were single (n:126). The mean FNBT scores in smokers were calculated as  $4.74 \pm 3.01$  points. The scores were calculated as  $5.62 \pm 3.05$  in men and  $3.69 \pm 2.62$  in women. Men's average scores were found to be higher than women's.

The reason for starting smoking was shown as 49.6% environment and friend influence, 23.1% stress. The mean FNBT scores of the participants with a higher income level were calculated as  $5.96 \pm 3.5$ . It was observed that nicotine addiction levels increased as the income level increased.

As a result, healthcare professionals are seen as role models in society in terms of quitting smoking. Awareness of health workers can be increased by providing in-service trainings on the harms caused by smoking and smoking cessation.

**Keyword:** Attitude, Health Professional, Nicotine Addiction, Smoking,

## İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ .....	i
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1 Dünya’da Tütün Tarihçesi .....	3
2.2. Türkiye’de Tütün Tarihi .....	5
2.3. Türkiye’de Tütün Ürünleri Kullanımı Verileri .....	6
2.4. Tütün ve Tütün Mamülleri .....	7
2.4.1. Tütün.....	7
2.4.2. Tütün Mamülleri .....	8
2.4.3. Tütün Duman içeriği.....	9
2.5. Tütün Ürünlerinin Oluşturduğu Hastalıklar .....	11
2.5.1. Kardiovasküler Hastalıklar .....	12
2.5.2. Kanser .....	13
2.5.2.1 Akciğer Kanseri .....	14
2.5.2.2 Meme Kanseri .....	14
2.5.3. Astım.....	14
2.5.4. Gebelik ve Sigara.....	15
2.5.5. İnfertilite ve Sigara .....	16
2.5.6. Erektile Disfonksiyon .....	16
2.6. Tütün Kontrol .....	17
2.7. Nikotin Bağımlılığı.....	18
2.8. Sigara Bırakma Tedavisi .....	20
2.8.1 Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler .....	20
2.8.2 Motivasyonel Görüşmeler .....	21
2.8.3. Farmakolojik Tedavi.....	21
2.8.3.1. Nikotin Replasman Tedavisi .....	21
2.8.3.2. Bupropion.....	23
2.8.3.3. Vareniklin.....	23

2.8.4. Sigara Bırakmada 5A ve 5R Tanımları .....	24
2.8.4.1 5A Tanımları (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange).....	25
2.8.4.2 5R Tanımları (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks , Repetition) .....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
3.1. Araştırmanın Amacı .....	28
3.2. Araştırmanın Tipi .....	28
3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	28
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü.....	28
3.5. Etik Kurul Onayı .....	28
3.6. Veri Toplama.....	29
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	29
3.6.2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi.....	29
3.7. İstatistiksel Analiz .....	30
4. BULGULAR .....	31
5. TARTIŞMA .....	38
KAYNAKLAR .....	48
EKLER .....	58

**TABLULAR LİSTESİ**

<b>Tablo 1.</b> Elektronik Sigarada ve Geleneksel Sigarada Bulunan Bazı Kimyasal Maddeler (20).....	9
<b>Tablo 2.</b> Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan İlaçların Yan Etki ve Kontrendikasyonları.....	24
<b>Tablo 3.</b> İç Geçerlilik Katsayıları .....	30
<b>Tablo 4.</b> Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler (69).....	30
<b>Tablo 5.</b> Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu ..	30
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	32
<b>Tablo 7.</b> Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden Alınan Puanların Dağılımı.....	34
<b>Tablo 8.</b> Demografik Özelliklere Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	35

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** Bireylerin Tütün Kullanma Durumu (%), 2010-2019 (17). ..... 7
- Şekil 2.** Sigaranın Neden Olduğu Hastalıklar (28) ..... 11



**KISALTMALAR LİSTESİ**

CO	: Karbonmonoksit
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FMO	: Flavin Monooksijenaz
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
ICD	: International Classification of Disease
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LHb	: Lateral Habenula
NACHR	: Nikotinik reseptör
NO	: Nitrik Oksit
TKÇS	: Tütün Kontrol Çevre Sözleşmesi

## 1. GİRİŞ

Sigara bağımlılığı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde de en önemli morbidite ve mortalite sebepleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre (DSÖ) göre, 1.3 milyardan fazla insan sigara kullanmakta ve sekiz milyondan fazla kişi de sigaraya bağlı sebeplerden dolayı hayatını kaybetmektedir (1). Bu ölümlerin 6 milyonu doğrudan tütün kullanımına bağlı bir durum iken, bir milyondan fazlası da tütün kaynaklı dumana doğrudan maruz kaldığı için ölmektedir. Ülkemizde de her yıl yaklaşık yüz bin insan tütün kullanımdan kaynaklı hastalıklardan dolayı hayatlarını kaybetmektedir (2). Sigara kullanımının; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kas-iskelet, solunum sistemi, kardiyovasküler hastalıklar ve birçok kanser hastalığına yol açtığı bilinmesine rağmen sigara kullanımına devam edilmektedir. Ayrıca sigara içmenin bağışıklık sistemini de düşürerek bulaşıcı hastalıklara karşı vücudu savunmasız hale getirdiği bildirilmiştir (3).

Vücuda sürekli alınan maddeler beyin hücrelerini değiştirmektedir. Bireylerin beyin hücrelerinde meydana gelen bu değişimler o maddeyi tekrar tekrar kullanma isteği doğurarak kişileri bağımlılığa sürüklediği belirtilmektedir. Tütün ürünlerinin içeriğinde bulunan nikotin beyindeki nikotinic asetilkolin reseptörlerini etkiler. Etkilenen reseptörler dopamin salınımını uyarır. Uyarılma işleminden sonra dopamin düzeyi artar ve kişide haz alma durumu gelişir. Bu durumda bireylerde bağımlılık oluşmasına neden olur (4,5).

Sigara bağımlılığında sosyal ve psikolojik birçok risk faktörü belirlense de yapılmış son çalışmalar düşünce, duygu ve davranış özelliklerinin her bireyde farklılık göstermesi sigara bağımlılığında mevcut sigara kullanımında, sigara bırakma davranışında ve gelecekteki sigara içme davranışları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (6).

Toplum sağlığını geliştiren, koruyan ve olası problemlere karşı çözüm yaklaşımlarında sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının sigara ile mücadelede daha etkin rol oynaması gerekmektedir. Ayrıca sağlık konusunda rol-model olmaları

sebebiyle bu konuda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada, Kafkas Üniversitesi Hastanesi Sağlık alışanlarının Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Araştırılması, Sigarayı Bırakma Konusunda Tutum ve Davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Dünya’da Tütün Tarihçesi

Tütünün ekim geçmişinin millat öncesi 6000’li yıllar civarında olduğu tahmin edilmektedir (7). Ancak 15. yüzyıldan önce tütüne ilişkin herhangi bir yazılı bir belge bulunmamaktadır. Tütün, adını Avrupa’da kullanılan tütünün büyük bir kısmının ithal edildiği Batı Hint Adaları’ndaki bir ada olan Tobago’dan almıştır (8). Arkeolojik araştırmalar, Amerika’da yaşamış olan Mayalar’ın kutsal törenlerinde tütünü ve özellikle yaprak kısmının kullanıldığını gösteriyor. Millattan sonra 400lü yıllarda güneyden göçen Mayalılar aracılığıyla Mississippi’ye kadar tütün yayılımı gerçekleşti. İlerleyen süreç içinde birbirine yakın olan kabilelerce kullanılmaya başlandı. Kızılderili din adamları tütünü önemli törenlerde kullanmışlardır. Aynı zamanda, tıp için çalışan kişiler nefes darlığı, ateş yükselmesi, gözlerde ağrı, bağırsak rahatsızlıkları, küçük böceklerin ısırması, yanıklar vb. gibi bazı hastalıkları tedavi etmek için değişik biçimlerde tütün kullandılar (9).

Tütünün bilinen yazılı tarihi Christopher Columbus’un 1492 yılında Kuzey Amerika’ya seyahati ile başlamıştır. San Salvador şehrinde ilk defa tütünü çubuklar yardımıyla içtiklerini ve çiğnenerek kullanıldığını fark eden Columbus’un, yerli halkın tütün içtikleri saz borusuna “tobacco” denilen ismini bitkiye verdikleri kayıtlara geçmiştir (9,10). 1500’lü yıllarında başların Türkler’in tütünü Mısır’a taşınmasıyla Ortadoğu’ya tütün taşınmış oldu (1). 1559 yılı içerisinde Portekiz’de çalışmakta olan Fransız elçisi olarak görevini sürdüren Jean Nicot tütünün tekrarlayan öksürük atakları, solunum yolu hastalıkları, mide rahatsızlığı, baş ağrıları gibi sağlık sorunlarına iyi geldiğinden bahsederek Fransız Kraliçesine sunmuştur. İlerleyen zaman içinde tütün alkaloidi Jean Nicot adına saygı olarak “nicotin” olarak adlandırılmıştır (11).

İngiliz halkı, tütünlerini ilk olarak Amerika dönüşü İspanya gemilerinden zor kullanarak 1580 yılında temin ettiler (10). Tütün tüketiminin sürekli olarak artmasından kaynaklı olarak İngiltere, Fransa, İspanya ve Portekiz; Amerika kıtasındaki sömürge ülkelerine tütün ekimi yaptırmış ve bu ticaretten oldukça yüksek gelir elde etmişlerdir. Kuzey Avrupa ve Akdeniz ülkelerinde bulunan tütün hızlı bir

yayıma süreciyle, Çin ve Hindistan gibi doğu ülkelerine ulaşmıştır. İlk sigara 1844 yılı içerisinde Fransa topraklarında üretilmiş ve aynı sene İtalya'da imal edilmeye başlanan kâğıt purolar halk tarafından oldukça ilgi görmüştür (12). 1881 yılı içinde James Bonsack Amerika'da, sigara üreten ilk makineye patent aldıktan sonra seri imalatın yolunu açarak sanayi kolunun doğmasına sebep olmuştur. Günde yaklaşık 120000 adet sigara üretilmişdir (7).

Üretim sanayileştikçe maliyetler azalmış ve eş zamanlı olarak güvenle kullanılabilir kibrinin bulunmasıyla da sigara kullanımı hızlı bir şekilde artmıştır. Tütünün sigara biçiminde kullanımı farklı kullanımlara karşı baskın hale gelmiştir. Ülkeler, tütünün tüketimiyle sağlanan kazancın artması sebebiyle tütün ekimini, tüketimini ve ticaretini teşvik etmeye başlamışlardır. Devletler tütünden farklı vergiler alabilmek adına tekeller oluşturma çalışmalarını hızlandırmışlardır (11).

Bu gelişmeler olurken, tütün kullanımının yaygınlaşması ile artan ölüm oranları dikkat çekmiştir. Oluşan bu yüksek ölüm oranı, bilim insanlarını ve tıp topluluğunu tütün ve zararları açısından daha fazla araştırılması konusunda yönlendirmiştir. Ülke idarecilerini tütün kullanımının azaltılması ve yasaklanması açısından önlemler almaya zorlamıştır. Birinci Dünya Savaşının 1914 yılında başlamasıyla askerlerin kumanyalarında gıdaların yanına tütün de eklenmiştir. Tütüne karşı oluşturulan bu yasaklama hareketi, savaştan dolayı darbe almıştır (9). İkinci Dünya Savaşına geldiğimizde tütün ve sigara cephede oldukça aranan bir ürün olmuş, sigara kullanımı yaygınlaşmış, dünyada yetişkin nüfusun neredeyse dörtte üçü sigara kullanıcısı haline gelmiştir (12).

İngilterede 1761 yılında Dr.John Hill tarafından ilk kez yapılan bir çalışmada burna çekme yoluyla kullanılan tütünün nazal kanser oluşturabileceği yönünde uyarıları olmuştur. 1795 yılı içerisinde Samuel Thomas von Soemmering pipo kullananlarda dudak kanserinin oluşabileceğini belirten bir rapor yayınladı. Tütünün tıbbi olarak kullanım oranı 1800'lerde giderek azaldı. Bunun yerini keyif için sigara kullanma aldı. Ünlüler, örneğin Frederic Chopin'in eşi Barones de Dudevant, Paris'te ilk sigara kullanan kadın olarak bilinir. Dudevant, tütün mamülü tüccarlarına o zamanlar yeni bir ürün olan elde sarma sigaraları satmaları için yardım etti. Ünlülerin

de teşviki ile tütün çiğneme ve pipo 1900'lere kadar devam etti ve sigara içmek giderek daha da popülerliğini arttırdı (12,13).

1920'li yıllarda, Amerika Prudential Company çalışanı Frederick Hoffman, tütün kullanımı ile ilişkili herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığını görmek için istatistiksel bir araştırma yapmaya karar verdi. Araştırmasına katılan vakalarını, kullanılan tütün çeşidini, içme metodunu, içilen miktarı ve deneğin ilk sigara içmeye başladığı yaşı da hesaplayarak analiz etti. Akciğer kanserindeki artışın belirli bir düzeye kadar direkt olarak sigara içmekten kaynaklandığı sonucuna vardı ve daha eski içme yöntemlerinin sigara içmekten sağlığa daha zararlı olduğunu belirtti. 1957'de Amerikalı bir patoloğ olan Oscar Auerbach ve çalışma arkadaşları, trakeobronşiyal ağaçtan alınan doku örneklerini sigara içenler ve içmeyenler olarak iki grupta karşılaştırdı. Hiçbir zaman sigara içmeyenlerde bazal hücre hiperplazisi, skuamöz metaplazi ve karsinoma in situ'nun daha az olduğunu ve orta ve ağır sigara içenlerde mikroskobik değişikliklerin giderek daha dramatik bir şekilde artmış olduğunu bulmuşlardır (12,13).

1964 yılında, ABD'de Genel Cerrah Luther Terry sigara içmenin sağlık açısından zararlı olduğunu ve akciğer kanseri ve gırtlak kanseri ile nedensel olarak ilişkili olduğunu duyurmuştur (14).

Tütün kullanımının beş yüz yıllık kayıtlı tarihi, tıp tarihindeki diğer birçok konudan daha bilgilendirici ve eğitici. Tütünün kendisini kullananlara verebileceği muhtemel zararlara ilişkin bazen yapılan ikazlara rağmen, tütün kullanımının gerçek ve yanlış iddia edilen sonuçlarını kavramak ve ayırt etmek yaklaşık 450 yıl sürdü (15).

## **2.2. Türkiye'de Tütün Tarihi**

Tütün ilk olarak Türk topraklarına İtalyan, İspanyol, İngiliz gemici ve tüccarlar aracılığı ile İstanbul'a getirilmiş olup bu bilgi farklı kaynaklarca belirtilmektedir. Peçevi Tarihi, erken 1600lü yıllarda İstanbul'a ulaşan tütünün ilk başlarda bazı sağlık sorunları için kullanıldığını; sonrasında ise bağımlılık yaptığını yazmaktadır. Peçevi ayrıca İstanbul'daki ilk kahvehanenin Tahtakale'de 1554 yılında

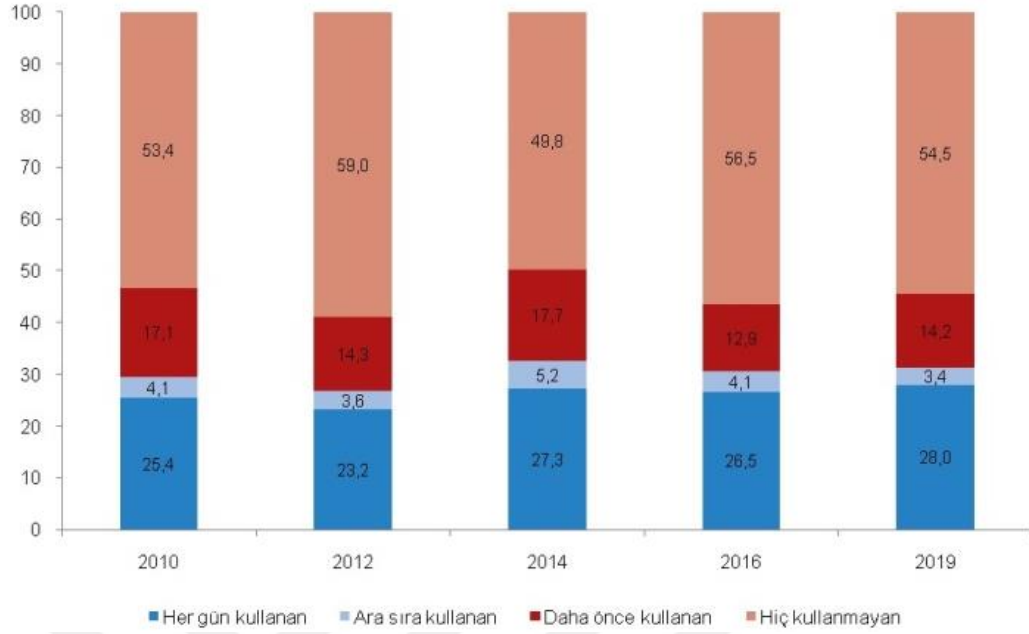
hizmet vermeye başladığını belirtmektedir. Osmanlı'da tütün tarımı ise ilk olarak Balkan topraklarında bulunan Yenice, Kırcalı ve Makedonya'da; Anadolu'da da şu an İzmir'e bağlı Ayasaluk tepelerinde yapıldığı belirtilmiştir (12). 1634 yılında IV. Murat, çıkan Cibali yangınına öne sürerek tütün yasağını getirmiştir. IV. Murat öldükten sonra 1646 yılında tütün tekrar serbest bırakılmıştır. 1678'de tütünden ilk gümrük vergisi alınmıştır. Kırım savaşından kaynaklı olarak 1856 yılında vergiler arttırılmıştır.

1861 yılında tütünün alımı yasaklanmış, 1862 yılında ise ile defa devlet tekeli oluşturulmuştur. 1874 te sigara üretimi yapan fabrikalar kurulmuş, tütün satışlarında bandrol kullanılmaya başlanmıştır. 1881 yılında, Osmanlı yönetimi Rüşum-ı Sitte İdaresi'nin 10 yıllığına elde ettiği tütün tekeli işleme hakkını, Muharrem Kararnamesi'yle dış borcu kapatmak için Duyûn-ı Umûmiye İdaresine devretmiştir. 1883 senesinde yayınlanan şartname sonucu tütün ürünleri işleme hakkı 30 sene boyunca Memaliki Osmaniye Duhanları Müşterekil Menfaa Reji Şirket isimli Fransız bir şirkete verilmiş, süre sonradan 15 yıl daha uzatılmıştır (12). 1923 yılında İzmir İktisat Kongresinde, tüccar ve çiftçi gruplarının aldıkları kararlar, Cumhuriyet'in ilanı ile beraber tütün üretimi ve ticareti üzerindeki bazı ayrıcalıklı izinlerin Reji Şirketinden Türkiye Cumhuriyeti Devleti'ne geçmesinin temelini oluşturmuştur. Sonuç olarak, Mustafa Kemal Atatürk, Reji Şirketinin bütün borçlarını ödeyerek ve haklarını alarak 1 Mart 1925 tarihinden itibaren tütün ve kullanım haklarını millileştirmişlerdir (11).

### **2.3. Türkiye'de Tütün Ürünleri Kullanımı Verileri**

Türkiye'de 2016 da yayınlanan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 'na göre toplamda 19,2 milyon kişi tütün ve ürünlerini kullanmaktadır. Erkeklerde tütün ürünlerini kullanma oranı %44,1, kadınlarda ise bu oran % 19,2 olarak görülmüştür. Toplam kullanım oranı %31,6 olarak bildirilmiştir (16).

Bireylerin tütün kullanma durumu (%), 2010-2019



Şekil 1. Bireylerin Tütün Kullanma Durumu (%), 2010-2019 (17).

## 2.4. Tütün ve Tütün Mamülleri

### 2.4.1. Tütün

Tütün bitkisi, patlıcan familyasından genelde bir senelik olmakla beraber birkaç türü çok yıllıktır. Tek senelik türleri tarlada 80 ya da 120 günde olgunlaşır. Nicotiana cinsinin yaklaşık olarak 65 alt türü vardır. Bu türlerden yalnızca “Nicotiana rustica” ve “Nicotiana tabacum” tütün mamullerinin üretiminde kullanılır (12).

Nikotin bitkinin kökünde sentezlenip yapraklarda biriken güçlü bir alkoloiddir. Tütün yaprağı nikotin depo yeri olduğu için ticari olarak en çok kullanılan kısımdır. Yapraktaki su miktarı tütünün tadını, kokusunu ve yanmasını etkilemektedir. Dumanın kuruluk oranı arttıkça daha tahriş edici olmaktadır (18). Tütün yaprağının rengi açıksa içinde bulunan nikotin miktarı daha azdır. Bu çeşit tütünlerden genellikle daha hafif içilebilen sigara üretimi yapılır. Daha koyu yaprakları olan tütünlerden ise daha ağır içilebilen puro gibi mamüller üretilmektedir (19).

### 2.4.2. Tütün Mamülleri

Tütünün nikotinden zengin olan kısmı olan yaprağının ham madde olarak kullanılması ile yapılan içme, burun içine çekme, emme ya da çiğneme amacı ile oluşturulan bütün ürünlere tütün mamülleri denilmektedir. Daha yaygın olarak kullanılan tütün ürünleri sarmalık kıyılmış tütün, sigara, puro, pipo, nargile, çiğnemelik tütün ve enfiyedir (11,12).

**Sigara**, ince kıyım tütünün kâğıda sarılarak üretildiği, silindir şekilli tütün ürünüdür. Sigara dumanı, tütün yaprağının tamamlanmamış yanması sonucu oluşur.

**Nargile**, tütünün dolaylı yoldan olarak ısıtılıp ve su dolu bir şişeden geçirilerek tüketilmesi için oluşturulan bir üründür.

**Puro**, tütün yaprağına sarılı kıyılmış tütünden meydana gelmektedir.

**Pipo**, Ucunda tütünün yandığı yanmayan bir malzemedan üretilmiş bir üründür.

**Enfiye**, Toz halinde olan yüksek miktarda nikotin içeren tütün ile beraber karanfil, bergamot gibi ürünlerle karıştırılıp burundan çekilerek kullanılabilen tütün ürünüdür.

**Maraş (ağız) otu**: Ülkemizde sıklıkla Gaziantep ve Kahramanmaraş çevresinde kullanılır. Yüksek oranda nikotin bulunduran tütün ile bazı ağaçlardan temin edilen külün karışımı ile oluşturulur.

**İsveç snus**: Ağız içi kullanılan yanmadan tüketilen nemli bir tütündür.

**Amerikan snuff**: Fermantasyon ile üretilir. Burundan içe çekilerek tüketilir (12, 18).

**Elektronik Sigara**: Elektronik sigaralar, 2000li yılların başlangıcında geleneksel sigara kullanımına kıyasla zararının daha az olduğu hipotezi ile piyasaya çıkarılmıştır. Elektronik sigara kullanıcıya nikotin sağlamayı amaçlayan pilli bir

sistemdir. Nikotine ilaveten, e-sigara likitleri tipik olarak çözücü görevi gören propilen glkol ve gliserin dâhil olmak üzere başka bileşikler içerir (20,21).

**Tablo 1.** Elektronik Sigarada ve Geleneksel Sigarada Bulunan Bazı Kimyasal Maddeler (20)

Toksik madde	12 farklı marka e-sigarada 15 nefes için ortalama	Bir sigaradaki ana akım dumanındaki ortalama
Formaldehit, µg	0,2-5,61	1,6-52
Asetaldehit, µg	0,11-1,36	52-140
Akrolein, µg	0,07-4,19	2,4-62
o-Metil-benzaldehit, µg	0,13-0,71	.....
Toluen, µg	0,0-0,63	8,3-70
p, m-ksilen, µg	0,0-0,2	.....
NNN, ng	0,0-0,00043	0,005-0,19
NNK, ng	0,00-0,0283	0,012-0,11
Kadmiyum, ng	0,0-0,022	.....
Nikel, ng	0,011-0,029	.....
Kurşun, ng	0,003-0,057	.....

NNK: 4 - (nitroso metil-amino) -1 - (3 - piridil)-bütanon; NNN: nitrozonornikotin

### 2.4.3. Tütün Duman içeriği

Çoğu sigaranın temel bileşenleri tütün, kimyasal katkı maddeleri, filtre ve kâğıt ambalajdır. Kullanıcı tütünü yakar ve dumanını içine çeker. Sigara içenler, sigara dumanını soluduklarında 70'den fazlası kansere neden olabilen 7000'den fazla kimyasalın toksik karışımına maruz kalmaktadır (22). Dumanın üç majör komponenti vardır. Bunlar sırasıyla nikotin, karbonmonoksit ve katrandır.

#### Nikotin

Nikotin, oldukça bağımlılık yapan bir maddedir. Bu nedenle sigara içenler, bırakmayı deneseler bile sigaraya geri dönerler. Sigara dumanında bulunan nikotin akciğerler aracılığı ile hızla sistemik dolaşıma katılır. Zayıf bazik yapısı ve lipofilik

olması nedeniyle alkali ortamda mukozalardan kolaylıkla emilir. 15- 20 saniye içinde alveol ya da mukoza üzerinden santral sinir sistemine ulaşmış olur. Nikotin, akciğer tarafından metabolize edilir. Nikotin P450 ile aracılı 5'-oksidasyon, UGT ile katalize edilen N-glukuronidasyon ve flavin monooksijenaz (FMO) enzimi olmak üzere 3 ana yolla metabolize edilmektedir. Metabolizmada sıklıkla CYP2A6 enzimi kullanılır ve CYP2A6 nikotini kotine metabolize eder. Kotin, kanda bulunan en bol nikotin metabolitidir. Daha az oranda da CYP2B6 ve CYP2E1 enzimleri kullanılır. Glukuronidasyon ise başlıca UGT 1A4, 1A9 ve 2B10 enzimleri ile gerçekleşmektedir (23).

Nikotinic reseptörler (nAChR) 5 subunitten oluşan ligand kapılı fonksiyonel iyon kanallarıdır. Alfa2-Alfa10 ve beta2-beta4 olmak üzere 12 alt birimi vardır. Memeli beyinde sıklıkla a4-b2 alt birimleri bulunmaktadır. Bu alt birimleri kodlayan bazı gen kümelerindeki varyasyonlara sahip kişilerde tütün bağımlı olma riski ve akciğer kanserine yakalanma olasılığı daha yüksek olarak gösterilmiştir. Nikotin bağımlılığının olumlu pekiştirici yönleri beynin ventral tegmental alan bölgesinden dopamin salınımı sonucu oluşur. Nikotin glutamat salınımını indükler ve nücleus accumbeste dopamin miktarı artar. Mezolimbik dopamin sistemi, ödül ve bağımlılık merkezidir. Habenula, medial ve lateral (LHb) alanlara ayrılan kaudal talamusun dorsomedial yüzeyinde yer alan diensefalik bir yapıdır. LHb nöronları, beklenen ödüllerin ihmal edilmesi veya caydırıcı uyaranlara maruz kalma ile etkilenir. Yani nikotinin bağımlılığının negatif belirtileri daha çok orta beyin üzerinden etki gösterir (24).

### **Karbonmonosit(CO):**

Renksiz, tatsız, kokusuz, yanıcı ve zehirli bir gazdır. CO'un kardiyak miyoglobine ilgisi hemoglobinden daha fazladır. Bundan dolayı zehirlenme durumunda hipoksiye sekonder miyokardial depresyon oluşturabilir. Ayrıca lipid peroksidasyonuna, beyinde inflamatuvar değişimlere sebep olabilir. İlerlemiş intoksikasyon durumunda ise beyaz cevherde demiyelinizasyon oluşturabilir. CO kas dokusunda rabdomiyoliz oluşturabilir (25).

### **Katran:**

Katran, sigara içenlerin sigara içerken aldıkları bir dizi partikülün emsiye adıdır - temel olarak katran, sigara içen kişinin soluduğu her şeydir ve sigarada bulunabilen her bir zehirli parçacığı içerir. Katran akciğerleri kaplayarak silya hücrelerinin ölmesine neden olur. (26).

Sigarada buluna diğer bazı maddeler ve etki mekanizmaları ise şöyledir.

**Karbazol ve İndol:** Gaz formu vinil klorid ve hidrazin olup tümör akselasyonu ile karsinojenik etkisi vardır.

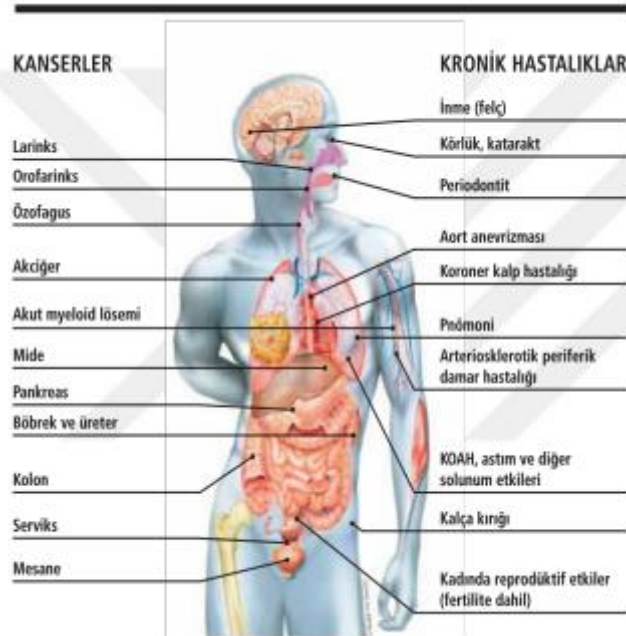
**Kresol:** İrritan, siliotoksik ve proinflamatuvar etkinliği vardır.

**Fenol:** Silialar üzerinde toksik etkinliği vardır.

**B Naftilamin:** Gaz formu amonyaktır ve irritan, mutajenik etkisi vardır.

### **2.5. Tütün Ürünlerinin Oluşturduğu Hastalıklar**

Sigara kullanımının oluşturabileceği hastalıklar tablo üzerinde gösterilmiştir (27).



**Şekil 2.** Sigaranın Neden Olduğu Hastalıklar (28)

### 2.5.1. Kardiovasküler Hastalıklar

Sigara içmek önemli bir kardiovasküler morbidite ve mortalite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigara, kalp ve damar kaynaklı hastalıklara bağlı ölümlerinin neredeyse % 20'sinin nedenini oluşturmaktadır. Sigara içmek miyokard infarktüsü, periferik arter hastalıkları, atriyal fibrilasyon, derin ven trombozu, kalp yetmezliği gibi birçok hastalığa sebep olmaktadır (29). Günde tek bir adet sigara dahi koroner arter hastalığı (KAH) oluşma ihtimalini artırır. Günde sadece bir tane sigara içenlerde KAH oluşma riski günde 20 tane içenlerin yaklaşık olarak yarısı kadardır. Sonuç olarak az sigara içimi sanılanın aksine daha yüksek bir risk potansiyeli barındırmaktadır. Endotel fonksiyon bozukluğu vasküler hastalıkların ilk adımı olarak kabul edilir. Sağlıklı bir endotel, nitrik oksit (NO), prostasiklin gibi damar çapını arttıran maddeler üretir. Süperoksit anyonu, düşük dens lipoproteini oksitleyerek peroksinitrit oluşturur ve oluşan ürün NO kullanılabilirliğini azaltır. Endotel zedelendiğinde ise bu vazodilatörlerin sentezi ve etkinliği bozulur. İnflamatuvar sitokinler, endotel disfonksiyonuna sebep olarak aterosklerotik bozulma sürecini hızlandırır (29). Sigara içimi ayrıca proaterojenik moleküllerin aktivasyonuna neden olarak hücre-hücre etkileşimlerinde değişikliğe yol açar. Ayrıca, sigara dumanı maruziyeti trombosit aktivasyonuna, pıhtılaşma kaskadının aktif hale gelmesine ve fibrinolizin bozulmasına neden olur Tütün maruziyetine bağlı olarak koroner plak rüptürü riski artar. Ayrıca; koroner damarlarda daralmaya neden olabilir veya bu daralma meydana gelmeden koroner arter spazmını oluşturabilir. Aktif sigara içenlerde karbonmonsit (CO) düzeyi artmıştır. CO hemoglobinin oksijen taşıma yeteneğini azaltarak kalpte ve diğer organlarda kronik iskeminin oluşmasını sağlamaktadır. Özellikle kalp oluşan iskemiden oldukça olumsuz etkilenmektedir. Nikotin sempatik sinir sistemi üzerindeki etkileri aracılığıyla kalp atım hızını ve kan basıncını artırır. Ayrıca nikotin atriyal fibrozisi tetikleyerek atriyal fibrilasyon oluşturabilmektedir (30).

Sigara içenlerde önemli ölçüde daha yüksek serum kolesterol, trigliserit ve düşük dansiteli lipoprotein ölçümleri yapılmıştır, fakat yüksek dansiteli lipoprotein sigara içmeyenlere kıyasla sigara içenlerde daha düşük bulunmuştur (31).

Sigarayı bıraktıktan sonra vücutta olumlu değişiklikler gelişmeye başlar. Özellikle, kan basıncı 20 dakika içinde düşmeye başlar. 2-12 hafta içinde dolaşımdaki endotel progenitör hücrelerin sayısı ve işlevselliği artar. Bu durum endotele bağımlı vazodilatasyonun düzelmesini sağlar. Ayrıca, tütün bırakıldıktan bir yıl sonra KAH oluşma riski ve ölüm oranları aktif olarak sigara içenlere göre yarı yarıya azalmıştır (32).

### **2.5.2. Kanser**

Sigara kullanımı, kansere bağlı ölümlerin en başta gelen sebebidir ve tüm kanserlerin en az %15 'inin sigaradan kaynaklı olabileceği tahmin edilmektedir. 2012 yılında dünya çapında yaklaşık olarak 14,1 milyon kişi kanser tanısı almıştır ve kansere bağlı olarak 8,2 milyon kişi ölmüştür (33). Tütüne bağlı gelişen karsinogenezin tek bir mekanizması mevcut değildir. Tütün ürünlerinin tüketilme şekli kanserojenlerin salınımını ve kansere neden olma arasındaki bağlantıyı etkiler. İlave olarak, tütün dumanındaki kanserojen bileşenlerin karmaşıklığı, farklı bireylerde, farklı kanserojenlerin farklı hasar türlerine neden olabileceğini göstermektedir. Normal şartlar altında kanserojenlerin zararlı etkilerini gösterebilmeleri için metabolik olarak aktif halde olması gerekir. Vücut detoksifikasyon sistemi normalde bu zararlı etkiyi dengede tutar. Tütünde bulunan kanserojenlerin birçoğunun, DNA ile reaksiyona girerek kovalent bağlarla oluşan DNA bileşik kompleksini oluşturabilmeleri için enzimatik olarak metabolik yolu katalize etmeleri gerekir. Kanserojenlerin oluşturduğu DNA bileşik kompleksi hücresel onarım mekanizmalarından kaçarsa, yanlış kodlamaya yol açarak bir mutasyona neden olabilirler. Ek olarak sigara dumanı, DNA'nın oksidatif hasarını indükleyebilen ve mutasyonlara sebebiyet veren serbest radikaller içerir. p53 geni, hücre döngüsünün ana düzenleyicisidir ve p53 geninin mutasyonları, sigara içenlerde ve akciğer kanseri hastalarında daha yaygındır (34). Akciğer kanserine sahip hastalarda p53 mutasyon sıklığı incelendiğinde sigara kullanmayanlarda, daha öncesinde kullananlarda ve kullanmaya devam edenlerde sırası ile %47.5, %55.6 ve %77.4 olarak bulunmuştur. DNA onarım mekanizmaları ve apoptoz, DNA bileşik komplekslerini veya DNA'sı zedelenmiş hücreleri yok ederek, mutajenik mekanizmaların etkilerini dengede tutmaktadır (35).

### 2.5.2.1 Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri, birçok ülkede en çok görülen malign neoplazmdir ve dünya genelinde iki cinsiyette kansere ilişkili temel ölüm nedenidir. 2015 yılında ABD'de toplam kanser ölümlerinin yaklaşık %27'sini ve Avrupa Birliği'nde %20'sini oluşturmaktadır. Ayrıca akciğer kanseri tüm kanser ölümlerinin %19'unu oluşturmaktadır (36). Sigara kullanımı, akciğer kanseri ile ilişkili en önemli risk etkeni olarak gösterilmektedir. Akciğer kanseri vakaları, yaklaşık %85 oranında sigara içmekten kaynaklanmaktadır. Sigara içmek tüm önemli histolojik akciğer kanseri türlerinin ana nedenidir. Ayrıca sigara içmenin tümör gelişimi üzerinde rolü vardır.(37)

### 2.5.2.2 Meme Kanseri

Meme kanseri, yüksek mortalite ve morbidite oranı sebebiyle özellikle kadınlar arasında önde gelen bir sağlık problemidir. Meme kanseri, geliri yüksek ülkelerdeki kadınların en sık görülen malignite ve kansere özgü ölümlerin ikinci nedenidir (38). 2018 yılında 185 ülkeden 2,3 milyon yeni meme kanseri vakası (%11,7) ve %6,9 ölüm oranı bildirildi. 2018'de dünya çapında yaklaşık 6,8 milyon kadın meme kanseri ile yaşıyordu (39).

Sigara kullanımı ya da dumana maruz kalma, yavaş asetilasyon N-asetil transferaz 2 genotipine sahip premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde minimal bir artış ile ilişkilendirilmektedir (40).

### 2.5.3.Astım

Akut astım atak ile ABD'de acil servise başvuranların üçte biri sigara kullanmaktadır. Astım tanısı olan yetişkinlerin yaklaşık olarak %50'si sigara içme öyküsü vardır. Bazı astım alt gruplarında ise sigara içme oranları daha yüksektir. Astım klinik olarak nefes darlığı, öksürük, hışıltı ve göğüste sıkışma bulguları ile kendini gösterir. Astımı olan ve sigara içenlerde artmış goblet hücre sayısı, epitelyal hiperplazi ve squamöz metaplaziler görülmüştür. Artan goblet hücre sayısı balgam üretimini arttırmaktadır.

Sürekli sigara dumanına maruz kalma durumu, oksidatif strese sebebiyet verir. Aktif nötrofiller, makrofajlar ve CD8+ sitotoksik T hücreleri tarafından proinflamatuvar mediatörlerin salınmasına neden olmaktadır.

Duyarlı kişilerde, aktive edilmiş eozinofillerden, T helper 2 hücrelerinden, tip 2 doğuştan gelen lenfoid hücrelerden ve mast hücrelerinden proinflamatuvar mediatör salınımını indükler. Sonuç olarak bu durum hava yolu inflamasyonuna ve doku hasarına sebep olur. Doğal bağışıklık reaksiyonları, sigara dumanı maruziyeti ile baskılanabilir ve böylelikle enfeksiyon durumunda konak tepkilerini etkileyebilir (41).

#### **2.5.4. Gebelik ve Sigara**

Kırk üç ülkeden gelen verileri içeren bir rapor, 1985–2016 dönemi için gebelik sürecinde sigara kullanımının küresel yaygınlığının %1,7 olduğunu ve Afrika'da %0,8'den Avrupa'da %8,1'e kadar değiştiğini gösterdi (42). Gebelikte sigara içmek anne ve çocuk sağlığı için en büyük önüne geçilebilir risk faktörünü oluşturmaktadır. Prenatal dönemde içilen anne sigarası da bebeklik döneminde ani açıklanamayan ölüm riski ile ilişkili bulunmuştur (43). Sigara içmenin hem doğal yollardan oluşan gebeliklerde hem de destekli oluşan gebeliklerde spontan düşük riskini arttırdığı bilinmektedir (44). Sigara içmeyenlere kıyasla günde 20'in üzerinde sigara içen kadınlarda ektopik gebelik riski artmaktadır (45).

Plasenta, maternal ve fetal gazların, besinlerin, hormonların ve metabolik atıkların alışverişini sağlar, böylelikle yaşam boyu sağlığın önemli bir göstergesi olan fetal büyüme ve doğum boyutunun biçimlendirilmesinde çok önemli bir role sahiptir (46). Sigara dumanında bulunan CO ve siyanür gibi bazı bileşenlerinin vazokonstriktif ve antimetabolik özellikleri olması nedeniyle; plasental yetmezliğe ve bunun sonucu olarak fetal büyümenin gerilemesine ve ölümüne neden olabilir (47). Özellikle gebeliğin ilk 20 haftasında sigara terk edilebilirse, bu durum sağlık sorunlarının gidişatı üzerinde oldukça olumlu bir etkiye sahip olacaktır (48).

### **2.5.5.İnfertilite ve Sigara**

Amerika Birleşik Devletleri'nde üreme dönemindeki kadınların yaklaşık %21'i ve üreme çağındaki erkeklerin ise yaklaşık %22'si sigara içmektedir. Sigara dumanında bulunan bazı kimyasalların foliküler tükenmeyi ve üreme işlevinin kaybını hızlandırdığı görülmektedir. Ortalama bazal folikül uyarıcı hormon seviyeleri sigara içen gençlerde içmeyenlere göre önemli ölçüde daha yüksektir. Ovaryan rezervinin bir ölçüsü olarak kabul edilen anti-Müllerian hormon düzeylerinin sigara içenlerde önemli ölçüde daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca menopoza girme yaşı sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre 1-4 yıl daha öne gelmiş olarak gösterilmiştir (49).

Sigara kullanımının sperm yoğunluğunda, hareketliliğinde, antioksidan aktivitesinde azalma ve morfoloji üzerinde olası bir olumsuz etkisi gösterilmiştir (50). Semen parametrelerini etkileyen temel etki gösteren bileşenler aynı zamanda birer ağır metal olan kadmiyum ve kurşundur. Sigara içenlerde seminal kadmiyumun sigara tüketilmesi durumunda yükseldiği gözlemlenmektedir. Kandaki kadmiyum düzeyleri paket kullanım yıl ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon göstermekle beraber ve sperm yoğunluğu ise istatistiksel olarak anlamlı olumsuz yönde bir korelasyon göstermektedir. Sperm hareketinde flagella ve aksonemler rol almaktadır. Sigara dumanı aksonem yapısını bozabilir ve bu da sperm hareketini olumsuz yönde etkilemektedir (51). Ayrıca spermde enerji üretimini sağlayan temel enzimlerden olan kreatin kinazın sigara içenlerde aktivesinin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durum sperm hareketliliğini ve üreme fonksiyonlarını etkilemektedir (49).

### **2.5.6.Eretil Disfonksiyon**

Eretil disfonksiyon ABD'de bütün erkekler arasında %20 ve 40-70 yaş arası erkeklerde %52 olarak gözlenmiştir. Sigara içmenin erektil disfonksiyon gelişimi bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır. Ereksiyon kavernoöz düz kasların gevşemesi ve erektil doku içerisine kan akımı sonucu oluşmaktadır. Ereksiyon halinin korunması için arteriollerin genişlemesi gerekmektedir. Bu süreci parasempatik sistem kontrol eder ve nitrik oksit iletiminde rol alır. Sigara nitrik oksit

aktivitesini azaltır. Sigara dumanı nitrik oksit aracılı vazodilatasyonu bozmaktadır. Ayrıca duman metabolitleri tarafından üretilen süperoksit anyonları kavernöz yapıdaki NO düzeyini doğrudan azaltır. Sigara içmek elastik genişlemeyi önleyen damarlarda iç hasara sebep olur (52).

## 2.6.Tütün Kontrol

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün yönlendirmiş olduğu uluslararası çabalar sonucunda, 2003 yılında içerisinde 168 imzanın olduğu ve 160'ın üzerinde ülkenin taraf olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) süratle uygulamaya geçmiştir. Türkiye'de ise Sözleşme Nisan 2004'te Sağlık Bakanınca imzalanmış, Kasım 2004'te TBMM tarafından kabul edilmiştir. TKÇS Şubat 2005'te uluslararası alanda yürürlüğe girmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) 2008 senesinde MPOWER stratejisini açıklamıştır (53).

**M(Monitoring of tobacco use and prevention policies):** Tütün kullanımını ve önleyici politikaları gözlemle

**P(Protect people from tobacco smoke) :** İnsanları sigaranın dumanına karşı koru

**O(Offer help to quit tobacco use):** Sigarayı terk etme konusunu insanlara tavsiyede bulun

**W(Warn about the dangers of tobacco):** sigaranın zararları hakkında uyar

**E(Warn about the dangers of tobacco):** Tütün kullanımını teşvik eden sponsorluklar, reklamlar konusundan uygulanan yasakları kuvvetlendir.

**R(Warn about the dangers of tobacco):** Tütün ve ürünleri üzerindeki vergi yükünü arttır.

**M:**Bu maddenin hedefi tütün kullanım oranının ve tütün kontrolü stratejileri ile tütün sanayisi etkinliklerinin gözlenmesi ve değerlendirilmesidir. Tütün kontrolü

stratejileri izlenmesi açısından, 2007’de Sağlık Bakanlığı çatısı altında tütün kontrolü ile alakalı Daire Başkanlığı seviyesinde yapılanmanın oluşu önemli bir gelişimdir.

**P:** 1996 senesinde Türkiye’de çıkarılan yasayla ilk kez bazı kapalı alanlarda ve toplu taşımının sağlandığı vasıtalarda tütün kullanımı kısıtlanmıştır. Yasa üzerinde 2008 senesinde yapılan değişiklikle kamu kullanımına açık olan tüm kapalı alanlarda sigara ve diğer tütün mamüllerinin kullanımı yasaklanmıştır.

**O:** 24 saat aralıksız çalışan ücret talep edilmeden hizmet veren Sigara Bırakma Danışma Hattı (ALO 171) oluşturulmuştur. Danışma hattı içerisinde operatörler dönüşümlü şekilde çalışmakta ve sistem 24 saat kesintiye uğramadan hizmet vermektedir. Oluşturulan hat her gün yüzlerce kişi tarafından aranmaktadır.

**W:** Tütün kontrolü yasasıyla 1996’dan itibaren tütün ürünlerinin tanıtımı ve reklamı yasaklanmıştır. Yasa ayrıca tüm televizyon kanallarına bir ay içinde 90 dakika süreyle bu konularda yayın yapma görevini vermiştir.

2010 senesinde de hem yazılı hem de resimli şekilde “Birleşik sağlık uyarıları” (Combined health warnings) paketlerin üstüne, arka ve ön taraflarına % 65 ölçeğinde yer kaplayacak biçimde ‘Sağlığa Zararlıdır ‘ ibaresi basılmıştır.

**E:** 1996 senesindeki tütün kontrolü yasasında tütün mamullerinin her türlü tanıtımı ve reklamı yasaklanmıştır. Bu yasaklama kararı son derece başarıyla uygulanabilmiştir. Tütün ile alakalı reklamlar gündem dışına çıkmıştır.

**R:** Tütün ürünlerinde fiyat ve tüketim arasında ters ilişki bulunmaktadır. Fiyat yükseldikçe tüketim miktarı azalmaktadır. Tütün talebini en çok azaltan yöntem fiyat artışıdır. Türkiye tütün ürünlerinden en yüksek vergi alan ülkelerden birisidir. (54).

## 2.7. Nikotin Bağımlılığı

Nikotin bağımlılığı DSM-5 te( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) Tütün Kullanım Bozukluğu başlığı altında incelenmiştir. DSM-5 ‘te “Tütün Kullanım Bozukluğu” kriterleri aşağıda belirtilen şekildedir. Tütün ürünlerini tüketen kişilerde, son 12 aylık süreçte klinik halin kötüye gitmesi ve sorunlara yol

açması; ayrıca aşağıda belirtilen bulguların en azından 2 tanesi bulunması gerekir. Bütün bağımlılıklarda olduğuna benzer tolerans gelişmesi ve eksikliğinde yoksunluk belirtilerini göstermesi gerekir.

- ✓ Tütün kullanımı ilk hedeflenenden daha fazla miktarda ve süresi uzamış
- ✓ Süreğen bir şekilde tütün kullanım isteği ve kullanımı azaltma için verilen çabaların başarısızlık ile sonuçlanması
- ✓ Tütün mamüllerini elde etmek için ve tüketmek için uzun süreler harcamak
- ✓ Tütün kullanımına hasret duymak ve kullanıma yönelik bir dürtü oluşması
- ✓ Sosyal ve mesleki sorumlulukları yerine getirme konusunda yetersizlik ve yineleyen tütün tüketimi
- ✓ Tütünden kaynaklı ortaya çıkan kişisel ya da sosyal problemlerin varlığına rağmen tütün kullanımının devam edişi
- ✓ Tütün sebebiyle sosyalleşmede azalma
- ✓ Fiziksel olarak risk teşkil eden durumlarda bile kullanımın devam etmesi (örneğin oksijen tüpünün yanında sigara içmek)
- ✓ Muhtemel olarak tütün kullanımına bağlı olduğu düşünülen fiziksel ya da psikolojik sıkıntılara rağmen tütün tüketiminin devamlılık hali

**Tolerans** tanımı aşağıdaki iki bulgudan birinin olması ile söylenebilir.

- ✓ Eskiden tütünün oluşturduğu etkiyi sağlama adına daha yüksek ölçülerde tütün tüketmek
- ✓ Aynı seviyelerde tütün kullanımına rağmen beklenen etkinin fark edilir şekilde azalması

**Yoksunluk** belirtileri ise aşağıdakilerin oluşması aracılığıyla fark edilebilir.

- ✓ Tütüne has olarak yoksunluk bulgularının oluşması
- ✓ Oluşan bulguları gidermek ve rahatlamak için tütün ürünlerine başvurmak

### **Nikotin Yoksunluk Sendromu**

Nikotin yoksunluk sendromu ICD-10 (International Classification of Disease 10) da F17.203 koduyla tanımlanmıştır. Öncelikli olarak en az birkaç haftadır günlük tütün kullanımı olması gerekmektedir. Tütün kullanımının tamamen

kesilmesi ya da tüketilen miktarın azalması durumunda 24 saat içinde aşağıdaki semptomların ortaya çıkması beklenmektedir.

- ✓ Konsantrasyon Kaybı
- ✓ Kaygının artması
- ✓ Sinirlilik Hali
- ✓ İştahın Artması
- ✓ Uyku Süresinde ve Uykuya Geçişte Zorluk
- ✓ Depresif bir Ruh Hali
- ✓ Huzursuzluk

Bu semptomların sendrom kriterini karşılaması için mesleki ve sosyal olarak işlevsellikte bozulmalara sebep olması gerekmektedir. Ayrıca bu semptomların başka bir hastalık ya da madde kullanımından kaynaklı olmaması gerekmektedir (55, 56).

## **2.8.Sigara Bırakma Tedavisi**

Sigara bırakma, farklı seviyeleri olan bir döngüsel süreçtir.(57)

### **2.8.1 Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler**

Sigara tüketimini psikolojik ve davranışsal açıdan anlamak ve bu yönde bilişsel ve davranışçı tedavileri uygulamak tedavi başarı ihtimalini yükseltmektedir. İstenen yarar; kişinin sorunlu bir davranış olan tütün kullanımından kurtulmayı istemesini sağlamak, , tütünü bırakmayı isteyenlere ise mücadele becerisi kazandırmaktır. Tütün tüketen kişi kendi düzenini oluşturmuştur ve bu düzenin bozulmasını istememektedir. Sigara içen kişi bu düzen bozulduğunda süreci yönetemeyeceğini ve öz saygısını kaybedebileceğini düşünebilir. Bu düzeni dudak tiryakiliği, genetik olarak dirençli olması gibi sebepler öne sürerek bozmamaya çalışır. Bu aşamada kişi tedavi konusunda dirençli bir durumdadır.

Bırakma sürecinde olan birey yoksunluk belirtilerinin oluşabileceğinden endişe duyabilir. Bu endişelerin çözülmesi sürecinin daha rahat geçmesini sağlayacaktır. Yoksunluk semptomlarını gidermek için nikotin replasmanı yapılabilir. Kilo alımının önüne geçebilmek için bol su tüketilmesi, sigara içtiği dönemden 1/3 oranında daha az gıda tüketilmesi ve yürüyüş önerilebilir. Sigarayı

bırakma hazırlığı kötü geçirildiğinde bazen hak ettiği bir şeye erişememe gibi bir duygu oluşup kişide üzüntü oluşturabilir. Ancak hazırlık süreci olumlu atlatıldıysa hayati risk teşkil eden bir etkenden kurtulduğunda algıladığı rahatlama hissi hâkim olabilir. Oluşan ilk duygulanım sigarayı özleme gibi bir durumsa sigara kullanımına tekrar başvurma riski oluşturur. Ancak yaşamı tehdit eden bir durumdan kurtulduğu hissi ilk olarak oluşursa kalıcı olarak sigarayı bırakma şansı daha yüksek olmaktadır (57).

### **2.8.2 Motivasyonel Görüşmeler**

Motivasyonel görüşmede ana kurallar hastayı anlamaya çalışmak, hasta için önemli olan sağlık, aile, ekonomi gibi faktörlerle sigaranın ilişkisini kurma, bırakma konusunda katılığını azaltma ve kişisel etkinliğin cesaretlendirilmesidir. Görüşmenin merkezinde hasta olmalıdır ve hastanın konuşması teşvik edilmelidir. Motivasyon tekniklerden faydalanan sağlık çalışanları hastanın tütünle alakalı hislerini, inanışlarını, fikirlerini anlama konusunda çaba göstermelidirler. Motivasyonel görüşme esnasında eşitlikçi bir tutum gösterilmelidir. Sigara bırakmanın bir süreç olduğu anlaşılmalı ve bu süreç içinde sigara tüketimi konusunda gidiş gelişlerin olabileceği normal karşılanmalıdır. Hangi şartlar oluşursa hastaya eleştirel bir yaklaşımda bulunulmamalıdır. Hastanın sigara bırakma konusundaki kararlılığı değerlendirilmelidir (58).

### **2.8.3. Farmakolojik Tedavi**

Güncel olarak sigara bırakma hedefi ile kullanılmakta olan 3 grup ilk seçenek ilaç vardır. Nikotin Replasmanı, Bupropion ve Vareniklin bu grupları oluşturmaktadır.

#### **2.8.3.1. Nikotin Replasman Tedavisi**

Tedavinin amacı sigaranın kesilmesi sonrası dönemde meydana gelen nikotin yoksunluk bulgularını gidermektir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine(FNBT) göre orta ve ileri seviyede bağımlı saptanan hastalar nikotin replasmanından fayda görmektedir. Hasta nikotin replasmanı aldığı zaman içinde sigara kullanımından kaçınılmalıdır.(58).

### **Nikotin Bandı**

Nikotin bandı vücuda saatte 1 mg nikotin sağlayabilir. Vücut üstünde yapışık halde 16 saat ve 24 saat bulunabilen iki şekli bulunmaktadır. Deride oluşabilecek yan etkileri gidermek için her gün farklı bir vücut bölgesine yapıştırılması önerilir. Ancak 4 gün sonra aynı bölgeye tekrar yapıştırılması tavsiye edilir. Nikotin bandı kullanımının bazı yan etkileri olabilir. Bu yan etkilerden bazıları taşikardi, ürtiker, baş ağrısı, bulantı, kas ağrıları, uyku problemleri, nadir olarak karın ağrısı, öksürük, anksiyete, kabızlık ya da diyare olarak sayılabilir.

### **Nikotin Nazal Sprey**

Nikotin nazal sprej, her pufta 0.5 mg nikotin sağlayan nikotin tedavi formudur. İki burun deliğine de birer kez püskürtülür. 1 saat içinde bir ya da iki kez uygulanması önerilir. Nikotinin vücuda en hızlı alınma yöntemidir. Tedavi süresi 3 ile 12 ay aralığında değişebilir.

### **Nikotin Sakızı**

Sakız formlarının biyoyararlanımları sınırlıdır. 2 mg'lık ve 4 mg'lık iki şekli bulunmaktadır. Emilimden daha fazla yararlanmak için ağzın pH'sı ve çiğneme yöntemi önemlidir. Alkali ortamlarda emilim daha iyi olduğundan dolayı bikarbonat eklenmiştir. Yavaş çiğneme önerilir. Sigara içme isteği oluştuğunda nikotin sakızı tadı hissedilene kadar çiğnenmelidir. Sonrasında yanak mukozasında bekletilir ve bu süreçte nikotin emilimi sağlanmış olur (57).

### **Nikotin sublingual tablet:**

2 mg'lık tabletler dilaltında çözünmektedir ve oral mukozanın her yerinden emilimi sağlanabilir.

### **Nikotin pastil:**

Pastil ağız içinde yavaş bir şekilde döndürülerek kullanılır.

**Nikotin inhalatör:**

İnhalasyon amaçlı olan kartuşlardan oluşur. Kartuşlar içerisinde 10 mg nikotin bulundurur ve her kullanımda 1.5-2.0 mg nikotin salınımı gerçekleşmektedir. Günlük minimum dört inhalatör kullanılması ve bu tedavinin 3 ay boyunca devam ettirilmesi önerilir (59).

**2.8.3.2. Bupropion**

Bupropion; trisiklik olmayan, aminoketon yapıda depresyon tedavisinde de kullanılan bir ajandır. Nikotin replasman tedavileri ile beraber kullanılabilir. Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Nikotin yoksunluk belirtilerinin giderilmesi için kullanılabilir. Bupropion tedavisi sigara kesilmesinden önce başlar, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden sonra 300 mg dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bırakma konusunda bir hedef tarih belirlenmelidir. Tedavi süresi 8 hafta ile 6 ay arası sürebilir.

**2.8.3.3. Vareniklin**

$\alpha_4$ ,  $\beta_2$  alt birimleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Vareniklin nikotinik agonist etkileri aracılığıyla dopamin salınımını tetikler, ilerleyen zamanlarda vareniklin kullanırken nikotin alınsa dahi dopamin salınımında artış beklenmez.

Tedavi sigara içmeye devam edilirken başlanır ilk üç gün 0.5 mg doz ilaç kullanılır. Takip eden 4 gün sabah akşam olmak üzere 0.5 mg ilaç kullanılır. 8-14. Günler aralığında 1 mg gün doz ile kullanıma devam edilir. Sigarayı bırakmanın 7 gün içinde olması önerilir. Tedavi 2x1 mg şeklinde 12 haftaya tamamlanır. Bulantı en sık olmakla beraber uykusuzluk, baş ağrısı gibi yan etkileri bulunmaktadır. Vareniklinin büyük oranda idrarla atıldığı için karaciğer hastalığı olan kişilerde doz düzenlenmesine gerek yoktur (60).

**Tablo 2.** Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan İlaçların Yan Etki ve Kontrendikasyonları

İlaç	Kontrendike olduğu durumlar	Çok yaygın yan etkiler	Yaygın yan etkiler
Nikotin Sakızı	Miyokard infarktüsü Stabil olmayan anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tad, ağızda irritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız dış problemleri	Göğüs ağrısı, terleme, diyare,
Nikotin bant	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, unstable angina ve aritmi, gebeler ve süt emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant allerjisi, yaygın deri hastalığı varlığı	Uygulama yerinde kızarıklık ve kasıntı	Ödem ve yanma hissi Bulantı, baş ağrısı sersemlik, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvulziyon Konvulziyon eşliğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü KontROLSÜZ hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, Anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı sigara içimi, Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı	Uykusuzluk (insomnia) Baş ağrısı Baş dönmesi Ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren mide-barsak sistemiyle ilgili (gastrointestinal) rahatsızlıklar	Titreme (tremor), sersemlik, tat alma bozuklukları Konsantrasyon bozukluğu Görme bozukluğu Kurdeşen (ürtiker) gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları Döküntü, kaşıntı, terleme İştahsızlık (anoreksi) Karın ağrısı (abdominal ağrı), kabızlık (konstipasyon) Ateş, kuvvetsizlik (asteni)
Vareniklin	Varenikline alerjik durum, Terminal dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık, uyku güçlüğü	İstah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, bas dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, siskinlik hissi, mide rahatsızlığı, hazımsızlık, mide/bağırsakta gaz

Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu (61).

#### 2.8.4. Sigara Bırakmada 5A ve 5R Tanımları

Sigaranın bırakılması, sigara kullanımının sebep olduğu hastalıklarla alakalı branş doktorları açısından olduğu kadar, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik için de oldukça önemli bir durumdur. Sigaraya karşı iyi yürütülen kampanyaların olduğu ülkelerde sigara kullananların %80'inden fazlası sigarayı bırakmak istemekte; fakat yarısından daha azı sigarayı 60 yaşından önce bırakabilmektedir.(63). Doktorlar bu konuda önemli görevler üstlenmelidir. Yapılmış araştırmalarda herhangi bir nedenle hekime başvuran hastalara, hekim tarafından sadece sigara kullanım bilgisinin

sorulması ve içmemeleri konusunda önerilerde bulunulmasının bile, hastaları sigarayı bırakma konusunda düşünmeye yönlendirdiği ve %1-3 oranında sigaranın bırakıldığı gözlenmiştir (63). Bu sebeple doktorlar, günlük pratikte karşılaştıkları hastalara sigara içip içmediklerini, içiyorsa kaç adet içtiğini sormalı, sigara içip bırakmak isteyenlere gerekli desteği vermeli, bırakmayı düşünmeyenleri ise bu konuda motive etmelidir (59).

Günlük pratikte sigara ile alakalı karşılaşılabileceğimiz 3 hasta modeli vardır.

1. Sigara kullanan ve bırakmak isteyenler
2. Sigara kullanan ve şimdi bırakmak istemeyenler
3. Sigarayı yakın zamanda bırakmış olanlar

Bu gruplardan sigara kullanan ve bırakma isteği olan gruba 5A, sigara kullanan fakat bırakmak konusunda isteği olmayan gruba 5R stratejilerinin uygulanması tavsiye edilmektedir. (64).

#### 2.8.4.1 5A Tanımları (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange )

**1-Sor(Ask):**Her hasta geldiğinde sigara içip içilmediği sorulmalıdır. Hastaların her başvuru yaptığında sigara içip içmediğini sormak bir rutin haline getirilmelidir. Soruları arkadaşça bir şekilde sormalı ve suçlar tarzda konuşulmamalıdır. Sorular basite indirgenerek sorulmalıdır.

**2-Tavsiye(Advice):** Tüm tütün kullanıcılarının sigarayı bırakmaları gerektiği konusunda ikna edilmesine çaba gösterilmelidir. Önerilerde bulunurken karşıdaki kişiye özgü, net ve güçlü bir tutum sergilenmelidir.

**3-Değerlendir(Assess):** Sigara içen kişinin bırakma konusunda azimli olup olmadığı kesinlikle değerlendirilmelidir. Hasta ilerlemeye hazır görünüyorsa sonraki aşamaya geçilebilir. Ancak hazır değilse 5R kısmında değerlendirilmelidir.

**4-Destekleme(Assist):** Hastaya sigara bırakma konusunca yardımcı olabilecek bir plan oluşturulmalıdır. Hastaya danışmanlık, tedavi sürecinde sosyal destek, bırakma konusunda bilgi alabileceği ek materyaller sağlanmalıdır. Ayrıca gereklilik halinde onayı alınmış medikal ilaçlar önerilebilir. Plan oluşturulurken

sigarayı bırakma konusunda tarih belirlenebilir. Bunun için ideal süre 2 hafta olarak söylenebilir. Sigara ve tütün ürünleri çevreden arındırılmalı ve bu ürünlerin kullanıldığı ortamlara girilmemelidir. Hasta danışman hizmeti olarak sigarayı bırakmanın kazanımları ve tedavi konusunda temel bilgiler verilebilir. Hastayla iletişim kurarken endişeleri göz önünde bulundurarak onu cesaretlendirici bir tutum içinde olunmalıdır.

**5-Düzenle(Arrange):** Hastayla rahat iletişim kurulabilecek bir bağlantı oluşturulmalıdır. Bağlantı kurarken telefon ya da e-mail gibi pratik yöntemler kullanılmalıdır.

#### **2.8.4.2 5R Tanımları (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition)**

Tütün ürünlerini bırakma konusunda düşük motivasyona sahip hastalarda 5R yöntemleri uygulanmaktadır.

**1-İlişki(Relevance):** Hastaya kişisel olarak sigara içme durumun çevresinde ya da kendisinde nasıl etkiler oluşturabileceği sorulmalıdır. Tütün ürünleri kullanımını bırakma konusunda hastaya cesaret verilmelidir.

**2-Riskler(Risks) :** Hastaya sigara kullanmasından kaynaklı oluşabilecek kısa ya da uzun dönemli risk faktörleri anlatılmalıdır. Akut risk olarak nefes darlığı, respiratuvar hastalıklar, impotans; uzun dönem riskleri olarak kalp krizi, kanserler; çevresel riskler olarak çocuklarda solunum hastalıkları oluşturabilmesi, gebelerde düşüğe sebep olabileceği anlatılmalıdır.

**3-Ödüller(Rewards):** Hastaya sigarayı bıraktınca elde edebileceği faydalar anlatılmalıdır. Sağlık durumunun daha iyi bir hale gelebileceği, tat duyusunun artabileceği gibi örnekler verilebilir.

**4-Engeller(Roadblocks) :** Hastaya sigarayı bırakma konusunda önünde nasıl engeller olduğu sorulmalıdır. Genellikle kilo alımı, çevrede başka sigara kullanan kişilerin olması, başarısızlık korkusu gibi engeller söylenmektedir.

**5-Tekrar Etme (Repetition) :** Hastaya tekrar başvuru yaptığında sigarayı bırakmama konusundaki fikirlerinin devam edip etmediği sorulabilir. Eğer halen aynı fikirdeyse bırakma konusunda soru diğer geldiğinde tekrar sorulmalıdır. Motivasyonel yardım hastanın her başvurusunda tekrarlanmalıdır (65,66).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ile Kafkas Üniversitesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Araştırılması, Sigarayı Bırakma Konusunda Tutum ve Davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Çalışmamız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yürütülmüştür. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri**

Çalışmamıza Eylül- Aralık 2022 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde aktif çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü sağlık çalışanları dahil edildi. Araştırma için gönüllü olmayan ve başka kurumlardan görevlendirme ile gelen kişiler çalışmaya dâhil edilmedi.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü**

Bu tez çalışmasının evrenini Eylül 2022- Aralık 2022 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Örneklemi ise ulaşabildiğimiz gönüllü 229 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

#### **3.5. Etik Kurul Onayı**

'Kafkas Üniversitesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Araştırılması, Sigarayı Bırakma Konusunda Tutum ve Davranışları' isimli çalışmamız için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı.

### **3.6. Veri Toplama**

Çalışma grubumuzdaki bireylere araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özelliklerini sorgulayan Kişisel Bilgi Formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Test formu kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilen bireylere araştırma konusu ile ilgili bilgi verildikten sonra veri toplama formları, araştırmacı tarafından online ortamda hazırlanarak telefon ile çalışmaya katılmak isteyen gönüllü sağık çalışanlarına gönderilerek toplanmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket soruları literatür taranarak oluşturuldu. Anketin ilk bölümü 12 sorudan oluşan sosyodemografik özellikleri sorgulayan (yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma vb.) ikinci bölümü sigara içenlerin ve bırakanların cevapladığı sigara içme durumunu sorgulayan (sigaraya başlama yaşı, başlama sebebi, istediğinde sigarayı bırakabilme durumu, sigara bırakmayı düşünme vb.) 11 soru ve anketin son kısmı sadece sigara içenlerin cevapladığı 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi**

Sigaraya olan fiziksel bağımlılığın düzeyini saptamak amacıyla, Fagerstrom tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (67). Ülkemizde 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve faktör analizi yapılmış, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.56 bulunmuştur (68). Testin her bir maddesi “0”, “1”, “2”, “3”, olarak puanlanmıştır. Testten alınabilecek puanlar 0-10 aralığında dağılım göstermektedir. Nikotine bağımlılık arttıkça ölçekten alınan puan artmaktadır. Testten alınan toplam puana göre nikotin bağımlılığı beş grupta derecelendirilmektedir; çok az (0-2 puan), az (3-4 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan) ve çok yüksek (8-10 puan) bağımlılık. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri 0.73 olarak bulunmuştur (67). Bizim çalışmamızda da bu değer 0.78 olarak bulundu.

**Tablo 3.** İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach $\alpha$
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	0.784

### 3.7. İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler IBM SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences Version 22) programıyla değerlendirilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır. Veriler yüzdeler, sayı, ortalama, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Çalışmada  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo 4.** Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler (69)

	Normal ölçümlerde	dağılan ölçümlerde	Normal ölçümlerde	dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi		Mann Whitney U analizi	
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).		Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).	
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi		Spearman Analizi	Korelasyon
İç Geçerlilik	Cronbach $\alpha$ kat sayısı			
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*			

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 4’de sunulmuştur.

**Tablo 5.** Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness	Kurtosis		
		Kat Sayısı	Kat Sayısı		
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	107	0.193	0.234	-1.057	0.463

\* Normal Dağılmayan Verilerdir.

#### 4. BULGULAR

Katılımcıların %53.3'ü kadındır, %64.2'si 25-40 yaş aralığındadır, %55'i bekar, %64.6'sı çocuk sahibidir ve %32.3'ü aylık 10-15.000 gelire sahiptir. Katılımcıların %69.'ü ailesiyle yaşamaktadır, %48.5'i bazen spor yapmaktadır, %79.5'inin kronik bir hastalığı yoktur ve %72.9'u lisans mezunudur. Katılımcıların %25.3'ü hemşiredir, %40.6'sının meslekte 0-5. Yılıdır, %45.9'u sigara kullanmaktadır ve %67.5'nin sigaraya başlama yaşı 15-25 yaş aralığındadır. Katılımcıların %49.6'sı sigaraya çevre ve arkadaş etkisi ile başlamıştır, %52.1'i alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların %41.9'u sigara içerken mutlu olmaktadır, %37'si sigarayı bırakırken zorlanacağını ifade etmektedir, %83.9'u hamile iken sigarayı bırakabileceğini belirtmektedir, %37'si sigarayı bırakmayı düşünmektedir ve %44.1'i sigarayı bırakmayı 2-3 defa denemiştir. Katılımcıların %87.3'ü sigarayı bırakırken yardım almamıştır, %41.6'sı sigarayı bırakırken yöntem kullanmamıştır. (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	122	53.3
	Erkek	107	46.7
<b>Yaş</b>	18-25 arası	36	15.7
	25-40 arası	147	64.2
	40-55 arası	39	17.0
	55 ve üzeri	7	3.1
<b>Medeni Durum</b>	Evli	103	45.0
	Bekâr	126	55.0
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>	Evet	81	35.4
	Hayır	148	64.6
<b>Gelir Düzeyi</b>	10000 den az	37	16.2
	10000-15000 arası	74	32.3
	15000-20000 arası	43	18.8
	20000-25000 arası	19	8.3
	25000 den fazla	56	24.5
<b>Birlikte Yaşanan Kişiler</b>	Yalnız	46	20.1
	Ailemle	159	69.4
	Arkadaşımlla	24	10.5
<b>Spor Yapma Durumu</b>	Hiç	60	26.2
	Bazen	111	48.5
	Sık sık	29	12.7
	Düzenli	29	12.7
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	47	20.5
	Hayır	182	79.5
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlkokul Mezunu	3	1.3
	Ortaokul Mezunu	9	3.9
	Lise Mezunu	50	21.8
	Lisans Mezunu	167	72.9
<b>Meslek</b>	Doktor	55	24
	Hemşire	58	25.3
	Tıbbi teknisyen ve laborant	32	14
	Sekreter	15	6.6
	İdari Personel	26	11.4
	Yardımcı Sağlık Personeli	20	8.7
	Diğer	23	10
<b>Meslek Yılı</b>	0-5 yıl arası	93	40.6
	5-10 yıl arası	58	25.3
	10-20 yıl arası	59	25.8

	20 ve üzeri	19	8.3
<b>Sigara/Tütün Kullanımı</b>	Evet	105	45.9
	Hayır	113	49.3
	Bıraktım	11	4.8

**Tablo 6. Devamı**

<b>Sigaraya Başlama Yaşı</b>	15 ve altı	22	18.8
	15-25 arası	79	67.5
	25-40 arası	16	13.7
<b>Sigaraya Başlama Sebebi</b>	Stres kaynaklı	27	23.1
	Çevre ve arkadaş	58	49.6
	İş ortamı	20	17.1
	Merak kaynaklı	11	9.4
	Sosyalleşmek	1	0.9
<b>Alkol Kullanımı</b>	Evet	20	17.1
	Hayır	61	52.1
	Özel günlerde	36	30.8
<b>Sigara İçmenin Verdiği His</b>	Mutlu	49	41.9
	Mutsuz	27	23.1
	Etkisi olmuyor	41	35.0
<b>İstediginde Sigarayı Bırakabilme Durumu</b>	Hemen bırakabilirim	20	17
	Bırakmakta zorlanmam	35	29.9
	Bırakırken zorlanırım	43	36.7
	Bırakamam	19	16.4
<b>Hamilelikte Sigara Bırakmayı Düşünme</b>	Bırakırım	99	84.6
	Bırakmam	18	15.4
<b>Sigarayı Bırakmayı Düşünme</b>	Evet	44	37.6
	Hayır	14	11.9
	Çoğu zaman	37	31.7
	Bazen	22	18.8
<b>Sigarayı Bırakmayı Kaç Kere Denediği</b>	1	41	35
	2-3	52	44.4
	4-5	15	12.8
	5 ten fazla	9	7.8
<b>Sigarayı Bırakırken Yardım Alma</b>	Evet	31	26.4
	Hayır	86	73.6
<b>Sigarayı Bırakırken Tıbbi Yöntem Kullanma</b>	Evet	28	23.9
	Hayır	89	76.1
<b>Sigarayı Bırakırken Kullanılan Yöntem</b>	Yöntem kullanmadım	47	40.2
	Nikotin bantları	18	15.3
	Nikotin sakızları	20	17
	Medikal İlaçlar	17	14.6
	Diğer	15	12.9

Demografik özelliklere göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de sunulmuştur.

Katılımcılar, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden ortalama  $4.74 \pm 3.01$  puan almışlardır. Katılımcıların %28’i çok hafif düzeyde sigara bağımlıdır (Tablo 7).

**Tablo 7.** Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden Alınan Puanların Dağılımı

<b>Ölçek ve Alt Ölçekler</b>	<b>n</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	107	0	10	4.74	3.01
<b>Ölçek Kesme Noktalarına Göre</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	-	-	-
Çok hafif (0-2)	30	28.0	-	-	-
Hafif (3-4)	23	21.5	-	-	-
Orta (5)	15	14.0	-	-	-
İleri (6-7)	14	13.1	-	-	-
Çok ileri (8-10)	25	23.4	-	-	-

Cinsiyet, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, meslek, sigaraya başlama yaşı, alkol kullanımı, sigara içmenin verdiği his, istediğinde sigarayı bırakabilme durumu, hamilelikte sigara bırakmayı düşünme durumuna göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 8).

Yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, spor yapma durumu, kronik hastalık, öğrenim durumu, meslek yılı, sigara/tütün kullanımı, sigaraya başlama sebebi, sigarayı bırakmayı düşünme, sigarayı bırakmayı kaç kere denediği, sigarayı bırakırken yardım alma, sigarayı bırakırken tıbbi yöntem kullanma ve sigarayı bırakırken kullanılan yöntemlere göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Demografik Özelliklere Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi			
			Ort.	SS.	Test	p
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	49	3.69	2.62	t=-3.466	<b>0.001</b>
	Erkek	58	5.62	3.05		
<b>Yaş</b>	18-25 arası	16	4.50	2.99	F=1.573	0.200
	25-40 arası	62	4.32	3.00		
	40-55 arası	25	5.72	3.01		
	55 ve üzeri	4	6.00	2.45		
<b>Medeni Durum</b>	Evli	54	4.74	2.98	t=0.008	0.993
	Bekâr	53	4.74	3.07		
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>	Evet	41	5.29	3.02	t=1.510	0.134
	Hayır	66	4.39	2.98		
<b>Gelir Düzeyi</b>	10000 den az	16	3.81	2.59	F=2.700	<b>0.035</b>
	10000-15000 arası	41	3.95	2.61		
	15000-20000 arası	19	5.16	3.00		
	20000-25000 arası	7	6.14	2.97		
	25000'den fazla	24	5.96	3.50		
<b>Kimle Yaşadığı</b>	Yalnız	23	6.13	3.12	F=4.385	<b>0.015</b>
	Ailemle	74	4.53	2.89		
	Arkadaşımlla	10	3.10	2.60		
<b>Spor Yapma Durumu</b>	Hiç	30	5.23	3.10	F=1.145	0.334
	Bazen	52	4.33	2.90		
	Sık sık	14	5.64	2.71		
	Düzenli	11	4.18	3.54		
<b>Kronik Hastalık</b>	Evet	25	5.08	2.78	t=0.646	0.519
	Hayır	82	4.63	3.09		
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlkokul Mezunu	1	3.00	.	F=0.307	0.820
	Ortaokul Mezunu	6	3.83	2.79		
	Lise Mezunu	27	4.85	2.23		
	Lisans Mezunu	73	4.79	3.30		
<b>Meslek</b>	Doktor	21	6.24	3.48	F=2.056	<b>0.048</b>
	Hemşire	27	4.63	2.88		
	Teknisyen ve Laborant	10	5.20	2.39		
	Yardımcı Sağlık Personeli	10	4.00	2.16		
	Sekreter	11	2.64	1.29		
	İdari Personel	13	5.23	3.42		
	Diğer	2	2.50	2.12		
<b>Meslek Yılı</b>	0-5 yıl arası	31	4.52	2.94	F=1.078	0.362
	5-10 yıl arası	33	4.24	2.96		
	10-20 yıl arası	35	5.09	3.11		

		20 yıl ve üzeri	8	6.13	3.00		
<b>Sigaraya Yaşı</b>	<b>Başlama</b>	15 ve altı	18	6.44	2.73	F=10.097	<b>&lt;0.001</b>
		15-25 arası	73	4.96	2.90		
		25-40 arası	16	2.25	2.08		

**Tablo 8. Devamı**

<b>Sigaraya Sebebi</b>	<b>Başlama</b>	Stres Kaynaklı	26	4.00	2.79	F=0.982	0.421
		Çevre ve arkadaş	49	4.96	2.93		
		İş ortamı	20	5.21	3.54		
		Merak Kaynaklı	11	5.60	2.76		
<b>Alkol Kullanımı</b>		Evet	18	6.44	2.75	F=4.693	<b>0.011</b>
		Hayır	55	4.08	2.77		
		Özel günlerde	34	5.06	3.15		
<b>Sigara Verdiği His</b>	<b>İçmenin</b>	Mutlu	48	6.21	3.00	F=12.113	<b>&lt;0.001</b>
		Mutsuz	18	3.22	2.67		
		Etkisi olmuyor	41	3.79	2.36		
<b>İstediginde Bırakabilme Durumu</b>	<b>Sigarayı</b>	Hemen Bırakabilirim	12	2.50	3.23	F=16.066	<b>&lt;0.001</b>
		Bırakmakta Zorlanmam	34	3.53	2.25		
		Bırakırken Zorlanırım	42	4.95	2.76		
		Bırakmamam	19	7.95	1.90		
<b>Hamilelikte Bırakmayı Düşünme</b>	<b>Sigara</b>	Bırakırım	89	4.06	2.65	t=-6.037	<b>&lt;0.001</b>
		Bırakmamam	18	8.05	2.44		
<b>Sigarayı Düşünme</b>	<b>Bırakmayı</b>	Evet	34	4.09	2.90	F=2.640	0.053
		Hayır	14	5.64	3.15		
		Çoğu zaman	37	4.30	2.73		
		Bazen	22	6.05	3.28		
<b>Sigarayı Kaç Kere Denediği</b>	<b>Bırakmayı</b>	1	34	5.18	3.53	F=0.845	0.472
		2-3	49	4.33	2.78		
		4-5	15	5.33	1.91		
		5 ten fazla	9	4.11	3.72		
<b>Sigarayı Yardım Alma</b>	<b>Bırakırken</b>	Evet	27	5.54	2.55	t=1.702	0.095
		Hayır	80	4.50	3.13		
<b>Sigarayı Tıbbi Kullanma</b>	<b>Bırakırken Yöntem</b>	Evet	26	5.54	2.45	t=1.741	0.087
		Hayır	81	4.50	3.15		
<b>Sigarayı Kullanılan Yöntem</b>	<b>Bırakırken</b>	Herhangi kullanmamış yöntem	44	5.24	3.25	F=2.145	0.055
		Nikotin Bantları	15	5.27	3.31		
		Nikotin Sakızları	19	3.06	2.88		
		Diğer	13	2.86	0.90		
		Medikal İlaçlar	16	5.60	1.64		

Tablo 8'e göre yapılan ileri düzey analizlere göre erkeklerin, puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde; aylık geliri 25000 ve üzerinde olanların puanlarının, aylık geliri 10.000'den az ve 10-15.000 arası olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Birlikte yaşanan kişilere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); yalnız yaşayanların puanlarının, aile ve arkadaşlarıyla yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); doktorların puanlarının, sekreterlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigaraya başlama yaşına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 15 yaş ve altında yaşayanların puanları 15-25 yaş arasında ve 25-40 yaş arasında başlayanlardan yüksektir. Sigaraya 15-25 yaş arasında başlayanların puanı da 25-40 yaş arasında başlayanlardan yüksektir.

Alkol kullanım durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının hayır yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara içmenin verdiği hisse göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); kendini mutlu hissedenlerin puanlarının, mutsuz hisseden ve etkisi olmayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

İstediginde sigarayı bırakabilme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); bırakamam yanıtı verenlerin puanlarının, hemen bırakabilirim, bırakmakta zorlanmam ve bırakırken zorlanırım yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bırakırken

zorlanırım yanıtı verenlerin puanları hemen bırakabilirim ve bırakmakta zorlanmam yanıtı verenlerden yüksektir.

Hamilelikte sigara bırakamam yanıtı verenlerin puanı daha yüksektir.

## 5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanları sağlığı koruma geliştirme sorumluluklarının yanı sıra toplumda rol-model bir meslek grubu olmaları sebebiyle sigara bırakma konusunda oldukça önemli görevler üstlenmektedirler. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek, sigarayı bırakma konusunda bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını araştırmak önemlidir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının nikotin bağımlılığı ve sigarayı bırakma konusunda davranış ve tutumları değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların sigara içme oranı % 46,7 olarak tespit edilmiştir. Benzer konu üzerine yapılan uluslararası çalışmalarda bu sonuçlar elde edilmiştir. Hodgetts ve ark. 2002 yılında Bosna'da hemşirelerin sigara içme oranını %51, aile hekimlerinde ise bu oranı %40 olarak bulmuştur (70). Sotiropoulos 'un Yunanistan'da hekimlerle yaptığı bir çalışmada sigara içme prevalansı % 38,6 olarak bulunmuştur (71). Pokhrel ve arkadaşlarının 2005 yılında Nepal'de sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada erkeklerde sigara içme prevalansı % 32,4 olarak bulunmuştur (72). Pakistan'da 180 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı %29,4, Ukrayna'da yapılan başka bir çalışmada ise sigara içme sıklığı pediatriistlerde %32,5, aile hekimlerinde %37,5 ve intörnlerde %50 olarak saptanmıştır. Jiang ve arkadaşlarının 2006 yılında Çin'de yapmış oldukları çalışmada hekimlerde sigara içme oranı %23 olarak bulunmuştur (73). Stamatopoulou ve arkadaşlarının 2014 yılında Yunanistan'da 220 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada ise sigara içme sıklığı %32 olarak bulunmuştur (74). Sebo ve arkadaşlarının 2007 yılında İsveç'te yaptıkları çalışmada hekimlerin sigara içme prevalansı %12 olarak bulunmuştur (75). Kay ve arkadaşlarının 2005 'te Birleşik Krallık'ta yaptıkları başka

çalışmada ise çalışmada dış hekimlerinin sigara içme prevalansı %4 olarak gösterilmiştir (76).

Benzer konu üzerine yapılan ulusal çalışmalarda bu sonuçlar elde edilmiştir. Talay ve arkadaşlarının 2007 yılında İstanbul'da sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada sigara içme oranı %49,3 olarak, Gökırmak ve arkadaşlarının 2006 yılında Isparta'da birinci basamak hekimleri ile yaptığı çalışmada hekimlerin %41,6 'sının sigara içtiği gösterilmiştir. Erbaycu ve arkadaşlarının 2004 yılında İzmir'de sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada sigara içme prevalansı % 54,6 olarak bulunmuştur (77). Levent ve arkadaşlarının 2004 yılında tıp fakültesi çalışanlarında yaptıkları çalışmada genel sigara içme prevalansının %41,3 olduğu belirlenmiştir. Üzer'in 2018 yılında hastane çalışanları üzerinde yaptığı başka bir çalışmada sigara içme oranının %30,4 olduğu bulunmuştur (78). Mevsim ve arkadaşlarının Buca'da birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada ise %36,6 olarak saptanmıştır. Literatür incelemesinden çıkan sonuca göre çalışmamızın bulgusu ulusal kaynaklara benzerlik göstermektedir. Uluslararası literatür karşılaştırmasına göre ise gelişmiş ülkelerdeki sağlık çalışanların sigara içme oranları bu çalışma bulgularına oranla oldukça düşüktür (79-82).

Bu çalışmada katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması  $4.74 \pm 3.01$  olarak bulunmuştur. Yine katılımcıların %28'i çok hafif, %21,5'i hafif, %14'ü orta, %13,1'i ileri ve % 23,4'ü çok ileri sigara bağımlısı olarak tespit edilmiştir. Üzer çalışmasında sigara içenlerin ortalama FNBT skoru  $4,04 \pm 2,81$  olarak tespit etmiştir. Çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (78).

Koç ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışmalarında Fagerstrom nikotin bağımlılık test oranlarının, % 2,7'sinin bağımlılık düzeyinin çok az, % 31,1'inin az, % 14,9'unun orta, % 33,8'nin yüksek ve % 17,6'sının çok yüksek olduğu görülmüştür (83). Sayan ve arkadaşlarının 2009 yılında hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %26,5'inin bağımlılık düzeylerinin çok yüksek olduğu saptanmıştır (84). Mutlu ve arkadaşlarının 2019 yılında hastane personeli ile yaptıkları çalışmada sigara kullananlarda bağımlılık düzeyinin % 46'sında düşük, % 21,2'sinde orta, % 5,8'inde yüksek, % 24,1'inde çok yüksek olduğu bulunmuştur (85). Okutan ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık personeli üzerinde yapmış

oldukları çalışmada sigara içenlerin FNBT ile yapılan değerlendirmelerinde %40.9'unun çok düşük, %24.9'unun düşük bağımlılık düzeyinde oldukları, %17.3'ünün yüksek, %7.6'sının ise çok yüksek düzeyde bağımlı oldukları tespit edilmiştir (86). Bektaş'ın sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada ise FNBT bağımlılık düzeylerinin %63,1'nin düşük, %24,6'sının orta ve % 12,3'ünün yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları literatüre paralellik göstermektedir (87).

Özvurmaz ve Yavaş'ın 2018 yılında hekim dışı sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada FNBT puanlamasına göre katılımcıların %47,1'inin çok yüksek derecede bağımlı oldukları bulunmuştur. Bu bulgu çalışma bulgularımıza göre farklı sonuçlanmıştır (88).

Çalışmamızda gelir düzeyi daha düşük olan katılımcıların sigara içme prevalansının yüksek gelirli olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Arasıl 2021 yılındaki tez çalışmasında, gelir durumu çok iyi olan katılımcıların orta gelir durumuna sahip katılımcılara oranla FNBT puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (89). Selçuk ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları çalışmada gelir düzeyi algısı yüksek olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi oranları, gelir algısı düşük olanlardan daha yüksek olarak tespit edilmiştir (90). Yakar ve Pirinççi 'nin 2019 yılında yaptıkları çalışmada gelir algısı daha yüksek olanların nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır (91). Dikmen ve ark. tarafından 2019 yılında hekim ve hekim adayları üzerinde yapmış oldukları çalışmada geliri yüksek olan katılımcıların daha fazla sigara kullandığı görülmüştür. (92). Altın ve arkadaşlarının 2004 yılında tıp fakültesi çalışanları ile yaptıkları çalışmada gelir düzeyi azaldıkça sigara içme sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda da benzer sonuçları bulunmuştur. Yine literatürde çalışma bulgumuzu destekleyen çalışmalara da sıkça rastlanılmaktadır (81-95-96).

Çapık ve Cingil'in 2013 yılında hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ise gelir miktarı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir bulgu gösterilmemiştir (93).

Özurmaz ve Yavaş'ın 2018 yılında yaptıkları çalışmada da geliri giderinden daha az olan erkek çalışanların sigara içme oranları geliri giderine eşit olanlardan daha yüksek bulunmuştur (94). Çalışma bulgularımıza benzer sonuç olmayan araştırmalarda literatürde görülmektedir.

Çalışma bulgularımızda erkek katılımcıların sigara içme oranları ve bağımlılık puan ortalamalarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu ayrıca kadınlardaki sigara içme oranı %40, erkeklerde ise %54,2 olarak tespit edilmiştir. Bello ve arkadaşlarının 2004 yılında Şili'de sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada nikotin bağımlılığının erkeklerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (97). Bektaş tez çalışmasında kadın doktorların sigara içme prevalansını %13,6, erkek doktorların oranını ise %43,7 olarak bildirmiştir (98). Üzer'in 2018 yılında yaptığı çalışmada erkeklerde sigara içme oranını % 51,4 kadınlarda ise % 25,5 olarak tespit etmiştir (99).

Koç ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışmalarında cinsiyetin bağımlılık üzerinde etkisinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptandı. Çalışmamızda ise erkeklerin bağımlılık durumu kadınlardan daha yüksek olarak gösterilmiştir (100). Selçuk ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada yüksek bağımlılık derecesine sahip katılımcılar içerisinde erkeklerin oranı kadınlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek gösterilmiştir (90). Yemenici'nin tez çalışmasında da erkeklerin nikotin bağımlılık düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirilmiştir. Çalışmamızda da erkeklerin benzer oranda daha yüksek bağımlı olduğu tespit edilmiştir (101).

Yılmaz ve Bilici'nin 2019 yılında hastane çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada kadın personelin %27,4'ü ve erkek personelin ise %43,4'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmamız ile karşılaştırıldığında erkeklerde sigara içme oranı benzer çıkarken, kadınlarda sigara içme oranı çalışmamızda daha yüksek oranda bulunmuştur (102).

Yengil ve arkadaşlarının 2014 yılında tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerde nikotin bağımlılık düzeyi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları bu çalışmaya benzerlik göstermiştir (103). Buğdaycı ve

arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada erkeklerin nikotin bağımlılık düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (104). Korkut ve Sevinç'in 2021 yılında toplum sağlığı merkezinde yaptıkları çalışmada erkeklerin nikotin bağımlılık düzeyi kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuştur (105). Okutan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise sigara bağımlılık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık gösterilememiştir (86).

Çalışma bulgularımıza göre yalnız yaşayan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kaya ve Ergün'ün 2017 yılında sağlık bilimleri öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrenci evinde yalnız yaşayan öğrencilerin sigara içme düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur (106). Al-Kubaisy ve arkadaşlarının 2012 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ailesi ile yaşayan öğrencilerin sigara içme oranları daha düşük bulunmuştur (107). Çakır Kayacık'ın benzer konu üzerinde yaptığı çalışmada da çalışma sonucumuza benzer sonuçlar bulunmuştur (108).

Çalışma bulgularımıza göre sağlık çalışanları içinde en çok bağımlılığa sahip olan mesleğin doktorlar olduğu belirlenmiştir. Doktorların sigara içme prevalansı %38,1 olarak bulunmuştur. Zorlu'nun 2022 yılında doktorlar üzerinde yaptığı bir çalışmada doktorların sigara içme prevalansı % 42,15 olarak saptanmıştır. Çalışmamız ile oldukça yakın sonuçlar elde edilmiştir (109).

Yemenici tez 2021 yılında yaptığı tez çalışmasında sigara içen doktor oranını %36,7 bulmuştur. Çalışmamız ile oldukça benzerlik göstermektedir (101). Bello ve arkadaşlarının 2004 yılında Şili'de sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada nikotin bağımlılığının doktorlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (97). Üzer ve arkadaşlarının 2018 yılındaki yaptıkları çalışmada sekreterlerin sigara içme oranının doktorlardan daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızda ise doktorların nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (99). Özsoy ve arkadaşlarının 2021 yılında sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin sigara içme oranı % 42,3 olarak ölçülmüş ve bu oran diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (110). Serez 2013 yılında yapmış olduğu tezinde hekimlerin sigara bağımlılık düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına oranla daha

yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışmamızın bulgusu literatüre paralellik göstermektedir (111).

Çalışmamıza göre erken yaşta sigaraya başlayan katılımcıların sigara bağımlılık oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Selçuk ve arkadaşlarının 2018 yılında üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigaraya başlama yaşı küçük olanlarda nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur (90). Yakar ve Pirinççi'nin 2019 yılında yaptıkları çalışmada sigaraya başlama yaşı düşük olanların bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (112). Okutan ve arkadaşlarının çalışmasında sigaraya başlama yaşı daha geç olanlarda bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (86). Özkurt ve arkadaşlarının 2000 yılında yapmış oldukları çalışmada sigaraya başlama yaşı küçük olanların bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (113). Yine Bektaş'ın tez çalışmasında sigaraya genç yaşta başlayanların oranını %81,5 oranında saptamıştır. Çalışmamız ile bu açıdan benzerlik göstermektedir (114). Üzer'in çalışmasında da ortalama sigaraya başlama yaşı 20,1 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (99). Şahin ve arkadaşlarının 2015 yılında hastane personeli üzerinde yaptıkları çalışmada sigara içme süresi arttıkça bağımlılık düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda da erken yaşta sigaraya başlayan katılımcıların sigara kullanım süresi arttıkça bağımlılık düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Sonuç olarak sigara maruz kalma süresi arttıkça bağımlılık seviyeleri artmaktadır (115).

Çalışma sonucumuza göre alkol kullanan katılımcıların sigara bağımlılık oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Selçuk ve arkadaşlarının 2018 yılındaki çalışmalarında alkol tüketen sigara içenlerdeki bağımlılık oranı alkol kullanmayanlara oranla daha yüksek tespit edilmiştir. Bu açıdan iki çalışmada birbirleriyle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (90). Yemenici'nin 2021 yılında yaptığı tez çalışmasında, alkol kullanan hekimlerin nikotin bağımlılık düzeylerinin alkol kullanmayan hekimlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın bulgusu literatüre paralellik göstermektedir (101).

Çalışmamızda kendini mutlu hissedenenlerin puanlarının, mutsuz hissedenen ve etkisi olmadığını ifade eden katılımcıların puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bülbüloğlu ve Çolak'ın 2020 yılında yeni doğan kliniğinde

çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada %34,4 oranında sigarayı mutlu olmak için kullandığı saptanmıştır. Çalışmamız bu açıdan benzerlik göstermektedir (116). Yengil ve arkadaşlarının 2014 yılındaki çalışmalarında sigara içme nedeni sorulduğunda katılımcıların % 51,6'sı sigarayı keyif amaçlı içtiğini belirtmiştir. Çalışmamızda ise bu oran daha düşük bulunmuştur (103).

Bu çalışmada istediğinde sigarayı bırakabilme durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); bırakamam yanıtı verenlerin puanlarının, hemen bırakabilirim, bırakmakta zorlanmam ve bırakırken zorlanırım yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bırakırken zorlanırım yanıtı verenlerin puanları hemen bırakabilirim ve bırakmakta zorlanmam yanıtı verenlerden daha yüksek bulunmuştur. Karadağlı ve Nahcivan'ın 2012 yılında yaptıkları çalışmada sigara içen katılımcılar arasında nikotin bağımlılığı yüksek olanlarda sigarayı bırakmayacağını belirtenlerin oranı, bağımlılık düzeyi düşük olanlarda sigarayı bırakmayacağını belirtenlerin oranından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu veri çalışmamız ile birbirini desteklemektedir (117).

Tekbaş ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %81,5'inin sigarayı bırakmak istedikleri saptanmıştır. Çalışmamızda ise sigarayı bırakma isteği sorgulandığında %88,1 oranında katılımcının sigarayı bırakmak istediği belirlenmiştir. (118). Bektaş tez çalışmasında sigarayı bırakma durumunu sorguladığında %55,4 oranında hayır cevabı aldığını bildirmiştir. Çalışmamız ise bu oran %11,9 oranında saptanmıştır. Bu açıdan çalışmamızda çıkan sonuç daha sevindiricidir (114). Yine Hassoy ve Özvurmaz 2021 yılında hemşireler üzerinde yaptıkları bir çalışmada sigarayı bırakma düşüncesine sahip hemşirelerin oranı %89,7 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulguya oldukça yakın bir oran bulunmuştur (119).

Çalışmamızda hamilelikte sigarayı bırakamam yanıtını verenlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özçoban ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları bir çalışmada gebelik öncesi sigara kullananların yüzde %86'sı gebelik oluştuktan sonra sigarayı bırakmıştır. Çalışmamızda ise gebelik süresince sigarayı bırakma düşüncesi sorgulandığında %84,6 oranında sigarayı bırakırım yanıtı

alındığı saptandı. Sigarayı bırakma konusunda gebeliğin önemli bir etken olduğu görülmüştür. İki çalışma birbirini bu açıdan desteklemektedir. Ancak çalışmamızda nikotin bağımlılık düzeyi arttıkça gebelik süresinde sigara bırakmanın daha zor olduğu görülmüştür (120).

Cengizoğlu ve Gölbaşı 'nın 2021 yılında gebeler ile yaptıkları başka bir çalışmada gebelik planlarken ya da olduktan sigara içmeyi bırakanların oranı %69,1 oranında bulunmuştur. Ayrıca sigara içen gebelerdeki bağımlılık düzeyi incelendiğinde % 76,5 oranında az ve çok az olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise sigara içmeye devam etme düşüncesinde olanların bağımlılık düzeyi daha yüksek olarak görülmüştü. Bu açıdan çalışmamız ile benzerlik göstermemektedir (121).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmamıza katılanların %53,3 kadın ve % 46,7'si erkekti. Ortalama sigara içme oranı %46,7 olarak bulundu. Kadınların sigara içme oranı %43,7 erkeklerin sigara içme oranı ise %54,2 olarak belirlenmiştir.
2. Sigara içenlerde ortalama FNBT puanları  $4.74 \pm 3.01$  puan olarak hesaplanmıştır. Erkeklerde  $5,62 \pm 3,05$  ve kadınlarda  $3,69 \pm 2,62$  olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin ortalama puanları kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuştur.
3. Katılımcıların %55'i bekâr ve % 45'i evlidir. Katılımcıların çocuk sahibi olma oranı %35,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %72,9 u lisans mezunudur.
4. Çalışmaya katılanların % 79,5 'inde kronik hastalık yoktur.
5. Katılımcıların %86,3'ü sigaraya 25 yaşından önce başlamıştır. Sigaraya erken yaşta başlamanın nikotin bağımlılık düzeyini arttırdığı gözlenmiştir.
6. Sigaraya başlama sebebi olarak %49,6 çevre ve arkadaş etkisi , % 23,1 stres gösterilmiştir.
7. Katılımcıların %79,4 ü en az bir kere sigarayı bırakmayı denemiştir. %73,6'sı sigarayı bırakma denemelerinde yardım almamıştır. %76,1 i sigarayı bırakma denemelerinde tıbbi bir yöntem kullanmamıştır.
8. Gelir düzeyi daha yüksek olan katılımcıların ortalama FNBT puanları  $5,96 \pm 3,5$  olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi yükseldikçe nikotin bağımlılık düzeylerinin arttığı gözlenmiştir.

9. Yalnız yaşayanlarda FNBT puan ortalamaları  $6,13 \pm 3,12$  olarak bulunmuştur. Yalnız yaşayan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeyleri daha yüksek bulundu.
10. Öğrenim durumunun, spor yapma durumunun nikotin bağımlılık düzeyinde etkili olmadığı saptanmıştır.
11. Doktorların nikotin bağımlılık düzeylerinin diğer grup çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.
12. Katılımcılar içerisinde alkol kullananların nikotin bağımlılık düzeyi alkol kullanmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur.
13. Katılımcıların %88,1'nin sigarayı bırakmayı düşündüğü, sigaraya ayrılan bütçe arttıkça nikotin bağımlılık düzeyinin de arttığı gözlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının sigarayı bırakma konusunda toplumda birer rol model olarak görülmektedir. Sigaranın oluşturduğu zararlar ve sigara bırakma konusunda hizmet içi eğitimler verilerek sağlık çalışanlarının farkındalığı artırılabilir. Ayrıca sigara içenler arasında doktorların diğer çalışanlardan daha yüksek oranda nikotin bağımlılığı göstermesinden dolayı tıp eğitimi sürecinde sigaranın bırakılması ile ilgili olarak daha fazla ders ve uygulamalar eklenebilir.

Çalışmamız içerisinde sigara içmeye başlama yaşının küçülmesiyle bağımlılık oranlarının arttığı gözlenmiştir. Özellikle genç yaş gruplarının sigaraya başlamasının önüne geçilmesi adına çalışmalar düzenlenebilir. Gençlerin spora yönlendirilmesi, sigaraya erişimlerini kısıtlayacak yasal ve çevresel önlemler alınması ile sigaraya başlama yaşı geciktirilebilir. Ayrıca sigara içenlerin sigarayı bırakmaları konusunda başvurabilecekleri sağlık merkezi sayıları artırılabilir. Sonraki yıllarda düzenlemelerin verimliliğini test etmek adına yeni araştırmalar önerilebilir.

### KAYNAKLAR

1. Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. The Frequency Of Tobacco And Tobacco Product Use İn Medical Faculty Students. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2019;13(2):219-226.
2. Ivers LC, Walton DA. COVID-19: Global Health Equity İn Pandemic Response. The American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene. 2020;102(6):1149.
3. Zhou Z, Chen P, Peng H. Are Healthy Smokers Really Healthy. Tobacco İnduced Diseases. 2016;14(1):35.
4. Acar S, Kaylı, DŞ, Yararbaş G. Sigara Kullanan, Sigara Bırakma Tedavisi Alan Ve Sigara Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları Bakımından Karşılaştırılması. The Turkish Journal On Addictions. 2019;6, 539-566.
5. Kale D, Stautz K, Cooper A. Impulsivity Related Personality Traits And Cigarette Smoking İn Adults: A Meta-Analysis Using The UPPS-P Model Of İmpulsivity And Reward Sensitivity. Drug And Alcohol Dependence. 2018;185,149-167
6. Hakulinen C, Hintsanen M, Munafò MR, Virtanen M, Kivimäki M, Batty GD, Jokela M. Personality And Smoking: Individual-Participant Meta-Analysis Of Nine Cohort Studies. Addiction. 2015;110(11):1844-1852.
7. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017> (Erişim Tarihi:19.03.2023)
8. Hajdu SI, Vadmal MS. The Use Of Tobacco. Annals Of Clinical & Laboratory Science. 2010; 40(2):178-181.
9. Mishra S, Mishra MB. Tobacco: İts Historical, Cultural, Oral, And Periodontal Health Association. Journal Of International Society Of Preventive & Community Dentistry. 2013; 3(1):12.

10. Musk AW, De Klerk NH. History Of Tobacco And Health. *Respirology*.2003;8(3):286-290.
11. Seydioğulları M. Tütün ve Tütün Kontrolü. İçinde: Karadağ M, Bilgiç H (Eds) : Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Aves Yayıncılık,İstanbul, syf. 3-5, 2010
12. Seydioğulları M, Eksperi T, Dünya’da Ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti Ve Temel Politikaları 2009.
13. Hajdu SI, Vadmal MS. The Use Of Tobacco. *Annals Of Clinical & Laboratory Science*. 2010;40(2):178-181.
14. United States. Surgeon General's Advisory Committee On Smoking. (1964). Smoking And Health: Report Of The Advisory Committee To The Surgeon General Of The Public Health Service (No. 1103). US Department Of Health, Education, And Welfare, Public Health Service.
15. Hajdu SI, Vadmal MS. The Use Of Tobacco. *Annals Of Clinical & Laboratory Science*. 2010;40(2):178-181.
16. Öntaş E. ADKYTAT 2016-HHSATİBS-(2018/2019-63), [Internet] <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> TSB. Küresel yetişik in tütün araştirmasi. Available from: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr> (Erişim Tarihi:20.03.2023)
17. Türkiye Sağlık Araştirması. 2019 TÜİK
18. Bilir N, Babao E, Sigara E, Canbakan ES, Ay O. Tedavisi F, Et Al. Göğüs Hastalıkları Tütün Kontrolü. *Solunum.Org.Tr*. 2018. Bölüm 14, K1-K132.
19. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):27-31.
20. <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2022/05/Elektronik-Sigara-ve-Isitilmis-Tutun-Urunleri.pdf> Erişim Tarihi: 20.03.2023
21. Bold KW, Krishnan-Sarin S, Stoney CM. E-Cigarette Use As A Potential Cardiovascular Disease Risk Behavior. *American Psychologist*. 2018;73(8):955.
22. <https://tobaccofreelife.org/why-quit-smoking/cigarette-ingredients/> Erişim tarihi:20.03.2023
23. Murphy SE. Biochemistry Of Nicotine Metabolism And İts Relevance To Lung Cancer. *Journal Of Biological Chemistry*. 2021;296.
24. Picciotto MR, Kenny PJ. Mechanisms Of Nicotine Addiction. *Cold Spring Harbor Perspectives İn Medicine*. 2021;11(5):A039610.
25. Ryter SW, Otterbein LE. Carbon Monoxide İn Biology And Medicine. *Bioessays*. 2004; 26(3):270-280.

26. Shihadeh A, Saleh R. Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, Carbon Monoxide, "Tar", And Nicotine In The Mainstream Smoke Aerosol Of The Narghile Water Pipe. *Food And Chemical Toxicology*. 2005;43(5):655-661.
27. Tütün ve Tütün Kontrolü İçinde: Karadağ M, Bilgiç H (Eds) : Aves Yayıncılık, İstanbul. 2010
28. DSÖ Küresel Salgın Raporu
29. Duncan MS, Freiberg MS, Greevy RA, Kundu S, Vasan RS, Tindle HA. Association Of Smoking Cessation With Subsequent Risk Of Cardiovascular Disease *Jama*. 2019; 322(7):642-650.
30. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects Of Tobacco Smoking On Cardiovascular Disease. *Circulation Journal*. 2019;83(10):1980-1985
31. Ambrose JA, Barua RS. The Pathophysiology Of Cigarette Smoking And Cardiovascular Disease: An Update. *Journal Of The American College Of Cardiology*. 2004;43(10):1731-1737.
32. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects Of Tobacco Smoking On Cardiovascular Disease. *Circulation Journal*. 2019;83(10):1980-1985.
33. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*. 2015; 65(2): 87-108.
34. Kuper H, Adami HO, Boffetta P. Tobacco Use, Cancer Causation And Public Health Impact. *Journal Of Internal Medicine*. 2002;251(6):455-466.
35. Bakır K. Tütün ve Tütün Kontrolü. İçinde: Karadağ M, Bilgiç H (Eds) : Tümör ve Kanser Patogenezi. Aves Yayıncılık, İstanbul, syf. 314-330, 2010
36. Malhotra J, Malvezzi M, Negri E, La Vecchia C, Boffetta P. Risk Factors For Lung Cancer Worldwide. *European Respiratory Journal*. 2016; 48(3): 889-902
37. Liu J, Chen SJ, Hsu SW, Zhang J, Li JM, Yang DC, Chen CH. MARCKS Cooperates With NKAP To Activate NF-Kb Signaling In Smoke-Related Lung Cancer. *Theranostics*. 2021;11(9):4122.
38. Vitorino M, Baptista De Almeida S, Alpuim Costa D, Faria A, Calhau C, Azambuja Braga S. Human Microbiota And Immunotherapy In Breast Cancer-A Review Of Recent Developments. *Frontiers In Oncology*, 2022;11:5735.
39. Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, Belay A. Global Increase In Breast Cancer Incidence: Risk Factors And Preventive Measures. *Biomed Research International* 2022.
40. Land SR, Liu Q, Wickerham DL, Costantino JP, Ganz, PA. Cigarette Smoking, Physical Activity, And Alcohol Consumption As Predictors Of Cancer Incidence

Among Women At High Risk Of Breast Cancer In The NSABP P-1 Trial behavioral Risk Factors And Primary Cancer Incidence. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2014;23(5):823-832.

41. Thomson NC, Polosa R, Sin DD. Cigarette Smoking And Asthma. *The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice* 2022).
42. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, Regional, And Global Prevalence Of Smoking During Pregnancy In The General Population: A Systematic Review And Meta-Analysis. *The Lancet Global Health*. 2018; 6(7):769-776.
43. Gould GS, Havard A, Lim LL. Psanz Smoking In Pregnancy Expert Group, & Kumar, R. Exposure To Tobacco, Environmental Tobacco Smoke And Nicotine In Pregnancy: A Pragmatic Overview Of Reviews Of Maternal And Child Outcomes, Effectiveness Of Interventions And Barriers And Facilitators To Quitting. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2020;17(6): 2034.
44. Smoking And Infertility: A Committee Opinion [Practice Committee Of The American Society For Reproductive Medicine](#). Electronic Address: [Asrm@Asrm.Org](mailto:Asrm@Asrm.Org) Erişim Tarihi 20.03.2022
45. Peles E, Sason A, Bloch M, Maslovitz S, Dollberg S, Many A. The Prevalence Of Alcohol, Substance And Cigarettes Exposure Among Pregnant Women Within A General Hospital And The Compliance To Brief Intervention For Exposure Reduction. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2014;51(4).
46. Gould GS, Havard A, Lim LL. Psanz Smoking In Pregnancy Expert Group, & Kumar, R. Exposure To Tobacco, Environmental Tobacco Smoke And Nicotine In Pregnancy: A Pragmatic Overview Of Reviews Of Maternal And Child Outcomes, Effectiveness Of Interventions And Barriers And Facilitators To Quitting. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* 2020;17(6):2034.
47. Smoking And Infertility: A Committee Opinion Practice Committee Of The American Society For Reproductive Medicine. Electronic Address: [Asrm@Asrm.Org](mailto:Asrm@Asrm.Org) Erişim Tarihi 20.03.2022
48. Gould GS, Havard A, Lim LL. Psanz Smoking In Pregnancy Expert Group, & Kumar, R. Exposure To Tobacco, Environmental Tobacco Smoke And Nicotine In Pregnancy: A Pragmatic Overview Of Reviews Of Maternal And Child Outcomes, Effectiveness Of Interventions And Barriers And Facilitators To Quitting. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2020;17(6): 2034.

49. Oladipupo I, Ali TS, Hein DW, Pagidas K, Bohler H, Doll MA, Taylor KC. Association Between Cigarette Smoking And Ovarian Reserve Among Women Seeking Fertility Care. Plos One. 2022;17(12): E0278998.
50. Smoking And Infertility: A Committee Opinion Practice Committee Of The American Society For Reproductive Medicine. Electronic Address: Asrm@Asrm.Org Erişim Tarihi 20.03.2022
51. Harlev A, Agarwal A, Gunes SO, Shetty A, Du Plessis, SS. Smoking And Male Infertility: An Evidence-Based Review. The World Journal Of Men's Health, (2015;33(3):143-160.
52. Kovac JR, Labbate C, Ramasamy R, Tang D, Lipshultz LI. Effects Of Cigarette Smoking On Erectile Dysfunction. Andrologia. 2015;47(10):1087-1092.
53. Calikoglu EO, Koycegiz E. Tobacco Control Policies In Turkey In Terms Of MPOWER. Eurasian Journal Of Medicine 2019.
54. Tütün Salgınını Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi
55. Sağlam L. Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2017;4(1):78-89
56. Demirci Çiftçi A. YÖ. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. syf. 27–30.
57. Derneği T. T. G. Grubu, T. K. Ç. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2014.
58. Mabel H, Altinay M, Ferrando CA. The Role Of The Ethicist In An İnterdisciplinary Transgender Health Care Team. Transgender Health. 2019;4(1):136-142.
59. Derneği, T. T. G. & Grubu, T. K. Ç. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu(2014).
60. Giulietti F, Filippini A, Rosettani G, Giordano P, Lacoacci C, Spannella F, Sarzani R. Pharmacological Approach To Smoking Cessation: An Updated Review For Daily Clinical Practice. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention. 2020;27(5):349-362.
61. Türk Toraks Derneği SiGara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu. 2014; Syf :40
62. Fagerström, K. The Epidemiology Of Smoking: Health Consequences And Benefits Of Cessation Drugs. 2002;62(Suppl 2): 1-9.
63. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Akciğer Arşivi. 2003;(4): 225-34.
64. Tobacco, T. C. P. G. T, A Clinical Practice Guideline For Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update: A US Public Health Service Report. American Journal Of Preventive Medicine. 2008; 35(2):158-176.
65. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112835> Erişim tarihi 20.03.2023

66. Giuliotti F, Filipponi A, Rosettani G, Giordano P, Iacoacci C, Spannella F, Sarzani R. Pharmacological Approach To Smoking Cessation: An Updated Review For Daily Clinical Practice. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2020;27(5):349-362.
67. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A Review Of The Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal Of Behavioral Medicine*. 1989;12(2):159-182
68. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking Habits Among Physicians İn Istanbul And Their Attitudes Regarding Anti-Smoking Legislation. *Tuberk Ve Toraks Derg*. 2007;55(4):350-5.
69. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları (2014).
70. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking Behaviour, Knowledge And Attitudes Among Family Medicine Physicians And Nurses İn Bosnia And Herzegovina. *BMC Fam Pract*. 2004;(5):12
71. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelos D, Karakostas F, Skliros E. Smoking Habits And Associated Factors Among Greek Physicians. 2007;121(5):333-40.
72. BR, KR, Êmini GK, Sarma PS. Tobacco Use Among Health Professionals And Their Role İn Tobacco Cessation İn Nepal. *CVD Prevention And Control* 2006;2(3):117-25
73. Jiang Y, Ong MK, Tong EK, Yang Y, Nan Y, Gan Q, Hu TW. Chinese Physicians And Their Smoking Knowledge, Attitudes, And Practices. *Am J Prev Med* 2007; 33(1):15-22
74. Stamatopoulou E, Stamatiou K, Voulioti S, Christopoulos G, Pantza E, Stamatopoulou A, Giannopoulos D. Smoking Behavior Among Nurses İn Rural Greece. *Workplace Health & Safety*, 2014; 62(4):132-134.
75. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use Of Tobacco And Alcohol By Swiss Primary Care Physicians: A Cross-Sectional Survey. *BMC Public Health* 2007;7:5
76. Kay EJ, Lowe JC. A Survey Of Stress Levels, Selfperceived Health And Health-Related Behaviours Of UK Dental Practitioners İn 2005. *Br Dent J* 2008; 204(11):622-23.
77. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi*. 2004; 5(1):6-12.
78. Üzer F. Devlet Hastanesi Çalışanlarının Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018; 22(2):92-99.

79. Öztürk, Ö. Sağlık Çalışanları Ve Sigara. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;16(4):32-38.
80. Zafar, M. Prevalence Of Smoking And Associated Risk Factors Among Medical Professionals İn Hospitals Of Karachi, Pakistan. International Journal Of Preventive Medicine. 2014;5(4):457.
81. Altın R, Levent K. A. R. T, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek, T. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevelansı Ve Sigaraya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2004;5(2).
82. Aryayev M, Lowe J. B, Kuzmenko T. The Prevalence Of And Knowledge About Tobacco Use Among Physicians İn The Odessa Region, Ukraine. The European Journal Of Public Health. 2014;24(3):474-476.
83. Koç EM, Başer D, Döner P, Yılmaz T, Yılmaz T, Alsancak A, Özkara A. Hastane Çalışanlarının Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Dumansız Hava Sahası Uygulamasının Değerlendirilmesi. Journal Of Clinical And Experimental Investigations 2015;6(1):33-39.
84. Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sigara İçme Profilinin Belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2009;19(1):9-15.
85. Mutlu P, EMRE JÇ, Dirican N, Deniz S, Aksoy Ü. Smoking Status According To Occupational Groups İn Hospital Personnel And Level Of Information About Smoking Cessation Consultation Services. Troia Medical Journal. 2019;1(1):13-19.
86. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara İçen Sağlık Personelinde Nikotin Bağımlılık Düzeyini Etkileyen Faktörler. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi. 2007; 55(4): 356-363.
87. Bektaş D. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Çalışan Asistan Doktor Ve Hemşirelerin Sigara Kullanım Durumu, Etkileyen Faktörler Ve Pasif Sigara İçiciliği Farkındalık Düzeyleri 2020.
88. Özvurmaz S, Yavaş S. Hekim Dışı Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Ve Bağımlılık Düzeyleri İle İlişkili Etmenler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 11(2):157-166.
89. Arasıl A. Sigara İçen Yetişkinlerde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri İle Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Master's Thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü) 2021.

90. Selcuk KT, Dilek A. V. C. I, Mercan Y. Smoking Addiction Among University Students And The Willingness And Self-Efficacy To Quit Smoking. *Clinical And Experimental Health Sciences*. 2018; 8(1):36-43.
91. Yakar B, Pirinççi E. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Ve Alkol Bağımlılık Düzeylerine Etki Eden Faktörler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019;14(2):57-65.
92. Uğraş Dikmen A, Koc A, İlhan S, İlhan M. Prevalence Of Smoking İn Gazi University Medicine Faculty And Related Factors. *Gazi Medical Journal*. 2019;30(1).
93. Çapık C, Cingil D. Hemşirelik Öğrencilerinde Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi Ve İlişkili Etmenler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 2013; (2):55-61.
94. Özurmaz S, Yavaş S. Hekim Dışı Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Ve Bağımlılık Düzeyleri İle İlişkili Etmenler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;11(2):157-166.
95. Corsi DJ, Subramanian SV, Lear SA, Teo KK, Boyle MH, Raju PK, Chow CK. Tobacco Use, Smoking Quit Rates, And Socioeconomic Patterning Among Men And Women: A Crosssectional Survey İn Rural Andhra Pradesh. India. *European Journal Of Preventive Cardiology*. 2014;21(10):1308-18.
96. Kuhnen M, Boing AF, De Oliveira MC, Longo GZ, Njaine K. Smoking And Associated Factors İn Brazilian Adults: A Population-Based Study. *Revista Brasileira De Epidemiologia*. 2009;12(4):615-626.
97. Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. Encuesta Nacional De De Tabaquismo En Funcionarios De Salud. *Revista Médica De Chile*. 2004;132(2):223-232.
98. Bektaş D. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Çalışan Asistan Doktor Ve Hemşirelerin Sigara Kullanım Durumu, Etkileyen Faktörler Ve Pasif Sigara İçiciliği Farkındalık Düzeyleri 2020.
99. Üzer, F. Devlet Hastanesi Çalışanlarının Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018; 22(2):92-99.
100. Koç EM, Başer D, Döner P, Yılmaz T, Yılmaz T, Alsancak A, Özkara A. Hastane Çalışanlarının Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Dumansız Hava Sahası Uygulamasının Değerlendirilmesi. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations*. 2015;6(1):33-39.
101. Yemenici B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Görev Yapan Asistan Hekimlerin Sigara İçme Durumu, Nikotin Bağımlılık Düzeyi, Sigara Bıraktırmaya Karşı Tutum Ve Davranış İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi / Evaluation Of Factors Related To Smoking Status, Nicotine

Addiction Level, Attitude Towards Smoking Cessation And Behavior Of Assistant Physicians Working In Training And Research Hospital 2021.

102. Yılmaz FK, Bilici R. Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Çalışanlarının Tütün Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Dumansız Hastane Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Kesitsel Çalışma. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*. 2019;6(4):194-206.
103. Yengil E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu Ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Konuralp Medical Journal*. 2014;6(3):1-7.
104. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Gökçe H, Kutay S, Gökdemir H. Mersin İlindeki Kamu Kuruluşlarında Memurların Sigara İçme Sıklığı Ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010; 8(2):74-82.
105. Korkut B, Sevinç N. Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Nikotin Bağımlılığı Ve Etkili Faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;28(1):137-143.
106. Kaya M, Ergün A. Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu, Etkileyen Faktörler Ve İkincil Sigara Dumanı İle İlgili Farkındalık Düzeyleri 2017.
107. Al-Kubaisy W, Abdullah NN, Al-Nuaimy H, Halawany G, Kurdy S. Epidemiological Study On Tobacco Smoking Among University Students In Damascus, Syrian Arab Republic. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012;18(7):723. Doi: 10.26719/2012.18.7.23.
108. Çakır Kayaçık S. Bir Sağlık Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul* 2019.
109. Zorlu D. Smoking Addiction In Doctors: A Cross-Sectional Study From. *Ahi Evran Medical Journal*. 2022;6(3):234-241.
110. Özsoy F, Kulu M. Sağlık Çalışanlarında Bağımlılık: Sigara, Alkol, İnternet, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ve Dikkat Eksikliği Düzeylerinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2021;31(1):82-90.
111. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Personelinin Sigara İçme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler 2013.
112. Yakar B, Pirinççi E. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sigara Ve Alkol Bağımlılık Düzeylerine Etki Eden Faktörler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2019;14(2):57-65.
113. Özkurt S, Bostancı M, Altın R, Özşahin A, Akdağ B. Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2000;48(2):140-147.

114. Bektaş D. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Çalışan Asistan Doktor Ve Hemşirelerin Sigara Kullanım Durumu, Etkileyen Faktörler Ve Pasif Sigara İçiciliği Farkındalık Düzeyleri 2020.
115. Şahin HD, İlknur NAZ, AKSEL N, Tuksavul F, Özsöz A. Hastane Personelinde Sigara Alışkanlığı: Psikolojik Sorunların Etkisi Var Mıdır? İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2015;29(2):85-93.
116. Bülbüloğlu S, Çolak R. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2020; 8(2):271-280.
117. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2012; C5/S1
118. Tekbaş ÖF, Açikel CH, Erkuvan E, Özkara B, İbrahim ALP, Karademir İ, Tunç E. Genç Erişkin Erkekler Arasında Nikotin Bağımlılığı, Sigara İçme Sıklığı Ve Bunları Etkileyen Faktörler. Taf Preventive Medicine Bulletin. 2006;5(2):2.
119. Hassoy D, Ozvurmaz S. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının Ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2021;4(3):140-147.
120. Özçoban FA, Dilcen HY, Kaynak S, Uzel N. The Effect Of Smoking During Pregnancy On Prenatal Attachment. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.2020; 5(3): 444-454.
121. Cengizoğlu H, Gölbaşı Z. Gebe Kadınların Sigara Kullanımı Ve Pasif Sigara Dumanına Maruziyetinin Belirlenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;6(3):78-89.

## EKLER

### EK-I. Kişisel Bilgi Formu

1-Cinsiyet: Kadın  Erkek

2-Yaş:  18-25 Arası  25-40 Arası  40-55 Arası  55 ve üzeri

3-Medeni Durumunuz Nedir?  Evli  Bekar

4- Çocuğunuz var mı?  Evet  Hayır

5- Gelir Düzeyiniz Hangi Aralıktadır?  10000 den az  10000-15000 arası  15000-20000 arası  20000-25000 arası  25000den fazla

6- Kiminle beraber yaşıyorsunuz?  Ailemle  Arkadaşımlla  Yalnız

7-Ne Sıklıkla Spor Yaparsınız?  Düzenli  Sık Sık  Bazen  Hiç

8-Sürekli İlaç Kullandığımız Kronik Hastalığımız Var mı?  Evet  Hayır

9-Öğrenim Durumunuz Nedir?

İlkokul Mezunu  Ortaokul Mezunu  Lise Mezunu  Lisans Mezunu ve üzeri

10-Mesleki Ünvanınız Nedir?  Doktor  Hemşire  Teknisyen  Sekreter  İdari

Personel  Temizlik Personeli  Diğer:

11-Meslekteki toplam yılınız hangi aralıktadır?

0-5 yıl arası  5-10 yıl arası  10-20 yıl arası  20 ve üzeri

12-Sigara ya da Tütün Ürünleri kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır  Bıraktım

13-Sigaraya başlama yaşıınız kaçtır?

15 ve altı  15-25 arası  25-40 arası  40 ve üstü

14-Sigaraya başlama sebebiniz nedir?

Çevre ve arkadaş etkisi  İş ortamı  Stres Kaynaklı  Merak Kaynaklı  Diğer

15-Alkol kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır  Özel Günlerde  Seçimi temizle

16-Sigara İçmek Sizi Nasıl Hissettirir?

Mutlu  Mutsuz  Etkisi Olmuyor

17-İstedığınız Zaman Sigarayı Bırakabileceğinizi Düşünür Müsünüz?

Hemen Bırakabilirim  Bırakmakta Zorlanmam  Bırakırken Zorlanırım

Bırakamam

18-Hamileliğinizde ya da eşinizin gebeliğinde sigarayı bırakmayı düşünür müsünüz?

Bırakmam  Bırakırım

19-Sigarayı Bırakmayı Hiç Düşündünüz mü?  Evet  Çoğu zaman  Bazen  Hayır

20-Sigarayı Bırakmayı Kaç kere denediniz?  1  2-3  4-5  5ten fazla

21-Sigarayı Bırakmaya Çalışırken bir yardım aldınız mı?  Evet  Hayır

22-Sigarayı Bırakmaya çalışırken Tıbbi bir yöntem kullandınız mı?  Evet  Hayır

23-Sigarayı bırakırken kullandığınız yöntem var ise nedir?

Nikotin Bantları  Nikotin Sakızları  Medikal İlaçlar Diğer:

**EK-II. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi**

İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	Uyandıktan sonraki ilk beş dakika içinde	3	
	6-30 dakika içinde	2	
	31-60 dakika	1	
	1 saatten fazla	0	
Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	Evet	1	
	Hayır	0	
İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?	Sabah içtiğim ilk sigara	1	
	Diğer herhangi biri	0	
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	10 adet veya daha az	0	
	11-20	1	
	21-30	2	
	31 veya daha fazlası	3	
Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?	Evet	1	
	Hayır	0	
Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?	Evet	1	
	Hayır	0	