



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KOMŞU ÜÇ İLİN İLAHİYAT FAKÜLTESİ ÖĞRETİM
GÖREVLİLERİNİN SİGARA KONUSUNDA TUTUMLARI VE
İÇME SIKLIKLARI

Dr. Mehmet Çağdaş ALKAN

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğr.Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA

SIVAS
2022



Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Bu tez bu yönetmelik hükümlerine göre yazılmıştır.

KISALTMALAR

AML : Akut Myeloid Lösemi

AÖS : Alt Özefagial Sfinkter

DM : Diyabetes Mellitus

DNA : Deoksiribo Nükleik Asit

CO : Karbonmonoksit

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DSM-V : The Diagnostic And Statistical Manuel Disorders

FDA : Amerika Gıda Ve İlaç Örgütü

FNBT : Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

FNBD : Fagerström Nikotin Bağımlılık Düzeyi

GÖRH : Gastroözefagial Reflü Hastalığı

HIV : İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

IARC : The İnternational Agency For Research On Cancer

IBH : İrritabl Barsak Hastalığı

KVH : Kardiyovasküler Hastalık

KOAH : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

NRT : Nikotin Replasman Tedavisi

PAH : Periferik Arter Hastalığı

SVO: Serebrovasküler Olay

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurum

ÖZET

KOMŞU ÜÇ İLİN İLAHİYAT FAKÜLTESİ ÖĞRETİM GÖREVLİLERİNİN SİGARA KONUSUNDA TUTUMLARI VE İÇME SIKLIKLARI

Din inancı ve dini öğretiler, insanların sağlığını olumsuz yönde etkileyecek tutum ve davranışları engelleyerek kişilerin sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir. Bu bakımdan din adamları toplum önünde model olarak sigara ile mücadelede önemli rol alabilirler. Bu çalışma, İlahiyat Fakültesi'nde görev yapmakta olan akademisyenlerin sigara içme durumlarını ve sigara kullanımına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu tanımlayıcı ve analitik araştırmada Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nden 64 (%44.1), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nden 25 (%1.2) ve Kayseri Erciyes Üniversitesi'nden 56 (%38.6) akademisyene anket uygulanmıştır. Çalışmamızdan veri girişi ve istatistiksel analizler SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizler için frekans dağılımları ve yüzdeler hesaplandı, ortalamalar standart sapmalarla, ortancalar ise minimum-maksimum değerleri ile birlikte gösterildi. Kategorik değişkenlerin ilişkisi Ki-kare testi ile değerlendirildi. 2x2 tablolarda gözlenen değerlerden en az birinin 25'in altında olması durumunda Yates düzeltmesi, beklenen değerlerden en az birinin 5'in altında olması durumunda Fisher'in kesin Ki-kare testi kullanıldı. P değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi. Çalışma grubunu oluşturan katılımcıların şu an sigara kullanma yaygınlığı (prevalansı) %10.3 idi. Sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünen 99 kişi (%68,3) ve yasak olduğunu düşünmeyen 46 kişi (%31.7) bulunmakta idi. Mesleği gereği sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifesi olarak görenlerin oranı %53.1 iken, vazifesi olarak görmeyenlerin oranı %46,9 idi. Sigara kullanmamanızda İslam dininin etkisi var mı sorusuna 50 katılımcı (%37.6) kesinlikle, 33 katılımcı (%24.8) kısmen ve 50 katılımcı (%37.6) yok cevabını verdi. Tüm dünyada salgın olan sigara bağımlılığı önlenebilir sağlık sorunlarının en önemlilerinden biridir. Sigara ile mücadelede ülkeler gerekli önlemleri almaktadır. Bununla birlikte toplumda yol gösterici konumda bulunan din görevlileri, öğretmenler ve hekimler vs. gibi meslek gruplarına dahil olan bireyler bu mücadelede sorumlularının bilincinde olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Din görevlileri, İlahiyat Fakültesi, Sigara, Tutumlar

ABSTRACT

IN THREE NEIGHBORING CITIES THE FACULTY OF THEOLOGY RELIGIOUS OFFICIALS SMOKING FREQUENCIES AND ATTITUDES

Religious belief and religious teachings can help people lead a healthy life by preventing attitudes and behaviors that will negatively affect people's health. In this respect, clergy can play an important role in the fight against smoking as a model in front of the society. This study was conducted to evaluate the smoking status and opinions of academicians working at the Faculty of Theology. In this descriptive and analytical research, a questionnaire was applied to 64 (44.1%) academicians from Sivas Cumhuriyet University, 25 (1.2%) from Tokat Gaziosmanpaşa University and 56 (38.6%) academicians from Kayseri Erciyes University. Data entry and statistical analyzes of our study were performed using SPSS 25.0 statistical package program. Frequency distributions and percentages were calculated for descriptive analyses, the means were shown with standard deviations, and medians with minimum-maximum values. The relationship of categorical variables was evaluated with the chi-square test. Yates correction was used if at least one of the observed values in the 2x2 tables was below 25, and Fisher's exact Chi-square test was used if at least one of the expected values was below 5. Cases where the P value was below 0.05 were considered statistically significant. The current smoking prevalence (prevalence) of the participants in the study group was 10.3%. There were 99 (68.3%) people who thought that smoking was prohibited in terms of Islam, and 46 people (31.7%) who did not think it was prohibited. While the rate of those who considered helping patients with smoking addiction as their duty was 53.1%, the rate of those who did not see it as their duty was 46.9%. To the question of whether Islam has an effect on your non-smoker, 50 respondents (37.6%) answered absolutely, 33 (24.8%) partially, and 50 (37.6%) none. Cigarette addiction, which is an epidemic all over the world, is one of the most important preventable health problems. Countries take the necessary measures in the fight against smoking. However, religious officials, teachers and physicians, who are in a guiding position in the society, etc. individuals who are included in professional groups such as these should be aware of their responsibilities in this struggle.

Keywords: Religious officials, Faculty of Theology, Smoking, Attitudes

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tütünün Genel Özellikleri ve Tarihi	3
2.2. Tütünün tüketim şekilleri	3
2.3. Tütünün içerdiği maddeler	4
2.4. Sigara Epidemiyolojisi	4
2.5. Sigaranın Sağlığa Zararlı Etkileri	5
2.5.1. Sigaraya Bağlı Ölümler:	6
2.5.2. Sigara ve Kanseri:	7
2.5.3. Sigara ve Vasküler Hastalıklar:	8
2.5.4. Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları:	9
2.5.5. Üreme Sistemi ve Gelişim Üzerine Etkileri:.....	10
2.5.6. Sigara ve Gastrointestinal Sistem:	10
2.6. Pasif Sigara Kullanımı	12
2.7. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Faydaları	13
2.8. Nikotin Bağımlılığı Patofizyolojisi ve Değerlendirilmesi	15
2.9. Nikotin Yoksunluk Belirtileri	18
2.10. Sigara Bıraktırma Tedavilerine Yaklaşım ve Farmakolojik Tedavi	19
2.10.1. Bilişsel Davranışsal Tedavi	19
2.10.2. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)	20
2.10.2. Bupropion.....	22
2.10.3. Vareniklin.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Yeri	24
3.2. Araştırmanın Tipi.....	24

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması.....	24
3.5. İstatistiksel Analiz.....	25
3.6. Araştırmanın Bütçesi	25
4.BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA	39
6. AVANTAJLAR VE KISITLILIKLAR	48
6.1. Avantajlar.....	48
6.2. Kısıtlılıklar	48
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	49
8. KAYNAKLAR	50

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1 Sigarayı bırakmanın zaman içinde faydaları (103).....	15
Tablo 2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (109)	17
Tablo 3 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	27

Tablo 4 Katılımcıların aileleri ile ilgili özellikleri	28
Tablo 5 Katılımcıların tanıli hastalık ve sürekli kullandıkları ilaç durumları	29
Tablo 6 Katılımcıların sigara içme durumları ile ilgili özellikleri	30
Tablo 7 Katılımcıların sigara kullanma durumları ve sigara giderlerine ait bilgiler .	30
Tablo 8 Katılımcıların Sigara İçme Davranışı Tanılama Formu yanıtları (n=12) ...	32
Tablo 9 Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi yanıtları	34
Tablo 10 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki	35
Tablo 11 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki	36
Tablo 12 Katılımcıların aileleri ile ilgili özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki	37
Tablo 13 Katılımcıların kronik hastalık ve sürekli kullandıkları ilaç durumları ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki.....	37
Tablo 14 Katılımcıların sigara içme durumları ile ilgili özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki.....	38

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve yılda 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümlerin 1.2 milyon kadarı pasif içicilikten kaynaklanmaktadır (1). Tütün, tam olarak üretici tarafından amaçlandığı şekilde kullanıldığında kullanıcılarının yarısını öldüren tek yasal tüketici ürünüdür (2). Günümüzde bütün toplumlarda en yaygın olarak kullanılan ürün, tütünün sigara şeklinde kullanımınıdır (3). Tütün içinde bulunan nikotin, bağımlılık yapıcı bir maddedir. Sigara içen kişilerin önemli bir bölümü sigara içiyor olmaktan memnun olmadıkları halde, nikotin bağımlılığı nedeni ile sigara içme davranışlarını sürdürürler. Sigara kullanımı ile mücadele aslında nikotin bağımlılığı ile mücadeledir (4,5). Dünya Sağlık Örgütü sigarayı dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlamaktadır. Dünyada yaklaşık 1.3 milyar insan sigara içmekte ya da bir sigara ürünü kullanmaktadır. Dünyada sigara içme yaygınlığı erkeklerde %47.5, kadınlarda ise %10.3 olup genel olarak %29 dur (6). Sigara kullanım oranları gelişmiş ülkelerde azalmakta iken gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır(7). Tütün içmek gibi engellenebilir ve tahrip edici çok az salgın vardır. Sigara tüketimi ve pasif sigara dumanı 20. asıra ulaşıldığında gelişmiş ülkelerde olabildiğince yaygın hale gelmişti. Artan sigara tüketimi KOAH, koroner kalp hastalığı ve başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türünde epidemik olarak artışlara neden olmuştur. Asrın ilk yarısının son yıllarında ise epidemiyolojik çabalar sigara tüketiminin bu sorunlara sebep olduğunu gösteren ilk delilleri gün yüzüne çıkarmıştır. Yirmibirinci yüzyılda tütün kontrolüne yönelik yapılan çalışmalar gelişmiş ülkelerde sigara tüketimini azaltmış olsa da gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi halen giderek artmaktadır (1). Kalp hastalığı, akciğer kanseri ve serebrovasküler olay görülme riski sigara kullananlarda kullanmayanlara göre daha yüksektir. Sigara tüketimi akciğer kanseri nedeniyle meydana gelen can kayıplarının takriben %90'ından, kronik obstruktif akciğer hastalığı nedeniyle oluşan can kayıplarının ise hemen hemen %80'inden mesuldür. Akciğer kanserinin yanı sıra mesane, gırtlak, yemek borusu, koleraktal kanserler gibi birden fazla kanser ile alakalı olduğu belirtilmiştir (8).

Günde 10 veya daha az sigara içenlerin hiç sigara içmeyenlere göre ortalama yaşam süresi 5 yıl daha kısa ve akciğer kanseri olma riski 20 kat daha fazladır. Tütüne bağlı ölümleri önlemenin en iyi yolu tütün kullanmaktan kaçınmaktır (9). Tütünün sigara veya farklı şekillerde tüketilmesi bağımlılığa neden olmaktadır ve buna içerdiği nikotinin sebep olduğu bilinmektedir. Nikotinin yapmış olduğu bu bağımlılık nedeniyle kişiler tütün tüketimini bırakmakta güçlük yaşamaktadır (10). Yarattığı sağlık sorunlarına ek olarak iş gücü kaybına, sağlık giderlerinde artışa ve verimlilik azalışına sebep olarak ülke ekonomisine ciddi zarar vermektedir. Sigara kullanımının sebep olduğu hastalık ölüm ekonomik ve sosyal kayıpların önlenmesi etkili ve kapsamlı önlemler alınması ile mümkündür. Alınan önlemlerin başarıya ulaşmasında ülkelerin sosyokültürel koşulları önem arz etmektedir. Bu konuda toplumun davranışları ile kendine örnek aldığı toplumun davranışlarına etki eden meslek gruplarının (öğretmen, hekim, sağlık çalışanı, emniyet personeli, din görevlileri, muhtar vb.) payına önemli sorumluluk düşmektedir (11). Meslekleri dolayısıyla din görevlileri topluma sigara konusundaki tutum ve davranışları ile örnek olma ve tütün kullanımını önlemede yol gösterici konumdadırlar (12-14).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Genel Özellikleri ve Tarihi

Keyif verici bitkiler içinde tütün, (*Nicotiana tabacum* L.), patlıcangiller (*Solanaceae*) ailesinden tek yıllık bir bitkidir. Tütün endüstriyel ve aromatik bitkiler kategorisinde de ele alınmaktadır. Farklı coğrafi koşullara kısa zamanda ve oldukça iyi şekilde uyum sağlayabilen tütün, adaptasyonu en iyi tarımsal mamüller arasındadır. (15). Tütünün ana yurdu Amerika anakarası olduğu varsayılmaktadır. Coğrafi keşifler neticesinde Amerika’da Maya medeniyeti ile ilgili kayalara resmedilen tütün tüketim biçimlerine ve pipo görsellerine denk gelinmiştir. İlk başlarda dini merasimlerde tütsü niyetiyle tüketilmiş, ilerleyen zamanlarda türlü biçimlerde tüketilmiştir. Kaşiflerin Amerika’yı keşfi ile beraber Avrupa’ya ve farklı kıtalara ulaşmıştır. Avrupa’da tütün başlangıçta hastalıklara deva niyetiyle tüketilmiş, sonrasında pipo, nargile, puro, enfiye, çiğneme tütünü ve sigara biçiminde keyiflendirici amacıyla kullanılmıştır. Osmanlı’nın tütün ile tanışması ise 17. asrın ilk yıllarında olmuştur. Osmanlı devletine gelişinde tütün önceleri Avrupa’dakine benzer şekilde birtakım hastalık hallerine derman olması niyetiyle tüketilmiştir. Türkiye koşullarına çok iyi uyum sağlayan tütün, çiftçilerin ortaya koyduğu yoğun uğraş, tatbik edilen yöntemler ile beraber dünya tütün piyasasında tanınarak, yüksek kaliteli “şark tütünü” veya “Türk tütünü” isimleriyle mühim bir yer bulmuştur. Böylece Türk tütününe talep gitgide çoğalmış ve Türkiye ekonomisi için mühim bir mamül durumuna gelmiştir. Osmanlı devleti zamanında mühim bir ihracat mamülü haline gelen tütünün üretiminde dönem dönem artış ve azalışlar olmasına rağmen çoğunlukla 1980’li yıllara kadar artış gözlenmiş, sonraları izlenen politikalar ile üretimde iniş çıkışlar meydana gelmiştir. Son dönemlerde insan sağlığına zararlı olduğu hususunda oluşturulan toplum bilinci, tütün ve tütün ürünlerinin tüketilmesinin engellenmesi ile ilgili ortaya konulan yasalar tütün yetiştiriciliğinde düşüşe sebep olmuştur (16).

2.2. Tütünün tüketim şekilleri

Tütün, keşfiyle birlikte bugüne kadar süregelen zaman içinde farklı biçimlerde tüketilmiştir. Tütünün; çiğneme, enfiye, nikotin preparatları (nikotin suyu, nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin spreyi, elektronik sigara vb.) gibi dumansız tüketim şekilleri mevcut iken tütsü, sigara, puro, pipo ve nargile gibi duman içeren formları da

mevcuttur. Bunların yanısıra tütün bitkisi gübre, yağ, kağıt, esans, zirai ilaç üretiminde kullanılmaktadır. Farklı biçimlerde tüketilmesine karşın tütün, en fazla keyif veren madde niyetiyle tüketilmekte ve ekonomik alanda bu şekliyle yer bulmaktadır. Günümüzde tütün denildiğinde sigara akla gelmektedir (17).

2.3. Tütünün içerdği maddeler

Sigara dumanında, hem sigara içenler hem de içmeyenler için zararlı birçok kimyasal bulunmaktadır. Tütün dumanını az miktarda solumak bile zararlı olabilir. Tütün dumanında bulunan 7.000'den fazla kimyasaldan en az 250'sinin zararlı olduğu ve yaklaşık 70'inin kansere neden olabileceği bilinmektedir ve bunlar: benzen, formaldehit, asetaldehit, akrilamid, nitrozaminler, arsenik, kadmiyum vb. şeklindedir. (18). Nikotin tütünde doğal olarak bulunurken, amonyak gibi bazı maddeler tütünün üretim sürecinde eklenmektedir. Bunların yanısıra akrolein vb. çoğu bileşen tütün ve kağıdın yanmasıyla oluşmaktadır (19). Farklı bileşenler belirli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Örneğin, akrolein ve asetaldehit, solunum sağlığı için en zararlı bileşenlerden iken arsenik ve hidrojen siyanür, kardiyovasküler sağlık için büyük risk oluşturur (20). Doğrudan sağlığa zararlı olan etkilerine ek olarak, nikotin ve amonyak gibi bileşenler tütün kullanım sıklığını arttırarak ve tütünün bırakılmasını engelleyerek dolaylı şekilde de zararlı olmaktadır. (21). Sigara dumanında radyoaktif polonyum, benzopiren, dimetilbenzantrasen, naftalin metilnaftalin, polikistik aromatik hidrokarbonlar ve kadmiyum gibi ağır metaller dahil olmak üzere çok çeşitli kanserojenler ve mutajenler bulunmuştur (22)

2.4. Sigara Epidemiyolojisi

Tütün, kullanıcılarının yarısını öldürür. Tütün her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından, yaklaşık 1.2 milyonu ise sigara içmeyenlerin pasif olarak dumana maruziyetinden kaynaklanmaktadır. Dünyadaki 1.3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. İki bin yirmi yılında dünya nüfusunun %22.3' ü, tüm erkeklerin %36.7' si ve kadınların %7.8' i tütün kullanmakta idi (23).

2.5. Sigaranın Sağlığa Zararlı Etkileri

Tütün içmek, yanan tütünün dumanını ağıza ve genellikle akciğerlere çekilmesiyle meydana gelen duruma verilen isimdir (24). İçilen ürün türü en yaygın olarak sigaradır, ancak puroları, puro benzeri ürünleri, pipoları veya nargileleri de içerebilir. 'Dumansız' tütün de bazı bölgelerde popülerdir. Bu tipik olarak, tütün müstahzarlarını çiğnemek, burna çekmek veya ağızda yanaklar ve diş etleri arasına bir tomar olarak yerleştirmek için kullanılmasını içerir. Dumansız tütün kullanımı, sigara içmeye benzer özelliklere sahiptir ve önemli sağlık riskleri taşıyabilir (25). Sigarayı bırakmak genellikle belirli bir zaman noktasından itibaren daha fazla sigara içmeme niyetini içerir (bırakma girişimi), ardından sigara içme dürtüsüne bilinçli bir şekilde direnerek bir yoksunluk dönemiyle sonuçlanır. Tütün içmek, çoğu ölümcül olan birçok hastalığa yakalanma riskini artırır. Sigara kullanımı bırakıldığında bazı hastalıkların riski azalırken, bazıları için risk, sigaranın bırakıldığı noktada yaklaşık olarak aynı kalır (26).

'Sigaradan erken ölüm', aksi takdirde daha sonra başka bir nedenden ölecek olan bir bireyde sigaraya bağlı bir hastalıktan ölüm olarak tanımlanır. Ortalama olarak, bu erken ölümler, kaybedilen 10 yıllık yaşam yılını içerir (27). Bu ölümlerin çoğu, sigarayı bırakmış ancak sağlığı zaten sigaradan zarar görmüş kişilerde meydana gelmektedir. Ayrıca, sigara içenlerin, hiç içmeyenlere kıyasla yaklaşık 10 yıl daha erken yaşta hastalıklara yakalanmaları ve ortalama yaşam sürelerinin 10 yıl azalması söz konusudur (28).

Sigaraya bağlı ölümlerin çoğu başlıca akciğer kanseri olmak üzere kanserlerden, solunum hastalıklarından ve kardiyovasküler kaynaklanmaktadır (29). Sigara içmek felç, körlük, sağırılık, sırt ağrısı, osteoporoz ve periferik damar hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Hem kadınlarda hem de erkeklerde sigara içmek üreme yeteneğini azaltır. Hamilelikte sigara içmek fetüsün az gelişmesine neden olur ve düşük, yenidoğan ölümü, solunum yolu hastalığı riskini artırır ve muhtemelen bebeklerde ruh sağlığı sorunlarının bir nedenidir (30). Sigara içmek hem Alzheimer hem de vasküler demans için önemli bir risk faktörüdür (31). Ortalama günlük sigara tüketimi ile sigaraya bağlı hastalık riski arasında pozitif bir ilişki vardır, ancak kardiyovasküler hastalık durumunda ilişki doğrusal değildir, bu nedenle düşük sigara

tüketimi seviyeleri, basit bir sigara tüketiminden beklenenden daha yüksek bir risk taşır (27). Tütün dumanı, biyolojik olarak bilinen kanserojenlerin yanı sıra önemli konsantrasyonlarda birçok toksik kimyasal içerir. Tütüne özgü nitrozaminler dahil olmak üzere bunlardan bazıları, büyük ölçüde işlenme şeklinin bir sonucu olarak tütünün bileşenleridir ve benzopirin gibi diğerleri ise tütünün yanmasından kaynaklanır (32). Bu kimyasallar, dumandaki partiküler maddelerin bir parçasını oluşturur. Tütün dumanı ayrıca gaz, karbon monoksit (CO) içerir. CO, hemoglobinin moleküllerindeki oksijenin yerini alan güçlü bir toksindir. Bununla birlikte, akut olarak tütün dumanındaki CO miktarı hipoksiye yol açamayacak kadar küçüktür ve vücut bunu telafi etmek için kırmızı kan hücresi sayısını artırır. Tütün dumanındaki nikotin, kardiyovasküler hastalık artışının küçük bir kısmına neden olabilir, ancak solunum hastalığı veya kanser riskindeki artışın sebebi değildir (33). Neredeyse tüm zararı veren sigara dumanının diğer bileşenleridir. (27). Pasif içiciliğe maruz kalmak hem çocuklar hem de yetişkinler için önemli bir risk taşır. Bu nedenle, dumanlı bir ortama maruz kalan sigara içmeyenlerde kanser, kalp hastalığı ve solunum yolu hastalığı riskleri artmaktadır (34).

2.5.1. Sigaraya Bağlı Ölümler:

Dünya çapında, tütün kullanımı yılda 7 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır. (35). Tüm dünyada sigara içme oranı değişmezse, 2030 yılına kadar yılda 8 milyondan fazla insan tütün kullanımına bağlı hastalıklardan öleceği öngörülmektedir (36). Sigara içmek vücudun hemen her organına zarar verir, birçok hastalığa neden olur ve genel olarak sigara içenlerin sağlığını azaltır (37). Ortalama olarak, sigara içenler sigara içmeyenlerden 10 yıl önce ölürlere (38). Sigara içmek, her yıl İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ,yasadışı uyuşturucu kullanımı, alkol kullanımı, motorlu araç yaralanmaları, ateşli silahlarla ilgili olaylar gibi nedenlerin toplamından daha fazla ölüme neden olmaktadır (39). Sigara, tüm akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık %90'ından sorumludur (40). Her yıl akciğer kanseri nedeniyle ölen kadın sayısı meme kanserinden ölen kadın sayısından fazladır (41). Sigara, kronik obstrüktif akciğer hastalığından (KOAH) kaynaklanan tüm ölümlerin yaklaşık %80'ine neden olur (42).

2.5.2. Sigara ve Kanser:

Sigara içmek kanser için önlenemez en büyük risk faktörüdür (42). Dünya çapında, kanser ölümlerinin beşte biri (%22) tütünden kaynaklanmaktadır (43). Tütün salgını, düşük ve orta gelirli ülkelerde yıllar içinde artmıştır, ancak bunlar hala yüksek gelirli ülkelere göre salgının daha erken bir aşamasındadır (44). Dünya çapında tüm kanser vakalarının yaklaşık %57'si, kansere bağlı ölümlerin %65'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir ve akciğer kanseri bu ülkelerdeki erkekler arasında kanser morbiditesi ve mortalitesinin önde gelen nedenidir (45).

The Lancet Oncology tarafından yayınlanan IARC incelemesi, sigara içmenin baştan aşağı olmak üzere en az 16 kanser türünün nedeni olduğunu doğrulamak için yeterli kanıt olduğu sonucuna varmıştır. Bunlar: Paranazal sinüsler ve burun boşluğu, ağız boşluğu, gırtlak, farinks, yemek borusu, akciğer, karaciğer, pankreas, böbrek, miyeloid lösemi, kolorektum, mesane, üreter, yumurtalık ve serviks kanserleridir (46). Ortaya çıkan kanıtlar doğrultusunda Hodgkin lenfoma, prostat kanseri, endometriyal kanser, vajina ve vulva kanserleri de sigara ile ilişkilendirilmiştir (47). Sigara içmeye devam etmek kanser tedavilerinin etkinliğini sınırlayabilir; komplikasyon riskini, ek birincil ve ikincil kanserler geliştirme riskini artırabilir; ağrıyı artırabilir ve yaşam kalitesini ve hayatta kalma oranını düşürür (48). Sigara dumanı kanserojenlerinin sitokrom P-450 enzimleri tarafından metabolik aktivasyonu, DNA eklentilerinin oluşumu üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Sigara içenlerde gözlemlenen kanserojene maruz kalma ve bunun sonucunda DNA hasarı, doğrudan akciğer kanserinde bulunan çok sayıda sitogenetik değişikliklerle sonuçlanır. Sigara içmek, akciğerde ve diğer organlarda benzo[a]piren ve tütüne özgü nitrozaminler gibi sigara dumanı kanserojenlerinin DNA eklentilerinin sıklığını artırır. Sigara dumanı kanserojenlerine maruz kalma, akciğer kanserinde DNA hasarına ve ardından TP53 ve KRAS'ta mutasyonlara yol açar. Sigara tüketiminin, akciğer kanseri ve sigara kaynaklı farklı kanser türlerinde P16 benzeri kanser oluşmasını engelleyen genlerde promotör bölge metilasyonuna neden olduğu yönünde tutarlı deliller bulunmaktadır. Nikotin ve 4-(metilnitrosamino)-1-(3piridil)-1-butanon gibi duman bileşenlerinin, sinyal iletim yollarını doğrudan reseptör aracılı olaylar yoluyla etkinleştirebildiğine ve normal olarak hasar gören epitel hücrelerinin hayatta kalmasına izin verdiğine dair tutarlı

kanıtlar vardır. Sigara içmeyi durdurmak, kansere sebebiyet veren patojenik etkiyi düşürmek amacıyla kabul görmüş yegane yöntemdir, çünkü birçok tütün mamülünün içerdiği maddelerin tek başına veya kombinasyon halinde, kanserojenik etkisi vardır (49).

2.5.3. Sigara ve Vasküler Hastalıklar:

Sigara içmek kabul edilmiş bir vasküler risk faktörüdür ve sigarayı bırakmak da damar hastalığı olan hastalarda önemli bir müdehaledir (50). Sigara içimi, artmış kronik kalp hastalığı (KKH) morbiditesi ve mortalitesi ile ilişkilidir (51). Filtre kullanımının sigaranın zararlarını azaltmada etkisiz olduğu kanıtlanmıştır (52). Beklendiği gibi, dumansız politikalar uygulandığında, akut koroner olay insidansında azalmaya yol açabileceği düşünülmektedir (53).

Sigara içmek KKH'ye ek olarak periferik arter hastalığı (PAD), abdomibal aort anevrizması (AAA) ve karotid arter hastalığı gibi vasküler hastalıkları etkileyebilir (54). Sigara içmek AAA'nın bir prediktörüdür ve sigaraya maruz kalma süresi bu riskin ana belirleyicisidir (55). Karotis intima media kalınlığı sigara içme durumu ile ilişkilendirilmiştir (56). Ayrıca, puro içiminin aort sertliğini akut olarak arttırdığı gösterilmiştir (57). Sigara içmek aynı zamanda tromboanjitis obliterans (Buerger hastalığı) için bir risk faktörüdür (58). Buerger hastalığı esas olarak erkek sigara içicilerini etkiler (59). Bu nedenle, Buerger hastalığının ilerlemesini önlemek için sigarayı bırakmak büyük önem taşır (60). Mevcut sigara içimi ile Raynaud fenomeni arasında bir bağlantı bildirilmiştir (61). Sigarayı bırakmak Raynaud fenomeninin tedavisinde rol oynar (62). Sigara içmek ayrıca aterosklerotik renal arter stenozu ve mikroalbuminüri gelişiminde de rol oynar (63). Sigara içmek ayrıca çeşitli vasküler risk faktörleriyle (örn. hipertansiyon, DM, dislipidemi ve hemostaz) etkileşime girerek vasküler morbidite ve mortaliteyi daha da artırır (64). Ayrıca, tip 2 DM'li kadınlar arasında, aktif sigara içenlerde artmış KKH morbidite ve mortalite riski, geçmişte sigara içmeyenlere veya öncesinde içip şuan içmeyenlere kıyasla daha da fazladır (65). Diyabetik hastalarda retinopati, nefropati ve nöropati gibi mikrovasküler komplikasyonların gelişiminde ve ilerlemesinde sigaranın da etkili olduğu düşünülmektedir (66). Sigara kullanımı dislipideminin kardiyovasküler hastalık (KVH) yapıcı etkisini artırır. Toplam kolesterol, trigliseritler ve düşük yoğunluklu

lipoprotein seviyeleri yükselirken, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) seviyeleri sigara içenlerde muhtemelen lipittransport enzimlerindeki değişikliklere bağlı olarak azalır (67). Sigara içmek endotel disfonksiyonuna neden olabilir, trombosit agregasyonunu artırabilir ve fibrinolizi bozabilir; bu değişiklikler, en azından kısmen, sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla trombotik KVH olaylarının prevalansının ve şiddetinin artmasından sorumlu olabilmektedir (68).

2.5.4. Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları:

Yetişkin insan akciğerinde yaklaşık 100 m² lik bir gaz değişim yüzeyi vardır ve günde 10.000 L'den fazla havayı solur ve verir. (69). Bu nedenle, akciğer çevresel etkenlere maruz kalan en önemli organlardan biridir. Gaz değişimi sırasında, çevresel ajanlar çeşitli kan hücrelerine zarar verir ve sistemik inflamasyona yol açar (70). İç ortam kirleticileri kronik solunum yolu hastalıklarıyla ilişkilendirilmiştir. Çevresel tütün dumanı özellikle kapalı ortamlarda önemli bir çoklu kirletici kaynağıdır (71). Tütün dumanı KOAH hastalarında artmış katalaz aktivitesine neden olur, bununla birlikte artan oksidatif stres, hava yolu inflamasyonunda önemli bir rol oynar (72). Sigara dumanı akciğer dokusuna geri dönüşümü olmayan zararlar verir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığına neden olan etkenler arasında sigara %85 gibi büyük bir yüzdeyle başı çekmektedir. KOAH'da akciğerler insan bedeni için elzem olan oksijeni yeteri kadar sağlayamaz, nefeste daralma meydana gelir ve efor kapasitesi azalır. Sigara tüketimi, her iki akciğerde kronik inflamasyona sebebiyet verir ve bundan dolayı amfizem meydana gelir. Amfizem olgularının büyük bir bölümü sigara kaynaklı meydana gelir (73).

Solunum bronşiyolitiyle ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, deskuamatif interstisyel pnömoni ve pulmoner Langerhans hücreli histiyositoz , etiyolojik olarak güçlü bir şekilde sigara içmekle bağlantılıdır. İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) ve romatoid artrit-ilişkili interstisyel akciğer hastalığı sigara içenlerde daha yüksek prevalansa sahiptir (74). Tütün dumanına maruz kalmaktan kaynaklanan oksidatif stres, kronik obstrüktif akciğer hastalığına yol açan patojenetik süreçte rol oynar. Proteaz-antiproteaz dengesizliği amfizemin patogenezinde rol oynar. SERPINA3 gibi genlerdeki kalıtsal genetik çeşitlilik, tütünün neden olduğu kronik obstrüktif akciğer hastalığının patogenezinde rol oynar. Sigara tüketimini durdurmak, KOAH'a neden

olan patojenik etkiye engel olmak için kanıtlanmış yegane yöntem olmaya devam etmektedir (49).

2.5.5. Üreme Sistemi ve Gelişim Üzerine Etkileri:

Sigara içmek spermde kromozom değişikliği veya DNA hasarı yaparak erkekte üreme sağlığını, kadında gebelik devamlılığını ve doğumsal anomalileri etkilemektedir. Perikonsepsiyonel sigara içmenin yarık damaklı veya yarık dudaksız yarık dudak ile ilişkisine dair tutarlı kanıtlar vardır. Folikül uyarıcı hormon seviyelerindeki artışların ve östrojen ve progesterondaki düşüşlerin, en azından kısmen nikotinin endokrin sistem üzerindeki etkileri nedeniyle kadınlarda sigara içimi ile ilişkili olduğuna dair tutarlı kanıtlar vardır. Annede sigara içmenin, muhtemelen dolaşım sistemine norepinefrin ve epinefrin salınımının aracılık ettiği, annenin kalp hızı ve kan basıncında (öncelikle diyastolik) geçici artışlara yol açtığına dair tutarlı kanıtlar bulunmaktadır. Maternal sigara kullanımı spiral arterlerin fizyolojisini etkileyerek plasenta oluşumunda villöz membranın kalınlaşmasına neden olur. Bu plasental problemler cenin kaybına, erken doğuma veya düşük doğum ağırlığına neden olabilmektedir. Annenin sigara içmesi sebebiyle fetüste, özellikle akciğer ve beyinde histopatolojik değişikliklerin oluşabilmektedir. Sigara içmenin, düşük ve erken doğuma yol açabilecek inflamatuvar yanıtın düzensizliği de dahil olmak üzere immünosupresif etkilere yol açtığını gösteren tutarlı kanıtlar vardır. Tütün dumanına maruz kalmanın, döllemeyi bozabilecek şekilde azalmış yumurtalık işlevine yol açtığı bilinmektedir (49).

2.5.6. Sigara ve Gastrointestinal Sistem:

Tütün kullanımı, 1970'lerde yapılan birkaç çalışmada gösterildiği gibi, alt özefagus sfinkteri (AÖS) dinlenme basıncını azaltarak gastroözofageal reflü hastalığını (GÖRH) indükleyebilmektedir (75). Tütünün indüklediği AÖS basıncı azalmasının olası mekanizması, kolinerjik reseptörlerin nikotin tarafından bloke edilmesi ve ardından dairesel AÖS kas liflerinin gevşemesidir (76).

Tütün kullanımı, muhtemelen azalmış tükürük salgılama hızı ve bikarbonat konsantrasyonu nedeniyle uzun süreli asit temizleme süresi ile de ilişkilidir. GÖRH olmaksızın sigara içmeyen ve günde 16 sigara içen kişiler arasında yapılan bir

çalışmada, sigara içmenin asit temizleme süresinde uzamaya ve tükürük sekresyon hızının azalmasına neden olduğu görülmüştür (77). Ayrıca sigara içenler arasında salgılanan bikarbonat konsantrasyonunda benzer fakat daha az belirgin bir azalma vardı. Azaltılmış asit temizleme süresi, büyük olasılıkla azalmış tükürük salgılama hızının sonucudur (78).

Peptik ülserler histolojik olarak lezyon oluşturan mukoza nekrozu olarak tanımlanır. Bu hastalığa esas olarak *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) enfeksiyonunun yanı sıra aspirin ve ibuprofen gibi steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların aşırı kullanımını neden olur (79). Sigara içimi de ülser hastalıklarına en fazla katkıda bulunan etkenlerden biri olarak kabul edilir. ABD'de toplum temelli geniş bir çalışmada, aktif sigara içen ve sigara içip bırakanlarda ülser hastalığının prevalansının hiç sigara içmeyenlere göre neredeyse iki katına çıktığını ortaya koymuştur (80). Peptik ülser riskinin tütün kullanım miktarı ile ilişkili olduğu açıktır (81). Klinik gözlemlere göre, sigara içenlerin iyileşmesi daha zor olan ülserler geliştirme olasılığı daha yüksektir (82). Peptik ülser riski, hiç sigara içmeyenlere kıyasla, günlük olarak çok miktarda tütün tüketen sigara içenlerde de artar. Bununla birlikte, sigara içimi bağımsız bir ülserojenik değildir. Gastroduodenal mukozal koruyucu mekanizmaları olumsuz etkiler ve *H. pylori* enfeksiyonu riskini artırır (83). Birkaç çalışma, sigara içmenin gastroduodenal ülserasyon ile ilişkili olduğunu kanıtlamıştır. Sigara içenler, iyileşmesi daha zor olan ülser geliştirmeye eğilimlidir ve sigara içen kişilerde ülser nüksü daha sık görülür. Sigara içimi mide ülserinin etyolojisi, başlaması, uzaması ve tekrarlaması ile ilişkilidir (84). Sigara içme ve peptik ülserasyon arasında kesin bir pozitif ilişki vardır ve içilen sigara sayısı ile gastro-duodenal lezyonlar arasında da doza yanıt etkisi vardır (85). Gastrik mukozaya oksijenli kan sağlanması, gastrik mukozal bütünlüğün kritik derecede önemli bir belirleyicisidir (86). Mide mukozal bariyeri bozulduğunda ve asit tekrar yüzeyel mukozaya difüze olduğunda mukozal kan akımı yükselir (hiperemi) ve bu hiperemi mukozal koruma için önemlidir (87). Sigara içimi ülser tabanında ve ülser kenarında gastrik mukozal kan akımını düşürür (88). Sigara içimi veya subkutan nikotin nedeniyle mide kan damarlarının çapının azalması da gastrik mukozal kan akımının azalmasına neden olur (89). Bu da sigara içenlerde ülserleşme riskini artırarak, iyileşmenin gecikmesi ve nüksün artmasına neden olabilmektedir

(90). Pepsin ile birlikte hidroklorik asit, mide mukozası için büyük bir tehdit oluşturur, hasarlı mukoza üzerinde hareket ederler ve lezyonları şiddetlendirirler. Sigara ve nikotinin asit, pepsin ve pepsinojen sekresyonu üzerindeki rolü daha önce gözden geçirilmiştir. Kronik sigara içicilerinde hem bazal hem de histaminle uyarılan asit ve pepsin sekresyonları önemli ölçüde artar. (84). Sigara içenlerde maksimum mide salgılama kapasitesi, ülseri olsun veya olmasın sigara içmeyenlere göre daha yüksektir (91). İnsanda intravenöz yoldan nikotin uygulaması mide suyunda asit içeriğinin artmasına neden olur (92). Tüketilen sigara miktarı ile asit salgısının fazlalığı arasında anlamlı bir pozitif bağlantı vardır. Uzun süre sigara içmek vagusu uyarır ve sigara içenlerde asit salgılanmasını artırmak için fonksiyonel parietal hücreleri aktive eder (93). Peptik ülseri olup sigara içenler, ülserli sigara içmeyenlere göre daha fazla pepsin-1 salgılar (94). Ortalama serum pepsinojen-1 düzeyi de sigara içenlerde içmeyenlere göre daha yüksektir (95). Kobaylarda tek hücreli esas hücre kültürü kullanılarak, nikotinin pepsinojen salgılanmasını uyardığı gösterilmiştir (84). Sigara veya nikotin yoluyla pepsinojen-1 salgılanmasındaki bu artış, kısmen esas hücre sayısının artmasından veya bunların salgılama kapasitelerinin artmasından kaynaklanmaktadır (91).

İrritabil barsak hastalıkları, gastrointestinal yolun, özellikle kolon ve ince bağırsağın kronik iltihabı olarak bilinir. IBH, Crohn hastalığı ve ülseratif koliti içerir (96). Sigara içimi, IBH'nin ilerlemesinde iki yönlü bir etki gösterir. Sigara içenlerin, ameliyattan sonra daha yüksek nüks ve ilaçlara zayıf yanıt ile Crohn hastalığına yakalanma olasılığı daha yüksek görünmektedir (97). Bununla birlikte, sigara içen kişilerde ülseratif kolit gelişme riski daha düşüktür (98). Sigara içimi, Crohn hastalığı için bağımsız bir risk faktörü olarak bilinir (99).

2.6. Pasif Sigara Kullanımı

İkinci el duman, formaldehit, benzen, vinil klorür, arsenik, amonyak ve hidrojen siyanür dahil olmak üzere toksik veya kanserojen (kansere neden olan) olduğu bilinen yüzlerce kimyasal içerir. Pasif içiciliğe maruz kalan çocuklar, ani bebek ölümü sendromu, akut solunum yolu enfeksiyonları, kulak problemleri ve şiddetli astım için yüksek risk altındadır. Ebeveynlerin sigara içmesi solunum semptomlarına neden olur ve çocuklarında akciğer büyümesini yavaşlatır. Pasif içiciliğe maruz kalan

çocuklar, sigara içenlerde olduğu gibi kansere neden olan maddelerin ve zehirlerin çoğunu teneffüs etmektedir. Vücutları gelişmekte olduğundan, bebekler ve küçük çocuklar pasif içicilikteki zehirlere karşı özellikle savunmasızdır. Hem anneleri hamileyken sigara içen bebeklerin hem de doğumdan sonra sigara dumanına maruz kalan bebeklerin, sigara dumanına maruz kalmayan bebeklere göre ani bebek ölümü sendromundan ölme olasılığı daha yüksektir. Anneleri hamileyken sigara içen veya doğumdan sonra ikinci el sigara dumanına maruz kalan bebeklerin akciğerleri, maruz kalmayan bebeklere göre daha zayıftır ve bu da birçok sağlık sorunu riskini artırır. Bebek ve çocuklarda pasif içicilik bronşit ve zatürreye neden olur ve kulak enfeksiyonu riskini artırır. Pasif içiciliğe maruz kalmak, halihazırda astımı olan çocukların daha sık ve şiddetli ataklar yaşamasına neden olabilir.

Yetişkinlerin pasif içiciliğe maruz kalmaları, kardiyovasküler sistem üzerinde ani olumsuz etkilere yol açar ve koroner kalp hastalığına ve akciğer kanserine neden olur. Pasif içiciliği kısa bir süre için bile solumak kardiyovasküler sistem üzerinde ani olumsuz etkilere neden olabilir ve kalp, kan ve damar sistemlerinin normal işleyişine kalp krizi riskini artıracak şekilde müdahale eder. Evde veya işyerinde pasif içiciliğe maruz kalan sigara içmeyenlerin kalp hastalığına yakalanma riskleri yüzde 25-30 oranında artmaktadır. Evde veya işyerinde pasif içiciliğe maruz kalan sigara içmeyenlerin akciğer kanserine yakalanma riskleri yüzde 20-30 oranında arttığı görülmüştür. Pasif sigara dumanına kısa süreli maruz kalma, kan trombositlerinin daha yapışkan hale gelmesine, damarlara zarar vermesine, koroner akış hızı rezervlerinin azalmasına ve kalp atış hızı değişkenliğinin azalmasına neden olarak potansiyel olarak kalp krizi riskini artırabilir. İkinci el duman, solunum yollarını hızla tahriş edebilecek ve zarar verebilecek birçok kimyasal içerir. Kısa süreli maruziyet bile sağlıklı kişilerde üst solunum yolu değişikliklerine neden olabilir ve halihazırda astımı olan çocuklarda daha sık ve daha fazla astım ataklarına yol açabilir (100).

2.7. Sigaranın Bırakılmasının Sağlık Açısından Faydaları

Sigarayı bırakmak, insanların sağlıklarını iyileştirmek için yapabilecekleri en önemli eylemlerden biridir. Bu, yaşlarına veya ne kadar süredir sigara içmiş olduklarına bakılmaksızın geçerlidir (101). Sigarayı bırakmak; sağlık durumunu iyileştirir ve yaşam kalitesini artırır. Erken ölüm riskini azaltır ve yaşam beklentisine

10 yıl kadar ekleyebilir. Üreme üzerine olan zararlı etkilerini, kalp ve damar hastalıklarını, KOAH ve kanser olmak üzere birçok hastalığın riskini azaltır. Halihazırda koroner kalp hastalığı veya KOAH teşhisi konmuş kişilere fayda sağlar. Hamile kadınların, fetüslerinin ve bebeklerinin sağlığına fayda sağlar. Sigara içenlerin, sağlık sistemleri ve toplum üzerindeki mali yükünü azaltır. Erken yaşta bırakmak sağlığa daha fazla fayda sağlarken, sigarayı bırakmak her yaşta sağlığa faydalıdır. Uzun yıllar sigara içmiş veya çok içmiş kişiler bile bırakmaktan fayda görecektir. Sigarayı bırakmak, aile üyelerini, iş arkadaşlarını, arkadaşları ve diğerlerini pasif içiciliği solumaktan kaynaklanan sağlık risklerinden korumanın en iyi yoludur (102).

Sigarayı bırakmak kardiyovasküler kaynaklı morbidite ve mortalite riskini azaltır. Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol seviyelerinde hızlı iyileşmeye yol açar. Subklinik ateroskleroz gelişimini azaltır ve zamanla ilerlemesini yavaşlatır. Bıraktıktan 1-2 yıl sonra keskin bir düşüşle ve daha sonra uzun vadede daha yavaş düşüşle koroner kalp hastalığı riskini azaltır. Abdominal aort anevrizması riskini azaltır, bırakmadan bu yana zamanla bu risk giderek daha fazla azalır. Atriyal fibrilasyon, ani kardiyak ölüm, kalp yetmezliği, venöz tromboembolizm ve periferik arter hastalığı (PAH) riskini azaltabilir. Koroner kalp hastalığı tanısı konulduktan sonra sigarayı bırakmak; erken ölüm riskini azaltır, kalp hastalığından ölüm riskini azaltır, ilk kalp krizi veya başka bir kalp krizi geçirme riskini azaltır. Sigarayı bırakmak; KOAH gelişme riskini, KOAH'lılarda, KOAH'ın ilerleme hızını, zamanla oluşan akciğer fonksiyon kaybını, solunum belirtilerini azaltır. Sigarayı bırakmak, sigara içen kişilerin kanser riskini azaltmak için yapabilecekleri en önemli eylemlerden biridir. Sigarayı bırakmak, akut miyeloid lösemi (AML) mesane akciğer serviks, kolon ve rektum, yemek borusu böbrek karaciğer ağız ve farenks pankreas kanseri gibi 12 farklı kanser riskinde azalmaya neden olur. Sigarayı bırakmak, sağlıklı bir hamilelik ve sağlıklı bir bebek için sigara içen kadınların yapabileceği en önemli eylemlerden biridir. Kadınların sigarayı bırakması için en iyi zaman hamile kalmaya çalışmadan önceki zamandır. Ancak hamilelik sırasında herhangi bir zamanda bırakmak anne ve bebeğin sağlığına fayda sağlayabilmektedir. Hamilelikten önce veya hamileliğin erken döneminde sigarayı bırakmak erken doğum ve düşük doğum

ağırlıklı bebek doğurma riskini azaltır. Hamileliğin erken döneminde sigaranın fetal büyüme üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırır (103).

Tablo 1 Sigarayı bırakmanın zaman içinde faydaları (103)

Sigarayı bıraktıktan sonra geçen süre	Otaya çıkan olumlu değişiklikler
İlk 20 dakikada	Nabız ve tansiyon azalır.
12 saat	Kan karbonmonoksit düzeyi normalleşir.
3 ay	Dolaşımda iyileşme görülür ve solunum fonksiyonu artar
1-9 ay	Öksürme ve dispne azalır
1 sene	Koroner kalp hastalığı riski sigara tüketen birisinin yarısına düşer
5 sene	Serebrovasküler olay riski ,sigarayı bıraktıktan 5-15 sene sonra, hiç sigara tüketmemiş bir bireyle eşit olur
10 sene	Akciğer kanseri riski yarısına iner, ağız boşluğu ,gırtlak,özefagus,mesane,pankreas kanseri riski düşer
15 sene	Koroner kalp hastalığı riski hiç içmemiş bir kimseyle eşit düzeye gelir

2.8. Nikotin Bağımlılığı Patofizyolojisi ve Değerlendirilmesi

Bağımlılık, olumsuz sonuçlara rağmen bir davranışın sürekli tekrarı olarak tanımlanır ve nikotin veya narkotik gibi ilaçlara bağımlılığı ve aşırı yeme, seks, egzersiz ve kumar gibi davranışlara bağımlılığı içerebilmektedir. Fizyolojik bağımlılık, bir maddeye tolerans ve madde azaltıldığında veya kesildiğinde yoksunluk

belirtileri ile karakterizedir. Yoksunluk belirtileri arasında kaygı, sinirlilik, madde için yoğun istek, baş ağrıları ve daha birçokları yer alır (104). Nikotin, ruh hali değıştirici etkilerini beynin mezolimbik ödöl sisteminde bulunan nikotinic asetilkolin reseptörlerini aktive ederek üretir. Bunun sonucunda nöronlar, nörotransmitter dopamini serbest bırakarak, nikotinin hafif zevkli bir telaş, hafif öfori, artan uyarılma, azalmış yorgunluk ve rahatlamayı içeren zevk verici etkilerine yol açar. Deneysel çalışmalar, nikotinin bu zevk verici etkilerinin oluşmasında dopaminin önemini açıkça göstermektedir. Ayrıca nikotinin kesilmesi sırasında dopamin iletiminin azaldığı gösterilmiştir(105). Genellikle son sigaradan birkaç saat sonra başlayan ve sigarayı bıraktıktan sonraki ilk birkaç gün içinde zirveye ulaşan sinirlilik, aşerme, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları çoğu kişinin üstesinden gelemeyeceği kadar fazladır. Diğer bağımlılık yapan ilaçlarda olduğu gibi, bireylerin nikotinin ödüllendirici etkileriyle ilişkilendirdiği çevresel uyaranlara maruz kaldıklarında nüksetme meydana gelir (106).

DSM-V kriterlerine göre bir maddeye yönelik bağımlılık demek için kişide son 1 sene zarfında aşağıdaki maddelerden 2 veya 3 tanesinin bulunması gerekmektedir (107):

1. Çoğu zaman düşündüğünden daha uzun sürede ve çok miktarda tütün kullanmış olmak.
2. Devamlı şekilde sigarayı bırakmayı arzulamak ancak çabalarının başarısız olması.
3. Tütün kullanımı ve bırakımı için çok zaman sarfetmek.
4. Hobileri, sosyal faaliyetlerine ve zevk verici aktivitelerine verilen zamanın azalması.
5. Madde ve kullanımının neden olduğu psikolojik ve fiziksel problemlere karşın kullanımını sürdürmek.
6. Kullanılan maddeye karşın tolerans meydana gelmesi.
7. Maddeyi bıraktınca yoksunluk belirtilerinin oluşması.

Sigara bağımlılığını terketmede, hekim desteği önemli hale gelmiştir. Sigara kullanıcısının nikotin bağımlılık seviyesini ölçmek, sigara bırakma için uygun yöntemi saptamada öncelik taşımaktadır (108). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

nikotin bağımlılık seviyesini değerlendirmek için uygulanan en yaygın yöntemlerden biridir ve 6 madde içermektedir (109).

Tablo 2 Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (109)

<p>Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?</p> <p>a. Uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde (3 puan)</p> <p>b. 6-30 dakika içinde (2 puan)</p> <p>c. 31-60 dakika (1 puan)</p> <p>d. 1 saatten fazla (0 puan)</p>
<p>Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde buyasağa uymakta zorlanıyor musunuz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Soru 3: İçmeden duramayacağımız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigarahangisidir?</p> <p>a. Sabah içtiğim ilk sigara (1 puan)</p> <p>b. Diğer herhangi biri (0 puan)</p>
<p>Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</p> <p>a. 10 adet ve daha az (0 puan)</p> <p>b. 11-20 adet (1 puan)</p> <p>c. 21-30 adet (2 puan)</p> <p>d. 31 vedaha fazlası (3 puan)</p>
<p>Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanızbile sigara içer misiniz?</p> <p>a. Evet (1 puan)</p> <p>b. Hayır (0 puan)</p>
<p>Toplam bağımlılık puanı:</p> <p>Bağımlılık Düzeyi: 0-2 Puan: Çok az, 3-4: Az, 5: Orta, 6-7: Yüksek, 8-10: Çok Yüksek</p>

2.9. Nikotin Yoksunluk Belirtileri

Tütün içindeki nikotin oldukça bağımlılık yaptığundan, özellikle uzun yıllar sigara içmiş veya diğer tütün ürünlerini yoğun bir şekilde kullanmışlarsa, bırakan kişiler nikotin yoksunluk belirtileri yaşayabilirler (110).

Yaygın nikotin yoksunluk belirtileri şunlardır:

- nikotin isteği
- sinirlilik
- konsantrasyon zorluğu
- uykusuzluk
- huzursuzluk
- endişe
- depresyon
- açlık veya artan iştah

Diğer, daha az yaygın olan nikotin yoksunluğu belirtileri arasında baş ağrısı, yorgunluk, baş dönmesi, öksürük, ağız ülseri ve kabızlık bulunur (111).

Nikotin isteğini azaltmak ve yaygın yoksunluk semptomlarını yönetmek için yapabileceğiniz çok şey var. Ayrıca, nikotin yoksunluğu semptomlarının zamanla azaldığını bilmek de yardımcı olabilmektedir. Genellikle yoksunluk belirtileri bıraktıktan sonraki ilk hafta en kötü iken, ilk 3 gün zirveye ulaşır. Bu noktadan sonra, semptomların yoğunluğu genellikle ilk ayda düşer ancak herkes farklıdır ve bazı kişilerde bıraktıktan sonra birkaç ay boyunca yoksunluk belirtileri görülür (112). Sigarayı bıraktıktan sonra kilo alımı, özellikle kadınlar arasında, bırakmaya çalışmama ve bıraktıktan sonra tekrarlamamanın birincil nedeni olarak sıklıkla belirtilmektedir (113).

2.10. Sigara Bıraktırma Tedavilerine Yaklaşım ve Farmakolojik Tedavi

Tüm sağlık profesyonelleri, tütünün zararlı etkileri ve bırakmayı desteklemek için mevcut tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Sigara içenlere başarılı bir şekilde yaklaşmak için sağlık profesyonellerinin ikna edici bir şekilde konuşabilmeleri ve mükemmel iletişim becerilerine sahip olmaları gerekir (114). Hastalara kapsamlı bir tıbbi değerlendirme (başlangıç yaşı, kullanım alışkanlıkları, bırakma motivasyonu ve bırakmanın önündeki engellerin saptanması) eşliğinde sigara içip içmedikleri veya sigara içenlerle birlikte yaşayıp yaşamadıkları sorulmalı, tedavi reçete edilmeli ve kesin sonuca ulaşana kadar takip yapılmalıdır (115). Günümüzde tütün bağımlılığının ruhsal, bedensel, sosyal ve davranışsal etkileriyle mücadelede anlamlı tıbbi kanıt değeri bulunan destek tedavilerine farmakolojik tedavi yöntemlerinin de eklenmesi ile başarı yüzdesi artmıştır (116). Doktora herhangi bir sebeple müracaat eden hastalarda üç dakika kadar düşük süreli bir görüşmenin dahi sigara kullanmayı terketme yüzdelerini anlamlı seviyede yükselttiği görülmüştür (117).

2.10.1. Bilişsel Davranışsal Tedavi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre "en hızlı yayılan ve uzun süren salgın" olarak kabul gören sigaraya bağımlılık, engellenebilir ölüm sebepleri arasındaki önemini korumaktadır. Sigara kullanmayı terkedenlerin yarısı, aynı sene içinde tekrar sigara kullandığı düşünülecek olursa, bu kronik hastalığın uzun dönemli izleminin ve yoğun klinik görüşmelerin olması gerektiği anlaşılabilir. Sigara tüketenlerin birçoğu sigaradan yardım olmadan vazgeçmeyi denemekte ve bunların büyük bir bölümü kısa vadede tekrar sigara tüketmeye başlamaktadır. Sigara kullanan her 40 kişiden sadece bir tanesi sigarayı terketmekte başarı göstermektedir. Farklı bağımlılık türlerinin de tedavisinde uygulandığı gibi ilaç tedavileri davranışçı yaklaşımlar ile deteklendiğinde sigarayı bırakma ve devamında bunu sürdürme oranları yükselmektedir (118-121).

Bilişsel tedavi sigara bağımlısının düşüncelerini değiştirme amacıyla önemlidir. Çünkü sigaraya karşı olan pozitif fikirlerini değiştiremeyen insanlar sigarayı bıraktıklarında bir kayıp ve noksanlık yaşarlar, kişi kendisini cezalandırılmış ve güçsüz hisseder, sigarayı kullananlara özenirler ve sigarayı özlerler. Bu hislerle sigarayı bırakanların bir müddet sonrasında sigaraya tekrar yönelmeleri tahmin edilen

bir durum olur. Aksine sigara ile alakalı fikirleri negatif olan bir sigara bağımlısı hem bırakma döneminde daha az pronlem yaşayacak hem de tekrar başlama riski daha az olacaktır (122).

2.10.2. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

NRT, kademeli olarak azalan kontrollü nikotin dozlarının uygulanması durumudur. Doğrudan nikotinik kolinerjik reseptörler $\alpha 4\beta 2$ üzerinde etki ederek kaygı ve yoksunluk semptomlarını hafifleten nispeten düşük plazma nikotin seviyelerini korur. Çeşitli yöntemler transdermal yamalar, sakız, burun spreyi, inhaler ve haplar mevcuttur, ancak bu ürünlerin mevcudiyeti ülkeden ülkeye değişmektedir. Uzun süreli tedavi (>14 hafta) ile birlikte yüksek dozlarda nikotin reçete etmek, yüksek bağımlılığı olan sigara içenlerde yararlı bir strateji olabilir. Transdermal flaster kullanan bazı hastalarda uykusuzluk görülür, ancak gündüz kullanımı 24 saat kullanmak kadar etkili olduğundan, flaster gece etkililiğini azaltmadan çıkarılabilir (114). NRT, kardiyovasküler hastalık öyküsü olan sigara içenlerde olumsuz kardiyovasküler etki riskini artırmaz (123). Ancak tam terapötik doz, her hastanın ihtiyaçlarına ve toleransına ayrıca maliyet ve erişilebilirlik konularına göre belirlenmelidir (124). Nikotin ihtiva eden ilaçlar nikotin bağımlılığının ve yoksunluk durumunun tedavisinde en fazla kullanılan ilaçla tedavi seçeneğidir (125). NRT ürün çeşitleri içinde Türkiye’de ruhsatlandırılarak satışa sunulmuş formları transdermal bant, sakız, ve pastil türleridir (126).

Nikotin Bandı

Nikotin bandı cilde tatbik edilir ve oldukça sabit bir miktarda nikotin emilimi sağlar (125). Nikotin bandının farklı dozlarda türleri vardır ve bu farklı dozlar sayesinde kişinin bağımlılık düzeyine uygun olarak yüksek veya daha düşük dozda tedaviye başlanabilir. Farklı doz seviyeleri olması nedeniyle tedavi boyunca birkaç hafta aralıklarla daha az dozdaki bantlara geçiş yapılarak kişinin devamlı yüksek dozlar alması önlenir. Elde bulunan kanıtlar sigara bağımlılığı için nikotin bant tedavisinin uzun süreli uygulanmasının güvenilirliğini ortaya koymaktadır (127). Bant şeklinin akut NRT türlerine göre asıl faydası uyumu rahat olmasıdır. Hasta gün boyu bir ürünü ara ara kullanmak yerine, tüm gün boyunca bir defa sabah kıl olmayan bir

cilt bölgesine bandı yapıştırır ve bu şekilde kullanımını tamamlar. Akut NRT biçimlerine göre bant ile nikotin daha yavaş emilir fakat bant ile tüm gün diğer türlerden daha fazla plazma konsantrasyonları sağlanmış olur (128). En çok geri bildirim yapılan yan etkileri lokal cilt reaksiyonlarıdır (129). Tedavi süresince sigara tüketilmemesi gerekliliği hastaya bildirilir.

Nikotin Sakızı

Sigara tüketimi ile vücuda giren nikotinin farmakolojik etkilerine benzemesinden ötürü nikotin sakızı nikotin yoksunluğunda görülen belirtilerin iyileşmesine yardımcı olması amacıyla uygulanır. Normal sakızların çiğnendiği şekilde kullanılmaz, ihtiva ettiği nikotinin serbestleşmesi için ara ara yerini değiştirerek yanağın iç kısmında bekletilir ve takriben yarım saat süresince ağız içinde bekletilir (130). Çiğneme sırasında hiçbir şey yenmemeli içilmemelidir. Nadiren alerji durumu gözlemlenir. Çok nadir olarak aritmi yaptığı bildirilmiştir (131).

Nikotin Pastili

Pastilin 2 ve 4 mg olmak üzere 2 farklı formu bulunmaktadır. Uygulanması ve doz ayarlaması nikotin sakızı gibidir, fakat pastil çiğnenmez. Takriben yarım saat süresince ağız içinde eritilerek sakıza benzer şekilde, yanağın iç kısmında bekletilir ve yavaşça kana karışır (130).

Nikotin Dilaltı Tablet

Dilaltı tablet içeriğindeki nikotin dil altından kana karışır. Pastil ile benzer biçimde çiğneme gerektirmemesi bir avantajdır. Pastil ve dilaltı tabletin 2 mg'lık formlarının kanda oluşturduğu nikotin seviyeleri benzerdir. Asgari 3 ay süresince uygulanması tavsiye edilir (132).

Nikotin İnhaler

Nikotin inhaler formu ağızlık ve bir plastik kartuş içerir ve sigara dumanı çekilmesinin el-ağız davranışsal yönlerin yerini tutması amacıyla icat edilmiştir. Bu form bir "inhaler" olarak nitelendirilmiş, fakat nikotinin büyük bir kısmı ağız içinde, özefagusta ve midede emilir. Çok az nikotin akciğerden emilir. Emilim temelde

ağızdan olduğu için, emilim hızı nikotin sakızı gibidir. Çoğunlukla iyi tolere edilir, kalıcı olmayan ağız ve gırtlak irritasyonuna neden olabilir, öksürük en sık meydana gelen yan etkisidir (131).

Nikotin Burun Spreyi

Nikotin burun spreyi daha hızlı bir nikotin dozu vermek için üretilmiştir. Nikotin burun spreyi öteki NRT türlerine karşın nikotinin kandaki seviyesini daha hızlı yükseltir. En çok görülen yan etki durumları; burun ve boğazda tahriş, aksırık, öksürme, sinüzit, devamlı göz ve burunda akıntı hali, kalp çarpıntısı, ve mide bulantısı halidir (131).

2.10.2. Bupropion

Bupropion, nikotin ihtiva etmeyen nikotin bağımlılığında tesiri kanıtlanmış birincil seçenek ilaçlardan ilkidir. Trisiklik olmayan, aminoketon bir antidepresan ilaç olan bupropion 1985’de imal edilmiştir. Bupropiyon ilacının yavaş salınımlı formu, FDA tarafından 1997 yılında sigara bırakmada tedavi amacıyla tatbik edilmesi onaylamıştır (133,134). Nikotin maddesi, nukleus akumbenste bulunan dopaminerjik nöronların üzerinde yer alan nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanarak dopaminin artmasına neden olur. Bağımlılık yapıcı elementlerde görülen olumlu pekiştirici etki nukleus akumbensteki dopamin miktarının yükselmesi nedeniyledir (135,136). Dopaminerjik ve noradrenerjik etkisi olduğundan nikotinin yoksunluk belirtilerini azaltıp sigara kullanımını durdurmayı destekler. Bupropion, dopaminin ve noradrenalinin geriye alımını engellemesinin yanında, nikotinik asetilkolin reseptörlerinin de yüksek afiniteli bir antagonistidir (137-139). Nikotinik reseptörleri bloke ettiğinden nikotinin olumlu pekiştirici etkisine engel olduğu ve yoksunluk belirtilerinde azalmaya neden olduğu düşünülmektedir (139,140). Klinik olarak yorumlanacak olursa bupropion sigara tüketme isteğini baskılar. Nikotin yoksunluğu ve bu yoksunlukla ilişkili depresyon belirtilerini anlamlı miktarda düşürerek sigara kullanımını durdurma sürecinde fayda gösterir (141).

2.10.3. Vareniklin

Vareniklin bir tür alkaloid olan sistisin bitkisinin yapısının modifikasyonu ile üretilmiştir. İlaç, nöronal nikotinik reseptörlerden, $\alpha 4 \beta 2$ altüniteleri bulunanların

parsiyel olarak agonistidir. Bu reseptörleri yarışmalı olarak engellerken bir miktarda reseptöründe aktifleşmesine sebep olmaktadır. Nikotik reseptörlerden $\alpha 4 \beta 2$ altünitesi bulunanlar, nikotin bağımlılığı ve yoğun sigara kullanma dürtüsü oluşmasında önemli rol oynarlar (142-144). Vareniklin $\alpha 4 \beta 2$ reseptörleri etkileyerek nikotik agonist etkileri ile nükleus akumbensden dopamin salgılatır, süregelen zamanda vareniklin kullanırken kişi sigara tüketerek nikotin alsa bile dopamin salgılanmasında yükseliş meydana gelmez (antagonist etki). Vareniklin agonist ve antagonist etkileri ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk belirtilerinin oluşmasına engel olur (145).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi 'ne göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alındıktan sonra Sivas, Kayseri, Tokat illerindeki ilahiyat fakültelerinde görev yapan öğretim görevlilerine yapılan anket ile veri toplanarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tarzda planlanan araştırmamızın verileri yüz yüze görüşme tekniği aracılığıyla uygulanan anket yöntemiyle toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2022 yılında Sivas, Kayseri, Tokat illerinin İlahiyat fakültesi öğretim görevlileri oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşılması planlanmıştır. Çalışmaya toplam 145 öğretim görevlisi katılmıştır.

3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve çalışmanın yapılacağı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dekanlığı'ndan, Kayseri Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dekanlığı'ndan izin alınmıştır. Çalışmaya katılan öğretim görevlilerine araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek katılımları için yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm bireylere öncelikle birinci anket formu (EK-1) uygulanmış, ayrıca sigara kullanan bireylere ikinci anket formu (EK-2) uygulanmıştır. Verilerin doğru elde edilebilmesi için, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli tutulacağı açıklanmıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam alınan kişilere formlar araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin girilmesi ve istatistiki analizler SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizler için frekans dağılımları ve yüzdeler hesaplandı, ortalamalar standart sapmalarla, ortancalar ise minimum-maksimum değerleri ile birlikte gösterildi. Kategorik değişkenlerin ilişkisi Ki-kare testi ile değerlendirildi. 2x2 tablolarda gözlenen değerlerden en az birinin 25'in altında olması durumunda Yates düzeltmesi, beklenen değerlerden en az birinin 5'in altında olması durumunda Fisher'in kesin Ki-kare testi kullanıldı. P değerinin 0.05'den düşük olduğu durumlar istatistiki açıdan anlamlı olarak değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan araştırmaya destek alınmamıştır.

4.BULGULAR

Çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nden 64 (%44.1), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nden 25 (%17.2) ve Kayseri Erciyes Üniversitesi'nden 56 (%38.6) akademisyen ile tamamlandı. Katılımcıların %80.7'si (n=117) erkek ve %19.3'ü (n=28) kadın idi. Katılımcıların yaş ortalaması 43.8 ± 10.7 (ortanca=45. 1.çeyreklik=36. 3.çeyreklik=52) iken, 59'u (%40.7) 40 yaş ve altı ve 83'ü (%59.3) 40 yaş üzerinde idi. Evli olan 128 (%88.3) ve evli olmayan 17 (%11.7) katılımcı bulunmakta idi. Mesleki unvan dağılımları incelendiğinde %15.9'u (n=23) profesör, %22.1'i (n=32) doçent, %36.6'sı (n=53) doktor öğretim üyesi ve %25.5'i (n=37) araştırma görevlisi idi. Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre 1 ila 40 yıl arasında değişmekte iken, ortalama 14.7 ± 10.2 (ortanca=12. 1.çeyreklik=7. 3.çeyreklik=24) yıl idi (Tablo 3)

Tablo 3 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	117	80.7
Kadın	28	19.3
Yaş Grubu		
40 yaş ve altı	59	40.7
40 yaş üstü	83	59.3
Medeni Durum		
Evli	128	88.3
Evli Değil	17	11.7
Mesleki Unvan		
Profesör	23	15.9
Doçent	32	22.1
Doktor Öğretim Üyesi	53	36.6
Araştırma Görevlisi	37	25.5
Görev Yeri		
SCÜ	64	44.1
Tokat GOP	25	17.2
Kayseri EÜ	56	38.6
	Ortalama	Ortanca
	±Standart Sapma	(min-max)
Yaş (yıl)	43.8±10.7	45 (24-64)
Evlilik süresi (yıl)	18.2±13.2	15 (1-42)
Evin toplam aylık geliri (TL)	24274±8220	25000 (15000-80000)
Meslekte geçirdiği süre (yıl)	14.7±10.2	12 (1-40)

Evli olan katılımcıların ortalama evlilik süresi 18.2±13.2 (ortanca=15.1.çeyreklik=7.5. 3.çeyreklik=30) idi. Çocuğu olan 117 (%81.8) katılımcı bulunmakta idi. Katılımcıların %29 u 15 yaş ve üstü çocuğa sahipti.

Katılımcıların 8 (%5.5)'inin evinde çekirdek ailesi dışında bir yakınının ikamet ettiği, 15 (10.3)'ünün bir yakınının bakımını üstlendiği öğrenildi (Tablo 4).

Tablo 4 Katılımcıların aileleri ile ilgili özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşinin Eğitim Durumu (n=128)		
Okuryazar	2	1.6
İlkokul	10	7.8
Ortaokul	3	2.3
Lise	19	14.8
Üniversite	94	73.4
Eşinin Çalışma Durumu (n=128)		
Çalışıyor	57	44.5
Çalışmıyor	71	55.5
Çocuğu var mı? (n=143)		
Evet	117	81.8
Hayır	26	18.2
Çocukların yaş grubu (n=143)		
0-2 yaş	6	4.2
3-6 yaş	19	13.3
7-14 yaş	34	23.8
15 yaş ve üstü	40	28.0
Aile harici evde yaşayan yakın		
Var	8	5.5
Yok	137	94.5
Bakımı üstlenilen yakın		
Var	15	10.3
Yok	130	89.7

Çalışma grubunu oluşturan kişilerin %17.9'unun (n=26) doktor tarafından tanısı konulmuş en az bir hastalığı olduğu öğrenildi. Katılımcıların 5'inde (%3.4) diyabet, 10'unda (%6.9) hipertansiyon, 1'inde (%0.7) kolesterol/veya trigliserid yüksekliği, 1'inde (%0.7) koroner arter hastalığı, 3'ünde (%2.1) solunum yolu hastalığı, 2'sinde (%1.4) gastrointestinal sistem hastalığı, 1'inde (%0.7) merkezi sinir sistemi hastalığı ve 9'unda (%6.2) diğer öyküsü olduğu gözlemlendi. Katılımcıların %13.8'inin (n=20) sürekli kullandığı bir ilacı mevcuttu. Katılımcılar içinde 4 kişi (%2.8) antidiyabetik ilaç, 10 kişi (%6.9) antihipertansif ilaç, 1 kişi (%0.7) koroner

arter hastalığı ilacı, 1 kişi (%0.7) antipsikiyatrik ilaç ve 6 kişi (%4.1) diğer ilaçlardan kullanmakta idi (Tablo 5).

Tablo 5 Katılımcıların tanıli hastalık ve sürekli kullandıkları ilaç durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık öyküsü		
Var	26	17.9
Yok	119	82.1
Mevcut kronik hastalık tanıları*		
Diyabet	5	15.6
Hipertansiyon	10	31.3
Kolesterol	1	3.1
Koroner Arter Hastalığı	1	3.1
Solunum Yolu Hastalığı	3	9.4
Gastrointestinal Hastalık	2	6.3
Merkezi Sinir Sistemi Hastalığı	1	3.1
Diğer**	9	28.1
Sürekli Kullanılan İlaç öyküsü		
Var	20	13.8
Yok	125	86.2
Mevcut kullanılan İlaçlar*		
Antidiyabetik	4	18.2
Antihipertansif	10	45.5
Koroner Arter Hastalığı ilacı	1	4.5
Antipsikiyatrik	1	4.5
Diğer***	6	27.3

* Anketin bu bölümünde birden fazla seçenek işaretleyen katılımcılar vardı.

** Psöriazis, romatoid artrit, multinoduler guatr, hipotiroidi

*** Kortizol, levotiroksin, pantoprazol

Çalışma grubunu oluşturan katılımcıların şu an sigara kullanma yaygınlığı (prevalansı) %10.3 (n=15) idi. Sigara kullanan katılımcıların sigaraya başlama yaşı ortalama 22.4±8.1 (min:15. max:49) ve toplam sigara kullanım süreleri ortalama 13±9.8 (min:1. max:33) yıl idi. Sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünen 99 kişi (%68.3) ve yasak olmadığını düşünmeyen 46 kişi (%31.7) bulunmakta idi. Sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı mesleki vazife olarak görenlerin oranı %53.1 (n=77) idi. Sigara kullanmamanızda İslam dininin etkisi var mı sorusuna 50 katılımcı (%37.6) kesinlikle, 33 katılımcı (%24.8) kısmen ve 50 katılımcı (%37.6) yok cevabını verdi. Katılımcıların %21.8'i (n=27) yaşamları

boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içtiğini belirtti. Sigara kullanan katılımcıların aylık sigara gideri ortalama 640.9 ± 424.8 (min:50. max:1500) Türk Lirası idi (Tablo 6-7)

Tablo 6 Katılımcıların sigara içme durumları ile ilgili özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	98	67.6
Hayır	47	32.4
Mesleğiniz gereği sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifeniz olarak görüyor musunuz?		
Evet	77	53.1
Hayır	68	46.9
Şu an sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	15	10.3
Hayır	130	89.7
Sigara kullanmamanızda İslam dininin etkisi var mı? (n=133)		
Kesinlikle	50	37.6
Kısmen	33	24.8
Yok	50	37.6
Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içtiniz mi? (n=124)		
Evet	27	21.8
Hayır	97	78.2

Tablo 7 Katılımcıların sigara kullanma durumları ve sigara giderlerine ait bilgiler

	Ortalama \pm Standart Sapma	Ortanca (min-max)
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	22.4 \pm 8.1	20.5 (15-49)
Toplam sigara kullanım süresi (yıl)	13 \pm 9.8	10 (1-33)
Aylık sigara gideri (TL)	640.9 \pm 424.8	600 (50-1500)

Çalışma grubundaki aktif olarak sigara kullanan 15 katılımcının 12'si (%80.0) Sigara İçme Davranışı Tanılama Formunu yanıtladı. Sigara kullanan katılımcıların %8.3'ü merak, %66.8'i çevrenin etkisi, %8.3'ü kendini ispatlama, %8.3'ü stres/üzüntü ve %8.3'ü diğer nedenlerden dolayı sigaraya başladığını belirtti. Sigara kullanan katılımcıların %80.0'i (n=10) sigara dışında başka bir tütün ürünü kullanmadığını ifade etti. Sigara kullanan katılımcıların %83.3'ü (n=10) evde sigara içmekte idi. Evde sigara içen 10 katılımcının sigara içerken evin hangi bölümünü kullanıyorsunuz sorusuna katılımcıların 5'i (%50.0) balkon ve 1'i (%10.0) mutfak yanıtını verirken 4'ü (%40.0) sigara içtiği mekana cevap vermemişti. Sigara içen katılımcıların %25'inin (n=3) yaşadığı evde başka sigara içen bulunmakta idi ve 10 katılımcı (%83.3) evde sigara içilmesinin hane halkına zarar verdiğini düşünüyor idi. Sigara kullanan katılımcıların %75'i (n=9) işyerinde sigara içiyordu. Sigara kullanan katılımcıların %75'i (n=9) sigara içmekten keyif aldığını ifade etti. (Tablo 8).

Tablo 8 Katılımcıların Sigara İçme Davranışı Tanılama Formu yanıtları (n=12)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara başlama nedeniniz nedir?		
Merak	1	8.3
Çevrenin etkisi	8	66.8
Kendini ispatlama	1	8.3
Stres / üzüntü	1	8.3
Diğer	1	8.3
Sigara dışında başka bir tütün mamulü kullandınız mı?		
Evet	2	20.0
Hayır	10	80.0
Evde sigara içiyor musunuz?		
Evet	10	83.3
Hayır	2	16.7
Evde içiyorsanız evin hangi bölümünü kullanıyorsunuz? (n=10)		
Balkon	5	50.0
Mutfak	1	10.0
Yanıt yok	4	40.0
Yaşadığınız evde başka sigara içen var mı?		
Evet	3	25.0
Hayır	9	75.0
Evde sigara içilmesinin hane halkına zarar verdiğini düşünüyor musunuz?		
Evet	10	83.3
Hayır	2	16.7
İşyerinizde sigara içiyor musunuz?		
Evet	9	75.0
Hayır	3	25.0
Sigara içmekten keyif alıyor musunuz?		
Keyif almıyor	3	25.0
Keyif alıyor	9	75.0
Sigara bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
Evet	8	66.7
Hayır	4	33.3

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini yanıtlayan 12 katılımcının Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puan ortalaması 3.25 ± 2.17 (ortanca=3. min=0. max=6. 1.çeyreklik=1. 3.çeyreklik=5.75) idi. Sabah uyandıktan sonra ilk sigarasını 6-30 dakika içinde içen 5 katılımcı (%41.7), 31-60 dakika içinde içen 3 katılımcı (%25.0), 1 saatten sonra içen 4 katılımcı (%33.3) bulunmaktaydı. Katılımcıların %50'si (n=6) günde 10 adet ve daha az sigara içerken, %16.7'si (n=2) 11-20 adet, %33.3'ü (n=4) 21-30 adet sigara içmekteydi. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanan 4 katılımcı (%33.3) bulunmaktaydı. Katılımcıların %16.7'si (n=2) uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içmekteydi. Katılımcıların 5'i (%41.7) günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsa dahi yine de sigara içeceğini belirtti. Katılımcıların %41.7'si (n=5) gün boyunca içtiği sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanını sabah ilk içilen sigara olarak bildirdi. Fagerström bağımlılık düzeyleri incelendiğinde 4 kişinin (%33.3) çok az, 4 kişinin (%33.3) az, 1 kişinin (%8.3) orta, 3 kişinin (%25.0) yüksek düzeyde bağımlı olduğu saptandı (Tablo 9).

Tablo 9 Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi yanıtları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz? (n=12)		
İlk 5 dk içinde	0	0.0
6-30 dk içinde	5	41.7
31-60 dakika arasında	3	25.0
1 saatten sonra	4	33.3
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? (n=12)		
10 adet ve daha az	6	50.0
11-20 adet	2	16.7
21-30 adet	4	33.3
31 adet ve daha fazla	0	0.0
Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz? (n=12)		
Evet	4	33.3
Hayır	8	66.7
Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz? (n=12)		
Evet	2	16.7
Hayır	10	83.3
Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine sigara içer misiniz? (n=12)		
Evet	5	41.7
Hayır	7	58.3
Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir? (n=12)		
Sabah ilk içilen sigara	5	41.7
Diğer herhangi biri	7	58.3
Fagerström bağımlılık düzeyleri (n=12)		
Çok az	4	33.3
Az	4	33.3
Orta	1	8.3
Yüksek	3	25.0
Çok yüksek	0	0.0

Katılımcıların %40'ının son bir yıl içinde sigara bırakmayı denediği öğrenildi. Sigarayı bırakan 26 katılımcıdan %84.6'sı (n=22) kendi çabası ile, %3.8'i (n=1) ailesinin ve yakın çevresinin desteği ile, %11.5'i (n=3) diğer yollarla sigarayı bırakmış

idi. “Sigarayı bırakmaya yönelik ilaçlardan herhangi birini kullandınız mı?” sorusuna 13 katılımcıdan 2’si (%15.4) evet yanıtını vererek Champix adlı ilacı kullandığını belirtti. “Önümüzdeki 12 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?” sorusuna cevap veren 11 katılımcıdan 6’sı (%54.5) “evet, düşünüyorum”, 3’ü (%27.3) “evet, düşünüyorum ama net bir tarih yok” ve 2’si (%18.2) “hayır, düşünmüyorum” yanıtını verdi (Tablo 10).

Tablo 10 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki

		Sigara Kullanımı	
		Evet (n (%))	Hayır (n (%))
Geçen bir yıl içinde sigarayı bırakma denemeniz oldu mu? (n=10)	Evet	4 (100.0)	0 (0.0)
	Hayır	6 (100.0)	0 (0.0)
Sigarayı nasıl bıraktınız? (n=26)	Kendi çabamla	4 (18.2)	18 (81.8)
	Ailemin ve yakın çevremın desteği ile	0 (0.0)	1 (100.0)
	Diğer	0 (0.0)	3 (100.0)
Sigarayı bırakmaya yönelik ilaçlardan herhangi birini kullandınız mı? (n=13)	Evet	2 (100.0)	0 (0.0)
	Hayır	9 (81.8)	2 (18.2)
Önümüzdeki 12 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? (n=11)	Evet, düşünüyorum	6 (100.0)	0 (0.0)
	Evet, düşünüyorum ama net bir tarih yok	3 (100.0)	0 (0.0)
	Hayır, düşünmüyorum	2 (100.0)	0 (0.0)

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, sigara kullanma oranı erkeklerde kadınlara göre, 40 yaş üstü katılımcılarda 40 yaş ve altı katılımcılara göre, evli olanlarda evli olmayanlara göre, doçent ve profesörlerde doktor öğretim üyesi ve araştırma görevlilerine göre

daha yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değil idi ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki

		Sigara Kullanımı		Ki-kare Testi	
		Evet (n (%))	Hayır (n (%))	χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	14 (12.0)	103 (88.0)	1.717	0.304
	Kadın	1 (3.6)	27 (96.4)		
Yaş Grubu	40 yaş ve altı	4 (6.8)	55 (93.2)	0.792	0.373
	40 yaş üstü	11 (12.8)	75 (87.2)		
Medeni Durum	Evli	14 (10.9)	114 (89.1)	0.413	1.000
	Evli Değil	1 (5.9)	16 (94.1)		
Mesleki Unvan	Prof.-Doç.	8 (14.5)	47 (85.5)	1.035	0.309
	Dr.Öğr.Üyesi- Araş.Gör	7 (7.8)	83 (92.2)		
Görev Yeri	Cumhuriyet Üni	7 (10.9)	57 (89.1)	0.219	0.896
	Gaziosmanpaşa Üni	3 (12.0)	22 (88.0)		
	Erciyes Üni	5 (8.9)	51 (91.1)		

Katılımcıların aile ile ilgili özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, çocuğunun olup olmaması, aile harici evde yaşayan yakınının bulunup bulunmaması ve bakımı üstlenilen yakınının olup olmaması ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakta idi ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12 Katılımcıların aileleri ile ilgili özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki

		Sigara Kullanımı		Ki-kare Testi	
		Evet (n (%))	Hayır (n (%))	X ²	p
Eşinin Eğitim Durumu (n=128)	Lise ve altı Üniversite ve üstü	3 (8.8) 11 (11.7)	31 (91.2) 83 (88.3)	0.212	0.759
Eşinin Çalışma Durumu (n=128)	Çalışıyor Çalışmıyor	5 (8.8) 9 (12.7)	52 (91.2) 62 (87.3)	0.175	0.676
Çocuğu var mı? (n=143)	Evet Hayır	14 (12.0) 1 (3.8)	103 (88.0) 25 (96.2)	1.494	0.306
≤6 yaş çocuk (n=143)	Evet Hayır	3 (12.5) 12 (10.1)	21 (87.5) 107 (89.9)	0.144	0.718
>6 yaş çocuk (n=143)	Evet Hayır	6 (10.7) 9 (10.3)	50 (89.3) 78 (89.7)	0.005	0.944
Aile harici evde yaşayan yakın	Var Yok	0 (0.0) 15 (10.9)	8 (100.0) 122 (89.1)	0.977	1.000
Bakımı üstlenilen yakın	Var Yok	1 (6.7) 14 (10.8)	14 (93.3) 116 (89.2)	0.244	1.000

Katılımcıların doktor tanımlı hastalık durumunun olup olmaması ve sürekli kullandığı ilacının olup olmaması ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakta idi ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13 Katılımcıların kronik hastalık ve sürekli kullandıkları ilaç durumları ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki

		Sigara Kullanımı		Ki-kare Testi	
		Evet (n (%))	Hayır (n (%))	X ²	p
Mevcut kronik hastalık durumu	Var Yok	3 (11.5) 12 (10.1)	23 (88.5) 107 (89.9)	0.049	0.733
Mevcut kullanılan ilaç	Var Yok	2 (10.0) 13 (10.4)	18 (90.0) 112 (89.6)	0.003	1.000

Katılımcılar içinde sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünmeyenlerde düşünenlere göre sigara kullanma durumu daha yüksek idi ($p=0.021$). Mesleği gereği sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifesi olarak görmeyenlerde vazifesi olarak görenlere göre sigara kullanma durumu daha yüksek saptandı ($p=0.015$). Sigara kullanılmamasında İslam dininin etkisinin olup olmaması ve yaşamı boyunca 5 paket sigara içip içmeme durumu ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakta idi ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14 Katılımcıların sigara içme durumları ile ilgili özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki

		Sigara Kullanımı		Ki-kare Testi	
		Evet (n (%))	Hayır (n (%))	χ^2	p
Sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	6 (6.1)	92 (93.9)	5.812	0.021*
	Hayır	9 (19.1)	38 (80.9)		
Mesleğiniz gereği sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifeniz olarak görüyor musunuz?	Evet	3 (3.9)	74 (96.1)	5.954	0.015*
	Hayır	12 (17.6)	56 (82.4)		
Sigara kullanmamanızda İslam dininin etkisi var mı? (n=133)	Var	3 (6.0)	47 (94.0)	3.085	0.214
	Kısmen	1 (3.0)	32 (97.0)		
	Yok	0 (0.0)	50 (100.0)		
Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içtiniz mi? (n=124)	Evet	1 (3.7)	26 (96.3)	0.951	0.389
	Hayır	1 (1.0)	96 (99.0)		

* $p<0.05$ istatistiksel açıdan anlamlı

5.TARTIŞMA

Tüm dünyada ve ülkemizde önlenebilir en önemli sağlık problemlerinden biri tütün kullanımınıdır (146). Dünya çapında, tütün kullanımı yılda 7 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır (147). Tüm dünyada sigara içme şekli değişmezse, 2030 yılına kadar yılda 8 milyondan fazla insan tütün kullanımına bağlı hastalıklardan öleceği düşünülmektedir (148). Sigara içmek vücudun hemen her organına zarar verir, birçok hastalığa neden olur ve genel olarak sigara içenlerin sağlığını azaltır (149). Neden olduğu sağlık problemlerinin yanısıra iş gücü kaybını arttırması, verimliliği azaltması ve sağlık giderlerini arttırması gibi sonuçlar ülke ekonomisi üzerine ciddi zararlar vermektedir. Etkin ve geniş kapsamlı önlemler alınarak sigara içmenin neden olduğu hastalık, ölüm, ekonomik ve sosyal zararların engellenmesi mümkündür (150). Ülkelerin içinde bulunduğu sosyokültürel şartlar, alınan önlemlerde başarılı olunmasında son derece önemlidir. Bu konuda, toplumun örnek aldığı ve toplumun tumunu etkileyen öğretmen, emniyet personeli, sağlık çalışanı, hekim, muhtar vb meslek gruplarına mühim bir görev düşmektedir (149) Ülkemizde din görevlileri topluma sigara kullanımı hususunda davranış ve tutumları ile örnek teşkil etme ve tütün tüketimini engellemede yol gösteren konumundadırlar (151)

Sigara ile mücadelede din görevlilerinin daha fazla aktif rol alması, bu mücadelenin başarılı olmasında önem arz ettiğini düşünmekteyiz. Bu nedenle çalışmamız din görevlilerinin eğitiminde büyük pay ve öneme sahip olan İlahiyat fakülteleri öğretim görevlilerinde sigara kullanımı prevalansı ve sigara konusunda bilgi tutum ve davranışlarını belirlemek, sigara kullananlara sigarayı bırakmaları için destek vermek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamız Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nden 64 (%44.1), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nden 25 (%17.2) ve Kayseri Erciyes Üniversitesi'nden 56 (%38.6) toplam 145 akademisyen ile tamamlanmıştır. Katılımcıların %10.3'ü aktif sigara kullanırken %89.7'si kullanmıyordu. Minarecioğlu'nun 2021 yılında Sivas ili din görevlilerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %20.6'sı aktif sigara kullanırken %79.4'ü kullanmıyordu (152). Demir'in 2021 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi ilahiyat fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmaya katılanların %21.2'si aktif sigara kullanırken %78.8'i sigara kullanmıyordu (153). Dağlı'nın 2019 yılında din

görevlileri arasında yaptığı çalışmada katılımcıların %7.8'i sigara kullanırken %90'ı sigara kullanmıyordu %2.2'si sigara kullanımı ile ilgili soruyu yanıtlamamış idi (151). Doğan ve arkadaşlarının 2019 yılında Erciyes Üniversitesi ilahiyat fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada katılım gösterenlerin %6.9'u aktif sigara kullanırken %93.1'i kullanmıyordu (154). Sucaklı ve arkadaşlarının 2011 yılında din görevlileri üzerinde yaptığı çalışmada katılım gösterenlerin %6.9'u aktif sigara kullanırken %93.1'i kullanmıyordu (155). Keten ve arkadaşlarının Kahramanmaraş'ta 2014 yılında 32 imamla yaptıkları çalışmada sigara kullanım oranı %6.2 idi (156). Uçar'ın 2017 yılında İnönü Üniversitesi İlahiyat fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmaya katılanların %18.2'si aktif sigara kullanırken %81.8'i sigara kullanmıyordu (157). Doğanıyigit ve arkadaşlarının İmam-Hatip ve Müezzin-Kayyım olarak görev yapan bireylerde yaptıkları çalışmada katılımcıların %26.8'i sigara kullandığını belirtmişti (158). Sarıca'nın 2018 yılında Kahramanmaraş'ta imamlar arasında yaptığı çalışmada imamların %7.2'si sigara kullanıyordu (159). Keten ve arkadaşlarının 2014 yılında hekimlerde yaptığı çalışmada katılımcıların %24.4 sigara kullanıyordu (160). Demirel'in 2017 yılında hekimlerle yaptıkları çalışmada hekimlerin sigara kullanım oranı %34.5'di (161). Yengil ve arkadaşlarının Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %25.6'sı sigara kullanıyordu (162). Çalışmalarda istisnai sonuçlar olmakla birlikte genel olarak din görevlilerinde sigara içme oranının diğer mesleklerden daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun İslam dininin sigaraya olan bakış açısıyla ilgisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcılardan erkeklerin %12'si, kadınların %3.6'sı sigara kullanıyordu. Karatay ve arkadaşlarının bir kamu üniversitesinde 2015-2016 öğretim yılında yaptığı çalışmada kadınlarda sigara içme sıklığını (%64.3) erkeklerde sigara içme sıklığına (%45.5) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştu (163). Barış ve arkadaşlarının 2011 yılında Kocaelinde yaptıkları çalışmada erkeklerde sigara içme sıklığı %42.5 olup, kadınlara göre (%21.8) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştu (164). Demir'in 2021 yılında İlahiyat fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkeklerin %25.9 u ,kadınların %9.3'ü sigara kullanıyordu ve bu anlamlı idi (153). Demirel'in yaptığı çalışmaya katılan kişilerin %61.2'si erkekti %38.8'i kadındı. Erkek öğrencilerin sigara kullanma oranı %50.1 kadın öğrencilerin sigara içme

oranıysa %33.5'di. Erkek öğrenciler kadın öğrencilerden daha fazla sigara içiyordu, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştu (165). Çan ve arkadaşlarının Trabzon il merkezinde çalışan doktorlarda yaptığı çalışmada erkek doktorlar arasında sigara içme sıklığı % 54.3. kadınlar arasında ise % 32.3 olarak izlenmiş ve sigara içme yönünden erkek doktorların kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla sigara içtiği tespit edilmiş idi (166). Bizim çalışmamızda sigara kullanma oranı erkeklerde kadınlara göre fazla olduğu halde bu durum istatistiki olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Kadın ve erkeklerde sigara içme oranlarına bakıldığında bu çalışmalarda erkeklerin sigara içme oranı daha yüksek saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni toplumumuzda kadınların sigara içmesinin erkeklerin sigara içmesine göre daha olumsuz karşılanması olabilir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki incelendiğinde 40 yaş üstü katılımcılarda 40 yaş ve altı katılımcılara nispeten daha fazla olmasına rağmen bu farklılık istatistiki açıdan anlamlı değildi ($p>0.05$). TÜİK' in 2019 yılında yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok tütün kullanan bireyler %42.8 ile 35-44 yaş grubunda yer aldı (167). Hassoy ve arkadaşlarının 2021 yılında bir devlet hastanesinin hemşireleri arasında yaptığı çalışmada yaşı 40 ve üstü olan hemşirelerin, 40 yaş altındakilere oranla anlamlı seviyede yüksek miktarda sigara tükettiği tespit edilmiş idi (168). Üzer'in 2018 yılında devlet hastanesi sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada; sigara içenlerin yaş ortalaması 36.53 ± 8.88 yıl, sigara içmeyenlerin yaş ortalaması ise 32.53 ± 10.93 yıl olarak tespit edilmiş idi ve sigara içenlerin içmeyenlere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha yaşlı olduğu saptanmış idi (169). Bakır ve arkadaşlarının 2003 yılında bir grup arasında yaptığı çalışmada sigara içenler ile içmeyenler arasında herhangi bir yaş farkı bulunmamış idi (170). Buğdaycı ve arkadaşlarının 2010 yılında Mersin ili kamu kuruluşlarında yaptığı çalışmada yaş ile aktif sigara içiciliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış idi (171). Park ve arkadaşları tarafından Güney Kore'de yapılan bir çalışmada 30-34 yaş grubundan sonra aktif sigara içiciliğinin düştüğü bildirilmektedir (172). Mutlu ve arkadaşlarının sağlık personeli arasında yaptığı çalışmada yaş ile sigara kullanımı

arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamış idi (173). Sayan ve arkadaşlarının 2009 yılında bir eğitim hastanesi hemşirelerinin arasında yaptığı çalışmada yaş arttıkça sigara kullanma oranının arttığı, 34 yaşından sonra azaldığı görülmüş idi (174). Aşut ve arkadaşlarının 2005 yılında Türk Tabipler Birliği yöneticilerinde yaptığı araştırmada yaşı 40'ın altında olan katılımcıların yaşı 40 ve üzerinde olan katılımcılara nispeten sigara içme oranı daha fazla idi; bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi (175). Yapılan çalışmalardaki sonuçların farklılığının nedeni mesleki farklılıklar ve sosyokültürel çevre ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanım durumları arasındaki ilişki incelendiğinde sigara kullanımı doçent ve profesörlerde doktor öğretim üyesi ve araştırma görevlilerine nazaran daha fazla olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>0.05$). Santos ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise eğitim düzeyindeki artış ile her iki cinsiyette aktif sigara içme sıklığındaki artış paralellik göstermekteydi (176). Başer ve arkadaşları tarafından 40 yaş üzeri kişilerde yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça aktif sigara içme sıklığının arttığı bildirilmiş idi (177). Buğdaycı ve arkadaşlarının 2010 yılında Mersin ili kamu kuruluşlarında yaptığı çalışmada ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan çalışmaların aksine, yüksek eğitim seviyesine sahip olan kişilerde sigara içme oranının daha düşük olduğu tespit edilmiş idi (171). Çalışmamızdaki sonuçlar Başer ve Santos'un çalışmaları ile paralellik gösterirken, Buğdaycı ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarıyla farklı idi. Eğitim düzeyi arttıkça sigaranın zararları hususunda farkındalığın artması bekle nirken, aksi sonuçların nedeni eğitim hayatının getirdi güçlükler ve stress olabilir.

Katılımcılardan evli olanlardan %10.9' u, evli olmayanların %5.9'u sigara içmekte idi. Bizim çalışmamızda sigara kullanma oranı evli olanlarda evli olmayanlara göre daha fazla olmasına karşın bu durum anlamlı değil idi ($p>0.05$). Talay ve arkadaşlarının 2007 yılında İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada bekarlar evlilerden daha fazla oranda sigara içiyordu (178). Sayan ve arkadaşlarının hemşireler arasında yapmış olduğu çalışmaya göre evli olan hemşirelerin %47.5' i sigara içmekte iken medeni durumun sigara kullanımına

etki etmediği vurgulanmış idi (174). Açık ve arkadaşlarının polis okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada evlilerin %70.5'i, bekarların ise %66.1'i sigara kullanıyordu ve medeni duruma göre sigara içme durumları anlamlı değil idi (179). Özdemir ve arkadaşlarının Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü personellerinde yaptığı çalışmada sigara içenlerin %62.4'ü evliyken %37.6'sı bekarı ve bu fark anlamlı idi (180). Çalışmaların sonuçları arasında farklılık görülmekle birlikte bizim çalışmamızda evlilerin sigara içme oranının daha fazla olmasının nedeni ailesel sorumlulukların getirdiği zorlukların kişiyi sigaraya yönlendirmesi olabilir.

Katılımcılardan sigara içenlerin %11.5'inde doktor tarafından tanı konulmuş hastalık bulunmakta idi. Bizim çalışmamızda katılımcıların doktor tanılı hastalık durumunun olup olmaması ile sigara kullanım durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakta idi ($p>0.05$). Demir'in ilahiyat fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara kullanan öğrencilerin %15.6'sının kronik hastalığı bulunmaktaydı, ve bu durum istatistiksel açıdan anlamlıydı (153). Buturak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılanların %46'sında kronik hastalık mevcuttu ve sigara kullanımı ile kronik hastalık arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktu (181). Pirinççi ve arkadaşlarının muhtarlar arasında yaptığı çalışmada; herhangi bir kronik hastalığı olanların %37.5'i sigara içiyorken, kronik hastalığı olmayanların %60.9'u sigara içmekte idi, bu istatistiksel olarak anlamlı idi (182). Minarecioğlu'nun 2021 yılında Sivas ili din görevlilerinde yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile kronik hastalık mevcudiyeti arasında istatistiksel anlamı fark bulunamamış idi (152). Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığı ile sigara içme durumu arasında ilişki tespit edilmiş idi (183). Şahbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılım gösterenlerden %31.7'sinin kronik hastalığı vardı ve kronik hastalık varlığı ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki yoktu (184). Çalışmalardaki sonuçların farklılığının nedeni kronik hastalıkların çeşitliliği olabilir. Yapılan çalışmalarda kişide kronik hastalık varlığının sigara içmeye engel teşkil etmediğini görmekteyiz.

Katılımcılardan sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünen 99 kişi (%68.3) ve yasak olduğunu düşünmeyen 46 kişi (%31.7) bulunmakta idi. Çalışmamızda katılımcılar içinde sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünmeyenlerde düşünenlere göre sigara kullanma durumu daha fazlaydı

ve bu durum anlamlı olarak değerlendirildi. ($p=0.021$). Doğan ve arkadaşlarının 2019 yılında Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada; öğrencilerin %73.8' i dini duyarlılığın sigarayı etkileyeceğini, %54.4'ü sigaranın dine aykırı olduğunu, %43.3'ü dinin sigarayı tamamen yasakladığını ve %2.3'ü sigarayı normal bulduğunu ifade etmiş idi (154). Yong ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %8.1' i sigara içmenin haram olduğunu, %76.2'si sigara içmenin yanlış olduğunu kabul ettiğini, %4.1'i İslam'a göre normal olduğunu, %11.5'i ise hiçbir fikri olmadığını belirtmiş idi (185) Sucaklı ve arkadaşlarının 2011 yılında din görevlilerinde yaptığı çalışmada İslam'ın sigarayla ilgili hükmü hakkında, 177 (%43.6) din görevlileri yasak olduğunu kaydetti (haram), 228 kişi (%56.2) sakıncalı olduğunu ancak yasak olmadığını (mekruh) söylerken, sadece bir kişi sigaranın caiz olduğunu (helal) belirtmiş idi (155). Çalışmalardaki sonuçlarda katılımcıların sigara içmenin dini olarak doğru olmadığı düşüncesi bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalar ışığında dinin sigara kullanımını engelleyen önemli bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

Mesleği gereği sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifesi olarak görenlerin oranı %53.1 ($n=77$) iken, vazifesi olarak görmeyenlerin oranı %46.9 ($n=68$) idi. Mesleği gereği, sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifesi olarak görmeyenlerde vazifesi olarak görenlere göre sigara kullanma durumu daha yüksek saptandı ($p=0.015$). Sucaklı ve arkadaşlarının 2011 yılında din görevlilerinde yaptığı çalışmada din görevlilerinden, sigara ile ilgili problemler için yardım isteyen cemaat mensuplarına %4.2' si bir şey yapmadıkları, %87.4'ü kişileri bilgilendirdikleri, %4.4'ü daha fazla bilgi için yetkili merkezlere yönlendirdikleri, %3.9'u ise böyle bir taleple hiç karşılaşmadığını belirtmiş idi (155). Dağlı'nın Düzce Müfütülüğü din görevlilerinde yaptığı çalışmada katılımcılardan; kendi görevleri arasında bağımlılıkla da ilgilenmesi gerektiğini düşünen % 94.2 din görevlisi varken, % 1.8 din görevlisi de bu sorumluluğun kendi alanlarına girmediğini dile getirmiş idi (151). Pekşen ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada öğretmen ve hekim gibi bazı meslek gruplarının topluma rol model olması ve sigara konusunda farkındalık yaratması gerektiğini belirtilmişti (186). Doğan ve arkadaşlarının 2019 yılında Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada; öğrencilerin

%84.6'sı din adamlarının sigara içmemesi gerektiğini, %96.7'si din adamlarının sigara içmeyerek kendi etki çevrelerine model olması gerektiğini, %92.8'i din adamlarının sigaranın bırakılmasında aktif rol oynaması gerektiğini ve %78.4'ü aydınlanmanın önemli olduğunu ifade etmiş idi (154). Yapılan çalışmalarla bizim çalışmamızın sonuçları paralellik göstermektedir. Sigara ile mücadele toplumda her bireyin sorumluluğu olduğu gibi, din görevlilerinde dinin öğretileri gereği ve toplumu yönlendirme yetkinliklerinin fazlalığı nedeniyle sorumluluklarının daha fazla olduğunu düşünmekteyiz.

Sigara kullanmamanızda İslam dininin etkisi var mı sorusuna 50 katılımcı (%37.6) kesinlikle, 33 katılımcı (%24.8) kısmen ve 50 katılımcı (%37.6) yok cevabını verdi. Sigara kullanılmamasında İslam dininin etkisinin olması veya olmaması ile sigara kullanımı arasında kayda değer bir ilişki bulunmamakta idi ($p>0.05$) Saeed ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada sigara içmeyenlerin %45.4'ü dini inançları nedeniyle sigara içmediğini, sigarayı bırakanların %40.8'i dini inançları nedeniyle sigarayı bıraktığını ve sigarayı bırakmak isteyenlerin %21.7'si sigarayı bırakmak istediğini belirtti (187).

Çalışma grubundaki sigara kullanan katılımcılar içinde sigaraya başlama nedenleri incelendiğinde 2 katılımcı (%12.5) merak, 8 katılımcı (%50.0) çevrenin etkisi, 1 katılımcı (%6.3) kendini ispatlama, 1 katılımcı (%6.3) özenme, 3 katılımcı (%18.8) stres/üzüntü ve 1 katılımcı (%6.3) diğer nedenlerden dolayı sigaraya başladığını belirtti. Minarecioğlu'nun 2021 yılında Sivas ili din görevlilerinde yaptığı çalışmada katılımcıların sigaraya başlama nedenleri incelendiğinde %18'i (n=9) merak, %30'u (n=15) çevre, %16'sı (n=8) özenme, %2'si (n=1) yasağa tepki, %34'ü (n=17) stres ve üzüntü nedeniyle sigaraya başlamış idi (152). Demir'in 2021 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi ilahiyat fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmaya katılanların öğrencilerin sigaraya başlama sebeplerine bakıldığında stres/üzüntü %28.1, çevre etkisi %21.9, özenti ve merak %15.6 etkili olduğu bulunmuştu (153). Korkmaz ve arkadaşlarının Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara içen öğrencilerin %22'si sigaraya merak, %18.2' si arkadaş teşviki, %4.0'ü sigara içen aile büyüklerinin etkisi ile başladıklarını ifade etmişler idi (188). Kutlu ve arkadaşlarının 2008 yılında polislerde

yaptığı çalışmada sigaraya başlamada en önemli etken olarak birinci sıklıkta %46.6 sosyal çevre ve arkadaş grupları, ikinci sıklıkta %34.0 ile stres ve sıkıntı tespit edilmiş idi (189). Mutlu ve arkadaşlarının sağlık personeli arasında yaptığı çalışmada aktif olarak sigara kullananlarda sigaraya başlama sebebini sorduklarında %38.7 özenti, %28.5 stres, %23.4 merak %6.6 çevre baskısı olarak tespit edilmiş idi (173). Çalışmalarda sigaraya başlama nedenleri farklılık göstermekle birlikte çevre ve stress faktörleri diğer etkenlere göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Sigaraya başlama nedenlerinden çevre faktörünün etkisinin yüksek seviyede olması sigara bağımlılığı ile yapılan mücadelede bireyin olduğu kadar toplumun da bu mücadelede yer alması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini yanıtlayan 12 katılımcının sonuçları incelendiğinde; sabah uyandıktan sonra ilk sigarasını 6-30 dakika içinde içen 5 katılımcı (%41.7), 31-60 dakika içinde içen 3 katılımcı (%25.0), 1 saatten sonra içen 4 katılımcı (%33.3) bulunmaktaydı. Katılımcıların %50'si günde 10 adet ve daha az sigara içerken, %16.7'si 11-20 adet, %33.3'ü 21-30 adet sigara içmekte idi. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanan 4 katılımcı (%33.3) bulunmaktaydı. Katılımcıların %16.7'si uyanmayı takip eden ilk saatlerde günün geri kalan saatlerine nispeten daha fazla sigara içmekte idi. Katılımcıların 5'i (%41.7) günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsa dahi yine de sigara içeceğini belirtti. Katılımcıların %41.7'si gün boyunca içtiği sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanını sabah ilk içilen sigara olarak bildirdi. Fagerström bağımlılık düzeyleri incelendiğinde 4 kişinin (%33.3) çok az, 4 kişinin (%33.3) az, 1 kişinin (%8.3) orta, 3 kişinin (%25.0) yüksek düzeyde bağımlı olduğu saptandı. Sucaklı ve arkadaşlarının 2011 yılında din görevlilerinde yaptığı çalışmada Fagerström nikotin bağımlılık testine göre, 22 (%78.6) kişi düşük düzeyde, 6 kişi (%21.4) ise orta seviye bağımlı idi (155). Hassoy ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı çalışmaya katılım gösteren kişilerden sigara kullananlar arasında FNBT puanları irdelendiğinde %63.8'inin çok az bağımlı, %17.2'inin az bağımlı, %10.3'ünün orta bağımlı, %5.2'sinin yüksek bağımlı ve %3.4'ünün çok yüksek bağımlı oldukları görülmüştü (168). Açık ve arkadaşları Elazığ'da din görevlilerinde yaptığı çalışmada din görevlilerinin ancak %9.3'ünün

nikotin bağımlılık puanını yüksek olarak saptamış idi (190). Deveci ve arkadaşlarının Elazığ Emniyet Teşkilatı personelinde yaptığı çalışmada sigara içen Emniyet Teşkilatı personelinin %68.8' inin Fagerström nikotin bağımlılık puanı çok az ve az şeklinde idi (191).

Katılımcıların sigarayı bırakma deneyimine yönelik verileri incelendiğinde; “son bir yıl içinde sigarayı bırakma denemeniz oldu mu?” sorusuna yanıt veren 10 katılımcıdan 4'ünün (%40) yanıtı evet idi. Sigarayı bırakan 26 katılımcıdan %84.6'sı (n=22) kendi çabası ile, %3.8'i (n=1) ailesinin ve yakın çevresinin desteği ile, %11.5'i (n=3) diğer yollarla sigarayı bırakmış idi. Demir'in 2021 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi ilahiyat fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada sigarayı bırakmayı deneyen ilahiyat fakültesi öğrencilerinin %35.3'ü kendi kendine bırakmayı denerken, %52.9'u sağlık kuruluşu yardımıyla, %11.8'i ise ailesi ve yakın çevresinin desteği ile bırakmayı denediğini belirtmiş idi (153). Serez'in Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada sigara kullanan kişiler ve son bir yıl içinde sigarayı bırakanlara sigarayı bırakma yöntemleri sorulduğunda, çoğunluğun (%59.1) hiçbir yöntem kullanmadığını, %4.6'sı bırakma kliniği dahil olmak üzere danışmanlık hizmeti kullandığını, %6.5'i bant veya sakız gibi nikotin içeren tedavi denediğini, %2.1'i reçeteli ilaç kullandığını, %2.2'si televizyonda reklamı yapılan ürünleri kullandığını, %16.5'i azaltarak bırakmayı denediğini, %4'ü tiksindirme yöntemini denediğini, %5.5'i bırakmak için spor yaptığını, %4.5'i bu yöntemler dışındaki yöntemlerle sigarayı bırakmayı denediğini belirtmiş idi (192). Yapılan çalışmalarda kişinin sigara bırakma denemelerinde kendi çabasının yüksek olduğunu görmekteyiz. Sigara içen kişiler sigara bırakma hususunda sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmeli, gerekli tedavi yöntemlerine yönlendirilmeli, takipleri yapılmalı ve desteklenmelidir. Kişiler sigara ile mücadelede yalnız bırakılmamalı ve sigara karşıtı toplum bilinci sağlanmalıdır.

6. AVANTAJLAR VE KISITLILIKLAR

6.1. Avantajlar

Sigara konusunda literatürde çok fazla araştırma yapılmış olması sigara ile ilgili kaynaklara ulaşmak açısından bize yardımcı olmuştur. Çalışmamıza katılan ilahiyat fakültesi öğretim görevlerinin bilimsel çalışmalara destek olmak açısından anlayışlı olması çalışmamızın yapılış aşamasında bize kolaylık sağlamıştır.

6.2. Kısıtlılıklar

Literatürde sigara bağımlılığı ile ilgili farklı meslek gruplarına yönelik birçok çalışma mevcuttur ancak din görevlilerine yönelik özellikle de ilahiyat fakültesi öğretim görevlileri ile yapılmış kısıtlı sayıda çalışma vardır. Çalışmamızda kullandığımız anketin yüz yüze yapılmış olması ve bazı din görevlilerinin çalışmaya katılmak açısından gönüllü olmaması çalışmamızdaki kısıtlılıklarından biridir. Anketimizdeki bazı sorularda dinin sigaraya bakış açısı sorgulandığı için katılımcıların cevaplarının objektifliğinin olumsuz yönde etkilendiğini düşünmekteyiz.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Sigara kullanma oranının erkeklerde kadınlara kıyasla, daha çok olmasına rağmen bu farklılık istatistiki olarak anlamlı değildi ($p>0.05$)
- Sigara kullanma oranı 40 yaş üstü katılımcılarda 40 yaş ve altı katılımcılara kıyasla daha çok olmasına rağmen bu farklılık istatistiki olarak anlamlı değildi ($p>0.05$)
- Sigara kullanma oranı evli olanlarda evli olmayanlara kıyasla daha çok olmasına rağmen bu farklılık istatistiki olarak anlamlı değildi ($p>0.05$)
- Çalışma grubunu oluşturan katılımcıların şu an sigara kullanma yaygınlığı (prevalansı) %10.3 idi.
- Sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünen 99 kişi (%68.3) ve yasak olduğunu düşünmeyen 46 kişi (%31.7) bulunmakta idi.
- Çalışma grubundaki sigara kullanan katılımcılar içinde sigaraya başlama nedenleri incelendiğinde 2 katılımcı (%12.5) merak, 8 katılımcı (%50.0) çevrenin etkisi, 1 katılımcı (%6.3) kendini ispatlama, 1 katılımcı (%6.3) özenme, 3 katılımcı (%18.8) stres/üzüntü ve 1 katılımcı (%6.3) diğer nedenlerden dolayı sigaraya başladığını belirtti.
- Katılımcılar içinde sigara kullanımının İslam dini açısından yasak olduğunu düşünmeyenlerde düşünenlere göre sigara kullanma durumu daha yüksek idi ($p=0,021$).
- Mesleği gereği, sigara bağımlılığı olan hastalara yardımcı olmayı vazifesi olarak görmeyenlerde vazifesi olarak görenlere göre sigara kullanma durumu daha yüksek saptandı ($p=0,015$).
- Yapılmış olan çalışmalar gösteriyorki sigaranın zararlarından korunmada ailenin çocuklarına verdiği eğitim önemlidir. Öncelikle anne ve babanın rol model olarak sigara içmemesi gerektiğini düşünüyoruz. Bunun yanısıra sigara ile mücadelede birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sigara karşıtı eylemlerin, kampanyaların, önleyici kanunların ve eğitimsel önlemlerin çok önemli olduğunu düşünüyoruz. Davranış ve tutumları ile topluma örnek teşkil eden meslek gruplarından olan din görevlilerine sigara ile mücadelede topluma yol göstermesi konusunda büyük görev düşmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Global burden of disease (GBD 2019) [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2014 [cited 2023 Jan 9].
2. Mackay J, Eriksen M, Eriksen MP. The tobacco atlas. World Health Organization. 2002.
3. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikalar. Akçay Ş, editor. Türk Toraks Derneği Yayını. 2010;10:3–20.
4. Kanit L, Keser A, Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün bağımlılığının biyofizyolojisi. Türk Toraks Derneği Yayını. 2010;10:141–56.
5. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Handb Exp Pharmacol [Internet]. 2009;(192):29–60.
6. World Health Organization, International Union against Tuberculosis and Lung Disease. A WHO / the Union monograph on TB and tobacco control : joining efforts to control two related global epidemics. In: A WHO / the Union monograph on TB and tobacco control : joining efforts to control two related global epidemics. 2007.
7. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de tütün kontrolü politikaları. DSÖ Türkiye Ofisi: DSÖ yayını. Danimarka. 2010;15–32.
8. Courtney R. The health consequences of smoking-50 years of progress: A report of the surgeon general, 2014Us department of health and human services Atlanta, GA: Department of health and human services, centers for disease control and prevention, national center for: Critique. Drug Alcohol Rev [Internet]. 2015;34(6):694–5.
9. Eriksen M, Mackay J, Schluger N. The Tobacco Atlas. 5th ed. American Cancer Society; 2017.
10. Institute of Medicine, Committee on Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths. Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths. Bonnie RJ, Lynch BS, editors. Washington, D.C., DC: National

Academies Press; 1994.

11. Deveci SE, Güler H, Deveci F, Açık Y, Muz MH. Elazığ Emniyet Teşkilatı personelinin sigara içme davranışları, bağımlılık düzeyleri ve sigara-sağlık ilişkiyaklaşımları. *Solunum Hastalıkları*. 2005;16:12–27.
12. Çanakcı AA. Cami Cemaatinin Din Görevlilerine Bakışı: Balıkesir Örneği. *Balıkesir İlahiyat Dergisi*. 2015;1(2):253–82.
13. Dağlı Z. Bağımlılıkla Mücadele Politikasında Din Görevlilerinin Rolü Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*. 2019;(2).
14. Doğan A. Değerler Eğitiminde Cami ve Çevresinin Sorumlulukları, Uluslararası Sempozyum İnsan Değerlerinin Yeniden İnşası Tebliğler Kitabı. Erzurum, ss; 2015.
15. Hıstorique LD, Güven Şahin U, Taşlıgil N. Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie [Internet]. Org.tr. [cited 2023 Jan 9].
16. Karabacak K. Türkiye’de Tütün Tarımı ve Coğrafi Dağılışı Tobacco agriculture and geographical distribution in Turkey [Internet]. Org.tr. [cited 2023 Jan 9].
17. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. Genel Tütüncülük Ders Notları İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları. 1979:2–5.
18. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. 2014;
19. International Agency for Research on Kanser. International Agency for Research on Kanser. 2004;
20. Fowles J, Dybing E. Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. *Tob Control* [Internet]. 2003 [cited 2023 Jan 9];12(4):424–30.
21. Food US, Drug Administration, editors. Guidance for Industry and FDA Staff:

- “Harmful and Potentially Harmful Constituents” in Tobacco Products as Used in Section 904(e) of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Rockville, MD; 2011.
22. Colagara H, Jorsaraeega T. Cigarette smoking and the risk of male infertility. *Pakistan J Biol Sci.* 2007;
 23. Tobacco [Internet]. Who.int. [cited 2023 Jan 9].
 24. Shiffman S. *Fast Facts: Smoking Cessation.* 3rd ed. Abingdon, England: Health Press; 2016.
 25. Critchley JA, Unal B. Health effects associated with smokeless tobacco: a systematic review. *Thorax* [Internet]. 2003 [cited 2023 Jan 9];58(5):435–43.
 26. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health* [Internet]. 2017;32(8):1018–36.
 27. *The health consequences of smoking: a report of the surgeon general.* Centers for Disease Control and Prevention. 2004;
 28. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2014;370:60–8.
 29. ASH. Fact sheets [Internet]. ASH. [cited 2023 Jan 9].
 30. Org.uk. [cited 2023 Jan 9].
 31. Ferri CP, West R, Moriyama TS, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. Tobacco use and dementia: Evidence from the 1066 dementia population-based surveys in Latin America, China and India. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2011;26:1177–85.
 32. Org.uk. [cited 2023 Jan 9].
 33. Benowitz NL. The role of nicotine in smoking-related cardiovascular disease. In: *Nicotine safety and toxicity.* Oxford: Oxford University Press; 1997. p. 412–7.
 34. ASH. Secondhand smoke [Internet]. ASH. [cited 2023 Jan 9].
 35. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017. World Health Organization

- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. 2017;
36. Geneva: World Health Organization. World Health Organization WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. 2011;
 37. Department US, Health H. How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You. Atlanta: US Department of Health and Human Services. 2010;
 38. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V. 21st Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2013;368:341–50.
 39. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2004;291(10):1238–45.
 40. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services. 2014;
 41. Org.uk. [cited 2023 Jan 9].
 42. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services. 2010;
 43. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Office of the Surgeon General. 2001;
 44. Lee YC, Hashibe M. Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries. *Annals of Global Health* Sep-Oct. 2014;80:378–83.
 45. Torre L. Global cancer statistics. *Cancer Journal for Clinicians*. 2012;65:87–108.
 46. Secretan B. A review of human carcinogens-Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncology*. 2009;10(11):1033–4.
 47. Florou AN. Clinical significance of smoking cessation in subjects with cancer: a 30-year review. *Respiratory Care*. 2014;59(12):1924–36.
 48. Karam-Hage M, Cinciripini PM, Gritz ER. Tobacco use and cessation for cancer

- survivors: an overview for clinicians. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* Jul-Aug. 2014;64:272–90.
49. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease : a report of the Surgeon General. Office of Surgeon General. 2010;
 50. Ratchford EV. Approach to smoking cessation in the patient with vascular disease. *Curr Treat Options*.
 51. Erhardt L. Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular disease. *Atherosclerosis*. 2009;205:23-e32.
 52. Harris B. The intractable cigarette ‘filter problem. *Tob Control*. 2011;20:10-e16.
 53. Mackay DF, Irfan MO, Haw S, Pell JP. Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke-free legislation on acute coronary events. *Heart*. 2010;96:1525-e1530.
 54. Liapis CD, Avgerinos ED, Kadoglou NP, Kakisis JD. What a vascular surgeon should know and do about atherosclerotic risk factors. *J Vasc Surg [Internet]*. 2009;49(5):1348–54.
 55. Wilmk TB, Quick CR, Day NE. The association between cigarette smoking and abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg [Internet]*. 1999;30(6):1099–105.
 56. Fitch KV, Stavrou E, Looby SE, Hemphill L, Jaff MR, Grinspoon SK. Associations of cardiovascular risk factors with two surrogate markers of subclinical atherosclerosis: endothelial function and carotid intima media thickness. *Atherosclerosis [Internet]*. 2011;217(2):437–40.
 57. Vlachopoulos C, Alexopoulos N, Panagiotakos D, O’Rourke MF, Stefanadis C. Cigar smoking has an acute detrimental effect on arterial stiffness. *Am J Hypertens [Internet]*. 2004;17(4):299–303.
 58. Małeckı R, Zdrojowy K, Adamiec R. Thromboangiitis obliterans in the 21st century e a new face of disease. *Atherosclerosis*. 2009;206:328-e334.
 59. Lawrence PF, Lund OI, Jimenez JC, Muttalib R. Substitution of smokeless

- tobacco for cigarettes in Buerger's disease does not prevent limb loss. *J Vasc Surg* [Internet]. 2008;48(1):210–2.
60. Paraskevas KI, Liapis CD, Briana DD, Mikhailidis DP. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease): searching for a therapeutic strategy. *Angiology* [Internet]. 2007;58(1):75–84.
 61. Suter LG, Murabito JM, Felson DT, Fraenkel L. Smoking, alcohol consumption, and Raynaud's phenomenon in middle age. *Am J Med* [Internet]. 2007;120(3):264–71.
 62. Pope JE. The diagnosis and treatment of Raynaud's phenomenon: a practical approach. *Drugs*. 2007;67(4):517–25.
 63. Orth SR. Effects of smoking on systemic and intrarenal hemodynamics: influence on renal function. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2004;15 Suppl 1:S58-63.
 64. Paraskevas KI, Bessias N, Papas TT, Gekas CD, Andrikopoulos V, Mikhailidis DP. Do different vascular risk factors affect all arteries equally? *Angiology* [Internet]. 2008;59(4):397–401.
 65. Al-Delaimy WK, Manson JE, Solomon CG, Kawachi I, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* [Internet]. 2002;162(3):273–9.
 66. Eliasson B. Cigarette smoking and diabetes. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2003;45(5):405–13.
 67. Campbell C, Moffatt S, Stamford RJ. Smoking and smoking cessation e the relationship between cardiovascular disease and lipoprotein metabolism: a review. *Atherosclerosis*. 2008;201:225–e235.
 68. Leone A. Smoking, haemostatic factors, and cardiovascular risk. *Curr Pharm Des* [Internet]. 2007;13(16):1661–7.
 69. Thatcher TH, Woeller CF, McCarthy CE, Sime PJ. Quenching the fires: Pro-resolving mediators, air pollution, and smoking. *Pharmacol Ther* [Internet]. 2019;197:212–24.

70. Xu M, Zhang Y, Kun-Qi Y. Potential harmful effects of PM_{2.5} on occurrence and progression of acute coronary syndrome: epidemiology, mechanisms, and prevention measures. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13.
71. Kaunelienė V, Meišutovič-Akhtarjeva M, Martuzevičius D. A review of the impacts of tobacco heating system on indoor air quality versus conventional pollution sources. *Chemosphere [Internet]*. 2018;206:568–78.
72. Wijnhoven HJHL, Geraedts MC, Hafmans T, Vina JR, Dekhuijzen PN. Oxidative and nitrosative stress in the diaphragm of patients with COPD. *Int J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2006;1:173–9.
73. *The Health Consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease. A Report of the Surgeon General*. San Francisco; 1984.
74. Vassallo R, Ryu JH. Smoking-related interstitial lung diseases. *Clin Chest Med [Internet]*. 2012;33(1):165–78.
75. Dennish GW, Castell DO. Inhibitory effect of smoking on the lower esophageal sphincter. *New England Journal of Medicine*. 1920;284:1136–7.
76. Ellis FG, Kauntze R, Trounce JR. The innervation of the cardia and lower oesophagus in man. *Br J Surg*. 1960;47:466–72.
77. Kahrilas PJ, Gupta RR. The effect of cigarette smoking on salivation and esophageal acid clearance. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 1989;114(4):431–8.
78. Trudgill NJ. Impact of smoking cessation on salivary function in healthy volunteers. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1998;33(6):568–71.
79. Ootani H, Iwakiri R, Shimoda R, Nakahara S, Amemori S, Fujise T, et al. Role of *Helicobacter pylori* infection and nonsteroidal anti-inflammatory drug use in bleeding peptic ulcers in Japan. *J Gastroenterol*. 2006;41:41–6.
80. Garrow D, Delegge MH. Risk factors for gastrointestinal ulcer disease in the us population. *Dig Dis Sci*. 2010;55:66–72.
81. Chen MH, Wu MS, Lee WC, Hp W, Lin JT. A multiple logistic regression

- analysis of risk factors in different subtypes of gastric ulcer. *Hepatogastroenterology*. 2002;49:589–92.
82. Parasher G, Eastwood GL. Smoking and peptic ulcer in the *Helicobacter pylori* era. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000;12:843–53.
 83. Andersen IB, Jorgensen T, Bonnevie O, Gronbaek M, Sorensen TI. Smoking and alcohol intake as risk factors for bleeding and perforated peptic ulcers: a population-based cohort study. *Epidemiology*. 2000;11:434–9.
 84. Endoh K, Leung FW. Effects of smoking and nicotine on the gastric mucosa: A review of clinical and experimental evidence. *Gastroenterology*. 1994;107:864–78.
 85. Ainley CC, Forgacs IC, Keeling PW, Thompson RP. Outpatient endoscopic survey of smoking and peptic ulcer. *Gut*. 1986;27:648–51.
 86. Wallace JL, Cirino G, Nucci D, Mcknight G, Macnaughton W. Endothelin has potent ulcerogenic and vasoconstrictor actions in the stomach. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 1989;256:G661–6.
 87. Bruggeman TM, Wood JG, Devenport HW. Local control of blood flow in the dog's stomach: vasodilatation caused by acid back-diffusion following topical application of salicylic acid. *Gastroenterology*. 1979;77:736–44.
 88. Ma L, Chow JY, Cho CH. Mechanistic study of adverse actions of cigarette smoke exposure on acetic acid-induced gastric ulceration in rats. *Life Sci*. 1998;62:257–66.
 89. Battistel M, Plebani M, Di MF, Lippe LT, Holzer P. Chronic nicotine intake causes vascular dysregulation in the rat gastric mucosa. *Gut*. 1993;34:1688–92.
 90. Parente F, Lazzaroni M, Sangaletti O, Baroni S, Bianchi Porro G. Cigarette smoking, gastric acid secretion, and serum pepsinogen I concentrations in duodenal ulcer patients. *Gut*. 1985;26:1327–32.
 91. Mertz DP, Thongbhoubesra T. Thongbhoubesra T: Effect of nicotine on the production of gastric acid (author's transl). *Med Klin*. 1976;71:150–5.

92. Ligny G, Van Ccauter J, Henry JP. The effect of cigarette smoking on the cicatrization of duodenal ulcers in patients with cimetidine. The role of acid hypersecretion. *Rev Med Brux*. 1989;10:233–8.
93. Walker V, Taylor WH. Cigarette smoking, chronic peptic ulceration, and pepsin I secretion. *Gut*. 1979;20:971–6.
94. Chang FY, Cheng JT, Lee FY, Wang TF, Lai KH, Lee SD, et al. Serum pepsinogen I levels in patients with non-ulcer dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol*. 1990;5:271–6.
95. Ananthakrishnan AN. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2013;9:367–74.
96. Lawrance IC, Murray K, Batman B, Geary RB, Grafton R, Krishnaprasad K, et al. Crohn's disease and smoking: Is it ever too late to quit? *J Crohns Colitis*. 2013;7:e665–71.
97. Lunney PC, Leong RW. Review article: Ulcerative colitis, smoking and nicotine therapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36:997–1008.
98. Somerville KW, Logan RF, Langman EM. Smoking and crohn's disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984;289:954–6.
99. Department of Health and Human Services. *ess, The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* . U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. 2006;
100. *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention. 2020;
101. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: US Department of Health and Human Services. 2014;
102. *CDCTobaccoFree. Benefits of quitting [Internet]*. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [cited 2023 Jan 9].

103. Moal L, Koob M. Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*. 2007;17.
104. Glassman AH, Koob GF. Psychoactive smoke. *Nature* [Internet]. 1996;379(6567):677–8.
105. Fiore MC, Jaen CR. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008;
106. Birliği A. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. E Körođlu (Çev) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013;158.
107. Sađlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turk J Med Sci*. 2012;42(3):515–22.
108. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119–27.
109. De Leon J, Diaz FJ, Becona E, Gurpegui M, Jurado D, Gonzalez-Pinto A. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addict Behav*. 2003;28:1481–6.
110. McLaughlin I, Dani JA, Biasi D. Nicotine withdrawal. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2015;24:99–123.
111. Biasi D, Salas M. Influence of neuronal nicotinic receptors over nicotine addiction and withdrawal. *Experimental Biology and Medicine*. 2008;233(8):917–29.
112. Filozof C, Fernandez P, Fernandez C. Smoking cessation and weight gain. *Obesity reviews*. 2004;5:95–103.
113. Org.tr. [cited 2023 Jan 9].
114. Fiore MC, Jaen CR, Baker T. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Update. 2008;
115. Anderson JE, Jorenby DE. Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. *Chest*. 2002;121:932–41.

- 116.Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. *Akciğer Arşivi*. 2003;4:225–34.
- 117.PublicHealth Service Report The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. *Am J Prev Med*. 2008;35:158–76.
- 118.int/tobacco/mpower WWW. mpower TÜTÜN SALGININI KONTROL ETMEYE YÖNELİK POLİTİKA PAKETİ [Internet]. Who.int. [cited 2023 Jan 9].
- 119.Who.int. [cited 2023 Jan 9].
- 120.Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol*. 1992;11:331–4.
- 121.Kılınç O. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*. 2012;5(2).
- 122.Stead LF, Perera R, Bullen C. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11.
- 123.Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA*. 2014;311:193–4.
- 124.Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:281–99.
- 125.Sweeney CT, Fant RV, Fagerstrom KO, MCGovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. *CNS Drugs*. 2001;15:453–67.
- 126.Prochaska JJ. Nicotine Replacement Therapy as a Maintenance Treatment. *JAMA*. 2015;314(7):718–9.
- 127.Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2).
- 128.Yildiz D. Nicotine, its metabolism and an overview of its biological effects. *Toxicol [Internet]*. 2004;43(6):619–32.

129. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA*. 2000;283(24):3244–54.
130. Abakay A, Isik R. Pharmacological therapy in smoking cessation: Nicotine replacement therapies. *Güncel göğüs hastalık serisi* [Internet]. 2017;4(1):104–7.
131. Molander L, Lunell E. Pharmacokinetic investigation of a nicotine sublingual tablet. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001;56:813–9.
132. Covey LS, Sullivan MA, Johnston JA. Advances in non-nicotine therapy for smoking cessation. *Drugs*. 2000;59:17–31.
133. Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation: Mechanisms and prospects. *CNS Drugs*. 2000;13:265–85.
134. Chiara D. Role of dopamine in the behavioral actions of nicotine related to addiction. *European Journal of Pharmacology*. 2000;393:295–314.
135. Jain R, Mukherjee K. Biological basis of nicotine addiction. *Indian Journal of Pharmacology*. 2003;35:281–9.
136. Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotinic antagonist. *J Pharmacol Exp Ther*. 2000;295:321–7.
137. Jimenez RC. Pharmacological treatment for smoking cessation. *Eur Respir Mon*. 2008;42:74–97.
138. Wilkes S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International Journal of COPD*. 2008;3:45–53.
139. Hays JT, Ebbert JO. Bupropion sustained release for treatment of tobacco dependence. *Mayo Clinic Proceed*. 2003;78:1020–4.
140. Hezer H. Pharmacological Treatment In Smoking Cessation: Bupropion. *Güncel göğüs hastalık serisi* [Internet]. 2017;4(1):108–13.
141. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;

- 142.Tapper AR, Mckinney SL, Nashmi R. Nicotine activation of alpha4* receptors: Sufficient for reward, tolerance, and sensitization. *Science*. 2004;306:1029–32.
- 143.Schwartz RS, Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;24:2295–303.
- 144.Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG. Varenicline: An alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem*. 2005;48:3474–7.
- 145.Stapleton JA, Watson L, Spirling LI. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction*. 2008;103:146–54.
- 146.World Health Organization. World health statistics 2010. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2010.
- 147.Kutlu R, Çivi S, Karaoğlu O. Polislerde sigara içme sıklığı ve depresyon arasındaki ilişki. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2008;7(1):31–8.
- 148.Açık Y, Karaman F, Sezer H. Elazığ ili Diyanet Çalışanlarının sigara konusundaki tutum ve davranışları. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. Adana; 1998.
- 149.Bakanlığı S. Temel Sağlık Hizmetleri G. M. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). 2010;
- 150.Minarecioğlu S. Sivas'ta görev yapan din görevlilerinin sigara içme davranışlarının belirlenmesi (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). 2021.
- 151.Demir Y. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat fakültesi öğrencilerinin sigara konusunda tutum ve sıklıkları (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). 2021.
- 152.Dogan M, Cetinkaya F, Senol V, Nacar M. Smoking behaviors and viewpoints of smoking by Erciyes University, Faculty of Theology students. *J Relig Health [Internet]*. 2021;60(3):1729–38.
- 153.Sucakli MH, Ozer A, Celik M, Kahraman H, Ekerbicer HC. Religious officials' knowledge, attitude, and behavior towards smoking and the new tobacco law in Kahramanmaras, Turkey. *BMC Public Health [Internet]*. 2011;11:602.

154. Keten HS, Sucaklı MH, Ersoy O, Ucer H, Sari N, Celik M. Efficacy of an education program on smoking and its hazards: Evaluation of a conference. *Kafkas J Med Sci [Internet]*. 2014;4(1):14–8.
155. Uçar RU. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Profili, Akademik Eğilimleri ve Aldıkları Eğitime İlişkin Memnuniyet Algıları (İnönü Üniversitesi Örneği). *İnönü Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2017;8(2):105–78.
156. Doğanığit S, Kolukirik K, Metin M. İmam-Hatip ve Müezzin-Kayyım Olarak Görev Yapan Bireylerin Ses Kullanımına Yönelik Bilinç Düzeyleri ve Ses Sorunları. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;20(1):17–42.
157. Sarıca S. Prevalence and risk factors for voice problems in imams. *Turk J Fam Med Prim Care [Internet]*. 2018;275–80.
158. Keten HS, Kahraman H, Uçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):58–62.
159. Hekimlerin Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Klin Tıp Aile Hekim Derg*. 2017;9.
160. Yengil E. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. *Konuralp Medical Journal*. 2014;6(3):1–7.
161. Amaç ÖZ. Kamu Üniversitesi Çalışanlarında Aktif ve Pasif Sigara İçicilik Durumu, Bağımlılık Düzeyi ve Değişimin Aşamaları Status of Active and Passive Smoking.
162. Barış SA, Yıldız F, Başığit İ, Boyacı H. Kocaeli’de sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2011;59(2):140–5.
163. Demirel Y, Sezer R. Sivas bölgesi üniversite öğrencilerinde sigara kullanma sıklığı. *Erciyes Tıp Derg*. 2005;27(1):1–6.
164. Academia.edu. [cited 2023 Jan 9].
165. TÜİK Kurumsal [İnternet]. Gov.tr. [cited 2023 Jan 9].

- 166.Hassoy D, Ozvurmaz S. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2021;4(3):140–7.
- 167.Üzer F. An overview of smoking habits of state hospital staff workers. *Turkish Journal of Family Practice*. 2018;22(2):92–9.
- 168.Bakır B. Güle M. Tümerdem N. Özer M., Kılıç S., Hasd, M., & Komutanlığı, T. S. İstanbul Ve Ankara'daki Bir Grup Asker Arasında Sigara İçme Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi (Gtd) Gülhane Medical Journal (Gmj)*. 2003 53.
- 169.Buğdaycı R, Şaşmaz T, Gökçe H, Kutay S, Gökdemir H. Mersin ilindeki kamu kuruluşlarında memurların sigara içme sıklığı ve nikotin bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010;8(2):74–82.
- 170.Park EJ, Koh HK, Kwon JW, Suh MK, Kim H, Cho SI. Secular trends in adult male smoking from 1992 to 2006 in South Korea: Age-specific changes with evolving tobacco-control policies. *Public Health*. 2009;123:657–64.
- 171.Mutlu P, Emre JÇ, Dirican N, Deniz S, Aksoy Ü. Smoking Status According to Occupational Groups in Hospital Personnel and Level of Information about Smoking Cessation Consultation Services. *Troia Medical Journal*. 1(1):13–9.
- 172.Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2009;19(1):9–15.
- 173.Aşut Ö, Kalaça S. Türk Tabipleri Birliği Yöneticilerinde Sigara İçme Alışkanlığı. 2005.
- 174.Santos AC, Barros H. Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999–2000. *Prev Med*. 1999;38:114–9.
- 175.Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan F, Özkurt S, Kıter G, Zencir M. Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin özellikleri. *Toraks sigara içme Dergisi*. 2007;8(3):179–84.
- 176.Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki

- sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2007;55:43–50.
177. Açıık Y, Aytaç S, Erhan Deveci S. Bir polis okulu öğrencilerinde sigara kullanım sıklığı araştırması. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi (YA The Eurasian Journal of Medicine)*. 2001;33:23–7.
178. Özdemir ME, Kibik A, Benli AR. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü İş Sağlığı Periyodik Muayenelerine Katılan Personellerde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *OHS ACADEMY*. 3(1):28–34.
179. Buturak ŞV, Günal N, Özçiçek G, Rezaki Ö, Koçak H, Kırıcı OM. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Sigara Bağımlılık Şiddetleri. *Turkish J Clin Lab*. 2016;7(3).
180. Pirinççi E, Deniz S, Deveci SE, Yurt N, Üçer E, Oğuzöncül AF, et al. Muhtarlarda Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. *Firat Tıp Dergisi*. 2017.
181. Tuncer R, Alican EN, Beyhan A, Kolaç N. Sigara İçen ve İçmeyen Erişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 4(2).
182. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi*. 2007;8(2):110–4.
183. Yong H, Hamann SL, Borland R, Fong GT, Omar M, Itc-Sea &. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science and Medicine*. 2009;69(7):1025–31.
184. Pekşen Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. Smoking prevalence and affecting factors in students of Ondokuz Mayıs University physical education and sports academy. *Journal of Dependence*. 2005;6:111–6
185. Saeed AAW, Khoja TA, Khan SB. Smoking behavior and attitudes among adult Saudi nationals in Riyadh city, Saudi Arabia. *Tobacco Control*. 1996;5:215–9.
186. Korkmaz M, Ersoy S, Özkahraman Ş, Duran ET, Uslusoy EÇ, Sıtkı ORAK, et al.

Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Tütün Mamulleri-Alkol Kullanım Durumları ve Sigaraya Yaklaşımları, Tobacco Products-Alcohol Consumption Status and Approach to Smoking in Students of Suleyman Demirel University. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2013;20(2):34–42.

187.Kutlu R., Çivi S., & Karaoğlu O. Polislerde sigara içme sıklığı ve depresyon arasındaki ilişki. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008 7(1), 31-38.

188.Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. 2013.

