

T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

SİĞARA İÇİM PROFİLİNİN
NIKOTİN REPLASMAN TEDAVİSİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

137943

Dr. MURAT NAVRUZ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2003

T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SİGARA İÇİM PROFİLİNİN
NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİSİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. MURAT NAVRUZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yard. Doç. Dr. PEMRA CÖBEK ÜNALAN

İSTANBUL, 2003

ÖNSÖZ

Bu tezin konusunu bulmak çok zamanımı aldı. Fakat konuyu belirleyip de çalışmalara başlayınca zamanın nasıl geçtiğini anlamadım. Sigaraya karşı lise yıllarımdan beri belirgin bir antipatim vardı. Bu antipatinin en yoğun bir biçimde hayata geçmesi herhalde bu tez çalışması sırasında olmuştur.

Asistanlık eğitimimiz sırasında görüş ve önerileriyle bizlere yol gösteren Anabilim Dalı kurucumuz Dr. Çağrı Kalaca'ya, tez konusunu netleştirme aşamasında önerilerinden faydalandığım Prof. Dr. Berrin Ceyhan ve Prof. Dr.Mehmet Sungur'a, tez çalışması sırasında desteklerini sürekli hissettiğim bölüm uzmanlarına ve asistanlarına, tezin müdahale çalışmaları sırasında yer ve zaman olanağı tanıyan Marmara Üniversitesi Göztepe Kampüsü Rektörlüğü ve Mediko Sosyal Merkezi'ne, anket ve müdahale çalışması sırasında gösterdikleri anlayıştan dolayı tüm Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü çalışanlarına, ve asistanlık sürem ve tezimin her aşamasında değerli katkılarını sakınmayan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Pemra C. Ünalın'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	III
Özet	VI
İngilizce Özet (Abstract)	VII
Kısaltmalar Dizini	VIII
Tablolar Dizini	IV
1. Giriş Ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Sigara Nedir?.....	4
2.2. Tütün ve Sigaranın Tarihçesi.....	4
2.3. Sigara Dumanının Farmakoljisi.....	6
2.4. Nikotin Bağımlılığı.....	8
2.5. Sigara Epidemiyolojisi.....	9
2.5.1. Türkiye’de Sigara.....	10
2.6. Sigarayla Mücadele.....	15
2.6.1 Devlet Politikaları.....	16
2.6.2. Türkiye’de Sigarayla Mücadele.....	20
2.7. Sigaranın Bırakılması.....	22
2.7.1. Yararları.....	22
2.7.2. Bırakma İşlemi ve Zorlukları.....	23
2.7.3. Bırakmaya Yardımcı Metodlar.....	24
2.7.4. Doktor Yönlendirmeleri.....	25
2.7.5. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi.....	26
2.7.6. İlgili Web Sitelerinden Bazıları.....	33
3. Gereç Ve Yöntem	34
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	34
3.2. Araştırmanın Evreni.....	34
3.3. Araştırmanın Tipi.....	34
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.5. Anketin İçeriği ve Uygulanması.....	35
3.6. Müdahale Aşaması.....	36
3.7. Takip.....	36
3.8. Verilerin Analizi.....	36
3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	37
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
4. Bulgular	38
4.1. Demografik Veriler.....	38
4.2. Sigara İçme Oranları ve Günlük İçilen Sigara Adedi Verileri.....	40
4.3. Değişim Modeli Aşamaları ile İlgili Veriler.....	43
4.4. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği ile İlgili Veriler.....	45
4.5. Sigara İçim Profili Testi ile İlgili Veriler.....	48
4.6. Müdahale Grubu ile İlgili Veriler.....	53
4.6.1. Başarılı veya başarısız olarak değerlendirilenler ile ilgili veriler.....	59
5. Tartışma	64
5.1. Demografik Veriler.....	64
5.2. Sigara İçme Oranları ve Günlük İçilen Sigara Adedi.....	64
5.3. Değişim Modeli Aşamaları.....	66

5.4. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği.....	68
5.5. Sigara İçim Profili Testi	69
5.6. Sigara İçim Profil Grupları.....	69
5.7. Müdahale Grubu.....	70
5.8. Başarılı Grup.....	71
6. Sonuçlar.....	73
7. Kaynaklar.....	75
8. Ekler.....	79
8.1. Sigarayla Mücadele Yasası.....	79
8.2. Anket Formu.....	81
8.3. Müdahale Grubu Bilgilendirme ve Takip Formu.....	85
9. Araştırma Etik Kurulu Onayı.....	89



ÖZET

Sigara içenlerin, sağlıkları için yapabilecekleri ilk ve en önemli şey sigarayı bırakmalarıdır. Sigara, kişinin ve toplumun sağlığına ve ekonomisine zarar vermektedir.

Kişilerin neden ve nasıl sigara içtikleri farklıdır. Bu farklar değerlendirilip, sigara içim profilleri saptanarak, sigarayı daha kolay bırakabilecek kişiler önceden tahmin edilebilir.

Bu amaçla; bir anket çalışmasıyla Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Eğitim Kampüsü'ndeki tüm personele ulaşılmaya çalışıldı. %36'sının sigara içim sıklığı, sigarayı bırakma konusundaki düşünce ve eylem aşamaları, içim profilleri, nikotin bağımlılık dereceleri saptandı. Sigara bırakmak isteyen 61 kişiye, bırakmaya yardımcı metodlardan biri olan nikotin replasman tedavisi önerildi. Altı ay sonra içim profillerine göre sigara bırakma başarısı değerlendirildi.

Sözedilen evrende sigara içim sıklığı %34.7'ydi (n=874). Kadınlar ile erkekler arasında içim sıklığı neredeyse eşitti (%34.5, %34.8). Sigarayı bırakma eyleminde olanların ortalama yaşı 30, sigarayı bırakmayı başaranların ortalama yaşı 40 idi.

Müdahaleye gelenlerin (n=61), 16'sı (%26.2) sigarayı bırakmayı başardı. Sigarayı bırakmada, erkekler kadınlara göre çok daha başarılı oldular. Stres profilinden olanlar, sigara bırakma konusunda koşullanma ve yoksunluk profillerine göre çok daha az başarılı oldular.

Sonuç olarak, her sigara içen kişiye sigara bırakmak konusunda destek olunmalıdır. Özellikle kadın veya stres profilinden olanların sigarayı bırakmaları konusunda, nikotin replasman tedavisinin yanında destekleyici diğer davranışsal ve ilaç tedavileri kullanılmalıdır. Geçmişteki başarısızlıklara rağmen sigara bırakma konusunun gündemde tutulması ve yakın takip ile, sigara içenlerin sigara bırakma başarı oranlarının artırılması hedeflenmelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Tütün, sigara, profil, bağımlılık, nikotin replasmanı.

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

For smokers, the most important thing to improve their health is quitting smoking. Smoking has adverse effects on both smokers and community due to health and economy.

Learning more about how and why they smoke, will help physicians make a plan to help to quit.

For this purpose, a trial was done in faculties of Marmara University at Göztepe and Haydarpaşa Campus. We tried to reach all of the people except students. We reached 36% of the target population at these places. The smoking prevalence, the stages of change about stopping smoking, the smoker's profiles and nicotine dependence state had been evaluated by a survey. After this, an intervention for smoking cessation with transdermal nicotine patch therapy is done for 61 patient who intended to stop smoking. After six months, the success rates between smokers' profiles had been compared.

Smoking prevalence was 34.7% in the research group (n=874). The prevalence between male and female was approximately equal (%34.8, %34.5). The mean age for action stage in smoking cessation was about 30. The mean age for maintenance stage was about 40.

The success rate of our intervention group was 26.2%. Being male was the factor associated with success in stop smoking. Being in the stress profile group was associated with failure.

As a result, all smokers should be encouraged to stop smoking. Especially for woman and smokers who are in stress profile, combine nicotine replacement therapy with other modalities related with smoking cessation such as behavioral and pharmacologic therapies. In spite of failure attempts, stopping smoking should be reevaluated. With close follow up, the goal should be to increase the success rate of quitting

KEYWORDS: Tobacco, smoking, dependence, profile, nicotine replacement.

KISALTMALAR DİZİNİ

AB:	Avrupa Birliği.
DMA:	Değişim Modeli Aşamaları.
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü.
FDA:	Federal Drug Administration.
FNB:	Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı.
IUATLD:	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
NRT:	Nikotin Replasman Tedavisi.
SSUK:	Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi.
SİPT:	Sigara İçim Profil Testi.
TTB:	Türk Tabipler Birliği.



TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Sigara dumanı içeriklerinden bazıları.....	7
Tablo 2. Türkiyede yapılan sigarayla ilgili bazı yayınların özet bilgileri.....	14
Tablo 3. Günlük içilen sigara sayısına göre tavsiye edilen başlangıç nikotin bant dozları.....	29
Tablo 4. Haydarpaşa ve Göztepe Kampüsü'nde akademik, idari, ve sözleşmeli olarak çalışan tüm personelin dağılımı.....	38
Tablo 5. Anket çalışması sırasında ulaşılan katılımcıların demografik özelliklerin dağılımı.....	39
Tablo 6. Sigara içme oranları ve günlük içilen sigara adedi değerlerinin (minimum, maksimum, ortalamalar ve standart sapmalar) sosyodemografik verilere göre dağılımı.....	41
Tablo 7. Cinsiyetlerin, evli olup olmama durumuna göre ayrılarak, yaş grupları, eğitim durumları ve görev yerlerine göre sigara içme sıklığı.....	42
Tablo 8. Genel ve cinsiyetler arasında değişim modeli aşamaları dağılımı.....	44
Tablo 9. Sigara İçicilerin değişim modeli aşamalarına göre yaş durumları.....	45
Tablo 10. İçilen günlük sigara miktarı, katılımcıların görevi, cinsiyet, öğrenim durumu ve medeni duruma göre 'Değişim Modeli Aşamaları'nın dağılımı.	
Tablo 11. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skoru genel değerleri.....	45
Tablo 12. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skorları'nın dağılımı.....	46
Tablo 13. Nikotin Bağımlılığı Skoru'nun ortalaması ve cinsiyetler arasında karşılaştırılması.....	46
Tablo 14. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Derecesi'nin genel ve cinsiyetlere göre dağılımı.....	47
Tablo 15. F NB derecelerinde değişim modeli aşamaları dağılımı.....	47
Tablo 16. Sigara içenlerin profil testi sonuçlarına göre dağılımı.....	48
Tablo 17. Katılımcıların, yeterli puan aldıkları herbir profil grupuna kaydedilmesi sonucu oluşan dağılım.....	49
Tablo 18. Herbir profilin, günlük içilen sigara adedi, F. N. B. skoru ve yaş değerlerinin: minimum, maksimum ortalama ve standart sapmaları.	
Tablo 19. Herbir profilin, cinsiyetlere göre dağılımı.....	50

Tablo 20. Herbir profilin, evli olup olmama durumuna göre dağılımı.....	50
Tablo 21. Herbir profilin öğrenim durumuna göre dağılımı.....	51
Tablo 22. Herbir profilin görev yerine göre dağılımı.....	51
Tablo 23. Herbir profilin Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Derecesi'ne göre dağılımı.....	52
Tablo 24. Herbir profilin, çocuğu olup olmama durumuna göre dağılımı.....	52
Tablo 25. Herbir profilin, değişim modeli aşamalarına göre dağılımı.....	53
Tablo 26. Sigarayı bırakmak için gelen kişiler (müdahale grubu) ile, bunun dışında kalan düzenli sigara içicilerin demografik özellikler bakımından dağılımı.....	54
Tablo 27. Sigara içenler (n:283) ile müdahaleye gelenler (n:60) arasında; medeni durum, cinsiyet, görev, gruplanmış günlük içilen sigara miktarı ve öğrenim durumu bakımından dağılımı.....	57
Tablo 28. Düzenli sigara içiciler ile anket çalışması sonrasında sigarayı bırakmak için gelenler ve tüm müdahaleye katılanlar arasında, değişim modeli aşamaları dağılımı.....	57
Tablo 29. Müdahale grubuna katılanların yeterli puan almaları halinde her bir profil grubuna yerleştirilmeleri sonucunda oluşan dağılım.....	58
Tablo 30. Tüm müdahale grubunun; ikinci hafta, tedavi sonu* ve 6. ay sonundaki, takip ve başarı durumu dağılımları.....	59
Tablo 31. Grupların cinsiyet dağılımları.....	59
Tablo 32. Başarılı ve başarısız grupların: yaş, günlük içilen sigara adedi ve fagerstrom nikotin bağımlılık skorlarına ait ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma değerleri.....	60
Tablo 33. Grupların, medeni duruma göre dağılımı.....	60
Tablo 34. Grupların, çocuk sahibi olup olmamaya göre dağılımı.....	60
Tablo 35. Grupların, görev yerine göre dağılımı.....	61
Tablo 36. Grupların, mezun oldukları eğitim programlarına göre dağılımı.....	61
Tablo 37. Başarılı ve başarısız grupların stres profiline göre dağılımları.....	62
Tablo 38. Başarılı ve başarısız grupların koşullanma profiline göre dağılımları.....	62
Tablo 39. Başarılı ve başarısız grupların yoksunluk profiline göre dağılımları.....	62
Tablo 40. Başarılı ve başarısız grupların depresyon profiline göre dağılımları.....	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara içenlerin, sağlıklarını iyileştirmek için yapabilecekleri en önemli ilk şey sigara içmeyi bırakmalarıdır (1). Sigara içenler, sigarayı bırakma konusunda doktorlarından yardım beklerler ve doktorlar, hastalarına, sigarayı bırakmak konusunda tavsiyede bulunma, genel danışmanlık hizmeti sunma, destekleme ve ilaç reçete etme şeklinde yardımcı olabilmektedirler (2). Sigarayı bırakma çabaları farmakolojik ve davranışsal olarak iki geniş tedavi olanağı ile karşılaşır (3). Farmakolojik girişimler halen iki genel strateji içermektedir; nikotin replasmanı ve bupropion tedavisi (3). Geliştirilen bunca tedavi modeline rağmen başarı yüzdeleri umutsuzluğa düşürmese de halen istenilen düzeyde değildir. Nikotin replasman tedavisi (N.R.T.) ile bupropion tedavisinin kombinasyonu yapıldığında 12 haftalık tedavi maliyeti yaklaşık 600 \$ ve bir yıllık bırakma başarısı %25-30 olarak gerçekleşmiştir (4). Bir çok çalışmada transdermal nikotin bandı sistemleri, kişilerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olduğunu göstermiştir (5). Fakat bu çalışmalar arasında bırakma oranları geniş çapta değişkenlik göstermektedir (5). Bugün için bu durum belki de Birleşik Devletler'deki sigara içenlerin belirgin biçimde heterojen oluşundan kaynaklanmaktadır (5). Sigara içenlerin, sigara bırakma başarı oranları (nikotin bandı kullanarak veya kullanmayarak) belirlenebilirse, tedaviyi daha rasyonel temeller üzerine kurmak mümkün olabilecek ve her bir hastanın *sigarayı bırakma olasılığı* artacaktır (5). Sigara bırakmada transdermal NRT sonuçlarını etkileyecek faktörleri belirlemek için yapılan ileriye dönük bir çalışmada erkek olmak (odds ratio 2.0; %95 güven aralığı 1.5-2.7), yaşı kırktan büyük olmak (odds ratio 1.5; güven aralığı:1.1-2.0), eşi veya bir yakınıyla beraber yaşamak (odds ratio1.5; güven aralığı:1.1-2.1), motivasyon derecesi 'bırakmak istiyorum' (odds ratio:1.7; güven aralığı:1.2-2.3), kilo almayı önemsememek (odds ratio:1.7; güven aralığı: 1.3-2.2) sigara bırakmada pozitif etkili faktörler olarak tespit edilmiştir (6). Tedavi öncesinde NRT'den faydalanacak kişilerin, tahmin edilebilmesi, hem zaman kazandıracak, hem de sunulacak hizmetin daha maliyet etkin olmasını sağlayacaktır.

Bu tez çalışmasıyla Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü'nde çalışanların sigara içme sıklığı, günlük içilen sigara miktarları, sigara içenlerin DMA'ları ve profilleri, sigara içenlerin FNB skorları ve derecelerinin değerlendirilmesi ve bırakmak isteyenlerde nikotin replasman tedavisi başarısının altı

aylık takip sonunda, sigara içim profillerine göre değerlendirilmesi planlanmıştır. Böylece, sigara bırakmak isteyenlere önerilen nikotin bantlarının, farklı içim profilleri arasında etkinlik açısından fark olup olmadığının saptanması, başka bir deyişle sigara içim profilleri arasında NRT'ne uyumun karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Tezin Konusu

Kişilerin neden ve nasıl sigara içtikleri farklıdır. Bu farklıklar gruplanarak sigara içme profilleri olarak adlandırılır (1). Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü'nde çalışan bireylerin tümüne ulaşılması planlanan bir anket çalışmasıyla sigara içenlerin sıklığı, durumu, neden ve nasıl sigara içtiklerini saptanarak dört ana gruba ayrılan sigara içme profilleri belirlenecektir. Sigara içenlerden istekli olanlara, sigara bırakma konusunda danışmanlık ve NRT uygulanarak, altı aylık takip sonunda, tüm isteklilerin sigara içme durum ve nikotin replasman tedavisine uyumları değerlendirilecektir.

Tezin Genel Amaçları

Yapacağımız bu tezle belirli bir alanda çalışan kişilerin sigara içme sıklığı, sigara içen ve içmeyenlerin sosyodemografik bilgileri, sigara içenlerin profillerinin belirlenmesi; profilleri belirlenen grupta sigara bırakma konusunda istekli olanların ve uygulamaya geçmek isteyenlerin saptanması ve standart nikotin replasman tedavisi verilmesi, verilen tedavinin takip edilmesi, altı ay sonunda profiller arasında sigara içme durumlarının karşılaştırılması; sigarayı bırakmayı başarabilen hastaların, profilleri bakımından değerlendirilerek nikotin replasman tedavisine uyumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Tezin Kısa ve Uzun Dönem Hedefleri

I-Tezin Kısa Dönem Hedefleri:

- Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü'nde çalışanların sigara içme sıklığı ve sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi.

- Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü'nde çalışanlardan sigara içenlerin sigara içme değişim modeli derecesi ve profillerinin belirlenmesi.
- Sigara bırakmak isteyen kişilere bu konuda danışmanlık verilmesi, kabul edenlere nikotin replasman tedavisi uygulanması.
- Nikotin replasman tedavisi alanların takibi.
- Danışmanlık ve replasman tedavisi alan kişilerin altı ay sonunda sigara içme durumlarının değerlendirilmesi ve profiller arasında varsa farklılıkların saptanması.

II- Tezin Uzun Dönem Hedefleri:

- NRT kullanarak sigarayı bırakma olasılığı diğerlerinden daha yüksek olan kişileri belirleyici testlerin geliştirilmesi.
- Profil bakımından varsa sosyodemografik özelliklerin öneminin belirlenmesi.
- Nikotin replasman tedavisine uyum konusunda avantajlı kişilerin, birinci basamakta erken tespitine olanak sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılarak topluma dayalı bir müdahale programına dönüştürülmesi.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Nedir?

Sigara, ince kağıtla, silindir biçiminde sarılan kıyılmış tütün olarak tanımlanır. Genellikle yirmi tanesi bir paket halinde satılır (7).

Tütün içmek oldukça eskiye dayanmasına karşın sigara ancak 19. yüzyılın ortalarına doğru ortaya çıkmıştır. 1830'lardan itibaren elle sarılıp içilmeye başlanmış, makine ile seri halinde sarılması 1880'lerde gerçekleşmiştir (7, 8).

2.2. Tütün ve Sigaranın Tarihçesi

Tütün, patlıcangiller familyasında, bileşiminde nikotin bulunan bir ya da çok yıllık otsu bitki (*Nicotiana tabacum*) ve aynı bitkinin kıyılıp kurutulmuş olarak kullanılmaya hazır duruma getirilmiş yaprağı. Bu bitkinin boyu 2 m'ye, yapraklarının uzunluğu da 70 cm'ye erişebilir. Salkım yada kömeç durumunda ve kırmızı, sarı ya da beyaz renkte bileşik çiçekleri vardır. Tütün 'nikotin' denilen uyarıcı bir madde (alkaloit) taşır. İnsanlar tarafından öteden beri çok yaygın kullanılan ve günümüzün en önemli sanayi bitkilerinden biri olan tütünün ana yurdu Orta Amerika'dır (9). İlk defa Maya'lar tarafından yetiştirilmiştir (10). Büyük keşifler sırasında İspanyollar tarafından Avrupa'ya getirilen tütünün kullanılmasının yaygınlaşması 1560 yıllarına doğrudur; o tarihte İspanya'da Fransız elçisi olan Jean Nicot migrenlerini tedavi etsin diye Catherine de Medicis'e tütün tozu gönderdi ve tütün ilaç olarak büyük bir şöhret kazandı (11), daha sonra da dünyanın her yanına dağıldı. İnsanlar arasında çok yaygın bir alışkanlık niteliği kazanan tütün kullanmak (enfiye, çiğnemek) ya da içmek (sigara, puro vb.) zaman zaman krallar, padişahlar tarafından yasaklandı ve papalar tarafından aforoz edildi; ancak bu önlemlerin hemen hemen hiç bir etkisi olmadı. Bunun üzerine hükümetler tekel kurarak tütünü gelir kaynağı yapma yoluna gittiler. Günümüzde tütün ve sigara üretimi bazı ülkelerde büyük şirketlerin, bazı ülkelerde ise devletin tekelindedir (9).

Türkiye'ye tütün ilk defa XVII. yy.'ın ilk yarısında girdi (1605-1606). Tütün tohumu yabancı gemiler tarafından getirildi ve Yenicevardar'da (Selanik) yetiştirildi. Fakat sağlığa verdiği zarardan çok, dine aykırılığından dolayı içilmesi fetvalar ve

emirlerle yasaklandı; IV. Murad devrinde konulan ve içenlerin idamına kadar giden bu yasak (1635), uzun süre devam etti. 1861'de Osmanlı hükümeti, tütünün ithalini yasakladı. Fakat bu tarihlerde başlayan enflasyonun, başta tütün olmak üzere keyif verici maddelerin ithalinin serbest bırakılmasıyla düzeleceğine karar verildi ve 1862'de tütün ithali tekel altına alındı (11). Türkiye'de sigara yapımı 1864'te Fransızlar'a verilen bir imtiyazla başladı (7). Daha sonra yerli tütünün üretilmesi imkanını sağlaması gayesiyle ithali yine yasaklandı. 1874'te yurt içinde üretimi serbest, kıyılıp sigara haline getirilmesi tekel altındaydı. Genellikle sigara imal eden yerlerden sarfiyat resmi adı altında belirli bir vergi alınıyordu. 1880'de <<Rüsümü Sitte-Altı Vergi>> adını alan vergi, 1883'te Düyun-ı UmumiyeVaridatı Muhassasa idaresine devredildi; 1884'te Müşterek-ül Menfaa İnhisar-ı Dühan-ı Devlet-i Aliyye-i Osmaniyye (Müşterek Menfaatli Osmanlı Tütünleri Tekeli) adlı bir yabancı şirkete verildi (11). Tütün ticari tekeli Cumhuriyet'in ilanından birkaç ay önce (Haziran 1923) devletin eline geçti ve yeni sigara fabrikaları kuruldu. Daha sonra bu konuda devlet tekeli düzenleyen çeşitli yasalar (1925, 1930, 1938) çıkarıldı, yakın tarih olarak 8 Mayıs 1969'da çıkarılan 'Tütün ve Tütün Tekeli Kanunu' ile tütün ve mamullerinin üretim, tüketim ve sanayisi yeniden düzenlendi. Cumhuriyet döneminde tütün üretiminde, tüketiminde ve dışsatımında önemli artışlar oldu. 1991 yılında yarım tondan fazla filtreli olmak üzere 100 bin tondan fazla sigara üretilmiştir (7). Üretici, tekel ürünü olduğu için, ürettiği tütünü tüketemez ve başkasına da kullanıramaz, ürettiği tütünü ya Tekel'e ya da tüccara satmak zorundadır. Devlet çeşitli kalite tütünler için her yıl taban fiyatları ilan eder, alımlar bu fiyatlara göre yapılır (9).

Dünya tütün üretimi 3 milyon tonu aşar. Aşağı yukarı bir milyon tonu A.B.D.'de üretilir. Daha önceden kendisine bağlı cumhuriyetlerle birlikte Rusya, Çin, Hindistan, Brezilya, Japonya, Güney Rodezya ve Türkiye'nin üretimleri yüzer bin tonu aşar. Yunanistan'ın (74 000 ton) ardından Bulgaristan, İtalya, Fransa, İspanya, Polonya ve Eski Yugoslavya sıraladır (11).

1960'larda Türkiye'de faal nüfusun yüzde 4'üne yakın olan 454 000 ailenin (2 500 000 nüf.) geçim kaynağını meydana getiren tütün üreticiliği 2 800 000 dönüm kadar bir alanı kaplıyordu. Bu topraklardan dönüm başına 65 kg tütün elde edilirdi; yıllık ortalama toplam üretim 175 000 ton kadardı (11). 1990 yılında tüm Türkiyede

yılda 290.008 ton tütün üretiliyordu. Bu rakam 2001 yılında 161.266 tona gerilemiştir (12).

2.3. Sigara Dumanının Farmakolojisi

Sigara dumanında tesbit edililen madde sayısı 4000'den fazladır. Bunların arasında farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve kanserojenik özelliğe sahip maddeler bulunmaktadır. Günde bir paket sigara içen birisi yılda en az 70,000 kez sigarayı ağzına almaktadır. Dolayısıyla; ağız, burun, yutak ve solunum yolları tekrarlanan bir şekilde tütün dumanına maruz kalmaktadır. Sigara dumanındaki bazı içerikler membranları direk olarak etkimekteyken, diğerleri kana karışmakta veya tükürükte eriyerek yutulmaktadır (13).

İçe çekilen sigara dumanının yaklaşık %92-95 ağırlığı gaz fazındadır. Nitrojen, oksijen ve karbondioksit, duman ağırlığının %85'ini oluşturmaktadır. Geri kalan gaz ve partiküller tıbbi öneme sahiptir (Tablo 1). Sigaraların yapımında çeşitli katkı maddeleri kullanılmaktadır. Bu maddelerin, sigara dumanının kompozisyonuna ve biyolojik aktivitesine olan etkileri bilinmemektedir (13).

Sigara dumanı inhalasyonuna doku ve organ sistemlerinin cevabı birden fazla ve karışıktır. Nikotin veya karbon monoksit gibi sigara dumanının bir kısmına ya da sigara dumanının tamamına maruz kalmış insanlarda yapılan çalışmalarda, sağlık için çok yüksek risk oluşturduğu anlaşılmıştır. Daha düşük konsantrasyonlarda bulunan diğer potansiyel zehirli duman içeriklerinin kendilerine has etkileri ve interaksyonları hakkında ise daha az şey bilinmektedir (13).

Nikotin, gangliyonik stimülatör ve depresör özelliğe sahip yüksek derecede zehirli bir alkaloiddir. Katekolamin salınımına bağlı olarak birçok etkisi oluşmaktadır. Nikotin serumda glukoz, kortizol, serbest yağ asitleri, vasopressin ve β -endorfin konsantrasyonlarını artırır (13).

Karbonmonoksit, oksijenin transportu ve kullanımını etkiler. Sigara dumanının % 2-6'sını karbon monoksit oluşturmaktadır. Sigara içiciler milyonda 400 parçadan fazla (400 ppm) konsantrasyonda karbonmonoksit inhale edebileceklerinden, karboksihemoglobin (COHb) seviyeleri yükselmektedir. COHb seviyeleri sigara içicilerde % 2-15 arası iken, içmeyenlerde % 1 civarındadır. Orta derecede sigara

içicilerin ortalama COHb konsantrasyonları % 5 civarındadır. Sigara içimi nedeniyle oluşan kronik hafif derecede COHb artışı, hafif derecede polisitemi oluşturarak, merkezi sinir sistemi fonksiyonlarında, güç farkedilen zayıflamaya sebep olur (13).

Tablo 1. Sigara dumanı içeriklerinden bazıları (13).

Madde	Etkisi
PARTİKÜL FAZI	
‘Tar’* Polinükleer aromatik hidrokarbonlar Nikotin Fenol Kresol β-Naftilamin N-Nitrosornikotin Benzo(a)piren Eser metal (nikel, arsenik, polonyum210) İndol Karbazol Katekol	Kanserojen Kanserojen Nöroendokrin uyarıcı ve baskılayıcı, bağımlılık yapıcı Kokanserojen ve iritan Kokanserojen ve iritan Kanserojen Kanserojen Kanserojen Kanserojen Kanserojen Tumor hızlandırıcı Tumar hızlandırıcı Kokanserojen
GAZ FAZI	
Karbonmonoksit Hidrosiyanik asit Asetaldehit Akrolein Ammonia Formaldehit Nitrojen oksitleri Nitrozaminler Hidrazin Vinil klorid	Oksijenin taşınmasını ve kullanımını engeller Siliyatoksik ve iritan Siliyatoksik ve iritan Siliyatoksik ve iritan Siliyatoksik ve iritan Siliyatoksik ve iritan Siliyatoksik ve iritan Siliyatoksik ve iritan Kanserojen Kanserojen Kanserojen

* Nikotini ve nemi alınmış sigara dumanı çökeltisi.

Sigara dumanı birçok hayvan türünde kansere sebep olmaktadır. Sigara dumanındaki belirli karsinojenler; polinükleer aromatik hidrokarbonlar, aromatik aminler ve nitrozaminlerdir (Tablo 1). Sigara dumanında katekol gibi kokarsinojenler de bulunmaktadır (13). Sonuç olarak solunun sistemi enfeksiyonlarına zemin hazırlamakta, kolaylaştırmakta, sık tekrarlayarak kronikleşmesineneden olmaktadır.

Sigara dumanında potansiyel solunum yolları iritanları ve silyotoksinler de bulunmaktadır (Tablo 1). Bu maddeler, bronşlara ait mukus salgısını artırmakta ve solunum fonksiyonlarında ve mukosilyer aktivitede akut ve kronik azalmaya sebep olmaktadır (13).

2.4. Nikotin Bağımlılığı

Bağımlılık, kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını, 'kullanılan bir psikoaktif maddeye, kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha fazla bir öncelik tanıma davranışı' olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı, bireye ve topluma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir (14).

Nikotinin bağımlılık etkisi, sigaranın kişi ve halk sağlığı üzerindeki ikilemini oluşturmada en önemli faktördür (13). Kişiler, sigarayı bırakmak istemekte fakat nikotinin bağımlılık özelliği nedeniyle genellikle bunu başarmada çok zorlanmaktadır. Tütün, tanıtıldığı her toplumda kompulsif biçimde kullanıldığı gözlenmiştir. İnsanlar, sağlığa zararlı etkilerine ve bırakma arzusuna rağmen sigara kullanmaktadırlar (10).

Sigara tiryakiliğinin sorumlusu, tütünün içerdiği maddelerden biri olan nikotindir (10). Sigaradaki nikotinin bağımlılıktan sorumlu tutulma nedenleri arasında, psikoaktif oluşu ve pozitif pekiştirici (keyif verici) etkisi ve sigara dışı uygulanan nikotinin de bağımlılık yapması sayılabilir (14). Etkili bir hasta değerlendirme için tütün kullanımını, bir bağımlılık ve nikotini, bağımlılık yapıcı bir madde olarak görmek gerekmektedir (13). Nikotin bağımlılığı, 'Surgeon General' ve DSM-IV tarafından tanımlanan psikoaktif ilaç bağımlılığı kriterlerine uymaktadır (10). Sigaranın bağımlılık yapan komponentinin nikotin olduğuna ilişkin davranışsal ve farmakolojik kanıtlar vardır: Birincisi, beyne ulaşan nikotin, kişinin ruhsal durumunu ve beyin fonksiyonlarını değiştirmekte, yani psikoaktif etki yapmaktadır. İkincisi, intravenöz nikotin ile sigara aynı fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Üçüncüsü, nikotinsiz veya çok düşük oranda nikotin içeren sigaralar toplum tarafından benimsenmemiştir. Dördüncüsü, deneysel olarak hayvanlar ve insanlar kendilerine

intravenöz nikotin enjekte etmekte ve verilmediği zaman yoksunluk belirtileri göstermektedirler (10).

Sigarada ortalama 10 mg nikotin vardır, bunun 1-2 mg'ı akciğere ulaşır (10). Küçük havayollarına ve alveollere ulaştığında hızla absorbe olan nikotin kan-beyin bariyerini kolaylıkla geçer ve otonomik gangliyonlarda, adrenal medullada, nöromuskular bileşmelerde, hipotalamus, talamus, beyin sapı ve kortekste bulunan asetilkolin reseptörlerine bağlanır (10). Nikotinik reseptörlerin stimülasyonu ile asetilkolin, norepinefrin, dopamin, serotonin, vazopressin, büyüme hormonu, ACTH ve endorfinler salgılanır (10). Nikotinin fizyolojik etkileri arasında santral sinir sistemi stimülasyonu ile stres sırasında gevşeme, dikkat artışı, öğrenme ve problem çözmede iyileşme; kardiyovasküler sistem stimülasyonu ile kalp hızını, kan basıncını, kardiyak output'u artırması; hematolojik sistemde trombosit aktivasyonu; endokrin sistemde; dolaşımdaki bazı hormonların, serbest yağ asitleri , gliserol ve laktat düzeyini artırması bunun dışında erken menapoza ve osteoporozu açması sayılabilir (10).

Nikotin bağımlılığı, sigara kullanan kişilerde değişik derecelerde kendini gösterebilmektedir. Bağımlılığın değerlendirilmesi için geliştirilen ve en çok bilinen yöntem 'Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği'dir. Toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Günlük içilen sigara sayısı, uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre, sigara içilmesi yasak olan yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıp zorlanılmadığı, en fazla vazgeçmek istenilmeyen sigara, sigaranın uyandıktan sonraki ilk saatlerde daha mı fazla içildiği ve hastalanma durumunda bile sigara içmeye devam edilip edilmediği sorulmaktadır (1). Her bir sorunun yanıtı punlandıktan sonra kişinin nikotin bağımlılığı; 0 ile 10 puan arasında hesaplanır. Değerlendirmeyi kolaylaştırmak için, 0-3 puan hafif, 4-6 puan orta, 7-10 puan alanlar ağır derecede nikotin bağımlısı olduğu kabul edilir (1).

2.5. Sigaranın Epidemiyolojisi

Birçok ülkede yapılmış geniş prospektif çalışmalardan edinilen verilere göre sigara içen kişiler içmeyenlere göre %70 daha fazla genel ölüm oranına sahiptirler. Düzenli sigara içicilerin yaklaşık yarısı sigara ile ilişkili bir hastalık nedeniyle hayatlarını kaybedeceklerdir. Mortaliteye etkisi orantısız olarak daha genç grupta daha fazladır. Kadın sigara içicilerin mortalitedeki payı az da olsa giderek artmaktadır.

Birleşik Devletler’de 1965 –1991 yılları arasında yetişkinlerdeki sigara içme pevalansı erkeklerde %52’den % 28’e, kadınlarda %34’den %23’e düşmüştür (13). Her ne kadar sigaranın sağlığa olan zararları biliniyor ve sosyal kabul edilebilirliği giderek azalsa da 1990’dan beri yetişkinlerin %25’i sigara içmekte ve içmeye devam edecek görünmektedir (16). 1998 Dünya Sağlık Raporuna göre özellikle Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda sigaraya karşı mücadele oldukça yavaş yol almaktadır. Bölgenin doğu kesimlerinde, 1990’ların ortasında kadınlar ve gençler arasında sigara kullanma eğiliminin arttığı gözlenmiştir (17). Yine Tüberkuloz ve Akciğer Hastalıkları Uluslararası Birliğinin (The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) 1998 basımlı bir yayınında, tütün epidemisinin endüstrileşmiş ülkelere daha fakir ülkelere doğru kaymakta olduğu bildirilmiştir. 2025 yılında tütünle ilişkili ölümlerin yılda 3 milyondan 10 milyona çıkacağı ve bu ölümlerin yaklaşık 7 milyonu gelişmekte olan ülkelere kaynaklanacağına dikkat çekilmiştir (51).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) sağlık için en önemli tek risk olan sigara bu ülkede yılda yaklaşık 430,000 erken ölüme sebep olmaktadır. Kısacası her 5 ölümden biri sigara içimine bağlı olarak gelişen hastalıklar nedeniyledir. Koroner kalp hastalıkları ve akciğer kanseri sigarayla ilişkili hastalıkların başında gelmektedir. ABD’de sigara içenlerin içmeyenlere göre, kronik hastalıklar nedeniyle sakatlık ve iş günü kayıplarının daha fazla olduğu görülmüştür. Sigara içilmesi ölçülemeyen personel verimliliği kaybına da sebep olmaktadır (13).

Sigaranın içilmesiyle mortalite arasında kuvvetli bir doz-cevap ilişkisi vardır. Bu ilişki karşılaştırıldığında sigaraya başlamanın yaşı, bir günde içilen sigara adedi, kaç yıldır sigara içildiği ve sigarayı akciğerlerine ne kadar derin çektiği önemlidir. Sigaranın bırakılması mortalite hızında azalmayla ilişkilidir. Klinik, deneysel ve patolojik çalışmalar göstermiştir ki sigara içimi mortaliteyi kesinlikle artırmaktadır (13).

2.5.1. Türkiye’de Sigara

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada sigara içme alışkanlığı 1970-1985 yılları arasında ortalama % 7.1’lik bir artış göstermiştir. Bu artış Asya,

Latin Amerika ve Afrika'da dramatik bir şekilde görülürken Amerika ve Avrupa'da tam tersi azalma gözlenmiştir. Türkiye'de bu artış % 10 civarındadır (14).

Sigara içme, özellikle nedenleri açısından önemli bir psikososyal sorundur. Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli ve tartışmasız kabul gören gerçek bu alışkanlığın yaklaşık % 40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur. Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu gösterir (14).

Ülkemizde sigara içme alışkanlığı çok yaygındır. 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden bir araştırmaya göre 15 yaş ve üstü erkeklerin % 62.8'i, kadınların % 24.3'ü tüm nüfusun ise % 43.6'sı sigara içmektedir. Bu araştırmada sigara içme alışkanlığı ölçüt olarak 'sigara paketi taşımak' alınmıştır; oysa D.S.Ö. değerlendirmelerine göre sigara tiryakisi sayılmak için 'düzenli olarak günde bir sigara içmek' yeterlidir. Bu nedenle sigara alışkanlığı bu değerlerden muhtemelen daha da yüksektir (14).

1980 - 2000 yılları arasında gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi azalırken Türkiye'de yaklaşık iki kat artmıştır. 2000 yılında ülkemizde tüketilen sigara miktarı 120 bin tona ulaşmıştır. 2000 yılına doğru ülkemizde sigara tüketimi artışında bir azalma görülmüştür. 1998'den sonra sigara tüketimin hızı %7.7'den, %2.8'e düşmesi Kasım 1996'da çıkan 'Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un etkisi olmalıdır (18).

Ülkemizde sigarayla ilgili yapılan bazı çalışmalarla ait verilere değinicek olursak;

Edirne merkezinde, 1988-89 öğretim yılında orta-lise öğrencilerinde sigara içme davranışı ve Speilberger Testi ile ölçülen kaygı düzeyi incelenmiştir. 5100 öğrenci (%50 örneklem) kapsama alınmıştır. Deneklere, görüşme formu ve Speilberger sürekli kaygı envanteri uygulanmıştır. Öğrencilerin %27'sinin sigara içtiği saptanmıştır. En büyük öykünme nedeni öğretmenleridir. Sigara içen öğrencilerde kaygı düzeyi 52.04+/-3.81, sigara içmeyenlerde ise 49.64+/-4.05 puanlık ortalamalara erişilmiştir (p<0.000). Sigaraya başlama yaşları ilkökul öncesine kadar dahi sarkanlar vardır. Yaygın içme ortamı, arkadaşlarla birlikte oluncadır. Çözüm için eğitim ve

mevzuat düzenlemeleri önerilmiştir. ABD ve çoğu Avrupa ülkesinde tiryaki prevalansı %30'un altına çekilmiştir. Bizdeyse erişkinlerde %50 dolayında, 20 yaş altı gençlerde %27'dir. Başta reklam yasağı, mevzuat yaptırımları ve diğer önlemler daha fazla gecikilmeden alınmalıdır (19).

Sivas ilindeki üniversite mezunlarının sigara konusundaki düşüncelerini araştıran bir çalışmada 1500 kişiyi kapsayan anket Temmuz-Aralık 1993 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma gurubunu oluşturan 1500 kişinin 1118'inden (%75,5) cevap alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin yaşları 21-63 (ort:33.34 +/- 7.8) arasındadır. Sigara içme oranı %46.6 olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek üniversite mezunlarının %50'si, kadınların %35.79'u sigara içicisiydi (20).

Ocak- Mart 1997 döneminde Sivas merkez ilçesinde yaşayan ve rasgele yöntemle seçilen 1500 kadından 1388'ine (% 92.5) ulaşılmıştır. Bu popülasyonun %19'u sigara içicisiydi. Okuma yazması olmayanların % 7.33'ü sigara içerken ilokul mezunlarının % 36.49'u sigara içicisiydi ve bunları % 35.36 ile üniversite mezunları izliyordu (12). Daha önce ülkemizde yapılan iki büyük çalışmada kadınlarda sigara içme oranı 1988'de %24.3, 1993'te %13 olarak bildirilmiştir (12(5,6)). Aynı çalışmanın sonunda sigara içimi kadınlar arasında henüz tam bir epidemiy yapmış görünmesede, eğitim gören ve çalışan kadınların erkeklerle hemen hemen aynı düzeyde sigara içmeleri genç kızların ise gittikçe artan oranda sigara içmeye başlamaları önemlidir. Bu nedenle sigara karşıtı kampanya ve eğitimin daha ilkokul düzeyinde başlamasının yararlı olacağı belirtilmektedir (21).

Türkiye genelini temsil etmeyi amaçlamış TEKHARF çalışmasının 1997/1998 yazında gerçekleştirilen üçüncü dalgasında 2569 erişkinde sigara içimindeki son durum ile geçen 8 yıl içerisindeki değişimler araştırılmıştır. 8 yıl yaşlanmadan arındırılınca başlangıca kıyasla sigara içiminde erkeklerde % 7.1'lik bir azalma, kadınlarda %38'lik bir artış kaydedildi. Toplam örneklem temeline oturtulunca yaş sabit tutulduğunda, bin erişkinde 1990 yılında sigara içen 594 erkek varken, bu sayı 8 yıl sonra 578'e indiği halde aynı dönemde sigara içen kadın sayısı 178'den 216'ya yükseldi. Tiryaki kadınlarda üstelik tüketilen sigara miktarında da %20 dolayında artış bulunduğu hesaplandı. Erişkinlerimizde 1990 ile 1998 yılları arasında sigara içimi konusunda toplam tüketimde ılımlı bir artış kaydedilirken, bunun altında iki

cinsiyet arasında yatan ters eğilim (erkeklerde tiryakilikte hafif düşüşe karşılık, kadınlarda önemli artış) gözardı edilmemelidir. Halem 36.2 milyon erişkinimizden 14.3 milyonunun (10.4 milyon erkek ile 3.9 milyon kadının) düzenli sigara içtiği tahmin edilmektedir (22).

Uludağ Onkoloji Dayanışma Derneği 'Onko-Day' tarafından yaptırılan 'Sigara Alışkanlığı Anketi' sonuçlarının analizi, Toplumumuzda Sigara Kullanımı başlığı altında yayımlanmıştır. Bu çalışmada Bursa'da yaşayan toplumsal kesitleri temsil edebilecek niceliksel sonuçlar elde edebilmek amacıyla 1242 kişi ile yüz-yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır. Ankete katılanların %55'i erkek, % 45'i kadındır. 'Sigaranın sağlık üzerine nasıl bir etkisi vardır?' sorusuna deneklerin %94'ü 'kesinlikle zararlıdır' yanıtını vermişlerdir. 4207 sayılı sigara içilmesine getirilen kısıtlamalar ile ilgili olarak 'para cezasının uygulanabilirliği' sorulduğunda %68 oranında 'olumlu ve uygulanabilir' yanıtı alınmıştır. Sigara reklamlarının yasaklanması konusunda %78.4 oranında 'kesinlikle yasaklanmalı' yanıtı alınmıştır. 'Ailenizde sigara içen var mı?' sorusuna alınan yanıtlarda; Baba %32.5, anne %7.9 çocuklar %9.1, kardeşler %14 ve amca/dayı/teyze/hala %36.5 oranlarında olmuştur. Sigara kullanımının 'psikolojik bir bağımlılık olduğunu düşünenlerin oranı %47.6 olurken 'hem psikolojik hem fiziksel olduğunu söyleyenlerin oranı %21.3 olmuştur. Sigara kullanımının yaygınlığını belirlemek amacıyla sorulan soruya %50.2 'kullanıyorum', %39.4 'hiç kullanmadım' ve % 10.5 'bıraktım' yanıtı alınmıştır. Erkeklerde sigara içme oranı %61.3 iken kadınlarda %36.4 olmuştur. Sigarayı bırakanlar bunu %93.3 oranında kendi kendine telkinle başarmışlardır. Sigarayı birinci denemede bırakanların oranı %50.8, ikinci-üçüncü denemede bırakanların oranı %33.8, dördüncü-beşinci denemede bırakanların oranı % 6.2 ve beşten fazla denemede bırakanların oranı %9.2'dir. Ençok sigara içme isteği hissedilen zaman %42.5 ile yemeklerden sonra olurken, bunu %29.5 ile canım sıkın olduğunda yanıtı izlemiştir. Sigaraya başlama nedeni olarak 'arkadaşlarım' %47.2 ile ilk sırayı alırken bunu %16.2 ile 'ruhsal sıkıntı', %8.8 'keyif verdiği için' ve %6.2 ile 'sosyal çevreye uyum ve statü kazanma' izlemektedir (23).

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarına 1996 aralık ayında sigara konusunda anket uygulanmış ve solunum fonksiyon testleri yapılmıştır. Çalışmaya 98 (%56)'i erkek, 77 (%44)'si kadın olmak üzere 175 kişi katılmıştır. Bunların 132'si

sağlık personeli, 43'ü idari personel ve hizmetlidir. Çalışanların halen %48'i sigara içmektedir. Sigara içenlerin yaş ortalamaları 27.5'dir. Sigara içme oranı sağlık personeline %40.6, idari personelde %44.2'dir. Nikotin bağımlılığı sigara içenlerin %29.6'sında bulunmuştur. Sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığı yüksek düzeyde olduğu görülmüş, eğitime önem verilmesi gerekliliği sonucuna varılmıştır (24).

Diğer bir Tıp Fakültesi çalışması Karadeniz Teknik Üniversitesi'ndendir. Öğrencilerinin sigara içme sıklığını tesbit etmek amacıyla Haziran 1996'da Dünya Sağlık Örgütü ve İngiltere Sağlık Eğitim Kurumunun önerdiği sorulardan yararlanılarak hazırlanan anketi gözlem altında cevaplayan 904 öğrencinin (kız/erkek=338/566) verileri değerlendirildiğinde: Kızların %15'inin günde en az bir adet sigara içtiği, %34.5'inin sigarayı denediği, %5.6'sının sigarayı bıraktığı, %40.7'sinin ise hiç içmediği saptandı. Erkeklerin %34.6'sının günde en az bir tane sigara içtiği, % 29.3'ünün sigarayı denediği, %8.1'inin sigarayı bıraktığı, %21.6'sının ise hiç içmediği saptandı. Öğrencilerden ailelerinin eğitim düzeyi yüksek olanların anlamlı olarak daha fazla sigara içtiği, yaş arttıkça sigara içme sıklığının arttığı gözlemlendi (25).

Tablo 2. Türkiyede yapılan sigarayla ilgili bazı yayınların özet bilgileri.

Çalışma Yılı	Yeri	Populasyon	Sayı	%	%(K)	%(E)
1988	-	-	-	-	23.4	-
1988-1989	Edirne	Orta-Lise	5100	27	-	-
1990	Türkiye	Erişkin	-	-	17.8	59.4
1993	-	-	-	-	13	-
1993	Sivas	Üniv. Mez.	1118	46.6	35.8	
1996	Denizli	Erişkin	175	48		
1996	Trabzon	Üniv. Öğr.	904	27.3	15.0	34.6
1997	Sivas	Kadın	1388	-	19	
1997-1998	Türkiye	Erişkin	2569	-	21.6	57.8
1999*	Bursa	Erişkin	1242	50.2	36.4	61.3
1999	Türkiye	Erişkin	-	39.5**	-	-

* İlgili kaynağın yayım yılıdır

** Yayında belirtilen tahmini rakamdır.

2.6. Sigarayla Mücadele

Sigara bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. D.S.Ö. sigarayı, kullanımını önlenebilir hastalık, sakatlık ve ölümlerin temel nedenlerinden biri olarak kabul etmekte ve sigaranın yılda yaklaşık bir milyon erken ölüme neden olduğunu tahmin etmektedir (26, 27). Sigara kullanımının zararlarına ilişkin olarak yapılan projeksiyonlar daha ürkütücü sonuçlar vermektedir. Örneğin bugün sigara içen gençlerin bu alışkanlıklarını devam ettirmeleri durumunda 2025 yılına gelindiğinde sigara tüketimine bağlı olarak yılda 10 milyon kişinin öleceği tahmin edilmektedir (26,27). D.S.Ö.'nün 'Health 21' raporuna göre sigara içimine karşı daha etkin önlemler alınmazsa 2020 yılında, Avrupa bölgesindeki ölümlerin %20'sine sigaranın sebep olacağı belirtilmektedir (27).

Sigaranın halen ve gelecekte vereceği çok yönlü zararlarına karşı her alanda önlem alınması kaçınılmazdır. Bunun için bireysel çabaların desteklenmesinden, etkili devlet politikaları oluşturulması ve sürdürülmesine kadar her seviyeden harekete geçilmelidir.

Uluslararası tütün denetimi politikalarına yönelik ilk adım, 1984'te DSÖ Avrupa Bölgesi'nce, 38 maddelik 'Herkese Sağlık' hedefleri yürürlüğe konularak atıldı. Avrupa Bölgesi'nin '16. Hedef'i, '1985'te tüm üye ülkelerde, nüfusun %80'inin sigara içmiyor olmasını ve 1980'den 1995 yılına kadar sigara tüketiminin %50 azaltılmasını' öngörüyordu. Bu hedefe yönelik 'DSÖ Avrupa Bölgeler Komitesi' eylemi, 1987'de benimsenen 'Tütünle İlgili Avrupa Birinci Eylem Planı' oldu. Bu eylem planı uyarınca 1987 sonrasında, devlet kuruluşları ile hükümet dışı kuruluşlar arasında planlama ve bilgi alışverişi sağlanmaya çalışıldı (28).

D.S.Ö.'nün 1999'da Kopenhag'da sunduğu 'Health21' başlıklı raporda; 12. hedef olarak, 2015 yılında Avrupa Bölgesi'nde 15 yaşın üzerindekiilerinin en az % 80'inin sigara içmiyor ve 15 yaşın altındakilerinin de tamamına yakınının sigara içmiyor olması hedeflenmiştir (27). Bu hedeflere ulaşma yolunda belirlenen stratejilerden bazılarında değinecek olunursa; Daha önceki raporlarda belirtildiği gibi, sigara içiminin topluma açık yerlerde yasaklanması, sigara reklamları ve sponsorluğunun yasaklanması ve sigara içmemenin daha kabul edilebilir bir davranış olarak görülmesidir. Bunlara ek olarak devletlerin, sigara üzerindeki vergileri artırarak

sigara tüketiminin azaltılması amaçlanmalıdır. Bu uygulama özellikle gençler üzerinde daha etkili olmaktadır. Sigaradan toplana vergiler, sigarayla mücadeleye yönlendirilmelidir. Uluslararası medya ve internette de sigara reklamları özellikle çocuklar açısından yeniden düzenlenmelidir. Sigara bırakmak isteyenlere yardım konusunda doktorlar, hemşireler ve eczacılar, anahtar role sahiptirler (27).

D.S.Ö.'nün 1988 yılında başlattığı önemli bir uluslararası etkinlik de 'Dünya Sigara İçmeme Günleri'dir. İlki 7 Nisan 1988'de gerçekleştirilen ve daha sonra her yıl 31 Mayıs'ta düzenlenmesi öngörülen 'Dünya Sigara İçmeme Günü', sigara alışkanlığının önemli bir yönünü de öne çıkarmaktadır. Bu günde münasebetiyle toplumda sigara bırakmaya niyetli olanlar için bir fırsat oluşturulmuş ve bazı içicilerin bu fırsatı değerlendirdiği görülmüştür (28).

A.B.D. Halk Sağlığı Başkanlığı, 1962'den başlayarak her yıl sigaranın sağlık sonuçları konusunda uyarıcı açıklamalarda bulunmuştur (28). Son yıllarda ait ABD Halk Sağlığı Başkanlığı sigara tedavi rehberine göre sigara bırakma tedavileri, sağlık sigortası kapsamına alınmalıdır (29).

Yine D.S.Ö.'nün sigara karşıtı faaliyetlerinden biri de 'Sigara Alarmı', (Tobacco Alert) adlı süreli yayını, yılda 3-4 kez yayımlanmaktadır. Ayrıca 'Dünya Sigara İçmeme Günleri'nde özel yayınlar çıkarılmaktadır (28).

Yine dünya çapında sigara karşıtı yapılan faaliyetlere örnek olarak 'Sigara ve Sağlık' konulu dünya konferansları sayılabilir. Bu konferanslara, 'Sigaraya Karşı Kadınlar Uluslar Arası Örgütü' (I.N.W.A.T.), gibi hükümet dışı kuruluşlar da katılmaktadır. Bu konuyla ilgili sigara savaşında etkin kuruluşlara örnek olarak Uluslararası Çalışma Örgütü (I.L.O.) ve 'Sigara ya da Sağlık Avrupa Topluluğu' (E.M.A.S.H.) verilebilir.

2.6.1. Devlet Politikaları

Sigara kullanımı, sadece kullanıcı değil tüm toplumu ilgilendiren bir olgu olması nedeniyle devletler bu alışkanlığın toplum içindeki yaygınlığını azaltmak amacıyla politikalar geliştirme sorumluluğuyla karşı karşıya kalmaktadır. Sigara kullanımını azaltma yönündeki çabalarında devlet önünde iki temel uygulama vardır: Sigara üzerindeki vergiyi artırma yoluyla fiyat artırarak bireyi sigara kullanımından

zorunlu olarak vazgeçirmek ya da yaygın ve etkili bir sigara karşıtı kampanya geliştirerek bireylerin sigaranın potansiyel zararlarından haberdar olmalarını sağlamak (26). Devlet politikası olarak sigara üzerindeki vergi oranını artırma yoluyla fiyatını yükseltmek genellikle en çok kabul gören yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada iki temel fktr önemli rol oynamaktadır. Birincisi, bu yolla devletin vergi gelirlerinde artışlar sağlanabilmekte, ikincisi de bireylerin kendi alım gclerini açan durumlarda sigaradan vazgececekleri varsayılmaktadır. Ancak bugüne kadar yapılan araştırmalar, bu varsayımların büyük ölçüde yanlış olduğu ve tek başına vergi artırım politikasının faydadan çok zarar verebileceğini ortaya koymuştur (26).

Bu konu ele alınırken, sigara üzerine konan verginin türü ve yapısı üzerinde durmakta fayda vardır. Vergi literatürüne bakıldığında temelde iki ana sınıflamanın olduğu görülmektedir: Dolaysız vergiler, dolaylı vergiler. Dolaysız vergiler arasında gelir vergisi, kurumlar vergisi, damga vergisi sayılabilir. Dolaylı vergiler arasında ise gümrük vergisi, araba vergisi, katma değer vergisi gibi alınan ya da satılan mallar üzerine konan vergiler yer almaktadır. Bunlardan hangisinin hangi şartlarda ve nasıl etkilerde bulunduğu konusunda geniş kapsamlı literatür oluşmuştur. Bir vergi türü incelenirken bakılması gereken en önemli nokta tersine artan oranlı mı (regressive) yoksa artan oranlı mı (progresive) olduğudur. Bir verginin tersine artan oranlı olması demek o verginin, düşük gelir grubundakilerinin gelirinde, üst gelir grubundakilere göre daha fazla paya sahip olması ve artan gelirle birlikte vergi payının düşmesi demektir. Bunun tersine, bir verginin artan oranlı olması için düşük gelir grubundaki kişilerin gelirlerinden vergiye giden payın daha az olması gerekmektedir (26).

Dolaylı vergilerin, yani alınan ve satılan mal üzerine konan vergilerin büyük bir kısmı, gerekli düzenlemeler yapılmazsa birinci kapsama girmektedir. Özellikle alkollü içecekler, sigara ve gıda maddeleri üzerine konan vergiler alt gelir grubundaki ailelerin gelirleri içinde önemli bir paya sahip olduğu için tersine artan oranlıdır (26).

Burada üzerinde durulması gereken ikinci önemli konu ekonomistlerin talep kavramını incelerken sık sık başvurdukları gelir ve fiyat esnekliği konusudur. Fiyat esnekliği, bir malın fiyatındaki bir birimlik artışın o mala olan talep üzerinde yarattığı değişikliği, gelir esnekliği ise gelirdeki bir birimlik artışın herhangi bir mala olan talep üzerinde yarattığı değişikliği gösterir (26).

Eğer talep, katı fiyat esnekliğine sahipse, yani malın fiyatındaki artış talebi azaltmıyorsa bunun üzerine konan verginin tüketim üzerindeki etkisi minimum olacak ve tüketicilerin gelirinden bu mal için ayırdıkları pay kaçınılmaz olarak artacaktır. Bir mala olan talep, gelir esnekliğine sahipse buna konan verginin artan oranlı olduğu söylenebilir ancak bunun tersine gelir esnekliği keti ise bu durumda vergi, tersine artan oranlı olma özelliğine sahiptir. Bu durumda sigara ya da herhangi başka bir mal üzerine konan verginin miktarı üzerinde karar vermeden önce bu mala olan talebin fiyat ve gelir esnekliğine bakılması gerekmektedir (26).

Konuyla ilgili litaretürler incelendiğinde sigara içmeye karşı başlatılan kampanyaların ve sigara reklamlarının yasaklanması bireyin sigara içme kararı üzerinde önemli rol oynadığı yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur (26). Bilim adamları, özellikle sigara reklamlarının kısa dönemden çok uzun dönemdeki etkisi üzerinde durmaktadır. Sigara şirketleri, sigaranın bağımlılık yaratıcı özelliğini kullanarak yeni pazar arayışları içinde potansiyel tiryakiler olarak gençlere önem vermekte ve reklam kampanyaları, spor faaliyetleri sponsorluğu gibi yollarla bu yaş grubunu etki altına almaya çalışmaktadırlar (26).

Sigara karşıtı kampanyaların istenen etkiyi gösterip göstermediğini araştırılmaktadır. Örneğin İsviçre’de yapılan bir çalışmada 1964’de yayınlanan Birleşmiş Milletler Halk Sağlığı Başkanlığı raporunun, kişi başı sigara tüketiminde % 15’lik bir düşüşe neden olduğu bulunmuştur. Burada üzerinde önemle durulması gereken nokta bu düşüşün kalıcı olduğu ve kampanyaların etkisinde kalarak sigarayı bırakanların, daha önce de belirtildiği gibi fiyat artışı nedeniyle bırakanların tersine tekrar sigaraya başlama oranlarının düşük olduğudur (26). Ayrıca bu tip kampanyalar zaten sigara kullanmayan ve sigaraya karşı olan kişilerin örgütlenmelerine yardımcı olmakta ve sigara içmeyenlerin haklarının korunması için girişimlerde bulunmalarına neden olmaktadır. Sigaranın toplumsal olarak kötü bir alışkanlık olarak kabul edilmesi; sigara şirketleri tarafından, özellikle gençler arasında yaratılmaya çalışılan sigara kullanımının bir güç ve büyüklük kaynağı olduğu imajını olumsuz yönde etkilemektedir (26).

Hükümetlerin elinde, sigara karşıtı bir toplum yaratmak ya da sigara tüketimini azaltmak için mevcut iki alternatifin ikisini bir arada kullanması gereği vurgulanmalıdır. Sigara endüstrisi çok güçlü olmasına rağmen vergi + sigara karşıtı

kampanyaların birarada kullanımının toplumda sigarayı bırakmak isteyen ancak bırakamayanlara yardım edebileceği ve özellikle genç yaş grubundakileri hiç sigara kullanmamaya teşvik edebileceği gözönünde bulundurulmalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta tütün reklamlarının kısıtlanmasına ilişkin olarak kısmi kısıtlamanın beklenen faydayı yaratmayacağıdır. 22 O.E.C.D. ülkesinde 26 yıllık bir dönemi içerecek şekilde yapılan bir araştırmada fiyatlar ne kadar yüksekse ve reklam üzerindeki kontrol ne kadar sıkıysa tütün tüketiminde o kadar büyük azalma meydana getirdiğini ortaya çıkarmıştır (26).

1999 yılı, Mayıs ayında Cenevre’de, 50 ülke tarafından imzalanan ‘Tütün Kontrolü Taslak Anlaşması’, D.S.Ö.’nün tütün kullanımını engelleme girişimlerine destek veren ilk uluslar arası anlaşma olmuştur (30).

Bu taslak anlaşma, tütün reklamlarının, promosyonlarının yanı sıra tütün üretimi, kaçakçılığı, vergisi ve yan ürünleri gibi konularla ilgili maddelerden oluşmaktadır. Bu taslağın, uluslar arası bir anlaşmaya dönüşmesi ve böylece tütün kullanımına bağlı ölümlerin ve sağlık problemlerinin azaltılması umut edilmektedir. D.S.Ö.’nün yanı sıra bu anlaşmanın yapılması için çalışan diğer organizasyonlar şunlardır: Kanser Birliği, Uluslararası Gelişim Araştırma Merkezi, Uluslararası Tütün ve Sağlık Ajansı, Uluslararası Verem ve Akciğer Hastalıkları Birliği ve Uluslararası Tüketici Birlikleri Örgütü (30).

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler de sigarayla mücadele etmeyi öğreniyorlar. Latin Amerika ülkeleri buna güzel bir örnek. Venezüella, Nikaragua, Guatemala, Brezilya, Peru ve Ekvator bu konuda birlik yaparak, önlem almaya başladılar (30).

Avrupa Birliği (AB), 2003 yılından itibaren birlik üyesi ülkelerde tütün ürünlerinin reklamının ve 2006’dan itibaren de sigara üreticisi firmaların spor müsabakaları ve kültür etkinliklerine karşı sponsor olmasının yasaklanmasına karar verdi. A.B. sağlık bakanları sekiz saatlik bir toplantının sonunda, Avusturya, Danimarka, Almanya ve İspanya’nın muhalefetine rağmen 1989’da önerilen ve uzun zamandır tartışmaya yol açan yasak önerisini kabul ettiler. Bu karara göre, A.B. ülkeleri 1998 Ekim’inde başlayan üç yıllık süre içinde yasağı - özellikle billboardlar- uygulamaya başlayacaklar. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin gazete ve dergilerde yapılan reklamlarına ise 2003’e kadar izin verilecek. Yasak, AB dışında basılan ve hazırlanan gazete ve dergiler için geçerli olmayacak. Sigara üreticilerinin spor müsabakası ve kültür etkinliklerine sponsor olmasını da yasaklayan AB, Formula 1,

tenis turnuvaları ve uluslararası sanat festivalleri gibi dünya çapında etkinlikler için süreyi üç yıl daha uzatarak yasağın başlama tarihini 2006 Ekim'i olarak belirledi (31).

2.6.2. Türkiye’de Sigarayla Mücadele

Ülkemiz ile ilgili yeterli olmasa da daha önce değindiğimiz verilere bakılacak olursa, sigaranın Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve bu sorunun çözümüne yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bazı milletvekilleri ve Yeşilay’ın çabalarıyla hazırlanan ve sağlık, eğitim ve kültür hizmeti veren yerlerde, spor salonlarında, toplu taşımacılık yapan her türlü nakil araçlarında ve bekleme solanlarında sigara içilmesini yasaklayan kanun 1991 yılında TBMM tarafından kabul edilmiş ancak dönemin Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmişti.

Sağlık Bakanlığı da 1990’da başlattığı reform çalışmalarında konunun önemini gözönüne alarak “zararlı alışkanlıklar” konusunda bir çalışma grubu oluşturulmuş ve ulusal sağlık politikasını belirlerken bu grubun önerileri doğrultusunda hedefler geliştirmiştir. Buna göre 2000 yılında sigara ve alkol tüketimindeki artışın tersine çevrilmesi ve uyuşturucu madde kullanımının %25 oranında azaltılması ulusal sağlık politikamızın hedefleri arasına girmiştir (26). Bu amaçla getirilecek önlemler aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- İnsanlara sigarasız bir ortamda yaşama hakkı verilecek ve bu hak korunacaktır. Bunun için gerekli yasal düzenlemeler yapılarak ortak alanlarda sigara içimi yasaklanacaktır.
- Sigara ve alkol tüketimini azaltmak için fiyat ve vergi politikası gözden geçirilecek ve gerekli düzenlemeler talebin fiyat esnekliğine göre yapılacaktır.
- Sigara ve alkol reklamlarının yasaklanması için çaba harcanacaktır.
- Bu maddelerden elde edile gelir, bunlarla savaş için kullanılacaktır.
- Bağımlılıkların epidemiyolojik, ekonomik ve sosyal boyutlarını göstermek için araştırmalar yapılacaktır (26).

Türkiye’de sigarayla mücadele kapsamında önemli faaliyetlerde bulunan Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK), 1995 yılı 31 Mayıs Dünya Sigarasız Gününde, Türt Tabipler Birliği’nin (TTB) çağrısı üzerine kuruldu. Resmi ve sivil toplum kuruluşlarından oluşan komitenin üye sayısı hızla arttı. Bugün yaklaşık 60

kuruluş SSUK'un üyesidir. SSUK'un temel amacı, ülkemizde yapılan sigaraya karşı etkinlikleri bir araya getirerek örgütlemek ve daha verimli olmalarını sağlamaktır. SSUK, özellikle 1996 yılında Sigarayla Mücadele Yasa'nın TBMM'de çıkarılmasında etkin rol oynamış, o günden beri de 4207 sayılı bu yasanın savunucusu ve uygulanmasının izleyicisi olmuştur. Avrupa çapında örgütlenme ile gerçekleştirilen 'Bırak-Kazan' kampanyası 1996-1998 yıllarında SSUK tarafından Avrupa ülkeleri ile paralel olarak ülkemizde de düzenlenmiştir. SSUK'un çalışmaları çeşitli üniversite mensuplarınca da desteklenmektedir (32).

En son 2002 yılında düzenlenen 'Bırak-Kazan' kampanyasına 80 ülkeden 700.000 kişinin katıldı. Türkiye, Sağlık Bakanlığı'nın organize ettiği kampanyayla 98.845 katılımı Avrupa ve Orta Asya'da 'en çok katılımcı ülke' oldu. Kurayla seçilen kampanya birincisine 4 milyar TL ödül verilmiştir (33).

Türkiye'de 1996 yılında resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 4207 sayılı Sigarayla Mücadele Yasası'yla, son yıllarda sigara karşıtı politikalar açısından en somut adım atılmıştır. Ek-1'de tüm metnini bulacağınız bu yasada; tütün ve tütün mamüllerin reklamları, satılması, kullanılması ile ilgili sınırlandırmalar, bu sınırlandırmaların uygulanması ve yasaklara uymayanlar için yaptırımlar belirtilmiştir.

Sigarayla Mücadele Yasası çerçevesinde 1996'da çıkarılan, 4207 Sayılı Tütün Mamüllerinin Zararlarını Önlenmesine Dair Kanun'dan sonra Türkiyede tütün politikaları açısından önemli kararlar içeren ve özellikle, "Tütün sektörünü serbestleştirmeyi, tütün için destekleme alımlarını giderek kaldırmayı ve TEKEL'in varlıklarının satışına olanak sağlayan" ve Cumhurbaşkanı Sezer tarafından veto edilen 4685 sayılı yasa, 3 Ocak 2002'de TBMM Genel Kurulu'nda aynen kabul edildi. Cumhurbaşkanı yasayı 8 Ocak'ta onayladı. Tütün Yasası 9 Ocak 2002'de Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi.

Tütün Yasası, IMF'ye verilen taahhütler çerçevesinde çıkarılması gereken yasalar arasında bulunuyordu. (IMF'ye verilen 3 Mayıs 2001 tarihli Niyet Mektubu'nun 21. maddesi)

Yasa ile Tekel'in özelleştirilmek amacıyla yeniden yapılandırılması; Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu ve Kurumu'nun oluşturulması öngörülüyor (34).

Sigaranın zararları, koruyucu önlemler ve bırakma yöntemleri konularında Türkiye'deki tıp fakültelerinde, verilen bilgi ve beceriler yetersizdir. 1995 öncesinde 37 tıp fakültesinden sadece 3'ünde bu konular ele alınmaktaydı. Bu konuların tıp fakültelerinde yeterince işlenebilmesi için öncelikle eğitimcilerin tütün konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Bu amaçla tıp fakültelerindeki koordinatör eğitimciler için, bir kurs planlanmaktadır (52).

2.7. Sigaranın Bırakılması

Sigara, başlı başına bir çelişkiler yumağıdır. Hem yasaldır, hem de zararlı, tahrip edicidir, yaşamı kısaltır. Özgürlüğü sembolize ettiği düşünülür, oysa köleliğin ta kendisidir (10). Sigara içenlerin, kendi sağlıklarını iyileştirmek için yapabilecekleri en önemli ilk şey sigara içmeyi bırakmalarıdır (1). Sigara, bazı insanlar için çok karlıysa da çoğunluğa pahalıya mal olur (10). Bir çalışmada kişilik özellikleri değerlendirilerek, sigaraya başlama etkisi araştırılmış. Bir bölgedeki kolej öğrencileri, 20 yıl boyunca takip edilmiş. Aralarında, diğerlerine göre daha isyancı, düşüncesizce hareket eden (impulsive), düşmanca tavır takınan (hostile) ve kendine güveni az olan kişilerin, daha çok sigaraya başladıkları ve 20 yıllık takipte sigara içmeye devam edenler, düşmanca tavır sergileyen ve duygusal arayış içinde olanlar (sensation seeking) olmuştur (35).

2.7.1. Yararları

Sigaranın bırakılmasının derhal ve uzun vadede, fiziksel, psikolojik ve ekonomik yararları vardır. Bırakılmasının ilk birkaç gününde tad ve koku alma duyuları iyileşir. Bıraktıktan bir yıl sonra kalp krizi riskinde belirgin bir azalma vardır. Sigarayı bırakanların toplam mortalite oranları, bıraktıktan 15 yıl sonra neredeyse hiç içmeyenlerinki düzeyine iner. Ortalamalara bakılırsa sigarayı bırakanlar içmeye devam edenlerden daha fazla yaşarlar. Sigaranın bırakılması en başta ilişkili kanserlerin, kalp krizinin, beyin damar hastalıklarının, ve kronik obstruktif akciğer hastalıklarının riskini azaltacaktır (13).

Genel olarak sigara içenlerde koroner kalp hastalığına bağlı göreceli ölüm riski, hiç sigara içmemiş olanlara göre 2 - 4 kat daha fazladır. Bu oran günde 25'den fazla sigara içenler için 15 kattır (36). Sigaranın bırakılmasından sonraki 2-3 yıl içinde bu riskte belirgin bir azalma olur ve 10 yıl sonra hiç sigara içmeyenlerin düzeyine iner (36). Akciğer kanserine yakalanma riski açısından ele alınan bir çalışmada (Amerikan Kanser Topluluğu Kanser Önleme Çalışması II) halen sigara içen erkeklerdeki mortalite riskinde hiç sigara içmemiş olanlara göre 21 kat artış saptanmıştır (36).

Hamilelikten önce veya ilk üç ayda sigaranın bırakılması düşük doğum ağırlıklı bebek doğuma riskini azaltacaktır. Sigaranın bırakılması sonrası oluşan psikolojik yan etkilerin ya da alınan 2.3-6.8 kilonun riski, sigaranın bırakılmasıyla elde edilen yararın çok gerisinde kalmaktadır (13).

Maliyet yarar ilişkisi açısından bakıldığında, Amerikeda bir çalışmada sigaranın bırakılması için uygulanan klinik müdahalenin sonucunda, kazanılan her yaşam yılı için maliyet 6.828 dolardır. Bu maliyet, meme kanseri taraması için 26.800 dolar, hafif ve orta derecede hipertansiyon tedavisi için 11.300-24.408 dolar, kalp transplantasyonu için 16.239 dolardır. Sigarayı bırakmaktan daha fazla maliyet yararlılığı olan tek yöntem, yaşlı hastalarda pnömokok aşısı kullanımıdır. Bunun kazanılan her yaşam yılı için maliyeti 1500 dolardır (36).

Sigarayı bırakmanın tütünle ilişkili hastalık morbidite ve mortalitesini önemli ölçüde azalttığı bilinmesi, her doktoru; (a) hastaları sigaranın riskleri hakkında bilgilendirmeye, (b) sağlık riskleri ile ilgili mesajı kişiselleştirmeye, (c) sigarayı bırakmanın önemli faydalarını vurgulamaya ve (d) hastaları sigarayı bırakmak için açık ve net mesaj vermeye yönlendirmelidir (37).

2.7.2. Bırakma İşlemi ve Zorlukları

Birçok Amerikalı sigarayı bırakmak istemektedir. Sigara içenlerin %80'i hayatları boyunca sigarayı bırakma girişiminde bulunmuşlardır. %30 kadarı son bir yılda en az bir gün sigarayı bırakmışlardır. Çoğu bırakma girişimi sadece geçici olarak başarılıdır. Sigaranın bırakılması, bağımlılık oluşturan bir hareketin üstesinden gelinmeye çalışılan dinamik ve döngülü bir işlemdir. Sigara içenler bırakma girişimleri boyunca bir seri basamaklardan geçerler. Bunlar;

- 1- Bırakmanın düşünülmesi (contemplative).
- 2- Bırakmaya karar verilmesi (preperation).
- 3- Bu kararın uygulanması (action).

4- Sürdürme (maintenance) basamaklarıdır.

Bir çok sigara içicisi bu basamakların birinden başa döner (relaps) ve yeniden aynı basamakları geçerek sigarayı bırakır. Sigarayı bırakmış birçok kişi bu döngüyü 3-4 kez yaşamıştır. Sigara içenlerin %5 kadarı tek girişimde sigarayı bırakabilmektedir. Sigaranın uzun dönem bırakılmasını cesaretlendiren faktörler, sigaranın sosyal alanda kabul görmesinin azalması, aktif veya pasif içiciliğin sağlığa olan etkilerinin dikkate alınması, tütün ürünlerinin fiyatının artmasıdır. Tekrar sigaraya başlamayı kolaylaştıran faktörler arasında, nikotinin aranması (craving), kilo alımı, sosyal baskı, negatif duyguların üstesinden gelmeye çalışmak ve kişiler arası çatışma olarak sayılmaktadır (13).

2.7.3. Bırakmaya Yardımcı Metodlar

Sigara içenlerden bırakmayı başarabilenlerin %90'ından fazlası formal bir yardım olmadan bırakmaktadır. Sigarayı bırakmayı başaranlar %80 oranla bırakmaya karar verip sigarayı azaltmadan terk edenlerdir. Fakat ağır içiciler ve birçok nikotin bağımlıları için bırakmaya yardımcı programlar faydalı olabilir. Organize edilmiş programlar; kendi kendine yardım (self help), doktor öneri ve danışmanlığı, ilaç tedavisi, ve davranışsal tedaviler olarak farklı yaklaşımlardan oluşmaktadır. Bu gibi metodlarla bir yıllık bırakma oranları sıklıkla %20-30 arasında rapor edilmektedir (13).

Sigarayı bırakmada yardımcı olduğu düşünülen ve bu konuda etkinlikleri araştırılan birçok metod ele alınmıştır. Kişilerin sigarayı bırakmada faydalandıkları müdahale etkinliğinin ele alındığı bir derlemede, 188 randomize kontrollü çalışma gözden geçirilmiştir. Bu derlemeye göre doktor tarafından tek sefer görülen bir sigara içicisine, sigara bırakmasına yönelik verilecek basit bir önerinin bile etkili olduğu saptanmıştır. Bu basit müdahaleyle bir yıllık bırakma oranının %2 olması mutevazi bir sonuç olarak kabul edilebilir fakat maliyet-etkin olduğuna şüphe yoktur. Bu yöntemle her bir kişi için hayat boyu kurtarılan maliyetin 1500 dolar olduğu varsayılmaktadır. Doktor tavsiyesi yanında bazı araçların da (takip mektupları, kontroller, solunum fonksiyon testleri vb.) kullanılması, etkiyi belirli bir derece artırmaktadır. Kalp damar hastaları veya hamileler gibi özelliği olan kişilere yapılan sigara bırakmaya yönelik önerilerin etkisi daha belirgindir (26). Bir psikoloğun gözlemi altında grup veya özel seanslarla uygulanan davranış değiştirme tekniklerinin de etkinliği gösterilmesine rağmen tek başına doktor tarafından verilen önerilere

karşın belirgin bir üstünlüğü saptanmamıştır. Üstelik bu tür yaklaşımların maliyeti daha fazladır. Hipnozla ilgili çalışmalarda bırakma oranları %23-50 arasında değişmekle beraber bu çalışmaların hiç birinde sözel alınan sonuçlar, biyokimyasak parametrelerle desteklenmemiştir. Akupunktur ile ilgili yayınlarda, bu yöntemin uzun dönemde faydasının olmadığı sonucuna varılmıştır. Nikotin replamanı tedavisinin etkinliği %13 civarlarındadır. Sigarayı aniden bırakma ile azaltarak bırakma yöntemleri arasında sonucu etkileyecek belirgin bir fark saptanmamıştır (38).

Yayımlanan bir makalede, N.R.T. tedavisinin yanında, üç ayrı gruptan ilkinde sigara bırakma el kitapçığı; ikinci gruba, dört kişisel genel seans; üçüncü gruba, sekizi bir saat süren dokuz grup danışmanlığı seansları düzenlenmiştir. Danışmanlık yoğunluklarının farkına rağmen, uzun dönem sigara bırakma sonuçlarında belirgin bir fark saptanmamıştır (39).

Sigara bırakmada yeni gelişmeleri ele alan diğer makalalar irdelendiğinde, tek başına doktor tavsiyesiyle bırakma oranlarının %10'lara kadar çıkabildiği belirtilerek, davranış terapilerine devam eden içicilerin başarı oranlarının %20'lere ulaştığı vurgulanmıştır. Sigaranın bırakılmasında kullanılan, ilk nikotin dışı ilaç olarak onaylanan bupropion ile bırakma oranları doza göre değişmekle beraber %10.5-24.4 arasındadır (4).

Son zamanlarda yapılan yaklaşık 300 klinik çalışmanın meta analizinde sigara bırakma metodlarının etkinliğini ortaya koymaktadır. Özellikle etkili olan üç model; nikotin replasman tedavisi, klinisyenlerce yönlendirilen sosyal destek grupları ve sigarayı bırakmak ve uzak durmak için geliştirilen beceri eğitimleridir. En etkili yöntem, sağlık personeli tarafından sigaranın bırakılmasına yönelik mesajların bulunduğu birden çok tedavi programının bir arada uygulanmasıdır (13).

2.7.4. Doktor Yönlendirmeleri

Doktorların, sigarayı bırakmayı teşvik noktasında fırsatları ve etkili araçları vardır. Amerika'da, sigara içicilerin %70'i, yılda en az birkez doktor tarafından görülmektedirler (13, 16, 40). Sigara içen hastasına, bırakması konusunda tavsiyede bulunan ve bunu takip edeceğini hatırlatan doktorların, hastalarının sigarayı bırakma başarılarını 12 aylık süre sonunda %5.1 artırdığı gösterilmiş ve tüm doktorların bu şekilde sadece öneriyle hastalarını takip etmeleri halinde İngiltere' de her yıl 500 000 kişinin sigarayı bırakacağı iddia edilmiştir (41). Bazı hasta görüşmeleri sırasında, sigaraya ait semptomlar da eşlik etmektedir. Özellikle bu gibi durumlarda hastalardan,

sigarayı bırakmaya yönelik verilen mesajlara daha net cevap alınabilir ve bırakma başarıları artabilir. Sigarayı bırakmaya yönelik verilecek genel mesajlar bile, kendi kendiliğinden bırakma oranlarını ikiye katlayabilir. Bütün bunlara rağmen sigara içenlerin ancak %45.5 kadarına sigarayı bırakmaları konusunda tavsiyede bulunmaktadır (40). Bu oran Avustralyada yayımlanan bir makalaya göre %56 kadardır (41). Oysa nikotin bağımlılığın tedavisi en az hipertansiyon veya hiperkolesterolemi gibi diğer sık görülen hastalıkların tedavisi kadar maliyet etkindir (13).

Maliyet etkinliği şüphe götürmeyen bir başka çalışma da İskoçya'da yapılmıştır. Kurulan bir telefon yardım hattı ile, bütün yıl boyunca sigara içenlerin aramalarına olanak sağlanmış ve sigara bırakma konusunda bilgilendirilmişlerdir. Bir yılın sonunda takibe alınan 848 katılımcıdan 143'ü (%23.6) sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. Tüm yetişkin popülasyonun %1.4 kadarı 'direk' telefon yardım hattı sayesinde sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. Bu uygulamanın yapıldığı iki yıl sonunda ülke çapındaki sigara içme prevalansı 25-64 yaş grubu için %6'luk önemli bir azalmayla %38'den %32'ye düşmüştür (42).

2.7.5. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi

Nikotin bağımlılığının tedavisi, uzun dönem sorumluluk ve değerlendirme gerektiren kronik bir tıbbi problem olarak ele alınmalıdır ve alınmaktadır (13, 29). Sigara, içen her hastanın problem listesine diğer vital ölçümleriyle birlikte (kan basıncı, nabız atış vb) eklenmelidir (40). Her bir vizitte, kişiyi bırakmaya bir adım daha yaklaştırmaya yardımcı olmak primer amaçlardan biri olmalı. Bu konuda doktorun yaklaşımı üç önemli fazdan oluşmaktadır: değerlendirme, müdahale ve takip (13).

Değerlendirme aşamasında kişinin sağlık durumu, nikotin bağımlılığı, bırakma girişimleri ve halen bırakmaya duyulan ilgi belirlenmelidir (13). Daha uzun, daha yoğun ya da daha etkili farmakoterapi gerektiren hasta grupları; günde 20 adetten daha fazla sigara içenler, sabah uyandıktan sonra ilk 30 dakika içinde sigara içenler, ağır yoksunluk semptomları olanlar, önceki bırakma girişimlerinde bir hafta içinde tekrar sigaraya başlayanlar, depresyon ya da şizofreni gibi psikiyatrik rahatsızlığı olanlar, halen alkol veya uyuşturucu bağımlısı olanlar ve evinde başka bir sigara içicisiyle birlikte yaşayanlardır (40). Hastaların, sigarayı bırakma konusunda hazırlıklarının değerlendirilmesi bakımından sorulan ' Önümüzdeki altı ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?' ve 'Öyleyse ne zaman bırakmayı

düşünüyorsunuz?’ sorularına verdikleri yanıt kendilerinin içinde buldukları bırakmaya hazırlık derecesini gösterecektir (40).

Sigara içicileri verdikleri yanıtlara göre 5 basamaklı hazırlık derecesinin birine uyarlar. Diğer bir ifadeyle değişim modeli aşamaları (D.M.A.), sigara içenleri 5 ayrı motivasyon seviyesine oturtur (40).

1- Umursamama (precontemplative); kişi halen sigara kullanmaktadır ve bırakmayı düşünmemektedir.

2- Düşünme (contemplative); kişi sigarayı altı ay içerisinde bırakmayı düşünmektedir.

3- Hazırlık, karar aşaması (preparation); kişi sigarayı bir ay içerisinde bırakmaya karardır.

4- Eylem, bırakma, aksiyon, (action); kişi sigarayı bırakmıştır fakat altı ayını doldurmamıştır. Belli ortamlarda sigarayı aramaktadır

5- Sürdürme (maintenance); altı ayını geçirmiş ve sigara içmeme kararlılığında olma durumudur.

Her ne kadar her herbir değişim medeli derecesi için doktorların müdahalesi önemliyse de kişileri, özellikle hazırlık ve eylem aşamasında yönlendirmek ve yakın takip etmek gerekmektedir (40).

Aslında bir çok hasta bırakma konusuyla ilgilenerken **müdahale** kısmına geçmektedir. Burada kişiye, bir bırakma günü belirlemesini ve o günden sonra artık sigara içmemesi önerilir. Sigara bırakma konusunda verilen tavsiyenin gerçekleşmesi kişinin ihtiyaçları ve risk faktörleriyle ilişkilidir. Bir bırakmaya yardımcı metod seçilerek uygulamaya konur. Doktorlar genellikle eğitim materyalleri kullanmakta, danışmanlık vermekte, ve nikotin replasma tedavisi uygulamaktadır. Birleşmiş Milletler Halk Sağlığı Servisi klavuzuna göre her sigara bırakmak isteyenine ilaç tedavisi verilmelidir (40). Nikotin sakızları ve bantları bırakma oranlarını iyileştirmektedir. Nikotin bantları, kişinin bırakma oranını ikiye katlamakta ve nikotin yerine koyma tedavilerinde, birçok sigara içici için birinci seçenek olarak tavsiye edilmektedir. Nikotin bağımlılığının tedavisinde, Gıda ve İlaç İdaresi, bupropion SR, nikotin sakızı, burun spreyi, inhaler ve bandlarının kullanılmasını onaylamıştır (40). Nikotin bağımlılığı için kişisel doz ve süreler belirlenmeli ve kontroller sık sık yapılarak tedaviye cevap değerlendirilmelidir (40). Bandların nasıl kullanılacağı, kontraendikasyonları ve yan etkileri iyice anlaşılmalıdır. Örneğin kişi hala sigara içiyorsa nikotin bantları kullanılmamalıdır. Eğer klinisyen sigarayı bırakmaya çalışan

kişinin kilo alımı veya tekrar başlamaması için stratejiler geliştirecek olur ve bu amaçla kişisel yaklaşımlarda bulunursa hangi metod olursa olsun başarı oranı artacaktır (13). Birleşmiş Milletler Halk Sağlığı Başkanlığı tedavi klavuzuna göre nikotin bantlarıyla beraber nikotin sakızları veya spreyleri gibi, kişisel kullanıma uygun N.R.T.'nin kombine edilmesi, tek başına nikotin bantlarının kullanılmasından daha etkili olduğu belirtilmiştir (29).

Nikotin sakızları; (halen ülkemizde bulunmamakla beraber) mevcut ülkelerde reçetesiz olarak 2 mg ve 4 mg'lık dozlarda 1980'li yıllardan beri satılmaktadır (10,40). Genel olarak 4 mg'lık sakızlar yüksek miktarda içiciler (>20 adet/gün) için önerilmektedir. Hastalara, sakızları ağızlarında farklı bir tad (biberli) oluşturana kadar birkaç kez çiğnedikten sonra yanak ile damakları arasında birkaç dakikalığına bekletmeleri, daha sonra tekrar çiğnemeleri tavsiye edilmelidir (40). Böylelikle herbir sakız, nikotinin yanaktan emilmesine olanak sağlanacak şekilde, 30 dakika süreyle kullanılabilir (40). Nikotin sakızları, tek başlarına kullanıldığında, ilk günlerdeki belirgin yoksunluk nedeniyle günde en az 10-15 adet kullanılmışlardır (40). Nikotin sakızları, nikotin band dozu azaltılırken ya da relaps oluşma ihtimalinin fazla olduğu dönemlerde nikotin bantlarıyla beraber kullanılabilir (40). Yine nikotin sakızları; bupropion, nikotin nasal sprey veya nikotin inhaler ile birlikte kullanılabilir. Nikotin sakızlarının uygun teknikle kullanıldığında azaltılabilen en sık yan etkileri bulantı ve hazımsızlıktır. Rapor edilen diğer yan etkileri damakta yara ve ağız ülserleridir (40).

Nikotin bantları, kullanımı kolay ve vücuda deriden sabit nikotin salan bir tedavi biçimidir. Reçetesiz olarak 7, 11, 14, 15, 21 ve 22 mg'lık dozları bulunan bantlar reçetesiz olarak satılmaktadır. Ülkemizde de reçetesiz olarak satılan bantların 7, 14, 21 mg'lık formları, 'Nicotinell TTS' ticari adıyla birçok eczenede bulunmaktadır. Doktor takibinde kullanılmadıklarında, genelde tek doz halinde kullanılmakta ve bantların belirgin bir etkisi olmamaktadır. Standart doz nikotin bant tedavisiyle (21-22 mg/24 saat), sigara içmekle sağlanan serum kotinin (nikotin metaboliti) seviyesinin ancak % 54'üne ulaşıldığı gösterilmiştir (36, 40). Daha düşük ortalama serum kotinin seviyeleri olan hafif içicilerin daha başarılı oranda sigarayı bırakmaları, aldıkları nikotinin başlangıç serum seviyelerine yakın olduğunu düşündürmektedir. İlk günlerin yoksunluğuyla başa çıkma ve relapsın önlenmesi için ağır içiciler daha yüksek nikotin bant tedavisine ihtiyaç duyabilirler (40). Yüksek doz nikotin band tedavisi (42-44 mg/gün), güvenli, yerine koymada daha yeterli, yoksunluk semptomlarını daha etkili olarak azaltan, ve genel tedavi başarısını

artırabilen bir yaklaşımdır. Daha ağır içicilerde günde 63 mg'a kadar kullanılan dozlar da güvenli ve etkili bulunmuştur (40). Yüksek doz nikotin replasman tedavisini araştıran bir makalede günlük ortalama 32 adet sigara içen 40 ağır içiciye 4 hafta 44 mg (standart dozun 2 katı) nikotin bant tedavisi uygulanmıştır. Bu tedaviyi kişiler iyi tolere etmiş ve hiçbirinde nikotin toksisitesi semptom veya yakınması saptanmamıştır (36). Bu çalışmaya göre günde 40 adet sigara içen birinde, %100 serum nikotin replasmanı sağlanabilmesi için başlangıçta 44 mg'lık nikotin bant tedavisine uygulanmaktadır (36).

Genel olarak, içilen günlük sigara sayısına göre başlangıç bant dozları, tablo 3'deki gibi önerilmektedir (40).

Tablo 3. Günlük içilen sigara sayısına göre tavsiye edilen başlangıç nikotin bant dozları.

Günlük içilen sigara sayısı	Bant dozu (mg/gün)
10 adetten az	7-14
10-20 adet	14-22
21-40 adet	22-44
40 adetten fazla	44+

Nikotin replasman tedavisinin (NRT) ilk iki haftası girişimin başarısı için kritik bir dönemdir. Bırakma gününde başlanılan nikotin replasman tedavisi sonrası ilk iki hafta içinde hasta kontrole çağırılmalı ya da telefon danışmanlığı yapılmalıdır. Daha sonra iki hafta aralıklarla kontroller devam etmelidir. Hastanın durumuna göre tedavide alternatifler uygulanabilir. Hassasiyet, endişe, sinirlilik, öfke nöbetleri, konsantrasyon bozukluğu ve belirgin ortamlarda sigaranın aranması gibi yoksunluk semptomları varlığında bant dozu artırılmalıdır. Nikotin sakızları, burun spreyleri, inhalerleri ani istek durumlarında kullanılabilir. Daha uzun kullanımı güvenli olsada, birçok hastanın nikotin bantlarını, 4-8 hafta kullanmaları yeterlidir. Hasta eğer ilk 4 haftanın sonunda hala sigara kullanmaya devam ediyorsa müdahale planı dikkatlice tekrar gözden geçirilmelidir. Böyle bir durumda yeni bir bırakma tarihi belirlenerek tedavinin ertelenmesi gerekebilir (40).

Nikotin bant tedavilerinin en sık yan etkileri; eritem, kaşıntı, ödem ve nadiren gözükten vezikül şeklinde deri iritasyonlarıdır. Bu tür deri iritasyonları, topikal kortikosteroidlerle veya oral antihistaminiklerle tedavi edilebilir. Çok nadiren generalize göküntü oluşabilir (40).

Nikotin burun spreyleri; sakızlardan daha hızlı nikotin yoksunluk semptomlarını gidermekte ve nikotini diğer sistemlerden daha çabuk vücuda

vermektedir. Her sprey 0.5 mg nikotin içermekte ve her burun deliğine birer sprey şeklinde uygulanarak toplamda 1 mg nikotin alınmaktadır. Hastaya spreyi burun alt kısmındaki mukozaya sıkmasını ve sıkarken burnunu çekmemesi gerektiği hatırlatılmalıdır. Tavsiye edilen doz, saatte 1-2 sıklıdır. Günde 40 , saatte 5 sıklıdan fazla kullanılmamalıdır. Sadece burun spreyi kullanan hastalar genelde başlangıçta günde 12-16 doz kullanmaktadır. 12 haftaya kadar lüzumu halinde, daha sonra dozun giderek azaltılması tavsiye edilmektedir. Bu tedavi sistemi reçeteyle satılmaktadır (40). Ülkemizde halen bulunmamaktadır.

Spreylerin en sık yan etkileri burun akması, burun ve boğaz iritasyonu, gözlerde sulanma ve aksırıktır (40).

Nikotin inhaler, reçeteyle satılmaktadır ve buharlaşmış nikotinin ağız mukozasından emilmesiyle etki göstermektedir. Alet, sigaraya benzemektedir, bu nedenle sigara içim davranışını taklit etme avantajına sahiptir. Vücuda nikotin sakızları kadar nikotin sağlamaktadır. Tek başına kullanıldığında, günde 6 adetten fazla kartuş kullanımıyla etkinliği artmaktadır. 2 mg nikotin için 20 dakikada 80 puf alınmalıdır. Tavsiye edilen başlangıç dozu günlük 6-16 kapsüldür. 12 haftalık kullanımdan sonra doz giderek azaltılmalıdır (40). En sık görülen yan etkileri, ağız ve boğazda iritasyonlar ve öksürüktür. Ülkemizde halen bulunmamaktadır.

Uyum konusunda nikotin replasman tedavileri karşılaştırıldığında, nikotin bantlarına uyum, diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bant kullanmamanın en sık nedeni yapıstırılmasının unutulmasıdır. Fakat diğer yöntemlerde bunun sebebi kişinin buna olan ihtiyacına iananmama durumudur. Diğerlerine göre, spreylerde belirtilen yan etkiler, kullanmama nedeni olarak en sık ifade edilmiştir. Metodların kullanılmamasına gösterilen nedenler arasında unutma, hastalanma ve bağımlılıktan çekinme sayılmıştır. Inhalerler, kişilerin kullanılırken çekindiklerini belirttikleri, en sık metoddur (43).

Bu tedaviler arasında, yoksunluk semptomları, sigara içmemenin yarattığı zorlanma hissi, ilk bir haftadaki ani sigara içme isteği ve 12. haftada kilo alımı konusunda herhangi bir kayda değer farklılık saptanmamıştır (43). Sonuç olarak, uygun şekilde kullanıldığında en hızlı nikotin salıveren sistem, burun spreyeleridir. Fakat spreylerde daha sık yan etki görülmekte ve ihtiyacın altında kullanılmaktadır. Genel olarak tüm nikotin yerine koyma tedavileri, sağladıkları yardım, sigaranın aranması durumlarına etkileri, yoksunluk semptomları ve bırakma oranları açısından benzer etkilere sahiptirler (43).

Bupropion (amfebutamone), FDA tarafından sigaraya karşı onaylanan ilk nikotin dışı tedavi alternatifidir (4, 40, 44, 45). Birleşik Devletlerin Haziran 2000 Klinik Pratiği Rehberi'nde bupropion, NRT gibi ilk seçenek bir tedavi alternatifi olarak belirtilmiştir. Bu monosiklik antidepresan, dopamin ve norepinefrinin geri alınımını inhibe eder. Tedaviye ilk üç gün, sabit salınımlı 150 mg/gün'lik dozla başlanır, ve hasta, sigarayı bırakmadan bir hafta öncesinden günde iki kez 150 mg kullanır. Genel olarak 6-12 hafta süresince kullanılmaktadır fakat daha uzun süreler güvenle kullanılabilir (40). Dale ve beraberindekiler, bupropionun optimal kullanımı için, bu tedaviden faydalanacakların tahminine yönelik bir çalışma düzenlemiştir. Çeşitli merkezlerin katılımıyla 615 kişi çalışmaya alınmıştır. Yüksek doz bupropion alanlarda, uzun dönem bırakma oranı başarısı artmıştır. Bunun yanında erkek olmak, daha önceki bırakma girişimlerinde uzun süre sigaradan uzak kalabilmek, ve günlük içilen sigara sayısının az olması, bırakma oranını artıran faktörler olarak saptanmıştır (46). Diğer antidepresanlar gibi bu tedavide düşük miktarda konvülsiyon riski vardır. Bunun için konvülsiyon hikayesi olanlarda, şuur kaybına neden olmuş ciddi kafa travması hikayelerinde, yeme bozukluklarında (anoreksiya nervoza veya bulimiya) ya da konvülsiyon eşiğini düşüren ilaçların kullanıldığı durumlarda bupropion kullanımı kontraendikedir (40). Medyada çıkan haberlere göre bazı ülkelerde bupropion alımına bağlanan ölüm olayları bildirilse de bu haberlerle ilgili raporlarda böyle bir sebep sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Bu konu, üzerinde yakın takip gerekmektedir. (44) Bupropionun en sık yan etkileri, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur. Kardiyovasküler veya cinsel aktivite üzerine yan etkileri sık değildir (13).

Müdahale fazından sonra takip fazında destek sağlanması ve geriye dönüşlerin (relaps) önlenmesi planlanmalıdır. Geriye dönüşler bir başarısızlık olarak değil, bırakma yolunda döngünün bir parçası olarak değerlendirilmelidir (13).

Nortriptilin, sigara içenlerin bırakmalarına yardımcı olabileceği düşünülen ikincil öncelikli bir trisiklik antidepresandır. En yüksek doz aralığı günlük 75/ 100 mg, tedavi süresi, 8-12 haftadır. En sık gözülen yan etkileri uyuşukluk ve ağız kuruluğudur. Kalpte aritmi yaratabileceği gösterilmiştir (40). Nortriptilin Türkiye'de bulunmamaktadır.

Klonidin, merkezi etki gösteren ve ikinci dereceden kullanılacak bir α agonistidir. 3-10 hafta süren tedavide bantlar haftalık değiştirilir ve dozları 0.2 mg/gün'dür. Bantlar hastanın sigarayı bırakmaya karar verdiği tarihten bir hafta öncesinde kullanılmaya başlanır. En sık yan etkisi ağız kuruluğudur (40).

Kombine tedaviler

Her ne kadar sigara bırakmaya yardımcı olmak için kombine tedaviler akılcı ilaç kullanımına uygun olsa da, NRT'lerinin, bupropionla veya diğer nikotin yerine koyma sistemleriyle kombinasyonunun etkinliğinin değerlendirildiği ancak birkaç çalışma yapılmıştır (40). Kombine tedavi yaklaşımlarında, ihtiyacı duyulan nikotinin, deri bantları ya da bupropionla tedavisi sırasında daha hızlı nikotin sağlayan sistemler (nikotin burun spreyi, sakızlar ya da inhaler) kullanılır. Kombine tedaviler, geçmişteki deneyimler ve nikotin bağımlılığının ağırlığı değerlendirildikten sonra ele alınmalı ve her bir hasta için kişiselleştirilmelidir (40).

Daha Yoğun Müdahaleler

Hastalar arasında nikotin bağımlılığı derecesi oldukça değişiklik göstereceğinden basamaklı bir tedavi sistemi sağlanmalıdır. Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olanlar; uzman tarafından verilen kişisel danışmanlık, grup tedavileri ve yerel merkezlerde tedaviler şeklinde daha yoğun programlara ihtiyaç duyabilirler. Halen en yoğun tedavi, yerel merkezli tedavi programlarıdır. Bu tür programlar: grup tedavisi, kişiselleştirilmiş ilaç tedavisi, kişisel danışmanlık, dersler, egzersiz, stresle başa çıkma, diyet, sigarasız ve korunmuş bir ortamda sunulan destekleri içermektedir. Bu tip yoğun tedaviler daha önceden daha az yoğun tedaviler sonunda başarılı olamamış veya sigara içimiyle beraber psikiyatrik ya da belirgin medikal sorunları olan kişiler içindir. Diğer tıp servisleriyle karşılaştırıldığında daha yoğun tedavi programları kullanılsa bile nikotin bağımlılığının tedavisi maliyet etkindir (40).

Pratik Yaklaşım

Nikotin bağımlılığının tedavisi, tedavi sırasında veya sonrasındaki relapslar nedeniyle oldukça zordur. Sigara bırakmanın tam olarak sağlanmasını en üst düzeye çıkarabilmek için Birleşmiş Milletler Halk Sağlığı Servisi'nin uygulamalarına ve Mayo Klinik Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Araştırma Merkezi'nin tecrübelerine dayanan yaklaşım aşağıda özetlenmiştir (40).

1. Adım; Hastanın değişim modeli derecesi ve nikotin bağımlılığını değerlendir (40).
2. Adım; Eğer hasta umursamıyor veya sigarayı bırakmayı sadece düşünüyorsa, 5 R'leri hatırlatmak gerekir. 5 R, konuyla ilgili konuşarak (relevance), riskler ve (risks), sigarayı bırakmakla elde edeceği kazanımlar (rewards) hatırlatılmalı, sigara bırakma yolundaki engellerden (roadblocks) söz edilmeli ve bunların tekrarı (repeat) yapılmasıdır. Eğer hasta hazırlık aşamasındaysa davranış tedavisi yapılmalı, ilaç tedavisi için değerlendirilip ve uygunsa önerilmeli ve bırakma günü belirlenmelidir.

Eğer hasta müdahale veya sürdürme aşamasındaysa ilaç tedavisi, cesaretlendirme ve verilen destek sürdürülmelidir (40).

3. Adım; Müdahale aşamasında hastanın günlük içilen sigara sayısına göre nikotin bantı ya da bupropion tedavisi verilmeli, eğer hasta daha önce aldığı tek çeşit tedavi sonrası başarısız olduysa bupropion ve nikotin bant tedavisi kombine edilmelidir. Daha bağımlı hastalar için nikotin sakız, sprey veya inhalerleri eklenmelidir (40).

4. Adım; Tedavi planında hastayla sık iletişim kurularak: yoksunluk semptomları, tedavinin yan etkileri, pratik danışmanlık ve bırakmanın sürdürülmesi için cesaretlendirme sağlanmalıdır. Tedavi sırasında oluşabilecek sigaranın belli ortamlarda aranması durumunda ve/veya yoksunluk semptomları oluştuğunda alınan nikotin dozu artırılmalıdır (40).

5. Adım; Hastaya, sigara kullanmanın vereceği şimdiki ve gelecekteki zararları sıklıkla hatırlatılmalıdır. Birinci basamak tedavi planı istenilen şekilde sonuçlanmadığı zaman, diğer kronik hastalık durumlarında sıklıkla olduğu gibi uzman konsültasyonu ve detaylı tedavi planları gerekebilir. Anlatılan klinik yaklaşımla sigarayı bırakamayanlar, nikotin bağımlılığı tedavi uzmanına sevk edilmelidir.

2.7.6. İlgili Web Sitelerine Örnekler

Nikotin bağımlılığının tedavisi için www.quitnet.org veya Mayo Klinik Nikotin Bağımlılık Merkezi'ne ait www.mayo.edu/ndc internet adreslerine ulaşılabilir (40). Diğer bir tedavi klavuzu, "Surgeon General" web sitesinde bulunan www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm adresidir (16). Sigarayla ilgili detaylı bilgiler içeren ve birinci basamak yaklaşımların da ele alındığı www.quitandstayquit.com adreside içerik bakımından oldukça zengindir (1).

Türkçe sitelerine: Karadeniz Teknik Üniversitesi bünyesinde ' www.ktu.edu.tr', Ankara üniversitesi bünyesinde ' www.ankara.edu.tr', Toraks Derneği bünyesinde ' www.toraks.org.tr', Türk Kardiyoloji Derneği bünyesinde ' www.tkd.org.tr' ve Göğüs Cerrahisi Derneği'nin ' www.goguscerrahisi.com' adresleri örnek verilebilir.

Yabancı web sitelerine örnek olarak; American Academy of Allergy Asthma & Immunoloji bünyesinde ' www.aaaai.org/patients.' , Pittsburgh Üniversitesi bünyesinde ' ipf.upmc.com' , Penn State Cardiovascular Center bünyesinde ' hmc.psu.edu' , Northwester Memorial Wellness İnstitute bünyesinde ' www.nmh.org' adresleri ve genel sağlık web siteleri olarak ' www.rwjf.org' , www.ivillage.com adresleri gösterilebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yeri, Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü sınırlarıdır. Araştırmanın gerçekleştirileceği yerlerin seçiminde, veri toplamanın kolaylığı, anket sonrası yapılacak müdahale için yer ve zaman avantajlarına sahip olması, yapılan müdahalenin takibinin nisbeten kolay olması ve kendi üniversite çalışanlarımıza dönük bir araştırma olması dikkate alınmıştır. Araştırma zamanı birkaç dilime bölünmüştür. Anket uygulama; Mayıs 2002, müdahale (NRT uygulama); Haziran-Temmuz 2002, takip süresi; Haziran-Aralık 2002 tarihleri arasındadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Yapılan anket çalışmasıyla, ileride yapılacak NRT tedavisinden haberdar olunması ve böylece katılımın yüksek olması için Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü'ndeki tüm akademik, idari ve yardımcı personele ulaşılması amaçlanmıştır. Her iki kampüste akademik 1933, idari 457 ve sözleşmeli 34 personel olmak üzere toplam 2424 personelden 876'sına ulaşılmıştır. Ulaşılma oranını olumsuz etkileyen durumlar; anketin uygulanma zamanının, eğitim döneminin sonuna denk düşmesi nedeniyle akademik personelin sınav, cevap kağıdı okuma vb gibi akademik işlerinin yoğunluğu, mesai saatlerinde yapılan anket çalışmasının, özellikle akademik personelin derste olduğu saatlarla çakışması sayılabilir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma içinde birbirini takip eden ve tamamlayan iki ayrı tipte araştırma bulunmaktadır.

1. Verileri anket yöntemiyle toplanan kesitsel, tanımlayıcı türde bir araştırma.
2. Prospektif bir vaka serisi araştırması.

3.4. Verilerin Toplanması

Her iki kampüste de, kampüs sınırları içerisinde bulunan bütün birimlere sırayla ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılan birimlerde izin istenerek anket hakkında kısa bir bildiren sonra yanıtlamayı kabul edenler gözlem altında anketleri yanıtlamışlardır.

stand açılmış ve anket hakkında bilgilendirmede bulunularak isteklilerin anketi yanıtlaması sağlanmıştır.

3.5. Anketin İçeriği ve Uygulanması

Anket üç basamaktan oluşmaktadır. Bütün katılımcıların yanıtladığı **birinci basamakta** sosyodemografik veriler ve hiç düzenli sigara içicisi olup olmadığına yönelik soru vardır. Halen veya herhangi bir dönem düzenli sigara içicisi olmayanlar sadece bu basamağı yanıtlayarak anketi sona erdirmişlerdir.

İkinci basamak, ilk basamağı bitiren ve herhangi bir dönem düzenli sigara içicisi olanlar ile halen sigara kullanmakta olanlar tarafından yanıtlanmıştır. İkinci basamakta, öncelikle sigarayı halen içen, bırakmaya çalışan ve bırakmayı başarmış kişileri, değişim modeli derecelerine göre, kendi durumlarına uygun seçeneği işaretlemeleri istenmiştir (Bakınız Ek 2- Anket Formu). Daha sonra kişilerin neden ve nasıl sigara içimine yönelik sorulardan oluşan sigara içim profil soruları bulunmaktadır. Toplam 16 sorudan oluşan sigara içim profilleri dörde ayrılmıştır. Profil soruları, ilk olarak genelde stres nedeniyle ve stresli ortamlarda sigara içenler, ikincisi koşullanma olarak ifade edilen, belirli ortamların sigarayı çağrıştırmaları nedeniyle sigara içenler, üçüncüsü özellikle sigaraya olan bağımlılık nedeniyle ve oluşan yoksunluk semptomları nedeniyle sigara içenler ve son olarak sigarayı içmedikleri zaman belirginleşen depresif semptomlar nedeniyle sigara içenler olarak gruplanmıştır. Herbir profil dört sorudan oluşmaktadır. Sorular dört seçeneklidir ve seçenekler sırasıyla 0, 1, 2, ve 3 puan değerindedir. Bu dört sorudan toplam 8 ve üzeri puan alanlar, ilgili profil grubuna dahil olmaktadır. Katılımcılar yeterli puan almadıklarında hiçbir profil grubuna dahil olmayacakları gibi, aynı katılımcı birden fazla profil grubuna da girebilir. Daha önceden sigara içmiş ama bırakalı yıllar olmuş kişilerden bazıları o dönemi net olarak hatırlayamadıkları için bu bölümü boş bırakmışlardır.

Anketin son bölümünde, halen sigara içenler veya bırakalı henüz altı ay olmamış eski içicilerin yanıtladığı iki bölüm vardır. Birinci bölümde sigara içimini etkileyebilecek sağlık ve çevresel faktörlerin varlığı ele alınmıştır. İkinci bölümde ise nikotin bağımlılığı ölçüsü olarak kullanılan 'Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği' yer almıştır.

Anket uygulanması sonrasında tüm görüşülenlere birkaç hafta sonra, bulunulan kampüs içerisinde sigarayı bırakmaya yardımcı tedavi verileceği vurgulanmıştır.

3.6. Müdahale Aşaması

Haziran-Temmuz 2002 tarihleri arasında anket çalışması sonrasında sigarayı bırakmak isteyenlere her iki kampüste de haftanın belli iki gününde belli yerlerde sigara bırakma konusunda genel bilgiler verildi. Araştırma konusunda bilgilendirilen ve onayı alınan 61 katılımcıya standart nikotin bant tedavisi protokolu uygulandı. Her hangi bir acil durumda ya da diğer gereksinimler için ulaşılacak telefon numaraları verildi. Uygulanan protokolde temel referans olarak, 2000 yılı aralık ayında 'Mayo Clin Proc' dergisinin 75. sayısında yayımlanan 'Nikotin Bağımlılığının Tedavisi' (Treatment of Nicotin Dependence) başlıklı derleme alındı.

3.7. Takip

Müdahale aşaması boyunca sigara bırakmak için gelenlerden NRT alanlar, oluşturulan takip protokolüne göre 4-8 hafta takip edilmişlerdir. İlk görüşme sonrasında nikotin bant tedavisi kullanmayı planlayanlar, bant tedavisine başladıktan sonra üç gün ile bir hafta arasında ilk takip görüşmesinde değerlendirildi. Bu değerlendirmede özellikle tedaviye uyum, yoksunluk semptomları, sigara içme isteği, ve olası tedavi yan etkileri takip edildi. İlk takip görüşmesi sonrası genellikle üç takip görüşmesi daha yapıldı. Dördüncü takip görüşmesinde nikotin bant tedavisine uyum gösteremeyenlerin, literatürde belirtildiği üzere tedavi girişimi ertelendi. Dördüncü takip görüşmesi sonrasında halen nikotin bant tedavisi almakta olanların takibi telefonla yapıldı.

Nikotin bant tedavisi almaya gelenlerin tamamına 6 aylık izlem sonunda telefonla tekrar ulaşılmaya çalışıldı. 6 ay sonunda bu kişilerin sigara içip içmedikleri soruldu. 6. ay sonunda sigara içmemeye devam edenler, sigarayı bırakmış olarak kabul edildi.

3.8. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin anketle ilgili olan kısmı anket çalışması sonrasında, müdahale çalışması ile ilgili olan kısmı, müdahale çalışması sonrasında tek bir araştırmacı

tarafından bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin analizi SPSS 11.0 istatistik programı ile gerçekleştirildi. Verilerin analizinde x^2 , student t ve annova testleri kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

- Konu Seçimi: Eylül 2001-Kasım 2001.
- Literatür Tarama: Aralık 2001 – Şubat 2002.
- Hazırlık ve Planlama: Mart 2002 – Nisan 2002.
- Anket Uygulama: Mayıs 2002.
- N.R.T Uygulama: Haziran 2002 – Temmuz 2002.
- Takip: Haziran 2002 – Aralık 2002.
- Sonuçlandırma ve Yazılması: Aralık 2002- Ocak 2003.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evreninin belli bir sosyal sınıfı temsil etmesi, ve hedef popülasyonun %36'sına ulaşılması sonuçların genele uyarlanması engellemektedir. Anket çalışması sırasında araştırmacı sayısının azlığı hedeflenen tüm personele ulaşılmasında sınırlılık oluştursa da tek kişi tarafından yapılan anket çalışmasında tüm birimler karıştırılmadan gezilmiştir. Bu tür müdahale çalışmalarında izlem süresi genelde 6 ay olarak planlansa da, ideal olan izlem süresi bir yıldır ve fakat çalışmamızda izlem süremiz 6 ay ile sınırlı kalmıştır. NRT izlem süresi sonunda sigara bırakma başarısının sözel bildirimlere dayandırılarak değerlendirilmesi, araştırmanın diğer bir sınırlayıcı yönüdür. 6 aylık izlem süresinin sonunda, müdahale grubundan hemen hepsine ulaşmış olması araştırmanın güçlü tarafıdır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsü'nde bulunan akademik, idari, ve sözleşmeli personel sayısının toplamı 2424 kişidir. Haydarpaşa Kampüsü'nde görevli 1008 personelin 870'i (%86.3) akademik, 120'si (%11.9) idari ve 18'i (%1.8) sözleşmelidir. Göztepe Kampüsü'nde çalışan 1416 personelin 1063'ü (%75) akademik, 337'si (%23.8) idari ve 16'sı (%1.2) sözleşmelidir. Toplam 2424 personelin 1933'ü (%79.7) akademik, 457'si (%18.9) idari, 34'ü (%1.4) sözleşmelidir. Akademik, idari, ve sözleşmeli olarak tüm personelin dağılımı Tablo 4.'te bulunmaktadır.

Tablo 4. Haydarpaşa ve Göztepe Kampüsü'nde akademik, idari, ve sözleşmeli olarak çalışan tüm personelin dağılımı.

	Haydarpaşa		Göztepe		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Akademik	870	86.3	1063	75.0	1933	79.7
İdari*	120	11.9	337	23.8	457	18.9
Sözleşmeli**	18	1.8	16	1.2	34	1.4
Toplam	1008	100	1416	100	2424	100

* İdari personele, anketimizde yardımcı personel olarak tanımladığımız az sayıdaki genel hizmetliler de (temizlikçi, çaycı, müstahdem gibi) dahildir.

** Yaklaşık rakam.

Anket çalışması sonucu bu kişilerin 874'sından (%36) yanıt alınmıştır.

Anketimizi katılanların 384'ü (%43.9) kadın, 490'ı (%56.1) erkekti. En genç katılımcı 17 (n=1), en yaşlısı 69 (n=1) yaşındaydı. Yaş ortalaması 34.65'ti (SD 9.78). Bu kampüslerde, 25 yaşın altında 134 (%15.3), 25-34 yaş arası 340 (%38.9), 35-44 yaş arası 253 (%28.9), 45-54 yaş arası 115 (%13.2) ve 55 yaş üzerinde 32 (%3.6) kişi bulunmaktaydı. Medeni durum bakımından hiç evlenmeyenler 329 (%37.6), evliler 512 (%58.6), boşanmış veya dul olanlar 33 (%3.8) kişi idi.

Ankete katılanlar içinde çocuk sahibi olanlar 408 (%46.7) kişiydi. 512 evli arasında 384 (%75) kişi çocuk sahibiydi. Hiç evlenmemişlerin dışında kalan 545 kişinin en az 0 (n=139), en fazla 7 (n=2), ortalama 1.36 (SD=1.13) çocuğu vardı.. Çocuk sahibi olan 408 kişinin. en az 1 (n=168), en fazla 7 (n=2), ortalama 1.82 (SD=0.94) çocuğu vardı.

Ankete katılanların 461'i (%52.7) akademik, 295'i (%33.8) idari, 118 (%13.5) yardımcı personelden oluşmaktaydı. Öğrenim durumuna göre ilkökul mezunu 69 (%7.9), ortaokul mezunu 33 (%3.8), lise mezunu 163 (%18.6), üniversite mezunu 193 (%22.1), lisans üstü 137 (%15.7); uzman ,araştırma görevlisi veya yardımcı doçent 204 (%23.3), doçent 25 (52.5) ve profesör 50 (%5.7) kişiydi. Anketi yanıtlayan kişilerin 859'unun (%98.3) sosyal güvencesi bulunmaktaydı.

Tablo 5. Anket çalışması sırasında ulaşılan katılımcıların demografik özelliklerin dağılımı.

Sosyodemografik Özellikler		N	%
Cinsiyet*	Kadın	384	43.9
	Erkek	490	56.1
Yaş Grupları	25 altı	134	15.3
	25-34	340	38.9
	35-44	253	28.9
	45-54	115	13.2
	55 ve üzeri	32	3.6
	Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	329
	Evlü	512	58.6
	Boşanmış/Dul	33	3.8
Çocuk Sahibi Olma	Çocuğu var	408	46.7
	Çocuğu yok	466	53.3
Görev Pozisyonu	Akademik	461	52.7
	İdari	295	33.8
	Yardımcı	118	13.5
Öğrenim Durumu	İlk	69	7.9
	Orta	33	3.8
	Lise	163	18.6
	Üniv.	193	22.1
	Lisans Üstü	137	15.7
	Uzm./Arş.Gör./Yrd.Doç.	204	23.3
	Doç.	25	2.9
	Prof.	50	5.7
	Sosyal Güvence	Var	859
	Yok	15	1.7

* cinsiyetle ilgili soruyu bir katılımcı boş bırakmıştır.

4.2. Günlük İçilen Sigara Adedi ve Sigara İçme Oranlarıyla İlgili Bulgular

874 kişinin olan genel popülasyondan 5 kişi 'Son birkaç haftadır günde kaç adet sigara içiyorsunuz?' sorusuna yanıt vermemiştir. Bundan sonraki veriler, geriye kalan 869 kişiyi temsil etmektedir. Bu kişilerin 387'si (%44.5) hayatlarında herhangi bir dönem *düzenli* sigara içmişlerdi (sigara içicisi).

869 kişinin 302'si (% 34.7) anket çalışması sırasında aktif, diğer bir deyişle düzenli sigara içicisiydi.

Sigara içme oranları cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde, 383 kadının %34.5'i, 491 erkeğin %34.8'i düzenli sigara içicisiydi. Sigara içme oranları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 30 yaş altındaki 346 kişinin %34.6'sı, 30-45 yaş arası 399 kişinin %35.3'ü, 45 yaş üzerindeki 129 kişinin %28.9'u düzenli sigara içicisiydi. Sigara içme oranları medeni duruma göre değerlendirildiğinde, 512 evlinin %33.3'ü, 362 evli olmayanın %35.0'i düzenli sigara içicisiydi.

Sigara içme oranları, çocuk sahibi olma durumuna göre değerlendirildiğinde, çocuğu olan 408 kişinin %34.5'i, olmayan 466 kişinin %33.6'sı düzenli sigara içicisiydi. Sigara içme oranları öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde, 265 ilk, orta veya lise mezununun %47.5'i, 330 üniversite mezunu veya master öğrencisinin %32.1'i, 279 doçent veya diğer öğretim üyesinin %23.6'sı düzenli sigara içicisiydi. Sigara içme oranları görev yerine göre değerlendirildiğinde, akademik görevi olan 461 kişinin %25.8'i, idari görevi olan 295 kişinin %40.0'ı ve yardımcı görev yapan 118 kişinin %51.6'sı düzenli sigara içicisiydi.

Günlük içilen sigara miktarı, 1 ile 60 adet arasında değişmekte ve ortalaması 16.58 (SD= 9.7) adettir. Sigara içen 141 bayan günde, en az 1, en fazla 40, ortalama 13.58 (SD=8.32) adet sigara kullanmaktaydı. Sigara içen 171 erkek, günde en az 1, en fazla 60, ortalama 18.71 (SD=10.18) adet sigara içmekteydi.

Sigara içen kişiler yaş gruplarına göre ayrıldığında; 30 yaşın altında olan 120 kişi, günlük en az 1, en fazla 40 ve ortalama 15.50 (SD=7.81) adet sigara içmekteydi.

30-45 yaş arasında olan 141 kişi, günlük en az 1, en fazla 60 ve ortalama 15.6 (SD=10.56) adet sigara içmekteydi. 45 yaş ve üstü olan 37 kişi, günlük en az 1, en fazla 60 ve ortalama 18.65 (SD=9.77) adet sigara içmekteydi.

Çocuk sahibi olan 141 kişi günde en az 1, en fazla 60 ortalama 15.78 (SD=10.66) adet, olmayan 157 kişi, en az 1, en fazla 40 ortalama 16.56 (SD=8.52) adet sigara içmekteydi.

Tablo 6. Sigara içme oranları ve günlük içilen sigara adedi değerlerinin (minimum, maksimum, ortalamalar ve standart sapmalar) sosyodemografik verilere göre dağılımı.

Sosyo demografik durum	Gruplar	Sayı	%	Günlük İçilen Sigara			
				Min	max	Ort. Adet	SD
Genel		874	34.7	1	60	16.58	9.7
Cinsiyet*	Kadın	383	34.5	1	40	13.58	8.32
	Erkek	491	34.8	1	60	18.71	10.18
Yaş Grupları	30 yaş altı	346	34.6	1	40	15.50	7.81
	30-45 yaş arası	399	35.3	1	60	15.60	10.56
	45 yaş ve üzeri	129	28.6	1	60	18.05	9.77
Medeni Durum	Evli	512	33.3	2	40	15.65	10.27
	Evli olmayan	362	35.0	1	60	16.08	8.24
Çocuk	Var	408	34.5	1	60	15.78	10.66
	Yok	466	33.6	1	40	16.56	8.52
Öğrenim durumu**	İlk-Orta-Lise	265	47.5	1	60	17.61	10.47
	Üniversite/L. Üst.	330	32.1	1	40	15.16	7.87
	Doç/Oğr. Üyesi	279	23.6	1	40	13.80	9.26
Görev Pozisyonu**	Akademik	461	25.8	1	40	14.57	8.40
	İdari	295	40.0	1	45	16.75	9.26
	Yardımcı	118	51.6	1	60	19.3	11.99

*p=0.024 **p=0.000

Sigara içen kişiler öğrenim durumlarına göre gruplandığında; 126 İlk/orta/lise mezunu, günlük en az 1, en fazla 60 ve ortalama 17.61 (SD=10.47) adet sigara içmekteydi. 106 üniversite mezunu veya lisans üstüne devam eden, günlük en az 1, en fazla 40 ve ortalama 15.16 (SD=7.87) adet sigara içmekteydi. Öğretim üyesi, doç veya profesör olan 66 kişi, günlük en az 1, en fazla 40 ve ortalama 13.8 (SD=9.26) adet sigara içmekteydi.

Görev yerine göre ortalama içilen sigara sayısı değerlendirildiğinde; Akademik görevi olan 124 kişi, günde en az 1, en fazla 40, ortalama 14.57 (SD=8.40) adet sigara içmekteydi. İdari görev yapan 118 kişi, günde en az 1, en fazla 45 ortalama 16.75 (SD=9.26) adet sigara içmekteydi. 66 yardımcı personel, günde en az 1, en fazla 60 ortalama 19.13 (SD11.99) adet sigara içmekteydi.

Anket popülasyonumuzda, farklı demografik özelliklere sahip kişilerdeki sigara içme oranlarının tespit etmek için belirli gruplar oluşturuldu. Gruplar oluşturulurken genel popülasyon önce cinsiyetlere, daha sonra evli olup olmama durumuna göre ayrıldı. Ortaya çıkan her bir grup; üç ayrı yaş kategorisine, üç ayrı eğitim durumuna ve üç ayrı görev yerine tek tek ayrıldı. Ayrı özelliklere sahip 36 küme, buldukları sayı ve sigara içme oranlarına göre değerlendirildi. Ortaya çıkan rakamlar Tablo 7.'de bulunmaktadır.

Tablo 7. Cinsiyetlerin, evli olup olmama durumuna göre ayrılarak, yaş grupları, eğitim durumları ve görev yerlerine göre sigara içme sıklığı.

		KADIN				ERKEK			
		Evli değil		Evli		Evli değil		Evli	
		N*	%**	N*	%**	N*	%**	N*	%
YAŞ(1)	<30	94	31.9	46	26.1	150	38.7	56	41.1
	30-45	60	46.7	136	36.0	31	25.8	172	33.7
	>45	20	20.0	27	33.3	7	28.6	75	29.3
EĞİTİ(3)	İlk/ort/lise	43	48.8	55	38.2	54	51.9	113	49.9
	Ünv./L.Üst	90	30.0	88	36.4	89	30.3	63	34.9
	Öğr.Üy.	41	34.1	66	24.3	45	19.1	127	19.7
GÖR*(2)	Akademik	97	30.9	109	29.4	94	26.6	161	22.4
	İdari	69	36.0	83	38.6	69	49.3	75	37.3
	Yardımcı	9	77.8	17	35.3	25	36.0	67	58.2

N*: Gruptaki toplam popülasyonu göstermektedir.

GÖR*: Görevi

%**: O gruba ait sigara içme oranını belirtmektedir.

(1)-(Evli olmayan kadınlar; p=<0.05). (2)-(Evli olmayan kadınlar; p<0.05).

(3)-(Erkekler; p=<0.05)

Evli olmayıp 30 yaş altında bulunan 94 kadının %31.9'u, 30-45 yaş arasındaki 60 kadının %46.7'si ve 45 yaş üstü 20 kadının %20.0'ı sigara içmekteydi. Evli olup 30 yaş altında bulunan 46 kadının %26.1'i, 30-45 yaş arası 136 kadının %36.0'si ve 45 yaş üstü 27 kadının %33.3'ü sigara içmekteydi. Evli olmayıp 30 yaş altında bulunan 150 erkeğin %38.7'si, 30-45 yaş arası 31 erkeğin %25.8.'i ve 45 yaş üstü 7 erkeğin %28.9'u sigara içmekteydi. Evli olup 30 yaş altında bulunan 56 erkeğin %41.1'i, 30-45 yaş arası 172 erkeğin %33.7'si ve 45 yaş üstü 75 erkeğin %29.3'ü sigara içmekteydi.

Evli olmayıp ilk/orta/lise mezunu olan 43 kadının %48.8'i, Üniversite/lisans üstü mezunu 90 kadının %30.0'u ve öğretim üyesi olan 41 kadının %34.1'i sigara içmekteydi. Evli olup ilk/orta/lise mezunu olan 55 kadının %38.2'si, üniversite/lisans üstü mezunu 88 kadının %36.4'ü ve öğretim üyesi olan 66 kadının %24.3'ü sigara içmekteydi. Evli olmayıp ilk/orta/lise mezunu olan 54 erkeğin %51.9'u, üniversite/lisans üstü mezunu 89 erkeğin %30.3'ü ve öğretim üyesi 45 erkeğin %19.1'i sigara içmekteydi. Evli olup ilk/orta/lise mezunu olan 113 erkeğin %49.9'u, üniversite/lisans üstü mezunu 63 erkeğin %34.9'u ve öğretim üyesi olan 127 erkeğin %19.7'si sigara içmekteydi.

Evli olmayıp, akademik görevi bulunan 97 kadının %30.9'u, idari görevi bulunan 69 kadının %36.0'si ve yardımcı görevi olan 9 kadının %77.8'i sigara içmekteydi. Evli olup akademik görevi bulunan 109 kadının %29.4'ü, idari görevi bulunan 83 kadının %38.6'si ve yardımcı görevde bulunan 17 kadının %35.3'ü sigara içmekteydi.

Evli olmayıp akademik görevi bulunan 94 erkeğin %26.6'sı, idari görevi bulunan 69 erkeğin %49.3'ü ve yardımcı görevi olan 25 erkeğin %36'sı sigara içmekteydi. Evli olup akademik görevi bulunan 161 erkeğin %22.4'ü, idari görevi bulunan 75 kadının %37.3'ü ve yardımcı görevde bulunan 67 erkeğin %58.2'si sigara içmekteydi. Cinsiyetlerin evli olup olmama durumuna göre ayrılarak, yaş kategorileri, eğitim durumları ve görev yerlerine göre sigara içme sıklığı tablo 7'de gösterilmiştir.

4.3. Değişim Modeli Aşamalarıyla İlgili Bulgular

Hayatlarının herhangi bir döneminde sigara içmiş veya halen sigarayı düzenli kullanan 394 kişinin değişim modeli aşamaları dağılımı yapıldığında:

Kendisine uygun seçenek olarak ‘Sigara içiyorum, sigara içmeyi seviyorum, bırakmayı düşünmüyorum, *Düşünmüyor*, 46 (%11.9), ‘Sigara içmeyi seviyorum ama bırakmam gerektiğini de biliyorum, *Düşünme aşamasında*, 186 (%47.8), ‘Sigara içiyorum ve bırakmaya hazırım veya engeç bir ay içerisinde bırakmaya kararlıyım, *Hazırlık aşamasında*, 62 (%15.9), ‘Sigarayı bırakalı gün/ay oldu ama zaman zaman sigara içme isteği doğuyor, *Bırakma aşamasında*, 33 (%8.5), ‘Sigarayı aydır/yıldır bıraktım ve onu hiç aramıyorum, *Sürdürme aşamasında*, 62 (%15.9) ve belirtmeyen 5 (%1.2) kişi bulunmaktaydı.

Kadınların (n:162) ve erkeklerin (n:232) değişim modeli aşamalarının göre dağılımı yapıldığında; Kadınların 21’i (%13.4), erkeklerin 25’i (%10.8) düşünmüyor, kadınların 90’ı (%55.6), erkeklerin 96’sı (%41.4) düşünüyor, kadınların 19’u (%11.7), erkeklerin 43’ü (%18.5) hazırlık, kadınların 15’i (%9.39), erkeklerin 18’i (%7.8) bırakma, kadınların 15’i (%9.3), erkeklerin 47’si (%20.3) sürdürme aşamasındaydı.

Değişim modeli aşamalarının genel dağılımı sayı ve oranları ile cinsiyetler arası dağılımı Tablo 8.’de bulunmaktadır.

Tablo 8. Genel ve cinsiyetler arasında değişim modeli aşamaları dağılımı.

Değişim Modeli Derecesi	Sayı	%	Cinsiyetler (p=0.023)			
			Kadınlarda		Erkeklerde	
			Sayı	%	Sayı	%
Düşünmüyor*	46	11.9	21	13.4	25	10.8
Düşünmüyor**	186	47.8	90	55.6	96	41.4
Hazırlık***	62	15.9	19	11.7	43	18.5
Bırakma****	33	8.5	15	9.3	18	7.8
Sürdürme*****	62	15.9	15	9.3	47	20.3
Belirtmeyen	5	1.2	2	1.2	3	1.3
Toplam	394	100	162	100	232	100

*Sigarayı içiyor ve bırakmayı düşünmüyor.

**Sigara içiyor fakat bırakmayı düşünüyor.

***Bırakmaya hazır veya 1 ay içinde bırakmaya kararlı.

****Bırakalı belli bir süre oldu ama sigarayı halen arıyor.

*****Bırakalı 6 aydan daha fazla oldu ve sigarayı artık aramıyor.

‘Değişim Modeli Aşamaları’nın; Günlük içilen sigara miktarına, katılımcıların görevine, cinsiyetine, öğrenim durumuna ve medeni duruma göre dağılımı birarada Tablo 10.’da gösterilmektedir.

Tablo 10. Günlük içilen sigara miktarına, katılımcıların görevine, cinsiyetine, öğrenim durumuna ve medeni durumuna göre 'Değişim Modeli Dereceleri' nin dağılımı.

Değişim modeleri Dereceleri →	Düşünmüyor		Düşünüyor		Hazırlık		Bırakma		Sürdürme		Belirtilmeyen	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GENEL →	384	11.7	182	47.4	51	15.9	32	8.3	59	15.4	5	1.3
Günlük İçilen Miktar	250	12	98	39.2	28	11.2	32	12.8	59	23.9	3	1.2
0-15	105	10.5	68	64.8	24	22	0	0	0	0	2	1.9
16-29	29	13.8	16	55.2	9	31	0	0	0	0	0	0
>30	155	13.5	77	49.7	19	12.2	9	5.8	27	17.4	2	1.3
Görevi*	159	10.7	73	45.9	23	14.5	18	11.3	26	16.4	2	1.3
İdari	70	10	32	45.7	19	27.2	5	7.1	6	8.6	1	1.4
Yardımcı	157	13.4	86	54.8	18	11.5	15	9.6	15	9.6	2	1.3
Kadın	227	10.6	96	42.3	43	18.9	17	7.5	44	19.4	3	1.3
Erkek	157	12.1	68	43.3	35	22.3	14	8.9	20	12.7	1	0.6
Öğrenim Durumu*	137	7.3	73	53.3	18	13.1	14	10.2	19	13.9	3	2.2
Üniv-Master	90	17.8	41	46.5	8	8.9	4	4.4	20	22.2	0	0
Doç-Öğr.Üy	135	10.4	67	49.6	20	14.8	20	14.8	13	9.6	1	0.7
Evli Değil	222	11.9	99	43.6	40	17.7	12	5.3	45	19.8	4	1.8
Evli												

*P<0.05

Tablo 10'u incelediğimizde, Üniversite mezunları, ortalamaya göre daha az oranda düşünmüyor durumundayken, öğretim görevlisi veya doçent ve üzeri kariyerde bulunanlar, daha yüksek oranda düşünmüyor durumundaydı. Sigara içim miktarına göre ayrılan popülasyonda en az sayıda sigara kullanan kişiler, en düşük oranda sigara bırakmayı düşündüklerini belirtirken, en yüksek oranda bırakma düşüncesi, orta derecede sigara içicileri tarafından belirtilmişti. Bunun yanında günde otuzdan adetten fazla sigara içenler ise, en yüksek oranda bırakmaya hazırım cevabı vermişlerdi. Bırakmaya kendini en az hazır hissedene grup, yardımcı personel olarak çalışan gruptu. Anket sırasında bırakma eyleminde olanlar sıklıkla evliler ve, günde 0-15 arası sigara için hafif içicilerdir. Bu kişiler muhtemelen sigarayı azaltarak bırakmayı planlamaktaydılar. Sigarayı bırakmayı başarmış kişilerin oranı, dikkat çekecek biçimde yine sigarayı 0-15 arası kullananlar ve öğretim üyesi, doçent ve üzeri kariyer sahibi kişilerdi. Sigarayı bırakma bakımından en düşük orantıya sahip kişiler yüksek sayıda sigara kullanan kişiler olmuştu.

Halen düzenli sigara içenler veya bir zamanlar düzenli sigara içmiş kişilerin yanıtladığı değişim modeli derecesi dağılımı, yaş ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, ‘Düşünmüyor’ durumunda olanların (n:46) en az 18, en fazla 57, ortalama 34.6 (SD:8.84) yaşında, ‘Düşünüyor’ aşamasında olanların (n:186) en az 18, en fazla 60, ortalama 33.85 (SD:9.12) yaşında. ‘Hazırlık’ aşamasında olanların (n:62) en az 18, en fazla 64, ortalama 34.91(SD:10.99) yaşında. ‘Bırakma’ aşamasında olanların (n:33) en az 19, en fazla 51, ortalama 29.81 (SD:8.28) yaşında. ‘Sürdürme’ aşamasında olanların (n:62) en az 20, en fazla 63, ortalama 39.72 (SD:9.38) yaşında olduğu görülmektedir. Dağılım Tablo 9.’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Sigara İçicilerin değişim modeli aşamalarına göre yaş durumları.

Değişim Modeli Derecesi	Sayı	Yaş (p=0.006)			
		Min	Max	Ort	SD
Düşünmüyor*	46	18	57	34.6	8.84
Düşünüyor**	186	18	60	33.85	9.12
Hazırlık***	62	18	64	34.91	10.99
Bırakma****	33	19	51	29.81	8.28
Sürdürme*****	62	20	63	39.72	9.38
Toplam	389	18	64		

4.4. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği ile İlgili Bulgular

Düzenli sigara içen 298 kişinin ‘Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skor’u en düşük 0 (n:57), en yüksek 10 (n:3) ve ortalama 2.87’di (SD=2.31). Bu değerler Tablo 11.’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skoru genel değerleri

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skoru	N	Min	Max	Ort	SD
Değerler	298	0	10	2.87	2.31

Fagerstrom Bağımlılık skoru dağılımı yapıldığında; 52 (%17.4) kişi 0, 38 (%12.8) kişi 1, 54(%18.1) kişi 2, 50 (%16.1) kişi 3, 30 (%10.1) kişi 4, 27 (%9.1) kişi 5, 17 (%5.7) kişi 6, 14(%4.7) kişi 7, 4(%1.3) kişi 8, 4 (%1.3) kişi 9, 3 (%1) kişi 10 puan almıştı. 5(%1.6) kişi bu kısım için yeterli bilgi vermemişlerdi. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skorlarının dağılımı Tablo 12.’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skorları'nın dağılımı.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skoru	N	%
0	52	17.4
1	38	12.8
2	54	18.1
3	50	16.1
4	30	10.1
5	27	9.1
6	17	5.7
7	14	4.7
8	4	1.3
9	4	1.3
10	3	1
Belirtmemiş	5	1.6
Toplam	298	100

Düzenli sigara içen 129 kadının Fagerstrom Bağımlılık skoru en az 0, en fazla 10 ve ortalama 2.54'dü (2.15). Düzenli sigara içen 169 erkeğin Fagerstrom bağımlılık skoru en az 0, en fazla 10, ortalama 3.12'ydi (SD=2.4). 'Nikotin Bağımlılığı Skoru'nun genel ortalaması ve her iki cinsin karşılaştırılması Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Nikotin Bağımlılığı Skoru'nun ortalaması ve cinsiyetler arasında karşılaştırılması.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Değerleri					
	N	Min	Max	Ortalama	SD
Kadın	129	0	10	2.54*	2.15
Erkek	169	0	10	3.12*	2.4
Genel	298	0	10	2.87	2.31

*p=0.025

'0'-'10' arası skorlar, literatüre uygun olarak az, orta ve çok şeklinde gruplandırılarak (26) 'Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Derecelendirmesi yapılmıştır.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Derecesi dağılımında 'az' bağımlı olanlar 199 (%66), 'orta' bağımlı olanlar 77 (%25.8), 'çok' bağımlı olanlar 22 (%7.4) kişiydi. Cinsiyetler arası Fagerstrom Bağımlılık Derecesi oranları dağılımında düzenli sigara içen 129 kadının 92'si (%71.3) az, 32'si (%24.8) orta, 5'i (%3.9) çok bağımlılık

derecesine uyuyordu. Düzenli sigara içen 169 erkeğin 107'si (%63.3) az, 45'i (%26.6) orta, 17'si (%10.1) çok bağımlılık derecesine uyuyordu. Fagerstrom Bağımlılık Derecesi'nin genel ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 14.'te bulunmaktadır.

Tablo 14. Fagerstrom Bağımlılık Derecesi'nin genel ve cinsiyetlere göre dağılımı.

Bağımlılık	Genel İçiciler		Kadınlar*		Erkekler*	
	N	%	N	%	N	%
Az	199	66.8	92	71.3	107	63.3
Orta	77	25.8	32	24.8	45	26.6
Çok	22	7.4	5	3.9	17	10.1

*p=0.072

'Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Dereceleri'nde, değişim modeli aşamaları dağılımı değerlendirildiğinde; Az bağımlılık derecesi gösteren (n:210) kişinin 34'ü (16.2%) 'Düşünmüyor', 121'i (%57.6) 'Düşünüyor', 36'sı(%17.1) 'Hazırlık', 16'sı (%7.6) 'Bırakma' aşamasında ve 3'ü (%1.4) 'Belirtmeyen' durumundaydı. Orta derecede bağımlılık gösteren (n:79) kişiden; 11'i (%13.9) 'Düşünmüyor', 47'si (%59.5) 'Düşünüyor', 18'i (%22.8) 'Hazırlık', 3'ü (%3.8) 'Bırakma' aşamasında ve 0'ı (%0) 'Belirtmeyen' durumundaydı. Çok derecede bağımlılık gösteren (n:22) kişiden; 1'i (%4.5) 'Düşünmüyor', 15'i (%68.2) 'Düşünüyor', 6'sı (%27.3) 'Hazırlık', 0'ı (%0) 'Bırakma' aşamasında ve 0'ı (%0) 'Belirtmeyen' durumundaydı. Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı derecelerinde değişim modeli aşamaları dağılımı Tablo 15.'te gösterilmiştir.

Tablo 15. F NB derecelerinde değişim modeli aşamaları dağılımı.

Değişim Modeli Aşamaları*	Fagerstrom Bağımlılık Derecesi					
	AZ (n:210)		ORTA (n:79)		ÇOK (n:22)	
	N	%	n	%	N	%
Düşünmüyor	34	16.2	11	13.9	1	4.5
Düşünüyor	121	57.6	47	59.5	15	68.2
Hazır	36	17.1	18	22.8	6	27.3
Eylemde	16	7.6	3	3.8	0	00
Belirtmeyen	3	1.4	0	0	0	0
Toplam	210	100	79	100	22	100

p>0.05

4.5. Sigara İçim Profil Testi'yle İlgili Bulgular.

Anket çalışması sırasında düzenli sigara içiciler (n:292) tarafından yanıtlanan 'Sigara İçim Profili' soruları literatüre uygun şekilde değerlendirilerek (26) dağılımı yapıldığında; Hiçbir profilden 135 (%44.1) kişi; Koşullanma profilinden 64 (%21.7)

kişi; Stres ve Koşullanma profilinden 34 (%11.5) kişi; Stres Profili profilinden 20 (%6.8) kişi; Stres, Koşullanma ve Yoksunluk profilinden 16 (%5.4) kişi; Koşullanma ve Yoksunluk profilinden 10 (%3.4) kişi; Stres, Yoksunluk, Depresyon ve Koşullanma profilinden 8 (%2.7) kişi; Stres ve Yoksunluk profilinden 4 (%1.4) kişi; Yoksunluk profilinden 2 (%0.7) kişi; Koşullanma ve Depresyon profilinden 2 (%0.7) kişi; Depresyon profilinden 1 (%0.3) kişi; Stres, Yoksunluk ve Depresyon profilinden 1 (%0.3) kişi bulunmaktaydı. Sigara içenlerin profil testi sonuçlarına göre dağılımı Tablo 16.'da gösterilmektedir.

Tablo 16'da görülen dağılımın istatistiksel açıdan işlem görebilmesi ve tartışma için veri oluşturabilmesi amacıyla, profillerin dağılımları ayrı bir presiple tekrar yapıldı. Buna göre: herbir katılımcı, yeterli puan aldığı herbir profil grubuna kaydedildi. Örneğin: A katılımcısı hem stres ve hem de koşullanma profillerinden yeterli puan almışsa her iki profil grubuna da kayıt edildi. Bu şekilde yapılan dağılımda değerlendirilen 298 kişiden 137'si (%45.2), Koşullanma; 86'sı (%28.4), Stres; 41'i (%13.8), Yoksunluk; 12'si (%4), Depresyon profilinden olacak şekilde dağılmıştır. Dağılım Tablo 17.'de bulunmaktadır.

Tablo 16. Sigara içenlerin profil testi sonuçlarına göre dağılımı.

Sigara İçim Profilleri	Sayı	%
Hiçbir profilden	135	44.1
Koşullanma	64	21.7
Stres + Koşullanma	34	11.5
Stres Profili	20	6.8
Stres+Koşullanma+Yoksunluk	16	5.4
Koşullanma + Yoksunluk	10	3.4
Hepsi Beraber	8	2.7
Stres + Yoksunluk	4	1.4
Yoksunluk	2	0.7
Koşullanma + Depresyon	2	0.7
Depresyon	1	0.3
Stres+Yoksunluk+Depresyon	1	0.3
Toplam	292	100

Tablo 17. Katılımcıların, yeterli puan aldıkları herbir profil grupuna kaydedilmesi sonucu oluşan dağılım.

		Yeterli puan alınan Profiller	
Profiller	Sayı	Sayı	%
Koşullanma	298	137	45.2
Stres	298	86	28.4
Yoksunluk	298	41	13.8
Depresyon	298	12	4

Herbir profilin, günlük içilen sigara adedi ortalama değerleri, Fagerstrom Nikotin bağımlılık skoru ortalama değerleri ve yaş ortalaması değerleri ele alındığında;

Günlük içilen sigara miktarı ortalaması: Stres profilinde 20.34 adet, koşullanma profilinde 18.89 adet, yoksunluk profilinde 23.63 adet, depresyon profilinde 18.57 adettir. Ortalamalara ait minimum, maksimum ve standart sapmalar Tablo 18’de bulunmaktadır.

FNB skoru ortalaması; Stres profilinde 4.2, koşullanma profilinde 3.88, yoksunluk profilinde 6.61, depresyon profilinde 5.72’dir. Ortalamalara ait minimum, maksimum ve standart sapmalar Tablo 18’de bulunmaktadır.

Yaş ortalaması değerleri; Stres profilinde 34.17, koşullanma profilinde 33.37, yoksunluk profilinde 35.68, depresyon profilinde 31.66’dir. Ortalamalara ait minimum, maksimum ve standart sapmalar Tablo 18.’de bulunmaktadır.

Tablo 18. Herbir profilin, günlük içilen sigara adedi, F. N. B. skoru ve yaş değerlerinin: minimum, maksimum ortalama ve standart sapmaları.

	Stres Profili***					Koşullanma Profili****				
	N	Min	Max	Ort.	S. D.	N	Min	Max	Ort.	S.D.
Adet*	85	3	60	20,34	9,54	135	3	60	18,89	9,08
Fager**	84	0	10	4,20	2,51	134	0	10	3,88	2,43
Yaş	85	19	63	34,17	9,21	135	18	63	33,37	9,38
	Yoksunluk Profili****					Depresyon Profili****				
	N	Min.	Max.	Ort.	S.D.	N	Min	Max	Ort.	S.D.
Adet*	41	3	40	23,63	8,37	12	3	30	18,58	7,02
Fager**	40	2	10	6,15	1,71	11	2	9	5,72	2,28
Yaş	41	20	57	35,68	9,38	12	18	41	31,66	8,10

*Adet: Günlük içilen ortalama sigara.

**Fager: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık skoru.

***(Adet ve F.N.B. için) p=0.000

****(Adet ve F.N.B. için) p=0.03

Herbir profilin, cinsiyetlere göre dağılımı yapıldığında, stres profilindeki kadınlar 37 (%43.5), erkekler 48 (%56.5) kişiydi. Koşullanma profilindeki kadınlar 60 (%44.4), erkekler 75 (%55.6) kişiydi. Yoksunluk profilindeki kadınlar 18 (%43.9), erkekler 23 (%56.1) kişiydi. Depresyon profilindeki kadınlar 4 (%33.3), erkekler 8 (%66.7) kişiydi. Herbir profilin, cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 19.'da bulunmaktadır.

Tablo 19. Herbir profilin, cinsiyetlere göre dağılımı*

	Stres		Koşullanma		Yoksunluk		Depresyon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın	37	43,5	60	44,4	18	43,9	4	33,3
Erkek	48	56,5	75	55,6	23	56,1	8	66,7
Toplam	85	100	135	100	41	100	12	100

(*p>0.05)

Herbir profilin, evli olup olmama durumuna göre dağılımı yapıldığında: Yoksunluk profilinden olup, evli olanlar 23 (%56.1), evli olmayanlar 18 (%43.9) kişiydi. Stres profilinden olup evli olanlar 51 (%60.0), evli olmayanlar 34 (%40.9) kişiydi. Koşullanma profilinden olup evli olanlar 65 (%48.1), evli olmayanlar 70 (%51.9) kişiydi. Depresyon profilinden olup evli olanlar 8 (%66.7) . evli olmayanlar 4 (%33.3) kişiydi. Herbir profilin, evli olup olmama durumuna göre dağılımı Tablo 20.'de bulunmaktadır.

Tablo 20. Herbir profilin, evli olup olmama durumuna göre dağılımı*.

	Yoksunluk		Stres		Koşullanma		Depresyon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Evli	23	56.1	51	60,0	65	48,1	8	66.7
Evli değil	18	43,9	34	40,0	70	51,9	4	33.3
Toplam	41	100	85	100	135	100	12	100

*p>0.05

Herbir profilin öğrenim durumuna göre dağılımı yapıldığında; Depresyon profilinde olup, ilk, orta veya lise mezunları 9 (%75). Üniversite mezunu veya lisans üstü olanlar 2 (%16.7), Öğretim üyesi, doçent veya profesör olanlar 1 (%8.3) kişiydi. Stres profilinde olup, ilk, orta veya lise mezunları 37(%43.5); Üniversite mezunu veya

lisans üstü olanlar 28 (%32.9); Öğretim üyesi, doçent veya profesör olanlar 20 (%23.5) kişiydi. Koşullanma profilinde olup, ilk, orta veya lise mezunları 53 (%39.3); Üniversite mezunu veya lisans üstü olanlar 56 (%41.5); Öğretim üyesi, doçent veya profesör olanlar 26 (%19.3) kişiydi. Yoksunluk profilinde olup, ilk, orta veya lise mezunları 18 (%43.9); Üniversite mezunu veya lisans üstü olanlar 16 (%39.0); Öğretim üyesi, doçent veya profesör olanlar 7 (%17.1) kişiydi. Herbir profilin öğrenim durumuna göre dağılımı tablo 21’de bulunmaktadır.

Tablo 21. Herbir profilin öğrenim durumuna göre dağılımı

	Depresyon*		Stres		Koşullanma		Yoksunluk	
	n	%	n	%	n	%	N	%
İlk/orta/lise.	9	75,0	37	43,5	53	39,3	18	43,9
Üniv/L. Üstü.	2	16,7	28	32,9	56	41,5	16	39,0
Doç/Öğr. Üy.Prf	1	8,3	20	23,5	26	19,3	7	17,1
Toplam	12	100	85	100	135	100	41	100

*p=0.03

Herbir profilin görev yerine göre dağılımı yapıldığında; Depresyon profilinde olup, akademik görevi olanlar 2 (%16.7). İdari görevi olanlar 3 (%25.0), yardımcı personel olanlar 7 (%58.3) kişiydi. Stres profilinde olup akademik görevi olanlar 33 (%38.8), idari görevi olanlar 32 (%37.6), yardımcı personel olanlar 20 (%23.5) kişiydi. Yoksunluk profilinde olup akademik görevi olanlar 17 (%41.5), idari görevi olanlar 13 (%31.7), yardımcı personel olanlar 26 (%23.0) kişiydi. Koşullanma profilinde olup, akademik görevi olanlar 57 (%42.2), idari görevde olanlar 55 (n:40.7), yardımcı personel olanlar 23 (%17.0) kişiydi. Herbir profilin görev yerine göre dağılımı Tablo 22.’de bulunmaktadır.

Tablo 22. Herbir profilin görev yerine göre dağılımı.

	Depresyon*		Stres		Yoksunluk		Koşullanma	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Akademik	2	16,7	33	38,8	17	41,5	57	42,2
İdari	3	25,0	32	37,6	13	31,7	55	40,7
Yardımcı	7	58,3	20	23,5	11	26,8	23	17,0
Toplam	12	100	85	100	41	100	135	100

*p=0.017

Herbir profilin, FNB derecesi’ne göre dağılımı yapıldığında; Depresyon profilinde olup, az bağımlı olanlar 1 (%9.1), orta bağımlı olanlar 6 (%54.5), çok

bağımlı olanlar 4 (%36.4) kişiydi. Stres profilinde olup, az bağımlı olanlar 36 (%42.9), orta bağımlı olanlar 34 (%40.5), çok bağımlı olanlar 16 (%17) kişiydi. Koşullanma profilinde olup, az bağımlı olanlar 64 (%47.8), orta bağımlı olanlar 53 (%39.6), çok bağımlı olanlar 17 (%12.7) kişiydi. Yoksunluk profilinde olup, az bağımlı olanlar 2 (%5), orta bağımlı olanlar 25 (%62.5), çok bağımlı olanlar 13 (%32.5) kişiydi. Herbir profilin F. N. B. Derecesi'ne göre dağılımı Tablo 23.'te bulunmaktadır.

Tablo 23. Herbir profilin Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Derecesi'ne göre dağılımı*

FNB	Depresyon		Stres		Koşullanma		Yoksunluk	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Az	1	9,1	36	42,9	64	47,8	2	5,0
Orta	6	54,5	34	40,5	53	39,6	25	62,5
Çok	4	36,4	14	16,7	17	12,7	13	32,5
Toplam	11	100	84	100	134	100	40	100

*p=0.000

Herbir profilin, çocuğu olup olmama durumuna göre dağılımı yapıldığında: Depresyon profilinden olup, çocuğu olmayanlar 7 (%58.3), olanlar 5 (%41.7) kişiydi. Stres profilinden olup, çocuğu olmayanlar 47 (%55.3), olanlar 38 (%44.7) kişiydi. Koşullanma profilinden olup çocuğu olmayanlar 85 (%63.0), olanlar 50 (%37.0) kişiydi. Yoksunluk profilinden olup çocuğu olmayanlar 23 (%55.1), olanlar (%43.9) kişiydi. Herbir profilin, çocuğu olup olmama durumuna göre dağılımı Tablo 24.'te bulunmaktadır.

Tablo 24. Herbir profilin, çocuğu olup olmama durumuna göre dağılımı.

		Depresyon		Stres		Koşullanma*		Yoksunluk	
		N	%	N	%	N	%		%
Çocuk	Yok	7	58,3	47	55,3	85	63,0	23	56,1
	Var	5	41,7	38	44,7	50	37,0	18	43,9
Toplam		12	100	85	100	135	100	41	100

P=0.003

Herbir profilin, değişim modeli aşamalarına göre dağılımı yapıldığında: Yoksunluk profilinden olup; düşünmüyor aşamasında 3 (%7.3), düşünüyor aşamasında 30 (%73.2), hazırlık aşamasında 8 (%19.5), bırakma aşamasında 0 (%0),

ve belirtmeyen 0 (%0) kişiydi. Stres profilinden olup; düşünmüyor aşamasında 9 (%10.6), düşünüyor aşamasında 57 (%67.1), hazırlık aşamasında 16 (%18.8), bırakma aşamasında 2 (%2.4), ve belirtmeyen 1 (%1.2) kişiydi. Koşullanma profilinden olup; düşünmüyor aşamasında 12 (%8.9), düşünüyor aşamasında 90 (%66.7), hazırlık aşamasında 27 (%20.0), bırakma aşamasında 4 (%3.0), ve belirtmeyen 2 (%1.5) kişiydi. Depresyon profilinden olup; düşünmüyor aşamasında 2 (%16.7), düşünüyor aşamasında 8 (%66.7), hazırlık aşamasında 2 (%16.7), bırakma aşamasında olan ya da belirtmeyen kimse yok idi. Herbir profilin, değişim modeli aşamalarına göre dağılımı Tablo 25.'te bulunmaktadır.

Tablo 25. Herbir profilin, değişim modeli aşamalarına göre dağılımı*.

		Yoksunluk		Stres		Koşullanma		Depresyon	
		N	%	%	N	%	N	%	
Değişim Modeli Aşamaları	Düşünmüyor	3	7,3	9	10,6	12	8,9	2	16,7
	Düşünüyor	30	73,2	57	67,1	90	66,7	8	66,7
	Hazırlık	8	19,5	16	18,8	27	20	2	16,7
	Bırakma	0	0	2	2,4	4	3,0	0	0
	Belirtmeyen	0	0	1	1,2	2	1,5	0	0
Toplam		41	100	85	100	135	100	12	100

P>0.05

4.6. Müdahale Gruplarıyla İlgili Bulgular

Anket çalışması sonrasında müdahale için ayrılan iki aylık zaman aralığında toplam 61 kişi, sigara bırakmak için başvurdu. Bunların 30'u anket çalışması sırasında ulaşılmış olanlardı. Müdahale süresi boyunca, anket çalışması sırasında ulaşılamayan fakat müdahaleden haberdar olan 31 kişi daha sigara bırakmak için başvurdu ve müdahale grubuna dahil edildi. Anket çalışmasından itibaren müdahalenin altıncı ayına kadar olan basmakların özeti Figür 1.'de gösterilmiştir.

Sigarayı bırakmak için gelen kişiler (müdahale grubu) ile, *bunun dışında kalan* düzenli sigara içicilerin demografik özellikler bakımından karşılaştırılması yapıldığında; Düzenli sigara içenler (n=264) en az 18, en fazla 64, ortalama 34.0 (SD=9.16) yaşındayken; Müdahale grubu (n=60) en az 16, en fazla 50, ortalama 35.8 (SD=10.56) yaşındaydı. Düzenli sigara içenler (n=264) günde en az 1, en fazla 60, ortalama 15.8 (SD=9.6) sigara içerken; Müdahale grubu (n=60) günde en az 0, en

fazla 45, ortalama 19.94 (SD=10.17) sigara içiyordu. Düzenli sigara içenleri (n=264) FNB skoru en az 0, en fazla 10, ortalama 2.86 (SD=2.30) iken; Müdahale grubunun (n:60) Fagerstrom Nikotin Bağımlılık skoru en az 0, en fazla 10, ortalama 3.84'dü (SD=2.62) . Sigarayı bırakmak için gelen kişiler (müdahale grubu) ile, bunun dışında kalan düzenli sigara içicilerin demografik özellikler bakımından dağılımı Tablo 26'da gösterilmektedir.

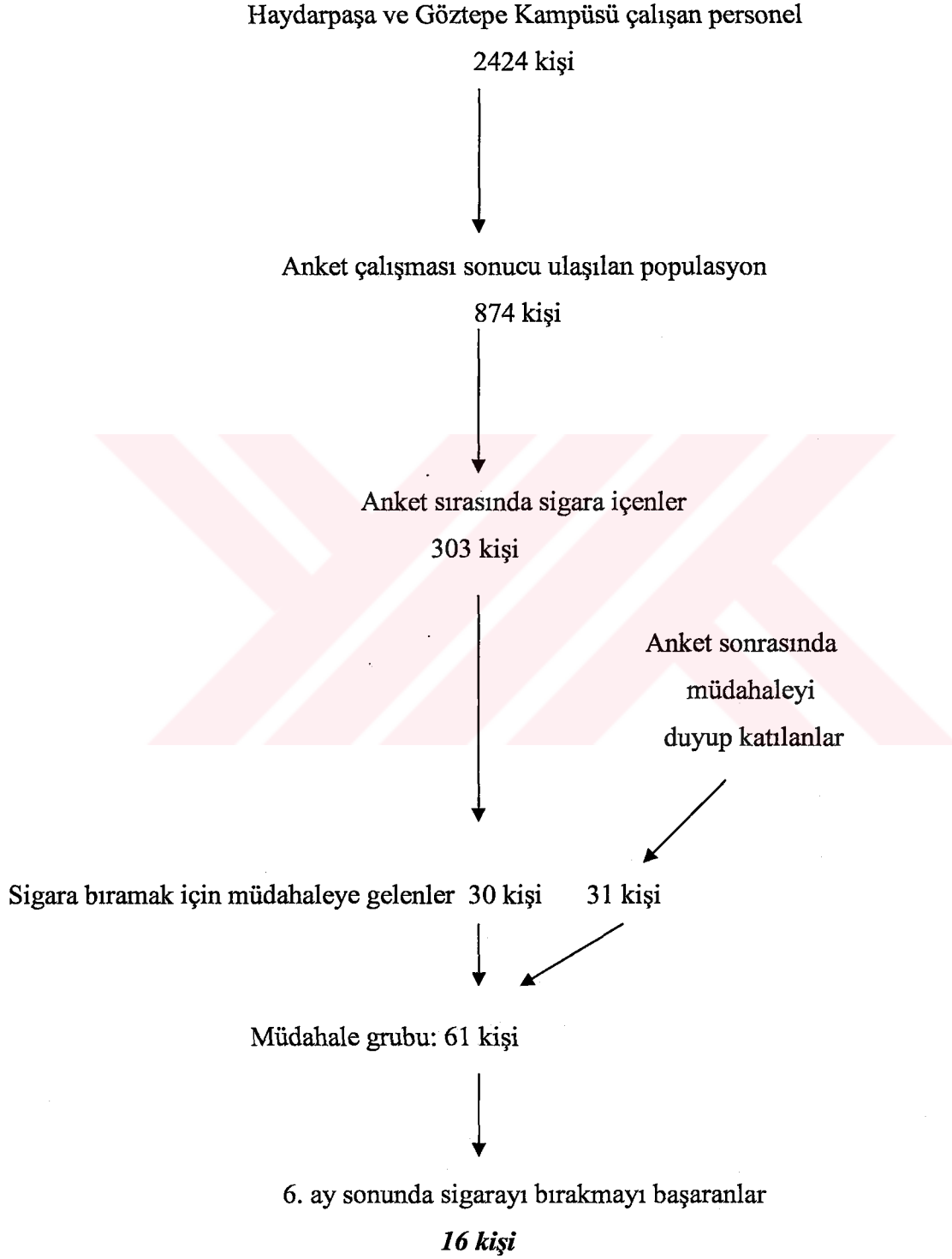
Tablo 26. Sigarayı bırakmak için gelen kişiler (müdahale grubu) ile, bunun dışında kalan düzenli sigara içicilerin demografik özellikler bakımından dağılımı.

Özellikler	Sigara İçenlerde (n:264)				Müdahale Grubunda (n:60)			
	Ortalamalar				Ortalamalar			
	Ort	Min	Max	SD	Ort	Min	Max	SD
Yaş*	34.0	18	64	9.61	35.5	16	50	10.56
Sigara Adedi**	15.8	1	60	9.60	19.94	0	45	10.17
Fagerstrom Skoru**	2.86	0	10	2.30	3.84	0	10	2.62

*p>0.05

**p<0.05

Figür 1. Anket çalışmasından itibaren müdahalenin altıncı ayına kadar çalışmanın basamakların özeti.



Sigara içenler (n:283) ile müdahaleye gelenler (n:60) arasında, cinsiyetler bakımından dağılım yapıldığında, sigara içenlerin 110'u (%40.9), müdahaleye gelenlerin 20'si (%33.3) kadınken, sigara içenlerin 163'u (%59.7), müdahaleye gelenlerin 40'ı (%66.7) erkekti. Sigara içenler (n:283) ile müdahaleye gelenler (n:47**) arasında, görev yeri bakımından dağılım yapıldığında, sigara içenlerin 123'u (%40.6), müdahaleye gelenlerin 16'si (%34) akademik görevde, sigara içenlerin 119'u (%39.3), müdahaleye gelenlerin 23'ü (%48) idari görevde, sigara içenlerin 61'i (%20.1), müdahaleye gelenlerin 8'i (%17) yardımcı görevdeydi. Sigara içenler (n:283) ile müdahaleye gelenler (n:60) arasında, İçilen sigara miktarı bakımından dağılım yapıldığında, günlük 1-15 arası sigara içenler 150 (%54.9), müdahaleye gelenler 22 (%37.9) kişi, günlük 16-29 arası sigara içenler 92 (%37.7), müdahaleye gelenler 21 (%36.2) kişi, günlük 30'dan fazla sigara içenler 31 (%11.4), müdahaleye gelenler 15 (%25.9) kişiydi. Sigara içenler (n:264**) ile müdahaleye gelenler (n:59**) arasında, öğrenim durumu bakımından dağılım yapıldığında, sigara içenlerden 118 (%44.7) , müdahaleye gelenlerden 26 (%44.1) kişi: İlk, orta veya lise mezunu; sigara içenlerden 86 (%32.6), müdahaleye gelenlerden 26 (%44.1) kişi: üniversite ve lisans üstü mezunu; sigara içenlerde, öğretim üyesi olanlardan 60 (%22.7), müdahaleye gelenlerin 7 (%11.9) kişi vardı. Sigara içenler ile müdahaleye gelenler arasında; cinsiyetler, görevi, günlük içilen sigara miktarı grupları ve öğrenim durumları bakımından dağılımı Tablo 27.'de bulunmaktadır.

Günde en az bir adet sigara içen düzenli sigara içicilerinin, değişim modeli aşamaları ile anket çalışması sonrası sigarayı bırakmak için gelenler ve tüm müdahale grubunun değişim modeli aşamaları bir arada değerlendirildiğinde;

Anket sırasında ulaşılan düzenli içicilerin (n:327) değişim modeli aşamaları dağılımında 'Düşünmüyor' durumunda olan 46 (%11.2), 'Düşünüyor' aşamasında 186 (56.9%), 'Hazırlık' aşamasında 61 (%19), 'Bırakma' aşamasında 33 (%10), kişi bulunmaktaydı. Anketle ulaşıp müdahaleye gelenleri, 'Düşünmüyor' durumunda 0 (%0), 'Düşünüyor' aşamasında 13 (%43.3), 'Hazırlık' aşamasında 0 (%0), 'Bırakma' aşamasında 0 (%0) kişi bulunmaktaydı. Tüm müdahaleye gelenlerde, 'Düşünmüyor' durumunda 0 (%0), 'Düşünüyor' aşamasında 23 (%37.5), 'Hazırlık' aşamasında 37 (%60.6), 'Bırakma' aşamasında 1 (%1.6) kişi bulunmaktaydı. Bu dağılım Tablo 28.'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Sigara içenler (n:283) ile müdahaleye gelenler (n:60) arasında; medeni durum,cinsiyet, görev, gruplanmış günlük içilen sigara miktarı ve öğrenim durumu bakımından dağılımı.

Özellikler		Tüm Sigara İçenler		Müdahaleye Gelenler	
		N:283	%	N:60	%
Cinsiyet	Kadın	110	40.9	20	33.3
	Erkek	163	59.7	40	66.7
Görev Yeri*	Akademik	123	40.6	16**	34
	İdari	119	39.3	23**	48
	Yardımcı	61	20.1	8**	17
Sigara Miktarı Adet	1-15	150	54.9	22	37.9
	16-29	92	37.7	21	36.2
	>30	31	11.4	15	25.9
Öğrenim Durumu ***	İlk/orta/lise	118	44.7	26	44.1
	Üniv/L.üst	86	32.6	26	44.1
	Öğr.Görv.	60	22.7	7	11.9
Medeni Durum	Evli değil	121	44.3	20	32.8
	Evli	152	55.7	41	67.2

*p<0.05

**Görev yeri bakımından, müdahale grubuna kampüs yakınları olarak katılanlar, hesaplamada ayrı tutulmuştur.

***p=0.08

Tablo 28. Düzenli sigara içiciler ile anket çalışması sonrasında sigarayı bırakmak için gelenler ve tüm müdahaleye katılanlar arasında, değişim modeli aşamaları dağılımı.

	Anket sırasında (n:327)		Anketle Müdahaleye Gelenler (n:30)		Tüm Müdahaleye Gelenler (n:61)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşünmüyor	46	11.2	0	0	0	0
Düşünüyor	186	56.9	13	43.3	23	37.5
Hazırlık	61	19	17	56.7	37	60.6
Bırakma	33	10	0	0	1	1.6
Belirtmeyen	4	1.3	0	0	0	0
Toplam	327	100	30	100	61	100

Müdahale grubuna katılanlardan, yeterli puan almaları halinde, her bir profil grubuna yerleştirilmeleri sonucunda oluşan dağılım değerlendirildiğinde: Toplam 61 kişi olan müdahale grubundan, stres profilinde 20 (%32.8), koşullanma profilinde 34 (%55.7), yoksunluk profilinde 8 (%13.1) ve depresyon profilinde 1 (%1.6) kişi bulunmaktaydı. Müdahale grubuna katılanların yeterli puan almaları halinde her bir profil grubuna yerleştirilmeleri sonucunda oluşan dağılım Tablo 29.'da bulunmaktadır.

Tablo 29. Müdahale grubuna katılanların yeterli puan almaları halinde her bir profil grubuna yerleştirilmeleri sonucunda oluşan dağılım*.

	Stres		Koşullanma		Yoksunluk		Depresyon	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Var	20	32,8	34	55,7	8	13,1	1	1,6
Yok	39	63,9	25	41,0	51	83,6	56	91,8
Toplam	59	96,7	59	96,7	59	96,7	57	93,4
Belirtmeyen	2	3,3	2	3,3	2	3,3	4	6,6
Toplam	61	100	61	100	61	100	61	100

*p>0.05

Tüm müdahale grubunun; ikinci hafta, tedavi sonu, ve 6 .ay sonundaki takip ve başarı durumu dağılımları değerlendirildiğinde; Toplam 61 kişinin sigarayı bırakmak için başvurduğu müdahale grubundan 2. hafta sonunda 8 (%13.1) kişi çalışma dışı kalmıştır. Bunlarından; bir kişi emzirme, diğer biri depresyon tanısı nedeniyle müdahale dışında bırakılmışlardır. Diğer 5 kişiye 2. hafta sonunda ulaşamamıştır. 2. hafta sonunda başarısız gözüken 28 (%45.9), başarılı gözüken 25 (%41.0) kişi bulunmaktaydı.

Tedaviyi başarısızlıkla tamamlayan 32 (%52.5), başarıyla tamamlayan 21 (%34.4) kişi bulunmaktaydı.

6.ay sonunda, takipte ulaşamayanlar, bir kişi daha eklenerek 9 (%14) kişi oldular. Bu süre sonunda başarısız gözükenler 36 (%59i0) kişi, başarılı gözükenler 16 (%26.2) kişiydi.

Tüm müdahale grubunun; ikinci hafta, tedavi sonu* ve 6. ay sonundaki, takip ve başarı durumu dağılımları Tablo 30.'da bulunmaktadır.

Tablo 30. Tüm müdahale grubunun; ikinci hafta, tedavi sonu* ve 6. ay sonundaki, takip ve başarı durumu dağılımları.

	2. Hafta		Tedavi Sonu*		6. Ay	
	N	%	N	%	N	%
Takip dışı	8	13,1	8	13,1	9	14,8
Başarısız	28	45,9	32	52,5	36	59,0
Başarılı	25	41,0	21	34,4	16	26,2
Toplam	61	100	61	100	61	100

*Tedavi Sonu: 4-8 haftalık bir sürecin sonunu ifade etmektedir.

4.6.1. Başarılı veya başarısız olarak değerlendirilenler ile ilgili bulgular.

6 aylık takip sonunda müdahaleye gelen kişiler, başarılı veya başarısız olarak iki gruba ayrıldı. Müdahale sürecinde, 4. haftadan itibaren 6. ay sonuna kadar olan dönemde hiç sigara içilip içilmediği sorusuna ‘Hayır, sigara içmedim’ cevabı alınanlar: Başarılı; bu soruya ‘Evet, sigara içtim’ yanıtı alınanlar başarısız gruba kayıt edildi. Bu şekilde gruplandırma yapıldıktan sonra, ortak özellikler değerlendirildi.

Grupların cinsiyet dağılımları değerlendirildiğinde; Başarılı grubun (n:16) 2’si (%12.5) kadın, 14’ü (%87.5) erkekti. Başarısız grubun (n=35) 16’sı (%45.7) kadın, 19’u (%54.3) erkekti. Grupların cinsiyet dağılımları Tablo 31’de bulunmaktadır.

Tablo 31. Grupların cinsiyet dağılımları*

Cinsiyeti	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Kadın	2	12,5	16	45,7
Erkek	14	87,5	19	54,3
Toplam	16	100	35	100

*P=0.02

Grupların: ortalama yaş, günlük içilen sigara adedi ve FNB skorları değerlendirildiğinde; Başarılı grubun ortalama; yaşı 37.93, günlük içilen sigara adedi 20.10, fagerstrom nikotin bağımlılık skoru 3.81 idi. Başarısız grubun ortalama yaşı 35.68, günlük sigara adedi, 20.6 ve fagerstrom nikotin bağımlılık skoru 4.14 idi. Yaş, günlük içilen sigara adedi ve FNB skorlarına ait minimum, maksimum ve standart sapmaları gösteren değerler Tablo 32’de bulunmaktadır.

Tablo 32. Başarılı ve başarısız grupların: yaş, günlük içilen sigara adedi ve fagerstrom nikotin bağımlılık skorlarına ait ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma değerleri*.

	Başarılı Grup					Başarısız Grup				
	N	Min	Mx	Mean	S.D.	N	Min	Max	Mean	S.D.
Yaş	16	23	54	37,93	9,86	35	18	56	35,68	10,18
Adet	16	0	40	20,12	12,99	35	5	45	20,60	9,15
Fager	16	0	8	3,81	2,92	35	0	10	4,14	2,53

*p>0.05

Grupların evli olup olmama durumuna göre dağılımı yapıldığında; Başarılı grupta (n=16) evli olmayan 3 (%18.8), evli olan 13 (%81.3) kişiydi. Başarısız grupta (n=35) evli olmayan 11 (%31.4), evli olan 24 (%68.6) kişiydi. Grupların, evli olup olmama durumuna göre dağılımı Tablo 33'te bulunmaktadır.

Tablo 33. Grupların, medeni duruma göre dağılımı*.

Medeni Durum	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Evli olmayan	3	18,8	11	31,4
Evli	13	81,3	24	68,6
Toplam	16	100	35	100

*p>0.05

Gruplar, çocuk sahibi olup olmamaya göre dağılımı yapıldığında; Başarılı grupta (n=16), çocuk sahibi olmayan 5 (%31.3), çocuk sahibi olan 11 (%68.8) kişiydi. Başarısız grupta (n=35) çocuk sahibi olmayan 17 (%48.6) çocuk sahibi olan 18 (%51.4) kişiydi. Grupların, çocuk sahibi olup olmamaya göre dağılımı Tablo 34'de bulunmaktadır.

Tablo 34. Grupların, çocuk sahibi olup olmamaya göre dağılımı*.

Çocuk	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Yok	5	31,3	17	48,6
Var	11	68,8	18	51,4
Toplam	16	100	35	100

*p>0.05

Grupların, görev yerine göre dağılımı yapıldığında; Başarılı grupta (n=16), akademik görevde 5 (%31.3), idari görevde 11 (%68.8), yardımcı görevde 0 (%0) kişi

bulunmaktaydı. Başarısız grupta, akademik görevde 9 (%25.7), idari görevde 16 (%45.7), yardımcı görevde 4 (%11.4), belirtmeyen* 6 (%17.1) kişi bulunmaktaydı. Grupların, görev yerine göre dağılımı Tablo 35'te bulunmaktadır.

Tablo 35. Grupların, görev yerine göre dağılımı*

Görev yeri	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Akademik	5	31,3	9	25,7
İdari	11	68,8	16	45,7
Yardımcı	0	0	4	11,4
Belirtmeyen**	0	0	6	17,1
Toplam	16	100	35	100

* $p > 0.05$

**Belirtmeyen: Müdahale grubuna anket çalışması sonrası, kampüs çalışanları yakınları olarak katılanlar ifade edilmiştir.

Grupların, mezun oldukları eğitim programlarına göre dağılımı yapıldığında; Başarılı grupta (n:16) 9 (%56.3) kişi, ilkök, orta okul veya lise mezunu; 5 (31.3) kişi, üniversite veya lisans üstü mezunu; 2 (%12.5) kişi öğretim üyesi veya doçent ve üzeri eğitim durumundaydı. Başarısız grupta (n:35) 15 (%42.9) kişi, ilkök, orta okul veya lise mezunu; 16 (45.7) kişi, üniversite veya lisans üstü mezunu; 4 (%11.4) kişi öğretim üyesi veya doçent ve üzeri eğitim durumundaydı. Grupların, mezun oldukları eğitim programlarına göre dağılımı Tablo 36'da bulunmaktadır.

Tablo 36. Grupların, mezun oldukları eğitim programlarına göre dağılımı*.

	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
İlk/Orta/lise	9	56,3	15	42,9
Üniv./ L.Üst.	5	31,3	16	45,7
Öğr.Üy./Doç.	2	12,5	4	11,4
Toplam	16	100,0	35	100

$p > 0.05$

Başarılı ve başarısız grupların profil dağılımları değerlendirildiğinde; Başarılı grupta (n:16), 2 (%12.5) kişi stres profilindeyken geri kalan 14 (%87.5) kişi stres profilinden değildi. Başarısız grupta (n:35), 15 (%42.9) kişi stres profilindeyken geri kalan 20 (%57.1) kişi stres profilinden değildi. Başarılı ve başarısız grupların stres profiline göre dağılımları tablo 37'de bulunmaktadır.

Tablo 37. Başarılı ve başarısız grupların stres profiline göre dağılımları.

Stres*	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Evet	2	12,5	15	42,9
Hayır	14	87,5	20	57,1
Toplam	16	100	35	100

*p=0.033

Başarılı grupta (n:16), 9 (%56.3) kişi koşullanma profilindeyken geri kalan 7 (%43.8) kişi koşullanma profilinden değildi. Başarısız grupta (n:35), 21 (%60.0) kişi koşullanma profilindeyken geri kalan 14 (%40.0) kişi koşullanma profilinden değildi. Başarılı ve başarısız grupların koşullanma profiline göre dağılımları Tablo 38'de bulunmaktadır.

Tablo 38. Başarılı ve başarısız grupların koşullanma profiline göre dağılımları*.

Koşullanma	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Evet	9	56,3	21	60
Hayır	7	43,8	14	40
Total	16	100,0	35	100

p>0.05

Başarılı grupta (n:16), 2 (%12.5) kişi yoksunluk profilindeyken geri kalan 14 (%87.5) kişi yoksunluk profilinden değildi. Başarısız grupta (n:35), 6 (%17.1) kişi profilindeyken geri kalan 29 (%82.9) kişi yoksunluk profilinden değildi. Başarılı ve başarısız grupların yoksunluk profiline göre dağılımları tablo 39'da bulunmaktadır.

Tablo 39. Başarılı ve başarısız grupların yoksunluk profiline göre dağılımları*.

Yoksunluk	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%	N	%
Evet	2	12,5	6	17,1
Hayır	14	87,5	29	82,9
Toplam	16	100,0	35	100

*p>0.05

Müdahale grubunda depresyon profilinden olan sadece bir kişi vardı. Bu kişi de başarısız oldu. Dolayısıyla başarılı grup ile ilgili sayısal veriye ulaşılamadı. Başarısız grupta (n:35), 1 (%2.9) kişi deepresyon profilindeyken geri kalan 33 (%94.2) kişi depresyon profilinden değildi. Bir katılımcı depresyon profili ile ilgili bölümü yetersiz yanıtlamıştı. Grupların depresyon profiline göre dağılımları Tablo 40.'da bulunmaktadır.

Tablo 40. Başarılı ve başarısız grupların depresyon profiline göre dağılımları*.

Depresyon	Başarılı Grup		Başarısız Grup	
	N	%*	N	%
Evet	0	-	1	2,9
Hayır	0	-	33	94,2
Belirtmeyen	0	-	1	2.9
Toplam	0	-	35	100

*Değerlendirme dışı.



5.TARTIŞMA

5.1. Demografik Özellikler

Marmara Üniversitesi Göztepe ve Haydarpaşa Kampüsleri'nde yapılan anket sonucunda toplam populasyonun (n=2424), 875'ine (%36) ulaşılmıştır. Bu oran genel populasyonu temsil etme bakımından yeterli gözükmemektedir.

Anketle ulaşılan kişiler, genel özellikler açısından daha çok yetişkin (yaş ortalaması 34.65) ve eğitilmiş bir nüfüsü (% 69.8'i en az üniversite mezunu) temsil etmektedir. % 43.9'u kadın, % 56.1'i erkeklerden oluşmaktaydı. Bu kişilerin 329'u (%37) hiç evlenmemiş ve 466'sının (%53.3) halen çocuğu yoktur (Tablo5). Her iki durumla ilgili yüksek oranlar; akademik çalışma şartlarının, evlenmek ve çocuk sahibi olmak konusunda erteleyici özelliğe sahip olduğunu gösterebilir.

5.2. Günlük İçilen Sigara Adedi ve İçme oranları

Türkiye'de yapılan birçok çalışmada sigara içme oranları geniş bir aralığa oturmaktadır. 1990 yılı sonrasında yapılan çalışmalarda. yetişkinler arasında bu oranlar, %39.5'ten %50.2 kadar değişebilmektedir (21, 22, 23, 24, 25). Bu çalışmalarda, çalışmanın yapıldığı zamanı da göz önüne almak gerekmektedir. Çünkü ülkemizde 1990'lara kadar artan sigara içme oranında, son yıllara doğru durma eğilimi göze çarpmaktadır (18).

Anket çalışmamız sırasında ulaşılan populasyonun sigara içme sıklığı %34.7'dir. Bu oran ülkemizde daha önceden yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında moral vericidir. Her ne kadar populasyonumuz ülke genelini temsilden uzak da olsa, toplumu etkileme adına önemli bir konumda bulunmaktadır.

Çalışmamızda, bazı özellikler, sigara içme sıklığı ve miktarı üzerinde anlamlı farklara sahipken, diğer özelliklerin bu farka sahip olmadıkları dikkati çekmiştir. Cinsiyetler arasında sigara içme sıklığı açısından fark olmadığı gibi neredeyse eşit gibidir (Kadınların%34.5'i, erkeklerin %34.8'i sigara içmekteydi. p=0.95). Fakat günlük içilen ortalama sigara miktarı bakımından kadınlar (13.58), erkeklere göre (18.71) daha az sigara içmekteydi (p=0.024) (Tablo 6).

Yaş grupları, sigara içme sıklığı ve günlük içilen sigara miktarı açısından karşılaştırıldığında; yaşı 45'in üzerinde olup sigara içenlerin sıklığı (%28.6), diğer gruplara göre daha düşük orandadır. Yine bu grupta günlük içilen sigara miktarı

(ort:18.05), diğer gruplara göre fazladır. Fakat gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı değildir. Yüksek yaş grubunda günlük içilen ortalama sigara sayısının yüksek olması; sigarayı belli bir yaşta bırakamayanların sanki sigarayı kötüye kullanma gibi bir eğilim içine girdiklerini düşündürmektedir (Tablo 6).

Medeni durum veya çocuk sahibi olup olmama, sigara içme sıklığı ve miktarını etkileyebilecek faktörlerdendir. Yapılan bir çalışmada, çocuğun veya sigara içmeyen bir yetişkinin varlığı, evde sigara içimini sınırlandırdığı gösterilmiştir (15). Çalışmamızda, evde sigara içme durumu değerlendirilmediği için bu konuda veri bulunmamaktaydı. Fakat çocuk sahibi olanların, diğerlerine göre içilen sigara miktarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da, çocuk sahibi olanlarda bu miktar daha düşüktü. (Tablo 6).

Öğrenim durumu gruplarında, sigara içme oranı ve günlük içilen sigara miktarı anlamlı derecede farklıydı ($P<0.000$). Bu fark öğrenim durumu arttıkça, sigara içme oranı ve günlük tüketilen sigara miktarı azalarak kendini göstermektedir. Örneğin 279 öğretim üyesinden %23.6'sı sigara içiyorken ilk-orta okul veya lise mezunu 265 kişiden %47.5'i sigara içmekteydi. Aynı ilişki görev yeri açısından da geçerli ve anlamlıdır ($p<0.000$). Örneğin, akademik görevde olan 461 kişiden %25.8'i sigara içiyorken, yardımcı görevde bulunan 118 kişinin %51.6'sı sigara içmekteydi (Tablo 6).

Yardımcı personelle her iki diğer görev yeri (akademik ve idari) arasında günlük içilen sigara miktarı açısından anlamlı derecede bir fark bulunmaktaydı ($p<0.05$). Fakat idari personelle (ort:16.75 adet/gün), akademik personel (14.57 adet/gün) arasında, günlük içilen sigara miktarı açısından fark anlamlı değildi ($p=0.46$) (Tablo 6).

Sigara içme sıklığını daha iyi analiz etmek amacıyla popülasyonu özelliklerine göre belirli gruplara ayrıldı (Tablo 7). Gruplar, önce cinsiyetlerine göre, daha sonra evli olup olmama durumuna göre dört ana gruba ayrıldı. Daha sonra her dört ana grup, kendi içinde, üç ayrı yaş kategorisine, üç ayrı eğitim durumuna ve üç ayrı görev yerine göre sınıflara bölündü. Herbir dört ana grubun, kendi içinde sigara içme oranları değerlendirilerek, anlamlı olan dağılımlar tespit edildi. Buna göre; sigara içme oranı, evli olmayan ve 30-45 yaş arasında olan kadınlarda (%46.7), aynı sınıftan 45 yaş üzerindekiilere göre (%20) anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). Yine evli olmayan kadınlarda yardımcı personel olarak çalışanların sigara içme oranı (%77.8), akademik

personel olarak çalışan kadınlara göre (%30.9) anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.05$) (Tablo 7).

Erkekler arasında da anlamlı olan sonuçlara ulaşıldı. Örneğin evli olsun, olmasın ilk/orta okul veya lise mezunu erkeklerin sigara içme oranları (evli olmayanların %51.9, evli olanların %49.9) öğretim üyesi olan erkeklerden (evli olmayanların %19.1, evli olanların %19.7) daha yüksek idi ($p < 0.05$). Yine evli olmayan erkeklerde görev yerine göre değerlendirme yapıldığında; İdari görevde olanlar (%49.3), akademik görevde olanlara göre (%26.6) daha yüksek oranda sigara içiyorlardı ($p < 0.05$). Bu fark evli olanlarda yardımcı personelle (%58.2), akademik personel (%22.4) arasında belirginleşmişti (Tablo 7).

Bu gruplar arasında sigara içme oranı en düşük grup, evli olmayıp akademik görevi olan erkekler iken (%19.1), en yüksek grup, evli olmayıp yardımcı personel olarak çalışan kadınlardı (%77.8). Oysaki 1993 yılında Sivas'ta üniversite mezunları arasında yapılan bir çalışmada erkeklerin %50'si, kadınların % 35.79'u sigara içicisiydi (20). Aynı ilde 1997'de yapılan bir çalışmada 1388 kadın ile görüşülmüş ve sonuçta eğitim gören ve çalışan kadınların erkeklerle hemen hemen aynı düzeyde sigara içtileri saptanmıştır (21). Bu bilgileri çalışmamızla birleştirdiğimizde, erkeklerin sigara içme sıklığı azalmaya başlamışken, eğitim gören veya çalışan kadınların sigara içme sıklığı belirgin bir şekilde artmaya başladığı söylenebilir.

5.3. Değişim Modeli Aşamaları

Tablo 8'de anket sırasında sigarayı belli bir dönem düzenli kullanmış ve anketi yeterli olarak yanıtlamış 394 kişinin 'Değişim Modeli Aşamaları' dağılımı bulunmaktadır (Tablo 8). Genel dağılım oranları diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında yakın ve uzak rakamlar göze çarpmaktadır. Örneğin 1111 yetişkini kapsayan bir çalışmada DMA dağılımı; düşünmeyen %52.5, düşünen %16, hazırlık %7.5, bırakma %13.2, sürdürme %10.8 olarak saptanmıştır (47). Bu çalışmaya göre, bizim popülasyonumuz, daha fazla oranda sigara bırakmayı düşünmekte fakat daha az hazırlanmaktaydı. Yine çalışmaya göre popülasyonumuzda, sigarayı bırakma aşamasında bulunma oranı belirgin olarak daha azdı. Bu durumdan çalışmanın yapıldığı yerde, sigara bırakmak isteyenlere bizim popülasyonumuza göre daha fazla destek verildiği sonucunu çıkartabiliriz. Popülasyonumuzda dikkat edilmesi gereken bir nokta; cinsiyetler arasında DMA dağılımında anlamlı derecede fark olduğudur

($p=0.023$, $x^2=41,020$). Tablo 8 incelendiğinde, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda hazırlık ve sürdürme aşamasında ve daha düşük oranda düşünmüyor konumunda oldukları görülmektedir.

Tablo 9.'da bulunan ve sigarayı belli bir dönem düzenli kullanmış veya kullanmakta olan kişilerin yanıtladığı DMA'nın, yaş ortalamaları değerlendirildiğinde; sigarayı bırakmış olanların genele göre yaş ortalaması yüksek (ort=39.72), sigarayı bırakma girişiminde bulunanların ise düşük (ort=29.81) bulunmuştur ($p=0.006$, $x^2=44,774$). Diğer bir deyişle kişiler sıklıkla otuz yaş civarında daha fazla sigarayı bırakma girişiminde bulunurken, 40 yaş civarında bu girişimlerinde daha fazla başarıya ulaşmaktadırlar. Avustralya'da 1481 kişinin katılımıyla yapılan ve NRT ile sigara bırakmayı etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmaya göre, 40 yaşını doldurmuş olmanın, sigarayı bırakma konusunda avantaj sağladığı saptanmıştır (6).

Değişim modeli aşamalarının genel değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan Tablo 10.'u incelediğimizde; öğrenim durumunun dağılımında anlamlı derecede fark olduğu anlaşılmaktadır ($p<0.000$, $x^2=63,619$). Bu fark özellikle üniversite mezunlarının ortalamaya göre daha az oranda 'Düşünmüyor' durumundayken, öğretim görevlisi olanların ortalamaya göre daha yüksek oranda 'Düşünmüyor' gözükmelerinden kaynaklanmaktadır. Öğretim üyelerinin daha yüksek oranda düşünmüyor konumunda olmaları yanıltıcı bir sonuç olabilir. Daha önce de belirtildiği gibi sigara içme oranları öğretim üyeleri arasında oldukça düşük idi. Bu oranı oluşturan öğretim üyelerinin sigarayı içerken; onu bırakmayı, kasten düşünmeyecekleri beklenebilir. Diğer bir bakış açısıyla, akademik ünvanı olan bir kişi, davranışı ile düşüncesini uyum içinde ifade etmeye dikkat etmiş olabilir.

Sigara içim miktarına göre yapılan değişim modeli aşaması dağılımında; günlük en az sayıda sigara kullanan kişiler, en düşük oranda sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtirken; sigara bırakmak istenen en yüksek oran, orta derecede sigara içicileri tarafından belirtilmiştir. Bunun yanında, günde otuzdan fazla sigara içenler ise, en yüksek oranda 'Hazırlık' aşamasında oldukları görülmüştü. Yukarıdaki yorumlar Tablo 10.'da yer alan yüzdeler üzerinden yapılmıştır. Günlük içilen sigara miktarı; değişim modeli aşamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$).

Değişim modeli aşaması dağılımları, katılımcıların görevi ($p=0.000$, $x^2=61,862$) ve medeni durumlarına göre ($p=0.000$, $x^2=15,361$) de anlamlı derecede farklılık oluşturmuştu. Bırakmaya kendini en az hazır hisseden grup, yardımcı personel olarak çalışan gruptur. Anket sırasında bırakma eyleminde olanlar sıklıkla

evliler ve, günde 0-15 arası sigara içen hafif içicilerdi. Bu kişiler muhtemelen sigarayı azaltarak bırakmayı planlamaktaydılar. Sigarayı bırakmayı başarmış kişiler, dikkat çekecek biçimde yine sigarayı 0-15 arası kullananlar ve öğretim üyesi, doçent ve üzeri kariyer sahibi kişilerdi. Sigarayı bırakma bakımından, en düşük orana sahip kişiler, yüksek sayıda (>30 adet/gün) sigara kullanan kişiler olmuştu (Tablo 10).

5.4. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği

Tablo 11.'de Fagerstrom Nikotin Bağımlılık (FNB) skorlarının sigara içenleri temsil eden minimum, maksimum ortalama ve standart sapma değerleri bulunmaktadır. Bu değerler, kadınlar ile erkekler arasında karşılaştırıldığında (kadınların ortalaması: 2.87, erkeklerin ortalaması: 3.12) anlamlı derecede fark olduğu görülmüştür ($p=0.025$). FNB skorlarının, görev yeri, eğitim durumu veya yaş kategorilerine göre anlamlı bir fark oluşturmamaktadır.

FNB skorları; az, orta ve çok olarak üç dereceye ayrılmaktadır (1). Bir çalışmada sigara içen yetişkinlerin nikotine; %18.1'i çok, %45.2'si orta, %36.7'si az bağımlı olarak saptanmıştır (47). Bu değerlerle bizim popülasyonumuzdaki değerler karşılaştırıldığında, bizim popülasyonumuzda FNB dereceleri belirgin olarak daha düşük saptanmıştı. Bu fark, popülasyonumuzun eğitim seviyesinin yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

FNB dereceleri'nin, değişim modeli aşamaları dağılımı yapılarak Tablo 15.'e yerleştirilmiştir. Bu tabloya göre nikotine daha az bağımlı olanların, diğerlerine göre (%0-%3.8), daha yüksek oranda (%7.6) eylem aşamasında buldukları görülmekteydi. Nikotine en yüksek derecede bağımlı gözükenler, en düşük oranda (%4.5) düşünmeme durumunda olup ve en yüksek oranda (%27.3) bırakmaya hazır olduklarını belirtmişlerdi. Bu tartışma tablo üzerinden, oranlar değerlendirilerek yapılmıştır. Dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kolej öğrencileri üzerinde yapılan yabancı kaynaklı bir çalışmada sigara bırakmayı düşünmeyenlerin daha yüksek miktarda nikotine bağımlı oldukları saptanmıştır (47). Burada yaşla birlikte kişilerin sağlık bilincinde bir gelişme olduğu sonucu görülebilir.

Hatırlanması istenen bir diğer durum da nikotin bağımlılığı 'çok' olan 22 katılımcının hiçbirisi anket sırasında bırakma aşamasında değildi.

FNB derecelerinin dağılımı görev yerine, eğitim durumuna ve yaş kategorilerine göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmazken, cinsiyetler

arasındaki dağılımı (Tablo14) anlamlı olmaya yakındır ($p=0.072$). Erkekler kadınlara göre biraz daha fazla nikotine bağımlı oldukları görülmüyordu.

5.5. Sigara İçim Profil Testi

Tablo 16’da bulunan sigara içenlerin, profil testi sonuçlarına göre dağılımı değerlendirildiğinde; katılımcıların yarıya yakını (%44.1) hiçbir profil grubuna girmemişlerdi. Böyle yüksek bir oran ya testin çok spesifik olduğunu ya da kapsayıcılığının yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bu durumda her iki ihtimal de kabul edilebilir. İleride kullanılması planlanacaksa, testin bu noktaların incelenmesinin faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Profiller arasında ikinci sıklıkla (%21.7) koşullanma profili saptanmıştı. Üçüncü sıklıkla (%11.5) stres ve koşullanma profilleri birlikte bulunmuşlardı. Sıklıkta 4. sırada bulunan stres porofilinde %5.4 kişi vardı. Diğer sıklık oranları %3.4 ve daha azdı. Profil dağılımları bu haliyle, birbirleriyle karşılaştırmak ve istatistiksel olarak değerlendirmek zordu. Bu nedenle yeterli puan alınan her bir profil, ilgili profil grubuna kayıt edilerek, profil grupları yeniden ayrılmıştır. Bu yeni gruplama sonucunda (Tablo17) 298 kişiden 137’sinde (%45.2) koşullanma profili, 86’sında (%28.4) stres profili, 41’inde (%13.8) yoksunluk profili ve 12’sinde (%4) depresyon profili gözlenmişti.

Araştırılan türkçe kaynaklarda, sigara içim profilleri ile ilgili herhangi bir kaynağa ulaşılamadı. Fakat sigara içme davranışlarını anlama, araştırma, uygulama ve tanı-teşhis gibi klinik amaçlı kullanım zenginliğine sahip olduğu belirtilen, sigara içme tutum ölçeğinin (SİTÖ), geçerlilik ve güvenirlik testlerinin yapıldığı belirtilmiştir (50).

5.6. Sigara İçim Profil Grupları

Dört profil grubu; günlük içilen sigara miktarı, yaş ve FNB skorları ortalamalarına göre dağılımı yapılmıştır (Tablo17).

Buna göre stres profilinden olanların, günlük içilen sigara miktarı (20.34 adet/gün) ve FNB skorları (ort:4.2) anlamlı derecede ($p=0.000$) yüksek çıkmıştı. Diğer üç profilde, profillerden olanların, olmayanlara göre günlük içilen sigara miktarında ve fagerstrom nikotin bağımlılık skorlarındaki farklılık anlamlı derecedeydi ($p<0.05$). (Tablo 18).

Cinsiyetler ve evli olup olmama durumuna göre, profil dağılımları açısından anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır (Tablo 19, 20).

Her bir profilin öğrenim durumuna göre dağılımı (Tablo 21) değerlendirildiğinde stres, koşullanma ve yoksunluk profillerinde anlamlı derecede fark bulunmama ile beraber, depresyon profilinde olanların öğrenim durumları anlamlı derecede farklıydı ($p=0.03$). Bu profilden alanlar; büyük bir çoğunlukla (%75) ilköğretim ve lise mezunlarından, düşük oranla da (%8.3) öğretim üyelerinden oluşmaktaydı.

Profillerin görev yerine göre dağılımı değerlendirildiğinde (Tablo 22) yardımcı personel olarak çalışanlarda, depresyon profili anlamlı derecede ($p=0.017$) daha sık olarak karşımıza çıkmaktaydı.

Profillerin, FNB derecelerine göre dağılımı değerlendirildiğinde (Tablo 22); tüm profillerde, bu profillere girmeyenlere göre anlamlı derecede ($p<0.05$) daha yüksek oranda, orta ve çok bağımlı kişiler bulunmaktaydı. Bu anlamlılık yoksunluk profilinde en üst düzeye ulaşmaktadır ($p=0.000$).

Profillerin, çocuk sahibi olup olmama durumuna göre dağılımı değerlendirildiğinde (Tablo 24): depresyon, stres ve yoksunluk profilleri arasında, anlamlı bir fark bulunmamaktaydı. Koşullanma profilinden olanlarda, çocuğu olmayanlar %63 iken çocuğu olanlar %37'ydiler ($p=0.003$). Buradan, koşullanma profilinden olup, çocuğu olanların sigara içme konusunda, olmayanlara göre çevrelerinden daha az etkilendiklerini söyleyebiliriz.

Profillerin değişim modeli aşamalarına göre dağılımı (Tablo 25) değerlendirildiğinde, yoksunluk profilinde olanlar daha sık sigarayı bırakmayı düşünse ve hazırlık aşamasında gözükselerde bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.7. Müdahale Grubu

Müdahale grubunun özelliklerini, genel sigara içicilerle karşılaştırdığımızda (Tablo 26), müdahale grubunun yaşı (ort=35.5), genel içicilerinkinden (ort=34) yüksek olsa da aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Fakat müdahale grubunun günlük içilen sigara adedi (19.94 adet/gün) ve FNB Skoru (ort=3.84); genel içicilerin günlük içilen sigara adedi (15.8 adet/gün) ve FNB Skoru'dan (ort=2.86) anlamlı derecede ($p=0.004$) yüksek idi.

Genel sigara içiciler ile müdahaleye gelenler arasında; cinsiyet, görev, eğitim durumları değerlendirildiğinde (Tablo 27); erkekler kadınlara göre daha sık müdahaleye geldikleri halde aralarında anlamlı derecede bir ilişki saptanmamıştı. Fakat görev yeri ve eğitim durumuyla ilgili fark anlamlıdır. Müdahaleye gelenlerde: idari personelin sıklığı, akademik personelin azlığı dikkat çekmektedir ($p<0.05$). Eğitim durumu açısından da, üniversite ve lisans üstü mezunlarının sıklığının yanında, öğretim üyelerinin azlığı dikkati çekmektedir ($p=0.08$)

Düzenli sigara içiciler ile müdahaleye katılanlar arasında, değişim modeli aşamaları dağılımı değerlendirildiğinde (Tablo 28), sigara bırakmak için gelenlerin anket sırasında da bu niyette oldukları anlaşılmaktadır. Bir başka açıdan bakıldığında sigarayı bırakmayı düşünen 186 kişinin 13'ü (%7) ve bırakmaya hazır olduklarını belirten 61 kişiden 17'si (%27.8), bu düşüncesini uygun ortam sağlandığında hayata geçirmişti. Bu noktaya, geliştirilecek politikalar açısından, önem verilmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Müdahaleye katılan kişilerin değişim modeli aşamaları, genel sigara içicileriyle karşılaştırıldığında sigarayı bırakmaya hazır olduklarını, çok daha yüksek oranda ifade etmişlerdi. Bu beklenen bir sonuç olabilir. Fakat tüm gelenlerin ($n=61$), bilgilendirme öncesinde %37.5'inin düşünme aşamasında bulunup, hemen sonra eylem aşamasına geçmeleri de dikkat çekmektedir. Yine tüm müdahale grubundan bir kişinin, halen eylem aşamasındayken NRT olmak için gelmiş olması dikkat çekiciydi.

Müdahale grupları, girdikleri dört profil tipine göre ayrılıp, oluşan dağılım, genel popülasyonla değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunamadı. Bir başka ifadeyle, dört profilden herhangi birinde bulunmak, müdahaleye gelmek açısından fark oluşturmamaktaydı.

5.8. Başarılı Grup

Altıncı ay sonunda 61 kişi olan müdahale grubunun 9'u (%14.8) takip dışı bırakılmış ya da kalmış, 36'sı (%59) başarısız olmuştu. *61 kişiden 16'sı (%26.2) altı aylık takip sonunda sigarayı bırakmışlardı.*

Tüm müdahale grubunun ikinci hafta, tedavi sonu ve 6. ay sonundaki takip ve başarı durumları (Tablo 32) değerlendirildiğinde; 2. hafta sonunda sigaraya başlamayan 25 kişiden 16'sı (% 64) 6. ay sonunda da başarılı gözükmüşlerdir. Müdahale dönemi sonunda sigaraya başlamayan 21 kişiden altı ay sonra 16'sı (%76.2) başarılı gözükmektedir. Literatürle karşılaştırıldığında bu oranlar düşük gözükmektedir (5, 6).

Fakat ilk zamanlardaki başarı oranlarının literatüre göre yüksek olması ve 6. ay sonundaki başarı oranının literatüre uygun olması; müdahalenin, katılımcıların kolay ulaşabileceği bir yerde yapılması ve dolayısıyla başlangıçta daha fazla kişinin sigarayı bırakma konusunda motive olduğunu düşündürmektedir.

Başarılı grubun cinsiyetler açısından değerlendirilmesi (Tablo 31) yapıldığında; erkekler sigarayı bırakmada kadınlara göre daha başarılı olduğu gözükmemektedir ($p=0.02$). Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip de olsalar, kadınlar genellikle sigarayı bırakmakta erkeklere göre daha fazla zorlanmaktadırlar (45). Cinsiyetler arasındaki bu farklılık, kadınların ifade ettiklerine göre sigarayı bıraktıktan sonra kilo almaktan daha çok kadınların daha fazla korkmalarına da bağlanabilir (5, 45).

Tablo 32’de sunulan başarılı ve başarısız gruplar arasında yaş, günlük içilen sigara miktarı ve FNB skorları ortalamaları arasında, başarısız grubun ortalama 1.5 yaş daha genç (35.68) ve 0.3 puan daha yüksek (4.14) bağımlılık skoru olsa da aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Başarılı ve başarısız gruplar; evli olup olmamaya, çocuk sahibi olup olmamaya, eğitim durumuna ve görev yerlerine göre değerlendirildiğinde (Tablo: 33, 34, 35, 36) aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Başarılı ve başarısız gruplar, profil dağılımlarına göre değerlendirildiğinde (Tablo: 37, 38, 39, 40) koşullanma ve yoksunluk profilinde olmak sonucu etkilememekteyken, stres profilinden olanlar, anlamlı derecede daha az oranda sigarayı bıraktıkları görülmüştür ($p=0.033$). Depresyon profilinden sadece bir kişi müdahale grubuna katıldığı için tartışmaya dahil edilmemiştir.

6. SONUÇLAR

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa veGöztepe Eğitim Kampüsleri'nde yapılan 'Sigara İçim Profilinin Nikotin Replasman Tedavisi Üzerine Etkisi' başlıklı tez çalışmasıyla ulaşılan sonuçlar ve öneriler şöyle sıralanabilir.

- 1- Çalışan tüm personelin (n=2424), 874'üne (% 36) ulaşılmıştır.Ulaşılan kişilerin sigara içme oranı % 34.7'di.
- 2- Sigara içme sıklığı, kadınlar ile erkekler arasında eşitti. Fakat günlük içilen sigara miktarı bakımından kadınlar erkeklere göre daha az sigara tüketmekteydi.
- 3- Özel sosyodemografik gruplar oluşturulduğunda; Evli olmayıp 30-45 yaş aralığında bulunan veya yardımcı personel olarak çalışan kadınlar en yüksek sigara içme oranına sahipken (%46.7 ve %77.8); evli olmayıp öğretim üyesi olan erkekler en düşük sigara içme oranına sahiptiler (%19.1).
- 4- D.M.A. dağılımları incelendiğinde, erkekler kadınlara göre daha yüksek oranlarda 'sigarayı bırakmayı düşünmekte' ve 'sürdürme aşamasında' bulunmakta ve yine bu sonuçlara uyumlu olarak kadınlara göre daha az oranda 'Sigarayı bırakmayı düşünmeme' durumunda bulunmaktaydılar.
- 5- Sigarayı bırakma girişiminde bulunanların yaş ortalaması 30 civarındayken, sigarayı bırakmayı başaranların yaş ortalaması 40 civarındadır.
- 6- Öğretim üyelerinin sigara içme oranı düşük, fakat sigarayı bırakmamayı düşünme oranları yüksekti.
- 7- Sigarayı bırakma konusunda, evliler ve günde 0-15 arası sigara içenler kolay motive olmaktadır.
- 8- FNB skorları karşılaştırıldığında, erkekler kadınlara göre daha fazla nikotine bağımlıydılar.
- 9- Nikotine az derecede bağımlı olanlar, diğerlerine göre daha fazla oranda 'Sürdürme' aşamasında bulunmaktadır.
- 10- Nikotine çok bağımlı olanlar, en az oranda sigara bırakmayı 'Düşünmeme' durumundan olan ve en çok oranda bırakmaya 'Hazırlık' aşamasında olan gruptur.
- 11- Sigara İçim Profil Testi'ne (S.İ.P.T.) göre; Sigara kullananların yarısına yakını (%44.1), 'koşullanarak' da sigara içmektedir.
- 12- SİPT sonuçlarına göre büyük bir yüzde herhangi bir profile girmemiştir. Yine bu teste göre depresyon profiline 298 kişiden 12 kişi (%4) girmiştir. Bu özellikler testin kullanılabilirlik özelliğini zayıflatmaktadır..

- 13- S.İ.P.T.'ne göre, sigara içenlerin % 28.4'ü stres nedeniyle, % 13.8'i nikotin yoksunluğu nedeniyle sigara içmekteydi.
- 14- Diğer profillere göre stres profilinden olanların, günlük içtikleri sigara adedi daha fazladıydı.
- 15- Diğer profillere göre yoksunluk profilinden olanlar, daha fazla nikotine bağımlı görülmekteydi.
- 16- Çocuk sahibi olma, diğer profillere göre daha az oranda koşullanma profiliyle ilişkiliydi.
- 17- Müdahale grubunda, günlük içilen sigara miktarı ve FNB skoru daha yüksekti.
- 18- Müdahaleye, görev yeri bakımından idari personel, eğitim durumu bakımından öğretim görevlisi olmayan üniversite mezunları daha sık katılmışlardı.
- 19- Anket çalışması sırasında 'Düşünme' aşamasında olanların % 7'si, 'Bırakmaya Hazır' aşamasında olanların % 28'i müdahaleye katılmışlardı.
- 20- SİPT'ye göre, Hiçbir profil grubuna girmeyenler (%44.1) ile sadece koşullanma profiline girenlerin (%21.7) toplamı % 65.8'e ulaşmaktaydı. Buna göre sigara içmenin belli yerlerde yasaklanması bu orandaki içiciler için kolay uyulabilen bir kısıtlama oluşturabilir.
- 21- Müdahale grubundan olan 61 kişiden, altı ay sonra sigarayı 16 (%26.2) kişi bırakmayı başarmıştı.
- 22- Erkekler, sigarayı bırakma konusunda kadınlara göre daha başarılıydı.
- 23- Başarılı ve başarısız gruplar arasında; yaş, günlük içilen sigara miktarı, FNB skor ortalamaları, evli olup olmama, çocuk sahibi olup olmama, eğitim durumu ve görev yeri sonucu etkileyen durumlar olarak gözükmemekteydi.
- 24- Stres veya depresyon profilinden olanlar, sigara bırakma konusunda, diğer profil gruplarına göre, başarısız olmuşlardı.
- 25- Stres veya depresyon profilinden olanlara, sigara bırakma konusunda NRT'nin yanında davranış terapileri, stresle başa çıkma yöntemleri ve bupropion gibi sigara bırakmaya yardımcı olduğu gösterilmiş diğer müdahaleler tedaviye eklenerek sigara bırakma başarısının artırılması hedeflenmelidir.
- 26- Birinci basamakta sağlık hizmeti sunulan birimlerde, sigara bırakılma poliklinikleri yapılabilmesi buna imkan yoksa en azından belli dönemlerde bu konuda hizmet verecek personelin bulunması sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Rustin TA, Assessing Nicotin Dependence. American Family Physician 2000: 62(3):579584.
2. Consensus Statement. The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guidline. JAMA 1996;275(16):1270-1280.
3. Rennard SI, Daughton MS, Smoking Cessation. CHEST 2000 Supplement. 117:360S-363S.
4. Prochazka AV, New developments in smoking cessation. Chest 2000 Supplement;117:169S-175S.
5. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB, Predicting Smoking Cessation. JAMA, 1994;271(8):589-594.
6. Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D, McNeil JJ, Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. B.M.J. 1994;309842-846.
7. Sigara. Grand Master Genel Kültür Ansiklopedisi 1992. Cilt-5. s.1315.
8. Sigara. Meydan Larousse 1992, Cilt11, s 522.
9. Tütün. Grand Master Genel Kültür Ansiklopedisi 1992,Cilt-6. s1484.
10. Karadağ F, Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi. Solunum Hastalıkları 1997;8(1):129-138.
11. Tütün. Meydan Larousse 1992, Cilt12. s54.
12. Tütün Eksperleri Derneği. www.tutuneksper.org.tr/bölgeler.
13. Holbrook JH, Nicotine Addiction. ED: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson DJ, Martin BJ, Kooper DL, Hamser SL,.Longo DL, Harrison's İnternal Medicine. 14. Edition,Vol: 2. Pp: 2516-2519, McGraw-Hill. U.S, 1998.
14. Yorgancıoğlu A, Esen A, Sigara Bağımlılığı ve Hekimler. Toraks Dergisi. 2000;1(1):90-95.
15. Okah FA, Choi WS, Okuyemi KS, Ahluwalia JS, Effect of Children on Home Smoking Restriction by Inner-City Smokers: Pediatrics 2002;109:244-249.
16. MacKenzie TD, New Strategies for Smoking Cessation. Family Practice Forum. Hospital Practice July 1999;25-29.
17. Tüm Dünyadaki Etkinlikleriyle DSÖ Dünya Sağlık Raporu. Geneva.1998. (Çev: Metin B, Akın A, Güngör İ) T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü. s.207. Ankara 1998.

18. Sezer RE, Dünyada ve Türkiye’de Sigara Tüketim Eğilimleri. Uluslar Arası Katılımlı V. Aile Hekimliği Kongresi. Sigara Bırakma Kursu. 27-30 Mart 2002 Adana.
19. Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz F, Spor Y, Edirne Merkezinde 5100 Orta-Lise Öğrencisinde Sigara İçme Davranışı ve Spielberger Testi ile Ölçülen Kaygı Düzeyinin İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi 1992;31(1):53-59.
20. Candan F, Seyfikli Z, Demirtaş N, Topçu S, Çınar Z, Sivas İlindeki Üniversite Mezunlarının Sigara Konusunda Düşünceleri. Solunum Hastalıkları 1996;7(1):11-19.
21. Seyfikli Z, Gönlügür U, Sümer H, Tpoçu S, Sivas’ta Ev Kadınlarında Sigara Alışkanlığı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2110;49(1):37-40.
22. Onat A, Aksu H, Uslu N, Keleş İ, Çetinkaya A, Yıdırım B, Gürbüz N, Sansoy V, Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi. Türk Kardiyol Dern Arş 1999;27(11):697-700.
23. Özkan L, Engin K, Toplumumuzda Sigara Kullanımı. Uludağ Onkoloji Dayanışma Derneği ‘Onko-Day’ tarafından Yaptırılan ‘Sigara Alışkanlığı Anketi’ Sonuçlarının Analizi. Kanser Gündemi 1999;4(4):142-150.
24. Özkut S, Bostancı M, Altın R, Özşahin A, Akdağ B, Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2000;49(2):140-147.
25. Çan G, Bülbül Y, Özlü T, Torun P, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1998;46(3):245-249.
26. Tatar M, Sigara: Devlet Politikaları Kullanımı Etkileyebilir mi? Toplum ve Hekim 1994;9(63):21-28.
27. Reducing harm from alcohol, drugs, and tobacco. Pp: 89-93. European Health for All Series No.6. Health21. World Health Organization. Copenhagen 1998.
28. Aşut Ö, Hekim ve Sigara. S55-60, 1. Basım, Maya Matbaacılık Yay.Ltd. Şti. Ankara 1993.,
29. Morey SS, PHS Updates Smoking Cessatiok Guidline, Practice Guidlines. American Family Physician. April 15, 2001;63(8): 1635-36.
30. Toplumsal Gelişim Platformu. www.sigara.gen.tr.
31. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi. www.komiteulusal.cjb.net.tr.
32. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi. www.un.org.tr/who/tobacco/tobassuk/.HTM.

33. Radikal Gazetesi 02 Temmuz 2002 s5. (www.saglik.gov.tr/extras/sigara/kampanyaweb/065.htm).
34. Türkiye’de yaşanan olaylar ve belgeler. www.belgenet.com/yasa.
35. Lipkus IM, Barefoot JC, Williams RB, Seigler IC, Personality measures as predictors of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni Heart Study. *Health Psychol* 1999 Mar;13(2). (Abstract).
36. Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lawson GM, Croghan IT, Schroeder DR, High-Dose Nicotine Patch Therapy. *JAMA* 1995;274(17): 1353-1358.
37. Hays JT, Dale LC, Hurt RD, Croghan IT, Trends in Smoking Related Disease. *Postgraduate Medicine* 1998;104(6) (Çev: Sendrom Ekim 1999 s20-30.)
38. Law M, Tang JL, An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-1941.
39. Jorenby DE, Smith SS, Fiore FC, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Hays JT, Lewis SF, Baker TB, Varying Nicotine Patch Dose and Type of Smoking Cessation Counselling. *JAMA* 1995; 274(17):1347-1352.
40. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD, Treatment of Nicotine Dependence. *Mayo Clin Proc.* 2000; 75:1311-1315.
41. Chapman S, The role of doctors in promoting smoking cessation. *B.M.J.* 1993;307:1993-1994.
42. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E, Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *B.M.J.* 1997;314:1371-1375.
43. Apgar B, Comparison of four nicotine replacement treatments. *American Family Physician* 2000;61(5):1498-1499.
44. Silagy C, Formica N, Place of bupropion in smoking cessation therapy. *The Lancet* 2001;357:1550.
45. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides MA, Gonzales D, Dozier D, Patel MK, Jamerson BD, Smoking cessation in patient with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *The Lancet* 2001;357:1571-1575.
46. Miller KE, Predicting smoking cessation with bupropion therapy. *Tips from Other Journals. American Family Physician* 2002;65(1): 109.
47. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N, Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents’ readiness to quit smoking. *Nicotine-Tob. Res:* 2001;May:3(2):151-5. (Abstract)

48. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Sandart Sigara Bırakma Tam ve Tedavi Protokolü.
49. Sigara Bırakma Sürecinin Aşamaları ve Önemi Yakın Dönem Çalışmalarından Özetler. Sağlık İçin Sigara Alarmı, Ocak 1994, Sayı 1, 5-6.
50. Özbay Y, Yazıcı H, Sigara İçme Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, IV. Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi. 1-3 Eylül 1997. Ankara.
51. Billo NE, Forewords. Ed: Richmond R, Educating Medical Students About Tobacco: Planning and Implentation. Pp.XIII-XIV, IUATLD, Paris, France, 1996.
52. Dağlı E, Application of the theaching program for medical students in Turkiye. Ed: Richmond R, Educating Medical Students About Tobacco: Planning and Implentation. Pp.99-108, IUATLD, Paris, France, 1996.



8. EKLER

SİGARAYLA MÜCADELE YASASI

4207

SAYILI TÜTÜN MAMÜLLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİNE

DAİR KANUN

Kabul tarihi:7.11.1996

Amaç

MADDE 1.-Bu Kanunun amacı,kişileri tütün ve tütün mamüllerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam,tanıtım ve teşvik kampanyalarından, koruyucu tertip ve tedbirler almaktır.

Tütün ve tütün mamüllerinin içilmesi yasaklanan yerler

MADDE 2.-Sağlık,eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılanher türlü nakil vasıtaları ve bunların bekleme salonlarında,kamu hizmeti yapan kurum ve kuruluşlardan beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekânlarda tütün ve tütün mamüllerinin içilmesi yasaktır.

Bu gibi mahallerde tütün ve tütün mamüllerinin içilebilmesi için ayrı yerler tahsis edilir.Tahsis edilen yerden sigara içilmeyen mahallere duman gidişini engelleyecek,havalandırma,tecrit etme gibi tedbirler alınır.

Diğer yasaklar

MADDE 3.-Tütün ve tütün mamülerinin isim,marka veya alametler kullanılarak her ne suretle olursa olsun reklam ve tanıtımının yapılması veya bunların kullanılmasını teşvik ve özendirici kampanyalar düzenlenmesi yasaktır.

Onsekiz yaşından küçüklerle tütün ve tütün mamülleri satışı yapılamaz

Uyarılar

MADDE 4.-Tütün ve tütün mamüllerinin içilmesinin yasaklandığı yerlerde,yasağı ve buna uymamanın sonuçlarını belirten uyarılar asgari on santimetrelik puntolarla herkes tarafından görülebilir yerlere asılır veya yazdırılır.Bu uyarıların yapılmasından ilgili yerlerin yetkili veya amiri durumundaki kişi veya kişiler sorumludur.

Türkiye'de üretilen veya ithal edilen tütün ve tütün mamülleri paketinin üzerinde açıkça görülebilir ve rahatça okunabilir şekilde,"Yasal uyarı:Sağlığa zararlıdır" ibaresi konulur.Bu ibareyi taşımayan tütün ve tütün mamülleri ithal edilemez ve satışa çıkarılamaz.

Gümrük hattı dışı eşya satış mağazalarında satılan veya yolcu beraberinde yurda sokulan tütün ve tütün mamülleri hakkında ikinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ve özel televizyon kurumları ayda en az doksan dakika tütün ve tütün mamülleri alışkanlığının zararları konusunda uyarıcı ve eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır.

Yasağa uymayanlar hakkında işlem

MADDE 5.-Tütün ve tütün mamüllerinin içilmesinin yasaklandığı ve yasağa ilişkin yazılı uyarıların bulunduğu yerlerde tütün ve tütün mamülleri içenlere, ilgili yerin yetkilisi veya amiri durumundaki kişi tarafından yazılı uyarı gösterilmek suretiyle yasağa uyması, aksi takdirde o yeri terk etmesi gerektiği bildirilir. Bu bildirimle rağmen tütün ve tütün mamülleri içenler genel zabıta marifetiyle o yerden uzaklaştırılır.

İdari para cezası

MADDE 6.-Bu kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasındaki zorunluluğu yerine getirmeyen tütün ve tütün mamüllerinin içilmesinin yasaklandığı yerin memur olmayan yetkilisi veya amiri hakkında on milyon lira para cezası verilir.

Bu Kanunun 5 inci maddesine göre uyarıda bulunmayan tütün ve tütün mamüllerinin içilmesinin yasaklandığı yerin memur olmayan yetkilisi veya amiri hakkında on milyon lira para cezası verilir. Uyarıya rağmen tütün ve tütün mamülü içen kişi hakkında da aynı ceza uygulanır.

Bu kanuna göre sorumluluğu yerine getirmeyen memurlar hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Adli para cezası

MADDE 7.- Bu kanunu 3. maddesinin birinci fıkrası ile 4 üncü maddesinin ikinci maddesi hükümlerine aykırı hareket edenlere on milyon liradan beşyüz milyon liraya kadar ağır para cezası verilir. Tekerrür halinde bu cezanın yukarı haddine hükmonulur.

Para cezasına ilişkin hükümler

MADDE 8.-6 ncı maddede yazılı para cezaları o yerin en büyük mülki amiri tarafından verilir. Para cezalarına dair kararlar ilgililere Tebligat Kanunu hükümlerine göre tebliğ edilir. Bu kanuna göre verilen idari para cezaları 6183 satılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre mahallin en büyük mal memurluğunca tahsil edilir. İdari para cezalarına karşı yedi gün içinde sulh ceza mahkemesine itiraz edilebilir.

GEÇİCİ MADDE 1.-Bu kanunun yayımı tarihinden önce Türkiye'de üretilen veya ithal edilen tütün ve tütün mamüllerinin bir yıl süreyle 4 üncü maddenin ikinci fıkrasında belirtilen şart aranmaksızın satışlarına devam olunur.

GEÇİCİ MADDE 2.-Bu kanunun 2 inci maddesinin ikinci fıkrası gereğince ayrı yer tahsisi, 3 üncü maddede yasaklanan reklam panolarının kaldırılması ve 4 üncü maddesinin birinci fıkrası gereğince yapılması gereken işler Kanunun yayımı tarihinden bir yıl içinde yerine getirilir.

Yürürlük

MADDE 9.-Bu kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 10.-Bu kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

8.2. Anket ve Anket Değerlendirme Formu

Marmara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği A.D.

Uzmanlık Tezi Anketi

Kişilerin sigara içimini etkileyen faktörlerin araştırılması sigara bırakma konusunda yeni yöntemlerin geliştirilmesine olanak sağlayabilir. Anketimizin hedef grubunu halen sigara içmekte olan veya daha önce içiyorken bırakmaya çalışan ya da bırakan, Marmara Üniversitesi Göztepe Kampüsü çalışanları oluşturmaktadır.

Ankette yer alan telefon numaraları ve çalışılan yer gibi kişisel bilgiler, size yaklaşık 6-7 ay sonra tekrar ulaşılabilmemiz için gerekmektedir. Çalışma sırasında ve sonunda kişisel bilgiler gizli tutulacaktır.

Anketimize katılarak bu konudaki gelişmelere destek olmanızdan dolayı teşekkür ederiz.

Adı Soyadı/		Anket tarih:		No:	
Tel No/ İş:		Ev:		Cep:	
Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek			
Doğum Tarihiniz	(ay-yıl)				
Medeni Durumunuz Varsa çocuk sayınız	1. Bekar	3. Boşanmış	5. Çocuk sayısı.....		
	2. Evli	4. Dul			
Hangi bölümde ve ne görev yapıyorsunuz?					
Öğrenim durumunuz? (Son bitirilen eğitim programı)	1. İlkokul	5. Lisans üstü			
	2. Ortaokul	6. Uzman/Araşt Gör. /Yrd.Doç.			
	3. Lise	7. Doç.			
	4. Üniversite	8. Prof.			
Sosyal Güvence	1. Emekli Sandığı	4. Özel Sigorta			
	2. Bağ-Kur	5. Diğer			
	3. SSK				

Hiç sigara içmemiş, halen sigara içiyor ya da bırakmış olabilirsiniz. Aşağıda sigara içimiyle ilgili bazı sorular sorulmaktadır.

Eğer sigarayı bıraktıysanız içtiğiniz dönemi hatırlayarak,

Halen içiyorsanız son birkaç ayı göz önüne alarak anket sorularını yanıtlayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur.

Şimdiye kadar, en az birkaç hafta süreyle, günde bir adet veya daha fazla sigara içtiğiniz bir dönem oldu mu? a) Evet b) Hayır

Son birkaç haftadır günde kaç adet sigara içiyorsunuz? adet.

Lütfen size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

- Hiç sigara içmedim. (Anketimiz sizin için burada sona ermiştir).
- Sigara içiyorum ve sigara içmeyi seviyorum, bırakmayı düşünmüyorum.
- Sigara içmeyi seviyorum ama bırakmam gerektiğini de biliyorum.
- Sigara içiyorum ve bırakmaya hazırım.
- Sigara içiyorum ancak en geç 1 ay içinde sigarayı bırakmaya kararlıyım.
- Sigarayı bırakalı gün/ay oldu ama zaman zaman sigara içme isteği doğuyor.
- Sigarayı aydır/yıldır tamamen bıraktım ve onu hiç aramıyorum.

Sigara içme profili araştırma soruları

Sigara içiminin nedeni ve nasıl hakkında daha fazla bilgi edinmek için düzenlenen bu bölümdeki soruları yine kendinize en uygun seçeneği işaretleyerek yanıtlayınız.

1- Tartıştığınız veya öfkelendiğiniz zaman otomatik olarak sigara içmeyi düşünür müsünüz (müydünüz)?

- Hayır hiçbir zaman.
- Seyrek olarak
- Sıklıkla
- Hemen her zaman.

2- Eğer keyfiniz kaçsa-canınız sıkılsa veya biraz huzursuz olsanız sigara sizi sakinleştirir mi (miydi)?

- Hayır hiçbir zaman.
- Seyrek olarak
- Sıklıkla.
- Hemen her zaman.

3- Kendinizi gergin, stres altında hissettiğinizde sigara içmeniz sizi rahatlatır mı (miydi)?

- Hayır hiçbir zaman.
- Seyrek olarak
- Sıklıkla.
- Hemen her zaman.

4- Sigara dumanı veya tütün kokusu aldığımızda hemen sizin de canınız sigara çeker mi (miydi)?

- Nadiren.
- Sadece arasıra.
- Bazı zamanlar.
- Hemen her zaman.

5- Eğer yanınızdaki kişi sigara içiyorsa, otomatik olarak siz de sigaranızı yakar mısınız (miydiniz)?

- Nadiren.
- Sadece arasıra.
- Bazı zamanlar.
- Hemen her zaman.

6- Yemek sırasında veya sonrasında genellikle sigara içer misiniz (miydiniz)?

- Olsa da çok nadir.
- Sadece arasıra.
- Bazı zamanlar.
- Hemen her zaman.

7- Günün ilk sigarasını ne zaman içersiniz (içerdiniz)?

- Uyandıktan en az bir saat sonra.
- Uyandıktan sonra 31 ile 60. dakikalar arası.
- Uyandıktan sonra 6 ile 30. dakikalar arası.
- Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde.

8- İki saat veya daha fazla sigara içmediğiniz zaman, kolaylıkla sinirlenir hale gelir misiniz (miydiniz)?

- Hayır hiçbir zaman.
- Seyrek olarak
- Evet bazen.
- Evet, etrafımdakiler sinirlendiğimi ve homurdandığımı söylerler.

9- Sigara içmek, konsantre olmanıza yardımcı olur mu (muydu)?

- Hayır hiçbir zaman.
- Seyrek olarak
- Evet Bazen.
- Sigara içmeden en basit şeylere bile konsantre olamam.

Şimdi, VARSA, çok kısa bir süre dahi olsa sigarayı bıraktığınız bir zamanı hatırlayınız. Nasıl bir dönemdi?

10- Sigarayı bıraktıktan sonra moralinizin daha bozuk olduğunu hissettiniz mi ?

- Hayır hiçbir zaman.
- Belki biraz.
- Evet bir miktar moralim bozuldu.
- Belirgin olarak moralim bozuldu.

11- Sigarayı bıraktıktan sonra bazı sabahlar uyandığınızda, tüm gününüzü yatakta geçirmek istediniz mi?

- Hayır hiçbir zaman.
- Birkaç kere.
- Oldukça sık.
- Çoğunlukla.

12- Sigarayı bıraktıktan sonra günlük enerji seviyeniz nasıldı ?

- Enerji seviyem aşağı yukarı aynı kaldı.
- Enerji seviyem çok az azaldı.
- Enerji seviyem bir miktar azaldı.
- Enerji seviyem çok azaldı.

13- Sigarayı bıraktıktan sonra, yanınızda sigara içen başkaları varken, sizin için sigara içmeden durmak özellikle zor mu (muydu)?

- Hayır alakası yok.
- Belki bir miktar.
- Evet biraz zordu.
- Ne zaman yanımda sigara içen birileri olsa, sigara içme isteğim neredeyse önüne geçilmez hale geliyor.

14- Sigarayı bıraktığınızda, zamanın çoğunda stresli miydiniz?

- Hayır hiç.
- Sadece bazı zamanlar.
- Oldukça sık.
- Çoğu zaman kendimi stresli hissettim.

15- Sigarayı bıraktığınız dönemlerde, kendinizi diğer insanlardan soyutladınız ya da uzak tuttunuz mu?

- Hayır ilgisi yok.
- Belki çok az.
- Evet bir miktar.
- Kendimi fazlaca toplumdaki soyutladım.

16- Sigarayı bıraktığınız ilk birkaç gün daha hassas – kırılabilir veya sinirli oldunuz mu?

- Hayır ilgisi yok.
- Belki çok az.
- Evet bir miktar.
- Evet çok sıkıntılıydım.

DİKKAT: Sigarayı bıraktım ve artık sigara içme isteği duymuyorum diyorsanız anketimiz sizin için burada sona ermiştir. Sigara içenlerdenseniz ya da bıraktığınız halde içme isteği zaman zaman geliyorsa lütfen anket sorularını yanıtlamaya devam ediniz. Teşekkür ederiz.

	Evet	Hayır
Evinizde sizden başka sigara içen var mı?		
İşyerinizde sizden başka sigara içen var mı?		
Sigara içmek ile kötüleşen bir hastalığınız var mı?		
Sigara yüzünden hastalanan çok sevdiğiniz biri var mı ?		
Her gün alkol alır mısınız?		
Evinizde bebek ya da çocuk var mı?		
Altı ay içinde ev halkına bir bebek katılacak mı?		

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği

- 1- Günde ne kadar sigara içiyorsunuz (içiyordunuz)?
a) En çok 10 tane b)11-20 c)21-30 d)31'den fazla
- 2- Sigara içilmesi yasak olan otobüs, sinema, kütüphane gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz (muydunuz)?
a) Evet b) Hayır
- 3- En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisidir (hangisiydi)?
a) Günün ilk sigarası
b) Diğer herhangi biri
- 4- Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz (muydunuz)?
a) Evet b) Hayır
- 5- Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız yine de sigara içer misiniz (miydiniz)?
a)- Evet b)- Hayır

Anketimiz burada bitmiştir.

Kişilerin sigara konusunda bilgilendirilmeleri, bırakmak isteyenlere bilinen etkili yöntem ve ilaç tedavilerinin sunulması önümüzdeki iki ay boyunca duyurulacak yerlerde sağlanacaktır.

Anket Değerlendirme

Sosyodemografik sorulardan sonra anketin başında sigara içme durumu hakkında bilgi edinmek için yöneltelen beş seçenekli soruda;

b, seçeneğini işaretleyenler aşamalı değişim süreci modeline göre bırakmanın düşünülmediği aşama (precontemplation),

c, seçeneğini işaretleyenler bırakmanın düşünülmesi (contemplation),

d, seçeneğini işaretleyenler bırakma hazırlığının yapılması (preparation) aşaması,

e, seçeneğini işaretleyenler bırakma süreci (action) aşaması,

f, seçeneğini işaretleyenler sürdürme (altı ay ya da daha fazla süredir bırakmış olma) (maintenance) aşamasında olarak değerlendirilecektir (40, 49).

Sigara içenlerin profili ile ilişkili cevapların değerlendirilmesinde, her bir seçeneğin karşılık puanları ilgili profil grubunda toplanarak kişi, 8 (sekiz) ve üzeri puan alınan gruba dahil edilecektir (1).

Sigara içenlerin profili değerlendirmesindeki yedinci soru ve arkasından gelen beş soruluk bölüm ‘fagerstrm nikotin bağımlılık leği’ olarak değerlendirilecektir. Değerlendirme sonucu, 7-10 puan; çok bağımlı, 4-6 puan orta bağımlı, 4’den az puan alanlar az bağımlı olarak sınıflandırılacaktır (1).

8.3. Müdahale Grubu Bilgilendirme ve Takip Formu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Sigara Bırakmaya Yardımcı Nikotin Replasman Tedavisi Hasta Kayıt ve Takip
Formu

Sigarayı Bırakma Kararını Vermiş Kişi İle İlgili Bilgiler
Tarih/No:...../.....

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum Tarihi:

Medeni Durum / Çocuk Sayısı:

Ulaşılabilecek telefonlar:

En Son Bitirdiği Eğitim Programı:

Çalıştığı Bölüm ve Görevi:

Nikotin Replasman Tedavisine engel bir durum var mı?:

Nikotin yoksunluk semptomlarıyla karışabilecek ilaç kullanım hikayesi:.....
(nikotin replasman ürünleri, β blokerler, α metildopa, iştah kesiciler, minor ve majör
trankilizanlar)

Hamilelik veya şüphesi.....

Emzirme.....

Akıl veya ruh sağlığı açısından hastalık.....

Son üç ay içinde semptomatik iskemik kalp hastalığı veya serbrovasküler hastalık.....

Halen sağlık yönünden istirahat raporu olanlar.....

Nikotin bandlarının uygulanmasını engelleyecek derecede yaygın deri lezyonu.....

Sigara bırakmayı başarma konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

1. Çok büyük bir ihtimalle bırakacağıma inanıyorum. (% 75-100)
2. Zor olacak ama bırakma şansımı daha çok görüyorum. (% 50-75)
3. Benim için çok zor olacak, bırakma şansımı daha az görüyorum, belki başaramayabilirim (% 25-50)
4. Ümidim çok az ama yok değil, en azından bırakmayı denemiş olacağım. (%0-25)

Anket sırasındaki değişim modeli derecesi:

Anket sırasındaki sigara içme profil değerlendirmesi:

A:

B:

C:

D:

Anket sırasındaki nikotin bağımlılığı derecesi:

Anket sırasında kişisel ve çevresel sigara içimini etkileyecek faktör varlığı (sayısı).

1.Görüşme:

Tarih:.....

Sigara içme durumu: Hiç içmemiş

Laps

İçmeye devam ediyor.....adet/gün.

Nikotin yoksunluk semptomları:

Kızgınlığa yatkınlık

Endişe

Sinirlilik Konsantrasyon kaybı

Belli ortamlarda sigaranın belirgin olarak aranması (cravigs)

Band dozu artırıldı mı?

Tedavi yan etkisi var mı?

Yan etkiye müdahale:

2. Takip Görüşmesi:

Tarih:.....

Sigara içme durumu: Hiç içmemiş

Laps

İçmeye devam ediyor.....adet/gün.

Nikotin yoksunluk semptomları:

Kızgınlığa yatkınlık

Endişe

Sinirlilik Konsantrasyon kaybı

Belli ortamlarda sigaranın belirgin olarak aranması (cravigs)

Band dozu artırıldı mı?

Tedavi yan etkisi var mı?

Yan etkiye müdahale:

3. Takip Görüşmesi:

Tarih:.....

Sigara içme durumu: Hiç içmemiş

Laps

İçmeye devam ediyor.....adet/gün.

Nikotin yoksunluk semptomları:

Kızgınlığa yatkınlık

Endişe

Sinirlilik Konsantrasyon kaybı

Belli ortamlarda sigaranın belirgin olarak aranması (cravigs)

Band dozu artırıldı mı?

Tedavi yan etkisi var mı?

Yan etkiye müdahale:

4. Hafta görüşmesi: Hala sigara içimi devam ediyor mu? Evet: Müdahaleyi taştır.

Hayır: Kontroller telefonla yapılabilir.

TEBRİKLER!!!

Sigarayı bırakma kararını verdiğiniz için kutlarız. Bu davranışınızın, sağlığınıza daha da iyileştirmek için yapabileceğiniz **en önemli ilk girişim** olduğunu hatırlatırız.

Sigarayı bırakmakla elde edeceğiniz yararların sadece bir kaçı;

1. Artık karbonmonoksitli (yüksek konsantrasyonda öldürücü) hava solumadığınız için alyuvarlarınız dokularınıza oksijeni tam kapasiteyle taşıyacak.
2. Gün boyunca soluduğunuz 4000 (dörtbin) çeşitten fazla zehirli maddeden kurtulacaksınız
3. Bıraktıktan bir yıl sonra sigara nedeniyle oluşabilecek kalp hastalığı riskiniz yarıya düşecek.
4. Solunum sisteminiz rahatlayacak.
5. Yiyecek ve içeceklerin orjinal tadını alacaksınız.
6. Artık sigara sizin davranışlarınızı değil siz kendi davranışlarınızı kontrol edeceksiniz.
7. Sizi esir alıp yavaş yavaş çürüten bu nesne için yaptığınız harcamalar sona erecek.

Sigarayı Herkes Bırakabilir

Gerekli ve yeterli emek verildikten sonra herkesin sigarayı bırakabileceğini biliyoruz. Sigarayı bırakmayı denediğiniz veya deneyeceğiniz dönemlerde oluşan sigara içme isteği özellikle ilk günlerde size zor gelebilir. Bu zorluk ilerleyen günlerde giderek azalacaktır. Eğer ilk iki hafta sigaradan uzak durmayı başarabilirseniz bu, sizin çok büyük bir ihtimalle sigarayı bırakabileceğinizi gösterir. Vereceğimiz nikotin yerine koyma tedavisiyle daha önce belli bir düzey aralığında dalgalanan kan nikotin seviyesini daha sabit bir seviyede sağlayarak vücudunuzun nicotin açlığı çekmesini engellemeye çalışacağız. Bu dönemde oluşacak sigara içme istekleri daha çok sigarayla ilişkili durumlardan kaynaklandığını bilmeniz gerekiyor. Bu istek sabırla içmeden savuşturuldukça önce zayıflar, sonra söner. Eğer siz bu durumların farkına varır ve hazırlıklı olursanız, sigara içme isteminizi kontrol altına almış olursunuz. Böylece giderek daha seyrek ve daha zayıf sigara içme istekleriyle baş etme durumunda kalacaksınız ve giderek sigara içme isteğiniz sönecek.

Sigarayı bırakacağınız günün akşamı evde size sigarayı hatırlatacak nesnelere ortadan kaldırmanızı tavsiye ediyoruz. Sigara kokusu sinmiş giysilerinizi de mümkünse temizletin. İçmeyeceğiniz sigaralarla birikecek paralardan fazladan neler alabileceğinizin düşünün. Nikotin bandını yapıştıracağınız sabahını, artık sizin için yeni bir hayatın başlangıcı olarak görün. Kendinize sigarayı bıraktıktan sonra daha önce yapmadığınız ya da yapıyorken ihmal ettiğiniz hobiler bulun, bir spor dalına başlayabilir en azından günün belli saatlerinde yürüyüş yapabilirsiniz. Sigarayla beraber alkol da kullanıyorsanız bu süre içerisinde alkolden olduğunca uzak durun. Sigarayı bıraktığınızı sevdiklerinizle paylaşınız. Bunu başarabilmek için onların desteğini isteyin. Çevrenizde mutlaka sigarayı bırakmayı başarmış arkadaşlarınız vardır, onlarla bu konu üzerinde konuşun nasıl başardıklarını tartışın. Sigarayı bıraktıktan sonraki geçen her zaman dilimini sizin zaferiniz olarak görün, ilk saati, ilk öğünü, ilk günü, ilk birkaç gününü, ilk haftayı sigarasız geçirdiğinizden dolayı kendinizi kutlayın.

Sigarayı bırakma sırasında karşılaştığımız zorlukları doktorunuzla paylaşın. Unutmayın sigarasız geçirdiğiniz her an, sizi hedefinize daha çok yakınlaştıracak ve fakat tekrar başlamanız halinde kendine belkide daha fazla esir edecektir.

Sizi simdiden tekrar kutluyor davranışınızın diğer içiciler için de örnek olmasını istiyoruz.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Sigarayı Bırakma Araştırması Katılımcı Bilgilendirme ve Onay Formu

Sigara toplumumuzda önemli bir sağlık sorunudur. İçerisindeki nikotin nedeniyle bağımlılık gelişmekte ve bırakılması güç olan bir alışkanlık haline gelmektedir, bu kötü alışkanlık başta akciğer kanseri olmak üzere diğer organlarda kansere yol açmakta koroner arter hastalığı, kronik bronşit, amfizem, beyin damarlarında tıkanma gibi hastalıklar sigara içenlerde içmeyenlere göre kat kat yüksek gözlenmektedir. Toplumumuzda sigara içme alışkanlığı erken yaşlarda başlamakta sigarayı bırakmayı düşünenlere yardım edecek kuruluşlar yeni oluşmaktadır.

Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen ‘Sigara İçme Profiline Nikotin Replasman Tedavisi Üzerine Etkisi’ konulu tez çalışması sırasında sigaranın zararları anlatıldıktan sonra nikotin bandları kullanılarak bu zararlı alışkanlığın terk edilmesine yardımcı olunacaktır.

Kullanılan cilt yapıştırıcılarında nikotin bulunmakta olup içerisindeki doz 2 hafta aralarla azaltılacak ve vücudunuzun nikotine ihtiyacı giderek azalacaktır. Cilt yapıştırıcısından nikotin alacağınız için ayrıca sigara içmemelisiniz. Günde 20 adet üzerinde sigara içiyorsanız 30’luk doz ile başlanacaktır, tedavi süresi sigara içme durumunuza göre 4-8 hafta sürecektir. Tez çalışması kapsamında 6. ay sonunda sigara içme alışkanlığınız tekrar sorulacak ve nikotin replasman tedavisinin etkisi araştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğinizi imzanız ile onaylamalısınız.

Marmara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olan uzmanlık tezi çalışması ile ilgili, amacı, süresi, yararları ve zorlukları hakkında bilgilendirildim ve bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmadan herhangi zamanda çıkabileceğimi ve çıktığı takdirde tedavimin aksatılmayacağını, herhangi bir yan etki durumunda nereye ve kimlere başvurabileceğimi biliyorum.

Tarih:

Katılımcı adı ve soyadı

Araştırmacı adı ve soyadı

İmza

İmza

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK-31
Konu:

19.02.2003

Sayın : Dr. Murat NAVRUZ
Aile Hekimliği ABD Uzmanlık Öğrencisi

MAR-YÇ-2003-0021 "Sigara için profillerinin nikotin replasman tedavisine uyumunun değerlendirilmesi" isimli projeniz, Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı



**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**