

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ
EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

Gürkan BAYKUT

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAZI ÖZELLİKLERİNİN
SİGARA BAĞIMLILIĞINA ETKİSİ

DANIŞMAN

Prof.Dr. Zuhul BAHAR

İSTANBUL, Kasım 2022

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

Gürkan BAYKUT

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAZI ÖZELLİKLERİNİN
SİGARA BAĞIMLILIĞINA ETKİSİ**

DANIŞMAN

Prof.Dr. Zuhale BAHAR

İSTANBUL, Kasım 2022

TEZ ONAY



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAZI ÖZELLİKLERİNİN SİGARA BAĞIMLILIĞINA ETKİSİ

Bu araştırma, sağlık çalışanlarında sigara kullanımı ve bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma İstanbul'da bir kamu hastanesinde 01.03.2022-30.06.2022 tarihleri arasında 126 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri anket bilgi formu ve Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %23'ü hemşire, %18,3'ü tekniker ve %11,9'u ise hekimdir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%63,5) 5 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %43,7'si sigara içmekte iken %6,3'ü ise bırakmış durumdadır. Sigara içenler içinde %41,8'i günlük 1020 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi (SPBDT) bulgularına göre araştırmaya katılan ve sigara içen sağlık çalışanların ortalaması $15,56 \pm 2,87$ olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yönergesine göre orta bağımlı aralığında yer almaktadır. SPBDT ölçeği bulgularına göre hafif, orta ve ciddi bağımlı kategorileri dağılımlarına göre sağlık çalışanlarının %69,5'i orta bağımlı grubunda, %23,6'sı hafif bağımlı ve %7,3'ü ise ciddi bağımlı grubunda yer almaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular sağlık çalışanlarında sigara bağımlılığını azaltmada uygulanacak adımların belirlenmesinde karar vericilere katkı sağlayacak ve sağlık çalışanlarında farkındalık yaratabilecektir.

Anahtar kelimeler: Sigara, Bağımlılık, Sağlık Çalışanı, Tütün

THE EFFECT OF SOME FEATURES OF HEALTHCARE PROFESSIONALS ON CIGARETTE ADDICTION

This research was planned to examine the effects of smoking and some of its characteristics on smoking addiction in healthcare workers. This descriptive study was conducted in a public hospital in Istanbul between 01.03.2022 and 30.06.2022 with 126 healthcare professionals. The research data were collected using the questionnaire information form and the Evaluation of Psychological Dependence of Smoking Test. It was determined that 23% of the health workers participating in the research are nurses, 18.3% are technicians and 11.9% are physicians. It was determined that the majority of the participants (63.5%) had a total working time of 5 years or more. While 43.7% of the health workers participating in the study smoke, 6.3% have quit. Among smokers, 41.8% stated that they smoke 10-20 cigarettes per day. 41.3% of health workers said that they smoke to comply with friends. Finally, 65.5% of the health professionals participating in the research stated that they spend between 0-500 TL on cigarettes monthly. According to the SPBDT scale findings, the average of the health workers who participated in the study and smoked was found to be 15.56. This value is in the middle dependent range according to the scale's instruction. According to the SPBDT scale findings, according to the distribution of mild, moderate and severe dependent categories, 69% were in the moderately dependent group, 23.6% were in the mildly dependent group and 7.3% were in the severely dependent group.

The findings obtained as a result of the research will contribute to the decision makers in determining the methods to be applied in reducing smoking addiction in health care workers and will raise awareness among health workers.

Keywords: Cigarette, Addiction, Health Worker, Tobacco

ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Zuhâl Bahar’a şükranlarımı sunmayı bir borç bilirim.

GÜRKAN BAYKUT



BEYAN

“Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.”

GÜRKAN BAYKUT

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAY	4
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLOLAR LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Bağımlılık Kavramı	5
2.2. Sigara Bağımlılığı.....	7
2.2.1. Dünya ve Türkiye’de Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi.....	10
2.2.2. Sigara Kullanımının Tarihçesi	15
2.2.3. Sigara Bağımlılığına Neden Olan Faktörler	15
2.2.4. Sigara Bağımlılığı Tanısı ve Tedavi Süreci	16
2.2.5. Sigara Bağımlılığının Etkileri	20
2.3. Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	27
3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi.....	27
3.7. Verilerin Analizi.....	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
4.BULGULAR.....	30
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine ait Bulgular	30
4.2. Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Davranışına ait Bulgular	31
4.3. Sağlık Çalışanlarının Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi	32
Testi (SPBDT) Bulgular	32
4.4. Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının	34

Değerlendirilmesi Testi (SPBDT) Ortalamalarına Ait Karşılaştırmalı Bulguları	34
4.5. Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının	42
Gruplarına Ait Karşılaştırmalı Bulguları	42
5.TARTIŞMA.....	51
KAYNAKLAR.....	60
EKLER	67



ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Dünyada Sigara Kullanımının Evreleri	9
Şekil 2. On Beş Yaş ve Üzeri Sigara Kullanan Bireylerde Kişi Başına Düşen Ortalama Günlük Sigara Adedinin Uluslararası Karşılaştırması, 2019	11
Şekil 3. On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019	12
Şekil 4. 15-24 Yaş Grubu Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019	13
Şekil 5. On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Tütün Mamulü Kullanmaya Başlama Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı, (%), 2014, 2016, 2019	14
Şekil 6. Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı, (%), 2014, 2016, 2019	15
Şekil 7. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı, (%), 2019	23
Şekil 8. Sigaranın sebep olduğu bazı hastalıklar	24
Şekil 9. Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kansere Türünün Toplam Kanser İçindeki Dağılımı, (%), 2017	24
Şekil 10. Günlük Tüketim ve SPBDT	41

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1.Sigara dumanında bulunan zararlı maddelerden bazıları	8
Tablo 2.Tütün Kullanım Bozukluğu DSM 5 Tanı Kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015)	18
Tablo 3. Tütün Yoksunluğu DSM 5 Tanı Kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) .	19
Tablo 4. Sigara bırakma değişim evreleri	19
Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=126) ..	31
Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Davranışı Bulguları (N=126)	32
Tablo 7.Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi	33
Tablo 8.Bağımlılık Kategorisi	34
Tablo 9.Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi-Sigara İçenler	34
Tablo 10.Bağımlılık Kategorisi-Sigara İçen	35
Tablo 11. Normallik Sınaması	35
Tablo 12. Yaş Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 13. Cinsiyete Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 14. Medeni Duruma Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 15. Gelir Durumuna Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 16. Bonferroni Post Hoc Testi Sonuçları- Gelir	38
Tablo 17. Meslek Durumuna Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 18. Toplam Çalışma Süresi Durumuna Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 19. Bonferroni Post Hoc Testi Sonuçları- Toplam Çalışma Süresi	39
Tablo 20. Günlük İçim Düzeyine Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 21. Sigaraya Başlama Nedenine Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 22. Sigara İçim Aylık Harcama Düzeyine Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 23.Yaş ve Bağımlılık Düzeyi	43
Tablo 24.Cinsiyet ve Bağımlılık Düzeyi	44
Tablo 25. Medeni Durum ve Bağımlılık Düzeyi	44
Tablo 26. Gelir ve Bağımlılık Düzeyi	45

Tablo 27. Meslek ve Bağımlılık Düzeyi	46
Tablo 28. Toplam Çalışma Süresi ve Bağımlılık Düzeyi	47
Tablo 29. Günlük Tüketim ve Bağımlılık Düzeyi	48
Tablo 30. Başlama Nedeni ve Bağımlılık Düzeyi	49
Tablo 31. Aylık Harcama ve Bağımlılık Düzeyi	50



KISALTMALAR LİSTESİ

ark. : Arkadaşları

DSÖ : Dünya Sağlık

Örgütü n : Sayı

SPSS : Statistical Package for Social Science for Windows

% : Yüzde

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

KYTA :Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

WHO :World Health Organization

GATS : Küresel Tütün İzleme Sistemi (Global Tobacco Surveillance System)

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

OECD : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

1. GİRİŞ

Genel olarak bakıldığında tütün tüketimi oldukça yaygın bir davranış biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık olarak 4'te biri aktif olarak sigara kullanmaktadır. Ülkeler arasında karşılaştırma yapıldığında ise Çin, Hindistan ve Endonezya yapılan çalışmalarda ve açıklanan verilerde en fazla tütün kullanımının olduğu ülkelerdir. Türkiye aktif tütün kullanımı açısından dünya genelinde ilk on ülke içinde yer almaktadır. Türkiye kişi başına sigara tüketimi yönünden Avrupa ülkeleri arasında da üst sıralarda gelmektedir (Bilir, 2022).

Toplum sağlığı açısından bakıldığında sigara kullanımı önemli toplumsal problemlerden birisi olarak görülmektedir. Sigara, alkol gibi bağımlılık yapan alışkanlıklar bireylerin ve doğal olarak toplumun sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle ülkemizde önemli halk sağlığı problemlerinden birisi sigara içme alışkanlığının yüksek düzeyde olmasıdır. Sigara kullanımı pek çok hastalığı neden olmaktadır. Bunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanserler –özellikle akciğer kanseri-, ölü veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğması sayılabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne dünyada 15 yaş ve üzeri yaklaşık olarak her 5 kişiden biri aktif olarak sigara içmektedir. Ayrıca , Dünya Sağlık Örgütüne göre yılda yaklaşık olarak 7 milyon kişi sigara kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kılıç, 2011). Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasının (KYTA) sonuçlarına göre ülkemizde erişkinler arasında tütün kullanımı giderek artmaktadır. Sağlık Bakanlığının 2021 yılı içinde yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 yılı verilerine göre (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019);

- *“Türkiye’de erkeklerde %37,3, kadınlarda %10,7 ortalama %23,8 sigara içicisi bulunur”*
- *“25-44 yaşları arasında kişilerde içicilik daha yoğundur”.*
- *“Türkiye’de 3,9 milyon kadın, 10,6 milyon erkek, toplam da yaklaşık 15 milyon kişi her gün sigara içmektedir.”*
- *“Türkiye sigara içme oranları, yaklaşık %24 ile dünyada 10. sıradadır.”*
- *“On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası*

Karşılaştırması, (%), 2018 verisine Türkiye OECD grubu ülkeleri içinde Yunanistan'dan sonra en yüksek orana sahip ülke konumundadır.”

- *“On Beş Yaş ve Üzeri Sigara Kullanan Bireylerde Kişi Başına Düşen Ortalama Günlük Sigara Adedinin Uluslararası Karşılaştırması, 2018 verisine göre de Türkiye 17,1 ile Yunanistan'dan sonra en yüksek tüketime sahip ülke konumundadır.”*
- *“On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Tütün Mamulü Kullanmaya Başlama Nedenlerine bakıldığında birinci faktör arkadaş etkisi olarak bulunmuştur.”*

Bilindiği üzere sağlık çalışanlarında sigara kullanımı yüksektir. Türkiye’de de sağlık çalışanlarında sigara kullanımı toplum geneline göre yüksektir. Ülkemizde sağlık çalışanlarında, sigara kullanma oranları hekimlerde %31.9-70, hemşirelerde %29.5-68, hizmetlilerde %34.6-64 olarak bulunmuştur (Öztürk, 2009; Üzer, 2018). Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan bir araştırmada hekim, hemşire, teknisyen gibi farklı meslek gruplarında farklılık olmasına rağmen sigara içme davranışı görece olarak toplum ortalamasından yüksek bulgulanmıştır (Orhan ve Yücel, 2017). Sağlık personelinin sigara içme durumuyla ilgili değişik araştırmalarda sigara içme prevalansının yüksekliği dikkat çekmektedir. Sağlam ve arkadaşlarının Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık çalışanlarında yaptıkları bir araştırmaya göre hemşirelerin %34’ü, doktorların %18.7’si, yardımcı sağlık personelinin %50.4’u sigara kullandığı saptanmıştır (Sağlam ve ark., 2010). Çalışkan ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %60.5’i, akademik personelin %33.9’u ve yardımcı sağlık personelinin %57.6’sının halen sigara içtiği gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sağlık personelinde yapılan çalışmada farklı meslek gruplarında değişim göstermekle birlikte sigara içme sıklığı ülke profilinden oldukça yüksek bulunmuştur (Çalışkan ve ark., 2005). Yıllar içinde toplumdaki sigara içme sıklığındaki azalma gibi sağlık çalışanlarında da sigara içme sıklığının azaldığını düşündürmektedir. Dünyanın pek çok bölgesinde sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığı geçmiş yıllara göre azalma eğiliminde olsa da hala önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan bir çalışmada her 10 sağlıkçıdan yaklaşık 4’ü ya

sigara içmektedir ya da geçmişte sigara kullanmıştır. Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının nikotin bağımlılık düzeyleri çok yüksek düzeydedir. Erbaycu ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarında sigara içme oranı %54,6'dır (Erbaycu, 2004).

Sağlık çalışanlarının sigara içme durumlarını etkileyen pek çok faktör vardır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında birçok çalışmada saptandığı gibi hekimler arasında da sigaraya başlama nedenleri arasında en sık belirtilen nedenler merak ve özentidir (Gaete ve ark., 2004). Bir başka çalışmada ise hekimlere Niçin sigara içiyorsunuz? Sorusu sorulmuş gelen cevaplar göre; en çok hoşnut olduğu anlarda (Hoşnutluk, relaksasyon) sigara tüketenlerin oranı %38.1, gerilimi azaltmak için (Gerilim azalması) tüketenlerin oranı %33.6, sigaraya aşırı bağımlılık nedeniyle (Psikolojik alışkanlık) tüketenlerin oranı %15.3 olarak saptanmıştır (Aslan ve ark., 2008). Türkiye'de sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %44,6'sının düşük seviyede nikotin bağımlısı ve % 82,4'ünün sigarayı bırakmayı istediği saptanmıştır (Öztürk ve ark., 2003). Burada anlaşılmaktadır ki sigara içenlerin çoğunluğu sigara içmek olmaktan hoşnut değil ve bırakmak istemektedir. Sağlam ve ark. Erzurum'da yaptıkları bir çalışmada ise sigara içenlerin %34,5'i çok düşük düzeyde bağımlı, %28,4'ü düşük düzeyde bağımlı, %8,8'i orta düzeyde bağımlı, %16,5'i yüksek düzeyde bağımlı, %11,9'u da çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yine sigara içenlerin %86,1'inin sigarayı bırakmak istediği belirlenmiştir (Sağlam ve ark., 2010). Bu araştırma, sağlık çalışanlarının bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisini incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte nicel bir araştırmadır.

Sağlık çalışanlarının (doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları) sigara kullanımı konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının öncelikle kendilerinin sigara içmeyerek topluma örnek olmaları beklenir. Ayrıca, hasta ile ilişkilerinde tüm sağlık personeli ve özellikle hemşireler hastalarını, sigaranın sağlığa ilişkin zararları konusunda bilinçlendirerek sigara karşıtı etkinliklerde aktif rol oynamalıdır. Genel olarak bakıldığında ise sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı yüksektir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan bir araştırmada hekim, hemşire, teknisyen gibi farklı meslek gruplarında farklılık olmasına rağmen sigara içme davranışı görece olarak toplum ortalamasından yüksek bulgulanmıştır (Orhan ve Yücel, 2017).

Literatürdeki çalışmalarda görüldüğü üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve buna bağlı olarak meslek, gelir ve ekonomik düzey algısı, çalışma yılı, sigaraya başlama neden, içme süresi ve bırakma/bırakmayı isteme durumları sağlık çalışanlarında farklılaşmaktadır (Sağlam ve ark., 2010; Çalışkan ve ark., 2005). Çalışmada da bu faktörlerin sigara içme davranışı ile ilişkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisini incelemektir. Elde edilen bulguların uygulama yapılacak olan hastane çalışanlarının sigara bağımlılığı konusundaki durumunu belirleme ve sigarayı bırakma stratejilerine rehber olacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Kavramı

Bireylerin herhangi bir nesneye ya da eyleme karşı olarak, kontrol edilemez bir biçimde istek duyması ve bu yönde hedefine doğru davranışlarının bütünü bağımlılık olarak ifade edilmektedir. Bağımlılık konusu günümüzde önemli bir kavram halindedir. Geçtiğimiz dönemlerde bağımlılık denilince akla ilk gelen kavramlar sigara, alkol, uyuşturucu gibi olsa da, günlük yaşam pratiklerindeki değişmeler ile birlikte farklı nesneler ya da eylemlere karşı da bireyler bağımlılık geliştirebilmektedirler. İlk etapta bağımlılığa neden olan unsurlar (birincil unsurlar) kişiyi hoşnut hissettiren, keyif veren ve olumsuz duygulardan uzaklaşmasını sağlayan nitelikleri öne sürmektedir. Bunun arkasından, kişiye keyif veren madde/eylem haz verici, tatmin edici düzeyi eskisine kıyasla daha az hissedilmeye başlanmakta ve eylemin/maddenin birey tarafından kullanımı artarak devam etmektedir. Bu durum tolerans kavramı ile açıklanmaktadır. Tolerans kavramı bireyi bağımlılığa götüren ve bireyin ödül isteği ve arzusu ile eskiye oranla daha fazla miktarda madde kullanımı ya da daha fazla eyleme yönelimi olarak ifade edilmektedir. Tanı kriterleri açısından değerlendirildiğinde sigara, alkol, uyarıcı madde, yatıştırıcı madde gibi maddeler bağımlılığa neden olan bağımlılık yapıcı maddeler olarak adlandırılmaktadır. Günümüzde ise bağımlılık yapıcı unsurların çeşidi artmış durumdadır. Bunlara ilave olarak günümüzde oyun bağımlılığı, seks bağımlılığı, tüketim bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı, sürekli yeme isteği, şans oyunları bağımlılığı, kumar bağımlılığı gibi bağımlılık türleri de vardır. Literatürde bağımlılık üzerine bu konularda sıkça çalışılmaktadır (Yerli, 2019).

Bağımlılık normal olmayan bir eylem olarak tanımlanabilir veya kişinin biyolojik, bedensel ve ruhsal fonksiyonları üzerinde problem meydana getirerek, kişinin denkliliğini ve düzenini bozan davranışlardır biçiminde de tanımlanabilir. Bu açıklamalara göre bağımlılık konusunu genel olarak iki başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıktır (Karaman ve Kurtoğlu, 2009; Gündüz, 2021)

Madde Bağımlılığı: Madde bağımlılığını ilaç vasfındaki maddelerin beyni etkilediğinden mütevellit meydana gelen, şahsa mutluluk veren, maddeye erişemediği zaman ise huzursuzluk oluşturan ve bundan ötürü devamlı ya da belli zamanlarda madde

arayışına yönlendiren bir beyin rahatsızlığı şeklinde vasıflandırılmıştır. Madde bağımlısı olan kişilerin bağımlı oldukları maddeleri bir müddet kullanmadığı zaman muhtaçlık semptomları gösterir. Şahıs zaman geçtikçe madde kullanma derecesini ve yoğunluğunu yükseltir. Sigara, içki, sarhoş edici maddeler, hekim denetimi haricindeki ilaçlar, çay, neskafe vb. gıdalar bağımlılık oluşturabilecek elementlerdir (Mücahit Öztürk, 2017).

Eylem (Davranışsal Bağımlılık): Davranışsal bağımlılıkta şahsın bağımlılıklarını belirli bir maddeye karşı yönlendirmemiştir. Davranışsal bağımlılık, şahsın kendisi ile içerisinde yaşadığı çevreye karşı negatif biçimde akseden, tahribat oluşturan dürtüleri ile güdülerine mâni olmama hâlidir. Davranışsal bağımlılıkta şahıs belirli bir eylemi anormal bir istikrar ve yoğunlukla meydana koyar, bu eylem kişinin ruhsal, fizyolojik niteliklerini ve yaşadığı koşul ve çevreleri ile bağlarını aksaklıklara neden olarak bir bağdaşım bozukluğu oluşturur (Özcan Köknel,1998). Beslenme, cinsellik, alışveriş, internet, akıllı telefon, oyun bağımlılıkları davranışçı bağımlılık kapsamındadır. Bilhassa internet bağımlılıkları ilerleyen ve dönüşen dünyayla beraber çağımızda hayati bir mesele boyutuna ulaşmıştır (Döner, 2011). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal Elkitabı Beşinci Baskısında da (DSM-V), bağımlılık konusu “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” olarak isimlendirilmiştir (Çetinkaya, 2019).

Bağımlılık düzeyi yüksek ve bağımlılığa yatkın olan kişilerde kişiliğin çöküşü, bağımlı olunan maddeye/nesneye ya da kişiye bedensel ve ruhsal olarak teslim olma özellikleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından ortaya koyulmuştur (WHO, 2004). Burada yer alan “Ruhsal Bağımlılık”, bireyde yer alan eksiklikleri tatmin edebilmek/doyurmak için aşırı düzeyde düşkünlük hissetmesidir ve bu durum bireyde psikolojik yapılanma sebebiyle oluşur (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Genel olarak bağımlılık vardığında eğer kişi bu ihtiyacını giderirse ortaya gevşeme, huzur, keyif ve rahatlama gibi haz verici duygular çıkar. Bu noktada bağımlılığı olan kişinin bağımlılık geliştirmesindeki en etkili faktörler olarak benlik ve sosyal çevresi gelmektedir (Acar, 2006).

Bağımlılık konusu ağırlıklı olarak madde kullanımı ile özdeşleşmektedir. Günümüzde toplumsal ve bireysel yaşam tarzındaki değişiklikler ve gelişen teknoloji ile birlikte yeni bağımlılıklar ortaya çıkmış olmasına rağmen halen madde bağımlılığı en

önemli bağımlılıklar arasındadır. Yeni ortaya bağımlılıklar arasında internet bağımlılığı, oyun bağımlılığı, kumar ve şans oyunları bağımlılığı, yemek yeme bağımlılığı, hatta çiftlerin birbirine aşırı bağlı davranışları sayılabilir (Çetinkaya, 2019). Bu kapsamda literatürde en sıklıkla çalışılan bağımlılıklardan birisi sigara bağımlılığıdır. Tezin bu aşamasında sigara bağımlılığı konusu teorik çerçevede incelenecektir.

2.2. Sigara Bağımlılığı

Genel olarak bakıldığında tütün tüketimi oldukça yaygın bir davranış biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık olarak 4'te biri aktif olarak sigara kullanmaktadır. Ülkeler arasında karşılaştırma yapıldığında ise Çin, Hindistan ve Endonezya yapılan çalışmalarda ve açıklanan verilerde en fazla tütün kullanımının olduğu ülkelerdir. Türkiye aktif tütün kullanımı açısından dünya genelinde ilk on ülke içinde yer almaktadır. Türkiye kişi başına sigara tüketimi yönünden Avrupa ülkeleri arasında da üst sıralarda gelmektedir (Bilir, 2022).

Toplum sağlığı açısından bakıldığında sigara kullanımı önemli toplumsal problemlerden birisi olarak görülmektedir. Sigara, alkol gibi bağımlılık yapan alışkanlıklar bireylerin ve doğal olarak toplumun sağlığını etkilemektedir. Sigara kullanımı pek çok hastalığı neden olmaktadır. Bunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanserler özellikle akciğer kanseri-, ölü veya düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğması sayılabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne dünyada 15 yaş ve üzeri yaklaşık olarak her 5 kişiden biri aktif olarak sigara içmektedir. Ayrıca yine Dünya Sağlık Örgütüne göre yılda yaklaşık olarak 7 milyon kişi sigara kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kılıç, 2011; DSÖ, 2022).

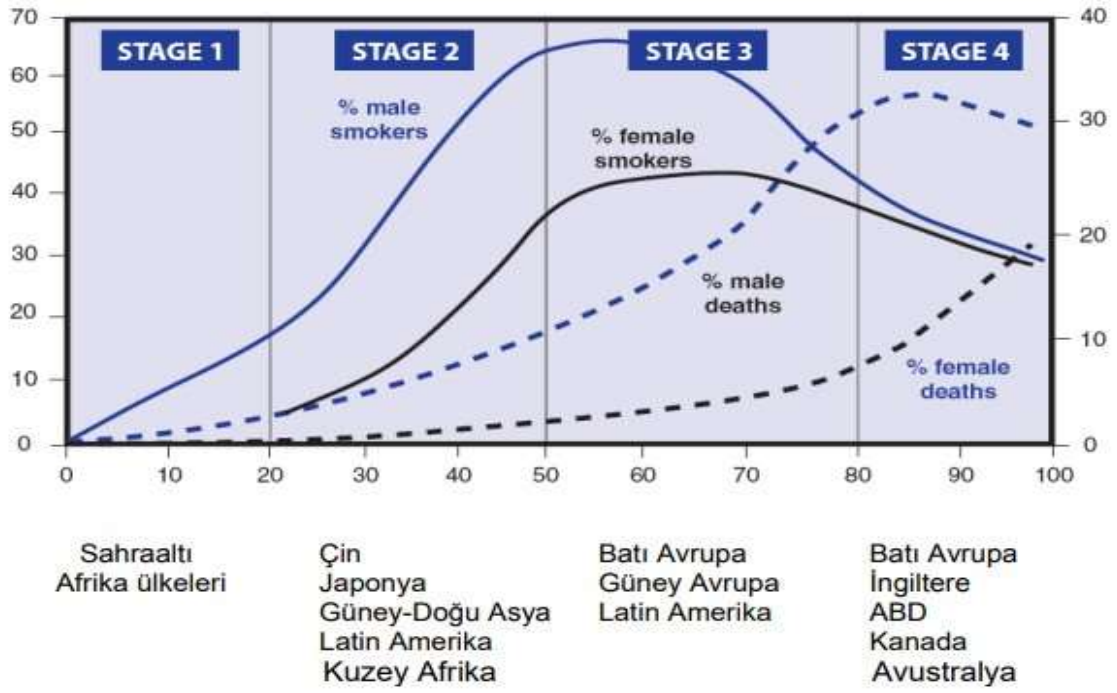
Sigara ürünü, birbirinden farklı farmakolojik özellikler gösteren 4000'den fazla maddeyi içermektedir. Bu maddelerin birçoğunun mutajenik, antijenik, sitotoksik, karsinojenik özellikler gösterdiği bilinmektedir. 1985 yılında The International Agency for Research on Cancer tarafından sigara dumanı, insanlarda kanserle kesin olarak ilişkili olmayı ifade eden grup 1 karsinojen madde kategorisine dâhil edilmiştir. 1999 yılında National Cancer Institute, sigara dumanında 55 madde gruplandırmıştır. Polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, benzen, formaldehit, asetaldehit, 1-3 bütadien gibi birçok madde sigara içerisinde yer almaktadır. (Bardakçı, 2021).

Tablo 1.Sigara dumanında bulunan zararlı maddelerden bazıları

Karbonmonoksit	Antrasen	Amonyak	Piren
Karbon dioksit	Fenol	Metilamin	N-nitrozonornikotin
Karbonil sülfid	Katekol	Dimetilamin	N-nitrozodietanolamin
Benzen	Hidrokinon	Nitrojen oksitleri	Kadmiyum
Toluen	Anilin	N-nitrozodimetilamin	Nikel
Formaldehit	2-toluidin	N-nitrozodietilamin	Çinko
Akrolein	2-naftilamin	N-nitrozopirrolidin	Polonyum-210
Aseton	4-aminobifenil	Formik asit	Benzoik asit
Piridin	Benz[a]antrase n	Asetik asit	Laktik asit
3-metilpiridin	Benzo[a]piren	Metil klorit	Glikolik asit
3-vinilpiridin	Kolesterol	1,3-butadien	Suksinik asit
Hidrojen siyanür	N-butirolakton	Katran	Arsenik
Hidrazin	Kinolin	Nikotin	Naftalen

Tüm tütün ürünlerinin bağımlılık yapıcı ve psikoaktif özelliklerinden sorumlu madde olan nikotin, sigaranın alkaloid içeriğinin en az yüzde 95'ini oluşturmaktadır. Saf nikotin; renksiz, acı, saydam ve oldukça zehirli bir yapıdadır. Saf nikotin vücuda alındığında; baş dönmesi, baş ağrısı, halsizlik, kalpte yavaşlama ve ölüme giden sonuçlara sebep olabilir (20). Sigaranın içeriğindeki bir diğer önemli madde olan karbonmonoksit (CO) ise renksiz ve kokusuz bir gazdır. Hemoglobine bağlanma gücü oksijene göre 200 kat fazla olduğu için vücuda girer girmez hemoglobine bağlanarak karbonmonoksihemoglobini (COHb) oluşturur. 5 Böylece sigara içenlerde oksijen yararlanımının azalması sonucu efor kapasitesinde, performansta kayıplar; fiziksel ve psikolojik yorgunluk görülebilir (Dilektaşlı, 2012).

Sigara ve tütün kullanımı genel olarak 4 evre halinde açıklanmaktadır. Bu 4 evre yaklaşık olarak yüz yıllık süre içinde yaşananları kapsamaktadır. Bu evreler statatik değil, dinamik bir yapıyı ifade etmektedir. Bir diğer ifade ile günümüzde son (dördüncü) evrede olan bir ülke geçmiş yıllarda ilk 3 evreyi yaşamış durumdadır (Şekil 1) (Bilir, 2010).



Şekil 1. Dünyada Sigara Kullanımının Evreleri

Kaynak: (Bilir, 2010)

Buna göre,

Birinci Evre: Bu ilk evre olarak düşünülmektedir. Bu aşamada henüz düşük düzeyde bir tütün kullanımı söz konusudur. Ancak bu evrede düşük düzeyde olsa bile tüketim artış eğilimindedir. Genellikle bu artış öncelikle erkeklerde ortaya çıkmaktadır. Birinci evrede kadınlar ise tüketim çok daha düşük seviyededir.

İkinci Evre: Bu aşamanın en temel özelliği tütün kullanımında hızlı bir artışın olduğu dönem olmasıdır. Birinci evre ile benzerlik gösteren özelliği erkeklerde artışın kadınlara göre çok daha yüksek olması ancak kadınlar arasında da sigara kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu evrede ortaya çıkan özelliklerden birisi de tütün kullanımı nedeniyle bazı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasıdır.

Üçüncü Evre: Bu evrede ise durum biraz farklılaşmaktadır. Üçüncü aşamada sigara kullanımına bağlı olarak sağlık problemler sıklıkla görülmeye başlanır ve diğer taraftan sigara kullanımı azalama trendine dönmektedir. İlk iki evrede olduğu gibi bu aşamada da davranışlar öncelikle erkekler arasında ortaya çıkmaktadır. Bu evrede

sigaraya nedeniyle sağlık problemleri ve 6l6mler erkeklerde hızlı artış g6stermektedir. 6l6mler kadınlar arasında da artmaya başlamıştır.

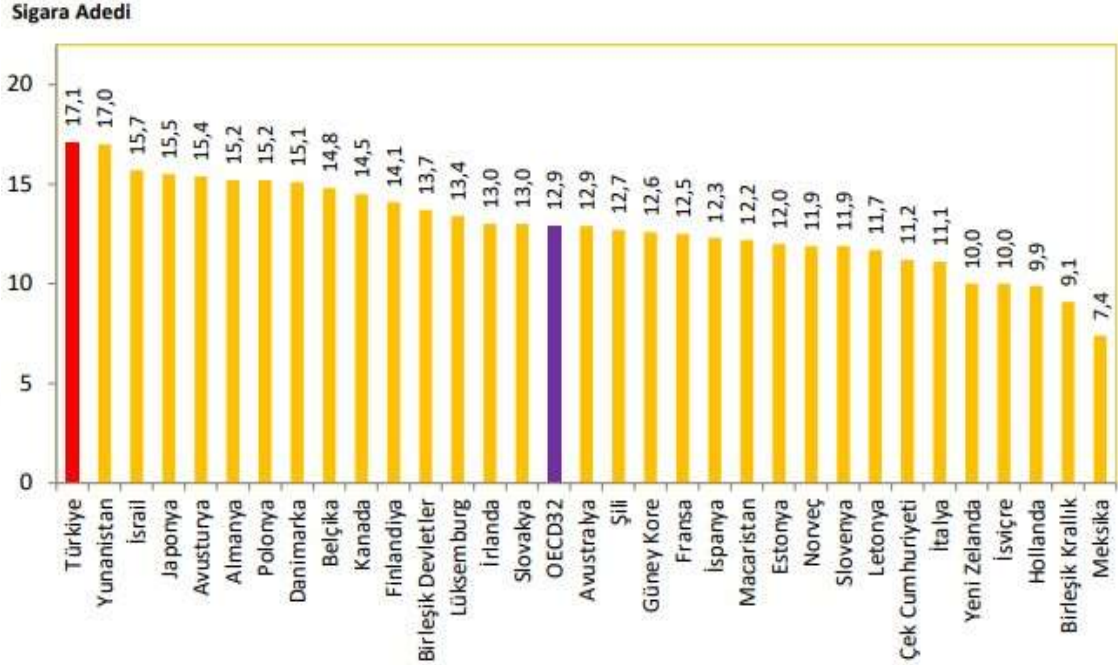
D6rd6nc6 Evre: Bu evre son aşama olarak değerlendirilmektedir. Bu evrenin 6nemli 6zelliklerinden bir tanesi sigara kullanımı ciddi şekilde azalma eğilimindedir. Bu durum hem erkek hem de kadınlarda vardır. Bu evrenin 6nemli bir diğer 6zelliği erkeklerde sigaraya bağlı 6l6mler azalırken, kadınlarda bu durum hen6z g6r6lmemektedir.

2.2.1. D6nya ve T6rkiye’de Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi

Sigara içme d6nya genelinde yaygın bir davranıştır. Bu durum gerek gelişmiş 6lkelerde gerekse de gelişmekte olan 6lkelerde g6r6lmektedir. Ancak d6nyada sigara kullanımı dağılımına bakılığında bu iki grup arasında fark g6r6lmektedir. D6nya genelinde yaklaşık olarak 1 milyar kişi sigara kullanmaktadır. Bunların b6y6k bir çoğunluğu (yaklaşık %80) d6ř6k gelirli ya da orta gelirli 6lkerdeki kişilerden oluşmaktadır. Cinsiyet ve gelir grubuna g6re de ayrıca 6lkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. 6rneğin gelişmiş ve gelir d6zeyi y6ksek olan her 4 kadından birisi sigara kullanmakta iken, daha d6ř6k gelir grubunda yer alan gelişmekte olan 6lkelerde bu oranın yaklaşık %7’dir. D6nya çapında ayrıca gelişmekte olan 6lkelerde t6t6n kullanımının her yıl yaklaşık % 3,4 oranında artmaktadır. D6nyada sigara kullanımı d6zenli olarak izlenmektedir. Amerika Birleşik Devletlerindeki merkezlerde D6nya Sağlık 6rg6t6 tarafından kurulan birimler aracılığıyla t6t6n kullanımı ve kontrol6 her yıl kayıt altına alınmaktadır (Bierut, 2011; Little ve ark. 2004; Aydemir, 2019).

D6nya genelinde her yıl yaklaşık 6 milyon kişinin t6t6n ve mamulleri kullanımı nedeniyle hayatını kaybettiği d6ř6n6lmektedir. Bu 6l6mlerin 600 000’i (170 000’i ocuk) pasif içicilik nedeniyle gerçekleşmektedir. Bunun yanında t6t6n kullanımının tıbbi maliyetleri y6ksektir ve neden olduğu verimlilik kaybı sebebiyle 6nemli bir ekonomik y6k oluşturur. T6t6n kullanımının tanımı, halen kullanılan, t6t6n6n hem içilebilen hem de dumansız formunu içerir. D6nya genelinde, erişkinler arasında halen t6t6n 6r6n6 kullanım prevalansı yaklaşık %22’idir. T6t6n 6r6n6 kullanım prevalansı 6lkeden 6lkeye değişmektedir. Erkekler kadınlara g6re sigara içmeye daha eğilimlidirler (Sağlık Bakanlığı ve D6nya Sağlık 6rg6t6 Avrupa Ofisi, 2017)

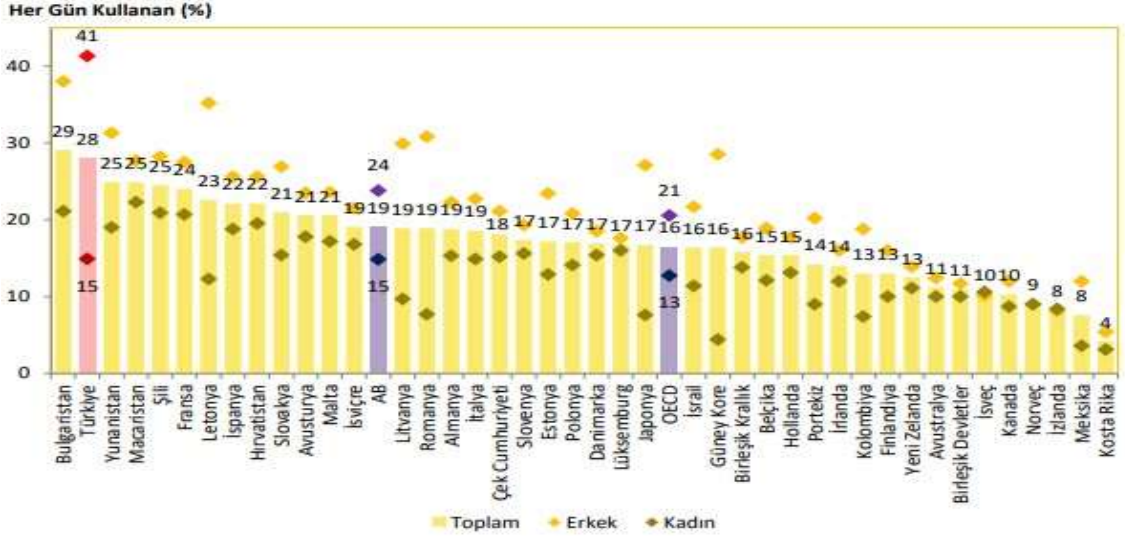
Yapılan araştırmalara göre dünyada en çok sigara tüketen beş ülke; Çin, ABD, Japonya, Rusya, Endonezya olarak sıralanmaktadır. Kişi başına sigara tüketimi açısından ise Türkiye dünyada ilk sırada yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).



Şekil 2.On Beş Yaş ve Üzeri Sigara Kullanan Bireylerde Kişi Başına Düşen Ortalama Günlük Sigara Adedinin Uluslararası Karşılaştırması, 2019
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Sağlık Bakanlığının 2022 yılında yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığı2020'ye göre on beş yaş ve üzeri sigara kullanan bireylerde kişi başına düşen ortalama günlük sigara adedinin uluslararası karşılaştırmasında Türkiye kişi başı 17,1 adet ile ilk sırada yer almıştır. OECD ortalaması ise 12,9'dur.

On beş yaş ve üzeri bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı ve uluslararası karşılaştırmasında da Türkiye üst sıralarda yer almaktadır (Şekil 3).

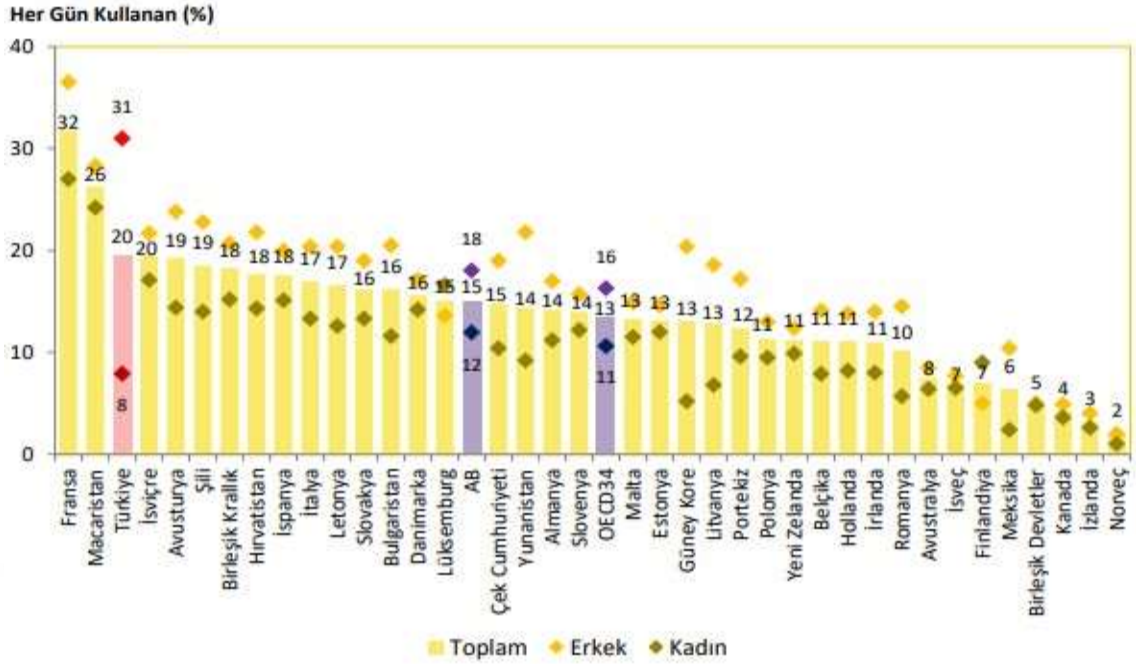


Şekil 3. On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Sağlık Bakanlığının 2022 yılında yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığı2020'ye göre on beş yaş ve üzeri bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı ve uluslararası karşılaştırmasında Türkiye Bulgaristan'dan sonra ikinci sırada yer almıştır.

Gençlerin sigara kullanım sıklığında da Türkiye üst sıralarda yer almaktadır. 1524 yaş grubu bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı ve uluslararası karşılaştırması Şekil 4'te yer almaktadır.



Şekil 4. 15-24 Yaş Grubu Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2019
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Sağlık Bakanlığının 2022 yılında yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığı2020'ye göre 15-24 yaş grubu bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı ve uluslararası karşılaştırmasında Türkiye, Fransa ve Macaristan'dan sonra üçüncü sırada yer almıştır.

Türkiye'de on beş yaş ve üzeri bireylerin tütün mamulü kullanmaya başlama nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı ise Şekil 5'te gösterilmiştir.

Neden	2014			2016			2019		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Arkadaş Etkisi	30,4	27,2	29,4	30,3	25,9	29,1	34,4	29,9	33,2
Özenti	18,3	13,2	16,8	31,7	24,3	29,7	26,7	20,8	25,1
Merak	37,2	34,0	36,2	22,4	19,4	21,6	20,3	17,7	19,6
Kişisel Sorunlar	4,5	7,0	5,3	5,0	10,1	6,3	5,4	10,2	6,6
Hiçbir Özel Neden Yok	1,7	2,3	1,9	4,3	4,5	4,4	5,9	5,7	5,9
Aile Sorunları	2,3	7,6	3,9	3,1	11,2	5,2	3,5	10,5	5,3
Eğlence Amaçlı	2,7	3,3	2,8	3,0	3,8	3,3	3,7	5,0	4,0

Şekil 5. On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Tütün Mamulü Kullanmaya Başlama Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı, (%), 2014, 2016, 2019

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Türkiye’de on beş yaş ve üzeri bireylerin tütün mamulü kullanmaya başlama nedenlerinin dağılımına bakıldığında 2014 yılında Merak ilk sırada iken, 2016 yılında Özenti ilk sırada, 2019 yılında ise arkadaş etkisi birinci neden olarak belirlenmiştir. 2019 yılında hem kadınlarda hem de erkeklerde birinci başlama nedeni arkadaş etkisi olmuştur.

Bu bölümde son olarak Türkiye’de tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (%) 2014, 2016 ve 2019 yılları için verilmiştir (Şekil 6).

Kullanma Durumu	Yaş Grubu	2014			2016			2019		
		Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Her Gün Kullanan	15-24	31,4	5,7	18,5	28,2	7,8	18,1	31,0	7,9	19,6
	25-34	51,2	18,8	35,1	49,6	16,6	33,2	51,3	17,6	34,4
	35-44	49,9	19,7	34,9	50,6	19,6	35,2	52,9	24,1	38,6
	45-54	48,7	16,5	32,7	45,3	17,7	31,6	45,1	18,4	31,8
	55-64	38,2	10,2	24,0	35,0	10,9	22,8	37,8	12,8	25,1
	65-74	22,4	3,4	12,1	24,2	4,4	13,5	19,9	6,1	12,5
	75+	8,9	2,4	5,0	10,7	1,0	4,8	13,2	3,1	7,1
	15+	41,8	13,1	27,3	40,1	13,3	26,5	41,3	14,9	28,0
Ara Sıra Kullanan	15-24	6,1	3,7	4,9	3,6	3,0	3,3	3,6	2,9	3,2
	25-34	6,9	6,5	6,7	5,1	6,1	5,6	3,9	3,6	3,8
	35-44	6,4	6,8	6,6	5,0	5,9	5,4	3,9	4,6	4,2
	45-54	4,4	4,8	4,6	4,1	4,1	4,1	3,6	3,2	3,4
	55-64	3,6	3,3	3,4	2,5	2,3	2,4	3,2	2,8	3,0
	65-74	5,2	2,2	3,6	1,9	1,3	1,6	1,6	1,5	1,6
	75+	2,9	1,4	2,0	2,8	2,0	2,3	2,9	1,7	2,2
	15+	5,6	4,8	5,2	4,0	4,1	4,1	3,5	3,2	3,4
Bazen Önce Kullanan	15-24	10,2	7,5	8,8	3,4	2,1	2,7	4,2	2,0	3,1
	25-34	12,6	12,8	12,7	9,3	6,6	8,0	10,5	7,0	8,7
	35-44	20,6	13,0	16,8	16,6	8,2	12,4	15,9	6,9	11,4
	45-54	29,6	14,1	21,9	24,5	8,7	16,7	26,2	9,4	17,8
	55-64	43,4	14,5	28,8	39,5	9,0	24,1	39,7	11,3	25,3
	65-74	51,8	10,9	29,7	47,4	7,7	26,0	53,6	9,7	30,2
	75+	58,7	8,4	28,4	47,3	5,4	22,0	53,7	6,1	25,2
	15+	23,8	11,8	17,7	19,3	6,7	12,9	21,3	7,2	14,2
Hiç Kullanan	15-24	52,3	83,2	67,7	64,9	87,0	75,9	61,2	87,3	74,1
	25-34	29,3	61,8	45,5	36,0	70,7	53,3	34,3	71,8	53,1
	35-44	23,1	60,4	41,7	27,8	66,3	47,0	27,4	64,3	45,8
	45-54	17,2	64,6	40,8	26,1	69,5	47,7	25,1	69,0	47,0
	55-64	14,8	72,1	43,8	22,9	77,8	50,7	19,3	73,1	46,5
	65-74	20,5	83,5	54,6	26,5	86,6	58,9	24,8	82,7	55,7
	75+	29,5	87,8	64,6	39,2	91,6	70,9	30,1	89,1	65,5
	15+	28,7	70,3	49,8	36,6	75,9	56,5	33,8	74,7	54,5

Şekil 6. Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı, (%), 2014, 2016, 2019

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Türkiye’de tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında 2014 yılında her gün kullanan oranı %27,3 iken 2019 yılında bu oran %28’e yükselmiştir. Aynı dönemde erkeklerde bu oran %41,8’den %41,3’e gerilerken, kadınlarda %13,1’den %14,9’a yükselmiştir (Şekil 6).

2.2.2. Sigara Kullanımının Tarihçesi

Tütün bitkilerinin tarihsel olarak çok eski dönemlere dayanmakta olduğu bilinmektedir. Tütün bitkileri M.Ö. 5000 ile 3000 arası dönemde ilk olarak Peru ve Ekvator Dağlarında var olduğu tahmin edilmektedir. Tarih boyunca zaman içinde tütün için pek çok kullanım alanı insanlar tarafından bulunmuştur. Tütün ilk zamanlarda Güney Amerika’da bulunan şamanlar tarafından, ilaç olarak dini törenlerde kullanılmıştır. Tütün bu dönemlerde düşük dozda analjezik ve antiseptik, göz damlası, lavman ve narkotik olarak kullanılmıştır. Ayrıca tütün doğurganlık için de kullanılmıştır. Tütün dumanı kadınlara üflenmiş ve doğurganlığı arttırdığı düşünülmüştür. Buna ilave olarak bu dönemlerde tütün savaşlarda cesaret vermesi için savaşçılara da verilmiştir. 1565 yılında İspanyada Nicolas Monardes yazmış olduğu inceleme yazısında tütün kullanımının böbrek taşlarına, kurtlara, kepeklere ve hatta diş ağrılarına iyi geldiğini duyurmuştur. (Gately, 2001).

Daha sonraları ise tütün endüstriyel olarak üretilmeye başlanmıştır. 19. Yüzyılda “Buck” isimli Amerikan Tütün Şirketi kurulmuştur. Daha sonra tütün sarma makinası bulunarak bir dakikada 200 sigara üretilmeye başlanmıştır. Bu sayede beş yıl içinde bir milyar sigara üretilmiştir (DSÖ, 2017).

2.2.3. Sigara Bağımlılığına Neden Olan Faktörler

Bağımlılığa neden olan maddeler içerisinde, bir kez tecrübe etme ile bağımlılık meydana gelme ihtimali en fazla olan madde, %32’lik bir oran ile tütün ve tütün ürünleri olarak bilinmektedir (Stahl, 2015). Sigara içme deneyimi genellikle ergenlik çağında başlamaktadır. Genellikle bundan kısa bir süre sonra her gün düzenli sigara içme alışkanlığına dönüşmektedir. Sigara kullanımına yol açan veya sigara kullanımı ile ilgili

olduğu bilinen çok sayıda risk faktörü açıklanmaktadır. En sık ifade edilen risk faktörleri ise cinsiyet, Sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi, gelişimsel dönem, aile sorunları ve genetik aktarım olarak kabul edilmektedir (Koldağ, 2021).

Özcebe'ye göre (2008), gençlerin sigaraya başlamasındaki etkenler beş başlıkta ifade edilmektedir. Bunlar (Özcebe, 2008);

- *“Ailenin sosyoekonomik, kültürel ve davranışsal etkisi; ailede sigara içen kişinin olması, gençlerin sigarayla tanışmasına neden olurken ebeveynlerin sigara kullanmaları ise gencin sigaraya başlama ihtimalini artırmaktadır.”*
- *“Arkadaş etkisi; Bu anlamda en yakın arkadaşın sigara kullanması durumunda sigara başlama riskinin 3-4 kat artabileceği belirtilmektedir.”*
- *“Gencin sosyodemografik ve psikososyal yapısı; Gelişme çağındaki gençlerin merak ve büyümeyi ispat faktörleri doğrultusunda sigara kullanmaya başlayabildikleri ifade edilmektedir.”*
- *“Sigara reklamları; Sigarayı cazip gösteren reklam uygulamalarının özendirici etkisinin olduğu belirtilmektedir.”*
- *“Sigaraya ulaşılabilirlik; fiyatlandırma politikalarındaki değişikliklere göre sigaraya talebin artıp azalabildiği belirtilmektedir” (Tatlıcıoğlu, 2019).*

2.2.4. Sigara Bağımlılığı Tanısı ve Tedavi Süreci

Bireyin özellikleri ve sigara bağımlılığı arasındaki etkileşimi anlamak, sigara bırakma tedavilerinde önemlidir. (Etter, 2010). Sigara kullanımı ve bağımlılığı DSM 5 Tanı kriterleri kapsamında “Tütün Kullanım Bozukluğu” ve “Tütün Yoksunluğu” olarak belirtilmiştir. Tanı kriterleri Tablo 2 ve Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 2. Tütün Kullanım Bozukluğu DSM 5 Tanı Kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015)

“A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü:”
“1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süre olarak tütün alınır”
“2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.”
“3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.”
“4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.”
“5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı (örn. işini engelleme)”
“6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme (örn. tütün kullanımıyla ilgili başkalarıyla tartışmaya girme)”
“7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma (örn. yatakta sigara içmek).”
“9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımı sürdürülür.”
“10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:”
“a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi”
“b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlaması”
“11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması”
“a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu”
“b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün (ya da nikotin gibi yakından ilişkili bir madde) vardır.”

Kaynak: (Yerli, 2019)

Sigara içmeyi bıraktıktan sonra bireyde bazı yoksunluklar ortaya çıkmaktadır. Bunlar nikotin yoksunluğu olarak adlandırılır. Nikotin yoksunluğunun bazı belirtileri vardır. Eğer birey konsantrasyon güçlüğü, asabiyet, aksiyete, iştah düzensizliği ve kilo alımı, huzursuzluk, tütün gibi durumlar yaşıyorsa muhtemel nikotin yoksunluğu içindedir (Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı, 2010). Tütün Yoksunluğu DSM 5 Tanı Kriterleri ise Tablo 3'teki gibidir.

Tablo 3. Tütün Yoksunluğu DSM 5 Tanı Kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

“A. En az birkaç hafta her gün tütün kullanma”
“B. A tanı ölçütünde tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki dört (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi”
“1. Kolay kızma, katlanamazlık duygusu ya da öfke”
“2. Bunaltı”
“3. Odaklanma güçlüğü”
“4. Yeme isteğinde artma”
“5. Huzursuzluk”
“6. Çökkün duygu durumu”
“7. Uykusuzluk”
“C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.”
“D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve esriklik ya da başka bir madde yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.”

Kaynak: (Yerli, 2019)

Sigara içme davranışı karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Sigara içmeye başlamanın, sigara içmeyi bırakmanın, sigara içmeyi sürdürmenin, aralıklı olarak sigara içmenin ve sigara içmenin nüksetmesinin farklı farklı davranışsal bileşenleri vardır. Günümüzde sigarayı bırakmaya yönelik geliştirilen teoriler, bu farklı davranışsal bileşenler göz önüne alınarak oluşmaktadır (Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, 2014). Sigarayı bırakma değişim evreleri Tablo 4’teki sıralanmaktadır (Aydemir, 2019).

Tablo 4. Sigara bırakma değişim evreleri

“Bırakmayı Düşünmeme”	“Birey sigara bırakmayı düşünmez ve sigaranın bir davranış problemi olduğunu kabul etmeyebilir”
“Bırakmayı düşünme”	“Birey henüz bırakmaya karar vermemiş, fakat sigaranın zararları konusunda bilgi edinir ve bırakmayı düşünür”
“Bırakmaya hazırlanma”	“Birey sigarayı bırakmaya yardım edecek bir plan hazırlar.”
“Bırakmayı deneme”	“Birey sigarayı bırakmış, ama henüz 6 ayı doldurmamıştır.”
“Bırakmayı sürdürme”	“Birey 6 aydan uzun süredir sigara içmemektedir.”

Sigara bağımlılığı olanlar ile hekimlerin yapacakları görüşmeler sigara bırakmada önemlidir. Bu kapsamda sigarayı bırakmaya istekli hastalara 5A, sigara bırakma

konusunda isteği olmayan hastalara ise 5R stratejilerinin uygulanması tavsiye edilir (Aydemir, 2019).

5A stratejisi hastanın bilgilendirilmesi, bırakma planının hazırlanması, bu aşamada karşılaşılabilecek zorluklar ve takibi içerir (Aydemir, 2019).

- *“SOR –ASK-: Hastanın doktora başvuru nedeni ne olursa olsun, tütün ürünü kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa ne sıklıkla ve miktarda kullandığı, ne zaman başladığı sorgulanmalıdır.”*
- *“ÖNER –ADVISE-: Hastaya sigarayı bırakması gerektiği mutlaka önerilmelidir.”*
- *“DEĞERLENDİR ASSESS-: Hastaya sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediği, daha önce bırakmışsa karşılaştığı zorluklar ve endişeleri sorgulanmalı, bu konuda önerilerde bulunulmalıdır.”*
- *“ÖNDERLİK ET –ASSIST-: Hastaya sigara bırakma planı hazırlanmalı ve yoksunluk belirtileri ile karşılaştığı takdirde yapabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir.”*
- *“İZLE –ARRANGE-: Hasta mutlaka kontrollere çağırılmalı ve yakından takip edilmelidir.”*

5R stratejisi ise isteksiz olan hastaların bilinçlendirilmesi ve ikna edilmesi çabalarıdır (Aydemir, 2019).

- *“İLİŞKİ –RELEVANCE-: Sigaranın etkileri hasta ile ilişkilendirilerek anlatılmalı ve sigara bırakma konusunda hasta cesaretlendirilmelidir.”*
- *“RİSKLER -RISKS-: Hastaya sigara içme sonucu oluşabilecek riskler hakkında bilgi verilmelidir.”*
- *“ÖDÜLLER –REWARDS-: Hastanın sigarayı bıraktığı takdirde hayatında oluşabilecek olumlu etkilerden bahsedilmelidir.”*
- *“ENGELLER –ROADBLOCKS-: Hastanın sigarayı bırakmak istememesine neden olan faktörler belirlenmelidir.”*
- *“TEKRAR -REPETITION-: Hasta ile her görüşmede hasta, sigara bırakma konusunda tekrar bilgilendirilmelidir.”*

Sigara bırakma tedavilerini iki başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar davranışçı ve bilişsel yöntemlerdir. Bu kapsamda; hasta ile görüşmek, bilgilendirmek, önerilerde bulunmak, motive etmek önemlidir. Tedavi için ilk seçenek olarak kullanılan ilaçlar ise (US Public Health Service Report, 2000),

- “*Bupropiyon*”
- “*Nikotin sakızı*”
- “*Nikotin inhaler*”
- “*Nikotin nazal sprey*”
- “*Nikotin bantları şeklindedir*”.

Kolinerjik veya domanimerjik sistemleri hedefleyen yeni farmakolojik tedaviler, hem sigara kullanımı hem DEHB tedavisinde umut vermektedir. Örneğin, bupropiyon, DEHB’li yetişkinlerin tedavisinde etki göstermiş ve aynı zamanda Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından sigarayı bırakmaya yardımcı olarak onaylanmıştır. FDA tarafından sigara bırakma tedavisi için onaylı bir ilaç olan bupropionun DEHB tedavisinde de etkinliğinin olması benzer nörobiyolojik mekanizmaların bağlantısını düşündürmektedir (US Public Health Service Report, 2000).

2.2.5. Sigara Bağımlılığının Etkileri

Sigara, elliden değişik hastalık ve yirmiden fazla değişik ölüm nedenlerini içerisinde bulunduran bir madde olarak bilinmektedir. Sigara kullanan bireylerin yaklaşık olarak yarısı, sigaraya bağlı olarak gelişen bir sağlık sorunu ile karşılaşırken, yine yaklaşık olarak yarısı da erken dönemde ölüm riskini barındırmaktadırlar. Sigara kullanımının, bireylerin yaşam ömürlerini yaklaşık olarak yirmi üç sene azalttığı ifade edilmektedir(Gençöz ve ark., 2003).

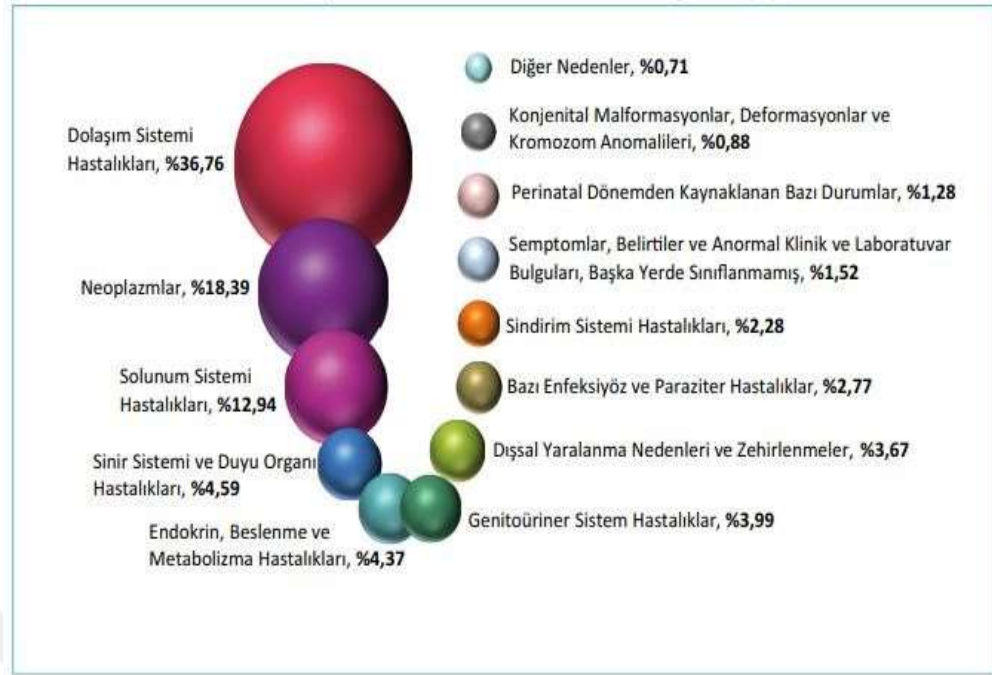
Tütün/Sigara kullanımı dünyada önlenebilir morbidite ve mortalite sebeplerinin başında gelmektedir. Sigara içen bir kişinin, beklenen yaşam süresinin on yıldan fazla bir süresini sigaraya bağlı sebeplerden kaybettiği düşünülmektedir. Sigarada bulunan; karbonmonoksit, siyanür, katran, nikotin, amonyak gibi yaklaşık 4000 kimyasal, karsinojen ve mutojen maddelerin sinerjistik etki ile insan vücudunun çeşitli organ ve sistemleri için zararlı olduğu ve ciddi hastalıklara sebep olduğu bilinmektedir. Sigara, yalnızca aktif içenler için değil, sigara içmese de sigara içen bir kişinin yakınında olduğu

için sigara dumanına pasif olarak maruz kalanların da (ikinci el maruziyet/pasif içicilik) sağlığını ciddi şekilde etkilemektedir. Sigara içilen bir ortamda sigaranın içeriğindeki duman ve zararlı maddeler ortamdaki yüzeylerde de (eşyalarda, saçta, deride, duvarlarda) birikmektedir. Yüzeylerde biriken ve sinmiş sigara içeriğine maruz kalmanın da sağlığa zararlı etkileri olduğu gösterilmiştir ve üçüncü el maruziyeti olarak adlandırılmıştır (Karan, 2018; Winickoff ve ark, 2009; Bardakçı, 2021).

Sigara bağımlılığı, pek çok ciddi sağlık sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunlar (Kaya, 2022);

- “*Kalp ve damar hastalıkları*”
- “*Kanser*”
- “*Akciğer yetmezliği*”
- “*Astım*”
- “*Damar tıkanıklığına bağlı felç riski*”
- “*Beyin fonksiyonlarında dengesizlik*”
- “*Gastrit ve ülser gibi mide rahatsızlıkları*”
- “*Gebelikte sigara içilmesi nedeniyle bebeklerde ortaya çıkan gelişim bozuklukları*”
- “*Hamilelikte etken doğum riski*”
- “*Dişlerde sararma*”
- “*Ağız kokusu şeklinde sıralanabilir*”.

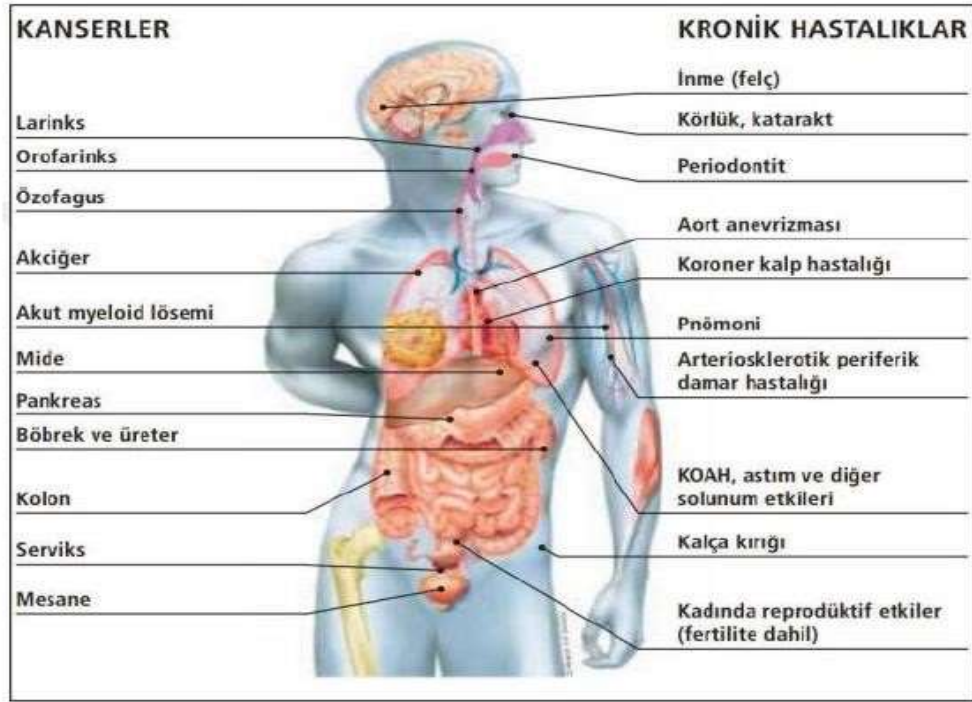
Dünyada ve Türkiye’de ölümlerin en başta gelen sebebinin kardiyovasküler hastalıklar olduğunu göstermektedir, bu durum aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).



Şekil 7. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı, (%), 2019
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

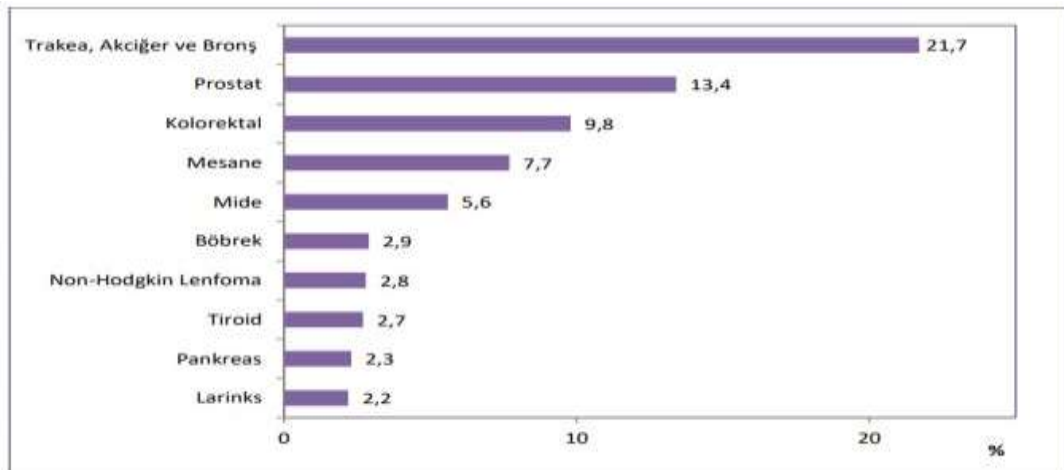
Sigara tüm kardiyovasküler sistemi için ciddi bir risk faktörüdür. Sigara içen kişilerin kardiyovasküler hastalık riskinin içmeyenlere göre iki-üç kat fazla olduğu bilinmektedir. Buna ilave olarak Dünyadaki her beş kanserden birinin nedeninin sigara olduğu düşünülmektedir. Sigara, doğrudan genlerde mutasyon oluşturarak ve kanser oluşumunu engelleyen genleri bozarak kanser oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Sigara; başta akciğer, mesane, böbrek, ağız, larenks, karaciğer, pankreas, kolon ve lösemi olmak üzere tüm kanser türlerinin 1/3'ünün gelişiminden sorumlu tutulmaktadır (World Health Organization, 2008; Doll ve ark., 2004; Bardakçı, 2021).

Sigara içmek; reflü, mide ülseri, osteoporoz, kemik kırıkları, periodontit, tip 2 diyabet, vasküler demans, maküler dejenerasyon, cilt kırışıklıkları gibi vücudun farklı sistemlerini etkileyebilen birçok hastalık için predispozan ve prognozu etkileyen bir faktördür. Sigaranın neden olduğu bazı hastalıklar Şekil 3'te gösterilmektedir.



**Şekil 8. Sigaranın sebep olduğu bazı hastalıklar
(Bardakçı, 2021)**

Sigara tüketimi ile ilişkilendirilen hastalıklardan birisi de akciğer kanserleridir. Erkeklerde akciğer kanseri sık görülen bir hastalıktır. 2022 yılında Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllığında bu durum gösterilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).



Şekil 9. Erkeklerde En Sık Görülen 10 Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Dağılımı, (%), 2017

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020

Sigara kullanılı küresel düzeyde bulaşıcı olmayan haslıklar (BOH) üzerinden mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Günümüzde dünya genelindeki toplam ölümlerin yaklaşık %65,5'i, (Lozano ve ark., 2012) ve Türkiye'de ise 30-70 yaş ölümlerin yaklaşık %87'si (Türkiye İstatistik Kurumu, 2012) bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde olan kardiyovasküler hastalıklar (CVD) gelişmekte olan ölkelerde HIV, tüberküloz ve sıkmanın toplamından 3 kat daha fazla insanın ölümüne neden olmakta, bu sayı gelişmiş ölkelerde ise daha da yukarı çıkmaktadır (Suhrecke ve Urban, 2006). Dünya Bankası tarafından açıklanan dünyada toplam ölüm nedenlerinin sayısına bakıldığında 1990 yılı ile kıyaslandığında bulaşıcı olmayan hastalıklar ciddi bir artış içerisinde. Diğer taraftan DSÖ istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi başlıca BOH kapsamına giren hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Dünyada ölüm nedenlerine bakıldığında en önde gelen dört bulaşıcı olmayan hastalık kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet olarak sıralanmaktadır (Türkiye Sağlık Enstitüsü, 2018). BOH'lara bağlı ölümler içindeki dağılıma bakıldığında %46,2 ile kalp ve damar hastalıkları ilk sıradadır. Kalp ve damar hastalıklarını %21,7 ile kanser vakaları, %10,7 ile astımı ve akciğer hastalıklarını içeren kronik solunum yolu hastalıkları ve %4 ile diyabet takip etmektedir. Bu dört bulaşıcı olmayan hastalık grubu, bu hastalıklara bağlı ölümlerin yüzde 82'sini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi, 2017). BOH nedeniyle ölüm riskini arttıran en önemli faktörler sigara kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, alkol tüketimi ve en önemlisi sağlıksız ve dengesiz beslenmedir.

2.3. Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı

Sağlık çalışanlarının toplumda tütün kullanımını azaltmada önemli rolleri olduğu kabul edilmektedir. Toplum tarafından saygı duyulan ve görüşlerine değeri verilen sağlık çalışanlarının sigara bırakma noktasında hastaya vereceği basit bir öneri/tavsiye bile sigaranın kullanımını bırakmada önemli katkılar sağlayabilir. Son döneme bakıldığında sigara kullanımı genel olarak azalış trendindedir. Bu durum sağlık çalışanları için de geçerlidir. Genel olarak sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığı eskiye göre azalış trendindedir. Ancak sağlık çalışanlarında sigara kullanımı halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanları göz önündedir ve topluma rol model olmaktadır. Bu nedenle sigarayla yapılan mücadelede sağlık çalışanlarının sigara

kullanması yapılan çalışmaların inandırıcılığını da kaybetmesine neden olabilmektedir (Aliskin, ve diğerleri, 2015).

Sağlık çalışanlarının davranışları sigara konusunda toplum üzerinde etkilidir. Sigara ile mücadele çalışmalarında sağlık çalışanları en başlarda görev alanlar arasındadır.

Sağlık çalışanları toplumda liderlik görevi yürütürler. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının böyle bir rolü bulunur. Bu nedenle sağlık çalışanları sigaraya başlamanın önlenmesi konusunda toplumun tüm kesimlerinde birinci sırada teşvik edici konumdadır. Sağlık çalışanlarının öncelikle kendilerinin sigara içmeyerek topluma örnek olmaları beklenir. Ayrıca, hasta ile ilişkilerinde tüm sağlık personeli ve özellikle hemşireler hastalarını, sigaranın sağlığa ilişkin zararları konusunda bilinçlendirerek sigara karşıtı etkinliklerde aktif rol oynamalıdır (Üzer, 2018).

Ülkemizde 15 yaşından büyük sigara içenlerin yaklaşık yarısında, son 12 ayda sigarayı bırakma girişimleri vardır. Örneğin bir sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle giden kişilere sigarayı bırakma önerisi oranı ise %43 olarak bildirilmektedir. Daha önceden bırakmayı denemiş sağlık çalışanlarının %65.6'sının bırakma düşüncesinin olmaması hem bağımlılık oranlarının yüksek olması hem başarısız bırakma denemelerinin neden olduğu psikolojik durum ile açıklanabilir. Daha önce bırakma girişiminde bulunmamış olanlarda bırakma isteğinin yüksek olması (%70,2) bu görüşü destekler. Sigara içen sağlık çalışanlarına tütün mücadelesinde en önemli destek bu noktada verilmelidir içen kişinin bırakma çabasında bırakma süreci hakkında bilgi sahibi olması, diğer sağlık personelinde destek alması ve yeniden başlama nedenlerinin ve tetikleyicilerinin ortadan kaldırılması için gerekli şeylerin yapılması literatürde sağlık çalışanlarında başarılı bırakma girişimi uygulamaları olarak yer almaktadır (Serez, 2013).

Alanyazında hemşire ve hekim gibi sağlık çalışanlarında sigarayı bırakma girişimlerinde başarılı faaliyetler ve etkileyen faktörler üzerine yapılmış olan farklı araştırmalar da vardır. Doktorların sigarayı bırakma önerisi ile ilgili sonuçlar sunan çalışmalara bakıldığında ise, Manisa'da yapılan bir çalışmada hekimin branşı belirtilmemekle beraber "bırakma sebebiniz neydi" sorusuna katılımcıların oldukça düşük oranda (%6) hekim önerisi yanıtı vermiş olduğu bildirilmektedir. İtalya'da yapılan bir diğer çalışmada ise pratisyen hekimlerin sigarayı bırakmayı önerdiği belirtilirken, aynı

ülkede yapılan başka bir çalışmada öğrencilere sigara bırakma metotlarından hangisinin ne kadar etkili olduğu sorulduğu ve öğrencilerin %23'ünün hekim tarafından tavsiye edilmesinin etkili olduğunu belirttiği bildirilmektedir. Diğer taraftan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında sigara kullanımının artış nedenleri arasında; üniversiteye başlamak, tıp eğitimi almak, düşük not ortalaması, kişinin sıkıntılı olduğu zamanlar ve hastanede çalışıyor olması olarak belirlenmiş ve bu faktörler sigara bırakmayı zorlaştıran nedenler olarak ifade edilmiştir Grassi ve diğerleri,2014; Göktalay ve diğerleri, 2011).

Sağlık çalışanları arasında sigarayı bırakmayı düşünme nedenlerini araştıran çalışmalar incelendiğinde mali yük (ekonomik sebepler) ve sağlığa zararlı olması belli başlı nedenler olarak bildirildiği görülmüştür. Sağlıkla ilgili meslekleri seçen, geleceğin sağlık çalışanları olacak gençlerin sigara bırakma konuda desteklenmeleri, sağlıklı nesillerin yetişmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca hekimlerin ve hekim adaylarının, hastalarına örnek olmaları açısından mümkün olduğunca erken sigarayı bırakmaları desteklenmelidir (Ünüvar ve Dişçigil, 2017). Özetlemek gerekirse sağlık çalışanları arasında sigara başlama nedeni daha çok hastanede çalışıyor olmak ve stres olarak ifade edilirken, sigarayı bırakmada etkili olan yöntemler yakın çevre desteği ve hekimlerin bu yöndeki ikna edici söylemleri olarak ifade edilebilir. Ayrıca ekonomik nedenler ve sağlığa olan olumsuz etkisi de sağlık çalışanları arasında sigarayı bırakmada etkili olan faktörlerdir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisini incelemektir. Araştırma tanımlayıcı tipte nicel ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul’da bir kamu hastanesinde 01.03.2022-30.06.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini bir kamu eğitim ve araştırma hastanesi sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Hastane kayıtlarına göre 390 sağlık çalışanı vardır. Araştırma kapsamında örneklem seçimine gidilmemiş, hastane kayıtlarına göre araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm sağlık çalışanlarının araştırma kapsamında alınması hedeflenmiştir. Araştırmaya toplam 126 sağlık çalışanı katılmıştır (%32,30). Geriye dönük olarak yapılan power analizinde ise çift taraflı hipotez, 0,3 etki büyüklüğü, 1 β/α oranı ve 126 örnek büyüklüğü ile yeterli düzeyde çalışma gücü olduğu (%93) hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Soruları

Bağımlı değişken: Sigaranın psikolojik bağımlılığı puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir algısı, meslek, çalışma yılı, sigara içme durumları, sigara geçmişleri, bırakma durumları, tüketim miktarı, harcama düzeyi, sigaraya başlama nedeni.

3.6. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Anket formu:

Anket formunun ilk bölümü sağlık çalışanlarının Sosyo-demografik özellikleri sorgulanmıştır. Burada çalışanların yaşı, cinsiyeti, mesleği, çalışma yılı, eğitimi, medeni

durumu, ekonomik düzey algısı, geliri gibi faktörler vardı. İkinci bölümde ise sigara içme davranışlarına yönelik sorular yer almıştır. Bu kapsamda sigara içme durumları, sigara geçmişleri, bırakma durumları, tüketim miktarları, harcama düzeyleri, başlama nedenlerini saptayacak sorular yer almıştır (Öztürk, 2009; Çalışkan, 2005; Öztürk, 2017).

Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi (SPBDT):

İlk hali Ponciano Rodríguez ve arkadaşları (2015) tarafından sigara bağımlılığını değerlendirmek için, hem klinik araştırmalarda hem de bağımlılık tedavisinde yönlendirici 25 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra 25 soruluk bu testin zor olacağı ve fazla zaman alacağı düşünülerek araştırmacılar tarafında 8 soruluk kısa versiyonu geliştirilmiştir. Ölçekteki maddeler “Sıklıkla: 3 puan, Nadiren: 2 puan, Asla: 1 puan” olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçek puanı maksimum 24-minimum 8 puan arasında ve bu toplam puan 8-13:Hafif bağımlı; 14-19: Orta bağımlı; 20-24: Ciddi bağımlı olarak kategorize edilir. Ölçeğin iç güvenirlilik kat sayısı $\alpha=0.847$ bulunmuştur. Türkçe versiyonunun geçerliliği ve faktör analizi Uysal ve ark. Tarafından yapılmıştır. Ölçeğin nihai Türkçe versiyonu orta düzeyde güvenilirliğe sahiptir (Cronbach alfa: 0,65), bu da şunu gösterir: Ölçek, sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirlemede yardımcı olabilir (Uysal ve ark., 2004).

Veri toplama işlemine başlamadan önce katılımcılara araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıp yazılı onamları alınmıştır. Anketler online yöntem ile toplanmıştır. Bu durumun temel nedeni veri toplama aşamasında pandemi sürecinin devam etmesi ve bu nedenle yoğun olarak çalışan sağlık çalışanlarına hem tedbirler ve hem iş yoğunluğu nedeniyle daha kolay ulaşılabilecek olunmasıdır. Veri toplama süresi her bir katılımcı için ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler IBM SPSS 24,0 (Statistical Package for the Social Sciences- Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerinin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kapsamında; sıklık, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır.

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerinin ölçek skorlarına göre farklılaşmasında ise parametrik Bağımsız Örneklem T Testi ve ANOVA testleri, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler için ise Ki-kare analizleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ düzeyi kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, verilerin toplandığı hastanede çalışan sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma veri toplama zamanındaki durumu yansıtmaktadır. Katılım %32.30 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran hedeflenen tüm sağlık çalışanlarına ulaşamadığını göstermektedir. Bu durum çalışmanın sınırlılıklarından birisidir. Katılımcı oranının görece düşük olmasının temel iki nedeni sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunun yüksek olması ve pandemi sürecinin devam etmesidir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde, İstanbul Okan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 23.03.2022 tarihlerinde etik kurul onayı (Ek4) ve 09.06.2022 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı onayı (Ek-5) ve kurum izni (Ek-6) alınmıştır. Etik kurul onayı ve izinler sonrasında, bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için sağlık çalışanlarına gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Yazılı onamları çalışma öncesinde alınmıştır (Ek-3).

4.BULGULAR

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümde araştırma sonucundan elde edilen verilerin bulgularına yer verilmiştir. Öncelikle olarak sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, toplam çalışma durumu, medeni durumu, meslek ve gelir düzeyine ait bulgular Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=126)

	Değişkenler	n	%
Yaş	35,66±8,79 (20-55)		
Yaş Grubu	35 yaş ve altı	65	51,6
	35 yaş üstü	61	48,4
Cinsiyet	Kadın	65	51,6
	Erkek	61	48,4
Medeni Durumu	Bekâr	58	46,0
	Evli	68	54,0
Gelir Algısı	Gelir giderden düşük	52	41,3
	Gelir gidere eşit	44	34,9
	Gelir giderden fazla	30	23,8
Meslek	Hekim	15	11,9
	Hemşire	29	23,0
	Tekniker	23	18,3
	Diğer (Hasta Bakım Personeli, Teknik Servis ve Güvenlik)	59	46,8
Toplam Çalışma Süresi	6 Aydan Az	8	6,3
	6 ay-11 Ay	6	4,8
	12 Ay-23 Ay arası	13	10,3
	24 Ay-5 yıl arası	19	15,1
	5 yıl ve üzeri	80	63,5
	Toplam	126	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir. Açıklamalar yüzdesi en yüksek olan gruba göre yapılmıştır. Buna göre çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %51,6'sının kadın ve yine %51,6'sının 35 yaş altında olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %54'ü evlidir. Sağlık çalışanlarının %41,3'ü gelirlerinin giderden düşük olduğunu düşünmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %23'ü hemşire, %18,3'ü tekniker ve %11,9'u ise hekimdir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%63,5) 5 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olduğu belirlenmiştir.

4.2. Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Davranışına ait Bulgular

Araştırma bulgularının ikinci bölümünde sağlık çalışanlarının sigara içme davranışları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının sigara içip içmedikleri, eğer içiyorlarsa günlük kaç adet içtikleri, neden sigaraya başladıkları ve son olarak aylık sigaraya harcadıkları tutara ait bulgular yer almaktadır. Bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Davranışı Bulguları (N=126)

	Değişkenler	n	%
Sigara İçme Durumu	Evet	55	43,7
	Hayır	63	50,0
	Bırakmış	8	6,3
Günlük Kaç Adet İçtiği	1-2 adet	6	10,9
	3-10 adet	20	36,4
	11-20 adet	23	41,8
	21 ve üzeri	6	10,9
Sigara İçme Nedeni (Bırakanlar Dahil n=63)	Stres	19	30,2
	Arkadaşlara uymak	26	41,3
	Özenme	11	17,5
	Diğer	7	11,1
Aylık	0-499 TL	36	65,5

Sigara İçin Harcama Tutarı	500-999 TL	18	32,7
	1000-2000 TL	1	1,8
	Toplam	126	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigara içme davranışı bulguları dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir. Açıklamalar sigara içenlere göre yapılmıştır. Buna göre çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %43,7’si sigara içmekte iken %6,3’ü ise bırakmış durumdadır. Sağlık çalışanlarının %50’si ise hiç sigara içmediklerini söylemişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından sigara içenler içinde %41,8’i günlük 11_20 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %41,3’ü arkadaşlara uymak için sigara içtiğini söylemiştir. Son olarak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %65,5’i aylık olarak 0-499 TL arasında sigaraya harcama yaptıklarını ifade etmiştir.

4.3. Sağlık Çalışanlarının Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Testi (SPBDT) Bulgular

Sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği bulguları bu bölümde verilmiştir. Ölçek puanı maksimum 24minimum 8 puan arasında olabilmekte ve bu toplam puan 8-13:Hafif bağımlı; 14-19: Orta bağımlı; 20-24: Ciddi bağımlı olarak kategorize edilmektedir.

Tablo 7.Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Cronbach' s Alpha
SPBDT	126	8,00	23,00	11,4921	4,20428	,897

Sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği bulgularına göre araştırmaya katılan sağlık çalışanların sigara bağımlılık ortalama puanı 11,49±4,20428 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yönergesine göre hafif bağımlı aralığında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının gözlenen en düşük değer 8, en yüksek değer ise 23 olarak bulgulanmıştır. Sağlık profesyonellerinin

bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği bulgularına göre hafif, orta ve ciddi bağımlı kategorileri dağılımları ise aşağıdaki tablodaki gibidir. Cronbach's Alpha katsayısı ise ,897'dir.

Tablo 8.Bağımlılık Kategorisi

	Sıklık	%
Hafif	82	65,1
Orta	40	31,7
Ciddi	4	3,2
Toplam	126	100,0

Sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği bulgularına göre hafif, orta ve ciddi bağımlı kategorileri dağılımlarına göre %65,1 i hafif bağımlı grubunda, %31,7'si orta bağımlı grupta ve %3,2'si ise ciddi bağımlı grubunda yer almaktadır.

Bu aşamaya kadar olan sağlık çalışanlarının sigaranın psikolojik bağımlılığının değerlendirilmesi testi (SPBDT) bulguları sigara içen ve içmeyen sağlık çalışanları için hesaplanmıştır. Bu bölümde ise sigara içen sağlık çalışanlarının bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 9.Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi TestiSigara İçenler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Cronbach's Alpha
SPBDT	55	10,00	23,00	15,5636	2,87881	,789

Sigara içen sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği bulgularına göre araştırmaya katılan sağlık çalışanların ortalama puanı $15,56 \pm 2,87881$ olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yönergesine göre orta bağımlı aralığında yer almaktadır. 55 sağlık çalışanı içinde gözlenen en düşük değer 10, en yüksek değer ise 23 olarak bulgulanmıştır. Sigara içen sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği

bulgularına göre hafif, orta ve ciddi bağımlı kategorileri dağılımları ise aşağıdaki tablodaki gibidir. Cronbach's Alpha katsayısı ise ,789'dur.

Tablo 10.Bağımlılık Kategorisi-Sigara İçen

	Sıklık	%
Hafif	13	23,6
Orta	38	69,1
Ciddi	4	7,3
Toplam	55	100,0

Sigara içen sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla SPBDT ölçeği bulgularına göre hafif, orta ve ciddi bağımlı kategorileri dağılımlarına göre %69,'i orta bağımlı grubunda, %23,6'sı hafif bağımlı grupta ve %7,3'ü ise ciddi bağımlı grubunda yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının %70'inin orta düzeyde bağımlı olduğu saptanmıştır.

4.4. Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının

Değerlendirilmesi Testi (SPBDT) Ortalamalarına Ait Karşılaştırmalı Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde sigara içen sağlık çalışanlarının çeşitli özelliklerinin sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla uygulanan SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. SPBDT ölçeğinin normal dağılım sınaması için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normal Dağılım sınama testleri kullanılmış ve sonuçlar Tablo 11'de sunulmuştur. Buna göre her iki testin de p olasılık değerleri 0,05'in üzerinde olduğu için ölçeğin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle yapılacak olan karşılaştırmalarda parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 11. Normallik Sınaması

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Sd	p	İstatistik	Sd	p
SPBDT	,071	55	,051	,978	55	,398

Sd: Serbestlik derecesi

Sigara içen sağlık çalışanlarının çeşitli özelliklerinin sağlık profesyonellerinin bireysel olarak sigara konusunda durumlarını belirleme amacıyla uygulanan SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılmasında iki gruba ait karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla gruba ait olan karşılaştırmalarda ise ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonucu anlamlı farklılık gözlenen gruplarda pos hoc testi olarak ise Bonferroni testi yapılmıştır.

Tablo 12. Yaşa Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	SPBDT	
Yaş		Ortalama	Standart Sapma
35 ve yaş altı	34	15,7353	3,09749
35 yaş üstü	21	15,2857	2,53264
Bağımsız Örneklem T Testi	t	0,559 ,578	
	p		

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 12’ de gösterilmiştir. Buna göre çalışanların yaşında SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 13. Cinsiyete Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	SPBDT	
Cinsiyet		Ortalama	Standart Sapma
Kadın	25	16,0400	2,68452
Erkek	30	15,1667	3,01814
Bağımsız Örneklem T Testi	t	1,123 ,267	
	p		

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 13’ te gösterilmiştir. Buna göre çalışanların

cinsiyetinde SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 14. Medeni Duruma Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	SPBDT	
Medeni Durum		Ortalama	Standart Sapma
Bekâr	23	14,8696	2,76840
Evli	32	16,0625	2,89535
Bağımsız Örneklem T Testi	t	-1,535 ,131	
	p		

Sağlık çalışanlarının medeni durum gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 14’ te gösterilmiştir. Buna göre çalışanların medeni durumunda SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 15. Gelir Durumuna Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	n	SPBDT	
Gelir		Ortalama	Standart Sapma
Gelir giderden düşük	23	14,3043	2,30483
Gelir gidere eşit	22	16,0000	3,10146
Gelir giderden fazla	10	17,5000	2,36878
ANOVA Testi	F	5,502 ,007	
	p		

Sağlık çalışanlarının gelir gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 15’te gösterilmiştir. Buna göre çalışanların gelir durumunda SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Farkın nereden kaynaklandığını görmek amacıyla Bonferroni post hoc testi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 16. Bonferroni Post Hoc Testi Sonuçları- Gelir

(I) gelir	(J) gelir	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	p	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Alt Sınır
Gelir giderden düşük	Gelir gidere eşit	-1,69565	,79480	,113	-3,6619	,2706
	Gelir giderden fazla	-3,19565*	1,00954	,008	-5,6931	-,6982
Gelir gidere eşit	Gelir giderden düşük	1,69565	,79480	,113	-,2706	3,6619
	Gelir giderden fazla	-1,50000	1,01647	,438	-4,0146	1,0146
Gelir giderden fazla	Gelir giderden düşük	3,19565*	1,00954	,008	,6982	5,6931
	Gelir gidere eşit	1,50000	1,01647	,438	-1,0146	4,0146

Yapılan post hoc sınaması sonuçları göre;

- Sigara içen sağlık çalışanları içinde gelirim giderimden fazla diyen sağlık çalışanlarının gelirim giderimden düşük diyen sağlık çalışanlarına göre Sigara Psikolojik Bağımlılık düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,008$).
- Diğer gruplar arasındaki ikili karşılaştırmalar ise anlamlı değildir. Bu grupların Sigara Psikolojik Bağımlılık düzeyleri benzerdir.

Tablo 17. Meslek Durumuna Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler Meslek	n	SPBDT	
		Ortalama	Standart Sapma
Hekim	9	16,2222	3,80058
Hemşire	13	16,0769	2,28989
Tekniker	11	14,1818	2,56196
Diğer	22	15,6818	2,88488

ANOVA Testi	F	1,162 ,333
	P	

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 17’ de gösterilmiştir. Buna göre çalışanların meslek durumunda SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). **Tablo 18. Toplam Çalışma Süresi Durumuna Göre SPBDT Ölçeğine Ait**

Ortalamalarının Karşılaştırılması			
Sosyo-Demografik Özellikler	n	SPBDT Toplam Çalışma	
Süresi	Ortalama	Standart	
			Sapma
6 Aydan Az	5	15,4000	2,40832
6 ay-11 Ay	3	15,6667	2,51661
12 Ay-23 Ay arası	6	19,5000	2,58844
24 Ay-5 yıl arası	8	14,0000	3,33809
5 üzeri	33	15,2424	2,39831
ANOVA Testi	F	4,379 ,004	
	P		

Sağlık çalışanlarının toplam çalışma süresi gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 18’de gösterilmiştir. Buna göre çalışanların toplam çalışma süresi durumunda SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Farkın nereden kaynaklandığını görmek amacıyla Bonferroni post hoc testi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Tablo 19. Bonferroni Post Hoc Testi Sonuçları- Toplam Çalışma Süresi

Bonferroni						
(I) TÇS	(J) TÇS	Ortalama Fark (I-J)	Std. Hata	p	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
6 aydan az	6 ay-11 Ay	-,26667	1,88022	1,000	-5,7888	5,2555
	12 Ay-23 Ay arası	-4,10000	1,55900	,113	-8,6787	,4787
	24 Ay-5 yıl arası	1,40000	1,46775	1,000	-2,9107	5,7107

	5 yıl üzeri	,15758	1,23555	1,000	-3,4712	3,7863
6 ay-11 Ay	6 aydan az	,26667	1,88022	1,000	-5,2555	5,7888
	12 Ay-23 Ay arası	-3,83333	1,82051	,403	-9,1801	1,5135
	24 Ay-5 yıl arası	1,66667	1,74301	1,000	-3,4525	6,7858
	5 yıl üzeri	,42424	1,55254	1,000	-4,1355	4,9840
12 Ay-23 Ay arası	6 aydan az	4,10000	1,55900	,113	-,4787	8,6787
	12 Ay-23 Ay arası	3,83333	1,82051	,403	-1,5135	9,1801
	24 Ay-5 yıl arası	5,50000*	1,39044	,002	1,4163	9,5837
	5 üzeri	4,25758*	1,14264	,005	,9017	7,6135
24 Ay-5 yıl arası	6 aydan az	-1,40000	1,46775	1,000	-5,7107	2,9107
	12 Ay-23 Ay arası	-1,66667	1,74301	1,000	-6,7858	3,4525
	12 Ay-23 Ay arası	-5,50000*	1,39044	,002	-9,5837	-1,4163
	5 yıl üzeri	-1,24242	1,01461	1,000	-4,2223	1,7374
5 yıl üzeri	6 aydan az	-,15758	1,23555	1,000	-3,7863	3,4712
	12 Ay-23 Ay arası	-,42424	1,55254	1,000	-4,9840	4,1355
	24 Ay-5 yıl arası	-4,25758*	1,14264	,005	-7,6135	-,9017
	24 Ay-5 yıl arası	1,24242	1,01461	1,000	-1,7374	4,2223

Yapılan post hoc sınaması sonuçları göre;

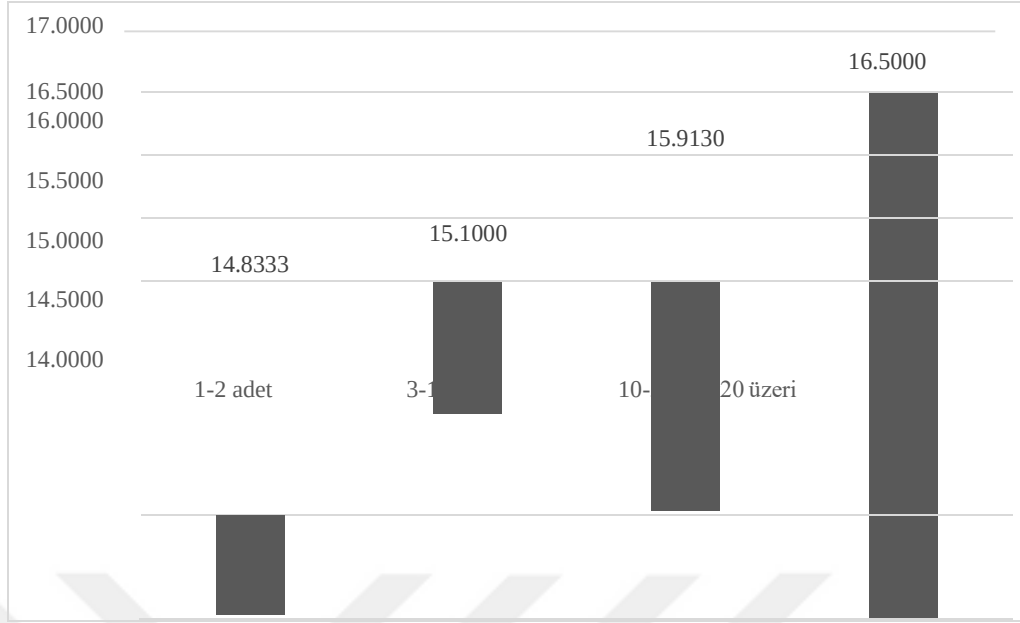
- 12 Ay-23 Ay arasında çalışma tecrübesi olan sağlık çalışanlarının 24 Ay5 yıl arası kadar ve 5 üzeri tecrübesi olan sağlık çalışanlarına göre Sigara Psikolojik Bağımlılık düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,002

ve $p=0,005$). Diğer gruplar arasındaki ikili karşılaştırmalar ise anlamlı değildir. Bu grupların Sigara Psikolojik Bağımlılık düzeyleri benzerdir.

Tablo 20. Günlük İçim Düzeyine Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Günlük Tüketim Adet	n	SPBDT	
		Ortalama	Standart Sapma
1-2 adet	6	14,8333	1,72240
3-10 adet	20	15,1000	3,02446
11-20 adet	23	15,9130	2,96821
21 adet ve üzeri	6	16,5000	3,14643
ANOVA Testi	F	0,613 ,610	
	p		

Sağlık çalışanlarının günlük tükettikleri sigara adedi gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 20’ de gösterilmiştir. Buna göre çalışanların günlük tüketim durumunda SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Tüm gruplarda değerler 1419 aralığında bulunmuştur. Ayrıca sağlık çalışanlarının günlük tükettikleri sigara miktarı 1-2 adet iken bağımlılık skoru 14,83, günlük tükettikleri sigara miktarı 3-10 adet olduğunda bağımlılık 15,10, günlük tükettikleri sigara miktarı 10-20 adet olduğunda ise 15,91 olarak hesaplanmıştır. Günlük tüketilen sigara miktarı 1 paketin üzerine çıktığında ise bağımlılık skoru 16,50 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 10. Günlük Tüketim ve SPBDT

Bu durum şekilde de görsel olarak gösterilmiştir. Günlük tüketim düzeyi arttığı zaman SPBDT ölçeğine ait ortalamalar da artmaktadır.

Tablo 21. Sigaraya Başlama Nedenine Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=63 Bırakanlar Dahil)

	n	SPBDT	
		Ortalama	Standart Sapma
Stres	19	14,7222	3,12119
Arkadaşlara uymak	26	16,5455	2,57695
Özenme	11	15,3333	3,42783
Diğer	7	14,8333	1,47196
ANOVA Testi	F	1,561 ,210	
	p		

Sağlık çalışanlarının sigaraya başlama nedeni gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 21’ de gösterilmiştir. Buna göre çalışanların sigaraya başlama nedenlerinde SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Tüm gruplarda ortalamalar 14-19 aralığında bulunmuştur. Sağlık çalışanlarından sigaraya arkadaşlara uymak nedeniyle başladım diyenlerin SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamaları ise en yüksek düzeydedir (16,54).

Tablo 22. Sigara İçin Aylık Harcama Düzeyine Göre SPBDT Ölçeğine Ait Ortalamalarının Karşılaştırılması

Harcama Aylık	n	SPBDT	
		Ortalama	Standart Sapma
0-500 TL	36	14,7059	2,46834
501 TL üstü	19	17,2222	2,94170
Bağımsız Örneklem T Testi	t	6,252 ,004	
	p		

Sağlık çalışanlarının sigara için aylık yaptıkları harcama gruplarına göre SPBDT ölçeğine ait ortalamalarının karşılaştırılması ortalaması Tablo 22’ de gösterilmiştir. Aylık harcama grupları 0-500 TL ve 501 ve üzeri TL olarak iki grupta incelenmiştir. Buna göre çalışanların aylık harcama tutarında SPBDT ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Aylık olarak sigaraya 0-500 TL arasında harcıyorum diyen sağlık çalışanlarının Sigaranın psikolojik bağımlılığını ifade eden ortalamaları 14,70 olarak hesaplanırken, sigaraya aylık olarak 501 TL üzerinde harcıyorum diyen sağlık çalışanlarında bu ortalama 17,22’ye yükselmiştir.

4.5. Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının

Gruplarına Ait Karşılaştırmalı Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde ise Sigara İçen sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ve sigara içme davranışı özellikleri ile Sigaranın Psikolojik Bağımlılığı grupları (hafif bağımlı, orta düzey ve ciddi bağımlı) arasındaki ilişki incelenmiştir. Her iki değişken de kategorik veri tipinde olduğundan dolayı ki kare testi kullanılmıştır. **Tablo 23.Yaş ve Bağımlılık Düzeyi**

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Yaş	35 yaş ve altı	N	8	23	3	34
		%	61,5	60,5	75,0	61,8
	35 yaş üstü	N	5	15	1	21
		%	38,5	39,5	25,0	38,2
Toplam		N	13	13	38	4
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

Ki Kare Testi	0,322
p	0,851

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile yaş grupları arasındaki ilişki Tablo 23’te gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından hafif bağımlıların %61,5’i 35 yaş altında iken, %38,5’i ise 35 yaş üzerindedir. Diğer taraftan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından orta düzeyde bağımlı olanların %60,5’i 35 yaş atında, %39,5’i ise üzerindedir. Ciddi bağımlı olanlarda ise benzer şekilde büyük çoğunluk (%75) 35 yaş ve altındadır Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile yaş grupları arasındaki ilişkiyi inceleyen ki kare test skoru ise 0,322 ve buna ait p değeri 0,851 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının yaşları ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık yoktur.

Tablo 24.Cinsiyet ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Cinsiyet	Kadın	N	4	19	2	25
		%	30,8	50,0	50,0	45,5
	Erkek	N	9	19	2	30
		%	69,2	50,0	50,0	54,5
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi		1,481				
p		0,477				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile cinsiyetleri arasındaki ilişki Tablo 24’te gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından hafif bağımlıların %30,8’i kadın iken, %69,2’si ise erkektir. Diğer taraftan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından orta düzeyde bağımlı olanların %50 kadın, %50’si ise erkektir. Benzer durum ciddi bağımlılar içinde de geçerlidir. Sağlık

çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile cinsiyetleri arasındaki farklılığı inceleyen ki kare test skoru ise 1,481 ve buna ait p değeri 0,477 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık yoktur.

Tablo 25. Medeni Durum ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Medeni Durum	Bekâr	N	6	17	0	23
		%	46,2	44,7	0,0	41,8
	Evli	N	7	21	4	32
		%	53,8	55,3	100,0	58,2
Toplam		N	13	13	38	4
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi		3,108				
p		0,211				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile medeni durum grupları arasındaki ilişki Tablo 25’de gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından hafif bağımlıların %53,8’i evli iken, %46,2’si ise bekârdır. Diğer taraftan araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından orta düzeyde bağımlı olanların %55,3’ü evlidir. Ciddi bağımlı olanlarda ise sağlık çalışanlarının tamamı evlidir. Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile medeni durum grupları arasındaki farklılığı inceleyen ki kare test skoru ise 3,108 ve buna ait p değeri 0,211 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının medeni durumları ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık yoktur.

Tablo 26. Gelir ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Gelir	Gelir giderden düşük	N	8	15	0	23
		%	61,5	39,5	0,0	41,8
	Gelir gidere eşit	N	5	15	2	22

		%	38,5	39,5	50,0	40,0
	Gelir giderden fazla	N	0	8	2	10
		%	0,0	21,1	50,0	18,2
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi	9,805					
p	0,049					

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile gelir grupları arasındaki ilişki Tablo 26’da gösterilmiştir. Buna göre hafif bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün gelirleri giderlerinden düşüktür (%61,5). Orta düzey bağımlı grupta ise oranlar değişmiştir. Orta düzey bağımlı olan sağlık çalışanlarının %39,5’inin gelirleri giderlerinden düşük iken, %39,5’inin ise eşittir. Benzer farklılık ciddi düzeyde bağımlı olarak tanımlanan grupta da vardır. Buna göre ciddi bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarını n %50 sinin gelirleri giderlerine eşit ve diğer %50’sinin ise gelirleri giderlerinden fazladır. Bu hafif bağımlı grupta geliri giderinden düşük olan sağlık çalışanı oranı %61,5 iken ciddi bağımlı grupta %0’a düşmüştür. Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile gelir grupları arasındaki farklılığı inceleyen ki kare test skoru ise 9,805 ve buna ait p değeri 0,049 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının gelirleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık vardır. Buna göre yapılan analiz sonuçlarında farklılık tespit edildiğinden farkın hangi gruplardan geldiğini görmek amacıyla Ki Kare Post Hoc analizi yapılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Geliri giderinden düşük olanlar ile geliri giderinden yüksek olanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,016). Post hoc ileri analizine göre fark bu iki grup arasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 27. Meslek ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Meslek	Hekim	N	2	5	2	9
		%	15,4	13,2	50,0	16,4
	Hemşire	N	1	11	1	13
		%	7,7	28,9	25,0	23,6

	Tekniker	N	5	6	0	11
		%	38,5	15,8	0,0	20,0
	Diğer	N	5	16	1	22
		%	38,5	42,1	25,0	40,0
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi		8,494				
p		0,04				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile meslekleri arasındaki ilişki Tablo 27’de gösterilmiştir. Buna göre hafif bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü tekniker ve diğer meslek grubunda iken, orta düzey bağımlılık düzeyinde bu durum değişmektedir. Buna göre orta düzey bağımlılık grubunda en yüksek yüzde diğer sağlık çalışanlarıdır. Son olarak ciddi bağımlı grupta yer alan sağlık çalışanlarının dağılımına bakıldığında ise en yüksek yüzde hekimlerde görülmüştür. Bir diğer ifade ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında ciddi düzeyde bağımlı olanların %50’si hekimdir. Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile meslek grupları arasındaki farklılığı inceleyen ki kare test skoru ise 8,494 ve buna ait p değeri 0,04 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının meslekleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık vardır. Buna göre yapılan analiz sonuçlarında farklılık tespit edildiğinden farkın hangi gruplardan geldiğini görmek amacıyla Ki Kare Post Hoc analizi yapılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan post hoc analizine göre teknikerler ile hemşireler arasında ve diğer sağlık çalışanları ile hemşireler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,024 ve p=0,024). Buna göre Post hoc ileri analizine göre fark bu iki grup arasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 28. Toplam Çalışma Süresi ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
TÇS	6 aydan az	N	1	4	0	5
		%	7,7	10,5	0,0	9,1
	6 ay-1 yıla kadar	N	1	2	0	3

	1 yıl üzeri ve 2 yıla kadar	%	7,7	5,3	0,0	5,5
	1 yıl üzeri ve 2 yıla kadar	N	0	3	3	6
		%	0,0	7,9	75,0	10,9
	2 yıldan fazla-5 yıla kadar	N	3	5	0	8
		%	23,1	13,2	0,0	14,5
	5 yıl üzeri	N	8	24	1	33
		%	61,5	63,2	25,0	60,0
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi	19,781					
p	0,011					

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile toplam çalışma süreleri arasındaki ilişki Tablo 28’de gösterilmiştir. Buna göre hafif bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü 5 yıl üzeri tecrübe grubunda iken, orta düzey bağımlılık düzeyinde bu durum benzerdir (%63,2). Buna göre orta düzey bağımlılık grubunda en yüksek yüzde bu gruptadır. Son olarak ciddi bağımlı grupta yer alan sağlık çalışanlarının dağılımına bakıldığında ise en yüksek yüzde %75 ile 1 yıl üzeri ve 2 yıla kadar toplam çalışma süresi olanlardır. Bir diğer ifade ile araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında ciddi düzeyde bağımlı olanların %57,5’i 1 yıl üzeri ve 2 yıl arasında meslek tecrübesine sahiptir. Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile toplam çalışma süresi grupları arasındaki farklılığı inceleyen ki kare test skoru ise 19,781 ve buna ait p değeri 0,011 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının toplam çalışma süreleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık vardır. Buna göre yapılan analiz sonuçlarında farklılık tespit edildiğinden farkın hangi gruplardan geldiğini görmek amacıyla Ki Kare Post Hoc analizi yapılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan post hoc analizine göre ikili karşılaştırmalar sonucunda 5 yıl üzeri çalışma tecrübesine sahip olan gruplar ile diğer çalışma tecrübesine sahip gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre Post hoc ileri analizine göre fark 5 yıl üzeri çalışma tecrübesine sahip olan gruptan kaynaklanmaktadır.

Tablo 29. Günlük Tüketim ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Günlük İçim	1-2 adet	N	2	4	0	6
		%	15,4	10,5	0,0	10,9
	3-10 adet	N	6	13	1	20
		%	46,2	34,2	25,0	36,4
	10-20 adet	N	4	17	2	23
		%	30,8	44,7	50,0	41,8
	20 üzeri	N	1	4	1	6
		%	7,7	10,5	25,0	10,9
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi		9,591				
p		0,048				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile günlük tüketim grupları arasındaki ilişki Tablo 29’da gösterilmiştir. Buna göre hafif bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün (%46,2) günlük 3-10 adet arasında sigara tükettikleri, orta düzey bağımlı grupta olanların %44,7 ile günlük 10-20 adet sigara tükettikleri belirlenmiştir. Hafif ve orta bağımlı grupta günlük 20 ve üzeri sigara tüketenlerin oranı ise sırasıyla %7,7 ve %10,5 olarak hesaplanmıştır. Ciddi bağımlılık düzeyinde olanlarda ise günlük sigara tüketiminin de artmakta olduğu görülmektedir. Buna göre ciddi bağımlı grubunda olanlarda günlük 1-2 adet sigara içen kimse yok iken, en fazla olan grup %50 ile günlük 10-20 adet arasındadır.

Ciddi bağımlı olarak nitelendirilen grupta günlük 20 ve üzeri sigara içenlerin oranı %25’tir. Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile günlük tüketim grupları arasındaki farklılığı inceleyen ki kare test skoru ise 9,591 ve buna ait p değeri 0,048 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının günlük sigara tüketimleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık vardır. Buna göre yapılan analiz sonuçlarında farklılık tespit edildiğinden farkın hangi gruplardan geldiğini görmek amacıyla Ki Kare Post Hoc analizi yapılarak ikili karşılaştırmalar

yapılmıştır. Yapılan post hoc analizine göre ikili karşılaştırmalar sonucunda günlük 20 ve üzeri sigara içen ile günlük 1-2 adet sigara içen gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre Post hoc ileri analizine göre fark bu iki gruptan kaynaklanmaktadır.

Tablo 30. Başlama Nedeni* ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Başlama Nedeni	Stres	N	5	12	1	18
		%	38,5	31,6	25,0	32,7
	Arkadaşlara uymak	N	2	18	2	22
		%	15,4	47,4	50,0	40,0
	Özenme	N	4	4	1	9
		%	30,8	10,5	25,0	16,4
	Diğer	N	2	4	0	6
		%	15,4	10,5	0,0	10,9
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi		6,106				
p		0,411				

*Tablo 1' göre katılımcı sayısının değişmesinin nedeni Tablo 1'de sigarayı bırakmış olanların dahil olması ancak burada sadece halen sigara içen sağlık çalışanlarının olmasıdır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile başlama nedeni grupları arasındaki ilişki Tablo 30'da gösterilmiştir. Buna göre hafif bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün (%38,5) sigaraya stres nedeniyle başladıklarını, orta düzey bağımlı grupta olanların %47,4'ü ise sigaraya arkadaşlara uymak için başladıklarını söylemişlerdir. Ciddi bağımlı grubunda olanların da yarısı arkadaşlara uymak amacıyla sigaraya başladıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile sigaraya başlama nedeni grupları arasındaki ilişkiyi inceleyen ki kare test skoru ise 6,106 ve buna

ait p değeri 0,411 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının sigaraya başlama nedenleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir farklılık yoktur. Bir diğer ifade ile sigaraya başlama nedeni bağımlılık düzeyini etkilememektedir.

Çalışmanın bu bölümünde son olarak düzenli sigara tüketen sağlık çalışanlarının sigara için yaptıkları aylık harcama düzeyi ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 31. Aylık Harcama ve Bağımlılık Düzeyi

			Bağımlılık			Toplam
			Hafif bağımlı	Orta bağımlı	Ciddi bağımlı	
Aylık Harcama	0-500 TL	N	10	25	1	36
		%	76,9	65,78	25,0	65,45
	500-1000 TL	N	2	13	3	18
		%	15,4	34,21	75,0	32,72
	1000-2000 TL	N	1	0	0	1
		%	7,7	0,0	0,0	1,82
Toplam		N	13	38	4	55
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Ki Kare Testi		10,717				
p		0,045				

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sigaraya bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile aylık harcama grupları arasındaki ilişki Tablo 31’de gösterilmiştir. Buna göre hafif bağımlı grubunda yer alan sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün (%76,9) aylık 0-500 TL arasında sigara için harcama yaptıkları, orta düzey bağımlı grupta olanların %65,78 ile aylık bu aralıkta harcama yaptıkları belirlenmiştir. Hafif ve orta bağımlı grupta aylık 500-1000 TL arasında harcama yapanların oranı ise sırasıyla %15,4 ve %34,21 olarak hesaplanmıştır. Ciddi bağımlılık düzeyinde olanlarda ise aylık sigara harcamasının da artmakta olduğu görülmektedir. Buna göre ciddi bağımlı grubunda olanlarda aylık 500-1000 TL arasında harcama yapan oranı %75’e yükselmiştir. Sağlık çalışanlarının sigaraya

bağımlılık düzeyleri (hafif, orta ve ciddi) ile aylık harcama grupları arasındaki farkı inceleyen ki kare test skoru ise 10,717 ve buna ait p değeri 0,045 olarak hesaplanmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının sigara için harcama düzeyleri ile sigaraya psikolojik bağımlılık grupları arasında bir fark vardır. Buna göre yapılan analiz sonuçlarında farklılık tespit edildiğinden farkın hangi gruplardan geldiğini görmek amacıyla Ki Kare Post Hoc analizi yapılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan post hoc analizine göre ikili karşılaştırmalar sonucunda aylık 0-500 TL arası harcama yapan grup ile aylık 500-1000 TL sigara harcaması yapan grup ve aylık 1000-2000 TL harcama yapan grup arasında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulgulanmıştır ($p<0,05$). Buna göre Post hoc ileri analizine göre fark bu gruplardan kaynaklanmaktadır.

5.TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarında sigara kullanımı ve bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma İstanbul'da faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %51,6'sının kadın

ve %51,6'sının 35 yaş altında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %54'ü evlidir. Sağlık çalışanlarının %41,3'ü gelirlerinin giderden düşük olduğunu düşünmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %23'ü hemşire, %18,3'ü tekniker ve %11,9'u ise hekimdir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%63,5) 5 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahiptir. Özvurmaz ve Savaş tarafından sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenleri ortaya koymak için yapılan çalışmada ise araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %86,7'si kadın, %13,3'ü erkektir (Özvurmaz ve Savaş, 2018). Bu çalışma ile kıyaslandığında çalışmamızın cinsiyet dağılımı açısından daha homojen olduğu söylenebilir. Özvurmaz ve Savaş tarafından yapılan çalışma sağlık çalışanlarının toplam çalışma süresi açısından incelendiğinde ise toplam katılımcıların %60,7'si 0-5 yıldır çalıştığını ifade etmiştir (Özvurmaz ve Savaş, 2018). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%63,5) 5 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahiptir. Bu iki çalışma arasındaki temel farklılığın nedeni ise katılımcıların yaş durumlarıdır. Nitekim söz edilen çalışmada yaş grupları incelendiğinde sağlık çalışanlarının %72,4'ünü 30 yaş ve 30 yaşın altındakiler iken (Özvurmaz ve Savaş, 2018), bizim çalışmamızda ise %51,6'sının 35 yaş altında olduğu geri kalanların ise üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle tartışılan değişkenler açısından çalışmamız gruplar arasında daha homojen dağılıma sahiptir. Çalışmamız ile benzer durum Özsoy ve Kulu tarafından sağlık çalışanlarında sigara bağımlılığı konusunda da geçerlidir. Yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 29.81 ± 9.64 ve yaklaşık yarısının kadın olduğu belirlenmiştir (Özsoy ve Kulu, 2021). Serez tarafından Tıp Fakültesi çalışanlarında yapılan bir araştırma da ise katılımcıların %55,4 kadın, %44,6 erkek olarak belirtilmiştir. Bu sonuç araştırma dağılımımıza yakındır. Diğer taraftan aynı çalışmada katılımcıların %25,2'si doktor, %27,7'si hemşire, %44,7'si diğer sağlık çalışanlarıdır. Bizim çalışmamızda da meslek dağılımına bakıldığında %23'ü hemşire, %18,3'ü tekniker ve %11,9'u ise hekimdir (Serez, 2013). Tüm genel popülasyonun yaş ortalaması 33,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamız da yaş açısından kesim değeri bu sayıya yakın bir yaş olan 35 olarak dağılıma göre belirlendiğinden benzer olduğu söylenebilir. Elde edilen sonuçlar çalışmaların birisinin tıp fakültesi gibi büyük bir kurumda diğerinin ise görece olarak daha küçük bir dal hastanesinde yapılmış olmasına rağmen benzer olduğu söylenebilir. Özvurmaz ve Savaş çalışmalarında sağlık çalışanlarının %64'ü bekâr olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların çoğulu evlidir. İki çalışma arasındaki

farkın temel nedeni araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanların görece olarak daha genç olmasından kaynaklı olduğu söylenebilir. Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç sağlık çalışanlarının %41,3'ünün gelirlerinin giderden düşük olduğunu düşünmesidir. Yapılan bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanlarının %62'si gelir durumunun gidere denk olduğunu ifade etmiştir (Özvurmaz ve Savaş, 2018). Bu farklılığın temel nedeni araştırma yapılan şehir ve araştırmaların zamanının farklı olmasıdır.

Genel olarak sağlık çalışanlarının sigara içme durumuyla ilgili değişik araştırmalarda sigara içme prevalansının yüksekliği dikkat çekmektedir. Bu durum farklı meslek grupları için çalışmamızda olduğu gibi sorgulanmıştır. Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının sigara içme davranışlarına yönelik bazı sorular da sorulmuştur. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %43,7'si sigara içmekte iken %6,3'ü ise bırakmış durumdadır. Serez tarafından yapılan çalışmada elde edilen sonuç da oldukça benzerdir (Serez, 2013). Yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının %40,1'inin halen sigara kullandıkları yaklaşık olarak %13'ünün ise bırakmış olduğu belirlenmiştir. Özvurmaz ve Savaş (2018) ise yapmış oldukları çalışmada her 10 sağlıkçıdan yaklaşık 4'ünü ya sigara içmektedir ya da geçmişte sigara kullanmıştır şeklinde bulgulamıştır. Erbaycu ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarında sigara içme oranı %54,6'dır (Erbaycu ve ark., 2004). Çalışmamızda da literatürde yapılan çalışmalara benzer bulgular elde edilmiş durumdadır. Sağlık personeline yönelik olarak yapılan çalışmalarda farklı meslek gruplarında değişim göstermekle birlikte sigara içme sıklığı ülke profilinden oldukça yüksek bulunmuştur (Çalışkan, 2005). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre sağlık meslek gruplarının sigara kullanım oranlarının farklı olduğu belirlenmiştir (Erbaycu ve ark., 2004). Özsoy ve Kulu (2021) ise yaptıkları araştırmada sigara kullanım oranlarını hekimlerde %42,3, hemşirelerde %41,8 olarak bulmuştur. Altın ve arkadaşlarının çalışmasında ise %41,3 olarak sağlık çalışanlarında sigara içme oranı bulunmuştur (Altın ve arkadaşları, 2004). Elâzığ'da Sezer ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içme sıklığının hekim ve diş hekimlerinde erkeklerde % 54,9, kadınlarda % 39,5, ebe ve hemşirelerde % 50,7 olarak bildirilmiş ve cinsiyetin sigara içmeyi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Sezer ve ark., 2001). Örneğin Sağlam ve arkadaşlarının Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık çalışanlarında yaptıkları bir araştırmaya göre hemşirelerin %34'ü, doktorların %18,7'si, yardımcı sağlık personelinin %50,4'u sigara kullandığı saptanmıştır (Sağlam ve ark., 2010). Çalışkan ve arkadaşlarının Ankara

Üniversitesinde yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %60,5'i, akademik personelin %33,9'u ve yardımcı sağlık personelinin %57,6'sının halen sigara içtiği gösterilmiştir (Çalışkan ve ark., 2005). Çalışmamız ve bu çalışmaların bulguları oldukça benzerdir. Bu benzerliğin nedenini sağlık çalışanlarında sigara içme davranışının yüksek olmasıdır. Bu durumun nedeni genel olarak sağlık sektörünün yoğun iş stresi olması ve ekonomik olarak düşük ücretlerin strese neden olması olabilir. Sigara içenler içinde %41,8'i günlük 10-20 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan ve 4110 sağlık çalışanını kapsayan bir çalışmada günde 15 tane veya üstünde sigara içme oranı pratisyen hekimlerde %53, uzman hekimlerde %41,6, ebe-hemşirelerde %23,5 olarak bulunmuştur (Çalışkan ve arkadaşları, 2005). Bu sonuca göre sigara içen sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak günlük 1 paket sigara içtiklerini söylemek mümkündür. Bu durum araştırma sonuçlarına da yansımıştır.

Sağlık çalışanlarının %41,3'ü arkadaşlara uymak için sigara içtiğini söylemiştir. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında birçok çalışmada saptandığı gibi sağlık çalışanları arasında sigaraya başlama nedenleri arasında en sık belirtilen nedenler merak ve özentidir (Gaete ve ark., 1998). Çalışmamızda da bu durum sorgulanmıştır. Yapılan analize göre sağlık çalışanlarının sigaraya başlamadaki temel nedeni arkadaşlara uymak olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise hekimlere Niçin sigara içiyorsunuz? Sorusu sorulmuş gelen cevaplar göre; en çok hoşnut olduğu anlarda (Hoşnutluk, relaksasyon) sigara tüketenlerin oranı %38,1, gerilimi azaltmak için (Gerilim azalması) tüketenlerin oranı %33,6, sigaraya aşırı bağımlılık nedeniyle (Psikolojik alışkanlık) tüketenlerin oranı %15,3 olarak saptanmıştır (Aslan ve ark., 2008). Çalışmamızda da sağlık çalışanlarının %30'u stres nedeniyle sigara içtiklerini belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının sigara içme durumlarını etkileyen pek çok faktör vardır. Çalışmada bu faktörler araştırılmıştır. Çalışmamızda ilk olarak cinsiyetin sigara içme durumu üzerindeki etkisine bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre cinsiyet ile sigara bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Genel olarak sigara kullanımı erkeklerde daha yoğundur. Cinsiyet değişkenine göre sigara içme davranışı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından da araştırılan bir konudur. Buna göre TÜİK verilerine göre tütün kullanımı erkeklerde %44,1 kadınlarda %17,4'tür (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Başka bir çalışmada ise sigara içimi ile cinsiyet

arasında, erkek cinsiyet lehine istatistiki düzeyde anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Grossman ve ark., 1999). Kutlu ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yapmış olduğu bir çalışmaya göre ise sigara içme sıklığı genel olarak % 56,5 iken, kadınlarda bu oran % 48,4, erkeklerde ise % 89,4 olarak hesaplanmıştır. Yapılan araştırma sonucuna göre cinsiyetin sağlık çalışanlarında sigara içme davranışını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Kutlu ve ark., 2005). Çalışmamızda ise cinsiyet gruplarında sigara bağımlılığı açısından bir fark görülmemiştir. Çalışmalar arasındaki farklılığı örneklem özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Genel olarak kadın sağlık çalışanlarının günümüzde sigara kullanımı ve bağımlılık düzeyinin artmakta olması bu özellik olarak düşünülmektedir.

Çalışmada ikinci olarak yaş değişkeninin sigara bağımlılığı üzerindeki etkisine odaklanılmıştır. Yapılan analizlere göre yaş değişkeni ile sigara bağımlılığı arasında bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$). Yapılan bir çalışmada, yaşın sigara içme durumu ilişkili olduğu belirlenmiştir (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Serez tarafından yapılan çalışmada da yaş gruplarına göre farklı sigara içme ve bağımlılık durumunun olduğu belirlenmiştir (Serez, 2013). Bu iki çalışma ile çalışmamız arasındaki farkın yaş değişkeninin yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda yaş değişkeni açısından oldukça homojen bir dağılım vardır. Bir diğer ifade ile çalışmamızda yaş iki eşit sayıdaki gruba ayrılmış ve kesim noktası tam orta değer olmuştur. Yaş değişkeninde alt gruplar bu nedenle incelenememiştir. Söz edilen çalışmalarda yaş dağılımı ise daha fazla grup üzerinden incelenmiştir. Araştırma sonuçlarında bu durumun etkisi olabilir.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuç ise medeni durum ile sigara içme ve bağımlılık düzeyi arasında bir farklılık saptanamamış olmasıdır. Çekya’da 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada evli olmanın sigara içme riskini azalttığı ve bırakma başarısını arttırdığı gösterilmiştir (Movsisyan ve ark., 2016). Literatürde kardeşin ve evli ise eşin sigara içiyor olması hekimin sigara kullanmasını etkilemektedir şeklinde bir bulgu vardır. Çalışmamızda bu durum sorgulanmamıştır ancak sigara içme nedenlerine bakıldığında arkadaşlara uymak ve özenmenin yüksek oranda olması nedeniyle eş ya da yakının sigara içmesinin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Sigara ile ilişkisi incelenen bir diğer faktör ise gelir durumudur. Çalışmamızda bu durum da sorgulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda sağlık çalışanlarının gelir algıları ile sigara bağımlılık düzeyleri arasında

anlamli ilişki bulunmuştur. Sigara içen sağlık çalışanları içinde gelirim giderimden fazla diyen sağlık çalışanlarının gelirim giderimden dşşk diyen sağlık çalışanlarına göre Sigara Psikolojik Bağımlılık düzeyleri anlamli şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Gelir ve sosyoekonomik durumun etkisinin incelendiği bir başka çalışmada sağlık alışanlarında, her iki cinsiyet için de geliri giderden az olan grupta geliri yüksek olan gruba göre anlamli oranda daha fazla sigara içildiği belirlenmiştir (Özvurmaz ve Yılmaz, 2018). Bu iki çalışma arasındaki farklı sonucu değerlendirildiğinde genel olarak sağlık alışanlarında gelir durumunun dşşklğş stres yaratmakta ve baş edebilmek için sigara içme, dolayısıyla bağımlılık artmakta olduğundan dşşnlmektedir. Nitekim zvurmaz ve Yılmaz çalışmasında sadece hekim dışı sağlık çalışanları için bu sonuca ulaşmış iken, bizim çalışmamızda hekimler dahil tüm sağlık çalışanları için bu sonuca ulaşılmıştır. Bu durum ekonomik koşullara bağlanabilir. Ancak her iki çalışmada da gelirin etkisinin anlamli olması sigara bağımlılığı ile gelir arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Sigara ile mücadelede vergiler yoluyla sigaranın görece pahalı hale gelmesi ve insanların finansal olarak buna erişiminin zorlaşması bir araçtır. Yapılan bir araştırmada da bu durum etkili çıkmıştır. Erişkinlerin sigaraya ulaşmasını engelleyen en önemli faktörlerin başında gelir ve fiyat yüksekliliği gelmiştir (Townsend, 1996). Türkiye’de sağlık alışanlarında yapılan bir başka çalışmada (Serez, 2013) da sağlık personelinde %48,3 oranında sigara fiyatlarının arttırılmasını etkili bulması fiyat ve gelir algısı değişkenin sigara kullanımı ve sigara bağımlılığı üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir.

Çalışmada önemli olarak elde edilen bir diğer sonuç ise çalışma süresinin sigara bağımlılığını etkilemesidir. Başka bir çalışmada ise çalışma yılı, çalışma biçimi ve haftalık çalışma saatinin ise sigara içme durumunu etkilemediği belirlenmiştir (Özvurmaz ve Yılma,2018). Bu çalışmada ise çalışma yılı ile sigara bağımlılığı arasında ilişki bulunması bağımlılığın yıllar artıkça bağımlılık düzeyinin de arttırdığı gerçeğini destelemektedir. Bununla beraber çalışmamızda yaş değişkeninin kontrol altında tutulmamış olması da etkili olabilir. Bu durumun nedeni yaş değişkeninin çalışmamızda homojen olmasıdır.

Çalışmamızda SPBDT leği bulgularına göre araştırmaya katılan ve sigara içen sağlık çalışanların sigara psikolojik bağımlılık ortalaması 15,56 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yönergesine göre orta bağımlı aralığında yer almaktadır. SPBDT leği

bulgularına göre hafif, orta ve ciddi bağımlı kategorileri dağılımlarına göre sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%69) orta bağımlı grupta yer almıştır. Bu durum literatür bulgularını desteklemektedir. Yıllar içinde toplumdaki sigara içme sıklığındaki azalma gibi sağlık çalışanlarında da sigara içme sıklığının azaldığını düşündürmektedir. Dünyanın pek çok bölgesinde sağlık çalışanları arasında sigara içme sıklığı geçmiş yıllara göre azalma eğiliminde olsa da hala önemli bir sağlık sorunudur. Yapılan çalışmalarda her 10 sağlıkçıdan yaklaşık 4'ü ya sigara içmektedir ya da geçmişte sigara kullanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının nikotin bağımlılık düzeyleri çok yüksek düzeydedir. Türkiye'de sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %44,6'sının düşük seviyede nikotin bağımlısı ve % 82,4'ünün sigarayı bırakmayı istediği saptanmıştır (Öztürk ve ark.,2013). Burada anlaşılmaktadır ki sigara içenlerin çoğunluğu sigara içmek olmaktan hoşnut değil ve bırakmak istemektedir. Sağlam ve ark. Erzurum'da yaptıkları bir çalışmada sigara içenlerin %34,5'i çok düşük düzeyde bağımlı, %28,4'ü düşük düzeyde bağımlı, %8,8'i orta düzeyde bağımlı, %16,5'i yüksek düzeyde bağımlı, %11,9'u da çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da aynı çalışmada sigara içenlerin %86,1'inin sigarayı bırakmak istediği belirlenmiştir (Sağlam ve ark., 2010). Farklı merkezlerde farklı zamanlarda farklı sağlık çalışanları ile bu konu ele alınmış olmasına rağmen genel olarak sağlık çalışanlarında sigara bağımlığının bir sorun olduğu görülmektedir. Bu konuda neler yapılabileceği sonuç ve öneriler bölümünde ele alınmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara kullanımı pek çok sağlık sorununun temel nedeni olarak bilinmektedir. Üstelik sigaranın zararlarını bilmek, sigara içme davranışına engel olamamaktadır. Genel olarak bakıldığında ise sağlık çalışanlarında sigara içme düzeyi topluma göre görece

olarak yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Sağlık çalışanlarının sigara kullanıyor olmasının toplum açısından herhangi bir meslek grubuna göre daha fazla önemi vardır. Bunlar, sağlık çalışanlarının toplumda rol model olmaları ve sigara bıraktırma çalışmalarında inandırıcılığın azalmasıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının sigara içiyor olması sigarayla yapılan mücadelenin inandırıcılığını kaybetmesine neden olabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının toplumda oynadıkları rol model düşünülerek sigara kullanımı konusunda daha fazla bilinçlendirme ve etkili sigarayı bırakma programları uygulanması gerekmektedir. Sigara ile mücadelede en ön sıralarda olması gereken sağlık çalışanlarının, bu sorumluluğun bilincinde kendilerine düşen görevi yapmaları, en başta da sigara içmemeleri sigarasız nesillerin yetişmesi için önemlidir.

Bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımı içinde barındıran koruyucu halk sağlığı ve hemşirelik gibi disiplinler sigarayı bırakma konusunda ülkemiz şartlarında önemlidir. Toplumun sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmesinden, sigaraya başlanmaması ve sigara içenlerin ise sigarayı bırakmalarına kadar sigara mücadelesinde birçok işlevleri vardır. Tüm bu işlevlerinden daha da önemlisi sağlık çalışanları sigara içmeyen bireyler olarak topluma özellikle gençlere rol model olmaları gerekmektedir. Bu gerekçelerle sağlık çalışanlarında sigara kullanımını azaltmak için şunlar önerilebilir:

- *“Çalışmada elde edilen bulgulara göre yaklaşık olarak her iki sağlık çalışanından birisi sigara içmektedir. Bu durum sigara kullanımının sağlık çalışanları arasında yüksek olduğunu göstermektedir ve sigarayı bıraktırmaya yönelik profesyonel desteğin yararlı olabileceğini söylemek mümkündür. Bu kapsamda sağlık çalışanlarına yönelik olarak bıraktırma kampanyalarının hastanelerde sağlanması ve ayrıca sağlık çalışanlarının sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda farkındalık arttırılması çok önemlidir.”*
- *“Araştırma sonuçlarından ikinci olarak elde edilen dikkate değer sonuca göre sigara içen sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü günlük bir paket sigara içmektedir. Bu durum sigara tüketiminin olumsuz etkisi daha da arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarını düzenli olarak sigaranın*

olumsuz etkileri konusunda eğitimler ve seminerler verilmesi, kademeli olarak sigara tüketimini azaltan sağlık çalışanlarına ödüller sağlanması teşvik edici olabilir”.

- *“Sigara kullanma davranışının altında pek çok neden yatmaktadır. Bu çalışmada yaş, cinsiyet medeni durum gibi sosyal faktörler ile sigara bağımlılığı ilişkili bulunmamıştır. Buna göre yapılacak olan sigara bıraktırma çalışmalarında bu faktörlerden ziyade çalışma süresi, gelir gibi etkisi olan faktörlerde odaklanılmalıdır. Örneğin sigaraya yönelik vergi politikası, ya da çalışma süresi artan sağlık çalışanlarına ilave eğitim ve seminerler bu noktada önerilmektedir”.*
- *“Sağlık profesyonellerinin bir üyesi olan ve toplum sağlığını korumada önemli görevler üstlenen hemşireler, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda, hastanelerde, transteoretik modele dayalı sigara bıraktırmada etkin rol oynayarak davranış değişimine katkı sağlayabilirler,”*
- *“Hastane ortamında sağlık çalışanlarına bağımlılık düzeyi, günlük tüketim düzeyi ve azaltma hedefi, içme nedeni gibi farklı gruplara yönelik sigara bıraktırma programların uygulanması sigara bıraktırmada başarıyı arttırabilir.”*
- *Çalışma sonuçlarına sigara bağımlılığı ile ilişkili olan gelir algısı ve çalışma süresi değişkenleri ile bağımlı olmanın artması nedeniyle sigara bıraktırma konusunda eğitim ve danışmanlık öncelikle bu gruplara verilmelidir.*
- *Ayrıca akademik olarak bu alanda yapılacak olan tez, proje ve araştırmalar sağlık çalışanlarında sigara ile mücadele konusunda katkı sağlayacaktır. Gelecekte yapılacak olan araştırmalara daha geniş katılımcılar olması, sadece tek merkezde değil belirli bir bölgede, örneği istanbul ili tüm kamu hastaneleri, çalışmanın yapılması, veri toplama aşamasının anlık olarak değil boylamsal düzeyde sağlık çalışanı odağında zaman boyutu içinde yapılması, boylamsal araştırmalar ile sigara bırakma çabalarını izleyerek bu aşamada yaşanan sorunları inceleyen çalışmaların*

yapılması, araştırmaların sağlık alışanlarında sigara bağımlılığı ile ilişkili olabilecek iş stresi, motivasyon, alım gücü-ekonomik düzey, depresyon ve anksiyete gibi sosyal faktörleri de içeren farklı değişkenler ile yapılması ve farklı araştırma desenlerinde (nitel, nicel, karma araştırma) konunun detaylı olarak ele alınması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Acar, M. (2006). Türkiye'de madde bağımlılığı ve gençlik. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.

- Aliskin, O., Savas, N., Inandi, T., Peker, E., Erdem, M., & Yeniceri, A. (2015). Smoking Status and Level of Addiction of Health Workers in Mustafa Kemal University Hospital. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg*, 6(24), 32-42.
- Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T. (2004) Tıp Fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevelansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*(5):63-67.
- Aydemir, H. D. (2019). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri İle Sigara Bağımlılığı Şiddeti Arasındaki İlişki. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Bardakçı, M. (2021). Trakya Üniversitesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Sigara Kullanımı, Bağımlılık Düzeyleri ve Etki Eden Faktörler. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Bierut, LJ. (2011). Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence. *Neuron* 69(4):618–627.
- Bilir, N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, İçinde: Aytemur ZA & Akçay Ş & Elbek O (ed.) (2010).Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı, Toraks Kitapları.
- Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use-United States, 1990-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48:986-93.
- Çalışkan D, Çulha G, Sarıben Ö, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve Çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2005; 58(3):124-31
- Çetinkaya, M. (2019). Madde Bağımlılarının Kişilerarası Problem Çözme Becerilerinin Bağımlılık Şiddeti Ve Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

- Dilektaşlı, AG. (2012) Sigara Bağımlılığının Farmakolojik Tedavisi. Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları-Özel Konular 5(2):43-50
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. Bmj 328(7455):1519.
- Döner, C. (2011). İlköğretim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Etter JF. (2010) Smoking and Cloninger's Temperament and Character Inventory. Nicotine Tob Res 12:919-26.
- Gençöz, F., Soykan, Ç., Soykan, A., & Gençöz, T. (2003). Sigara bağımlılığı ve tedavisi. ART Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Göktalay T, Cengiz Özyurt B, Şakar Coşkun A, Çelik P. Sağlık eğitimi alan 3 ve 4. sınıf öğrencilerinde sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2011;59(4):355-61.
- Grassi MC, Chiamulera C, Baraldo M ve ark. (2012) Cigarette smoking knowledge and perceptions among students in four Italian medical schools. Nicotine&Tobacco Research;14(9):1065-72.
- Gündüz, R. (2021). Üniversite Öğrencilerinin İnternet, Bilgisayar Ve Telefon Bağımlılıklarının Fiziksel Aktivitelere Katılımlarını Etkileme Düzeylerinin İncelenmesi. Ağrı: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı.
- Karan LD. Pain and Addiction in Patients Who Smoke Cigarettes. (2018) The American Society of Addiction Medicine Handbook on Pain and Addiction.
- Kaya, C. (2022, Haziran 20). Sigara Bağımlılığı. <https://cemkaya.net/sorunlar/sigara-bagimliliği-113> adresinden alındı

-
- Koldağ, T. İ. (2021). Sigara Bağımlılığı Olan Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zeka Ve Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi.
- Little, J., Cardy, A., Munger, RG. (2004). Tobacco smoking and oral clefts: A meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization 82: 213-218.
- Lozano, R., Naghavi, M., Kyle Foreman, ve ark. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. The Lancet, 380(9859), 2095-2128.
- Özcan, K..(1998).Bağımlılık, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Altın Kitaplar, İstanbul.
- Özcebe, H. (2008). Gençler ve sigara. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Özsoy, F. , Kulu, M. (2021) Sağlık Çalışanlarında Bağımlılık: Sigara, Alkol, İnternet, Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Dikkat Eksikliği Düzeylerinin İncelenmesi. Genel Tıp Dergisi; 31(1): 82-90.
- Öztürk, Ö. (2009). Sağlık çalışanları ve sigara. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 16(2):32-38.
- Öztürk, M.(2017) Öncelikle Kendin İçin Maddeden Uzak Dur, Kültür Sanat Basımevi, İstanbul
- Öztürk, O ve Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Yayınları.
- Ponciano-Rodríguez G, Valerio-Gutiérrez R, Pliego-Rosas CA, Córdova-Alcaráz A. Development and Evaluation of a New Self-Rating Test to Assess the Psychological Dependence on Smoking (TAPDS). J Addict Med Ther 2015;3:1016

-
- Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi. (2017). -Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Erişilebilir Link: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73387/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (Erişim 05.09.2022)
- Serez, B. (2013). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Personelinin Sigara İçme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler, Göğüs Hastalıkları ABD Uzmanlık Tezi, Edirne.
- Stahl, S. M. (2015). Stahl'ın temel psikofarmakolojisi sinirbilimsel temeli ve pratik uygulaması. Çev. Edit. Tunç Alkın. Impulsivite, kompulsivite ve bağımlılık. (ss. 537- 576). Ankara: Nobel.
- Suhrcke, M., & Urban, D. (2006). Are Cardiovascular Diseases Bad for Economic Growth? Cesifo Working Paper No. 1845.
- Tatlıcıoğlu, Y. O. (2019). Sigara Bağımlılığının Azaltılmasında Halkla İlişkilerin Rolü:T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Yürütülen Halkla İlişkiler Faaliyetlerine Yönelik Bir Araştırma. İzmir: Ege Üniversitesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Townsend, J. (1996). Price and consumption of tobacco. Br Med Bull;52:132-42.
- Türkiye İstatistik Kurumu 2012. Ölüm Nedeni İstatistikleri (İnternette) 2012. Erişim 15.08.2022, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, genel nüfus sayımları 2010, 2012, 2014, 2016. Erişim yeri:http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1588 Erişim tarihi:03.10.2022.

-
- Türkiye Sağlık Enstitüsü 2018. TUSEB Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (İnternette) 2019. Erişim 15.07.2022, <https://www.tuseb.gov.tr/EnstituSayfa/bulasiciolmayan-hastaliklar-nelerdir-4/>
- Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No:796;63. Erişim adresi: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimlilik-elkitabi-hekimler-icin.pdf>. Erişim tarihi: 11.12.2019.
- US Public Health Service report. (2000)A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA.283(24):3244-54.
- Ünüvar, E.M. ve Dişçigil, G. (2017). Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği, The Journal of Turkish Family Physician, 8 (3), 57-65.
- Üzer, F. (2018). Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. Türk Aile Hek Derg, 22(2), 92-99.
- WHO (2004). Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Geneva: WHO Publication.
- Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, et al. (2009). Beliefs about the health effects of —thirdhand smoke and home smoking bans. Pediatrics 123(1)-74-9
- World Health Organization, Control RfIT. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization.
- Yerli, Y. (2019). Doğu Anadolu Bölgesi'nde Sigara Bağımlılığı, Psikolojik İyi Oluş Ve Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: Üsküdar

- Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.



EKLER

EK-1. KATILIMCI BİLGİ FORMU

- **Yaş**.....
- **Cinsiyet** ()Kadın ()Erkek
- **Meslek** ()Hekim ()Hemşire ()Tekniker ()Diğer
- **Toplam Çalışma Yılı** ()0-6 ay ()6-12 ay ()1-2 Yıl ()2-5 yıl ()5 yıl ve üzeri
- **Medeni Durum** ()Evli ()Bekar
- **Ekonomik Düzey Algısı** ()Gelir giderden düşük ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla
- **Sigara içiyor musunuz?** () Evet ()Hayır ()Bıraktım
- **Evet ise günlük tüketim miktarı** (adet üzerinden).....tane
- **Sigaraya başlama nedeniniz** () arkadaşlara uymak () dışlanmaktan çekinmek ()cool görünmek ()özenme ()bağımsızlık arayışı ()stres ()öğretmenlerimden etkilenmem ()doktorların sigara içmesi ()diğer.....
- **Sigaraya aylık olarak ne kadar para harcıyorsunuz**
() Hiç ()0-500 TL ()500-1000TL ()1000-2000 TL ()2000 TL üzeri

EK-2. Sigaranın Psikolojik Bağımlılığının Değerlendirilmesi Testi (SPBDT)

“Aşağıdaki listede, sigara kullanımı ilgili bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyun ve şu an o ifadeye ne kadar katıldığınızı açıklayan kutucuğa “X” işareti yazın.”

İFADELER	Asla	Nadiren	Sıklıkla
1. Sigara benim <u>anksiyetemi</u> , kızgınlığımı, stresimi atmama yardımcı oluyor.			
2. Sigara bana büyük bir memnuniyet veriyor.			
3. Sigara bana istediğim imajı veriyor.			
4. Sigara beni daha çekici yapıyor.			
5. Sigaranın kanser ve birçok hastalık ve ölüme neden olduğunu biliyorum, buna rağmen sigara içmeye devam ediyorum.			
6. Ailemin yanında sigara içmemin sağlıklarını etkilediğini biliyorum, ama sigara içmeye devam ediyorum.			
7. Sigara içtiğim zaman başkaları tarafından kabul gördüğümü düşünüyorum.			
8. Alkol aldığımda sigara bana daha fazla keyif veriyor			

EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi PROF.DR ZUHAL BAHAR danışmanlığında GÜRKAN BAYKUT tarafından yürütülen “Sağlık Çalışanlarının Bazı Özelliklerinin Sigara Bağımlılığına Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 8-10 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [] e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

İletişim Bilgileri: e-posta

EK-4: ETİK KURUL ONAYI

 İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ	İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI
--	---

Toplantı Tarihi: 23.03.2022

Toplantı Sayısı: 152

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan) (Katılmadı)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Başkan Vekili)
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Fatma Çiğdem Çelik	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Duygu Aydın Haklı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Aylin Seylam Küşümler	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 23.03.2022 tarihinde toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 13- Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü-Hemşirelik Bölümü'nden **Gürkan BAYKUT**'un Prof. Dr. Zuhale BAĞAR danışmanlığında “Sağlık Çalışanlarının Bazı Özelliklerinin Sigara Bağımlılığına Etkisi” başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi

EK- 5. BAKANLIK İZNI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.02
Konu : Gürkan BAYKUT'un Yüksek Lisans
Araştırma İzni Hk.

BEYOĞLU GÖZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 01/06/2022 tarihli ve 17091262-604.01.01-01-1285 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde Hemşire kadrosunda görev yapan Gürkan BAYKUT'un Okan Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında Tezli Yüksek Lisans Programı Bölümünde "Sağlık Çalışanlarının bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 09.06.2022 tarih ve 2022 / 12 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın Kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek), sürecin koordinasyonunun Başhekimliğinizce sağlanması ve araştırma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen Gürkan BAYKUT'a tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

EK-6. KURUM İZNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BEYOĞLU GÖZ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BEYOĞLU GÖZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
01.06/2022 16:50 / 17091262 / 604.01.01 / 01-1285



Sayı : E-17091262-604.01.01
Konu : Gürkan BAYKUT'un Yüksek Lisans
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 27/05/2022 tarihli ve 15916306-600-E-15916306-600-6308 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Gürkan BAYKUT'un "Sağlık çalışanlarının bazı özelliklerinin sigara bağımlılığına etkisi" başlıklı tez çalışmasına ait belgeler ekte sunulmuştur.
Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Muhittin TAŞKAPILI
Başhekim

Ek:1 adet belge(2 sayfa)