



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

AİLE HEKİMLERİNİN SİGARA İÇME DURUMLARI İLE
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ KONUSUNDAKİ BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ
DR. CEREN TÜRKCAN ÇERÇİ

ANKARA, 2017



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

**AİLE HEKİMLERİNİN SİĞARA İÇME DURUMLARI İLE
SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ KONUSUNDAKİ BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

(Proje No: KA16/175)

**DR. CEREN TÜRKCAN ÇERÇİ
(Uzmanlık Tezi)**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET ERGUN ÖKSÜZ**

ANKARA, 2017

TEŞEKKÜR

Güzel ülkemde özgür bir şekilde yaşamamı sağlayan *M. Kemal ATATÜRK*'e teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimime başladığım günden itibaren iyi bir eğitim almam için çaba sarf eden, aile hekimliği disiplinini bize aşılayan, bilgi ve desteklerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız *Prof. Dr. Altuğ KUT*'a; engin bilgisi ve sabrı ile tezimin her aşamasında yanımda olan, anlayışı ve mesleki tecrübeleri ile bana yol gösteren tez danışmanım *Prof. Dr. M. Ergun ÖKSÜZ*'e, birlikte çok çalışma imkanı bulamasam da her zaman yanımda olduğunu bildiğimiz *Yard. Doç. Dr. Cihan FİDAN*'a, ve *Öğr. Gör. Dr. M. Gökhan EMİNSOY*'a, yardım ve desteğini hep hissettiğim *Öğr. Gör. Dr. Yasemin ÇETİNEL*'e, ve gerek tezim için verdiği emek gerek her konuda bana gösterdiği destek ve şefkatten ötürü *Öğr. Gör. Dr. Fisun SÖZEN*'e sonsuz teşekkürleri borç bilirim.

Dostlukları ve arkadaşlıklarıyla birlikte olduğumuz zamanları değerli kılan asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Araştırma verilerinin toplanmasındaki katkılarından dolayı, sahada çalışan aile hekimlerine teşekkürleri bir borç bilirim.

Yıllardır yan yana olduğumuz, varlıklarıyla güç ve mutluluk veren canım arkadaşlarım *Duygu BAYLAM GELERİ* ve *İnci FANUSCU HALİLZADE*'ye, her zaman yanımda olup bana sabır gösteren canım arkadaşlarım; *Derya ÖNAL*'a, *Ayşe MİDİK ÖZPAK*'a, *Betül ŞENTÜRK*'e, *Burcu GÜRHAN*'a ve *Selvihan YILMAZ*'a,

Tüm hayatım boyunca bana olan inançları, sevgileri ve desteklerini her zaman hissettiğim, varlıklarıyla beni mutlu eden annem *Havva ÇERÇİ*, babam *Nejdet ÇERÇİ* ve biricik kardeşlerime

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ceren Türkcan ÇERÇİ

Şubat, 2017

ÖZET

Tütün kullanımı, tüm dünyada en önemli önlenebilir sağlık sorunlarından birisidir. Tütün kullanımına bağlı ölümler her yıl artmaktadır. Tütün ile mücadelede hekimler ve sağlık çalışanları ön planda olmalıdır. Bu nedenle, çalışmadaki amacımız; ülkemizde aile hekimlerinin sigara içme sıklığını belirlemek ve sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını incelemektir.

Çalışma, ülkemizdeki yedi coğrafi bölgeden güç analizi sonucu tabakalı örneklem ile seçilen, aile hekimliği birimlerinde çalışmakta olan dörtüüz bir aile hekimliği uzmanı ve aile hekimi sertifikalı pratisyen hekimin katılımıyla yapılmıştır. Aile hekimlerine, altı sorusu Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi olmak üzere toplam ellibeş sorudan oluşan “Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları” anket formu uygulanmıştır.

Aile hekimleri arasında sigara içme prevalansı %30,9 olarak bulunmuştur. Bu yüksek orana rağmen, hekimlerin sigara içme durumlarının sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi eğitimi almış olmalarının bilgi, tutum ve davranış üzerine anlamlı etki yarattığı bulunmuştur.

Sigara bağımlılığı; dünyada ve ülkemizde çıkarılan yasalara ve alınan önlemlere rağmen hala büyük bir sorun olmaya devam etmektedir. Sigara bağımlılığı ile mücadelede özellikle hastalarla en fazla karşılaşma imkanı olan aile hekimlerine bu konuda çok önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Aile hekimi, Sigara Bırakma Tedavisi

SUMMARY

Tobacco use is one of the most important preventable health problems in the world. Deaths caused by tobacco use continue to increase each year. Physicians and health workers should be in the forefront in fight with smoking. Thus, the purpose of our study is to identify the frequency of smoking among and to examine the knowledge, attitudes and behaviors of family physicians about smoking cessation treatment.

The study was conducted with the participation of four hundred and one family medicine specialists and family physician certified practitioner physicians working in family medicine departments, selected by a stratified sampling method of power analysis from all seven geographical regions of our country. A questionnaire was administered to family physicians which consisted of fifty five questions including Fagerström Nicotine Dependence Test (a-six question test), to evaluate descriptive features, knowledge, attitudes and behaviors of family physicians.

The prevalence of smoking among family physicians was found to be 30.9%. Despite this high level, it was found that physicians's smoking status was not significantly affecting the knowledge, attitudes and behavior about smoking cessation treatment. The fact that family physicians being trained about smoking cessation treatment has been found to have a significant effect on knowledge, attitude and behavior.

Despite the legislation and measures taken in the world and in Turkey, tobacco smoking still remains as a major problem. In the fight with the tobacco smoking, there are many important tasks especially for the family physicians who have the most chance of encountering with the patients.

Key Words: smoking, family physicians, smoking cessation

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
RESİMLER DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Tütün ve Tarihçesi	4
2.2. Tütün Kullanım Şekilleri ve Tütün Ürünleri	5
2.3. Tütün Epidemiyolojisi	6
2.3. Tütün Bileşenleri ve Zararları.....	9
2.4. Nikotin Bağımlılığı	15
2.4.1. Tanım	15
2.4.2. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi	17
2.4.3. Nikotin Bağımlılığı Ölçekleri.....	18
2.5. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi	19
2.5.1. Davranış Terapileri.....	22
2.5.2. Farmakolojik Tedavi	23
2.5.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri.....	23
2.5.2.2. Bupropion	25
2.5.2.3. Vareniklin	26
2.5.2.4. Diğer İlaçlar.....	27
2.6. Tütün Kontrolü	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı.....	31
3.2. Araştırma Projesi	31
3.3. Araştırmanın Kapsamı	31
3.4. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanımlanması	31

3.4.1 Araştırmanın Evreni	31
3.4.2 Araştırmaya Kabul Kriterleri	32
3.4.3 Araştırmadan Dışlama Kriterleri	32
3.4.4 Araştırmanın Tipi	32
3.4.5 Araştırmanın Örneklemi.....	32
3.4.6 Araştırmaya Katılım Oranı.....	33
3.4.7 Araştırmanın Veri Kaynakları	33
3.4.8 Araştırma Verisinin Toplanması	34
3.4.9 İstatistiksel İncelemeler.....	34
3.4.10 Araştırmanın Süresi.....	35
4. BULGULAR	36
4.1. Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri	36
4.2. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi.....	42
4.3. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Tutumlarının Değerlendirilmesi.....	47
4.4. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	62
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
8. EKLER	92
Ek 1: Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Anketi	92

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Kazanılmış Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
AMI	Akut Miyokard İnfarktusü
CO	Karbonmonoksit
DSM-V	American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
EMASH	Sigara ya da Sağlık Avrupa Tıp Birliği (European Medical Association Smoking or Health)
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
GÖRH	Gastroözofageal Reflü Hastalığı
HSI	Sigara Ağırlık İndeksi (Heaviness of Smoking Index)
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer)
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
KAH	Koroner Arter Hastalığı
Kg	kilogram
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LBW	Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
MAO	Monoamin oksidaz
Mg	Miligram
M.Ö.	Milattan Önce
MPOWER	Monitor, protect, offer, warn, enforce ve raise terimlerinin baş harflerinden oluşmuş kelime
NAc	Nükleus Akumbens
NDSS	Nikotin Bağımlılık Sendromu Ölçeği (Nicotine Dependence Syndrome Scale)
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
PAH	Periferik Arter Hastalığı
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (Statistical Package for the Social Sciences)
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TDT	Tütün Bağımlılığı Tablosu (Tobacco Dependence Table)
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
Vb	ve benzeri
VTa	Ventral Tegmental Alan
WIRTD	Wisconsin Tütün Bağımlılığının Nedenleri Envanteri (Wisconsin Inventory of the Reasons for Tobacco Dependence)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sigara Dumanındaki Bazı Maddeler ve Etkileri.....	11
Tablo 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	19
Tablo 3. Bölgeler ve bu bölgelere karşılık gelen katılımcı sayıları	33
Tablo 4. Çalışma Takvimi, Şubat 2016 – Mart 2017.....	35
Tablo 5. Anket Yapılan Aile Hekimlerinin Genel Özellikleri.....	37
Tablo 6. Aile Hekimlerinin Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanımı Durumlarının Dağılımı.....	37
Tablo 7. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumlarının Cinsiyet, Medeni durum ve Eğitimlerine Göre Dağılımı	38
Tablo 8. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaş ve Hekimlik Süresi Dağılımı.....	39
Tablo 9. Sigara Kullanan Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Özellikleri.....	39
Tablo 10. Sigarayı Bırakan Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım ve Sigarayı Bırakma Özellikleri	40
Tablo 11. Sigarayı Bırakan Aile Hekimlerinin Bırakmalarında Etkili Olan Nedenlerin Dağılımı.....	41
Tablo 12. Aile Hekimlerinin Sigara ve Sigara Dışında Tütün Ürünleri Kullanımı ile İlgili Özellikler	41
Tablo 13. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumlarına göre Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alıp Almama Durumlarının Dağılımı	42
Tablo 14. Aile Hekimleri Tarafından Sigara Bırakma Tedavisi Bilgi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	43
Tablo 15. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Bölge, Eğitim, ve Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 16. Aile Hekimleri Tarafından Sigara Bırakma Tedavisi Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	47
Tablo 17. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Tutum Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Uzmanlık Durumlarına Göre Dağılımı.....	49
Tablo 18. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Tutum Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Uzmanlık Durumlarına Göre Dağılımı (iki kategoride değerlendirilmiş).....	52
Tablo 19. Aile Hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı	53
Tablo 20. Aile Hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (iki kategoride değerlendirilmiş)	56
Tablo 21. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	58
Tablo 22. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (iki kategoride değerlendirilmiş).....	61
Tablo 23. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Davranış Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	62
Tablo 24. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Davranış Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Uzmanlık Durumlarına Göre Dağılımı.....	64
Tablo 25. Aile Hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Davranış Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	67
Tablo 26. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı.....	70

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Tütün Ürünlerine Ait Bazı Örnekler	6
Resim 2. Sigara ile İlişkili Bazı Hastalıklar	12

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bölgelere göre bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayısı	45
Şekil 2. Uzmanlık durumuna ve tütün bağımlılık tedavisi eğitimi alma durumuna göre bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayıları	46
Şekil 3. Sigara kullanım durumuna göre bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayısı	46

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün kullanımı, tüm dünyada önlenabilir ölümlerin önde gelen nedenlerinden birisidir (1). Tütün kullanımı; kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalığı, diyabet ve erken ölüm riskini artıran bir faktördür. Dünyada her yıl 6 milyon kişi tütün kullanımının yol açtığı sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin 600 binden fazlasının sigara dumanına maruziyet sebebi ile olduğu tahmin edilmektedir (2). Acil önlem alınmadığı takdirde; 2030 yılında her yıl 8 milyondan fazla ölüm olacağı, 2030 yılındaki ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı ve 21. yüzyıl boyunca bir milyar kişinin öleceği tahmin edilmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 verilerine göre tüm dünyada 1,1 milyar tütün içicisi vardır (4). Ülkemizde, 2011'de yapılan Aile Yapısı Araştırması'nda her gün sigara içenlerin oranı %26,4 iken; bu oran erkeklerde %40, kadınlarda da %13 olarak bulunmuştur (5). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIK) 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre ise 15 ve üzeri yaştaki yetişkinlerin sigara kullanma sıklığı erkeklerde %41,5, kadınlarda ise %13,1'dir (6). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda hekimlerde sigara kullanımı için erkeklerde %40-55, kadınlarda ise %31-44 arası değişen oranlar bildirilmiştir (7, 8). Hekimlerde sigara içme oranı farklı ülkelerde %4-40 arasında değişmektedir (9, 10).

Tütün kullanımı ayrıca, neden olduğu artmış sağlık harcamaları ve iş gücü kaybı ile ekonomik bir yük de getirmektedir. Çoğu ekonomide, tütünün neden olduğu sağlık maliyeti, tütün ürünlerinden alınan vergi gelirlerini aşmaktadır (1).

Tütün, kullanıcılarının yarısını öldüren ve satışına yasal olarak izin verilen tek üründür. Bununla birlikte, tütün kullanımı dünyada oldukça fazladır. Tütün kullanımının yaygınlığında; fiyatının ucuzluğu, yoğun ve saldırgan pazarlama teknikleri, tütün kullanımının tehlikeleri hakkındaki bilgi yetersizliği ve tütün kullanımına karşı etkili politikaların olmayışı rol oynamaktadır (3). Tütün kullanımına bağlı bütün bu hastalık, ölüm ve diğer kayıpların önlenabilir olması, tütün bağımlılığının başlı başına kendisinin bir hastalık olması ve dünya çapında bir salgın olarak kabul edilmesi; sorunu, daha ciddi biçimde ele almamızı gerektirmektedir.

Bütün bu nedenlerle, DSÖ, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni hazırlamış; sözleşme, 2003 yılında üye ülkelerin oybirliği ile kabul edilmiştir. Çerçeve Sözleşme'nin kabul edilmesinden sonra DSÖ, tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan altı uygulamayı içeren bir paket hazırlamıştır. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008'de yer

alan ve Türkçe karşılık olarak “güçlendirme” ifadesinin kullanılabileceği MPOWER, tütün kullanımının kontrolü bakımından etkili olduğu bilinen beş yönteme, ayrıca bu çalışmaların sürekli olarak izlenmesi gereğine işaret etmektedir. Bunlar; tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme (M- *Monitor, tobacco use and prevention policies*), sigara dumanından pasif etkilenimlerin önlenmesi (P- *Protect people from tobacco smoke*), sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi (O- *Offer help to quit tobacco use*), bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması (W- *Warn about dangers of tobacco*), tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması (E- *Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*) ve tütüne uygulanan vergi miktarının artırılması (R- *Raise taxes on tobacco*) şeklindedir (11).

Türkiye, 1996 yılında yürürlüğe girmiş olan ve dönüm noktası sayılan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Yasa (No. 4207) ile sürdürdüğü tütün kontrolü çalışmalarını, uluslararası gelişmeler ve uygulamalardan edinilen deneyimlerin ışığında 2008 yılında yasada yapılan değişiklik sonucu, daha kapsamlı şekilde uygulamaya başlamıştır ve Türkiye MPOWER kriterlerini ilk tamamlayan ülkelerden birisi olmuştur (11, 12). Buna rağmen 2025'te nüfusun yaklaşık %19'unun (yaklaşık 12,7 milyon kişi) sigara kullanıcısı olacağı tahmin edilmektedir (13). Bu nedenle tütünle mücadeleye en etkin şekilde devam edilmelidir. Bu mücadelede de hekimlere büyük görev düşmektedir.

Hekimlerin, sigara kullananlara sigarayı bırakmalarına yönelik telkin, öneri ve desteklerinin, onları sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, cesaretlendirerek sigara bırakma denemesini sağladığı bilinmektedir (14). Yapılan bir çalışmada, sigara bırakma başarısının; hekimlerin, hastalarına sadece sigarayı bırakmasını önerdiği sigara bırakma programlarında %5 ve sigara bırakılması için yoğun destek verdiği programlarda ise %29 olduğu gösterilmiştir (15). Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2015 yılında yayınlanan Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı 2015-2018'de; tüm klinik karşılaşmalarda kısa hekim müdahalesi uygulanması ve tütün bağımlılığının tedavisi için klinik müdahalenin birinci basamağa (aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezi) entegrasyonunun sağlanması, tütünle mücadele için belirlenen stratejilerden bazılarıdır (16).

Sağlık çalışanlarına, sağlık konusunda rol-model olmak öncelikli sorumluluğu ile önemli görevler düşmektedir. Özellikle, sundukları koruyucu ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetiyle hasta ve sağlıklı tüm nüfusa ulaşabilme imkanı olan aile hekimlerinin, sigara ile mücadelede daha etkin rol oynaması gerekmektedir. Bu araştırmada, aile hekimliği birimlerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin sigara içme durumlarının belirlenmesi ve

sigara bırakma tedavi ve yöntemleri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 . Tütün ve Tarihçesi

Tütün bitkisi, Patlıcangiller (Solanaceae) familyasından *Nicotiana* cinsi içerisinde yer alan, bazı türleri çok yıllık olabilmekle birlikte genellikle tek yıllık bir bitkidir. *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica* türlerinin yaprakları, çeşitli tütün ürünlerinin yapımında kullanılmaktadır. Tütün yapraklarında; tannik asit, zamk, nişasta, reçine ve alkaloidler bulunur. Bitkinin kökünde sentezlenerek yapraklarında biriken nikotin, tütünde bulunan başlıca alkaloid olup toplam alkaloid içeriğinin %95'ini oluşturmaktadır. Kurutulmuş tütün yaprağındaki nikotin oranı %0,5-8 arasında, sigara tütününde ise %0,5-3 arasındadır (17, 18).

Dünyada kutuplar ve ekvator kuşağı dışındaki tüm bölgelerde yetiştirilebilen tütün bitkisinin tarımının milattan önce (M.Ö.) 6000 yılında Amerika kıtasında başladığı, bu tarihten 4500 yıl sonra Orta Amerika yerlileri olan Mayalar'ın tütün kullandığı bilinmektedir. Yerlilerin kuru tütün yapraklarını sararak ve ufalayarak ilkel pipolarda kullandığı, tütünden yapılmış sakızlar çiğnedikleri, tütün tozlarını derilerine sürdükleri veya lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır. Sonraları tütün üretimi ve kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir (18, 19).

Avrupalıların tütün ile tanışması 1492'de Küba'ya ayak basan Cristopher Columbus sayesinde olmuştur. Tütünü, dini törenlerde ve şöenlerde içmekte olan Küba yerlileri, Avrupa'dan gelen denizcilere de ikram ettikleri bu nesneyi *Tobacos* olarak tanıtmıştır. Amerika'ya göç eden Avrupalılar ilk kez 1531 yılında yeni kıtada tütün üretimine başlamıştır (19). Tütünün, Avrupa'ya yayılması ise Fransa'nın Portekiz büyükelçisi Jean Nicot sayesinde olmuştur. Büyükelçi, 1560 yılında Fransız kralı 2. Henry'nin ölmesiyle depresyona giren Kraliçe Cathrine De Medicis'e tütün tohumu göndermiş ve kraliçenin baş ağrısının tütün yardımıyla iyileştiği görülmüştür. Bu olayla tütünün, keyif ve cesaret verici özellikleri yanında ilaç olarak da etkili olduğu düşüncesi Avrupa'ya yayılmıştır. Avrupa'da tütün ticaretini başlatan kişi olarak bilinen Kaptan Walter Roleigh, ticari amaçlı tarımı ilk kez 1612 yılında Virginia'da yapılan tütünü, Kuzey Amerika kıyılarına yaptığı seferlerle Avrupa'ya taşımıştır (19, 20).

Tütün kullanımı, Çin'e 1530-1600 yılları arasında Japonlar ve Filipinliler aracılığı ile gelirken, 1600 yıllarında Hindistan'a da yayılmaya başlamıştır (21).

Afrika'ya tütünün girişi, 1560'lı yıllarda; önce, Portekiz ve İspanyol denizcilerin gemileriyle Doğu Afrika kıyılarına olmuş, daha sonra Orta ve Batı Afrika ülkelerine yayılmıştır. 1650'lerde Avrupalı yerleşimciler Güney Afrika'da tütün tarımına başlamıştır (19, 21).

Yeni Zelanda, tütünü; 1769 yılında Avustralya kıtasını keşfeden Kaptan James Cook'un ağzında tütüdüğü pipo ile tanımış, kıtaya gemilerle ilk tütün sevki 1788 yılında olmuştur (19, 21).

Osmanlılarda tütün içimi 16. yüzyılda Mısır'da başlamış; 17. yüzyılda, Venedik, Portekiz ve Cenovalı denizcilerin İstanbul'a gelişi ile artmıştır. 1853-1856 yılları arasında Kırım Savaşı'nda, Osmanlı askerleri İngiliz ve Fransız subaylarının kıyılmış tütünü kâğıda sararak sigara şeklinde içtiklerini görmüşler ve kısa sürede bu kullanım şeklini benimsemişlerdir. İlk tütün tarımı ise Makedonya, Yenice, Kırcaali'de başlamış daha sonra Trakya ve Anadolu'da geniş sahalar tütün tarımına ayrılmıştır (19, 22, 23).

Columbus'un Yeni Dünya'da "garip yapraklar" bulmasının 150 yılı içinde tütün, bütün dünyaya yayılmıştır (21). Bu hızlı ve geniş yayılım süresince değişen tek şey tütünün kullanım şekilleri olmuştur.

2.2. Tütün Kullanım Şekilleri ve Tütün Ürünleri

Tütün, tarihsel süreci boyunca insanlar tarafından çeşitli şekillerde ve çeşitli amaçlarla kullanılmıştır. Tütün ürünleri; tütünden üretilen ve tütürme, emme, çiğneme ya da burundan çekme sureti ile kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen ya da kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeler olarak tanımlanmaktadır (24). Tütün tüketim tipi ve yöntemleri yaşa, coğrafi bölgelere, tarihsel sürece, amaca, yaşanan sosyal, ekonomik, politik vb. değişimlere göre farklılaşmaktadır (25). Tütün ürünleri ve kullanım şekilleri üç başlıkta toplanabilir:

1. Tütünün doğrudan doğruya dumansız olarak kullanım şekilleri (*smokeless tobacco*): Çiğneme (*chewing tobacco*, Maraş otu), enfiye (*snuff*), nikotin preparatları halinde (nikotin suyu, sakızı, lolipop, bandı, tableti, granülleri, spreyi, elektronik sigara) kullanımı.
2. Tütünün yanmasından oluşan dumanın kullanım şekilleri: Tütsü, sigara (*cigarette*), puro (*cigar*- boyutlarına göre: *sigarillos*, *panatella*, *cigar*, *corona* tipi purolar), pipo (*pipe*), nargile (tömbeki, *hookah tobacco*, *waterpipe*) şeklinde kullanımı.

3. Tütünün başka amaçlarla sanayide kullanımı: Yapraklarından nikotin, saplarından selüloz, tohumlarından yağ ve pektin, çiçeklerinden esans ve küllerinden potasyum karbonat gibi maddeler elde edilmektedir. Gübre olarak ve böcek ilacı olarak da kullanımı mevcuttur (18, 23, 26).

Tütün ürünlerine ait bazı örnekler Resim 1’de görülebilir (24).



Resim 1. Tütün Ürünlerine Ait Bazı Örnekler*: Soldan Sağa: Snus, Bidi, Kreteks, Guthka

*Sağlık Bakanlığı, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin)’ndan alınmıştır.

Dünyanın değişik yerlerinde kullanılan başlıca tütün ürünleri; sigara, nargile, puro, pipo, snuff, *snus*, *bidi*, *kreteks*, *guthka*, sarma tütün, çiğneme tütündür. Türkiye’de üretimi yapılarak piyasaya sürülen ürünler; sigara, puro, nargilelik tütün, pipoluk tütün, sarmalık kıyılmış tütün; ithal edilerek kullanılan ürünler ise; puro, sigarillo ve elektronik sigaradır (27). Yerel olarak üretilip tüketilen “Maraş otu” gibi tütün ürünleri de bulunmaktadır (24).

1881 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) sigara yapan makinelerin icat edilmesinden sonraki dönemde bütün dünyada tütün ürünleri arasında en çok kullanılan, sigara olmuştur ve bu nedenle çoğu kez tütün ile sigara sözcükleri birbirinin yerine kullanılmaktadır. Sigara; fabrikasyonu sırasında harmanlama, soslandırma, kokulandırma gibi aşamalardan geçerken yüzlerce kimyasal madde ile işleme tabi tutulmaktadır. Ancak şu unutulmamalıdır ki başka bileşenlerle karıştırılsın veya karıştırılmasın, ister inhalasyon yoluyla ister emme veya çiğneme yoluyla tüketilsin; tütün kullanmanın güvenli hiçbir yolu yoktur (19, 21).

2.3. Tütün Epidemiyolojisi

Günümüzde tütün, dünyada en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada yılda 6 milyon insan sigara kullanımı nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Bu, dünyadaki tüm kadın

ölümlerinin %6'sı ve tüm erkek ölümlerinin de %12'si anlamına gelmektedir (1). Bu ölümlerin yaklaşık 6 milyonu doğrudan tütün kullanımına bağlı ve erken yaşta ölümlerdir. 600 binden fazlası ise sigara içmeyenlerin sigara dumanına maruz kalması (pasif içicilik) sonucu olmaktadır (28). 2030 yılında bu sayının 8 milyonu aşacağı, acil önlemler alınmadığı takdirde bu yüzyıl boyunca tütün kullanımının 1 milyar kişinin ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir (3). Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalma, geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde artma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. 2030 yılında, tütüne bağlı ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (28).

DSÖ'nün 2008 yılında yayınladığı Küresel Tütün Salgını Raporu'nda tütün kullanımının dünyadaki en sık 8 ölüm nedeninden 6'sı olan iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, alt solunum yolu enfeksiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tüberküloz ve akciğer kanseri için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Tütüne bağlı ölümlerin sayısı; tüberküloz ve Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu'na (AIDS) bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır (3). Tamamen önlenebilir bir ölüm nedeni olan tütün kullanımı; sıklıkla bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve sakatlıklarla ilişkili bulunmasına rağmen bulaşıcı hastalıklardan ölüm riskinde de artışa yol açmaktadır (13, 28).

Tütün kullanımı; dumanlı veya dumansız herhangi bir tütün ürünü kullanımı şeklinde olabilmektedir. Ancak dumansız tütün kullanımı ile ilgili verilerin ulaşılabilirliği ve niteliği henüz küresel olarak değerlendirmek için yetersiz olduğundan dumanlı tütün ürünleri kullanımı üzerinde durulacaktır (1).

Tütün ve sigara kullanımı eğilimleri değerlendirildiğinde dünyada son yüz yıllık süre içinde dört evre yaşandığı ifade edilmektedir. Birinci evre; tütün kullanımının henüz düşük düzeyde olduğu ama zamanla artış göstermesi beklenen evredir. Sahra Altı Afrika ülkeleri bu evrede yer almaktadır. İkinci evre; tütün kullanımında hızlı artışın yaşandığı evredir; bu artış daha çok erkeklerde olmakla birlikte kadınlarda da sigara içme sıklığı artmaya başlar. Bu evrede tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları ve sigaraya bağlı ölüm hızında artış başlamıştır. Çin, Japonya, Güneydoğu Asya, Kuzey Afrika ve bazı Latin Amerika ülkeleri ikinci evrededir. Üçüncü evre; sigara içme sıklığının en yüksek düzeylerine ulaşp ardından düşmeye başladığı ve tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının çok görüldüğü evredir. Sigara kullanımındaki azalma önce erkeklerde görülür, ardından kadınlarda daha yavaş şekilde gerçekleşir. Kadınlar arasında sigara kaynaklı ölümler artma eğiliminde iken erkeklerde ölümler bir plato çizer. Doğu ve Güney Avrupa, bazı Latin Amerika ülkeleri bu evrededir. Dördüncü ve son evrede; hem erkek hem kadınlarda sigara kullanımı azalır. Erkeklerde sigaraya bağlı ölümler azalmakta iken kadınlarda ölüm artışının devam etmekte

olduğu görülür. Batı Avrupa ülkeleri ile İngiltere, ABD, Kanada ve Avustralya dördüncü evreyi yaşamakta olan ülkelerdir. Bugün dördüncü evreye ulaşmış olan ülkeler, yıllar önce birinci-ikinci evreleri yaşayarak bugünkü evreye ulaşmışlardır (29, 30).

Küresel düzeyde sigara içicilerinin %3,2'si Afrika bölgesinde, %6,4'ü Doğu Akdeniz ve Ortadoğu bölgesinde, %20,3'ü Güneydoğu Asya bölgesinde, %10,9'u Amerika kıtasında, %14,3'ü Avrupa bölgesinde, %35,7'si Batı Pasifik bölgesinde yaşamaktadır. Dünyada tütün ürünü kullanan kişi sayısının en çok olduğu ülke; Çin, Batı Pasifik bölgesinde bulunmakta olup toplam içicilerin %28,0'i burada yaşamaktadır. Çin'i sırasıyla Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD izlemektedir (3).

DSÖ 2015 verilerine göre dünyada 1,1 milyar tütün içicisi olduğu, kadınlara kıyasla erkeklerin çok daha fazla tütün kullandığı, dünya genelinde ve birçok ülkede azalmaya rağmen, DSÖ Doğu Akdeniz bölgesi ve Afrika bölgesinde tütün içiciliğinin yaygınlığının artmakta olduğu bildirilmiştir. 15 yaş ve üzerindeki kişilerde tütün içiciliği prevalansı dünyada %22,7 olup en yüksek tütün kullanma prevalansına sahip ülkeler, yine Batı Pasifik bölgesindedir (28). Cinsiyetlere göre bakıldığında 15 yaş üstü erkeklerde en yüksek tütün içme prevalansına sahip ülke %76,2 ile Endonezya, kadınlarda en yüksek prevalansa sahip ülke %52,0 ile Güney Pasifik'te bir ada ülkesi olan Nauru'dur (31).

DSÖ'ye göre Batı Pasifik bölgesi, bütün dünyada sigara içicisinin en çok olduğu, yetişkin tütün içme oranının en yüksek olduğu ve her iki cinsiyet için de sigaraya bağlı ölümlerin en fazla görüldüğü bölgedir. Küresel olarak tüketilen sigaranın üçte biri bu bölgede içilmektedir. Bölgede, tütünle ilgili hastalıklar yüzünden her dakikada yaklaşık üç kişi ölmektedir. Bölgedeki bütün ölümlerin %13'ü ve 30-60 yaş arası erken ölümlerin de onda biri tütüne atfedilebilir (28).

Kanada, İngiltere, İsveç gibi ülkelerde sigara kullanım sıklığı erkekler ve kadınlarda benzer sıklıkta olup %20-25 kadardır. Buna karşılık Endonezya, Çin, Tayland gibi ülkelerde sigara kullanım sıklığı %35-40 kadar yüksektir. Bu ülkelerde erkekler arasında tütün kullanım sıklığı %50 ve üzerinde bulunurken kadınlarda %5 ve altı gibi oldukça düşük düzeylerde (3).

Türkiye, dünyada en çok tütün kullanan ülkeler arasında onuncu sırada yer almaktadır. Aynı zamanda DSÖ Avrupa bölgesinde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkeler arasında yer almaktadır. Ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl 110 bin kişi hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de, Aile Yapısı Araştırması 2011 sonuçlarına göre; her gün sigara içtiğini ifade edenlerin oranı %26,4 olarak bulunurken, bu oran

erkeklerde %40, kadınlarda ise %13 olmuştur. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 sonuçlarına göre; 15 ve üzeri yaştaki yetişkinlerin sigara kullanma sıklığı erkeklerde %41,5, kadınlarda ise %13,1 olarak belirlenmiştir. DSÖ 2015 verilerine göre ise Türkiye’de, 15 yaş üstü bireylerde sigara içme prevalansı %25,5; cinsiyetlere göre bakıldığında kadınlarda %12,4, erkeklerde %39,9’dur (28, 31).

Toplum için önemli bir rol modeli olan sağlık çalışanlarının sigara içme sıklığı, ülkemizde, Sağlık Bakanlığı kadrolarında görev yapanlar arasında değerlendirilmiştir. Hekimler, hemşireler, ebeler, teknisyenler gibi sağlık çalışanlarının 2008 yılında ayrı ayrı değerlendirildiği araştırmada düzenli sigara içme sıklığı %30,5-33,8 arasında değişmiştir. Pratisyen hekimlerin %30,5’i, uzman hekimlerin %22,1’i, diş hekimleri ve eczacıların %26,1’i, ebe ve hemşirelerin %29,5’i, sağlık teknisyenlerinin %33,8’i düzenli olarak sigara içmekte olduklarını belirtmişlerdir (6). Bu veriler ülkemizde sağlık çalışanlarının rol modeli kimliklerinin “başarısız” olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, ABD Minnesota eyaletinde 2000 yılında yapılmış bir çalışmada erkek hekimlerin %10,1’i ve kadın hekimlerin %2’si sigara içmektedir (29). Lao’da 2007 yılında 855 hekim arasında yapılmış bir çalışmada ise sigara içme sıklığı %9 olarak bildirilmiştir (32). Japonya’da hekimler arasında yapılan bir başka çalışmada ise sigara içme sıklığı %26,0 olarak tespit edilmiştir (33). Bu çalışma sonuçları hekimler arasındaki sigara içme sıklığındaki farklılıklara işaret etmektedir.

2.3. Tütün Bileşenleri ve Zararları

En çok bilinen ve kullanılan tütün oranı olan sigara, içeriğindeki nikotin ile birlikte dumanında karbon, karbonmonoksit (CO) gibi çeşitli gazlar, uçucu maddeler, toksik ve karsinojenik özellikte 5000’den fazla sayıda kimyasal barındırmaktadır (34).

Tütün bitkisinin yapraklarının tam yanmaması sonucu oluşan duman, bir gaz ve yarı-uçucu bileşikler karışımı ile likit taneciklerinin süspansiyonu olan kompleks bir aerosoldür. Cam fiber filtreden geçerken filtrede kalan likit tanecikleri, dumanın partikül fazını; filtreden geçen uçucu bileşikler ise gaz fazını oluşturmaktadır. Karbondioksit, CO ve nitrojen oksitler gaz fazında, fitosterol gibi diğer bileşenler partikül fazında bulunur. Fenol, fenolik kresol gibi bazı yarı-uçucu olarak adlandırılan bileşenler ise gaz ve partikül fazı arasında bulunur. Partikül fazının her gramında 10^{17} ’den, gaz fazında ise 10^{15} ’ten fazla serbest radikal bulunmaktadır. Tütünün tipi, yanma sıcaklığı, sigaranın uzunluğu, kâğıdın özellikleri, filtre

ve tütüne ilave edilen katkı maddeleri dumanın gaz ve partikül kısmındaki maddeleri etkileyen başlıca faktörlerdendir.

Sigara içen kişinin ağzından çıktığı dumana ana akım dumanı (*mainstream*), sigaranın yanan uçlarından gelen dumana ise yan akım dumanı (*sidestream*) denir. Filtreler, partikül fazdaki maddeleri büyük oranda süzmektedir. Bu nedenle yan akım dumanında partiküler madde konsantrasyonu daha fazladır. Yan akım dumanında bazı toksik maddelerin ana akım dumanından daha fazla olduğu saptanmıştır ve sigaranın çevresel zararlarının ve pasif içicilik etkilerinin %85'inden yan akım dumanı sorumlu tutulmaktadır.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer - IARC) sigara dumanında 11'i "insanda kanser yaptığı bilinen" ve 14'ü "insanda kanser yapması olası" grubunda olmak üzere 81 bileşiğin karsinojen olduğunu bildirmiştir (35, 36).

Tütün ve sigara, içerdiği kimyasal maddelerin yanında Polonyum-210 ve Kurşun-210 gibi alfa yayınlayıcısı radyoaktif ürünler de içermektedir. Bu radyoaktif izotoplar duman yolu ile akciğerde toplanmakta ve oradan kan ve diğer organlara dağılmakta ve vücutta kanserojen etki göstermektedir (37). Sigara dumanındaki bazı maddeler ve etkileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

İçeriğindeki bütün kimyasal maddelerin hangisinin ne etki yaptığı kesin olarak bilinmese de, tütün kullanımı vücuttaki hemen hemen bütün organları etkilemekte, birçok hastalığa sebep olmakta ve bunların yanı sıra mortalite artışında da etkili olmaktadır (36). Dünyada her yıl 6 milyon dolayında kişi tütün kullanımının yol açtığı sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (2). Tütün kullanımı ABD'de her yıl 480 binden fazla ölüme neden olmaktadır ki bu sayı ABD'deki her 5 ölümden birinin tütünle ilgili olduğunu göstermektedir (38). Türkiye'de her yıl yaklaşık 110 bin kişinin ölümünden sigara sorumludur. Kadınlarda ve erkeklerde akciğer kanserinden ölümlerin %90'ı, KOAH'a bağlı ölümlerin %80'i tütün kullanımına bağlıdır. Sigara içen kişilerin yaklaşık %60'ı beklenenden daha erken yaşta ölmekte, sigara içen ve içmeyenlerin yaşam süreleri arasındaki fark yaklaşık 20 yılı bulmaktadır. 40 yaşından sonra sigara içilen her yıl için yaşam beklentisi 3 ay kısalmaktadır (39).

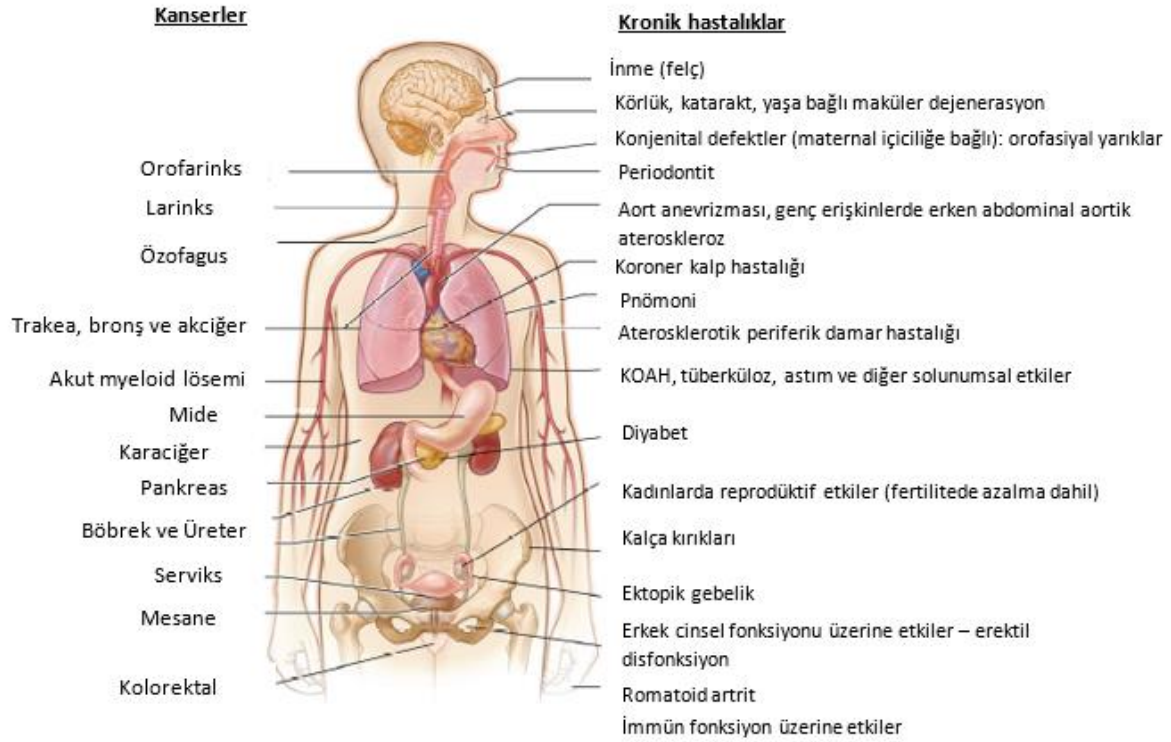
Tablo 1. Sigara Dumanındaki Bazı Maddeler ve Etkileri*

Partikül Fazı	Başlıca Etki	Gaz Fazı	Başlıca Etki
Katran (Tar)	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza bağlı uyarıcı, parasempatik, N-kolinerjik reseptörlere depresör etki	Nitrojen Oksitler	İrritan, proinflamatuvar/siliyotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar/siliyotoksik
Fenol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuvar/siliyotoksik
Kresol	İrritan, mutajenik/karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar/siliyotoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar/siliyotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/karsinojenik
Katekol	Mutajenik/karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik/karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

*Kaynak: Behr&Nowak 2002 (40).

Tütün kullanımının sebep olduğu ve ilişkilendirildiği hastalıklar arasında en çok kalp ve damar hastalıkları, başta akciğer kanseri olmak üzere kanserler ve solunum yolu hastalıkları öne çıkmaktadır.

Sigara ile ilişkilendirilen hastalıklar Resim 2’de özetlenmiştir (36).



Resim 2. Sigara ile İlişkili Bazı Hastalıklar*

* The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General 2014'ten alınarak Türkçe'ye çevrilmiştir.

Tütün kullanımı; dislipidemi, koroner arter hastalığı (KAH), aterosklerotik kalp hastalığı, periferik arter hastalığı (PAH) ve serebrovasküler hastalıklar (SVH) için önemli bir risk faktörü olup etkisi diğer sistemlerde olduğu gibi doza bağlıdır. Yapılan çalışmalar günde beş taneden daha az sigara içen bireylerde bile SVH'ye ilişkin erken bulgulara rastlandığını göstermiştir. Sigara, doğrudan endotel hasarı yaparak ve kalp hızını artırarak aterosklerotik değişikliklere yol açmaktadır. Ayrıca düşük dansiteli lipoproteinleri (LDL) artırır ve intravasküler nötrofilik inflamasyonu tetikler. Her iki durum da aterosklerotik aktiviteyi ve koagülasyonu artırmaktadır. Damarlarda oluşan bu pıhtı veya hasarlanma ile damar yapısının bozulması sonucu ortaya çıkan kanama, beyin damarlarında meydana geldiğinde inme gelişmektedir. Bu olaylar zinciri ekstremitelerde damarlarında ortaya çıkarsa ekstremitelerin kaybına kadar gidebilen olumsuz etkiler görülebilmektedir. Diğer taraftan bu değişikliklerle birlikte kanda CO düzeyinin artması dokuların oksijenlenmesini azaltmakta; miyokardın oksijen ihtiyacının artması ile oksijen desteği ve artmış ihtiyaç arasındaki denge bozulmakta ve ani miyokard infarktüsleri (AMI) görülebilmektedir. Günde bir paket sigara içen kadınlarda AMI riski 6 kat artarken, erkeklerde bu oran 3 kat artmaktadır. Sigara içimi, bu hastalıkların tekrarlama ve hastalığa bağlı ölüm riskini de artırmaktadır. Sigara aynı

zamanda katekolamin salınımını tetikleyerek ve sinüzal taşikardi başta olmak üzere aritmilere de yol açabilmektedir. Sigara içen kişilerde beklenenin aksine kronik hipertansiyondan çok, geçici ve dalgalı hipertansiyon görülmektedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki pasif içicilerde bile SVH riski %30'a kadar artabilmektedir (24, 39, 41).

Tütün içiminin etkisi ile solunum yollarında mukosilyer aktivite ve alveolar makrofaj aktivitesi bozulmakta, mukus bezlerinde hiperplazi ve hipertrofi, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyet meydana gelmektedir. Sigara dumanı, bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına yol açarak hava yolu direncinin artmasına neden olmaktadır. Bu anatomik ve fonksiyonel değişimler sonucunda zaman içinde KOAH gelişmekte, kronik bronşit ve amfizem gibi hastalıklar da olaya katılmaktadır. Tütün kullanan bireylerin; KOAH nedeniyle ölüm riski tütün kullanmayanlara göre 12-13 kat daha yüksektir. Sigara içimi, KOAH'ta olduğu gibi astımda da hem hastalığın gelişiminde önemli bir risk faktörü oluşturmakta hem de hastalığın seyri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Özellikle çocukluk döneminde sigara dumanı bulunan ortamlarda yaşayan çocuklar arasında astım gelişme riski artmakta, yetişkinler arasında da sigara içenlerde astım hastalığının daha fazla görüldüğü bilinmektedir (24, 39, 41).

Tütün dumanının solunum yollarında yarattığı inflamasyon, doğal direnç mekanizmasının bozulmasına ve enfeksiyonlara yatkınlığa yol açmaktadır. Pnömoni dahil her türlü akciğer enfeksiyonunun sigara içen yetişkinlerde içmeyenlere kıyasla daha sık olduğu ve özellikle çocukluk döneminde tütün dumanı bulunan ortamda yaşayan çocuklar arasında üst ve alt solunum yolları enfeksiyonlarının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Tüberküloz gelişimini kolaylaştıran faktörler arasında da tütün kullanımı, diğer faktörlerden bağımsız olarak yer almakta, hastalığın gelişimi ile sigara içimi arasında güçlü doz-yanıt ilişkisi bulunmaktadır. Pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklarda da tüberküloz gelişme riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Sigara içimi, sadece pnömoni ve tüberküloz gibi enfeksiyonların oluşmasına değil enfeksiyonlar nedeniyle gelişen mortalite üzerine de olumsuz etki etmektedir. Tüberküloz ölümlerinde sigara içimine atfedilen risk %61 bulunmuştur. Bunun dışında altta yatan bir neden olmaksızın pnömotoraks gelişim riskini sigara; erkeklerde 7-102 kat, kadınlarda 4-68 kat artırmaktadır (24, 39, 41).

İlk kez 1964'te "Surgeon General" raporunda sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisi bildirildikten sonra, zaman içinde yapılan çalışmalarda; sigaranın akciğer kanseri için hem erkeklerde hem de kadınlarda başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır (42, 43). Ülkemizde farklı uzmanlık dernekleri tarafından ortaklaşa yapılan çalışmalara göre; her yıl

20 bine yakın yeni akciğer kanseri tanısı konmakta ve tütün kullanımı %91,5 oranı ile akciğer kanserine yol açan nedenlerin başında gelmektedir. Sigara içen bireylerin akciğer kanserine yakalanma sıklığı içmeyenlere kıyasla 20-25 kat daha fazla iken sigara dumanından pasif etkilenenlerde ise 2-5 kat risk artışı olmaktadır. Akciğer kanseri dışında orofarenks, larinks kanserleri, özofagus, mide, karaciğer, pankreas, böbrek, mesane, kolon, akut myeloid lösemi (AML), meme ve serviks kanserlerinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır. İnsanlardaki bütün kanserlerin yaklaşık olarak üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır.

Sigara içen kadınların over fonksiyonlarında azalmaya bağlı amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskleri daha yüksektir. Sigara içen veya pasif sigara dumanına maruz kalan kadınların infertilite riski daha yüksektir ve bu kadınlar sigara içmeyenlere göre daha geç gebe kalmakta, daha yüksek abortus riskine sahip olmaktadır. Aynı zamanda sigara içen annelerin prematüre, düşük doğum ağırlıklı bebek (LBW) sahibi olmaları; erken doğum yapma ihtimalleri daha yüksektir. Sigaraya prenatal dönemde maruz kalan infantlarda ölü doğum, doğum sonrası ölüm, ani bebek ölüm sendromu riski ve yarık dudak ve damak gibi konjenital defektler daha yüksektir. Sigara, ektopik gebelik riskini de iki kat arttırmaktadır. Tütün kullanımı, erkeklerde sperm kalitesinde azalma, erektile disfonksiyon gibi etkilere de neden olmaktadır (24, 39, 41).

Tütün kullanımının sindirim kanalı boyunca etkileri; gingivit, periodontit, lökoplaki, diş çürükleri ile başlamakta; özofajit, gastroözofageal reflü (GÖRH), peptik ülser, pankreatit, Crohn hastalığı, beslenme ve emilim bozuklukları şeklinde devam etmektedir. Guatr, Graves hastalığı, diyabet gibi endokrin bozukluklara yol açmakta, Tip I ve II diyabetik olgularda nonproliferatif retinopati ve nöropati riskinde artışa neden olmaktadır. Sigara kullanan kişiler, katarakt, yaşa bağlı maküler dejenerasyon gibi hastalıklarla, üst solunum yolu enfeksiyonları, osteoporoz, depresyon, ciltte kırışıklıklar, erken yaşlanma, yara iyileşmesinde gecikme ile daha sık karşılaşabilmektedir (24, 39, 41).

Sigara içenlerde, cerrahi sonrası dönemde uzamış yatış süresi, uzamış mekanik ventilasyon, ateletazi, pnömoni ve pnömotoraks gibi komplikasyonlar daha sık gelişmekte, pulmoner komplikasyonlar önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır (41).

Tütün, sadece aktif kullananlara değil, ikinci el dumanı maruz kalan pasif içicilere de zarar vermektedir. Dünyada her yıl tütün kullanımının yol açtığı sorunlar nedeniyle hayatını kaybeden 6 milyon kişiden 600 binden fazlasının sigara dumanına maruz kalanlar olduğu tahmin edilmektedir (2). Pasif içicilik; yetişkinlerde inme, KAH, akciğer kanserine neden olmakta, kadınlarda üreme sistemini olumsuz etkilemektedir. Çocuklarda ise orta kulak iltihabı, alt solunum yolu hastalıkları ve bozulmuş akciğer fonksiyonu, ani bebek

ölümleri; maternal tütün kullanımına bağlı olarak da LBW ve konjenital orofasiyal defektler gibi hastalıklar ikinci el sigara dumanı ile ilişkilendirilmektedir (36). Ayrıca “üçüncü el dumana maruziyet” olarak ifade edilen kıyafetler, eşyalar ve mobilyalar üzerine sinmiş sigara dumanındaki zehirli maddeler de insanların özellikle kadın ve çocukların sağlığı için tehlike arz etmektedir (44).

Bütün bunların yanında sigara ve diğer tütün ürünleri, içerdiği nikotin nedeni ile bağımlılık yapmakta ve tütün kullanımının kendisi başlı başına bir hastalık olarak kabul edilmektedir (24).

2.4. Nikotin Bağımlılığı

2.4.1. Tanım

Tütün kullanımı, hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılığa sebebiyet vermektedir. DSÖ Uluslararası Hastalık Sınıflaması’nda (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / ICD 10*) tütün bağımlılığı “Mental ve Davranış Bozuklukları” grubunda “F17” olarak kodlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Tanı ve İstatistik El Kitabı (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM-V) tanı kriterlerinde ise “Tütünle İlişkili Bozukluklar” başlığı altında “Tütün Kullanım Bozukluğu”, “Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar” ve “Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklar” alt başlıkları ile sınıflandırılmıştır. Buna göre **Tütün Kullanım Bozukluğu** şöyle tanımlanır:

On iki aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da oluşturduğu 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 getirememeye ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.

6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.

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 (Örneğin yatakta sigara içme).

9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine rağmen tütün kullanımını sürdürme.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

- a) Eksikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçüde tütün kullanma gereksinimi.
- b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- a) Tütün yoksunluk sendromu belirtilerinin gelişmiş olması
- b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması (45).

Tütün yoksunluğu şöyle tanımlanır:

A) En az birkaç hafta, her gün tütün kullanma

B) Tütün kullanımının bırakılmasından ya da miktarının azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki bulgulardan en az dört belirti ya da bulgunun gelişmesi:

- 1. Kolay sinirlenme, engellenmişlik duygusu ya da öfke
- 2. Bunaltı
- 3. Odaklanma güçlüğü
- 4. Yeme isteğinde artma
- 5. Huzursuzluk
- 6. Çökkün duygudurum
- 7. Uykusuzluk

C) B tanı ölçülerindeki 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, başka bir madde yoksunluğu ya da psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (45).

2.4.2. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi

Psikolojik etkenler ve sosyal alışkanlıkların yanında bağımlılıkta esas bileşen tütünün içerdiği nikotindir. Nikotin bağımlılığı, tütünün bütün kullanım şekillerinde ortaya çıkabilir. Bağımlılık oluşturma potansiyeli, tütün ürünlerinin hangi yoldan alındığı ve kullanılan ürünün nikotin içeriği ile doğrudan ilişkilidir. Çiğneme tütünü, pipo, puro kullanımıyla veya nadir de olsa sigara bırakma tedavilerinde kullanılan nikotin bandı ve nikotin sakızı gibi ilaçların kullanımı ile de görülebilen bu bağımlılık, başlıca sigara ile ortaya çıkmaktadır.

Nikotin, sigaranın içilmesi ile akciğer alveollerine ulaşarak pulmoner çeperlerden, tütün çiğneyenlerde ise hem ağız içi hem de gastrointestinal bölgeden hızlı bir şekilde absorbe edilerek dolaşıma girmekte ve vücutta dağılmaktadır. Nikotin absorpsiyonu; inhale edilen duman miktarına, duman inhalasyonunun derinliği ve süresine, dumanın pH'sına bağlı olarak değişmektedir. Periferik dokulara dağılım ve atılımı nedeniyle beyin ve plazmadaki nikotin düzeyi, hızlı bir şekilde azalma göstermektedir. Nikotin, karaciğer tarafından pek çok metabolite metabolize edilmekte olup %10-15'i kotinin olarak idrarla atılmaktadır. Nikotinin eliminasyonu böbreklerden yapılmaktadır. Bağımlılar, gün içinde sigara sayısını artırdıkları zaman plazma nikotin seviyelerinde dalgalanmalar olur. Ancak nikotinin yarı ömrü 2 saat olduğu için 6-8 saatten fazla maruziyet sonrasında vücutta birikir ve biriken nikotin, gece boyunca vücutta yüksek seviyede kalır (45, 46).

Nikotinin bağımlılık yapan mekanizması acı ve ödül üzerine pekişen bir döngü oluşturur. Nikotin, merkezi ve periferik sinir sisteminde bir kimyasal nörotransmitter olan asetilkolini taklit ederek etki etmektedir. Alkaloid bir madde olan nikotin, lipofilik özelliği ile kan beyin bariyerini kolaylıkla geçmekte; beyne ulaştıktan sonra sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşerek Ventral Tegmental Alan (VTA)'daki nikotinik asetilkolin reseptörlerine tutunup Nükleus Akumbens (NAc)'ten dopamin salınımına sebep olarak ödül etkisi oluşturmaktadır. Bu ödül etkisi, bu etkiyi oluşturan bulmasını ve etkinin tekrarlanmasını söyleyen bir sinyal oluşturur ki bu sinyal bağımlılığın temel etki mekanizmasını ve pozitif pekiştirici etkisini meydana getirmektedir. Sigara içiminden bir süre sonra azalan dopamin, iritabilite ve strese yol açtığından sigara içicisi, dopamin salınması için nikotin açlığı çekmeye başlamaktadır. Nikotinin asetilkolinerjik reseptörlere

sürekli bağlanması da etkide gecikme, desensitizasyon ve up-regülasyona yol açmakta; nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin isteğine neden olmaktadır. Sigara içenlerin bu davranışta ısrar etmesinin, çoğunlukla huzursuzluk, rahatsızlık, üzgün hissetme, bozulmuş konsantrasyon, iştah artışı gibi yoksunluk belirtilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sıkıntıları gidermek için sigara kullanımının sıklaştırılması da nikotinin negatif pekiştirici etkisini oluşturmaktadır. Yoksunluk belirtileri, son sigaranın içiminden birkaç saat sonra ortaya çıkmakta ve takip eden hafta boyunca çok yoğun olarak seyretmektedir. Etkili semptomların çoğu 3-4 hafta içinde çözülmekte ancak iştah artışı birkaç ay sürebilmektedir (45, 46).

2.4.3. Nikotin Bağımlılığı Ölçekleri

Nikotin bağımlılığını değerlendirmede Nikotin Bağımlılık Sendromu Ölçeği (*Nicotine Dependence Syndrome Scale - NDSS*), Wisconsin Tütün Bağımlılığının Nedenleri Envanteri (*Wisconsin Inventory of the Reasons for Tobacco Dependence - WIRTD*), Sigara ya da Sağlık Avrupa Tıp Birliği (*European Medical Association Smoking or Health - EMASH*) Bağımlılık Ölçeği, Tütün Bağımlılığı Tablosu (*Tobacco Dependence Table - TDT*), Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (*Fagerström Test for Nicotine Dependence - FNBT*), Sigara Ağırlık İndeksi (*Heaviness of Smoking Index - HSI*) gibi ölçekler kullanılmakta olup, en çok tercih edileni FNBT'dir (Tablo 2). Hastanın doğrudan kendisinin doldurabileceği bu test ile nikotin bağımlılığı ve bu bağımlılığın şiddeti ölçülebilmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar 0-10 arasında değişmektedir (47). Bu skorlara göre bağımlılık dereceleri; 0-2 ise düşük düzeyde bağımlılık, 3-7 ise orta düzeyde bağımlılık, 8-10 ise yüksek düzeyde bağımlılık olarak değerlendirilmektedir (48).

1978'de İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından 8 soru olarak "Fagerström Tolerans Testi" adıyla oluşturulan FNBT, 1991 yılında Fagerström, Heatherton ve Kozlowski tarafından yeniden değerlendirilerek 6 soruluk son halini almıştır. FNBT'nin Türkiye'de 2004 yılında yapılan çalışmada güvenilirliğinin orta derecede olduğu tespit edilmiş ve Türkiye'de sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği sonucuna varılmıştır (49, 50). En önemli soruları; "sabah uyandıktan sonra ilk sigaranın içilme zamanı" ve "günde kaç sigara içildiği" bilgilerini sorgulayan sorulardır. Aynı zamanda FNBT'nin kısa testi olan HSI'yi de oluşturan bu iki soru muayene sırasında hızlı bir değerlendirme yapılabilmesine olanak tanımaktadır ve genel popülasyonda yapılan çalışmalarda FNBT kadar iyi sonuç verebildiği bulunmuştur (51).

Tablo 2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?	5 dakika içinde 6-30 dakika içinde 30-60 dakika içinde 60 dakikadan sonra	3 2 1 0
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?	Evet Hayır	1 0
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?	Sabah ilk içilen sigara Diğer zamanlarda içilen sigaralar	1 0
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	31 ve daha fazla 21-30 adet 11-20 adet 10 ve daha az	3 2 1 0
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?	Evet Hayır	1 0
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?	Evet Hayır	1 0

Nikotin bağımlılığı ve şiddetinin değerlendirilmesi; sigara bırakma yaklaşımının belirlenmesi ve tedavide izlenecek adımları göstermesi açısından değerlidir.

2.5. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi

Sigara kullanımının ve sigaraya bağlı ölümlerin sıklığı nedeni ile nikotin bağımlılığı ve bu bağımlılıkla mücadele için etkin yöntemler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Sigara bağımlılığı, bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle tedavisi her hekimin görevidir.

Alanı ne olursa olsun her hekim, hastalarının tütün kullanımını sorgulamalı; kullananları saptamalı ve tütün kullanımını bırakmayı önermelidir. Tütün bağımlılığı tedavisinde ilk basamak olarak nitelenebilecek “kısa hekim müdahalesi”, tıbbi terimlerle ve sigaranın zararlı etkileriyle ilgili bilgiler eklenerek sigara bırakma endikasyonlarının sözlü olarak özetlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sadece 3-5 dakika sürecek olan bu girişim, diş hekimleri de dahil olmak üzere tüm hekimlerce, sağlık sisteminin her basamağında rahatlıkla uygulanabilir. Tek başına uygulandığında çok başarılı olmasa da; en maliyet etkili girişimlerden biridir ve hiçbir girişim uygulanmamasıyla karşılaştırıldığında bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (48).

Hekim, sigara içtiğini belirlediği her hastasına sigarayı bırakmasını önermeli ve bırakma girişimi boyunca desteklemelidir. Belli bir anda sigara içenlerin yalnızca %20'si bırakma çabasına girmeye hazırdır. Bırakma çabası gösteren bireylerin desteksiz girişimlerinin %90-95'i başarısız olmaktadır. Bırakma çabası için destek alan bireylerin de %50'si önerilen ilaç dozunu uygulamakta ve programlanan görüşmelerin yarısından azını tamamlamaktadır. Bununla birlikte desteksiz girişimler de başarılı sonuçlanabilir, hekimler desteksiz bırakma konusunda güçlü irade gösteren hastalarının cesaretini kırmamalıdır (52).

Sigara içme davranışı, kompleks bir davranıştır ve başlama, bırakma, sürdürme, aralıklı içme ve nüks gibi farklı davranışsal bileşenleri vardır. Günümüzde sigarayı bırakmaya yönelik geliştirilen tedaviler, bu farklı davranışsal evreler göz önüne alınarak oluşturulmaktadır (23).

Bu evrelerin özellikleri;

Bırakmanın düşünülmediği evre: Bu evredeki hasta, sigara ile ilgili durum değişikliği yapmaya hazır değildir. Davranışını değiştirmeyi, sigaranın zararlarına yönelik bilgi almayı reddeder. Bu evrede hekim, hastaya baskıcı olmayan bir tutumla sigaranın zararları konusunda bilgi vermelidir.

Bırakmanın düşünüldüğü evre: Sigaranın sağlığa zararları konusunda bilgisi olsa da bırakma için gün belirleyememektedir. Eyleme geçme konusunda cesaretlendirilmeli, motivasyon artırıcı görüşmeler yapılmalıdır.

Bırakmaya hazırlanılan evre: Sigaranın sağlığı için risklerini bilmektedir ve bırakmak için bir program yapmıştır. Bu evredeki hastaya farmakoterapi ve davranış desteği tedavisi verilmelidir.

Bırakmanın denendiği evre: Hasta, sigarayı bırakmıştır ancak henüz deneme evresini yani altı ayı doldurmamıştır. Bu süreçte hastanın yakın takibi yapılmalıdır.

Bırakmayı sürdürme: Hasta sigarayı altı aydan uzun süredir bırakmıştır. Ancak halen nüks riski vardır. Hasta en az bir yıl takipte tutulmalıdır (23).

Tütün Kullanımı ve Bağımlılığı Tedavisi Rehberi, günlük poliklinik işleyişinde hastaları; sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olmayanlar, sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olanlar ile sigara içmiş ve yeni bırakmışlar olarak üç gruba ayırmaktadır (53).

Sigara kullanan kişilere hekimler tarafından yapılacak görüşme ve öneriler, kişinin sigarayı bırakmasında etkili olup; istekli hastalara 5A, sigara bırakma konusunda isteksiz olanlara ise 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir.

5A uygulaması; hastanın sigara ve sigaranın etkileri konusunda bilgilendirilmesi, sigara bırakma planının hazırlanması, bu aşamada karşılaşılabilecek zorluklar hakkında bilgilendirilmesi ve takibini içerir.

ASK (SOR): Hastanın doktora başvuru nedeni ne olursa olsun, tütün ürünü kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa ne sıklıkla ve miktarda kullandığı, kullanmaya ne zaman başladığı sorgulanmalıdır.

ADVISE (ÖNER): Hastaya sigarayı bırakması gerektiği mutlaka önerilmelidir.

ASSESS (DEĞERLENDİR): Hastanın sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediği, daha önce bırakmışsa karşılaştığı zorluklar ve endişeleri sorgulanmalı, hastaya bu konuda önerilerde bulunulmalıdır.

ASSIST (ÖNDERLİK ET): Hastaya sigara bırakma planı hazırlanmalı ve hasta yoksunluk belirtileri ile karşılaştığı takdirde yapabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir.

ARRANGE (İZLE): Hasta mutlaka kontrollere çağırılmalı ve yakından takip edilmelidir (48, 54).

Sigara kullanmayı bırakmak istemeyenlere ise 5R stratejilerinin uygulanması önerilmekte, böylece hastaların sigara bırakma konusunda bilinçlendirilmesi ve ikna edilmesi amaçlanmaktadır.

RELEVANCE (İLİŞKİ): Sigaranın etkileri hasta ile ilişkilendirilerek anlatılmalı ve sigara bırakma konusunda hasta cesaretlendirilmelidir.

RISKS (RİSKLER): Hastaya sigara içme sonucu oluşabilecek riskler hakkında bilgi verilmelidir.

REWARDS (ÖDÜLLER): Hastaya sigarayı bırakması halinde hayatında oluşabilecek olumlu etkilerden bahsedilmelidir.

ROADBLOCKS (ENGELLER): Hastanın sigarayı bırakmak istememesine neden olan faktörler belirlenmelidir.

REPETITION (TEKRAR): Hasta ile her görüşmede hasta, sigara bırakma konusunda tekrar bilgilendirilmelidir (48, 54).

Tütün bağımlılığı ile mücadelede hekimler için önemli bir başka grup sigarayı bırakmış olan bireylerdir. Bu hastalar başarılarından dolayı tebrik edilmeli, tam yoksunluğu

sürdürmek için motive edilmeli ve olası tehlikeler hastalara hatırlatılmalıdır (48).

Sigara bırakma tedavileri arasında bilişsel ve davranışçı yöntemler yer alır. Hasta ile sigara bağımlılığı hakkında görüşmek, sigaranın oluşturabileceği zararlar konusunda bilgilendirmek, yoksunluk belirtileri ve bunları ortadan kaldırmak için gerekli önerilerde bulunmak, sigarayı bırakma sürecinin devamlılığı konusunda motive etmek önemlidir. Sigaranın bırakılmasıyla ortaya çıkan nikotin yoksunluk belirtilerinin kontrolü, sigara bırakma başarısını etkileyen faktörlerdendir.

2.5.1. Davranış Terapileri

Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirmeye yönelik teknikler, sigara rutinlerinden uzaklaşma, sigara içme dürtüsüyle başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına yönelik teknikler mevcuttur. Davranışçı yöntemler olarak şunlar sayılabilir:

Doyurma yöntemi: Kişi midesi bulanana kadar içtiği sigara sayısını ve hızını devamlı artırır. Bu teknikte, iyi hasta uyumuna ihtiyaç vardır.

Kendi kendini yönetme teknikleri: Bir yönetici veya terapist eşliğinde bazı ters güdüleme yöntemlerinin kullanılmasını içerir.

Kendini izleme: Kişi sigara içme davranışına yönelik günlük tutar. Bu günlük ile sigara içme nedenleri anlaşılır. Kişi kendi sigara davranışını inceleyerek bu davranışı değiştirme olasılığını artırır.

Ani bırakma ve azaltarak bırakma: Alınan nikotinin azaltılması için sigara sayısı giderek azaltılır veya nikotin içeriği düşük başka bir sigaraya geçilir. Bu yöntemde de nikotin eşik değerinin altına düştüğünde yoksunluk semptomları yaşanabilir. Aniden bırakmada ise yoksunluk semptomları daha yoğun yaşanabilir. Aniden bırakanlarda tekrar başlama eğilimi, azaltarak bırakanlara göre daha azdır.

Hipnoz: Hipnoz yöntemleri en çok hayaller, öneriler, kendini başkasının yerine koyma, kendi kendine gevşeme, nefret etme gibi davranış yöntemlerini içerir. Tekli ya da grup seansları yapılabilir. Sigara bırakma için önerilen ancak çok sayıda bağımlının ulaşamadığı bir yöntemdir.

Grup tedavileri: Davranış tedavilerine ek olarak grup tedavileri de uygulanabilir. Grup, sigara bırakma öncesi ve bırakmayı takip eden günlerde toplanır. Birçok bağımlı desteksiz sigarayı bırakamayacağını belirtmiştir. Bu nedenle, grup

terapilerinin faydalı olduğu üzerinde durulmaktadır.

Davranış tedavileri, pratik önerilerden oluşmalıdır. Sigara bırakma döneminde nikotin yoksunluğuna bağlı bulgular en yoğun ilk 72 saat içinde yaşanır, 2-3 hafta içinde azalarak kaybolur. Sigarayı bırakmayı takip eden üç ay içinde de kişinin karşılaştacağı bazı problemler ve yakınabileceği semptomlar görülebilir. Hekimin bu dönemdeki yardımları sigara bırakma oranlarını artıracaktır. İlk 72 saatte ortaya çıkabilecek olan erken yoksunluk semptomlarıyla (anksiyete, huzursuzluk, iritabilite, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü, depresyon, aşırı sigara içme isteği vb.) mücadele edebilmesi için kişiye bu dönemde, sigara içme ihtimali olan ortamlardan uzak durması, aktif olması, sakız kullanması, derin nefes alma egzersizleri yapması önerilmelidir. Sigara bırakmayı izleyen ilk üç ay içinde depresyon ve kilo artışı da izlenebilir. Depresyon genellikle hafif ve geçicidir, kilo artışının önlenmesi için de hastaya egzersiz ve düşük kalorili gıda alımı önerilmelidir (52).

2.5.2. Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavileri, nikotin yoksunluk semptomlarını azaltarak sigara bırakmayı kolaylaştırır. Sigara bırakmak için verilen farmakoterapilerde birincil sıra tedaviler; nikotin replasman tedavileri (NRT), bupropion ve vareniklidir.

Tütün kullanımının hem öğrenilen bir davranış olması hem de nikotine karşı fiziksel bağımlılık yapması nedeniyle; danışmanlık ve ilaç tedavisi kombinasyonu ile sigarayı bırakmak, bu yöntemlerin tek başlarına kullanılmasına göre daha başarılıdır.

2.5.2.1. Nikotin Replasman Tedavileri

NRT'nin; nikotinik reseptörlere bağlanarak aşırı isteği ve diğer yoksunluk semptomlarını gidermek ve uzun vadede nikotinik reseptör sayısını azaltarak nikotin bağımlılığını azaltmak olmak üzere iki hedefi vardır. NRT için kullanılan preparatlar; transdermal nikotin bandı, nikotin sakızı, nazal sprej, sublingual tablet ve inhalerlerdir. NRT, sigaranın yerine konarak, CO, oksidan gazlar ve karsinojenik etkili katrana maruziyeti azaltır. Ülkemizde bu preparatlardan yalnızca transdermal nikotin bandı ve nikotin sakızı bulunmaktadır. NRT preparatları birbirleri ile, bupropion veya vareniklin ile kombine kullanılabilmektedir (47, 55).

Nikotin replasman ürünleri, farklı farmakokinetik ve nikotin salınım

özelliklerine sahiptir. Uygulanan nikotin bantları deriden, nazal spreyle nazal mukozadan, nikotin sakızı, pastili ve inhalerleri de oral mukozadan emilir. Bu ürünlerden hiçbirisi sigara dumanındaki kadar hızlı nikotin salınımına neden olmaz. Nikotin bantları, uzun etkili ürünler olup yavaş salınımlı nikotin paterni nedeniyle diğerlerine göre göreceli olarak yoksunluk semptomlarını daha geç düzeltir. Hasta uyumu yüksek olmakla birlikte kısa zamanda doz müdahalelerine izin vermez. Buna karşılık nazal spreyle ve oral nikotin formları kısa etkilidir ve yoksunluk semptomlarına karşı daha esnek ve etkilidir. Bununla birlikte, hasta uyumu gün içinde tekrarlayan uygulamalar nedeniyle zordur.

Randomize kontrollü çalışmalarda beş nikotin replasman ürünü de sigara bırakma konusunda plaseboya göre iki katı etkinliğe sahiptir. Randomize kontrollü çalışmalarda etkinlik açısından ürünler arasında fark bulunmamıştır. Ancak nikotin replasman ürünleri kombine edildiğinde tek ürüne göre daha etkilidir (56). Genel olarak NRT'nin 2-3 ay süre ile kullanılması önerilir. Bununla birlikte relaps riski yüksek hastalarda daha uzun periyotlarla kullanılabilir.

Tiryakiler sigarayı bıraktıktan sonra bu ürünlere karşı bağımlı olacakları konusunda endişe eder. Bu durum çok nadir olmakla birlikte gerçekleşebilir. NRT'ler kombinasyon ya da tek başına kullanıldıklarında bupropion ve varenikline göre çok az yan etkiye sahiptir. NRT'ler kardiyovasküler hastalığı olduğu bilinen hastalarda da güvenle kullanılabilir (55, 57).

Nikotin bantları, uygulaması kolay ürünlerdir. 10 dan fazla sigara içen bireylerde sigaranın bırakıldığı gün en yüksek dozda (21 mg/gün) 6 hafta süreyle, ardından 14 mg/gün olacak şekilde 2 hafta süreyle, takiben 7 mg/gün iki hafta süreyle kullanılarak tedavi tamamlanır. Eğer tiryaki 45 kg'dan az ise veya günde 10'dan az sigara içiyorsa 14 mg/gün 6 hafta, ardından 7 mg/gün 2 hafta uygulanır. Nikotin bant tedavisinin uygulama süreleri 8-12 haftadır.

Nikotin sakızı, reçineye bağlı nikotin ve tamponlayıcı ajandan oluşur. Sadece sakız kullanımı tütün yoksunluk semptomlarına karşı korumaz fakat, yoğunluğunu azaltır. Günde 25 veya daha fazla sigara içen tiryakilerde 4 mg'lık dozlar önerilirken daha az içenlere 2 mg/gün önerilir. Tiryaki, her sigara içmek istediğinde sakız çiğneyebilir. Sakız çiğnendikten sonra nikotin oral mukozadan emilir ve kandaki maksimum konsantrasyonuna 20 dakika sonra ulaşır. Tiryaki, ilk 6 hafta 1-2 saatte bir, ikinci 6 hafta dozu azaltılarak toplamda 3 ay süre ile sakız çiğneyebilir. Oral pH'yı düşürerek nikotinin iyonize olmasına

neden olarak absorpsiyonunun azalttığı için asidik içeceklerden (kahve, karbonatlı içecekler) sakız çiğneme sırasında ve öncesinde kaçınılması gerekir. Yan etki olarak bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık, hıçkırık, aşırı tükürük salgısı, ağız irritasyonu ve ülser neden olabilir.

Nikotin pastili farmakokinetik profil olarak sakıza benzer. Sakızdan farklı olarak çiğneme gerektirmez ve kolay kullanılır. Dozu sakıza benzer, maksimum 6 saatte bir 5 pastil ya da günde 20 pastildir. Yan etki olarak ağızda irritasyon, ülser, karın ağrısı, bulantı, kusma, diyare, baş ağrısı ve çarpıntı yapabilir.

Nikotin inhaler kartuşları orofarinks ve oral mukozada emilir, akciğerlere ulaşamaz. Farmakokinetikleri nikotin sakızlarına benzer. Nikotin inhaler ürünleri kullanımında ortaya çıkan plazma nikotin düzeyi, sigara içiminin kabaca üçte biri kadardır. Önerilen doz; ilk 6-12 hafta günlük 6-16 kartuş kullanılması, takip eden 6-12 haftada dozun kademeli olarak azaltılmasıdır. Ağız ve boğazda irritasyon ve bronkospazm yapabilir.

Nikotin nazal sprey diğer oral ürünlere göre daha hızlı emilir. Maksimum kan düzeyine uygulamadan 10 dakika sonra ulaşır. Saatte 1 veya 2 sprey kullanımı, 3 ay süreyle önerilir. Maksimum doz, saatte 10 sprey veya günde toplam 80 spreydir. Yan etki olarak burun ve boğazda irritasyon, rinit, burun akıntısı yapabilir.

Kombine nikotin tedavileri, başlangıç NRT olarak uzun etkili ve kısa etkili nikotin ürünlerinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Nikotin bantları, yoksunluk semptomlarının kontrol altına alınmasında bazal tedavi olarak kullanılmaktadır. Gün içinde sigarayı arzu etme ya da yoksunluk semptomlarının kontrolünde yardımcı olarak kısa etkili ürünler eklenmektedir. Kısa etkili ürünler, hastanın tercihi ya da eşlik eden durumlara göre belirlenmelidir. Üç randomize çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde nikotin bantları ile sakız ya da sprey kombinasyonunun sadece bant kullananlara göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (47, 57).

2.5.2.2. Bupropion

Bupropion, dopamin geri alım inhibitörü olup noradrenerjik ve dopaminerjik salınımı artırmak yoluyla etki göstermektedir. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olur. Tedavi süresi 8 hafta olup; ilk 3 gün 150 mg/gün, 4. günden sonra 300 mg/gün dozunda kullanılır. Sürekli salınımlı formülasyonlu ilaç olan Zyban sigara bırakmada

yardımcı ilaç olarak lisans almıştır. Otuzaltı randomize çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde plasebo ile karşılaştırıldığında bupropionun, sigarayı bırakmadaki başarısı iki kat fazla bulunmuştur. Tedavi bitiminden bir yıl sonra hala sigara kullanmayanların oranı, plasebo ile karşılaştırıldığında daha yüksektir. Bupropion kullanımına sigarayı bırakma tarihinden bir hafta önce başlanması önerilmektedir. Tedavi süresi bir yıla uzatılanlarda kısa dönem sonuçlar daha iyi olmakla birlikte 2 yıl sonundaki bırakma oranları benzerdir. Tedavi süresini uzatma, bireysel olarak hastaya göre değerlendirilmeli; daha önce sigara bırakma deneyimi olanlar tercih edilmelidir (52, 57).

En sık rastlanılan yan etkileri; uykusuzluk, ajitasyon, ağız kuruluğu ve baş ağrısıdır. Daha ciddi yan etkisi ise bupropionun nöbet eşiğini düşürmesine bağlı nöbet geçirmedir. Sigara bırakma çalışmalarında bupropion kullanımına bağlı nöbet riski %0,1'dir. Bu etki doz bağımlı olup yüksek dozlarda ve/veya hastada nöbet için diğer risk faktörlerinin varlığında artar. Bu ilaç epilepsi ya da nöbet geçirme için predispozan faktörü olan hastalarda kontrendikedir.

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2008 yılında bupropion ve vareniklin kullanımı ile intihar girişimi arasında muhtemel ilişki olabileceğini açıklamıştır. Psikiyatrik hastalığı ve birlikte psikiyatrik ilaç almayan hastalarda bile intihar girişimleri bildirilmiştir. Bu nedenle, ilaç alan hastaların nöropsikiyatrik açıdan monitörize edilmesi önerilmiştir. Bupropion stabil kardiyovasküler hastalık ve KOAH'ı olan tiryakiler için güvenli bir ilaçtır (47, 55, 57).

2.5.2.3. Vareniklin

Vareniklin, nikotinik asetilkolin reseptörünün alfa-4 beta-2 subunitinin parsiyel agonisti olup sigara bırakmada etkili bir ajandır. Vareniklin, parsiyel agonist olarak alfa-4 beta-2 nikotinik reseptörleri uyarak nikotin yoksunluk semptomlarını azaltır. İkinci olarak alfa-4 beta-2 nikotinik reseptörlere yüksek afinite ile bağlanarak tütündeki nikotinin bağlanmasını önler. Meta-analizlerde vareniklin, plaseboya göre 3 kat daha fazla sigara bıraktırma başarısına sahiptir (47).

Üç randomize kontrollü çalışmada vareniklin, bupropiona üstün bulunmuştur. Vareniklin ve NRT tedavilerini karşılaştıran çalışmalarda tedavi sonu bırakma oranları açısından vareniklin üstün bulunmuştur. Ancak 2012'de yayınlanan bir meta-analizde 24 haftalık bırakma oranları açısından vareniklin ile NRT arasında istatistiksel anlamlı farklılık

saptanmamıştır (58).

Vareniklin, karaciğerde metabolize edilmediği için diğer ilaçlarla etkileşimi çok azdır. Bununla birlikte, böbreklerden atıldığı için böbrek yetmezliğinde doz ayarlaması gerekir. Vareniklin güvenliği ile ilgili temel iki endişe; nöropsikiyatrik ve kardiyovasküler yan etkilerdir. Tedavi alan hastalar; davranış değişiklikleri, ajitasyon, sinirlilik, bilişsel fonksiyon bozuklukları, depresif duygudurum, intihar girişimi açısından takip edilmelidir. Çünkü literatürde, psikiyatrik hastalığı olmayan ve eş zamanlı psikiyatrik ilaç almayan vareniklin kullanan hastalarda intihar vakaları bildirilmiştir. Ancak bu bulgular, vareniklin almayan hastalarda nikotin yoksunluk semptomları olarak da karşımıza çıkabilir. Bu nedenle bu iki tablonun ayırımı her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle, öyküde psikiyatrik hastalığı olanlarda dikkatli davranılmalı, intihar girişimi var ise vareniklin kullanımından kaçınılmalıdır. Kardiyovasküler hastalığı olduğu bilinen hastalarda vareniklin kullanımı kardiyovasküler olay gelişim olasılığını artırabilir. Ancak bu artış, istatistiksel anlamlı sonuçlara ulaşmamıştır. Düşük kardiyovasküler riski olan hastalarda ise klinik önemli bir kardiyovasküler hastalık artışına neden olmaz. Ancak bu meta-analizler yüksek riskli popülasyonda klinik önemli yan etkilerde artışı dışlamamakla birlikte gerçek risk artışını da ortaya koyamamıştır. Bu nedenle, vareniklin tedavisine başlayıp başlamama kararında kardiyovasküler risklerin belirleyici olmaması önerilir (55, 57).

2.5.2.4. Diğer İlaçlar

Sigara bırakma tedavisinde kullanılabilecek ikincil seçenek ilaçlar da mevcuttur. Bunlar; nortriptilin, klonidin, mekamilamin, rimonabant, monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri ve nikotin aşısıdır. Nortriptilin ve klonidin sigara bırakma tedavisinde daha düşük etkinliğe sahip olmaları nedeniyle daha az kullanılmaktadır. Klonidin ve nortriptilin; ilk tercih grubu ilaçları kullanması kontrendike olan hastalarda kullanılabilir fakat ülkemizde bulunmamaktadır.

Sigarayı bırakma ve nüks önlemede yeni bir potansiyel tedavi olan nikotin aşısı (NicVAX) nikotin molekülüne karşı aktif bağışıklamaya dayanmaktadır. Nikotin aşısı, nikotinin, $\beta 2$ nikotinic asetilkolin reseptörlerine bağlanma oranını azaltmaktadır. Henüz pratik uygulamadaki yeri net olmasa da nikotin aşıları, nikotin bağımlılığı ile mücadelede yeni ufuk açan önemli bir tedavi seçeneği olabilir.

Sonuç olarak; toplum sağlığının korunmasında önemli yeri olan hekimler, her görüşmede hastasının sigara içme öyküsünü almalı ve sigara içenlere bırakması konusunda önerilerde bulunmalıdır.

Sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı hastayı sigarayı bırakması konusunda motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemektir. Hastanın varsa daha önceki sigara bırakma deneyimleri, kullandığı ilaç ve yöntemler de göz önünde bulundurularak kişiye özel en etkili ve güvenli ilaç hastaya önerilmelidir.

Sigara bırakma hastalarına davranış terapisi eşliğinde uygun medikal tedavi verilip, telefon ve klinik izlemlerle iki yıl takip yapılması başarıyı artırmaktadır(52, 55, 57).

2.6. Tütün Kontrolü

Dünyada tütün kontrolü düşüncesi 1950’li yıllarda tütün (sigara) kullanımının sağlık üzerindeki zararları ile ilgili kanıtların ortaya konmasından sonra gelişmiştir. İlk kez 1964 yılında Amerikan Surgeon General Raporu’nda sigara kullanımının sağlık için zararlı olduğu ifadesi yer almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk kez 1970 yılında tütünün sağlık için zararlı olduğuna işaret etmiş, 1980 yılında da “Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin” sloganıyla sağlık ile sigaranın bir arada olamayacağına işaret etmiştir. Bu yıllarda çeşitli ülkelerde de tütün kontrolü yönünde yasal düzenlemeler yapılmıştır (23).

Tütün ile küresel düzeyde mücadele edebilmek için, DSÖ, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)’ni hazırlamış, sözleşme 2003 yılında üye ülkelerin oybirliği ile kabul edilmiştir. Bundan 5 yıl sonra, DSÖ, bir bakıma sözleşme hükümlerinin uygulama kılavuzu olan, tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 uygulamayı içeren bir politika paketi (MPOWER - KUVVET) hazırlamıştır (3). Bu uygulamalar; tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme (M- *Monitor, tobacco use and prevention policies*), sigara dumanından pasif etkilenimlerin önlenmesi (P- *Protect people from tobacco smoke*), sigarayı bırakmak isteyenlere yardım edilmesi (O- *Offer help to quit tobacco use*), bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması (W- *Warn about dangers of tobacco*), tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların uygulanması (E-*enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*) ve tütüne uygulanan vergi miktarını artırılması (R- *Raise taxes on tobacco*) şeklindedir (11).

Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Elveda Sigara Merhaba Hayat” kampanyası ile 1988 yılında başlatılmış, 1996 yılında yürürlüğe girmiş olan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No. 4207) ile ilk

kez yasal dayanak bulmuştur. 2004 yılında, TKÇS' nin imzalanması ile birlikte ülkemizde başlatılan tütün kontrolüne yönelik çalışmalar ivme kazanmıştır. 2006 yılında, ilgili Bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin işbirliği ile hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” genelge olarak yayımlandıktan sonra programın uygulanması için 2007’de bütün illerde “İl Tütün Kontrol Kurulları” oluşturulmuş ve “Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Yine 2007 yılında, TKÇS'nin rehberliğinde ülkemizde yürütülecek faaliyetler için “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008–2012” hazırlanarak kamuoyuna duyurulmuştur (12, 59).

Uluslararası gelişmeler ve uygulamalardan edinilen deneyimlerin ışığında “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” 2008 yılında adı ve içeriği değiştirilerek “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” haline dönüştürülmüştür. Genişletilerek daha kapsamlı hale getirilmesi sayesinde, ulusal tütün kontrol programı Türkiye’de büyük bir hız kazanmıştır. Bu yasa ile, bütün kapalı mekanların sigara dumanından arındırılmış olması, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı ile tütün endüstrisi tarafından sponsorluk yapılmasının yasaklanması, televizyon kanallarında tütün kullanımının zararları konusunda eğitici yayınlar yapılması mümkün olmuş, 2009 yılı Temmuz ayından itibaren Türkiye “tam sigara dumansız” ülke olmuştur (23, 60). 2010 tarihi itibarıyla sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları (birleşik uyarılar) kullanılmaya başlanmış, ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı 2010 tarihinde faaliyete geçmiştir. 2013 yılında, Türkiye’nin M-POWER kriterlerinin tamamını karşılayan ilk ve tek ülke olduğu DSÖ tarafından resmen ilan edilmiştir (11, 12, 59).

Yürürlükte olan son eylem planı ise “Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı 2015-2018” adıyla; tütün ürünlerine olan talebin azaltılmasına yönelik önlemler, tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler ve tütün kullanımı ve ulusal tütün kontrol programının izlenmesi, değerlendirmesi ve raporlanması ana başlıkları ile yayınlanmıştır. Bu planda ayrıca tüm klinik karşılaşmalarda kısa hekim müdahalesi uygulanması ve tütün bağımlılığının tedavisi için klinik müdahalenin birinci basamağa (aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezi) entegrasyonunun sağlanması tütünle mücadele için belirlenen stratejilerden bazıları olarak belirtilmiştir (16)

Ülkemizde göğüs hastalıkları, psikiyatri, aile hekimliği ve medikal onkoloji ile pratisyen hekimler içinden sertifikası olanlar tarafından sigara bırakma poliklinik hizmetleri verilmektedir. Bu polikliniklerde kendi isteği ile sigarayı bırakmak isteyen ya da bir hekim tarafından sigarayı bırakması önerilen bağımlı kişilere hizmet verilmekte, hekimler

tarafından ilaç tedavisi için uygun görülen kişilere de sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçlar 2015 tarihi itibarıyla ücretsiz olarak verilmektedir (59, 60).

Tütün ürünlerini kullanmaya başlamayı önlemek ve kullananların bırakması için çaba sarf etmek aslında her hekimin görevidir (60). Hekimlerin tütün ile mücadele konusunda ayrıca toplum için rol model olma, bireyleri sigaradan ve sigara dumanının pasif etkilenimlerinden koruma, sigara ile ilgili yeni yaklaşım ve stratejileri bilme ve geliştirilecek olan ulusal politikalara katkı verebilme gibi sorumlulukları da bulunmaktadır (61).

Aile hekimliği gibi sağlık sisteminin giriş noktası olan ve temel görevleri arasında koruyucu hekimlik olan hekimler ise bu konuda özel önem arz etmektedirler. Aile hekimleri, hastalarıyla kurdukları iyi iletişim ve verdikleri sürekli bakım nedeniyle tütün ürünleri ile mücadelede diğer hekimlere göre çok daha avantajlı durumdadırlar (60). Bu avantajın kullanılması, tütün ve ürünleri ile mücadele ve sağlığın geliştirilmesinde büyük katkılar sağlayacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Aile hekimliği birimleri; geniş organizasyon ağı ve sundukları koruyucu ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmeti ile hasta ve sağlıklı tüm nüfusa ulaşabilme olanağı ile sigara kullanımına karşı mücadelede önemli birimlerdir. Bu araştırmada, aile hekimliği birimlerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin sigara içme durumlarının belirlenmesi ve sigara bırakma tedavi ve yöntemleri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırma Projesi

Bu araştırma projesi; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 03.05.2016 tarihinde onaylanmıştır. Çalışmanın proje numarası KA16/175 olarak belirlenmiştir. Ayrıca örnekleme ulaşmak için gerekli olan Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde Sağlık Bakanlığına bağlı aile hekimliği birimlerinde hizmet vermekte olan aile hekimlerinin sayı ve isim listesi ile araştırmayı yürütmek için gerekli izin Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na (THSK) başvurularak alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Türkiye Cumhuriyeti'ni temsil eden 7 coğrafi bölgeden güç analizi sonucunda tabakalı örneklem ile seçilen 401 aile hekimliği uzmanı ve aile hekimliği uyum eğitimi sertifikalı pratisyen hekimin katılımıyla yürütülmüştür.

3.4.Araştırma Evreni ve Evrenin Tanımlanması

3.4.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde Sağlık Bakanlığına bağlı aile hekimliği birimlerinde hizmet vermekte olan 21.345 aile hekimliği uzmanı ve aile hekimliği uyum eğitimi sertifikalı pratisyen hekim oluşturmaktadır.

3.4.2 Araştırmaya Kabul Kriterleri

Araştırmaya, Türkiye genelinde 7 coğrafi bölgeye ayrılan illerden birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren aile hekimliği uzmanlarından veya aile hekimliği uyum eğitimi sertifikalı pratisyen hekimlerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile onay vererek katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

3.4.3 Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Birinci basamak dışındaki sağlık kuruluşlarında görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve soru formunu eksik veya uygunsuz dolduran aile hekimliği uzmanları ve aile hekimliği uyum eğitimi sertifikalı pratisyen hekimler araştırmadan dışlanmıştır.

3.4.4 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4.5 Araştırmanın Örneklemi

Örneklem belirlemek üzere Sağlık Bakanlığı verilerine başvurularak ülkenin 81 ilinde aile hekimliği birimlerinde görev yapmakta olan hekim sayıları il bazında elde edilmiş, ilk olarak “Ağırlığa Orantılı” paylaştırma ile 7 coğrafi bölgede (tabakaya) bulunan aile hekimleri çalışmanın amacına uygun olarak illere göre tabakalandırılmış ve illerdeki toplam aile hekimi sayılarına orantılı olarak “Ağırlığa Orantılı” paylaştırma ile dağıtılmıştır. Buna göre, %95 güven düzeyinde örneklem genişliği 377 aile hekimi olup cevapsızlık oranı %10 olarak belirlendiğinden çalışmaya alınacak toplam aile hekimi sayısı 415 olarak belirlenmiştir. Hesaplara söz konusu olan bölgeler ve bu bölgelere karşılık gelen katılımcı sayıları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Bölgeler ve bu bölgelere karşılık gelen katılımcı sayıları

Bölge	Aile Hekimleri	
	N	Tabaka başı katılımcı (n)
Akdeniz	2.792	54
Doğu Anadolu	1.562	30
Ege	2.891	56
Güneydoğu Anadolu	2.169	42
İç Anadolu	3.477	68
Marmara	6.251	122
Karadeniz	2.203	43
Toplam	21.345	415

3.4.6 Araştırmaya Katılım Oranı

Araştırma kapsamında 415 aile hekimine ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya seçilen katılımcılardan 9'u (%2,0) araştırmaya katılmak istememiş, anket uygulanan aile hekimlerinden 5'i (%1,2) sorulara eksik cevap verdiği için analize dahil edilmemiştir. Bu şekilde araştırma 401 aile hekiminin katılımıyla (%96,6) tamamlanmıştır.

3.4.7 Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmada veri kaynağı olarak “Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları” anket formu kullanılmıştır (Ek 1). Anket 5 bölümden ve 55 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde 15 soru ile (1-15. sorular) katılımcıların sosyodemografik ve sigara kullanımı ile ilgili bazı özellikleri sorgulanmıştır. İkinci bölümde 12 soru (16-27. sorular) ile katılımcıların sigara bırakma tedavisi hakkındaki davranışları, üçüncü bölümde 11 soru (28-38. sorular) ile sigara bırakma tedavisi hakkındaki tutumları, dördüncü bölümde 11 soru (39-49. sorular) ile ise katılımcıların sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi durumları değerlendirilmiştir. Anketin son bölümünde sigara kullananların yanıtladığı Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi bulunmaktadır. 6 sorudan oluşan bu testin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği 2004'te Uysal ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (49).

3.4.8 Araştırma Verisinin Toplanması

Araştırma başlamadan önce, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan Sağlık Bakanlığı'na bağlı aile hekimliği birimlerinde çalışan hekimlerin isim listesi alınmış; anket uygulanacak kişiler bu listeden basit rastgele seçim yöntemiyle, araştırma örneklemine uygun sayıda olacak şekilde belirlenmiştir. Anket uygulanacak aile hekimleri telefonla aranmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenlere anketler, e-posta veya kargo yoluyla gönderilmiştir. Anketler 08.07.2016-30.12.2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmayla ilgili olan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, tüm katılımcılara anketle birlikte sunularak katılımcılardan onay alınmıştır.

3.4.9 İstatistiksel İncelemeler

Araştırma verisi SPSS (Statistical Package For Social Sciences for Windows v.22,0, SPSS Inc. Chicago, IL) aracılığıyla bilgisayar ortamına girilmiş ve değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (minimum-maksimum) ve yüzde oran olarak sunulmuştur. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde herhangi bir hücrenin beklenen sıklığının 1'in altında olmaması ve beklenen sıklıkların %20'sinden fazlasının 5'in altında olmaması kuralı dikkate alınmıştır. Bu kurala uymayan durumlarda Monte Carlo yöntemi uygulanmıştır. En az bir değişkenin kategori sayısı 2'den fazla olan karşılaştırmalarda (2x2 dışındaki karşılaştırmalarda) anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptayabilmek için, anlamlı fark saptanmayıncaya kadar, en büyük ki-kare değerine sahip olan kategori çıkarılarak karşılaştırmaya devam edilmiştir. Farkın kaynağı olarak, çıkarıldığında anlamlı farkın saptanmadığı kategori kabul edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler ($n \geq 50$ ise; Kolmogorov-Smirnov Testi, $n < 50$ ise; Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasında istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır.

3.4.10 Araştırmanın Süresi

Araştırmanın aşamalarına göre geçen süreler ve çalışma takvimi Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışma Takvimi, Şubat 2016 – Mart 2017

	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart
PLANLAMA AŞAMASI														
Literatür Tarama														
Araştırma Önerisinin Hazırlanması														
Araştırma Projesinin Verilmesi														
UYGULAMA AŞAMASI														
Verilerin Toplanması														
Verilerin Bilgisayara Aktarılması														
ANALİZ AŞAMASI														
Verilerin Analizi (Tablo ve Grafiklerin Oluşturulması)														
Verilerin Yorumu														
RAPOR AŞAMASI														
Tez raporunun hazırlanması														
Tez raporunun sunulması														

4. BULGULAR

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde yürütülen araştırma kapsamında Türkiye Cumhuriyeti'nin 7 bölgesinden tabakalı örneklem yöntemiyle belirlenen toplam 401 aile hekimine ulaşılmıştır. Ulaşılan aile hekimlerine e-posta veya kargo ile göndermek suretiyle “Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları” anketi uygulanmıştır. Yapılan anket verilerinin analizleri sonucu aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

4.1. Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması $39,2 \pm 8,6$ (min:23, maks:61) yıldır. Aile hekimlerinin %53,4'ü (n=214) erkek, %46,6'sı (n=187) ise kadındır ve erkek:kadın oranı 1,14'tür. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %76,8'i (n=308) evli, %23,2'si (n=93) bekaardır.

Araştırmaya dahil edilen aile hekimleri meslekte ortalama $14,3 \pm 8,7$ (min:1, maks:38) yıl geçirdiklerini ifade ederken, aile hekimi olarak ortalama $5,3 \pm 3,2$ (min:0, maks:21) yıldır çalıştıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin çalıştıkları il ve ilçeler değişkeni çok çeşitlilik gösterdiğinden değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 5'te aile hekimlerinin uzmanlık durumları ve sigara bırakma tedavisi eğitimleri ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya dahil edilen aile hekimlerinin %20,2'si (n=81) uzman hekim olduğunu belirtmiştir. Aile hekimlerinin %21,7'si (n=87) 0-5 yıldır hekimlik yaptığını ifade ederken, %46,1'i (n=185) aile hekimliği yapma süresinin 6-10 yıl arasında olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %17,2'si (n=69) sertifikalı tütün bağımlılığı eğitimi aldığını ifade ederken, %16,7'si (n=67) sertifikasız olarak tütün bağımlılığı eğitimi aldığını; %66,1'i (n=265) ise herhangi bir tütün bağımlılığı eğitimi almadığını belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 6'da aile hekimlerinin kendilerinin sigara ve diğer tütün ürünleri kullanımı ile ilgili özellikleri sunulmuştur.

Tablo 5. Anket Yapılan Aile Hekimlerinin Genel Özellikleri

	Sayı (n)	%*
Uzmanlık durumu		
Uzman	81	20,2
Uzman değil	320	79,8
Toplam hekimlik süresi		
0-5 Yıl	87	21,7
6-10 Yıl	86	21,4
11-15 Yıl	46	11,5
16-20 Yıl	62	15,5
21-25 Yıl	75	18,7
26-30 Yıl	40	10,0
31 yıl ve daha fazlası	5	1,2
Aile hekimi olarak çalışma süresi		
0-2 Yıl	85	21,1
3-5 Yıl	121	30,1
6-10 Yıl	185	46,1
>10 Yıl	10	0,2
Tütün bağımlılığı tedavi eğitimi bilgileri		
Hayır	265	66,1
Evet (Sertifikalı)	69	17,2
Evet (Sertifikaşız)	67	16,7
*Sütun Yüzdesi		

Tablo 6. Aile Hekimlerinin Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanımı Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n)	%*
Sigara kullanım bilgileri		
Hiç içmeyenler	140	34,9
Bir-birkaç kez deneyenler	67	16,7
Ara sıra sigara içenler	36	9,0
Halen sigara içenler	88	21,9
Sigarayı bırakanlar	70	17,5
Sigara dışında diğer tütün ürünleri kullanım bilgileri (n=55)		
Nargile	39	70,9
Puro	12	21,8
Pipo	3	5,5
Diğer	1	1,8
*Sütun Yüzdesi		

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %34,9'u (n=140) hiç sigara kullanmadığını, %16,7'si (n=67) bir veya birkaç kez denediğini, %9'u (n=36) ara sıra içtiğini, %21,9'u (n=88) halen sigara kullanmakta olduğunu ve %17,5'i (n=70) sigara kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir. Buna göre aile hekimlerinin sigara kullanım durumları; kullananlar (%30,9; n=124), kullanmayanlar (%51,6; n=207) ve bırakanlar (%17,5; n=70) olarak 3 gruba

ayrılmıştır. Sigara dışında diğer tütün ürünleri kullanımı ile ilgili soruya verilen cevaplarda, aile hekimlerinin %86,3'ünün (n=346) sigara dışında diğer tütün ürünlerini kullanmadığı belirlenmiştir. Sigara dışı tütün ürünleri kullanımında dağılım; %9,7 (n=39) nargile, %3,0 (n=12) puro, %0,7 (n=3) pipo ve %0,2 (n=1) şeklindedir (Tablo 6).

Aile hekimlerinin cinsiyet, medeni durum ve uzman hekim olup olmama durumlarına göre sigara kullanım durumlarına bakıldığında; erkeklerde sigara kullananların %38,3 (n=82) ve kadınlarda %22,5 (n=42) olduğu gözlenmiştir. Sigara bırakanların oranı kadın hekimlerde %9,1 (n=17) iken bu oran erkek hekimler için %24,8'dir (n=53) (p=0,000) (Tablo 7).

Tablo 7. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumlarının Cinsiyet, Medeni durum ve Eğitimlerine Göre Dağılımı

	Sigara kullanma durumu						p
	Kullanan		Kullanmayan		Bırakan		
	Sayı(n)	%*	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%*	
Cinsiyet							
Kadın	42	22,5	128	68,4	17	9,1	0,000
Erkek	82	38,3	79	36,9	53	24,8	
Medeni durum							
Evli	102	33,1	151	49,0	55	17,9	0,141
Bekar	22	23,7	56	60,2	15	16,1	
Uzmanlık durumu							
Uzman	16	19,8	57	70,4	8	9,9	0,001
Uzman değil	108	33,8	150	46,9	62	19,4	
*Satır yüzdesi							

Aile hekimlerinin medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde, evli olanların %33,1 (n=102) ve bekar olanların %23,7 (n=22) oranında sigara kullandığı gözlenmiştir (p=0,141). Uzman hekim olanlarda sigara kullanımı %19,8 (n=16), uzman olmayanlar hekimlerde ise %33,8 (n=108) olarak bulunmuştur ve fark anlamlı olarak tespit edilmiştir (p=0,001) (Tablo 7).

Tablo 8'de sigara kullanma durumlarına göre aile hekimlerinin yaş, meslekteki toplam süre ve aile hekimi olarak çalışma sürelerinin ortalamaları verilmiştir. Her üç grup için de yaş, hekimlik ve aile hekimliği süreleri normal dağılıma sahip değildir (Yaş, hekimlik ve aile hekimliği süreleri için normal dağılım için sigara kullanan grupta sırasıyla Kolmogorov-Smirnov p=0,011, p=0,000; p=0,000, kullanmayan grupta p=0,000, p=0,000 ve p=0,000 ve bırakan grupta p=0,012, p=0,018 ve p=0,000) (Tablo 8).

Tablo 8. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Yaş ve Hekimlik Süresi Dağılımı

	Sigara kullanma durumu (Ortalama±SD) (Ortanca)			p-değeri*
	Kullanan	Kullanmayan	Bırakan	
Yaş	39,2±8,4 (39,0)	37,9±8,5 (36,0)	43,4±7,8 (45,0)	0,000
Toplam hekimlik süresi (yıl)	14,1±8,7 (14,0)	13,0±8,6 (10,0)	18,3±7,6 (20,0)	0,000
Aile hekimi olarak çalışma süresi (yıl)	5,3±3,0 (6,0)	5,0±3,4 (4,0)	6,2±2,8 (6,0)	0,001

* Kruskal -Wallis testi

Aile hekimlerinin sigara kullanma durumlarına göre yaş ortalamaları, meslek hayatlarındaki çalışma yılları ortalamaları ve aile hekimi olarak çalışma yılları ortalamaları karşılaştırıldığında bütün kategorilerde en düşük ortalamanın sigara kullanmayanlarda, en yüksek ortalamaların ise sigara kullanmayı bırakanlarda olduğu görülmüştür. Sigara kullanan grubun yaşı ortanca 39,0 yıl iken bu rakam kullanmayanlarda 36,0 yıl ve bırakanlarda 45,0 yıl'dır (p=0,000). Toplam hekimlik süresi sigara kullanan grupta ortanca 14,0 yıl olup, sigara kullanmayan grupta 10,0 yıl ve bırakan grupta 20,0 yıl olmuştur (p=0,000). Aile hekimi olarak çalışma süresi hem sigara kullanan grupta hem de sigarayı bırakmış grupta ortanca 6,0 yıl ve sigara kullanmayan grupta ise 4,0 yıldır (p=0,001) (Tablo 8).

Tablo 9'da sigara kullanan hekimlerin sigara kullanım süreleri ve bağımlılık durumları hakkında bazı bilgiler verilmiştir.

Tablo 9. Sigara Kullanan Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Özellikleri

		Ortalama±S			
Sigara kullanım süresi (yıl)		13,8±8,6			
Sigara kullanım miktarı(adet/gün)		13,6±11,5			
FNBT* skoru		4,3±4,0			
Sigara bağımlılık derecesi		Sayı (n; %)			P
		Düşük	Orta	Yüksek	0,000
	Kadın	25;75,8	5;15,2	3;9,1	
	Erkek	28;37,3	41;54,7	6;8,0	
	Toplam	53;49,1	46;42,6	9;8,3	
*FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi					

*FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Sigara kullanan aile hekimlerinin ortalama sigara kullanım süresi $13,8 \pm 8,6$ yıl, günlük sigara kullanım adet ortalaması $13,6 \pm 11,5$ olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin FNBT skorlarının ortalaması $4,3 \pm 4,0$ olarak bulunmuştur. FNBT skorlarına göre belirlenen bağımlılık düzeylerine göre aile hekimlerinin %49,1'i (n=53) düşük bağımlılık düzeyine sahip olup, %8,3'ü (n=9) ise yüksek bağımlılık düzeyine sahiptir. Orta bağımlılık düzeyindeki aile hekimlerinin oranı ise %42,6 (n=46)'dır. Kadın aile hekimlerinde düşük bağımlılık düzeyi %75,8 (n=25) iken erkek aile hekimlerinde bu oran %37,3 (n=28) olarak bulunmuştur. Yüksek bağımlılık oranı ise kadın aile hekimlerinde %9,1 (n=3) ve erkek aile hekimlerinde ise %8,0 (n=6) olarak tespit edilmiştir. Sigara kullanan aile hekimlerinin bağımlılık düzeyleri ile cinsiyetleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,000). Kadın aile hekimlerinin sigara bağımlılık durumları erkek olanlardan anlamlı olarak düşüktür (Tablo 9).

Tablo 10'da sigarayı bırakanların kullanım süreleri ve miktarları, bırakmada kullandıkları yöntem ve ne kadar süredir sigara kullanmadıkları verilmiştir.

Tablo 10. Sigarayı Bırakan Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım ve Sigarayı Bırakma Özellikleri

Ortalama $\pm$ S		
Sigara kullanım süresi(yıl)	13,6 $\pm$ 7,2	
Sigara kullanım miktarı(adet/gün)	18,3 $\pm$ 8,7	
Sigara kullanmama süresi (yıl)	7,7 $\pm$ 6,4	
Bırakma yöntemi	Sayı (n)	%*
Destek tedavisi almamış	57	81,4
İlaç tedavisi almış	9	12,9
Diğer	4	5,7
*Sütun yüzdesi		

Sigara kullanımını bırakan aile hekimlerinin ortalama sigara kullanım süresi $13,6 \pm 7,2$ yıl olup kullanırken günde ortalama $18,3 \pm 8,7$ adet sigara içtikleri belirlenmiştir. Katılımcılar, ortalama $7,7 \pm 6,4$ yıldır sigara kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Sigarayı bırakan aile hekimleri bırakma sürecinde %81,4 (n=57) herhangi bir destek tedavisi almamış olup %12,9'u (n=9) ilaç tedavisi ile sigarayı bırakmıştır. Sigarayı bırakan aile hekimlerinin %5,7'si (n=4) sigara bırakma yöntemi olarak diğer yöntemleri kullanmıştır. NRT, psikoterapi veya motivasyonel görüşme yöntemlerini sigara bırakmada bir yöntem olarak kullanan aile hekimi bulunmamaktadır (Tablo 10).

Tablo 11’de sigarayı bırakan aile hekimlerinin sigarayı bırakma nedenleri ve dağılımları sunulmuştur.

Tablo 11. Sigarayı Bırakan Aile Hekimlerinin Bırakmalarında Etkili Olan Nedenlerin Dağılımı

Sigara Bırakma Nedenleri	Yanıt Sayısı*	%
Kişisel sağlık ile ilgili kaygılar	57	34,1
Yakınlarının sağlık sorunları	33	19,8
Tütün kullanımı ile ilgili yapılan kanuni düzenleme ve yaptırımlar (Dumansız saha uygulaması vb.)	14	8,4
Sigara paketleri üzerindeki resim ve uyarılar	5	3,0
Kamu spotları	3	1,8
Ekonomik nedenler	13	7,8
Diğer	42	25,1
n=70 *Birden fazla yanıt verilmiştir		

Sigara kullanmayı bırakan aile hekimlerinin sigara bırakma nedenleri için verdikleri yanıtların %34,1’ini (n=57) kişisel sağlık ile ilgili kaygıları, %19,8’ini (n=33) yakınlarının sağlık sorunları oluşturmaktadır. Tütün kullanımı ile ilgili yapılan kanuni düzen ve yaptırımlar (dumansız saha uygulaması vb.) %8,4 (n=14), sigara paketleri üzerindeki resim ve uyarılar %3 (n=5), kamu spotları %1,8 (n=3) oranında etkili olmuşlardır. Sigara bırakmalarında ekonomik nedenlerin etkili olduğunu ifade eden aile hekimleri %7,8 (n=13) iken; %25,1 (n=42) kişi “diğer” seçeneğini işaretlemiştir (Tablo 11).

Tablo 12’de sigara dışı tütün ürünleri kullananların sigara kullanımına göre karşılaştırması incelenmiştir.

Tablo 12. Aile Hekimlerinin Sigara ve Sigara Dışında Tütün Ürünleri Kullanımı ile İlgili Özellikler

Sigara dışında diğer tütün ürünleri	Sigara kullanma durumu					
	Kullanan		Kullanmayan		Bırakan	
	Sayı (n)	%*	Sayı (n)	%*	Sayı (n)	%*
Nargile	20	69,0	17	85,0	2	33,3
Puro	6	20,7	2	10,0	4	66,7
Pipo	3	10,3	0	0,0	0	0,0
Diğer	0	0,0	1	5,0	0	0,0
Toplam	29	100,0	20	100,0	6	100,0
*Sütun yüzdesi						

Sigara dışı tütün ürünleri içinde en sık kullanım nargile kullanımı (%70,9) olarak tespit edilmiştir (Tablo 6). Sigara kullanmayan aile hekimlerinin %9,7’si (20/207) sigara

dışında bir tütün ürünü kullanmaktadır. Bu tütün ürünlerinin dağılımı %85,0 (n=17) nargile, %10,0 (n=2) puro ve %5,0 (n=1) diğer şeklindedir (Tablo 12).

Tablo 13'te tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan aile hekimlerinin sigara kullanma durumları verilmiştir. Sigara kullanım oranı tütün bağımlılığı tedavisi için eğitim alan aile hekimlerinde eğitim almayanlara göre daha düşüktür. Sertifikalı olarak tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan hekimlerin %58,0'i (n=40) sigara kullanmamaktadır. Bu oran eğitim almayanlar için %47,9 (n=127) olup sertifikasız eğitim alanlar için %34,6 (n=40) olarak bulunmuştur (p=0,325) (Tablo 13).

Tablo 13. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumlarına göre Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alıp Almama Durumlarının Dağılımı

Tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alma durumu	Sigara kullanma durumu					
	Kullanan		Kullanmayan		Bırakan	
	Sayı (n)	%*	Sayı (n)	%*	Sayı (n)	%*
Sertifikalı eğitim alanlar	20	29,0	40	58,0	9	13,0
Sertifikasız eğitim alanlar	17	20,7	40	34,6	10	11,7
Eğitim almayanlar	87	32,8	127	47,9	51	19,2
Toplam	124	30,9	207	51,6	70	17,5
*Satır yüzdesi						

4.2. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan aile hekimlerine sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere 11 ifade verilmiştir. Verilen ifadeler ve katılımcı aile hekimlerinin bu ifadeler için verdikleri yanıtlar Tablo 14'te sunulmuştur.

Araştırmaya katılan aile hekimlerine, hastaların sigara içmemesini önermenin birincil koruma olup olmadığı sorulduğunda %90'ı (n=361) doğru cevabı işaretlemiştir. Motivasyon görüşmeleri ve bilişsel davranışsal terapi yöntemlerinin, tek başlarına sigara bırakmada etkili olup olmadığı sorulduğunda aile hekimlerinin %50,6'sı (n=203) ifade için “yanlış” şıkkını işaretleyerek doğru cevabı vermiştir. Hekimlerin %66,3'ü (n=266) standart tedavilerde sigarayı yavaş yavaş azaltmak ve daha düşük nikotin veya katran içeren sigaraya geçmenin; sigara bırakma yerine geçebilecek sağlıklı bir alternatif olmadığını belirterek doğru cevabı vermiştir. Sigara bırakma için verilen farmakoterapilerde birincil sıra tedavilerin NRT, bupropion ve vareniklin olduğunu katılımcıların %69,1'i (n=277) doğru bilmiştir. Oral NRT uygulamalarında çok düşük de olsa nikotin bağımlılığını sürdürme riski

olduğunu bilen hekimlerin oranı %61,8 (n=248) iken oral NRT’de bağımlılık riskinin, sigara bağımlılığının devam ettirilmesi değil, bağımlılığın oral NRT formları ile sürdürülmesi şeklinde olduğunu bilen hekimlerin oranı ise %45,6’tür (n=183) (Tablo 14).

Tablo 14. Aile Hekimleri Tarafından Sigara Bırakma Tedavisi Bilgi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Yanıtlar n (%*)		
	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Hastaların sigara içmemesini önermek birincil korumadır.**	361 (90,0)	23 (5,7)	17 (4,2)
Motivasyon görüşmeleri ve bilişsel davranışsal terapi yöntemleri, tek başlarına sigara bırakmada etkili değildir.	203 (50,6)	166 (41,4)	32 (8,0)
Standart tedavilerde; sigarayı yavaş yavaş azaltmak, daha düşük nikotin veya katran içeren sigaraya geçmek; sigara bırakma yerine geçebilecek sağlıklı bir alternatiftir.	266 (66,3)	92 (22,9)	43 (10,7)
Sigara bırakma için verilen farmakoterapilerde birincil sıra tedaviler NRT, bupropion ve vareniklindir.**	277 (69,1)	30 (7,5)	94 (23,4)
Oral NRT uygulamalarında çok düşük de olsa nikotin bağımlılığını sürdürme riski vardır.**	248 (61,8)	49 (12,2)	104 (25,9)
Oral NRT’de bağımlılık riski, sigara bağımlılığının devam ettirilmesi değil, bağımlılığın oral NRT formları ile sürdürülmesi şeklindedir.**	183 (45,6)	60 (15,0)	158 (39,4)
Elektronik sigara, sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir NRT ürünüdür.	194 (48,4)	120 (29,9)	87 (21,7)
NRT için, sigara bırakırken önemli olan sigarayla alınan miktara yakın bir miktarda (%80-90) nikotin verilmesidir.**	151 (37,7)	102 (25,4)	148 (36,9)
Bupropion ve vareniklin tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır ve 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir.**	246 (61,3)	24 (6,0)	131 (32,7)
Bupropion ve vareniklin kullanılırken, doz ayarlaması içilen sigara sayısına göre yapılmalıdır.	146 (36,4)	97 (24,2)	158 (39,4)
Yeni sigara bırakmış ve yeniden başlamış hastalarda tedavi kürü tekrarlanmaz.	157 (39,2)	52 (13,0)	192(47,9)
*Satır yüzdesi			
**Doğru olarak kabul edilen ifadeler			

Hekimlerin %48,4’ü (n=194) elektronik sigaranın, sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir NRT ürünü olup olmadığı sorulduğunda doğru olarak kabul edilen “yanlış” şıkkını işaretlemiştir. NRT için, sigara bırakırken önemli olanın sigarayla alınan miktara yakın bir miktarda (%80-90) nikotin verilmesi olduğunu bilenler katılımcıların % 37,7’sini (n=151) oluştururken; bupropion ve vareniklin tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanıp, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlendiğini bilenler % 61,3’ünü (n= 246)

oluşturmaktadır. “Bupropion ve vareniklin kullanılırken, doz ayarlaması içilen sigara sayısına göre yapılmalıdır.” ifadesi için yanlış şıkkını işaretleyerek doğru cevabı veren aile hekimlerinin oranı %36,4 (n=146) iken soruya en çok %39,4 (n=158) oranı ile “bilmiyorum” cevabı verilmiştir. Yeni sigara bırakmış ve yeniden başlamış hastalarda tedavi kürünün tekrarlanıp tekrarlanmadığını bilmediğini ifade eden katılımcılar %47,9 (n=192) ile çoğunluğu oluştururken, sorunun doğru cevabı olan “yanlış” şıkkını işaretleyenler katılımcıların %39,2’sini (n=157) oluşturmaktadır (Tablo 14).

Tablo 15’te aile hekimlerinin bölgelere, uzmanlık durumuna, tütün bağımlılığı eğitimi alma durumuna ve sigara kullanma durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap sayılarının dağılımı sunulmuştur.

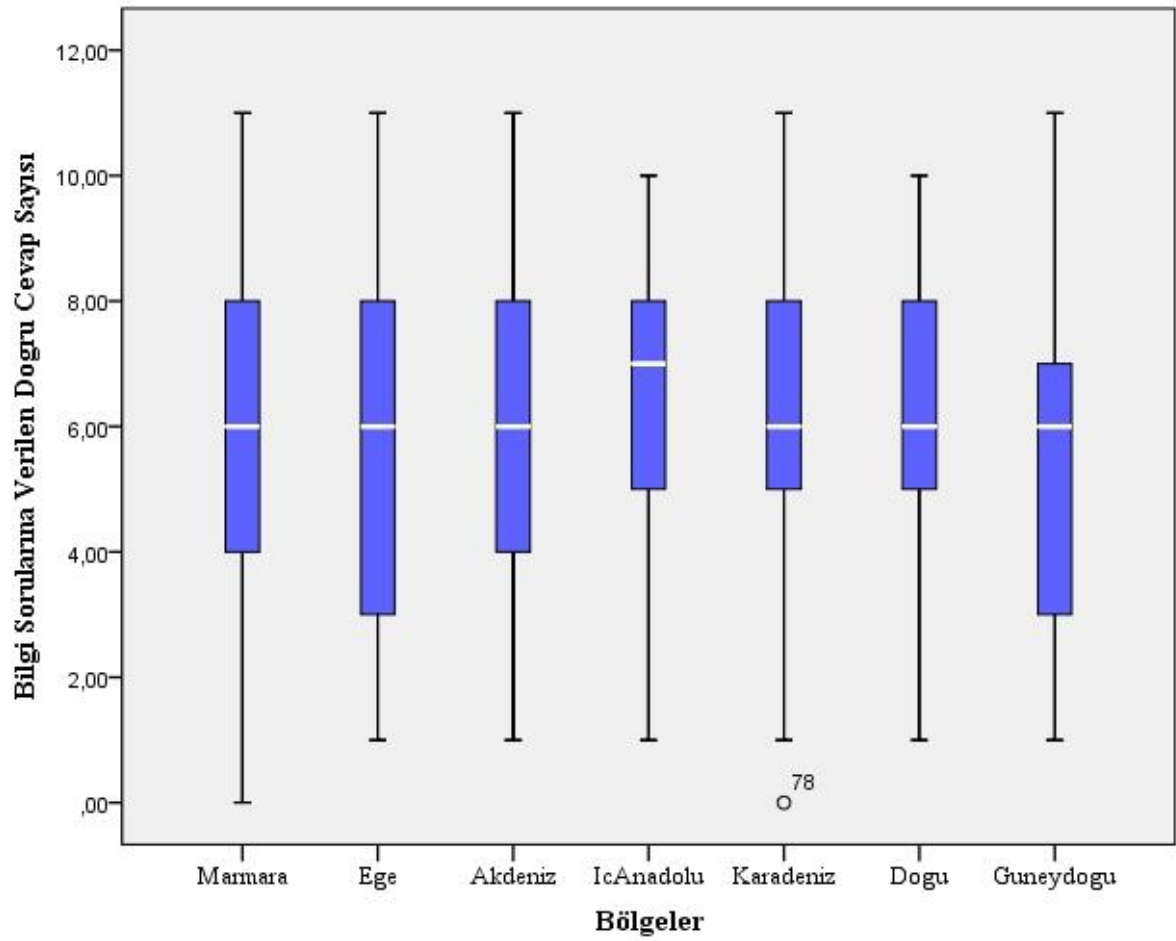
Tablo 15. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Bölge, Eğitim, ve Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

	Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Bilgi Sorularına Verilen Doğru Cevap Sayısı		p
	Ortalama±S	Ortanca (min-maks)	
Bölgeler*			
Marmara	6,0±2,6	6 (0-11)	0,854 ^a
Ege	5,8±2,8	6 (1-11)	
Akdeniz	5,9±2,8	6 (1-11)	
İç Anadolu	6,4±2,7	7 (1-10)	
Karadeniz	6,2±2,5	6 (0-11)	
Doğu Anadolu	6,4±2,2	6 (1-10)	
Güneydoğu Anadolu	5,7±2,9	6 (1-11)	
Uzmanlık Durumu			
Uzman hekim	7,3±2,6	8 (1-11)	0,000 ^b
Uzman hekim değil	5,8±2,5	6 (0-11)	
Eğitim Alma Durumu			
Eğitim almış	7,3±2,3	8 (1-11)	0,000 ^b
Eğitim almamış	5,4±2,5	6 (0-10)	
Sigara Kullanma Durumu			
Kullanıyor	6,2±2,7	6 (0-11)	0,240 ^a
Kullanmıyor	6,1±2,6	7 (1-11)	
Bırakmış	5,6±2,6	6 (1-11)	

^aKruskal-Wallis Testi

^bMann-Whitney U Testi

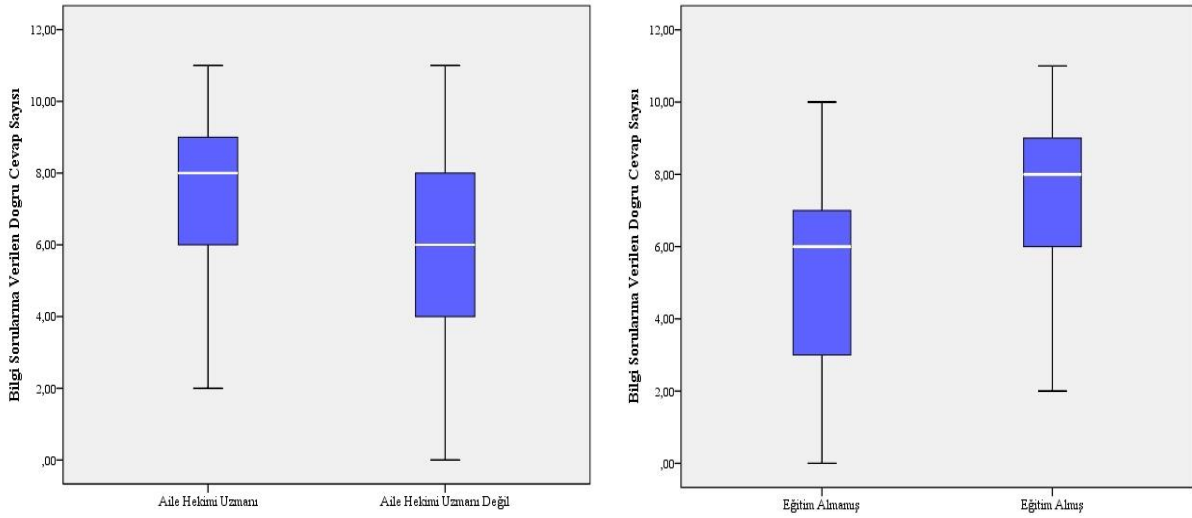
Bölgeler arasında, aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,854) (Tablo 15) (Şekil 1).



Şekil 1. Bölgelere göre bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayısı

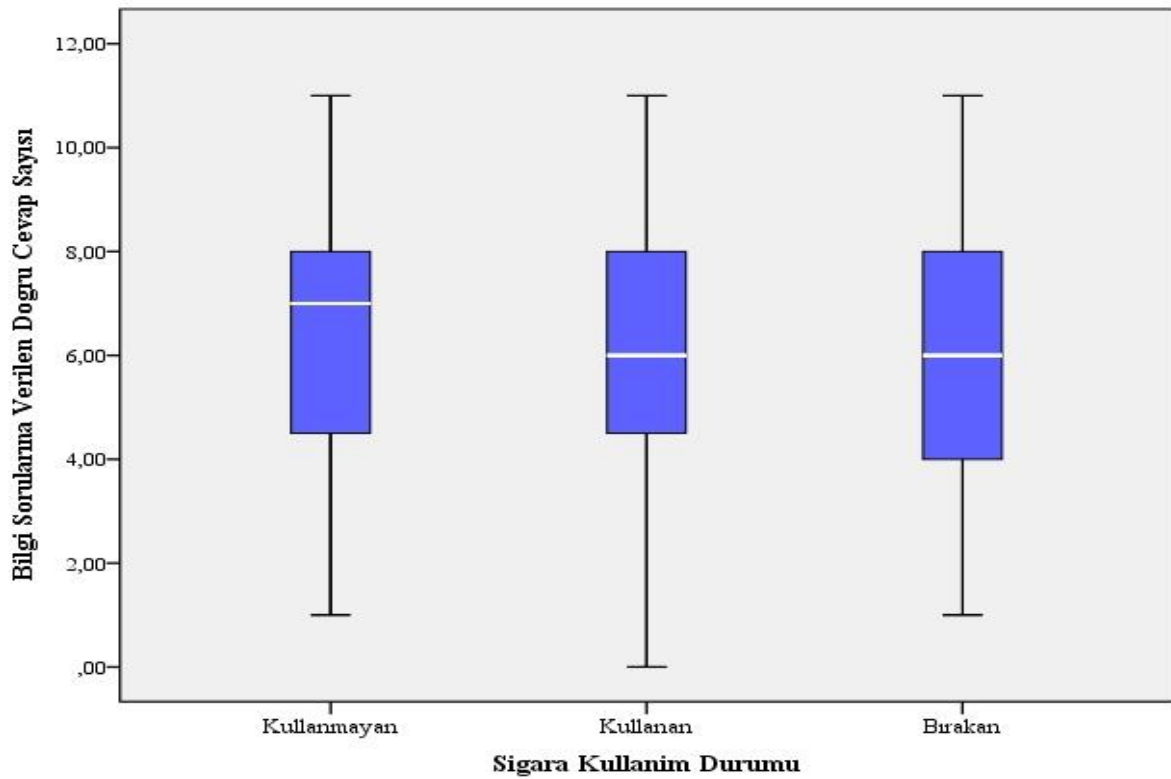
Uzman hekim olan aile hekimlerinin bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt sayısı ortalama 8 olurken uzman hekim olmayan aile hekimlerinde bu rakama 6 olmuştur. Uzmanlık durumları arasında sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$). Aile hekimi uzmanlarının sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayısı uzman olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 15) (Şekil 2).

Tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan aile hekimlerinin bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt sayısı ortalama 8 olmuştur. Tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi almayan aile hekimlerinde ise doğru cevap sayısı ortalama 6'dır. Aile hekimlerinin sertifikalı veya sertifikasız tütün bağımlılık eğitimi alma durumları ve verilen doğru cevap sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$). Tütün bağımlılığı eğitimi alan aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayısı eğitim almayanlardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 15) (Şekil 2).



Şekil 2. Uzmanlık durumuna ve tütün bağımlılık tedavisi eğitimi alma durumuna göre bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayıları

Aile hekimlerinin sigara kullanma durumu ve sigara bırakma tedavisi hakkındaki bilgi sorularına verilen doğru cevap sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15) (Şekil 3).



Şekil 3. Sigara kullanım durumuna göre bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayıları

4.3. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Tutumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan aile hekimlerine sigara bırakma tedavisi hakkındaki tutumlarını değerlendirmek üzere 11 ifade verilmiştir. Aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutumlar Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Aile Hekimleri Tarafından Sigara Bırakma Tedavisi Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cevaplar n (%*)			
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.	13 (3,2)	200 (49,9)	179 (44,6)	9 (2,2)
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.	75 (18,7)	231 (57,6)	87 (21,7)	8 (2,0)
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.	32 (8,0)	160 (39,9)	155 (38,7)	54 (13,5)
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.	44 (11,0)	192 (47,9)	128 (31,9)	37 (9,2)
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.	63 (15,7)	196 (48,9)	107 (26,7)	35 (8,7)
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.	23 (5,7)	129 (32,2)	213 (53,1)	36 (9,0)
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.	12 (3,0)	97 (24,2)	235 (58,6)	57 (14,2)
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.	13 (3,2)	94 (23,4)	230 (57,4)	64 (16,0)
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.	7 (1,7)	47 (11,7)	195 (48,6)	152 (37,9)
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.	15 (3,7)	76 (19,0)	215 (53,6)	95 (23,7)
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.	47 (11,7)	153 (38,2)	145 (36,2)	56 (14,0)
*Satır yüzdesi				

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %49,9’u (n=200) sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastaların genellikle sigara içmeyi bırakamayacağı ifadesine katılmamıştır. Hastaları sigara içmeyi bırakamıyorsa kendilerinin yapacak bir şeyi olmadığı düşüncesine %57,6 (n=231) hekim katılmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Aile

hekimlerinin %39,9'u (n=160) hastalarına sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanı olmadığını ifadesine katılmazken, %38,7'si (n=155) bu görüşe katıldığını söylemiş; hastalarına sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanının olduğunu söyleyen hekimlerin toplam oranı %47,8'de (n=192) kalmıştır. Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişilerin verebileceği düşüncesine aile hekimlerinin %47,9'u (n=192) katılmamıştır. Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermenin anlamsız olmadığına inanan aile hekimlerinin oranı % 48,9'dur (n=196). Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyaların; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntem olduğu görüşüne katılan aile hekimleri ise araştırmaya katılan hekimlerin %53,1'ini (n=213) oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin %58,6'u (n=235) hastalara sigara bırakmayı önermenin hastaların sigarayı bırakmalarında çok etkili olduğunu düşündüğünü; %57,4'ü (n=230) sigara kullanan hastalara sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormayı, sigara bırakma önerisi için yeterli bulmadığını ifade etmiştir. Sigara kullanmayan hekimlerin sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturacağına inananlar araştırmaya katılanların %48,6'sını (n=195) oluşturmaktadır. Bu ifadeye kesinlikle katılmadığını bildiren 7 (%1,2) hekim, katılmadığını bildiren 47 (%11,7) hekim olmuştur. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %53,6'sı (n=215) sigara bırakma konusunda eğitim almak istediğini ifade ederken, hekimlerin %38,2'si (n=153) sigara bırakma polikliniğinde çalışmak istemediğini ifade etmiştir. (Araştırmaya katılan aile hekimlerinin toplam %77,3'ü (310) sigara bırakma konusunda eğitim almak istediğini ifade ederken, sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isteyen hekimlerin oranı %50,1 (n=201)'de kalmıştır (Tablo 16).

Aile hekimlerinin uzmanlık durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutumların dağılımı Tablo 17'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin uzmanlık durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkındaki tutumları incelendiğinde; “sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastaların genellikle sigara içmeyi bırakamayacağı” ifadesi için uzman hekimler %58 (n=47) oranında ve uzman olmayan hekimler %47,8 oranında “Katılmıyorum” yanıtını vermiştir. Aile hekimlerinin bu tutum oranları uzmanlık durumu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Monte Carlo yöntemi, p=0,424) (Tablo 17).

Tablo 17. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Tutum Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Uzmanlık Durumlarına Göre Dağılımı

İfadeler	Cevaplar n (%*)				p ^a
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.					
Uzman hekim	2 (2,5)	47 (58,0)	31 (38,3)	1 (1,2)	0,424**
Uzman hekim değil	11 (3,4)	153 (47,8)	148 (46,3)	8 (2,5)	
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.					
Uzman hekim	26 (32,1)	35 (43,2)	19 (23,5)	1 (1,2)	0,003
Uzman hekim değil	49 (15,3)	196 (61,3)	68 (21,3)	7 (2,2)	
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.					
Uzman hekim	6 (7,4)	39 (48,1)	28 (34,6)	8 (9,9)	0,364
Uzman hekim değil	26 (8,1)	121 (37,8)	127 (39,7)	46 (14,4)	
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.					
Uzman hekim	9 (11,1)	36 (44,4)	26 (32,1)	10 (12,3)	0,724
Uzman hekim değil	35 (10,9)	156 (48,8)	102 (31,9)	27 (8,4)	
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.					
Uzman hekim	15 (18,5)	36 (44,4)	21 (25,9)	9 (11,1)	0,659
Uzman hekim değil	48 (15,0)	160 (50,0)	86 (26,9)	26 (8,1)	
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.					
Uzman hekim	5 (6,2)	18 (22,2)	47 (58,0)	11 (13,6)	0,111
Uzman hekim değil	18 (5,6)	111 (34,7)	166 (51,9)	25 (7,8)	
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.					
Uzman hekim	1 (1,2)	11 (13,6)	49 (60,5)	20 (24,7)	0,003
Uzman hekim değil	11 (3,4)	86 (26,9)	186 (58,1)	37 (11,6)	
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.					
Uzman hekim	2 (2,5)	26 (32,1)	36 (44,4)	17 (21,0)	0,046
Uzman hekim değil	11 (3,4)	68 (21,3)	194 (60,6)	47 (14,7)	
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.					
Uzman hekim	3 (3,7)	8 (9,9)	32 (39,5)	38 (46,9)	0,092
Uzman hekim değil	4 (1,3)	39 (12,2)	163 (50,9)	114 (35,6)	
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.					
Uzman hekim	3 (3,7)	7 (8,6)	42 (51,9)	29 (35,8)	0,007
Uzman hekim değil	12 (3,8)	69 (21,6)	173 (54,1)	66 (20,6)	
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.					
Uzman hekim	4 (4,9)	22 (27,2)	31 (38,3)	24 (29,6)	0,000
Uzman hekim değil	43 (13,4)	131 (40,9)	114 (35,6)	32 (10,0)	
*Satır yüzdesi, **Monte Carlo yöntemi, ^a Pearson ki-kare					

*Satır yüzdesi, **Monte Carlo yöntemi, ^a Pearson ki-kare

Uzmanlık durumları arasında; “hastaları, sigara içmeyi bırakamıyorsa kendilerinin yapacak bir şeyi olmadığı” ifadesine verilen cevaplar açısından uzman hekimler %43,2 (n=35) ve uzman olmayan hekimler ise %61,3 (n=196) oranında “Katılmıyorum” yanıtı vermiştir. Bu ifade için uzman hekimler %32,1 (n=26) oranında “Kesinlikle katılmıyorum”

yanıtı verirken aynı ifade için uzman olmayan hekimlerin oranı %15,3 (n=49) olmuştur. Fark, istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır (p=0,003). Her iki grupta da bu ifadeye katılmayarak olumlu tutuma sahip olan hekimler çoğunlukta olsa da uzman olmayan aile hekimlerinin bu ifadeye katılmama oranı uzman olan aile hekimlerine göre istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 17).

“Hastalara sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zaman olmadığı” ifadesi için uzman aile hekimleri %48,1 (n=39) oranında katılmadıklarını, uzman olmayan aile hekimleri %39,7 (n=127) oranında katıldıklarını ifade etmiştir. Bu ifade için verilen yanıtlar için uzmanlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,364) (Tablo 17).

“Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişilerin verebileceği” ve “başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermenin anlamsız olduğu” düşüncesine her iki aile hekimi grubu da çoğunlukla katılmamıştır. Oranlar sırasıyla uzman hekimler için %44,4 (n=36) ve %44,4 (n=36), uzman olmayan aile hekimleri için ise %48,8 (n=156) ve %50,0 (n=160) şeklindedir. Verilen yanıtlar uzmanlık durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla, p=0,724 ve p=0,659) (Tablo 17).

“Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyaların; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntem olduğu” görüşü için uzman aile hekimleri %8,0 (n=47) ve uzman olmayan aile hekimleri %51,9 (n=166) oranında “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Verilen yanıtlar uzmanlık durumu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0,111) (Tablo 17).

“Hastalara sigara bırakmayı önermenin hastaların sigarayı bırakmalarında çok etkili olduğu” ifadesi için uzman aile hekimleri %60,5 (n=49) ve uzman olmayan aile hekimleri ise %58,1 (n=186) oranında “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Verilen yanıtlar uzmanlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Her iki grupta da bu ifadeye katılarak olumlu tutuma sahip olan hekimler çoğunlukta olsa da uzman olmayan aile hekimlerinin bu ifadeye katılma oranı uzman olan aile hekimlerine göre istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 17).

“Sigara kullanan hastalara sadece, bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormanın, sigara bırakma önerisi için yeterli olmadığı” görüşü için uzman hekimler %44,4 (n=36) ve

uzman olmayan hekimler %60,6 (n=194) oranda “Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Verilen yanıtlar ile uzmanlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,046). Uzman olan aile hekimlerinin bu görüşe katılma oranı uzman olmayanlara göre istatistiksel olarak daha fazladır (Tablo 17).

“Sigara kullanmayan hekimlerin sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturacağı” ifadesi için uzman olan aile hekimleri %46,9 (n=38) oranında “kesinlikle katılıyorum” yanıtı verirken, uzman olmayan aile hekimleri %50,9 (n=163) oranında “katılıyorum” yanıtı vermiştir. Uzman olan veya uzman olmayan aile hekimlerinin verdikleri cevap arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0,092); bütün aile hekimleri bu düşünceye katılmıştır (Tablo 17).

Sigara bırakma konusunda eğitim almak isteği uzman olan ve olmayan her iki grup için de en yüksek yanıt almıştır. Uzman olan aile hekimlerinin uzman olmayanlara göre verdikleri “katılmıyorum” yanıtının oranı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olmuştur (%8,6’ya karşı %21,6); p=0,007) (Tablo 17).

Uzmanlık durumu arasında “Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.” ifadesi için verilen cevaplara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,000). Uzmanların sigara bırakma polikliniğinde çalışma düşüncesine olumlu yaklaşmasına (%38,3, n=31) karşın uzman olmayan aile hekimlerinin bu düşüncede olmaması (%40,9; n=131) dikkat çekmiştir (Tablo 17).

Aile hekimlerinin uzmanlık durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutum sorularına verdikleri “Kesinlikle katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” cevapları ile “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” cevapları birlikte ele alındığında ortaya çıkan sonuç Tablo 18’de sunulmuştur.

Bu değerlendirme sonucunda, aile hekimlerinin uzmanlık durumlarına göre “hastaları, sigara içmeyi bırakamıyorsa kendilerinin yapacak bir şeyi olmadığı” ve “sigara kullanan hastalara sadece, bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormanın, sigara bırakma önerisi için yeterli olmadığı” ifadelerine verilen cevaplar dört kategoride ayrı ayrı değerlendirildiğinde saptanan istatistiksel anlamlılık (sırasıyla, p=0,003 ve 0,046) (Tablo 17), cevaplar iki kategoriye indirildiğinde saptanmamıştır (sırasıyla, p=0,813 ve 0,072) (Tablo 18). “Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyaların; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntem olduğu” görüşü için verilen cevaplar ise dört kategoride ayrı ayrı

değerlendirildiğinde aile hekimlerinin uzmanlık durumlarına göre istatistiksel anlamlılık saptanmazken ($p=0,111$) (Tablo 17), cevaplar iki kategoride değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel fark saptanmıştır ($p=0,048$) (Tablo 18).

Diğer ifadelerin istatistiksel anlamlarında ise bir değişiklik karşlaşılmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Tutum Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Uzmanlık Durumlarına Göre Dağılımı (iki kategoride değerlendirilmiş)

İfadeler	Cevaplar n (%*)		p ^a
	Katılmıyorum	Katılıyorum	
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.			
Uzman hekim	49 (60,5)	32 (39,5)	0,136
Uzman hekim değil	164 (51,2)	156 (48,8)	
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.			
Uzman hekim	61 (75,3)	20 (24,7)	0,813
Uzman hekim değil	245 (76,6)	75 (23,4)	
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.			
Uzman hekim	45 (55,6)	36 (44,4)	0,122
Uzman hekim değil	147 (45,9)	173 (54,1)	
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.			
Uzman hekim	45 (55,6)	36 (44,4)	0,500
Uzman hekim değil	191 (59,7)	129 (40,3)	
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.			
Uzman hekim	51 (63)	30 (37)	0,732
Uzman hekim değil	208 (65)	112 (35)	
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.			
Uzman hekim	23 (28,4)	58 (71,6)	0,048
Uzman hekim değil	129 (40,3)	191 (59,7)	
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.			
Uzman hekim	12 (14,8)	69 (85,2)	0,005
Uzman hekim değil	97 (30,3)	223 (69,7)	
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.			
Uzman hekim	28 (34,6)	53 (65,4)	0,072
Uzman hekim değil	79 (24,7)	241 (75,3)	
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.			
Uzman hekim	11 (13,6)	70 (86,4)	0,973
Uzman hekim değil	43 (13,4)	277 (86,6)	
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.			
Uzman hekim	10 (12,3)	71 (87,7)	0,013
Uzman hekim değil	81 (25,3)	239 (74,7)	
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.			
Uzman hekim	26 (32,1)	55 (67,9)	0,000
Uzman hekim değil	174 (54,4)	146 (45,6)	
*Satır yüzdesi, ^a Pearson ki-kare			

*Satır yüzdesi, ^a Pearson ki-kare

Aile hekimlerinin tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alıp almama durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutumların dağılımı Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Aile Hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cevaplar n(%*)				p ^a
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.					
Eğitim Almamış	10 (3,8)	124 (46,8)	122 (46,0)	9 (3,4)	0,274**
Eğitim Almış	3 (2,2)	76 (55,9)	57 (41,9)	0 (0,0)	
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.					
Eğitim Almamış	32 (12,1)	163 (61,5)	62 (23,4)	8 (3,0)	0,000
Eğitim Almış	43 (31,6)	68 (50,0)	25 (18,4)	0 (0,0)	
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.					
Eğitim Almamış	16 (6,0)	89 (33,6)	124 (46,8)	36 (13,6)	0,000
Eğitim Almış	16 (11,8)	71 (52,2)	31 (22,8)	18 (13,2)	
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.					
Eğitim Almamış	23 (8,7)	122 (46,0)	93 (35,1)	27 (10,2)	0,056
Eğitim Almış	21 (15,4)	70 (51,5)	35 (25,7)	10 (7,4)	
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.					
Eğitim Almamış	24 (9,1)	136 (51,3)	81 (30,6)	24 (9,1)	0,000
Eğitim Almış	39 (28,7)	60 (44,1)	26 (19,1)	11 (8,1)	
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.					
Eğitim Almamış	14 (5,3)	91 (34,3)	136 (51,3)	24 (9,1)	0,593
Eğitim Almış	9 (6,6)	38 (27,9)	77 (56,6)	12 (8,8)	
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.					
Eğitim Almamış	9 (3,4)	77 (29,1)	151 (57,0)	28 (10,6)	0,001
Eğitim Almış	3 (2,2)	20 (14,7)	84 (61,8)	29 (21,3)	
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.					
Eğitim Almamış	9 (3,4)	59 (22,3)	155 (58,5)	42 (15,8)	0,873
Eğitim Almış	4 (2,9)	35 (25,7)	75 (55,1)	22 (16,2)	
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.					
Eğitim Almamış	6 (2,3)	40 (15,1)	130 (49,1)	89 (33,6)	0,043**
Eğitim Almış	1 (0,7)	7 (5,1)	65 (47,8)	63 (46,3)	
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.					
Eğitim Almamış	10 (3,8)	54 (20,4)	141 (53,2)	60 (22,6)	0,747
Eğitim Almış	5 (3,7)	22 (16,2)	74 (54,4)	35 (25,7)	
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.					
Eğitim Almamış	33 (12,5)	117 (44,2)	88 (33,2)	27 (10,2)	0,001
Eğitim Almış	14 (10,3)	36 (26,5)	57 (41,9)	29 (21,3)	
*Satır yüzdesi					
**Monte Carlo yöntemi					
^a Pearson ki-kare					

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin; “sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastaların genellikle sigara içmeyi bırakamayacağı” ifadesine eğitim almamış aile hekimlerinin %46,8’i (n=124) “katılmıyorum” yanıtı verirken %46,0’sı (n=122) “katılıyorum” yanıtını vermiştir. Eğitim almış olan aile hekimleri için ise bu oranlar sırasıyla %55,9 (n=76) ve %41,9 (n=57) olmuştur. Verilen yanıt oranları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Monte Carlo yöntemi, $p=0,424$) (Tablo 19).

Sigara bırakma tedavisi eğitimi alma durumları arasında; “hastaları sigara içmeyi bırakamıyorsa kendilerinin yapacak bir şeyi olmadığı” ifadesine eğitim almamış aile hekimlerinin %61,5’i (n=163) “katılıyorum” ve %12,1’i (n=32) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Eğitim almış aile hekimleri bu ifade için %50,0 (n=68) “katılıyorum” ve %31,6 (n=43) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Verilen yanıtlar için eğitim alma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$). Her iki grupta da bu ifadeye katılmayarak olumlu tutuma sahip olan hekimler çoğunlukta olsa da eğitim almış aile hekimlerinin bu ifadeye katılmama oranı eğitim almamış olan aile hekimlerine göre istatistiksel olarak daha yüksektir (%81,6’ya karşı %73,6). Ayrıca tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan hiçbir aile hekimi bu ifade için “kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretlememiştir (Tablo 19).

“Hastalara sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanı olmadığı” ifadesine eğitim almamış aile hekimleri %46,8 (n=124) “katılıyorum” ve %13,6 (n=36) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Eğitim almış aile hekimlerinde bu yanıtlar için oranlar aynı sırayla %22,8 (n=31) ve %13,2 (n=18) olmuştur. Bu ifade için tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alma durumlarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 19).

“Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişilerin verebileceği” ifadesine her iki grup da çoğunlukla katılmamış ve bu ifade için verilen cevaplar açısından tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p=0,056$) olsa da eğitim alanların bu görüşe katılmama oranı (%66,9; n=91) eğitim almayanlardan (%54,7; n=145) belirgin olarak daha fazladır (Tablo 19).

“Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermenin anlamsız olduğu” ifadesine tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan aile hekimleri %72,8 (n=99) oranında “katılmıyorum” veya “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını vermiştir.

Eğitim almayan aile hekimlerinde de bu ifadeye çoğunlukla %60,4 (n=160) aynı yanıtlar verilmiş olsa da eğitim alan aile hekimlerinin bu düşünceye katılmama oranı eğitim almayan aile hekimlerine göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 19).

“Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyaların; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntem” olduğu görüşü için verilen yanıtlar tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi almış aile hekimlerinde %56,6 (n=77) “katılıyorum” ve %8,8 (n=12) “kesinlikle katılıyorum” şeklinde olmuştur. Eğitim almamış aile hekimleri ise bu ifade için %51,3 (n=136) “katılıyorum” ve %9,1 (n=24) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,593) (Tablo 19).

Aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi eğitimi alma durumu açısından “hastalara sigara bırakmayı önermenin hastaların sigarayı bırakmalarında çok etkili olduğu” ifadesi için verilen yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Her iki grupta da bu ifadeye katılarak olumlu tutuma sahip olan hekimler çoğunlukta olsa da eğitim alan aile hekimlerinin bu ifadeye katılma oranı (%83,1; n=113) eğitim almayan aile hekimlerine göre (%67,6; n=179) istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 19).

“Sigara kullanan hastalara sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormanın, sigara bırakma önerisi için yeterli olmadığı” görüşü için verilen yanıtlar eğitim almış aile hekimleri ile eğitim almamış aile hekimleri için benzer oranda “katılıyorum” (sırasıyla, %55,1; n=75 ve %58,5; n=155) ve “kesinlikle katılıyorum” (sırasıyla, %16,2; n=22 ve %15,8; n=42) şeklinde olmuştur. Tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,873) (Tablo 19).

“Sigara kullanmayan hekimlerin sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturacağı” ifadesi için tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan aile hekimleri %47,8 (n=65) “katılıyorum” ve %46,3 (n=63) “kesinlikle katılıyorum” yanıtı vermiştir. Eğitim almamış aile hekimleri ise aynı ifade için %49,1 (n=130) oranında “katılıyorum” ve %33,6 (n=89) oranında “kesinlikle katılıyorum” yanıtı vermiştir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pearson, p=0,036; Monte Carlo yöntemi, p=0,043) (Tablo 19).

Araştırmaya katılan aile hekimlerine sigara bırakma konusunda eğitim almak isteyip istemedikleri sorulduğunda, tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alan (%80,1) ve almayan (%75,8) her iki grup da eğitim almak istedikleri yönünde cevap vermiş gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,747) (Tablo 19).

Eğitim almış olan aile hekimleri; sigara bırakma polikliniğinde çalışma düşüncesine çoğunlukla olumlu yanıt (%63,2) vermiştir. Eğitim almayan aile hekimleri ise bu ifade için çoğunlukla olumsuz yanıt (%56,7) vermiştir. Tütün bağımlılığı eğitimi alma durumları arasında “Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim” ifadesi için verilen cevaplara göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001) (Tablo 19).

Tablo 20. Aile Hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (iki kategoride değerlendirilmiş)

İfadeler	Cevaplar n (%*)		p ^a
	Katılmıyorum	Katılıyorum	
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.			
Eğitim Almamış	134 (50,6)	131 (49,4)	0,153
Eğitim Almış	79 (58,1)	57 (41,9)	
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.			
Eğitim Almamış	195 (73,6)	70 (26,4)	0,073
Eğitim Almış	111 (81,6)	25 (18,4)	
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.			
Eğitim Almamış	105 (39,6)	160 (60,4)	0,070
Eğitim Almış	87 (64)	49 (36)	
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.			
Eğitim Almamış	145(54,7)	120 (45,3)	0,019
Eğitim Almış	91 (66,9)	45 (33,1)	
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.			
Eğitim Almamış	160 (60,4)	105 (39,6)	0,014
Eğitim Almış	99 (72,8)	37 (27,2)	
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.			
Eğitim Almamış	105 (39,6)	160 (60,4)	0,322
Eğitim Almış	47 (34,6)	89 (65,4)	
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.			
Eğitim Almamış	66 (32,5)	179 (67,5)	0,001
Eğitim Almış	23 (16,9)	113 (83,1)	
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.			
Eğitim Almamış	68 (25,7)	197 (74,3)	0,518
Eğitim Almış	39 (28,7)	97 (71,3)	
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.			
Eğitim Almamış	46 (35,7)	219 (82,6)	0,001
Eğitim Almış	8 (18,3)	128 (94,1)	
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.			
Eğitim Almamış	64 (24,2)	201 (75,8)	0,331
Eğitim Almış	27 (19,9)	109 (80,1)	
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.			
Eğitim Almamış	150 (56,6)	115 (43,4)	0,000
Eğitim Almış	50 (36,8)	86 (63,2)	
*Satır yüzdesi, ^a Pearson ki-kare			

*Satır yüzdesi, ^a Pearson ki-kare

Aile hekimlerinin tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alıp almama durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutum sorularına verdikleri “Kesinlikle katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” cevapları ile “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” cevapları birlikte ele alındığında ortaya çıkan sonuç Tablo 20’de sunulmuştur.

Bu değerlendirme sonucunda, aile hekimlerinin “sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişilerin verebileceği” ifadesine tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alma durumlarına göre verdikleri yanıtlar, dört kategoride ayrı ayrı değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlılık göstermezken ($p=0,056$) (Tablo 19), iki kategoriye indirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,019$) (Tablo 20). Diğer ifadelerin istatistiksel anlamlarında ise bir değişiklik ile karşılaşılmamıştır (Tablo 20).

Aile hekimlerinin sigara kullanım durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutumların dağılımı Tablo 21’de sunulmuştur.

“Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastaların genellikle sigara içmeyi bırakamayacağı” ifadesine sigara kullanan aile hekimleri %51,6 ($n=64$) “katılıyorum” yanıtı verirken sigara kullanmayan aile hekimleri %53,1 ($n=147$) “katılmıyorum” yanıtı vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Monte Carlo yöntemi, $p=0,033$) (Tablo 21).

“Hastaları sigara içmeyi bırakamıyorsa kendilerinin yapacak bir şeyi olmadığı” ifadesine sigara kullanan aile hekimlerinin %56,5’i ($n=70$) “katılmıyorum” ve %14,5’i ($n=18$) “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını vermiştir. Sigara kullanmayan aile hekimleri de bu ifade için %58,1 ($n=161$) “katılmıyorum” ve %20,6 ($n=57$) “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,214$) (Tablo 21).

“Hastalara sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanı olmadığı” ifadesine sigara kullanan aile hekimleri %42,7 ($n=53$) “katılıyorum” ve %16,1 ($n=20$) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Sigara kullanmayan aile hekimlerinde bu ifade için “katılmıyorum” %43,0 ($n=119$) ve “kesinlikle katılmıyorum” %7,9 ($n=22$) şeklinde olmuştur. Bu ifade için aile hekimlerinin sigara kullanım durumlarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,281$) (Tablo 21).

“Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişilerin verebileceği” ifadesine sigara kullanan ve kullanmayan her iki grup da çoğunlukla

katılmamış (%56,4 ve %59,9) ve bu ifade için verilen cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,289) (Tablo 21).

Tablo 21. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cevaplar n (%*)				p ^a
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.					
Sigara Kullanmıyor	7 (2,5)	147 (53,1)	115 (41,5)	8 (2,9)	0,033**
Sigara Kullanıyor	6 (4,8)	53 (42,7)	64 (51,6)	1 (0,8)	
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.					
Sigara Kullanmıyor	57 (20,6)	161 (58,1)	55 (19,9)	4 (1,4)	0,214
Sigara Kullanıyor	18 (14,5)	70 (56,5)	32 (25,8)	4 (3,2)	
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.					
Sigara Kullanmıyor	22 (7,9)	119 (43,0)	102 (36,8)	34 (12,3)	0,281
Sigara Kullanıyor	10 (8,1)	41 (33,1)	53 (42,7)	20 (16,1)	
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.					
Sigara Kullanmıyor	26 (9,4)	140 (50,5)	87 (31,4)	24 (8,7)	0,289
Sigara Kullanıyor	18 (14,5)	52 (41,9)	41 (33,1)	13 (10,5)	
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.					
Sigara Kullanmıyor	50 (18,1)	138 (49,8)	69 (24,9)	20 (7,2)	0,083
Sigara Kullanıyor	13 (10,5)	58 (46,8)	38 (30,6)	15 (12,1)	
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.					
Sigara Kullanmıyor	14 (5,1)	88 (31,8)	146 (52,7)	29 (10,5)	0,389
Sigara Kullanıyor	9 (7,3)	41 (33,1)	67 (54,0)	7 (5,6)	
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.					
Sigara Kullanmıyor	7 (2,5)	67 (24,2)	157 (56,7)	46 (16,6)	0,185
Sigara Kullanıyor	5 (4,0)	30 (24,2)	78 (62,9)	11 (8,9)	
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.					
Sigara Kullanmıyor	8 (2,9)	66 (23,8)	155 (56,0)	48 (17,3)	0,624
Sigara Kullanıyor	5 (4,0)	28 (22,6)	75 (60,5)	16 (12,9)	
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.					
Sigara Kullanmıyor	3 (1,1)	26 (9,4)	134 (48,4)	114 (41,2)	0,037**
Sigara Kullanıyor	4 (3,2)	21 (16,9)	61 (49,2)	38 (30,6)	
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.					
Sigara Kullanmıyor	9 (3,2)	49 (17,7)	148 (53,4)	71 (25,6)	0,430
Sigara Kullanıyor	6 (4,8)	27 (21,8)	67 (54,0)	24 (19,4)	
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.					
Sigara Kullanmıyor	24 (8,7)	93 (33,6)	113 (40,8)	47 (17,0)	0,000
Sigara Kullanıyor	23 (18,5)	60 (48,4)	32 (25,8)	9 (7,3)	
*Satır yüzdesi					
**Monte Carlo yöntemi					
^a Pearson ki-kare					

“Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermenin anlamsız olduğu” ifadesine sigara kullanan aile hekimleri %46,8 (n=58) oranında “katılmıyorum” ve %10,5 (n=13) oranında “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını vermiştir. Sigara kullanmayan aile hekimlerinde bu ifadeye çoğunlukla %49,8 (n=138) oranında “katılmıyorum” ve %18,1 (n=509) oranında “kesinlikle katılmıyorum” yanıtları verilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,083) (Tablo 21).

“Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyaların; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntem” olduğu görüşü için verilen yanıtlar sigara kullanan aile hekimlerinde %54,0 (n=67) “katılıyorum” ve %5,6 (n=7) “kesinlikle katılıyorum” şeklinde olmuştur. Sigara kullanmayan aile hekimleri de bu ifade için %52,7 (n=146) “katılıyorum” ve %10,5 (n=29) “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,389) (Tablo 21).

“Hastalara sigara bırakmayı önermenin hastaların sigarayı bırakmalarında çok etkili olduğu” ifadesi için sigara kullanan aile hekimleri ve sigara kullanmayan aile hekimleri her iki grupta çoğunlukla (%62,9; n=78 ve %56,7; n=157) “katılıyorum” yanıtını vermiştir (p=0,185) (Tablo 21).

“Sigara kullanan hastalara sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormanın, sigara bırakma önerisi için yeterli olmadığı” görüşü için verilen yanıtlar sigara kullanan aile hekimleri ile sigara kullanmayan aile hekimleri için benzer oranda “katılıyorum” (sırasıyla, %60,5; n=75 ve %56,0; n=155) ve “kesinlikle katılıyorum” (sırasıyla, %12,9; n=16 ve %17,3; n=48) şeklinde olmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,624) (Tablo 21).

“Sigara kullanmayan hekimlerin sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturacağı” ifadesi için sigara kullanan aile hekimleri %49,2 (n=61) “katılıyorum” ve %30,6 (n=38) “kesinlikle katılıyorum” yanıtı vermiştir. Sigara kullanmayan aile hekimleri de aynı ifade için %48,4 (n=134) oranında “katılıyorum” ve %41,2 (n=114) oranında “kesinlikle katılıyorum” yanıtı vermiştir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pearson, p=0,030; Monte Carlo yöntemi, p=0,037) (Tablo 21).

Araştırmaya katılan aile hekimlerine sigara bırakma konusunda eğitim almak isteyip istemedikleri sorulduğunda, sigara kullanan (%73,4) ve kullanmayan (%79,0) her iki grup da eğitim almak istedikleri yönünde cevap vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,430) (Tablo 21).

Sigara kullanan aile hekimleri; sigara bırakma polikliniğinde çalışma düşüncesine çoğunlukla olumsuz yanıt (%66,9) vermiştir. Sigara kullanmayan aile hekimleri ise bu ifade için çoğunlukla olumlu yanıt (%57,8) vermiştir. “Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim” ifadesi için verilen yanıtlara göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 21).

Aile hekimlerinin sigara kullanım durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri tutum sorularına verdikleri “Kesinlikle katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” cevapları ile “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” cevapları birlikte ele alındığında ortaya çıkan sonuç Tablo 22’de sunulmuştur.

Bu değerlendirme sonucunda, aile hekimlerinin sigara kullanım durumlarına göre “sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastaların genellikle sigara içmeyi bırakamayacağı” ifadesine verilen cevaplar dört kategoride ayrı ayrı değerlendirildiğinde saptanan istatistiksel anlamlılık ($p=0,033$) (Tablo 21), cevaplar iki kategoriye indirildiğinde saptanmamıştır ($p=0,137$) (Tablo 22).

“Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermenin anlamsız olduğu” görüşü için alınan yanıtlar dört kategoride ayrı ayrı değerlendirildiğinde, aile hekimlerinin sigara kullanım durumlarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değilken ($p=0,083$) (Tablo 21), yanıtlar iki kategoride toplandığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,040$) (Tablo 22).

Diğer ifadelerdeki istatistiksel anlamlılık arasında herhangi bir fark olmamıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (iki kategoride değerlendirilmiş)

İfadeler	Cevaplar n (%*)		p ^a
	Katılmıyorum	Katılıyorum	
Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.			
Sigara Kullanmıyor	154 (55,6)	123 (44,4)	0,137
Sigara Kullanıyor	59 (47,6)	65 (52,4)	
Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.			
Sigara Kullanmıyor	218 (78,7)	59 (21,3)	0,092
Sigara Kullanıyor	88 (71)	36 (29)	
Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.			
Sigara Kullanmıyor	141 (50,9)	136 (49,1)	0,070
Sigara Kullanıyor	51 (41,1)	73 (58,9)	
Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.			
Sigara Kullanmıyor	166 (59,9)	111 (40,1)	0,513
Sigara Kullanıyor	70 (56,5)	54 (43,5)	
Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.			
Sigara Kullanmıyor	188 (67,9)	89 (32,1)	0,040
Sigara Kullanıyor	71 (57,3)	53 (42,7)	
Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.			
Sigara Kullanmıyor	102 (36,8)	175 (63,2)	0,504
Sigara Kullanıyor	50 (40,3)	74 (59,7)	
Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.			
Sigara Kullanmıyor	71 (26,7)	203 (73,3)	0,753
Sigara Kullanıyor	35 (28,2)	89 (71,8)	
Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.			
Sigara Kullanmıyor	74 (26,7)	203 (73,3)	0,983
Sigara Kullanıyor	33 (26,6)	91 (73,4)	
Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.			
Sigara Kullanmıyor	29 (10,5)	248 (89,5)	0,009
Sigara Kullanıyor	25 (20,2)	99 (79,8)	
Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.			
Sigara Kullanmıyor	58 (20,9)	219 (79,1)	0,210
Sigara Kullanıyor	33 (26,6)	91 (73,4)	
Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.			
Sigara Kullanmıyor	117 (42,2)	160 (57,8)	0,000
Sigara Kullanıyor	83 (66,9)	41 (33,1)	
*Satır yüzdesi			
^a Pearson ki-kare			

4.4. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Hakkındaki Davranışlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan aile hekimlerinden sigara bırakma tedavisi hakkındaki davranışlarını değerlendirmek üzere 12 ifadeyi değerlendirmeleri istenmiştir. Aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri davranışlar Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Davranış Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Yanıtlar [n (%*)]			
	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
Hastalarım sigara içip içmediklerini sorarım.	6 (1,5)	106 (26,4)	207 (51,6)	82 (20,4)
Hastalarımın sigara dışındaki tütün ürünleri(nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgularım.	111 (27,7)	210 (52,4)	55 (13,7)	25 (6,2)
Sigara içmeyen hastalarım olumlu geri bildirimde bulunurum.	11 (2,7)	102 (25,4)	160 (39,9)	128 (31,9)
Sigara içen hastalarım sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorarım.	5 (1,2)	93 (23,2)	192 (47,9)	111 (27,7)
Sigara içen hastalarım sigarayı bırakmayı öneririm.	6 (1,5)	50 (12,5)	145 (36,2)	200 (49,9)
Sigara içen hastalarımı sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm.	14 (3,5)	151 (37,7)	167 (41,6)	69 (17,2)
Sigara içen hastalarımı sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.	20 (5,0)	172 (42,9)	144 (35,9)	65 (16,2)
Sigara içen hastalarımı Alo 171 hattına yönlendiririm.	110 (27,4)	182 (45,4)	84 (20,9)	25 (6,2)
Sigara dışındaki tütün ürünlerini(nargile, pipo, puro...) kullanan hastalarımı sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.	131 (32,7)	157 (39,2)	77 (19,2)	36 (9,0)
Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalarım farmakolojik tedavi öneririm.	80 (20,0)	197 (49,1)	99 (24,7)	25 (6,2)
Sigarayı bırakmış olan hastalarımın sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgularım.	32 (8,0)	139 (34,7)	158 (39,4)	72 (18,0)
Sigara içmeyi bırakan hastalarımın tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını takip ederim.	72 (18,0)	165 (41,1)	126 (31,4)	38 (9,5)
*Satır yüzdesi				

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %51,6'sı (n=207) hastalarına sigara içip içmediklerini çoğu zaman sorduklarını, %52,4'ü (n=210) hastaların sigara dışındaki tütün ürünleri (nargile, pipo, puro...) kullanımını bazen sorduklarını ifade etmiştir. Sigara içmeyen hastalarına çoğu zaman olumlu geri bildirimde bulunduğunu söyleyen hekimlerin oranı %39,9 (n=160) ve her zaman olumlu geri bildirimde bulunduğunu söyleyen hekimlerin oranı %31,9'dur (n=128) (Tablo 23).

Aile hekimlerinin %47,9'u (n=192) sigara içen hastalarına sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini çoğu zaman sorduğunu ifade etmiştir. Sigara içen hastalarına sigarayı bırakmayı her zaman öneren hekimlerin oranı %49,9 (n=200) iken sigara bırakmayı hiçbir zaman önermediğini ifade eden % 1,5 (n=6) hekim olmuştur. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %41,6'sı (n=167) sigara içen hastalarını sigara bırakma yöntemleri hakkında çoğu zaman bilgilendirdiğini söylemiştir. Sigara içen hastalarını sigara bırakma polikliniğine bazen yönlendirdiğini söyleyen hekimlerin oranı %42,9 (n=172) iken, sigara içen hastalarını Alo 171 hattına bazen yönlendirdiğini ifade eden hekimlerin oranı da benzer şekilde %45,4 (n=182) olmuştur. Sigara dışındaki tütün ürünlerini (nargile, pipo, puro...) kullanan hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirme konusunda hekimlerin %39,2'si (n=157) "bazen", %32,7'si (n=131) ise "hiçbir zaman" seçeneğini işaretlemiştir. Aile hekimlerinin %49,1'i (n=197) sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalarına farmakolojik tedaviyi bazen önerdiklerini, %20'si (n=80) ise hiçbir zaman önermediklerini ifade etmiştir. Sigarayı bırakmış olan hastaların sigarayı hangi yöntemle bıraktığını çoğu zaman sorgulayan aile hekimleri araştırmaya katılan tüm hekimlerin %39,4'ünün (n=158) oluştururken, sigara içmeyi bırakan hastaların tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını takip etme konusunda hekimlerin %41,1'i (n= 165) "bazen" seçeneğini tercih etmiştir (Tablo 23).

Aile hekimlerinin uzmanlık durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri davranışların dağılımı Tablo 24'te sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen aile hekimlerinin uzmanlık durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkındaki davranışları incelendiğinde; hastalara sigara içip içmediklerini sorma davranışı için uzman olan ve uzman olmayan aile hekimleri her iki grup da benzer oranda "çoğu zaman" yanıtını (sırasıyla, %51,9; n=42 ve %51,6; n=165) vermiştir (Monte Carlo yöntemi; p=0,132) (Tablo 24).

"Hastaların sigara dışındaki tütün ürünleri (nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgulama için uzman olan ve olmayan her iki grup da en yüksek yanıt bazen olarak

gerçekleşmiştir (sırasıyla, %73,2; n=41 ve %68,7; n=169). Uzman olan aile hekimleri %19,8 (n=16) ve uzman olmayan aile hekimleri ise %29,7 (n=95) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,047). Her iki grupta da bu davranışı bazen gerçekleştirdiğini ifade eden hekimler çoğunlukta olsa da uzman olmayan aile hekimlerinin oranı uzman olan aile hekimlerine göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 24).

Tablo 24. Aile Hekimlerinin Sigara Bırakma Tedavisi Davranış Sorularına Verdikleri Doğru Yanıtların Uzmanlık Durumlarına Göre Dağılımı

İfadeler	Yanıtlar [n (%*)]				p ^a
	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	
Hastalarımın sigara içip içmediklerini sorarım.					
Uzman hekim	1 (1,2)	15 (22,4)	42 (51,9)	23 (28,4)	0,132**
Uzman hekim değil	5 (1,6)	91 (38,9)	165 (51,6)	59 (18,4)	
Hastalarımın sigara dışındaki tütün ürünleri(nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgularım.					
Uzman hekim	16 (19,8)	41 (73,2)	15 (18,5)	9 (11,1)	0,047
Uzman hekim değil	95 (29,7)	169 (68,7)	40 (12,5)	16 (5,0)	
Sigara içmeyen hastalarımın olumlu geri bildirimde bulunurum.					
Uzman hekim	4 (4,9)	17 (25,0)	35 (43,2)	25 (30,9)	0,409
Uzman hekim değil	7 (2,2)	85 (35,1)	125 (39,1)	103 (32,2)	
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorarım.					
Uzman hekim	0 (0,0)	14 (20,9)	41 (50,6)	26 (32,1)	0,289**
Uzman hekim değil	5 (1,6)	79 (32,1)	151 (47,2)	85 (26,6)	
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı öneririm.					
Uzman hekim	0 (0,0)	10 (14,1)	30 (37,0)	41 (50,6)	0,670
Uzman hekim değil	6 (1,9)	40 (14,0)	115 (35,9)	159 (49,7)	
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm.					
Uzman hekim	3 (3,7)	32 (61,5)	30 (37,0)	16 (19,8)	0,800
Uzman hekim değil	11 (3,4)	119 (56,1)	137 (42,8)	53 (16,6)	
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.					
Uzman hekim	2 (2,5)	36 (76,6)	30 (37,0)	13 (16,0)	0,709
Uzman hekim değil	18 (5,6)	136 (67,3)	114 (35,6)	52 (16,3)	
Sigara içen hastalarımın Alo 171 hattına yönlendiririm.					
Uzman hekim	14 (17,3)	41 (75,9)	20 (24,7)	6 (7,4)	0,149
Uzman hekim değil	96 (30,0)	141 (51,3)	64 (20,0)	19 (5,9)	
Sigara dışındaki tütün ürünlerini(nargile, pipo, puro...) kullanan hastalarımın sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.					
Uzman hekim	31 (38,3)	22 (24,4)	17 (21,0)	11 (13,6)	0,064
Uzman hekim değil	100 (31,3)	135 (47,4)	60 (18,8)	25 (7,8)	
Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalarımın farmakolojik tedavi öneririm.					
Uzman hekim	12 (14,8)	38 (69,1)	25 (30,9)	6 (7,4)	0,357
Uzman hekim değil	68 (21,3)	159 (69,4)	74 (23,1)	19 (5,9)	
Sigarayı bırakmış olan hastalarımın sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgularım.					
Uzman hekim	9 (11,1)	34 (60,7)	28 (34,6)	10 (12,3)	0,158
Uzman hekim değil	23 (7,2)	105 (44,1)	130 (40,6)	62 (19,4)	
Sigara içmeyi bırakan hastalarımın tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını takip ederim.					
Uzman hekim	14 (17,3)	26 (37,7)	34 (42,0)	7 (8,6)	0,126
Uzman hekim değil	58 (18,1)	139 (58,2)	92 (28,8)	31 (9,7)	

*Satır yüzdesi, ** Monte Carlo yöntemi, ^a Pearson ki-kare

*Satır yüzdesi, ** Monte Carlo yöntemi, ^a Pearson ki-kare

Sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunma konusunda uzman olan aile hekimleri %43,2 (n=35) ve uzman olmayan aile hekimleri %39,1 (n=125) oranında “Çoğu zaman” yanıtını vermiştir (p=0,409) (Tablo 24).

Sigara içen hastalara sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorma davranışı için uzman olan aile hekimleri %50,6 (n=41) “Çoğu zaman” ve %32,1 (n=26) “Her zaman” yanıtını vermiştir. Uzman olmayan aile hekimleri de %47,2 (n=151) “Çoğu zaman” ve %26,6 (n=85) “Her zaman” yanıtını vermiştir (Monte Carlo yöntemi, p=0,289) (Tablo 24).

Araştırmaya katılan aile hekimleri arasında, sigara içen hastalara sigarayı bırakmayı önerme açısından uzman olan aile hekimleri %50,6 (n=41) “Her zaman” ve %37,0 (n=30) “Çoğu zaman” bu davranışı gösterirken uzman olmayan aile hekimleri de benzer şekilde %49,7 (n=159) “Her zaman” ve %35,9 (n=115) “Çoğu zaman” bu davranışı gösterdiklerini belirtmiştir (p=0,670). Uzman olan aile hekimlerinin hiçbirinin bu soruya “Hiçbir zaman” şeklinde cevap vermediği görülmüştür (Tablo 24).

Aile hekimlerinin sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirme, sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirme ve sigara içen hastaları Alo 171 hattına yönlendirme davranışları, uzman olup olmama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla, p=0,800; p=0,709; p=0,149) (Tablo 24).

Uzman olan aile hekimlerinin %38,3’ü (n=31) nargile, pipo, puro gibi sigara dışındaki tütün ürünlerini kullanan hastaları “hiçbir zaman” sigara bırakma polikliniğine yönlendirmediklerini ifade ederken uzman olmayan aile hekimlerinin %47,4’ünün (n=135) bu hastaları “bazen” sigara bırakma polikliniğine yönlendirdikleri görülmüştür. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,064) (Tablo 24).

Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalara farmakolojik tedavi önerme davranışı için “Hiçbir zaman” yanıtı; uzman olan aile hekimleri tarafından %14,8 (n=12) ve uzman olmayan aile hekimleri tarafından %21,3 (n=68) oranında verilmiştir. “Her zaman” yanıtı ise uzman olan aile hekimleri tarafından %7,4 (n=6) ve uzman olmayan aile hekimleri tarafından %5,9 (n=19) oranında verilmiştir (p=0,357) (Tablo 24).

Sigarayı bırakmış olan hastaların sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgulama davranışları için uzman olan aile hekimleri %11,1 (n=9) ve uzman olmayan aile hekimleri ise %7,2 (n=23) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir (p=0,158) (Tablo 24).

Araştırmaya dahil edilen uzman olan aile hekimlerinin %42,0'si (n=34) sigara içmeyi bırakan hastaların tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını “çoğu zaman” takip ettiğini söylerken, uzman olmayan aile hekimlerinin %58,2'si (n=139) bazen takip ettiğini ifade etmiştir. Uzman olan grupta %17,3 (n=14) ve uzman olmayan grupta ise %18,1 (n=58) oranında aile hekimi bu davranış için “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir (p=0,126) (Tablo 24).

Aile hekimlerinin tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alıp almama durumuna göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri davranışların dağılımı Tablo 25'te sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen aile hekimlerinin tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi alıp almama durumlarına göre sigara bırakma tedavisi hakkındaki davranışları incelendiğinde; hastalara sigara içip içmediklerini sorma davranışı için eğitim almış aile hekimleri “Çoğu zaman” yanıtını %54,4 (n=74) ve “Her zaman” yanıtını %27,2 (n=37) oranında vermiştir. “Hiçbir zaman” yanıtı eğitim almış aile hekimleri tarafından hiç işaretlenmemiştir. Eğitim almamış aile hekimlerinde bu oranlar sırasıyla %50,2 (n=133) ve %17,0 (n=45) olarak gözlenmiştir. Eğitim almamış aile hekimlerinin %2,3'ü (n=6) bu davranış için “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pearson kare; p=0,021 ve Monte Carlo yöntemi; p=0,029) (Tablo 25).

“Hastaların sigara dışındaki tütün ürünleri (nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgulama için eğitim alan ve almayan her iki grup da en yüksek yanıt bazen olarak gerçekleşmiştir (sırasıyla, %52,9; n=72 ve %52,1; n=138). Eğitim alan aile hekimleri %17,6 (n=24) ve eğitim almayan aile hekimleri ise %32,8 (n=87) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Her iki grupta da bu davranışı “bazen” gerçekleştirdiğini ifade eden hekimler çoğunlukta olsa da “Hiçbir zaman” yanıtını veren aile hekimlerinin oranı eğitim almayan aile hekimlerinde daha yüksektir (Tablo 25).

Sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunma konusunda eğitim alan aile hekimleri %47,8 (n=65) ve eğitim almayan aile hekimleri %35,8 (n=95) oranında “Çoğu zaman” yanıtını vermiştir (p=0,125) (Tablo 25).

Sigara içen hastalara sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorma davranışı için eğitim almış aile hekimleri “Çoğu zaman” yanıtını %52,2 (n=71) ve “Her zaman” yanıtını %33,8 (n=46) oranında vermiştir. “Hiçbir zaman” yanıtı eğitim almış aile hekimleri

tarafından hiç işaretlenmemiştir. Eğitim almamış aile hekimlerinde bu oranlar sırasıyla %45,7 (n=121) ve %24,5 (n=65) olarak gözlenmiştir. Eğitim almamış aile hekimlerinin %1,9'u (n=5) bu davranış için “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pearson kıkare; p=0,014 ve Monte Carlo yöntemi; p=0,017) (Tablo 25).

Tablo 25. Aile Hekimlerinin Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi Alma Durumuna Göre Davranış Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cevaplar n (%*)				p ^a
	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	
Hastalarımın sigara içip içmediklerini sorarım.					
Eğitim Almamış	6 (2,3)	81 (30,6)	133 (50,2)	45 (17,0)	
Eğitim Almış	0 (0,0)	25 (18,4)	74 (54,4)	37 (27,2)	0,029**
Hastalarımın sigara dışındaki tütün ürünleri(nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgularım.					
Eğitim Almamış	87 (32,8)	138 (52,1)	29 (10,9)	11 (4,2)	
Eğitim Almış	24 (17,6)	72 (52,9)	26 (19,1)	14 (10,3)	0,001
Sigara içmeyen hastalarımın olumlu geri bildirimde bulunurum.					
Eğitim Almamış	8 (3,0)	74 (27,9)	95 (35,8)	88 (33,2)	
Eğitim Almış	3 (2,2)	28 (20,6)	65 (47,8)	40 (29,4)	0,125
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorarım.					
Eğitim Almamış	5 (1,9)	74 (27,9)	121 (45,7)	65 (24,5)	
Eğitim Almış	0 (0,0)	19 (14,0)	71 (52,2)	46 (33,8)	0,014**
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı öneririm.					
Eğitim Almamış	5 (1,9)	38 (14,3)	88 (33,2)	134 (50,6)	
Eğitim Almış	1 (0,7)	12 (8,8)	57 (41,9)	66 (48,5)	0,346**
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm.					
Eğitim Almamış	13 (4,9)	103 (38,9)	107 (40,4)	42 (15,8)	
Eğitim Almış	1 (0,7)	48 (35,3)	60 (44,1)	27 (19,9)	0,116
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.					
Eğitim Almamış	15 (5,7)	122 (46,0)	87 (32,8)	41 (15,5)	
Eğitim Almış	5 (3,7)	50 (36,8)	57 (41,9)	24 (17,6)	0,184
Sigara içen hastalarımın Alo 171 hattına yönlendiririm.					
Eğitim Almamış	90 (34,0)	123 (46,4)	40 (15,1)	12 (4,5)	
Eğitim Almış	20 (14,7)	59 (43,4)	44 (32,4)	13 (9,6)	0,000
Sigara dışındaki tütün ürünlerini(nargile, pipo, puro...) kullanan hastalarımın sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.					
Eğitim Almamış	101 (38,1)	101 (38,1)	41 (15,5)	22 (8,3)	
Eğitim Almış	30 (22,1)	56 (41,2)	36 (26,5)	14 (10,3)	0,004
Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalarımın farmakolojik tedavi öneririm.					
Eğitim Almamış	69 (26,0)	136 (51,3)	46 (17,4)	14 (5,3)	
Eğitim Almış	11 (8,1)	61 (44,9)	53 (39,0)	11 (8,1)	0,000
Sigarayı bırakmış olan hastalarımın sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgularım.					
Eğitim Almamış	26 (9,8)	99 (37,4)	101 (38,1)	39 (14,7)	
Eğitim Almış	6 (4,4)	40 (29,4)	57 (41,9)	33 (24,3)	0,002
Sigara içmeyi bırakan hastalarımın tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını takip ederim.					
Eğitim Almamış	59 (22,3)	113 (42,6)	73 (27,5)	20 (7,5)	
Eğitim Almış	13 (9,6)	52 (38,2)	53 (39,0)	18 (13,2)	0,002

*Satır yüzdesi; ** Monte Carlo yöntemi; ^a Pearson ki-kare

*Satur yüzdesi; ** Monte Carlo yöntemi; ^a Pearson ki-kare

Araştırmaya katılan aile hekimleri arasında, sigara içen hastalara sigarayı bırakmayı önerme açısından eğitim almış aile hekimleri %48,5 (n=66) “Her zaman” ve %41,9 (n=57) “Çoğu zaman” bu davranışı gösterirken eğitim almayan aile hekimleri de benzer şekilde %50,6 (n=134) “Her zaman” ve %33,2 (n=88) “Çoğu zaman” bu davranışı gösterdiklerini belirtmiştir (Monte Carlo yöntemi; $p=0,346$) (Tablo 25).

Aile hekimlerinin sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirme davranışı eğitim almış grupta %44,1 (n=60) “Çoğu zaman” ve %19,9 (n=27) “Her zaman” şeklinde olup eğitim almamış grupta benzer şekilde %40,4 (n=107) “Çoğu zaman” ve %15,8 (n=42) “Her zaman” olarak yanıtlanmıştır ($p=0,116$) (Tablo 25).

Sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirme davranışı eğitim almış aile hekimlerinde %41,9 (n=57) “Çoğu zaman” ve %17,6 (n=24) “Her zaman” olurken eğitim almamış olan grupta %46 (n=122) “Bazen” ve %5,7 (n=15) “Hiçbir zaman” olmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel anlamlı değildir ($p=0,184$) (Tablo 25).

Sigara içen hastaları; Alo 171 hattına yönlendirme davranışları, eğitim almış hekimlerde %14,7 (n=20) “Hiçbir zaman” yanıtı almıştır. Eğitim almamış aile hekimlerinin %34’ü (n=90) bu davranış için “Hiçbir zaman” yanıtını seçmiştir. Eğitim almış aile hekimlerinin “Her zaman” yanıtı %9,6 (n=12) olurken eğitim almamış grupta bu oran %4,5 (n=12) olarak gözlenmiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 25).

Eğitim almamış aile hekimlerinin %38,1’i (n=101) “Hiçbir zaman” ve %38,1’i (n=101) “Bazen” nargile, pipo, puro gibi sigara dışındaki tütün ürünlerini kullanan hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiklerini ifade ederken eğitim alan aile hekimlerinin %41,2’si (n=56) “Bazen” ve %26,5’i (n=36) “Çoğu zaman” ve %10,3’ü (n=14) “Her zaman” bu hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiklerini ifade etmiştir. Fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,004$) (Tablo 25).

Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalara farmakolojik tedavi önerme davranışı için “Hiçbir zaman” yanıtı; eğitim alan aile hekimleri tarafından %8,1 (n=11) ve eğitim almayan aile hekimleri tarafından %26,0 (n=69) oranında verilmiştir. “Her zaman” yanıtı ise eğitim alan aile hekimleri tarafından %8,1 (n=11) ve eğitim almayan aile hekimleri tarafından %5,3 (n=14) oranında verilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$) (Tablo 25).

Sigarayı bırakmış olan hastaların sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgulama davranışları için eğitim alan aile hekimleri %4,4 (n=6) ve eğitim almayan aile hekimleri ise %9,8 (n=26) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Eğitim alan aile hekimleri %24,3 (n=33) ve eğitim almayan aile hekimleri ise %14,7 (n=39) oranında “Her zaman” yanıtını vermiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002) (Tablo 25).

Eğitim alan aile hekimlerinin %39,0’u (n=53) sigara içmeyi bırakan hastaların tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını “çoğu zaman” takip ettiğini söylerken, eğitim almayan aile hekimlerinin %42,6’sı (n=113) “Bazen” takip ettiğini ifade etmiştir. Eğitim alan grupta %7,5 (n=20) ve eğitim almayan grupta ise %13,2 (n=18) oranında aile hekimi bu davranış için “Her zaman” yanıtını vermiştir (p=0,126) (Tablo 25).

Aile hekimlerinin sigara kullanım durumlarına göre sigara bırakma tedavisi hakkında sergiledikleri davranışların dağılımı Tablo 26’da sunulmuştur.

“Hastalara sigara içip içmediklerini sorma” davranışı için sigara kullanan ve kullanmayan aile hekimleri her iki grup da en sık olarak “Çoğu zaman” yanıtını (iki grup için de %51,6) vermiştir (Monte Carlo yöntemi; p=0,579) (Tablo 26).

“Hastaların sigara dışındaki tütün ürünleri (nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgulama için sigara kullanan ve kullanmayan her iki grup da en yüksek yanıt bazen olarak gerçekleşmiştir (sırasıyla, %60,5; n=75 ve %48,7; n=135). Sigara kullanan aile hekimleri %21,8 (n=27) ve sigara kullanmayan aile hekimleri ise %30,3 (n=84) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,116) (Tablo 26).

Sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunma konusunda sigara kullanan aile hekimleri %41,9 (n=52) ve sigara kullanmayan aile hekimleri %39,0 (n=108) oranında “Çoğu zaman” yanıtını vermiştir (p=0,370) (Tablo 26).

Sigara içen hastalara sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorma davranışı için sigara kullanan aile hekimleri “Çoğu zaman” yanıtını %46,8 (n=58) ve “Her zaman” yanıtını %21,0 (n=26) oranında vermiştir. “Hiçbir zaman” yanıtı sigara kullanan aile hekimleri tarafından %1,6 (n=2) ve sigara kullanmayan aile hekimleri tarafından %1,1 (n=3) oranında verilmiştir. Sigara kullanmayan aile hekimlerinde “Çoğu zaman” yanıtı için oran %48,4 (n=134) ve “Her zaman” yanıtı için ise %30,7 (n=85) olarak gözlenmiştir (Monte Carlo yöntemi; p=0,055) (Tablo 26).

Tablo 26. Aile Hekimlerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Tutum Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

İfadeler	Cevaplar n (%*)				p ^a
	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman	
Hastalarımın sigara içip içmediklerini sorarım.					
Sigara Kullanmıyor	5 (1,8)	69 (24,9)	143 (51,6)	60 (21,7)	
Sigara Kullanıyor	1 (0,8)	37 (29,8)	64 (51,6)	22 (17,7)	0,579**
Hastalarımın sigara dışındaki tütün ürünleri(nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgularım.					
Sigara Kullanmıyor	84 (30,3)	135 (48,7)	38 (13,7)	20 (7,2)	
Sigara Kullanıyor	27 (21,8)	75 (60,5)	17 (13,7)	5 (4,0)	0,116
Sigara içmeyen hastalarımın olumlu geri bildirimde bulunurum.					
Sigara Kullanmıyor	9 (3,2)	76 (27,4)	108 (39,0)	84 (30,3)	
Sigara Kullanıyor	2 (1,6)	26 (21,0)	52 (41,9)	44 (35,5)	0,370
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorarım.					
Sigara Kullanmıyor	3 (1,1)	55 (19,9)	134 (48,4)	85 (30,7)	
Sigara Kullanıyor	2 (1,6)	38 (30,6)	58 (46,8)	26 (21,0)	0,055**
Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı öneririm.					
Sigara Kullanmıyor	5 (1,8)	32 (11,6)	99 (35,7)	141 (50,9)	
Sigara Kullanıyor	1 (0,8)	18 (14,5)	46 (37,1)	59 (47,6)	0,706**
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm.					
Sigara Kullanmıyor	9 (3,2)	102 (36,8)	117 (42,2)	49 (17,7)	
Sigara Kullanıyor	5 (4,0)	49 (39,5)	50 (40,3)	20 (16,1)	0,916
Sigara içen hastalarımın sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.					
Sigara Kullanmıyor	14 (5,1)	114 (41,2)	103 (37,2)	46 (16,6)	
Sigara Kullanıyor	6 (4,8)	58 (46,8)	41 (33,1)	19 (15,3)	0,770
Sigara içen hastalarımın Alo 171 hattına yönlendiririm.					
Sigara Kullanmıyor	75 (27,1)	119 (43,0)	63 (22,7)	20 (7,2)	
Sigara Kullanıyor	35 (28,2)	63 (50,8)	21 (16,9)	5 (4,0)	0,264
Sigara dışındaki tütün ürünlerini(nargile, pipo, puro...) kullanan hastalarımın sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.					
Sigara Kullanmıyor	88 (31,8)	106 (38,3)	57 (20,6)	26 (9,4)	
Sigara Kullanıyor	43 (34,7)	51 (41,1)	20 (16,1)	10 (8,1)	0,694
Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalarımın farmakolojik tedavi öneririm.					
Sigara Kullanmıyor	54 (19,5)	133 (48,0)	74 (26,7)	16 (5,8)	
Sigara Kullanıyor	26 (21,0)	64 (51,6)	25 (20,2)	9 (7,3)	0,550
Sigarayı bırakmış olan hastalarımın sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgularım.					
Sigara Kullanmıyor	23 (8,3)	101 (36,5)	108 (39,0)	45 (16,2)	
Sigara Kullanıyor	9 (7,3)	38 (30,6)	50 (40,3)	27 (21,8)	0,484
Sigara içmeyi bırakan hastalarımın tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını takip ederim.					
Sigara Kullanmıyor	54 (19,5)	111 (40,1)	88 (31,8)	24 (8,7)	
Sigara Kullanıyor	18 (14,5)	54 (43,5)	38 (30,6)	14 (11,3)	0,554
*Satır yüzdesi ** Monte Carlo yöntemi ^a Pearson ki-kare					

Araştırmaya katılan aile hekimleri arasında, sigara içen hastalara sigarayı bırakmayı önerme açısından sigara kullanan aile hekimleri %47,6 (n=596) “Her zaman” ve %37,1 (n=46) “Çoğu zaman” bu davranışı gösterirken sigara kullanmayan aile hekimleri de benzer

şekilde %50,9 (n=141) “Her zaman” ve %35,7 (n=99) “Çoğu zaman” bu davranışı gösterdiklerini belirtmiştir (Monte Carlo yöntemi; $p=0,706$) (Tablo 26).

Aile hekimlerinin sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirme davranışı sigara kullanan grupta %40,3 (n=50) “Çoğu zaman” ve %16,1 (n=20) “Her zaman” şeklinde olup sigara kullanmayan grupta benzer şekilde %42,2 (n=117) “Çoğu zaman” ve %17,7 (n=49) “Her zaman” olarak yanıtlanmıştır ($p=0,916$) (Tablo 26).

Sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirme davranışı sigara kullanan aile hekimlerinde %33,0 (n=41) “Çoğu zaman” ve %15,3 (n=19) “Her zaman” olurken sigara kullanmayan grupta %37,2 (n=103) “Çoğu zaman” ve %16,6 (n=46) “Her zaman” olmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel anlamlı değildir ($p=0,770$) (Tablo 26).

Sigara içen hastaları; Alo 171 hattına yönlendirme davranışları, sigara kullanan hekimlerde %28,2 (n=35) “Hiçbir zaman” yanıtı almıştır. Sigara kullanmayan aile hekimlerinin %27,1’i (n=75) bu davranış için “Hiçbir zaman” yanıtını seçmiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,264$) (Tablo 26).

Sigara kullanan aile hekimlerinin %41,1’i (n=51) “Bazen” ve %34,7’si (n=43) “Hiçbir zaman” nargile, pipo, puro gibi sigara dışındaki tütün ürünlerini kullanan hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiklerini ifade ederken sigara kullanmayan aile hekimlerinin %38,3’ü (n=106) “Bazen” ve %31,8’i (n=88) “Hiçbir zaman” bu hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiklerini ifade etmiştir. Fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,694$) (Tablo 26).

Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalara farmakolojik tedavi önerme davranışı için “Hiçbir zaman” yanıtı; sigara kullanan aile hekimleri tarafından %21,0 (n=26) ve sigara kullanmayan aile hekimleri tarafından %19,5 (n=54) oranında verilmiştir. “Her zaman” yanıtı ise sigara kullanan aile hekimleri tarafından %7,3 (n=9) ve sigara kullanmayan aile hekimleri tarafından %5,8 (n=16) oranında verilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,550$) (Tablo 26).

Sigarayı bırakmış olan hastaların sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgulama davranışları için sigara kullanan aile hekimleri %7,3 (n=9) ve sigara kullanmayan aile hekimleri ise %8,3 (n=23) oranında “Hiçbir zaman” yanıtını vermiştir ($p=0,484$) (Tablo 26).

Sigara kullanan aile hekimlerinin %43,5’i (n=54) sigara içmeyi bırakan hastaların tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını “Bazen” takip ettiğini söylerken, sigara

kullanmayan aile hekimlerinin %40,1'i (n=111) “Bazen” takip ettiğini ifade etmiştir. Sigara kullanan grupta %11,3 (n=14) ve sigara kullanmayan grupta ise %8,7 (n=24) oranında aile hekimi bu davranış için “Her zaman” yanıtını vermiştir (p=0,554) (Tablo 26).



5. TARTIŞMA

Sigara dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde önde gelen ölümcül hastalıkların önlenabilir nedenlerinin başında gelmektedir. Sigara bağımlılığı, tıpkı diyabet veya hipertansiyon gibi kronik bir hastalıktır ve tüm sağlık çalışanları, sigara içen hastalarına diğer kronik hastalıkları tedavi ettikleri şekilde yaklaşmalıdır. Toplumdaki diğer herhangi bir grupla karşılaştırıldığında, doktorlar, sigaradan korunma ve sigaranın bırakılmasını teşvik ederek sigara ile ilişkili morbidite ve mortalitenin azaltılmasında en büyük potansiyele sahiptir.

Hekimler, çeşitli yollarla sigara kontrolüne katkıda bulunabilir. Bunlar arasında; davranış modeli olmak (sigara içmeme), sigarayı bıraktırmak için hastalara tavsiyelerde bulunmak, sigara bırakma tedavisi sunmak ve tütün kullanımını kontrol etmek amacı ile kamu politikalarının oluşturulmasına yardımcı olmak sayılabilir. Gerek hizmet sunumundaki yeri, gerekse ulaşılabilirliği açısından da aile hekimlerine sigara bırakma konusunda oldukça önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle, aile hekimlerinin sigara içme durumlarını belirlemek ve sigarayı bırakma konusunda aile hekimlerinin bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını araştırmak ve elde edilen sonuçlara göre sigarayla mücadelede doktorları daha aktif kılmak üzere izlenecek yolları belirlemek gerekli görünmektedir.

Bu çalışmaya dahil edilen aile hekimleri, aile hekimi olarak ortalama 5,3±3,2 yıldır çalıştıklarını belirtmişlerdir. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması; 2005 yılında pilot bölgelerde başlatılmış ve sonrasında, 2010 yılında tüm illerde uygulamaya geçilmiştir. Hekimlerin belirttikleri süre ile Türkiye’deki aile hekimliği uygulama süresi birbirine uymaktadır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre 2014 yılında aile hekimliği birimlerine 214 milyon başvuru olmuştur; bu sayı bir yıl boyunca bütün birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine başvuruların %34’ünü oluşturmaktadır (62). Bu başvurular, gerek kullanmayanların sigaraya başlamalarını engellemek, gerekse sigara kullananların bırakmasına yardımcı olmak için kaçırılmaması gereken fırsatlar olarak görülmelidir. Bu nedenle, her hekimin bu konuda eğitilmiş olması; farkındalığı artırarak tütün ile mücadelede çok olumlu etkiler yaratabilir. Ancak bu araştırmada, aile hekimlerinin %66,1’i tütün bağımlılığı tedavisi hakkında sertifikalı veya sertifikasız herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Ketin ve ark.’nın (15) 2014 yılında yayınlanan araştırmasında, katılımcı aile hekimlerinin %85,2’sinin, Tanrıöver’in İstanbul’da aile hekimleri arasında

yaptığı çalışmada (63) %82'sinin sigara bağımlılığı tedavi yöntemleri hakkında hiçbir eğitim almadıkları belirlenmiştir. Ayrıca, hastalara “davranış modeli” oluşturmak açısından baktığımızda ise, tütün bağımlılığı tedavisi için eğitim alan aile hekimlerinde sigara kullanım oranı beklendiği gibi eğitim almayanlara göre daha düşüktür. Ancak bu durumun, sigara bırakma tedavisine ilgi duyan hekimlerin eğitim almasına da bağlı olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Ülkelere göre hekimlerin sigara içme durumları oldukça büyük değişkenlik göstermektedir. Doktorlar arasında sigara içme oranı çeşitli çalışmalarda; Bosna Hersek'te %40 (10), Yunanistan'da %38,6 (64), Çin'de %36 (65), Fransa'da %32 (66), İtalya'da %28 (67), Japonya'da %20 (68), Portekiz'de % 18,9 (69), Almanya'da %18 (70), Danimarka'da %15 (71), Finlandiya'da %13 (72) ve İngiltere'de %4 (9) olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde ise sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansını saptamak amacıyla yapılan 22 çalışmanın 2003 yılında yayınlanan derlemesi sonucunda doktorlardaki oranın %32,6-66,2 olduğu görülmüştür (73). 2002 yılında Afyon'da, 358 hekimle yapılan araştırmada hekimlerin %45,8'inin sigara içtiği saptanırken (74), 2008 yılında sağlık personelinin sigara içme durumunun araştırıldığı çalışmada sigara içme sıklığı; %26 olarak bildirilmiştir (61). 2013 yılında Şanlıurfa'da çalışan 263 hekimle yapılan çalışmada hekimlerin %30,5'inin sigara içtiği görülmüştür (75).

Sadece aile hekimleri arasında yapılan çalışmalara bakıldığında; 2012 yılında Eskişehir'de çalışan 110 aile hekiminin katıldığı araştırmada sigara içme oranı %33,6 olarak bulunmuştur (76). Kahramanmaraş'ta 123 aile hekiminin katıldığı ve 2014 yılında yayınlanan bir araştırmada katılımcıların %24,4'ü sigara kullandığını, %54,5'i hiç sigara içmediğini belirtmiştir (15). Baltacı ve ark.'nın 2014'te yaptığı ve 1.233 aile hekiminin katıldığı araştırmada ise aile hekimlerinde sigara içme prevalansı %34,1 olarak bulunmuştur (77). 2016 yılında İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada; aile hekimlerinin sigara içme oranı %25,1 olup, %50,2'si ise hiç sigara içmediğini belirtmiştir (63). Bizim araştırmamızda; aile hekimleri arasındaki sigara içme oranı %30,9 iken; katılımcıların % 34,9'u hiç sigara içmediğini, %16,7'si ise bir veya birkaç kez denediğini ifade etmiştir.

15 yaş üzeri yetişkinlerde sigara içme oranının 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre %27,1; DSÖ'nün 2015 verilerinde %25,5 olduğu göz önüne alındığında aile hekimlerinde sigara içme oranı, genel popülasyonun üzerinde bulunmuş olup hekimlerde yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında değişken sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür.

Cinsiyetlere göre sigara kullanma durumuna bakıldığında; çalışmamızda, erkek cinsiyette sigara kullananların %38,3 ve kadınlarda %22,5 olduğu belirlenmiştir. Ermenistan’da hekimler arasında yapılan bir çalışmada erkeklerde sigara kullanma oranı %42,6; kadın hekimlerde ise %19,6 olarak bulunmuştur (78). Fransa’da yapılan bir çalışmada erkek hekimlerin sigara kullanım oranı %33,9, kadın hekimlerin ise %25,4 (66); Çin’de yapılan bir araştırmada erkek hekimlerin sigara kullanım oranı %41, kadın hekimlerin ise %1 olarak bulunmuştur (65). Ülkemizde hekimler arasında yapılan bir araştırmada erkeklerde sigara içme sıklığı %29,8; kadınlarda %12,3 olarak bulunmuş (75); Eskişehir’de kadın aile hekimlerinin %23,8’nin, erkek hekimlerin %39,7’sinin sigara kullandığı görülmüştür (76).

Genel olarak bakıldığında da ülkemizde ve birçok ülkede sigara kullanım prevalanslarının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %50’si, kadınların %8’i; gelişmiş ülkelerde ise erkeklerin %41’i, kadınların %21’i sigara kullanmaktadır. Orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşayan erkekler arasında sigara alışkanlığında artış gözlenmekte; buna karşılık, yüksek gelirli ülkelerde yaşayan erkeklerde ise azalma olmaktadır (79). Bu çalışmada çıkan sonuçta da erkeklerin kadınlardan anlamlı derecede daha çok sigara kullandığı bulunmuştur.

Sigarayı bırakan aile hekimlerinin oranı kadınlarda %9,1 iken bu oran, erkek hekimler için %24,8’dir. Erkeklerde prevalansın daha yüksek olması da erkeklerin sigara bırakma oranının daha yüksek çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Uzman hekim olanlarda sigara kullanımı %19,8; uzman olmayanlar hekimlerde ise %33,8’dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Bu farkın ihtisas sürecinde edinilen tecrübe ve alınan eğitimlerle ilgili olabileceği düşünülmüştür. Ancak olası sebepler için daha ileri araştırmaya ihtiyaç vardır.

Yaş ortalaması ve meslekte geçirilen yıl ortalamaları aile hekimlerinin sigara kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde, sigarayı bırakan hekimlerin en yüksek yaş ortalamasına sahip olduğu ve meslek hayatında daha çok zaman geçirdikleri gözlenmiştir. Bu durumun, katılımcıların yaşla birlikte gelen sağlık sorunları nedeniyle olabileceği gibi ki en çok sigara bırakma nedeni olarak kişisel sağlık kaygıları gösterilmiştir- mesleksen tecrübelerden de kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Sigara kullanmayan aile hekimlerinin yaş, meslek hayatlarındaki çalışma yılları ve aile hekimi olarak çalışma yılları ortalamalarının en düşük grup olması, aile hekimlerinin bu süreçte sigaraya başlamaları önlenmediği takdirde sigara kullanma oranının giderek düşecek olması umudunu doğurmuştur.

Sigara kullanan aile hekimlerinin FNBT skorlarının ortalaması $4,3 \pm 4,0$ olarak bulunmuştur. FNBT skorlarına göre belirlenen bağımlılık düzeylerine göre aile hekimlerinin %49,1'i düşük bağımlılık düzeyine sahip olup, %8,3'ü ise yüksek bağımlılık düzeyine sahiptir. Orta bağımlılık düzeyindeki aile hekimlerinin oranı ise %42,6'dır. Baltacı ve ark.'nın (77) yaptıkları çalışmada aile hekimlerinin %46,2'si düşük bağımlı, %9,0'u yüksek bağımlı olarak bulunmuştur. Eskişehir'de 110 aile hekimi ile yürütülen bir araştırmada FNBT'ye göre düşük düzeyde nikotin bağımlılığı olan hekim oranı %70,2, yüksek düzeyde bağımlılığa sahip olanlar %10,8 oranında tespit edilmiştir (76). Yakın zamanlarda yapılan bu çalışmalarda FNBT sonuçlarına göre bağımlılık şiddetleri benzer sonuçlanmıştır.

Sigara içme prevalansı erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük olan kadınlarda, FNBT skorlarına göre bağımlılık düzeyleri de erkeklerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede düşük olsa da yüksek bağımlılığa sahip kadın hekimlerin oranının, yüksek bağımlılığa sahip erkek hekimlerin oranından fazla olması oldukça dikkat çekicidir. Baltacı ve ark.'nın (77) yaptığı araştırmada FNBT'ne göre bağımlılık şiddetinde, erkek ve kadın cinsiyet arasında fark bulunamamıştır. Sigara içen kişilerde bağımlılık düzeyi bırakma başarısını etkileyen en önemli faktör olması; seçilecek tedavi yöntemi ve tedavi süresini belirleme açısından FNBT skoru büyük önem taşımaktadır (80).

Sigara kullanan aile hekimlerinin ortalama sigara kullanım süresi ile ($13,8 \pm 8,6$ yıl) ile sigarayı bırakan aile hekimlerinin ortalama sigara kullanım süresi ($13,6 \pm 7,2$ yıl) benzer olmakla birlikte halen sigara kullananların günlük sigara kullanım ortalaması $13,6 \pm 11,5$ adet iken sigara kullanımını bırakan aile hekimlerinin içici oldukları dönemde günde ortalama $18,3 \pm 8,7$ adet sigara içtikleri belirlenmiştir. Bu durumda, her ne kadar şu an benzer sigara içme sürelerine sahiplermiş gibi görünüyorsa da günlük tüketim miktarı; sigarayı bırakan hekimlerin içici oldukları dönemde daha yüksek FNBT skorlarına sahip oldukları ve daha ağır içici olduklarını dolayısıyla maruz kaldıkları kümülatif zararın daha fazla olması sebebi ile sigara bırakmaya yönelmiş olabileceklerini düşündürmektedir.

Sigarayı bırakan hekimlerin özellikleri incelendiğinde, sigara kullanımının bırakılmasından sonra geçen süre ortalaması $7,7 \pm 6,4$ yıl olarak bulunmuştur, bu sürenin tam dumansız hava sahası uygulamasına geçildiği yıl olan 2009 civarına denk gelmesi; hekimlerin sigara ile mücadele kapsamında yürütülen kampanyalara duyarsız kalmadığı çıkarımını yapmamıza izin vermiştir. Çünkü 2008 yılında, 4207 sayılı kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"un kabul edilmesi ile uluslararası perspektifi güçlenen tütün

kontrol düzenleme ve kampanyaları ile 2008 yılında %31,3 olan 15 yaş üzeri nüfusun sigara içme oranı, 2012 yılında %27,1'e gerilemiştir (6).

Sigarayı bırakan aile hekimleri bırakma sürecinde %81,4'ü herhangi bir destek tedavisi almadığını belirtmiş, %12,9'u ise ilaç tedavisi ile sigarayı bırakmıştır. NRT, psikoterapi veya motivasyonel görüşme yöntemlerini sigara bırakmada bir yöntem olarak kullandığını söyleyen aile hekimi olmamıştır. Baltacı ve ark.'nın (77) çalışmasında benzer şekilde destek tedavisi almadan sigarayı bırakanların oranı %84 olarak bildirilmiştir.

Sigarayı bırakma nedenleri için verilen cevapların %34,1'ini kişisel sağlık kaygıları ve %19,8'ini ise hekimlerin yakınlarının sağlık sorunları oluşturmuştur. Bu oranlar, genel popülasyon ile benzer bulunmuştur. Argüder ve ark.'nın (81) çalışmasında da sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların, sigara bırakmada etkili olan birincil nedenler ve diğer önemli nedenleri incelendiğinde; "sağlığının bozulma korkusu"nın hastaların %44'ü için birincil neden olduğu görülmüştür. Ayrıca kronik bir hastalığı için yeni tanı alan bireylerin veya AMI gibi akut bir rahatsızlık geçirenlerin sigara bırakma niyet ve oranlarının arttığı da bilinmektedir. Geri kalan cevapların %13,2'sini dumansız hava sahası, sigara paketleri üzerindeki uyarılar, kamu spotları, %7,8'ini ekonomik nedenler oluşturmuştur. Ekonomik nedenlerin de artan sigara fiyatları kaynaklı olduğunu düşünürsek sigara bırakanların beşte birinin yasal düzenlemeler sayesinde sigara bağımlılığından kurtulduğunu söylemek mümkün olabilir. Adana'da sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada "Kapalı alanlarda sigara içme yasağı ile sigara içimi davranışında değişiklik oldu mu?" sorusuna, katılımcıların %1'i bıraktım, %57,7'si ise "azalttım" cevabını vermiş olup (82) , Türker ve ark. (83) ise %33,8 oranında "kapalı alanda sigara içme yasağı" nı sigarayı bırakmada etkili yol olarak belirtmişlerdir

Sigara dışında diğer tütün ürünleri kullanımı ile ilgili soruya verilen cevaplarda, aile hekimlerinin %86,3'ü sigara dışında diğer tütün ürünlerini kullanmadığını ifade etmiş; %9,7'si nargile, %3,0 'ü puro, %0,7'si pipo ve kalan %0,2'si diğer ürünleri kullandığını söylemiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012'ye göre en yaygın kullanılan tütün ürünü olan sigaradan sonra; sigara dışı tütün ürünlerinde en başta nargile kullanımı (%0,8) gelmekte, onu diğer tütün ürünlerinin kullanımı (%0,4) takip etmektedir. Ayrıca, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008'de nargile kullanımının eğitimli kişilerde daha yaygın olduğu görülmüştür. Bunları göz önüne aldığımızda eğitim seviyesi yüksek olan doktorlarda, nargile kullanımının sigaradan sonra gelmesi şaşırtıcı bir sonuç olmuştur. Sigarayı bırakan hekimlerin yaklaşık %8,5'inin sigara dışında tütün ürünü tüketmeye devam etmesi, sigara

kullanmayan hekimlerin de %9,7'sinin sigara dışında bir tütün ürünü kullanması şaşırtıcı bir sonuçtur.

Bu araştırmada, aile hekimlerinin uzman olma durumlarının ve sigara bırakma tedavisi almış olmalarının bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayılarını anlamlı olarak artırdığı görülmüştür. Daha önce Ketten ve ark.'nın çalışmasında (15) karşılaşılan, eğitim almış olan hekimler ile almamış olan hekimlerin sigara bağımlılığı tedavi ve yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri arasında fark olmaması gibi alınan eğitimlerin yeterli olmadığını düşündüren bir durum olmaması sevindiricidir. Bunun yanında, sigara kullanan ve kullanmayan hekimlerin arasında sigara bırakma tedavisi hakkında bilgi farkı olmaması, hekimlerin sigara bırakma yöntemlerini ve doğruları bildikleri halde sigara kullanmaya devam ettiklerini göstermektedir. Ayrıca “hastalara sigara içmemeyi önermenin birincil koruma olduğu”, “motivasyon görüşmeleri ve bilişsel davranış terapilerinin tek başlarına da sigara bırakma bırakmada etkili olduğu” ve “sigarayı yavaş yavaş azaltmak veya daha düşük nikotin/katran içeren sigaraya geçmenin standart tedavi yerine geçebilecek sağlıklı bir alternatif olmadığı” bilgi soruları haricinde bütün sorularda hekimlerin en az beşte birinin “bilmiyorum” seçeneğini işaretlemesi bu konudaki eksiklikleri göstermektedir.

Hekimlerin yarısından fazlasının doğru cevap veremediği sorulardan birisi de; “elektronik sigaranın bir NRT ürünü olup olmadığı” sorusudur. 2016 yılında yapılan bir araştırmada aile hekimlerinin %22,5'i elektronik sigaraları tütün yanma ürünü içeren ürünlerden daha sağlıklı bulduğunu ve %14,4'ü sigara içenlerde sigarayı bıraktırmada işe yarayacağını söylemiştir (63). Elektronik sigara, duman yerine buhar oluşturan ancak, buharın içinde yine nikotin, propilen glikol ya da gliserol gibi hepsi bilinmeyen maddeler bulunduran bir üründür (84). Bazı çalışmalarda içerdikleri propilen glikolünün kanserojen etki gösterebileceği ve bütün elektronik sigaralar denetimden geçmediğinden başka zararlı etkileri olabileceği bildirilmiştir (85). Ülkemizde de ithalatı yasak olan bir ürün olup tütünle mücadele için yardımcı bir araç olarak görülmemektedir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %86,5'u sigara kullanmayan hekimlerin sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturacağını söylemiş; bu düşünceye “kesinlikle katılmayan” 7 hekim olmuştur. Ermenistan'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %62,4'ü sağlık profesyonellerinin toplum için rol-model oluşturduğunu ifade etmiştir (78).

İngiltere'de, 2001 yılında birinci basamakta hizmet veren doktor ve hemşireler arasında yapılan bir araştırmada doktorların %96'sının hastalara sigara bırakmayı önerme ve onlara bu konuda önderlik etmeyi, işlerinin bir parçası olarak gördüğü bulunurken (9), bu

araştırmada aile hekimlerinin yaklaşık %40'ının sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış kişilerin verebileceğine inandığı gözlenmiştir.

2014 yılında Kahramanmaraş'ta aile hekimleri arasında yapılan bir araştırmada katılımcıların yaklaşık %50'si sigarayı bırakmayı önermenin etkili olmayacağını düşünürken (15) bizim çalışmamızda bu oranın %27'ye gerilediği görülmüştür.

Şanlıurfa'da yürütülen bir çalışmada; “hastanın sigarayı bırakamaması durumunda hekimin bir şey yapamayacağı” düşüncesine sahip olanların oranı %45,5 iken bu çalışmada %23,7 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hekimlerin %64,5'i, “hastalara sigara bırakma konusunda danışmanlık yapacak yeterli zamanının olmadığını” söylerken, bu çalışmada bu oranın %52,2'ye gerilediği görülmüş ancak, halen her iki hekimden birinin bu konuda olumlu tutum oluşturamadığı tespit edilmiştir. Bu veriyi değerlendirirken, bakmakla yükümlü olunan nüfus sayısı ve yoğunluğunun her yerde aynı olmadığını da göz önünde tutmak gerekir ancak sadece sigara bırakmayı önermenin bile %5 oranında sigara bırakmayı sağlayabildiği de unutulmamalıdır (15).

Bu araştırmaya katılan aile hekimlerinde, sigara bırakma tedavisi eğitimi almak isteyen hekimlerin oranı %77,3 iken sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isteyenlerin oranı %50,2'dir. Keten ve ark.'nın yaptığı çalışmada da hekimlerin sigara ile mücadelede etkin olması gerektiği tutumu hakimken, eğitim almak ve sigara bırakma tedavisi uygulamak isteyen hekimlerin oranı yaklaşık %50 olarak belirlenmiş ve bunun bir paradoks olduğu düşünülmüştür. Ancak, halen benzer sonuçların çıkması bu paradoksun nedenlerinin araştırılması ihtiyacı doğurmaktadır.

Aile hekimliği uzmanı olmak, uzman olmamaya göre; “hastalar, sigarayı bırakmadığında yapacak birşeyi olmaması” düşüncesi, “hastaların sigarayı bırakması için öneride bulunmanın çok etkili olduğu”, “hastalara sadece sigara içip içmediklerini sormanın sigara bırakma önerisi için yeterli olmadığı” düşünceleri için ve “eğitim alıp sigara bırakma polikliniğinde çalışma isteği” için olumlu yönde anlamlı fark yaratmıştır. Sigara bırakma tedavisi eğitimi almış olmanın hekimlere kesinlikle daha çok olumlu tutum kazandırdığı görülmüştür ve beklenenin aksine, sigara kullanma durumunun kullanmamaya göre anlamlı fark yarattığı tek durum; sigara bırakma polikliniğinde çalışmak konusunda olmuştur.

Sigara bırakma tedavisi hakkındaki daha önceki çalışmalara göre, sigarayı bırakmada hastanın bırakma niyeti, doktor tavsiyesi ile ilişkili bulunmuştur (86). Bu yüzden her hekimin hedefi; her zaman tüm hastalarına sigara içip içmediklerini sormak, sigara içenlere bırakmalarını tavsiye etmek olmalıdır.

Bizim çalışmamızda hekimlerin %51,6'sının hastalarına çoğu zaman, %20,4'ünün her zaman sigara içip içmediğini sorduğu; %1,5'nin de hiç sormadığı görülmektedir. Aile hekimleri arasında yapılan başka çalışmalara bakıldığında; 2012'de Eskişehir'de yapılan bir çalışmada hekimlerin %50,9'unun tüm hastalarına sorduğu, %1,8'inin ise hastalarına sigara içip içmediğini sormadığı (76); 2014'te Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada hekimlerin %53,7'sinin hastalarına sigara içip içmediğini her zaman sorduğu (15), 2016'da İstanbul'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %93,4'ünün hastalarına şu an sigara içip içmediklerini sorduğu (63) bildirilmiştir. Afyon'da üniversite hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların %73,6'sı en son başvurdıkları hekimin kendilerine sigara içip içmediklerini sorduğunu söylemiştir (87).

Hastalara sigara içip içmediklerini sorma konusunda değişik ülkelerden bildirilen çalışmalarda da hekimlerin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını %40-60 oranında sorguladıkları görülmektedir (74). Bu çalışmamızda da oranların benzer olduğu görülmektedir. Ancak hekimlerin sigara içme durumlarının hastalarına sigara kullanma sorusunu sorma davranışını etkileyip etkilemediğine bakıldığında; bu çalışmada sorulan hiçbir davranış sorusunda anlamlı fark yaratmadığı gibi, hastalara sigara kullanıp kullanmadıklarını sorma davranışında da anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Bu kısmı ile; sigara içen hekimlerin hastalarına sigara içme davranışları ile ilgili daha az soru sorduğu ve danışmanlık verdiği düşünülen Fransa, Ermenistan, Ürdün ve İstanbul'da yapılan diğer birçok araştırmadan ayrılmaktadır (66, 88-90).

Hastalarının sigara dışındaki tütün ürünleri kullanımını sorgulamada; katılımcıların %52,4'ünün “bazen” sorduğu, %27,7'sinin ise “hiç sormadığı” görülmüştür. Yine benzer şekilde, katılımcıların %32,7'sinin sigara dışında tütün ürünü kullanan hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirmede, %39,2'sinin bazen yönlendirdiği görülmüştür. Bu konuda ülkemiz için yeterli literatüre rastlanmamış olup DSÖ ile ortaklaşa yürütülen prevalans araştırmalarında bile sigara dışında tütün ürünlerinin (özellikle dumansız tütün ürünleri için) ülkemiz için verilerinin olmayışı bu konu için bir eksikliklerdir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin, hastalarına sigara bırakmayı düşünüp düşünmediklerinin sorma (%75,6), sigara bırakmayı önerme (%86,1) ve sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirme (58,8) konularında yarısından fazlasının danışmanlık hizmeti verdiği ancak farmakolojik tedavi önerme (%30,9) konusunda yaklaşık yarısının çekindiği veya kaçındığı görülmüştür. Demir ve ark.'nın (75) Şanlıurfa'da yaptığı araştırmada hekimlerin %71,5'inin sigara bırakma konusunda tavsiyelerde bulunduğu, %44,9'unun da yardımcı olduğu bildirilmiştir. Uysal ve ark.'nın yaptığı çalışmada (90)

hekimlerin %93'ünün sigara kullanan hastalara bırakmasını önerdiği, %63'ünün hastalarına sigara bırakma tedavileri hakkında bilgilendirme yaptığı; Keten ve ark.'nın yaptıkları çalışmada (15) aile hekimlerinin %74'ünün sigara bırakmayı önerdiği, %48,8'inin sigara bırakma yöntemlerinden bahsettiği ve %18,9'unun medikal tedavi önerdiği bildirilmiştir. Eskişehir'de yapılan araştırmada (76) aile hekimlerinin %95,5'inin hastalarına sigara bırakma konusunda sözel destek verdiği, %63,6'sının da hastalarına sigara bırakmaları için farmakoterapi önerdiği bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarının özellikle farmakoterapi önerme konusunda çok değişkenlik göstermesinin hekimlerin sigara bırakma tedavisi eğitimi alma durumuna bağlı olabileceği düşünülmüştür. Nitekim bizim çalışmamızda eğitim alma durumu ile farmakolojik tedavi önerme konusunda anlamlı fark saptanmıştır.

Bu çalışmada, hekimlerin sigara içen hastalarını Alo 171 hattına yönlendirip yönlendirmedikleri sorulduğunda hekimlerin %45,4'ü "bazen", %20,9'u "çoğu zaman" yönlendirdiğini ifade etmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise bu oran %23 olarak bulunmuştur (9).

Sigara kullanan aile hekimlerinin %52,1'i hastalarını sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiğini ifade etmiştir. Bu oran Keten ve ark.'nın çalışmasında (15) %62 olarak bulunmuş ve Özer'in yaptığı çalışmada (76) hekimlerin %95'i hastaları yönlendirebilecekleri bir kurum olmasını istediklerini ifade etmiştir.

Aile hekimlerinin %71,8'inin sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunması hastaların sigaraya başlamalarını önlemek için iyi bir yoldur. Ancak sigara içmeyi bırakmış hastaların hangi yöntemle bıraktığı %57 oranında sorulmakta, tekrar sigaraya başlama durumlarının takibi %40 ise oranında yapılmaktadır. Demir ve ark.'nın yaptığı araştırmada da takip oranı %12,5 olarak bulunmuştur (75) ki bu oranlar, kronik bir hastalık olarak kabul edilen nikotin bağımlılığının nüks yapma olasılığı göz önünde bulundurulduğunda koruma için çok düşük kalmaktadır.

Aile hekimlerinin sigara bırakma tedavisi eğitimi alma durumlarının bütün bu davranışlarda olumlu etkisi olduğu gözlenmiştir; sigara bırakmayı önerme, sigara içmeyenlere olumlu geri bildirimde bulunma, sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirme ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirme davranışları hariç hepsinde anlamlı ilişki oluşturmuştur. Sigara bırakma ile ilgili olan hekimlerin eğitim alacağı ve eğitim alanların hastalarını kendileri takip etmek isteyecekleri için bu dört davranış da anlamlı fark görülmemiş olabileceği düşünülmüştür.

Aile hekimlerinin uzmanlık durumları sadece, sigara dışındaki tütün ürünlerinin kullanımını sorgulama ve kullanan hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirme

davranışlarında fark yaratmıştır. Hekimlerin sigara kullanma durumlarının sigara bıraktırma davranışları ile ilgili hiçbir fark yaratmaması literatürde aksini söyleyen çalışmaların fazlalığı nedeni ile farklı bir sonuç olmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimlerinin sigara içme durumlarını belirlemek ve sigara bırakma tedavisi konusunda aile hekimlerinin bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını araştırmak amacı ile yaptığımız çalışmada, aile hekimlerinin sigara içme prevalansı; %30,9 olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin %34,9'u hiç sigara içmediğini, %16,7'si bir veya birkaç kez denediğini, %9'u ara sıra içtiğini, %21,9'u halen sigara kullanmakta olduğunu ve %17,5'i sigara kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir.

15 yaş üzeri yetişkinlerde sigara içme oranının 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre %27,1; DSÖ'nün 2015 verilerinde %25,5 olduğu göz önüne alındığında aile hekimlerinde sigara içme oranı genel popülasyonun üzerinde bulunmuştur.

Bu yüksek orana rağmen, hekimlerin sigara içme durumlarının sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını anlamlı olarak etkilemediği gözlenmiştir. Aile hekimlerinin uzman olma durumları ve sigara bırakma tedavisi eğitimi almış olmalarının bilgi, tutum ve davranış üzerine olumlu etki yarattığı, eğitimin özellikle de davranış üzerinde değişikliklere neden olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde son yıllarda tütün kontrolü konusunda büyük bir hızlanma sağlansa da toplum için bir rol-model olan hekimlerin kendilerinin halen sigara içme prevalansının yüksek olması, tütün kontrolü ile ilgili alınan önlem ve uygulamaların artırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Ayrıca, davranış değişikliği sağlayan en büyük etkenin eğitim olduğu da göz önünde bulundurulursa sigara konusunda hem hekimler hem de bütün nüfus için daha çok eğitim olanakları oluşturulmalıdır.

Sundukları koruyucu ve kapsayıcı sağlık hizmetiyle hasta ve sağlıklı tüm nüfusa ulaşabilme imkanı olan aile hekimlerinin, sigara ile mücadelede daha etkin rol oynaması için gerekli stratejilerin geliştirilmesi konusunda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization, 2014. Erişim: (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
2. WHO global report: mortality attributable to tobacco. World Health Organization, 2012. Erişim: (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/). Erişim tarihi: 01.02.2017.
3. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization, 2008. Erişim: (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
4. WHO Global Health Observatory Data. Prevalence of tobacco smoking. Erişim: (<http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>). Erişim tarihi: 02.02.2017.
5. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, T¼rkiye Aile Yapısı Araştırması TAYA 2011. Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 04, G¼zden Geçirilmiş İkinci Basım, Ankara, Sayfa: 238-39. 2014. Erişim: (<http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54292ce0369dc32358ee2a46/taya2011.pdf>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu, K¼resel Yetişkin T¼t¼n Araştırması T¼rkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara, 2014.
7. Sezer R, Özt¼rk ř, Bilgin N, Açıık Y, Çandır Z, Özdemiş N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları. Turkish Journal of Medical Sciences. 1990;14:381-90.
8. Sahin E, Ozer C, Dagdeviren N, Akturk Z. Physicians smoke as much as their patients in Turkey. Middle East Journal of Family Medicine. 2005;3(2):1-7.
9. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tobacco Control. 2001;10(1):27-32.
10. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. BMC Family Practice. 2004;5(1):12.
11. DSÖ k¼resel t¼t¼n salgını raporu, 2008: MPOWER paketi. D¼nya Sağlık Örg¼t¼, 2008.
12. Bilir N, Özcebe H. T¼rkiye MPOWER koşullarını ne kadar karşılamaktadır? TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(1).

13. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. World Health Organization, 2015. Erişim: (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>). Erişim tarihi: 02.02.2017.
14. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. Medical Clinics of North America. 1992;76(2):451-76.
15. Ketten HS, Kahraman H, Üçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):58-62.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı 2015-2018; 2015. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/420,ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-planipdf.pdf?0>). Erişim tarihi: 31.01.2017.
17. Dilektaşlı AG. Tütün dumanının içeriği ve farmakokinetiği. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics. 2012;5(2):6-10.
18. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve tütün kullanım şekilleri. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):1-4.
19. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi. Erişim: (http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHÇESİ-I_Baris.pdf). Erişim tarihi: 30.01.2017.
20. Koçak G. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Tıpta uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, 2016.
21. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas: World Health Organization, 2002. Erişim: (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tobacco_atlas/en/) . Erişim tarihi: 30.01.2017.
22. Bayman E. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalarda başarısızlığa neden olan faktörlerin belirlenmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2016.
23. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu. Ankara, 2014. Erişim: (<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani--ve-Tedavi-Uzlasi-Raporu-2014.pdf>). Erişim tarihi: 30.01.2017.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 796, Ankara, 2010.
25. Aslan D. Dünyada ve Türkiye'de tütün kontrolünde yeni bir dönem başladı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(1):19-21.

26. Örsel O. Dünyada kullanılan tütün ürünleri. Erişim: (http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DunyadaKullanilanTutunUrunleri-osman_orsel.pdf). Erişim tarihi: 31.01.2017.
27. T.C. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. İç piyasaya arz edilen tütün mamulleri listesi. Erişim: (<http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/ic-piyasaya-arz-edilen-tutun-mamulleri-listesi.aspx>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
28. World Health Statistics 2016 data visualizations dashboard, Tobacco Smoking. World Health Organization, 2016. Erişim: (<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en>). Erişim tarihi: 02.02.2017.
29. Aslan D. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı: riskler, tehditler, önleyici yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics. 2012;5(2):1-5.
30. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ed). Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları. Sayı 10, 21-35, 2010. Erişim: (http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17062010.pdf). Erişim tarihi: 01.02.2017.
31. WHO Global Health Observatory Data, Prevalence of tobacco smoking, Situation – by country 2016. World Health Organization, 2016. Erişim: (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html). Erişim tarihi: 02.02.2017.
32. Vanphanom S, Morrow M, Phengsavanh A, Hansana V, Phommachanh S, Tomson T. Smoking among Lao medical doctors: challenges and opportunities for tobacco control. Tobacco Control. 2011 Mar;20(2):144-50. Epub 2010 Nov 23.
33. Kawahara K, Ohida T, Osaki Y, Mochizuki Y, Minowa M, Yamaguchi N, Kusaka Y. Study of the smoking behavior of medical doctors in Fukui, Japan and their antismoking measures. Journal of Epidemiology. 2000;10(3):157-62.
34. Talhout R, Schulz T, Florek E, van Benthem J, Wester P, Opperhuizen A. Hazardous compounds in tobacco smoke. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2011;8(2):613-28.
35. World Health Organization International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco smoke and involuntary smoking, IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Vol. 83. France, 2004. Erişim: (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83.pdf>). Erişim tarihi: 01.02.2017.
36. The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion,

- Office on Smoking and Health, 2014. Erişim: (<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>). Erişim tarihi: 31.01.2017.
37. Demir B, Okutan M. Radyoaktif sigara: Tütün+ Polonyum-210+ Kurşun-210. Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(1):27-31.
38. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current Cigarette Smoking Among Adults in the United States. Erişim:(https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/). Erişim tarihi: 02.02.2017.
39. Uysal Y, Ertan M, Başhan İ. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri ve Bırakmanın Yararları. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):20-5.
40. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. 2002;58(44):9. Erişim: (http://www.pneumologia.gr/articlefiles/20070509_7.pdf). Erişim tarihi: 01.02.2017.
41. Önen ZP. Sigaranın insan sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics. 2012;5(2):21-8.
42. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü çalışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36(2):75-9.
43. Karlıkaya C. Tütüne bağlı hastalıklar ve tütünün kontrolü. Erişim: (http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu3-ppt-pdf/Celal_Karlikaya.pdf). Erişim tarihi: 30.01.2017.
44. Çelik M, Erdoğan A. Tütün kullanımının epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):5-12.
45. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin bağımlılığının nörobiyolojisi ve klinik özellikleri. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):13-9.
46. Nurlu D. Sigara kullanma durumunun aile içi fonksiyonlara etkisinin değerlendirilmesi. Aile hekimliği uzmanlık tezi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2015.
47. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines 2012. Erişim: (http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/12/ENSP-ESCG_FINAL.pdf). Erişim tarihi: 01.02.2017.
48. Eray İK. Nikotin bağımlılığında kısa hekim müdahalesi ve 5A-5R yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):39-43.
49. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2004;52(2):115-21.

50. Bulat LA. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, 2016.
51. Örsel S. Nikotin bağımlılığı ve nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. Tütün ve Tütün Kontrolü (Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ed). Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları. Sayı 10, 406-16, 2010. Erişim: (http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17062010.pdf). Erişim tarihi: 01.02.2017.
52. Sayın E. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve bırakma yöntemlerinin etkinliği. Tıpta uzmanlık tezi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
53. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ. Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respiratory Care. 2008;53(9):1217-22.
54. Özge C. Sigara bırakma tedavisinde 5A ve 5R kavramları. Tütün ve Tütün Kontrolü (Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, ed). Türk Toraks Derneği Toraks Kitapları. Sayı 10, 451-59, 2010. Erişim: (http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17062010.pdf). Erişim tarihi: 01.02.2017.
55. Marakoğlu K, Kargın NÇ. Nikotin bağımlılığının medikal tedavisi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):49-54.
56. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, Fraser DL, Fiore MC, Baker TB, Jackson TC. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. Archives of Internal Medicine. 2009;169(22):2148-55.
57. Özer A. Sigara bıraktırma yöntemlerinde başarı oranları. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Adana, 2014.
58. Cahill K, Stead LF, Lancaster T, Polonio IB. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Sao Paulo Medical Journal. 2012;130(5):346-7.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de tütünle mücadele süreci - dumansız hava sahası. Erişim: (<http://www.havanikoru.org.tr/surec.html>). Erişim tarihi:01.02.2017.
60. Arslan İ, Tekin O. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve tütün kontrolünde aile hekimliği. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2016;7(5):31-4.
61. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T. Türkiye'de sağlık çalışanlarının sigara içme durumları ve etkileyen faktörler. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007. DSÖ Türkiye Ofisi, Ankara;2008;5-61.

62. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1010, Ankara, 2015.
63. Tanrıöver Ö. Aile hekimlerinin elektronik sigara ile ilgili farkındalık düzeyleri, zarar algıları ve bu konuda klinik uygulamalarını etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2016.
64. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelos D, Karakostas F, Skliros E, Apostolou O, Politakis P, Pappas S. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*. 2007;121(5):333-40.
65. Yan J, Xiao S, Ouyang D, Jiang D, He C, Yi S. Smoking behavior, knowledge, attitudes and practice among health care providers in Changsha city, China. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10(4):737-44.
66. Josselan L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(1):33-8.
67. Vecchia C, Scarpino V, Malvezzi I, Baldi G. A survey of smoking among Italian doctors. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000;54(4):320.
68. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal A, Takemura S, Minowa M, Kawahara K. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *JAMA*. 2001;285(20):2643-8.
69. Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: a cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BMC Public Health*. 2011;11(1):720.
70. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *European Journal of Cancer Prevention*. 2003;12(3):235-7.
71. Kannegaard PN, Kreiner S, Gregersen P, Goldstein H. Smoking habits and attitudes to smoking 2001 among hospital staff at a Danish hospital—comparison with a similar study 1999. *Preventive Medicine*. 2005;41(1):321-7.
72. Barengo NC, Sandström HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Sozial-und Präventivmedizin*. 2005;50(6):355-60.
73. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2003;51(4):390-7.

74. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. *Toraks dergisi*. 2002;3(3):253-6.
75. Demir C, Şimşek Z. Hekimlerin sigara bıraktırma davranışları ve ilişkili faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(5):501-10.
76. Özer AÖ. Eskişehir'de birinci basamak hizmeti veren doktorların sigara içicilik durumları ve sigara bıraktırma konusundaki tutumları. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir, 2012.
77. Baltacı D, Bahcebasi T, Aydın LY, Ozturk S, Set T, Eroz R, Celer A, Kara IH. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians. *Toxicology and industrial health*. 2014;30(1):3-11.
78. Movsisyan NK, Varduhi P, Arusyak H, Diana P, Armen M, Frances SA. Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1028.
79. WHO The world health report: 2003: shaping the future. World Health Organization, 2003. Erişim: (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf). Erişim tarihi: 02.02.2017.
80. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FBNT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2016;9(1):45-51.
81. Argüder E, Hasanoğlu H, Karalezli A, Kılıç H. Factors that increasing tendency to smoking cessation. *Tüberkuloz ve Toraks*. 2011;60(2):129-35.
82. Duru P. Sağlık çalışanlarının sigara alışkanlıkları. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2014;2(2):6-9.
83. Türker T, Koçak N, Aydın İ, İstanbulluoğlu H, Açıkel CH, Kır T, Kılıç S. Seçilmiş bir grup tıp fakültesi öğrencisinde sigara içme yaygınlığı ve sigarayı bırakmaya etki eden faktörlerin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2013;55(3):207-13.
84. Cobb NK, Byron MJ, Abrams DB, Shields PG. Novel nicotine delivery systems and public health: the rise of the "e-cigarette". *American Journal of Public Health*. 2010;100(12):2340-2.
85. Akgül S, Kutluk T. Çocuk ve ergenlerde tütün kontrolü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2015;24(özel sayı):1-5.
86. Yao T, Ong M, Lee A, Jiang Y, Mao Z. Smoking knowledge, attitudes, behavior, and associated factors among Chinese male surgeons. *World Journal of Surgery*. 2009;33(5):910-7.

87. Günay E, Ulaşlı SS, Ahsen A, Öz G, Koyuncu T, Ünlü M. Bir üniversite hastanesi hekimlerinin sigara içen hastalara sigarayı bırakma öneri durumlarının belirlenmesi. 2014;28(1):23-30.
88. Perrin PC, Merrill RM, Lindsay GB. Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia. BMC Public Health. 2006;6(1):139.
89. El- Khushman HM, Sharara AM, Al- Laham YM, Hijazi MA. Cigarette smoking among health care workers at King Hussein Medical Center. Journal of Hospital Medicine. 2008;3(3):281-4.
90. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Tuberkuloz ve Toraks. 2007;55(4):350-5.



8. EKLER

Ek 1: Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumları ile Sigara Bırakma Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Anketi

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekâr
4. Ünvanınız: ☐ Aile Hekimliği Uzmanı ☐ Aile Hekimi
5. Meslekteki kaçınıcı yılınız:.....
6. Aile hekimi olarak kaçınıcı yılınız:.....
7. Çalıştığınız İl:..... İlçe:.....
8. Sigara kullanma durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?
☐ Hiç içmedim. (Lütfen 14. sorudan devam ediniz.)
☐ Bir/birkaç kez denedim. (Lütfen 14. sorudan devam ediniz.)
☐ Ara sıra içiyorum. (Lütfen 13. sorudan devam ediniz.)
☐ Halen sigara içiyorum. (Lütfen 13. sorudan devam ediniz.)
☐ Eskiden içerdim, bıraktım.(Lütfen 9. Sorudan devam ediniz.)
9. Bırakmadan önce, sigara kullanma süreniz ve sigara içme miktarınız ne kadardı?
..... yıl; Günde.....adet
10. Ne kadar süredir sigara kullanmıyorsunuz?.....
11. Hangi yöntemi kullanarak bıraktınız?
☐ Destek tedavisi almadım, kendi kendime bıraktım.
☐ İlaç tedavisi
☐ Nikotin replasman tedavisi (bant, sakız vb.)
☐ Psikoterapi veya motivasyonel görüşme
☐ Diğer yöntemler(monoterapi, akupunktur vb.)
12. Sigara bırakmanızda en etkili olan ilk 3 faktörü sıralayınız.
☐ Kişisel sağlık ile ilgili kaygılar
☐ Yakınlarınızın sağlık sorunları
☐ Tütün kullanımı ile ilgili yapılan kanuni düzenleme ve yaptırımlar(Dumansız saha uygulaması vb.)
☐ Sigara paketleri üzerindeki resim ve uyarılar
☐ Kamu spotları
☐ Ekonomik nedenler
☐ Diğer

13. Sigara kullanma süreniz ve sigara içme miktarınız ne kadardır?

(Soruyu halen sigara kullanmakta olanlar cevaplandıracaktır.)

..... yıl; Günde.....adet

14. Sigara dışındaki kullandığınız tütün ürünü varsa işaretleyiniz ve kullanım sıklığınızı belirtiniz.

☐ Nargile.....adet/(gün)-(ay)-(yıl)

☐ Puroadet/(gün)-(ay)-(yıl)

☐ Pipoadet/(gün)-(ay)-(yıl)

☐ Diğer ürün(açıklayınız)adet/(gün)-(ay)-(yıl)

15. Herhangi bir tütün bağımlılığı tedavisi eğitimi aldınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet(sertifikalı)

☐ Evet(sertifikasız)

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size en çok uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyin.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
16. Hastalarımın sigara içip içmediklerini sorarım.	☐	☐	☐	☐
17. Hastalarımın sigara dışındaki tütün ürünleri(nargile, pipo, puro...) kullanımını sorgularım.	☐	☐	☐	☐
18. Sigara içmeyen hastalarım olumlu geri bildirimde bulunurum.	☐	☐	☐	☐
19. Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sorarım.	☐	☐	☐	☐
20. Sigara içen hastalarımın sigarayı bırakmayı öneririm.	☐	☐	☐	☐
21. Sigara içen hastalarımı sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm.	☐	☐	☐	☐
22. Sigara içen hastalarımı sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.	☐	☐	☐	☐
23. Sigara içen hastalarımı Alo 171 hattına yönlendiririm.	☐	☐	☐	☐
24. Sigara dışındaki tütün ürünlerini(nargile, pipo, puro...) kullanan hastalarımı sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm.	☐	☐	☐	☐
25. Sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen hastalarımın farmakolojik tedavi öneririm.	☐	☐	☐	☐
26. Sigarayı bırakmış olan hastalarımın sigarayı hangi yöntemle bıraktığını sorgularım.	☐	☐	☐	☐
27. Sigara içmeyi bırakan hastalarımın tekrar sigara içmeye başlayıp başlamadıklarını takip ederim.	☐	☐	☐	☐

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size en çok uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyin.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
28. Sigara bırakma danışmanlığı almalarına rağmen hastalar genellikle sigara içmeyi bırakamaz.	☐	☐	☐	☐
29. Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey yoktur.	☐	☐	☐	☐
30. Hastalarımın sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.	☐	☐	☐	☐
31. Sigara bırakma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler verebilir.	☐	☐	☐	☐
32. Başlangıçta sigara bırakma motivasyonu olmayan hastaya sigara bırakmayı önermek anlamsızdır.	☐	☐	☐	☐
33. Diğer tütün kontrol girişimleri ve özellikle kitle iletişim araçlarında yürütülen kampanyalar; destekli sigara bırakma konusunda klinik girişimlerden daha maliyet etkin bir yöntemdir.	☐	☐	☐	☐
34. Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.	☐	☐	☐	☐
35. Sigara kullanan hastalara, sadece bırakmayı düşünüp düşünmediklerini sormak sigara bırakma önerisi için yeterli değildir.	☐	☐	☐	☐
36. Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda pozitif rol-model oluşturur.	☐	☐	☐	☐
37. Sigara bırakma konusunda eğitim almak isterim.	☐	☐	☐	☐
38. Sigara bırakma polikliniğinde çalışmak isterim.	☐	☐	☐	☐

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size en çok uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyin.

(**NRT:** Nikotin Replasman Tedavisi)

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
39. Hastaların sigara içmemesini önermek birincil korumadır.	☐	☐	☐
40. Motivasyon görüşmeleri ve bilişsel davranışsal terapi yöntemleri, tek başlarına sigara bırakmada etkili değildir.	☐	☐	☐
41. Standart tedavilerde; sigarayı yavaş yavaş azaltmak, daha düşük nikotin veya katran içeren sigaraya geçmek; sigara bırakma yerine geçebilecek sağlıklı bir alternatiftir.	☐	☐	☐
42. Sigara bırakma için verilen farmakoterapilerde birincil sıra tedaviler NRT, bupropion ve vareniklidir.	☐	☐	☐
43. Oral NRT uygulamalarında çok düşük de olsa nikotin bağımlılığını sürdürme riski vardır.	☐	☐	☐
44. Oral NRT’de bağımlılık riski, sigara bağımlılığının devam ettirilmesi değil, bağımlılığın oral NRT formları ile sürdürülmesi şeklindedir.	☐	☐	☐
45. Elektronik sigara, sigara bırakma tedavisinde kullanılan bir NRT ürünüdür.	☐	☐	☐
46. NRT için, sigara bırakırken önemli olan sigarayla alınan miktara yakın bir miktarda(%80-90) nikotin verilmesidir.	☐	☐	☐
47. Bupropion ve vareniklin tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır ve 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir.	☐	☐	☐
48. Bupropion ve vareniklin kullanılırken, doz ayarlaması içilen sigara sayısına göre yapılmalıdır.	☐	☐	☐
49. Yeni sigara bırakmış ve yeniden başlamış hastalarda tedavi kürü tekrarlanmaz.	☐	☐	☐

Aşağıdaki 6 soruyu eğer sigara kullanıcısı iseniz cevaplayınız.)

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
☐ İlk 5 dakika içinde
☐ 6-30 dakika içinde
☐ 31-60 dakika içinde
☐ 1 saatten sonra
2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?
☐ Evet
☐ Hayır
3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?
☐ Sabah ilk içilen sigara
☐ Diğer zamanlarda içilen sigaralar
4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
☐ 31 ve daha fazla
☐ 21-30 adet
☐ 11-20 adet
☐ 10 ve daha az
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?
☐ Evet
☐ Hayır
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?
☐ Evet
☐ Hayır