



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

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SİGARA İÇME ORANLARI
VE BIRAKMAYA HAZIRLIK DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe Hande UÇAR

Antalya, 2018



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

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE SİGARA İÇME ORANLARI
VE BIRAKMAYA HAZIRLIK DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe Hande UÇAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2018

TEŐEKKÖR

Çalışmamın seçiminde, planlanmasında, tÖm hazırlanma aşamalarında, değerlendirilmesinde yardımcı olan ve uzmanlık eğitimim boyunca iyi hekim olabilmem için gÖsterdiği her tÖrlÖ destek ve yardımdan dolayı değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen hocamız Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Çalışmamın istatistik değerlendirilmesinde yardımcı olan Dr. Öğr. Gör. Deniz Özel ERKAN'a,

Eğitimimde emeği olan Akdeniz Üniversitesi Tıp FakÖltesinin diğer anabilim dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aileme teőekkÖr ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
Şekiller Dizini	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tütünün Tanımı	4
2.2. Tütünün Tarihçesi	4
2.3. Tütün İçeriği ve Farmakolojisi	5
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi	7
2.4.1. Dünyada Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi	7
2.4.2. Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi	8
2.4.3. Pasif İçicilik Epidemiyolojisi	9
2.5. Tütün Tüketiminin Ekonomik Yüğü	10
2.5.1. Tütün Tüketiminin Dünya’ya Yüğü	10
2.5.2. Tütün Tüketiminin Tütün Kullanıcısına Yüğü	11
2.5.3. Tütün Tüketiminin Türkiye’ye Yüğü	11
2.6. Tütün Kullanımının Sağlığa Etkisi	12
2.6.1. Tütün Kullanımının Genel Sağlık Etkileri	12
2.6.2. Tütün ve Solunum Sistemi	13
2.6.3. Tütün ve Kardiyovasküler Sistem	15
2.6.4. Tütün ve Kanserler	17
2.6.5. Ürogenital Sistem ve Tütün	17
2.6.6. Tütün ve Ek Hastalıklar	17
2.6.7. Pasif İçicilik ve Sağlık Etkileri	18
2.7. Tütün Bağımlılığı	19
2.7.1. Tütün Bağımlılığının Değerlendirilmesi	20
2.8. Tütün Bıraktırmaya Yaklaşım	23
2.8.1. Kısa Klinik Görüşmeler	23
2.8.2. Farmakoterapi	27

3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırma Projesi	30
3.2. Araştırma Bölgesi	30
3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması	30
3.3.1. Araştırma Evreni	30
3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri	30
3.3.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	30
3.4. Araştırmanın Tipi	30
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	31
3.6. Araştırmada Kullanılan Form ve Ölçekler	31
3.7. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	31
4. BULGULAR	32
4.1. Demografik Veriler	31
4.2. Tütün Kullanma Durumu	34
4.2.1. Tütün Kullanma Durumunun Demografik Verilerle İlişkisi	35
4.3. Tütün Kullanıcılarının Değerlendirilmesi	38
4.4. Tütün Kullanıcılarının Bırakma İsteklerinin Değerlendirilmesi	40
4.5. Tütün Kullanımını Bırakmış Olanların Değerlendirilmesi	42
4.6. Sağlık Personelinin Sigara Kullanımını Sorgulama Durumu	43
4.7. Pasif İçicilik	44
4.7.1. Pasif İçicilik ve Bilgi Düzeyleri	45
4.8. Tütüne Başlama Yaşı ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi	45
4.9. Tütün Kullanma Süresi ile Değişkenlerin İlişkisi	46
4.10. Tütüne Aylık Harcanan Para ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi	47
4.11. Tütün Parasının Bütçeyi Zorlama Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi	48
4.12. Tütün Bağımlısı Olduğunu Düşünme Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi	48
4.13. Günde İçilen Sigara Miktarı ile Değişkenlerin İlişkisi	49
4.14. İlk Sigarayı Sabah Kalktıktan Sonra İçilen Süre ile Değişkenlerin İlişkisi	50
4.15. Tütünü Bırakmayı Deneme Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi	51
4.16. Fagerström Bağımlılık Skoru ile Değişkenlerin İlişkisi	52
4.17. Sigarayı Bırakmada Başarı Düzeyi ile Değişkenlerin İlişkisi	53
4.18. Tütün Bırakma Motivasyonu ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi	55
4.19. Fagerström Bağımlılık Skoru ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi	55
4.20. Tütün Kullanmayı Bırakma Süresi ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi	56

5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	62
7. ÖZET	65
8. ABSTRACT	67
9. KAYNAKLAR	69
10. EKLER	80
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	80
Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu	81
Ek 3. Sosyo-Demografik Anket	85



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAL	Bronkoalveolar Lavaj
CDC	Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi
CO	Karbonmonoksit
DALY	Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Year)
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	ABD Gıda ve İlaç İdaresi
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
NYKT	Nikotin Yerine Koyma Tedavileri
PAH	Polisiklik Aromatik Hidrokarbon
TAPDK	Türkiye Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TL	Türk Lirası
TSNA	Tütün-Spesifik Nitrozaminleri

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar	13
2.2. Sigaranın solunum yollarında yaptığı değişiklikler	14
2.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	21
2.4. NYKT çeşitleri, doz ve tedavi süreleri	28
4.1. Demografik bilgiler	33
4.2. Tütün kullanma durumları	35
4.3. Bir kez tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi	36
4.4. Şu anda tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi	37
4.5. Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi	38
4.6. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri	39
4.7. Tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi	41
4.8. Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi	42
4.9. Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların tütün kullanımının sorgulanma durumu	43
4.10. Hiç tütün kullanmayan ve 1 yıldan uzun süredir tütün kullanmayan katılımcıların tütün dumanına maruziyet durumu	44
4.11. Tütün kullanmayan katılımcıların pasif maruziyet hakkındaki bilgileri	45
4.12. Tütüne başlama yaşı ile demografik değişkenlerin ilişkisi	45
4.13. Toplamda tütün kullanma süresi ile değişkenlerin ilişkisi	46
4.14. Tütüne aylık harcanan para ile demografik değişkenlerin ilişkisi	47
4.15. Tütün parasının bütçeyi zorlama durumu ile değişkenlerin ilişkisi	48
4.16. Tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile değişkenlerin ilişkisi	49

Cizelge

4.17.	Günde içilen sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi	50
4.18.	İlk sigarayı sabah kalktıktan sonra içilen süre ile değişkenlerin ilişkisi	51
4.19.	Tütünü bırakmayı deneme durumu ile değişkenlerin ilişkisi	52
4.20.	Fagerström bağımlılık skoru ile değişkenlerin ilişkisi	53
4.21.	Sigarayı bırakmada başarı düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi	54
4.22.	Tütün bırakma motivasyonu ile demografik değişkenlerin ilişkisi	55
4.23.	Fagerström bağımlılık skoru ile demografik değişkenlerin ilişkisi	56
4.24.	Tütün kullanmayı bırakma süresi ile demografik değişkenlerin ilişkisi	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. İğara içimi ve nikotinin kardiyovasküler hastalık üzerine patofizyolojik etkisi	16
2.2. Sigara bıraktırma aşamaları	24
4.1. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk durumuna göre dağılımları	33
4.2. Katılımcıların eğitim durumu, meslek ve aylık gelire göre dağılımları	34
4.3. Bir kez tütün kullanma durumu	34
4.4. Günde içilen sigara sayısı dağılımı	35
4.5. Fagerström bağımlılık skor	40
4.6. Tütün kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanma durumu	43

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara ve tütün kullanımı dünyada önlenebilir mortalite ve morbidite nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Sigara kullanımı, dünyada en yaygın 8 hastalığın 6'sı için risk faktörüdür (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün kullanımını küresel mortalite için ana risk etmenlerinden biri olarak bildirmektedir. DSÖ'nün 2017 verilerine göre dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir ve her yıl yaklaşık 7 milyondan fazla kişi sigara nedeni ile erken ölmektedir (2). Her yıl yaklaşık 600 binden fazla kişi pasif içicilik nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (3).

Türkiye'de 2008 ve 2012 yıllarında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) yürütülmüştür. Türkiye KYTA-2012'ye göre 15 yaş üzerinde erkeklerin %41,3'ü, kadınların %13,0'ü; toplamda her yüz kişiden 27'si sigara içmektedir. Yine KYTA verilerine göre 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye'de tütün kullanım prevalansı %31,3'den %27,1 değerine düşmüştür. Azalma hem erkeklerde (%47,9'dan %41,5'e) hem de kadınlarda (%15,2'den %13,1'e) olmuştur. Toplamda geçen sürede sigara içme sıklığında %13,4'lük azalma olduğu söylenebilir (4). Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) verilerine göre 2010 ve 2011 yıllarında tütün kontrolü çalışmalarının olumlu etkisinin başladığı belirlense de tütün endüstrisinin bu yeni duruma hızla adapte olmayı ve azalan sigara üretim miktarını 2012 ve 2013 yıllarında yeniden yükselişe çevirebilmeyi başardığı görülmüştür (4,5). Sonuç olarak, Türkiye'de yetişkinlerde tütün kullanımı sıklığı hala çok yüksektir (4).

Tütün kullanımını etkileyen pek çok faktör vardır: Bunlar bireysel faktörler (algılar, imaj algısı, akranlar), sosyal faktörler (toplumsal normlar), reklamcılık ve ekonomi gibi çevresel faktörler ve kültürel faktörlerdir (geleneksel tütün kullanımı, tütün endüstrisinin varlığı). Günümüzde erişkinlerin çoğu ergenlik döneminde tütün kullanımına başlamaktadır. Bunun yanında ailenin sosyoekonomik özelliği, ebeveynlerin ve kardeşlerin sigara ile ilgili tutum ve davranışları tütün kullanımına başlamada etkili olmaktadır (6). Can G ve arkadaşları tarafından Doğu Karadeniz bölgesinde yapılan bir çalışmada yüksek okul mezunlarında, emeklilerde ve evli olmayanlarda tütün kullanımının önemli derecede fazla olduğu saptanmıştır (7).

Tütün kullanımı başta solunum sistemi ve kalp damar sistemi hastalıkları olmak üzere ölümcül hastalıkların birçoğunun gelişiminde önemli bir etken olarak

rol almaktadır (8). Tütün, kullanıcılarının yarısını öldürmektedir (9). Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'ne (CDC) göre sigara içenler için yaşam beklentisi, sigara içmeyenlere göre en az 10 yıl daha kısadır. 40 yaşından önce sigarayı bırakmak sigarayla ilişkili hastalıktan ölme riskini yaklaşık %90 oranında azaltmaktadır (10). İngiliz erkek doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada orta yaşta sigarayı bırakmanın dahi sonraki yaşam beklentisini önemli ölçüde artırdığı ve 35 yaşından önce sigarayı bırakanlarda hiç sigara içmeyenlerinkinden farklı bir yaşam beklentisinin olmadığı görülmüştür (11).

Sigara içmenin sebep olduğu önde gelen ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar (1,69 milyon ölüm), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (0,97 milyon ölüm) ve akciğer kanseri (0,85 milyon ölüm) bulunmaktadır (12). Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kansere bağlı ölümlerin %30'undan kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur (8,13). Ancak çalışmalar sigara içenlerin çoğunun sigara kullanımının yarattığı sağlık risklerinin farkında olmadığını göstermektedir. Çin'de 2010 yılında yapılan bir çalışmada sigara içenlerin sadece %36'sının sigara içmenin koroner arter hastalığına; %26'sının da inmeye neden olduğunu bildiğini göstermiştir. Sigara içenler arasında sağlık risklerinin farkında olanların çoğu bırakmak istemektedir (14).

Sigaranın sağlık risklerinin farkındalığını artırma, sigara içenlerin sigarayı bırakmaları konusunda motive olmalarını sağlamada ve sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olmada başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (15). Hekimler her ne nedenle olursa olsun kendilerine başvuran kişilerde sigara içme durumlarını sorgulamalı ve bırakmak isteyenlere yardımcı olmalıdır. Hekimlerin sigara kullanan kişilere sigarayı bırakmalarına yönelik danışmanlık yapmalarının, öneride bulunmalarının ve desteklemelerinin, onları sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, cesaretlendirerek sigara bırakma denemesini sağladığı bilinmektedir (16-19). Finlandiya'da Korhonen ve arkadaşları tarafından yapılan 16 yıllık bir çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından verilen sigara bırakma önerileri sonucunda sigara bırakma oranlarının arttığı ancak sağlık profesyonelleri tarafından yapılan öneri oranlarının düşük olduğu görülmüştür (20). Ülkemizde Demir ve Şimşek'in 2013 yılında yaptığı hekimlerin hastalarına sigara bıraktırma davranışlarının incelendiği bir araştırmada hekimlerin %56,7'si genellikle

ya da her zaman ‘sigara içip içmediğini sorduğunu’; %71,5’i sigara içenlere ‘sigarayı bırakmalarını önerdiğini bildirmiştir (21).

Aile hekimleri sağlık sistemine girişte ilk temas noktasıdır. Bu nedenle sigara bağımlılığı ile savaşta etkin rol oynayabilirler. Kendilerine kayıtlı hastaların sigara içme durumlarını belirlemek bu savaşta gerekli eylem planı yapılmasında yardımcı olabilir. Sigaranın bırakılması zordur. Sigara içmeyi bırakanların başarılı bırakma öncesi ortalama 5 kez bırakmayı denedikleri bilinmektedir (19). Sigaranın bırakılması önemli sağlık yararları ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle aile hekimlerinin bu zor süreçte hastalarına rehberlik etmesi önemlidir ve bunun için pek çok fırsata sahiptirler. Aile hekimlerine sigara bırakmada yol gösterici olarak yayınlanmış rehberler vardır (22). Bu rehberlerde ilk adımın hastaların sigara içme durumunu belirlemek olduğu vurgulanmaktadır.

Ülkemizde tütün tüketimi prevalansı ile ilgili yapılan en büyük çalışma 2008 ve 2012 yıllarında yapılan KYTA’dır (4). Bu çalışmanın dışında özellikle birinci basamakta yapılmış tüm erişkinleri içeren çalışma yoktur. Yapılan çalışmalar gebeler, emniyet teşkilatında çalışanlar ve öğrenciler gibi özel gruplarda yapılmıştır (23-25).

Bu çalışmalardan en kapsamlı olanı Akan ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri arasında sigara içme durumunu araştırdıkları çalışmadır (25). Çalışmaya katılan toplam 709 üniversite öğrencisinin %54.2’sinin hiç sigara içmediği; %37.2’sinin halen sigara içtiği; %8.6’sının ise sigarayı bıraktığı bulunmuştur. Bu çalışmada sigara içenlere Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmış ve sigara içenlerin %49.7’si bağımlı bulunmuştur. Sigara içen öğrencilerin %25.9’u bırakmak istediklerini bildirmişlerdir.

Biz bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü bireylerde sigara içme ve bağımlılık durumlarını, sigara bırakma konusunda düşüncelerini, sigara bırakmaya hazırlık düzeylerini saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütünün Tanımı

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasından genellikle bir yıllık, bazı türler itibariyle çok yıllık bir bitkidir. Solaaceae familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde yer alır. Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği yapraklarında bulunan organik azotlu bir madde olan nikotindir. Tütünün sigara, pipo, puro, sigarillo, nargile, enfiye, çiğnemelik tütün gibi pek çok kullanım şekli mevcuttur ve bunlardan en yaygını sigaradır (26).

2.2. Tütünün Tarihçesi

İlk tütün yaprağının yetiştirilmesi Amerika’da en az 8000 yıl önce başlamıştır. Tütün koklamayla ya da içilmekle kalınmamış, aynı zamanda çiğnenmiş, yenmiş, parazitleri öldürmek için vücuda sürülmüştür. Savaştan önce savaşçılara, savaş alanlarına üflenmiş; analjezik ve antiseptik özelliklerinden dolayı küçük hastalıkların tedavisinde kullanılmış; dini törenlerde tanrılara sunulmuştur.

Kolomb 15. yüzyılda Avrupa’ya ilk tütün ithalatını yaparak tütün endüstrisinin geleceğini şekillendirmiştir. Tütün kullanan ilk Avrupalılar 1492 yılında Kolomb’un mürettebatı olmuştur. Tütün kullanımı Avrupalılar tarafından en başından beri kötü ve zararlı olarak görülse de, sağlığa zararları ve ruhsal engeller insanları tütün kullanmaktan uzak tutamamıştır. Amerika’dan dönüşü sonrası halk içinde tütün kullanan ilk Avrupalıya Engizisyon mahkemeleri 3 yıl zindan cezası vermiştir. Fakat tütünün iddia edilen tıbbi özellikleri tohumlarının ekilmek için İspanya ve Portekiz’e getirilmesini sağlamıştır (27). Bin beş yüz elli dokuz yılında Portekiz’de Fransız elçisi olan Jean Nicot burada tütün ile tanışmıştır. Tümörlü bir hasta üzerinde tütünü denemiş ve hastanın iyileştiğini görünce ek araştırmaya gerek duymadan tütünün tümörden baş ağrısı ve guta kadar pek çok hastalığa iyi geldiğini iddia etmiş, 1560 yılında tütünü Fransa kraliçesine sunmuştur. Tohumlar öncelikle kraliyet bahçelerine ekilmiş ve tütünün kraliyetle ilişkisi başlamıştır. Fransa’dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot’a ithafen “nicotiana” adı verilmiştir (28).

Tütünün İstanbul’a ilk kez gemiciler tarafından getirildiği söylenmektedir (26). Bin altı yüz yılı başlarında bazı hastalıkları tedavi eder diye satılan tütün, halkı ve

devlet adamlarını bağımlı yapmaya başlamıştır. Bin altı yüz otuz dört yılında IV. Murat, Cibali yangınına bahane ederek tütün yasağı getirmiştir. Dördüncü Murat'ın ölümünden sonra tütün tekrar serbestleşmiş ancak vergiler artırılmıştır (29). Tütün tiryakisi olan padişahlarla beraber tütün kullanımı yaygınlaşmış, Şark tütünü olarak bilinen Türk tütünü dünyada tutulur hale gelmiştir. Birinci ve İkinci Dünya Savaşları ile tütün endüstrisi gelirlerini artırmış, doktorların bile yer aldığı tütün reklamlarıyla tütün kullanımı iyice yaygınlaşmıştır. Osmanlı hükümeti 1884 yılında ekonomik nedenler dolayısıyla tütün ekiminin yarı hissesini Fransız Reji şirketine vermiştir. Türkiye Cumhuriyeti kurulunca 4 Mart 1925 günü Atatürk'ün kurduğu Ulusal Tekel ile bu durum sona ermiştir (30).

2.3. Tütün İçeriği ve Farmakolojisi

Tütüne kimyasal fabrikası olarak nitelendirilmektedir. Bugüne kadar tütün içeriğinde binlerce kimyasal bulunmuştur. Bu kimyasallar arasında alkaloidler, terpenler, polifenoller, aromatik hidrokarbonlar, aldehitler, ketonlar, aminler, nitriller, azot ve oksijen heterosiklik bileşikler, pestisidler gibi pek çok bileşen sınıfı bulunmaktadır. Aynı zamanda 10.000'den fazla kimyasal bileşenin henüz keşfedilmediği tahmin edilmektedir (31).

Bin dokuz yüz seksen altı yılında Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) sigara dumanını insan için birinci grup karsinojen olarak kabul etmiştir (32). Sigara dumanının hastalığa yol açabilecek olan temel bileşenleri, nikotin, katran, karbon monoksit, nitrozaminler, hidrojen siyanit, polinükleer aromatik hidrokarbonlar ve metallerdir (33). Sigara içicileri daha çok yanan tütünden çıkan ve sigara filtresinden geçen ana akım dumanını solurken, içmeyenler sigaranın içilmeyen ucundan çıkan filtrelanmemiş yan akım dumanını solurlar. Bir sigara yakıldığında en az yarısı yan akım dumanına dönüşür. Tütün dumanı bileşimi tütün ürünü dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenir (tütün karışımı özellikleri, kimyasal katkılar, sigara içim şekli, pH, içerdiği kağıt türü ve filtre vb.). Ana akım ve yan akım dumanlarında benzer bileşenler mevcut olsa da, önemli farklılıklar olduğu bilinmektedir. Yan akım dumanı daha düşük sıcaklıklarda ve daha çok indirgenerek oluşmakta, böylelikle yan akım dumanında daha küçük boyutlu partiküller oluşarak akciğere daha fazla hasar

vermektedir. Ayrıca yan akım dumanında ana akım dumanına göre daha fazla amonyak, nitrojen oksit ve kimyasal karsinojenler bulunmaktadır (34).

Ana akım dumanının %92-95'i gaz fazındadır ve solunabilir düzeydedir (35). Geri kalan kısım ise partikül fazıdır ve sigaradaki cam fiber filtre tarafından yakalanan tüm maddeleri içerir. Gaz fazında filtreden geçebilecek kadar uçucu olan gazlar ve kimyasal bileşenler bulunur. Partikül fazı ise karboksilik asitler, fenoller, su, nemlendiriciler, nikotin, terpenoidler, parafin mumları, tütün-spesifik nitrozaminleri (TSNA'lar), polisiklik aromatik hidrokarbonlar (PAH'lar) gibi bileşenleri içerir (36). Katran ise partikül fazında nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir maddedir. Katranın içeriğinde karsinojenik olan PAH'lar vardır. Katran muhtemelen sigara dumanının tadı ve kokusuna katkıda bulunmakta ve bu nedenle sigara içenlerin davranışları üzerine etki etmektedir. Tütünde bulunan maddeler içinde katranın sağlığa en zararlı bileşen olduğu kabul edilmektedir (37).

Bir sigara çok verimli bir nikotin makinesi gibidir ve sürekli içildiğinde ölümcül olduğu kanıtlanmıştır. Bir sigara içildiğinde 7 saniye gibi kısa bir sürede nikotin beyne ulaşır. Tipik bir sigarada ortalama 10 mg nikotin bulunur. Tipik bir içici vücuduna 0,5- 3 mg nikotin emilebilir. Bir sigara 10 pufla 5 dakika içinde içilir. Nikotin yarı ömrü 2-3 saat kadardır, yani kandaki nikotin seviyesi sigara içme eylemi bitene kadar yarıya düşer (38).

Tütün yaprağında pek çok alkaloid kimyasal bulunur, en çok bulunanı ise nikotindir. Nikotin molekülü bir beyin nörotransmitteri olan asetilkoline benzer yapıda olduğundan insan vücudu için bağımlılık yapıcıdır (36). Nikotin beyinde yer alan asetil kolin reseptörlerine bağlanarak santral ve otonom sinir sistemlerini etkiler. Yüksek (alkali) pH'da nikotin iyonize olmayan durumdadır, böylece lipoprotein zarlardan daha kolay geçer. Böylece nikotin geniş yüzey alanına sahip olan alveollerden, kan-beyin bariyerinden, oral mukozadan ve bağırsaklardan kolayca emilir. Nikotini çiğnemek emilimini kolaylaştırır (39).

2.4. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı algısında farklılıklar mevcuttur. DSÖ’ne göre ‘sigara içen’, yaşamı boyunca 100 sigara içmiş olan kişidir. Ancak sigara kullanım durumları çok farklı şekillerde olabilir. Sigara içme durumunun DSÖ’ne göre tanımları aşağıdaki gibidir:

Sigara içenler: Günlük sigara içenler + Ara sıra sigara içenler

Yaşamının herhangi bir döneminde sigara içmiş olan kişiler (Ever Smokers): Günlük sigara içenler + Ara sıra sigara içenler + Eskiden sigara içenler + Eskiden ara sıra sigara içenler

Yaşamının herhangi bir döneminde günlük sigara içmiş olan kişiler (Ever Daily Smokers): günlük sigara içenler + Eskiden günlük sigara içip azaltanlar+ Eskiden sigara içenler

Eski sigara içenler: Eskiden günlük sigara içenler (40).

2.4.1. Dünyada Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi

Önlenebilir ölüm nedenleri arasında en önemlisi olan tütün, kullanıcıların yaklaşık yarısını öldürmektedir. Sadece 2016’da tütün kullanımı dünya genelinde 7,1 milyondan fazla ölüme neden olmuştur (erkeklerde 5,1 milyon, kadınlarda 2.0 milyon). Bu ölümlerin çoğuna (6,3 milyon) sigara içilmesi, geri kalanı (884 bin) ise pasif içicilik neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde 1960’lardan bu yana sigara tüketiminin azalmasıyla beraber sigarayla ilişkili ölümlerin oranı azalmıştır, ancak gelişmekte olan ülkelere 1980’lerden itibaren sigara kullanımının artmasıyla beraber sigarayla ilişkili ölümlerin artması beklenmektedir (41). DSÖ destekli yapılan çalışmaya göre 2030 yılına kadar tütünün 7,4-9,7 milyon arası insanın ölümüne yol açacaktır (42).

Tüm dünyada 1 milyardan fazla 15 yaşın üzerinde yetişkin tütün kullanmaktadır. Bu kişilerin %82’si (768 milyon) erkektir. Erkeklerle oranla çok daha az sayıda sigara içen kadın vardır (43). Erkek nüfusunun %35’i, kadın nüfusunun ise %6’sı sigara içmektedir (2). DSÖ verilerine göre gelişmiş ülkelerde son 10 yılda kadınların sigara kullanma prevalansı zirve yapmıştır, bazı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere ergen kadınların sigara kullanımı yetişkin kadınlara ve hatta ergenlik çağındaki erkeklere göre daha yaygındır. Günlük sigara içici erkeklerin dörtte üçü

orta ve gelişmiş ülkelerde yaşarken, kadın içicilerin yarısı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı prevalansı artmaktadır. Gelir artışı ve sigara alım gücünün artmasıyla beraber bu ülkeler tütün endüstrisinin hedefi haline gelmiştir (41).

DSÖ'ne göre sigara içiminde dünya genelinde fark edilebilir bir azalma olmuştur. 15 yaş üzeri yetişkinlerde sigara içimi 2007 yılında %23,5 iken, 2015 yılında bu oran %20,7 olmuştur. Sigara içme oranları 8 yılda %2,8 azalmıştır. Fakat bu azalma dünya üzerindeki tüm ülkelerde aynı oranda görülmemiştir. Taranan 195 ülkeden 94'ünde azalma, 5'inde artma olmuş, 49'unda ise önemli bir değişim görülmemiştir. Tütün içme prevalansındaki azalmanın büyük bir kısmı yüksek gelirli ülkelerde olmuştur. Orta gelirli ülkelerin yarısında, düşük gelirli ülkelerin ise üçte birinde bu azalma gözlenmiştir. Ancak sigara içme oranlarında azalma olsa da nüfusun büyümesi sebebiyle dünya çapındaki sigara içici sayısı değişmemiştir. Gerekli önlemlerin alınmadığı takdirde tütün kullanımı prevalansındaki azalmanın düşük-orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha az olacağı düşünülmektedir (2).

2.4.2. Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi

Türkiye tütün kullanım sıklığı yüksek olan ülkelere biridir. Amerikan Kanseri Derneği'nin hazırladığı tütün atlasına göre tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl 65 binden fazla kişi hayatını kaybetmektedir. Erkeklerin %26'sı, kadınların ise %7.5'i 2016 yılında tütün sebebiyle hayatını kaybetmiştir. On -14 yaş arası 186 binden fazla çocuk, 15 yaş üstü 14 milyondan fazla yetişkin her gün tütün kullanmaktadır (41).

Ülkemizde tütün tüketimi prevalansı ile ilgili yapılan en büyük çalışma 2008 ve 2012 yıllarında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'dır. KYTA'na göre Türkiye'de 14.8 milyon kişi tütün kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%41,5) kadınlara göre (%13,1) daha yüksektir, toplamda her 100 kişiden 27'si sigara içmektedir (4). Türkiye'de erkeklerin sigara kullanımı gelişmiş ülkelerin ortalamasına göre daha düşük olmasına rağmen hala 10 milyondan fazla sigara içen erkek bulunması bunu açık bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Kadınların ve çocukların (10-14 yaş arası) sigara kullanımı ise gelişmiş ülkelerin ortalamasına

göre yüksektir (41). Sigara içenlerin her gün kullanmaya başladıkları yaş ortalaması 17'dir (4).

KYTA 2008 ve 2012 sonuçları karşılaştırıldığında tütün kullanımının %31,3'ten %27,1'e düştüğü görülmüştür. Hem kadınlarda, hem erkeklerde tütün kullanım oranları azalmıştır. İki bin sekiz yılında hiç sigara içmeyenlerin oranı %68,8 iken bu oran 2012'de %72,9'a yükselmiştir (4). İki bin sekiz yılında 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un güçlendirilmesiyle beraber tütün kullanım sıklığı %13 oranında azalmış; Türkiye 'tam sigara dumansız' bir ülke olmuştur. İki bin on üç yılında yayınlanan rapora göre DSÖ'nün önerdiği tütün kontrolü planını uygulayan ilk ülke olan Türkiye örnek gösterilmiş, alınan önlemlerin artarak devam etmesi gerektiği bildirilmiştir (44).

Türkiye'de tütün kullanımının belirlemek için yapılan çalışmalar bölgesel ve kısıtlıdır; sigara içme tanımı ortak yapılmamıştır. Bu nedenle ulusal düzeyde standart yöntemlerle yapılmış, belli aralıklarla tekrarlanan çalışmalara ihtiyaç vardır (45).

2.4.3. Pasif İçicilik Epidemiyolojisi

Pasif içicilik her yıl yaklaşık 900,000 kişiyi öldürmektedir ve dünya çapında insanların dörtte biri sigara dumanına maruz kalmaktadır. Özellikle düşük gelirli ülkelerdeki sigara içmeyen kadınlar yüksek risk altındadır.

İki bin on altı yılında erkeklerin beşte biri ve kadınların üçte biri pasif içiciliğe maruz kalmıştır. Alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı 6,4 milyon, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na (KOAH) bağlı 2,5 milyon, orta kulak iltihabına bağlı 200.000 yaşam yılı pasif içicilik sebebiyle kaybedilmiştir.

Pasif içicilik özellikle Asya ülkelerinde fazladır. Endonezya ve Pakistan'da insanların %80'i restoranlarda sigara dumanına maruz kalmaktadır. İki bin dokuz yılında kapsamlı yasaların uygulanmasıyla beraber Türkiye'de iş yeri ve restoranlarda sigara dumanına maruz kalma oranı 2008 yılında %37 ve %56'dan 2012 yılında %16 ve %13'e düşmüştür. Ancak evlerde pasif maruziyetteki azalma iş yeri ve restoranlara göre daha azdır (41).

Evler çocukların sigara dumanına en çok maruz kaldığı yerlerdir. Amerika'da 3-11 yaş arası 10 çocuktan 4'ünün sigara dumanına maruz kaldığı bildirilmektedir. Evlerin ve özel araçların 'dumansız' olması çocukların ve sigara içmeyen

yetişkinlerin maruziyetini azaltacağı gibi aynı zamanda sigara içicilerinin bırakmasına yardım edecek ve ergenlerin sigaraya başlama riskini azaltacağı düşünülmektedir (46).

2.5. Tütün Tüketiminin Ekonomik Yükü

2.5.1. Tütün Tüketiminin Dünya'ya Yükü

Amerikan Kanser Derneği'nin yayınladığı Tütün Atlası'na göre dünya çapında her yıl 1 milyar kişi trilyonlarca sigara tüketmekte ve milyonlarca kişi önlenebilir hastalıklardan ölmekteyken tütün endüstrisi yıllık olarak 1 trilyon dolar kazanmaktadır. Her yıl tütün endüstrisi 6 trilyon sigara üretir, bu rakam Mars'tan Dünya'ya birçok kez yol zinciri yapabilecek kadar fazladır.

Tütün tüketiminin dünyaya toplam ekonomik yükü tam olarak bilinmese de yıllık 1 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. Sadece Amerika'da 2009-2012 yılları arasında yıllık ölçülen toplam maliyet, tıbbi maliyetler de dahil olmak üzere 289 milyar dolar olmuştur. Sigara ilişkili hastalıklar ve sağlık bakım yükünün artmasıyla beraber tütün kullanımının dünyaya maliyetinin artması beklenmektedir (47).

Tütün kullanan bir insan hayatından ortalama 15 yıl kaybetmektedir. Tütün kullanıcıların yarısı tütün ilişkili sağlık sorunları nedeniyle ölmektedir. Dünya genelinde tütün ilişkili sağlık sorunlarının maliyetinin kişi başı 56 dolar olmak üzere yıllık 422 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Tütün kullanımı aynı zamanda hastalık ve erken ölüm nedeniyle iş kaybına sebep olur ve bu dolaylı maliyet yıllık 1 trilyon doları bulmaktadır (48).

Tütün kontrolünü sağlamaya yönelik yatırımların getirisinin büyük olmasına rağmen buna ayrılan sermayeler ihtiyaçları karşılamamaktadır. Tütün kontrol yöntemlerinin orta ve düşük gelirli ülkelerdeki toplam yıllık maliyeti 600 milyon dolar veya kişi başına 0.11 dolar olarak tahmin edilmektedir. Devletler tütün vergisi ile her yıl yaklaşık 145 milyar dolar tüketim vergisi kazanmakta, ancak tütün kontrolü için yılda 1 milyar dolardan az para harcamaktadır (47).

Tütün kullanımının sağlık harcamalarından başka maliyetleri de vardır. Tütün ithalatı sırasında yiyecek yetiştirilebilecek toprağın kaybı, sigara nedeniyle çıkan yangınlar, ormansızlaştırmadan atılan sigara çöplerinin birikimine kadar verilen

Çevresel hasar, iş yerinde çalışma saati kaybı, iş veriminin azalması, daha yüksek kaza oranı ve sigortalara ödenen paraların artması bu maliyetler arasındadır (49,50). Yere atılan sigara izmaritlerinin üçte iki kadarı her yıl dünyaya 340-680 milyon kilogram arası   p oluşturmaktadır. Verilen zarar sadece çöplerin miktarıyla kalmamakta; sigaranın içindeki 7000’den fazla zehirli kimyasal soka ımıza ve içilen suya kadar dökülmektedir (51). Dünya çapında her yıl 1,000,000 orman yangını çocukların  akmak kullanmasıyla çıkmakta, sigara nedenli yangınların maliyeti 27 milyar doları bulmaktadır (52). Tütün dünyada en az 124 ülkede yetiştirilmekte ve 3,8 milyon hektardan fazla tarım arazisi tütün ekimi için harcanmaktadır (53).

2.5.2. Tütün Tüketiminin Tütün Kullanıcısına Yükü

Bir paket sigaranın fiyatı yüksek gelirli ülkelerde ortalama 7 dolar ve düşük gelirli ülkelerde ortalama 3 dolar olmak üzere dünya genelinde ortalama 5 dolara yakındır. Sigara fiyatlarında artışlar olsa da ülkelerdeki alım gücünün artmasıyla beraber hala birçok ülkede ‘satın alınabilir’ durumdadır (2).

Yoksullar sigara içmeye eğilimlidir. Sigara içenlerin %84’  gelişmekte olan ülkelerde yaşar.  lke bazında ise fakirler sigara içmenin ekonomik yükünü ve sigarayla ilişkili hastalıkların yükünü en çok taşıyanlardır. Pek çok ülkede insanlar ev gelirini tütüne harcayamayacak kadar fakirdir ancak nikotin bağımlılıkları onları paralarını tütüne harcamaya iter. Bangladeş’teki en fakir evler eğitime harcadıkları paranın 10 katını tütün için harcarlar (54).

2.5.3. Tütün Tüketiminin Türkiye’ye Yükü

Türkiye’de her yıl 65 binden fazla kişi sigara kaynaklı hastalıklardan ölürken, bunun doğrudan ve dolaylı toplam maliyeti 41 bin Türk Lirası’nı (TL) açmaktadır. Aile ekonomisi için de zararlı olan tütüne Türkiye’de bir tütün içicisi aile gelirinin ortalama %7,6’sını harcamaktadır. Tütünün  evreye verdiği zarar da büyüktür, Türkiye’de yaklaşık 50. 000 ton izmarit ve sigara paketinin çevreye atıldığı tahmin edilmektedir. Tüm bu zararlara rağmen dünyadaki 6 büyük tütün şirketinin geliri 346 milyar dolardan fazladır. Bu Türkiye’nin toplam gelirinin %40’ını oluşturmaktadır (41).

2.6. Tütün Kullanımının Sağlığa Etkisi

2.6.1. Tütün Kullanımının Genel Sağlık Etkileri

Sigaranın 2015 yılında her 10 ölümden birine sebep olduğu bulunmuştur. Sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı (Disability Adjusted Life Year=DALY) 150 milyon yılı bulmuştur (55). İçinde bulunan 7000'den fazla toksik kimyasal ve en az 70 bilinen karsinojenle beraber tütün pek çok hastalıkla ilişkilendirilmiştir ve kullanıcılarının yarısını öldürmektedir. Ölüm ve hastalık riski içilen sigara sayısı ile orantılı olarak artarken, çok az sayıda sigarayla bile hasar oluşmaya başlamaktadır. Yaşam boyu düzenli sigara kullanıcısı olan bir kişi yaşamından ortalama 10-11 yıl kaybeder (41). Bir sigara kullanıcısı için koroner kalp hastalığı riski 2-4 kat, akciğer kanseri olma riski 25 kat, inme riski 2-4 kat artmıştır. Tütün kullanımı akciğer kanseri ölümlerinin %90'ına, KOAH nedenli ölümlerin %80'ine sebep olmaktadır. Tütün kullanımıyla beraber genel sağlık durumu kötüleşir, iş yerinde çalışma süreleri ve verim azalır, sağlık bakımı gereksinimi ve masrafları artar (56).

1964 yılında sigaranın kanserle ilişkisinin gösterilmesinden sonra sigara ilişkili hastalıklar listesine pek çok yeni hastalık eklenmiştir. Bu hastalıkların önemli bir kısmı Çizelge 2.1'de gösterilmiştir (56).

Çizelge 2.1. Sigara içenlerde riski artmış hastalıklar

Sigara İle İlişkili Hastalıklar	
Serebrovasküler hastalıklar, inme	Kas zedelenmesi
Kalp spazmı	Obstrüktif uyku apnesi sendromu
Aort anevrizması, genç erişkinde abdominal aortada ateroskleroz	Nistagmus
Koroner kalp hastalığı	Göz içi mantar hastalıkları
KOAH, tüberküloz, astım ve diğer akciğer hastalıkları	Osteoporoz
Körlük, katarakt	Osteoartrit
Kadınlarda fertilitede azalma	Eretil disfonksiyon
Crohn hastalığı	Periferik damar hastalığı
Depresyon	Pnömoni
Diabetes mellitus (tip 2)	Psoriasis
İşitme kaybı	Cilt kırışıklığı
Grip	Mide ülseri
İmpotans	Tendon zedelenmesi
Optik sinir hastalığı	Doğumsal Defektler
Eklemler bağ zedelenmesi	Periodontal Hastalıklar
Maküler dejenerasyon	Kas ağrısı
Duodenal ülser	Burger Hastalığı
Kolon polipleri	Kalça kırıkları
Ektopik gebelik	Romatoid artrit
İmmün fonksiyonların bozulması	Genel olarak sağlıkta gerileme
Sigara İle İlişkili Kanserler	
Akciğer, trakea, bronş	Pankreas
Orofarinks, larinks	Böbrek ve üreter
Özofagus, mide	Mesane
Kolorektal	Akut Miyeloid Lösemi
Karaciğer	Serviks

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.6.2. Tütün ve Solunum Sistemi

Tütün dumanı solunum yollarından içeri girer girmez 2 mekanizma yoluyla etki etmektedir:

- 1- İnflamasyonun tetiklenmesi,
- 2- Mutajenik/karsinojenik etkiler.

İnflamasyon reaksiyonları arasında silia hücrelerine toksik etki, mukus sekresyonunda artış, solunum yollarında inflamatuvar hücrelerin artışı bulunmaktadır. Sigara dumanındaki bazı bileşenler iritanlardır, bazıları ise solunum yolu epiteline

toksik etki ederek hücrel hasar, ölüm veya lokal inflamasyon yaratmaktadır. Bu şekilde epitelin temizlenme mekanizması bozulmakta ve goblet hücrelerinin de hiperplazisiyle beraber artan mukus salgısı solunum yollarının mukusla dolmasına neden olmaktadır. Mukusla dolu olan solunum yolları bakteri kolonizasyonu ve enfeksiyonuna yatkınlık yaratarak inflamatuvar alevlenmeler oluşumuna neden olmaktadır. Tüm bunlara ek olarak sigara dumanındaki oksidan maddeler nötrofil ve monositleri akciğerlere çağırmakta ve bronkoalveolar lavajda (BAL) bu hücreler artmaktadır. Bu oksidan maddeler aynı zamanda akciğerdeki önemli antiproteaz enzimleri bozarak proteolitik aktiviteyi artırmakta, antioksidan-oksidan dengesinin bozulmasına yol açmaktadır. Tüm bunların sonucunda doku hasarı meydana gelmektedir (57). Sigara içenlerde sık görülen kronik bronşit ve amfizem akciğer dokusunun hasarı sonucunda oluşmaktadır (58). Tekrarlayan hava yolu hasarıyla bronşlar daralır ve havayollarını örten membranlarda inflamasyon oluşur, mukus salgısı artar. Bu şekilde prodüktif öksürükle karakterize olan kronik bronşit meydana gelir. Sürekli toksik kimyasallara maruz kalan akciğer alveollerinde de elastik lifler hasar görür, akciğer elastikiyetini kaybeder ve hava akciğerlerde hapsolür. Alveol duvarındaki bu hasar sonucu amfizem gelişir. Kronik bronşit ve amfizem KOAH bileşenleridir. Tüm sigara içicilerinin akciğerlerinde inflamasyon vardır ancak KOAH hastalarında toksik ajanların solunmasına karşı anormal yanıt gelişmiştir (59). Sigaranın solunum yollarında yaptığı değişiklikler Çizelge 2.2’de özetlenmiştir.

Çizelge 2.2. Sigaranın solunum yollarında yaptığı değişiklikler

Santral Hava Yolları	Periferik Hava Yolları	Alveol ve Kapiller
Silia Kaybı	İnflamasyon ve atrofi	Peribronşial alveolar kayıp
Mukus bez hiperplazisi	Goblet hücre metaplazisi	Küçük arter sayısında azalma
Goblet hücrelerinde artış	Skuamöz metaplazi	Bronkoalveolar lavaj (BAL)’da patolojik değişiklikler (IgA, IgG, makrofaj ve nötrofil artışı)
Solunum epitelinde histolojik değişiklikler	Mukus tıkaçları	
	Düz kas hipertrofisi	
	Peribronşial fibrozis	

Kaynak: Hausteine KO, Tobacco Or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking, Springer, Germany, 2003

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması’na göre 2016 yılında dünyada 251 milyon KOAH hastası bulunmaktadır (60). Tütün KOAH gelişiminde en önemli risk

faktörüdür. On KOAH hastasının 8'inin ölümünden tütün kullanımı sorumludur (56). Birçok çalışmada içilen sigara miktarı ile KOAH evrelemesinde kullanılan FEV1'deki azalmanın miktarı arasında doz-yanıt ilişkisi saptanmıştır. Tütün kullanımının etkileri günlük içilen sigara miktarı ve sigara içme süresi ile doğrudan ilişkilidir (61,62).

Tütün kullanımıyla beraber nezle, influenza, tüberküloz, bakteriyel pnömoni, pulmoner hemoraji, interstisyel akciğer hastalıkları, spontan pnömotoraks, idiopatik pulmoner fibrozis, asbestoz gibi solunum sistemi hastalıklarının sıklığı da artar (63). Astım hastalarında atak sıklığı, mortalite ve morbidite artar, akciğer fonksiyonlarındaki azalma astım ve sigara faktörlerinin bir araya gelmesiyle hızlanır (64).

2.6.3. Tütün ve Kardiyovasküler Sistem

Tütün kullanımı kardiyovasküler hastalıklar için temel risk faktörlerindendir. Kalp ve damar hastalıklarının %10'undan tütün ve tütün ürünleri kullanımının sorumlu olduğu düşünülmektedir (65). Sigara ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki Framingham, INTERHEART gibi pek çok çalışmayla kanıtlanmıştır (66,67). Akut miyokardiyal enfarktüs geçirme riski hiç içmeyen bir insana göre her bir sigara kullanımında %5-6 artmaktadır (68). Kardiyovasküler hastalık riski düşük doz tütün kullanımıyla da artar, günde tek bir sigara içimiyle bile koroner kalp hastalığı riskinde erkeklerde %48, kadınlarda %57 artış görülmektedir. İçilen sigara sayısı arttıkça kardiyovasküler hastalık riski de artmaktadır (69). Tütün kullanımının yol açtığı kardiyovasküler hastalıklar arasında koroner kalp hastalığı (akut miyokard infarktüsü ve ani ölümler dahil) ateroskleroz, periferik arter hastalığı, aort anevrizması, iskemik inme, gibi hastalıklar bulunmaktadır (70).

Tütün kullanımının kalp damar hastalıklarına yol açma mekanizmaları çoklu ve sinerjiktir. Endotel hasarı, aterom plak oluşumu, inflamasyon ve trombojenite artışı bu mekanizmalar arasındadır. Bu mekanizmalar sigaranın içinde bulunan nikotin, karbonmonoksit ve oksidan gazlar gibi temel maddeler ile tetiklenmektedir (71).

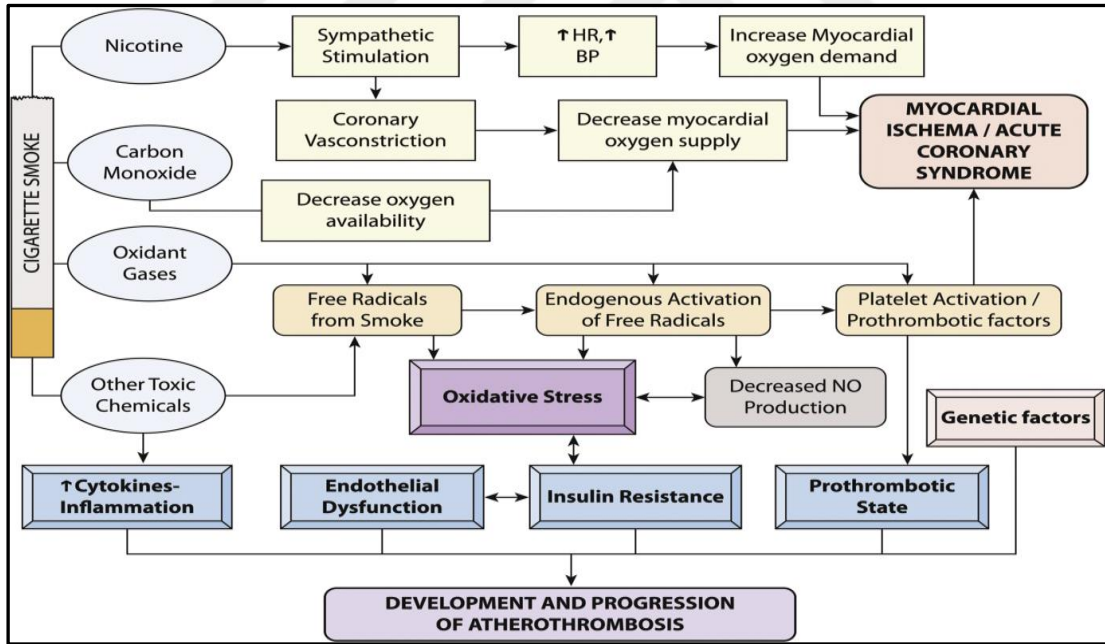
Nikotin beyindeki nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanarak katekolamin salınımına yol açar. Bu da kalp hızını, kan basıncını, miyokardiyal kontraktiletiyi artırarak myokard iş yükünü ve oksijen açlığını artırır. Nikotin aynı zamanda alfa

adrenerjik reseptörler yoluyla vazokonstriksiyonu tetikler. Koroner ve serebral kan akımı azalır (71).

Sigara dumanında bulunan karbomonoksit oksijene hemoglobinden daha sıkı bağlandığı için organların oksijen ile beslenmesi azalır, iskemik olaylara yatkınlık artar. Hipoksemiye karşılık hemoglobin kütlesi artar ve bu da hiperkoagülasyona yol açar (72).

Sigara dumanında nitrojen oksit ve serbest radikaller gibi oksidan gazlar yüksek oranda bulunur. Bu maddeler inflamasyon, endotel hasarı ve kalp damar hastalıkları patogenezinde rol oynayan lipid oksidasyonuna yol açar (73). Plazma fibrinojeni de bu maddeler yoluyla artarak trombosit aktivasyonunu meydana getirir (74).

Tütün kullanımı yoluyla tüm bu mekanizmalar kalp damar hastalıkları oluşumunu tetikler (75). Şekil 2.1’de sigara içimi ve nikotin kardiyovasküler hastalıklar üzerine patofizyolojik etkisi özetlenmektedir.



Şekil 2.1. Sigara içimi ve nikotin kardiyovasküler hastalık üzerine patofizyolojik etkisi (Kaynak: Salahuddin S, Prabhakaran D, Roy A. Pathophysiological mechanisms of tobacco-related CVD. Global Heart. 2012;7(2):113–119).

2.6.4. Tütün ve Kanserler

Tütün önlenabilir kanser sebeplerinin başında gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde tütün kullanımı kanser ölümlerinin %30'undan, akciğer kanseri ölümlerinin %80'inden sorumludur. Tütün kullanımının en önemli risk faktörü olduğu akciğer kanseri, erkek ve kadınlarda kanser ölümlerinin birinci sebebidir (76). Tütün kullanımı akciğer kanserinin yanı sıra orofarinks, özofagus, larinks, mide, mesane, böbrek ve üreter, pankreas, serviks, karaciğer, mide kanserleri, kolorektal kanserler ve akut miyeloid lösemilerle de ilişkili bulunmuştur (56).

Sigara içindeki tütün yandığında 4000 den fazla kimyasal ortaya çıkar. Tütün dumanında en güçlüleri PAH'lar, N-nitrozaminler, aromatik aminler, aldehitler, benzen ve butadien olan yaklaşık 60 karsinogen madde bulunmaktadır (77). Bu karsinogenler hücre DNA'sına kovalent olarak bağlanır ve DNA katımlarını oluştururlar. Tamir mekanizmaları bu DNA katımlarını ayırabilir veya zarar görmüş hücreyi apoptozise götürebilirler. Tamir mekanizmalarının, DNA katımını ayırmadaki başarısızlıkları devamlı mutasyonlara yol açabilir. Bu mutasyonlar bir onkojen veya tümör supresör geni bölgesinde oluşursa onkojenleri aktive ederek veya tümör supresör genleri baskılayarak kanser oluşumunu başlatırlar (78).

2.6.5. Ürogenital Sistem ve Tütün

Gebelikte tütün kullanımı pek çok anomaliye yol açar. Sigara dumanında bulunan karbonmonoksit hemoglobine bağlanır böylece fetus oksijenle beslenemez, düşük doğum ağırlığı görülür (36). Nikotin, kadmiyum, kurşun, cıva ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar dahil olmak üzere tütün dumanındaki diğer toksinlerin, ani bebek ölüm sendromuna, prematüre doğumlara ve kadınlarda azalan fertiliteye neden olduğu bulunmuştur (56,79). Daha yeni kanıtlar, maternal tütün kullanımı ve spontan abortus, düşük doğum ağırlığı, ektopik gebelikler arasındaki nedensel ilişkiyi göstermektedir. Tütün kullanımı, aterojenik etkisiyle endotelial disfonksiyona neden olarak erektil disfonksiyona yol açabilmektedir (56,80).

2.6.6. Tütün ve Ek Hastalıklar

Tütün kullanımı, immün sistem fonksiyonunu bozar ve bu akciğer enfeksiyonları ve romatoid artrit riskini artırır. Gastrointestinal sistemi etkiler ve

peptik ülser hastalığının riskini artırır. Tütün kullanan postmenopozal kadınlarda kalça kırığı ve düşük kemik mineral yoğunluğu riski de artmaktadır. Son kanıtlar, sigara içenlerde tip 2 diyabet gelişme riskinin sigara içmeyenlerde %30-40 daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ek olarak diyabetli sigara içenler nefropati, körlük, periferik nöropati ve amputasyonlar dahil olmak üzere komplikasyonlar geliştirme riski daha yüksektir (56). Altmış beş yaş sonrası körlüğün en sık sebebi olan makular dejenerasyon riski günde 20-30 sigara içenlerde 2-3 kat artmıştır. Tütün kullanıcılarının majör depresyonu deneyimleme olasılıkları artmıştır, buna karşılık kullanıcıların 1/3'ü kendilerini sigara ile tedavi etmeye çalışmaktadır. İnsomni görülme olasılığı tütün kullanıcılarında daha fazladır ve bunun sonucu olarak tütün kullanıcıları sabahları kendilerini yorgun hissederler. Ayrıca tütün kullanımı ciltte kırılganlık, kötü nefes kokusu ve sararmış dişlere sebep olarak ne kadar ölümcül olduğu konusunda daha etkili bir mesaj verir (81).

2.6.7. Pasif İçicilik ve Sağlık Etkileri

Tütün kullanıcıları ölümcül dumanını soluyan tek kişi değildir, çevrelerindeki insanlar da onu teneffüs etmek ve erken ölmek zorunda kalmaktadırlar. Pasif sigara içicilerin soluduğu duman sigara içicisi tarafından dışarı verilen ana akım dumanı ve sigaradan çıkan yan akım dumanının birleşimidir. Bu birleşime çevresel tütün dumanı da denmektedir (82). Çevresel sigara dumanının büyük bir kısmını yan akım dumanı oluşturmaktadır (83). Yan akım dumanı ana akım dumanına göre çok daha toksiktir (84). Pek çok çalışmada, çevresel tütün dumanına maruz kalmanın; sigara içmeyenlerde sigara içenlere yakın miktarda nikotin birikimine neden olduğu gösterilmiştir (85).

Çevresel tütün dumanı maruziyetinde akut olarak gözlerde ve boğazda irritasyon, baş ağrısı, burun iltihabı ve öksürük görülürken; alerjik kişilerde hırıltılı soluma, hışırtı ve mide bulantısı oluşmaktadır (86). Kronik etkiler ise daha ciddidir. Akciğer kanseri riskinin, yaşam boyunca sigara içen bir eş ile aynı evde yaşayan ve sigara içmeyen kişilerde %20-30 oranında, işyerinde çevresel tütün dumanına maruz kalan kişilerde ise %16-19 oranında daha yüksek olduğu bildirilmiştir (87). Pasif içicilik yetişkinlerde aktif sigara içiminin neden olduğu

erken ölüm, KOAH, kalp hastalığı, inme, kanserler gibi pek çok hastalığa yol açar (82).

Özellikle çocuklar çevresel sigara dumanı zararlarına karşı hassaslardır. Pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklar maruz kalmayanlara göre daha sık hastalanırlar. Bu çocuklarda bronşit, bronşiolit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, azalmış akciğer solunum fonksiyonları, astımlılarda artmış atak sayısı, orta kulak enfeksiyonu, üst solunum yolu irritasyonu, alerjik rinit, öğrenme ve davranış bozuklukları görülmektedir (82).

Tütün kullanan veya kullanmayan ancak çevresel sigara dumanından etkilenen hamile kadınların bebeklerinin düşük doğum ağırlığına sahip oldukları gösterilmiş ve preterm doğum riski artmıştır. Ani Bebek Ölümü Sendromu vakalarının %17'sinden annenin gebelikte sigara içmesi, doğumdan sonra ve emzirirken sigara içmesi sorumlu tutulmuştur. Ayrıca gebelikte tütün kullanımına maruz bırakılan çocuklarda sonradan obezite ve nörolojik bozuklukların gelişme riski artmıştır (88).

2.7. Tütün Bağımlılığı

DSÖ'nün tanımına göre bağımlılık fizyolojik kognitif ve davranışsal bileşenleri olan, kişinin bir maddeye daha önceden değer verdiği diğer davranışlardan belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışıdır (89). Tütün bağımlılığı pek çok bağımlının, hatta sağlık çalışanlarının düşündüğü gibi bir 'alışkanlık' değil kronik, tekrarlayan, hayatı tehdit eden ve medikal tedavi gerektiren bir hastalıktır (90). Sigara tiryakilerinin çok azı ilk bırakma çabasında kalıcı olarak bırakmayı başaramamaktadır. Büyük çoğunluk, yıllarca süren relaps ve remisyon dönemleriyle sigara içmeyi sürdürür (91).

Bağımlılık fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar. Fiziksel bağımlılıkta tekrarlayan madde kullanımına bağlı değişmiş fizyolojik durum ve madde alımı kesildiğinde yoksunluk olarak adlandırılan bir grup davranış ortaya çıkar. Psikolojik bağımlılık ise ruhsal durumda ve davranışta hoş giden değişikliğin pozitif pekiştirici etkisine bağlıdır ve maddeyi almaya devam etme isteği, onsuz edememe davranışı (psişik özlem) ile ortaya çıkar. Tütün kullanımı veya dumanının inhalasyonu ile zamanla kuvvetli psikolojik ve hafif-orta dereceli fiziksel bağımlılık oluşur (92).

Tütün kullanımı sonucunda oluşan bağımlılığın en önemli etkeni tütünün içinde bulunan nikotindir (93). İçiciler sigaradan bir nefes çektiğinde alınan nikotin beyne taşındıktan sonra nikotinik-asetil kolin reseptörleri üzerinden etki eder ve dopamin salınımını uyarır. Ön beyindeki nukleus akkumbens bölgesinde dopamin salgılayan nöronlar sigara içiminin ‘ödül’ sistemini yaratır, bu şekilde tütün kullanımı sonrası keyif alma hissi oluşur (94). Bu keyif alma durumu pozitif pekiştirici etki yaratarak kişiyi onu tekrar tekrar kullanma ve onsuz yapamama davranışına yönlendirir (95).

Tütün aynı zamanda kişide var olan bir sıkıntıyı gidererek madde kullanımının sıklaşmasına yol açar ve negatif pekiştirici etki oluşur. Uzun süreli ve kalıcı nikotin alımı sonucu nöroadaptasyon ortaya çıkar ve nikotinik asetil kolin reseptörlerinin sayısı artar. Önce nikotin alımına bağlı aktive olan reseptörler daha sonra desensitize olarak nikotin toleransı oluştururlar (96). Nikotin miktarı azaldıkça, reseptörlerdeki hipereksitabilite nikotin isteğine yol açar (97). Gece uzun bir süre nikotin almayan kişide kandaki nikotin düzeyi düşer ve kişide sabah yoksunluk belirtileri oluşur. Nikotine daha iyi yanıt vermeye hazır olan nikotinik reseptörler nedeniyle sabah içilen ilk sigara, sigara içicileri için diğer sigaralardan daha farklıdır (98).

Farmakolojik etkilerin yanında, bağımlılık öğrenilmiş veya şartlanılmış davranışlar, kişilik yapısı ve sosyal etkilerle de ilişkilidir. Alınan maddenin pekiştirici farmakolojik etkilerinin belli duygu durumu veya çevresel faktörlerle ilişkilendirilmesi şartlanmadır. Örneğin, pek çok insan sigarayı belli durumlarda (yemek sonrası, çayla, alkolle beraber) içer. Şartlanma mekanizmasının sigara bağımlılığında önemli olduğu düşünülmektedir (99). Sigaraya başlama yaşının genelde ergenlik döneminde olması, bu dönemde özellikle depresif duygu durumu, okul başarısında azalma, düşük benlik algısı ve baş kaldırma-isyankarlık çizelgelerinin sıklıkla görülebilmesi de sigara bağımlılığında kişilik yapısı ve sosyal etkilerin önemini göstermektedir (100).

2.7.1. Tütün Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Tütün bağımlılığı tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Özellikle farmakolojik tedavilerin doğru planlanabilmesi için hastaların bağımlılık düzeyleri belirlenmelidir. Bu sebeple pek çok yöntem geliştirilmiştir (101). Bu yöntemler

madde bağımlılığı kriterlerine dayanarak yapılan klinik değerlendirmeler ve anketler aracılığıyla yapılan psikometrik değerlendirmeler olarak ikiye ayrılabilir.

Birinci grupta Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) tarafından geliştirilen madde bağımlılığını temel alan tanı ölçütleri, ikinci grupta ise fiziksel bağımlılık belirtilerini değerlendiren ölçekler bulunmaktadır (102). Bunlardan en yaygın olarak bilinen yöntem, İsveçli Dr. Karl Fagerström tarafından geliştirilmiş olan ölçektir (FNBT). Bu test Fagerström Tolerans Testi'nin revize edilmiş şeklidir (103). FNBT, Fagerström Tolerans Testi'ne testine göre daha kısa, daha pratik ve daha güvenilirdir (104). Test 6 soruluk bir anketten oluşmaktadır. Sorulara verilen yanıtlara göre 0-2 puan arası 'çok düşük düzey bağımlılık', 2-4 puan arası 'düşük düzey bağımlılık', 5 puan 'orta düzey bağımlılık', 6-8 puan arası 'yüksek düzey bağımlılık', 9-10 puan arası 'çok yüksek düzey bağımlılık' olarak değerlendirilebilir (103). Çizelge 2.3'te FNBT gösterilmektedir.

Çizelge 2.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1-İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz? ☐ İlk 5 dakika içerisinde (3 puan) ☐ 6-30 dakika içerisinde (2 puan) ☐ 31-60 dakika içerisinde (1 puan) ☐ 1 saatten sonra (0 puan)
2-Sigara içmenin yasak olduğu sinema, otobüs gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? ☐ Evet (1 puan) ☐ Hayır (0 puan)
3-İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? ☐ Sabah içilen ilk sigara (1 puan) ☐ Diğerleri (0 puan)
4-Günde kaç sigara içiyorsunuz? ☐ 10 taneden az (0 puan) ☐ 11-20 (1 puan) ☐ 21-30 (2 puan) ☐ 31 ve daha fazlası (3 puan)
5-Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün daha sonraki saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz? ☐ Evet (1 puan) ☐ Hayır (0 puan)
6-Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içer misiniz? ☐ Evet (1 puan) ☐ Hayır (0 puan)

Kaynak: Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Addiction. 1991;86(9):1119-1127

Fagerström testlerinde fiziksel tolerans ölçülmektedir, sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri, davranış değişiklikleri gibi diğer bağımlılık ölçütleri değerlendirilememektedir (103,105).

DSM 5'e göre ise aşağıdaki kriterlerden en az iki durumun ortaya çıkması tütün bağımlılığı tanısını koydurur (106):

1. Tütün kullanımının amaçladığından daha yüksek miktarlarda ve uzun süreli olması
2. Sürekli kullanım arzusu veya bırakma çabalarının başarısız olması
3. Tütüne ulaşmak ve kullanmak için fazla zaman harcanması
4. Tütün kullanımı için özlem ve istek duyulması
5. İş, okul veya evde başlıca yükümlülüklerini yerine getirmekte yetersizlikle sonuçlanan tekrarlayan tütün kullanımı
6. Tütünün etkisiyle ortaya çıkan sosyal problemler olmasına rağmen tütün kullanımına devam edilmesi
7. Tütün kullanımı için önemli sosyal, mesleki veya eğlence aktivitelerinin bırakılması veya azaltılması
8. Fiziksel olarak riskli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanımı (yatakta sigara içme gibi)
9. Tütünün neden olduğu veya kötüleştirdiği kalıcı veya tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik sorunu olmasına rağmen tütün kullanımına devam edilmesi
10. Tolerans: İstenilen etkiyi başarmak için daha fazla miktarda tütün kullanımına belirgin ihtiyaç duyma
11. Yoksunluk

Yoksunluk Sendromu Tanı Kriterleri (ICD-10)

- En az birkaç hafta süre ile her gün nikotin kullanılması
- Tütün kullanımının kesilmesi veya azaltılması durumunda 24 saat içinde sinirlilik, hayal kırıklığı, öfke, kaygı, konsantrasyonda zorlanma, iştah artması, huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk semptomlarının veya bulgularının olması

- Bu semptom ve bulguların, klinik olarak sosyal, mesleki veya diğer alanlarda bozulmalara neden olması
- Bu belirtilerin genel tıbbi duruma bağlı olmaması ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaması (106).

Nikotin bağımlılığının altında yatan teoriler ve mekanizmalar çok geniştir, bunu anlayabilmek için çok boyutlu ölçekler geliştirilmiştir. Tütün bağımlılığını değerlendirmek için standart bir yöntem yoktur ancak ölçeklendirme yöntemlerinin farklı özelliklerinden yararlanarak bağımlılık düzeyi belirlenir ve kişiye özel tedavi planlanır (107).

2.8. Tütün Bıraktırmaya Yaklaşım

Sigara içmek, farklı davranışsal bileşenlerden oluşan kompleks bir süreçtir. Sigara bırakmaya yönelik geliştirilen teoriler, sigara içmenin bu farklı davranışsal bileşenlerini göz önüne alan yaklaşım ve modelleri esas alır (108). Sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı 5 evre içinde geçiş yaparlar (109):

- 1) Bırakmanın düşünülmediği evre
- 2) Bırakmanın düşünüldüğü evre
- 3) Bırakmaya hazırlanma evresi
- 4) Deneme evresi
- 5) Sürdürme evresi

Her bir evredeki içici için gerçekçi hedefler belirleme stratejisinin, tüm içicileri hemen bırakmaya zorlamaktan daha etkin sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (110).

2.8.1. Kısa Klinik Görüşmeler

Herhangi bir sebeple polikliniklere başvuran olgularla 5 dakikadan az kısa süreli görüşmeler bile sigarayı bırakma oranlarında anlamlı artışlar sağlamaktadır. Kısa görüşmeler, sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olan içiciler, sigara içen ancak bırakma denemesi konusunda istekli olmayan olgular, önceden içen henüz sigarayı bırakmış içicilere uygulanabilir (111).

Birinci basamak hekimleri rutin olarak tütün kullanımını sorguladıklarında ve kullanıcılara bırakmalarını önerdiklerinde tütün kullanıcılarının yılda %80'ine

ulaşma potansiyeline sahiptirler. Kullanıcıların %40'ına bırakma denemesi yapmasını sağlarlar (112).

Polikliniğe başvuran hastaların tütün kullanım durumunun belirlenmesi için uygun bir yaklaşımda bulunmak gereklidir (112). Bırakma denemesi konusunda istekli hastalarda 5A, bırakma konusunda isteksiz olan hastalara da 5R stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (112). şekil 2.2 sigara bıraktırmada yapılacak aşamaları özetlemektedir.



şekil 2.2. Sigara bıraktırma aşamaları. [WHO, Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care, Geneva, 2014 Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi: 15.05.2018]

Bırakma Konusunda İstekli Olan Olgular: Beş major basamak (5A) uygulaması önerilmektedir.

ADIM 1 SOR (ASK) : Poliklinik düzeyinde her hastanın her muayeneye gelişinde sigara içme durumu sorgulanmalıdır. Sigara kullanımına ait bilgiler hastanın dosyasına net olarak kayıt edilmelidir. Sigara dışında geleneksel tütün tipleri (pipo, puro, nargile) kullanımını da içeren kapsamlı bir tütün kullanım değerlendirmesi yapılmalıdır.

ADIM 2 ÖNER (ADVİSE): Açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir yaklaşımla her sigara içene bırakması önerilmelidir.

Açık: Sigarayı bırakmanızın sizin için çok önemli olduğunu düşünüyorum, size bu konuda yardımcı olabilirim.

Güçlü: *Sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmaktır, her konuda yardıma hazırım.*

Kişiyi Özel: Hastanın şu andaki semptomları ve sağlık durumu, sigaranın ekonomik yükü, çocuklarını ve ailesini sigara dumanına maruz bırakarak verdiği zarar, bırakınca sağlığında oluşacak dramatik iyileşmeden söz edilmelidir.

ADIM 3 DEĞERLENDİR (ASSESS): Hasta kliniğe başvurduğu sırada sigarayı bırakma konusundaki istek durumu değerlendirilmelidir. Hasta istekli değilse 5R adımları uygulanmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (Fagerstrom testi) ve olanak varsa karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir. Hastanın tedavide başarı oranı düşük gruplardan olup olmadığı belirlenmelidir.

ADIM 4 YARDIM ET (ASSİST): Hastayla birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastanın motivasyonunu artıracığından bırakma günü belirlenmesi uygun olur. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği, bu dönemin en çok zorlanılan dönem olduğu anlatılmalıdır. Yeni günlük aktivite önerileri yapılmalı, sigarayı hatırlatacak nesnelerden kaçınılması söylenmelidir. İçme isteği kişiyi zorladığında; bir meyve ya da çiğ sebze yemek (salatalık, elma, havuç gibi), 10 kez derin nefes alıp verme, duş alma, yemekten oyalanmadan kalkma gibi önerilerde bulunulabilir. Hastalara bırakma konusunda etkili ilaçların (nikotin yerine koyma preparatları, bupropion, vareniklin) olduğu anlatılmalı ve her hastaya tedavi önerilmelidir. Destek tedavisi ile birlikte farmakolojik tedavinin birlikte kullanılmasının başarı oranlarını çok artırdığı bilinmektedir.

ADIM 5 İZLE (ARRANGE) : Hasta takip programı düzenlenmelidir. Takip programının, mümkünse ilk bir ay içinde iki kez olacak şekilde düzenlenmeli, görüşmeler sırasında, başarılı ise övgüde bulunulmalı, motivasyonu sürdürülmeli, başarısız olmuşsa neden olan sorunların ele alınmalı sorunlar ve tıbbi tedavi açısından değerlendirilmelidir (112).

Bırakma Denemesi Konusunda İsteksiz Olgular: ‘5R’ olarak adlandırılan bir basamak uygulaması geliştirilmiştir.

R1 İLİSKİ (RELEVANCE) : Hastanın o anki durumu (hastalık, aile, çocuk, sosyoekonomik durum, sağlık endişesi, yaş gibi) ele alınarak sigara içmenin veya bırakmasının bu durumlarla ne kadar ilgili olduğu anlatılmalıdır.

R2 RİSKLER (RISKS): Hastaya sigara içme sonucu oluşabilecek kısa ve uzun dönemli riskler hakkında bilgi verilmelidir. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir. Hastaya düşük nikotinli, düşük katranlı sigara içmenin ya da diğer tütün ürünlerini (pipo, puro, nargile) kullanmanın hastalanma riskini azaltmayacağı anlatılmalıdır.

R3 ÖDÜLLER (REWARDS): Hastaya sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar (sağlık durumunda düzelme, para biriktirme, çocuklarına iyi örnek olma, sağlıklı çocuklara sahip olma, nefesin iyi kokması, kendini iyi hissetme vb.) anlatılmalıdır.

R4 ENGELLER (ROADBLOCKS): Sigarayı bırakma sürecindeki zorluklar (yoksunluk belirtileri, kilo alma, depresyon, sigara içmekten hoşlanma, destek yoksunluğu vb.) belirlenmeli ve hastaya çözüm önerileri sunulmalıdır.

R5 TEKRAR (REPETITION): İsteksiz hastalarda motivasyonel destek her klinik başvurusunda tekrarlanmalıdır (112).

Sigarayı yeni bırakmış olgular: Sigarayı yeni bırakmış olgular yüksek oranda relaps riski ile karşı karşıyadır. Çoğu relaps, erken bırakma sürecinde ortaya çıkmasına rağmen, bazı relapslar, çıkış tarihinden aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkar. Sigarayı yeni bırakmış olanlar sıklıkla sigarayı bırakmalarıyla devam eden ya kötüleşen sorunlardan bahsederler. Böyle bir olguyla karşılaştığında, klinisyen hastanın bırakmadaki başarısını pekiştirmeli, bırakmanın yararlarını gözden geçirmeli ve hastanın sigarayı bırakmasıyla ortaya çıkan problemleri çözmede yardımcı olmalıdır. Amaç nüksü önlemek olmalıdır (113).

2.8.2. Farmakoterapi

Farmakoterapi, yoksunluk belirtilerini azaltmak ve sigara içme isteğini kontrol etmek için en etkili mekanizmalardan biridir. Danışmanlık ve ilaç kombinasyonu, her iki müdahalenin ayrı ayrı uygulanmasından çok daha etkilidir (114).

Günümüzde ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) onaylı toplam 7 çeşit; nikotin yerine koyma (replasman) tedavisi (nikotin bantları, sakızlar, pastiller, inhalerler, nazal spreyler) ve nikotin içermeyen farmakoterapi (vareniklin, bupropion SR) olmak üzere iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır (115).

Kılavuzlar özel durumlar dışında, bırakmaya çalışan tüm sigara içicilerine farmakoterapinin önerilmesi gerektiğini belirtmektedir. Tıbbi kontrendikasyonları olanlar, günde 10'dan az sigara içenler, hamile / emziren kadınlar ve ergen içiciler gibi gruplarda farmakoterapi kullanılmadan önce özel dikkat gösterilmelidir (116).

Nikotin Yerine Koyma Tedavileri (NYKT)

Nikotin kendisi karsinojen değildir. Tüm bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi ödül yolağında rol oynar. Nikotin replasmanının amacı, istekleri hafifletmek ve nikotin yoksunluk belirtilerini azaltmaktır. Kontrol gruplarında %10 olan sigara bırakma oranları NYKT alanlarda %17'ye çıkmaktadır ve 2 tip NYKT kullanımının tek tip NYKT kullanmaktan daha etkili olduğu bulunmuştur. Yavaş nikotin salınımı olan nikotin bantları ve hızlı nikotin salınımı olan nikotin sakızı, pastiller, burun spreyi ve inhalerler ile kombine edilmesi tedavide etkinliği artırmaktadır (117).

NYKT, genel olarak güvenli tedavilerdir. Ancak gebelerde emziren kadınlarda, akut miyokard infarktüsü geçiren kişilerde, ciddi aritmisi ve ciddi angina pectorisi olanlarda kullanılmamalıdır. 18 yaş altında yeterli çalışma bulunmadığından kullanılması önerilmemektedir (118).

FDA onaylı 5 çeşit NYKT bulunmaktadır ve hepsinin farklı etkinlikleri vardır (119). NYKT çeşitleri, doz ve tedavi süreleri Çizelge 2.4'te özetlenmiştir.

Çizelge 2.4. NYKT çeşitleri, doz ve tedavi süreleri

Tür	Doz	Tedavi Süresi
Nikotin sakızı -2 mg -4 mg	4 mg sakız ilk sigarasını sabah kalktıktan sonra 30 dk. içinde içenler için. 1.-6 haftalar arası: Saatte 1-2 7.-9. haftalar arası: 2-4 saatte bir (Başlangıçta günde en az 9 adet, maksimum 24 adet)	8-12 hafta
Nikotin Bantları (Flasterler)	Her gün bir bant 7, 14, 21 mg olarak bağımlılık derecesine göre başlanır. Günde >10 sigara içenler: 21 mg 6 hafta, 14 mg 2 hafta, 7 mg 2 hafta Günde <10 sigara içenler: 14 mg 6 hafta, 7 mg 2 hafta	8-10 hafta
İnhaler	Bir kartuş yaklaşık 80 inhalasyonla 4 mg nikotin sağlar. Günde 6-16 kartuş önerilir.	12-24 hafta
Nazal Sprey	Her bir burun deliğine 0.5 mg nikotin verir. Bir doz: 2 burun deliğine 1 sprej Saatte 1-2 dozla, günde en az 8 dozla başlanmalı, günde maksimum 40 doza kadar kullanılabilir	12-24 hafta
Pastiller -2 mg -4 mg	4 mg pastil ilk sigarasını sabah kalktıktan sonra 30 dk. içinde içenler için. Günde 9-20 pastil önerilmektedir.	6-12 hafta

Hasmeena K, Frank L, Enid N. Treatment of tobacco dependence: current state of the art, Current Opinion in Pulmonary Medicine. 2018; 24(4):327-334

Nikotin İçermeyen Farmakoterapi

Nikotin içermeyen ajanlar arasında bupropion HCL ve vareniklin yer almaktadır (120).

Bupropion: Tütün bağımlılığının tedavisinde etkisi bilinen ilk nikotin içermeyen ajan bupropion bir antidepresandır. Bupropion, seçici bir dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür (121). Nikotin replasman tedavisi kullananların aksine, bupropion kullanan sigara içenler sigarayı bırakma tarihinden 1 hafta önce tedaviye başlamaktadır. Önerilen doz günde 300 mg'dır ve tedavi süresi 7 ila 12 haftadır, ancak nüks önleme için 12 aya kadar uzatılabilir (122). İlk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılır.

Bupropion, nikotin bandı ile birlikte güvenle kullanılabilir. Klinisyenler, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olan, psikiyatrik problem öyküsü olan ya da tedaviden önce başarısız olan hastalar için ikili tedaviyi düşünmelidir (123).

Vareniklin: Vareniklin FDA tarafından 2006 yılında sigara bırakma tedavisinde etkinliği onaylanan nikotin içermeyen bir ajandır (124). Vareniklin, selektif bir alfa4-beta2 nikotinik reseptör kısmi agonistidir ve bu durum, alınan

nikotinin bağlanması bloke ederken, istekleri ve yoksunluk semptomlarını azaltır (125). Vareniklin, farmakolojik yardım almayanlara göre bırakma başarısını iki veya üç kat artırır (126). Direkt karşılaştırmada, vareniklin bupropiyona göre sigara bırakma başarısını daha çok artırmaktadır (127).

Vareniklin tedavisine bırakma tarihinden bir hafta önce başlanır. Tedavi doz aşamalı olarak yükseltilir. İlk üç gün için başlangıç dozu 0,5 mg günde tek doz şeklinde uygulanır. Sonraki dört gün için doz günde iki kez 0,5 mg'a çıkarılır. Takip eden günlerde ise günde iki defa 1 mg şeklinde tedavi 12 haftaya tamamlanır. Böbrek hastalarında doz azaltılmalıdır (120).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Projesi

Bu tez projesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09.08.2017 tarih ve 468 sayılı karar ile (Ek-1) bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp kabul edilmiştir.

3.2. Araştırma Bölgesi

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmüştür. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında eğitim gören araştırma görevlileri tarafından erişilebilen ve araştırmaya kabul kriterlerini karşılayan, toplumda yaşayan 18 yaş üzeri bireyler araştırmaya dahil edilmişlerdir.

3.3. Araştırma Evreni ve Evrenin Tanıtılması

3.3.1. Araştırma Evreni

Araştırma için Mayıs 2017 tarihinde $n=N \cdot P \cdot Q \cdot Z^2 / (N-1) \cdot d^2$ formülünde; $N=8450$, $p=0,27$, $p=0,73$, $z=1,96$, $d=0,05$ olarak alındığında 18 yaş ve üzeri 303 bireye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılımcı sayısı 350 olmuştur.

3.3.2. Araştırmaya Kabul Kriterleri

Araştırmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin erişebildiği, 18 yaş ve üzerinde, araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

3.3.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Aydınlatılmış onam vermeyen, 18 yaşın altında olan ya da anketi herhangi bir nedenle tamamlamayan bireyler araştırmadan hariç tutulmuştur.

3.4. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların bilgilendirilmiş olurları (Ek-2) alınmıştır. Çalışma kapsamında hazırlanan ankette yer alan sorular ve ölçekler örneklem grubundaki kişilere yüz yüze görüşme tekniği ile yöneltilmiş ve uygulanmıştır. Halen sigara kullanan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre bağımlılık düzeyleri belirlenmiş ve bu konu hakkında bilgilendirilmişlerdir.

3.6. Araştırmada Kullanılan Form ve Ölçekler

Araştırmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü bireylerde sigara içme oranları ve bırakmaya hazırlık düzeyleri anketi kullanılmıştır (Ek-3). Anket 2012 yılında Türkiye'de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması anketinden uyarlanarak hazırlanmıştır. Fagerstrom bağımlılık testine göre bağımlılık düzeyleri ve sigara bırakma için isteklilikleri ve bırakmaya hazırlık düzeyleri ölçölmüştür.

Anket yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulmuştur. Halen sigara kullanan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre bağımlılık düzeyleri belirlenmiştir.

3.7. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Tüm kategorik değişkenlerin ve likertli soruların frekans (f) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Çalışmada test tekniklerinden Ki kare testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizlerde istatistik biriminden yardım alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Çalışmamıza 214'ü (%61,1) erkek, 136'sı (%38,9) kadın olmak üzere toplam 350 kişi katılmıştır. Yaşa göre dağılımlar incelendiğinde 18-34 yaş arası 99 (%28,3), 35-49 yaş arası 98 (%28), 50-64 yaş arası 110 (%31,4), 65 yaş ve üstü 43 (%12,3) kişinin çalışmaya katıldığı görülmüştür.

Eğitim durumuna göre katılımcıların 4'ü (%1,1) bir okul bitirmemiş, 88'i (%25,1) ilkokul mezunu, 8'i (%2,3) ilköğretim (8 yıllık) mezunu, 26'sı (7,4) ortaokul mezunu, 102'si (%29,1) lise mezunu, 122'si (%34,9) üniversite veya yüksekokul mezunudur.

Katılımcıların 274'ü (%78,4) evli, 63'ü (%18) bekar, 13'ü (%3,7) dul olup, 262'si (%74,9) çocuk sahibi, 88'i (%25,1) çocuk sahibi değildir.

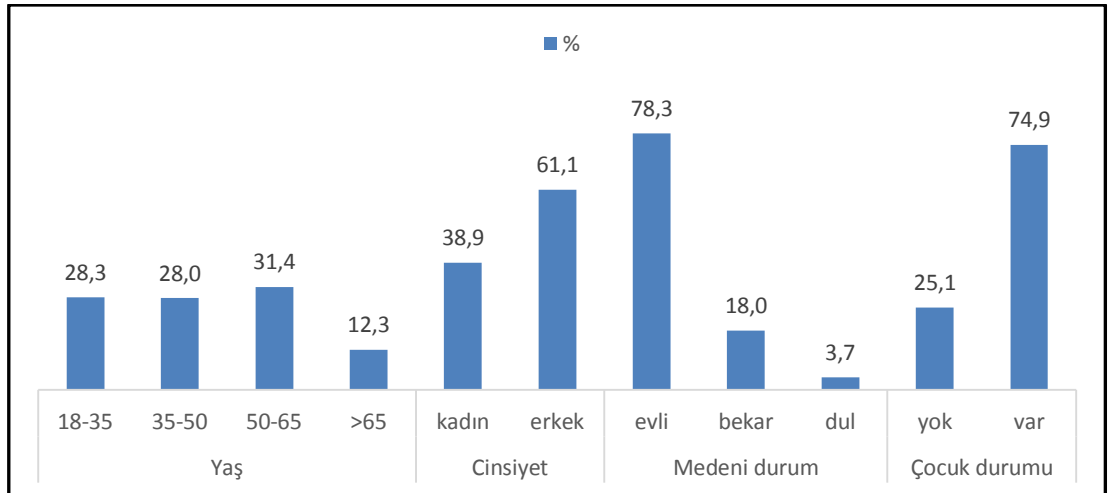
Çalışmamıza katılanların meslek dağılımları çeşitli olup, 53 (%16,6) kişi memur, 62 (%17,7) kişi serbest meslek sahibi, 12 (%3,4) kişi öğretmen, 16 (%4,6) kişi öğrenci, 19 (%5,4) kişi işçi, 65 (%18,6) kişi ev hanımı, 12 (%3,4) kişi çiftçi, 7 (%2) kişi şoför, 13 (%3,7) kişi doktor, 1 kişi işsizdir. En çok katılımcının bulunduğu grup 84 (%24) kişiyle emekliler olurken, 1 kişi meslek belirtmemiştir.

Aylık gelir durumuna göre incelendiğinde 58 kişi ayda 1500 liranın altında (%16,6), 140 kişi 1500-3000 TL arası (%40,1), 102 kişi 3000-5000 TL arası (29,2), 49 kişi ise 5000 liranın üstünde (%14) aylık geliri olduğunu belirtmiştir.

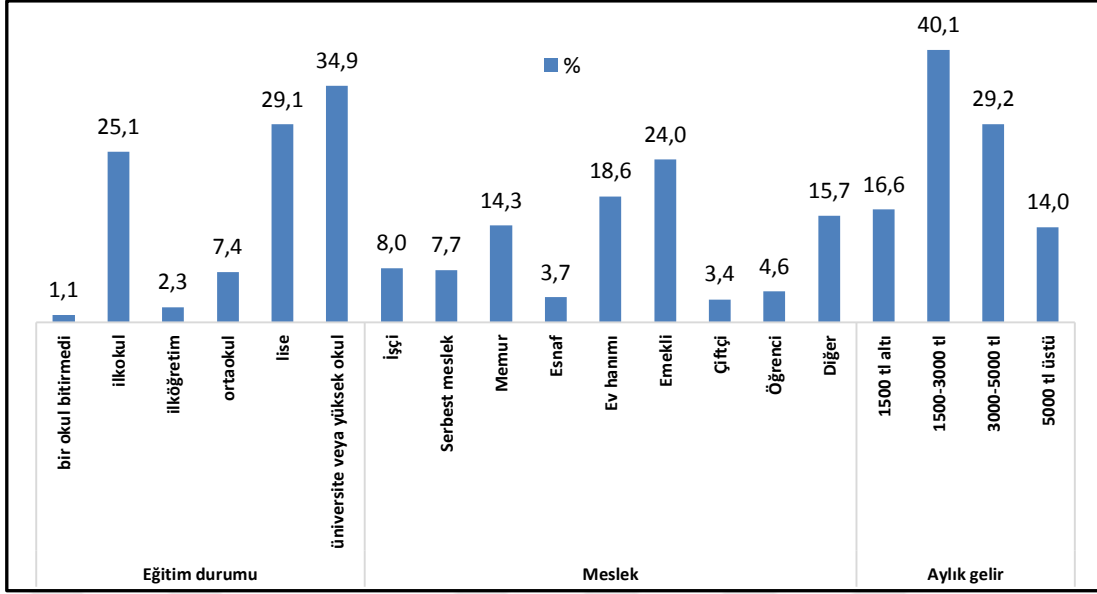
Çalışmaya katılanların demografik özellikleri Çizelge 4.1'de özetlenmiştir.

Çizelge 4.1. Demografik bilgiler

		n	%
Yaş	18-35	99	28,3
	35-50	98	28,0
	50-65	110	31,4
	>65	43	12,3
Cinsiyet	Kadın	136	38,9
	Erkek	214	61,1
Medeni durum	Evli	274	78,3
	Bekar	63	18,0
	Dul	13	3,7
Çocuk durumu	Yok	88	25,1
	Var	262	74,9
Eğitim durumu	Bir okul bitirmede	4	1,1
	İlkokul	88	25,1
	İlköğretim	8	2,3
	Ortaokul	26	7,4
	Lise	102	29,1
	Üniversite veya yüksekokul	122	34,9
Meslek	İşçi	28	8,0
	Serbest meslek	27	7,7
	Memur	50	14,3
	Esnaf	13	3,7
	Ev hanımı	65	18,6
	Emekli	84	24,0
	Çiftçi	12	3,4
	Öğrenci	16	4,6
	Diğer	55	15,7
Aylık gelir	1500 TL altı	58	16,6
	1500-3000 TL	140	40,1
	3000-5000 TL	102	29,2
	5000 TL üstü	49	14,0



Şekil 4.1. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk durumuna göre dağılımları



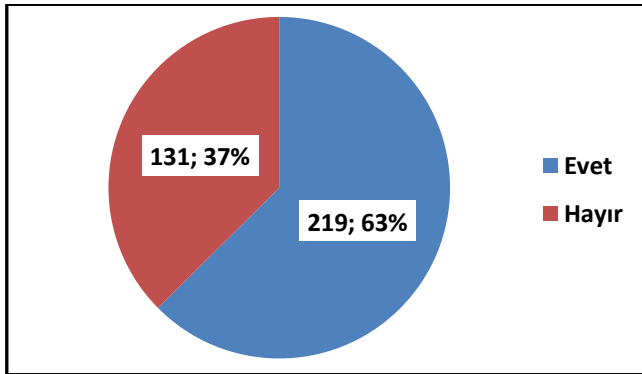
Şekil 4.2. Katılımcıların eğitim durumu, meslek ve aylık gelire göre dağılımları

4.2. Tütün Kullanma Durumu

Çalışmaya katılanların 219'u (%62,6) hayatında bir kez de olsa tütün ürünü kullandığını, 131'i (%37,4) hayatı boyunca hiç tütün ürünü kullanmadığını belirtmiştir. Hayatında 1 kez de olsa tütün ürünü kullananlardan 95 kişi (%43,4) halen her gün tütün kullandığını, 6 kişi (%2,7) halen ara sıra tütün kullandığını, 118kişi (%53,9) geçmişte kullanıp bıraktığını belirtmiştir.

İçilen sigara sayısına göre incelendiğinde şu anda tütün kullanan 101 katılımcı arasında 32 kişi (%31,7) günde 10 adetten daha az, 48 kişi (%47,5) 11-20 adet, 6 kişi (%5,9) 21-30 adet, 15 kişi (%14,9) 31 adet ve daha fazla sigara kullanmaktadır.

Katılımcıların hayatlarında 1 kez tütün kullanma durumları Şekil 4.3'de gösterilmiştir.



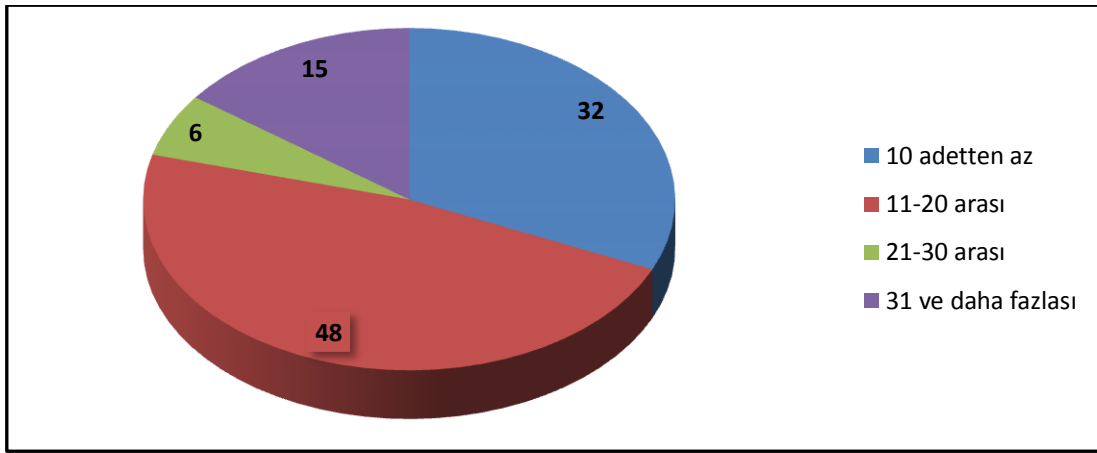
Şekil 4.3. Bir kez tütün kullanma durumu

Tütün kullanma durumları Çizelge 4.2’de özetlenmiştir.

Çizelge 4.2. Tütün kullanma durumları

Tütün Kullanma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç kullanmamış olanlar	131	%37,4
Her gün kullananlar	95	%27,2
Ara sıra kullananlar	6	%1,7
Geçmişte kullanıp bırakanlar	118	%33,7

Günde içilen sigara sayısı dağılımı Şekil 4.4’de özetlenmiştir.



Şekil 4.4. Günde içilen sigara sayısı dağılımı

4.2.1. Tütün Kullanma Durumunun Demografik Verilerle İlişkisi

Katılımcıların yaşı ile bir kez de olsa tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bir kez de olsa tütün kullananların çoğunluğu 50-65 yaşındadır (%34,2).

Katılımcıların cinsiyeti ile bir kez de olsa tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bir kez de olsa tütün kullananların çoğunluğu erkektir (%72,6).

Katılımcıların medeni durumu ile bir kez de olsa tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bir kez de olsa tütün kullananların çoğunluğu evlidir (%82,2).

Katılımcıların çocuk durumu ile bir kez de olsa tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bir kez de olsa tütün kullananların çoğunluğu çocuk sahibidir (%80,8).

Katılımcıların aylık geliri, eğitim durumu ile bir kez de olsa tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların bir kez de olsa tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.3’da görülmektedir.

Çizelge 4.3. Bir kez tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		Şimdive kadar bir kez de olsa tütün içeren bir ürün kullandınız mı?				X ²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	18-35	49	22,4	50	38,2	15,289	0,002*
	35-50	60	27,4	38	29,0		
	50-65	75	34,2	35	26,7		
	>65	35	16,0	8	6,1		
Cinsiyet	Kadın	60	27,4	76	58,0	32,343	0,000*
	Erkek	159	72,6	55	42,0		
Medeni durum	Evli	180	82,2	94	71,8	5,252	0,022*
	Bekar, dul	39	17,8	37	28,2		
Cocuk durumu	Yok	42	19,2	46	35,1	11,061	0,001*
	Var	177	80,8	85	64,9		
Eğitim durumu	İlkokul	57	26,0	31	24,4	0,294	0,961
	İlköğretim	22	10,0	12	9,4		
	Lise	65	29,7	37	29,1		
	Üniversite veya yüksekokul	75	34,2	47	37,0		
Aylık gelir	1500 TL altı	34	15,5	24	18,5	2,257	0,521
	1500-3000 TL	94	42,9	46	35,4		
	3000-5000 TL	60	27,4	42	32,3		
	5000 TL üstü	31	14,2	18	13,8		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamamıştır.

Katılımcıların yaşı ile şuanda tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Şu anda tütün kullananların çoğunluğu 18-35 yaşındadır (%36,6).

Katılımcıların medeni durumu ile şuanda tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Şu anda tütün kullananların çoğunluğu evlidir (%75,2).

Katılımcıların çocuk durumu ile şunda tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Şunda tütün kullananların çoğunluğu çocuk sahibidir (%74,3).

Katılımcıların cinsiyeti, aylık geliri, eğitim durumu ile şunda tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların şunda tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.4’de görülmektedir.

Çizelge 4.4. Şu anda tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		Şu anda tütün kullanma durumunuz nedir?				X ²	p
		Kullanıyorum		Bıraktım. kullanmıyorum			
		n	%	n	%		
Yaş	18-35	37	36,6	12	10,2	44,452	0,000*
	35-50	35	34,7	25	21,2		
	50-65	26	25,7	49	41,5		
	>65	3	3,0	32	27,1		
Cinsiyet	Kadın	27	26,7	33	28,0	0,042	0,838
	Erkek	74	73,3	85	72,0		
Medeni durum	Evli	76	75,2	104	88,1	5,327	0,021*
	Bekar, dul	25	24,8	14	11,9		
Cocuk durumu	Yok	26	25,7	16	13,6	4,455	0,035*
	Var	75	74,3	102	86,4		
Eğitim durumu	İlkokul	26	25,7	31	26,3	1,396	0,706
	İlköğretim	11	10,9	11	9,3		
	Lise	33	32,7	32	27,1		
	Üniversite veya yüksekokul	31	30,7	44	37,3		
Aylık gelir	1500 TL altı	13	12,9	21	17,8	3,273	0,351
	1500-3000 TL	47	46,5	47	39,8		
	3000-5000 TL	24	23,8	36	30,5		
	5000 TL üstü	17	16,8	14	11,9		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.3. Tütün Kullanıcılarının Değerlendirilmesi

Şu anda tütün kullanan katılımcıların %22'si (n=48) 15 yaşın altında %53,2'si (n=116) 15-20 yaşında, %24,8'i (n=54) 20 yaşın üstünde tütüne başlamıştır. Şu anda tütün kullanan katılımcılardan %57,5'i tütün bırakmayı denedikten sonra birkaç hafta içerisinde tekrar içmiştir. Katılımcıların tamamının her gün kullandıkları tütün ürünü sigara olup, bu kişilerin %84,2'si toplamda 7 yıl ve daha fazla süre tütün kullanmıştır. Katılımcılardan %47,5'i sigaraya aylık 200-400 TL para harcamakta iken, %51,5'i bu paranın bütçesini zorladığını belirtmiştir.

Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi Çizelge 4.5'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi

		Sayı (n)	Oran (%)
Tütüne başlama yaşıınız kaçtır?	15 yaş altı	48	22
	15-20 yaş	116	53,2
	20 yaş üstü	54	24,8
İlk denemeden sonra bir daha ne zaman tütün içtiniz?	Hemen, birkaç gün içinde	22	27,5
	Birkaç hafta içinde	46	57,5
	1 ay ve daha uzun süre	12	15,0
Toplamda kaç yıl tütün kullandınız?	0-1 yıl	3	3,0
	1-3 yıl	2	2,0
	3-7 yıl	11	10,9
	7 yıl ve daha fazla	85	84,2
Tütüne aylık harcadığınız para ne kadardır?	200 TL ve altı	33	32,7
	200-400 TL	48	47,5
	400 TL üstü	20	19,8
Tütün parası bütçenizi zorluyor mu?	Evet	52	51,5
	Hayır	49	48,5

Katılımcılardan %66,3'ü tütün bağımlısı olduğunu belirtmiş, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi uygulandığında %30,7'si sabah kalktığında ilk 5 dakika içerisinde sigara yaktığını, %23,8'i sigara yasağı olan alanlarda yasağa uymakta zorlandığını, %43,6'sı sabah içilen ilk sigaradan vazgeçemeyeceğini belirtmiştir. Katılımcılardan %47,5'i günlük 11-20 tane sigara içmekte, %39,6'sı sabah daha sık sigara içmekte, %34,7'si günü yatakta geçirebilecek kadar hasta olsa da sigara

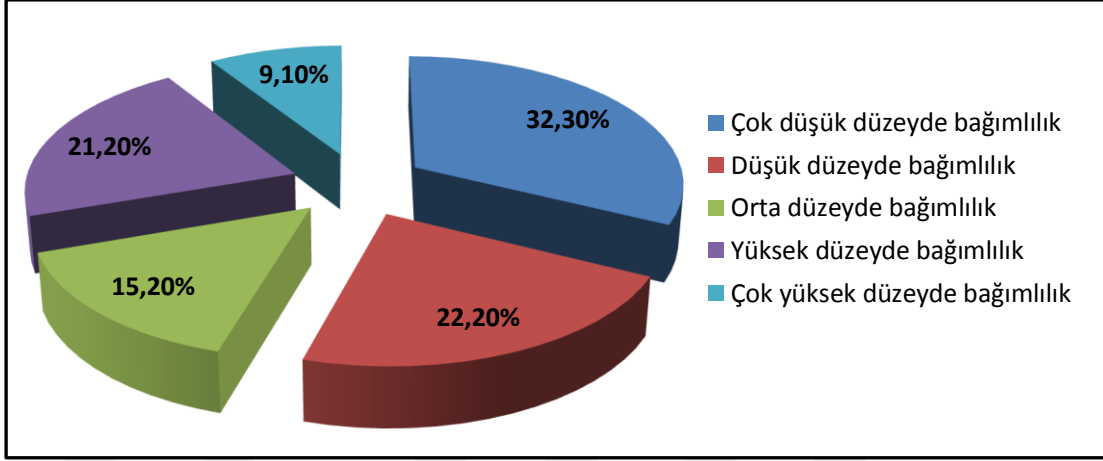
çirmektedir. Sigara içen katılımcıların %32,3'ü Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi puanlamasına göre çok düşük düzeyde bağımlıdır.

Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri Çizelge 4.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri

		Sayı (n)	Oran (%)
Tütün bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	67	66,3
	Hayır	31	30,7
	Bilmiyorum	3	3,0
İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?	İlk 5 dakika içinde	31	30,7
	6-30 dakika içinde	25	24,8
	31-60 dakika içinde	19	18,8
	1 saatten sonra	26	25,7
Sigara içmenin yasak olduğu sinema, otobüs gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	Evet	24	23,8
	Hayır	77	76,2
İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?	Sabah içilen ilk sigara	44	43,6
	Diğerleri	57	56,4
Günde kaç sigara içiyorsunuz?	10 taneden az	32	31,7
	11-20	48	47,5
	21-30	6	5,9
	31 ve daha fazlası	15	14,9
Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün daha sonraki saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?	Evet	40	39,6
	Hayır	61	60,4
Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içer misiniz?	Evet	35	34,7
	Hayır	66	65,3
Fagerström Bağımlılık Skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	32	32,3
	Düşük düzey bağımlılık	22	22,2
	Orta düzey bağımlılık	15	15,2
	Yüksek düzeyde bağımlılık	21	21,2
	Çok yüksek düzeyde bağımlılık	9	9,1

Katılımcıların Fagerström Bağımlılık Skorları'nın dağılımı Şekil 4.5'de gösterilmiştir.



Şekil 4.5. Fagerström bağımlılık skor

4.4. Tütün Kullanıcılarının Bırakma İsteklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcılar en çok (n=55) alışkanlık, bağımlılık olması sebebiyle tütüne devam etmektedir. Sigara kullanan katılımcılardan %76,2'si sigara bırakmayı denemiş, %40,3'ü son 12 ayda bırakmayı denemiş, en son bırakılan dönemde ay süresi kadar bırakmış, %80,6'sı yardım almadan bırakmıştır. Katılımcılardan %22,8'i 1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı planladığını, %38,6'sı bırakabileceğini belirtmiştir. Katılımcıların %53,0'ü bırakma isteğinin yüksek, %48,5'i bırakma motivasyonunun yüksek olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %42,7'si bırakmayı 2 kez denemiştir.

Tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi Çizelge 4.7'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. Tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi

		Sayı (n)	Oran (%)
Tütün içmeye devam etme sebebi	Alışkanlık-bağımlılık	55	18,0
	Stresimi azaltıyor	44	14,3
	Arkadaş grubu /İnsanlarla etkileşimimi artırıyor	8	2,3
	Konsantrasyonumu artırıyor	7	2,0
	Yalnızlıktan ve sorunlarımdan dolayı içiyorum	14	4,0
	Zevk alıyorum	30	8,6
	Bıraktığımda kilo alırım	12	3,4
	Diğer sebepler	1	,3
Tütünü bırakmayı hiç denediniz mi?	Evet	77	76,2
	Hayır	24	23,8
Tütünü bırakmayı kaç kez denediniz?	1 kez	23	30,7
	2 kez	32	42,7
	2 den fazla	20	26,7
Son 12 ay içerisinde tütün kullanımını bırakmayı denediniz mi?	Evet	31	40,3
	Hayır	46	59,7
En son bırakmaya çalıştığınız dönemi düşünerek, tütün kullanmayı ne kadar süreyle bıraktınız?	Yıl	8	10,4
	Ay	36	46,8
	Hafta	6	7,8
	Gün	21	27,3
	Bir günden (24 saat) az	6	7,8
Son 12 ay içerisinde, tütün kullanımını bırakmak için aşağıdakilerden herhangi birini kullandınız/ denediniz mi?	Bırakma kliniği dahil olmak üzere danışmanlık	1	2,8
	Band veya sakız gibi nikotin destekleyici tedavi	1	2,8
	Diğer reçeteli ilaç, örneğin; zyban, champix	2	5,6
	Geleneksel ilaçlar	1	2,8
	Sigara bırakma hattı veya telefon destek hattı	1	2,8
	Yardım almadan bıraktım	29	80,6
	Diğer	1	2,8
Tütün kullanımını bırakma konusundaki düşüncenizi aşağıdakilerden hangisi en iyi açıklar?	Önümüzdeki ay içinde bırakmayı planlıyorum	23	22,8
	Önümüzdeki 12 ay içinde bırakmayı planlıyorum	9	8,9
	Bırakmayı planlıyorum ama önümüzdeki 12 ay içinde değil	15	14,9
	Bırakmayı planlamıyorum	15	14,9
	Bilmiyorum	39	38,6
Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma isteği	Düşük	15	15,0
	Orta	32	32,0
	Yüksek	53	53,0
Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma konusunda motivasyonu	Düşük	25	24,8
	Orta	27	26,7
	Yüksek	49	48,5
Sigarayı bırakmak istediğinizde başarılı olabilir misiniz?	Asla bırakamam	4	4,0
	Bırakamam	3	3,0
	Bilmiyorum	23	22,8
	Bırakabilirim	39	38,6
	Kesinlikle bırakabilirim	32	31,7

4.5. Tütün Kullanımını Bırakmış Olanların Değerlendirilmesi

Sigarayı bırakmış olan katılımcılardan %39,0'u geçmişte günlük 11-20 adet sigara içtiğini belirtmiştir. Sigarayı bırakan katılımcılardan %95,8'i yardım almadan bıraktığını, %61,0'i sağlık sorununun etkili olduğunu, %10,2'si tütünü bıraktıktan sonra tekrar tütün içtiğini, %84,5'i en son içmesinin üstünden yıl geçtiğini belirtmiştir. Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi Çizelge 4.8'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi

		Sayı (n)	Oran (%)
Geçmişte ne sıklıkla tütün kullandınız?	Günde 10 taneden az	34	28,8
	Günde 11-20 adet	46	39,0
	Günde 21-30 adet	4	3,4
	Günde 31 ve daha fazlası	22	18,6
	Ara sıra	12	10,2
Tütün kullanımını bırakmak için hangi yöntemi kullandınız?	Band veya sakız gibi nikotin destekleyici tedavi	2	1,7
	Diğer reçeteli ilaç, örneğin; zyban, campix	2	1,7
	Yardım almadan bıraktım	113	95,8
	Diğer	1	,8
Tütünü başarılı olarak bırakmanız konusunda sizi en çok etkileyen faktör aşağıdakilerden hangisidir?	Tütün fiyatı	3	2,5
	Sağlık sorunu	72	61,0
	Hekimin önerisi ve danışmanlığı	3	2,5
	Aile bireylerinin veya çocuğumun tütünü bırakmamı istemesi	15	12,7
	Tütün içmeme yönündeki kampanyalar	2	1,7
	Tütün içecek yer bulmakta zorluk	1	,8
	Bilmiyorum	6	5,1
	Diğer	16	13,6
Tütünü bıraktığınızdan beri hiç tütün içtiniz mi?	Evet	12	10,2
	Hayır	106	89,8
Tütün kullanmayı bırakmanızın üzerinden ne kadar zaman geçti?	Yıl	98	84,5
	Ay	17	14,7
	Hafta	1	,9

4.6. Sağlık Personelinin Sigara Kullanımını Sorgulama Durumu

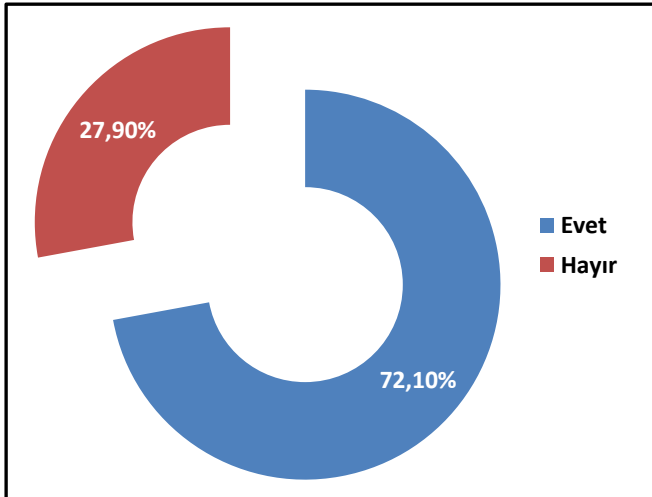
Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların %75,3'ü (n=165) son 1 yıl içerisinde herhangi bir nedenle en az 1 kez sağlık personellerine başvurmuş, bu kişilerin %72,1'i (n=119) sağlık personeline gittiğinde sigara kullanımının sorgulandığını belirtmiştir.

Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların tütün kullanımının sorgulanma durumu Çizelge 4.9'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.9. Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların tütün kullanımının sorgulanma durumu

		Sayı (n)	Oran (%)
Son 12 ay içerisinde, herhangi bir nedenle doktora veya diğer sağlık personeline başvurduunuz mu?	Evet	165	75,3
	Hayır	54	24,7
Son 12 ay içerisinde herhangi bir nedenle başvurduğunuz doktor veya diğer sağlık personeli ziyaretinizde tütün kullanımınızı sorguladı mı / tütün kullanımını bırakmanızı önerdi mi?	Evet	119	72,1
	Hayır	46	27,9

Tütün kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanma durumu Şekil 4.6'da gösterilmiştir.



Şekil 4.6. Tütün kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanma durumu

4.7. Pasif İçicilik

Hiç tütün kullanımı olmayan ve 1 yıldan uzun süredir tütün kullanmayan katılımcıların %83,5'i evinde tütün kullanılmasının yasak olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan %43,0'ü işyerinin kapalı alanlarında sigara kullanımının yasak olduğunu, %62,6'sı özel aracında tütün kullanılmadığını belirtmiştir. Sigara içmeyen katılımcılar en çok kafe ve benzeri alanlarda sigara içildiğini belirtmektedir. Tütün kullanmayan katılımcıların tütün dumanına maruziyet durumu Çizelge 4.10'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.10. Hiç tütün kullanmayan ve 1 yıldan uzun süredir tütün kullanmayan katılımcıların tütün dumanına maruziyet durumu

		Sayı (n)	Oran (%)
Aşağıdakilerden hangisi evinizin içinde tütün kullanımı hakkındaki kuralları en iyi açıklar?	Evin içinde tütün kullanılabilir.	22	9,6
	Kullanılamaz ama istisnalar vardır	16	7,0
	Hiçbir zaman kullanılmaz	192	83,5
Evinizin içerisinde *herhangi bir kişi* ne sıklıkla tütün kullanır?	Günlük	21	9,1
	Haftalık	2	,9
	Aylık	6	2,6
	Ayda birden az	6	2,6
	Hiçbir zaman	195	84,8
Çalıştığınız iş yerinin kapalı alanlarında ne sıklıkla tütün kullanılır?	Kapalı alanlarda tütün kullanımına izin verilmiyor	99	43,0
	Günlük	9	3,9
	Haftalık	1	,4
	Aylık	2	,9
	Ayda birden az	1	,4
	Çalışmıyorum	118	51,3
Özel aracınızda ne sıklıkla tütün kullanılır?	Hiçbir zaman	144	62,6
	Günlük	7	3,0
	Haftalık	2	,9
	Aylık	1	,4
	Ayda birden az	6	2,6
	Özel aracım yok	70	30,4
Sigara içilen yer	Kamu (devlet) binaları veya bürolar	23	10,0
	Sağlık kuruluşu	5	2,2
	Restoran/lokanta	66	28,7
	Kafe, kahvehane, çay salonu	100	43,5
	Okul	5	2,2
	Toplu taşıma aracı	28	12,2
	Taksi	31	13,5
Tütün dumanını solumak aşağıdaki sorunlara yol açar mı?	Yetişkinlerde kalp hastalığı	197	85,7
	Çocuklarda akciğer rahatsızlığı	224	97,4
	Yetişkinlerde akciğer kanseri	208	90,4
	Düşük doğum ağırlığı	186	80,9

4.7.1. Pasif İçicilik ve Bilgi Düzeyleri

Hiç tütün kullanımı olmayan ve 1 yıldan uzun süredir tütün kullanmayan katılımcıların %14,3'ü (n=33) pasif içiciliğin yetişkinlerde kalp hastalığına, %19,1'i (n=44) düşük doğum ağırlığına yol açtığını bilmemektedir. Katılımcılar sigaranın en çok (%97,4) çocuklarda akciğer rahatsızlığı yarattığını belirtmiştir. Tütün kullanmayan katılımcıların pasif maruziyet hakkındaki bilgileri Çizelge 4.11'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.11. Tütün kullanmayan katılımcıların pasif maruziyet hakkındaki bilgileri

		Sayı (n)		Oran (%)	
		Evet	Hayır	Evet	Hayır
Tütün dumanını solumak aşağıdaki sorunlara yol açar mı?	Yetişkinlerde kalp hastalığı	197	33	85,7	14,3
	Çocuklarda akciğer rahatsızlığı	224	6	97,4	2,6
	Yetişkinlerde akciğer kanseri	208	22	90,4	9,6
	Düşük doğum ağırlığı	186	44	80,9	19,1

4.8. Tütüne Başlama Yaşı ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların cinsiyeti ve eğitim durumu ile tütüne başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların şuanda tütün kullanma durumu ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.12'de görülmektedir.

Çizelge 4.12. Tütüne başlama yaşı ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		Tütüne başlama yaşı kaçtır?						X ²	p
		15 yaş altı		15-20 yaş		20 yaş üstü			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	2	8,7	16	29,1	8	36,4	5,081	0,079
	Erkek	21	91,3	39	70,9	14	63,6		
Eğitim durumu	İlkokul	6	26,1	14	25,5	6	27,3	11,520	0,074
	İlköğretim	6	26,1	4	7,3	1	4,5		
	Lise	9	39,1	18	32,7	6	27,3		
	Üniversite veya yüksekokul	2	8,7	19	34,5	9	40,9		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.9. Tütün Kullanma Süresi ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların cinsiyeti ile toplamda tütün kullanma süresi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.13’de görülmektedir.

Çizelge 4.13. Toplamda tütün kullanma süresi ile değişkenlerin ilişkisi

		Toplamda kaç yıl tütün kullandınız?				X ²	p
		0-6 yıl		7 yıl ve daha fazla			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	6	37,5	21	24,7	0,567	0,451
	Erkek	10	62,5	64	75,3		
Eğitim durumu	İlkokul	4	25,0	22	25,9	**	**
	İlköğretim	0	0,0	11	12,9		
	Lise	5	31,3	28	32,9		
	Üniversite veya yüksekokul	7	43,8	24	28,2		
Aylık gelir	1500 TL altı	1	6,3	12	14,1	**	**
	1500-3000 TL	6	37,5	41	48,2		
	3000-5000 TL	5	31,3	19	22,4		
	5000 TL üstü	4	25,0	13	15,3		
Fagerström bağımlılık skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	7	46,7	25	29,8	**	**
	Düşük düzey bağımlılık	3	20,0	19	22,6		
	Orta düzey bağımlılık	3	20,0	12	14,3		
	Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık	2	13,3	28	33,3		
Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma isteği	Düşük	5	33,3	10	11,8	**	**
	Orta	3	20,0	29	34,1		
	Yüksek	7	46,7	46	54,1		
Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma konusunda motivasyonu	Düşük	5	31,3	20	23,5	**	**
	Orta	4	25,0	23	27,1		
	Yüksek	7	43,8	42	49,4		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.10. Tütüne Aylık Harcanan Para ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların yaşı ile tütüne aylık harcanan toplam para arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Tütüne 400 TL üstünde para verenlerin çoğunluğu 18-35 yaşındadır (%65,0).

Katılımcıların cinsiyeti ile tütüne aylık harcanan toplam para arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Tütüne 400 TL üstünde para verenlerin çoğunluğu erkektir (%80,0).

Katılımcıların eğitim durumu ile tütüne aylık harcanan toplam para arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların tütüne aylık harcanan toplam para ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.14’de görülmektedir.

Çizelge 4.14. Tütüne aylık harcanan para ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		Tütüne aylık harcadığınız para ne kadardır?						X ²	p
		200 TL ve altı		200-400 TL		400 TL üstü			
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-35	8	24,2	16	33,3	13	65,0	11,693	0,020*
	35-50	14	42,4	15	31,3	6	30,0		
	50 >	11	33,3	17	35,4	1	5,0		
Cinsiyet	Kadın	14	42,4	9	18,8	4	20,0	6,173	0,046*
	Erkek	19	57,6	39	81,3	16	80,0		
Eğitim durumu	İlkokul	10	30,3	13	27,1	3	15,0	8,382	0,211
	İlköğretim	4	12,1	3	6,3	4	20,0		
	Lise	6	18,2	20	41,7	7	35,0		
	Üniversite veya yüksekokul	13	39,4	12	25,0	6	30,0		
Aylık gelir	1500 TL altı	4	12,1	9	18,8	0	0,0	**	**
	1500-3000 TL	17	51,5	18	37,5	12	60,0		
	3000-5000 TL	10	30,3	11	22,9	3	15,0		
	5000 TL üstü	2	6,1	10	20,8	5	25,0		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.11. Tütün Parasının Bütçeyi Zorlama Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların aylık geliri ile tütün parasının bütçeyi zorlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Tütün parasının bütçesini zorladığını belirtenlerin çoğunluğu 1500-3000 TL gelire sahiptir (%53,8).

Katılımcıların günde içilen sigara miktarı ile tütün parasının bütçeyi zorlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların tütün parasının bütçeyi zorlama durumu ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.15’de görülmektedir.

Çizelge 4.15. Tütün parasının bütçeyi zorlama durumu ile değişkenlerin ilişkisi

		Tütün parası bütçenizi zorluyor mu?				X ²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Aylık gelir	1500 TL altı	9	17,3	4	8,2	7,113	0,068
	1500-3000 TL	28	53,8	19	38,8		
	3000-5000 TL	10	19,2	14	28,6		
	5000 TL üstü	5	9,6	12	24,5		
Günde kaç sigara içiyorsunuz?	10 taneden az	12	23,1	20	40,8	6,398	0,041*
	11-20	21	40,4	21	42,9		
	20 >	19	36,5	8	16,3		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.12. Tütün Bağımlısı Olduğunu Düşünme Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların Fagerström Bağımlılık Skoru ile tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Tütün bağımlısı olduğunu düşünenlerin çoğunluğu yüksek ve çok yüksek bağımlılıkta olanlardır (%42,4).

Katılımcıların günde içilen sigara miktarı ile tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Tütün bağımlısı olduğunu düşünenlerin çoğunluğu günde 11-20 sigara içmektedir (%44,8).

Katılımcıların tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.16’da görülmektedir.

Çizelge 4.16. Tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile değişkenlerin ilişkisi

		Tütün bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?				X ²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Fagerström Bağımlılık Skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	11	16,7	20	66,7	27,355	0,000*
	Düşük düzey bağımlılık	15	22,7	6	20,0		
	Orta düzey bağımlılık	12	18,2	3	10,0		
	Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık	28	42,4	1	3,3		
Günde kaç sigara içiyorsunuz?	10 taneden az	12	17,9	19	61,3	22,328	0,000*
	11-20	30	44,8	11	35,5		
	20 >	25	37,3	1	3,2		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.13. Günde İçilen Sigara Miktarı ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların yaşı ile günde içilen sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Katılımcıların cinsiyeti ile günde içilen sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Günde 20 adet sigaradan fazla içenlerin çoğunluğu erkektir (%77,8).

Katılımcıların Fagerström Bağımlılık Skoru ile günde içilen sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Günde 20 adet sigaradan fazla içenlerin çoğunluğu yüksek ve çok yüksek bağımlılıktadır (%85,2).

Katılımcıların günde içilen sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.17’de görülmektedir.

Çizelge 4.17. Günde içilen sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi

		Günde kaç sigara içiyorsunuz?						X ²	p
		10 taneden az		11-20		20 >			
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-35	9	28,1	18	42,9	10	37,0	2,750	0,600
	35-50	11	34,4	15	35,7	9	33,3		
	50 >	12	37,5	9	21,4	8	29,6		
Cinsiyet	Kadın	14	43,8	7	16,7	6	22,2	7,184	0,028*
	Erkek	18	56,3	35	83,3	21	77,8		
Eğitim durumu	İlkokul	13	40,6	7	16,7	6	22,2	**	**
	İlköğretim	3	9,4	4	9,5	4	14,8		
	Lise	7	21,9	18	42,9	8	29,6		
	Üniversite veya yüksekokul	9	28,1	13	31,0	9	33,3		
Aylık gelir	1500 TL altı	5	15,6	7	16,7	1	3,7	**	**
	1500-3000 TL	14	43,8	17	40,5	16	59,3		
	3000-5000 TL	9	28,1	9	21,4	6	22,2		
	5000 tı üstü	4	12,5	9	21,4	4	14,8		
Fagerström Bağımlılık Skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	21	67,7	11	26,8	0	0,0	70,495	0,000*
	Düşük düzey bağımlılık	7	22,6	12	29,3	3	11,1		
	Orta düzey bağımlılık	2	6,5	12	29,3	1	3,7		
	Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık	1	3,2	6	14,6	23	85,2		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.14. İlk Sigarayı Sabah Kalktıktan Sonra İçilen Süre ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların cinsiyeti ile sigarayı sabah kalktıktan sonra içilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Katılımcıların ilk sigarayı sabah kalktıktan sonra içilen süre ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.18’de görülmektedir.

Çizelge 4.18. İlk sigarayı sabah kalktıktan sonra içilen süre ile değişkenlerin ilişkisi

		İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?								X ²	P
		İlk 5 dakika içinde		6-30 dakika içinde		31-60 dakika içinde		1 saatten sonra			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	9	29,0	4	16,0	5	26,3	9	34,6	2,381	0,497
	Erkek	22	71,0	21	84,0	14	73,7	17	65,4		
Fagerström Bağımlılık Skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	0	0,0	0	0,0	8	42,1	24	96,0	**	**
	Düşük düzey bağımlılık	4	12,9	10	41,7	7	36,8	1	4,0		
	Orta düzey bağımlılık	4	12,9	8	33,3	3	15,8	0	0,0		
	Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık	23	74,2	6	25,0	1	5,3	0	0,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.15. Tütünü Bırakmayı Deneme Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların cinsiyeti, eğitim durumu, Fagerström Bağımlılık Skoru ile tütünü bırakmayı deneme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Katılımcıların tütünü bırakmayı deneme durumu ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.19’da görülmektedir.

Çizelge 4.19. Tütünü bırakmayı deneme durumu ile değişkenlerin ilişkisi

		Tütünü bırakmayı hiç denediniz mi?				X ²	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	18-35	29	37,7	8	33,3	3,824	0,148
	35-50	23	29,9	12	50,0		
	50 >	25	32,5	4	16,7		
Cinsiyet	Kadın	21	27,3	6	25,0	0,001	0,998
	Erkek	56	72,7	18	75,0		
Eğitim durumu	İlkokul	19	24,7	7	29,2	4,051	0,256
	İlköğretim	11	14,3	0	0,0		
	Lise	25	32,5	8	33,3		
	Üniversite veya yüksekokul	22	28,6	9	37,5		
Fagerström Bağımlılık Skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	21	27,3	11	50,0	**	**
	Düşük düzey bağımlılık	18	23,4	4	18,2		
	Orta düzey bağımlılık	14	18,2	1	4,5		
	Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık	24	31,2	6	27,3		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.16. Fagerström Bağımlılık Skoru ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların son 12 ay içerisinde tütün bırakmayı denemesi, bırakma motivasyonu ile Fagerström Bağımlılık Skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Katılımcıların Fagerström Bağımlılık Skoru ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.20’de görülmektedir.

Çizelge 4.20. Fagerström bağımlılık skoru ile değişkenlerin ilişkisi

		Fagerström Bağımlılık Skoru								X ²	p
		Çok düşük		Düşük		Orta düzey		Yüksek, çok yüksek			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Son 12 ay içerisinde tütün bırakmayı deneme	Evet	6	28,6	7	38,9	7	50,0	11	45,8	2,069	0,558
	Hayır	15	71,4	11	61,1	7	50,0	13	54,2		
Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma isteğin	Düşük	3	9,7	3	13,6	1	6,7	7	23,3	**	**
	Orta	8	25,8	9	40,9	8	53,3	6	20,0		
	Yüksek	20	64,5	10	45,5	6	40,0	17	56,7		
Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma konusunda motivasyonunuz	Düşük	5	15,6	10	45,5	3	20,0	6	20,0	11,918	0,064
	Orta	6	18,8	5	22,7	4	26,7	12	40,0		
	Yüksek	21	65,6	7	31,8	8	53,3	12	40,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.17. Sigarayı Bırakmada Başarı Düzeyi ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların cinsiyeti ile sigarayı bırakmada başarı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Katılımcıların sigarayı bırakmada başarı düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.21’de görülmektedir.

Çizelge 4.21. Sigarayı bırakmada başarı düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi

		Sigarayı bırakmak istediğinizde başarılı olabilir misiniz?								X ²	P
		Bırakamam		Bilmiyorum		Bırakabilirim		Kesinlikle bırakabilirim			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Yaş	18-35	4	57,1	8	34,8	10	25,6	15	46,9	**	**
	35-50	0	0,0	9	39,1	17	43,6	9	28,1		
	50 >	3	42,9	6	26,1	12	30,8	8	25,0		
Cinsiyet	Kadın	0	0,0	9	39,1	10	25,6	8	25,0	4,432	0,218
	Erkek	7	100,0	14	60,9	29	74,4	24	75,0		
Eğitim durumu	İlkokul	1	14,3	7	30,4	9	23,1	9	28,1	**	**
	İlköğretim	1	14,3	2	8,7	4	10,3	4	12,5		
	Lise	3	42,9	7	30,4	12	30,8	11	34,4		
	Üniversite veya yüksekokul	2	28,6	7	30,4	14	35,9	8	25,0		
Aylık gelir	1500 TL altı	1	14,3	5	21,7	3	7,7	4	12,5	**	**
	1500-3000 TL	4	57,1	11	47,8	19	48,7	13	40,6		
	3000-5000 TL	2	28,6	4	17,4	9	23,1	9	28,1		
	5000 TL üstü	0	0,0	3	13,0	8	20,5	6	18,8		
Fagerström Bağımlılık Skoru	Çok düşük düzeyde bağımlılık	0	0,0	4	18,2	13	33,3	15	48,4	**	**
	Düşük düzey bağımlılık	1	14,3	5	22,7	11	28,2	5	16,1		
	Orta düzey bağımlılık	2	28,6	4	18,2	6	15,4	3	9,7		
	Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık	4	57,1	9	40,9	9	23,1	8	25,8		
Günde kaç sigara içiyorsunuz?	10 taneden az	1	14,3	6	26,1	12	30,8	13	40,6	**	**
	11-20	3	42,9	8	34,8	17	43,6	14	43,8		
	20 >	3	42,9	9	39,1	10	25,6	5	15,6		
İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?	İlk 5 dakika içerisinde	4	57,1	10	43,5	8	20,5	9	28,1	**	**
	6-30 dakika içerisinde	3	42,9	6	26,1	13	33,3	3	9,4		
	31-60 dakika içerisinde	0	0,0	4	17,4	6	15,4	9	28,1		
	1 saatten sonra	0	0,0	3	13,0	12	30,8	11	34,4		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.18. Tütün Bırakma Motivasyonu ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ile tütün bırakma motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların tütün bırakma motivasyonu ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.22’de görülmektedir.

Çizelge 4.22. Tütün bırakma motivasyonu ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma konusunda motivasyonu						X ²	p
		Düşük		Orta		Yüksek			
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-35	8	32,0	10	37,0	19	38,8	0,830	0,934
	35-50	10	40,0	10	37,0	15	30,6		
	50 >	7	28,0	7	25,9	15	30,6		
Cinsiyet	Kadın	8	32,0	7	25,9	12	24,5	0,489	0,783
	Erkek	17	68,0	20	74,1	37	75,5		
Eğitim durumu	İlkokul	7	28,0	6	22,2	13	26,5	2,587	0,859
	İlköğretim	2	8,0	2	7,4	7	14,3		
	Lise	9	36,0	8	29,6	16	32,7		
	Üniversite veya yüksek okul	7	28,0	11	40,7	13	26,5		
Aylık gelir	1500 TL altı	3	12,0	3	11,1	7	14,3	**	**
	1500-3000 TL	14	56,0	14	51,9	19	38,8		
	3000-5000 TL	4	16,0	7	25,9	13	26,5		
	5000 TL üstü	4	16,0	3	11,1	10	20,4		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.19. Fagerström Bağımlılık Skoru ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk durumu, eğitim durumu ile Fagerström Bağımlılık Skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların tütün bırakma motivasyonu ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.23’de görülmektedir.

Çizelge 4.23. Fagerström bağımlılık skoru ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		Fagerström Bağımlılık Skoru								X ²	P
		Çok düşük düzeyde bağımlılık		Düşük düzey bağımlılık		Orta düzey bağımlılık		Yüksek, çok yüksek düzeyde bağımlılık			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-35	7	21,9	11	50,0	6	40,0	12	40,0	5,570	0,473
	35-50	14	43,8	6	27,3	4	26,7	11	36,7		
	50 >	11	34,4	5	22,7	5	33,3	7	23,3		
Cinsiyet	Kadın	9	28,1	8	36,4	2	13,3	7	23,3	2,644	0,450
	Erkek	23	71,9	14	63,6	13	86,7	23	76,7		
Medeni durum	Evli	26	81,3	16	72,7	10	66,7	22	73,3	1,315	0,726
	Bekar, dul	6	18,8	6	27,3	5	33,3	8	26,7		
Çocuk durumu	Yok	4	12,5	7	31,8	5	33,3	10	33,3	4,642	0,200
	Var	28	87,5	15	68,2	10	66,7	20	66,7		
Eğitim durumu	İlkokul	10	31,3	5	22,7	6	40,0	5	16,7	5,988	0,741
	İlköğretim	3	9,4	2	9,1	1	6,7	5	16,7		
	Lise	8	25,0	7	31,8	5	33,3	12	40,0		
	Üniversite veya yüksekokul	11	34,4	8	36,4	3	20,0	8	26,7		
Aylık gelir	1500 TL altı	5	15,6	3	13,6	3	20,0	2	6,7	**	**
	1500-3000 TL	12	37,5	11	50,0	7	46,7	16	53,3		
	3000-5000 TL	11	34,4	4	18,2	2	13,3	6	20,0		
	5000 TL üstü	4	12,5	4	18,2	3	20,0	6	20,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

4.20. Tütün Kullanmayı Bırakma Süresi ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu ile tütün kullanmayı bırakma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Katılımcıların tütün kullanmayı bırakma süresi ile demografik değişkenlerin ilişkisi Çizelge 4.24’de görülmektedir.

Çizelge 4.24. Tütün kullanmayı bırakma süresi ile demografik değişkenlerin ilişkisi

		En son bırakmaya çalıştığınız dönemi düşünerek, tütün kullanmayı ne kadar süreyle bıraktınız?				X ²	p
		Yıl, ay		Gün, hafta			
		n	%	n	%		
Yaş	18-35	13	29,5	16	48,5	3,130	0,209
	35-50	14	31,8	9	27,3		
	50 >	17	38,6	8	24,2		
Cinsiyet	Kadın	15	34,1	6	18,2	1,671	0,196
	Erkek	29	65,9	27	81,8		
Eğitim durumu	İlkokul	12	27,3	7	21,2	1,833	0,608
	İlköğretim	5	11,4	6	18,2		
	Lise	16	36,4	9	27,3		
	Üniversite veya yüksek okul	11	25,0	11	33,3		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok,

**Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

5. TARTIŞMA

Tütün kullanımı, dünyada ve Türkiye’de en önemli önlenebilir hastalık ve ölüm nedeni olan bir halk sağlığı problemidir (1). Birçok çalışmada, sigarayı bırakmak isteyen bağımlı bireylerin profesyonel destek aldığında sigara bırakmada daha başarılı oldukları kanıtlanmıştır. Kişinin sigara bırakmaya hazır oluşu durumunun da yine sigarayı bırakma davranışının geliştirilmesinde önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada katılımcıların sigara içme oranları ve bırakmaya hazırlık düzeyleri belirlenmiş ve bunları etkileyen faktörler karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %28,3’ü 18-35 yaşında, %61,1’i erkek, %78,3’ü evli, %74,9’unun çocuğu vardır. Katılımcıların %34,9’u üniversite veya yüksekokul mezunu, %24,0’ü emekli, %40,1’i 1500-3000 TL aylık gelire sahiptir. Katılımcılardan %37,4’ü şimdiye kadar tütün içeren bir ürün kullanmamış, %28,9’u halen tütün kullanmakta, %33,7’si geçmişte kullanıp şuan kullanmamaktadır. İki bin on iki Türkiye KYTA’na göre 15 yaş üzerinde tütün kullanma oranı toplamda %27’dir (4). Türkiye’de yapılan küçük grupları kapsayan araştırmalarda sigara kullanım sıklığının %40,3’e kadar yükseldiği görülmektedir (128-133). Türkiye’de sigarayı deneyenlerin oranı %39,5 ile %70,9 arasında değişmektedir. Türkiye tütün kullanım sıklığı yüksek olan ülkelerden biridir. Çalışmamızda katılımcıların %62,6’sı hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanmıştır ve bu durumun Türkiye ortalaması ile benzer olduğu görülmektedir (130,134,135).

Çalışmada sigara kullanmayan katılımcılardan %83,5’i evinde tütün kullanılmadığını belirtmiştir. Ailede tütün kullanan bireylerin olması merak ya da rol model olma noktasında teşvik edici bir etmen olmaktadır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (128,130,133,136-142). Buna göre sigara kullanımını önleme programlarında merak ve rol model gibi konularda farkındalığın artırılması önerilebilir.

Araştırmada katılımcılardan %47,5’inin günlük 11-20 arası sigara içtiği görülmektedir. Türkiye’de ve Dünya genelinde yapılan birçok araştırmada da benzer sonuçların elde edildiği (143-146) ve günlük tüketilen sigara miktarının ortalama 10-20 arasında değiştiği belirlenmiştir (4,130,136,138,147,148).

Araştırmada katılımcılardan %55,0'inin 15-20 yaş aralığında tütüne başladığı görülmektedir. Kaya tarafından 2017'de yapılan bir başka çalışmada ise çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edilmiş ve sigaraya başlama yaşının 17-23 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (149). KYTA 2012 sonuçlarına göre tütüne başlama yaş ortalaması 17'dir (4). Bu sonuçlardan sigaranın verdiği zararlar ile ilgili farkındalık eğitimlerinin erken ergenlik döneminde başlatılmasının gerekli olduğu görülmektedir. Bu sayede birey kendisine ve etrafına vereceği zararların farkında olacağından, sigara kullanma oranının düşeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %61,0'inde sigara bırakmada sağlık sorununun etkili olduğu görülmektedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da sigara bırakmada en fazla sağlık sorunlarının etkili olduğu ve gelecekte sağlık ile ilgili endişeleri nedeniyle sigarayı bırakmak istedikleri görülmektedir (132,138,149-151). Sigaranın bırakılmasına yönelik yapılan çalışmalarda bu hususun daha çok vurgulanmasının sigarayı bırakmak isteyen bireylerde motivasyonu artıracığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu ve tütün kullananların çoğunluğunun erkek (%72,6) olduğu, katılımcıların medeni durumu ile tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu ve tütün kullananların çoğunluğunun evli (%82,2) olduğu, katılımcıların çocuk durumu ile tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu ve tütün kullananların çoğunluğunun çocuk sahibi (%80,8) olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak literatürde de erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara içme oranına sahip olduğu görülmektedir (136,138,141-143,148,149).

Bu çalışmada katılımcıların aylık geliri, eğitim durumu ile tütün kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Sigara içme oranının (%42,9) en fazla gelir düzeyi 1500-3000 TL aralığında olan katılımcılarda olduğu görülmektedir. Literatürde çalışmamızı destekleyen araştırmalar mevcutken (141,143,149), gelir düzeyi yüksek olanların sigara içme oranının da daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (128,152).

Bu çalışmada sigara içen bireylerin sadece %22,8 'sinin önümüzdeki bir ay içerisinde sigarayı bırakmayı planladığı saptanmıştır. Geriye kalan %68,4 lük bölüm ise ya sigarayı bırakmayı düşünmemekte ya da gelecek 12 ay içerisinde bırakmayı

planlamamaktadır. Karadağlı ve Nahcivan (2012) tarafından yapılan çalışmada da çalışmamıza paralel sonuçlar elde edildiği görülmektedir (153). Türkiye’de tütün kontrolü ile ilgili düzenlenen ulusal raporda sigarayı bırakmak için hazırlık yapanların oranının %10 olduğu belirtilmiştir (4). Bu konuda Türkiye’nin birçok ilinde yapılan çalışmalarda ise bu oranın, Malatya’da %29,2; Konya’da %20,3-%43,3 arasında; Isparta’da %11,7; Sivas’ta ise %12,8 olduğu belirtilmiştir (154-159). Yurt dışında yürütülen araştırmalara bakıldığında bu oranın Almanya’da %31, Kore’de %23, İngiltere’de %17,5 ve Amerika’da %12,5-%29 arasında olduğu görülmektedir (160-163).

Sigara bırakma hazırlık oranlarında ortaya çıkan farklılıkların; örneklem gruplarının farklı olması, ölçüm araçlarının farklı kullanılması, araştırma verilerinin farklı dönemlerde toplanmış olması ve ülkelerin bu dönemlere ait tütün kontrol uygulamalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Fakat çalışmamızda sigara bırakma hazırlık oranının düşük olması, katılımcıların sigara bırakma konusunda motive edilmeye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda bireyin sigarayı bırakmaya hazır oluşlarında yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, günlük tüketilen sigara adeti, nikotin bağımlılık seviyesi gibi birçok etkenin rol oynadığı ileri sürülmektedir (157,164-166,168). Bu çalışmada da yurtiçi ve yurt dışında yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiş (155,157,160,166,167-168); tütünü bırakmayı deneme durumu arasında cinsiyet-yaş (167,168) ve eğitim durumuna (157,168) göre istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak, bazı çalışmalarda tütünü bırakmayı deneme durumu arasında yaş (157,164,166) ve eğitim düzeyine göre (164,166) anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcılardan sigara içenlerin %32,3’ünün çok düşük düzeyde bağımlı olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan %47,5’i günlük 11-20 tane sigara içmekte, %30,7’si sabah kalktığında ilk 5 dakika içerisinde sigara yaktığını belirtmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de sigara tüketen 4-5 kişiden birinin yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu bildirilmektedir (4). Bu çalışmada nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerde nikotin bağımlılığı düşük olan bireylere göre sigara bırakmaya hazır oluş oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer sonuçların görüldüğü başka çalışmalar dışında

(155,160,168,169), aksi sonuçların bulunduğu çalışmaların da olduğu görülmektedir (153).

Çalışmamızda sigara kullanan ve sigarayı bırakmış olan katılımcıların %26,1'i başvurdukları sağlık personelinin tütün kullanımını sorgulamadığını belirtmiştir. Değişik ülkelerden bildirilen çalışmalarda hekimlerin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını %50-%90 civarında oranla sorguladıkları görülmektedir (170-174). KYTA'na göre Türkiye'de sağlık kuruluşlarına başvuranlar arasında sigara içenlerin yarısından biraz fazlasına (%51,4) sağlık personeli tarafından sigara içme durumu sorulmuştur (4). Üçer H ve ark.'nın yaptığı bir çalışmaya göre aile hekimlerinin sadece %53,7'si hastalarının sigara içme durumunu sorgulamaktadır (175). Sigara içenler herhangi bir yardım almadan da sigarayı bırakabilirler, ancak kısa görüşmelerle bile sigara bırakma oranlarının arttığı düşünülürse aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının sigara bırakma danışmanlığı verebilmesi çok önemlidir.

Çalışmamızda sigarayı bırakmış olan katılımcıların %95,8'i sigarayı yardım almadan bırakmış, sadece %4,2'si farmakoterapi ve diğer yöntemleri kullanmıştır. Sigara içenlerin %40,3'ü son bir yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denemiştir. KYTA'na göre sigara içen 4 kişiden üçü (%73,4) geçen 12 ay içinde herhangi bir yardım almaksızın sigarayı bırakmayı denemiş, sigara içenlerin ise yaklaşık yarısı (%46,0) son 12 ay içinde sigara bırakma girişiminde bulunmuştur (4). Etkili sigara bırakma yöntemi (farmakoterapi danışmanlık/tavsiye) kullanımı ile sigara bırakma oranlarının arttığı düşünülürse sağlık çalışanlarına bu konuda önemli görevler düştüğü görülmektedir.

Çalışmada hiç tütün kullanımı olmayan ve bir yıldan uzun süredir tütün kullanmayan katılımcıların %14,3'ü pasif içiciliğin yetişkinlerde kalp hastalığına, %19,1'i düşük doğum ağırlığına yol açtığını bilmemektedir. KYTA'na göre bu oranlar benzerdir (4). Gebelerde sigara dumanından pasif etkilenimin yol açacağı sorunlar ve sigara dumanından pasif etkilenim konusunda toplumun bilgi düzeyleri artırılması yararlı olabilir. Evde, arabada, diğer kapalı kamu alanlarında sigara içmeyen bireylerin yasaklarla korunması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu tez çalışması Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 yaş üstü 350 kişilik bir grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Tüm kategorik değişkenlerin ve likertli soruların frekans (f) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Çalışmada test tekniklerinden Kikare testi kullanılmıştır. Kikare testi; iki kategorik değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kullanılan test tekniğidir.

Çalışmada sonucunda elde edilen veriler şu şekildedir;

- Çalışmaya katılan bireylerin %53'ünün sigarayı yüksek düzeyde bırakmak istediği tespit edilmiştir. Bu aşamada sigarayı bırakmak isteyen bireylerin sayıca daha da arttırılması ve bu kişilerin harekete geçmesi için motivasyonlarının arttırılması gerekmektedir. Aile hekimleri sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olurken bırakmayı düşünmeyenlere de sigarayı bırakmalarının sağlıkları açısından ne kadar önemli olduğu net mesajlarla belirtilmelidir.
- Çalışmada tütün kullanımının yaşa, cinsiyete, medeni duruma ve çocuk sahibi olmaya göre değiştiği tespit edilmiştir. Tütün kullananların büyük oranda 50-65 yaşında, erkek, evli ve çocuk sahibi olduğu görülmektedir.
- Şu anda tütün kullanma durumu yaşa, medeni duruma ve çocuk sahibi olmaya göre değişmektedir. Halen tütün kullananların çoğunluğu 18-35 yaşında, evli ve çocuk sahibidir.
- Toplamda tütün kullanma süresi yaşa göre değişmektedir ve 0-6 yıldır tütün kullananların çoğunluğu 18-35 yaşındadır.
- Tütüne aylık harcanan para, yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. Tütüne 400 TL ve üstü para harcayanların çoğunluğu 18-35 yaşında ve erkektir.
- Tütün parasının bütçeyi zorlama durumu günde içilen sigara miktarına göre değişmektedir. Tütün parasının bütçesini zorladığını belirtenlerin çoğunluğu günde 11-20 adet sigara içmektedir.
- Tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu Fagerström Bağımlılık skoruna ve günde içilen sigara miktarına göre değişmektedir. Tütün bağımlısı

olduğunu düşünenlerin çoğunluğu yüksek düzeyde bağımlı ve günde 11-20 sigara içenlerdir.

- Günde içilen sigara miktarı cinsiyete ve Fagerström Bağımlılık skoruna göre değişmektedir. Günde 20 taneden fazla sigara içenlerin çoğunluğu erkek ve yüksek düzeyde bağımlıdır.

Sigara bağımlılığı, toplumun sağlığını tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ bu ciddi sorunu önlemek için 6 temel strateji içeren MPOWER raporunu yayınlamaya önderlik ederken, tütün ile mücadele için neler yapılması gerektiğinin yol haritasını vermiştir. DSÖ'nün 2013 yılında yayınladığı rapora göre tütün kontrolü planını uygulayan ilk ülke olarak ülkemiz örnek gösterilmiştir. Ancak tütün kullanım oranları hala yüksektir. Sigara içmenin zararları ve sigara içenlerin bırakmaları yönünde desteklenmesi konularında daha fazla çaba gösterilmelidir.

Çalışmamıza göre sigara içenlerin yarısından fazlası (%53,0) bırakma isteğinin yüksek, %48,5'i bırakma motivasyonunun yüksek olduğunu belirtmiştir. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların %95,8'i sigarayı yardım almadan bırakmış, sadece %4,2'si farmakoterapi ve diğer yöntemleri kullanmıştır. Sigaranın bırakılması konusunda aile hekimlerinin önemli yeri vardır. Aile hekimleri hastalarla her görüşmede sigara kullanım durumunu sormalı ve sigara içenlere, özellikle sağlık sorunu olanlara ve gebelere bırakmaları önermeli, etkin sigara bırakma yöntemleri konusunda (farmakoterapi, danışmanlık/tavsiye) bilgilendirme yapmalıdır.

Sigara bağımlılığının erken yaşlarda başlaması ergenlerin sigara bağımlılığı hususunda önemli bir risk grubu olduğunu göstermektedir. Bu sebeple en az sigarayı bırakma konusunda sağlanan başarılar kadar, sigaranın hiç denenmemesini sağlamak da üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline gelmektedir. Sigara kullanımına küçük yaşlarda engel olunması, ileriki dönemlerde sigara kullanımının azalmasında önem arz etmektedir. Bilhassa ergenler arasında sigaranın gün geçtikçe daha yaygın bir hal alması, ergen bireylere özgü farklı tedavilerin geliştirilmesi ve uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu aşamada yeni metotlar ile beraber koruyucu önlemlerin alınması da büyük önem taşımaktadır. Koruyucu önlemlerin, risk grupları göz önünde bulundurularak bireye özgü yöntemler geliştirilecek şekilde uygulanması gerekmektedir.

Toplumda sigara içen kişiler, ergenlik döneminde bulunan bireylerin sigara alışkanlığı edinmesine neden olabilmektedir. Bu sebeple toplum içerisinde sigara kullananlara yönelik bazı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bunların başında sigaranın insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri ile alakalı toplumun bilinçlendirilmesi gelmektedir. Aynı şekilde, çocuk yaştaki bireylerin ve ergenlerin yanında sigara kullanılmaması gerektiği de topluma benimsetilmesi gereken önemli bir diğer konudur. Aksi takdirde bu durum hem sağlık açısından olumsuz sonuçlanabilmekte hem de sigara içme davranışı kazanmalarına sebep olmaktadır.

Ev içerisinde anne ve babanın sigara kullanması da gençlerin sigara kullanma alışkanlığı edinmesinde önemli bir etkidir. Bu nedenle evde sigara içilmemesi, gençlerin sigara kullanma oranını düşürmede etkili olmaktadır. Ailelerin, sigara konusunda bilinçlendirilmesi, gençlerin sigara tüketimi konusunda oldukça önemlidir.

Sigara kullanan katılımcıların %47,5'i sigaraya aylık 200-400 TL harcamaktadır. Gelir düzeyi 1500-3000 TL aralığında olan katılımcılarda sigara içme oranının en fazla (%42,9) olduğu görülmektedir. Sigara kullanımının azaltılması konusunda sadece hekimlere değil devlete de önemli görevler düşmektedir. Tütün fiyatı ve vergilerinin artırılması, yasa dışı ticaretin önlenmesi, gençlere sigara satış yasağı konulmalı, sigara paketleri üzerine daha etkili sağlık uyarıları basılması ve medya kampanyaları düzenlenmesi yararlı olmaktadır.

Sonuç olarak; sigara başlanması kolay ancak bırakılması zor olan kronik bir hastalıktır. Sigara ile savaşta en etkin yöntem başlanmasına engel olmaktır. Fakat bu bağımlılığı taşıyanlara sağlanacak tıbbi yardım da çok değerlidir. Mümkün olabilecek her koşulda sigara ile mücadele etmek gerekmektedir ve hastaların doktorla en çok karşılaştığı yer olan birinci basamak bu mücadelede en kritik yerlerinden biridir.

7. ÖZET

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık Düzeyleri

Amaç: Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş üstü bireylerde sigara içme ve bağımlılık durumlarını, sigara bırakma konusunda düşüncelerini, sigara bırakmaya hazırlık düzeylerini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Araştırmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin erişebildiği, 18 yaş ve üzerinde, araştırmaya katılmayı kabul eden 350 hasta dahil edilmiştir. Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü bireylerde sigara içme oranları ve bırakmaya hazırlık düzeyleri anketi kullanılmış, anket 2012 yılında Türkiye'de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması anketinden uyarlanarak hazırlanmıştır. Anket yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulmuştur ve halen sigara kullanan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre bağımlılık düzeyleri belirlenmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizlerde ortalama ve standart sapma, kategorik verilerin analizi için ise Ki-kare testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 214'ü (%61,1) erkek, 136'sı (%38,9) kadın olmak üzere toplam 350 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların 131'i (%37,4) hayatı boyunca hiç tütün ürünü kullanmadığını, 95 kişi (%27,2) halen her gün tütün kullandığını, 6 kişi (%1,7) halen ara sıra tütün kullandığını, 118 kişi (%33,7) geçmişte kullanıp bıraktığını belirtmiştir. İçilen sigara sayısına göre incelendiğinde şu anda tütün kullanan 101 katılımcı arasında 32 kişi (%31,7) günde 10 adetten daha az, 48 kişi (%47,5) 11-20 adet, 6 kişi (%5,9) 21-30 adet, 15 kişi (%14,9) 31 adet ve daha fazla sigara kullanmaktadır. Şu anda tütün kullanan katılımcıların %53,2'si ($n=116$) 15-20 yaşları arasında tütüne başlamıştır. Katılımcıların tamamının her gün kullandıkları tütün ürünü sigara olup, bu kişilerin %84,2'si toplamda 7 yıl ve daha

fazla süre tütün kullanmıştır. Sigara içen katılımcılardan %66,3'ü tütün bağımlısı olduğunu belirtmiş, %32,3'ü Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi puanlamasına göre çok düşük düzeyde bağımlıdır. Katılımcıların %53,0'ü bırakma isteğinin yüksek, %48,5'i bırakma motivasyonunun yüksek olduğunu belirtmiştir. Sigarayı bırakan katılımcılardan %95,8'i yardım almadan bıraktığını, %61,0'i bırakmasında sağlık sorununun etkili olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların sigara içme oranları ve bırakmaya hazırlık düzeyleri belirlenmiş ve bunları etkileyen faktörler karşılaştırılmıştır. Sigara bağımlılığı, toplumun sağlığını tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ bu ciddi sorunu önlemek için 6 temel strateji içeren MPOWER raporunu yayınlayarak ülkelere tütün ile mücadele için neler yapılması gerektiğinin yol haritasını vermiştir. DSÖ'nün 2013 yılında yayınladığı rapora göre tütün kontrolü planını uygulayan ilk ülke olarak ülkemiz örnek gösterilmiştir. Ancak ülkemizde tütün kullanım oranları hala yüksektir. Sigara içmenin zararları ve sigara içenlerin bırakmaları yönünde desteklenmesi konularında daha fazla çaba gösterilmelidir. Sigaranın bırakılması konusunda aile hekimlerinin önemli yeri vardır. Aile hekimleri hastalarla her görüşmede sigara kullanım durumunu sormalı ve sigara içenlere, özellikle sağlık sorunu olanlara ve gebelere bırakmaları önermeli, etkin sigara bırakma yöntemleri konusunda (farmakoterapi, danışmanlık/tavsiye) bilgilendirme yapmalıdır. Sigara bağımlılığının erken yaşlarda başlaması ergenlerin sigara bağımlılığı hususunda önemli bir risk grubu olduğunu göstermektedir. Bu sebeple en az sigarayı bırakma konusunda sağlanan başarılar kadar, sigaranın hiç denenmemesini sağlamak da üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bağımlılığı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara Bırakma

8. ABSTRACT

Smoking Rates and The Level Of Readiness To Quit in Individuals Over 18 Years Old Admitted To The Akdeniz University Hospital Family Medicine Outpatient Clinic

Objective: In this study, we aimed to determine smoking and tobacco addiction status, thoughts about smoking cessation and levels of readiness to quit in patients over 18 years of age.

Method: The study included 350 patients, aged 18 years and over, who agreed to participate and were accessible to the research assistants of Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine. It is a cross-sectional and descriptive study. In this study, smoking rates and the levels of readiness to quit questionnaire were used in the patients aged 18 and over who applied to Akdeniz University Faculty of Medicine Family Medicine Outpatient Clinic and the questionnaire adapted from the Global Adult Tobacco Survey conducted in Turkey in 2012. The questionnaire was filled with face to face interview technique and dependency levels of participants were determined according to Fagerstrom Nicotine Addiction Test. Data were analyzed using the IBM SPSS Statistics 22 program. In the evaluation of the data, mean and standard deviation were used for descriptive analysis and Chi-square test was used for categorical data analysis. $P < 0.05$ was considered significant.

Result: A total of 350 participants, 214 (61.1%) male and 136 (38.9%) female, participated in the study. 131 (37,4%) of the participants stated that they had never used tobacco products in their lives, 95 (27,2%) were still using tobacco every day, 6 people (1.7%) were still using tobacco occasionally, 118 (33,7) stated that they had used it in the past. According to the number of cigarettes smoked currently, 32 people (31.7%) out of 101 currently using tobacco, used less than 10 cigarettes per day, 48 people used (47.5%) 11-20 pieces, 6 people (5.9%) used 21-30 pieces and 15 people (14.9%) used 31 cigarettes and more. Fifty three point two percent ($n = 116$) of the participants who are currently using tobacco started tobacco between 15-20 years of age. All of the daily tobacco users used cigarette as a tobacco product and 84.2% of

them used tobacco for a total of 7 years or more. Sixty six point three percent of the smokers stated that they were addicted to tobacco and 32.3% were very low dependent according to the Fagerstrom Nicotine Addiction Test score. Fifty three percent of the participants stated that their desire to quit is high and 48.5% have high motivation to quit. Ninety five point eight percent of the participants who quit smoking stated that they quit without help and 61.0% of them stated that health problems were effective when quitting.

Conclusion: In this study, the smoking rates of the participants and the levels of readiness to quit were determined and the factors affecting them were compared. Smoking is an important public health problem that threatens the health of society. In order to prevent this serious problem, WHO published the MPOWER report, which contains six key strategies, and gave countries the road map of what should be done to combat tobacco. According to WHO's 2013 report, Turkey is the first country to implement the tobacco control plan. However, tobacco use rates are still high in our country. More efforts should be made to support smokers to quit and about the harms of smoking topic. Family physicians have an important role in smoking cessation. Family physicians should ask the patients about their smoking status in every visit and advise smokers to quit, especially those with health problems and pregnant women and inform about effective smoking cessation methods (pharmacotherapy, counseling / advice). Starting smoking at an early age shows that adolescents are an important risk group for smoking dependence. For this reason, at least as much as the success achieved in smoking cessation, smoking is never to be tried should become a topic to be emphasized.

Key Words: Tobacco Dependence, Fagerström Nicotine Dependence Test, Quitting Smoking

9. KAYNAKLAR

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Erişim: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html> Erişim tarihi: 21.04.2017
2. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic: Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies, Geneva, 2017 Erişim: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1> Erişim tarihi:05.10.2017
3. WHO, Global Health Observatory Data Second-Hand Smoke, Erişim: http://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/ Erişim Tarihi: 06.10.2017
4. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No 948, Ankara 2014. Erişim tarihi: 06.10.2017
5. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, Tütün Mamlleri Piyasası Düzenlemeleri, Tütün Mamlleri İstatistikleri. Erişim: <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx> Erişim tarihi: 21.04.2017.
6. Factors That Influence Tobacco Use, Ed: Bondurant S, Wedge R, Combating Tobacco Use in Military and Veteran Populations, Institute of Medicine (US) Committee on Smoking Cessation in Military and Veteran Populations; Washington (DC): National Academies Press (US); 2009, ss: 79-114
7. Can G, Cakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Capkin E, The prevalence of cigarette smoking in the Eastern Black Sea Region, Tuberk Toraks, NCBI 2007;55(2):141-7.
8. U.S. Department of Health and Human Services.The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: 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
9. WHO, Tobacco, Key Facts, Erişim: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> Erişim Tarihi: 11.04.2018
10. CDC, Fast Facts and Fact Sheets, Tobacco-Related Mortality, Erişim: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/index.htm Erişim Tarihi: 11.04.2018
11. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. BMJ 1994;309:910-1.
12. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000 Lancet 2003; 362: 847-852
13. American Cancer Society, Health Risks of Smoking Tobacco, Erişim: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/health-risks-of-smoking-tobacco.html#references> Erişim Tarihi: 10.04.2018
14. Yang J, Hammond D, Driezen P, et al Health knowledge and perception of risks among Chinese smokers and non-smokers: findings from the Wave 1 ITC China Survey Tobacco Control 2010;19:i18-i23.
15. World Health Organization 2005. The role of health professionals in tobacco control. Erişim:

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf
Erişim tarihi. 20.05.2017

16. Schwartz JL: Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am*, 1992; 76:451-76.
17. Eckert T, Junker C. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play. *Swiss Med Wkly*, 2001;131:521-26
18. Joshi V, Suchin V, Lim J, Smoking Cessation: Barriers, Motivators and the Role of Physicians — A Survey of Physicians and Patients. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2010;10(2): 145-154
19. Larzelere MM, Williams DE. Promoting Smoking Cessation. *Am Fam Physician*. 2012;85(6):591-598
20. Korhonen T, Uutela A, Korhonen HJ, Urjanheimo E-L, Puska P, Smoking cessation advice from health professionals: process evaluation of a community-based program, *Patient Education and Counseling*, 1999;36(1):13–21.
21. Demir C, şimşek Z, Hekimlerin Sigara Bıraktırma Davranışları ve İlişkili Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013;12(5), s:501-510.
22. Verbiest M, Brakema E, van der Kleij R, Sheals K et al. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *Primary Care Respiratory Medicine* 2017; 2:1-11
23. Marakoğlu K, Erdem D. Konya’da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2007;29(1):47-55
24. Deveci SE, Güler H, Deveci F, Açık Y, Muz MH. Elazığ Emniyet Teşkilatı Personelinin Sigara İçme Davranışları, Bağımlılık Düzeyleri ve Sigara-Sağlık İlişkisine Yaklaşımları. *Solunum Hastalıkları* 2005; 16: 12-17
25. Akan H, Hayran O, Özcan M, Acar U. Üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığı: kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hek Der* 2010;14(2):71-76.
26. Seydioğulları M, Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları, *Tütün ve Tütün Kontrolü*, Ed. Aytemur ZA, Akçay ř, Elbek O., Türk Toraks Derneği Yayınları, 2010
27. Musk AW, de Klerk NH, History of tobacco and health, *Respirology*. 2003 Sep;8(3):286-90.
28. Encyclopedia Britannica, Jean Nicot, Rogers K., 2010 Erişim: <https://www.britannica.com/biography/Jean-Nicot> Erişim Tarihi: 10.04.2018
29. Tütün Ekspertleri Derneği, Tütün Bilgisi, Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Erişim: <http://www.tutunekper.org.tr/tutun-bilgisi/turkiyede-tutun/turkiyede-tutunun-tarihcesi> Erişim Tarihi: 11.04.2018
30. Barış İY. Tütün Kullanımının Tarihçesi, Türk Toraks Derneği, Erişim: http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARİHcESi-I_Barış.pdf Erişim Tarihi: 10.04.2018
31. Rodgman A, Perfetti TA, The Chemical Components Of Tobacco And Tobacco Smoke, ABD, CRC Yayınları, 2008
32. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Volume 83, World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2004.
33. Fowles J, Bates M, Noiton D, The Chemical Constituents in Cigarettes and Cigarette Smoke: Priorities for Harm Reduction, Epidemiology and Toxicology Group A Report

- to the New Zealand Ministry of Health, ESR: Kenepuru Science Centre, Yeni Zalenda, 2000
34. NTP (National Toxicology Program). 2016. Report on Carcinogens, Fourteenth Edition; Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
 35. Behr, J.; Nowak, D. Tobacco smoke and respiratory disease. *Eur. Respir. Mon.* 2002, 21, 161–179
 36. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, 2010. Erişim: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/Bookshelf_NBK53017.pdf Erişim Tarihi:10.04.2018
 37. Blakely T, Bates M. Nicotine and tar in cigarette tobacco: A literature review to inform policy development, Report to the New Zealand Ministry of Health by the Institute of Environmental Science and Research, 1997
 38. WHO, Gender, Women, and the Tobacco Epidemic: 7. Addiction to Nicotine, Philippines, 2010 Erişim: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_addiction_nicotine.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 10.04.2018
 39. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. Nicotine Chemistry, Metabolism, Kinetics and Biomarkers. *Handbook of experimental pharmacology*. 2009;192:29-60,
 40. World Health Organization, Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva, Switzerland, 1998 Erişim: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42049/9241545089-eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y> Erişim Tarihi: 12.04.2018
 41. American Cancer Society and Vital Strategies. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. The Tobacco Atlas. 6th edition, Atlanta:2018, Erişim: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf Erişim Tarihi:20.04.2018
 42. Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442
 43. GBD 2015 Tobacco Collaborators, Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet*, 2017; 389:1885–1906
 44. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, Luxembourg, 2013 Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789241505871_eng.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi:20.04.2018
 45. Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B., Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2012;10(2):93-115
 46. Centers for Disease Control and Prevention. Vital Signs: Disparities in Nonsmokers’ Exposure to Secondhand Smoke—United States, 1999–2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2015;64(4):103–8

47. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Islami F, Drope J, The Tobacco Atlas, 5th Edition, American Cancer Society, Atlanta, 2015 Erişim: http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf Erişim Tarihi:15.04.2018
48. World No Tobacco Day 2017. Tobacco Threatens Us All: Protect Health, Reduce Poverty and Promote Development. Geneva: World Health Organization; 2017 Erişim: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255561/WHO-NMH-PND-17.2-eng.pdf;jsessionid=1AEAE8138D125C5B8D2657F5B0CD018A?sequence=1> Erişim tarihi:15.04.2018
49. Novotny TE, Bialous SA, Burt L, Curtis C, Luiza da Costa V, et al. The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. Bulletin of the World Health Organization, 2015; 93(12):877–80.
50. Bunn WB, Stave GM, Downs KE, Alvir JM, Dirani R. Effect of smoking status on productivity loss, J Occup Environ Med. 2006;48(10):1099-108.
51. Wright S, Rowe D, Reid M, Thomas K, Galloway T. Bioaccumulation and biological effects of cigarette litter in marine worms. Scientific Reports, 5, 2015
52. Leistikow BN, Martin DC, Milano CE. Fire Injuries, Disasters, and Costs from Cigarettes and Cigarette Lights: A Global Overview, Preventive Medicine, California, 2000
53. Eriksen MP, Nyman AL, Whitney CF, Global Tobacco Use and Cancer: Findings and Solutions From The Tobacco Atlas, Cancer Control, 2014
54. World Health Organization, Tobacco and poverty: A vicious circle, Geneva, 2004 Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/116428/EMRPUB_2004_EN_773.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi: 15.04.2018
55. Britton J. Death, disease, and tobacco, The Lancet, 2017; 389:1861-1862
56. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: 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:15.04.2018
57. Behr J, Nowak D, Tobacco smoke and respiratory disease, European Respiratory Monograph, 2002, 21
58. McCusker K. Mechanisms of respiratory tissue injury from cigarette smoking. Am J Med 1992; 93(1A): 18-21
59. Khan S, Fell P, James P. Smoking-related chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Diversity and Equality in Health and Care 2014;11:267–71
60. WHO, COPD: Key Facts, Erişim: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) Erişim tarihi:5.06.2018
61. Sicras-Mainar A., Rejas-Gutiérrez J., Navarro-Artieda R., Ibáñez-Nolla J., The effect of quitting smoking on costs and healthcare utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a comparison of current smokers versus ex-smokers in routine clinical practice., Lung., 2014 Aug;192(4):505-18.

62. Targowski T, Jahnz-Rózyk K, From S, Plusa T, Relationship between disease severity, smoking index age and direct costs of hospital treatment of COPD exacerbations, *Pneumonol Alergol Pol.* 2005;73(1):32-5.
63. Murin S, Bilello KS, Matthay R, Other Smoking-Affected Pulmonary Diseases, *Clinics in Chest Medicine*, C:21, S:1(2000), s:121-137
64. Thomson NC, Chaudhuri R, Livingston E, Asthma and cigarette smoking, *European Respiratory Journal* 2004 24: 822-833
65. World Health Organization, Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva 2011. Erişim: <http://www.who.int/iris/handle/10665/44701> Erişim Tarihi: 7.05.2018
66. Hajar R. Framingham Contribution to Cardiovascular Disease, *Heart Views.* 2016; 17(2): 78–81.
67. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364:937.
68. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet.* 2006; 368; 647-658.
69. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ* 2018; 360:j5855.
70. U.S. Department of Health and Human Services, The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A Report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General, Office of Smoking and Health, Atlanta, GA. 1983, p. 388
71. Rigotti N.A., Clair C., Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor, *European Heart Journal*, 2013;34(42):3259–3267
72. Benowitz NL. Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment, *Prog Cardiovasc Dis*, 2003;46: 91-111
73. Burke A, Fitzgerald GA. Oxidative stress and smoking-induced vascular injury, *Prog Cardiovasc Dis*, 2003 ;46:79-90
74. Kannel WB, D'Agostino RB, Belanger AJ. Fibrinogen, cigarette smoking, and risk of cardiovascular disease: insights from the Framingham Study, *Am Heart J*, 1987; 113: 1006-1010
75. Salahuddin S, Prabhakaran D, Roy A. Pathophysiological mechanisms of tobacco-related CVD. *Global Heart.* 2012;7(2):113–119.
76. National Cancer Policy Forum; Board on Health Care Services; Institute of Medicine. Reducing Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013 Apr 16. Tobacco Use And Cancer
77. Taioli E. Gene-environment interaction in tobacco-related cancers. *Carcinogenesis* 2008; 29:1467-74.
78. Hecht SS. Tobacco Smoke Carcinogens and Lung Cancer, *Journal of the National Cancer Institute*, 1999; 91(14):1194–1210

79. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*. 2001;24:277–322
80. Laws PJ, Grayson N, Sullivan EA. Smoking and pregnancy. Sydney: Australian Institute of Health and Welfare National Perinatal Statistics Unit, 2006. (AIHW Cat. No. PER 33.)
81. Rakel RE, Houston T. Nicotine Addiction. *Textbook of Family Medicine*; Rakel, RE, Rakel DP, Ed. Elsevier Health Sciences: Philadelphia, PA, USA, 2011; pp. 1526–1527.
82. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
83. National Research Council (US) Committee on Passive Smoking. Environmental Tobacco Smoke: Measuring Exposures and Assessing Health Effects. Washington (DC): National Academies Press (US); 1986. 2, The Physicochemical Nature of Sidestream Smoke Environmental Tobacco Smoke.
84. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tob Control* 2005; 14:396-404.
85. Okoli CTC, Kelly T, Hahn EJ. Secondhand smoke and nicotine exposure: a brief review. *Addict Behav* 2007; 32: 1977-88.
86. WHO, Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations, Geneva, 2007 Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43677/9789241563413_eng.pdf;jsessionid=C245FD276E1CA817BDC8E63149936D94?sequence=1 Erişim Tarihi: 07.05.2018
87. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004; 45 (Suppl 2): S3-9
88. Farber H.J, Groner J, Walley S, Nelson K. Protecting Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke, American Academy of Pediatrics, 2015, S:136(5), s:1439-1467
89. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, Geneva, 1992
90. Foulds J, Schmelzer AC, Steinberg MB, Treating tobacco dependence as a chronic illness and a key modifiable predictor of disease, *The International Journal Of Clinical Practice*, S:64(2), 2009, s:142-146
91. Fiore MC. Tobacco Use and Dependence: An Updated Review of Treatments. www.medscape.com/viewarticle/583425. Release date:Dec 8 2008.
92. Tibbi Farmakoloji, SO Kayaalp (ed.), 2. cilt, 13. baskı, Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2012
93. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus accumbens. *Nicotine Tob Res* 2004;6(6):899-912.
94. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000;2(1):19-37

95. Benowitz NL, Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment, *Am J Med.* 2008;121(4 Suppl 1):S3-10.
96. McLaughlin I. Nicotine withdrawal. *Curr Top Behav Neurosci.* 2015;24:99–123.
97. Di Chiara G. Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *Eur J Pharmacol* 2000;393(1-3):295-314.
98. Rose JE, Levin ED. Inter-relationships between conditioned and primary reinforcement in the maintenance of cigarette smoking. *Br. J. Add.* 1991;86:605-9
99. Hughes J.R. Nicotine-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Baltimore: Williams&Wilkins, 2000:1033-8.
100. Sağlam L. Nikotin Bağımlılığının Klinik Değerlendirilmesi, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2017; 4 (1): 78-89
101. Piper ME, McCarthy DE, Baker TB., Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection., *Nicotine Tob Res.* 2006;8(3):339-51.
102. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction.* 1991;86(9):1119–1127
103. Kozlowski LT, Porterc CQ, Orleansd CT, Popeb MA, Heathertone T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug and Alcohol Dependence* 1994; 34 (3): 211–216.
104. Payne JP, Smith PO, McCracken LM, et al. Assessing nicotine dependence: a comparison of the Fagerström tolerance questionnaire (FTQ) with the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav* 1994; 19:307-17
105. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5, Fifth Edition.* Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
106. Sato N, Sato T, Nozawa A, Sugimura H (2012) Assessment Scales for Nicotine Addiction. *J Addict Res Ther* S1:008.
107. Greenhalgh EM, Stillman S, Ford C. Theories about smoking and quitting. In Scollo, MM and Winstanley, MH [editors]. *Tobacco in Australia: Facts and issues.* Melbourne: Cancer Council Victoria; 2016.
108. Aytemur ZA. Sigara Bırakma Süreci. *Türk Toraks Derneği Okulu 11. Yıllık Kongre Kurs Notları.* 23 Nisan 2008, Antalya; 2008. p.401-8.
109. Prochaska JO, DiClemente CC, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1982; 19:276-88.
110. Prochaska JO, Velicer WF, Prochaska JM, et al. Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. *Addict Behav* 2004; 29:207-13
111. Okuyemi KS, Nollen NL, Ahluwalia JS. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician.* 2006 ;74(2):262-71.
112. WHO, Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care, Geneva, 2014 Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf?sequence=1 Erişim Tarihi:10.05.2018
113. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.* Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 May. 3, Clinical Interventions for Tobacco Use and Dependence.

114. Oostveen R, van der Galiën OP, Smeets HM, Hollinga AP, Bosmans JE, Effectiveness of pharmacotherapy in behavioural therapeutic smoking cessation programmes. *Eur J Public Health*. 2015;25(2):204-9.
115. Go'mez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, Dodd S. Current and emerging pharmacotherapies for cessation of tobacco smoking. *Pharmacotherapy* 2018; 38:235–258.
116. The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *American journal of preventive medicine*. 2008;35(2):158-176.
117. Sealock T, Sharma S. Smoking Cessation. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018
118. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
119. FDA, <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm>, Erişim tarihi:8.07.2018
120. Hasmeena K, Frank L, Enid N, Treatment of tobacco dependence: current state of the art, *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 24(4):327-334, 2018.
121. Richmond R, Zwar N: Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol* 2003;22(2):203-20
122. Hays TJ, Ebbert JO. Bupropion sustained release for treatment of tobacco dependence. *Mayo Clinic Proc*. 2003;78:1020–1024.
123. Frishman WH, Mitta W, Kupersmith A, Ky T., Nicotine and non-nicotine smoking cessation pharmacotherapies, *Cardiol Rev*. 2006 Mar-Apr;14(2):57-73.
124. Fagerström K, Hughes J. Varenicline in the treatment of tobacco dependence. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008;4(2):353-363.
125. Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG, et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem*. 2005;48(10):3474–3477.
126. Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med*. 2006;166(15):1571–1577.
127. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 5: No: CD006103.
128. apık C, Cingil D, Hemşirelik Öğrencilerinde Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2013;3(2), 55-61.
129. Hassoy H, Ergin I, Davas A, Durusoy R, Karababa AO. Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara, Nargile, Sarma Tütün Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ev Öğrencilerin Sigara, Nargile, Sarma Tütüne Bağlama ve Sürdürme Konusundaki Görüşleri. *Solunum Dergisi*, 2011;13(2), 91-99.
130. Karadağ G, Lafçı G, Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015;3(1), 1-15

131. Pınar ŞE, Cesur B, Bozboğa ZB, Sezer RE. Sivas'ta Ebelik Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve İlişkili Faktörler, Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2011; 33(1), 10-16
132. Türker T, Koçak N, Aydın Ğ, İstanbulluoğlu H, Açıkeli CH, Kır T, Kılıç S, Seçilmiş Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Sigara İçme Yaygınlığı ve Sigarayı Bırakmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 2013; 5: 207-213
133. Baykan Z, Naçar M, Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Kullanımı ve Tütün Kanununa İlişkin Görüşleri, Dicle Tıp Dergisi, 2014; 41(3):483-490.
134. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H, Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları, Toplum Hekimliği Bülteni, 2017;26(3): 32-38.
135. Yüksel S, Cücen Z, Üniversite Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığının Sorgulanması, Türk Toraks Dergisi, 2012; 13(4):169-173.
136. Alexopoulos EC, Jelastopulu E, Aronis K, Dougenis D, Cigarette Smoking Among University Students In Greece: A Comparison Between Medical and Other Students, Environmental Health and Preventive Medicine, 2010; 15 (2): 115-120.
137. Çalışkan S, Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım), Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2015; 2015(22): 23-48
138. Eid, K, Selim S, Ahmed D, El-Sayed A, Smoking Problem Among Helwan University Students: Practical Versus Theoretical Faculty, Egyptianjournal Of Chest Diseases and Tuberculosis, 2015; 64(2): 379- 385.
139. Hossain S, Ahmed F, Islam R, Sikder T, Rahman A, Prevalence Of Tobacco Smoking and Factors Associated With The Initiation Of Smoking Among University Students In Dhaka, Bangladesh. Central Asian Journal Of Global Health, 2017; 6(1): 244
140. Kartal M, Midık Ö, Büyükakkuş A, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi, Türk Toraks Dergisi, 2012; 13: 11-17.
141. Özcebe H, Güçiz Doğan B, Ünal E, Haznedaroğlu D, Bertan M, Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve İlişkili Sosyodemografik Özellikleri, Türk Toraks Dergisi, 2014; 15(1): 42-48.
142. Sarıoğlu N, Cüce C, Erel F, Köse M, Arslan M, Bodur A. S, Smoking Prevalence And Associated Factors Among Students Of Balıkesir University, Eurasian Journal Of Pulmonology, 2016; 18(1): 29-34
143. Eticha T, Kidane F, The Prevalence Of And Factors Associated With Current Smoking Among College Of Health Sciences Students, Mekell University In Northernethiopia, Plosone, 2014; 9(10): 1-6, e111033
144. Fernández D, Ordás B, Álvarez M. J, Ordóñez C, Knowledge, Attitudes And Tobacco Use Among Nursing and Physiotherapy Students, International Nursing Review, 2015; 62(3): 303-311.
145. Gümüş AB, Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirme. Bağımlılık Dergisi, 2015; 16(1): 9-17.
146. Mahfouz MS, Alsanosy R. M, Gaffar A. M, Makeen A, Tobacco Use Among University Students Of Jazan Region: Gender Differences And Associated Factors, Biomed Research International, 2014; 2014: 279231
147. Çilingir D, Hindistan S, Öztürk H, Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1(2): 69-85.

148. Demirbağ BC, Tavacı S, Sigara İçen Üniversite Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1(3): 179-188
149. Kaya M, Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu, Etkileyen Faktörler ve İkincil Sigara Dumanı İle İlgili Farkındalık Düzeyler, Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2017.
150. Türkoğlu M, Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme ve Bırakma Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, 2007.
151. Yazarbaş G, Atlam DH, Polis Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanımına Yönelik Görüş ve Tutumun Değerlendirilmesi, Ege Tıp Dergisi, 2015; 54(3): 114-119
152. Ulukoca N, Gökgöz G, Karakoç A, Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı, Fırat Tıp Dergisi, 2013; 18(4): 230-234
153. Karadağlı F, Nahcivan N, Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazır Oluşluk Durumu İle İlişkili Faktörler, DEUHYO ED, 2012; 5(1): 8-15
154. Güneş G, Ilgar M, Karaoğlu L, The Effectiveness Of An Education Program On Stages Of Smoking Behavior For Workers At A Factory In Turkey, Industrial Health, 2007; 45: 232- 236
155. Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S, Konya’da İlköğretim Okullarındaki Öğretmenler Arasında Sigara İçme Durumu, Toraks Dergisi, 2007; 8 (1): 37-40.
156. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27(1): 29-34.
157. Yalçınkaya-Alkar Ö, Karanci AN. What Are The Differences In Decisional Balance and Self-Efficacy Between Turkish Smokers In Different Stages Of Change Addictive Behaviors, 2007; 32(4): 836-849.
158. Öztürk M, Kişioğlu A, Uskun E, Kırbıyık S, Isparta’da Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı Sıklığının ve Bırakma Süreci Aşamalarının Değerlendirilmesi, Tütünsüz Yaşam Dergisi, 2005; 1: 22-28.
159. Güler N, Demirel Y, Güler G, Kocataş S, Sivas’ın Çayboyu Mahallesi’nde Yaşayan 10 Yaş ve Üzerindeki Bireylerin Sigara İçme Durumu, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 26(2): 66 –70.
160. Reime B, Ratner P, Seidenstücker S, Janssen P, Novak, P, Motives For Smoking Cessation Associated With Stage Of Readiness To Quit Smoking And Sociodemographics Among German Industrial Employees, Am J Healthpromotion, 2005; 20 (4): 259-266
161. Ham OK, Lee YJ, Use Of TheTtranstheoretical Model To Predict Stages Of Smoking Cessation In Korean Adolescents, Schhealth, 2007; 77: 319-326.
162. Ruggiero L, Rossi JS, Prochaska JO, Glasgow RE, Groot M, Dryfoos J, Et Al. Smoking And Diabetes: Readiness For Change And Provideradvice, Addictive Behaviors, 1999; 24(4): 573-578
163. Van Zundert RMP, Van De Ven MOM, Engels RCME, Otten R, Van Den Eijnden RJJM, The Role Of Smoking-Cessation- Specific Parenting In Adolescent Smoking-Specific Cognitions And Readiness To Quit, Journal Of Child Psychology and Psychiatry, 2007; 48 (2): 202-209.
164. Clark MA, Hogan JW, Kvız FJ, Prochaska T, Age And the Role Of Symptomatology In Readiness To Quit Smoking, Addictive behaviors, 1999; 24(1): 1-16.

165. Osler M, Presscott E, Psychosocial, Behavioural and Health Determinants Of Successful Smoking Cessation: A Longitudinal Study Of Danish Adults, *Tobacco Control*, 1998; 7: 263-267
166. Watel PP, Halfen S, Gremy I, Risk Denial About Smoking Hazards And Readiness To Quit Among French Smokers: An Exploratory Study, *Addictive Behaviors*, 2007; 32 (2): 377-383
167. Woodruff S, Lee J, Conway T, Smoking And Quitting History Correlates Of Readiness To Quit In Multi Ethnic Adolescents, *American Journal Of Health Behaviour*, 2006; 30(6): 663-674
168. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Relation Among Stage Of Change, Demographic Characteristics, Smoking History, And Nicotine Dependence In An Adult German Population, *Preventive Medicine*, 2003; 37: 368-374.
169. Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, Şenveli B, Abay E, Hekimlerde Sigara İçme Alışkanlığı ve Ruhsal Örüntü, *Bağımlılık Dergisi*, 2000; 1(1): 32-37
170. Association of American Medical Colleges (AAMC), Physician Behavior and Practice Patterns Related to Smoking Cessation: A Report Prepared for the American Legacy Foundation, Washington, DC: 2007 Erişim: <https://members.aamc.org/eweb/upload/Physician%20Behavior%20and%20Practice%20Patterns.pdf> Erişim Tarihi: 7.09.2018
171. King BA, Dube SR, Babb SD, McAfee TA, Patient-Reported Recall Of Smoking Cessation Interventions From A Health Professional, *Preventive Medicine*, 2013; 57: 715-717.
172. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Smoking-cessation advice from health-care providers--Canada, 2005, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2007; 56(28): 708-712.
173. Al Ateeq M, Alrashoud AM, Khair M, Salam M, Smoking cessation advice: the self-reported attitudes and practice of primary health care physicians in a military community, central Saudi Arabia, *Patient Preference Adherence*, 2016; 26(10) :651-658.
174. Litt J, Smoking and GPs: time to cough up: successful interventions in general practice, *Aust Fam Physician*, 2005; 34(6): 425-9.
175. Üçer H, Ketten HS, Ersoy Ö, Çelik M, Sucaklı MH, Kahraman H, Aile Hekimlerinin Sigara Bağımlılığı Tedavisi Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Uygulamaları, *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18 (2): 58-62.

10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
2017		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Melihat AKDENİZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık Düzeyleri
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 468	Tarih: 09.08.2017
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına</u> <u>oy birliği ile karar verilmiştir.</u> Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Öğr.Gör.Dr.M.Devent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Necmiye HADİMOĞLU
Üye (İzinli)

Prof.Dr.Selahattin KUMRU
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Doç.Dr.Gülsüm Özge BAYSAL
Üye (İzinli)

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Oğuz ERGÜL
Üye

Yrd.Doç.Dr.Mehtap TÜRKAY
Üye

Yrd.Doç.Dr.Banu NUR
Üye (İzinli)

Doç.Dr.HÜLÖR
Üye

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye



AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı " Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık Düzeyleri "

- b. Araştırmanın İçeriği:

Sigara ve tütün kullanımı dünyada önlenebilir mortalite ve morbidite nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015'teki verilerine göre dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir ve her yıl yaklaşık 6 milyon kişinin erken ölümünden sorumludur. Sigara dumanında 4000'den fazla madde bulunmaktadır. 1985 yılında The International Agency for Research on Cancer (IARC) sigara dumanını insan için birinci grup karsinojen olarak kabul etmiştir. 2030 a kadar gerekli önlemler alınmazsa sigara nedeni yıllık ölümlerin 8 milyonu bulacağı öngörülmektedir. Akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun (damar hastalığı) ana nedeni, kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir. Bu önemli halk sağlığı sorununa çözüm bulabilmek amacıyla Temmuz 2008 de Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüm ülkelere M-POWER yaklaşımına uygun önlemler alınması önerilmiştir. Tütünün kontrolü çok boyutlu, başta devlet görevi olmak üzere multi-sektöriyel bir program işidir. Bu çalışmada bireylerin sigaraya karşı tutum ve davranışları, Fagerström tolerans testine göre bağımlılık düzeyleri, sigara bırakma oranları ve sigara bırakma istekleri ölçülerek farkındalık yaratılacaktır.

- c. Araştırmanın Amacı: Aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda sigara içme durumunu sosyodemografik özelliklere göre belirleyerek, bireylerin sigaraya karşı tutum ve davranışlarını, Fagerström tolerans testine göre bağımlılık düzeylerini, sigara bırakma oranlarını ve sigara bırakma isteklerini ölçmek

- d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 350

- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

Deneysel işlem yok.



2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Ad Soyad:

İmza

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Katılımcıların tütünü bırakmaya teşvik edilmesi,tütün kullanımı sonucunda oluşabilecek sağlık zararları hakkında farkındalığın artırılması beklenmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Ayşe Hande KOÇ Telefon:0506 886 60 00

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Ayşe Hande KOÇ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.



8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:



Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:



Ek 3. Sosyo-Demografik Anket Formu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık Düzeyleri Anketi

MERHABA;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı tarafından yürütülen Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuranlarda Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık Düzeylerinin araştırıldığı bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen verilerle sigara içen ve bırakmak isteyen kişilere nasıl yardım edilebileceğine dair bilgi elde edilmesi amaçlanmaktadır. Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümdeki sorular sizin demografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde ise sigara içme alışkanlığına dair sorular vardır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Birinci Bölüm: Demografik Bilgiler

Ad Soyad:.....

Doğum Yeriniz:.....

1-Yaşınız: ☐ 18-35 ☐ 35-50 ☐ 50-65 ☐ >65

2-Cinsiyetiniz: ☐ K ☐ E

3-Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul

4-Evli iseniz çocuğunuz var mı? ☐ Yok ☐ Var

5-En son bitirdiğiniz okul:

☐ Bir okul bitirmedim ☐ İlkokul ☐ İlköğretim (8 yıllık)

☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite veya yüksek okul

Diğer (lütfen yazınız)

6-Meslek:.....

7-Ailenin ortalama aylık geliri ne kadardır?

☐ 1500 TL altı ☐ 1500-3000 TL ☐ 3000-5000TL ☐ 5000 TL üstü

İkinci bölüm: Tütün ile ilgili Sorular

Tütün denildiğinde sigara, sarma sigara, pipo, puro ve nargileyi düşünerek cevaplayınız.

8-Şimdiye kadar 1 kez de olsa tütün içeren bir ürün kullandınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır → D bölümüne geçiniz.

9- *Şu anda* tütün kullanma durumunuz nedir?

☐ Her gün → A bölümüne geçiniz ☐ Her gün değil / Ara sıra → A bölümüne geçiniz

☐ Geçmişte kullandım, bıraktım → C bölümüne geçiniz ☐ Hiç kullanmadım → D bölümüne geçiniz

A Bölümü: Şu anda tütün kullananlar

A1-Tütüne başlama yaşıınız kaçtır?.....

A2-İlk denemeden sonra bir daha ne zaman tütün içtiniz?.....

A3-Her gün kullandığınız tütün ürünü nedir?

☐ Sigara ☐ Puro ☐ Pipo ☐ Nargile ☐ Diğer

A4-Toplamda kaç yıl tütün kullandınız?

☐ 0-1 yıl ☐ 1-3 yıl ☐ 3-7 yıl ☐ 7 yıl ve daha fazla

A5-Tütüne aylık harcadığınız para ne kadardır?

☐ 200 tl ve altı ☐ 200-400 tl ☐ 400 tl üstü

A6-Tütün parası bütçenizi zorluyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

A7-Tütün bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

FAGERSTROM TOLERANS TESTİ

A8-İlk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

☐ İlk 5 dakika içerisinde
☐ 6-30 dakika içerisinde
☐ 31-60 dakika içerisinde
☐ 1 saatten sonra

A9-Sigara içmenin yasak olduğu sinema, otobüs gibi yerlerde bu yasağa uymaya zorlanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

A10-İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

☐ Sabah içilen ilk sigara ☐ Diğerleri

A11-Günde kaç sigara içiyorsunuz?

☐ 10 taneden az ☐ 11-20
☐ 21-30 ☐ 31 ve daha fazlası

A12-Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün daha sonraki saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

A13-Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içer misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

B Bölümü: Tütün kullanımını bırakma

B1-Tütün içmeyi sürdürme nedeniniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Alışkanlık-Bağımlılık ☐ Stresimi azaltıyor
☐ Arkadaş grubu/İnsanlarla etkileşimimi artırıyor ☐ Konsantrasyonumu artırıyor
☐ Yalnızlıktan ve sorunlarımdan dolayı içiyorum ☐ Zevk alıyorum
☐ Bıraktığımda kilo alırım
☐ Diğer (lütfen yazınız)

B2-Tütünü bırakmayı hiç denediniz mi?

☐ Evet kez ☐ Hayır →B6 sorusuna geçiniz

B3-Son 12 ay içerisinde tütün kullanımını bırakmayı denediniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

B4-En son bırakmaya çalıştığınız dönemi düşünerek, tütün kullanmayı ne kadar süreyle bıraktınız?

☐ Ay ☐ Hafta
☐ Gün ☐ Bir günden (24 saat) az ☐ Bilmiyorum

B5-Son 12 ay içerisinde, tütün kullanımını bırakmak için aşağıdakilerden herhangi birini kullandınız/ denediniz mi?

- ☐ Bırakma kliniği dahil olmak üzere danışmanlık
- ☐ Band veya sakız gibi nikotin destekleyici tedavi
- ☐ Diğer reçeteli ilaç, örneğin; zyban, champix
- ☐ Geleneksel ilaçlar
- ☐ Sigara bırakma hattı veya telefon destek hattı
- ☐ Yardım almadan bıraktım
- ☐ Diğer.....

B6-Son 12 ay içerisinde doktora veya diğer sağlık personeline kaç kez başvurduunuz?

☐ Hiç ☐ 1- 2 ☐ 3-5 ☐ 6 veya üzeri

B7-Son 12 ay içerisinde herhangi bir nedenle başvurduğunuz doktor veya diğer sağlık personeli ziyaretinizde tütün kullanımınızı sorguladı mı / tütün kullanımını bırakmanızı önerdi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

B8-Tütün kullanımını bırakma konusundaki düşüncenizi aşağıdakilerden hangisi en iyi açıklar?

- ☐ Önümüzdeki ay içinde bırakmayı planlıyorum
- ☐ Önümüzdeki 12 ay içinde bırakmayı planlıyorum
- ☐ Bırakmayı planlıyorum ama önümüzdeki 12 ay içinde değil
- ☐ Bırakmayı planlamıyorum
- ☐ Bilmiyorum

B9: Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma isteğinizi 1 ile 10 arasında bir sayı ile belirtir misiniz?

1. Kesinlikle bırakmam 10 Mutlaka bırakacağım

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B10-Sigarayla bırakmak istediğinizde başarılı olabilir misiniz?

- ☐ Asla bırakamam ☐ Bırakamam ☐ Bilmiyorum
- ☐ Bırakabilirim ☐ Kesinlikle bırakabilirim

B11: Bırakmayı düşünüyorsanız bırakma konusunda motivasyonunuzu 1 ile 10 arasında bir sayı ile belirtir misiniz?

1. Hiç motive değilim. 10 Çok Yüksek oranda motiveyim

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C Bölümü: Tütün kullanımını bırakmış olanlar için

C1-Geçmişte ne sıklıkla tütün kullandınız?

- ☐ Her gün (Adetini belirtiniz) ☐ Ara sıra (Miktarını belirtiniz)

C2-Tütün kullanmaya ilk kez kaç yaşında başladınız?

C3- Son 12 ay içerisinde, herhangi bir nedenle doktora veya diğer sağlık personeline başvurduunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır

C4-Son 12 ay içerisinde herhangi bir nedenle başvurduğunuz doktor veya diğer sağlık personeli ziyaretinizde tütün kullanımınızı sorguladı mı / tütün kullanımını bırakmanızı önerdi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

C5- Tütün kullanımını bırakmak için hangi yöntemi kullandınız?

- ☐ Bırakma kliniği dahil olmak üzere danışmanlık
☐ Band veya sakız gibi nikotin destekleyici tedavi
☐ Diğer reçeteli ilaç, örneğin; zyban, campix
☐ Geleneksel ilaçlar?
☐ Sigara bırakma hattı veya telefon destek hattı
☐ Yardım almadan bıraktım
☐ Diğer.....

C6-Tütünü başarılı olarak bırakmanız konusunda sizi en çok etkileyen faktör aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ Tütün fiyatı ☐ Sağlık sorunu
☐ Hekimin önerisi ve danışmanlığı
☐ Aile bireylerinin veya çocuğumun tütünü bırakmamı istemesi
☐ Tütün içmeme yönündeki kampanyalar ☐ Tütün içecek yer bulmakta zorluk
☐ Bilmiyorum ☐ Diğer.....

C7-Tütünü bıraktığınızdan beri hiç tütün içtiniz mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

C8-Tütün kullanmayı bırakmanızın üzerinden ne kadar zaman geçti? (Sadece tütün kullanımını sürekli olarak bırakmış kişiler yanıtlamalıdır. Nadir tütün kullanımı dahil değildir.)

- ☐ Yıl →D bölümüne geçiniz. ☐ Ay
☐ Hafta ☐ Gün
☐ Bir günden az (24 saat) ☐ Bilmiyorum

D Bölümü: Pasif İçicilik

D1-Aşağıdakilerden hangisi evinizin içinde tütün kullanımı hakkındaki kuralları en iyi açıklar?

- ☐ Evin içinde tütün kullanılabilir.
☐ Kullanılamaz ama istisnalar vardır.
☐ Hiçbir zaman kullanılmaz.
☐ Bu konuda herhangi bir kural yok.

D2-Evinizin içerisinde *herhangi bir kişi* ne sıklıkla tütün kullanır?

- ☐ Günlük ☐ Haftalık ☐ Aylık ☐ Ayda birden az
☐ Hiçbir zaman

D3-Çalıştığınız iş yerinin kapalı alanlarında ne sıklıkla tütün kullanılır?

- ☐ Kapalı alanlarda tütün kullanımına izin verilmiyor.
☐ Günlük ☐ Haftalık ☐ Aylık
☐ Ayda birden az ☐ Çalışmıyorum

D4-Özel aracınızda ne sıklıkla tütün kullanılır?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Günlük ☐ Haftalık ☐ Aylık
☐ Ayda birden az ☐ Özel aracım yok

D5-Son 30 günde aşağıda gittiğiniz yerlerden hangilerinde sigara içildiğini işaretleyiniz.

Yer	Sigara İçilme Durumu		
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Kamu (devlet) binaları veya bürolar			
Sağlık kuruluşu			
Restoran/lokanta			
Kafe, kahvehane, çay salonu			
Okul			
Toplu taşıma aracı			
Taksi			

D6-Sizin bilginize veya kanaatinize göre, başka birisinin kullandığı tütünün dumanını solumak aşağıdaki sorunlara yol açar mı?

- Yetişkinlerde kalp hastalığı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
Çocuklarda akciğer rahatsızlığı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
Yetişkinlerde akciğer kanseri ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum
Düşük doğum ağırlığı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

ANKET BİTMİŞTİR, YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.