

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KOZLU TAŞKÖMÜRÜ İŞLETME MÜESSESESİNDEKİ
İŞÇİLERE VERİLEN BİREYSEL VE GRUP SİGARA BIRAKMA
MÜDAHALELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ali Rıza KARAKOYUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ZONGULDAK

2015

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KOZLU TAŞKÖMÜRÜ İŞLETME MÜESSESESİNDEKİ
İŞÇİLERE VERİLEN BİREYSEL VE GRUP SİGARA BIRAKMA
MÜDAHALELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ali Rıza KARAKOYUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ZONGULDAK

2015

TEZ ONAY TUTANAĞI

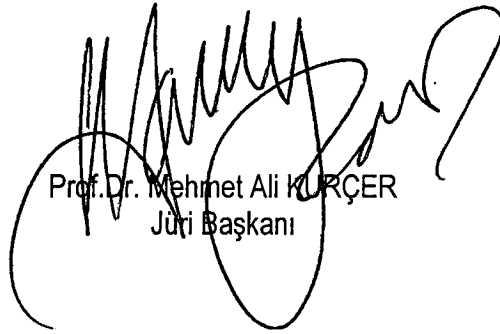
Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesindeki İşçilere Verilen Bireysel ve Grup Sigara Bırakma Müdahalelerinin Karşılaştırılması

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Ali Rıza KARAKOYUN

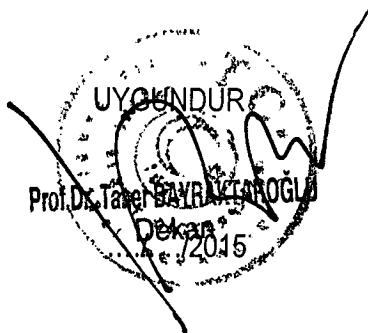
Tez Savunma Tarihi : 19/11/2015

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Mehmet Ali URÇER


Prof.Dr. Mehmet Ali URÇER
Jüri Başkanı


Yrd.Doç.Dr. Aysu KIYAN


Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ


UYGUNDUR
Prof.Dr. Tamer BAYRAKTAR
Dekan
19/11/2015

ÖNSÖZ

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince hiçbir konuda desteğini esirgemeyen ve beni teşvik edip yönlendiren sayın hocalarıma, başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER'e, ayrıca eğitimim süresince destek ve katkılarını esirgemeyen, Sayın Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU ile Sayın Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ'e, tez çalışmalarında katkıları olan Dr. Tusal Tolga KIRLI, Yrd. Doç. Dr. Füzün KÖKTÜRK'e en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Aynı ortamı paylaştığım ve bu tez çalışmasında bana destek olan ark.'m Araş. Gör. Dr. Esin SAYIN, Araş. Gör. Dr. Sultan AYDIN, Araş. Gör. Dr. Cengiz YÜKSEL, Araş. Gör. Dr. Nehir ASLAN YÜKSEL ve Araş. Gör. Dr. Esra KOÇ'a teşekkür ederim. Son olarak hayatım boyunca desteğini esirgemeyen annem Hatice KARAKOYUN, babam Sami KARAKOYUN, kardeşlerim ile çalışma sırasında ve uzmanlık eğitimim boyunca yardımını eksik etmeyen sevgili eşim Derya KARAKOYUN ve biricik kızım Zeynep Ece KARAKOYUN'a anlayış ve destekleri için sevgiyle teşekkür ederim.

Dr. Ali Rıza KARAKOYUN
ZONGULDAK, 2015

ÖZET

Ali Rıza Karakoyun, Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesindeki İşçilere Verilen Bireysel Ve Grup Sigara Bırakma Müdahalelerinin Karşılaştırılması, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Tezi. Zonguldak, 2015.

Giriş: İşyerlerindeki çeşitli sağlık ve güvenlik riskleriyle birlikte sigara olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Araştırmalarda maden işçilerinin önemli bir bölümünün sigara içtiği saptanmıştır. **Amaç:** Araştırmada uygulanan bireysel ve grup sigara bırakma müdahalesi sonrası işçilerde sigara bırakma durumlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın kesitsel tipteki ilk aşamasında 1045 işçiden çalışmaya katılmayı kabul eden 877'si örnekleme oluşturmuş ve anket uygulanmıştır. Deneysel tipteki ikinci aşamada; ilk aşamaya katılan, sigara içen ve bırakmaya hazır olan 128 işçi basit rastgele yöntemle randomize olarak 'grup ve bireysel sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar' olarak 64'er kişilik iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruba aynı rehberlik hizmetleri uygulanmıştır. Takiplerde 6. ayda telefonla ulaşılarak işçilerin sigara bırakma durumları tespit edilmiştir. İstatistiksel değerlendirme SPSS 19.0 programı ile yapıldı. **Bulgular:** İşçilerin yaş ortalaması $35,4 \pm 5,5$ 'dir. Alkolü işçilerin; %24,9'u halen kullandığını, %21,3'ü bıraktığını belirtmiştir. Katılımcıların %26,0'ı hiç sigara kullanmadığını, %14,4'ü bıraktığını ve %59,6'sı ise halen sigara içtiğini belirtmiştir. Grup ve bireysel sigara bırakma müdahale gruplarındaki işçilerin özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında değişkenler açısından anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Gruplar homojen/benzerdir. Grup sigara bırakma müdahalesindeki işçilerin; kontrole gelme, ilaç kullanma ve sigara bırakma oranları bireysel sigara bırakma müdahalesindeki işçilerden yüksek olmasına karşın aradaki farklar anlamlı değildir ($p > 0,05$). Sigara bırakma oranı, bırakmayı ilaçla deneyenlerde ilaçsız deneyenlerden yüksektir ($p < 0,001$). **Sonuçlar:** Sigarayı bırakmak isteyenlere kontrendikasyonlar dışında ilaç tedavisi önerilebilir. Grup sigara bırakma müdahalesi işyerinde sigara bırakmada bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme, Bireysel sigara bırakma, Grup sigara bırakma

ABSTRACT

Ali Rıza Karakoyun, Comparison of Individual and Group Smoking Cessation Interventions of the Given to Workers at the Kozlu Hardcoal institution, Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Thesis in Public Health. Zonguldak, 2015.

Introduction: With variety health and safety risks in the workplace, cigarettes can lead to negative results. In the research, it was determined that an important part of the mine workers smoke. **Aim:** In this study, It was aimed to compare the smoking cessation cases of workers after the applied individual and group smoking cessation intervention. **Material and Methods:** In the cross-sectional design which is the first phase of study, 877 of 1045 workers who agree to participate in the study have created sample and questionnaire was applied. At the second stage which is the experimental type, 128 workers; participating in the first phase, smoking and ready to quit smoking were randomly divided into two groups of 64 people each by simple random method as group and individual smoking cessation interventions will be implemented ones. The same Guidance was applied to both groups. At the follow-ups, The smoking cessation of workers have been identified at 6th month reaching by telephone. Statistical analyses were performed with SPSS 19.0 software. **Results:** The average age of workers was $35,4 \pm 5,5$. 24,9% of the workers reported that they still use alcohol and 21,3% reported that they have quitted. 26,0% of participants reported that they never smoked, 14,4% reported that they quitted and 59,6% reported that they were still smoking. It was determined that there was no significant difference between the groups in terms of variables, when compared to characteristics of workers in group and individual smoking cessation intervention groups ($p > 0,05$). Groups were homogenous/similar. Even though the rates of control attendance, medicine use and quitting smoking are higher for workers in the group smoking cessation intervention compared to individual smoking cessation intervention, the differences were not statistically significant ($p > 0,05$). Smoking cessation rate is higher in trying to quit with medicine than the ones attempting without medication ($p < 0,001$). **Conclusions:** Drug therapy except for contraindications may be recommended to those who want to quit smoking. Group smoking cessation intervention can be used as a treatment option for smoking cessation in the workplace.

Keywords: Smoking, Individual smoking cessation, Group smoking cessation

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viix
TABLO DİZİNİ	iix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tütün Bitkisi ve İçeriği.....	4
2.2. Tütün Dumanı.....	5
2.3. Tütün Tarihçesi.....	6
2.4. Tütün Epidemiyolojisi	9
2.4.1. Dünyada tütün epidemiyolojisi	9
2.4.2. Türkiye’de tütün epidemiyolojisi.....	10
2.5. Sigara Kullanımının Oluşturduğu Sağlık Riskleri.....	11
2.6. Sigara Kullanımının Mesleki Sağlık Riskleri.....	13
2.7. Sigara Bırakmanın Yararları	13
2.8. Tütün Kontrolü Çalışmaları.....	14
2.8.1. Dünyada tütün kontrolü çalışmaları.....	14
2.8.2. Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları	16
2.9. Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi.....	17
2.9.1. Klinik tanı ölçütleri	18
2.9.2. Fiziksel bağımlılık belirtilerini değerlendiren ölçekler	21
2.10. Sigara Bırakma Süreci ve Kullanıcıların durumu	23
2.10.1. Sigara bırakma süreci.....	23
2.10.2. Sigara kullanıcılarının durumu	24
2.10.3. Sigara kullanıcılarında değişim evreleri modeli	24
2.11. Sigara Bırakma Tedavileri.....	27
2.11.1. Psikososyal tedaviler.....	28
2.11.2. Farmakolojik tedaviler	31

3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri	36
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi	36
3.4. Araştırma Katılım Şeması	40
3.5. Araştırmanın Uygulama Aşamaları ve Veri Toplama Araçları.....	40
3.6. Araştırma Zaman Çizelgesi	40
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.7.1. Bağımsız değişkenler	40
3.7.2. Bağımlı değişken	42
3.8. Araştırmanın Değişkenlerine Ait Tanım ve Ölçütler	42
3.8.1. Bağımsız değişkenlere ait tanım ve ölçütler	42
3.8.2. Bağımlı değişkenlere ait tanım ve ölçütler	48
3.9. Veri Toplama Yöntemi.....	48
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları	49
3.12. Etik Konular	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. Araştırmanın İlk Aşamasına Ait Bulgular	51
4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Ait Bulgular	62
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
6.1. Sonuçlar.....	85
6.2. Öneriler.....	87
7. KAYNAKLAR	88
8. EKLER.....	99
Ek 1: Anket Formu	99
Ek 2: Etik Kurul Onayı.....	102
Ek 3: TTK Araştırma Onayı	103
Ek 4: Gönüllü Olur Formu (1. Aşama).....	104
Ek 5: Gönüllü Olur Formu (2. Aşama).....	106

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DAM; TTM	: Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model)
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FNBT; FTND	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)
IARC	: The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası kanser araştırma ajansı)
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
NRT	: Nikotin replasman tedavisi (Nikotin yerine koyma tedavisi)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SSUK	: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEKEL	: Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri A.Ş. Genel Müdürlüğü
TKÇS; FCTC	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (Framework Convention on Tobacco Control)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TKrHRF	: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
%	: Yüzde

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri dağılımı.....	51
Tablo 2: Katılımcıların gelir durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı.	52
Tablo 3: Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin özellikleri.....	53
Tablo 4: Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin özellikleri	54
Tablo 5: Katılımcıların çocukken çevresinde sigara içilmesine ilişkin özellikler.	55
Tablo 6: Katılımcıların yaşadığı evde sigara içilmesine ilişkin özellikler	55
Tablo 7: Katılımcıların sigara kullanım durumlarının dağılımı	56
Tablo 8: Sigarayı bırakmış katılımcıların sigara bıraktıktan sonra geçirdikleri sürelerin dağılımı.....	56
Tablo 9: Sigara içen işçilerin kullanım miktarı, süresi, başlama yaşı ve masrafı..	57
Tablo 10: Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı.	57
Tablo 11: Sigara kullanan katılımcıların geçmiş bırakma denemesinin dağılımı. ..	58
Tablo 12: Sigara kullanan katılımcıların geçmiş bırakma denemesinde destek alma durumu..	58
Tablo 13: Geçmiş sigara bırakma denemesinde alınan desteklerin dağılımı..	59
Tablo 14: Sigara kullanan katılımcıların geçmiş en uzun bırakma denemesi..	59
Tablo 15: Sigara bırakma denemesi olan işçilerin son iki girişiminde tekrar sigaraya başlama nedenlerinin dağılımı....	60
Tablo 16: Katılımcıların son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanması durumu... ..	61
Tablo 17: Katılımcıların değişim aşamaları dağılımı.. ..	61
Tablo 18: Katılımcıların değişim aşamaları (bırakmaya hazır oluşluk) dağılımı....	62
Tablo 19: Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre müdahale tiplerinin dağılımı.....	63
Tablo 20: Katılımcıların gelir durumu özelliklerine göre müdahale tiplerinin dağılımı.....	63
Tablo 21: Katılımcıların sağlık durumu özelliklerine göre müdahale tipleri..	64
Tablo 22: Katılımcıların alkol kullanım özelliklerine göre müdahale tiplerinin dağılımı.....	64
Tablo 23: Katılımcıların sigara maruziyeti durumuna göre müdahale tipleri.	65

Tablo 24:	Girişim yapılan işçilerin kişi başı gelir, sigara kullanım miktarı, başlama yaşı, bağımlılık düzeyi ve aylık sigara masrafı ile müdahale tipleri.....	65
Tablo 25:	Son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanma sayısına göre müdahale tipleri.....	66
Tablo 26:	Girişim yapılan işçilerin son bir yıl içinde bırakma denemesi varlığına göre müdahale tipleri.....	66
Tablo 27:	Sigara bırakma düşünülen zamana göre müdahale tipleri.....	67
Tablo 28:	İşçilere uygulanan müdahale çeşidine göre kontrole gelme durumları...	67
Tablo 29:	Bazı ilaç tedavisi özellikleri dağılımlarına göre müdahale tipleri.....	68
Tablo 30:	Müdahale tipinin bir aydır sigara içmeme başarısına etkisi.....	68
Tablo 31:	Müdahale tipinin üç aydır sigara içmeme başarısına etkisi.....	69
Tablo 32:	Müdahale tipinin altı aydır sigara içmeme başarısına etkisi	69
Tablo 33:	Katılımcı sosyo-demografik özelliklerinin sigara bırakmaya etkisi	70
Tablo 34:	Katılımcılarda alkol kullanımının sigara bırakma durumuna etkisi.....	70
Tablo 35:	Katılımcılarda sigara maruziyeti varlığının sigara bırakmaya etkisi	71
Tablo 36:	İşçilerin kişi başı gelir, sigara kullanım miktarı, başlama yaşı, bağımlılık düzeyi ve aylık sigara masrafı ile sigara bırakma durumu.....	72
Tablo 37:	Katılımcılarda sigara kullanımı sorgulanmasının bırakmaya etkisi.....	72
Tablo 38:	Katılımcılarda son bir yıl içinde bırakma denemesi varlığının sigara bırakma durumuna etkisi	73
Tablo 39:	Sigara bırakma düşünülen zamanın sigara bırakma durumuna etkisi	73
Tablo 40:	Kontrole gelme ve kullanılan ilacın sigara bırakma durumuna etkisi.....	74

1. GİRİŞ

Tütün kullanımı tek başına en önemli önlenebilir hastalık, sakatlık ve ölüm nedenidir (1, 2). Dünyanın bugüne kadar karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden birisi olan tütün kullanımı, en sık sekiz ölüm nedeninin altısı için risk etmenidir (1). Yeryüzünde en çok ölüme yol açan iki neden açlık ve tütün kullanımıdır (3). Ölümlerin %10'u tütün kullanımıyla ilişkili nedenlerle oluşmaktadır (4). Dünyada her yıl yaklaşık 600.000 pasif içici ile birlikte 6 milyon dolayında insan tütün kullanımının sebep olduğu sağlık sorunları nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (5). Tütün içenlerin içmeyenlere göre on yıl daha kısa yaşadığı bulunmuştur (6).

Sağlık risklerine rağmen dünyada 1,3 milyar kişi tütün kullanmaktadır (7, 8). Türkiye'de ise 2008 yılında yetişkinlerin %31,2'si tütün içmekteyken tütün kontrolü çalışmalarıyla, 2012 yılında içenlerin oranı % 27,1'e yaklaşık 14,8 milyon kişiye düşmüştür (9). Türkiye Hastalık Yüku Çalışmasında tütün kullanımının, ilişkili hastalıklara bağlı yük içerisinde %8,6 ve ölümler içerisinde %12,7 paya sahip olduğu bulunmuştur. Tütün kontrolü çalışmaları ile yılda tütün kullanımına bağlı 54.699 ölümün önlenebileceği hesaplanmıştır (10). Sağlık kazanımları bırakmayla birlikte başlamaktadır. Tütünü 60, 50, 40 ve 30 yaşlarında bırakanların yaşam beklentisinde sırasıyla 3, 6, 9 ve 10 yıl artış olmaktadır (6).

Tütün kullanımından kaynaklanan hastalıklar ile sağlık sonuçlarını anlamak, tütün kullanımının önlenmesine, bırakılmasına ve tütün dumanına maruz kalmaktan korunmasına yönelik halk sağlığı eylemleri için bilimsel bir temel sağlamıştır (11). Tütün kontrolü, toplumun tütün kullanımını ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan bir takım arz, talep ve zarar azaltma yöntemleri olarak tanımlanmıştır (12). Tütün kontrolünde asıl başarı kullanmaya başlamanın engellenmesiyle sağlanacaktır. Milyonlarca insan halen tütün kullandığından ve bunların yaklaşık yarısı kendi alışkanlıkları nedeniyle hayatını kaybedeceğinden, tütünle mücadelede önemli bir yöntem de tütün bıraktırma çalışmalarıdır (13, 14). Sigaraya başlama riski yüksek olan gençler için çevredeki model sayısı tütün bıraktırma çalışmaları ile azaltılmakta, böylece asıl başarı olan tütün kullanmaya başlamanın engellenmesine katkı sağlanmaktadır.

Tütün ürünleri içinde en yaygın kullanılanı ve tütün satış gelirlerinin %96'sına sahip olan mamulü sigaradır (7, 15). Bu nedende tütün bıraktırma yerine yaygın olarak sigara bıraktırma ifadesi kullanılmaktadır. Sigara bırakma tedavisinin en önemli hedefleri; sigara tüketimine bağlı hastalık riskini azaltmak, hastalananlarda hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, sağ kalım beklentisini artırmak, sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek olarak sayılabilir (12).

Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları bakımından en elverişli ortamlardan birisi işyerleridir. Çalışanların toplu halde organize bir yapı içinde bulunmaları, kolay ulaşılabilirlik sağladığı için her türlü sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programı başarı ile uygulanabilir (16). Bu nedenlerle sigara bırakma müdahaleleri için de uygundur. İşçilerin sigara içme durumları ile ilgili yapılan araştırmalarda maden işçilerinin önemli bir bölümünün (%38,6'sı ile %66,3'ünün) sigara içtiği saptanmıştır (17-19). İşçiler yaşamlarının önemli bir bölümünü geçirdikleri işyerlerinde sigara içtiklerinde, sigara içenler kadar içmeyenlerin sağlığı da etkilenmektedir. İşyerlerindeki çeşitli sağlık ve güvenlik riskleriyle birlikte sigara daha olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (16). Sigara kullanımı mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilmekte ve mesleki akciğer hastalığı oluşma tehlikesini arttırmaktadır (12).

Sigarayı bırakmak isteyen ve bu konuda bilgilendirilen her bağımlı sigarayı bırakabilir (20,21). Başarı için, bırakma sürecinin zorluklarının ve bunlarla nasıl mücadele edileceğinin bilinmesi önemlidir.

Sigarayı bırakma yöntemleri bireylerin durum ve davranışlarına göre farklılık gösterir. Bir davranış değiştirme modeli olan Transteoretik Model, sigara içme davranışını azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya çalışan bireylerin bir dizi aşamadan geçeceğini belirtir. Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı beş aşama içinde geçiş yaparlar; bu aşamalar 1. Düşünme öncesi, 2. Düşünme, 3. Hazırlık, 4. Hareket, 5. Devam ettirme aşamaları şeklindedir (21). Sigara bırakma isteğinin değerlendirilmesinde bazı kliniklerde bu model kullanılmaktadır (22).

Yeterli hasta sayısının olduğu durumlarda uygulanabilir bir tedavi yöntemi de grup sigara bırakma tedavisidir. Grup tedavide bireyler arasında sağlanacak iletişim

sayesinde ilk günden başlayan destek ve sigara içmeme kararlılığının kolaylaştırılması hedeflenmektedir. Kendi başına sigara bırakmayı deneyen hastalarda vazgeçme sorunu vardır. Bu sorun grup etkisi, sorumluluk duygusu, cesaret, takdir edilme isteği ve grup baskısı ile giderilmeye çalışılmaktadır. Grup ve bireysel tedavileri aynı koşullar altında karşılaştıran bir araştırma yoktur (22). Andy McEven ve ark. İngiltere’de 1501 katılımcıyla yaptıkları çalışmada; grup tedavileri bireysel tedaviden daha başarılı bulunmuştur (23). Yeşildal ve ark. İstanbul’da yaptıkları araştırmada da bir yılın sonunda kurumsal (grup 73 kişi) olgularda (%62) sigara içmeme oranlarının bireysel (29 kişi) olgulardan (%28) daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (24).

Toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kişilerin sigara bırakması çok büyük bir öneme sahiptir. Sigara bırakmada grup sigara bırakma müdahalesi ile ilgili ülkemizde yapılmış tez çalışması yoktur. Sigara bırakmada grup sigara bırakma müdahalesi ile ilgili çalışmalar yetersiz olup yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada iki aşamadan oluşan bir plan çerçevesinde, araştırmanın birinci aşamasında işçilerin sigara içme durumları ve bırakmaya hazır oluşlukları tespit edildi. Sonrasında ikinci aşamada işçilere grup sigara bırakma müdahalesi ya da bireysel sigara bırakma müdahalesi uygulandı.

H₀ hipotezi olarak ‘sigara bırakmada, grup sigara bırakma müdahalesi ile bireysel sigara bırakma müdahalesi arasında fark yoktur’; **H₁** hipotezi olarak ‘sigara bırakmada grup sigara bırakma müdahalesi ile bireysel sigara bırakma müdahalesi arasında fark vardır’ araştırma hipotezleri test edilmiştir.

Çalışmanın ilk aşamasının amacı: Maden iş kolunda faaliyet yapan bir işyerindeki çalışanların sigara içme durumu ve bırakmaya hazır oluşluklarını tespit etmektir.

Çalışmanın ikinci aşamasının amacı: Çalışanlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ‘İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programları’ içerisinde değerlendirilecek 'Sigara Bırakma Programı' düzenlemek, bu program içerisinde uygulanan ‘bireysel sigara bırakma müdahalesi’ ve ‘grup sigara bırakma müdahalesi’ sonrası işçilerde sigara bırakma durumlarını karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün Bitkisi ve İçeriği

Tütün patlıcangiller (Solanaceae) familyasından, 3 metre kadar boylanabilen, tüysüz ve mumsu bir örtü ile kaplı, yaprakları uzun saplı, taç yaprakları tüpsü, salgı tüyleri bulunan, içerisinde nikotin gibi alkoloitlerle birçok zehirli maddeyi bulunduran, bahçe ve yol kenarlarında süs bitkisi olarak yetiştirilen bir tür olarak tanımlanmaktadır (25). “Nicotiana” cinsi içerisinde yer alan tütün, zirai üretimi sonrası işlenerek tütün ürünü haline gelen genellikle bir yıllık otsu bir endüstri bitkisidir (26).

Nicotiana cinsi içerisinde yaklaşık 65 tür bulunmaktadır. Tütün ürünlerinin üretiminde bu türlerden sadece “*Nicotiana tabacum*” ve “*Nicotiana rustica*” yaprakları kullanılır. *Nicotiana rustica* diğer tütün bitkilerine göre daha yüksek nikotin içeriğine sahiptir. *Nicotiana tabacum* doğal olarak meydana gelmez ancak *Nicotiana sylvestris* ve *Nicotiana tomentosifosa* türlerinin melezi olarak yetiştirilir (27). *Nicotiana tabacum* türünden Virginia (ısı ile kurutulmuş), Burley (havada kurutulmuş) ve Şark (güneşte kurutulmuş) tipi tütünler dünyada yetiştirilen tütünün yüzde 90’ını oluşturmaktadır (26).

Tütünün yapraklarında organik azotlu maddelerden oluşan bir alkaloid olan nikotin içermesi en önemli özelliğidir. Keyif verici olarak kullanılmasını sağlamaktadır. Yaprak, tütün bitkisinin en önemli kısmıdır, tarımı da yaprakları için yapılmaktadır (28). Bitkinin lider kök ve yan sürgünleri kaldırıldığında tütün yapraklarının nikotin içeriği çoğalmakta, kurutma ile yaprakların tadı artırılmakta ve bazı tütün çeşitlerinin lezzetini yükseltmede kireç suyu kullanılmaktadır (27).

Tütün yaprağının tamamının veya bir kısmının hammadde olarak kullanılması ile yapılan ve içme, buruna çekme, emme ya da çiğneme şeklinde kullanılan ürünlere “tütün ürünü (mamulü)” adı verilir. Çeşitli teknolojik işlemlerle hazırlanan ve satışa sunulan başlıca tütün ürünleri olarak sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro, nargile tütünü, enfîye, bidi, kretek ve çiğneme tütünü sayılabilir (7, 26). Tütün ürünlerinin tamamı içeriklerindeki nikotinden dolayı bağımlılık yaparlar. Ancak nikotinin insan vücuduna girmesi açısından en elverişli ortamı tütün ürünleri arasında

sigara sağlamaktadır. Sigara ortalama 0,5-1 gram tütün ve 10 mg nikotin içermekte, nefesle çekildikten 7 saniye sonra nikotin içeriği beyne ulaşmaktadır (29). Tütün satış gelirlerinin %96'sına sahip olan ve tütün ürünleri arasında en yaygın kullanılanı da sigaradır (7, 15). Türk Dil Kurumu sigarayı; ince kâğıda kıyılmış tütün sarılarak hazırlanan, silindir biçiminde, ağızdan dumanı çekilen nesne olarak tanımlamaktadır (25).

2.2. Tütün Dumanı

Tütünün yanması ile ucundan çevreye yayılan yan akım ve sigara içen kişi tarafından solunan ana akım olmak üzere iki tip duman oluşur. Ana akım dumanı, gaz fazı ve partiküler maddeler (parçacıklı kısım, katran) olarak iki kısımdan oluşur. Filtreler partiküler maddeleri büyük oranda süzerler. Çevresel sigara dumanının %85'ini oluşturan yan akım sigara dumanında partiküler madde konsantrasyonu daha fazladır (28).

Sigara dumanında kırktan fazlası kanserojen olan 4000'den fazla kimyasal bileşik vardır (22). Bunlardan gaz fazında azot, karbonmonoksit, karbondioksit, amonyak, hidrojen siyanür gibi maddeleri kapsayan 500 kadar ve %5 kadar olan partiküler fazda ise nikotinle birlikte nornikotin, anetabin, anabasin gibi 3500 civarında değişik kimyasal madde bulunmaktadır. Dumandaki maddeler farmakolojik olarak aktif, mutajenik veya toksiktir. The International Agency for Research on Cancer (IARC) sigara dumanını 1985 yılında insan için grup 1 karsinojen (kansere yol açtığı kesin olarak gösterilmiş) olarak ilan etmiştir (28).

Sigaranın içilmesi sırasında 0,05 mg ile 2,0 mg arası nikotin vücuda girmektedir. Nikotine maruz kalmanın; epileptik ataklara, kusmaya, merkezi sinir sistemi depresyonuna, gelişme geriliğine, fetusta gelişme geriliğine, erken doğuma ve düşük doğum ağırlığına neden olduğu saptanmıştır (28). Ayrıca nikotin havayolu direncinin artmasına, alfa1 antitripsin azalmasıyla amfizem gelişimine, prostaglandin azalmasıyla mide ülserlerine, östrojende azalmayla birlikte erken menopoza, kemik erimesi ve kalp hastalıklarına sebep olmaktadır (30). Katranın ise kanser, akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları ve sigarayla ilişkili diğer hastalıkların oluşumunda etkili olduğu saptanmıştır (22).

2.3. Tütün Tarihçesi

Tütünün kökeninin nereden kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir (26). Asya'dan Amerika'ya 18000 yıl önce Bering Boğazı kara köprüsünden göç sırasında domates, patates, mısır, kakao ve kauçuk gibi daha yararlı bitkiler ile birlikte tütününde taşındığı bildirilmektedir (31).

Milattan Önce 6000 yılında Amerika kıtasında tütün tarımının yapıldığına ve Orta Amerika'da yaşayan Mayalar'ın günümüzden 3500 yıl önce tütün kullandıklarına dair kanıtlar vardır (31, 32). Maya ve Aztek din görevlileri tütünü dini törenlerde kullanmıştır. Aztekler tütünden yaptıkları sakızları çiğnemişler, tütün tozlarını derilerine tedavi edici olarak sürmüşlerdir (26, 33). Kızılderililer ise kutsal saydıkları uzun çubuklarla kuru tütünü ilkel bir pipo şeklinde tütürerek kullanmıştır. Böylece tütün Amerika'da keyif verici olarak yaygınlaşmıştır. Christoper Colombus 1492 yılında Amerika kıtasını keşfederek yerlilerin tütünü kullandıkları boruya verdikleri 'tobacco' ismini bitkiye vermiş, kıtaya gelen gemicilerde tütün bağımlısı olmuştur (26).

Avrupa'nın tütünle tanışması Amerika kıtasından dönen Christoper Colombus'un getirdiği tütün tohumları ve yapraklarıyla olmuştur (34). Yeni kıtaya yerleşen Avrupalılar, Amerika'da ilk kez 1531 yılında tütün tarımına başlamıştır (32).

Fransa'nın Portekiz Elçisi Jean Nicot 1559 yılında kraliçesine tütünü hastalıkları iyileştiren bitki olarak sunmuştur. Kraliçenin başındaki ağrılara tütünün iyi geldiğini hissetmesi ve 1565 yılında ise Sevilla'da Profesör Nicolo Mondares'in tütünün birçok hastalığa iyi geldiğini yazması; Avrupa'da tütünün keyif verici, cesaret verici özelliklerine ilaveten tedavi ilacı olarak da yayılmasına ve halk arasında Kraliçe otu denmesine neden olmuştur. Tütünün Avrupa'ya yayılmasında etkili olan Jean Nicot'a ithafta bulunularak tütünün 1828 yılında bulunan alkoloitine 'nicotin' ve tütüne de 'nicotina' denmiştir (26, 32).

Osmanlılar 1500'lü yıllarda Mısır'da tütün kullanmaya başlamıştır (32). Mısır'daki eski medeniyetlerde de tütün "tütsü" olarak kullanılmıştır. Tütün sömürgecilik ve gemi ticareti ile Kuzey Avrupa, Akdeniz, Doğu ve Güney Asya ülkelerine ulaşmıştır (26). Anadolu'ya tütünün gelişinin ilk olarak 1580-1612 yılları

arasında olduğunu ifade eden farklı araştırmalar vardır, bunlardan birine göre Venedikli gemiciler 1580 yılında İstanbul'a tütün getirmiştir (35).

Tüketiminin artması nedeniyle tütünün ticari boyutlarda üretimi ilk kez 1612 yılında Virginia'da John Rolfe tarafından olmak üzere, Avrupa devletlerinin Amerika kıtasındaki sömürgelerinde yapılmaya başlanmıştır. Avrupa'da tütün ticaretini Virginia'ya seferler yapan Kaptan Walter Raleigh başlatmıştır. İngiltere'de Virginia tütününü satan işyeri sayısı 1614 yılına gelindiğinde 7000'i aşmıştır (32). Bu bilgiler tütün tüketimin yaygınlığını ve ticaretinin önemini göstermektedir. Osmanlı'da ise tütün 1630'lu yıllarda yetiştirilmeye başlanmıştır (35).

Aynı yıllarda çeşitli sebeplerle tütün kullanımına yasaklar da gelmiş ancak bu dönemdeki yasaklar sağlıkla ilgili endişelerden kaynaklanmamıştır (36). Dine uygun olmadığı, ruhları teslim aldığı gerekçesi ile 1603 yılında İngiltere'de tütün yasaklanmış ve ülkeye tütünü tanıtan Sir Walter Raleigh idam edilmiştir (26). Yangınlara neden olduğu gerekçesiyle IV. Murat da tütün tüketimini 1633'te yasaklamıştır (32, 35). Rus Çar'ı I. Aleksi tütün içene ilk kullanımında burnunun kesilmesi, tekrarında ise ölüm cezasını 1634 yılında başlatmıştır. Hapis ve ölüm cezası da olmak üzere her türlü yasağa rağmen tütün kullanımı devam etmiştir. IV. Mehmet'in tiryaki olması tütün içiminin 1646'da serbest bırakılmasını sağlamıştır. Rus Çarı Büyük Petro ise 1710 yılında, Rusların sigara içerek Avrupalılara benzemelerini istemiştir (26, 32).

Tütünün hastalıklarla ilişkisi ilk kez 1761 yılında İngiliz Doktor John Hill'in "Cautions Against the Immoderate Use of Snuff" (Aşırı Enfiye Kullanımına Karşı Önlemler) araştırmasında gösterilmiştir (37). Pipo içenlerde dudak kanseri olduğu ise 1795'te Almanya'da raporlanmıştır. Tütün kullanımını kolaylaştıran ilk fosforlu kibrit İngilizler tarafından 1833'te yapılmıştır (32).

Amerika'da enfiye olarak buruna çekmek ve pipo olarak içmek daha yaygın olan kullanım biçimleri iken, 18. yüzyılda kıyılmış tütün; kâğıtla sarılarak 'papelitos' ismiyle ve tütün yapraklarına sarılarak 'cigar' ismiyle kullanılmıştır. Puro kullanımı 19. yüzyılın başlarında yaygın iken ilk sigaralar Fransa'da 1844 yılında yapılmıştır. Kırım Savaşı'nda tütünü gazete kâğıdına sararak kullanan askerlerin; 1856 yılı sonrası alışkanlıklarını ülkelere götürmesi, sigara sanayisinin başlamasına neden olmuştur. James A. Bonsack 1880 yılında Amerika'da, sigara yapan ilk makineyi

yapmıştır. Sigaranın maliyeti üretiminin sanayileşmesi ile azalmıştır. Kibritin de güvenli hale gelmesiyle sigara kullanımı tütünün en sık kullanım biçimi olmuştur (26).

Osmanlı hükümeti tütün işletme hakkını 1884 yılında Fransız Reji şirketine vermiştir. İstanbul, İzmir, Samsun ve Adana’da tütün fabrikalarını kuran Reji şirketi yüz binlerce Türk tütün üreticisini sömürmüş ve 1913 yılında 7.000 kişilik “Silahlı kolcu birlikleri” kurarak kaçakçılıkla mücadele bahanesiyle insanlara işkence yapmıştır. Cumhuriyet döneminde kurulan Ulusal Tekel ile 4 Mart 1925 günü Reji işkence ve sömürüsü son bulmuştur (32).

Birinci Dünya Savaşının 1914 yılında başlamasıyla cephede asker kumanyalarına tütün ilave edilmiştir. Tütün ve sigara İkinci Dünya Savaşında cephede en az silah ve mühimmat kadar aranır hale gelmiş, savaş sonrası sigara tüketimi daha da artmış ve dünyada yetişkin nüfusunun yaklaşık yüzde 60-80’i sigara tüketir hale gelmiştir (26).

Tütün kullanımının zararları hakkında gerçekler yüzyıl önce geçmişe göre daha sık belgelenmeye başlamış; ancak dikkat çeken çalışmalar 20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkmıştır. İlk kez Adler 1912’de akciğer kanseri ile sigara arasında ilişki olabileceğini birkaç bulguyla yazmış ve Müller tarafından 1939 yılında Almanya’da bu bilgi teyit edilmiştir (38). Akciğer kanseri olanların daha fazla sigara içtiği bilgisi 1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 684 vakayla Wynder ve Graham tarafından ve İngiltere’de 2475 vakayla Doll ve Hill tarafından tıp literatürüne ilk büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalar olarak katılmıştır (39,40). Daha sonraki yıllarda, birçok ilgili bilimsel sonuçlar yayınlanmış ve en inandırıcı kanıtlar 1964 yılında Doll ve Hill tarafından İngiliz doktorlar on yıllık izlem raporunda ortaya konmuştur (41). Doll ve ark. 50 yıl süresince erkek İngiliz doktorları takip ederek tütünün sağlığa zararlı etkilerini verilerle bilimsel olarak ispatlamıştır (6).

2.4. Tütün Epidemiyolojisi

2.4.1. Dünyada tütün epidemiyolojisi

Dünyada 1,3 milyar kişi tütün kullanmaktadır (7, 8) Nüfus artışı nedeniyle 2030 yılında bu sayı 2 milyara ulaşacaktır (15). Tütün kullanıcılarının yarısı üç ülkede yaşamaktadır. Çin 288 milyon erkek ve 13 milyon kadın ile en fazla tütün kullanıcısının yaşadığı ülkedir. Hindistan'da 197 milyon erkek, 78 milyon kadın ve Endonezya'da 58 milyon erkek, 3,8 milyon kadın tütün kullanıcısı vardır (42).

Tütün ürünlerinin kullanım oranları ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Dünya Sağlık İstatistikleri 2015'te yer alan 2012 yılına ait verilere göre herhangi bir tütün ürününü kullanma prevalansı, dünya genelinde 15 yaş ve üzeri yetişkin erkeklerde %36,1 iken kadınlarda %6,8 ve 13-15 yaş arası adölesan erkeklerde %18,2 iken kadınlarda %8,3'tür. Ülkemizin yer aldığı Avrupa bölgesinde 15 yaş ve üzerinde yetişkinlerde herhangi bir tütün ürününü kullanma prevalansı erkeklerin %39,0'i kadınların %19,3'üdür. Dünyada en yüksek oranda tütün ürünü kullanımı; kadınlarda Avrupa bölgesinde, erkeklerde ise %48,5 ile Batı Pasifik bölgesindedir. Dünyada yetişkinlerde en yüksek oranda tütün kullanımı erkeklerde %71,8 ile Endonezya'da, kadınlarda %53,7 ile Nauru'dadır (43).

Yeryüzündeki her 10 ölümden biri tütün kullanımıyla ilişkili nedenlerle oluşmaktadır (4). Dünyada her yıl %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere, yaklaşık 600.000 pasif içici ile birlikte 6 milyon dolayında insan tütün kullanımının sebep olduğu sağlık sorunları nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu da yaklaşık her 6 saniyede 1 kişinin tütün nedeniyle ölmesi demektir (5). Tütün kullanımı gelişmekte olan ülkelere nüfus artışı ve tütün endüstrisinin hedefleri sonucunda hızla artmaktadır. Tütün salgınının gelişmekte olan ülkelere kayması sonucunda, sağlık bakım hizmetlerinin de yetersizliği eklenince bu ülkelere hastalıklar ve ölümler beklenmedik hızla artacaktır (1). Günümüzdeki kullanım şekliyle ek önlemler alınmazsa tütün kullanımı nedeniyle 2030 yılına gelindiğinde ölen kişi sayısı yıllık 8,3 ile 10 milyon civarında olacaktır (4, 13). Tütün kullanımı bu şekilde devam ettiği takdirde bu sayının büyük bölümü gelişmekte olan ülkelere gerçekleşecek ve 21. yüzyıl boyunca 1 milyara yakın kişinin ölmesine neden olacaktır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa bölgesinde 30 yaş ve üzeri yetişkinlerde görülen tüm ölümlerinin %16'sı (erkek ölümlerinin %25'i, kadın ölümlerinin %7'si) tütüne atfedilmektedir (44).

2.4.2. Türkiye’de tütün epidemiyolojisi

Türkiye’de yetişkinlerde tütün kullanımıyla ilgili ilk çalışma 1988 yılında yapılmış, 15 ve üzeri yaş grubunda sigara kullanım sıklığı %44 (erkeklerde %62 ve kadınlarda %24) bulunmuştur (7, 9). Daha sonra yapılmış çalışmalardan Ulusal Hanehalkı Araştırması’nda 2003 yılında 18 yaş ve üzerinde erkeklerin %53’ünün, kadınların %19’unun sigara kullandığı saptanmıştır. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) bulgularına göre Türkiye’de 2008 yılında sigara kullanım sıklığı %31,2’dir. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%47,9) kadınlara (%15,2) göre yüksektir. Bu değerlerle 2008 yılında 15 ve üzeri yaş grubunda 12 milyonu erkek ve 4 milyonu kadın olmak üzere toplam 16 milyon kişinin sigara içtiği hesaplanmıştır. Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesi’nde erkekler arasında en yüksek sigara kullanım sıklığına sahip ülkeler arasındadır. (45).

Tütün kontrolü çalışmalarıyla 2 milyonun üzerinde kişinin sigarayı bıraktığı tahmin edilmektedir (46). İkincisi 2012 yılında yapılan KYTA göre tütün içenlerin oranı % 27,1’e yaklaşık 14,8 milyon kişiye düşmüştür. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41,5 ve kadınlarda %13,1 bulunmuştur. Tütün ürünü kullananların büyük bölümü (%94,8) sigara içmektedir (9).

Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS; Global Youth Tobacco Survey) 2009 yılı verilerine göre erkeklerin %10,2’si ve kızların %5,3’ü olmak üzere 13-15 yaş aralığında öğrencilerin %8,4’ü sigara içmektedir (47).

Ülkemizde her yıl yaklaşık 100 bin kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu da yaklaşık her 5 dakikada 1 kişinin tütün nedeniyle ölmesi demektir (46).

Yetişkin nüfusun %23,8’lik bölümü her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %37,3’ü, kadınların %10,7’si). Ülkemizde her gün sigara içenlerin %70,4’ü günde yarım paketten fazla sigara içmektedir; günde içilen ortalama sigara sayısı 19,2’dir. Sigara içenlerin %42,1’i günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde

içmektedir. Her gün sigara içenlerin her gün sigara içmeye başladıkları yaş ortalaması 17,1'dir ve sigara içmeye kadınlar (17,9 yıl) erkeklere (16,8 yıl) göre yaklaşık bir yıl daha geç başlamaktadır (9). TÜİK 2013 Hane halkı Tüketim Harcaması raporuna göre hane halklarının, bütçelerinden % 4,2 payını alkollü içecekler ve sigaraya ayırdığı tespit edilmiştir (48).

2.5. Sigara Kullanımının Oluşturduğu Sağlık Riskleri

Sigara içimi ile artmış mortalite ve morbidite arasındaki sebep sonuç ilişkisi kuvvetli bir şekilde ortaya konulmuştur (22).

Sigara içenlerin, sigara içmeyenlerden 10 ile 16 yıl daha kısa yaşadığı tespit edilmiştir (6, 13). Tütün kullananlarda erken (35-69 yaş) ölümlerin tütün kullanmayanlara göre 2-3 kat fazla olduğu bulunmuştur. Tütün içmeyenlerin 70-90 yaşlarına ulaşmaları olasılığı, aynı yıllarda doğmuş tütün içenlere göre üç kat fazla olduğu saptanmıştır (6).

Sigara 20 kadar ölümcül hastalıkla ve doğrudan ölüme neden olmayan yaklaşık 50 kronik hastalıkla ilişkilidir. Sigara akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve periferik aterosklerozun ana nedenidir. Kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının ise başlıca nedenlerindendir (12).

Dünyada kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olan akciğer kanseri ölümlerinin %71'i tütün kullanımından kaynaklanmaktadır (44, 49). Tüm dünyada hastalıklara bağlı ölümlerden KOAH'ın %42'si, tüm malign kanserlerinin %22'si, tüm kardiovasküler hastalıkların %10'u tütün kullanımına atfedilmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesindeki ölümlerden ise akciğer kanserinin %85'i, KOAH'ın %70'i, tüm malign kanserlerinin %27'si ve tüm kardiovasküler hastalıkların %15'i tütün kullanımına atfedilmektedir (42).

Ülkemizde tütün kullanımı, ilişkili olan hastalıklara bağlı yükün %8,6'sından sorumludur. Sigaraya bağlı hastalık yükü dağılımında kardiyovasküler hastalıkların %3, KOAH'ın %1,4 ve akciğer kanserlerinin %1'lik payı vardır (10).

Sigara içenlerde akciğer kanserine yakalanma riski içmeyenlere göre 15 kat daha fazladır. Risk zamanla artmaktadır (22, 50). Sigara içmeye ne kadar erken yaşta

başlanmışsa, ne kadar uzun süre sigara içilmişse ve günde ne kadar fazla sigara içiliyorsa kanser gelişmesi riski o ölçüde fazla olmaktadır (16, 51).

Sigara içimi solunum fonksiyonlarını, dolaşım sistemini ve bağışıklık sistemini bozmaktadır. Kalp-damar hastalıklarına yakalanma riski sigara içenlerde içmeyenlere göre yaklaşık 2 kat fazladır ve çok az sigara tüketiminde de ortaya çıkabilmektedir (22).

Sigara kullananlarda, dişlerin üzerinde katran artıkları veya koyu-kahverengi lekeler ile kötü ağız kokusu oluşmaktadır. Ayrıca damakta kırmızı renkli iltihabi oluşumlara, dişeti hastalığına, siyah kılılı dil görüntüsüne, ağızda doku bozukluklarına, dişeti çekilmelerine yatkınlık oluşmaktadır (52).

Sigara içiminin en yaygın etkileri solunum sistemi üzerinde olmaktadır. Sigara kullanımı; mukus sekresyonunu koyulaştırarak, mukosilyer hareketi bozarak otit ve rinosinüzit; larengofaringeal reflüyü kolaylaştırarak larenks ödemi, bronş aşırı duyarlılığı oluşturarak astım hastalıklarının meydana gelmesine neden olmaktadır. Deskuamatif interstisyel pnömoni hastalarının %90'ının, idyopatik pulmoner fibrozis hastalarının %41-83'ünün sigara içtiği bulunmuştur. Tütünün tüberküloz prevalansını 2-4 kat artırdığı, ömür boyu spontan pnömotoraks gelişme riskini %0,1'den %12'ye çıkardığı, cerrahi operasyon sonrası pulmoner komplikasyonları %9 kadar artırdığı saptanmıştır (53).

Sigaranın gastrointestinal sistemde mukozal yenilenmeyi azalttığı, kronik böbrek yetmezliği gelişme riskini yaklaşık 2 kat artırdığı bulunmuştur (53).

Tütün kullanımı osteoporoz, osteoartrit, katarakt, boyun ağrısı, sırt ağrısı, crohn hastalığı, penis ereksiyon bozukluğu, maküler dejenerasyon, cilt kırıksıklığı, diabetes mellitus (tip 2) ve işitme kaybı gibi hastalıkların riskini artırır. Hem erkekte hem kadında üreme olasılığını azaltır (22).

Tütün üst solunum ve sindirim yollarının en önemli kanserojenidir. IARC grup 1 (insan karsinojeni olarak bilinen) bileşiklerinden arsenik, 4-aminobifenil, benzen, berilyum, kadminyum, kromiyum, etilen oksid, 2-naftilamin, nikel bileşikleri, radon-222 ve vinil klorid sigara ana dumanında bulunmaktadır. Tütün kullanımı larinks, orofarinks, özefagus, akciğer, mide, kolon, pankreas, mesane, böbrek, serviks kanserleri ve akut myeloid lösemiye neden olmaktadır (1, 53, 54).

2.6. Sigara Kullanımının Mesleki Sağlık Riskleri

İşyerlerindeki çeşitli sağlık ve güvenlik riskleriyle birlikte sigara kullanımı daha olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (16). Sigara kullanımı mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilmekte ve mesleki akciğer hastalığı oluşma tehlikesini arttırmaktadır (12).

Hiç sigara içmeyenlerin işyerinde pasif sigara dumanına maruz kalması durumunda akciğer kanseri gelişmesi riskinde %16-19 artış olduğu gösterilmiştir (53).

Kömür, silika, tahıl ve pamuk tozuna maruz kalan ayrıca sigara içen işçilerde; içmeyenlere göre kronik bronşit gelişme olasılığı daha fazladır. Riskler birikim göstermekte ve sigara mesleki akciğer kanseri gelişiminde de etken olmaktadır. Silikaya maruz kalan sigara içen işçilerde, içmeyenlere göre kanser daha sık görülmektedir (12).

2.7. Sigara Bırakmanın Yararları

Sağlık kazanımları bırakmayla birlikte başlamaktadır. Tütün 50 yaşta bırakıldığında içenler ile içmeyenler arasında yaşa özel mortalitedeki üç kat fark yarı yarıya, 30 yaşta bırakıldığında ise neredeyse içmeyenlerin oranına azalmaktadır. Tütünü 60, 50, 40 ve 30 yaşlarında bırakanların yaşam beklentisinde sırasıyla 3, 6, 9 ve 10 yıl artış olmaktadır (6).

Sigara içimine bağlı bir hastalık oluşmadan önce otuzlu yaşlarda sigara bırakılırsa, bırakmaya bağlı en büyük sağlık kazanımı elde edilmekte ve beklenen yaşam süresinin normale gelmesini sağlamaktadır (6, 22).

Sigarayı bıraktıktan sonraki 24 saat içinde akciğerler; mukus ve sigara dumanı atıklarını temizlemeye başlamakta, karbon monoksiti vücuttan hızla elimine etmektedir. Tat ve koku alma bırakma sonrası 48 saat içerisinde, soluk alma ise bronşların genişlemesiyle 72 saat içerisinde düzelmektedir. Sigara bırakma sürdürülürse üç ile dokuz ay aralığında solunum fonksiyonlarındaki iyileşmeyle birlikte varsa öksürük, hırıltı ve solunum problemleri düzelmektedir. Bir yıl sigara kullanmama halinde kalp krizi oluşma riski sigara içmeye devam edenlerin riskinin

yarısına inmektedir. Akciğer kanseri riskinin içmeye devam edenlerin riskinin yarısına inmesi için ise 10 yıllık süre gereklidir (22).

Sigaranın bırakılması KOAH'ın ilerlemesini engelleyen veya tedavi eden tek yöntemdir. Sigara bırakanlarda geçmiş içme miktarları ile değişmekle birlikte sigara içmeye devam edenlere göre mortalite %32-84 oranında azalmaktadır (53).

Sigarayı bırakanlar, sigara içmeye devam edenlere göre daha az hastalıkla geçen gün sayısı ve daha az iş gücü kaybı süresi olan bir yaşama sahiptirler (22).

2.8. Tütün Kontrolü Çalışmaları

2.8.1. Dünyada tütün kontrolü çalışmaları

Dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedeni olan tütün salgını önlenebilir bir sorundur (1). Önlenebilir olması müdahale edilmesinin en önemli gerekçesidir. Tütün endüstrisi devamlılığını sağlamak için sigara tüketen erişkinlerdeki ölümleri ve bırakmaları karşılayacak kadar yeni tüketiciyi kazanmaya çabalamakta, bu da tütün salgını oluşturmaktadır (12). Tüm salgın hastalıkların bir bulaşma yolu, hastalık ve ölümlerin yayılmasına yol açan vektörü bulunmaktadır. Tütün salgını konusunda bu vektör virüs, bakteri veya bir başka mikroorganizma değil, tütün endüstrisi ve çalışma stratejisidir (55).

Tütün kullanımından kaynaklanan hastalıklar ile sağlık sonuçlarını anlamak, tütün kullanımının önlenmesine, bırakılmasına ve tütün dumanına maruz kalmaktan korunmasına yönelik halk sağlığı eylemleri için bilimsel bir temel sağlamış böylelikle tütün kontrolü çalışmalarının başlamasına neden olmuştur (11). Tütün kontrolü, toplumun tütün kullanımını ve tütün dumanına maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan bir takım arz, talep ve zarar azaltma yöntemleri olarak tanımlanmıştır (12).

Tütün kontrolü mevzuatı ve Dünyada tütün kontrolü çalışmaları 1964 yılında ABD Surgeon General Danışma Kurulu Raporunda sigara kullanımının akciğer kanserinin bir nedeni olduğunun ifade edilmesiyle başlamıştır (56). Birleşik Krallık'ta ise 1965 yılında sigara reklam yayınları yasaklanmış ve ABD Kongresinde sigara paketleri üzerine bir uyarı mesajı yazılması gerektiği kararı alınmıştır (41).

Dünya Sağlık Asamblesi 1970 yılı toplantısında DSÖ ilk kez tütün kullanımının zararlı etkilerini önleme kararı almıştır. 1970 ve 1980'lerde bazı ülkelerde tütün kontrolü yasaları yürürlüğe girmiştir. DSÖ 1988 yılında, her yıl 31 Mayıs'ta yapılacak şekilde 'Dünya Tütüne Hayır Günü (World No Tobacco Day)' başlatmıştır (41).

Tütün Kontrolü uygulaması son 20-30 yılda gelişmiş ülkelerin çoğunda tütün kullanımını azaltmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise tütün kullanımı, tütün endüstrisinin bu ülkelerde yeni pazarlar oluşturmadaki etkinliği nedeniyle artmıştır (41).

Tütün salgınının özellikle gelişmekte olan ülkelere tersine çevirmek için, 2003 yılında DSÖ'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde ilk uluslararası tütün kontrolü antlaşması olarak Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS; FCTC, Framework Convention on Tobacco Control) kabul edildi (41). Sözleşme; tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler, tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler ve çevrenin korunması madde başlıkları altında; tütün ürünlerinin üretilmesinden, fiyatlandırılmasına, tütünün zararları konusunda toplumun eğitilmesi, bu ürünlerin reklamı, tanıtımı ve pazarlanmasına kadar pek çok konu ile ilgili hükümler içermektedir (57, 58).

DSÖ'ye taraf 40 ülkenin imzalamasından 90 gün sonra 27 Şubat 2005'te TKÇS yürürlüğe girmiştir. TKÇS'ye 4 Mart 2015 tarihinde Zimbabwe'nin katılımıyla, Birleşmiş Milletler'in en geniş katılımlı antlaşmalarından birisi olan sözleşmeyi imzalayan ülke sayısı günümüzde 180 olmuştur (59).

Tütün kontrolü konusunda TKÇS ile elde edilen başarıyı güçlendirmek amacıyla DSÖ tarafından 2008 yılında Küresel Tütün Salgını Raporu (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; The MPOWER Package) yayınlanmıştır. Raporda ülkelerin tütün kontrolü konularında mevcut durumları ve tütün kullanımı değerlendirilmiş, tütün kontrolünde etkili olduğu kanıtlanmış 6 strateji ülkelere yol haritası olarak önerilmiştir. Bu stratejileri işaret eden ifadelerin ilk sözcüklerinin baş harflerinden oluşan MPOWER kısaltması rapora adını vermiştir (56, 57).

MPOWER uygulamaları ve Türkçe karşılıkları raporu dilimize çeviren yazarlarca:

- 1- “**Monitor tobacco use and prevention policies,**
Tütün kullanımını ve koruyucu politikaları izle,
- 2- **Protect people from tobacco smoke,**
Toplumu tütün dumanından koru,
- 3- **Offer help to quit tobacco use,**
Sigarayı bırakma konusunda yardım et,
- 4- **Warn about the dangers of tobacco,**
Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda eğit,
- 5- **Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship,**
Tütünün reklam, tanıtım ve sponsorlukları konusundaki yasakları güçlendir,
- 6- **Raise taxes on tobacco, Tütün üzerindeki vergi yükünü artır’’** şeklinde ifade edilmiştir (1, 56, 57).

2.8.2. Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları

Tütün ürünlerinin üretim ve satışı ülkemizde uzun yıllar Devlet Tekelince (TEKEL (Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri A.Ş. Genel Müdürlüğü, Bağlı Şirketler ve Müessese Müdürlükleri merkezi ile taşra teşkilatları)) organize edildi. TEKEL, kullanıcılara tütün ürünleri temin etmekte ancak tütün kullanımını artırmak için herhangi bir çaba göstermemektedir. Çok uluslu tütün şirketlerinin Türkiye’ye girmesine izin verilmesiyle birlikte, 1980’li yıllarda tütün ürünlerinin reklamı başladı ve tütün kullanımı arttı. Sigara satışları 1980 ve 2000 yılları arasındaki 20 yıllık dönemde ülkemizde yıllık 58 milyar adet daldan 2 kat artarak 117 milyara çıkmıştır. Bu dönemde 1991 yılında çıkartılmak istenen tütün kontrol yasası Cumhurbaşkanı tarafından veto edildi. Çeşitli sivil toplum örgütlerince ‘Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK)’ 1995 yılında oluşturuldu. Tütünle mücadelede önemli bir adım olan ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’ Kasım 1996 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından kabul edildi (41).

Ülke içindeki ve uluslararası gelişmeler doğrultusunda, DSÖ TKÇS 2004 yılında TBMM tarafından kabul edildi ve ulusal yasa halini aldı (41). TKÇS uyarınca Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı

hazırlanmıştır. Ulusal Program ve Eylem Planı içinde yer alan amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için 2008 tarih ve 5727 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” ile 4207 sayılı yasanın kapsamı genişletilmiştir (60).

Son değişikliklerle birlikte 4207 sayılı kanunun güncel haline göre, kamu hizmet binalarında, birden çok kişinin girebileceği eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan binaların kapalı alanlarında, eğlence hizmeti verilen işletmelerde ve toplu taşıma araçlarında tütün ürünlerinin kullanımı yasaktır. Okul öncesi eğitim ile ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının ise hem kapalı hem de açık alanlarında tütün tüketimi yasaktır (61).

Kanun ile koruyucu önlemler olarak; tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alametlerini kullanılarak reklâm ve tanıtım yapamayacağı, etkinliklere bu şekilde destek olamayacağı ve bildirim, basın yayın organlarına ilân veremeyeceği belirtilmiştir. Bunlara ek olarak araçlarında markalarını tanınmasını sağlayacak bir uygulama yapamayacağı, tütün ürünlerinin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyaların düzenlenemeyeceği; firmaların tütün ürünlerini bayilere veya tüketicilere, teşvik, hediye, eşantyon, promosyon, bedelsiz veya yardım olarak dağıtamayacağı bildirilmektedir. Ayrıca tütün ürünlerinin; televizyonda yayınlanan her türlü programda kullanılamayacağı, görüntülerinin yer alamayacağı; sağlık, eğitim, öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde satışının yapılamayacağı; on sekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamayacağı, tüketimlerine sunulamayacağı ve istihdam edilemeyeceği; otomatik makinelerle, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarla satılamayacağı, satış amacıyla kargoyla taşınamayacağı ve tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket, ağızlık, kağıt ve benzeri atıkların çevreye atılamayacağı belirtmektedir (61). Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'ne (184) ulaşarak 4207 sayılı Kanun ihlalleri bildirilebilmektedir. Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi kapsamında 2014 yılında gerçekleştirilen 2.493.470 denetimde 14.060 ihlal saptanmıştır (62).

Tütünle Mücadelede 2014 yılında "Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı" 2014-2018 yıllarını kapsayacak biçimde ülkemizin ihtiyaçları doğrultusunda güncellenmiştir. Tütünle mücadelesi nedeniyle DSÖ tarafından üç kez ödüllendirilen

Türkiye, DSÖ'nün MPOWER stratejilerinin tamamını karşılayan ilk ve tek ülkedir (46, 63). Türkiye'de izlem faaliyetleri, tamamen dumansız sahalar uygulaması, ücretsiz sigara bırakma hattının 2010 yılından beri devamlı faaliyette bulunması, Avrupa Birliği'nin önerdiği resimlerle paketlerin ön ve arkasının %65'inin sağlık uyarılarıyla kaplanması, tütünle ilgili bütün reklam, tanıtım ve sponsorluklara yasaklama uygulaması ve sigara perakende fiyatının %81,7'sini vergilerin oluşturması kapsamlı bir biçimde uygulanmaktadır (64).

2.9. Nikotin Bağımlılığının Değerlendirilmesi

Madde bağımlılığı ölçütleri ile yapılan klinik değerlendirme ve anketlerle yapılan psikometrik değerlendirmeler olmak üzere nikotin bağımlılığını değerlendirme yöntemleri iki grupta toplanabilir. Birinci grupta “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) ve “International Statistical Classification of Diseases” (ICD) tarafından geliştirilen madde bağımlılığı tanımı ve bunu temel alan psikiyatrik klinik tanı ölçütleri, ikinci grupta ise temelde fiziksel bağımlılık belirtilerini değerlendiren ölçekler yer almaktadır (65).

2.9.1. Klinik tanı ölçütleri

ICD-10 nikotin bağımlılığı kriterleri:

1. Tütün kullanımı için güçlü bir istek veya kompülsiyon duygusu
2. Tütün kullanımını kontrolde zorlanma
3. Geri çekilme bulguları
4. Tolerans
5. Madde kullanımından ve madde kullanımı ya da temini için harcanan zamandan dolayı farklı ilgi ve zevk veren etkinliklerden uzaklaşma
6. Zararlı sonuçlarına karşın madde kullanımının sürdürülmesi şeklindedir (65).

DSM 4'te yer alan ‘bağımlılık’ terimi çıkartılarak ve madde kullanım bozukluk ölçütlerine benzer ölçütler eklenerek DSM 5'te ‘Tütün Kullanım Bozukluğu’ ve ‘Tütün Yoksunluğu’ tanılarına yer verilmiştir.

DSM 5 ölçütlerine göre ‘Tütün Kullanım Bozukluğu’ on iki aylık dönemde aşağıda yer alan 11 ölçütten en az iki tanesini gösteren klinik açıdan belirgin bir bozulma ya da sıkıntıya yol açan sorunlu bir tütün kullanım şeklinin olmasıdır.

1. Tolerans gelişmiş olması,
 - A. İstenilen etkiyi sağlaması için belirgin olarak artan miktarlarda tütün kullanma ihtiyacı,
 - B. Aynı miktarda tütün kullanımıyla belirgin olarak azalmış etkisi
2. Tütünün genellikle istenenden daha çok ya da uzun süreli olarak kullanımı,
3. Tütün kullanımını bırakmak ya da kontrol altına almak için sürekli bir istek ya da başarısız çabanın olması,
4. Tütün elde etmek, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için gerekli faaliyetlere fazla zaman harcama,
5. Tütün kullanma için zorlanma ya da güçlü bir istek ya da aşerme (şiddetli arzu) hissi,
6. Tekrarlayıcı tütün kullanımının sonucu olarak işte, okulda ya da evdeki başlıca sorumluluklarını yerine getirmede başarısızlık,
7. Tütün etkilerinin sebep olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı toplumsal veya kişilerarası sorunlar olmasına rağmen tütün kullanımını sürdürme,
8. Tütün kullanımı nedeniyle sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
9. Tehlikeli olabilecek durumlarda tekrarlayıcı tütün kullanımı,
10. Büyük olasılıkla tütünün sebep olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı bedensel veya ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine rağmen tütün kullanımını sürdürme,
11. Yoksunluk gelişmiş olması,
 - A. Tütüne özgü yoksunluk sendromu (tütün yoksunluğu A ve B ölçütleri)
 - B. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da sakınmak için tütün alınır (66, 67)

Ağırlık derecesi, ölçütlerden 2-3 belirtinin bulunması durumunda hafif (tütün kullanımı Z72.0 ICD -10 kodu), 4-5 belirti varlığında orta derece ve 6 ya da daha çoğunun olması durumunda ağır (F17.200 ICD -10 kodu) olarak belirtilmelidir. Hafif

ağırlık derecesi tütün yoksunluğu (F17.203 ICD -10 kodu) veya tütünün yol açtığı uyku bozukluğu (F17.208 ICD -10 kodu) tanılarıyla birlikte kullanılamaz (66, 68).

Belirleyicileri olarak varsa

- a. Erken yatışma evresinde (aşırma hariç tüm ölçütler 12 aydan kısa olmak üzere en az 3 aydır görülmemektedir)
- b. Sürekli yatışma gösteren (aşırma hariç tüm ölçütler 12 ay ya da daha uzun bir süredir görülmemektedir)
- c. Sürdürme tedavisinde (nikotin yerine koyma tedavisi (NRT) alıyorken NRT toleransı ve yoksunluğu dışında tüm ölçütler görülmemektedir)
- d. Denetimli çevrede (maddeye ulaşmasının kısıtlandığı ortamlarda) belirtilmelidir (66, 68).

Tütün bırakıldıktan sonra ortaya çıkan 24-48 saatte şiddetlenen ve yaklaşık 15 gün sonra yok olmaya başlayan belirtiler tütün yoksunluğu (geri çekilmesi) olarak tanımlanmaktadır (65).

DSM 5 ölçütlerine göre tütün yoksunluğu (orta ya da ağır derecede tütün kullanım bozukluğu ile birlikte)

- A. En az birkaç haftadır her gün tütün kullanma,
- B. A tanı ölçütünde tanımlanan tütün kullanımının bırakılmasından ya da ölçüsünün azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki 4 belirti veya daha çok bulgunun gelişmesi:
 - İrritability (sinirlilik ya da çabuk öfke)
 - Anksiyete (kaygı)
 - Konsantrasyon güçlüğü,
 - İştah artışı
 - Huzursuzluk
 - Depresif ruh hali (çökkün duygu durumu)
 - İnsomnia (uykusuzluk),
- C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki alanlarda veya diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirti ve bulgular başka bir sağlık durumuna atfedilemez ve başka bir madde yoksunluğu da dahil olmak üzere diğer bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz şeklinde tanı kriterleri belirlenmiştir (68, 69).

2.9.2. Fiziksel bağımlılık belirtilerini değerlendiren ölçekler

Nikotin bağımlılığını ve şiddetini değerlendirmede kullanılan ölçekler ise Fagerström Testi ve bundan geliştirilen testler, tütün tüketim miktarına dayalı ölçümler (Günlük sigara tüketimi vb.) ve kişinin kendi bağımlılığını değerlendirdiği ölçekler (örneğin, ne kadar bağımlısınız? vb.) olarak üç grupta toplanmıştır. Fagerström Testi ve bu testten geliştirilenler; Fagerström Tolerans Testi, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT; FTND, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence), Ağır Sigara İçme İndeksi ve ilk sigara içme zamanı testleridir (65).

Fagerstrom Tolerans Testi nikotin bağımlılığını tespit etmek için Fagerstrom tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Bu test kısaltılarak ve sigara tüketim miktarları ile ilk sigara içme zamanıyla ilgili sorulara ağırlık verilerek 1991’de Fagerstom nikotin bağımlılık testi (FNBT) oluşturulmuştur (70). FNBT’nin Türkçe’sinin güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,56 ile orta derecede güvenilir bulunmuştur (71).

FNBT altı soru ile fiziksel nikotin bağımlılığını ölçmektedir. Toplam skor 0 ile 10 puan arasında değişmektedir. Toplam skorda 0-2 çok az bağımlılık, 3-4 az bağımlılık, 5 orta derecede bağımlılık, 6-7 yüksek bağımlılık, 8-10 çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirilmektedir (65).

Sigara Ağırlık İndeksi ise FNBT’de yer alan günün içilen ilk sigarasının zamanı ve gün içinde içilen toplam sigara sayısı sorularından oluşmaktadır. Toplam skor 0 ile 6 puan arasında değişmektedir. Araştırmalarda Sigara Ağırlık İndeksi’nin FNBT kadar iyi sonuç verdiği ve nikotin alımının biyokimyasal göstergeleri (karbonmonoksit, kotinin) arasında iyi bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Her üç testin de geçerliliğinin yeterli olduğu fakat FNBT’nin Fagerstrom Tolerans Testi’ne göre daha iyi iç tutarlılığının olduğu, Sigara Ağırlık İndeksinin de FNBT’ne göre daha kolay yanıtlanabildiği gösterilmiştir (65).

Akademik çalışmalar için FNBT kullanılması, rutin değerlendirmelerde ise Sigara Ağırlık İndeksi'nin kullanılması önerilmektedir (3).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi soruları Uysal ve ark. tarafından:

‘Soru 1: İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz? *

- a. Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde 3 puan
- b. 6-30 dakika içinde 2 puan
- c. 31-60 dakika 1 puan
- d. 1 saatten fazla 0 puan

Soru 2: Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- a. Evet 1 puan
- b. Hayır 0 puan

Soru 3: İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir?

- a. Sabah içtiğim ilk sigara 1 puan
- b. Diğer herhangi biri 0 puan

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? *

- a. 10 adet veya daha az 0 puan
- b. 11-20 1 puan
- c. 21-30 2 puan
- d. 31 veya daha fazla 3 puan

Soru 5: Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

- a. Evet 1 puan
- b. Hayır 0 puan

Soru 6: Günün büyük bölümünü yatakta geçirirken neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- a. Evet 1 puan
- b. Hayır 0 puan

* Sigara Ağırlık İndeksi Soruları’ şeklinde ifade edilmiştir (65, 71).

2.10. Sigara Bırakma Süreci ve Kullanıcıların Durumu

2.10.1. Sigara bırakma süreci

Kapsamlı tütün kontrolü stratejilerinden birisi olan sigara bırakma tedavileri; sigara bırakmak isteyenlere basit tıbbi tavsiyeden ilaçla tedaviye kadar değişik yöntemlerle yardımcı olmaktadır (1). Sigara bırakma tedavisinin kullanım alanları; sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile sigara içmeyenlerin korunması olarak sayılabilir. Sigara bırakma tercihen bir yıl, ancak en azından altı ay süre ile aralıksız olarak sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzak kalmak olarak tanımlanmaktadır (72, 73).

DSÖ tarafından sigara bırakma müdahale programı içeriğinde; sigara bırakma önerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, ücretsiz ve kolay ulaşılabilen bir bırakma hattı (quit line) kurulması ile farmakolojik tedavinin ucuz ve ulaşılabılır olması yaklaşımlarının yer alması gerektiği belirtilmiştir (1).

Ülkemizde sigara bırakma girişimleri henüz birinci basamakta yer almamaktadır. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçlar sağlık güvencesi kapsamı dışındadır. Sağlık birimlerine kısa müdahaleleri destekleyecek bir bırakma kılavuzu dağıtımı yapılmamıştır (53). Sigara bırakma hizmeti olarak ülkemizde; ‘Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı’ tarafından faaliyete başladığından beri toplam 16.443.084 çağrı karşılanmış, bu çağrılardan 4.560.822’si ise 2014 yılında karşılanarak 71.404 kişiye sigara bırakma planı yapılmıştır. Tütün bağımlılarının tedavi ve eğitimlerinin yapıldığı birimlerin sayısı 415’e ulaşmış ve bu birimlerde 2014 yılında muayene olan hasta sayısı 226.383 olmuştur. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçlardan 300.000 kişiye yetecek kadar toplam 600.000 kutu ilacın ücretsiz olarak sunulması için gerekli Bakanlar Kurulu Kararı çıkarılarak, Sağlık Bakanlığı bütçesinden 2014 yılında satın alınmış ve 2015 yılında dağıtımı yapılmaya başlanmıştır (62).

Tütün kullanımının Türkiye’ye 8-10 milyar dolar ekonomik maliyetinin olduğu hesaplanmaktadır. Bu nedenle tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisi sigaranın bırakma tedavileridir (12).

2.10.2. Sigara kullanıcılarının durumu

Sigara içenlerin %70'i sigarayı bırakmak istemekte ve yaklaşık 1/3'ü her yıl bırakmaya çalışmakta ancak %10'dan azı uzun süre bırakmayı başarabilmektedir (12, 22, 74). Profesyonel destek ve ilaç yardımı almaksızın en az bir yıllık sigara içmeme %3-5 dolaylarında kalmaktadır (22). Sigara içenlere üç dakikaya kadar çok kısa tavsiye yapıldığında ise kontrollere göre altı aylık bırakma hızında %2,5 artış sağlanmaktadır (53).

KYTA 2012 verilerine göre ise ülkemizde sigara içenlerin; %46,0'ı son bir yıl içinde sigara bırakma girişiminde bulunmuş ve %22,5'i gelecek bir yıl içinde olmak üzere %55,1'i sigarayı bırakmayı düşünmektedir. Ayrıca son bir yıl içerisinde sigara içenlerin %40,8'i her hangi bir sebeple bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur (9). Veriler değerlendirildiğinde; ülkemizde sigara içenlerin bırakmaya hazır olduğu, altı milyon dolayında sigara içicisinin sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve eğer bu kişilere birinci basamak sağlık kuruluşlarında kısa tavsiyeler uygulanırsa yılda yaklaşık 150.000 kişinin sigarayı bırakabileceği söylenebilir. Bağımlılık tedavisinin birinci basamak sağlık sistemine entegre edilmesi bu yüzden önemlidir (12, 75).

2.10.3. Sigara kullanıcılarında değişim evreleri modeli

Durumsal, davranışsal, bilişsel, duygusal, kişilerarası ve fizyolojik faktörler tütün kullanılmasını tetikleyen unsurlar olarak görülmektedir (76). Sigarayı bırakma yöntemleri bireylerin durum ve davranışlarına göre farklılık göstermektedir. Bir davranış değiştirme modeli olan Transteoretik Model (TTM; DAM, Değişim Aşamaları Modeli) psikolog Prochaska ve Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir (77). Model davranış değişimini sonuçtan çok bir süreç olarak değerlendirmektedir. TTM ilk olarak sigara bırakma çalışmalarında kullanılmış, zamanla sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için kullanılmaya başlanmıştır. Model davranış değişimi sürecinde bireyin hazır oluşluğunu değerlendirmektedir. TTM değişim aşamaları, değişim süreci ve değişim düzeyi yapılarını barındırmaktadır (21, 78, 79).

Değişim aşaması bireyin davranış değiştirmeye ilgi ve motivasyonunu göstermektedir. TTM sigara içme davranışını azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya çalışan bireylerin bir dizi aşamadan geçtiğini belirtmektedir. Bu modele göre, sigara içen bireyler, sigara bırakma öncesi, sırası ve sonrasında davranışsal yönden farklı beş aşama içinde geçiş yapmaktadır; bu aşamalar düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, hareket ve devam ettirme aşamaları şeklindedir (21, 78, 79). Sigarayı bırakmayı deneyen bireylerde bu evreler arası geçiş dairesel döngü şeklindedir (3, 21, 78). Sigara bırakma isteğinin değerlendirilmesinde bazı kliniklerde bu model kullanılmaktadır (22).

Düşünme öncesi evrede sigara içenler en az altı aylık bir süre için sigara ile ilgili davranış değişikliği düşünmemektedir. Sigara içmeye devam edenlerin yaklaşık %40'ının içinde oldukları bu dönemde hastalık riskleri bilinmemekte ya da göz ardı edilmektedir. Sigara içimiyle ortaya çıkan ve kişi tarafından olumlu olarak algılanan etkiler nedeniyle sigaraya karşı olumlu düşünceler bulunmakta, sigarayı bırakma isteği ve inancı bu sebeplerle oluşmamaktadır. Sigara kullananlar daha önce çoğu kez denemelerine rağmen başarısız oldukları için bu evrede değişime dirençlidir ve davranışını değiştirmeye yardım edecek durumdan kaçınmaktadırlar. Geleneksel sağlığı geliştirme programları bu evredeki bireylerin gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Bu evredeki bırakma denemesi konusunda isteksiz kişilere kısa klinik girişimlerden '5 R' olarak adlandırılan yaklaşım uygulanabilir (3, 21, 53, 78, 79). Bu aşamada motivasyonel görüşme tekniğiyle kişinin önemsedikleriyle (ailesi, sağlığı, ekonomisi vb.) sigara ilişkilendirilmeli, sigara içmenin riskleri, bırakmanın yararları anlatılmalı, neden bırakması gerektiği konusunda cesaretlendirilmeli, ikilem ve farkındalık oluşturmaya çalışılmalıdır (76).

Düşünme evresinde sigara içenler en geç altı ay içinde sigara ile ilgili davranış değişikliği düşünmektedir. Sigara içmeye devam edenlerin yaklaşık %40'ının içinde oldukları bu dönemde sigara ile ilgili olumlu ve olumsuz düşünceler neredeyse eşittir. Bırakmanın yararlarının bilicindedir ancak hemen bırakmayı isteme ve bunun için bir gün belirleme isteği yoktur. Bırakmayı erteleten engeller ön plandadır. Düşünme evresindeki kişinin eyleme geçmek için güçlü bir motivasyona ya da tetikleyici bir nedene ihtiyacı vardır. Davranış değiştirmenin yarar ve zararları arasında kararsızlık içinde bu evrede sıkışmış kişilerin bırakmaya hazırlık ve hareket aşamasına geçmesi

için kısa klinik girişimlerden ‘5 A’ olarak adlandırılan yaklaşım uygulanabilir (3, 21, 53). Bu aşamada motivasyonel görüşmeyle kişinin ikilemini çözmeye ve değişimin yararının daha önemli olduğunu fark ettirmeye çalışılmalıdır (21).

Hazırlık evresinde sigara içenler gelecek bir ay içinde bırakmayı planlamaktadır. Sigara içmeye devam edenlerin yaklaşık %20’sinin içinde oldukları bu dönemde sigara ile ilgili olumsuz düşünceler daha ağır basmaktadır. Bu evrede kişi risklerin bilincinde olarak bırakmaya yönelik adımlar atmıştır ve eyleme geçme planı yapmaktadır. Bırakmaya hazırlanma evresindekilere ilk olarak “bırakma günü” tespit edilmeli ve bağımlılıkla mücadelesini kolaylaştıracak her türlü donanımı (nefes ve gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi, bilgilendirme seminerleri vs.) edinmesi sağlanmalıdır. İçicinin sigara kullanma şekli ve içmesini tetikleyen faktörlere ilgi çekmek ve kişisel mücadele etme yöntemleri geliştirmesini desteklemek için davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar uygulanabilir. Ek olarak farmakolojik ajanlar başlanabilir (3, 21, 53, 78).

Hareket (deneme) evresinde sigara bırakma denemesi bırakmada etkinliği kanıtlanmış ya da kanıtlanmamış bir yöntemle 6 aydan kısa süredir devam etmektedir. Sigaraya tekrar dönüşlerin en sık yaşandığı bu evrede özellikle ilk 2-3 hafta içinde %50 oranında nüks görülür ve 2-3 ay içinde bu oran azalır. Bu nedenle başlangıç desteği çok önemlidir. Nükslerin %15’i düşünmeme evresine, %85’i ise bırakmayı düşünme ve bırakmaya hazırlık evrelerine dönüş yapmaktadır. Bu evrede sigaraya dönüşü önlemeye yönelik motivasyon ve pozitif davranışı ödüllendirmeye yönelik yaklaşımlar ile sık kontrol uygulanabilir (3, 21, 53).

Sürdürme evresinde 6 aydan daha uzun bir süredir sigara bırakma devam etmektedir. Bu evrede kişi kalıcı değişiklik için bu durumu sürdürmeye çalışır. Genelde “nüksü ve dairesel döngü içindeki evreler arası geçişi” önceden ortalama 3-4 kez yaşamış olan kişiler kalıcı değişiklikte başarılı olmaktadır. Hareket evresinde olduğu gibi sigaraya dönüşü önlemeye yönelik motivasyon ve destekleyici yaklaşımlar uygulanabilir (21, 53).

2.11. Sigara Bırakma Tedavileri

Azim, irade ve sabır faktörü, bırakma süreci ve teknikleri konusunda bilinçlendirilmiş bağımlının bırakmada başarılı olmasını sağlayacaktır.

Sigarayı bırakmada etkililiği kanıtlanmış iki tedavi yöntemi davranış danışmanlığı ve ilaç tedavisidir. Bu iki yöntemin birlikte uygulanmasıyla en etkili sonuçlara ulaşılmaktadır. Hipnoz ve akupunktur gibi diğer yöntemlerin etkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır (60).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan ‘Tütün bağımlılığı tedavi ve eğitim birimleri hakkında yönetmelik’ tütün bağımlılığı tedavisi usullerini belirlemiştir. Tütün bağımlılarına yönelik uygulanan ilaçla, ilaçsız veya her iki usul ile yapılan tedavi uygulama sınıfları yönetmelikte;

a) Psikososyal tedaviler:

- 1) Uygulamalı danışmanlık hizmetleri (problem çözme, beceri geliştirme eğitimleri),
- 2) Tedavinin bir parçası olarak sosyal destek,
- 3) Tedavi dışında sosyal destek,
- 4) Motivasyonel görüşme,
- 5) Bilişsel-davranışçı terapi,
- 6) Diğer davranışsal tedaviler,

b) Farmakolojik tedaviler:

- 1) Nikotin replasman tedavileri; nikotin sakızı, nikotin bandı, nikotin inhaler, nikotin nasal sprey, nikotin pastili,
- 2) Vareniklin,
- 3) Bupropion hidroklorür şeklinde ifade edilmektedir (80).

2.11.1. Psikososyal tedaviler

Tütün bağımlılığının patogeneğinde de diğerk bağımlılıklarda olduğu gibi psikolojik, davranış ve nörobiyolojik boyut olmak üzere üç durum mevcuttur. Bu boyutların tamamına girişim yapılması önemlidir. Tütün bağımlılığının davranış ve psikolojik boyutlarına davranışçı ve bilişsel yöntemlerle müdahale edilmektedir (76).

2.11.1.1. Motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışçı terapi

Bilişsel ve Davranışçı müdahaleler motivasyonel görüşme tekniğıyle uygulanmaktadır. Motivasyonel görüşme eşitlikçi bir tavırla, kullanıcıyla empati yaparak, kişi merkezli ve kişinin konuşmasına izin vererek yapılmalıdır. Kullanıcının sigarayla ilişkili duyguları, inanışları, düşünceleri ve değerleri anlamaya çalışılmalıdır. Motivasyonel görüşmeler kısa klinik ve yoğun klinik girişimler olarak iki şekilde uygulanabilmektedir (3, 22, 76, 81).

Kısa klinik görüşmeler sigara içen kişilerin bırakma isteğı olsun ya da olmasın beş dakikaya kadar bırakma girişimini tetiklemeyi amaçlayan müdahalelerdir. Sigara içiminin sorulması ve içenlere bırakılmanın önerilmesi ile başlayan bu müdahaleler, sigara bırakmaya istekli olma durumuna göre farklı uygulamalar içermektedir (22).

Yoğun klinik görüşmeler sigara bırakma konusunda uzmanlaşmış ekip tarafından görüşme sayısı artırılarak ve görüşme süreleri uzatılarak verilen tedavi girişimleridir (81).

Bireysel tedavi basamaklarının motivasyonel görüşme teknikleriyle grup halinde uygulandığı, ilaç tedavisi eklendiğinde etkisi artan tedavi yöntemi Grup terapileridir (22, 76). Yeterli hasta sayısının olduğu durumlarda uygulanabilir bir tedavi yöntemi olan grup tedavide; bireyler arasında sağlanacak iletişim sayesinde ilk günden başlayan destek ve sigara içmeme kararlığının kolaylaştırılması hedeflenmektedir. Kendi başına sigara bırakmayı deneyen hastalarda vazgeçme sorunu vardır. Bu sorun grup etkisi, sorumluluk duygusu, cesaret, takdir edilme isteğı ve grup baskısı ile giderilmeye çalışılmaktadır (22). Bazı çalışmalarda grup tedavileri bireysel tedaviden daha başarılı bulunurken, bazılarında benzer başarı bulunmuş,

bazı araştırmalarda ise bireysel tedavinin grup tedaviden daha başarılı olduğu bulunmuştur (23, 24, 81, 84).

Davranış aşamalarına göre sigara bırakma sürecindekilere tedavi yaklaşımı ‘sigara içen ancak bırakmak için isteksizler’, ‘sigara içen ve bırakmak için istekliler’ ve ‘önceden sigara içen henüz bırakmışlar’ olarak üç grupta değerlendirilmektedir (3, 53, 82, 83).

- Sigarayı Bırakmayı Düşünmeyenlere Uygulanacak 5 R Yaklaşımı (TeRKET)

- 1) Tüm etkilerin incelenmesi ve kişinin durumunun ilişkilendirilmesi (Relevance),
- 2) Risklerin ve sigara kullanımıyla oluşabilecek sonuçların vurgulanması (Risks),
- 3) Kazançları ve bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararlarının anlatılması (Rewards),
- 4) Engellerin belirlenmesi ve çözüm yollarının sunulması (Roadblocks),
- 5) Tekrarların ve motivasyonel desteğin sağlanması (Repetition) yaklaşımlarını içerir (53, 60, 82, 83).

- Sigarayı Bırakmayı Düşünenlere Uygulanacak 5 A Yaklaşımı (5 Ö)

Öğren (Sor) Kişilerin sağlık başvurularında tütün kullanım durumu sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Takip edilen hastanın sigara içme durumu en azından yılda bir kontrol edilmelidir. (Ask),

Öner Net, güçlü, kişiye özel öneriyle sigara kullanıcısına mutlaka sigarayı bırakması önerilmelidir. (Advice),

Ölç (Değerlendir) Kullanıcıların sigara bırakma isteği sorgulanarak bırakmayı istemeyenlere motivasyon desteği sağlanmalı, bırakmayı isteyenlere destek tedavisiyle yardımcı olunmalıdır. Kişinin kararlılığı ve değişim aşaması belirlenmeli, nikotin bağımlılığı ölçülmeli ve varsa geçmiş bırakma deneyimleri değerlendirilmelidir. (Assess),

Önderlik et (Yardımcı ol) Bırakmak isteyen sigara kullanıcısıyla birlikte bırakma planı hazırlanmalı, iki hafta içinde olacak şekilde bırakma günü ve takipleri belirlenmelidir. Davranışsal Öneriler, pratik sorun çözme önerileri, sosyal destek sağlanmalıdır. Nikotin yoksunluk belirtileri ve bunları azaltacak tıbbi tedaviler anlatılarak önerilmelidir. (Assist),

Örgütle (Düzenle) Yüz yüze ya da telefon görüşmeleri ile izlem yapılmalıdır. İlk görüşme bırakma gününden sonraki ilk hafta, sonraki görüşme ilk bir ay

içerisinde olmalıdır. Her görüşmede kişi başarısından dolayı tebrik edilmeli, yaşanan güçlükler gözden geçirilmeli ve çözüm yolları önerilmelidir. Nüks olmuşsa nedenleri araştırılmalı, ilaç tedavisi gözden geçirilmeli ve gerekiyorsa doz ayarlaması yapılmalıdır. (Arrange) basamaklarını içermektedir (3, 60, 81-83).

- Sigarayı Henüz Bırakanlar

Kişi tebrik edilmeli ve içmemeyi sürdürme için motive edilmelidir. Yaşanan güçlükler gözden geçirilmeli ve çözüm yolları önerilmelidir (53).

2.11.1.2. Sigarayı bırakmayı düşünenlere uygulamalı danışmanlık hizmetleri

- Davranışsal Öneriler

Tütün kullanılmasını tetikleyen durumsal faktörleri kontrol etmek için; sigara içilen koltuğun ya da masanın yerinin değiştirilmesi, arabanın temizletilmesi, sigarayı hatırlatan nesnelerin (kül tablası, çakmak, sigara paketi, kibrit) ortadan kaldırılması ve önceden birlikte sigara içilen kişilere bırakmayı denediğinin açıklanması önerilmelidir. Öfke, sıkıntı gibi duygusal faktörlere maruz kalındığında kısa süreli ortam değiştirme ve derin nefes alma uygulamaları önerilmelidir. Davranışsal faktörleri kontrol etmek için; bırakma döneminde sigarayı hatırlatan kahve, çay gibi içecekleri diğer içeceklerle değiştirmenin ve yemek sonrası isteği baskılamada yemekten oyalanmadan kalkmanın, dişleri fırçalamanın faydalı olabileceği belirtilmelidir (3, 76).

Sigara bırakıldıktan sonra içme isteğinin geçici olduğu ve zamanla azalacağı belirtilmelidir. İçme isteği kişiyi zorladığında ise; su içme, şekersiz sakız çiğneme, meyve ya da sebze soyup yeme, 10 kez derin nefes alıp verme ve duş alma gibi yöntemlerin uygulanması önerilmelidir (3, 22).

- Problem çözme, beceri geliştirme eğitimleri

Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi gerektiği vurgulanmalıdır. Geçmiş bırakma deneyimlerinde yardımcı olan ve zarar veren durumlar belirlenmelidir. Sigara bırakma sürecindeki kişiye yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen varsa bırakmasını cesaretlendirmesi veya yanında içilmemesini sağlaması ve alkol kullanıyorsa sınırlaması ya da uzak durması gerektiği anlatılmalıdır (60, 83).

2.11.1.3. Tedavi içinde ve dışında sosyal destek

Bırakma girişimindeki kişinin teşvik edilmesi, endişelerinin ve sorunlarının dinlenmesi, bırakmayı isteme nedenleri ve başarılı olanların kazançları konuşularak bırakma süreci hakkında cesaretlendirilmesi klinikte sağlanabilecek desteklerdir. Yakın çevresinden de bırakma çabasını destekleyecek yardım istemesi önerilmelidir. Destek almak için kliniği ya da alo 171 sigara bırakma danışma hattını arayabileceği belirtilmelidir. Bilgilendirecek ek materyal sağlanmalı ve sigara bırakma döneminde kontrendikasyon olmadığı sürece yoksunluk belirtilerini ve içme isteğini azaltacak ilaç tedavileri anlatılarak önerilmelidir (60, 83).

2.11.2. Farmakolojik tedaviler

Tütün bağımlılığının nörobiyolojik boyutuna ilaç tedavisi ile müdahale edilmektedir. İlaç tedavilerinin amacı sigaranın bırakılması ile oluşan nikotin yoksunluk belirtilerini önlemektir (3). Psikososyal tedavilerin yanı sıra sigara bırakmak isteyen herkes kontrendikasyon olmadığı sürece farmakoterapi yönünden değerlendirilmeli ve ilaç tedavisi önerilmelidir (81, 85-87).

FNBT'ye göre orta ve yüksek nikotin bağımlılığı saptananlar ile günde 10 adetten fazla sigara içenlere veya ilk sigarayı uyandıktan sonra 30 dakika içinde içenlere ilaçla tedavi önerilmektedir. Sigara bırakma tedavisinde birincil seçenek ilaç olarak nikotin yerine koyma tedavileri ve nikotin içermeyen farmakoterapi (bupropion ve vareniklin) kullanılmaktadır (3, 60, 82, 83).

2.11.2.1. Nikotin replasman tedavileri (NRT); nikotin sakızı, nikotin bandı

Nikotin öfori etkisi olan güçlü psikoaktif bir ilaçtır. Nikotinin plazmada düzeyi; bir sigara içiminden 10 dakika sonra ortalama 35 mg/L olurken, NRT sırasında 6-12 mg/L (nikotin sakızları ile 6-8 mg/L ve transdermal bantla 12 mg/L) kadar olmaktadır (3).

NRT sigara içimine göre daha az ve yavaş olarak nikotin sağlamakta bırakma sonrası oluşan nikotin yoksunluk belirtilerini azaltmaktadır (60, 72).

NRT için kullanılan preparatlar, transdermal nikotin bantı, nikotin sakızı, nazal sprey, sublingual tablet ve inhalerdir. Nikotin sakızı ve transdermal nikotin bantı ülkemizde bulunmaktadır. Bant sabit dozda nikotin sağlamakta iken sakız düzenli kan nikotin düzeyi sağlamadığından, çiğneme sıklığını ve miktarını genellikle kişiler kendi ihtiyaçlarına göre belirlemektedir. Sigara içme isteği olduğu zaman kullanılması nikotin sakızının banda göre bir avantajıdır (3). DSÖ temel ilaç listesinde psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar için ilaç olarak da sakız (2 mg,4 mg) ve transdermal bant (5 mg ila 30 mg / 16 saat; 7 mg ila 21 mg / 24 saat) yer almaktadır (88).

Yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü, aritmi ve stabil olmayan anjina pectoris varlığında NRT kullanımı kesin olarak uygun değildir. Rölatif olarak uygun olmadığı durumlar; stabil anjina pectoris, ciddi hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, vazospazm, ciddi kalp yetmezliği, hipertiroidi, insüline bağımlı diabetes mellitus, gastrointestinal ülser ve deri ülserasyonudur (72).

- Nikotin sakızı

Nikotin absorpsiyonu alkali ortamda daha iyi olduğu için sakızın içeriğine bikarbonat eklenmiştir. Nikotin sakızı nikotin tadını hissedene kadar yavaş bir şekilde 5-10 kez çiğneme sonrası bir kaç dakika yanak mukozasında bekleterek kullanılmaktadır. Mukozanın başka bir bölgesinde aynı işlem tekrarlayarak yaklaşık 20-30 dakika çiğneme ile nikotin emilimi sağlanmaktadır. Nikotin sakızlarının 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Nikotin sakızının; 2 mg formu FNBT'ye göre orta ve düşük bağımlılığı olanlara veya günde 25 adetten az sigara içenlere, 4 mg'lık formu FNBT'ye göre yüksek bağımlılığı olanlara veya günde 25 adet ve daha fazla sigara içenlere önerilmektedir. Nikotin sakızıyla tedavide sigara içimi tamamen bırakılmalı, sakız düzenli olarak (sabah uyanmadan itibaren 8-10 saat sonrasına kadar her saat) günde toplam 10-15 adet (en fazla 24 adet) 8-12 hafta süresince kullanılmalıdır (3, 60, 82, 83, 89).

Nikotin sakızlarının yan etkileri nikotin yutulmasına bağlı bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık gibi bulgular ile çenede ağrı, oral mukozada inflamasyon, dişetinde kanama, baş ağrısı, uyku bozuklukları ve çarpıntıdır. (60, 72). Tedavi sırasında %5-20 hastada nikotin sakızına bağımlılık gelişebilir (72).

Nikotin sakızı için oral, laringeal ya da özofageal alanlardaki enflamasyon, karaciğer ve böbrek hastalıkları ile fruktoz intoleransı varlığı kontrendikasyon oluşturur (72).

- Nikotin Bandı

Kullanımı sakıza göre kolay olan nikotin bandı vücuda sabit dozda yaklaşık saatte 1 mg nikotin sağlamaktadır. Sigara içimiyle alınan nikotinin yaklaşık yarısı banttandır. Bantların 16 ve 24 saatlik salınımı olan iki formu vardır. Bantların her iki formu arasında anlamlı bir etkinlik farkı bulunmamıştır. Kişinin sigara içme şekline daha benzer kullanılabilen 16 saatlik formun 25 mg, 15 mg ve 10 mg nikotin içeren farklı boyutları vardır. Sürekli bir plazma düzeyi sağladığı için sabah nikotin açlığının daha az olacağı düşünülen 24 saatlik formun 21 mg, 14 mg ve 7 mg içeren farklı boyutları vardır. Sigaranın bırakılması sürecinde 2-4 haftada bir bantta doz azaltarak tedavi 8-12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde en yüksek nikotin dozu ile tedaviye başlanması önerilmektedir (3, 60, 82, 83, 87, 89).

Tedavi sırasında sigara içilmemesi gerekmektedir. Sabah uyanınca gövdenin üst kısmı, omuz ile üst kol bölgesinde kuru, temiz ve kılsız deriye bant yapıştırılıp, 20 saniye kadar üzerine bastırarak vücuda tam teması sağlanır. Bant her gün farklı bir yere uygulanır ve aynı yere ancak dört gün sonra uygulama yapılır. Böylece deride oluşabilecek irritasyon eritem gibi yan etkiler azaltılır. (3, 60, 82, 83).

Nikotin bantlarının yan etkileri; uygulama yerinde oluşabilecek genellikle hafif ve geçici nadiren tedavinin kesilmesine neden olan deri reaksiyonları, yanı sıra ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, hafif vertigo, sersemlik, kas ağrıları ve uykusuzluktur (3, 60, 82, 83, 89).

Nikotin bantları 18 yaşın altındakilere, kronik yaygın deri hastalıkları (psöriasis, kronik dermatitis ve ürtiker), ciddi deri reaksiyonları ve nikotin bantlarına karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonları olduğu durumlarda kesinlikle kullanılmamalıdır (3, 60, 72).

Bırakma tedavisi sırasında nikotin yoksunluk belirtileri yeterince azalmadığında ilaçlar birlikte kullanılmaktadır. En çok tercih edilen kombinasyon bant ve sakız birlikteliği iken ciddi fiziksel bağımlılık durumlarında NRT ile bupropion bir arada kullanılmaktadır (3, 83).

2.11.2.2. Vareniklin

Nikotin beyinde birçok bölgede loküle 2 α 4 ve 3 β 2 subüniteleri içeren nikotinik asetil kolin reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterir. Yüksek affiniteli nöronal nikotinik reseptörler en yoğun olarak beynin ödül sistemi olarak da adlandırılan mesolimbik dopaminerjik sistemde yer almaktadır. Bu reseptörlerin uyarımı ile salınan dopamin, nikotinin tekrar alımı yönünde istek oluşturmaktadır. Alkoloid sistisin bitkisinin yapısının değiştirilmesiyle geliştirilen vareniklin, α 4, β 2 subüniteleri içeren nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir. Vareniklin α 4 β 2 reseptörleri uyararak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlamaktadır. Vareniklin ile birlikte nikotin kullanılması durumunda ilacın antagonist etkisi nedeniyle dopamin salınımında artış olmamaktadır. Vareniklin agonist ve antagonist etkileriyle nikotin isteğini azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını da engellemektedir (3, 60, 83).

Vareniklin; ilk kez bırakmayı deneyen ya da daha önce farklı ilaçlarla sigarayı bırakmayı denemiş ancak nüks olan kişilerde tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Vareniklin tedavisine sigara bırakma gününden önce başlanır; 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir ve ilk 3 gün 0,5 mg, 4-7 günler arası günler arası 1 mg (0,5 mg 2x1) ve 8. günden itibaren 2 mg (1 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılır. Bırakma günü sigara bırakılarak tedavi aynı dozda (1 mg 2x1) 12 hafta sürdürülmektedir (3, 60, 83). Tedavinin 24 hafta devamında sigarayı 6 ay ve 1 yıl için bırakmış kalma başarılarını arttırdığı saptanmıştır (3, 60).

Vareniklinin en sık yan etkisi bulantı, uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalardır. Bulantıyı engellemek için ilacı yemekler ile birlikte almak, buna rağmen bulantı devam ederse günlük dozu 1 mg düşmek ve bulantı kontrol altına alındıktan sonra bir kez daha doz arttırmak (2 x 1 mg) uygulanmaktadır. Yan etkiler özellikle bulantı ilacın kullanıldığı süre uzadıkça azalmaktadır. Vareniklinin nöropsikiyatrik semptomları (ajitasyon, depresif durum, intihar eğilimi) arttırabileceği ve psikiyatrik hastalığı varsa kötüleştirme yapabileceği bildirilmiştir (3, 60, 83).

İlaç dikkat dağınıklığı ve görüntü bozukluğu yapabildiğinden ağır vasıta şoförlerinde, pilotlarda ve hava trafik kontrolörlerinde kullanılmaması

önerilmektedir. Vareniklin hamilelerde, emzirenlerde, son dönem böbrek yetmezliği olanlara ve 18 yaş altındakilerde kullanımı uygun değildir (3, 60).

2.11.2.2. Bupropion hidroklorür

Trisiklik olmayan, aminoketon bir antidepressif ajan olan bupropion, bu özelliğinden bağımsız olarak sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmektedir. Bupropion noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir ve norepinefrin ile dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasını sağlayan bupropionun 150 mg'lık yavaş salımlı tabletleri bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. Bupropion tedavisine sigara bırakma gününden önce başlanır; 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir ve ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılır. Bırakma günü sigara bırakılarak tedavi aynı dozda 8 hafta sürdürülür ancak 6 aya kadar da sürdürülebilmektedir. İlacın iki dozu arasında en az 8 saat aralık gerekmektedir (3, 60, 72, 82, 83, 89).

En yaygın yan etkileri bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur. Bupropion genelde iyi tolere edilir. İlacın kullanımı sırasında deride kızarıklıklar ve kaşıntı da bildirilmiştir. Konvüzyon hastaların yaklaşık 1000 de birinde olmaktadır (3, 60, 72).

Bupropion kullanımı; konvüzyon öyküsü veya konvüzyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı, MSS travması öyküsü, kontrolsüz hipertansiyonu, ağır hepatik nekrozu, anoreksi ya da bulumia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanımı olanlar ile 18 yaş altı sigara içenler, hamileler, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlar, santral sinir sistemi tümörü olanlar, bipolar hastalığı olanlar ve çok ağır siroz durumlarında kontrendikedir (3, 60, 72, 82, 83, 89)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın ilk aşaması kesitsel tipte, ikinci aşaması deneysel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Zonguldak ili Kozlu ilçesindeki Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesi'nde yapılmıştır. Türkiye Taşkömürü Kurumu'nun (TTK) beş müessesesinden biri olan Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesi, Zonguldak şehir merkezinin 8 km batısında, 12 km bir sahada üretim faaliyetini sürdürmektedir (90).

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma, ilk aşamanın evrenini Zonguldak ilinin Kozlu ilçesi sınırlarında bulunan Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesinde çalışan işçilerden 9 Şubat - 20 Nisan 2015 tarihleri arasında İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) eğitimlerine katılan 1045 işçi oluşturmaktadır. Çalışmanın bu aşaması için herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. İşçilerden 877'si (%83,9) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini çalışmanın ilk aşamasına katılan, sigara içen ve bırakmaya hazır olan işçiler oluşturmaktadır. Tanıma uyan 163 işçiden ikinci aşamaya katılmayı kabul eden 128 işçiye iki ayrı müdahale tipi uygulanmıştır. İkinci aşamaya katılmak istemeyen 35 işçinin; 3'ü neden belirtmeden, 12'si bağımlı olmadığını, 6'sı çok az içtiğini, 1'i her zaman içmediğini, 6'sı katılmak istemediğini ve 7'si vakti olmadığını belirterek çalışmadan ayrılmıştır. Müdahale grubundaki işçiler basit rastgele yöntemle randomize olarak; 'grup sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar' ve 'bireysel sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar' olarak 64'er kişinin yer aldığı iki gruba ayrılmıştır.

```

graph TD
    A[TTK Kozlu Müessesesinde çalışan 1815 işçi] --> B[2015 İSG eğitimi ilk 11 haftasında Araştırmaya katılması planlanan kişi 1045]
    B --> C[Katılmayı kabul eden 877 kişi]
    B --> D[Katılmayı kabul etmeyen 168 kişi]
    C --> E[Araştırmaya katılan toplam 877 kişi]
    E --> F[Hiç kullanmayan 228 kişi]
    E --> G[Sigara kullanan 523 kişi]
    E --> H[Bırakmış 126 kişi]
    G --> I[Bırakmaya hazır olmayanlar 360 kişi]
    G --> J[Bırakmaya hazır olanlar 163 kişi]
    J --> K[Müdahaleyi kabul eden 128 kişi]
    K --> L[Grup sigara bırakma uygulanan  
(Randomize seçilmiş n=64)]
    K --> M[Bireysel sigara bırakma uygulanan  
(Randomize seçilmiş n=64)]
    L --> N[Araştırmayı tamamlayan n=63]
    L --> O[Terk eden n=1]
    M --> P[Araştırmayı tamamlayan n=63]
    M --> Q[Terk eden n=1]

```

Araştırmanın ilk aşamasında katılan 877 işçiden 34 sorudan ve iki kısımdan oluşan anket formunu gözetim altında kendilerinin doldurmaları istenmiştir (EK 1). Katılımcılardan hiç sigara içmeyenlerin ankette ilk 20 soruyu, sigarayı bırakanların ankette ilk 23 soruyu ve sigara içmeye devam eden işçilerden anketin tamamını doldurmaları istenmiştir.

Anketin ilk kısmında katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, alkol kullanma ve sigara içme durumları sorgulanmıştır. Boy ve kilo değerleri işyeri hekiminin son periyodik muayenedeki ölçümlerine göre kişilerin dosyasından doldurulmuştur. İşçilerin sigara içme durumları; anketteki kendi beyanlarıyla tespit edilmiştir. Sadece sigara içmeye devam edenlerin yanıtladığı anketin ikinci kısmında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), önceki bırakma denemeleriyle ilgili bilgiler, sigaranın aylık maliyeti ve sigara bırakmayı ciddi olarak ne zaman düşündüğü sorgulanmıştır. Anketlere verdikleri cevaplara göre işçilerin sigarayı bırakmaya hazır oluşlukları değerlendirilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasının katılım koşullarını sağlayan (çalışmanın ilk aşamasına katılan, sigara içen ve bırakmaya hazır olan) ve katılmayı kabul eden 128 işçi randomize olarak; ‘grup sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar’ ve ‘bireysel sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar’ olarak 64’er kişilik iki gruba ayrıldı.

İşçilerin işyerinde uygun toplantı salonunda ‘grup sigara bırakma müdahaleleri uygulanacak’ ve ‘bireysel sigara bırakma müdahaleleri uygulanacak’ katılımcılara; hazırlık görüşmesi, sigara bağımlılığı ve bırakmayla (yoksunluk belirtileri vb) ilgili bilgiler, davranış terapisi (sigara içmesine neden olan faktörler ve davranış önerisi), farmakolojik tedavi hakkında bilgi ve sık karşılaşılan problemler ile çözüm önerileri sunulmuştur. Sigara bırakmayı isteyenlere bu süreçte karşılaşmaları olası sorunlarla baş etme yolları konusunda beceri kazandırmak amaçlanmış, davranışçı ve bilişsel yöntemlere başvurulmuştur. Her iki gruba tamamen aynı rehberlik hizmetleri uygulanmıştır. Ancak ‘grup sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklara’ bu rehberlik hizmetleri topluluk halinde verilmiş ve grup etkisi, sorumluluk duygusu, cesaret, takdir edilme isteği ile grup baskısı etkilerinden faydalanılmaya çalışılmıştır.

İşçilerden ilaç tedavisi isteği olanlar; grup ayrımı gözetilmeksizin Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma polikliniğine yönlendirilmiştir. İşçilere çalışmada hangi gruptan geldiği ayrımı gözetilmeksizin bireysel olarak gerekli ve uygun farmakolojik sigara bırakma tedavisi poliklinikte görev yapan hekimlerce değerlendirilmiştir.

Takiplerinde standart önerilen şekilde sigara bırakma günü sonrasındaki gün veya hafta yüz yüze görüşme planlanmıştır. Bu görüşmeler grup müdahale yaklaşımı uygulanan gruba grup halinde, bireysel müdahale yaklaşımı uygulanan gruba bireysel olarak yapılmıştır. İkinci görüşme sonrası 2. Hafta, 4. hafta, 3. ay ve 6. ay sonunda telefon ile ulaşılarak işçilerin sigara bırakma durumları tespit edilmiştir.

Uygulanan müdahale ve eğitim sonrası hastaların reçetesiz alınabilen ilaçları eczaneden alması ya da sigara bırakma polikliniklerine bireysel başvuru yaparak farmakolojik tedavi alma olasılıkları nedeniyle karıştırıcı faktör olarak etkilenmemek için 6. ayın sonundaki telefon görüşmesinde uyguladıkları tüm tedavi yöntemleri, süresi ve varsa takipleri sorgulanmıştır.

İzlem sonucunda her iki müdahale grubundan da 1'er kişiye birinci ay sonundan itibaren verdikleri telefon numarasının değişmesi nedeniyle ulaşılamamıştır. Altı ayın sonunda her iki grup 63 kişi ile izlemi tamamlamıştır.

Çalışmanın planlama ve uygulama aşamasında müdahaleler ve eğitimler için Sağlık Bakanlığı'nın 'Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı' ana rehber olmakla birlikte; Türk Toraks Derneği'nin 'Sigara bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2014', Andy McEwen ve ark. 'Sigara Bıraktırma Rehberi', Ayşe Koyun ile Kafiye Eroğlu'nun 'Değişim Aşamaları Modeli Aşamalara Göre Hazırlanmış Sigara Bırakma Rehberi' ve Prof. Dr. Yıldız Akvardar tarafından hazırlanan 'Sigara Bırakma Merkezi Grup Terapisi Rehberi' temel rehberler olarak faydalanılmıştır.

Yardımcı araştırmacı sigara bırakma tedavileri için;

- 1- Türkiye Doktorlarını Arıyor Tütün Kontrolü ve Klinik Uygulamada Sigara Bırakma Yaklaşımı e-Kursu'nu 2012 yılında başarıyla tamamlamıştır.
- 2- Sağlık Bakanlığı'na eğitimleri düzenlenmiş 'www.tubateb.org' internet sitesinden 10 günlük online eğitimleri ve sınavını başarıyla tamamlamıştır.
- 3- Hasuder tarafından düzenlenen 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde 19-20 Kasım 2014 tarihlerinde 2 günlük 'Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi Kursu'na katılmıştır ve katılım belgesi almıştır.
- 4- Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Sigara Bırakma polikliniğine Ocak 2012 tarihinden itibaren başvuranlarla klinik hasta tecrübesine sahip olmuştur.

3.6. Araştırma Zaman Çizelgesi

- Tez konusu seçimi ve araştırmanın planlanması Haziran - Aralık 2014
- Literatür taranması Haziran 2014 – Ekim 2015
- Tez önerisine Anabilim Dalı Onayı Aralık 2014
- Tez için etik kurul başvurusu ve izin Aralık 2014
- Tez için Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesinden izin verilmesi Şubat 2015
- Veri toplanması Şubat 2015 – Ekim 2015
- Veri düzenlenmesi ve analizi Şubat 2015 – Ekim 2015
- Tez yazımı Şubat 2015 – Ekim 2015
- Tez savunması-sınav Kasım 2015

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımsız değişkenler

3.7.1.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin değişkenler

- Yaş
- Öğrenim Durumu
- Medeni Durum
- Çalışılan yer
- Boş zamanlarında bir uğraşının olması durumu

3.7.1.2. Gelir durumuna ilişkin değişkenler

- Kişi başına aylık gelir
- Maddi durumun algılanması
- Aylık gelirin giderleri karşılama durumu

3.7.1.3. Sağlık durumuna ilişkin değişkenler

- Sürekli hastalık durumu
- Psikiyatrik hastalık durumu
- Sürekli ilaç kullanım durumu
- Beden kitle indeksi

3.7.1.4. Alkol kullanımına ilişkin değişkenler

- Alkol kullanım durumu
- CAGE testi puanı

3.7.1.5. Çevresinde sigara içilmesi durumuna ilişkin değişkenler

- Çocukken yaşanan evde sigaraya maruz kalma durumu
- Yaşadığı evde başkasının sigara kullanım durumu

3.7.1.6. Sigara içme durumuna ilişkin değişkenler

- Sigara içme durumu
- Sigara kullanım miktarı
- Sigara kullandığı süre (yıl)
- Sigaraya başlama yaşı
- Aylık sigara masrafı

3.7.1.7. Nikotin bağımlılık düzeyi (Fagerstrom testi puanı)

3.7.1.8. Geçmiş sigara bırakma durumuna ilişkin değişkenler

- Son bir yıl içinde sigarayı bırakma denemesi durumu
- En uzun bırakma deneyiminin süresi
- Son iki bırakma deneme süresi ve tekrar başlama nedenleri

3.7.1.9. Geçmişte sigara bırakmaya desteğe ilişkin değişkenler

-Bırakma İçin Destek Alma Durumu

-Son Üç Sağlık Başvurusunda Sigara Kullanımının Sorgulanması Durumu

3.7.1.10. Sigara bırakmaya hazır oluşluk

3.7.1.11. Müdahale sürecine ilişkin değişkenler

-Müdahale tipi

-Kontrol gelme durumu

-Kontrol sırasında önerilen ilaç türü

-Sigara bırakma ilacı kullanma durumu ve kullanılan ilaç türü

3.7.2. Bağımlı değişken

-İki farklı müdahale sonucu sigarayı bırakma durumu

3.8. Araştırmanın Değişkenlerine Ait Tanım ve Ölçütler

3.8.1. Bağımsız değişkenlere ait tanım ve ölçütler

3.8.1.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin değişkenlere ait tanım ve ölçütler

- Yaş:

Doğum tarihi yıl olarak sorgulandı. Araştırmanın yapıldığı tarihte katılımcıların kaç yaşında oldukları hesaplandı. Yaş çözümlemelerde sürekli veri olarak kullanılmıştır.

- Öğrenim durumu:

Okuryazar olma ve en son bitirdiği okul göz önüne alınarak incelendi. Analizinde okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak değerlendirildi.

- Medeni durumu:

‘Evli, bekâr, dul (eşi ölmüş) ve boşanmış’ olarak sorgulandı. Çözümlemede evli ve evli olmayan olarak gruplandırıldı.

- Çalışılan yer:

Yer altı ve yer üstünde çalışmasına göre değerlendirildi.

- Boş zamanlarında bir uğraşının olması durumu:

Boş zamanlarında bir uğraş varlığı ‘evet’ ve ‘hayır’ olarak sorgulandı. Balık tutma, spor yapma, bahçe işleri ve diğer uğraşı varlığı değerlendirildi.

3.8.1.2. Gelir durumuna ilişkin değişkenlere ait tanım ve ölçütler

- Kişi başına aylık gelir

Ailenin toplam aylık geliri ve bu geliri paylaşan evde yaşayan kişi sayısı sorgulanarak ortalama kişi başı aylık gelir hesaplandı. Çoklu çözümlemede ortalama kişi başı aylık gelir sürekli veri olarak kullanıldı.

- Maddi durumun algılanması

Katılımcıların maddi durumunu nasıl değerlendirdikleri ‘Çok kötü, kötü, orta, iyi ve çok iyi’ şeklinde sorgulandı ve değerlendirildi.

- Aylık gelirin giderleri karşılama durumu

‘Gelir giderden az, gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla’ olarak değerlendirildi.

3.8.1.3. Sağlık durumuna ilişkin değişkenler

Sürekli hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık tanısı varlığı ve devamlı kullanılan ilaç varlığı ‘evet’ ve ‘hayır’ olarak incelendi. Diyabet, hipertansiyon, epilepsi, depresyon, anksiyete, panik atak ve diğer hastalık varlığı değerlendirildi.

- Beden kitle indeksi:

Kilo ve boy işyeri hekimimin kayıtlarından yararlanılarak; kilo kilogram cinsinden, boy santim cinsinden değerlendirildi. Beden kitle indeksi hesaplandı. DSÖ; Beden kitle indeksi (BMI) ≥ 30 ’u obez, BMI ≥ 25 ’i fazla kilolu, $18.50 \leq \text{BMI} < 25$ ’i normal kilolu ve BMI < 18.50 ’u zayıf olarak tanımlamaktadır. Bu değerlere göre BMI zayıf, normal, hafif kilolu, şişman olarak sınıflandırıldı (91).

3.8.1.4. Alkol kullanımına ilişkin değişkenler

- Alkol kullanım durumu

‘Ayda... gün içiyorum, ayda 1 günden az içiyorum, hiç içmedim, ayda... gün içiyordum bıraktım ve ayda 1 günden az içiyordum bıraktım’ şeklinde sorgulandı. Hiç kullanmamış olan, bırakan ve içmeye devam eden olarak gruplandı. Alkol kullanımı olanlar; halen 1 günden az içen, halen 1 gün ve daha çok içen, 1 günden az içerken bırakan ve 1 gün ve daha çok içerken bırakan şeklinde değerlendirildi.

- CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) testi puanı

Alkol kullandığını belirten işçilere yanıtlamaları için anket formu içinde verilen CAGE Testi Ewing tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Evet ya da hayır şeklinde yanıtlanan 4 sorudan oluşan bir testtir. Tanı amaçlı olmayan bu testte 2 ya da daha fazla “evet” yanıtı “riskli kullanım” olarak değerlendirilmektedir. Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık tanısı için ek değerlendirme gerektirdiğinden CAGE testi bir tarama leğidir. Türkiye’de birçok çalışmada kullanılmış olan bu testin güvenilir bir tarama testi olduğu, Arıkan ve ark.’ın 1991’de yaptıkları çalışmada gösterilmiştir (92-94).

3.8.1.5. evresinde sigara içilme durumuna ilişkin değişkenler

Çocukken yaşadığı evde tütün kullanım varlığı, şu an yaşanan evde başkasının sigara kullanım varlığı ‘evet’ ve ‘hayır’ olarak incelendi. Katılımcıların annesinin, babasının, eşinin ve diğer kişilerin sigara kullanımı değerlendirildi.

3.8.1.6. Sigara içme durumuna ilişkin değişkenler

- Sigara içme durumu

Katılımcıların kendi beyanlarına göre ‘hayır hiç sigara içmedim, bıraktım, evet ara sıra kullanıyorum ile evet her gün en az 1 tane kullanıyorum’ seçenekleri ile sigara içme durumları tespit edildi.

- Sigara kullanım miktarı ve süresi

Sigara kullanmayı bırakanlara, bırakma öncesinde kaç yıl sigara içtiği ve günde kaç tane içtiği ile kaç yıldır/aydır sigara içmediği açık uçlu olarak soruldu. Bırakma süresi ay olarak değerlendirildi.

Halen sigara içenlere günlük kullanılan sigara sayısı ve ne kadar süredir sigara kullanıldığı sorgulandı. Paket yıl olarak kullanım miktarı hesaplandı. Günlük kullanılan sigara sayısı analizde sürekli veri olarak kullanıldı.

- Sigaraya başlama yaşı

Sigara içmeye ilk kaç yaşında başlandığı ve düzenli olarak her gün en az 1 tane sigara içmeye kaç yaşında başlandığı sorgulandı. Düzenli olarak her gün en az 1 tane sigara içmeye başlama yaşı analizde sürekli veri olarak kullanıldı.

- Aylık sigara masrafı

Kişinin aylık sigaraya harcadığı tutar sorgulandı. Çoklu çözümlemede aylık sigara masrafı sürekli veri olarak kullanıldı.

3.7.1.7. Nikotin bağımlılık düzeyi (Fagerstrom testi puanı)

FNBT'nin Türkçe şekli ile ölçüm yapılmıştır (Bölüm 2.9.2.'de sunulmuştur). Uysal ve ark. testin Türkçe güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değerini 0,56 bulmuştur (71). Bu çalışmanın örnekleminde Cronbach alfa değeri 0,70'dir. Testin 4 seçenekli 2 sorusu 0 ile 3 puan ve 2 seçenekli 4 sorusu 0 ile 1 puan arasında puanlanmıştır. Böylece 0 ile 10 puan arasında oluşan FNBT puanı değerleri; 0-2 puan çok az bağımlılık, 3-4 puan az bağımlılık, 5 puan orta derecede bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık, 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirilmiştir.

3.8.1.8. Geçmiş sigara bırakma durumuna ilişkin değişkenler

- Son bir yıl içinde sigarayı bırakma denemesi durumu

Katılımcıların son yıl içinde bırakma denemesi olup olmadığı 'evet' ve 'hayır' olarak sorgulandı. Bırakma Denemesi olanların deneme sayısı sorgulandı. Bırakma deneme sayısı; bir kez olan, iki kez olan ile üç ve daha fazla kez olan şeklinde gruplandı.

- En uzun bırakma deneyiminin süresi

Gün, ay ve yıl olarak sorgulandı. En uzun bırakma denemesi; 24 saatten kısa süre, 1 ile 30 gün arası süre, 31 ile 180 gün arası süre, 180 ile 365 gün arası süre ve 366 gün ve daha fazla süre olarak gruplanarak sunuldu.

- Son iki bırakma deneme süresi ve tekrar başlama nedenleri

Son iki bırakma denemesi süresi değerlendirildi. Stres, sinirlilik, sorunlar, sigara içen arkadaş, kilo alma, maddi sıkıntı ve diğer seçenekleri ile sigaraya tekrar başlama nedenleri sorgulandı.

3.8.1.9. Geçmişte sigara bırakmaya desteğe ilişkin değişkenler

- Bırakma İçin Destek Alma Durumu

Bırakma denemesi olanların kullandığı bırakma yöntemi ya da yöntemleri ‘danışmanlık, ilaç, bant/sakız ve diğer’ destek şeklinde belirtmesi istendi. Bırakmak için destek alma sayısı; hiçbir destek almayan, herhangi bir tane yöntem desteği alan ve birden çok yöntem desteği alan şeklinde gruplandı.

- Son Üç Sağlık Başvurusunda Sigara Kullanımının Sorgulanması Durumu

Başvurusu sırasında sigara kullanımının hiç birisinde, birinde, ikisinde ve üçünde sorgulanması değerlendirildi.

3.8.1.10. Sigara bırakmaya hazır oluşluk

- Değişim aşamaları (Stages of change) durumu

Prochaska ve DiClemente, sigara bırakmayı aşamalı değişim süreci ile açıklamış ve yaptıkları çalışmalarda bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koyan soruları oluşturmuşlardır. Türkçe örneği Karancı tarafından 1992 yılında kullanılmış olan sorular, Yalçinkaya-Alkar ve Karancı tarafından 2007 yılında yapılan çalışmadaki kullanım şekliyle değerlendirilmiştir (95-99).

Şu anda sigara kullananlardan ‘Önümüzdeki altı ay içinde ciddi biçimde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?’ sorusuna ‘Hayır’ yanıtı verenler düşünme öncesi aşamadır. Bu soruya ‘Evet’ yanıtını veren kullanıcılardan ‘Önümüzdeki 30

gün içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz?’ sorusuna ‘Hayır’ yanıtı verenler düşünme aşamasında iken ‘Evet’ yanıtını verenler hazırlık aşamasındadır (97, 99).

Şu anda sigara kullanmayanlardan ‘Geçen 6 ay içerisinde sigara içtiniz mi?’ sorusuna ‘Evet’ yanıtı verenler hareket aşamasında bulunurken, ‘Hayır’ yanıtı verenler sürdürme aşamasında bulunmaktadır (97, 99).

Bazı çalışmalarda kişinin hazırlık aşamasında kabul edilmesinde; önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı planlaması koşuluna ek olarak geçen yıl içerisinde 24 saat süreyle sigarayı bırakmayı denemiş olması koşulu da kullanılmaktadır (95, 98).

DiClemente ve ark. tarafından 1991 yılında yapılan TTM değişim aşamaları ölçeği ile Snow ve ark.’nın 1992 yılında yaptıkları çalışmaya göre uyarlanan Dijkstra ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilen ve 2006 yılında düzenleme yapılan tek sorudan oluşan ölçek; araştırmada değişim aşamalarının belirlendiği bir başka soru şekli olmuştur. Van Zundert ve ark. 2007 yılında değişim aşamalarının bu şeklini bırakmaya hazır oluşluk olarak kullanmıştır (95, 99-103).

Karadağlı ve Nahcivan tarafından 2009 yılında Türkçe’ye çevrilen ölçek “Sigarayı bırakmayı ciddi olarak ne zaman düşünüyorsunuz?” sorusu ile değişim aşamalarını (hazır oluşluğu) ölçülmektedir. Yanıt seçeneklerinden; ‘gelecek 10 gün ve gelecek 1 ay’ hazırlık aşamasında olmayı, ‘gelecek 6 ay’ ise düşünme aşamasında olmayı göstermektedir. Diğer yanıt seçenekleri; ‘gelecek 1 yıl, gelecek 5 yıl ve gelecek 10 yıl içinde ile gelecekte fakat 10 yıl içinde değil, sigara içme niyetindeyim fakat içtiğim miktarı azaltma düşüncesindeyim ve azaltmaya niyetim yok’ düşünme öncesi aşamada olmayı göstermektedir (20, 95, 99-103).

Araştırmada sigara bırakmaya hazır olanları tespit etmede (müdahale grubunun seçilmesinde) değişim aşamalarını sorgulayan bu soru kullanılmıştır.

3.8.1.11. Müdahale sürecine ilişkin değişkenler

- Müdahale tipi

‘Grup sigara bırakma müdahaleleri uygulananlar’ ve ‘bireysel sigara bırakma müdahaleleri uygulananlar’ olarak değerlendirildi.

- Kontrole gelme durumu

Kontrole gelmesi durumu ‘geldi’ ve ‘gelmedi’ olarak değerlendirildi.

- Kontrol sırasında önerilen ilaç türü

Kontrole gelen işçilere sigara bırakma farmakolojik tedavisi için önerilen ilaç türü değerlendirildi.

- Sigara bırakma ilacı kullanma durumu

İlaç tedavisini en az dört hafta düzenli olarak alanlar ilaç kullananlar olarak değerlendirilmiştir. Farmakolojik tedavi alma durumuna göre ilaç kullanmayan, vareniklin tedavisi alan ve bupropion tedavisi alan olarak değerlendirildi.

3.8.2. Bağımlı değişkene ait tanım ve ölçütler

- İki farklı müdahale sonucu sigarayı bırakma durumu

Sigara bırakma gününden 1 ay, 3 ay ve 6 ay sonra yapılan telefon görüşmesinde, günde 1 adet dahi olsa, sigara içmediğini beyan eden katılımcılar sigarayı bırakmada başarılı (1 aydır, 3 aydır ve 6 aydır halen sigara kullanmayan) olarak kabul edildi.

3.9. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplanması için değişkenler doğrultusunda bir anket formu hazırlanarak araştırmanın ön çalışması örnekleme seçilmeyen 10 maden işçisinde yapılmıştır. Ön çalışma sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak Ek 1’de sunulan anket formu verilerinin toplanmasında kullanılmıştır. Anket uygulanması öncesinde katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak, katılım için onamları alınmıştır. Anket formunu gözetim altında katılımcıların kendilerinin doldurmaları istenmiştir.

Sigara bırakma sonrası 4. hafta, 3. ay ve 6. ay sonunda araştırmacı tarafından telefon ile ulaşılarak işçilerin sigara bırakma durumları tespit edilmiştir. Araştırma sürecinde 2 kişi izlemiden çıkmıştır. Bu kişilere dört farklı günde en az dört kez telefonla ulaşılmaya çalışılmış ve yapılan son aramada verdikleri numaranın kullanım dışına ayrıldığı öğrenilmiştir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS 19.0 (Chicago, Illinois, USA, 2012, customer no:114094) paket programı ile yapıldı.

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik yapıdaki değişkenler bakımından gruplar arasındaki farklılıklar ve değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testleri ile incelendi.

Analizde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada işçilerin sigara kullanımlarını ve sigara kullanım özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacının hazırladığı anket formu kullanılmıştır. Dolayısıyla ölçümler bu değerlendirme formunun ölçtükleri ile sınırlıdır.

Araştırmada incelenen çocukken yaşanan evde sigara maruziyeti, geçmiş sigara öyküsü, daha önceki bırakma denemeleri ve süreleri gibi bazı değişkenler hafızaya bağlı taraf tutmaya neden olmuş olabilir.

Bireyin sigara bırakma durumları katılımcıların beyanına dayalı olarak belirlenmiştir. Bu durum bilgiyi veren kişiyle ilgili taraf tutmaya sebep olmuş olabilir.

Araştırmada sigara bırakmaya hazır olduğu belirlenen işçilere ilk görüşmeleri işyerlerinde yapılmıştır. İkinci görüşme için randevu verilmiştir.

Maden işçilerinin sigara bırakma başarıları görece sınırlı olması çalışma sonuçlarının genellenmesi aşamasında dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir.

3.12. Etik Konular

Araştırma ile ilgili etik kurul onayı Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından verilmiş olup, ilgili kurulun 09.12.2014 tarih ve 2014-184-09/12 protokol nolu onay belgesi Ek-2’de sunulmuştur.

Araştırmanın TTK Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesinde yapılmasına onay Türkiye Taş Kömürü Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından verilmiş olup ilgili kurumun 09.03.2015 tarih ve 82363172-776/2476 sayılı uygun görülme yazısı Ek-3’te sunulmuştur.

Araştırmada katılımcılar için çalışmanın kısa bir özeti, ne amaçla kimin tarafından kullanılacağı gibi bilgilerin yer aldığı bir form hazırlanmış ve araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bu çalışmada anket formunu doldurmak için ve görüşmelere katılmak için iki adet bilgilendirilmiş olur formu düzenlenmiştir (Ek-4, EK-5). Anket uygulanması öncesinde ve müdahale çalışması öncesinde katılımcıların çalışmaya kendi rızaları ile katıldıklarına dair imza atmaları istenmiş, katılım için onamları alınmıştır.

Her hafta çalışma kapsamında müdahale yapılmayan işçilere 5 dakika kısa görüşme (5R yaklaşımıyla) sigara bırakma müdahaleleri yapılmıştır. Çalışma kapsamında değerlendirilmeyen bu işçilerden bazıları üniversite sigara bırakma polikliniğine başvurarak sigara bırakma girişimi yapmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın İlk Aşamasına Ait Bulgular

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan 877 kişinin tamamı erkektir. Araştırmanın birinci aşamasındaki işçilerin en küçüğü 21, en büyüğü 57 yaşındadır (ortanca 35) ve ortalama yaş $35,4 \pm 5,51$ ’dir. Örnekleme bakıldığında madencilerin % 95,7’si (n= 839) yer altında çalışmaktadır. Katılımcıların %0,5’i (n=4) okuryazar, %35,9’u (n=315) ilkokul, %27,1’i (n=238) ortaokul, %33,3’ü (n=292) lise ve %3,2’si (n=28) üniversite mezunudur. İşçilerin %91,1’i (n=799) evli iken %7,8’i (n=68) bekâr, %1,0’ı (n=9) boşanmış ve %0,1’i (n=1) dul olmak üzere toplam %8,9’u (n=78) evli değildir.

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri dağılımı

Sosyo-demografik özellik (n=877)		Sayı	%
Çalışılan yer	Yer altı	839	95,7
	Yer üstü	38	4,3
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	4	0,5
	İlkokul	315	35,9
	Ortaokul	238	27,1
	Lise	292	33,3
	Üniversite	28	3,2
Medeni Durum	Evli	799	91,1
	Bekâr	68	7,8
	Boşanmış	9	1,0
	Dul	1	0,1
Boş Zamanlarında Uğraşı	Olmayan	330	37,6
	Olan	547	62,4
Yapılan Uğraşlar*	Spor yapma	203	23,1
	Balık tutma	159	18,1
	Bahçe işleri	159	18,1
	Diğer uğraş	123	14,0

* Birden fazla uğraş türü işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılanların boş zamanlarında uğraşı özellikleri tablo 1’de verilmiştir.

Boş zamanlarında bir uğraşıyla ilgilendiklerini belirtenlerin oranı % 62,4’tür (n= 547). Katılımcıların % 23,1’i (n=203) spor yapma, % 18,1’i (n=159) balık tutma, % 18,1’i (n=159) bahçe işleri ve % 14,0’ı (n=123) diğer bir uğraşı ile boş zamanlarını değerlendirdiğini belirtmiştir. Katılımcılar birden fazla uğraş türünü işaretlemişlerdir.

Araştırmaya katılanların gelir durumuna ilişkin özellikleri tablo 2’de sunulmuştur.

Ailesinin aylık toplam gelirini ve bu geliri paylaşan evde yaşayan kişi sayısını belirten katılımcıların kişi başı geliri en az 250 ₺, en çok 5000 ₺ (ortanca 625 ₺) ve ortalama 684,7±356,92 ₺ şeklindedir. Maddi durumunu işçilerin %4,7’si (n=41) çok kötü, %14,5’i (n=127) kötü, %65,8’i (n=575) orta, %15,0’ı (n=131) iyi ve çok iyi olarak belirtmiştir. Aylık gelirini katılımcıların %30,7’si (n=268) giderlerinden az, %57,1’i (n=499) giderlerine eşit ve %12,2’si (n=107) giderlerinden fazla olarak belirtmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların gelir durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı

Gelir durumuna ilişkin özellikler		Sayı	%
Maddi durumun algılanması	Çok Kötü	41	4,7
	Kötü	127	14,5
	Orta	575	65,8
	İyi – Çok iyi*	131	15,0
Toplam		874	100,0
Aylık gelirin giderleri karşılaması	Gelir giderden az	268	30,7
	Gelir gidere eşit	499	57,1
	Gelir giderden fazla	107	12,2
Toplam		874	100,0

*Çok iyi yanıtını veren 7 kişi bu gruba dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılanların sağlık durumuna ilişkin özellikleri tablo 3’de gösterilmiştir.

İşçilerin %91,8'i (n=805) sürekli bir hastalığı olmadığını belirtirken; %1,5'i (n=13) mide ülseri, %1,3'ü (n=11) hipertansiyon ve %1,1'i (n=10) ise bel ağrısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %94,5'i (n=829) psikiyatrik hastalık tanısı olmadığını ifade etmiş, bununla birlikte %1,6'sı (n=14) depresyon, %1,6'sı (n=14) panik atak ile %1,1'i (n=10) ise anksiyete tanısı aldığını bildirmiştir. Sürekli ilaç kullanımı olmadığını belirten işçilerin oranı %92,8 (n=814) iken, katılımcıların %2,0'ı (n=18) mide koruyucu, %1,6'sı (n=14) psikiyatrik ilaç ve %4,6'sı (n=31) diğer bir ilacı kullanmaktadır.

Beden kitle indeksi hesaplamalarına göre katılımcıların %0,2'si (n=2) zayıf, %34,3'ü (n=292) normal kiloda, %50,4'ü (n=429) hafif kilolu, %15,0'ı (n=128) obezdir.

Tablo 3: Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin özellikleri

Sağlık durumuna ilişkin özellikler (n=877)		Sayı	%
Sürekli Hastalık Durumu	Olmayan	805	91,8
	Olan	72	8,2
Sürekli Hastalıklar	Mide Ülseri	13	1,5
	Hipertansiyon	11	1,3
	Bel Ağrısı	10	1,1
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Olmayan	829	94,5
	Olan	48	5,5
Psikiyatrik Hastalıklar	Depresyon	14	1,6
	Panik Atak	14	1,6
	Anksiyete	10	1,1
Sürekli İlaç Kullanımı	Olmayan	814	92,8
	Olan	63	7,2
İlaç	Mide Koruyucu	18	2,0
	Psikiyatrik ilaç	14	1,6
	Diğer ilaçlar	31	4,6
Beden kitle indeksi* (n=851)	Zayıf	2	0,2
	Normal	292	34,3
	Hafif Kilolu	429	50,4
	Obez	128	15,0

*Analiz 851 kişiyle yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların alkol kullanımına ilişkin özellikleri tablo 4’te sunulmuştur. Çalışmadaki işçilerin bildirdiklerine göre %53,8’i (n=472) hiç alkol kullanmamıştır. Katılımcıların %8,0’ı (n=70) ayda bir gün ya da daha fazla ve %13,3’ü (n=1117) ayda bir günden az alkol kullanımı olmak üzere %21,3’ü (n=187) alkol kullanmayı bıraktığını belirtmiştir. İşçilerin %9,6’sı (n=84) ayda bir günden az ve %15,3’ü (n=134) ayda bir gün ya da daha fazla miktarda olacak şekilde %24,9’u (n=218) halen alkol kullandıklarını bildirmiştir. Halen alkol kullananların %26,9’u (n=58) CAGE testinde 2 ya da daha fazla evet yanıtı vermişken, %51,7’si CAGE testinden sıfır puan ve %21,8’i bir puan almıştır. CAGE testine göre değerlendirildiğinde tüm grubun %6,6’sının riskli alkol kullanımı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin özellikler

Alkol kullanım özellikleri		Sayı	%
Alkol kullanım durumu	Hiç kullanmamış olan	472	53,8
	Bırakan	187	21,3
	Kullanmaya devam eden	218	24,9
Toplam		877	100,0
Alkol Kullanım Miktarı	Kullanmayan	472	53,8
	Ayda 1 günden az içen	84	9,6
	Ayda 1 gün ve daha çok içen	134	15,3
	Ayda 1 günden az içerken bırakan	117	13,3
	Ayda 1 gün ve çok içerken bırakan	70	8,0
Toplam		877	100,0
CAGE Testi	Negatif	158	73,1
	Pozitif	58	26,9
Toplam		216	100,0
CAGE Testi Puanı	0 puan	111	51,7
	1 puan	47	21,8
	2 puan	33	15,3
	3 puan	22	10,2
	4 puan	3	1,4
Toplam		216	100,0

Araştırmaya katılanların çevresinde sigara içilme durumuna ilişkin özellikler tablo 5 ve tablo 6’da sunulmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin %59,2’si (n=519) çocukken yaşadığı evde sigara içildiğini belirtmiştir. İşçilerin %48,3’ü (n=424) babası, %12,1’i (n=106) annesi ve %3,9’u (n=34) diğer bir kişi tarafından çocukken yaşadığı evde sigaraya maruz kaldığını bildirmiştir. Katılımcılar çocukken yaşadığı evde sigara kullanan birden fazla kişiyi işaretlemiştir.

Araştırmada katılımcıların %73,0’ı (n=640) evinde kendinden başka sigara içen kimsenin olmadığını bildirmiştir. Sigara kullananların %29,3’ünde (n=153) ve kullanmayanların %23,7’sinde (n=84) evde sigara maruziyeti vardır. İşçilerin ifadelerine göre %15,8’inin (n=127) eşi sigara içmektedir.

Tablo 5: Katılımcıların çocukken çevresinde sigara içilmesine ilişkin özellikler

Katılımcıların çevresinde sigara içilme durumu		Sayı	%
Çocukken yaşanan evde sigaraya	Maruz kalmayan	358	40,8
	Maruz kalan	519	59,2
Toplam		877	100,0
Çocukken sigaraya maruz kalınan kişi*	Anne	106	12,1
	Baba	424	48,3
	Abi/kardeş	18	2,0
	Dede	11	1,3
	Amca/dayı	5	0,6

*Birden fazla kişi işaretlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların yaşadığı evde sigara içilmesine ilişkin özellikler

Katılımcıların çevresinde sigara içilme durumu		Sayı	%
Şu An Yaşanan Evde (Siz Hariç) Sigara	Kullanan yok	640	73,0
	Kullanan var	237	27,0
Toplam		877	100
Eşin Sigara Kullanım Durumu	Kullanmıyor	672	84,2
	Kullanıyor	127	15,8
Toplam		877	100,0

Araştırmaya katılanların sigara kullanım durumu özellikleri tablo 7’de sunulmuştur.

Araştırma örneklemine giren işçilerin %26,0’sı (n=228) hiç sigara kullanmadığını, %14,4’ü (n=126) sigarayı bıraktığını, %1,8’i (n=16) ara sıra sigara kullandığını ve %57,8’i (n=507) her gün en az bir tane sigara kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %59,6’sı (n=523) halen sigara kullanmaktadır.

Tablo 7: Katılımcıların sigara kullanım durumlarının dağılımı

Katılımcıların sigara kullanım özellikleri		Sayı	%
Sigara Kullanma Durumu	Hiç kullanmayan	228	26,0
	Bırakan	126	14,4
	Halen kullanan	523	59,6
Toplam		877	100,0

Geçmişte sigara içmiş şuan kullanmayan katılımcıların sigara bıraktıktan sonra geçirdikleri sürelerin dağılımı tablo 8’de görülmektedir.

Sigara bırakma hızı ([quit ratio]= Bırakanlar / Halen içen + Bırakanlar) %19,4’tür. Sigarayı bıraktığını belirten katılımcılar en az 1 ay, en çok 300 ay (ortanca 48) olmak üzere ortalama 67,6±61,04 aydır sigara kullanmamaktadır. Sigarayı bırakan işçilerin %17,4’ü (n=19) 12 aydan az, %35,8’i (n=39) 1 yıl ile 5 yıl arasında ve %46,8’i (n=51) 5 yıl ve üzerinde süre sigara kullanmamıştır.

Tablo 8: Sigarayı bırakmış katılımcıların sigara bıraktıktan sonra geçirdikleri sürelerin dağılımı

Bırakma süresi	Sayı	%
12 aydan az	19	17,4
12 – 60 ay arasında	39	35,8
60 ay ve daha çok	51	46,8
Toplam	109	100,0

Çalışma örneklemindeki halen sigara kullanan katılımcıların; kullanım miktarı, süresi, başlama yaşı ve masrafı tablo 9’da gösterilmiştir.

Halen sigara kullanan işçiler günde en az 1, en çok 60 adet sigara kullanmakta ve günlük kullanılan sigara adedi ortalama $15,5 \pm 7,85$ düzeyinde olmaktadır. Bu işçiler en az 1 yıl, en çok 45 yıl süresince sigara kullanmış ve ortalama kullanım yılı $16,0 \pm 6,34$ olarak bulunmuştur. Halen sigara kullanan katılımcıların ortalama $13,3 \pm 9,77$ paket yıl sigara kullanımı olduğu saptanmıştır.

Sigara içmeye ilk başlama yaşı ortalama $16,9 \pm 3,68$ ve düzenli olarak her gün içmeye başlama yaşı ortalama $17,9 \pm 3,79$ olarak gözlenmiştir. Aylık sigara masrafı sorulduğunda sigara kullanan işçiler; en az 10 ₺, en çok 600 ₺ (ortanca 200 ₺) harcadıkları yanıtını vermiştir. Bu işçilerin aylık sigara masrafının ortalama $211,6 \pm 84,62$ ₺ şeklinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9: Sigara içen işçilerin kullanım miktarı, süresi, başlama yaşı ve masrafı

Sigara kullanım özellikleri	Ortalama $\pm$ Standart sapma	Ortanca (min-maks)
İçilen sigara adedi	$15,5 \pm 7,85$	15 (1 - 60)
Sigara kullanımı yıl	$16,0 \pm 6,34$	15 (1 – 45)
Paket yıl	$13,3 \pm 9,77$	11,25 (0,05 – 81)
Deneme yaş	$16,9 \pm 3,68$	17 (7 – 36)
Başlama yaş	$17,9 \pm 3,79$	18 (7 – 36)

Sigara kullanan katılımcıların Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testine göre belirlenen nikotin bağımlılık düzeyleri tablo 10’da gösterilmiştir.

Katılımcıların FNBT yanıtlarına göre 197’sinde (%40,0) çok düşük, 128’inde (%26,0) düşük, 54’ünde (%11,0) orta, 65’inde (%13,2) yüksek düzey ve 48’inde (%9,8) çok yüksek düzey bağımlılık izlemektedir. Bu işçilerin ortalama fagerström puanı $3,6 \pm 2,53$ bulunmuştur.

Tablo 10: Katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerinin dağılımı

Bağımlılık düzeyi		Sayı	%
FNBT	Çok düşük düzey bağımlı	197	40,0
	Düşük düzey bağımlı	128	26,0
	Orta düzey bağımlı	54	11,0
	Yüksek düzey bağımlı	65	13,2
	Çok yüksek düzey bağımlı	48	9,8
Toplam		492	100,0

Araştırmada sigara kullanan katılımcıların geçmiş sigara bırakma durumuna ilişkin özellikleri tablo 11’de sunulmuştur.

Araştırmada katılımcıların %38,4’ü (n=189) son bir yıl içinde sigara bırakma denemesi olduğunu belirtmiştir. Son bir yıl içinde bırakma denemesi olan işçilerin ifadelerine göre bu süre içerisinde girişim sayısı 1 ile 10 arasında değişmekle birlikte ortalama $1,5 \pm 1,13$ girişim yaptıkları ve bu işçilerin %70,4’ünün (n=133) bir kez, %17,5’inin (n=33) iki kez ve %12,1’inin (n=23) üç ya da daha fazla kez sigara bırakma denemesi gerçekleştirdiği izlenmiştir.

Tablo 11: Sigara kullanan katılımcıların geçmiş bırakma denemesinin dağılımı

Bırakma denemesi özellikleri		Sayı	%
Son bir yıl içinde bırakma denemesi	Olmayan	303	61,6
	Olan	189	38,4
Toplam		492	100
Bırakma deneme sayısı	Bir kez olan	133	70,4
	İki kez olan	33	17,5
	Üç ve daha fazla olan	23	12,1
Toplam		189	100,0

Sigara kullanan katılımcıların son bir yıl içinde bırakma denemesinde destek alma durumu ile alınan desteklerin dağılımı tablo 12 ve tablo 13’te verilmiştir.

Son bir yılda bırakma denemesi olan işçilerin %64,6’sı (n=122) bırakmak için hiçbir destek almadığını bildirirken, %20,1’i (n=38) herhangi bir yöntem ile destek aldığını ve %15,3’ü (n=29) ise birden çok yöntem ile destek aldığını belirtmiştir.

Tablo 12: Sigara kullanan katılımcıların geçmiş bırakma denemesinde destek alma durumu

Bırakma İçin Destek Alma Durumu	Sayı	%
Hiçbir destek almayan	122	64,6
Herhangi bir yöntem ile destek alan	38	20,1
Birden çok yöntem ile destek alan	29	15,3
Toplam	189	100,0

Son bir yıl içinde bırakma denemesi için katılımcılardan 33'ü (%17,5) danışmanlık, 24'ü (%12,7) farmakolojik tedavi (tablet), 29'u (%15,3) NRT (bant/sakız) ve 17'si (%9,0) diğer bir destek aldığını ifade etmiştir. Katılımcılar birden fazla destek türünü işaretlemişlerdir.

Tablo 13: Geçmiş sigara bırakma denemesinde alınan desteklerin dağılımı

Sigara bırakma destekleri*	Sayı	%
Danışmanlık alan	33	17,5
Farmakolojik tedavi (tablet)	24	12,7
NRT (Bant/Sakız)	29	15,3
Diğer	17	9,0

* Katılımcılar birden fazla destek türünü işaretlemişlerdir.

Sigara kullanan işçilerin en uzun sigara bırakma denemesi dağılımı tablo 14'te gösterilmiştir.

Halen sigara kullananların 24 saati tamamlayabilen geçmişteki en uzun sigara bırakma girişim süresi; en kısa 1 gün ile en uzun 3650 gün olarak (ortanca 30 gün) gerçekleşmiş ve ortalama 201,4±460,98 gün olmuştur.

En uzun bırakma denemesi sigara kullanan işçilerin %40,0'ında (n=197) 24 saatten kısa süre, %35,5'inde (n=165) 1 ile 30 gün arası süre, %13,8'inde (n=68) 31 ile 180 gün arası süre, %5,1'inde (n=25) 180 ile 365 gün arası süre ve %7,5'inde (n=37) 366 gün ve daha fazla süre devam etmiştir.

Tablo 14: Sigara kullanan katılımcıların geçmiş en uzun bırakma denemesi

En uzun Bırakma Denemesi	Sayı	%	Sayı	%
24 saatten kısa süre olan	197	40,0	0	0
1 ile 30 gün süre olan	165	33,5	165	55,9
31 ile 180 gün süre olan	68	13,8	68	23,1
181 ile 365 gün süre olan	25	5,1	25	8,5
366 gün ve daha fazla süre olan	37	7,5	37	12,5
Toplam	492	100	295	100,0

Sigara bırakma denemesi olan işçilerin son iki girişimi sonunda tekrar sigaraya başlama nedenleri tablo 15’de sunulmuştur.

İşçilerden son iki bırakma denemesinden birinci girişimine yanıt verenler en az 1, en çok 1315 gün (ortanca 12) olmak üzere ortalama $89,1 \pm 199,95$ gün sigara içmemiştir. Birinci girişim sonunda bırakma denemesindeki işçilerin; %40,3’ü (n=77) sigara içme arzusunu, %37,2’si (n=71) stresi, %36,6’sı (n=70) sinirliliği, %20,9’u (n=40) sorunları, %13,6’sı (n=26) sigara içen arkadaş etkisini, %5,2’si (n=10) kilo almayı ve %4,2’si (n=8) maddi sıkıntıyı tekrar başlama nedeni olarak göstermiştir. İşçilerden ikinci sigara bırakma girişimine yanıt verenler ise en az 1 ile 215 gün arasında (ortanca 21,5) olmak üzere ortalama $39,0 \pm 50,87$ gün sigaradan uzak durmuştur. İkinci bırakma girişiminde bulunan işçilerin %54,2’si (n=13) sigara içme arzusunu, %25,0’ı (n=6) stresi, %50,0’ı (n=12) sinirliliği, %8,3’ü (n=2) sorunları ve %12,5’i (n=3) sigara içen arkadaşı ikinci girişimin başarısızlık nedeni olarak bildirmiştir.

Tablo 15: Sigara bırakma denemesi olan işçilerin son iki girişiminde tekrar sigaraya başlama nedenlerinin dağılımı

Son iki bırakma denemesinde tekrar başlama nedenleri		Sayı	%
Son iki bırakma denemesinden birincisinde tekrar başlama nedenleri (n=191)*	Sigara İçme Arzusu	77	40,3
	Stres	71	37,2
	Sinirlilik	70	36,6
	Sorunlar	40	20,9
	Sigara içen arkadaş etkisi	26	13,6
	Kilo alma	10	5,2
	Maddi sıkıntı	8	4,2
Son iki bırakma denemesinde tekrar başlama nedenleri		Sayı	%
Son iki bırakma denemesinden ikincisinde tekrar başlama nedenleri (n=24)*	Sigara İçme Arzusu	13	54,2
	Stres	6	25,0
	Sinirlilik	12	50,0
	Sorunlar	2	8,3
	Sigara içen arkadaş etkisi	3	12,5

* Birden fazla neden işaretlenmiştir.

İşçilerin son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanması durumu tablo 16’da verilmiştir.

İşçilerin %74,1’i (n=650) son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının hiç sorgulanmadığını bildirirken; %17,2’si (n=151) bir kez, %4,0’ı (n=35) iki kez ve %4,7’si (n=41) üç kez sorgulandığını belirtmiştir.

Tablo 16: Katılımcıların son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanması durumu

Son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanması	Sayı	%
Hiçbirinde	650	74,1
Birinde	151	17,2
İkisinde	35	4,0
Üçünde	41	4,7
Toplam	877	100,0

Katılımcıların Transteoretik model değişim aşamalarında dağılımı tablo 17’de sunulmuştur.

Sigara kullanan ve bırakmış olan işçilerin Transteoretik modele göre; %37,4’ünün düşünme öncesi, %14,9’unun düşünme, %29,9’unun hazırlık, %2,9’unun hareket ve %14,9’unun sürdürme aşamasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 17: Katılımcıların değişim aşamaları dağılımı

Değişim aşaması	Sayı	%
Düşünme öncesi	233	37,4
Düşünme	93	14,9
Hazırlık	186	29,9
Hareket	18	2,9
Sürdürme	93	14,9
Toplam	623	100,0

Katılımcıların değişim aşamaları (bırakmaya hazır oluşluk) dağılımı tablo 18’de sunulmuştur.

Bırakmaya hazır oluşluk, sigara bırakmayı düşünme zamanına göre değerlendirildiğinde; sigara kullanan maden işçilerinin %15,0'ı (n=74) gelecek on gün içerisinde, %18,1'i (n=89) gelecek otuz gün içinde olmak üzere %33,1'i hazırlık aşamasında bulunmaktadır. İşçilerin %17,1'inin (n=84) gelecek altı ay içinde bırakmak istediğinden düşünme aşamasında olduğu bulunmuştur. İşçilerin %49,8'i (n=245) ise düşünme öncesi aşamadır.

Tablo 18: Katılımcıların değişim aşamaları (bırakmaya hazır oluşluk) dağılımı

Değişim aşaması (sigarayı bırakma düşünülen zaman)		Sayı	%
Düşünme öncesi	Azaltmaya niyetim yok	53	10,8
	Azaltma niyetim var	90	18,3
	Bırakacağım fakat 10 yıl içinde değil	11	2,2
	Gelecek 10 yıl içinde bırakacağım	17	3,5
	Gelecek 5 yıl içinde bırakacağım	52	10,6
	Gelecek 1 yıl içinde bırakacağım	22	4,5
	Düşünme öncesi toplam	245	49,8
Düşünme	Gelecek 6 ay içinde bırakacağım	84	17,1
Hazırlık	Gelecek 30 gün bırakacağım	89	18,1
	Gelecek 10 gün bırakacağım	74	15,0
	Hazırlık toplam	163	33,1
Toplam		492	100

4.2. Araştırmanın İkinci Aşamasına Ait Bulgular

‘Bireysel sigara bırakma’ ve ‘grup sigara bırakma’ müdahale tipleri uygulanan işçiler tablo 19-26’da gösterilen özellikler yönünden homojen/benzerdir.

Bireysel ve grup sigara bırakma müdahale tiplerindeki işçilerin; yaş, öğrenim durumu, medeni durumu, boş zamanlarında uğraşı, aylık gelirin giderleri karşılaması ve maddi durumun algılanması dağılımları karşılaştırıldığında gruplar arasında değişkenler açısından anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 19: Katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre müdahale tiplerinin dağılımı

Bazı sosyodemografik özellikler		Müdahale Tipi				p
		Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
Yaş		34 (25 – 49)		34 (26 – 55)		0,468
Bazı sosyodemografik özellikler		Sayı	%	Sayı	%	
Öğrenim durumu	İlkokul	27	50,0	27	50,0	0,505
	Ortaokul	19	57,6	14	42,4	
	Lise, ön lisans*	18	43,9	23	56,1	
Medeni durum	Evli	58	50,0	58	50,0	1,000
	Evli olmayan	6	50,0	6	50,0	
Boş zaman uğraşı	Olan	32	53,3	36	46,7	0,479
	Olmayan	32	47,1	28	42,9	

* Ön lisans öğrenimini tamamlayan 1 kişi bu gruba dahil edilmiştir.

Tablo 20: Katılımcıların gelir durumu özelliklerine göre müdahale tiplerinin dağılımı

Gelir durumu özellikleri		Müdahale Tipi				p
		Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Maddi durumun algılanması	Çok kötü	5	83,3	1	16,7	0,099
	Kötü	9	42,9	12	57,1	
	Orta	37	45,1	45	54,9	
	İyi	13	68,4	6	31,6	
Aylık gelirin giderleri karşılması	Gelir giderden az	23	51,1	22	48,9	0,982
	Gelir gidere eşit	33	49,3	34	50,7	
	Gelir giderden fazla	8	50,0	8	50,0	

Bireysel ve grup sigara bırakma müdahale tiplerindeki işçilerin; hastalık durumu özelliklerinin dağılımı tablo 21’de sunulmuştur.

Bireysel ve grup sigara bırakma müdahale tiplerindeki işçilerin; sürekli hastalık varlığı ve psikiyatrik hastalık tanısı varlığı durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında değişkenler yönünden anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 21: Katılımcıların sağlık durumu özelliklerine göre müdahale tipleri

Hastalık durumu özellikleri		Müdahale Tipi				p
		Bireysel Tedavi (n=64)		Grup tedavi (n=64)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Sürekli hastalık durumu	Olan	9	64,3	5	35,7	0,396
	Olmayan	55	48,2	59	51,8	
Psikiyatrik hastalık tanısı	Olan	3	50,0	3	50,0	1,000
	Olmayan	61	50,0	61	50,0	

Alkol kullanım durumlarına değerlendirildiğinde; bireysel sigara bırakma ve grup sigara bırakma müdahale tipleri uygulanan işçiler arasında alkol kullanım durumu özellikleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,777$) (Tablo 22).

Tablo 22: Katılımcıların alkol kullanım özelliklerine göre müdahale tiplerinin dağılımı

Alkol kullanım durumu özellikleri	Müdahale Tipi				p
	Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Hiç kullanmayan	25	52,1	23	47,9	0,777
Bırakan ayda 1 günden az içerken	14	58,3	10	41,7	
Bırakan ayda ≥ 1 gün içerken	9	47,4	10	52,6	
Halen içen ayda 1 günden az	4	36,4	7	63,6	
Halen içen ayda 1 gün ve daha çok	12	46,2	14	43,8	

Bireysel tedavi alan işçiler ile grup tedavi alanlar arasında çocukken yaşanan evde sigaraya maruz kalma durumu ve yaşanan evde sigara maruziyeti açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23: Katılımcıların sigara maruziyeti durumuna göre müdahale tipleri

Sigaraya maruz kalma durumu		Müdahale Tipi				p
		Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Çocukken yaşanan evde sigaraya	Maruz kalan	47	47,0	53	53,0	0,285
	Maruz kalmayan	17	60,7	11	39,3	
Şu an yaşanan evde (Siz Hariç) Sigara	Kullanan yok	43	52,4	39	47,6	0,581
	Kullanan var	21	45,6	25	54,4	

Müdahale uygulanan işçilerin kişi başı gelir, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı, FNBT puanı ve aylık sigara masrafı ortancaları karşılaştırıldığında; bireysel tedavi alanlar ile grup tedavi alanlar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Müdahale tipleri arası kişi başı gelir, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı, FNBT puanı ve aylık sigara masrafı karşılaştırma sonuçları tablo 24'te sunulmuştur.

Tablo 24: Girişim yapılan işçilerin kişi başı gelir, sigara kullanım miktarı, başlama yaşı, bağımlılık düzeyi ve aylık sigara masrafı ile müdahale tipleri

Gelir ve sigara ile ilgili bazı özellikler	Müdahale Tipi		p
	Bireysel Tedavi (n=64)	Grup Tedavi (n=64)	
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Kişi başı gelir (₺)	545 (333 - 1000)	560 (333 - 1500)	0,562
İçilen sigara (adet)	15 (1 - 50)	20 (1 - 30)	0,577
Sigaraya başlama yaşı	16 (9 - 27)	17 (10 - 33)	0,644
FNBT puanı	4 (0 - 10)	5 (0 - 9)	0,340
Aylık sigara masrafı ₺	230 (15 - 400)	210 (10 - 350)	0,350

Girişim yapılan işçilerde; son üç sağlık başvurusu sırasında sigara kullanımının sorgulanması durumu müdahale tipine göre değerlendirilmiştir (Tablo 25).

Grup ve bireysel sigara bırakma müdahale tipleri arasında sigara kullanımının sorgulanması durumunun dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0,521$).

Tablo 25: Son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanma sayısına göre müdahale tipleri

Sigara kullanımı sorgulanması	Müdahale Tipi				p
	Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Hiç Sorgulanmadı	42	46,1	49	53,9	0,521
Birinde Sorgulandı	15	62,5	9	37,5	
İkisinde Sorgulandı	3	50,0	3	50,0	
Üçünde Sorgulandı	4	57,1	3	42,9	

Araştırmanın müdahale yapılan kısmına katılan işçilerin son bir yıl içinde gerçekleştirdikleri sigara bırakma denemesi varlığı ile yapılan girişim türü karşılaştırılması tablo 26’da verilmiştir.

İki farklı müdahale tipi uygulanan işçiler arasında son bir yıl içerisinde sigara bırakma denemesi varlığı yönünden anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0,719$).

Tablo 26: Girişim yapılan işçilerin son bir yıl içinde bırakma denemesi varlığına göre müdahale tipleri

Sigara bırakma denemesi	Müdahale Tipi				p
	Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Olan	39	51,3	37	48,7	0,719
Olmayan	25	39,1	27	42,2	

Sigara bırakma düşünülen zamana göre müdahale tiplerinin karşılaştırma sonuçları tablo 27’de sunulmuştur.

Bireysel sigara bırakma müdahalesi uygulanma oranı, sigarayı 30 gün içinde bırakmayı düşünen işçilerde (%53,1), 10 gün içinde bırakmayı düşünen işçilere (%29,6) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,007$).

Tablo 27: Sigara bırakma düşünülen zamana göre müdahale tipleri

Sigara bırakma düşünülen zaman	Müdahale Tipi				p
	Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
	Sayı	%	Sayı	%	
10 gün içinde	19	29,6	45	70,4	0,007
30 gün içinde	34	53,1	30	46,9	

İşçilerin müdahale tiplerine göre kontrole gelme durumları tablo 28’de belirtilmiştir.

Kontrol görüşmesine katılma oranı grup sigara bırakma müdahalesi yapılan işçilerde (%71,9), bireysel müdahale yapılan işçilere (%62,5) göre daha yüksek izlenmiş ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,347$).

Tablo 28: İşçilere uygulanan müdahale çeşidine göre kontrole gelme durumları

Kontrol Gelme Durumu	Müdahale Tipi				p
	Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Geldi	40	62,5	46	71,9	0,347
Gelmedi	24	37,5	18	28,1	

*Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Müdahale tipleri arasında kontrolde önerilen ilaç tedavisi ve ilaç kullanma durumu dağılımları tablo 29’da sunulmuştur.

Kontrole gelen işçilere bu sırada verilen iki farklı ilaç önerisinin dağılımı açısından bireysel ve grup tedavi alanlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,999$). Sigara bırakma ilacı kullanma açısından müdahale tipleri arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,634$).

Tablo 29: Bazı ilaç tedavisi özellikleri dağılımlarına göre müdahale tipleri

İlaç tedavisi özellikleri		Müdahale Tipi				p
		Bireysel Tedavi (n=64)		Grup Tedavi (n=64)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Verilen İlaç Önerisi	Vareniklin	33	46,4	38	53,6	0,999
	Bupropion	6	46,1	7	53,9	
İlaç Kullanma durumu	Kullanmayan	41	53,2	36	46,8	0,634
	Vareniklin	19	43,2	25	56,8	
	Bupropion	4	57,1	3	42,9	

Müdahale şeklinin bir, üç ve altı aydır halen sigara içmeme başarısına etkisi tablo 30–32’de sunulmuştur.

Grup sigara bırakma müdahalesi yapılan işçilerin bir, üç ve altı aydır halen sigara içmeme oranları, bireysel sigara bırakma müdahalesi yapılan işçilerden yüksek olmasına karşın aradaki farklar anlamlı değildir ($p>0,05$).

Müdahale tipi ve bırakmanın düşünüldüğü süreye göre sigara bırakmada bireysel ve grup sigara bırakma uygulananlar arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 30: Müdahale tipinin bir aydır sigara içmeme başarısına etkisi

Müdahale Tipi	Bir Aydır Sigara İçmeme				p
	Başarılı		Başarısız		
	Sayı	%	Sayı	%	
Bireysel Tedavi (n=63)	21	33,3	42	66,7	0,852
Grup Tedavi (n=63)	23	36,5	40	63,5	

Tablo 31: Müdahale tipinin üç aydır sigara içmeme başarısına etkisi

Müdahale Tipi	Üç Aydır Sigara İçmeme				p
	Başarılı		Başarısız		
	Sayı	%	Sayı	%	
Bireysel Tedavi (n=63)	16	25,4	47	74,6	0,434
Grup Tedavi (n=63)	21	33,3	42	66,7	

Altı aydır sigara içmeme grup müdahalesinde %23,8 oranındayken bireysel müdahale yapılanlarda %20,6'dır.

Tablo 32: Müdahale tipinin altı aydır sigara içmeme başarısına etkisi

Müdahale Tipi	Altı Aydır Sigara İçmeme				p
	Başarılı		Başarısız		
	Sayı	%	Sayı	%	
Bireysel Tedavi (n=63)	13	20,6	50	79,4	0,830
Grup Tedavi (n=63)	15	23,8	48	76,2	

Müdahale yapılan ve sigara bırakma durumları değerlendirilebilen 126 işçinin 28'i (%22,2) 6 ayın sonunda sigarayı halen kullanmazken, 98'i (%77,8) sigara içmeyi sürdürmüştür.

Müdahale yapılan katılımcılar altı aydır halen sigara kullanmama durumlarına göre bırakan ve bırakmayan olarak tekrar gruplandırılarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile sigara bırakma durumlarının karşılaştırılması tablo 33'te sunulmuştur.

Sigarayı bırakan ve bırakmayan işçilerde yaş, öğrenim durumu, medeni durumu, boş zamanlarında uğraşı, sürekli hastalık durumu, aylık gelirin giderleri karşılaması durumu ve maddi durumun algılanması durumlarının dağılımları benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 33: Katılımcı sosyo-demografik özelliklerinin sigara bırakmaya etkisi

Sosyo-demografik özellikler		Sigara bırakma durumu				p
		Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
Yaş (ortanca (min-max))		34 (25 – 49)		33 (28 – 55)		0,424
		Sayı	%	Sayı	%	
Öğrenim durumu	İlkokul	44	84,6	8	15,4	0,264
	Ortaokul	25	75,8	8	24,2	
	Lise ve ön lisans*	29	70,7	12	29,3	
Medeni durum	Evli	90	78,3	25	21,7	0,707
	Evli olmayan	8	72,7	3	27,3	
Boş zamanlarda uğraşı	Olan	51	76,1	16	23,9	0,793
	Olmayan	47	79,7	12	20,3	
Sürekli hastalık durumu	Olan	10	77,0	3	23,0	0,999
	Olmayan	88	77,9	25	22,1	
Maddi durum algılanması	Çok kötü	5	83,3	1	16,7	0,451
	Kötü	19	90,5	2	9,5	
	Orta	60	75,0	20	25,0	
	İyi	14	73,7	5	26,3	
Aylık gelirin giderleri karşılması durumu	Gelir giderden az	37	82,2	8	17,8	0,383
	Gelir gidere eşit	48	72,7	18	27,3	
	Gelir giderden fazla	13	86,7	2	13,3	

* Ön lisans öğrenimini tamamlayan 1 kişi bu gruba dahil edilmiştir.

Sigarayı bırakan ve bırakmayan işçiler alkol kullanım durumlarına göre karşılaştırılmıştır (Tablo 34).

Bırakan ve bırakmayan işçiler arasında alkol kullanım durumu özellikleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,823)

Tablo 34: Katılımcılarda alkol kullanımının sigara bırakma durumuna etkisi

Alkol kullanım durumu özellikleri	Müdahale sonrası sigara bırakma				p
	Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Hiç kullanmayan	36	75,0	12	25,0	0,823
Bırakan	33	78,6	9	21,4	
Halen kullanan	29	80,6	7	19,4	

İşçilerin sigaraya maruz kalmasının ve eşin sigara içmesinin sigara bırakmaya etkisi tablo 35’te sunulmuştur.

Katılımcılardan çocukken yaşanan evde sigaraya maruz kalanlar (%20,2), maruz kalmayanlara (%29,6) göre daha az oranda sigara bırakmış olmasına karşın aradaki fark anlamlı değildir (p=0,433).

Altı aydır halen sigara kullanmama benzer şekilde; yaşadığı evde sigaraya maruz kalmayan işçilerde evde sigara maruziyeti olanlardan fazladır ancak aradaki fark anlamlı değildir (p=0,098)

Eşi sigara içen işçiler ile eşi sigara içmeyen işçilerin sigara bırakma oranları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,317).

Tablo 35: Katılımcılarda sigara maruziyeti varlığının sigara bırakmaya etkisi

Sigaraya maruz kalma durumu		Müdahale sonrası sigara bırakma durumu				p
		Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Çocukken yaşanan evde sigara	Maruz kalan	79	79,8	20	20,2	0,433
	Maruz kalmayan	19	70,4	8	29,6	
Şu an yaşanan evde (Siz Hariç) sigara	Kullanan yok	58	72,5	22	27,5	0,098
	Kullanan var	40	87,0	6	13,0	
Eşin sigara kullanımı	Kullanmıyor	77	75,5	25	24,5	0,317
	Kullanıyor	21	87,5	3	12,5	

Katılımcıların kişi başı gelir, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı, FNBT puanı ve aylık sigara masrafı ile sigara bırakma durumu karşılaştırma sonuçları tablo 36’da sunulmuştur.

Müdahale grubundaki işçilerin kişi başı gelir, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı, FNBT puanı ve aylık sigara masrafı ortancaları karşılaştırıldığında; sigara bırakan ve bırakmayanlar arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Tablo 36: İşçilerin kişi başı gelir, sigara kullanım miktarı, başlama yaşı, bağımlılık düzeyi ve aylık sigara masrafı ile sigara bırakma durumu

Gelir ve sigara ile ilgili bazı özellikler	Müdahale sonrası sigara bırakma durumu		p
	Bırakmayan (n=98)	Bırakan (n=28)	
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	
Kişi başı gelir (₺)	550 (285,7 - 1500)	600 (312,5 - 1000)	0,175
İçilen sigara (adet)	20 (1 - 50)	15 (1 - 32)	0,087
Sigaraya başlama yaşı	17 (9 - 33)	18 (10 - 25)	0,193
FNBT puanı	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0,434
Aylık sigara masrafı ₺	210 (15 -400)	217,5 (10 - 400)	0,817

Girişim yapılan işçilerde; son üç sağlık başvurusu sırasında sigara kullanımının sorgulanması ile bırakma durumu değerlendirilmiştir (Tablo 37).

Bırakanlar ve bırakmayanlar arasında sigara kullanımının sorgulanması durumunun dağılımı açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=968).

Tablo 37: Katılımcılarda sigara kullanımı sorgulanmasının bırakmaya etkisi

Sigara kullanımı sorgulanması	Müdahale sonrası sigara bırakma durumu				p
	Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Hiç Sorgulanmadı	70	77,8	20	22,2	0,968
Birinde Sorgulandı	18	75,0	6	25,0	
İkisinde Sorgulandı	5	83,3	1	16,7	
Üçünde Sorgulandı	5	83,3	1	16,7	

İşçilerin son bir yıl içinde gerçekleştirdikleri sigara bırakma denemesi varlığı ile sigara bırakma durumu karşılaştırılması tablo 38’de verilmiştir.

İşçilerin son bir yıl içerisinde en az bir sigara bırakma denemesi gerçekleştirmesinin sigara bırakma başarısına etki etmediği belirlenmiştir (p=0,716).

Tablo 38: Katılımcılarda son bir yıl içinde bırakma denemesi varlığının sigara bırakma durumuna etkisi

Sigara bırakma denemesi	Müdahale sonrası sigara bırakma durumu				p
	Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Olan	41	80,4	10	29,6	0,716
Olmayan	57	76,0	18	24,0	

Sigara bırakma düşünülen zamanın bırakmaya etkisi tablo 39’da sunulmuştur.

Sigara bırakan ve bırakmayanlar arasında bırakmanın düşünüldüğü süre bakımından anlamlı fark yoktur ($p=0,754$).

Tablo 39: Sigara bırakma düşünülen zamanın sigara bırakma durumuna etkisi

Sigara bırakma düşünülen zaman	Müdahale sonrası sigara bırakma durumu				p
	Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
	Sayı	%	Sayı	%	
10 gün içinde	40	75,5	13	24,5	0,754
30 gün içinde	58	79,5	15	20,5	

Müdahale yapılan katılımcıların kontrole gelme, sigara bırakma ilacı kullanma ve kullandıkları ilaç türü ile sigara bırakma durumları tablo 40’ta verilmiştir.

Sigara bırakmada kontrole gelen işçilerin (%29,1) gelmeyen işçilerden (%7,5) anlamlı olarak başarılı olduğu gözlenmiştir.

Sigara bırakma ilacı kullanan işçilerin %47,1’i, kullanmayan işçilerin %5,3’ü altı aydır halen sigara kullanmamaktadır. Sigara bırakma ilacı kullananlar sigara bırakmada anlamlı olarak daha başarılıdır ($p<0,001$).

Bırakma sürecinde ilaç kullanan işçiler değerlendirildiğinde; sigara bırakma oranı vareniklin tedavisi alanlarda (%50), bupropion alanlara göre (%28,6) yüksek olmasına karşın aradaki fark anlamlı değildir ($p=0,425$).

Tablo 40: Kontrole gelme ve kullanılan ilacın sigara bırakma durumuna etkisi

Tedaviye uyum ve kullanılan ilaç durumu		Müdahale sonrası sigara bırakma durumu				p
		Bırakmayan (n=98)		Bırakan (n=28)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kontrole Gelme Durumu	Geldi	61	70,9	25	29,1	0,013
	Gelmedi	37	92,5	3	7,5	
İlaç Kullanma Durumu	Kullanmayan	71	94,7	4	5,3	<0,001
	Kullanan	27	52,9	24	47,1	
Kullanılan İlaç	Vareniklin	22	50,0	22	50,0	0,425
	Bupropion	5	71,4	2	28,6	

5. TARTIŞMA

İşçiler yaşamlarının önemli bir bölümünü geçirdikleri işyerlerinde sigara içtiklerinde, içenler kadar içmeyenlerin de sağlığı etkilenmektedir. İşyerlerindeki çeşitli sağlık ve güvenlik riskleriyle birlikte sigara olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Maden işçilerinin önemli bir bölümü sigara kullanmaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları bakımından en elverişli ortamlardan birisi de işyerleridir (16-19). Bu çalışma, maden iş kolunda faaliyet yapan bir işyerindeki işçilerin sigara içme durumu ile bırakmaya hazır oluşluklarını tespit etmeye, 'Bireysel ve Grup Sigara Bırakma Müdahalesi' düzenleyerek müdahale tiplerinin bırakmaya etkisini karşılaştırmaya yönelik olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmaya katılanların tamamı erkek, büyük bölümü (%91,1) evli, çoğu ilkokul (%35,9) ya da lise (%33,3) mezunudur. Katılımcıların yarısından fazlası (%57,1) gelirin giderini karşılamakta olduğu belirtmiştir. Bu tanımlayıcı özellikler açısından değerlendirilince, araştırma örneklemindeki işçiler; Unalacak ve ark.'nın 2002'de Zonguldak'ta Karadon ile Gelik madenlerinde yaptıkları ile Gülduran ve ark.'nın 2008-2009 yıllarında bir kamu kömür işletmesinde gerçekleştirdikleri çalışmadaki işçiler ile benzer özelliklere sahiptir (17-19).

Araştırmaya katılan işçilerin %26,0'sı hiç sigara kullanmadığını, %14,4'ü sigarayı bıraktığını, %1,8'i ara sıra ve %57,8'i her gün olmak üzere toplamda %59,6'sı halen sigara kullandığını belirtmiştir. İşçiler düzenli olarak her gün sigara içmeye ortalama 18 yaşında başlamış ve ortalama $13,3 \pm 9,7$ paket yıl sigara kullanmıştır. Günlük ortalama kullandıkları sigara sayısı $15,5 \pm 7,8$ adet bulunmuştur. Çalışmaya katılan işçilerin sigara kullanım oranının ülkemizdeki erkeklerin sigara kullanım oranından daha yüksek olduğu, daha geç yaşta sigaraya başladıkları ve daha az sayıda sigara tüketimi olduğu görülmektedir (9, 104).

Sağlık risklerine rağmen dünyada erkeklerde %36,1 ve kadınlarda %6,8 tütün kullanım oranları vardır (43). Türkiye'de erkeklerde %41,3 ve kadınlarda %13,0 olan sigara kullanımı çoğu ülkeden yüksektir. Erkeklerin %39,2'si kadınların da %37,4'ü evde sigara dumanından pasif olarak etkilenmektedir. KYTA 2012 verilerine göre erkeklerin %39,9'u hiç sigara içmemiş, %18,6'sı bırakmış, %4,2'si ara sıra ve %37,3'ü her gün olmak üzere %41,5'i halen tütün kullanmaktadır. Her gün sigara

içen erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalaması 16,8'dir. Erkekler günde ortalama 20,3 adet sigara içmektedir (9, 43). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TKrHRF) için 2011 yılında elde edilen verilere göre katılanların %29,4'ü sigara kullanmakta, %61,9'u kullanmamakta ve %8,6'sı ise bırakmıştır. Bu çalışmayla kıyaslamak için incelendiğinde erkeklerin %37'sinin, kadınların %12'sinin düzenli olarak sigara kullandığı, ara sıra kullanımla birlikte sigara içme oranının erkeklerde %43,2'ye, kadınlarda %17,1'e çıktığı, erkeklerin sigaraya başlama yaş ortalamasının 17,4 olduğu ve erkeklerin günde ortalama 17,2 adet sigara içtiği görülmektedir (104).

Literatürde işçilerde ve maden işçilerinde sigara kullanımının bu araştırmadan daha çok ve daha az olduğu çalışmalar vardır (17-19, 105-110). İşçilerde sigara kullanım oranının daha yüksek olduğu çalışmalara daha çok eski yıllarda rastlanmaktadır. Demirel ve ark.'nın Sivas Çimento Fabrikası'nda çalışan işçilerde 2001 yılında yaptığı çalışmada, erkeklerin %61,3'ünün her gün, %6,5'inin ara sıra olmak üzere %67,8'inin halen sigara içtiği, %15,6'sının sigarayı bıraktığı ve %16,6'sının hiç içmediği bulunmuştur (105). Yine yaklaşık 10 yıl önce Güneş ve ark. Malatya'da GAP Tekstil Fabrikası işçilerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin %65,9'unun halen sigara kullandığını, %6,8'inin bıraktığını ve %27,3'ünün hiç içmediğini bildirmiştir (106). Son yıllarda yapılmış çalışmalarda ise Uskun ve ark. 2011 yılında Isparta'da sanayi sitesinde işçilerin %68,1'inin sigara kullandığını, Berberoğlu ve ark. Edirne'de 2012'de süpürge üretiminde çalışan işçilerin %64'ünün sigara içtiğini ve Kayseri'de Göçer ve ark. Hacılar ilçesinde bulunan bir metal fabrikasında 2015 yılında işçilerin %78,3'ünün sigara kullandığı saptamıştır (107-109). İşçilerde sigara kullanım oranının daha düşük bulunduğu çalışmalar genelde son 5 yıl içinde yapılmıştır. Buluş ve ark. 2010 yılında Ankara Demiryolu Fabrikası'nda çalışan erkek işçilerin %44,6'sının sigara kullandığını bildirmiştir (110). Son yıllardaki çalışmalarda sigara kullanımının farklı oranlarda bulunmasının nedeni; bu araştırmaların sağlık risklerini, işyerlerindeki risk faktörlerini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri tespit etmek gibi değişik amaçlarla yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Kömür madeni işçilerinde sigara kullanımının bu araştırmadan daha çok gözlemlendiği, bu çalışmadaki işçilerden daha erken (ortama 15) yaşta sigaraya başlayan ve daha çok (ortalama 19,8) paket yıl sigara kullanımı olan

madencilerin yer aldığı Unalacak ve ark.'nın 2004 tarihinde yayınlanan çalışmasında; işçilerin %17,7'si hiç sigara kullanmadığını, %15,9'u bıraktığını, %66,3'ü halen sigara kullandığını bildirmiştir (17). Kömür maden işçilerinde sigara kullanımını hem bu araştırmadan hem 2008 yılı itibariyle ülkemizdeki erkeklerden daha düşük tespit eden Gülduran ve ark.'nın çalışmasında işçilerin %38,6'sı sigara kullanmaktadır. (18). Sayın'ın maden işçilerinde 2014 yılında yaptığı çalışmada ise sigara kullananların oranı %52,5 iken kullanmayanlar %44,4 ve bırakanlar %3,1 oranında bulunmuştur (19). Bu çalışmaya benzer biçimde Yılmazel ve ark.'nın Çorum'da çimento ve şeker fabrikasında çalışan erkek işçilerde 2014 yılında yaptıkları çalışmada da işçilerin sigaraya başlama yaş ortalaması 18,8 bulunmuştur (111). Durusoy ve Davas'ın İzmir Bayraklı Belediyesi temizlik işçilerinde yürüttüğü çalışmada ise bu çalışmadaki işçilere göre daha erken (ortalama 15,3) yaşta sigaraya başlama ve daha çok (ortalama 21,6) sayıda günlük sigara kullanımı olduğu görülmektedir (112).

Bu çalışmaya katılan işçilerin %59,2'si çocukken yaşadığı evde sigara içildiğini; %48,3'ü babası, %12,1'i annesi ve %3,9'u diğer bir kişi tarafından o dönemde sigaraya maruz kaldığını bildirmiştir. Benzer şekilde Kömür ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcıların %56,8'inin çocukluğunda sigara maruz kaldığını saptamıştır (113). Araştırma sırasında ortalama 35 yaşında olan işçilerin ortalama 8-13 yaşlarında oldukları dönemde yapılmış çalışmalarda ise; Türkiye'de sigara kullanım sıklığı 1988 yılında %44 (erkeklerde %62 ve kadınlarda %24) ve 1993 yılında %33 (erkeklerde %58 ve kadınlarda %14) bulunmuştur (7, 9, 45). İşçilerin çocukluk döneminde anne ve babasının sigara kullanım sıklığı ile o yıllardaki ülke geneli sigara kullanımı değerlendirildiğinde; işçilerin annelerinin kadınlardan ve babalarının erkeklerden daha düşük sigara kullanımı olduğu söylenebilir.

Katılımcıların %73,0'ı evinde kendisi haricinde sigara içen birinin olmadığını bildirmiştir. Sigara kullananların %29,3'ünde ve kullanmayanların %23,7'sinde evde sigara maruziyeti vardır. İşçilerin ifadelerine göre %15,8'inin eşi sigara içmektedir. Katılımcıların evde pasif sigara etkilenişinin, KYTA 2012'ye katılan erkeklerden (%39,2), TKrHRF'te yer alan erkeklerden (%22,1'i her gün %9,8'i ara sıra olmak üzere %31,9'u), Durusoy ve Davas'ın çalışmasındaki katılımcılardan (%49,1) ve Yılmazel ve ark.'nın araştırmasındaki erkek işçilerden (%39,5) daha az olduğu

görülmektedir (9, 104, 111, 112). Sigara içmeyen işçilerde ise evde sigara dumanından pasif etkilenme, KYTA 2012’de yer alan sigara içmeyen erkeklerle (%24,5) benzer düzeydedir. İşçilerin eşlerinin sigara kullanımı, KYTA 2012’ye katılan kadınlardan daha yüksek iken TKrHRF çalışmasında yer alan kadınlardan daha az olduğu görülmektedir (9, 104).

Sigaranın bırakılmasından sonra geçen süre önemlidir. Bu çalışmada sigarayı bıraktığını belirten işçilerin %17,4’ü bir yıldan az, %35,8’i bir yıl ile beş yıl arasında ve %46,8’i beş yıl ve üzerinde süre sigara kullanmamıştır. Sigarayı bırakmış işçilerin bırakma süreleri ülkemizdeki erkeklerin bırakma süresinden kısa ancak KYTA 2012’de yer alan 25-44 yaş grubu katılımcıları ile benzerdir. KYTA 2012 verilerine göre sigarayı bırakmış erkeklerin %11,9’u bir yıldan az, %24,7’si bir ile beş yıl arasında ve %63,4’ü beş yıl ve daha uzun süre sigara kullanmadan geçirmiştir. Sigara bıraktıktan sonra geçirilen süre dağılımı 25–44 yaş grubunda ise %20,1’inde bir yıldan az, %40,5’inde bir ile dört yıl ve %39,4’ünde beş yıl ve daha uzun şeklindedir. İşçilerin sigara bırakma sürelerinin ülkemizdeki erkeklerin bırakma süresinden kısa olmasının muhtemel nedeni; KYTA’a katılan 65 yaş üzerindekiilerin etkisidir (9).

İşçilerin %74,1’i son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının hiç sorgulanmadığını bildirirken, KYTA 2012 katılımcısı erkeklerin %51,9’unun sigara kullanımı geçen yıl yaptıkları sağlık başvurusu sırasında sorgulanmamıştır (9). Yılmazel ve ark.’nın çalışmasında işçilerin %39,5’inin sağlık personelinin bırakma yönünde öneriler aldığı saptanmıştır (111). Yorgancıoğlu ve Esen’in yaptıkları derlemeye göre hekimler sigara içme durumunu %40-60 oranında sormaktadır (114). Güneş ve ark.’nın yaptığı çalışmada hekimlerin %79,9’u 5A pratiklerini bilmediğini ve %17,9’u sigara kullanımını sorduğunu ifade etmiştir (115).

Araştırmada katılımcıların %38,4’ü son bir yıl içinde sigara bırakma denemesi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmadaki işçilerde son bir yıl içinde sigara bırakma girişiminde bulunma, KYTA 2012’ye katılan erkeklerden (%45,1) daha düşük bulunmuştur (9). TKrHRF çalışması ise sigara içen erkeklerin %59’unun sigarayı bırakmayı denediğini bildirmiştir (104).

Bırakmada başarıya ulaşmak için önemli bir faktör de destek almaktır. Son bir yıl içinde bırakma denemesi olan işçilerin %64,6’sı bırakmak için hiçbir destek almadığını ve %20,1’i ise herhangi bir yöntem desteği ve %15,3’ü birden çok

yöntem desteği aldığını bildirmiştir. Birden fazla destek türünü belirtebilen katılımcıların %17,5'i danışmanlık, %12,7'si farmakolojik tedavi (tablet), %15,3'ü NRT (bant/sakız) ve %9,0'ı diğer bir destek aldığını ifade etmiştir. KYTA 2012 verilerine göre sigarayı bırakmayı denemiş olan erkeklerin son denemelerinde %73,0'ı yarımsız, %13,3'ü ilaç tedavisiyle, %7,5'i danışman desteğiyle ve %4,9'u diğer bir yöntemle bırakmayı denemiştir (9). Yılmazel ve ark. erkek işçilerden %68,4'ünün sigarayı bırakmayı denediğini ve bunların %82,6'sının hiçbir yöntem kullanmadığını saptamıştır (111).

Alkol kullanımı sigara kullanımını artırmaktadır (53). Bu konuda Üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada sigara içme olasılığını alkol kullanmanın %7, ailesinde sigara içenlerin bulunmasının %4,6 ve yakın arkadaşların sigara içiyor olmasının %10 artırdığı saptanmıştır (116).

Alkol kullanım durumu değerlendirildiğinde; madencilerin yarıdan fazlası (%53,8) alkol kullanmadığını, beşte biri (%21,3) alkol kullanmayı bıraktığını ve dörtte biri (%24,9) halen alkol kullandığını bildirmiştir. Halen alkol kullananların %26,9'u CAGE testinde 2 ya da daha fazla evet yanıtı vermişken, %51,7'si CAGE testinden sıfır puan ve %21,8'i bir puan almıştır. CAGE testine göre değerlendirildiğinde tüm grubun %6,6'sının riskli alkol kullanımı olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki alkol kullanım oranına benzer şekilde TKrHRF çalışmasında 2011 yılında erkeklerin %23'ü, 35-44 yaş grubunda olan erkeklerin %27,5'i alkol kullanmaktadır (104). İşçilerde yapılmış bazı yayınlarda alkol kullanımı bu çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Örneğin Gülduran ve ark.'nın çalışmasında madencilerin %45,4'ünün alkol kullandığı belirlenmiştir (18). Durusoy ve Davas'ın çalışmasında ise alkol kullanan işçilerin oranı %32,7'dir (112). Bu çalışmaya benzer biçimde Turan ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %26,1'i alkol kullanmakta olup; alkol kullananların %47,5'i CAGE testinden sıfır puan, %18'i bir puan ve %34,5'i iki ve üzerinde puan almıştır. Tüm katılımcıların %9'unun riskli alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (93). Araştırma sonuçlarına bakıldığında alkol kullanımının farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu durumun araştırmaların yapıldığı grupların farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek için yapılan FNBT yanıtlarına göre katılımcıların %40'ı çok düşük, %26'sı düşük, %11'i orta, %13'ü yüksek düzey ve

%10'u çok yüksek düzey bağımlıdır. Bu işçilerin ortalama fagerström puanı $3,6 \pm 2,53$ bulunmuştur. Bu çalışmadaki bulgulara benzer şekilde Aksakal ve Khorsid yaptıkları çalışmada Adana Tekel Fabrikası erkek çalışanlarının %39,5'inin çok düşük, %25'inin düşük, %7'sinin orta, %14,5'inin yüksek ve %14'ünün çok yüksek düzeyde bağımlı olduğunu saptamıştır (117). Ülkemizde işçilerde nikotin bağımlılığı çalışmalarda çeşitli düzeylerde bulunmuştur. Örneğin Durusoy ve Davas'ın çalışmasında katılımcıların %20'si çok düşük, %20'si düşük, %13'ü orta, %28'i yüksek ve %19'u çok yüksek düzey bağımlı bulunmuştur (112). Yılmazel ve ark.'nın çalışmasında işçilerin %29'unun çok düşük ve düşük, %4'ünün orta, %67'sinin yüksek ve çok yüksek düzey bağımlı olduğu ve bağımlılık puan ortalamalarının 5,7 olduğu saptanmıştır (111). Unalacak ve ark.'nın çalışmasında FNBT 0-3 puan alanlar %39, 4-6 puan alanlar %44 ve 7-10 puan alanlar %17 olarak tespit edilmiştir (17).

Sigara bırakma girişimlerinin ve uygulanacak programların başarılı olmasında bireylerin hazır olması etkilidir. Sigara bırakma programının etkinliğini TTM aşamalarına uygun yapılandırılması arttırmaktadır (21). Sigara kullanan ve bırakmış olan işçilerin verdikleri yanıtlara göre; %37,4'ünün düşünme öncesi, %14,9'unun düşünme, %29,9'unun hazırlık, %2,9'unun hareket ve %14,9'unun sürdürme aşamasında olduğu tespit edilmiştir. Bırakmaya hazır oluşluk, sigara bırakmayı düşünme zamanına göre değerlendirildiğinde; sigara kullanan maden işçilerinin %15,0'ı gelecek on gün ve %18,1'i gelecek otuz gün içinde olmak üzere %33,1'i hazırlık aşamasında ve işçilerin %17,1'i gelecek altı ay içinde bırakma planıyla düşünme aşamasında bulunmuştur. İşçilerin %49,8'i düşünme öncesi aşamadır. Bırakmaya hazır oluşluk ya da TTM değişim aşamaları dağılımı literatürde farklı oranlarda yer almaktadır (9, 20, 95, 97, 102-104). KYTA 2012'ye katılan erkeklerin %12,5'inin gelecek ay içinde (hazırlık aşaması), %22,5'inin gelecek bir yıl içinde (düşünme aşaması) bırakma düşüncesinde ve %65'inin düşünce öncesi aşamada (%19'u gelecek yıl sonrası bırakma düşüncesinde, %43'u bırakmama düşüncesinde, %3'ü bilmiyor) olduğu saptanmıştır (9). TKrHRF çalışmasında erkeklerde daha önce denemeyip, bundan sonra bırakmayı düşünenler %25 iken bırakmayı düşünmeyenler ve bırakmayı denemeyeceğim diyenler %35 oranındadır (104). Yalçinkaya-Alkar ve Karancı çalışmasında katılımcıların %56'sı düşünme öncesi, %16'sı düşünme, %21'i hazırlık ve %4'ü hareket aşamasında bulunmuştur (97). Karadağlı ve Nahcivan'nın

alışmasına katılanların % 53,8'i düşünme öncesi, %24'ü düşünme ve % 22,2'si hazırlık dönemindedir (20). Yurtdışında da değışim aşamaları birçok çalışmada kullanılmış ve farklı dağılımlarda bulunmuştur. Örneğın DiClemente ve ark.'nın çalışmasında yer alanların %11,3'ü düşünme öncesi, %54,2'si düşünme ve %34,5'i hazırlık evresinde saptanmıştır (95). Dijkstra ve ark. yaptıkları araştırmada katılımcıların %29,5'ini düşünme öncesi, %33,5'ini düşünme, %16,5'ini hazırlık ve %20,5'ini hareket evresinde gözlemiştir (102). Zundert ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %12,5'i hazırlık aşamasında, %6,5'i düşünme aşamasında ve %81'i ise düşünme öncesi aşamadadır (103). Çalışmalarda değışim aşamalarının farklı dağılımı ölçüm araçlarındaki bazı farklı sorular ve araştırmaların yapıldığı ülkelerin bütün kullanım özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Bireysel ve grup sigara bırakma müdahalesi yapılan işçilerin; öğrenim durumu, medeni durumu, boş zamanlarında uğraşı, aylık gelirin giderleri karşılaması, maddi durumun algılanması, sürekli hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık tanısı varlığı, alkol kullanım durumu, çocukken yaşanan evde sigaraya maruz kalması, yaşanan evde sigara maruziyeti, son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının sorgulanması ve bırakma denemesi karşılaştırıldığında arasında değışkenler açısından anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Bu iki müdahale tipindeki işçilerin; yaş, Fagerström puanı, içilen sigara sayısı, kişi başı gelir ve aylık sigara masrafı ortancaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. İki müdahale çeşidindeki işçilerin benzer olması sigara bırakmaya diğer özelliklerin etkisini sınırlamıştır. Böylece müdahale tipinin sigara bırakmaya etkisini değerdendirmemizi kolaylaştırmıştır. Grup ve bireysel sigara bırakma müdahale tipleri arasında sadece sigarayı bırakmak için planlanan zaman açısından farklılık tespit edilmiştir. Bireysel sigara bırakma müdahalesi tipinde, sigarayı 30 gün içinde bırakma düşüncesi (%53,1), 10 gün içinde bırakmayı düşüncesine (%29,6) göre anlamlı düzeyde yüksektir. Ancak sigara bırakan ve bırakamayan işçiler arasında bırakmanın planlandığı süre bakımından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Müdahale tipi ve bırakmanın düşünöldüğü süreye göre sigara bırakma durumu değerdendirildiğinde de, bireysel ve grup sigara bırakma müdahale tipleri arasında sigara bırakma düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir.

Kontrol görüşmesine katılma durumu, kontrol sırasında verilen iki farklı ilaç önerisi dağılımı ve farmakoterapi kullanma açısından grup sigara bırakma müdahalesi yapılan işçiler ile bireysel sigara bırakma müdahalesi yapılan işçiler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bireysel ve grup sigara bırakma müdahale tipleri arasında bir, üç ve altı aydır halen sigara içmeme yönünden anlamlı fark yoktur. Altı aydır sigara içmeme grup müdahale tipinde %23,8 oranındayken bireysel müdahale tipinde %20,6'dır. Bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşmış çalışmalar literatürde yer almaktadır. Bununla birlikte, ülkemizde konuya yönelik çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma ile benzer şekilde Durusoy ve Davas'ın çalışmasında sigara bırakma başarısında (6 ay ve 1 yılın sonunda) bırakma eğitim seansını grup halinde alanlar (%31,8 ve %20,0) ile sadece bireysel danışmanlık alanlar (%23,1 ve %30,4) arasında fark olmadığı saptanmıştır (112). Hollis ve ark. da yaptıkları çalışmada 12 aylık takipte hemşirelerin desteklediği kendi kendine yardım (%16,0), grup tedavi (%15,1) ve ikisinin birleşimi uygulanan katılımcılar (%16,3) arasında sigara bırakma oranlarını benzer bulmuştur (118). Bu çalışma ile benzer biçimde Stead ve Lancaster sigara bırakma programı sırasında en az iki görüşme yapılmış, en az altı ay süreyle sigara içme durumları takip edilmiş katılımcıların yer aldığı ve grup terapi ile başka müdahalenin (kendi kendine yardım, bireysel danışmanlık ya da hiçbir müdahale) karşılaştırıldığı randomize çalışmalarla yaptıkları meta analiz çalışmasında; grup terapisi ile aynı yoğunluğa sahip bireysel danışmanlığın sigara bırakmaya etkisinin benzer olduğunu bulmuştur. Stead ve Lancaster aynı çalışmada grup terapinin kendi kendine yardım programına göre 2 kat (%95 güven aralığında RR 1,98 (1,60-2,46)) daha fazla bırakma sağladığını saptamış ve grup terapinin kendi kendine yardım ve diğer daha az yoğun müdahalelere göre sigara bırakmada daha iyi olduğu sonucuna varmıştır (119). Çalışma girişimlerin yoğunluğunun da önemli olduğunu ve kendi kendine yardım yerine profesyonel desteğin etkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın sigara bırakma bulgusuyla uyumlu şekilde Smedslund ve ark. ise iş yeri sigara bırakma programlarının etkinliğini incelediği meta analiz çalışmasında sigara bırakma hızlarının %6,1 ile %30,8 arasında değiştiğini saptamıştır (120).

Bireysel danışmanlığın grup terapiden daha etkili olduğunu belirten çalışmalar da vardır. Cahill ve Lancaster sigara bırakmaya işyeri müdahalelerinin etkisini inceledikleri meta analiz çalışmasında hiç müdahale ya da minimal müdahale

yapılan kontrollere göre grup terapisi programlarının 1,7 kat ve bireysel danışmanlıkların 1,9 kat daha fazla sigara bırakma sağladığını tespit etmiştir. İş yerlerinde bu yöntemleri kullanarak sigara bırakma şansının diğer ortamlarla benzer olduğunu bulmuşlardır (121). Fiore ve ark.'nın yaptığı meta analizde grup danışmanlıkta %13,9 ve bireysel danışmanlıkta %16,8 sigara bırakma oranı saptanmıştır (122).

Grup terapinin bireysel danışmanlıktan daha etkili olduğunu belirten çalışmalar da vardır. Yeşildal ve ark. İstanbul'da yaptıkları araştırmada da bir yılın sonunda kurumsal (grup 73 kişi) olgularda (%62) sigara içmeme oranlarının bireysel (29 kişi) olgulardan (%28) daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Bu bulgunun; grup sigara bırakma müdahalesi yapılanların, bireysel başvurulara göre çok yüksek seviyede bırakma isteğine sahip olması ve grupların sayılarının benzer olmamasından kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir (24). Hajek ve ark. yaptıkları çalışmada sigara bırakma oranlarının grup yönelimli girişim yapılanlarda terapist yönelimli olanlara göre yüksek olduğunu saptamıştır (123). Andy McEven ve ark. İngiltere'de 1501 katılımcıyla yaptıkları çalışmada; sigara bırakma oranlarında grup tedavileri (%30) bireysel tedavilerden (%19) daha başarılı bulmuştur (23).

Çalışmaya katılan madencilerin %22,2'si sigarayı bırakmıştır. Bu çalışmadaki sigarayı bırakan ve bırakmayan işçilerde yaş, öğrenim durumu, medeni durum, boş zamanlarında uğraşı, sürekli hastalık durumu, aylık gelirin giderleri karşılması durumu, maddi durumun algılanma biçimi, alkol kullanma, çocukken ya da şu an yaşanan evde sigaraya maruz kalma, eşin sigara içmesi, son bir yıl içerisinde sigara bırakma denemesi varlığı ve sigara kullanımının sorgulanması durumlarının dağılımları benzer bulunmuştur. Sigarayı bırakan ve bırakmayan işçilerin kişi başı gelir, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı, FNBT puanı ve aylık sigara masrafı ortancaları arasında fark yoktur. İşçiler arasında sigarayı bırakma kontrole gelenlerde gelmeyenlerden ve sigara bırakma ilacı kullananlarda kullanmayanlardan anlamlı olarak başarılı bulunmuştur. Bu çalışmada vareniklin tedavisinin sigara bırakmada bupropion tedavisine üstün olduğuna dair kanıtlar saptanmamıştır.

Sigara bırakmayı etkileyen durumlar yönünden bu çalışma ile benzer sonuçlara yapılmış çalışmalarda rastlanmaktadır. Durusoy ve Davas'ın yaptığı çalışmada işçilerin %27,1'i 6 ay sonunda, %26,2'si 1 yılın sonunda sigarayı bırakmış

durumdadır. Bir yılın sonunda katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, çocuk varlığı/sayısı, alkol kullanımı, ailede sigara içen birinin olması, yaşadığı evde sigara içilme durumu, Fagerström puanı, paket yılı, günde ortalama içilen sigara sayısı, toplam kaç yıl sigara içtiği, daha önce bırakmayı denemiş olması, geçmişte bırakabildiği en uzun süre ve izlem sayısı ile bırakma başarısı arasında bir ilişki saptanmamıştır (112). Örsel ve ark.'nın yaptığı, Ankara'da bir sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda bırakma oranını %29,1 bulduğu, çalışmada sigara bırakan ve bırakamayan gruplar arasında bırakma oranları açısından cinsiyet, eğitim, meslek gibi demografik değişkenler ile sigara içme öyküsü ve nikotin bağımlılığı puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (124). Yaşar ve ark.'nın Doğubayazıt'ta sigara bırakma polikliniğine 2011 ile 2012 tarihleri arasında başvuranlarda yaptığı çalışmada bir yılın sonunda sigara bırakma oranı %37,3 olmuştur. Sigara bırakan ve bırakamayan olgular yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, medeni durumları, sigaraya başlama yaşları, başlama nedenleri, paket-yıl olarak gruplanmış sigara tüketimleri, daha önce sigara bırakma denemeleri ve deneme sayıları açısından benzer bulunmuştur. FNBT skorunun düşük olmasının ve bırakma ilacı kullanmanın sigara bırakma oranını arttırdığı saptanmıştır (125). Argüder ve ark.'nın Ankara'da bir sigara bırakma polikliniğine 2010 ile 2011 yıllarında başvuran hastalarda yaptığı çalışmada katılımcıların sigara bırakma oranı %36 (davranışsal eğitim alanlarda %19,9 ile davranışsal eğitime ek vareniklin kullananlarda %50,7) bulmuştur. Sigarayı bırakan ve bırakamayan olguların yaş ortalamaları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, medeni durumları, sigaraya başlama yaşları, sigara içtikleri süre, paket yıl olarak gruplanmış sigara tüketimleri, eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalık varlığı, daha önce sigarayı bırakıp bırakmaması, evde sigara içen başkasının olması ve Fagerstrom bağımlılık derecesi açısından her iki grubun benzer olduğu saptanmıştır (126). Önen ve ark. yaptığı çalışmada sigara bırakma oranını davranış tedavisi alanlarda %41, davranış ve ilaç tedavisi alanlarda %51 olarak saptamıştır. Sigara bırakma başarısının; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, sigaraya başlama yaşı, toplam tüketilen sigara miktarı, daha önceki olumsuz sigara bırakma deneyimi, yoksunluk belirtileri ve eşlik eden madde bağımlılığı değişkenlerinden etkilenmediği gözlenmiştir. Önen ve ark.'nın çalışmasında eşlik eden hastalığın olmamasının ve farmakolojik tedavinin ise sigara bırakmayı arttırdığı bulunmuştur (127).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamında TTK Kozlu Taşkömürü işletme müessesesindeki işçilerin sigara içme durumu ile bırakmaya hazır oluşlukları tespit edilmiştir. Sigara içen, bırakmaya hazır olan ve katılmayı kabul edenlere 'Bireysel ve Grup Sigara Bırakma Müdahalesi' düzenlenmiştir. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

6.1. Sonuçlar

- 1- Araştırmaya katılanların tamamı erkek, ortalama yaşı 35, büyük bölümü (%91) evli, çoğunluğu ilkokul (%36) ya da lise mezunu (%33) ve yarısından fazlasının (%57) gelirinin giderini karşılamakta olduğu bulunmuştur.
- 2- Araştırmaya katılan işçilerin yaklaşık dörtte biri (%26) hiç sigara kullanmadığını, %15'i sigarayı bıraktığını ve yaklaşık %60'ı halen sigara kullandığını belirtmiştir. Maden işçilerinde sigara kullanım oranının ülkemizdeki erkeklerin sigara kullanım oranından daha yüksek olduğu bulunmuştur. İşçiler düzenli olarak her gün sigara içmeye ortalama 18 yaşında başlamış ve ortalama 13,3 paket yıl sigara kullanmıştır. Günlük ortalama kullandıkları sigara sayısı 15,5 adet bulunmuştur.
- 3- Çalışmaya katılan işçilerin yarıdan fazlası (%59) çocukken yaşadığı evde sigara içildiğini; %48'i babası, %12'si annesi ve %4'ü diğer bir kişi tarafından o dönemde sigaraya maruz kaldığını bildirmiştir. Sigara kullananların yaklaşık üçte biri (%29) ve kullanmayanların dörtte biri (%24) evde sigaraya maruz kalmaktadır. İşçilerin ifadelerine göre %16'sının eşi sigara içmektedir.
- 4- İşçilerin dörtte üçü (%74) son üç sağlık başvurusunda sigara kullanımının hiç sorgulanmadığını bildirmiştir.
- 5- Araştırmada sigara kullanan katılımcıların %38,5'i son bir yıl içinde sigara bırakma denemesi olduğunu belirtmiştir.
- 6- Son bir yıl içinde bırakma denemesi olan işçilerin %64,6'sı bırakmak için hiçbir destek almadığını bildirmiştir.
- 7- Katılımcıların çoğu (%54) alkol kullanmadığını, yaklaşık beşte biri (%21) alkol kullanmayı bıraktığını ve dörtte biri (%25) halen alkol kullandığını bildirmiştir. CAGE testine göre tüm grubun %6,6'sının riskli alkol kullanımı olduğu saptanmıştır.

8- FNBT yanıtlarına göre katılımcıların %40'ı çok düşük, %26'sı düşük, %11'i orta, %13'ü yüksek ve %10'u çok yüksek düzey bağımlıdır. Bu işçilerin ortalama fagerström puanı $3,6 \pm 2,53$ bulunmuştur.

9- Sigara kullanan ve bırakmış olan işçilerin verdikleri yanıtlara göre; %37,4'ünün düşünme öncesi, %14,9'unun düşünme, %29,9'unun hazırlık, %2,9'unun hareket ve %14,9'unun sürdürme aşamasında olduğu tespit edilmiştir.

10- Bırakmaya hazır oluşluk, sigara bırakmayı düşünme zamanına göre değerlendirildiğinde; sigara kullanan maden işçilerinin üçte birinin (%33) hazırlık aşamasında, yaklaşık altıda birinin (%17) düşünme aşamasında ve yarısının (%50) düşünme öncesi aşamada olduğu saptanmıştır.

11- Müdahale grupları arasında değişkenler açısından anlamlı fark olmadığı, homojen/benzer olduğu saptanmıştır. Bu benzerlik müdahale tipinin sigara bırakmaya etkisini değerlendirmemizi kolaylaştırmıştır. Kontrol görüşmesine katılma durumu, kontrol sırasında verilen iki farklı ilaç önerisi dağılımı ve sigara bırakma ilacı kullanma açısından grup sigara bırakma müdahalesi yapılan işçiler ile bireysel sigara bırakma müdahalesi yapılan işçiler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bireysel ve grup sigara bırakma müdahale tipleri arasında bir, üç ve altı aydır halen sigara içmeme yönünden anlamlı fark yoktur. Altı aydır sigara içmeme grup müdahalesinde %23,8 oranındayken bireysel müdahale yapılanlarda %20,6'dır.

12- Çalışmaya katılan madencilerin %22,2'si sigarayı bırakmıştır. Çalışmada sigarayı bırakan ve bırakmayan işçilerde yaş, öğrenim durumu, medeni durum, boş zamanlarında uğraşı, sürekli hastalık durumu, aylık gelirin giderleri karşılaması durumu, maddi durumun algılanması durumu, alkol kullanım durumu, çocukken ya da şuan yaşanan evde sigaraya maruz kalma, eşin sigara içmesi, son bir yıl içerisinde sigara bırakma denemesi varlığı ve sigara kullanımının sorgulanması durumlarının dağılımları benzer bulunmuştur. Sigarayı bırakan ve bırakmayan işçilerin kişi başı gelir, içilen sigara sayısı, sigaraya başlama yaşı, FNBT puanı ve aylık sigara masrafı ortancaları arasında fark yoktur.

İşçiler arasında sigarayı bırakma kontrole gelenlerde gelmeyenlerden ve sigara bırakma ilacı kullananlarda kullanmayanlardan anlamlı olarak başarılı bulunmuştur. Bu çalışmada vareniklin tedavisinin sigara bırakmada bupropion tedavisine üstün olduğuna dair kanıtlar saptanmamıştır.

6.2. Öneriler

Maden işçileri gibi topluma göre sigara kullanım oranı yüksek ve bırakma oranı düşük olan özellikli gruplara tütün kontrolü kapsamında müdahale edilmesi gerekmektedir.

Sağlık başvuruları sırasında sigara kullanımının az sorgulamasının güncel nedenlerini araştıran çalışmalar yapılarak sonuca göre müdahale edilmelidir. Hekimlerin bu konuya yeterince önem vermesi, bilgi eksikleri varsa gidermesi ve hastasına sigarayı bırakmasını önermesi önemlidir. Bu sebeple sağlık birimlerine kısa müdahaleleri destekleyecek bırakma kılavuzu dağıtımı yapılmalıdır.

Sigara kullanan işçilerin önemli bir bölümü geçen yıl sigarayı bırakmayı denemiş olmasına karşın ancak üçte biri destek almıştır. Sigara bırakma yöntemlerinin ulaşabilir olması tedavi başarı oranlarını önemli ölçüde artıracaktır. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşları ve iş yeri kurum sağlık birimlerinin sunduğu hizmetlere sigara bırakma önerisi ile destek tedavisi entegre edilmelidir. Periyodik muayeneler sırasında işçilerin sigara kullanımı kayıt altına alınmalıdır.

Sigara kullanan işçilerin üçte birinin hazırlık aşamasında bulunması müdahaleden fayda göreceklerini düşündürmektedir. Çalışmada bireysel ve grup sigara bırakma müdahalesi yapılan işçilerde benzer sigara bırakma oranı elde edilmesi; işyerinde sigara bırakmada grup sigara bırakma müdahalesinin bir tedavi seçeneği olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Grup müdahalesi ayrıca kısıtlı sürelerde çok sayıda bırakmak isteyenlere ulaşılmasını sağlayacaktır. Sigara içen işçilerin yarısı düşünme öncesi aşamada bulunduğundan 5R yaklaşımı her fırsatta yapılmalıdır. Tüm bu nedenlerle iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerine sigara bırakma tedavisi eklenmeli ve iş yeri hekimliği sertifika programlarında sigara bırakma danışmanlık eğitimi uygulanmalıdır.

Sigarayı bırakmak isteyenlere kontrendikasyonlar dışında ilaç tedavisi önerilebilir. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların ucuz ve ulaşılabilir olması için sağlık güvencesi kapsamına alınması gerekmektedir.

Sigara bırakma tedavisi uzun mücadele süreci gerektirmekte, olumlu sonuçlara çok çabuk ulaşamamaktadır. Bu nedenle yasal, ekonomik, sosyal alanlardaki önlemlerle çok yönlü olarak bu çabanın sürdürülmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package. MPOWER. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2008.
2. www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/osh.htm Erişim tarihi 07.03.2015.
3. Türk Toraks Derneği - Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşı raporu. s.5-74, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2014.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoSMedicine 3(11):e442, 2006.
5. Eriksen M, Mackay J, Ross H. Deaths. The tobacco atlas fourth edition completely revised and updated. Second published. p.16-17, The American Cancer Society, Singapore, 2012.
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 328(7455):1519, 2004.
7. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Ed: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. 2. Baskı, s.21-35, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2011.
8. Galanti LM. Tobacco smoking cessation management: integrating varenicline in current practice. Vascular health and risk management 4(4):837, 2008.
9. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayını No: 948, Ankara, 2014.
10. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha mektebi müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701, Ankara, 2007.
11. 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. pp. 647-666, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, USA, 2010.
12. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks dergisi 7(1):51-64, 2006.

13. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Doll R. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin* 52(1): 12–21, 1996.
14. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 309(6959):901-911, 1994.
15. Mackay J, Eriksen M. Cigarette Consumption. *The Tobacco Atlas*. World Health Organisation. First published. p.30-31, Hong kong, 2002.
16. Bilir N, Yıldız AN. Çalışma hayatı ve sigara. Ed: Buzgan T, Çelik İ, Kesici C, Karakaya C, Erdoğan A. *Tütünle Mücadele Bilgi Serisi*. s.47-54, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2008.
17. Unalacak M, Altin R, Kart L, Tor M, Ornek T, Altunel H. Smoking prevalence, behaviour and nicotine addiction among coal workers in Zonguldak, Turkey. *J Occup Health* 46(4):289-95, 2004.
18. Gülduran E, Ergül Ş, Erkin Ö. Kömür işletmesinde çalışan işçilerin sağlık durumlarını ve sağlığın önemini algılamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12(4):383-392, 2013.
19. Sayın E. Maden işkolunda çalışan kaynak işçilerinde kan ağır metal düzeylerinin değerlendirilmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2015.
20. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazıroluşluk durumu ile ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 5(1):8-15, 2012.
21. Koyun A, Eroğlu K. Değişim aşamaları modeli (transteoretik model) ve aşamalara göre hazırlanmış sigarayı bırakma rehberi. s.1-18, Palme Yayıncılık, Ankara, 2013
22. McEwen A, Hajek P, McRobbie, West R. Sigara bıraktırma rehberi hekimler ve sigara bırakma danışmanları için (Çev.Ed: Öztürk C, Keleşoğlu A) s.113-125, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2010.
23. McEwen A, West R, McRobbie H. Effectiveness of specialist group treatment for smoking cessation vs. one-to-one treatment in primary care. *Addictive behaviors* 31(9):1650-1660, 2006.

24. Yeşildal A, Oğuz G, Güven M, Sungur MZ, Üstünuçar İ. Sigara bağımlılığı tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi. Bağımlılık Dergisi 15(2):76-84, 2014.
25. Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü. Biyoloji Terimler Sözlüğü, Veteriner Hekimliği Terimler Sözlüğü, Güncel Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu. www.tdk.gov.tr/ Erişim Tarihi: 19.02.2015.
26. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. Ed: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. 2. Baskı, s.3-20, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2011
27. Hausteine KO, Groneberg D. Tobacco or health?:physiological and social damages caused by tobacco smoking. 2nd edition. pp.1-16, Springer Science& Business Media, Berlin, Germany, 1-455, 2010
28. Örsel O. Tütün içeriği, Farmakokinetiği ve tütün ürünleri. Ed: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. 2. Baskı, s.131-140, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2011.
29. HASUDER Tütün İle Mücadele Çalışma Grubu, Tütün kontrolü kapsamında kullanılan terimler/tanımlar, HASUDER Yayınları, 2013.
30. Ginzler KH, Maritz GS, Marks DF, Neuberger M, Pauly JR, Polito JR, Slotkin TA. Critical review nicotine for the fetus, the infant and the adolescent?. Journal of health psychology 12(2):215-224. 2007.
31. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respiriology 8(3):286-290, 2003.
32. Barış Yİ. Tütün kullanımının tarihçesi. Türk Toraks Derneği. www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcESiI_Baris.pdf Erişim Tarihi: 20.02.2015.
33. Özerkmen N. Ergenlerde sigara içme davranışını etkileyen faktörlerin sosyolojik analizi. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi (1):77-106, 2004.
34. Ayan F. Sigaranın zararları ve sigarayı bırakmanın yararları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kardiyoloji Gündemi, Sempozyum Dizisi No: 64, s.43-52, Nisan 2008.

35. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de tütün (nicotianatabacum L.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı (Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turquie). Doğu Coğrafya Dergisi 18(30): 71-102, 2013.
36. Özlü T. Sigara hakkında bilmek istedikleriniz.1. Baskı, s.5-8, Beyaz Yayınları, İstanbul, 2002
37. Whelan E.M. A smoking gun: How the tobacco industry gets away with murder. pp. 28-39, George F. Stickley Co, Philadelphia, USA, 28-244, 1984.
38. Cunningham R. Smokeand Mirrors: The Canadian tobacco war. pp. 44 International Development Research Centre, Ottawa, Canada, 44-376, 1996.
39. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma a study of six hundred and eighty-four proved cases. Journal of the American medical association 143(4):329-336. 1950.
40. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. British medical journal 2(4682):739. 1950.
41. Bilir N, Özcebe H. Tobacco control activities in Turkey/Türkiye’de tütün kontrolü uygulamaları. Turkish Journal of Public Health 11(2): 96-103. 2013
42. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. pp. 32-33, CDC Foundation, Atlanta, GA, 2015.
43. World health statistics 2015. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2015.
44. WHO global report mortality attributable to tobacco, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2012.
45. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803, Ankara, 2010.
46. T.C.Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2014, Strateji Geliştirme Başkanlığı http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html Erişim Tarihi: 25.06.2015.
47. Erguder T, Polat H, Arpad C, Khoury RN, Warren CW, Lee J, Lea V. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) data to tobacco control policy in Turkey- 2003 and 2009. Cent Eur J Public Health 20(1):87-91. 2012.

48. Tüketim Harcamaları İstatistikleri Haber Bülteni Sayı: 16202, Hane halkı Tüketim Harcaması, 2013, www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16202 Erişim Tarihi: 29.06.2015
49. Boffetta P, Pershagen G, Jöckel K.H, Forastiere F, Gaborieau V, Heinrich, J, Jahn I, Kreuzer M, Merletti F, Simonato, L. Cigar and pipe smoking and lung cancer risk: a multicenter study from Europe. *Journal of the National Cancer Institute* 91(8):697-701, 1999.
50. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *BMJ* 1(4877):1451-5, 1954.
51. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2009.
52. Tuncer D. Sigaranın ağız ve diş sağlığı üzerine etkileri. Sağlık Bakanlığı Yayını No: 731, Ankara, 2008.
53. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün ve tütün kontrolü. 1. Baskı, s.166-450, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2010.
54. Besaratinia A, Pfeifer GP. Second-hand smoke and human lung cancer. *The lancet oncology* 9(7):657-666. 2008.
55. Man-Kit Leung C, Leung AK, Ellis Hon KL, Yim-Fai Kong A. Fighting tobacco smoking-a difficult but not impossible battle. *International journal of environmental research and public health* 6(1): 69-83. 2009.
56. Bilir N, Özcebe H. Türkiye MPOWER koşullarını ne kadar karşılamaktadır?. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12(1):1-10. 2013.
57. Bilir N. Türkiye tütün kontrolünde dünyanın neresinde?. *Türk Toraks Derg* 10: 31-34. 2009.
58. Ergüder T. Tütün kontrolü Çerçeve sözleşmesi; Küresel sağlık için, küresel eylem. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Ankara, 2008.
59. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. FCTC. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/ Erişim Tarihi: 13.07.2015.
60. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H, Uzaslan, E. Tütün bağımlılığı ile mücadele el kitabı (Hekimler için). Sağlık Bakanlığı Yayını No: 796, Ankara, 2010.

61. Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında 4207 sayılı kanunun güncel hali <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207.pdf> Erişim Tarihi: 15.07.2015.
62. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Faaliyet Raporu 2014, http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/faaliyet_raporu/2014_faaliyet_raporu.pdf Erişim Tarihi: 23.07.2015.
63. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Fresh and alive mpower. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2013.
64. Jakab M, Hawkins L, Loring B, Tello J, Ergüder T, Konaş M. Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems, No. 2 Turkey Country Assessment. WHO Regional Office for Europe. 2014
65. Örsel S. Nikotin bağımlılığı ve nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi, Tütün ve tütün kontrolü. Ed: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. Tütün Ve Tütün Kontrolü. 2. Baskı, s. 406- 417, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2011.
66. Tobacco Use Disorder DSM5 [http://www.theravive.com/therapedia/Tobacco-Use-Disorder-DSM--5-305.1-\(Z72.0\)-\(F17.200\)](http://www.theravive.com/therapedia/Tobacco-Use-Disorder-DSM--5-305.1-(Z72.0)-(F17.200)) Erişim tarihi: 23.07.2015.
67. The New ASAM (American Society of Addiction Medicine) Criteria http://www.libertastobacco.com/facilities/pdfs/1/the_new_asam_criteria.pdf Erişim tarihi: 23.07.2015.
68. Ruggiero J. Stimulants. Ed: Levounis P, Herron AJ, The Addiction Casebook. First Edition, pp. 135-150, American Psychiatric Pub, Arlington, USA, 2014.
69. Tobacco Withdrawal DSM 5 [http://www.theravive.com/therapedia/Tobacco-Withdrawal-DSM--5-292.0-\(F17.3\)](http://www.theravive.com/therapedia/Tobacco-Withdrawal-DSM--5-292.0-(F17.3)) Erişim tarihi: 23.07.2015.
70. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British journal of addiction 86(9):1119-1127, 1991.
71. Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, Bayram NG, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks 52(2):115-21, 2004.

72. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bırakmada kullanılan tedavi yöntemleri. *Sted* 14(5):98-102, 2005.
73. Campbell I. Nicotine replacement therapy in smoking cessation. *Thorax* 58(6):464-465, 2003.
74. Solak ZA, Telli CG, Erdinç E. Sigarayı bırakma tedavisinin sonuçları. *Türk Toraks Dergisi* 4(1):73-77, 2003.
75. Elbek, O, Kılınç O, Küçük Uyanusta Ç, Aytemur Z, Özge C, Pazarlı P. Türkiye’de tütün kontrolü. *Türk Toraks Dergisi* 16(3):141-50, 2015.
76. Kılınç O. Sigara bırakma tedavisinde davranışçı ve bilişsel yöntemler. Ed: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. *Tütün Ve Tütün Kontrolü*. 2. Baskı, s.479-484, Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2011
77. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 19(3):276-288, 1982.
78. Erol S, Erdoğan S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 10(2):86-94, 2007.
79. Prochaska, JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion* 12(1):38-48, 1997.
80. Tütün bağımlılığı tedavi ve eğitim birimleri hakkında yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111123-1.htm> Resmi Gazete Tarihi: 23.11.2011 Sayısı: 28121 Erişim tarihi: 05.08.2015.
81. Öztuna F. Sigara bırakma polikliniklerinde tedavi ve izlem. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 25(4):546-550, 2005.
82. Metintaş M, Süerdem M. Sigara bırakma tedavisi. 2. Baskı, s.479-484, Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2005.
83. Erdinç M, Gülmez İ, Tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi (Hekim el kitabı). 1. Basım. s.4-23, Toraks Derneği Yayını, Ankara, 2013.
84. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Library*. 2002.
85. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 52(1):63-68, 2004.

86. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 55(12):987-999, 2000.
87. Fenercioğlu A, Tamer İ. Birinci basamakta sigarayı bıraktırma yöntemleri. *Bakırköy Tıp Dergisi* 4(4):131-138, 2008.
88. WHO Model list of essential medicines 19th List (Amended June 2015) <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> Erişim tarihi: 23.07.2015.
89. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. *Sted Dergisi* 12(5):166-171, 2003.
90. Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesi Müdürlüğü Kuruluş Tarihi www.taskomuru.gov.tr Erişim tarihi: 03.09.2015.
91. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi: 03.09.2015.
92. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama* 252(14):1905-1907, 1984.
93. Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Telcioğlu M, Kucur R. CAGE testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2:217-221, 1999.
94. Akvardar Y, Aslan B, Ekici B, Ögün E, Şimsek T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi* 2(2):49-52, 2001.
95. DiClemente, CC, Prochaska, JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(2):295-304, 1991.
96. Karanci AN. Self-efficacy-based smoking situation factors: The effects of contemplation quitting versus relapsing in a Turkish sample. *The International Journal of the Addictions*, 27(7):879-886, 1992.
97. 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* 32(4):836-849, 2007.

98. Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing research* 54(4):243-254, 2005.
99. Snow GM, Prochaska JO, Rossi JS. Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: A cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse* 4(2):107-116, 1992.
100. Prochaska JO, Velicer WF, Guadagnoli E, Rossi JS, DiClemente CC. Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research* 26(1):83-107, 1991.
101. Dijkstra A, Bakker M, De Vries H. Subtypes Within A Sample of Precontemplating Smokers: A Preliminary Extension of the Stages of Change, *Addictive Behavior* 22(3):327-337, 1997.
102. Dijkstra A, Conijn B, De Vries H. A match-mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction* 101(7):1035-1043, 2006.
103. 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* 48(2):202-209, 2007.
104. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayını No: 909, Ankara, 2013.
105. Demirel Y, Güler N, Sezer H, Sezer RE. Sivas çimento fabrikasında çalışanların sigara içme durumu, 2001. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 23(1):37-42, 2001.
106. Gunes G, Ilgar M, Karaoglu L. The effectiveness of an education program on stages of smoking behavior for workers at a factory in turkey. *Industrial health* 45(2):232-236, 2007.
107. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Sönmez Y. Bir sanayi sitesinde küçük ölçekli işyerlerindeki risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Turk Journal of Public Health* 13(2):97-114, 2015.
108. Berberoğlu U, Tabakoğlu E, Motör D. Evaluation of SO2 effects among workers of the broom-making business in Edirne-2012. *Turkish Journal of Public Health* 11(2):111-117, 2013.

109. Göçer Ş, Polat T, Oral B, Günay O. Bir fabrikada çalışan işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s. 882-883. Konya, 5-9 Ekim 2015.
110. Buluş E, İlhan MN, Avcı E. Demiryolu fabrikası işçilerinin iş kazası ve meslek hastalığı geçirme durumları ve çalışma koşulları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s.1227. Bursa, 2-6 Ekim 2012.
111. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. Dicle Medical Journal 41 (4):717-723, 2014.
112. Durusoy R, Davas A. Dezavantajlı bir grupta işyerinde sigarayı bırakma programının bir yıllık sonuçları. Ege Journal of Medicine 51(3):143-150, 2012.
113. Kömüs N, Albayrak S, Ellidokuz H, Çımrın AH. Mesleksenel, çevresel maruziyetler ve akciğer sağlığı ilişkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 56(3):275-282, 2008.
114. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Dergisi 1(1):90-96, 2000.
115. Güneş G, Tekin Ç, Mete B, Ünver E, Nacar E. Hekimlerin sigara içme sıklığı ve sigara danışmanlığı konusundaki tutum ve uygulamaları. 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s. 928-929. Konya, 5-9 Ekim 2015.
116. Çalışkan Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler (Ekonometrik Bir Yaklaşım). Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 22:23-48, 2015.
117. Aksakal A, Khorshid L. Adana Tekel Sigara Fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. Bağımlılık Dergisi 7(2):57-64, 2006.
118. Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. Annals of Internal Medicine 118(7):521-525, 1993.
119. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.

120. Smedslund G, Fisher KJ, Boles SM, Lichtenstein E. The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: A meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control* 13(2):197-204, 2004.
121. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4.
122. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, Heyman RG, Jaen RC, Kottke TE, Lando HA, Mecklenburg RE, Mullen PD, Nett LM, Robinson L, Stitzer ML, Tommasello LV, Villejo L, Wewers ME. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
123. Hajek P, Belcher M, Stapleton J. Enhancing the impact of groups: An evaluation of two group formats for smokers. *British Journal of Clinical Psychology* 24:289-294, 1985.
124. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Derg* 14(3):81-7, 2013.
125. Yaşar Z, Kar Kurt Ö, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: Sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian J Pulmonol* 16:99-104, 2014.
126. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Güven SF, Şipit T, Kurt B. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hastalıkları* 16(3):112-18, 2005.
127. Önen ZP, Şen E, Eriş Gülbay B, Öztürk A, Akkoca Yıldız Ö, Acıcan T, Saryal S, Karabıykoğlu G. Farklı tedavi yöntemlerinin sigara bırakma başarısı üzerine etkileri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 58(4):385-392, 2010.

8. EKLER

Ek 1: Anket Formu

KOZLU TAŞKÖMÜRÜ İŞLETME MÜESSESESİNDEKİ İŞÇİLERE VERİLEN BİREYSEL VE GRUP SİGARA BIRAKMA MÜDAHALELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Adınız Soyadınız:Cep telefonu numaranız: 05.....

Size ulaşabileceğimiz ek(ev/cep) tel numarası: 0.....

1- Doğum tarihiniz: 19.....

2- Yaptığınız iş: () Yer altı () Yer üstü

3- Öğrenim düzeyiniz(En son bitirdiğiniz okul):

() Okur Yazar () İlköğretim () Ortaöğretim () Lise () Ön lisans () Üniversite

4- Medeni durum: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

5- Ailenizin toplam aylık geliriTL. Bu geliri paylaşan evde yaşayan kişi sayısı:...

6- Size göre maddi durumunuz nasıldır? () Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

7- Aylık gelirinizin giderinizi karşılama durumu nasıldır?

() Gelirim giderimden azdır () Gelirim giderime eşittir () Gelirim giderimden fazladır

8- Sürekli bir hastalığınız var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz () Diyabet () Hipertansiyon () Epilepsi () Diğer.....

9- Psikiyatrik bir hastalık tanınız var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz () Depresyon () Anksiyete () Panik Atak () Diğer.....

10- Devamlı kullanmış olduğunuz ilaç var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz.....

11- Son üç sağlık kuruluşu başvurunuzda sigara kullanımınız sorgulandı mı?

() Hiç sorgulanmadı () Birinde sorgulandı () İkisinde sorgulandı () Üçünde sorgulandı

12- Çocukken yaşadığınız evde tütün ürünü kullanılıyor muydu?

() Hayır () Evet ise belirtiniz Annem ☐ Babam ☐ Diğer ☐

13- Yaşadığınız evde sizin dışınızdaki kişiler arasında sigara içen kimse var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz Eşim ☐ Çocuğum ☐ Annem ☐ Babam ☐ Diğer ☐

14- Boş zamanlarınızı değerlendirdiğiniz bir uğraşınız var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz Balık tutma ☐ Spor yapma ☐ Bahçe işi ☐ Diğer ☐

15- Alkol kullanıyor musunuz? (Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz)

- 1- Ayda..... gün içiyorum () 2- Ayda 1 günden az içiyorum ()
Şu an alkol kullanmıyorsanız 3- Hiç içmedim ()
4- Ayda.... gün içiyordum bıraktım () 5- Ayda 1 günden az içiyordum bıraktım. ()

(15. soruya 3-4-5 seçeneklerinden birini işaretleyenler 20. Soruya geçiniz)

- 16- Hayatınızda hiç alkol içmeyi kesmeye ihtiyaç duydunuz mu? () Hayır () Evet
17- Alkol içmeniz ile ilgili olarak başkalarının eleştirilerinden sıkıldınız mı? () Hayır () Evet
18- İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu? () Hayır () Evet
19- Sabah yatağınızdan kalktıktan sonra alkol alma ihtiyacı duydunuz mu? () Hayır () Evet

20- Sigara içiyor musunuz?

- () Hayır hiç sigara içmedim
() Bıraktım....yıl veya....ay önce, ...yıl veyaay süresince içtim, günde....adet içtim.
() Evet ara sıra kullanıyorum ...yıldır veyaaydır, günde..... adet sigara içiyorum.
() Evet her gün en az 1 tane kullanıyorum...yıldır/...aydır, günde...adet sigara içiyorum.

Hiç sigara içmeyenler için anketimiz tamamlanmıştır teşekkür ederiz

21- Sigara içmeye ilk kez kaç yaşında başladınız?.....

22- Düzenli olarak her gün en az 1 tane sigara içmeye kaç yaşınızda başladınız?.....

23- DEĞİŞİMİN AŞAMASINI DEĞERLENDİRME FORMU

- 1) Şu ana kadar sigara içtiniz mi? () Hayır () Evet
2) Şu anda sigara içicisi misiniz? () Hayır () Evet
3) Geçen 6 ay içerisinde sigara içtiniz mi? () Hayır () Evet
4) Önümüzdeki 6 ay içinde ciddi biçimde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?
() Hayır () Evet
5) Önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz? () Hayır () Evet
6) Geçen yıl içinde 24 saat süreyle sigarayı bıraktığınız oldu mu? () Hayır () Evet

Sigarayı bırakanlar için anketimiz tamamlanmıştır teşekkür ederiz

Sigara içmeye devam edenler lütfen ankete arka sayfada devam ediniz

24- Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

☐ 10 adet veya daha az ☐ 11 – 20 adet ☐ 21 – 30 adet ☐ 31 ve daha fazlası

25- İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

☐ ilk 5 dakika içinde ☐ 6 – 30 dakika ☐ 31 – 60 dakika ☐ 60 dakikadan sonra

26- Sigara içmenin yasak olduğu (örneğin hastane, sinema gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet

27- İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? (En fazla vazgeçmek istemediğiniz sigara hangisi?) ☐ Sabah ilk sigara ☐ Diğerleri

28- Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? ☐ Hayır ☐ Evet

29- Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? ☐ Hayır ☐ Evet

30- Son bir yıl içerisinde sigara bırakmayı denediniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet...kez denedim

☐ Danışmanlık aldım ☐ İlaç(zyban) ☐ Bant/Sakız ☐ Diğer.....kullandım

31- Son iki bırakma denemeniz ne kadar sürdü? Tekrar başlama nedeniniz nedir?

1-.....gün.....ay.....yıl, stres ☐ sigara arzusu ☐ sinirlilik ☐ sorunlar ☐

sigara içen arkadaş ☐ kilo alma ☐ maddi sıkıntı ☐ diğer ☐

2-.....gün.....ay.....yıl, stres ☐ sigara arzusu ☐ sinirlilik ☐ sorunlar ☐

sigara içen arkadaş ☐ kilo alma ☐ maddi sıkıntı ☐ diğer ☐

32- Geçmişteki en uzun sigara bırakma denemem.....gün.....ay.....yıl sürmüştü.

33- Yaklaşık sigara masrafınız ayda ne kadardır?.....TL

34- Sigara bırakmayı ciddi olarak ne zaman düşünüyorsunuz?

☐ Gelecek 10 gün ☐ Gelecek 1 ay ☐ Gelecek 6 ay ☐ Gelecek 1 yıl ☐ Gelecek 5 yıl

☐ Gelecek 10 yıl içinde ☐ Gelecekte fakat 10 yıl içinde değil

☐ Sigara içme niyetindeyim fakat içtiğim miktarı azaltma düşüncesindeyim

☐ Azaltmaya niyetim yok

anketimiz tamamlanmıştır teşekkür ederiz

Ek 2: Etik Kurul Onayı



**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 09/12/2014
TOPLANTI NO : 2014/23

KARARLAR :

- 2- B.E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2014-184-09/12 Protokol no'lu "Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesindeki İşçilere Verilen Bireysel ve Grup Sigara Bırakma Müdahalelerinin Karşılaştırılması" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Gökür ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 3: TTK Araştırma Onayı



T.C.
TÜRKİYE TAŞKÖMÜRÜ KURUMU GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 82363172-776/2476
Konu : Bilimsel Çalışma

09/03/2015

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 25/12/2015 Tarih ve 15749 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Profesör Doktor Mehmet KURÇER' in Sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Doktor Ali Rıza KARAKOYUN' un " Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesindeki İşçilere Verilen Bireysel ve Gurup Sigara Bırakma Müdahalelerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasının Müessesemizde yapılması uygun görülmüş olup, söz konusu çalışma 09 Şubat 2015 tarihinde başlamıştır.

Bilgilerinize arz ederiz.


Ali DEMİRSOY
Müessese Müdür Yardımcısı


Kazım EROĞLU
Müessese Müdürü



Ek 4: Gönüllü Olur Formu (1. Aşama)

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/2
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sizi **Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER** tarafından yürütülen “**Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesindeki İşçilere Verilen Bireysel Ve Grup Sigara Bırakma Müdahalelerinin Karşılaştırılması**” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 34 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 15 dakikadır. Ankete hiç sigara içmeyenler 20. Sorudan sonra, sigarayı bırakanlar 23. Sorudan sonra son verebilirler. Sigara içenlerden ankettin tamamını cevaplamalarını istemekteyiz. Sigarayı bırakanlar, hiç sigara içmeyenler ve sigarayı bırakmak istemeyenler için araştırma anket sorularının cevaplanması ile tamamlanmaktadır. Sigara içen ve bırakmak isteyenler anket sorularını cevaplandıktan sonra sigara içme durumunuza ve sigara bırakmada olduğunuz aşamaya göre değerlendirileceksiniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

Araştırmanın Amacı:

Maden iş kolunda faaliyet yapan bir işyerindeki çalışanların sigara içme durumu ve bırakmaya hazır oluşuklarını tespit etmek.
Çalışanlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ‘İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programları’ içerisinde değerlendirilecek ‘Sigara Bırakma Programı’ düzenlemek.
Bireysel veya grup sigara bırakma müdahalesi sonrası işçilerde sigara bırakma durumlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: 15 dk

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 1815

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak İli Kozlu İlçesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Prof. Dr. Mehmet Ali Kurçer, Arş.Gör.Dr. Ali Rıza Karakoyun

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/2
		Onaylayan: Daire Başkanı

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünlüğün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı: Ali Rıza Karakoyun

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Ek 5: Gönüllü Olur Formu (2. Aşama)

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sayın

Sizi Zonguldak İli Kozlu İlçesinde’de yürütülen “Kozlu Taşkömürü İşletme Müessesesindeki İşçilere Verilen Bireysel Ve Grup Sigara Bırakma Müdahalelerinin Karşılaştırılması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

Araştırmanın Amacı:

Maden iş kolunda faaliyet yapan bir işyerindeki çalışanların sigara içme durumu ve bırakmaya hazır oluştuklarını tespit etmek.

Çalışanlarda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ‘İşyerinde Sağlığı Geliştirme Programları’ içerisinde değerlendirilecek ‘Sigara Bırakma Programı’ düzenlemek.

Bireysel veya grup sigara bırakma müdahalesi sonrası işçilerde sigara bırakma durumlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırmanın ilk aşamasında 34 soruluk bir anket doldurmuştunuz. Sigara içen ve bırakmak isteyenler anket sorularınızdaki cevaplara göre sigara içme durumunuza ve sigara bırakmada olduğunuz aşamaya göre değerlendirileceksiniz. Siz araştırma kurgusunda adları ‘grup sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar’ ve ‘bireysel sigara bırakma müdahaleleri uygulanacaklar’ iki gruptan birine rastgele atanabilirsiniz. Sigara içme durumunuz anketteki kendi beyanınız ve/veya ölçüm ile tespit edilecek. Çalışma kapsamında bağımlılığa neden olan davranış ve psikolojik boyuta müdahaleye yönelik davranışçı ve bilişsel yöntemlere başvurulacak.

İşyerinizde uygun toplantı salonunda hangi grupta olursanız olun aynı hazırlık görüşmesi, sigara bağımlılığı ve bırakmayla (yoksunluk belirtileri vb) ilgili bilgiler, davranış terapisi (sigara içmesine neden olan faktörler ve davranış önerisi), farmakolojik tedavi hakkında bilgi ve sık karşılaşılan problemler ile çözüm önerileri sunulacaktır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Takiplerinizde standart önerilen şekilde sigara bırakma günü sonrasındaki gün veya hafta yüz yüze görüşme yapılacaktır. Bu görüşme ilk görüşmenizdeki şekilde grup halinde yada bireysel olarak yapılacaktır. Her iki gruba aynı rehberlik hizmetleri verilecektir. İkinci görüşme sonrası 2. Hafta, 4. hafta, 3. ay ve 6. ay sonunda görüşmelerde CO ölçüm cihazıyla ölçüm yaparak ve/veya telefon ile ulaşılarak sizin sigara bırakma durumlarınız tespit edilecek ve değerlendirilecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak İli Kozlu İlçesi

Araştırmanın Süresi: 9 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Sigara bırakma

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Sizin sağlığınıza zarar verici, sağlığınıza tehdit edici bir uygulama yapılmamaktadır

Masraflar:

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

- Arş. Gör. Dr. Ali Rıza KARAKOYUN

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 05336985484 nolu telefondan Dr. Mehmet Ali KURÇER 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 3/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.);
(Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.