



**T.C.**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN VE KARDİYOVASKÜLER  
HASTALIĞI OLANLARDA KARDİYOVASKÜLER  
HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE  
SİGARA BIRAKMA KARARLILIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ayşenur CESUR**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

**ADANA-2025**



**T.C.**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN VE KARDİYOVASKÜLER  
HASTALIĞI OLANLARDA KARDİYOVASKÜLER  
HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE  
SİGARA BIRAKMA KARARLILIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ayşenur CESUR**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

**ADANA-2025**

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca her anımda yanımda olan, bilgisini, tecrübesini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilimsel bakış açısıyla yol gösteren, karşılaştığım her zorlukta cesaret veren, ilham kaynağı olan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a teşekkürlerimi sunarım. Kendisi yalnızca hocam değil; bir abi, baba gibi her zaman yanımda olmuş, tüm sıkıntılarımı ve dertlerimi gönül rahatlığıyla paylaşabileceğim güvenilir bir rehber olmuştur. Ona, verdiği emekler ve destekleri için ne kadar teşekkür etsem azdır.

Tez sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşarak yolumu aydınlatan, akademik ve kişisel gelişimime katkıda bulunan, her daim bizleri koruyup kollayan, desteğini hissettiren bölüm hocalarımız; Prof. Dr. Esra SAATÇI, Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN, Prof. Dr. Hatice KURDAK, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur TOPUZ, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER ve Öğr. Gör. Dr. Saliha BARUTÇU'ya teşekkür ederim. Sizlerin varlığı, bu yolculuğun daha anlamlı ve güvenli olmasını sağlamıştır.

Bu zorlu süreçte, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, fikir alışverişinde bulunarak birbirimize destek olduğumuz, motivasyonumu artıran bölüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olan, en zor zamanlarımda bile bana güç veren, sevgisi ve desteğiyle beni ayakta tutan, her daim arkamda duran aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Sabrınız, sevginiz ve inancınız olmasaydı bugün burada olamazdım.

**Dr. Ayşenur CESUR**

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                           |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR .....                                                                            | I    |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                         | II   |
| TABLolar LİSTESİ.....                                                                     | IV   |
| KISALTMALAR LİSTESİ .....                                                                 | VI   |
| ÖZET .....                                                                                | VIII |
| ABSTRACT .....                                                                            | IX   |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....                                                                      | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                                   | 2    |
| 2.1.Tütün Ürünleri .....                                                                  | 2    |
| 2.1.1. Tütün Ürünleri Tarihçesi .....                                                     | 2    |
| 2.1.2. Tütün Epidemiyolojisi .....                                                        | 4    |
| 2.1.3.Tütün Kullanımının Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri .....                    | 5    |
| 2.1.4. Tütün ve Nikotin Bağımlılığı.....                                                  | 7    |
| 2.1.4.1.Tütün Kullanım Bozukluğu .....                                                    | 8    |
| 2.1.5. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolü .....                                        | 9    |
| 2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar .....                                                    | 12   |
| 2.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Epidemiyolojisi.....                                   | 13   |
| 2.2.2.Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri .....                                   | 14   |
| 2.3. Aile Hekimliği .....                                                                 | 18   |
| 2.3.1.Aile Hekimliği Tanımı ve Disiplini .....                                            | 18   |
| 2.3.2. Aile Hekimliği İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikler.....                             | 19   |
| 2.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Risk Yönetimi.....                                   | 21   |
| 2.3.4. Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetiminde Aile Hekimliğinin Rolü .....             | 24   |
| 2.3.5. Tütün Ürünleri ile Mücadelede Aile Hekimliğinin Rolü.....                          | 26   |
| 2.4. Aile Hekimliği Uygulamalarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Değerlendirmesi..... | 27   |
| 2.4.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi..... | 28   |
| 2.5. Sigarayı Bırakma .....                                                               | 29   |
| 2.5.1. Sigarayı Bırakma Yöntemleri .....                                                  | 30   |
| 2.5.1.1. Transteorik Model .....                                                          | 31   |
| 2.5.1.2. 5A (5Ö) VE 5R Yaklaşımı .....                                                    | 31   |
| 2.5.1.3. Bilişsel ve Davranışsal Yöntemler.....                                           | 33   |
| 2.5.1.4. Farmakolojik Yöntemler.....                                                      | 33   |
| 2.5.1.4.1. Nikotin Replasman Tedavisi.....                                                | 34   |
| 2.5.1.4.2. Buprapion .....                                                                | 36   |
| 2.5.1.4.3. Vareniklin .....                                                               | 36   |
| 2.5.1.4.4. Sitizin .....                                                                  | 37   |
| 2.5.2. Sigarayı Bırakmayı Etkileyen Unsurlar.....                                         | 38   |
| 2.5.3. Sigarayı Bırakma Kararlılığı.....                                                  | 39   |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                                   | 41   |

|                                                                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Araştırma İçin Alınan İzinler .....                                                                                                                                                         | 41 |
| 3.2. Araştırmanın Tipi ve Evreni .....                                                                                                                                                           | 41 |
| 3.3. Araştırmanın Örneklemine Belirlenmesi.....                                                                                                                                                  | 41 |
| 3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları .....                                                                                                                                                        | 42 |
| 3.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Anketi .....                                                                                                                                                     | 42 |
| 3.4.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği.....                                                                                                          | 43 |
| 3.4.3. Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği .....                                                                                                                                                 | 43 |
| 3.5. Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analiz .....                                                                                                                                          | 44 |
| 3.5.1. Verilerin Toplanması .....                                                                                                                                                                | 44 |
| 3.5.2. İstatistiksel Yöntemler .....                                                                                                                                                             | 44 |
| 4. BULGULAR.....                                                                                                                                                                                 | 45 |
| 4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular .....                                                                                                                                          | 45 |
| 4.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğine İlişkin Bulgular .....                                                                                                    | 49 |
| 4.3. Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeğine İlişkin Bulgular .....                                                                                                                                | 54 |
| 4.4. Korelasyon Analizi Bulguları .....                                                                                                                                                          | 59 |
| 5. TARTIŞMA .....                                                                                                                                                                                | 61 |
| 5.1. Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik ve Tütün Kullanım Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi ..... | 61 |
| 5.2. Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik ve Tütün Kullanım Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....                                          | 65 |
| 5.3. Sosyodemografik Değişkenler, Tütün Kullanım Özellikleri ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler .....                                                                                        | 69 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                                                                                                                                                        | 73 |
| 6.1. Sonuçlar .....                                                                                                                                                                              | 73 |
| 6.2. Öneriler .....                                                                                                                                                                              | 74 |
| 6.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri .....                                                                                                                                                              | 75 |
| 6.4. Kısıtlılıklar .....                                                                                                                                                                         | 76 |
| KAYNAKLAR .....                                                                                                                                                                                  | 77 |
| EKLER .....                                                                                                                                                                                      | 89 |
| Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu .....                                                                                                                                                             | 89 |
| Ek 2. Anket Formu .....                                                                                                                                                                          | 90 |

## TABLÖLAR LİSTESİ

| <u>Tablo No</u>                                                                                                                                                                   | <u>Sayfa No</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Tablo 1. Nikitabs tedavisi doz programı .....                                                                                                                                     | 38              |
| Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular .....                                                                                                      | 45              |
| Tablo 3. Katılımcıların klinik özelliklerine ilişkin bulgular .....                                                                                                               | 46              |
| Tablo 4. Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine ait bulgular .....                                                                                             | 47              |
| Tablo 5. Katılımcıların tütün kullanımına ilişkin özelliklerine ait bulgular .....                                                                                                | 48              |
| Tablo 6. Katılımcıların sigara bırakma davranışına ilişkin bulgular .....                                                                                                         | 48              |
| Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular .....                                                                     | 50              |
| Tablo 8. Katılımcıların klinik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular ...                                                                                | 51              |
| Tablo 9. Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ait bulgular .....                                                            | 53              |
| Tablo 10. Tütün ürünü kullanımı, sigara bırakma öyküsü ve sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsüne göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular .....                   | 54              |
| Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular .....                                                  | 55              |
| Tablo 12. Katılımcıların klinik özelliklerine göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular .....                                                           | 57              |
| Tablo 13. Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ait bulgular .....                                         | 58              |
| Tablo 14. Tütün ürünü kullanımı, sigara bırakma öyküsü ve sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsüne göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular ..... | 59              |
| Tablo 15. Korelasyon analizine ilişkin bulgular .....                                                                                                                             | 60              |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil No**

**Sayfa No**

**Şekil 1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri..... 21**



## KISALTMALAR LİSTESİ

|                  |                                                                                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ASCVD</b>     | : Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık                                          |
| <b>CDC</b>       | : Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri                                           |
| <b>DM</b>        | : Diyabetes Mellitus                                                               |
| <b>DSM-V</b>     | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                            |
| <b>DSÖ</b>       | : Dünya Sağlık Örgütü                                                              |
| <b>FCTC</b>      | : Framework Convention on Tobacco Control                                          |
| <b>FNBT</b>      | : Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi                                              |
| <b>GATS</b>      | : Global Adult Tobacco Survey                                                      |
| <b>GHPSS</b>     | : Global Health Professions Students Survey                                        |
| <b>GSPS</b>      | : Global School Personnel Survey                                                   |
| <b>GTSS</b>      | : Global Tobacco Surveillance System                                               |
| <b>GYTS</b>      | : Global Youth Tobacco Survey                                                      |
| <b>HDL</b>       | : High Density Lipoprotein                                                         |
| <b>HT</b>        | : Hipertansiyon                                                                    |
| <b>ICD-10</b>    | : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| <b>KARRİF-BD</b> | : Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği                  |
| <b>KGTA</b>      | : Küresel Gençlik Tütün Araştırması                                                |
| <b>KTSS</b>      | : Küresel Tütün Sürveyans Sistemi                                                  |
| <b>KVH</b>       | : Kardiyovasküler Hastalıklar                                                      |
| <b>KYTA</b>      | : Küresel Yetişkin Tütün Araştırması                                               |
| <b>LDL</b>       | : Low Density Lipoprotein                                                          |
| <b>MAO</b>       | : Monoamin Oksidaz İnhibitörleri                                                   |
| <b>NRT</b>       | : Nikotin Replasman Tedavisi                                                       |
| <b>PCI</b>       | : Perkütan Koroner Girişim                                                         |
| <b>SBKÖ</b>      | : Sigara Bırakma Kararlılığı Ölçeği                                                |
| <b>SVH</b>       | : Serebrovasküler Hastalıklar                                                      |
| <b>TFI</b>       | : Tobacco Free Initiative                                                          |



|              |                                                                                                                                 |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TKÇS</b>  | : Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi                                                                                             |
| <b>TTM</b>   | : Transteorik Model                                                                                                             |
| <b>UTKP</b>  | : Ulusal Tütün Kontrol Programı                                                                                                 |
| <b>VKİ</b>   | : Vücut Kitle İndeksi                                                                                                           |
| <b>WONCA</b> | : World Organization of National Colleges, Academies<br>and Academic Associations of General<br>Practitioners/Family Physicians |



## ÖZET

### **Tütün Ürünü Kullanan ve Kardiyovasküler Hastalığı Olanlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sigara Bırakma Kararlılıklarının Değerlendirilmesi**

**Amaç:** Çalışmanın amacı, tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı bulunanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyini ve sigara bırakma kararlılığını değerlendirmek, bu değişkenlerle sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkileri incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi ile Kardiyoloji klinikleri ve Adana'daki Kurttepe, Güzelyalı 2, Narlıca 2, Reşatbey ve Levent Aile Sağlığı Merkezlerine üç aylık sürede başvuran tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı bulunan 380 birey oluşturmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini sorgulayan anket formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ve Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular:** KARRİF-BD puan ortalaması cinsiyete göre incelendiğinde, kadın katılımcıların bilgi düzeyinin erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Girişimsel işlem veya operasyon öyküsünün bilgi düzeyi üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Erkeklerin sigarayı bırakma kararlılığı kadınlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf ancak anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ( $r=-0,141$ ;  $p=0,006$ ). Günlük tütün tüketimi ve kullanım süresi arttıkça bilgi düzeyi azalmıştır ( $p<0,05$ ). Sigarayı bırakma kararlılığı ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamız, risk faktörleri bilgi düzeyinin cinsiyet, yaş ve tütün kullanım özelliklerine göre değiştiğini, girişimsel işlem veya operasyon öyküsünün ise bilgi düzeyini anlamlı düzeyde etkilemediğini göstermektedir. Katılımcıların sigarayı bırakma kararlılığı orta düzeyde olup bilgi düzeyinden bağımsızdır. Bulgular, sigara bırakma süreçlerinin aile hekimliği uygulamalarında davranışsal, motivasyonel ve bireye özgü müdahalelerle desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, Sigarayı bırakma, Tütün ürünü

## ABSTRACT

### **Assessment of Cardiovascular Disease Risk Factor Knowledge Levels and Smoking Cessation Readiness Among Tobacco Users with Cardiovascular Disease**

**Objective:** The aim of this study is to assess the level of knowledge about cardiovascular disease risk factors and the determination to quit smoking among tobacco users with cardiovascular disease, and to examine the relationships between these variables and sociodemographic and clinical characteristics.

**Materials and Methods:** The study sample consisted of 380 individuals who used tobacco products and had cardiovascular disease and who visited the Cardiovascular Surgery and Cardiology clinics of Adana City Training and Research Hospital, Health Sciences University, and the Kurttepe, Güzelyalı 2, Narlıca 2, Reşatbey, and Levent Family Health Centers in Adana over a three-month period. A questionnaire form inquiring about participants' sociodemographic information, the Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (KARRİF-BD) Scale, and the Smoking Cessation Determination Scale were used. Statistical analyses of the data were performed using the SPSS software package.

**Results:** When the KARRİF-BD mean score was examined by gender, it was determined that female participants had a significantly higher level of knowledge than males ( $p<0.05$ ). There was no significant effect of a history of interventional procedures or operations on the level of knowledge ( $p>0.05$ ). Men's determination to quit smoking was found to be significantly higher than that of women ( $p<0.05$ ). A weak but significant negative correlation was observed between age and knowledge level ( $r=-0.141$ ;  $p=0.006$ ). Knowledge level decreased as daily tobacco consumption and duration of use increased ( $p<0.05$ ). No significant relationship was found between the determination to quit smoking and the level of knowledge ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** Our study shows that the level of knowledge about risk factors varies according to gender, age and tobacco use characteristics, while a history of interventional procedures or operations does not significantly affect the level of knowledge. Participants' determination to quit smoking was moderate and independent of their level of knowledge. The findings indicate that smoking cessation processes should be supported by behavioral, motivational, and individualized interventions in family medicine practices.

**Keywords:** Cardiovascular disease risk factors knowledge level, Smoking cessation, Tobacco product

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tütün eğilimleri raporundaki son tahminlere göre, dünya genelinde 1,25 milyar yetişkin tütün kullanıcısı bulunmaktadır.<sup>1</sup> Her yıl 7 milyondan fazla insan doğrudan tütün kullanımı ve pasif içicilik nedeniyle hayatını kaybetmektedir.<sup>2</sup> Tütün kullanımı, dünyanın önde gelen ölüm nedenlerinden biri olup, kanser, akciğer ve kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Günümüzde en yaygın tütün kullanımı sigaradır ve tüketimi önlenabilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir.

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve her yıl yaklaşık 17,9 milyon kişinin yaşamını yitirmesine yol açmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri, dünya çapındaki KVH ve ölümlerinin yaklaşık % 50 ila % 70'ini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar yaş, cinsiyet, ırk farketmeksizin sigara bırakmanın KVH riskini ve KVH kaynaklı mortaliteyi azalttığını göstermiştir.<sup>3</sup>

Sigara kullanımı yalnızca KVH gelişimini tetiklemekle kalmamakta, aynı zamanda mevcut kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde prognozu kötüleştirmekte, tedavi yanıtını azaltmakta ve mortaliteyi artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, sigara içen bireylerin sigaranın kardiyovasküler ve çeşitli hastalıklarla ilişkisini çoğunlukla olduğundan daha düşük algıladıkları; özellikle gençler, uzun süreli içiciler ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerde risk farkındalığının belirgin biçimde daha düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>4</sup>

Kardiyovasküler hastalık tanısı almış bireylerde risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi, hastalığın yönetimi ve komplikasyonların önlenmesinde kritik bir role sahiptir. Bu çalışmanın amacı, tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyini belirlemek, sigara bırakma kararlılığını değerlendirmek ve bu değişkenlerle sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkileri incelemektir. Ayrıca elde edilen bulgular doğrultusunda, hedef gruba yönelik daha etkili sigara bırakma stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Tütün Ürünleri

“*Nicotiana tabacum*” bitkisinin yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, buruna çekme, emme, çiğneme amaçlı tüm ürünler “tütün mamulü” ya da “tütün ürünü” olarak adlandırılır.

Tüketimi en yaygın tütün ürünleri sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro, nargilelik tütün mamulü, enfiye ve çiğnemelik tütündür. Tütün, tarihsel süreçte farklı şekillerde kullanılmasına rağmen günümüzde en yaygın keyif verici özelliği nedeniyle tüketilmektedir. Tütün kullanımı, dünyanın önde gelen önlenebilir ölüm nedenlerinden biri olup, kanser, akciğer ve kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir önlenebilir risk faktörüdür. Tütün, kullanıcılarının neredeyse yarısının ölümüne neden olmaktadır. Her yıl 7 milyondan fazla insan doğrudan tütün kullanımı ve pasif içicilik nedeniyle hayatını kaybetmektedir.<sup>2</sup> Günümüzde en yaygın tütün kullanımı sigaradır ve tüketimi önlenebilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. Ömür boyu sigara içen bireylerde ortalama yaşam süresinde en az 10 yıl kısalma görülmektedir.<sup>5</sup> Dünya Sağlık Örgütü'nün tütün eğilimleri raporundaki son tahminlere göre, dünya genelinde 1,25 milyar yetişkin tütün kullanıcısı bulunmaktadır.<sup>1</sup> Tütün ürünü kullananların % 80'i, genellikle yoğun tütün endüstrisi müdahalesi ve pazarlamasının hedefi olan düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkeler, aynı zamanda tütün ürünü kullanımına bağlı hastalık ve ölüm yükünün en yüksek olduğu ülkelerdir. Tütün ürünü kullanımı, hane halkı harcamalarını, gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlardan tütün ürünlerine yönlendirerek yoksullaşmaya da sebep olmaktadır.

#### 2.1.1. Tütün Ürünleri Tarihçesi

Tarihsel kayıtlara göre tütün tarımı M.Ö. 6000 yıllarında Amerika kıtasında başlamıştır. Yaklaşık 4500 yıl sonra Orta Amerika'da Mayalar tarafından dini tören ve şöenlerde kullanılmaya başlanmıştır.<sup>6</sup> Amerika kıtasındaki yerliler, tütün yapraklarını kurutup sararak ya da öğütürerek pipolarda, bazen çiğneyerek, bazen deriye sürerek, bazen de lavman şeklinde kullanmıştır. Zamanla tütün, kuzeyde Kızılderililer, güneyde ise İnkalar tarafından benimsenmiş ve kıtanın geneline yayılmıştır.<sup>7</sup> Avrupa kıtasının tütün

ile tanışması 1492’de Christopher Columbus’un Amerika’ya ulaşmasıyla gerçekleşmiştir. Yerli insanlar, tütünü Avrupa’dan gelenlere ‘*Tobakos*’ adıyla tanıtmışlardır.<sup>6</sup> Tütün kısa sürede Avrupa’ya taşınmış ve 16. yüzyıldan itibaren İspanya, Portekiz ve İngiltere gibi ülkelerde yaygınlaşmaya başlamıştır.<sup>8</sup> Tütünle ilgili ilk yazılı metinleri hazırlayan piskopos Romano Pane, 1518’de getirttiği tütün tohumlarını İspanya Kralı Şarlken’e hediye etmiştir. 1559 yılında Portekiz’de Fransız elçisi olan Jean Nicot, tütünün öksürük, astım, baş ağrısı, mide ve kadın hastalıklarına iyi geldiğini belirterek bunu Fransız Kraliçesine sunmuştur. Bu sebeple tütüne “kraliçe otu” ya da “sefir otu” denmiştir. Fransa’dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot’a ithafen “*nicotiana*”, 1828 yılında bulunan “*alkaloidine*” de “nikotin” ismi verilmiştir.<sup>9</sup> Başlangıçta tıbbi ve süs amaçlı kullanılan tütün, kısa sürede haz verici bir madde olarak yaygınlaşmıştır. Amerika kıtasında ticari tütün üretimi 1612 yılında Virginia’da başlamış, 1881’de sigara makinelerinin icadı ile seri üretime geçilmiştir. 1913 yılında RJ Reynolds tarafından modern sigara dünyaya tanıtılmıştır.<sup>10</sup>

Tütün, Osmanlı İmparatorluğu’na 1580’de Venedikli tüccarlar aracılığıyla gelmiştir. İlk dönemlerde İstanbul üzerinden yayılmış, 1633’te IV. Murat tarafından yasaklanmış, ancak IV. Mehmet saltanatı döneminde Şeyhülislam Bahaî Efendi’nin fetvası ile 1646’da tekrar serbest bırakılmıştır.<sup>11,12</sup> 17. yüzyılın sonlarına doğru Anadolu’da tütün tarımı başlamış, 1678’de gelir amaçlı ilk gümrük vergisi konmuştur. 1883’te tütün üretim ve satış hakları 30 yıllığına Fransız Reji İdaresi’ne verilmiş, Cumhuriyet döneminde 1925’te çıkarılan yasa ile bu imtiyaz sona erdirilerek tütün millileştirilmiştir.<sup>7</sup>

Türkiye’de 20. yüzyıl boyunca tütün hem üretim hem de tüketim açısından önemli bir yere sahip olmuş, ancak sağlık zararlarının bilimsel olarak kanıtlanmasıyla birlikte 1996’da 4207 sayılı yasa ile tütün ürünlerinin kullanımına yönelik kısıtlamalar getirilmiştir. 21 Mayıs 2003’te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilen ve 28 Nisan 2004’te Türkiye tarafından imzalanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ülkemizin tütün kontrol çalışmalarına ivme kazandırmıştır. Bu çerçevede hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planları ülke politikalarının temelini oluşturmuştur.

### 2.1.2. Tütün Epidemiyolojisi

DSÖ verilerine göre tütün, her yıl, arasında ikinci el dumana maruz kalan yaklaşık 1,6 milyon sigara içmeyen kişinin de bulunduğu 7 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır.<sup>13</sup> Küresel olarak, dünya nüfusunun % 22,3'ü, tüm erkeklerin % 36,7'si, kadınların % 7,8'i tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanımı, erkeklerde 45-54 yaş arasında, kadınlarda ise 55-64 yaş aralığında zirveye ulaşmaktadır. Erkek sigara içiciliği daha çok yüksek ve orta gelirli ülkelerden kaynaklanırken, kadın sigara içiciliği ise çok yüksek gelirli ve yüksek gelirli ülkelerde daha yaygın görülmektedir.<sup>14</sup> Dünya genelinde 15-24 yaş arasındaki gençlerde tütün kullanım oranı, 2000 yılında % 20'nin biraz üzerinde iken, 2022 yılı itibarıyla yaklaşık % 13'e gerilemiştir. 2030 yılına kadar bu oranın % 12'ye düşmesi beklenmektedir. Aynı yaş grubundaki erkeklerde tütün kullanımı, 2000 yılında % 32,3 seviyesindeyken, 2022 yılında % 21,8'e kadar azalmıştır ve 2030 yılında % 19,6'ya gerileyeceği tahmin edilmektedir. Kadınlarda ise 2000 yılında % 8,3 olan oran, 2022 itibarıyla % 4,3'e düşmüş olup, 2030 yılında % 3,5'e kadar azalması öngörülmektedir. 2000-2022 yılları arasında tüm yaş gruplarında hem erkekler hem de kadınlar için tütün kullanımında düzenli bir düşüş gözlemlenmiştir.<sup>14</sup> Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD tütün ürünlerinin en yaygın olarak kullanıldığı ülkeler arasındadır. Çin, dünya genelinde en fazla tütün kullanıcısına sahip ülke konumundadır ve özellikle erkekler arasında kullanım oranları % 50'nin üzerindedir. Kanada, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde tütün kullanımı görece daha düşük seviyelerde olsa da bağımlılık hâlâ ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise tütün kontrol politikalarının yetersizliği, kullanım oranlarının yüksek seyretmesine yol açmaktadır. 13-15 yaş aralığında (yaklaşık 13 milyon erkek ve 6 milyon kız olmak üzere) toplam 19 milyon ergen sigara içmektedir.<sup>14</sup> Dünyadaki çocukların yarısı tütün dumanıyla kirlenmiş havayı solumakta ve her yıl 65.000 çocuk pasif maruziyete bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. 2010–2022 yılları arasında sigara içme prevalansında yaklaşık % 21'lik bir azalma olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, Afrika Bölgesi ve Güneydoğu Asya Bölgesi hedeflere ulaşma yolunda ilerlemekte ve diğer bölgelerde de genel olarak düşüşler gözlemlenmektedir.<sup>15</sup>

Türkiye, tütün kullanımı açısından dünya sıralamasında üst basamaklarda yer almakta ve yetişkinlerde sigara içme oranı % 31 olarak saptanmıştır. Sigara kullanımına

bağlı ölümler, ülkedeki toplam ölümlerin % 13'ünü oluşturmaktadır.<sup>16</sup> Erkeklerde sigara içme oranı % 43 iken kadınlarda bu oran % 18'dir. 2008-2012 yılları arasında uygulanan politikalar sonucunda yaklaşık % 4 oranında bir düşüş sağlanmış, ancak sonraki yıllarda tekrar artış gözlenmiştir. Özellikle genç nüfusta tütün ürünlerinin kullanım oranları dikkat çekici şekilde yükselmektedir; 13-15 yaş grubunda bu oran % 8,4'ten % 11'e çıkmıştır. Ayrıca bu durum, elektronik sigara gibi yeni nesil ürünlerin yaygınlaşması gençler arasındaki artışı daha da önemli hâle getirmektedir.<sup>14</sup> Türkiye İstatistik kurumu verilerine göre her gün tütün mamulü kullanan 15 yaş ve üstü bireylerin oranı 2019 yılında % 28,0 iken 2022 yılında artarak % 28,3 olmuştur. Bu oranın 2022 yılında erkeklerde % 41,3, kadınlarda ise % 15,5 olduğu tespit edilmiştir.<sup>17</sup>

### **2.1.3. Tütün Kullanımının Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri**

Tütün kullanımı, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) başlıca nedenlerinden biri olup, ülkelere göre değişmekle birlikte KVH'ye bağlı ölümlerin yaklaşık % 30'una kadarını oluşturmaktadır.<sup>18</sup> En yaygın ve ölümcül tütün kullanımı biçimi olan sigara kullanımına bağlı kardiyovasküler mortalite yalnızca aktif içicilerle sınırlı kalmayıp, sigara içmeyen bireylerde pasif maruziyet yoluyla da ortaya çıkabilmektedir. Pasif sigara maruziyeti, koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitesinde yaklaşık % 25-30 oranında artışa yol açmaktadır.<sup>19</sup> Khoramdad ve arkadaşları (ark.)'nın 2019'da yaptıkları meta-analizde, pasif içiciliğin özellikle çocuklarda aktif içicilik kadar zararlı olabileceği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda pasif içiciliğin çocuklarda kardiyovasküler sistem üzerinde zararlı etkileri bulunmuş, felç ve sistolik kan basıncının arttırdığı bildirilmiştir.<sup>20</sup> Sigara kullanımına bağlı relatif risk, özellikle genç yaş grubunda daha yüksektir; bunun nedeni genç bireylerde diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin daha az bulunmasıdır. 50 yaşın altında miyokard enfarktüsü geçiren kişilerin % 50'sinden fazlası sigara içmektedir.<sup>21</sup> Ancak sigara içmenin mutlak riski, yüksek KVH oranlarına sahip oldukları için yaşlı gruplarda daha yüksektir.<sup>21</sup>

2018 yılında yapılan bir meta-analizde, sigara içen bireylerde ani kalp ölümü gelişme riskinin üç kat arttığı, mevcut sigara içicilerinde atriyal fibrilasyon gelişme riskinin hiç sigara içmeyenlere kıyasla % 30'dan fazla arttığı, ayrıca sigara kullanımının kalp yetmezliği ve kalpte yapısal yeniden şekillenme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Afro-Amerikan katılımcılar üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada, sigara içmenin



sol ventrikülde yapısal değişiklik riskini artırdığı ve doz ile ilişkili olarak kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış riskini yükselttiği bulunmuştur. Ayrıca, Cheng ve ark.'nın 2013'te yayımladıkları meta-analizde, sigara içenlerde venöz tromboembolizm gelişme riskinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır.<sup>22</sup>

Sigaranın yanı sıra puro, pipo ve nargile gibi diğer yanmalı tütün ürünleri de KVH ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bu ürünlerin kullanım sıklığının görece düşük olması ve solunan duman miktarının daha sınırlı olması nedeniyle, kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki toplam etkilerinin sigaraya kıyasla daha düşük olduğu bildirilmektedir.<sup>23</sup>

Tütün dumanındaki kimyasallar kalbe ve kan damarlarına zarar vererek ateroskleroz, koroner kalp hastalığı, felç ve diğer kardiyovasküler rahatsızlıklara neden olabilir.<sup>23,24</sup> Ani kalp ölümü, sigara içen bireylerde, içmeyenlere kıyasla belirgin şekilde daha yüksek risk artışıyla ilişkilidir. Ateroskleroz ve akut kardiyovasküler hastalık olaylarının başlıca mekanizmaları; inflamasyon, trombojenez, endotel disfonksiyonu, hemodinamik stres, aritmogenez, insülin direnci ve lipid anormallikleridir. KVH riskinin çoğu, tütün yanma ürünlerinin solunmasıyla ilişkilidir. Oksitleyici kimyasallar, akrolein gibi uçucu organik kimyasallar ve partiküller, kronik inflamasyona ve endotel disfonksiyonuna katkıda bulunur. Bu durum, aterogenezi teşvik eder ve miyokard enfarktüsü ile inmede görülen trombozda önemli rol oynayan hiperkoagülabileiteye katkı sağlar. Sigara içenlerde akut miyokard enfarktüsü, sigara içmeyenlere kıyasla daha fazla trombus yükü ve daha az şiddetli altta yatan koroner ateroskleroz ile ilişkilidir.<sup>25</sup>

Karbonmonoksit, kalbe oksijen iletimini azaltarak iskemiye şiddetlendirir ve kırmızı kan hücresi kütlelerini ve kan viskozitesini artırarak trombozu teşvik eder. Nikotin, öncelikle sempatik sinir sistemini aktive ederek KVH'ye katkıda bulunabilir.<sup>26</sup> Bu, hemodinamik strese neden olur, insülin direncine ve tip 2 diyabet riskinin artmasına yol açar. Atrial fibrilasyon ve ani ölümle ilişkili olan ventriküler aritmiler de dahil olmak üzere ölümcül miyokard enfarktüsü ve felç katkıda bulunabilen aritmilere neden olur. Nikotin ayrıca High Density Lipoprotein (HDL) kolesterolü düşürür ve daha aterojenik bir lipid profili oluştururken, dumanın koroner plaklardaki Low Density Lipoprotein (LDL) oksidasyonu aterogenezi daha da artırır.

Sigara içmek, ventriküler hipertrofi ve ani kalp yetmezliği ile ilişkilidir. Hipertansif kalp ve böbrek hastalıkları, koroner kalp hastalığından bağımsız olarak sigara içmekle

kötüleşir. Sigara içmek egzersiz seviyesini azaltır. Angina pectoris ve kladikasyo intermittant meydana gelir ve vazospastik anginaya neden olur.<sup>27</sup>

Sigarayı bırakmak KVH riskini önemli ölçüde azaltır ve faydanın büyük kısmı ilk bir ila iki yıl içinde görülür.<sup>28,29</sup> 15 yıl sigara içilmemesinin ardından, KVH riskleri belirgin şekilde azalır ve hiç sigara içmeyenlerin riskine yakın olur.<sup>30</sup>

#### **2.1.4. Tütün ve Nikotin Bağımlılığı**

Bağımlılık, kişilerin üzerindeki zararlı fiziksel ve psikolojik bütün etkilerine rağmen günümüzde halen yoğun olarak kullanımına devam edilen, kullanılmaya başlanmasından sonra maddeye karşı tolerans ve yoksunluk gelişmesi gibi olumsuz etkilere maruz kalınması ve duygusal durumlarda bozukluklara yol açmasıyla karakterize olmuş; nörogelişimsel, genetik ve sosyokültürel açıdan kronik bir rahatsızlıktır. Bağımlılık, bireylerde fizyolojik ve psikolojik olarak ikiye ayrılmaktadır. Psikolojik bağımlılık, bireyin maddeye karşı zihinsel ve duygusal bir arzu duyması şeklinde tanımlanırken; fiziksel bağımlılık, madde kullanımının alışkanlık haline gelmesi, tolerans gelişimi ve yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Psikolojik bağımlılık, bireyin duygusal anlamda kendi kendini tatmin etmek amacıyla madde kullanması şeklinde açıklanabilmektedir. Madde kullanımının başlangıçtaki etkileri, bireyin kullandığı maddeden haz ve doyum alması, keyif vermesi gibi duygu ve hisleri meydana getirmektedir. Bağımlılık oluşumuna neden olan maddeler, beynin esnekliğinden faydalanarak nöron devrelerini yeniden şekillendirmekte; aile yapısında, sağlık, iş hayatında temel olarak yaşamın kendisini yok etmektedir.<sup>31</sup> Sigara dumanının içinde nitrozaminler, aromatik hidrokarbonlar, amonyak, hidrojen siyanür, karbonmonoksit ve nikotin dahil olmak üzere 4.000'den fazla madde vardır. Nikotin, sigaranın içindeki bağımlılık yapıcı en önemli madde olarak bilinmektedir.<sup>32</sup> Kronik tütün kullanımı sonucunda, kötüye kullanım öyküsü bulunan, olumsuz etkilerini fark etmesine rağmen maddeyi kullanmayı sürdüren, maddeye karşı belirgin düzeyde tolerans geliştiren ve bırakmaya çalışıldığında yoksunluk belirtileri ortaya çıkan kişiler nikotin bağımlısı kabul edilmektedir.<sup>33</sup> Nikotin hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılığa yol açmaktadır.<sup>34</sup>

Nikotin, mezokortikolimbik dopaminerjik nöronlardaki nikotinik asetilkolin reseptörlerini uyararak dopamin artışına neden olur. Maddenin sağladığı haz artışı

“pozitif pekiştirici özellik” olarak adlandırılmaktadır. Bu özellik, madde arama davranışının ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Pozitif pekiştirici ile ilişkili nöroanatomik alan beynin mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemidir. Mezolimbik dopaminerjik nöronlardan salınan dopamin, madde arayışı ve bağımlılık gelişiminde önemli bir yer tutar.<sup>35,36</sup>

ICD-10’da (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tütün bağımlılığı “F17” kodu ile “Mental ve Davranış Bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılmaktadır.<sup>37</sup> DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterlerinde ise “Tütünle İlişkili Bozukluklar” başlığı altında; Tütün Kullanım Bozukluğu, Tütün Yoksunluğu, Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklar ve Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar yer almaktadır.

#### **2.1.4.1.Tütün Kullanım Bozukluğu**

On iki aylık süre içinde aşağıdaki ölçütlerden en az ikisinin bulunması ve bunun klinik açıdan belirgin sorunlara veya işlevsellikte azalmaya yol açması durumunda tanımlanmaktadır:

- Çoğu kez, planlanandan daha fazla miktarda ya da daha uzun süre tütün kullanımı.
- Tütün kullanımını bırakmak veya kontrol altında tutmak için sürekli istek ya da sonuçsuz kalan girişimler.
- Tütün elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için aşırı zaman harcanması.
- Tütün kullanmaya karşı büyük bir arzu duyma ya da zorlanma hissi.
- İş, okul veya ev sorumluluklarını aksatacak şekilde tekrarlayıcı kullanım.
- Sosyal veya kişilerarası sorunlara yol açmasına rağmen kullanımı sürdürme.
- Önemli sosyal, mesleki ya da eğlence etkinliklerinin bırakılması veya azaltılması.
- Tehlikeli oluşturabilecek durumlarda tütün kullanımı (örneğin yatakta sigara içmek).
- Fiziksel veya ruhsal bir hastalığa yol açtığını bilmesine rağmen kullanımı devam ettirme.
- Tolerans gelişimi (istenilen etkiyi elde etmek için daha fazla kullanma veya aynı miktarın daha az etki göstermesi).
- Yoksunluk belirtileri ya da yoksunluğu gidermek için tütün kullanımı.

Klinik pratikte sigara bağımlılığının şiddetini ölçmek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmaktadır. Türkiye’de 2004 yılında yapılan bir çalışmada FNBT’nin güvenilirliğinin orta düzeyde olduğu saptanmış ve klinik uygulamalarda kullanılabileceği bildirilmiştir. Testin temel mantığı, kişinin sigarasız kalabildiği süre ve günlük sigara tüketim miktarına dayanır.<sup>38</sup>

Nikotin ve metaboliti olan kotinin düzeyi, plazma tiyosiyanat düzeyi ile kanda ve solunum havasında ölçülen karbonmonoksit (CO) düzeyi de klinikte kullanılan biyokimyasal belirteçler arasındadır.<sup>39</sup>

### **2.1.5. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kontrolü**

Önlenebilir ölümlerin en önemli nedeni olan tütün kullanımının 2030 yılında 8 milyondan fazla kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir.<sup>40</sup> Tütün kullanımı bu şekilde devam ettiği takdirde bu ölümlerin büyük çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği öngörülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hem günümüzde yaşayan bireyleri hem de gelecek nesilleri tütünün ağır sağlık, sosyal ve ekonomik sonuçlarından korumayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) temel ilkeleri şu şekilde belirlemiştir:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde belirtildiği üzere, 18 yaşın altındaki bireyler “çocuk” olarak kabul edilmektedir.
2. Tütün kullanımının yol açtığı sonuçlar “halk sağlığı sorunu” olarak değerlendirilmektedir.
3. Yoksul kesimler üzerindeki sağlık, sosyal ve ekonomik yükün azaltılmasına özel önem verilmektedir.
4. Tütün kullanımı kadınlar arasında artış göstermektedir ve bu açıdan cinsiyete özgü kontrol mekanizmaları gerekmektedir.
5. Tütün ürünleri bağımlılık yapıcıdır ve uluslararası alanda bağımlılık bir hastalık olarak kabul edilmektedir.
6. Tütün kullananların yanı sıra pasif içiciliğe maruz kalan bireylerin de korunması gerekmektedir.
7. Tütün endüstrisine karşı güçlü ve kapsamlı bir mücadele yürütülmelidir.
8. Tütün firmalarının sponsorluk faaliyetleri engellenmelidir.

9. Etkili kontrol için kültürel, sosyal, ekonomik, politik ve yasal koşullar dikkate alınmalıdır.

10. Mücadelede sektörler arası iş birliği sağlanmalıdır.

DSÖ-TKÇS, ülkelerin bu ilkeleri uygulamasını desteklemekte; Tütünsüz Girişim Programları ise MPOWER stratejileri aracılığıyla kapsamlı tütün kontrol programlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.<sup>40</sup> Bu stratejiler şunlardır:

- Tütün kullanımını ve önleme politikalarını izleme,
- Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin önlenmesi,
- Sigarayı bırakmak isteyenlere destek sağlama,
- Bireylerin sigaranın zararları konusunda uyarılması,
- Reklam, tanıtım ve sponsorluk yasaklarını uygulama,
- Tütün vergilerini artırma.

Etkili sürveyans sistemleri, tütün salgınının izlenmesi ve değerlendirilmesinde temel bir bileşendir. Bu amaçla, DSÖ ve ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (CDC) 2006 yılında uzmanlarla bir araya gelerek standart bir araştırma protokolü geliştirmiştir. Görüşmelerde ayrıca, kısıtlı bütçe imkânları ve yöntemsel farklılıkların, elde edilen sonuçların karşılaştırılabilirliği üzerindeki etkileri de tartışılmıştır.

Küresel düzeyde yetişkinler arasında tütün kullanımı konularındaki bilgi eksikliklerinin değerlendirilmesi ve halen sürmekte olan Küresel Tütün Sürveyans Sistemi (KTSS; Global Tobacco Surveillance System, GTSS) çalışmalarında ulaşılan bilgilerin optimize edilmesi amacı ile, tütün kullanımını azaltmayı amaçlayan Bloomberg Girişimi, okul bazlı olmak üzere daha önce üç kez yapılmış olan Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA; GYTS: Global Youth Tobacco Survey), Küresel Okul Personeli Çalışması (Global School Personnel Survey, GSPS), Küresel Sağlık Meslekleri Öğrencileri Çalışması (Global Health Professions Students Survey, GHPSS) ve seçilmiş yetişkin gruplarda yapılmış olan çalışmalarda kaynakların kullanılması olanağını sağlamaktadır.<sup>41</sup> Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA; the Global Adult Tobacco Survey, GATS) ilk kez 2007 yılında hane halkı bazında yapılmış olan bir çalışmadır. On beş yaş ve üzerindeki yetişkinler arasında tütün kontrolü çalışmaları ile ilgili temel konularda veri elde edilmesi yönünde ülkelere olanak sağlamaktadır. KYTA sonuçları ülkelere, tütün kontrolü konusundaki etkili müdahaleleri düzenleme, uygulama ve izleme bakımından yardımcıdır ve elde edilen sonuçların başka ülkelerde yapılan benzeri

Çalışmalarda elde edilen sonuçlarla karşılaştırılmasına olanak verir. KYTA ilk olarak dünyada tütün kullanan kişilerin yarısından fazlasının yaşadığı ve tütün kullanımına bağlı yükün en fazla olduğu 14 ülkede (Bangladeş, Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya Federasyonu, Tayland, Türkiye, Ukrayna, Uruguay ve Vietnam) uygulamıştır.

Türkiye’de tütün kontrolünün tarihçesi oldukça eski yıllara kadar uzanmakla birlikte bu konuda 1996 yılı bir dönüm noktasıdır. Tütün Mamullerinin Zararlarının nlenmesine Dair Kanun (Kanun No: 4207) 1996 yılında kabul edilmiştir. Uluslararası alanda 2003 yılında DSÖ Genel Kurulu tarafından oybirliği ile kabul edilen Tütün Kontrolü ereve Sözleşmesi (TKS; Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) hazırlanmış ve Türkiye 2004 yılında Sözleşmeye taraf ülke konumuna gelmiştir. Sonrasında ülkedeki tütün kontrolü çalışmaları da hız kazanmış ve Ulusal Tütün Kontrol Programı (UTKP) hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülen çalışmalar sonucunda 2008-2012 yıllarını kapsayacak şekilde Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Eylem Planı’nda tütün kontrolü konusu ile ilgili bütün konular kapsamaktadır. Eylem Planı’nın başlıca maddeleri aşağıda özetlenmiştir.<sup>42</sup>

**1. Ttne olan talebin azaltılmasına yönelik nlemler**

- Halkı bilgilendirme, bilinçlendirme ve eğitim
- Sigarayı bırakma
- Fiyat ve vergilendirme
- Çevresel tütün dumanı (Sigara dumanından pasif etkilenim)
- Reklam, promosyon ve sponsorluk
- rn kontrolü ve tüketicinin bilgilendirilmesi

**2. Tütün arzının ve tütün ürünlerinin kullanılmasının azaltılmasına yönelik nlemler**

- Yasadışı ticaret
- Gençlerin ulaşabilirliği
- Tütün retimi ve alternatif politikalar

**3. Tütün kullanımı ve ulusal tütün kontrol programının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması**

Türkiye’de 3 Ocak 2008 tarihinde çıkarılan 5727 sayılı yasa ile mevcut kanunun kapsamı genişletilmiş ve uygulama bakımından bazı kolaylıklar getirilmiştir. İki aşamalı geçiş süreci belirlenmiş, ikram sektörü dışında kalan kapalı alanlar ile ilgili hükümler 19

Mayıs 2008 tarihinde, ikram sektörünü kapsayan bölüm de 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylelikle 2009 yılının temmuz ayı itibariyle Türkiye “tam dumanlı ülke” konumuna gelmiş olmaktadır. Yasanın başlıca amaçlarından biri toplu bulunan yerlerde sigara kullanımının yasaklanmasıdır. Kamu hizmet binaları, eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı binaların kapalı alanlarını, toplu taşıma araçlarını ve lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmeleri kapsamaktadır. Türkiye bu yeni yasa ile dünyada en kapsamlı tütün kontrolü yasasına sahip olan ülkelerin arasına girmiştir. Temmuz 2009 tarihinden itibaren ulusal ve yerel yetkililer bu yasanın başarılı olarak uygulanmasını sağlamak amacı ile çalışmalar yapmaktadır.

## **2.2. Kardiyovasküler Hastalıklar**

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kalp ve kan damarlarını etkileyen bir grup hastalığı kapsar. Bu grupta konjenital kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, periferik damar hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar, koroner kalp hastalıkları ve aritmiler yer almaktadır. KVH’ler dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve her yıl yaklaşık 17,9 milyon kişinin yaşamını yitirmesine yol açmaktadır. Türkiye’de, Türkiye İstatistik Kurumu’nun (2023) ölüm nedeni istatistiklerine göre, ölümlerin % 33,4’ü dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmaktadır ve bu hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümler alt nedenlerine göre incelendiğinde, ölümlerin % 42,4’ü iskemik kalp hastalıklarından, % 24,1’i diğer kalp hastalıklarından, % 18,6’sı ise serebrovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

Koroner arter hastalığı, kalbe ulaşan kan miktarı ile kalp kasının oksijen gereksinimi arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkar. Çoğunlukla ateroskleroz nedeniyle koroner damarlarından kalp kasına yeterli kan akışının sağlanamaması ile gelişir. Klinik olarak göğüs ağrısı, akut miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetmezliği ya da ani kardiyak ölüm şeklinde belirti verebilir.

Kalp yetmezliği, birçok kalp hastalığının ileri evresinde ve sistolik veya diyastolik fonksiyon bozukluğu sonucunda ortaya çıkar. Kalbin dokuların ihtiyaç duyduğu kanı yeterince pompalayamaması sistolik, gevşeyememesi nedeniyle dolumun yetersiz kalması ise diyastolik disfonksiyon olarak tanımlanır.

Romatizmal kalp hastalıkları, genellikle streptokok enfeksiyonlarının (özellikle farenjit ve tonsillit) ardından gelişen ve birçok sistemi etkileyebilen hastalık grubudur.<sup>43</sup>

Periferik arter hastalığı, çoğunlukla alt ekstremitelerde arterlerinde daralma veya tıkanıklık sonucu ortaya çıkar ve genellikle ateroskleroz ile ilişkilidir.<sup>44</sup>

Serebrovasküler hastalıklar, beyin dokusuna yeterli oksijen ulaşmaması sonucu gelişen damar hastalıklarıdır; en sık görülen formu inmedir.<sup>45</sup>

Venöz tromboz, venöz sistemde pıhtı oluşumu ile karakterizedir. Alt ekstremitelerde derin venlerinde görülen şekline derin ven trombozu, pulmoner damarlarda görülen şekline ise pulmoner emboli denir.<sup>46</sup>

### **2.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Epidemiyolojisi**

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Küresel ölçekte kardiyovasküler hastalıklara bağlı tahmini ölüm sayısı 1990 yılında yaklaşık 12,1 milyondur ve cinsiyetler arasında eşit dağılım göstermektedir. 2019 yılında ise bu sayı ölümlerin 9,6 milyonu erkeklerde ve 8,9 milyonu kadınlarda olmak üzere 18,6 milyona yükselmiştir. 2019 yılında kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümler, tüm küresel ölümlerin % 33'ünü oluşturmuştur. İskemik kalp hastalığı (9,1 milyon ölüm) ve felç (6,6 milyon ölüm), dünya genelindeki tüm kardiyovasküler ölümlerin % 85'ini kapsamaktadır.<sup>47</sup> 2021 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle gerçekleşen 18 milyon erken ölümün (70 yaş altı) en az % 38'i kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. 2022 yılında tahmini 19,8 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklardan hayatını kaybetmiştir ve bu sayı, küresel ölümlerin yaklaşık % 32'sini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin % 85'i kalp krizi ve felçten kaynaklanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin dörtte üçünden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir.<sup>48</sup>

Türkiye, birçok ülke gibi, giderek artan bir bulaşıcı olmayan hastalıklar yüküyle karşı karşıyadır ve Avrupa'da yüksek kardiyovasküler mortaliteye sahip ülkeler arasındadır. KVH, Türkiye'de 1989'da % 40, 1993'te % 45, 2009'da % 40, 2012'de % 38, 2017'de % 39,5, 2018'de % 37,8 ve 2019'da % 36,8 oranlarıyla tüm ölümlerin önde gelen nedeni olmuştur. Yaşa göre ayarlanmış koroner kalp hastalığı (KKH) ölüm oranları, Batı ülkelerinde bildirilen düşümlere paralel olarak 1995 ile 2008 yılları arasında düşmüştür. Bu düşümler çoğunlukla sigara kullanımı, yüksek tansiyon ve modern tedaviler gibi risk



faktörlerinin daha iyi kontrol edilmesine atfedilmiştir. Ancak, nüfusun yaşlanması ve artan diyabet ve obezite oranları nedeniyle KVH'ye bağlı ölüm oranının 2030 yılına kadar erkeklerde yaklaşık 2,3 kat, kadınlarda ise yaklaşık 1,8 kat artacağı tahmin edilmektedir.<sup>49</sup>

### **2.2.2.Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri**

Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere iki grupta incelenmektedir.<sup>50</sup> Değiştirilebilen risk faktörleri arasında hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, tütün kullanımı, obezite ve fazla kilo, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ve stres yer almaktadır.<sup>51</sup> Değiştirilemeyen risk faktörleri ise yaş, cinsiyet, ırk ve ailede kronik kalp hastalığı öyküsünün bulunmasıdır.<sup>51</sup> Değiştirilebilir risk faktörleri, dünya çapındaki KVH ve ölümlerinin yaklaşık % 50 ila % 70'ini oluşturmaktadır. Araştırmacılar, bu beş risk faktörünün, kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla kardiyovasküler hastalık olaylarının % 57 ve % 53'ünden ve genel ölümlerin % 22 ve % 19'undan sorumlu olduğunu tahmin etmektedir.<sup>52</sup>

#### **Hipertansiyon**

Kan basıncı değerleri ile kardiyovasküler ve renal morbidite ile mortalite arasındaki ilişki çok sayıda gözlemsel çalışmada değerlendirilmiştir. Yüksek kan basıncı; koroner iskemik, konjestif kalp yetmezliği, aort diseksiyonu, abdominal aort anevrizması, serebrovasküler hastalık (SVH) ve periferik vasküler hastalık için majör risk faktörüdür.<sup>53</sup>

Hipertansiyon, hemorajik inmelere yaklaşık % 58'ini, iskemik inmelere % 50'sini, iskemik kalp hastalıklarının % 55'ini ve diğer kardiyovasküler hastalıkların % 58'ini oluşturmaktadır. Tersine, kan basıncını normal seviyelere düşürmek, kardiyovasküler hastalık olayları ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskini % 20-%40 oranında azaltır. Sistolik kan basıncında her 20 mmHg'lik artış ve diyastolik kan basıncında 10 mmHg'lik artış (115/75 mmHg üzerindeki değerler için) kardiyovasküler riskin yaklaşık iki katına çıktığı gösterilmiştir.

Kan basıncı ile kardiyovasküler olay riskinin artması arasındaki ilişkinin ergenlik döneminde başlaması, erken müdahale stratejilerinin önemini gösterir.<sup>52</sup> Erken dönemde kan basıncı kontrolü, kardiyovasküler riskin azaltılmasında belirleyicidir. Başlangıçta kardiyovasküler hastalığı bulunmayan, % 20'sinde tedavi altında hipertansiyon mevcut olan ve 30 yaş üzerindeki 1,25 milyondan fazla bireyden oluşan bir kohortta; başlangıçta

hipertansiyonu olanlarda KVH gelişme riski % 63,3 iken, normal kan basıncına sahip olanlarda bu oran % 46,1 olarak saptanmıştır.<sup>54</sup>

### **Diyabetes Mellitus**

İnsülin direnci, hiperinsülinemi ve yüksek kan şekeri, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkla ilişkilidir.<sup>55</sup> Diyabetin bir risk faktörü olarak önemine ek olarak diyabet hastaları, diyabet hastası olmayanlara göre hipertansiyon, obezite, artmış toplam/HDL-kolesterol oranı, hipertrigliseridemi ve yüksek plazma fibrinojeni gibi diğer aterojenik risk faktörlerine daha fazla maruz kalmaktadır. Diyabet hastalarında koroner kalp hastalığı riski, bu risk faktörlerinin yoğunluğuna göre büyük ölçüde değişmektedir. Prospektif çalışmalarda, diyabetin yüksek kan basıncı, santral obezite ve dislipidemiden bağımsız olarak kardiyak olayları yaklaşık % 70 oranında artırdığı tespit edilmiştir.<sup>56</sup> Diyabetes mellituslu bireylerin yaklaşık % 90'ında tip 2 diyabet vardır. Koroner kalp hastalığı, felç ve periferik arter hastalığının kardiyovasküler (örneğin, "makrovasküler") komplikasyonları, tip 2 diyabet mellituslu kişilerde birincil ölüm tehdidini oluşturur. Kronik hiperglisemi, kardiyovasküler olay oranlarının artmasıyla ilişkilidir ve sıkı glisemik kontrolün tip 1 diyabetlilerde olaylarda azalma ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir.<sup>52</sup>

### **Dislipidemi**

Yüksek LDL-Kolesterol seviyeleri, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilidir. Meta-analizler, statin tedavisinin LDL-Kolesterol düzeylerini düşürdüğünü ve farklı hasta gruplarında aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azalttığını göstermektedir.<sup>52</sup> Hiperlipidemi ile ilgili çalışmalar total kolesterol seviyesindeki % 10 azalmanın iskemik kalp hastalığı mortalitesini % 15 azalttığını göstermektedir. Framingham Çalışmasına göre ise total kolesterol değerindeki her % 1 artış koroner arter hastalığı riskini yaklaşık % 2 yükselmektedir.<sup>57</sup>

### **Tütün Kullanımı**

Tütün kullanımı, koroner kalp hastalığı (KKH) için önemli ve geri döndürülebilir bir risk faktörüdür. Hem aktif hem de pasif sigara içimi, endotel disfonksiyonundan, aterosklerozun ilerlemesine bağlı farklı kardiyovasküler hastalık türlerinin gelişimine kadar tüm evrelerde insidansı artırır.<sup>58</sup> Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar yaş, cinsiyet, ırk, farketmeksizin sigara bırakmanın KVH riskini ve KVH kaynaklı mortaliteyi azalttığını göstermiştir.<sup>3</sup> Bir yıl sigara içmedikten sonra, koroner kalp hastalığı (KKH)

için risk, mevcut sigara içenlerin % 50'sine düşer. On beş yıl sonra, kalp yetmezliği, KKH ve felç riskleri sigara içmeyen birinin risklerine benzer hale gelir. Sigarayı bırakmanın en belirgin faydaları 40 yaşından önce bırakanlarda görülse de 70 yaşından sonra bırakmak bile tüm nedenlere bağlı ölüm oranını azaltmaktadır.<sup>52</sup>

### **Obezite**

Artan vücut ağırlığı ile koroner kalp hastalığı (KKH) ile ilişkili morbidite ve mortalite oranlarının artması arasında doğrusal bir ilişki vardır. Obezite, KKH, kalp yetmezliği (özellikle ejeksiyon fraksiyonu korunan kalp yetmezliği), atriyal fibrilasyon ve ani kardiyak ölüm riskini artırır. Aşırı kilo ve obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve insülin direncinin gelişimine katkıda bulunur. Öte yandan, kilo kaybı bu risk faktörlerini azaltabilir veya mevcut durumları iyileştirebilir.<sup>52</sup>

### **Yetersiz Fiziksel Aktivite**

Düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerde koroner kalp hastalığına bağlı morbidite ve mortalite oranları daha düşüktür. Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaya yönelik yaygın egzersiz parametreleri arasında haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika yüksek yoğunlukta egzersiz yapmak ve haftada en az iki kez kas güçlendirme aktivitelerine katılmak yer alır. Günde yalnızca 20 dakika tempolu yürüyüş gibi orta düzeyde düzenli fiziksel aktivite bile koroner kalp hastalığı riskinde anlamlı azalmalarla ilişkilidir.<sup>52</sup>

### **Sağlıksız Beslenme**

Sebze, meyve, balığın diyetle az alımı ve doymuş yağ, trans yağ, kolesterol, tuzun diyetle fazla tüketimi kalp ve damar hastalıkları riskini artırmaktadır. Sağlıklı bir beslenme düzeni benimseyen bireylerde, hem koroner kalp hastalığı (KKH) hem de felç dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalık (KVH) riski önemli ölçüde daha düşüktür.

Yapılan çalışmalar, sağlıklı bir diyetle ilgili kalmanın tüm nedenlere bağlı ölüm oranında yaklaşık % 20 ve KVH riskinde yaklaşık % 30 azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Akdeniz tarzı beslenme ve bitki bazlı beslenme, birçok gözlemsel çalışmada kardiyovasküler ve her türlü ölüm oranlarının daha düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Besin seçimleri, kültürel, sosyoekonomik ve toplumsal faktörlerin karmaşık etkileşimine bağlıdır; bu nedenle bazı bireyler belirli beslenme düzenlerini benimsemekte isteksiz veya yetersiz kalabilir.<sup>52</sup>

## **Alkol Kullanımı**

Yoğun alkol tüketimi, hem kardiyovasküler hastalık (KVH) hem de genel ölüm riskinde artış ile ilişkilidir. Düşük miktarda alkol tüketiminin kardiyovasküler sonuçları iyileştirip iyileştirmediği hâlen tartışmalıdır. Aşırı alkol tüketimi, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, hemorajik ve iskemik inme, kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm de dahil olmak üzere her türlü ölüm riskinin ve çeşitli kardiyovasküler rahatsızlıkların artmasıyla ilişkilidir.<sup>52</sup>

## **Yetersiz Uyku**

Uygunsuz uyku süresi, MI riskinin artması ve KVH risk faktörleri ile subklinik olmayan koroner aterosklerotik plak yükünün artmasıyla ilişkilendirilmiştir; ancak uyku süresinin veya kalitesinin iyileştirilmesinin KVH olaylarını azalttığına dair sınırlı kanıt mevcuttur.<sup>52</sup>

KVH' si olmayan 2339 bireyden (70-90 yaş arası) oluşan prospektif bir Avrupa kohortunda, dört yaşam tarzı değişikliğinin (Akdeniz diyeti uygulamak, fiziksel olarak aktif olmak, sigara içmemek ve günlük olarak az miktarda alkol tüketmek) sürdürülmesi, sıfırdan bire yaşam tarzı değişikliklerinin etkisine kıyasla sırasıyla % 65 ve % 67 oranında daha düşük her nedene bağlı ve KVH ölüm riski ile ilişkilendirilmiştir.<sup>59</sup>

## **Yaş ve Cinsiyet**

Yaş ilerledikçe kardiyovasküler sistemde fonksiyonel ve elektriksel değişiklikler ortaya çıkar. Buna ek olarak kırılabilirlik, hipertansiyon, obezite ve diyabet gibi ek kardiyak risk faktörlerinin görülme sıklığı artar ve bu durum, her iki cinsiyette de KVH prevalansının yükselmesine yol açar.<sup>60</sup> Premenopozal dönemde östrojenin kardiyoprotektif etkileri nedeniyle kadınlarda KVH, erkeklere kıyasla yaklaşık 7–10 yıl daha geç ortaya çıkmakta ve menopoz sonrası dönemde ise kadınlar ve erkekler arasındaki risk düzeyleri benzer hale gelmektedir. Her iki cinsiyet arasında karşılaştırmada kan basıncı ve HDL-Kolesterol değerleri dışındaki her bir risk faktörü kendi başına değerlendirildiğinde genel olarak erkekler gelecek 10 yıla ait risk hesaplamasında daha yüksek riskli bulunmuştur.<sup>61</sup>

## **Aile Öyküsü**

Aile öyküsü, yani birinci derece erkek akrabada 55 yaşından önce, kadın akrabada ise 65 yaşından önce kardiyovasküler hastalık öyküsünün bulunması, birey için önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.<sup>62</sup> Ailede erken kardiyovasküler hastalık

öyküsünün daha fazla sayıda yakın akrabada görülmesi, daha erken yaşta ortaya çıkması ve genetik olarak daha yakın akrabalarda saptanması durumunda bireysel risk artmaktadır.<sup>63</sup>

### **Psikososyal Faktörler**

Depresyon ve stres kardiyovasküler riski artırmaktadır. Stresin, katekolamin düzeylerini artırarak ve vazokonstriksiyona yol açarak miyokardın oksijen ihtiyacını yükselttiği, buna bağlı olarak endotel disfonksiyonuna neden olarak kardiyovasküler riski artırdığı düşünülmektedir.<sup>64</sup> Ayrıca bir çalışmaya göre, klinik olarak koroner kalp hastalığı oluşma riski depresyonu olanlarda depresyonu olmayanlara göre 2,6 kat fazla bulunmuştur.<sup>65</sup>

## **2.3. Aile Hekimliği**

### **2.3.1. Aile Hekimliği Tanımı ve Disiplini**

Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve sürekli olarak sunmakla yükümlü olan, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti verebilen ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri almış uzman tabip ya da tabiplerdir.<sup>66</sup>

2023 WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) Avrupa tanımına göre Aile Hekimliği, kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıt temeli ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplindir ve birinci basamağa yönelik bir klinik uzmanlık alanıdır.<sup>67</sup> Aile Hekimliği disiplininin temel özellikleri şu şekildedir:

- a) Sağlık sistemi içinde genellikle ilk tıbbi temas noktasıdır, kullanıcılarına açık ve sınırsız erişim sağlar, ilgili kişinin yaşı, cinsiyeti veya başka herhangi bir özelliğine bakılmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b) Bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer profesyonellerle birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta için savunuculuk rolü üstlenerek diğer uzmanlık alanlarıyla etkileşimi yöneterek sağlık hizmetleri kaynaklarını verimli bir şekilde kullanır.
- c) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

- d) Hastanın güçlendirilmesini teşvik eder.
- e) Kendine özgü hastayla görüşme süreci vardır: Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- f) Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımın uzun süreli devamlılığının sağlanmasından sorumludur.
- g) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgül bir karar verme süreci vardır.
- h) Hem akut hem de kronik hastalıkları aynı anda yönetir.
- i) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil müdahale gerektirebilecek hastalıkları yönetir.
- j) Hastaların ve içinde yaşadıkları ekosistemlerin sağlık ve refahını uygun ve etkili müdahalelerle destekler.
- k) Toplumun sağlığı ve doğal çevre için özel bir sorumluluk üstlenir. Disiplin, sağlık hizmeti konularında hem bireylere hem de topluma karşı sorumluluk taşır.
- l) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

### 2.3.2. Aile Hekimliği İlkeleri ve Çekirdek Yeterlilikler

"İlkeler" terimi, bir disiplinin merkezinde yer alan tanımlayıcı nitelik ve değerler kümesini ifade eder. Aile hekimliği; klinik bir disiplin olarak belirli standartlar çevresinde uygulanabilmesi için bazı ilkelere dayanır. Bu ilkeler yalnızca eğitimle değil, aynı zamanda düşünme ve uygulama yoluyla da keşfedilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1998) aile hekimliği ilkelerini; genel bakım sağlaması, sürekli bakım sağlaması, kapsayıcı olması, koordineli bakım sağlaması, iş birliğine dayalı yönetilmesi, aile ve toplum yönelimli olması şeklinde tanımlamıştır. WONCA (1991) ise; kapsayıcı bakım sağlaması, hasta yönelimli olması, diğer hizmetlerle birlikte yürütülmesi, aileye odaklanma, topluma karşı sorumluluk vurgusunu ön plana çıkarmıştır

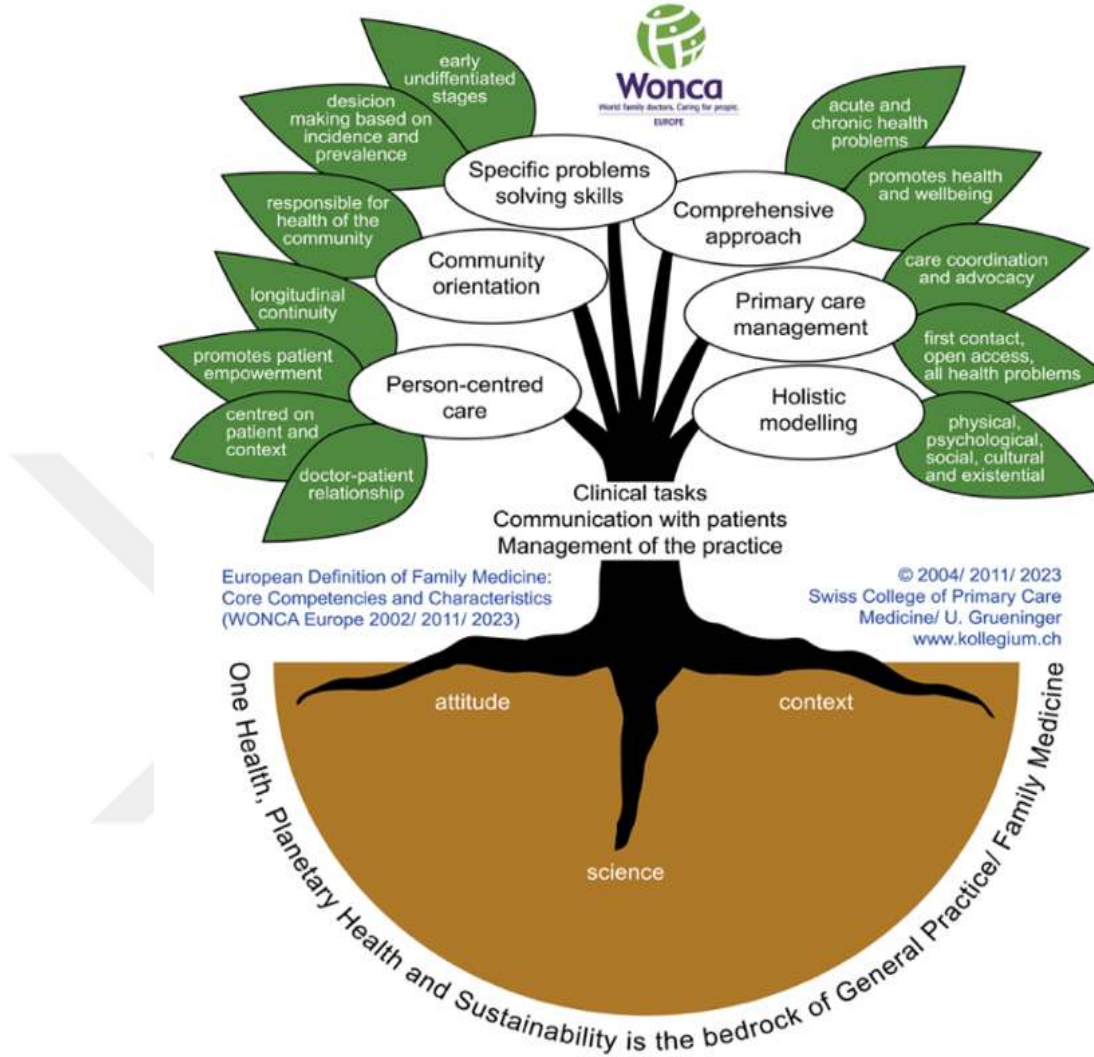
Gay tarafından tanımlanan ilkeler ise; hastanın istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş yaklaşım, hasta merkezli yaklaşım, devamlı yönetim, ayrılmamış sağlık problemleri, koordineli bakım, aileye ve topluma yönelim, ciddi hastalıkların düşük

oranda görülmesi, hastalıkların erken evresinde başvurulması, çok sayıda şikayetlerin ve patolojilerin bir arada yönetimi ve verimliliklidir.

Aile hekimliğinde dünya çapında öğretilen önemli ilkelerden biri de McWhinney'nin aile hekimliği ilkeleridir. McWhinney, aile hekimlerinin toplumlarındaki hastalara bakım sağlarken uymaları gereken dokuz aile hekimliği ilkesini önermiştir.<sup>68</sup> Bu ilkeler aşağıda özetlenmiştir:

1. Aile hekimleri, belirli bir bilgi birikimine, hastalık grubuna veya özel tekniklere değil, kişiye bağlıdır.
2. Aile hekimi hastalığın bağlamını anlamaya çalışır.
3. Aile hekimi, hastalarıyla kurduğu her teması, hastalıkların önlenmesi veya sağlığın geliştirilmesi için bir fırsat olarak görmektedir.
4. Aile hekimleri, kendine kayıtlı aileleri risk altında bir nüfus olarak görmektedir.
5. Aile hekimleri kendilerini, destekleyici sağlık kuruluşlarının oluşturduğu toplum çapındaki bir ağın parçası olarak görmektedirler.
6. İdeal olarak, aile hekimleri hastalarıyla aynı çevreyi paylaşmalıdır.
7. Aile hekimi hastaları evlerinde görür.
8. Aile hekimi, tıbbın öznel yönlerine önem verir.
9. Aile hekimi kaynakların yöneticisidir.

Aile Hekimliği disiplinin on iki özelliği, her uzman aile hekiminin mesleki olarak geliştirmesi gereken temel yetkinlikleri tanımlar. Bu özellikler, birbirleriyle olan ilişkileri nedeniyle, birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimi, bütünsel modelleme olarak altı çekirdek yeterlilikte toplanır.<sup>67</sup> Kişi merkezli bir bilim dalı olarak, temel yetkinliklerin uygulanmasında bağlamsal, tutumsal ve bilimsel özellikler temel olarak düşünülmelidir.<sup>67</sup> Temel yetkinliklerin, temel uygulama özelliklerinin ve uygulama temelinin birbiriyle ilişkisi disiplini karakterize eder ve uzmanlığın karmaşıklığının altını çizer. Bu karmaşık karşılıklı ilişki; öğretim, araştırma ve kalite geliştirme süreçlerini de yönlendirir. Bu ilişkilerin bütüncül bakış açısıyla ele alınması gerekliliği, İsviçre Koleji tarafından geliştirilen ve 2011 ile 2023 yıllarında güncellenen WONCA Ağacı ile gösterilmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri

### 2.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Risk Yönetimi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin ilk giriş noktasını oluşturan ve koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, danışmanlık, ayaktan tedavi ile rehabilitasyon uygulamalarını içeren kapsamlı bir hizmet modelidir. Bu model; toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorunlarının çözümü, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, kronik hastalıkların etkin yönetimi ve bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), birinci basamak sağlık hizmetlerini “bireylerin ve ailelerin ihtiyaçlarına yanıt verebilen, topluluk



temelli bir sağlık sistemi” olarak tanımlamaktadır. Sisteme entegre edilmiş birincil sağlık bakımının multidisipliner bir ekiple hizmet bileşeninin merkezinde yer alması, ilk temas erişimi, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon özelliği genel kabul gören yaklaşımlardır. Dünyada ve Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti denildiğinde, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetlerinin ilk başvuru noktası anlaşılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetinin temelini oluşturur ve aile hekimleri hizmet sunumunda baş rol üstlenmektedir. Bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik alınan önlemlerle hastalıkların ortaya çıkmadan engellenmesini hedefler. Koruyucu sağlık hizmetleri; primordiyal, birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma basamaklarını içerir.

**Primordiyal Koruma:** Hastalığın meydana gelmesini sağlayabilecek risk faktörlerinin engellenmesi amaçlanır. Sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması için beslenme, uyku düzeni ve fiziksel aktiviteye yönelik verilen eğitimler, sigara kullanmalarını engelleyici eğitimler bu kapsamda değerlendirilebilir.

**Birincil (Primer) Koruma:** Risk faktörleri mevcut iken koruyucu eylem ile hastalığın oluşmasını önlemek ve derecesini azaltmak amaçlanır. Sigara kullanan bireylere sigara bırakma danışmanlığı verilmesi, nikotin bağımlılığının saptanması, obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, bağışıklama, aile planlaması hizmetleri örnek verilebilir.

**İkincil (Sekonder) Koruma:** Tarama programları aracılığıyla henüz klinik bulgu ve semptomlar gelişmeden hastalıkların erken tanı ve tedavisi amaçlanır. Hipertansiyon (HT), Diyabetes Mellitus (DM), dislipidemi taramaları, kanser taramaları ikincil koruma kapsamındadır.

**Üçüncül (Tersiyer) Koruma:** Hastalık geliştikten sonra komplikasyonların önlenmesi, ilerlemenin yavaşlatılması ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik yaklaşımlar ise üçüncül koruma çerçevesinde yer alır. Örneğin kalp yetmezliği olan hastada sigarayı bırakma desteği, diyabete bağlı nöropatisi olan hastanın bacak amputasyonunun engellenmesi, multidisipliner tedaviler bu kapsamda değerlendirilir.

**Dördüncül (Kuaterner) Koruma:** Aşırı medikalizasyon riski taşıyan hastayı tespit etmek, onu yeni tıbbi istiladan korumak ve etik olarak kabul edilebilir müdahaleler önermek için alınan önlemlerdir. Amaç, tıbbi müdahalenin neden olduğu hasarı önlemek,

azaltmak ve hafifletmektir. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde gereksiz invaziv girişimlerin önlenmesi, sigarayı bırakma tedavisinde bilimsel dayanağı olmayan yöntemlerden kaçınılması örnek verilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye yönelik ve çevreye yönelik hizmetler olarak sınıflandırılrsa da insanı yaşadığı çevreden soyutlayamayacağımız için, bu iki hizmet grubunun birbirini tamamlayan bütüncül bir yapı oluşturduğu söylenebilir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, başta bireylerin sağlığını korumayı hedeflese de sonuçta toplum genelinde önemli etkiler oluşturur ve çoğunlukla sağlık profesyonelleri tarafından sunulur. Bu hizmetler; erken tanı ve tedavi hizmetleri, aşılama ve bağışıklama hizmetleri, kemoprofilaksi uygulamaları, sağlıklı ve dengeli beslenme hizmetleri, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler, kişisel hijyen ve temizlik hizmetleri ve anaçocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleridir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; sağlığın yaşanılan çevre koşullarından da etkilendiğini ele aldığında sağlık profesyonelleri ile devlet ve özel sektörün iş birliğini gerektiren bir yaklaşımı içerir.<sup>69</sup> Bu hizmetler; temiz içme suyu temini ve kirliliğin önlenmesi, atık yönetimi ve geri dönüşüm, vektörlerle mücadele, hava ve toprak kirliliğinin azaltılması, planlı kentleşme ve konut sağlığı, endüstriyel atık yönetimi, gürültü ve radyasyon risklerinin kontrolü gibi alanları kapsar. Sürdürülebilir bir çevre oluşturmak, yalnızca hastalıkların önlenmesi için değil, insan yaşamının devamı ve toplum sağlığının artırılması için de gereklidir. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri içerisinde de geniş bir yer tutan çevre sağlığı hizmetleri, yalnızca sağlık çalışanları tarafından sunulabilecek hizmetler değildir.<sup>70</sup> Bu hizmetlerin toplum genelinde yaygınlaştırılması ve kurumların yanı sıra halkın da sürece aktif olarak katılması gerekmektedir. Her yaş grubuna yönelik eğitim faaliyetleri ile toplum bilincinin artırılması, çevre sağlığına ilişkin hatalı uygulamalardan vazgeçilmesi ve toplum tabanında yerleşmiş bir çevre kültürünün oluşturulması önemlidir.<sup>69</sup>

Aile hekimliğinde risk yönetimi, hastalıkların erken tanısı, önlenmesi ve sağlık kaynaklarının etkin kullanımı açısından büyük önem taşır. Risk yönetimi, mevcut sağlık sorunlarının tedavisinin yanında potansiyel sağlık risklerini tanımlamaya, izlemeye ve azaltmaya yönelik sistematik bir yaklaşımı ifade eder. Aile hekimleri, kayıtlı bireylerin yaşam tarzı, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerini göz önünde bulundurarak risk

gruplarını belirler ve önleyici sağlık planları geliştirir. Böylece hem hastaların sağlık sonuçları iyileştirilir hem de sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliği artırılır.

Risk faktörlerinin birbirleriyle ilişkili olması; birden fazla risk faktörünün aynı anda kontrol altına alınması gerekliliğini ortaya koymakta ve multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Tek bir risk faktörünün sıkı kontrolünden ziyade, birden fazla faktörde orta derecede kontrol sağlanması daha etkili bir koruma yöntemi olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar, kardiyovasküler olaya maruz kalan hastaların % 90'dan fazlasında en az bir risk faktörü bulunduğunu göstermektedir.<sup>71</sup> Bu nedenle risk faktörlerinin ayrıntılı olarak tanımlanması ve bireysel risk düzeylerinin belirlenmesi önemli bir basamaktır. Etkin bir risk yönetimi yaklaşımı, kronik hastalıkların morbidite ve mortalite yükünü azaltmakta, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmakta ve toplumun genel yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bu bağlamda aile hekimlerinin rolü, risk faktörlerini tanımlamak, bireye özel önleyici stratejiler geliştirmek ve multidisipliner iş birliği ile bütüncül bir bakım sunmaktır.

#### **2.3.4. Kardiyovasküler Hastalıkların Yönetiminde Aile Hekimliğinin Rolü**

Kronik hastalıklar küresel sağlık gündeminde giderek artan bir öneme sahip olup, morbidite ve mortalitenin en sık nedenleri arasında yer almaktadır. Sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları, yaşlanma, genetik faktörler ve çevresel etmenler gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak kronik hastalık sıklığı yıllar içinde hızla artmaktadır.<sup>72</sup> Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, kronik hastalıklar içinde kardiyovasküler hastalıklara (KVH) bağlı ölümler % 45'lik bir oranla büyük bir paya sahiptir.<sup>73</sup> Kronik hastalıkların artması sadece bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemleri üzerinde de büyük bir yük oluşturmakta, iş gücü kaybına ve önemli ekonomik kayıplara yol açmaktadır.<sup>74</sup> Bu rahatsızlıkların etkin şekilde yönetilmesi için bütüncül, koordineli ve uzun vadeli bir sağlık hizmeti yaklaşımına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların ilk temas noktası olarak risk faktörlerinin belirlenmesi ve düzenli takibinde hayati bir rol üstlenmektedir.

KVH'ye neden olan risk faktörlerinin tanımlanması ve bilinmesi hastalıktan korunmada oldukça önemlidir. Çünkü kardiyovasküler hastalığa ait kontrol edilebilen risk faktörleri ortadan kaldırıldığında hastalığın oluşması ve ilerlemesi önlenmektedir.<sup>75</sup> Yaş, ırk, cinsiyet ve aile öyküsü kontrol edilemeyen

(değiştirilemeyen) risk faktörleri iken; hipertansiyon, diyabet, yüksek kolesterol, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz ve dengesiz beslenme, obezite, stresle baş etme yöntemlerini kullanma, düzenli kontrol ve tarama programlarına katılma gibi yaşam tarzı ve davranışlarından kaynaklanan faktörler kontrol edilebilen (değiştirilebilir) risk faktörleridir.<sup>73,76</sup> Risk altındaki bireylerde değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınmasının KVH'ye bağlı ölüm ve hastalıkları % 80 oranında azaltabildiği belirtilmektedir.<sup>77</sup> Aile hekimlikleri, kardiyovasküler hastalıkların temel risk faktörlerini taramakta ve erken tanı sağlamaktadır. Ayrıca rutin kontroller sırasında yenidoğan, çocuk, adolesan ve gebeler dahil tüm yaş gruplarında düzenli muayeneler yapılarak kardiyak riskler erken dönemde saptanabilmektedir.

Aile hekimliği birimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile kardiyovasküler hastalıkların gelişimini önlemeyi hedefler. Primordial ve primer koruma kapsamında sağlıklı yaşam tarzı eğitimi, dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması gibi davranışsal risk faktörlerinin kontrolüyle hastalık gelişiminin önlenmesi sağlanır. 1990'dan 2022'ye kadar, yaşa göre standardize edilmiş obezite yaygınlığı dünya ülkelerinin % 90'ında artmıştır. 2050 yılına kadar ise 3,8 milyar yetişkinin fazla kilolu veya obez, bunların 1,95 milyarının obez olacağı öngörülmektedir. Bu durum, aile hekimliği hizmetlerinin önemini artırmaktadır.<sup>78</sup> Sekonder koruma kapsamında riskli bireylerin düzenli kontrol ve taramalarla yakın takibi yapılır. Hipertansiyon, dislipidemi ve diyabetin erken dönemde tespit edilmesi komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlar. Tersiyer korunma kapsamında tanı almış hastalarda komplikasyonların önlenmesi, ilaç uyumunun sağlanması ve rehabilitasyon desteği sağlanarak yaşam kalitesi artırılır. Kuaterner koruma kapsamında gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi, yaşlı hastalarda polifarmasinin yönetilmesi sağlanır. Özellikle tütün kullanımı hem primer hem sekonder koruma kapsamında önlenmesi gereken başlıca risk faktörüdür. Sigara içmek, dünya çapında yedi milyondan fazla ve Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 480.000'den fazla ölüme neden olan, önlenabilir ölüm nedenleri arasındadır.<sup>79</sup>

Birinci basamakta uygulanan tedavi protokollerine uyum, yaşam tarzı değişikliklerinin izlenmesi ve ilaç tedavisinin sürekliliği kronik hastalık yönetimin temel unsurlarıdır. Ayrıca evde sağlık hizmetleri, özellikle yaşlı nüfusun artması ile birlikte giderek daha fazla ihtiyaç duyulan bir alan haline gelmiştir. Konjestif kalp yetmezliği,

antikoagulan tedavi takibi, derin ven trombozu gibi kardiyovasküler sorunlar evde sağlık hizmeti kapsamında aile hekimleri tarafından izlenmektedir.

Sigara bırakma danışmanlığı, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü desteği ile bireylerin risk farkındalığı artırılmakta ve davranış değişikliği sağlanmaktadır.

Aile hekimleri, ileri tetkik ve tedavi gerektiren olguları ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirme sorumluluğuna sahiptir. Bunun yanında diyetisyen, psikolog, fizyoterapist gibi farklı uzmanlarla iş birliği yaparak hastalara multidisipliner bir bakım sunulmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon sonrası hastaların düzenli takibi aile hekimleri tarafından yapılmakta, böylece hastaların rehabilitasyon sürecinden maksimum fayda sağlaması mümkün olmaktadır.

Aile hekimliği, yalnızca bireysel hasta bakımında değil, toplum temelli çalışmalarda da önemli bir role sahiptir. Kardiyovasküler hastalık farkındalık kampanyaları, riskli grupların toplumsal taramalar yoluyla erken dönemde tespit edilmesi ve önleyici programların uygulanması bu hizmetler arasında yer almaktadır.

### **2.3.5. Tütün Ürünleri ile Mücadelede Aile Hekimliğinin Rolü**

Aile hekimliği, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında tütün kullanımını önlenmesi, erken saptanması ve yönetilmesinde önemli bir rol üstlenir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tütün kullanımı, rutin bir sağlık göstergesi olarak değerlendirilmekte ve her başvuruda sigara içme durumu, bırakma girişimleri ve nikotin maruziyeti sistematik biçimde kaydedilmektedir. Böylece sigara kullanımının sürekliliği, şiddeti ve bırakmaya yönelik motivasyonu takip edilerek uygun müdahale planlaması mümkün olmaktadır.

Koruma basamakları dikkate alındığında; primordial koruma düzeyinde sigaraya başlamanın engellenmesi için risk altındaki birey ve ailelere yönelik bilgilendirme yapılır. Primer korumada, sigara içen bireylerde tütün kullanımının sağlık etkileri konusunda danışmanlık verilerek bırakma motivasyonu artırılır ve nikotin bağımlılığının erken saptanması sağlanır. Sekonder koruma kapsamında, sigara kullanımına bağlı gelişebilecek hipertansiyon, dislipidemi ve kronik akciğer hastalıkları gibi durumların erken tanı ve yönetimi yapılır. Tersiyer koruma düzeyinde ise özellikle kardiyovasküler hastalık tanısı almış bireylerde sigaranın bırakılması, prognozu iyileştirici temel bir müdahale olarak ele alınır. Dördüncül koruma aşamasında, tütün kullanımını

sonlandırmaya yönelik bilimsel temeli olmayan yöntemlerden kaçınılması ve hastaların kanıta dayalı yaklaşımlara yönlendirilmesi amaçlanır.

Aile hekimleri aynı zamanda toplum düzeyinde tütün kontrolünün önemli bileşenleridir. Halk sağlığı eğitimleri, sigaranın zararları konusunda farkındalık çalışmaları, okul ve iş yeri temelli önleme programları ile tütün kullanımının azaltılmasına katkı sağlarlar. Ayrıca pasif içiciliğin önlenmesi, kapalı alan düzenlemelerine ilişkin bilgilendirme ve toplumun savunmasız gruplarının (çocuklar, adolesanlar, gebeler, kronik hastalığı olanlar) korunması konularında aktif rol üstlenirler. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve ilgili eylem planlarının uygulanmasında birinci basamak hekimlerinin etkin katılımı, sürdürülebilir müdahaleler yoluyla halk sağlığının korunmasına ve tütün kullanımının azaltılmasına hizmet etmektedir. Hekimlerin, bu program ve planları uygulamaları, tütünle mücadeleyi bir sağlık hakkı olarak benimsemeleri ve bilimsel temelli, uzun vadede olumlu etkiler yaratacak çalışmalar yapmaları mesleki etik sorumluluklarının bir gereğidir.<sup>80</sup>

#### **2.4. Aile Hekimliği Uygulamalarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Değerlendirmesi**

Kardiyovasküler olaya maruz kalan hastaların % 90'dan fazlasında en az bir adet risk faktörü mevcut olması göz önüne alındığında, risk faktörlerinin ayrıntılı tanımlanmasının yapılarak hastalara ait bireysel risk düzeylerinin belirlenmesi önemli bir basamağı teşkil etmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların birincil önlenmesi, terapötik yaşam tarzı değişikliklerini ve ek farmakoterapileri hedeflemeye yardımcı olmak için risk faktörlerini belirlemekle başlar. 1990'larda risk faktörlerinin birbirleriyle etkileşime girme eğiliminde olduğu ve birleşik etkilerinin bireysel risk bileşenlerinin toplamından daha fazla olduğu saptanmıştır. 1990'lar, yaşam tarzı değişikliği ve farmakoterapinin risk faktörlerini ve tekrarlayan olay riskini önemli ölçüde azaltabileceğine dair kanıtların kabul edilmesiyle kardiyovasküler hastalık yönetiminde büyük değişikliklerin yaşandığı bir dönem olmuştur. Otuz yıl önce, gözlemsel veriler sigarayı bırakmanın akut koroner sendromdan sonra ölüm oranının yarı yarıya azalmasıyla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Hipertansiyon tedavisinin ölüm oranını kesin olarak azalttığı gösterilmiştir.<sup>81</sup> Yapılan bir çalışma, 1980'den 2000'e kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde koroner kalp hastalığına bağlı ölüm oranındaki düşüşün % 44'ünün hiperkolesterolemi, hipertansiyon, tütün

kullanımı ve fiziksel hareketsizlik dahil olmak üzere çeşitli KVH risk faktörlerinin optimizasyonundan kaynaklandığını bulmuştur.<sup>82</sup>

En eski ve klasik risk tahmin sistemlerinden biri Framingham'dır; tablolar ve grafikler kullanılarak geliştirilmiştir. SCORE, PROCAM, QRISK, WHO/ISH ve Reynolds Risk Score gibi başka birçok sistem de mevcuttur. Bunlar içerisinde güncel olanı ve en sık kullanılanı ise SCORE risk skoruması sistemidir. Bu skoruması sisteminde 10 yıl içerisinde kardiyovasküler sistem nedenli hastalıklara (kalp krizi, inme, aort anevrizması vs.) bağılı ölüm riski hesaplanabilmektedir. Risk değerlendirmesi genel olarak yaşı, cinsiyet, tütün kullanımı, kan basıncı, kolesterol düzeyi parametrelerine göre yapılmıştır. SCORE risk hesaplamasına göre kardiyovasküler risk kategorisi dört sınıfta toplanmaktadır. Buna göre % 10 üzeri çok yüksek riskli, % 5-9 arası yüksek riskli, % 1-4 arası orta riskli, % 1 ve altı ise düşük riskli durumu göstermektedir.

Birinci basamakta 20 yaş ve üzeri tüm yetişkinlerin rutin yıllık kontrolleri sırasında beslenme düzenleri, fiziksel aktivite düzeyleri, hareketsiz yaşam tarzları, alkol ve tütün kullanımları değerlendirilmelidir. Ayrıca, erken aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASCVD; erkekler yaşı <55, kadınlar yaşı <65) aile öyküsü ve diyabet ve hipertansiyon gibi ASCVD riskini artıran tıbbi durumlar hakkında da sorular sorulmalıdır. Fizik muayenede, hipertansiyon ve aşırı kilo/obeziteyi taramak için kan basıncı ve vücut kitle indeksi (VKİ) ölçümleri yapılmalıdır. Laboratuvar testlerinde tüm hastalar için lipid taramasını ve yüksek riskli bireylerde diyabet taramasını yapmak gerekir.<sup>52</sup>

#### **2.4.1. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi**

Kardiyovasküler hastalıklardan korunma iki temel stratejiye dayanmaktadır. Birincisi, toplumdaki yüksek riskli bireylerin ve mevcut hastaların belirlenerek yeni kardiyovasküler olaylara karşı korunmasını hedefleyen yüksek risk stratejisidir. İkincisi ise toplumun daha geniş kesimini, kalp ve damar hastalıkları açısından düşük riskli olsa da gelecekte riskli bireyler olabilecek grubu korumayı amaçlayan genel topluma yönelik stratejidir. Her iki strateji kapsamında da bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir.<sup>83</sup> Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ihtiyacı sebebiyle birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu amaçla geliştirilmiş ölçeklerden biri, 2009 yılında Arıkan ve ark.

tarafından geliştirilen Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'dir.

Türkiye ve diğer gelişmekte olan ülkelerin yüksek bir KVH yüküyle karşı karşıya kaldığı, yetişkinlerin bu hastalık ve ilişkili risk faktörleri konusunda da bilgilerinin sınırlı olduğu görülmektedir.<sup>84</sup> Diğer yandan KVH risk faktörlerine ilişkin bilginin sağlıklı davranışla ilişkili olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmalar risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmanın tek başına bireylerde sağlıklı davranış değişikliğine neden olmadığını da özellikle vurgulamaktadır. Davranış değişikliğinin sağlanmasında bireysel değerlerin, algıların, tutumların ve sosyoekonomik durum gibi faktörlerin de yer aldığı belirtilmektedir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre, bireyler kendilerini sağlık açısından risk altında veya riske açık olarak algıladıklarında, koruyucu ve sağlıklı geliştiren davranışlar sergileyebilmektedir. Ancak bireylerin KVH açısından kendilerini risk altında hissetmeleri için de öncelikle KVH risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Sosyal davranış modelleri, bireyin davranışını değiştirmede ilk koşulun kendi davranışlarının neden olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını bilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlıksız davranışların sağlıklı davranışlara dönüşebilmesi ise yeterli bilgi ve motivasyonun varlığına bağlıdır.

## **2.5. Sigarayı Bırakma**

Sigarayı bırakma, tütün içeren ürünlerin içilmesini de kapsayan tütün içiminin kesilmesidir. Sigara içmenin bu kadar yüksek oranda devam etmesinin nedenlerinden biri, mevcut sigara içicilerinin bırakma niyetlerinin düşük olmasıdır. Psikolojik, fizyolojik faktörler ve sigaraya bağlı motivasyonun yanı sıra sosyal ve çevresel faktörler de sigarayı bırakma niyetinin önemli belirleyicileridir. Bırakma niyetleri, bırakma girişimlerinin güçlü bir göstergesidir ve bırakma girişimleri, başarılı sigarayı bırakmanın güçlü bir göstergesidir. Yapılan bir çalışmada, sigarayla ilişkili hastalıkların şiddeti ve bu hastalıklara karşı duyarlılık algılarının daha yüksek olmasının, bırakma girişimlerinin daha yüksek olasılığıyla ilişkili olduğunu bulmuştur.<sup>85</sup> Tütünün tehlikelerinin farkında olan sigara içicilerinin çoğu bırakmak istemektedir. Danışmanlık ve ilaç tedavisi, tütün kullanıcılarının bırakma şansını başarılı bir şekilde iki katından fazla artırabilir. Aile ya da sosyal desteğin olmaması, hekim gözetiminin yokluğu, güçlü nikotin bağımlığının yerine konulmaması, sigaranın bırakılmasını ve sigarasız dönemde ise tekrar başlama



arzusunun bastırılmasını güçleştirir. Dünyadaki 1,25 milyar tütün kullanıcısının % 60'ından fazlası, yani 750 milyondan fazla kişi, sigarayı bırakmak istemekte; ancak % 70'i etkili bırakma hizmetlerine erişememektedir.<sup>86</sup> Sigara tüketenlerin yaklaşık olarak % 40' ı her yıl sigarayı bırakmayı denemektedir fakat bu girişimlerin sadece % 4 ile % 6'sı başarılı olabilirken sadece % 2' si tamamen sigara bağımlılığından kurtulabilmektedir.<sup>87</sup> Erken remisyondan söz edebilmek için daha önce sigara bağımlılığı ya da kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin tamamı karşılandıktan sonra, bu ölçütlerden hiçbirinin en az 3 ay, ancak 12 aydan daha kısa bir süre ortadan kalkması gerekmektedir. Sürekli remisyonda ise tanı ölçütlerinin tamamının 12 ay veya daha uzun bir süre boyunca ortadan kalkması gerekmektedir.

Ülkemizde her yıl ortalama 35 milyon insan sigarayı bırakmaya teşebbüs etmekte, ancak çoğu bırakma çabasından birkaç gün sonra yeniden kullanmaya başlamaktadır. Ama bırakan insanların sayısı da giderek yükselmektedir. Sigara içenlerin % 20'sinin nikotin bağımlısı haline geldiği, çoğunun sigarayı bırakmayı denediği, ancak % 15'ten az bir kısmının başarılı olduğu bildirilmiştir.<sup>88</sup> Sigarayı bırakma, aniden bırakma veya tütün içiminin kademeli olarak azaltılması gibi yardımsız da yapılabilir. Ayrıca psikososyal ve davranışsal terapi veya farmakolojik ajanların kullanımıyla da desteklenebilir.

### 2.5.1. Sigarayı Bırakma Yöntemleri

Sigara içmek, nikotine karşı gelişen fiziksel bağımlılık ve birey açısından ödüllendirici öğrenilmiş davranışlarla sürdürülen kronik, tekrarlayan bir hastalıktır. DSÖ, sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından, herhangi bir sağlık kuruluşuna erişen tüm tütün kullanıcılarına rutin bir uygulama olarak kısa tavsiyelerin (karşılaşma başına 30 saniye ile 3 dakika arasında) sürekli olarak verilmesini önermektedir. Sigarayı bırakma yönetiminde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan çerçevelerden biri “*Ask-Advise-Connect*” veya “*Ask-Advise-Refer*” modelidir. Bu modeller, aşağıda ayrıntılı olarak açıklanan şu adımlardan oluşur:

- Tüm hastalara tütün kullanımı hakkında soru sorulması,
- Sigara içen tüm hastalara tütün kullanımını bırakmaları yönünde tavsiyede bulunulması,
- Ziyaret sırasında sigara içen tüm hastalara hem farmakoterapi hem de davranışsal tedavi seçeneklerinin sunulması, ziyaret sonrasında tedavinin devamlılığını sağlamak

amacıyla bireylerin ilgili kaynaklara yönlendirilmesi ya da bağlanması sağlanması.

13 randomize denemenin meta-analizinde, üç aşamalı model gibi kısa tavsiyeler kullanan müdahalelerin, altı ay veya daha uzun süreli bırakmayı artırdığı bulunmuştur. Müdahale grubunda, sigarayı bırakma olasılığı kontrol grubuna kıyasla % 17 daha yüksek bulunmuştur.<sup>89</sup>

#### 2.5.1.1. Transteorik Model

Sigarayı bırakmayı planlayan bireylerde, öncelikle bırakmaya hazır olup olmadıkları ve sigara bırakma isteği değerlendirilmelidir. Bunun için transteorik model kullanılabilir. “Transteorik Model” (TTM), Prochaska ve arkadaşlarının 1983 yılında geliştirdiği kişinin kendi davranışını değiştirmeye yönelik hazırlık düzeyini ortaya koyan bir modeldir. Bu modele göre, sigara içen bireyler davranışsal olarak 5 evre arasında geçiş yaparlar:

- Niyet öncesi (pre-contemplation): Bırakmanın henüz düşünülmendiği dönem
- Niyet (contemplation): Bırakma ile ilgili bazı düşüncelerin olduğu dönem
- Hazırlık (preparation): Bırakmayı düşünme
- Eylem (action): İlk davranış değişimi
- Sürdürme (maintenance): Oluşan davranış değişimini belirli bir süre devam ettirme dönemi

#### 2.5.1.2. 5A (5Ö) VE 5R Yaklaşımı

5A yaklaşımı, sigarayı bırakma yönetimi için alternatif bir çerçevedir. 1990'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik uygulama için ilk tütün tedavisi modeli olarak geliştirilmiştir. Daha sonra 2008 tarihli Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Hizmetleri klinik uygulama kılavuzunda güncellenmiş ve 2021 Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü kılavuzlarında önerilmiştir. Kararlı vakalarda 5A yaklaşımı uygulanır:

**Ask (Sorgula):** Her başvuruda hastanın tütün kullanımı sorgulanmalı ve kayda alınmalıdır. İlk deneme ve düzenli kullanım yaşı, kullanılan ürünler, süre ve miktar, daha önceki bırakma deneyimleri ve yoksunluk belirtileri değerlendirilmelidir.

**Advise (Öner):** Hastaya tütün ürününü bırakması güçlü, açık ve kişiye özel olarak önerilmelidir. Az miktarda veya ara sıra kullanımın dahi sağlığa risk oluşturduğu anlatılmalıdır.

**Assess (Değerlendir):** Hastanın bırakma isteği sorgulanır; isteği varsa destek sağlanır, yoksa 5R stratejileri uygulanır. Nikotin bağımlılığı düzeyi ölçülmeli ve mümkünse CO ölçümü yapılmalıdır. Başarı oranlarının düşük olduğu gruplar (yüksek bağımlılık, düşük sosyoekonomik koşullar, düşük eğitim düzeyi, çevresinde tütün kullananlar, genç yaş grubu) dikkatle değerlendirilir.

**Assist (Yardım Et):** Bırakma planı, görüşmeden sonraki iki hafta içinde belirlenir ve gerçekçi, motivasyonel bir süreç başlatılır. Plan, yakın çevre ile paylaşılmalı, destek talep edilmelidir. Hastaya yoksunluk belirtileri ve başa çıkma yöntemleri öğretilir; sosyal, ruhsal ve bedensel koşullarına uygun yeni aktiviteler önerilir. Nikotinin nörobiyolojik bağımlılığı ve farmakolojik desteklerin rolü açıklanmalıdır.

**Arrange (Düzenle):** Bırakma sonrası takip düzenlenir; genellikle ilk görüşme bir hafta içinde, sonraki takipler 15 günde bir, 1., 3., 6. ay ve 1. yıl olarak planlanır. Her görüşmede hasta desteklenir, karşılaşılan sorunlar çözülür, nüks durumunda farmakoterapi gözden geçirilir.<sup>90</sup>

5R Yaklaşımı kararsız veya isteksiz hastalara uygulanır:<sup>90</sup>

**Relevance (İlişkilendir):** Tütün kullanımının hastanın sağlık durumu ve çevresine etkileri anlatılır.

**Risks (Riskler):** Tütün kullanımının kısa ve uzun vadeli sağlık riskleri açıklanır; akut riskler (nefes darlığı, astım alevlenmesi, impotans, düşük ve erken doğum riski), uzun dönem riskler (kalp krizi, inme, kanserler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, osteoporoz) ve çevresel riskler (pasif içicilik, çocuk sağlığı) belirtilir.<sup>90</sup>

**Rewards (Ödüller):** Bırakmanın sağlayacağı sağlık ve sosyal kazanımlar anlatılır; tat ve koku duyusunun iyileşmesi, ekonomik faydalar, kendini iyi hissetme, çocuklara örnek olma, fiziksel güç artışı gibi.

**Roadblocks (Engeller):** Bırakmayı zorlaştıran faktörler (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma endişesi, destek eksikliği, diğer içicilerle bir arada bulunma) belirlenir ve çözüm yolları sunulur.

**Repetition (Tekrar):** Motivasyonel destek her klinik görüşmede tekrar edilir; özellikle önceki deneyimleri olumsuz olan hastalara birden fazla deneme olabileceği anlatılır.

### **2.5.1.3. Bilişsel ve Davranışsal Yöntemler**

Sigara bağımlılığına neden olduğu düşünülen davranış biçimlerinin ve psikolojik süreçlerin analiz edilip bunlara uygun davranışçı ve bilişsel teknikler uygulamak sigara bırakma tedavilerinde başarıya ulaşma oranını önemli düzeyde artırmaktadır. DSÖ, sigarayı bırakmayı planlayan tüm tütün kullanıcılarına yoğun davranışsal destek sağlanmasını önermektedir. Davranışsal destek seçenekleri bireysel yüz yüze danışmanlık, grup yüz yüze danışmanlığı veya telefon danışmanlığıdır; birden fazla davranışsal destek seçeneği sunulmalıdır. Davranışsal desteğin temel bileşenleri; problem çözme ve başa çıkma becerilerinin kazandırılması ile tedavi sürecinde sosyal destek ve motivasyonun sürdürülmesidir. Kullanılabilecek davranışsal müdahale türleri arasında bilişsel davranışçı terapi ve motivasyonel görüşme yer alır. Bilişsel davranışçı terapi stratejileri, uyumsuz düşünce ve davranışların belirlenmesini ve yeniden yapılandırılmasını içerir. Örneğin, hastalara sigara içmenin stresle başa çıkmanın tek yolu olduğuna dair inançlarını sorgulamaları ve can sıkıntısından kaçınmak için dikkatlerini başka bir şekilde dağıtmaları öğretilir. Motivasyonel görüşme; etkileşim (karşılıklı saygıya dayalı bir ilişki kurarak ortak hedef belirleme), odaklanma (bireyin dikkatini sigarayı bırakma yönünde toplama), uyandırma (içsel motivasyon kaynaklarını ortaya çıkarma) ve planlama (bırakma tarihi ile tedavi planı ve takibini yapılandırma) olmak üzere dört temel süreçten oluşur.

### **2.5.1.4. Farmakolojik Yöntemler**

DSÖ, sigara içen ve bırakmayı düşünen tütün kullanıcıları için farmakolojik tedavi seçenekleri olarak vareniklin, Nikotin Replasman Tedavisi (NRT), bupropion ve sitizini önermektedir. Birinci basamak tedavi seçenekleri olarak vareniklin, NRT veya bupropion önerilmektedir; kombinasyon NRT (bir bant ve sakız veya pastil gibi kısa etkili bir form) ise, NRT kullanmayı planlayan ve bırakmayı düşünen tütün kullanıcıları için bir seçenektir. Birinci basamak tedavilere yetersiz yanıt alındığında, sigarayı bırakmak isteyen tütün kullanıcılarına NRT veya vareniklin ile birlikte bupropion önerilebilir. Yine farmakoterapi ve davranışsal müdahalelerin birleştirilmesi öneriler arasındadır.<sup>91</sup>

#### **2.5.1.4.1. Nikotin Replasman Tedavisi**

Nikotin replasman tedavisi, sigara bırakma sürecinde ortaya çıkabilecek yoksunluk semptomlarını azaltarak nikotin isteğini baskılamayı hedefler. Yapılan kapsamlı bir derlemede, doğru şekilde uygulanan NRT'nin sigara bırakma başarısını % 50-70 oranında artırdığı bildirilmiştir.<sup>92</sup> En az 6-8 hafta süreyle kullanılmalıdır. Tedavide kullanılan alternatif nikotin formları sakız, transdermal bant, nazal sprey, oral inhaler ve dil altı tabletler veya pastillerdir. Ülkemizde transdermal bant ve sakız formları kullanılmaktadır.

##### **Nikotin Sakızı**

Nikotin sakızlarının 1 mg, 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Biyoyararlanımları sınırlıdır. 2 mg'lık sakız ile 0.9 mg nikotin alınır. 4 mg'lık sakız ile 1.2 mg nikotin alınır. Sakızlarda bulunan nikotin, çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Alkali ortamda nikotin emilimi daha iyi olduğundan sakızlara bikarbonat eklenir. Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir, çünkü hızlı çiğnenmesi aşırı tükürük salgısına ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açar. Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. Sakız yaklaşık 20-30 dakika çiğnenir ve her sakız arasında en az yarım saat beklenmesi gerekmektedir. Nikotin sakız tedavisinde, sigara içme isteği ortaya çıktığında sakız 5-10 kez çiğnenmeli ve nikotin tadı hissedildiğinde birkaç dakika boyunca yanak mukozasında bekletilmelidir. Bu süre zarfında nikotin mukozadan emilir. Fagerström Testi'ne göre orta ve düşük düzeyde bağımlılığı olan bireylerde 2 mg'lık, yüksek düzeyde bağımlılığı olanlarda ise 4 mg'lık sakızlarla tedaviye başlanması önerilmektedir. Günlük sigara tüketimi 25 adetten az olanlarda 2 mg'lık form, 25 ve üzeri olanlarda ise 4 mg'lık form tercih edilmeli; sakız kullanım miktarı ise günde en fazla 24 adet ile sınırlandırılmalıdır. Tedavi süresi genellikle 8-12 hafta olmakla birlikte, gerektiğinde daha uzun süre uygulanabilir. Nikotin sakızlarının yan etkileri ağız, boğaz ve midede nikotin yutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık gibi bazı geçici hafif semptomlardır.

##### **Transdermal Bant (Nikotin Bandı)**

Nikotin bantları, nikotinin vücuda kontrollü şekilde iletilmesini sağlar. Bu bantların 16 saat (Nicorette Invisi) ve 24 saat (Nicotinell TTS) uygulanabilen iki farklı formu bulunmaktadır. 24 saatlik olan bantların 21, 14 ve 7 mg dozajlı formları bulunurken, 16 saatlik bantta 15 mg nikotin bulunmaktadır. Günde 15'ten fazla sigara tüketen kişilerde 21 mg doz ile tedaviye başlanarak 4 hafta devam ettirilir. Sonrasında 2 hafta boyunca 14

mg ve daha sonra yine 2 hafta boyunca 7 mg doz kullanılarak tedavi 8 haftaya tamamlanmış olur. Günde 15'ten az sigara içenlerde 14 mg doz ile başlanır ve doz azaltılarak tedavi 8 haftaya tamamlanır. Nikotin bantlarının yan etkileri genellikle azdır. Transdermal bant, sabah saatlerinde kuru, temiz ve kılsız bir cilt bölgesine (tercihen gövdenin üst kısmı, omuz çevresi veya üst kol bölgesi) yapıştırılır ve yaklaşık 20 saniye boyunca üzerine bastırılarak cilde tam teması sağlanmalıdır. İritasyon ve eritem gibi olası cilt reaksiyonlarını azaltmak amacıyla bant her gün farklı bir bölgeye uygulanmalı, aynı bölgeye ise en erken dört gün sonra tekrar yapıştırılmalıdır. Bantların yol açtığı yan etkiler çoğunlukla hafif ve geçici olup, nadiren tedavinin sonlandırılmasını gerektirir. Nikotin replasman tedavileri ile vücuda verilen nikotin miktarı, sigara dumanı ile alınandan daha düşük olmakla birlikte, NRT uygulanan hastalara bu süreçte sigara içmemeleri kesin olarak önerilmelidir. Gebe ve emziren kadınlarda, son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, aktif unstabil anjinası veya aritmi öyküsü bulunanlarda NRT'den kaçınılmalıdır. Karaciğer ve böbrek yetmezliği, hipertansiyon, tip 1 diyabet, feokromositoma, hipertiroidi ve konjestif kalp yetmezliği olan olgularda ise tedavi dikkatle uygulanmalıdır.

### **Nikotin Sprey**

Her sprej yaklaşık 70 mikrolitre çözelti içinde 1 mg nikotin sağlar. Etkin, güvenli ve genellikle iyi tolere edilen bir tedavi seçeneğidir. Sprej, yanak içerisine uygulandıktan sonra yaklaşık 30 saniye beklenmesi önerilir. Genellikle sigara içme isteği hissedildiğinde sprej bir kez uygulanır. Birkaç dakika sonra sigara içme isteği kaybolmazsa, sprej ikinci kez kullanılır. 2 defa sprejleme gerekiyorsa, bunlar sonraki dozlar için art arda uygulanabilir. Ağız spreji 6 hafta boyunca tam doz kullanılır. Günde 64'ten fazla kullanılmaz. Bu 16 saat boyunca saatte 4 doza eşdeğerdir. Sonraki 6 hafta boyunca kullanımı giderek azaltılır. 9. haftadan sonra ilk 6 haftada kullanılanın yarısını kullanmak hedeflenir. 12. haftanın sonunda, sprejin günde 4 defadan fazla kullanılmaması önerilir. 12. haftadan sonra, sprej, günde en fazla 4 defa olmak üzere, sigara isteğini önlemek için ara sıra kullanılabilir. Nikotin ağız spreji kullanırken en sık görülen yan etkiler; çoğunlukla aşırı nikotin yutulmasına bağlı hıçkırık ile ağız ve boğazda tahriştir. Baş ağrısı ve baş dönmesi de diğer olası yan etkiler arasındadır. Uyku bozuklukları, depresyon ve sinirlilik gibi nikotin yoksunluğu semptomları yan etkilerle karıştırılabilir. Sprej ile

gözlenen yan etkiler çoğunlukla hafif ve geçicidir. Genellikle tedavi başladıktan sonraki ilk birkaç hafta içinde kaybolur.

#### **2.5.1.4.2. Buprapion**

Bupropion seçici dopamin ve noradrenalin gerilim inhibitörüdür. Depresyon tedavisinde kullanılan atipik antidepresanlar grubundan bir ilaçtır. Sigara bırakmaya bağlı gelişen yoksunluk semptomlarını azaltmadaki etkinliği kanıtlanmıştır ve bu amaçla kullanılmasına ilişkin onay almış ilk nikotin dışı farmakolojik ajandır. Bupropion tedavisine belirlenen sigara bırakma gününden 1-2 hafta öncesinde başlanır. Tedavinin ilk 3 gününde günde bir kez 150 mg ile başlanır, sonrasında ise günde 2 kere 150 mg doz ile devam edilir. NRT ile eşzamanlı kullanılarak tedavi etkinliği artırılabilir. Tedaviye başlanan gün itibarıyla 7-14 gün içindeki bir tarihte bırakma günü belirlenir.

Tedavi süresi genellikle 8 haftadır; ancak bırakma tarihinden itibaren 3–6 aya kadar uzatılabilir. En sık görülen bupropion yan etkileri; baş ağrısı, uyku bozukluğu ve ağız kuruluğudur. Ağır karaciğer ve böbrek yetmezliği olanlar, 65 yaş üzeri olgular, ağırlığı 45 kg'ın altında olan olgularda bupropionun günlük dozunun yarıya inmesi gerekir. Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda nikotin yerine koyma tedavileri ve bupropion kombine kullanılabilir. Aktif ya da geçirilmiş epilepsi anamnezi, konvülsiyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı, nöroleptik ya da alkol gibi epilepsi eşiğini düşüren ilaç kullanımı, cerrahi ve felç öyküsü (1 saat ve üzeri bilinç kaybı), bilinç kaybı ile giden kafa travması öyküsü, Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO) ile birlikte kullanım, anorexia nervosa, bulimia (yeme bozuklukları), ilaç etkileşimi riski bulunan durumlarda kontrendikedir.

#### **2.5.1.4.3. Vareniklin**

Vareniklin sigara bırakma tedavisinde DSÖ tarafından önerilen ilk basamak tedavidir. Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin parsiyel agonist ve antagonistidir. Sigara içme isteğinin ve nikotin yoksunluk belirtilerini hafifletir. Nikotin yoksunluk belirtilerini azaltmadaki etkinliği bupropiona göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>93</sup> Sitizin ile karşılaştırıldığında santral sinir sistemine penetrasyonu daha yüksektir. Vareniklin tedavisi sigara bırakma için belirlenen tarihten 1-4 hafta önce başlanır ve 12 hafta

boyunca devam eder. Tedavinin ilk üç gününde günde bir kez 0,5 mg doz başlanır, sonraki 4 gününde günde 2 kere 0,5 mg doza geçilir, daha sonrasında tedavi sonlandırılana kadar günde 2 kere 1 mg doz ile devam edilir. Diğer tedavi seçenekleri olan bupropion ve NRT ile kombine edilmemelidir. 18 yaş altında kullanılmamasına dikkat edilmelidir. En sık görülen yan etkileri; baş ağrısı, bulantı-kusma ve uyku bozukluğudur. Ağır böbrek yetersizliği durumunda günlük doz 0,5 mg'a düşürülmelidir. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde vareniklin kullanımı kardiyovasküler hadise gelişmesi riskini artırmaktadır.<sup>94</sup>

Son yıllarda, referans ürün Champix' te etkin maddeye bağlı olarak gelişen N-nitrozo-vareniklin düzeyinin 155–474 ppm aralığında tespit edilmesi nedeniyle, 200 ppm'lik kabul limitinin aşılması sonucunda ürünün dünya genelinde geri çekilmesi kararlaştırılmıştır. Bu süreç sonrasında, Abdi İbrahim İlaç Sanayi A.Ş. tarafından yürütülen formülasyon ve analitik geliştirme çalışmaları kapsamında üretilen DUPONS tabletlerinde N-nitrozo-vareniklin düzeyinin oldukça düşük (<50 ppm) olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, uluslararası kabul limitlerinin oldukça altında olup, ürünün güvenilirlik profiline olumlu katkı sağladığı bildirilmiştir. DUPONS tabletleri bu veriler doğrultusunda 29 Ağustos 2021 tarihinde ruhsatlandırılmıştır.<sup>95</sup>

#### **2.5.1.4.4. Sitizin**

Sitizin,  $\alpha 4\beta 2$  nikotinik asetilkolin reseptörlerinde seçici kısmi agonist olarak sınıflandırılan bir farmakolojik ajandır. Beyindeki nikotinin bağlandığı bazı nöronal reseptörlere bağlanarak nikotinin etkilerini taklit eder ve böylece sigara içme dürtüsünü azaltır. Oral tablet formunda uygulanır ve standart tedavi süresi genellikle 25 gündür. Sitizin tedavisinde görülebilecek yan etkiler arasında gastrointestinal semptomlar ve uyku bozuklukları yer almaktadır. Tedaviye başlangıç dönemi 3–5 gün olarak planlanmaktadır. İlk üç gün boyunca NİKİTABS, uyanık olunan saatler içinde her iki saatte bir (yaklaşık günde altı kez) birer tablet şeklinde alınır. Tedavinin başladığı andan itibaren günlük sigara tüketimi azaltılmalı ve en geç 5. güne kadar sigara bırakılmalıdır. İlk üç günlük kullanım süresi içerisinde sigara içme isteğinde belirgin bir azalma gözlenmemesi durumunda, tedaviye devam edilmeden önce hekime başvurulması önerilir. İlacın, sigara kullanımıyla eş zamanlı olarak beş günden uzun süre alınması tavsiye edilmez. Başlangıç



döneminin ardından uygulanan doz programı, aşağıdaki doz şemasına göre sürdürülür (Tablo 1).

**Tablo 1. Nikitabs tedavisi doz programı**

| Tedavi Günü   | Kullanım Aralığı | Tablet Sayısı | Günlük Doz |
|---------------|------------------|---------------|------------|
| 1–3. günler   | 2 saatte bir     | 6             | 9 mg       |
| 4–12. günler  | 2,5 saatte bir   | 5             | 7,5 mg     |
| 13–16. günler | 3 saatte bir     | 4             | 6 mg       |
| 17–20. günler | 5 saatte bir     | 3             | 4,5 mg     |
| 21–25. günler | 6–8 saatte bir   | 1–2           | 1,5–3 mg   |

Sitizinin 18 yaşın altındaki ve 65 yaş ve üzeri bireylerde kullanımına ilişkin yeterli veri bulunmadığından, bu grupta kullanımı önerilmemektedir. Böbrek veya karaciğer yetmezliği olan hastalarda klinik deneyim bulunmamaktadır; bu nedenle sitizin kullanımı bu hastalarda önerilmemektedir. Bir çalışmada, sitizin tedavisinin bupropion ve nikotin bandı ile karşılaştırıldığında sigara bırakma oranını anlamlı biçimde artırdığı bildirilmiştir. Sitizin kullanan katılımcıların büyük çoğunluğu tedavinin ilk günlerinde sigara içme isteğinde azalma bildirmiştir; erken dönemdeki bu azalma ise sigara bırakma başarısıyla güçlü bir ilişki göstermiştir.<sup>96</sup>

### 2.5.2. Sigarayı Bırakmayı Etkileyen Unsurlar

Sigara içme davranışı genellikle stres, kaygı veya olumsuz duygulanımı azaltmak amacıyla sürdürülen öğrenilmiş bir baş etme biçimidir. Bu nedenle sigaranın negatif pekiştirici işlevi, bırakma sürecinde karşılaşılan en önemli güçlüklerden biridir.<sup>97</sup> Sigara içen birey kısa vadede rahatlama sağlasa da, uzun vadede bu davranış bağımlılığın devam etmesine ve nüks riskinin artmasına yol açmaktadır.<sup>98</sup> Özellikle duygusal stresörler, iş veya aile sorunları gibi durumlarda sigara içme isteği belirgin biçimde artar.

Nikotin bağımlılık düzeyi yüksek olan bireylerde sigarayı bırakma başarısı düşmektedir.<sup>99</sup> Bu bireylerde yoksunluk belirtileri daha şiddetli hissedilir; iritabilite, konsantrasyon güçlüğü ve huzursuzluk gibi belirtiler bırakma sürecinde kararlılığı azaltabilir. Öte yandan nikotin bağımlılık düzeyinin sigarayı bırakma üzerinde bir etkiye sahip olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Lichtenstein (1982), nikotine olan

fizyolojik bağımlılığın sigarayı bırakma sürecinde önemli bir etken olabileceğini, ancak sigarayı bırakma kararı alma ve bu kararı sürdürebilme başarısının esasen bireyin psikolojik ve sosyal faktörleriyle yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir.<sup>100</sup>

Sigara içme isteği (aşerme), sigarayı bırakma sürecinde nüksün en güçlü öngörücülerinden biri olarak kabul edilmektedir.<sup>101</sup> Aşermenin ortaya çıkışında çevresel uyaranlar, stres faktörleri ve alışkanlık döngüleri rol oynar. Bu durumla baş edebilmek için bireye farkındalık ve dikkat dağıtma stratejileri öğretilmelidir.

Bazı bireyler sigarayı, olumsuz düşünce ve duygulardan kaçınmanın bir aracı olarak kullanırlar. Bu durum “deneyimsel kaçınma” olarak tanımlanır. Yoksunluk sürecinde ortaya çıkan bu içsel yaşantılardan kaçma eğilimi, sigara içme davranışının sürmesine ve nüksün artmasına neden olabilir.<sup>102</sup>

Sigarayı bırakmada motivasyonel unsurlar oldukça belirleyicidir. En sık görülen güdüler arasında sağlık sorunları, aile ve sosyal çevrenin desteği ve ekonomik kaygılar yer alır.<sup>103</sup> Bireyleri sigarayı bırakmaya dair motive eden unsurları inceleyen bir çalışmada, bırakmaya dair en yaygın güdüleyici etkenin sağlık, ikinci yaygın etkenin ise sosyal baskı veya aile baskısı olduğu tespit edilmiştir.<sup>104</sup>

Sigarayı bırakma başarısı, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum gibi faktörlerden etkilenmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bırakma oranı artarken, genç yaş grubunda bağımlılık oranı daha yüksektir. Ayrıca evli bireyler ve sosyal destek sistemi güçlü olanlar, sigarayı bırakmada daha başarılıdır.

Yapılan bir çalışmada sigarayı bırakmanın kişi tarafından algılanan öneminin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarını etkileyebileceği belirtilmiştir.<sup>105</sup>

Sigarayı bırakmada bireyin öz-yeterlik inancı, yani bu davranışı değiştirebileceğine dair güveni büyük önem taşır. Bireyin kendi davranışı üzerindeki kontrol algısı arttıkça, bırakma başarısı da yükselir.

### **2.5.3. Sigarayı Bırakma Kararlılığı**

Türk Dil Kurumu Sözlüğü’ ne göre kararlılık, “kararlı olma durumu, istikrar” anlamına gelir. Kararlılık kavramı, herhangi bir davranış biçiminin değişim sürecindeki belirleyici rolü nedeniyle güçlü bir yapı olarak kabul edilir. Amrhein, Miller, Yahne, Palmer ve Fulcher (2003), kararlılık kavramını, davranışın değişiminde kritik rol oynayan güçlü bir yapı olarak ele almış; özellikle motivasyonel görüşmede dile getirilen kararlılık

ifadelerinin bireyin değişim yönündeki bağlılığını ve davranışsal sonuçlarını öngördüğünü ortaya koymuşlardır.<sup>106</sup>

Kahler ve arkadaşlarına göre (2007) sigarayı bırakma kararlılığı, “olası zorluklar, sigara içme isteği ve hissedilen rahatsızlık varlığında dahi sigarayı bırakma yönündeki kararlılığın sürdürülmesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda söz konusu kavram, bırakma sürecinde bireyin karşılaşabileceği içsel zorluklara rağmen sigarayı bırakma konusundaki bağlılığını devam ettirme eğilimini ifade etmektedir.

Dalum, Schaalma, Nielsen ve Kok (2008) ise sigarayı bırakma kararlılığını, “bireyin sigarayı bırakma girişimine harcamaya istekli olduğu enerji ve çabanın düzeyi” şeklinde tanımlamışlardır. Bununla birlikte, yalnızca bildirilen kararlılığın sigarayı bırakmada tek başına yeterli olmayabileceği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda, başlangıçta yüksek kararlılık düzeyine sahip olsalar bile sigarayı bırakamayan bireylerin, süreç içerisinde deneyimledikleri yoksunluk belirtileri ve sigara içme isteği gibi olumsuz yaşantılardan etkilendikleri belirtilmiştir.

Smith, Carter, Dunlop, Freeman ve Chapman (2015) tarafından yapılan ve sigarayı herhangi bir farmakolojik ya da psikolojik destek almadan bırakan bireylerin deneyimlerini inceleyen çalışmada ise kararlılık, sigarayı başarılı bir şekilde bırakmada belirleyici bir temel kavram olarak tanımlanmıştır. Bulgular, kararlılığın bırakma girişimlerinin başarıya ulaşmasında, motivasyon ya da bırakma nedenlerinden daha güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, başlangıçtaki kararlılığın, bırakma sürecinde yaşanan zorluklar ve olumsuz duygusal deneyimlerin etkisiyle zaman içinde azalabileceği ifade edilmiştir. Bu durum, bireylerin sigarayı bırakmayı deneme konusunda kararlı olsalar da sigarayı bırakma konusunda kararlı olmadıkları şeklinde yorumlanmıştır.<sup>100</sup>

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma İçin Alınan İzinler**

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından ve Etik Kurulundan (08 Kasım 2024, Karar No: 4) gerekli izin ve onay alınmıştır. Araştırmanın saha uygulamasına ilişkin gerekli kurumsal izin, Adana İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından 25.02.2025 tarihli ve E-11289099-050.04-269460898 sayılı yazı ile verilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi ve Evreni**

Çalışmamız tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin kardiyovasküler hastalıklar bilgi düzeyi ve sigarayı bırakma kararlılığını değerlendiren kesitsel, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kardiyoloji Kliniği, Adana Kurttepe, Güzelyalı 2, Narlıca 2, Reşatbey, Levent Aile Sağlığı Merkezi' ne başvuran tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Örneklemine Belirlenmesi**

Çalışmanın örneklemini 01 Mart 2025- 1 Haziran 2025 tarihleri arasında üç aylık süre boyunca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kardiyoloji Kliniği, Adana Kurttepe, Güzelyalı 2, Narlıca 2, Reşatbey, Levent Aile Sağlığı Merkezi' ne başvuran tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü merkezler, Adana ilinin farklı coğrafi ve sosyoekonomik özelliklere sahip bölgelerini temsil edecek şekilde seçilmiştir. Çalışmaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahil edilmesiyle, araştırmanın farklı basamaktaki sağlık hizmetlerine başvuran bireyleri kapsaması amaçlanmıştır. Katılımcılar, belirlenen merkezlere başvuran bireyler arasından erişilebilirlik ve gönüllülük esasına dayalı olarak, kolayda örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme

uygunluğu, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme sırasında yapılan ön değerlendirme ile belirlenmiştir. Bu değerlendirme kapsamında bireylerde kardiyovasküler hastalık tanısı varlığı ve aktif tütün ürünü kullanımı tek tek sorgulanmış; bu kriterleri karşılayan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın sonucunu değerlendirirken yanlılığa neden olabilecek karıştırıcı faktörleri azaltmak amacıyla belirlenen dışlama kriterleri; aktif tütün ürünü kullanmayanlar, kardiyovasküler hastalığı olmayan bireyler, anketi dolduramayacak düzeyde bilişsel bozukluğu, mental yetersizliği veya iletişim kurma güçlüğü olanlar, anket sorularını eksik veya hatalı dolduranlar, önceden planlanmış sigara bırakma tedavi programına devam edenler, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler veya aydınlatılmış onam vermeyen bireylerdir.

### **3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları**

Çalışmada verilerin toplanması amacıyla, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ve Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Anketi**

Literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, klinik özelliklerini, aile öyküsünü, tütün ürünü kullanım özelliklerini ve sigara bırakma davranışlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Anket; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek, yaşam yeri, kiminle yaşadığı, boy ve kilo gibi sosyodemografik bilgiler; mevcut kronik hastalıklar, kardiyovasküler hastalık tanı süresi ve kardiyovasküler hastalıkla ilişkili girişimsel işlem/operasyon öyküsü gibi klinik özellikler; ailede kalp-damar hastalığı, kronik akciğer hastalığı, diyabetes mellitus ve kanser öyküsü gibi aile öyküsü bilgileri; tütün ürünü türü, tütün ürünü kullanma süresi, günlük kullanım miktarı gibi tütün kullanım özellikleri ve daha önce sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsü ile geçmiş sigara bırakma denemeleri gibi sigara bırakma davranışlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

### **3.4.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği**

KVH risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyini belirlemek amacıyla Arıkan ve ark.'nın geliştirdiği, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği kullanılmıştır.<sup>83</sup> KARRİF-BD Ölçeği; “40-Item Coronary Heart Disease Knowledge Test” anketinden alınan 4 madde, “Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ)” anketinin orijinalinden Türkçe’ye çevrilmiş 16 madde ve araştırmacılar tarafından KVH ile ilişkili risk faktörleri konusunda bilinmesi önemli görülen sekiz maddenin (5, 8, 9, 10, 17, 18, 22, 26. maddeler) eklenmesiyle oluşturulmuş toplam 28 maddelik bir ölçektir. Ölçekteki maddeler katılımcılara doğru/yanlış önermeleri şeklinde sunulmakta olup, katılımcıların bu ifadeleri “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” seçenekleriyle yanıtlamaları istenmektedir. Doğru yanıtlanan her madde 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Maddelerin yirmi ikisi düz, altısı (11, 12, 16, 17, 24, 26. maddeler) ise ters yönde puanlanmaktadır. Değerlendirmede ‘Bilmiyorum’ yanıtı yanlış olarak kabul edilmektedir. Katılımcılar ölçekten en fazla 28 puan alabilmektedir. Ölçek puanının artması, katılımcıların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

### **3.4.3. Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği**

Sigarayı bırakma kararlılığını değerlendirmek amacıyla, Kahler ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen Sigara Bırakma Kararlılığı Ölçeği’nin (SBKÖ) Türkçe uyarlaması kullanılmıştır; ölçeğin güvenirliği ve geçerliği ise Kılıç (2022) tarafından yapılan çalışmada doğrulanmıştır.<sup>100</sup> Ölçek; öz-bildirim temelli 5’li Likert tipi 8 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi puanlama 1 = “kesinlikle katılmıyorum” ile 5 = “kesinlikle katılıyorum” arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan, kişinin sigarayı bırakma kararlılık düzeyini yansıtmaktadır; düşük puanlar düşük, yüksek puanlar ise yüksek kararlılığı göstermektedir. Orijinal çalışmada yapılan faktör analizi, ölçeğin tek faktörlü yapıya sahip olduğunu ortaya koymuş ve iç tutarlılığı Cronbach’s Alpha değeri  $\alpha = 0,91$  olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, ölçeğin sigarayı bırakma kararlılığını değerlendirmede güvenilir ve kabul edilebilir psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

### **3.5. Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analiz**

#### **3.5.1. Verilerin Toplanması**

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışma kapsamında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği ve Kardiyoloji Kliniği, Adana Kurttepe, Güzelyalı 2, Narlıca 2, Reşatbey, Levent Aile Sağlığı Merkezi' ne 1 Mart 2025-1 Haziran 2025 tarihleri arasında başvuran tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı olan 400 bireye anket uygulanması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı reddeden 15 kişi, anketi yarım bırakan 5 kişi olmuştur ve verileri eksik/hatalı olan kişi olmamıştır. İstatistiksel analizler 380 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

#### **3.5.2. İstatistiksel Yöntemler**

Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için grupların ikili karşılaştırılmalarında varsayımların sağlanması durumunda grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Tukey, Games&Howell testleri kullanılmıştır. Grupların ikili karşılaştırılmalarında varsayımların sağlanmaması durumunda ise Bonferroni düzeltmesi yapılmış Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal ölçümler arasındaki etkileşimi incelemede varsayımların sağlanması durumunda Pearson korelasyonu, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Spearman korelasyonu kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum- maksimum) olarak özetlenmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylere yönlendirilen soru ve ölçeklerden elde edilen bulgular özetlenmiştir. Bulgular, 380 kişiye ait veriler doğrultusunda yapılan istatistiksel analizler sonucunda yorum yapılmadan aktarılmıştır.

### 4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu çalışmada yer alan 380 katılımcının yaş ortalaması  $58,61 \pm 11,31$  (min-maks: 16-89) olup % 63,2'sini (n=240) erkekler oluşturmaktadır. Medeni durumu açısından incelendiğinde % 82,4'ü (n=313) evli, % 3,9'u (n=15) bekar, % 13,7'si (n=52) dul olarak belirlenmiştir. Katılımcıların meslek grubuna baktığımızda % 64,5'i (n=245) emekli, çalışmayan ve öğrenci, % 10,8'i (n=41) hizmet ve işçi, % 16,6'sı (n=63) serbest meslek, % 4,5'i (n=17) kamu ve büro çalışanı, % 3,7'si (n=14) sağlık çalışanı grubunda yer almaktadır. Eğitim durumu olarak incelendiğinde katılımcıların % 4,2'si (n=16) okur-yazar olmayan, % 3,9'u (n=15) okur-yazar, % 37,9'u (n=144) ilkokul mezunu, % 16,3'ü (n=62) ortaokul mezunu, % 22,1'i (n=84) lise mezunu, % 15,5'i (n=59) üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Aylık gelir durumları değerlendirildiğinde % 41,3'ü (n=157) düşük gelir, % 38,9'u (n=148) orta gelir, % 9,5'i (n=36) orta-yüksek gelir ve % 10,3'ü (n=39) yüksek gelir düzeyindedir. Katılımcıların yaşamının çoğunu nerde geçirdiklerine baktığımızda % 2,9'unun (n=11) köy veya kasabada, % 9,7'sinin (n=37) ilçede, % 7,6'sının (n=29) şehirde ve % 79,7'sinin (n=303) büyük şehirde geçirdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların kiminle birlikte yaşadığına baktığımızda % 63,9'u (n=243) çekirdek ailesi ile, % 5,8'i (n=22) tek başına, % 30,3'ü (n=115) aile bireylerinden birisi ile yaşamaktadır.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve aylık gelir durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

**Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular**

|          |       | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|----------|-------|----------|-----------|
| Cinsiyet | Kadın | 140      | 36,8      |
|          | Erkek | 240      | 63,2      |



**Tablo 2. (Devamı)**

|                    |                                        |     |      |
|--------------------|----------------------------------------|-----|------|
| Medeni Durum       | Evli                                   | 313 | 82,4 |
|                    | Bekar                                  | 15  | 3,9  |
|                    | Dul                                    | 52  | 13,7 |
| Meslek             | Emekli-Çalışmayan-Öğrenci              | 245 | 64,5 |
|                    | Hizmet ve İşçi grubu                   | 41  | 10,8 |
|                    | Serbest Meslek                         | 63  | 16,6 |
|                    | Kamu ve Büro Çalışanı                  | 17  | 4,5  |
|                    | Sağlık Çalışanı                        | 14  | 3,7  |
|                    |                                        |     |      |
| Eğitim Durumu      | Okur-yazar değil                       | 16  | 4,2  |
|                    | Okur-yazar                             | 15  | 3,9  |
|                    | İlkokul Mezunu                         | 144 | 37,9 |
|                    | Ortaokul Mezunu                        | 62  | 16,3 |
|                    | Lise Mezunu                            | 84  | 22,1 |
|                    | Üniversite Mezunu (lisans-lisans üstü) | 59  | 15,5 |
|                    |                                        |     |      |
| Aylık Gelir Durumu | Düşük                                  | 157 | 41,3 |
|                    | Orta                                   | 148 | 38,9 |
|                    | Orta-Yüksek                            | 36  | 9,5  |
|                    | Yüksek                                 | 39  | 10,3 |

Katılımcıların klinik özelliklerine ilişkin değerlendirmelerine baktığımızda ortalama vücut kitle indeksi  $28,02 \pm 5,322$  (min-maks: 16,33-49,12) olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 71,6'sı (n=272) kardiyovasküler hastalık dışında başka bir ek kronik hastalığa da sahip olup % 28,4'ü (n=108) sadece kardiyovasküler hastalığa sahiptir. Katılımcıların % 27,6'sı (n=105) bir adet, % 25'i (n=95) iki adet, % 13,4'ü (n=51) üç adet ve % 5,5'i (n=21) dört adet ek kronik hastalığa sahiptir. Girişimsel işlem ve operasyon öyküsüne baktığımızda katılımcıların % 57,6'sının (n=219) mevcut öyküsünün olmadığı, % 42,4'ünün (n=161) öyküsünün bulunduğu saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalık tanısı alma yılı ortalaması  $8,56 \pm 8,56$  (min-maks: 1-40) olarak bulunmuştur (**Tablo 3**).

**Tablo 3. Katılımcıların klinik özelliklerine ilişkin bulgular**

|                                                         | Sayı (n) | Yüzde (%) | Ort. $\pm$ SS (Min-Maks)        |
|---------------------------------------------------------|----------|-----------|---------------------------------|
| <b>Vücut kitle indeksi (kg/m<sup>2</sup>)</b>           | -        | -         | $28,02 \pm 5,322$ (16,33-49,12) |
| <b>Ek kronik hastalık durumu</b>                        |          |           |                                 |
| Sadece kardiyovasküler hastalığı olan                   | 108      | 28,4      | -                               |
| Kardiyovasküler hastalık + ek kronik hastalık(lar) olan | 272      | 71,6      | -                               |

**Tablo 3. (Devamı)**

| Ek kronik hastalık sayısı                         |     |      |                    |
|---------------------------------------------------|-----|------|--------------------|
| 1                                                 | 105 | 27,6 | -                  |
| 2                                                 | 95  | 25,0 | -                  |
| 3                                                 | 51  | 13,4 | -                  |
| 4                                                 | 21  | 5,5  | -                  |
| <b>Girişimsel işlem/operasyon öyküsü</b>          |     |      |                    |
| Yok                                               | 219 | 57,6 | -                  |
| Var                                               | 161 | 42,4 | -                  |
| <b>Kardiyovasküler hastalık tanı süresi (yıl)</b> | -   | -    | 8,56 ± 8,56 (1-40) |

SS: Standart Sapma, Ort: Ortalama, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerinde birinci derece akrabalarında kalp-damar hastalığı öyküsü sorgulandığında % 74,7'si (n=284) “evet”, % 22,9'u (n=87) “hayır”, % 2,4'ü (n=9) “bilmiyorum” yanıtını vermiştir. Birinci derece akrabalarında kronik akciğer hastalığı öyküsü sorgulandığında % 27,1'i (n=103) “evet”, % 70'i (n=266) “hayır”, % 2,9'u (n=11) “bilmiyorum” yanıtını vermiştir. Birinci derece akrabalarında diyabetes mellitus öyküsü sorgulandığında “evet” yanıtını verenler % 63,2 (n=240), “hayır” yanıtını verenler % 34,2 (n=132), “bilmiyorum” yanıtını verenler % 2,1 (n=8) olarak saptanmıştır. Katılımcıların birinci derece akrabalarında kanser öyküsü sorgulandığında % 44,5'i (n=169) “evet”, % 53,2'si (n=202) “hayır”, % 2,4'ü (n=9) “bilmiyorum” yanıtını vermiştir (**Tablo 4**).

**Tablo 4. Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine ait bulgular**

| Aile Öyküsü              | Evet % (n) | Hayır % (n) | Bilmiyorum % (n) |
|--------------------------|------------|-------------|------------------|
| Kalp-damar hastalığı     | 74,7(284)  | 22,9(87)    | 2,4(9)           |
| Kronik akciğer hastalığı | 27,1(103)  | 70(266)     | 2,9(11)          |
| Diyabetes mellitus       | 63,2(240)  | 34,2(132)   | 2,1(8)           |
| Kanser                   | 44,5(169)  | 53,2(202)   | 2,4(9)           |

%. Katılımcı Sayısı Yüzdesi; n: Katılımcı Sayısı

Katılımcıların tütün kullanımına ilişkin değerlendirmelerinde % 91,6'sının (n=348) sigara, % 4,7'sinin (n=18) sarma tütün, % 2,4'ünün (n=9) hem sigara hem sarma tütün, % 1,4'ünün (n=5) diğer tütün ürünleri (nargile, e-sigara, Maraş otu) kullandığı

saptanmıştır. Katılımcıların günlük tütün tüketim miktarı paket ortalaması  $0,97 \pm 0,594$  (min-maks: 0,05-3) ve tütün ürünü kullanım yılı ortalaması  $34,5 \pm 14,479$  (min-maks: 1-70) olarak belirlenmiştir (**Tablo 5**).

**Tablo 5. Katılımcıların tütün kullanımına ilişkin özelliklerine ait bulgular**

|                                                     | Sayı (n) | Yüzde (%) | Ort. $\pm$ SS (Min–Maks)  |
|-----------------------------------------------------|----------|-----------|---------------------------|
| Günlük tütün tüketimi (paket)                       | -        | -         | $0,97 \pm 0,594$ (0,05–3) |
| Tütün ürünü kullanım süresi (yıl)                   | -        | -         | $34,5 \pm 14,479$ (1–70)  |
| <b>Tütün ürünü türü</b>                             |          |           |                           |
| Sigara                                              | 348      | 91,6      | -                         |
| Sarma tütün (elle sarılmış sigara)                  | 18       | 4,7       | -                         |
| Hem sigara hem sarma tütün                          | 9        | 2,4       | -                         |
| Diğer tütün ürünleri (nargile, e-sigara, maraş otu) | 5        | 1,4       | -                         |

SS: Standart sapma; Ort: Ortalama, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Sigarayı bırakma davranışına ilişkin olarak daha önce sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsü sorgulandığında katılımcıların % 17,9'u (n=68) “evet”, %82,1'i (n=312) “hayır” olarak yanıtlamıştır. Katılımcıların daha önce sigarayı bırakma öyküsü sorgulandığında % 91,6'sı (n=348) “hayır”, % 8,4'ü (n=32) “evet” olarak yanıtlamıştır (**Tablo 6**).

**Tablo 6. Katılımcıların sigara bırakma davranışına ilişkin bulgular**

|                                                       | Evet % (n) | Hayır % (n) |
|-------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Daha önce sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsü | 17,9(68)   | 82,1(312)   |
| Daha önce sigarayı bırakma öyküsü                     | 8,4(32)    | 91,6(348)   |

%; Katılımcı Sayısı Yüzdesi; n: Katılımcı Sayısı

## 4.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği toplam puan ortalaması  $21,58 \pm 3,49$  (min-maks: 3-28) olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların puan ortalaması  $22,23 \pm 2,93$  (min-maks: 11-27), erkek katılımcıların puan ortalaması ise  $21,19 \pm 3,73$  (min-maks: 3-28) olarak belirlenmiştir. Kadınların ve erkeklerin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ( $p < 0,05$ ).

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde evli katılımcıların puan ortalaması  $21,66 \pm 3,47$  (min-maks: 3-27), bekar katılımcıların puan ortalaması  $21,73 \pm 2,89$  (min-maks: 15-26) ve dul katılımcıların puan ortalaması  $20,98 \pm 3,72$  (min-maks: 11-28) olarak saptanmıştır. Medeni duruma göre KARRİF-BD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Meslek gruplarına göre incelendiğinde emekli/çalışmayan/öğrenci grubunun puan ortalaması  $21,42 \pm 3,28$  (min-maks: 8-27), hizmet ve işçi grubunun  $21,97 \pm 3,12$  (min-maks: 11-26), serbest meslek grubunun  $21,76 \pm 4,47$  (min-maks: 3-28), kamu ve büro çalışanlarının  $22,76 \pm 2,13$  (min-maks: 19-26) ve sağlık çalışanlarının puan ortalaması  $20,92 \pm 4,26$  (min-maks: 12-26) olarak belirlenmiştir. Meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde okur-yazar olmayan katılımcıların KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması  $22,68 \pm 3,78$  (min-maks: 11-26), okur-yazar olanların  $19,53 \pm 4,10$  (min-maks: 13-26), ilkokul mezunlarının  $21,57 \pm 3,42$  (min-maks: 8-27), ortaokul mezunlarının  $22,41 \pm 2,71$  (min-maks: 15-26), lise mezunlarının  $22,42 \pm 2,71$  (min-maks: 8-28) ve üniversite (lisans ve lisans üstü) mezunlarının puan ortalaması  $21,20 \pm 3,89$  (min-maks: 3-27) olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ile bilgi düzeyi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Aylık gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde düşük gelir grubunun KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması  $21,46 \pm 3,48$  (min-maks: 8-27), orta gelir grubunun  $21,70 \pm 3,02$  (min-maks: 13-28), orta-yüksek gelir grubunun  $21,63 \pm 4,82$  (min-maks: 3-26) ve yüksek gelir grubunun  $21,51 \pm 3,83$  (min-maks: 11-26) olarak belirlenmiştir. Aylık gelir durumu ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yer açısından değerlendirildiğinde köy/kasabada yaşayanların KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması  $20,63 \pm 4,20$  (min-maks: 16-26), ilçede yaşayanların puan  $21,08 \pm 2,75$  (min-maks: 13-25), şehirde yaşayanların  $20,68 \pm 4,98$  (min-maks: 3-27) ve büyük şehirde yaşayanların  $21,75 \pm 3,36$  (min-maks: 8-28) olarak saptanmıştır. Yerleşim yeri ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişiler açısından incelendiğinde çekirdek aile ile yaşayanların puan ortalaması  $21,65 \pm 3,60$  (min-maks: 3-28), tek başına yaşayanların  $21,22 \pm 3,57$  (min-maks: 11-26) ve aile bireylerinden biri ile yaşayanların puan ortalaması  $21,69 \pm 3,58$  (min-maks: 8-26) olarak belirlenmiştir. Birlikte yaşanan kişi durumu ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular **Tablo 7**'de sunulmuştur.

**Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

|               |                           | Ort. $\pm$ SS    | Test Türü       | t/F(df)          | P            |
|---------------|---------------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------|
| Cinsiyet      | Kadın                     | $22,23 \pm 2,93$ | *t-testi        | $t(377) = 2,751$ | <b>0,006</b> |
|               | Erkek                     | $21,19 \pm 3,73$ |                 |                  |              |
| Medeni Durum  | Evli                      | $21,66 \pm 3,47$ | *ANOVA          | $F(2) = 0,643$   | 0,526        |
|               | Bekar                     | $21,73 \pm 2,89$ |                 |                  |              |
|               | Dul                       | $20,98 \pm 3,72$ |                 |                  |              |
| Meslek        | Emekli/Çalışmayan/Öğrenci | $21,42 \pm 3,28$ | *Kruskal-Wallis |                  | 0,317        |
|               | Hizmet/İşçi               | $21,97 \pm 3,12$ |                 |                  |              |
|               | Serbest Meslek            | $21,76 \pm 4,47$ |                 |                  |              |
|               | Kamu/Büro                 | $22,76 \pm 2,13$ |                 |                  |              |
|               | Sağlık Çalışanı           | $20,92 \pm 4,26$ |                 |                  |              |
| Eğitim Düzeyi | Okur-Yazar Olmayan        | $22,68 \pm 3,78$ | ANOVA           | $F(5) = 2,231$   | 0,051        |
|               | Okur-Yazar                | $19,53 \pm 4,10$ |                 |                  |              |
|               | İlkokul                   | $21,57 \pm 3,42$ |                 |                  |              |
|               | Ortaokul                  | $22,41 \pm 2,71$ |                 |                  |              |
|               | Lise                      | $22,42 \pm 2,71$ |                 |                  |              |

**Tablo 7. (Devamı)**

|                          |                         |            |                |             |       |
|--------------------------|-------------------------|------------|----------------|-------------|-------|
|                          | Üniversite              | 21,20±3,89 |                |             |       |
| Aylık Gelir              | Düşük                   | 21,46±3,48 | Kruskal-Wallis |             | 0,731 |
|                          | Orta                    | 21,70±3,02 |                |             |       |
|                          | Orta-Yüksek             | 21,63±4,82 |                |             |       |
|                          | Yüksek                  | 21,51±3,83 |                |             |       |
| Yaşam Yeri               | Köy/Kasaba              | 20,63±4,20 | ANOVA          | F(3)= 1,441 | 0,231 |
|                          | İlçe                    | 21,08±2,75 |                |             |       |
|                          | Şehir                   | 20,68±4,98 |                |             |       |
|                          | Büyük Şehir             | 21,75±3,36 |                |             |       |
| Birlikte Yaşanan Kişiler | Çekirdek Aile           | 21,65±3,60 | ANOVA          | F(2)= 0,170 | 0,844 |
|                          | Tek Başına              | 21,22±3,52 |                |             |       |
|                          | Aile Bireylerinden Biri | 21,69±3,58 |                |             |       |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, F: Oneway ANOVA Testi, t: Bağımsız Student t-testi, df: Serbestlik Derecesi, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

\*İkili gruplarda bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri gruplarda ANOVA; normal dağılım sağlanmadığında Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Katılımcıların ek hastalık sayısına göre değerlendirilmesinde; ek hastalığı bulunmayanların KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması 21,50±3,44 (min-maks: 8-26), bir adet ek hastalığı bulunanların 21,50±3,78 (min-maks: 3-27), iki adet ek hastalığı bulunanların 21,78±3,43 (min-maks: 11-27), üç adet ek hastalığı bulunanların 21,09±3,42 (min-maks: 11-26) ve dört adet ek hastalığı bulunanların 22,57±2,38 (min-maks: 16-28) olarak saptanmıştır. Ek hastalık sayısı ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (**Tablo 8**).

Katılımcıların girişimsel işlem ve operasyon öyküsü açısından değerlendirilmesinde; öyküsü olmayanların KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması 21,66±3,70 (min-maks: 3-27) ve öyküsü bulunanların ise 21,46±3,18 (min-maks: 11-28) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 8**).

**Tablo 8. Katılımcıların klinik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

|                    |   | Ort. ± SS    | Test Türü       | p     |
|--------------------|---|--------------|-----------------|-------|
| Ek Hastalık Sayısı | 0 | 21,50 ± 3,44 | *Kruskal-Wallis | 0,618 |
|                    | 1 | 21,50 ± 3,78 |                 |       |
|                    | 2 | 21,78 ± 3,43 |                 |       |
|                    | 3 | 21,09 ± 3,42 |                 |       |
|                    | 4 | 22,57±2,38   |                 |       |

**Tablo 8. (Devamı)**

|                      |                 |     |              |                       |       |
|----------------------|-----------------|-----|--------------|-----------------------|-------|
| Girişimsel<br>Öyküsü | İşlem/Operasyon | Yok | 21,66 ± 3,70 | *Mann-Whitney U testi | 0,168 |
|                      |                 | Var | 21,46 ± 3,18 |                       |       |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

\*Mann-Whitney U testi, iki bağımsız grubun medyanlarını, Kruskal-Wallis testi ise üç veya daha fazla bağımsız grubun medyanlarını karşılaştırmak için kullanılır.

Katılımcıların birinci derece akrabalarında kalp-damar hastalığı öyküsü açısından KARRİF-BD ölçeği puanları incelendiğinde “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması  $21,61 \pm 3,50$  (min-maks: 8-28), “hayır” yanıtı verenlerin  $21,56 \pm 3,39$  (min-maks: 3-26) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin  $20,66 \pm 4,15$  (min-maks: 11-25) olarak belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Birinci derece akrabalarında kronik akciğer hastalığı öyküsü açısından KARRİF-BD ölçeği puanlarına baktığımızda “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması  $21,48 \pm 3,38$  (min-maks: 8-27), “hayır” yanıtı verenlerin  $21,67 \pm 3,53$  (min-maks: 3-28) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin  $20,10 \pm 3,44$  (min-maks: 11-24) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ , ANOVA).

Katılımcıların birinci derece akrabalarında diyabetes mellitus öyküsü açısından KARRİF-BD ölçeği puanları değerlendirildiğinde “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması  $21,75 \pm 3,30$  (min-maks: 8-28), “hayır” yanıtı verenlerin  $21,44 \pm 3,71$  (min-maks: 3-27) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin  $18,75 \pm 4,36$  (min-maks: 11-23) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ , ANOVA).

Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü açısından KARRİF-BD ölçeği puanları incelendiğinde “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması  $22,13 \pm 2,94$  (min-maks: 11-27), “hayır” yanıtı verenlerin  $21,27 \pm 3,77$  (min-maks: 3-28) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin  $17,88 \pm 3,65$  (min-maks: 11-21) olarak belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ait bulgular **Tablo 9**’da sunulmuştur.

**Tablo 9. Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ait bulgular**

| Hastalık Öyküsü    | Grup       | Ort. $\pm$ SS    | F(df)       | p                |
|--------------------|------------|------------------|-------------|------------------|
| Kalp-Damar         | Evet       | 21,61 $\pm$ 3,50 | F(2)= 0,328 | 0,721            |
|                    | Hayır      | 21,56 $\pm$ 3,39 |             |                  |
|                    | Bilmiyorum | 20,66 $\pm$ 4,15 |             |                  |
| Kronik Akciğer     | Evet       | 21,48 $\pm$ 3,38 | F(2)= 1,051 | 0,351            |
|                    | Hayır      | 21,67 $\pm$ 3,53 |             |                  |
|                    | Bilmiyorum | 20,10 $\pm$ 3,44 |             |                  |
| Diyabetes Mellitus | Evet       | 21,75 $\pm$ 3,30 | F(2)= 3,051 | <b>0,048</b>     |
|                    | Hayır      | 21,44 $\pm$ 3,71 |             |                  |
|                    | Bilmiyorum | 18,75 $\pm$ 4,36 |             |                  |
| Kanser             | Evet       | 22,13 $\pm$ 2,94 | F(2)= 7,975 | <b>&lt;0,001</b> |
|                    | Hayır      | 21,27 $\pm$ 3,77 |             |                  |
|                    | Bilmiyorum | 17,88 $\pm$ 3,65 |             |                  |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, F: Oneway ANOVA Testi, df: Serbestlik Derecesi p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

Katılımcıların kullandıkları tütün ürünlerine göre KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (bkz. **Tablo 10**); sigara kullananların puan ortalaması 21,63 $\pm$ 3,50 (min-maks: 3-28), sarma tütün kullananların 21,27 $\pm$ 2,73 (min-maks: 15-25), hem sigara hem sarma tütün kullananların 19,77 $\pm$ 4,86 (min-maks: 11-25) ve diğer tütün ürünleri (nargile, e-sigara, maraş otu) kullananların puan ortalaması 22,50 $\pm$ 1,29 (min-maks: 21-24) olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların daha önce sigara bırakma öyküsüne göre KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; “evet” diyenlerin puan ortalaması 21,43 $\pm$ 3,28 (min-maks: 14-27), “hayır” diyenlerin ise 21,59 $\pm$ 3,51 (min-maks: 3-28) olarak hesaplanmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (**Tablo 10**).

Sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsü açısından incelendiğinde; “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması 21,63 $\pm$ 3,48 (min-maks: 11-27), “hayır” yanıtı verenlerin ise 21,57 $\pm$ 3,49 (min-maks: 3-28) olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 10**).



**Tablo 10. Tütün ürünü kullanımı, sigara bırakma öyküsü ve sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsüne göre KARRİF-BD ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

|                                      |                                                | Ort. $\pm$ SS    | Test Türü | t/F(df)      | p     |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|-----------|--------------|-------|
| Kullanılan Tütün Ürünü               | Sigara                                         | 21,63 $\pm$ 3,50 | *ANOVA    | F(3)=0,954   | 0,415 |
|                                      | Sarma Tütün                                    | 21,27 $\pm$ 2,73 |           |              |       |
|                                      | Sigara +<br>Sarma                              | 19,77 $\pm$ 4,86 |           |              |       |
|                                      | Diğer<br>(Nargile, E-<br>sigara,<br>Maraş otu) | 22,50 $\pm$ 1,29 |           |              |       |
| Sigara Bırakma Öyküsü                | Evet                                           | 21,43 $\pm$ 3,28 | *t-testi  | t(377)=0,257 | 0,797 |
|                                      | Hayır                                          | 21,59 $\pm$ 3,51 |           |              |       |
| Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru | Evet                                           | 21,63 $\pm$ 3,48 | t-testi   | t(377)=0,107 | 0,915 |
|                                      | Hayır                                          | 21,57 $\pm$ 3,49 |           |              |       |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, F: Oneway ANOVA Testi, t: Bağımsız Student t-testi, df: Serbestlik Derecesi, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

\*İkili gruplarda bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri gruplarda ANOVA testi uygulanmıştır.

#### 4.3. Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması 24,60 $\pm$ 10,22 (min-maks: 8-40) olarak saptanmış olup kadınların puan ortalaması 22,59 $\pm$ 10,29 (min-maks: 8-40), erkeklerin puan ortalaması 25,78 $\pm$ 10,02 (min-maks: 8-40) bulunmuştur. Cinsiyete göre sigarayı bırakma kararlılığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

Medeni durum açısından incelendiğinde evli katılımcıların puan ortalaması 24,80 $\pm$ 10,26 (min-maks: 8-40), bekarların 27,33 $\pm$ 8,98 (min-maks: 14-40) ve dul olanların 22,63 $\pm$ 10,22 (min-maks: 8-40) olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde emekli/çalışmayan/öğrenci grubunun puan ortalaması 24,58 $\pm$ 10,35 (min-maks: 8-40), hizmet/işçi grubunun 25,29 $\pm$ 10,39 (min-maks: 8-40), serbest meslek grubunun 25,07 $\pm$ 10,10 (min-maks: 8-40), kamu/büro çalışanlarının 22,47 $\pm$ 9,04 (min-maks: 8-40), sağlık çalışanlarının ise 23,42 $\pm$ 10,41 (min-maks: 8-40) olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Okur-yazar olmayanlarda sigarayı bırakma kararlılığı puan ortalaması 17,81 $\pm$ 11,92 (min-maks: 8-40), okur-yazar olanlarda 23,93 $\pm$ 9,58 (min-maks: 8-40), ilkokul

mezunlarında  $26,00 \pm 10,67$  (min-maks: 8-40), ortaokul mezunlarında  $25,12 \pm 10,25$  (min-maks: 8-40), lise mezunlarında  $24,48 \pm 9,55$  (min-maks: 8-40), üniversite (lisans ve lisans üstü) mezunlarında ise  $22,84 \pm 9,01$  (min-maks: 8-40) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

Aylık gelir düzeyine göre sigarayı bırakma kararlılığı puanları değerlendirildiğinde düşük gelir grubunda  $24,96 \pm 10,22$  (min-maks: 8-40), orta gelir grubunda  $24,52 \pm 10,28$  (min-maks: 8-40), orta-yüksek gelir grubunda  $23,13 \pm 10,86$  (min-maks: 8-40) ve yüksek gelir grubunda  $24,82 \pm 9,67$  (min-maks: 8-40) olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yer açısından değerlendirildiğinde köy/kasabada yaşayanların puan ortalaması  $23,72 \pm 10,29$  (min-maks: 8-40), ilçede yaşayanların  $25,40 \pm 9,49$  (min-maks: 8-40), şehirde yaşayanların  $25,03 \pm 8,99$  (min-maks: 8-40) ve büyük şehirde yaşayanların  $24,50 \pm 10,45$  (min-maks: 8-40) olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Birlikte yaşanan kişiler açısından incelendiğinde çekirdek aile ile yaşayanların puan ortalaması  $24,34 \pm 10,31$  (min-maks: 8-40), tek başına yaşayanların  $25,04 \pm 10,42$  (min-maks: 8-40) ve aile bireylerinden biri ile yaşayanların  $25,06 \pm 10,06$  (min-maks: 8-40) olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0,05$ ).

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular **Tablo 11**'de sunulmuştur.

**Tablo 11. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

|              |                           | Ort. $\pm$ SS     | Test Türü       | t/F(df)        | p            |
|--------------|---------------------------|-------------------|-----------------|----------------|--------------|
| Cinsiyet     | Kadın                     | $22,59 \pm 10,29$ | *t-testi        | t(378)= -2,963 | <b>0,003</b> |
|              | Erkek                     | $25,78 \pm 10,02$ |                 |                |              |
| Medeni Durum | Evli                      | $24,80 \pm 10,26$ | *ANOVA          | F(2)= 1,563    | 0,211        |
|              | Bekar                     | $27,33 \pm 8,98$  |                 |                |              |
|              | Dul                       | $22,63 \pm 10,22$ |                 |                |              |
| Meslek       | Emekli/Çalışmayan/Öğrenci | $24,58 \pm 10,35$ | *Kruskal-Wallis |                | 0,860        |
|              | Hizmet/İşçi               | $25,29 \pm 10,39$ |                 |                |              |

**Tablo 11. (Devamı)**

|                          |                         |             |                |             |              |
|--------------------------|-------------------------|-------------|----------------|-------------|--------------|
|                          | Serbest Meslek          | 25,07±10,10 |                |             |              |
|                          | Kamu/Büro               | 22,47±9,04  |                |             |              |
|                          | Sağlık Çalışanı         | 23,42±10,41 |                |             |              |
| Eğitim Düzeyi            | Okur-Yazar Olmayan      | 17,81±11,92 | ANOVA          | F(5)= 2,386 | <b>0,038</b> |
|                          | Okur-Yazar              | 23,93±9,58  |                |             |              |
|                          | İlkokul                 | 26,00±10,67 |                |             |              |
|                          | Ortaokul                | 25,12±10,25 |                |             |              |
|                          | Lise                    | 24,48±9,55  |                |             |              |
|                          | Üniversite              | 22,84±9,01  |                |             |              |
| Aylık Gelir              | Düşük                   | 24,96±10,22 | Kruskal-Wallis |             | 0,777        |
|                          | Orta                    | 24,52±10,28 |                |             |              |
|                          | Orta-Yüksek             | 23,13±10,86 |                |             |              |
|                          | Yüksek                  | 24,82±9,67  |                |             |              |
| Yaşam Yeri               | Köy/Kasaba              | 23,72±10,29 | ANOVA          | F(3)= 0,129 | 0,943        |
|                          | İlçe                    | 25,40±9,49  |                |             |              |
|                          | Şehir                   | 25,03±8,99  |                |             |              |
|                          | Büyük Şehir             | 24,50±10,45 |                |             |              |
| Birlikte Yaşanan Kişiler | Çekirdek Aile           | 24,34±10,31 | ANOVA          | F(2)= 0,214 | 0,808        |
|                          | Tek Başına              | 25,04±10,42 |                |             |              |
|                          | Aile Bireylerinden Biri | 25,06±10,06 |                |             |              |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, F: Oneway ANOVA Testi, t: Bağımsız Student t-testi, df: Serbestlik Derecesi, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

\*İkili gruplarda bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri gruplarda ANOVA; normal dağılım sağlanmadığında Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Katılımcıların ek hastalık sayısına göre değerlendirilmesinde; ek hastalığı bulunmayanların puan ortalaması 24,47±9,75 (min-maks: 8-40), bir adet ek hastalığı bulunanların 25,09±10,98 (min-maks: 8-40), iki adet ek hastalığı bulunanların 24,49±10,26 (min-maks:8-40), üç adet ek hastalığı bulunanların 24,98±9,60 (min-maks: 8-40) ve dört adet ek hastalığı bulunanların 22,47±10,63 (min-maks: 8-40) olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 12**).

Katılımcıların girişimsel işlem ve operasyon öyküsü açısından değerlendirilmesinde; öyküsü olmayanların ortalaması 25,68±10,17 (min-maks: 8-40) ve öyküsü bulunanların ise 23,14±10,14 (min-maks: 8-40) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (**Tablo 12**).

**Tablo 12. Katılımcıların klinik özelliklerine göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

|                                   |     | Ort. $\pm$ SS     | Test Türü             | p            |
|-----------------------------------|-----|-------------------|-----------------------|--------------|
| Ek Hastalık Sayısı                | 0   | 24,47 $\pm$ 9,75  | *Kruskal-Wallis       | 0,882        |
|                                   | 1   | 25,09 $\pm$ 10,98 |                       |              |
|                                   | 2   | 24,49 $\pm$ 10,26 |                       |              |
|                                   | 3   | 24,98 $\pm$ 9,60  |                       |              |
|                                   | 4   | 22,47 $\pm$ 10,63 |                       |              |
| Girişimsel İşlem/Operasyon Öyküsü | Yok | 25,68 $\pm$ 10,17 | *Mann-Whitney U testi | <b>0,015</b> |
|                                   | Var | 23,14 $\pm$ 10,14 |                       |              |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

\*Mann-Whitney U testi, iki bağımsız grubun medyanlarını, Kruskal-Wallis testi ise üç veya daha fazla bağımsız grubun medyanlarını karşılaştırmak için kullanılır

Katılımcıların birinci derece akrabalarında kalp-damar hastalığı öyküsüne göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanları incelendiğinde “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması 24,50 $\pm$ 10,14 (min-maks: 8-40), “hayır” yanıtı verenlerin 25,27 $\pm$ 10,36 (min-maks: 8-40) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin 21,44 $\pm$ 11,94 (min-maks: 8-40) olarak belirlenmiştir. Yapılan ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Birinci derece akrabalarında kronik akciğer hastalığı öyküsüne göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına baktığımızda “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması 25,06 $\pm$ 9,92 (min-maks: 8-40), “hayır” yanıtı verenlerin 24,61 $\pm$ 10,26 (min-maks: 8-40) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin 19,70 $\pm$ 12,09 (min-maks: 8-40) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ , ANOVA).

Katılımcıların birinci derece akrabalarında diyabetes mellitus öyküsüne göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanları değerlendirildiğinde “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması 24,52 $\pm$ 10,19 (min-maks: 8-40), “hayır” yanıtı verenlerin 25,11 $\pm$ 10,16 (min-maks: 8-40) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin 18,87 $\pm$ 11,72 (min-maks: 8-40) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ , ANOVA).

Birinci derece akrabalarında kanser öyküsüne göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanları incelendiğinde “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması 24,57 $\pm$ 10,22 (min-maks: 8-40), “hayır” yanıtı verenlerin 24,68 $\pm$ 10,20 (min-maks: 8-40) ve “bilmiyorum” yanıtı verenlerin 23,44 $\pm$ 11,78 (min-maks: 8-40) olarak belirlenmiştir.

Yapılan ANOVA analizine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ait bulgular **Tablo 13**'da sunulmuştur.

**Tablo 13. Katılımcıların aile öyküsüne ilişkin klinik özelliklerine göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ait bulgular**

| Hastalık Öyküsü    | Grup       | Ort. $\pm$ SS     | F(df)       | p     |
|--------------------|------------|-------------------|-------------|-------|
| Kalp-Damar         | Evet       | 24,50 $\pm$ 10,14 | F(2)= 0,630 | 0,533 |
|                    | Hayır      | 25,27 $\pm$ 10,36 |             |       |
|                    | Bilmiyorum | 21,44 $\pm$ 11,94 |             |       |
| Kronik Akciğer     | Evet       | 25,06 $\pm$ 9,92  | F(2)= 1,257 | 0,286 |
|                    | Hayır      | 24,61 $\pm$ 10,26 |             |       |
|                    | Bilmiyorum | 19,70 $\pm$ 12,09 |             |       |
| Diyabetes Mellitus | Evet       | 24,52 $\pm$ 10,19 | F(2)= 1,430 | 0,241 |
|                    | Hayır      | 25,11 $\pm$ 10,16 |             |       |
|                    | Bilmiyorum | 18,87 $\pm$ 11,72 |             |       |
| Kanser             | Evet       | 24,57 $\pm$ 10,22 | F(2)= 0,065 | 0,937 |
|                    | Hayır      | 24,68 $\pm$ 10,20 |             |       |
|                    | Bilmiyorum | 23,44 $\pm$ 11,78 |             |       |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, F: Oneway ANOVA Testi, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

Katılımcıların kullandıkları tütün ürünlerine göre Sigaray Bırakma Kararlılığı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (bkz. **Tablo 14**); sigara kullananların puan ortalaması 24,68 $\pm$ 10,25 (min-maks: 8-40), sarma tütün kullananların 22,16 $\pm$ 10,21 (min-maks: 8-40), hem sigara hem sarma tütün kullananların 24,33 $\pm$ 9,81 (min-maks: 12-40) ve diğer tütün ürünleri (nargile, e-sigara, maraş otu) kullananların puan ortalaması 29,85 $\pm$ 11,89 (min-maks: 18-40) olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların daha önce sigara bırakma öyküsü açısından değerlendirildiğinde; “evet” diyenlerin puan ortalaması 27,34 $\pm$ 9,52 (min-maks: 8-40), “hayır” diyenlerin ise 24,35 $\pm$ 10,26 (min-maks: 8-40) olarak hesaplanmış ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (**Tablo 14**).

Sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsü açısından incelendiğinde; “evet” yanıtı verenlerin puan ortalaması 25,20 $\pm$ 8,99 (min-maks: 8-40), “hayır” yanıtı verenlerin

ise  $24,47 \pm 10,48$  (min-maks: 8-40) olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 14**).

**Tablo 14. Tütün ürünü kullanımı, sigara bırakma öyküsü ve sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsüne göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular**

|                                      |                                      | Ort. $\pm$ SS     | Test Türü | t/F(df)       | p     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------|---------------|-------|
| Kullanılan Tütün Ürünü               | Sigara                               | 24,68 $\pm$ 10,25 | *ANOVA    | F(3)=0,685    | 0,562 |
|                                      | Sarma Tütün                          | 22,16 $\pm$ 10,21 |           |               |       |
|                                      | Sigara + Sarma                       | 24,33 $\pm$ 9,81  |           |               |       |
|                                      | Diğer (Nargile, E-sigara, Maraş otu) | 29,85 $\pm$ 11,89 |           |               |       |
| Sigara Bırakma Öyküsü                | Evet                                 | 27,34 $\pm$ 9,52  | *t-testi  | t(378)=-1,584 | 0,114 |
|                                      | Hayır                                | 24,35 $\pm$ 10,26 |           |               |       |
| Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru | Evet                                 | 25,20 $\pm$ 8,99  | t-testi   | t(110)=0,587  | 0,559 |
|                                      | Hayır                                | 24,47 $\pm$ 10,48 |           |               |       |

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama, F: Oneway ANOVA Testi, t: Bağımsız Student t-testi, df: Serbestlik Derecesi, p: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

\*İkili gruplarda bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri gruplarda ANOVA testi uygulanmıştır

#### 4.4.Korelasyon Analizi Bulguları

Çalışmada kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, sigarayı bırakma kararlılığı ve bazı değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, sigarayı bırakma kararlılığı ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 15**).

Yaş ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r = -0,141$ ;  $p = 0,006$ ) (**Tablo 15**). Buna göre, yaş arttıkça kardiyovasküler risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi azalmaktadır. Yaş ile sigara bırakma kararlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 15**).

Vücut kitle indeksi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sigara bırakma kararlılığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 15**).

Günlük tüketilen paket miktarı ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r = -0,137$ ;

$p=0,008$ ) (**Tablo 15**). Buna göre günlük tüketilen paket miktarı arttıkça risk faktörleri bilgi düzeyi azalmaktadır. Sigara bırakma kararlılığı ile ilişkisine baktığımızda anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 15**).

Tütün kullanım süresi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,210$ ;  $p<0,01$ ) (**Tablo 15**). Tütün kullanım süresi arttıkça kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi azalmaktadır. Katılımcıların tütün kullanım süresi ile sigara bırakma kararlılığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 15**).

Kardiyovasküler hastalık tanı süresi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sigara bırakma kararlılığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 15**).

Geçmişte sigara kullanımını bırakma süresi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 15**). Sigarayı bırakma kararlılığı ile arasında negatif yönde zayıf ancak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ( $r=-0,202$ ;  $p>0,05$ ) (**Tablo 15**). Bu bulgu, sigarayı bırakma süresi artsa bile bırakma kararlılığının belirgin şekilde değişmediğini göstermektedir.

**Tablo 15. Korelasyon analizine ilişkin bulgular**

|                                                                                               | <b>r</b> | <b>p</b>     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|
| Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi-Sigarayı bırakma kararlılığı         | 0,044    | 0,390        |
| Yaş-Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi                                  | -0,141   | <b>0,006</b> |
| Yaş-Sigarayı bırakma kararlılığı                                                              | 0,045    | 0,385        |
| Vücut kitle indeksi-Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi                  | 0,031    | 0,541        |
| Vücut kitle indeksi-Sigarayı bırakma kararlılığı                                              | 0,006    | 0,913        |
| Günlük tütün tüketim miktarı-Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi         | -0,137   | <b>0,008</b> |
| Günlük tütün tüketim miktarı-Sigarayı bırakma kararlılığı                                     | -0,043   | 0,402        |
| Tütün kullanım süresi-Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi                | -0,210   | <b>0,000</b> |
| Tütün kullanım süresi-Sigarayı bırakma kararlılığı                                            | -0,084   | 0,102        |
| Kardiyovasküler hastalık tanı süresi-Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi | 0,008    | 0,878        |
| Kardiyovasküler hastalık tanı süresi-Sigarayı bırakma kararlılığı                             | 0,019    | 0,715        |
| Geçmişte sigara bırakma süresi-Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi       | 0,248    | 0,233        |
| Geçmişte sigara bırakma süresi-Sigarayı bırakma kararlılığı                                   | -0,202   | 0,333        |

*r*: Pearson Korelasyon Katsayısı (0,00=nötr korelasyon, 0,01-0,29=zayıf korelasyon, 0,30-0,70=orta düzeyde korelasyon, 0,71-0,99=güçlü korelasyon, 1,00=mükemmel korelasyon), *p*: Anlamlılık Düzeyi,  $p \leq 0,05$  anlamlı

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamız, tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı olanlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sigara bırakma kararlılığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırmanın bulguları, mevcut literatür doğrultusunda ele alınarak üç ana başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik ve Tütün Kullanım Özelliklerine Göre Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların KARRİF-BD Ölçeği puan ortalaması  $21,58 \pm 3,49$  olarak bulunmuştur. Literatürde KARRİF-BD Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, farklı hasta ve erişkin gruplarında değişen bilgi düzeyleri rapor edilmiştir. Çalışmamızın bilgi düzeyi ortalamasının birçok çalışmada bildirilen puanlara kıyasla daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Tan ve ark. (2013) tarafından kırsal kesimde yaşayan kadınlara yönelik yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması  $13,05 \pm 6,93$  olarak bulunmuştur.<sup>83</sup> Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşları  $50,17 \pm 15,00$  olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması  $58,61 \pm 11,31$  olup katılımcılarımız %36,8'i kadınlardan oluşmaktadır. Örneklemimize kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerin dahil edilmesi ve sağlık merkezine erişim imkanının daha yüksek olması bilgi düzeyi puanlarının daha yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) puan ortalaması cinsiyete göre incelendiğinde, kadın katılımcıların bilgi düzeyleri puanının erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Literatüre baktığımızda Küçük ve ark. (2022) tarafından yapılan araştırmada KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ile cinsiyet arasında bizim bulgumuzu destekleyen anlamlı ilişkiler bildirilmiştir.<sup>107</sup> Benzer şekilde, Tong Shen ve ark. tarafından yürütülen çalışmada da kadın hastaların kardiyovasküler hastalıklara yönelik bilgi düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.<sup>108</sup> Ghamri ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada



kadınların sigaranın kardiyovasküler hastalık için bir risk faktörü olduğunu bilme oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, diyabetin bir KVH risk faktörü olduğunu bilme düzeyi erkeklerde kadınlara göre daha yüksek rapor edilmiştir.<sup>109</sup> Çalışmada genel bilgi düzeyine ilişkin belirgin bir üstünlük saptanmamış ve risk faktörlerine göre cinsiyet farklılıklarının değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Bu durum, risk faktörlerinin tek tek incelendiği bazı çalışmalardan farklı olmakla birlikte, genel bilgi düzeyi açısından kadınların daha avantajlı olduğunu bildiren diğer çalışmalarla uyum göstermektedir. Kadınların genel bilgi düzeyinde erkeklerden üstün olmasının, sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları, sağlık bilgilerine daha sık maruz kalmaları, sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülebilir. Yardımcı Gürel ve Güner (2024) tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye’de kadınlar arasında kardiyovasküler hastalık risk faktörü bilgi düzeyinin önemli bir öngörücüsü olarak sağlık okuryazarlığı belirlenmiştir.<sup>110</sup> Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler özellikle KVH farkındalığını ve bilgi düzeyini artırmada etkili olabilir. Sağlık okuryazarlığının kadınlarda yüksek olması kardiyovasküler hastalıklara yönelik önleyici sağlık stratejilerinin planlanmasında cinsiyete özel yaklaşımın önemini artırır.

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde % 4,2’si (n=16) okur-yazar olmayan, % 3,9’u (n=15) okur-yazar, % 37,9’u (n=144) ilkokul mezunu, % 16,3’ü (n=62) ortaokul mezunu, % 22,1’i (n=84) lise mezunu, % 15,5’i (n=59) üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Grupların eğitim düzeyine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Literatüre baktığımızda Kırağ ve Çalışkan’ın (2020), Yılmaz ve Boylu’nun (2015) çalışmalarında katılımcıların KARRİF-BD puanının eğitim seviyesi üniversite mezunu olanlarda diğerlerine göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.<sup>111,112</sup> Eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte bilgi seviyesinin artması beklenen bir durumdur. Yurt dışında yapılan çalışmalara baktığımızda Kuzey İrlanda’da Al Hamarneh ve ark.’nın (2011) ve İran’da Chohedri ve ark.’nın (2012) yetişkin bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarda yüksek eğitim seviyesi yüksek bilgi puanı ile ilişkilidir.<sup>113,114,115</sup> Bulgumuz, bu çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmemektedir. Literatürde eğitim düzeyinin KVH gelişme riski veya KVH olayları ile ilişkisi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Magnani ve arkadaşlarının (2024) JAMA Cardiology’de yayımlanan geniş kohort analizinde, Kilander ve arkadaşlarının (2001) ve Honjo ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmalarda düşük eğitim düzeyi, KVH ve alt

tiplerinin görülme sıklığında artış ile ilişkili bulunmuş ve risk faktörleri ile KVH olayları arasındaki ilişkinin düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde daha belirgin olduğu rapor edilmiştir.<sup>116,117,118</sup> Ancak bu çalışmalar, bilgi düzeyi değil KVH riski veya olay gelişimi üzerine odaklanmıştır. Dolayısıyla bu çalışmaların eğitim-risk ilişkisini desteklemesi, bizim çalışmamızdaki eğitim-bilgi düzeyi ilişkisinin anlamsız çıkmasıyla çelişmemektedir. Çalışmamızda katılımcıların % 37,9'unun ilkokul mezunu olması ve örneklemimizin kardiyovasküler hastalığı mevcut olan bireylerden oluşması bu çalışmaların bulgularıyla örtüşmektedir. Katılımcıların kardiyovasküler hastalık tanısı alma yılı ortalaması  $8,56 \pm 8,56$  olarak bulunmuştur ve katılımcıların % 71,6'sı kardiyovasküler hastalık dışında başka bir ek kronik hastalığa da sahiptir. Mevcut bulgumuz, kronik hastalık nedeniyle daha fazla sağlık hizmeti alma veya örneklemimizin kardiyovasküler hastalığa sahip olan bireylerden oluşması nedeniyle bilgi düzeyinin eğitimden bağımsız olarak artmış olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların ek kronik hastalık sayısına göre KARRİF-BD ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Uçar ve Arslan'ın (2017) çalışmasında da kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre ölçek puanları anlamlı yüksektir.<sup>114</sup> Çalışmaya bir aile sağlığı merkezine herhangi bir sebeple gelen, 18 yaş ve üstü, KVH tanısı almamış 121 birey dahil edilmiş olup katılımcıların %69,4'ünde herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcıların % 71,6'sı ek kronik hastalığa sahiptir. Bu durum gruplar arası farkın ortaya çıkmasını zorlaştırmış olabilir. Yapılan çalışmada, çoklu morbiditenin genel pratisyenlikte sağlık hizmeti kullanımını artırdığı; ancak her ek kronik hastalığın, bu kullanım artışını aynı oranda yükseltmediği gösterilmiştir.<sup>119</sup> Çalışmamızda ek kronik hastalığa sahip katılımcıların %27,6'sı bir adet, %25'i iki adet, %13,4'ü üç adet ve %5,5'i dört adet ek kronik hastalığa sahiptir. Ek kronik hastalığa sahip katılımcıların çoğunun tek bir ek kronik hastalığa sahip olması, bu grubun sağlık hizmeti kullanım oranının yüksek olabileceğini ve risk faktörleri bilgi düzeyi seviyesinin buna bağlı olarak yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %42,4'ünün daha önce bir girişimsel işlem veya operasyon geçirdiği belirlenmiş olup, operasyon deneyiminin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini artırabileceği yönündeki öngörümüze rağmen gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Nolan ve McKee (2016) tarafından

yürütülen çalışmada, perkütan koroner girişim (PCI) sonrası hastalarda bilgi düzeyinin düşük olduğu ve risk faktörü profili ile bilgi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür.<sup>120</sup> Çalışmada katılımcıların yanıt oranı %67 ve katılımcıların yaş ortalaması 65,79 ± 9,9 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %59'unun elektif PCI'si mevcut bulunmuştur. Araştırmacılar, hastanede kalış süresinin kısalması, kardiyak rehabilitasyona düşük katılım ve hastaların “PCI sonrası hastalığın artık kendileri için bir tehdit olmadığı” yönündeki yanlış inançlarının bilgi yetersizliğine katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada koroner arter bypass greftleme (CABG) operasyonu geçiren hastaların PCI hastalarına kıyasla daha yüksek bilgi puanlarına ve daha iyi risk kontrol düzeylerine sahip olduğu bildirilmektedir.<sup>121</sup> Bu farkın CABG sonrası daha uzun hastane yatış süresi, daha yoğun danışmanlık, daha sık rehabilitasyon programlarına katılım ve daha fazla klinik temas gibi ek eğitim fırsatlarından kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Kapko ve Krzych (2016) tarafından yapılan bir çalışmada akut koroner sendromu sonrası rehabilitasyona katılan hastalarda uygulanan genişletilmiş eğitim programının, kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyini anlamlı şekilde artırdığı bildirilmiştir.<sup>122</sup> Bizim çalışmamızda girişimsel işlem türleri ve hastaların işlem sırasındaki klinik durumları farklılık göstermiş olabilir. Ülkemizde kalp cerrahisi ve girişimsel kardioloji sonrasında verilen taburculuk eğitiminin standardize olmayışı, kardiyak rehabilitasyona katılım oranlarının düşük olması bilgi düzeyinin beklenen şekilde artmamasının en önemli nedenlerinden biri olabilir. Bu durum, postoperatif izlemin ve cerrahi sonrası bakımın sürekliliğinin sağlanmasında aile hekimlerinin rolünü kritik hale getirmektedir; aile hekimleri, hastaların taburculuk sonrası eğitimlerini pekiştirerek risk faktörleri farkındalığını artırabilir ve komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunabilir.

Birinci derece akrabalarında kalp-damar hastalığı öyküsüne göre KARRİF-BD ölçeği puanları incelendiğinde yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Gürdoğan ve arkadaşlarının 2014 yılında öğrencilerden oluşan katılımcılarla yaptığı çalışmada ailede kalp hastalığı öyküsü olup olmaması ile KARRİF-BD ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur.<sup>123</sup> Benzer şekilde Örs ve Tümer'in yaptığı çalışmada da ailede kalp hastalığı öyküsü olup olmaması ile KARRİF-BD ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur.<sup>83</sup> KARRİF-BD ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Arıkan ve arkadaşlarının

çalışmasında ve Tan ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada ailesinde kalp hastalığı bulunanların kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>83</sup> Ailede kalp hastalığı öyküsü bulunmasının diğer aile bireyleri için de risk oluşturması sebebiyle bilgi düzeylerini yükselttiği ve farkındalık oluşturduğu söylenebilir. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunda (%74,7) birinci derece akrabalarda kardiyovasküler hastalık öyküsünün bulunması, olası bir farkın ortaya çıkmasını güçleştirmiş olabilir. Katılımcıların kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerden oluşması ve %74,7'sinde birinci derece akrabalarda kardiyovasküler hastalık öyküsünün bulunması sebebiyle sağlık hizmetlerini sık kullanmaları, ailede KVH öyküsünden bağımsız olarak bilgi düzeylerinin yüksek olmasına katkı sağlamış olabilir. Birinci derece akrabalarında diabetes mellitus ve kanser öyküsüne göre KARRİF-BD ölçeği puanları incelendiğinde yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan bir çalışma, ailede diyabet öyküsü olan bireylerin yaşam tarzı risk faktörlerine ilişkin farkındalık ve kardiyovasküler risk profillerinin daha farklı olduğunu ortaya koymuştur.<sup>124</sup> Yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada ailede diyabet öyküsü, bireylerin sağlık bilgisi ve sağlıklı davranışlara katılımını artırmıştır.<sup>125</sup> Bu bulgular, ailede diyabet ve kanser öyküsü olan bireylerin, sağlık bilgisi ve farkındalık düzeylerinin, yalnızca genetik risk değil aynı zamanda sağlık sistemine daha sık başvurma ve sağlık davranışlarına daha aktif katılım ile de ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam tarzı faktörlerine (sigara kullanmamak, BMI <30, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme) uyan bireylerin kronik hastalık, diyabet, miyokard enfarktüsü ve kanser risklerinin belirgin şekilde azaldığı gözlemlenmiştir.<sup>126</sup> Bizim çalışmamızda DM ve kanser öyküsüne göre KARRİF-BD puanları arasında anlamlı bir fark bulunması, katılımcıların yalnızca genetik riskleri nedeniyle değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri ve danışmanlık programları aracılığıyla artan bilgi ve farkındalık seviyeleri ile açıklanabilir.

## **5.2. Katılımcıların Sosyodemografik, Klinik ve Tütün Kullanım Özelliklerine Göre Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Katılımcıların Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması  $24,60\pm10,22$  olarak hesaplanmıştır. Sigara bırakma kararlılığı motivasyon, önceki bırakma deneyimleri, bağımlılık düzeyi, sosyodemografik özellikler, sosyal destek ve

çevresel etmenler gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Çalışmamızda elde edilen 40 üzerinden  $24,60 \pm 10,22$  puanlık kararlılık düzeyi bireylerin orta düzeyden biraz yüksek bir kararlılığa sahip olduğunu, ancak bu kararlılığı davranışa dönüştürmek için ek müdahalelere ihtiyaç duyabileceklerini göstermektedir.

Kadınların Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması  $22,59 \pm 10,29$  (min-maks: 8-40), erkeklerin puan ortalaması  $25,78 \pm 10,02$  (min-maks: 8-40) bulunmuştur. Cinsiyete göre sigarayı bırakma kararlılığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Literatürde de kadınların belirli bırakma girişimlerinde erkeklere göre daha fazla güçlük yaşadığı bildirilmiştir (Smith ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada bırakma sonrası kilo alımı konusunda endişe duyan kadınların sigarayı bırakma konusunda daha az motivasyona sahip oldukları görülmektedir (Weekley ve ark., 1992). Kadınlar ayrıca sigarayı bırakmanın artan stres ve olumsuz duygu durumlarına yol açacağından daha fazla endişe duymaktadır (Sorensen ve Pachacek, 1987). Kadınların sigara içmenin olumsuz duygu durumlarını azaltacağı konusunda daha fazla beklentisi vardır (Brandon ve Baker, 1991) ve olumsuz duygu durumlarına veya strese yanıt olarak sigara içtiklerini bildirme olasılıkları daha yüksektir (Livson ve Leino, 1988). Dahası, olumsuz etki içeren durumlarda kadınlar sigaraya direnme becerilerinde daha düşük öz yeterlilik bildirmektedir (Abrams ve ark., 1987). Sigarayı bırakmanın algılanan faydaları konusunda cinsiyetler arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Kadınların sigarayı bırakmanın sağlık yararlarını kabul etme olasılığı erkeklerden daha düşüktür (Sorensen ve Pachacek, 1987) ve sağlık yararları elde etmek için sigarayı bırakma motivasyonları daha düşüktür (Curry ve ark., 1997). Kapsamlı bir epidemiyolojik araştırmada, sağlık sorunları yaşayan kadınların sigarayı bırakma olasılığı erkeklerden daha düşük bulunmuştur (McKee ve ark., 2003). Bu bulgular, çalışmamızdaki erkeklerin sigarayı bırakma kararlılığı puanlarının kadınlara göre daha yüksek çıkmasıyla paralellik göstermektedir. Sigarayı bırakma kararlılığı, motivasyon ve davranışsal niyetin bir yansıması olarak, kadınların karşılaştığı psikososyal ve duygusal engellerden etkilenmekte ve erkeklere kıyasla kadınlarda kararlılık düzeyinin daha düşük olmasına yol açabilmektedir. Bu durum, sigarayı bırakma müdahalelerinin kadınlara özgü destek ve motivasyon stratejileriyle güçlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre sigarayı bırakma kararlılığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). En yüksek bırakma kararlılığı

puanı ilkököl mezunlarında görölmüştür. Literatürde eğitim düzeyinin sigarayı bırakma ile ilişkili olabileceği birçok çalışmada gösterilmiştir.<sup>127,128</sup> Kuzey Avrupa’da (Finlandiya hariç) yapılan bir çalışma daha yüksek eğitimli olanların sigarayı bırakma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur.<sup>129</sup> Droomers ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada sigarayı bırakma niyeti düzeyinde eğitim farkı bulunmamıştır. Bu sonuç, eğitim düzeyinin sigarayı bırakma sürecine olan etkisinin tek yönlü olmadığını göstermektedir. Transteorik modele göre sigara bırakma kararlılığı, bireyin değişim sürecindeki aşamasıyla yakından ilişkilidir. Model, sigara içmenin artıları-eksileri hakkındaki inançların (karar dengesi) ve kullanılan davranışsal/deneyimsel stratejilerin değişim aşamasına göre sistematik olarak farklılaştığını belirtmektedir. Düşünme öncesi aşamada sigara içmenin algılanan faydaları zararlarından daha baskınken, düşünme ve hazırlık aşamalarında bu denge tersine dönmektedir. Literatürde genellikle daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin bırakmaya daha az hazır oldukları ve sigaranın “artılarını” daha fazla, “eksilerini” daha az algıladıkları belirtilmektedir.<sup>130</sup> Ancak çalışmamızda ilkököl mezunlarında bırakma kararlılığının daha yüksek bulunması, bu grubun değişim sürecinde daha ileri aşamalarda olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunu ilkököl mezunları oluşturmaları, bu grubun sigarayı bırakma kararlılığı ortalamasını yükseltmiş ve dolayısıyla toplam puanın yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda ek kronik hastalık sayısına göre sigara bırakma kararlılığı puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sigara içmek kronik hastalık geliştirme olasılığına katkıda bulunsa da sigarayı bırakmak ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki hakkında çok az şey bilinmektedir. Kronik bir hastalığa sahip olmanın sigarayı bırakma olasılığını artırmadığını öne süren araştırmalar mevcuttur.<sup>131,132</sup> Aslında içicilerin ek kronik hastalıklara sahip olmaları, aynı zamanda onların daha ağır içici olduğunun da bir göstergesi olabilir. Ayrıca kronik hastalığa sahip içici için sigara içmek, stresle baş etme yöntemi ise; hastalığın yarattığı endişe ve stres için de içmeye devam edecektir.<sup>133</sup> Hu ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise, her ek kronik hastalık tanısının sigarayı bırakma olasılığını artırdığı bildirilmiştir; özellikle kardiyovasküler olaylar sonrasında bırakma ihtimali daha yüksektir.<sup>134</sup> Ancak söz konusu çalışmaya yalnızca 50 yaş ve üzeri erkek bireylerin dahil edilmesi, örneklemin büyük kısmının kırsal bölgede yaşıyor olması ve 1997 öncesine ait sigara içme davranışlarının bilinmemesi gibi

metodolojik sınırlılıklar bulunmaktadır. Kanser hastalarının çalışmaya dahil edilmemesi de bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Bu farklı metodolojik ve örneklem özellikleri, Hu ve arkadaşlarının bulgularıyla literatürdeki çalışmaların sonuçların uyumsuzluğunu açıklayabilir.

Katılımcıların girişimsel işlem veya operasyon öyküsü açısından değerlendirilmesinde, operasyon öyküsü olmayanların bırakma kararlılığı puan ortalaması  $25,68 \pm 10,17$  iken, operasyon öyküsü bulunanlarda bu değer  $23,14 \pm 10,14$  olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Örneklemimizde beklenenin aksine operasyon öyküsü bulunan grupta bırakma kararlılığının daha düşük olması, literatürde cerrahi girişimlerin bireylerde sigara bırakma davranışını tetikleyebilecek bir farkındalık dönemi yaratabileceğini belirten çalışmalarla uyumlu değildir.<sup>135</sup> Örneklemimize sigarayı içmeye devam eden bireylerin dahil edilmesi, sonuçları etkilemiş olabilir; çünkü sigarayı bırakmış ve kararlılık puanları yüksek olan bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır. Bu nedenle, operasyon öyküsü bulunan grupta geriye kalan katılımcılar, halen bırakma konusunda kararlılığı düşük olan bireylerden oluşmakta ve bu durum ortalama bırakma kararlılığı puanlarının beklenenin altında çıkmasına yol açmış olabilir. Ofori ve ark. (2022), hastaneye yatışın sigara içme gibi değiştirilmesi güç davranışları etkileyebilen güçlü mekanizmaları tetiklediğini belirtmektedir. Çalışmada, yeni ve önemli bir tıbbi tanı alan sigara içicilerinin geleceğe yönelik daha savunmasız ve kaygılı hissedebileceği; ayrıca sağlık kuruluşlarında sigara içme fırsatlarının azalması ve nikotin replasman tedavisine erişimin artmasının bırakma davranışını kolaylaştırabileceği ifade edilmektedir.<sup>136</sup> Bununla birlikte bazı kohort çalışmalarında cerrahi öyküsünün sigara bırakma davranışını tek başına artırmadığı; bırakma kararlılığının daha çok bireysel motivasyon, nikotin bağımlılık düzeyi ve psikososyal etmenlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>137</sup> Özellikle kronik stres yaşayan veya cerrahi sonrası kaygı düzeyi yüksek olan bireylerde, sigara içmenin bir baş etme mekanizması olarak sürmesi olasıdır. Vasküler cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada, operasyon döneminde verilen danışmanlığın bir yıl sonraki sigara bırakma oranlarını anlamlı şekilde artırdığı bildirilmektedir.<sup>138</sup> Bu çerçevede, çalışmamızda operasyon öyküsü bulunan bireylerde bırakma kararlılığının daha düşük saptanması, cerrahi girişimlerin tek başına bırakmayı teşvik etmeye yetmeyebileceğini; bu etkinin bireysel ve psikososyal faktörler ile etkileşim içinde ortaya çıktığını düşündürmektedir. Elde edilen

bulgular, operasyon süreçlerinin uygun şekilde yapılandırılması ve bu dönemde hedefli danışmanlık ile destek programlarının uygulanmasının sigara bırakma kararlılığını ve bırakma başarısını artırabileceğine işaret etmektedir.

Katılımcıların daha önce sigara bırakma öyküsü açısından ve sigara bırakma polikliniğine başvuru öyküsü açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sayın'ın (2013) yaptığı çalışmada da benzer şekilde daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olma ile sigarayı bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmaya sigara bırakma polikliniğine gelen 179 birey dahil edilmiş olup olguların birinci yıl sonundaki tedavi sonuçları, birinci yıl sonunda sigarayı bırakıp bırakmadıkları hem dosya verileri kullanılarak hem de telefonla ulaşılarak değerlendirilmiştir. Başvuranların nikotin bağımlılık düzeylerinin büyük oranda orta-yüksek düzeyde çıkmıştır. Bu durum, geçmiş bırakma denemelerinin çoğunun başarısızlıkla sonuçlanmasına ve dolayısıyla bırakma motivasyonunu yansıtmamasına yol açmış olabilir. Bizim çalışmamızda bırakma girişimi ve poliklinik başvurusu olan birey sayısının düşük olması, gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak ortaya çıkmasını engellemiş olabilir.

### **5.3. Sosyodemografik Değişkenler, Tütün Kullanım Özellikleri ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler**

Çalışmamızda yaş ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r=-0,141$ ;  $p=0,006$ ). Buna göre yaş arttıkça kardiyovasküler risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyinin azaldığı görülmektedir. Literatürde, çalışmamızın bulgularına paralel sonuçlar bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Liu ve ark., 2020; Karatay ve ark., 2021). Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasının  $58,61\pm11,31$  olması ve eğitim düzeyine bakıldığında %37,9'unun ilkokul mezunu olması, yaş ile bilgi düzeyi arasındaki negatif ilişkinin açıklanmasında önemli bir faktör olabilir. Literatürde ileri yaşla birlikte eğitim düzeyinin de sağlık okuryazarlığını etkileyen temel belirleyicilerden biri olduğu bildirilmektedir. Bu bulgu, yaşlanma ile birlikte sağlık okuryazarlığında genel bir azalma olduğu yönündeki literatür ile uyumludur. Yapılan bir çalışma, yaş ilerledikçe yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı puanlarının düştüğünü göstermiştir.<sup>139</sup> Çalışmamızın bulgusu, literatürle uyumlu olup, özellikle yaşlı ve düşük



eğitim seviyesine sahip bireylerde hedefe yönelik, sade ve tekrar eden eğitim müdahalelerinin önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda günlük tüketilen tütün miktarı ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=-0,137$ ;  $p=0,008$ ). Buna göre günlük tüketilen tütün miktarı arttıkça risk faktörleri bilgi düzeyi azalmaktadır. Bu bulgu, daha yüksek tüketim düzeyine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı ve risk algısının daha zayıf olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde sigara içme oranı ve günlük tüketim düzeyinin daha düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>140</sup> Bazı çalışmalarda ise sigara içenlerin sigara nedeniyle hastalık geliştirme risklerini küçümseme eğiliminde oldukları bildirilmiştir.<sup>141,142</sup> Bu durum, yoğun sigara içen bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere daha az ilgi göstermesi, riskleri inkâr etme ya da önemsememe eğiliminde olması veya bağımlılığın bilişsel süreçler üzerindeki etkileri ile ilişkili olabilir. Yoğun sigara içen bireylere yönelik müdahalelerde risk farkındalığını artırmaya yönelik eğitim içeriklerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Tütün kullanım süresi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=0,210$ ;  $p<0,01$ ). Tütün kullanım süresi arttıkça kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi azalmaktadır. Bu bulgu, uzun süreli içicilerde risk algısı ve bilgi düzeyinde azalma olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde uzun süre sigara içenlerin riskleri normalleştirme veya küçümseme eğiliminde olduklarına dair bulgular bulunmaktadır; örneğin bazı çalışmalarda uzun süreli içicilerde kardiyovasküler hastalıklarla ilgili algılanan riskin daha düşük olduğu raporlanmıştır.<sup>4</sup> Ayrıca sağlık okuryazarlığı ve bilgi edinme kapasiteleri, tütün kullanım süresiyle ilişkili sosyodemografik faktörlerle (eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığı) birlikte değişebilmektedir; bu yüzden uzun süreli içicilerde bilgi düzeyinin daha düşük çıkması, bu ortak belirleyicilerin bir yansıması olabilir.

Günlük tüketilen tütün miktarı ile sigara bırakma kararlılığı ile ilişkisine baktığımızda anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Ni ve ark. (2020) tarafından yürütülen bir çalışma günde içilen sigara sayısının sigarayı bırakmayı bağımsız olarak öngörmediğini vurgulamaktadır. Ocak 2019-Aralık 2021 tarihleri arasında Kars Harakani Devlet Hastanesi sigara kullanımını bırakmak için sigara bırakma polikliniğine başvuran 517 kişiye yapılan Perinçek ve Yağcı (2022) tarafından yürütülen bir çalışmada sigarayı

bırakabilenler ile bırakamayanlar arasındaki gruplarda günlük içilen sigara sayısı ve bağımlılık düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Polikliniğe başvuranlar genellikle bırakma kararlılığı yüksek veya motivasyonu olan kişilerdir. Bu nedenle günlük tüketim miktarındaki farklılıklar bırakma başarısını tek başına öngörmeye yeterli olmayabilir. Bu durum, bırakma davranışının motivasyon, destek ve bağımlılık düzeyi gibi çok boyutlu faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir.

Geçmişte sigara kullanımını bırakma süresi ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sigarayı bırakma kararlılığı ile arasında negatif yönde zayıf ancak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ( $r=-0,202$ ;  $p>0,05$ ). Raherison ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada sigara bırakmada deneme sayısı arttıkça bırakma başarı sıklığının azaldığı gösterilmiştir.<sup>143</sup> Çalışmaya 300 kişi dahil edilmiş olup %34'lük bir kayıp oranı ile 198 kişi takip edilmiştir. Takipten çıkanların daha bağımlı, daha başarısız bırakma geçmişi olan, motivasyonu düşük kişiler olabileceğini düşünürsek takipte kalan 198 kişi arasında “çok deneme yapanlar daha düşük başarı gösterdi” bulgusu daha belirgin hale gelmiş olabilir. Tekrarlayan başarısız bırakma girişimleri bazı hastalarda öz-yeterlik algısını düşürebilir. Bu durum, bırakma denemesi yapmayı artırsa bile uzun dönemde nüks riskini yükseltebilir. Yapılan bir çalışmalarda yakın zamanda başarısız bir bırakma girişimi yapmış olan sigara içicilerinin tekrar deneme olasılığı daha yüksektir, ancak yakın zamanda denememiş olanlara göre nüks etme olasılıkları da daha yüksektir.<sup>144</sup> Çalışmamızda bırakma girişimi ve poliklinik başvurusu olan birey sayısının düşük olması, gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak ortaya çıkmasını engellemiş olabilir.

Sigarayı bırakma kararlılığı ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Mishra ve ark. (2025) küresel Prospektif Kentsel ve Kırsal Epidemiyoloji (PURE) çalışmasından elde edilen verilerde sigaranın kalp hastalığına yol açtığını bilen bireylerin bırakma olasılığının yaklaşık 1.7 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir.<sup>145</sup> Akarsu (2023) çalışmasında sigara bırakma polikliniğine başvuranların kardiyovasküler risk farkındalığı skorlarının, başvurmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda örneklem kardiyovasküler hastalığı olan ve tütün ürünü kullanan bireylerden oluşmaktadır. Farkındalık yüksek olsa bile destek mekanizmaları yetersiz

olabilir. Bizim çalışmamızda örneklem, kardiyovasküler hastalığı olan ve tütün ürünü kullanan bireylerden oluşmaktadır. Bu grupta, literatüre göre kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi yüksek bulunmasına rağmen, sigarayı bırakma kararlılığı ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun olası nedeni verilerinin sigara bırakma polikliniği başvurularından değil doğrudan hasta popülasyonundan toplanmış olması ve katılımcılara yönelik standart bir sigara bırakma destek programının uygulanmamış olması olabilir. Bireylerin bırakma davranışını güçlendirecek psikososyal destek, düzenli takip ve danışmanlık eksikliği, bilgi düzeyi ile kararlılık arasındaki ilişkinin gözlenmesini sınırlamış olabilir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

1. Eğitim durumu olarak incelendiğinde katılımcıların % 37,9'u ilkokul mezunu olarak belirlenmiştir.
2. Grupların eğitim düzeyine göre KARRİF-BD Ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Mevcut bulgumuz, sağlık hizmeti kullanım sıklığının ve klinik takip süreçlerinin, eğitim düzeyinden bağımsız olarak bilgi düzeyinin artmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir.
3. Çalışmamızda katılımcıların %42,4'ünün daha önce bir girişimsel işlem veya operasyon geçirdiği belirlenmiş olup, operasyon deneyiminin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini artırabileceği yönündeki öngörümüze rağmen gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Girişimsel işlem türleri ve hastaların işlem sırasındaki klinik durumları farklılık göstermiş olabilir. Ülkemizde kalp cerrahisi ve girişimsel kardiyoloji sonrasında verilen taburculuk eğitiminin standardize olmayışı, kardiyak rehabilitasyona katılım oranlarının düşük olması bilgi düzeyinin beklenen şekilde artmamasının en önemli nedenlerinden biridir.
4. Birinci derece akrabalarında diyabetes mellitus ve kanser öyküsüne göre KARRİF-BD ölçeği puanları incelendiğinde yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ailede diyabet ve kanser öyküsü olan bireylerin, sağlık bilgisi ve farkındalık düzeylerinin, sağlık sistemine daha sık başvurma ve sağlık davranışlarına daha aktif katılım ile de ilişkilendirilebileceğini göstermektedir.
5. Katılımcıların Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği toplam puan ortalaması  $24,60\pm 10,22$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda elde edilen kararlılık düzeyi bireylerin orta düzeyden biraz yüksek bir kararlılığa sahip olduğunu, ancak bu kararlılığı davranışa dönüştürmek için ek müdahalelere ihtiyaç duyabileceklerini göstermektedir.
6. Çalışmamızda cinsiyete göre sigarayı bırakma kararlılığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Erkeklerin sigarayı bırakma kararlılığı puanları kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sigarayı bırakma kararlılığı, motivasyon ve davranışsal niyetin bir yansıması olarak, kadınların karşılaştığı

psikososyal ve duygusal engellerden etkilenmekte ve erkeklere kıyasla kadınlarda kararlılık düzeyinin daha düşük olmasına yol açabilmektedir.

7. Katılımcıların girişimsel işlem veya operasyon öyküsü açısından değerlendirilmesinde, operasyon öyküsü olmayanların bırakma kararlılığı puan ortalaması  $25,68 \pm 10,17$  iken, operasyon öyküsü bulunanlarda bu değer  $23,14 \pm 10,14$  olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Özellikle kronik stres yaşayan veya cerrahi sonrası kaygı düzeyi yüksek olan bireylerde, sigara içmenin bir baş etme mekanizması olarak sürmesi olasıdır.
8. Çalışmamızda yaş ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $r = -0,141$ ;  $p = 0,006$ ). Yaş ilerledikçe yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı puanlarının düştüğü bildirilmektedir.
9. Günlük tütün tüketim miktarı ve tütün kullanım süresi arttıkça bilgi düzeyinin azaldığı görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Yoğun ve uzun süreli içicilerde risk algısının azalması veya bağımlılığın bilişsel süreçler üzerindeki etkileri bu durumu açıklayabilir.
10. Sigarayı bırakma kararlılığı ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Verilerinin sigara bırakma polikliniği başvurularından değil doğrudan hasta popülasyonundan toplanmış olması ve katılımcılara yönelik standart bir sigara bırakma destek programının uygulanmamış olması sonuçları etkilemiş olabilir.

## 6.2. Öneriler

1. Kardiyovasküler hastalıklar konusunda bilgi düzeyinin artırılması için aile hekimliği birimlerinde sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik eğitim programlarının oluşturulması önerilmektedir.
2. Kadınlarda bilgi düzeyinin daha yüksek bulunması, birinci basamakta cinsiyete duyarlı eğitim stratejilerinin ve farkındalık çalışmalarının planlanmasının faydalı olacağını göstermektedir.
3. Eğitim düzeyine göre bilgi düzeyi puanları arasında fark saptanmamış olması; sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti kullanım sıklığı ve kültürel faktörlerin daha detaylı incelendiği geniş ölçekli çalışmalar gerektirmektedir.

4. Yaş arttıkça bilgi düzeyinin azalması nedeniyle, birinci basamakta yaşa uygun, sadeleştirilmiş ve görsel materyal ağırlıklı eğitim yöntemlerinin kullanılması yararlı olabilir.
5. Girişimsel işlem/operasyon geçiren bireylerde bilgi düzeyi artışı beklenmesine rağmen bu çalışmada gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu nedenle kardiyak rehabilitasyon ve taburculuk eğitimlerinin yapılandırılmış ve standardize olduğu merkezlerde benzer çalışmalar tekrarlanabilir.
6. Birinci basamakta operasyon sonrası danışmanlık, risk faktörü yönetimi ve sigara bırakma desteğinin bütüncül şekilde ele alındığı müdahale modellerinin geliştirilmesi önerilmektedir.
7. Günlük tütün tüketimi ve kullanım süresi arttıkça bilgi düzeyinin azalması, ağır içicilere yönelik daha yoğunlaştırılmış, bağımlılık odaklı danışmanlık modelleri geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.
8. Ailede kronik hastalık öyküsünün davranış değişikliği üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar yapılabilir.
9. Sigarayı bırakma kararlılığı orta düzeyde olduğundan, birinci basamakta davranış değişikliği odaklı sigara bırakma müdahaleleri, motivasyonel görüşme teknikleri ve düzenli takip programlarının güçlendirilmesi önerilmektedir.
10. Kadınlarda bırakma kararlılığının daha düşük bulunması; stres, duygu düzenleme güçlüğü, sosyal destek, bakım yükü ve depresif belirtiler gibi psikososyal etmenlerin detaylı araştırıldığı ileri çalışmalar yapılabilir. Sigarayı bırakma müdahaleleri kadınlara özgü destek ve motivasyon stratejileriyle güçlendirilebilir.
11. Tütün tüketim miktarı ve kullanım süresinin hastalık algısı üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar yapılabilir.
12. Sigarayı bırakma kararlılığı ile bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmaması, birinci basamakta eğitimsel müdahalelerin yanı sıra davranışsal ve motivasyonel destek bileşenlerinin de planlanmasını gerekli kılmaktadır.

### **6.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri**

1. Verilerin doğrudan hedef popülasyondan toplanmış olması, bulguların saha gerçekliğini yansıtmasını ve uygulamaya yönelik geçerliliğini artırmıştır.

2. Yüz yüze anket yöntemi kullanılması, katılımcıların soruları doğru anlamasına katkı sağlayarak veri kalitesini yükseltmiştir.
3. Tütün ürünü kullanan kardiyovasküler hastalık tanılı bireylerin incelenmesi, literatürde sınırlı sayıda değerlendirilen bir gruba özgü önemli bilgiler sunmuştur.
4. Sosyo-demografik, klinik ve davranışsal değişkenlerin birlikte ele alınması, sonuçların çok yönlü değerlendirilmesine imkân tanımıştır.
5. Farklı sağlık kurumlarından veri elde edilmesi, örneklem çeşitliliğini artırarak bulguların genellenebilirliğini desteklemiştir.
6. Çalışmanın sağlık okuryazarlığı, kardiyovasküler hastalık yönetimi ve tütün kontrolü alanlarına katkı sunması, disiplinler arası bir bakış açısı sağlamıştır.

#### **6.4. Kısıtlılıklar**

1. Araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması, değişkenler arasındaki ilişkilerin nedensellik yönünü belirlemeyi sınırlamaktadır.
2. Örneklemin yalnızca Adana ilindeki belirli sağlık kurumları ile sınırlı olması, sonuçların tüm topluma genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.
3. Katılımcılara standart bir sigara bırakma eğitim programı uygulanmaması, kararlılık düzeyinin müdahale etkisinden bağımsız değerlendirilmesine yol açmıştır.
4. Bazı katılımcıların düşük eğitim düzeyi, ölçek maddelerinin anlaşılmasında güçlük yaratmış olabilir.
5. Psikososyal değişkenlerin (ör. anksiyete, motivasyon, stres düzeyi) çalışmaya dâhil edilmemiş olması, sigara bırakma kararlılığına etki eden önemli faktörlerin göz ardı edilmesine neden olabilir.

## KAYNAKLAR

1. **World Health Organization (WHO).** Tütün endüstrisinin ilerlemeyi tehlikeye atma çabalarına rağmen tütün kullanımı azalıyor. Geneva: World Health Organization, **2024**. Erişim: <https://www.who.int/news/item/16-01-2024-tobacco-use-declines-despite-tobacco-industry-efforts-to-jeopardize-progress>. Erişim tarihi: 05.08.2025
2. **World Health Organization (WHO)** Tütün. Erişim: [https://www.who.int/westernpacific/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](https://www.who.int/westernpacific/health-topics/tobacco#tab=tab_1). Erişim tarihi: 05.08.2025
3. **Critchley JA, Capewell S.** Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* **2003**; 290(1): 86–97.
4. **Zarghami F, Rajabi A, Abed-Tazehabadi R, Charkazi A, Shahryari A.** Cigarette smoking and perceived risk of cardiovascular disease in Iran. *BMC Public Health* **2025**; 25:1: 198.
5. **Jha P.et al.** 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* **2013**; 368: 341–350.
6. **Mackay JL, Eriksen MP.** The tobacco atlas, 1<sup>st</sup> Ed., Geneva : WHO, **2002**.
7. **Barış İ.** Tütün Kullanımının Tarihçesi. Erişim: [https://www.istanbulpipodernegi.org/FileUpload/ds56190/File/tutun\\_kullaniminin\\_tarihcesi-i\\_baris.pdf](https://www.istanbulpipodernegi.org/FileUpload/ds56190/File/tutun_kullaniminin_tarihcesi-i_baris.pdf) Erişim tarihi: 06.08.2025
8. **Hanafin J, Clancy L.** History of tobacco production and use. *Progress in Respiratory Research* **2015**; 42: 1–18.
9. **Seydioğulları M.** Dünya’da ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları, Ankara: Ted, 2009. Erişim: <https://www.tutuneksper.org.tr/files/diger-yayin-ve-raporlar/Dunyada-ve-Turkiyede-tutunun-tarihcesi-min.pdf> Erişim tarihi: 06.08.2025
10. **World Health Organization (WHO)** HISTORY OF TOBACCO 6000 BCE-2009 CE. Erişim: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Chapter%2032.%20The%20history%20of%20tobacco.pdf> Erişim tarihi: 06.08.2025
11. **Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi.** TÜTÜN Erişim: <https://islamansiklopedisi.org.tr/tutun#1>. Erişim tarihi: 06.08.2025
12. **Şahin G, Taşgil N.** Türkiye’de tütün (Nicotiana tabacum L.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi* **2014**; 18.
13. **World Health Organization (WHO).** Tobacco. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> Erişim tarihi: 06.08.2025.



14. **World Health Organization (WHO).** *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030.* Erişim: <https://iris.who.int/handle/10665/375711> Erişim tarihi: 08.08.2025.
15. **World Health Organization (WHO).** *Monitoring health for the SDGs: Sustainable Development Goals* Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496> Erişim tarihi: 10.08.2025.
16. **Tütün Atlası.** *Türkiye.* Erişim: <https://tobaccoatlas.org/factsheets/turkey> Erişim tarihi: 10.08.2025.
17. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** *Türkiye Sağlık Araştırması 2022.* Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747> Erişim tarihi: 10.08.2025.
18. **World Health Organization (WHO).** *WHO mortalidad atribuible al tabaco. WHO Global Report. 2012* Erişim: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434> Erişim tarihi: 06.08.2025.
19. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services.** *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Publications and Reports of the Surgeon General; 2006.*
20. **Jad A. et al.** Adverse effects of cannabinoids and tobacco consumption on the cardiovascular system: a systematic review. *Cureus* **2022**; 14:e29208.
21. **Burns DM.** Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* **2003**; 46: 11–29.
22. **Cheng YJ, Liu ZH, Yao FJ, Zeng WT, Zheng DD, Dong YG, Wu SH.** Current and former smoking and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* **2013**;10:0. doi: 10.1371/journal.pmed.1001515.
23. **Yusuf S. et al.** Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* **2004**; 364: 937–952.
24. **Law MR, Wald NJ.** Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis* **2003**; 46: 31–38.
25. **Burke AP. et al.** Coronary risk factors and plaque morphology in men with coronary disease who died suddenly. *N Engl J Med* **1997**; 336: 678–680.
26. **Benowitz NL, Burbank AD.** Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use. *Trends Cardiovasc Med* **2016**; 26: 515–523.

27. **Aronow WS. et al.** Effect of cigarette smoking and breathing carbon monoxide on cardiovascular hemodynamics in anginal patients. *Circulation* **1974**; 50: 340–347.
28. **Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Shapiro S.** The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med* **1985**; 313: 1511–1514.
29. **Rosenberg L, Palmer JR, Shapiro S.** Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *N Engl J Med* **1990**; 322: 213–217.
30. **Duncan MS. et al.** Association of Smoking Cessation With Subsequent Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA* **2019**; 322: 642–650.
31. **Karakuş BN, Özdengül F, Solak Görmüş ZI, Şen A.** Bağımlılık Fiziopatolojisine Genel Bakış *Overview of Addiction Physiopathology*, Erişim: <https://orcid.org/0000-0001-6762-6225>. Erişim tarihi: 15.08.2025
32. **Uzbay İT, Yüksel N.** Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. In: Yüksel N, ed. *Psikofarmakoloji. Yenilenmiş 2. Baskı*. **2003**; 485-520.
33. **Demir T.** *Sigara Ve Sigara Bırakma Tedavileri*. Nadir Kitap; erişim: <https://www.nadirkitap.com/sigara-ve-sigara-birakma-tedavileri-tuncalp-demir-kitap30923630.html> Erişim tarihi: 15.08.2025
34. **Swanson AN. et al.** Up in smoke? A preliminary open-label trial of nicotine replacement therapy and cognitive behavioral motivational enhancement for smoking cessation among youth in Los Angeles. *Subst Use Misuse* **2013**; 48: 1553-1562.
35. **Watkins SS, Koob GF, Markou A.** Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* **2000**; 2: 19-37.
36. **Sönmez CI, Özbey Z.** Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular* **2016**; 7: 13-19.
37. **Todd RD, Huang H, Henderson CA.** Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: Recommendations for DSM-V and ICD-11. *J Child Psychol Psychiatry* **2008**; 49: 942–949.
38. **Uysal MA. et al.** Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* **2004**; 52: 115–121.
39. **Karadağ M.** *Solunum Sistemi ve Hastalıkları Kitabı*. Erişim: <https://www.mehmetkaradag.com/solunum-sistemi-ve-hastaliklari-kitabi/> Erişim tarihi: 15.08.2025

40. **World Health Organization (WHO).** *WHO Report on The Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package* **2008**; 1–336 doi:10.5455/aces.2012022.
41. **Warren CW. et al.** Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998-2008. *Glob Health Promot* **2009**; 16: 4–37.
42. **Mauer-Stender K.** *National Tobacco Control Programme and Action Plan of Turkey.* T.C. Sağlık Bakanlığı; **2008**.
43. **Kumar V, Abbas AK, Aster JC.** Robbins temel patoloji. 9.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2014** Erişim: [https://books.google.com/books/about/Robbins\\_temel\\_patoloji.html](https://books.google.com/books/about/Robbins_temel_patoloji.html) Erişim tarihi: 20.08.2025
44. **Balkanay OO, Ömeroğlu SN.** Approach to peripheral arterial disease in the elderly. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi* **2017**; 45: 96–101.
45. **Sezer O, Armağan E, Durak VA. ve ark.** Akut Serebrovasküler Hastalık Tanısı ile Takip Edilen Hastalardaki Sıvı Elektrolit Dengesizliklerinin Analizi. *Journal of Uludağ University Medical Faculty* **2022**; 48: 307–313.
46. **Özcan S, Biçer EK, Taşkiran E.** Derin ven trombozu ve pulmoner emboli. *TOTBİD Derleme Dergisi* **2019**; 18: 114–127.
47. **World Heart Federation.** *Dünya Kalp Raporu 2023: Tam Rapor.* Erişim: <https://world-heart-federation.org/resource/world-heart-report-2023/>. Erişim tarihi: 21.08.2025
48. **World Health Organization (WHO).** *Cardiovascular diseases (CVDs).* Erişim: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Erişim tarihi: 25.08.2025
49. **Tokgozoglul L, Kayikcioglu M, Ekinci B.** The landscape of preventive cardiology in Turkey: Challenges and successes. *Am J Prev Cardiol* **2021**; 6: 100184.
50. **Cleeman JI.** Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *JAMA* **2001**; 285: 2486–2497.
51. **Hajar R.** Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart Views* **2017**; 18: 109-115.
52. **UpToDate.** Overview of primary prevention of cardiovascular disease in adults. Erişim: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-primary-prevention-of-cardiovascular-disease-in-adults> Erişim tarihi: 26.08.2025

53. **Dülek H. et al.** Risk Factors in Cardiovascular Diseases. *Turkish Journal of Family Practice*. **2018**; 18:245 doi:10.15511/tjtfp.18.00253.
54. **Rapsomaniki E. et al.** Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: Lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1·25 million people. *The Lancet* **2014**; 383: 1899–1911.
55. **UpToDate.** Overview of established risk factors for cardiovascular disease. Erişim: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-established-risk-factors-for-cardiovascular-disease> Erişim tarihi: 25.08.2025.
56. **Teven S. et al.** Mortality from Coronary Heart Disease in Subjects with Type 2 Diabetes and in Nondiabetic Subjects with and without Prior Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine* **1998**; 339: 229–234.
57. **Stein E.** The lower the better? Reviewing the evidence for more aggressive cholesterol reduction and goal attainment. *Atheroscler Suppl* **2002**; 2: 19–25.
58. **Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T.** Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circ J* **2019**; 83: 1980–1985.
59. **Knoops KTB. et al.** Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* **2004**; 292: 1433–1439.
60. **Rodgers JL. et al.** Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *J Cardiovasc Dev Dis* **2019**; 6.
61. **Tarihi G, Tekkeşin N, Kılınç C, Ökmen AŞ.** Türk erişkinlerde Framingham Risk Faktörlerinin araştırılması. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* **2011**; 2: 42–49.
62. **Elis A. et al.** Family history of cardiovascular disease does not predict risk-reducing behavior. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; **15**: 325–328.
63. **Rissanen AM.** Familial aggregation of coronary heart disease in a high incidence area (North Karelia, Finland). *Br Heart J* 1979; **42**: 294–303.
64. **Proietti R. et al.** Mental stress and ischemic heart disease: evolving awareness of a complex association. *Future Cardiol* **2011**; 7: 425–437.
65. **Günel Y. et al.** Kardiyovasküler risk faktörleri. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi* **2013**; 29: 107–116.
66. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. Erişim tarihi: 26.08.2025.

67. **Allen J. et al.** *The European Definition of General Practice/ Family Medicine*. WONCA Europe; 2023 Edition.
68. **McWhinney I, Freeman T.** *Aile Hekimliği Ders Kitabı*. Genişletilmiş Baskı. Erişim: [https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=\\_t7nCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&ots=0K0Wqzm5x4&sig=iv9S93hLF6aSSGA7UlxztCDBjxA](https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=_t7nCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&ots=0K0Wqzm5x4&sig=iv9S93hLF6aSSGA7UlxztCDBjxA) Erişim tarihi: 27.08.2025
69. **Keleş R, Hamamcı C, Çoban A.** *Çevre politikası*. Ankara: İmge Kitabevi;2015.
70. United Nations Development Programme. Goal 10: Reduced Inequalities. | Erişim: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals/reduced-inequalities>. Erişim tarihi:27.08.2025
71. **Yusuf PS. et al.** Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet* **2004**; 364, 937–952.
72. **World Health Organization (WHO).** Noncommunicable diseases (NCDs). Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Erişim tarihi: 27.08.2025
73. **World Health Organization (WHO).** Cardiovascular diseases (CVDs). Erişim: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) Erişim tarihi: 27.08.2025
74. **Bloom DE. et al.** *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Program on the Global Demography of Aging, Working Paper Series; 2012. Erişim: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm> Erişim tarihi: 27.08.2025
75. **Eriksson MK, Franks PW, Eliasson MA.** 3-Year Randomized Trial of Lifestyle Intervention for Cardiovascular Risk Reduction in the Primary Care Setting: The Swedish Björknäs Study. *PLoS One* **2009**; 4, e5195.
76. **Gündoğdu NA, Gündüz ES, Mert ZT.** Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini ne kadar biliyoruz? *Hastane Öncesi Dergisi* **2021**; 6, 99–116.
77. **Türk Kardiyoloji Derneği.** *Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu*. Erişim: <https://tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm> Erişim tarihi:28.08.2025
78. **Phelps NH. et al.** Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* **2024**; 403: 1027–1050.
79. **Reitsma MB. et al.** Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* **2021**; 397: 2337–2360.

80. **Erkmen Yıldırım G.** Tütün Bağımlılığı ve Tedavisinde Hekim Sorumluluğu ve 5A 5R Yaklaşımı. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* **2016**; 4 (1) 90–96.
81. **Graham I.** The importance of total cardiovascular risk assessment in clinical practice. *Eur J Gen Pract* **2006**; 12: 148–155.
82. **Ford ES. et al.** Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000. *New England Journal of Medicine* **2007**; 356: 2388–2398.
83. **Arıkan İ.ve ark.** Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği *Türk Kardiyoloji Derneği* **2009**; 37: 35–40 (2009).
84. **Andhuvan G, Ayyappan P, Sahana C, Poovizhi S, Sivasakthi K.** Knowledge of modifiable risk factors of heart disease among patients with cardiovascular risk. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research* **2017**; 10: 99–102.
85. **Kowitt SD. et al.** Tobacco Quit Intentions and Behaviors among Cigar Smokers in the United States in Response to COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **2020**; 17:5368
86. **World Health Organization / PAHO.** WHO releases first-ever clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Erişim: <https://www.paho.org/en/news/2-7-2024-who-releases-first-ever-clinical-treatment-guideline-tobacco-cessation-adults> Erişim tarihi: 30.08.2025
87. **Hughes JR.** Motivating and helping smokers to stop smoking. *J Gen Intern Med* **2003**; 18: 1053–1057.
88. **Yeşilay.** Sigara içenlerin kendi kendilerine bu bağımlılıktan kurtulmaları mümkün müdür? Erişim: <https://www.yesilay.org.tr/tr/sikca-sorulan-sorular/sigara-ve-tutun-bagimliliği/sigara-icenlerin-kendi-kendilerine-bu-bagimlikten-kurtulmaları-mumkun-mudur>. Erişim tarihi: 30.08.2025
89. **Cheng CC. W. et al.** Effectiveness of Very Brief Advice on Tobacco Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gen Intern Med* **2024**; 39: 1721–1734.
90. **U.S. Public Health Service.** A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Am J Prev Med* **2008**; 35: 158–176.
91. **World Health Organization (WHO).** WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: WHO; **2024**.
92. **Stead LF. et al.** Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* **2012**; 11: CD000146.

93. **Gonzales D. et al.** Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* **2006**; 296:47–55.
94. **U.S. Food and Drug Administration.** FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase risk of certain cardiovascular adverse events. Erişim: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-chantix-varenicline-may-increase-risk-certain-cardiovascular-adverse>. Erişim tarihi: 01.09.2025
95. Pfizer. Chantix (varenicline) kısa ürün bilgisi. Erişim: <https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=19435> Erişim tarihi: 01.09.2025
96. **Arda YG, Güllü EK, Öztürk GZ.** Effectiveness of pharmacological smoking cessation treatments: a retrospective comparison of common methods. *Turkish Journal of Family Practice* **2025**; 29: 167–177.
97. **Garey L, Farris SG, Schmidt NB, Zvolensky MJ.** The role of smoking-specific experiential avoidance in the relation between perceived stress and tobacco dependence, perceived barriers to cessation, and problems during quit attempts among treatment-seeking smokers. *J Contextual Behav Sci* **2016**; 5: 58–63.
98. **Shiffman S, Waters AJ, Hickcox M.** The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* **2004**; 6: 327–348.
99. **Karadağ M. ve ark.** Nikotin Bağımlılığının Sigara Bırakmadaki Etkisi. *Yeni Tıp Dergisi.* **2011**; 29(1): 27-31
100. **Kılıç S.** Sigarayı Bırakma Kararlılığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerliliği ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2022**.
101. **Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M.** Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* **2015**; 148: 1–20.
102. **McCallion EA, Zvolensky MJ.** Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Curr Opin Psychol* **2015**; 2: 47–51.
103. **Albayrak S, Ergun A.** Smoking and desire to quit smoking behavior in a sample of Turkish adolescents. *J Addict Nurs* 2015; **26**: 41–46.
104. **McCaul KD. et al.** Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors* **2006**; 31: 42–56.
105. **Croghan IT. et al.** Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. *Addictive Behaviors* **2009**; 34: 61–67.

106. **Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L.** Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* **2003**; 71: 862–878.
107. **Küçük S, Poyraz S, Karagöz M, Sağdıçoğlu Celep A.** Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri bilgi düzeyi ile cinsiyet, beden kütle indeksi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Erişim: <https://avesis.gazi.edu.tr/yayin/15a0ee10-f1bc-46fd-8e25-f04caecbcc02/kardiyovaskuler-hastaliklarda-risk-faktorleri-bilgi-duzeyi-ile-cinsiyet-beden-kutle-indeksi-ve-yasam-kalitesi-arasindaki-iliskinin-incelenmesi>. Erişim tarihi: 05.09.2025
108. **Shen T, Yean Teo T, Yap JJ, Keong Yeo K.** Gender Differences in Knowledge, Attitudes and Practices towards Cardiovascular Disease and its Treatment among Asian Patients. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, **2017**; 46(1): 20–28.
109. **Ghamri RA.** Knowledge of cardiovascular diseases and associated risk factors in the general adult population of Jeddah, Saudi Arabia: A cross-sectional study examining gender disparities. *Medicine* **2024**; 103: e38990.
110. **Yardımcı Gürel T, Güner Ö.** Health literacy as a predictor of cardiovascular disease risk factor knowledge level among women in Turkey: A community-based cross-sectional study. *Medicine (United States)* **2024**; 103, E38994.
111. **Kırağ N, Çalışkan G.** Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Yapan Hastaların Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ve Depresyon Düzeyi ile İlişkili Faktörler. *Medical Sciences (NWSAMS)* **2020**; 15: 1–11.
112. **Yılmaz M. ve ark.** Masa Başlı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* **2016**; 13: 27–34.
113. **Al Hamarneh YN, Crealey GE, McElnay JC.** Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. *Int J Clin Pharm* **2011**; 33: 111–123.
114. **Uçar A, Arslan S.** Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* **2017**; 8: 121–130.
115. **Gürdoğan M. ve ark.** Metal sektörü çalışanlarının mesleki ve geneli kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi* **2015**; 43: 361–367.
116. **Magnani JW, Ning H, Wilkins JT, Lloyd-Jones DM, Allen NB.** Educational Attainment and Lifetime Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA Cardiol* **2024**; 9: 45–54.
117. **Kilander L, Berglund L, Boberg M, Vessby B, Lithell H.** Education, lifestyle factors and mortality from cardiovascular disease and cancer. A 25-year follow-up of Swedish 50-year-old men. *Int J Epidemiol* **2001**; 30: 1119–1126.



118. **Honjo K, Iso H, Inoue M.** Tsugane S. Education, social roles, and the risk of cardiovascular disease among middle-aged Japanese women: the JPHC Study Cohort I. *Stroke* **2008**; 39: 2886–2890.
119. **Van Oostrom SH. et al.** Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract* **2014**; 15.
120. **Nolan MT, Mckee G.** Is knowledge level of coronary heart disease and risk factors among postpercutaneous coronary intervention patients adequate? *Journal of Cardiovascular Nursing* **2016**; 31: E1–E9.
121. **Matysek M. et al.** Knowledge and Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease in Patients after Percutaneous Coronary Intervention and Coronary Artery Bypass Grafting. *Healthcare (Switzerland)* **2022**; 10: 1142.
122. **Kapko WS, Krzych LJ.** Influence of an extended education program on the knowledge of cardiovascular risk factors among subjects undergoing rehabilitation following acute coronary syndrome. *Kardiochir Torakochirurgia Pol* **2016**; 13: 386.
123. **Gürdoğan Pash E.** Kardiyovasküler, Ö., Faktörleri, R. & Düzeyleri, B. The Knowledge About Cardiovascular Risk Factors Among Students in a Faculty of Health Sciences. Erişim: <https://ejfm.trakya.edu.tr/userfiles/2014/August/79-the-knowledge-about-cardiovascular-risk-factors-among-students-in-a-faculty-of-health-sciences.pdf> Erişim tarihi: 15.09.2025
124. **Akhuemonkhan E, Lazo M.** Association between family history of diabetes and cardiovascular disease and lifestyle risk factors in the United States population: The 2009–2012 National Health and Nutrition Examination Survey. *Prev Med (Baltim)* **2017**; 96: 129–134.
125. **Baptiste-Roberts K. et al.** Family history of diabetes, awareness of risk factors, and health behaviors among African Americans. *Am J Public Health* **2007**; 97: 907–912.
126. **Nöthlings U, Ford ES, Kröger J, Boeing H.** Lifestyle factors and mortality among adults with diabetes: Findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *J Diabetes* **2010**; 2: 112–117.
127. **Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J.** Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res* **2004**; 6: 447–455.
128. **Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R.** Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)* **2011**; 106: 2110–2121.
129. **Holm M. et al.** Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Respir Med* **2017**; 132: 164–169.

130. **Wetter DW. et al.** What accounts for the association of education and smoking cessation? *Prev Med (Baltim)* **2005**; 40: 452–460.
131. **Patel K. et al.** Chronic illness and smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research* **2009**; 11: 933–939.
132. **Kwan LL. et al.** Helping patients with chronic diseases quit smoking by understanding their risk perception, behaviour, and smoking-related attitudes. *PLoS One* **2023**; 18: e0284690.
133. **Matheny KB, Weathers E.** Predictors of Smoking Cessation and Maintenance. *J. Clin. Psychol.* **1998**; 54: 223-235. Erişim: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199802\)54:2<223::AID-JCLP12>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199802)54:2<223::AID-JCLP12>3.0.CO;2-L)
134. **Hu Y, Chen Q, Zhang B.** Can Chronic Disease Diagnosis Urge the Patients to Quit Smoking? Evidence from the China Health and Nutrition Survey. *Risk Manag Healthc Policy* **2010**; 14:315-358.
135. **Shi Y, Warner DO.** Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *Anesthesiology* **2010**; 112: 102–107.
136. **Ofori S. N. et al.** Determinants of tobacco smoking abstinence one year after major noncardiac surgery: a secondary analysis of the VISION study on behalf of the Vascular Events in Noncardiac Surgery Patients Cohort Evaluation Study Investigators. *Br J Anaesth* **2022**; 129: 497–505.
137. **Caponnetto P, Polosa R.** Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med* **2008**;102: 1182–1192.
138. **Howard R. et al.** Impact of a regional smoking cessation intervention for vascular surgery patients. *J Vasc Surg* **2022**; 75: 262–269.
139. **Kwon DH, Kwon YD.** Patterns of health literacy and influencing factors differ by age: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2025 25:1 **2025**; **25**: 1556-.
140. **Tao Z. et al.** The impact of health literacy on smoking patterns among male residents: insights from Ningbo City. *Front Public Health* 2025; **13**: 1487400.
141. **Ayanian JZ, Cleary PD.** Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *JAMA* 1999; **281**: 1019–1021.
142. **Weinstein ND.** Accuracy of smokers' risk perceptions. *Ann Behav Med* 1998; **20**: 135–140.
143. **Raherison C. et al.** Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med* **2005**; 99: 1303–1310.

144. **Zhou X. *et al.*** Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors* **2009**; 34: 365–373.
145. **Mishra SR. *et al.*** Association of health knowledge with adoption of heart healthy behaviours: a cross-sectional analysis using data from the PURE study. *Eur J Prev Cardiol* 2025;**00**: 1–11. (Baskida)



## EKLER

### Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

#### **TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞI OLANLARDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE SİGARA BIRAKMA KARARLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Kardiyovasküler hastalıklar, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Risk faktörleri ve bu risklerin nasıl yönetileceği konusundaki bilgi eksiklikleri, hastalığın yayılmasına sebep olur. Sigara; kardiyovasküler hastalıkların en önemli risk faktörlerinden biridir. Bireylerin sigara bırakma kararlılığı ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek; sigara bırakma programlarının daha etkin hale getirilmesine katkı sağlar. Elde edilen veriler sağlık alanında eğitim ve danışmanlık yolu gösterme, literatüre ve gelecek çalışmalara katkı sağlama, hastalıkları önleme, halk sağlığını iyileştirme ve sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Bu çalışmamızda tütün ürünü kullanan ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylere yapacağımız anket mevcuttur. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.**

Dr. Ayşenur Cesur

Prof. Dr. Ersin Akpınar

Telefon:

---

**SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

**Katılımcı**

Tarih:

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

## **Ek 2. Anket Formu**

### **“TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN VE KARDİYOVASKÜLER HASTALIĞI OLANLARDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE SİGARA BIRAKMA KARARLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” ANKET SORULARI**

*Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız!!!*

**1.Yaşınız nedir?**

.....

**2.Boyunuz nedir?**

.....cm

**3.Kilonuz nedir?**

.....kg

**4.Cinsiyetiniz nedir?**

- a) Kadın
- b) Erkek
- c) Belirtmek istemiyorum

**5.Medeni durumunuz nedir?**

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul

**6. Mesleğiniz nedir?**

.....

**7.Eğitim seviyeniz nedir?**

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite (lisans ve üstü) mezunu

**8.Aylık gelir durumunuz nedir?**

.....

**9.Yaşamınızın çoğunu nasıl bir yerde geçirdiniz?**

- a) Köy-Kasaba
- b) İlçe
- c) Şehir
- d) Büyük Şehir

**10.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? (Ailemle, arkadaşım, yalnız vb.)**

.....

**11.Kaç gün/ay/yıldır tütün ürünü kullanıyorsunuz?**

.....

**12.Günlük tütün tüketim miktarınız nedir? (Lütfen sigara, pipo, puro...vb tüm tütün ürünleri için adet/paket belirtiniz)**

.....

**13.Kardiyovasküler hastalık tanısı alalı ne kadar oldu?**

.....

**14.Kardiyovasküler hastalık dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**

- Evet (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Geçirilmiş kalp krizi
- b) Geçirilmiş inme
- c) Kalbe stent takılma, by-pass öyküsü
- d) Hipertansiyon (Tansiyon yüksekliği)
- e) Diyabetes mellitus (Şeker hastalığı)
- f) Hiperlipidemi (Kolesterol yüksekliği)
- g) KOAH
- h) Astım
- i) Kanser
- j) Diğer (Lütfen belirtiniz!) .....

- Hayır

**15.Ailenizde (birinci derece akrabalar) kalp-damar hastalığı olan var mı? (Geçirilmiş kalp krizi, geçirilmiş inme, Hipertansiyon vb.)**

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

**16. Ailenizde (birinci derece akrabalar) kronik akciğer hastalığı olan var mı? (KOAH, Astım vb.)**

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

**17. Ailenizde (birinci derece akrabalar) diyabetes mellitus (şeker hastalığı) olan var mı?**

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

**18. Ailenizde (birinci derece akrabalar) kanser tanısı olan var mı?**

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

**19. Daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurduğunuz mu?**

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

### **KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (KARRİF-BD)**

|                                                                                       | <b>Evet</b> | <b>Hayır</b> | <b>Bilmiyorum</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------------|
| <b>20.</b> Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.                            |             |              |                   |
| <b>21.</b> Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır. |             |              |                   |
| <b>22.</b> Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.                        |             |              |                   |
| <b>23.</b> Koroner kalp hastalığı önlenabilir.                                        |             |              |                   |
| <b>24.</b> Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenabilir nedeni sigaradır.            |             |              |                   |
| <b>25.</b> Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.                          |             |              |                   |
| <b>26.</b> Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.           |             |              |                   |
| <b>27.</b> Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.           |             |              |                   |

|                                                                             |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 28. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.          |  |  |  |
| 29. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.                                      |  |  |  |
| 30. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.                |  |  |  |
| 31. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.         |  |  |  |
| 32. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.   |  |  |  |
| 33. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.                           |  |  |  |
| 34. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.                        |  |  |  |
| 35. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.                   |  |  |  |
| 36. Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.                            |  |  |  |
| 37. Stres, kahr, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.                     |  |  |  |
| 38. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.               |  |  |  |
| 39. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.                |  |  |  |
| 40. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır. |  |  |  |
| 41. Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.                           |  |  |  |
| 42. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.                  |  |  |  |
| 43. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.            |  |  |  |
| 44. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.           |  |  |  |
| 45. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.                           |  |  |  |
| 46. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.                            |  |  |  |
| 47. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.             |  |  |  |



## SİGARAYI BIRAKMA KARARLILIĞI ÖLÇEĞİ (SBKÖ)

*Lütfen aşağıdaki açıklamalara ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı işaretleyiniz!!!*

|                                                                                                 | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| 48. Sigarayı bırakmak için her türlü rahatsızlığı tecrübe etmeye gönüllüyüm.                    |                         |              |            |             |                        |
| 49. Sigarayı bıraktığımda, ne kadar zor olursa olsun kendime içme izni vermeyeceğim.            |                         |              |            |             |                        |
| 50.Çok kaygılı veya huzursuz hissetmek, sigarayı bırakmama engel olmayacak.                     |                         |              |            |             |                        |
| 51. Bıraktıktan sonra, gerçekten bir tane istesem bile elime sigara almama müsaade etmeyeceğim. |                         |              |            |             |                        |
| 52. Bıraktıktan sonra canım ne kadar sigara çekerse çeksin, içme dürtüsünü göğüsleyeceğim.      |                         |              |            |             |                        |
| 53.Çok çökkün veya üzgün hissetmek, sigarayı bırakmamı engellemeyecek.                          |                         |              |            |             |                        |

|                                                                         |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 54. Hiçbir şeyin sigarayı bırakmama engel olmasına izin vermeyeceğim.   |  |  |  |  |  |
| 55. Çok kızgın ve sinirli hissetmek, sigarayı bırakmamı engellemeyecek. |  |  |  |  |  |

*Katkılarınız için TEŞEKKÜRLER....*