



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN

ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİYLE İLGİLİ TUTUM VE
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emine ARAS

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Eylül, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN
ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN
SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİYLE İLGİLİ TUTUM VE
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Emine ARAS
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

İSTANBUL
Eylül, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliğı hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Emine ARAS'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğı "GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİYLE İLGİLİ TUTUM VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

.....

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

Prof. Dr. Sabah TÜZÜN

.....

Tez Savunma Tarihi: 20/09/2022

Yazar Bildirimi

“GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİYLE İLGİLİ TUTUM VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” tezinde Dr. Emine ARAS;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Eylül, 2022

İmza: _____

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Emine ARAS



Asistanlık dönemimde klinik bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU'ya;

Çalışmamın verilerini toplama aşamasında bana çok yardımcı olan canım arkadaşım Dr. Cemile KARAÇEPEŞ'e ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, asistanlık sürecime anlam katan tüm asistan arkadaşlarıma;

Çalışmamın tüm aşamalarında büyük emeği olan can dostum Dr. Elifnur YAZICI'ya;

Hayatımın her aşamasında desteğini benden esirgemeyen, her türlü zorlukta yanımda olan ve bana güven veren annem Songül BALCI'ya, babam Erol BALCI'ya ve sevgili ablam Ayşe POLAT ve kardeşim Mehmet Akif BALCI'ya;

Desteğiyle her zaman yanımda olan en iyi arkadaşım, sevgili eşim Zülküf ARAS'a ve varlığıyla hayatıma neşe katan sevgili kızım Elif Hanne ARAS'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine ARAS

Özet

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİYLE İLGİLİ TUTUM VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı, günümüzde mortalite ve morbiditenin önde gelen önlenabilir nedenleri arasındadır. Hekimler, koruyucu hekimlik uygulamalarıyla ve danışmanlık hizmetleriyle hastalıklar meydana gelmeden önce müdahale etmektedirler. Tütünle mücadelede, hekimler hem hastalara sigaranın zararları hakkında bilgi verme hem de rol model olma sorumluluğunun bilincinde olmalıdır. Bu çalışmada, şehir hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sigara içme durumu, nikotin bağımlılık düzeyi ve sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranışları ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde 01.01.2022-30.06.2022 arasında görev yapmakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan asistan hekimlerden 251'i (hedef kitlenin %71'i) çalışmaya dahil edildi. Çalışmada veri toplama aracı olarak online anket formu kullanıldı. Uygulanan anket araştırmacılar tarafından ilgili literatürler taranarak oluşturuldu. Sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılığı, Fagerström nikotin bağımlılık testi kullanılarak hesaplandı. Çalışma verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 ve MedCalc 20.110 programları ile analiz edildi. Numerik veriler ortalama±standart sapma, frekans veriler ise yüzde olarak ifade edildi. Frekans veriler için ise Pearson Chi-square ve Fischer's Exact testleri kullanıldı. İstatiksel anlamlılık için $p<0,05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %61,8 (n:155) 'si erkek, %38,2 (n:96) 'si kadın asistan hekimdi. %66,1 (n:166)'inin dahili tıp, %25,8 (n:65)'inin cerrahi tıp, %8,1 (n:20)'inin temel tıp bölümünde çalıştığı görüldü. Katılımcıların %17,9 (n:45)'unun düzenli olarak sigara içtiği, %14,3 (n:36)'ünün nadiren içtiği, %4,8 (n:12)'inin bıraktığı, %62,9 (n:158)'unun hiç sigara içmediği saptandı.

Erkeklerin ve dahili tıp bölümünde çalışanların sigara içme düzeyi daha yüksek saptandı. Eş, anne, baba, kardeş ve arkadaşların sigara içme durumu ile asistan hekimlerin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Katılımcılara ne kadar süredir sigara kullandıkları sorulduğunda alınan cevaplar $3,8 \pm 4,3$ şeklindeydi. Kaç paket yıl içtikleri sorulduğunda ise 2(0,45-6) olarak bulunmuştur. FBNT testine göre bakılan nikotin bağımlılık düzeyi erkeklerde daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların %58,2'sinin her zaman-sıklıkla hastaların sigara içme durumunu sorguladığı, %40,7'sinin her zaman-sıklıkla sigara bırakma düşüncesini sorguladığı, %68,1'inin her zaman-sıklıkla sigara bırakma tavsiyesinde bulunduğu görüldü.

Sonuç: Hekimlerin sigara içme düzeyinin yüksek olması hastalara rol model olmaları açısından düşündürücüdür. Hekimlerin sigara içiyor olması, koruyucu sağlık ve danışmanlık hizmetinde hastalar tarafından olumsuz bir algı oluşmasına ve hastaların güveninin azalmasına neden olabilir. Hekimler sağlıklı hayatın geliştirilmesinde çok önemli bir role sahiptir. Hekimin gelen her hastanın sigara içme durumunu sorgulaması ve eğer içiyorsa bırakmasını önermesi, tütünle mücadelede etkin bir yöntemdir. Sadece bu öneri sayesinde bile sigarayı bırakanların oranı %5-10 arasındadır. Hekimin hastada farkındalık ve davranış değişikliği oluşturabilmesi için öncelikle kendisinin rol model olması gerektiğinin bilincinde olması buna uygun hareket etmesi, hasta hekim ilişkisinde gözden kaçırılmaması gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Sigara Bırakma Tedavisi, Hekimin Rol Model, Hekimler

Abstract

EVALUTION OF THE ATTITUDES AND KNOWLEDGE LEVELS OF RESIDENT PHYSICIANS WORKING IN THE GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN CITY HOSPITAL ABOUT SMOKING CESSATION TREATMENT

Introduction and Aim: Tobacco use is among the leading preventable causes of mortality and morbidity today. Physicians intervene before diseases occur with preventive medicine practices and counseling services. Physicians should be aware of the responsibility of both informing patients about the harms of smoking and being a role model in the fight against tobacco. In this study, it was aimed to evaluate the factors related to smoking status, nicotine addiction level, and attitudes and behaviors towards smoking cessation of residents working in the city hospital.

Materials and Methods: This study is a descriptive and cross-sectional study. The universe of the study consists of the assistant physicians who work at Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital between October 1, 2022 and June 30, 2022. 251 assistant physicians, 71% of whom constitute the population, were included in the study. An online questionnaire was used as a data collection tool in the study. The applied questionnaire was created by the researchers by scanning the relevant literature. The nicotine addiction of smokers was calculated using the Fagerström nicotine addiction test. Study data were analyzed with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 and MedCalc 20.110 programs. Numerical data were expressed as mean±standard deviation, and frequency data were expressed as percentages. Pearson Chi-square and Fischer's Exact tests were used for frequency data. A p value of <0.05 was accepted for statistical significance. When the participants were asked how long they had smoked, their answers were $3,8 \pm 4,3$.

Results: %61,8 (n:155) of the participants were male and %38,2 (n:96) were female residents. %66,1 (n:166) were working in internal medicine, %25,8 (n:65) in surgical medicine and) %8,1 (n:20) in basic medicine. 17.9% (n:45) of the participants smoked regularly, 14.3% (n:36) rarely smoked, 4.8% (n:12)

quit, 62.9% (n) :158) were found to have never smoked. It was determined that the smoking level of men and those working in the internal medicine department was higher. A statistically significant difference was found between the smoking status of spouse, mother, father, siblings and friends and the smoking status of resident physicians. When asked how many pack years they smoked, it was found as 2 (0.45-6). The level of nicotine dependence, which was measured according to the FBNT test, was found to be higher in males. It was observed that 58.2% of the participants always-frequently questioned the smoking status of the patients, 40.7% always-often questioned the thought of quitting smoking, and 68.1% always-frequently gave advice to quit smoking.

Conclusion: The high smoking level of physicians is thought-provoking in terms of being a role model for patients. The fact that physicians smoke may cause a negative perception by patients in preventive health and counseling services and decrease the confidence of patients. Physicians play a very important role in promoting a healthy life. It is an effective method in the fight against tobacco that the physician inquires about the smoking status of each patient and recommends that they quit if they smoke. Even with this recommendation alone, the rate of those who quit smoking is between 5-10%. It is a situation that should not be overlooked in the patient-physician relationship that the physician is aware of the need to be a role model and acts accordingly in order to create awareness and behavioral change in the patient.

Keywords: Smoking, Smoking Cessation Therapy, Physicians

İçindekiler

Tablo Listesi	xi
Kısaltmalar	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 TÜTÜN NEDİR?.....	3
2.2 DÜNYADA TÜTÜNÜN TARİHÇESİ	3
2.3 TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ	5
2.4 TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIMI	7
2.4.1 Tütün Kullanımı ile İlgili Veriler.....	7
2.4.2 Tütün Kullanmayı Bırakma ile İlgili Veriler.....	7
2.4.3 Tütün Dumanından Pasif Etkilenme Hususunda Elde Edilen Veriler.....	8
2.4.4 Tütün Kullanımının Ekonomik Etkisi Hakkında Elde Edilen Veriler.....	8
2.4.5 Medyanın Etkisi ile İlgili Veriler	8
2.4.6 Tütün Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Algılar	9
2.5 TÜTÜN KONTROLÜ.....	9
2.6 TÜTÜN ÜRÜNLERİ.....	11
2.6.1 Sigaranın Bileşenleri.....	11
2.6.2 Sigaranın İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri.....	12
2.6.3 Nikotinin Farmakolojik Yapısı ve Etkileri	13
2.6.4. Nikotin Bağımlılığı	14
2.6.5 Nikotin Yoksunluk Belirtileri	16
2.7 PASİF SİGARA DUMANINA MARUZ KALMA VE İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ	16
2.8 SİGARANIN EKONOMİ ÜZERİNE ETKİLERİ	17
2.9 ÜLKEMİZDE VE DÜNYA'DA TÜTÜNÜN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	17
2.10 ELEKTRONİK SİGARA	18
2.11 SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİ.....	19
2.11.1 Olguların Evrelendirilmesi	19
2.11.2 Sigara Bırakma Tedavisinde 5A 5R Kavramları.....	21
2.11.2.1 5A (5Ö) stratejisi.....	21
2.11.2.2 5R stratejisi.....	23
2.11.3 Sigarayı Bırakmanın Olumlu Etkileri.....	24

2.11.3.1 Sağlık Açısından Olumlu Etkileri.....	24
2.11.3.2 Sigarayı Bırakmanın Sosyal Yararları	25
2.11.3.3 Ekonomik Yararları	25
2.11.4 Sigarayı Yeni Bırakanlar	26
2.11.5 Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler	26
2.11.5.1 Motivasyonel Görüşme Teknikleri.....	27
2.11.6 Farmakolojik Tedavi	28
2.11.6.1 Nikotin Replasman Tedavisi	28
2.11.6.2 Bupropion Tedavisi.....	29
2.11.6.3 Vareniklin Tedavisi.....	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	32
3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	32
3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM.....	32
3.4 ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	32
3.5 ARAŞTIRMADA DIŞLAMA KRİTERLERİ	32
3.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	33
3.7 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	33
3.8 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	34
4. BULGULAR	35
4.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ	35
4.2 HEKİMLERİN SİGARA BIRAKMA KONUSUNDA DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	37
4.3 HEKİMLERİN FARMAKOTERAPİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VE GÖRÜŞLERİ.....	41
4.4 SİGARA İÇEN ASİSTAN HEKİMLERDE BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ.....	42
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	44
5.1 TARTIŞMA.....	44
5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
Kaynaklar	53
Ek A. Bilgilendirilmiş Onam Formu	63
Ek B. Anket Formu	64
Ek C. Etik Kurul Onay Formu	70

Tablo Listesi

2.1:	Küresel Erişkin Tütün Araştırması Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 Yılı Karşılaştırması.....	9
2.2:	Sigara Dumanında Bulunan Bazı Maddeler.	12
2.3:	Sigarayı Bırakmayla İlgili Evreler.	19
2.4:	Sigara Bıraktırmada 5A (5Ö) stratejisi	21
2.5:	Sigara Bıraktırmada 5R Stratejisi	23
2.6:	Nikotin Replasman Tedavisinde Kullanılan Nikotin Formları.	29
2.7:	Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan İlaçların Yan Etki ve Kontrendikasyonları	31
4.1:	Çalışmaya Katılan Asistan Hekimlerin Tanımlayıcı Verileri	36
4.2:	Katılımcıların uzmanlık alanları.....	36
4.3:	Asistan Hekimlerin Sigara Bıraktırmaya Karşı Davranış Durumu... 37	
4.4:	Asistan Hekimlerin Sigara Bıraktırmaya Karşı Tutum Durumu	40
4.5:	Katılımcıların Farmakoterapi ile İlgili Olarak Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri	42
4.6:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	43
4.7:	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanları.....	43

AHCPR.....	Transtheoretical Model and Agency for Health Care Policy Research
APA.....	Amerikan Psikiyatri Birliği
CDC.....	Centers for Disease Control and Prevention
DALY	Disability Adjusted Life Years
DSM-V.....	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
FBNT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
FDA U.S	Food and Drug Administration
GATS	Global Adult Tobacco Survey
GH.....	Growth Hormon
KGTA	Küresel Gençlik Tütün Araştırması
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA.....	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
NRT	Nikotin Replasman Tedavisi
SGA	Small for Gestational Age
SPSS.....	Statistical Package for the Social Sciences
SVO	Serebrovasküler Olay
TBMM.....	Türkiye Büyük Millet Meclisi

GİRİŞ ve AMAÇ

Tütün bağımlılığı, küresel anlamda önlenabilir morbidite ve mortalite nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Günümüzde her yıl 5 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır ve önlem alınmadığı takdirde 2030 yılında bu sayının 8 milyondan fazla sayıya ulaşacağı tahmin edilmektedir (1).

Tütün kullanımı, dünyadaki başlıca sekiz mortalite nedeninden altısı (İskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tüberküloz, akciğer kanseri) için önemli bir risk faktörüdür (2). Ayrıca ağız ve orofarinks kanserleri, özofagus-mide kanserleri, karaciğer kanseri, mesane kanseri, kolorektal kanser, pankreas kanseri, serviks kanseri, doğumsal defektler, immün fonksiyonların bozulması, maküler dejenerasyon, psöriasis, crohn hastalığı gibi birçok kanser ve hastalık da tütün kullanımıyla ilişkilidir (3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada yıllık meydana gelen 56,9 milyon ölümün, sekiz milyonunu tütün kullananlar, bir milyonunu ise pasif içiciler oluşturmaktadır (4).

Pasif içicilerde de aktif tütün kullananlarda olduğu gibi iskemik kalp hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonu, astım ve akciğer kanseri nedenli ölümlere sık rastlanmaktadır. Pasif içicilik nedeniyle ortaya çıkan bu ölümlerin %47'si kadınlarda, %28'si çocuklarda ve %26'sı da erkeklerde görülmektedir (5). Tüm çocukların yaklaşık %50'si sigara dumanıyla kirlenen havayı solumakta ve her yıl 65.000 çocuk pasif içicilik nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar sonucu ölmektedir. Gebelik döneminde sigara içmek bebekler için ömür boyu sürecek sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (4).

Sigaranın, insan sağlığı üzerine birçok olumsuz etkisinin bulunması ve sigara nedenli mortalite oranlarının yüksek olması, sigara kullanımı konusunda başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının hastalar üzerindeki sorumluluğunu arttırmaktadır. Muayene için başvuran hastaya doktorun, sigara kullanıp kullanmama durumunu sorması ve hastaya bırakmasını önermesi, sigara kullanımıyla mücadelede basit ve etkili bir yöntem olarak görülmekte ve sadece bu şekilde yapılan öneri ile bir yıl içinde hastaların %5-10'unun sigarayı bıraktığı belirtilmektedir (6).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımına karşı mücadelede, doktorlar hastalarını sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilgilendirmeli ve onlara rol model olma sorumluluğunun farkındalığıyla hareket etmelidirler. Doktorların sigara kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli ve etkili bilgi aktarımı yapılamamasına sebep olabileceği gibi hastaların sigara bırakma konusunda doktora olan inancının ve güveninin de azalmasına neden olabilir. Yapılan çalışmalar sigara kullanan hekimlerin 2/3'ünün muayene ettiği hastalarına sigara kullanım ve dumanına maruz kalma durumunu sorgulamadığını; sigara kullanımına bağlı bir hastalığı olmayan hastaların çoğuna da (%60) sigara bıraktırma konusunda danışmanlık yapmadığını göstermektedir (6).

Doktorların tütünle mücadelede hastalar üzerindeki etkinliğinin bu denli yüksek olması nedeniyle bu çalışmamızda Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesindeki asistan hekimlerin sigara içme durumları ve sigara bırakma tedavisi hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1 TÜTÜN NEDİR?

Tütün, patlıcangiller (Solanaceae) familyasından Nicotiana cinsinde yer alan, yaprakları sigara yapımında kullanılan bir yıllık otsu bitki türlerine verilen isimdir. Yaz aylarında pembemsi renkli çiçekler açan, boyu 0,75-1,5 metre olan bir kültür bitkisidir. Gövdeleri dik, silindir şeklinde, tüylü ve yapışkanlıdır(7). Nicotiana cinsi içerisinde yer alan yaklaşık 65 tür arasında bilinen en yaygın türler, Nicotiana tabacum ve Nicotiana rustica'dır (7). Sigara, puro, pipo vb. tütün ürünlerinin yapımında sadece bu iki tür kullanılır. Tütün bitkisinin yapraklarında azotlu bir madde olan nikotini içermesi, onu diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliktir. Tütüne toksik özellik kazandıran alkaloidlerin %95'ini nikotin oluşturur. Bağımlılık yapıcı ve kişiye haz verici etkileri olan güçlü bir maddedir (8).

2.2 DÜNYADA TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

İnsanlık tarihinin tütünle ilk karşılaşması 1492 yılında Kristof Kolomb ve arkadaşlarının Amerika'yı keşfiyle olmuştur. 15. yüzyıl öncesine ait tütün ve kullanımını içeren yazılı bir veri saptanmamıştır. Amerikalıların tütünü tedavi amacıyla ilaç niyetine kullandıkları ve dini törenlerinde diğer kokulu bitkilerle birlikte tütün yapraklarından tütsü olarak faydalandıkları bilinmektedir. Kristof Kolomb ve arkadaşları, yerlilerin tütün ve tütün yapraklarını mısır koçanına sararak içtiklerini ve sonrasında ağız ve burunlarından duman çıkardıklarını şaşkınlıkla izlemişlerdir. Amerika'nın yerli halkı 15 Ekim 1942'de San Salvadora, tütün içtikleri saz borusunun adı olan "tobacco"yu tütün bitkisine vermişlerdir (9). Tütün kullanma alışkanlığı, Amerika'yı keşfeden Portekizli ve İspanyol gemicilerin önce

kendilerinin alışması ve sonrasında diğer şehirlere giderken beraberlerinde götürmeleri sonucu yaygın hale gelmiştir. 1559 yılında Portekiz’de Fransız elçisi olan Jean Nicot, öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü Fransız Kraliçesine sunmuş, bu sebepten tütüne “Kraliçe otu” ya da “Sefir otu” denmiştir. Tütünün, kraliçenin baş ağrısına da olumlu olarak etki ettiği kaynaklarda belirtilmektedir (9). Fransa’dan diğer Avrupa şehirlerine yayılan tütüne, Jean Nicot’a ithafen “nicotiana” adı verilmiştir. 1828 yılında tütün bitkisinden izole edilen alkaloid maddeye de “nikotin” adı verilmiştir (10). Avrupa’da o zamanlar için tütün değerli bir bitki olarak görülmekte olup daha çok zengin sınıfın ulaşabildiği bir ürün olarak kaynaklarda yer almaktadır. Tütün tüketiminin hızla artması, İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa’yı; Amerika kıtasındaki sömürgelerinde tütün üretimini başlatarak, tütün ticaretinden kazanç sağlama politikasına itmiştir. Akdeniz ve Kuzey Avrupa ülkelerinde hızla yayılan tütünü, Macellan Filipin adalarına; Portekizliler ise Hindistan ve Çin gibi Doğu ülkelerine ulaştırmıştır (11). Önceleri, tütün kağıda sarılarak içilmiş 1880’lü yıllarda tütün sarma makinelerinin icadı ile daha farklı şekillerde içilmeye başlanmıştır. Sigara dışında, puro şeklinde, pipo içine konularak, ayrıca yaprakları çiğnenerek tüketilmeye başlanmıştır. 18 inci yüzyılda Orta ve Güney Amerika’da, ufalanmış tütünlerin yine bir tütün yaprağına “cigar” veya kâğıda “papelitos” sarılarak içilmesine başlanmıştır. Papelitos adı verilen sigaralar Brezilya’da çok ilgi toplamış, Avrupa’da sigara şeklinde tütün tüketimi ilk defa İspanya’da, daha sonra da Fransa’da gerçekleşmiştir. 1844 yılında Fransa’da ilk sigaralar yapılmış ve aynı yıl İtalya’da yapılan kâğıt purolar büyük rağbet görmüştür. 1880 yılında Amerika’da James A. Bonsack, ilk sigara yapan makinenin patentini almış, üretimin makineleşmesiyle yeni bir sanayi kolu oluşmuştur. Üretimin sanayileşmesiyle tütünün maliyeti düşmüş, güvenli kibritin icadıyla da sigara tüketimi bir anda patlamış ve tütünün sigara şeklinde kullanımı diğer tüketim yöntemlerine üstün gelmiştir (10). Önceleri dini törenlerde kullanılan tütün, sonraları süs ve şifa bitkisi olarak kullanılmış, keyif verici olarak yaygınlaşmasından sonra da tüketimi hızla artmıştır (12). Artan tütün tüketimine paralel olarak hastalıklarda ve ölümlerde görülen artışlar, bilim ve tıp camiasını, tütünün zararlarıyla ilgili daha çok araştırma yapmaya, yöneticileri de tütün tüketiminin kısıtlanması ve engellenmesi hususunda

önlemler almaya itmiştir. Ayrıca, keyif verici olarak tütüne verilen paranın fuzuli bir harcama olarak görülmesi de yasaklamaları getiren nedenler arasında yer almıştır. Birinci Dünya Savaşının (1914) başlamasıyla tütünü yasaklama hareketleri yarıda kalmış, cephedeki askerlerin kumanyalarına tütün de eklenmiş, ihtiyaç duyulan tütünü sağlamak ve cepheye ulaştırmak amacı güdülmüş, savaş içerisinde geçen yılların sonunda tütün tüketimi daha da artmıştır. İkinci Dünya Savaşıyla beraber tütün ve sigara cephede en az silah ve mühimmat kadar elzem görülmüş, özellikle sigara kullanımı artmış, dünyada yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 60-80'i sigara kullanır duruma gelmiştir. 20. yüzyılda, hastalıklara ve ölümlere sebep olduğu bilimsel ve tıbbi açıdan ispatlanan tütünün insanoğlu ile girdiği ölüm/kalım savaşı günümüzde tüm şiddetiyle devam etmektedir (13).

2.3 TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

Tütünün İstanbul'a ilk gelişinin İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri tarafından gerçekleştirildiği birçok kaynakta belirtilmektedir (14). Peçevi Tarihi, 1600'lü yılların başında, İstanbul'a girişi sağlanan tütünün rutubetten kaynaklanan bazı hastalıkları tedavi eder umuduyla satışa sunulduğunu, sonraları halkın ve devlet adamlarının dahi tütüne müptela hale geldiklerini belirtmektedir. Peçevi, İstanbul'da ilk kahvehanenin 1554 yılında Tahtakale'de açıldığını, kahvenin yanı sıra tütünle de tanışan ehli keyfin kısa sürede ikisine birden müptela olduğunu anlatmaktadır.

Şair Ayni, "Tütün kahve iki dâne birâder / Cihânı müşterek zabteylemişler" beytiyle bu birlikteliği ifade etmiştir (15). Osmanlı'da ilk tütün tarımı Makedonya, Yenice ve Kırcaali'de; Anadolu'da ise Ege Bölgesi'nde Ayasuluk tepelerinde (İzmir-Selçuk ilçesi) başlamıştır. Halkın tütüne olan ilgisinin artması nedeniyle zamanla tütün üretimi artmıştır. Ülkenin coğrafi koşullarına uygun olan tütün, kısa zamanda dünya piyasasında yer almış, çok kaliteli "şark tütünü" veya "Türk tütünü" adıyla ün kazanmıştır. Bu nedenle Türk tütününe talep giderek artmış ve ülke ekonomisine katkısı büyük bir ürün haline gelmiştir (16). Tütün kullanımının artması, diğer ülkelerde olduğu gibi, Osmanlı'da da benzer ve karşıt fikirler ortaya çıkmasına neden olmuş, özellikle dini açıdan anlaşmazlıklar yaşanmıştır. IV.

Murat, 1634 yılında Cibali’de meydana gelen yangın sonrası, yangının sebebi olarak tütünü görüp kahvehaneleri kapatmış ve tütün kullanımını yasaklamıştır. Asıl sebep olarak yangınlar gösterilmişse de, hem Avrupa’da hem de Osmanlı’da sayısı giderek artan kahvehanelerin, yönetimlerin ve idarecilerin tenkit edildiği ortamlar hâline gelmesinin daha önde gelen bir sebep olduğu düşünülmektedir (15). IV. Murat’ın vefatından (1640) sonra, Şeyhülislam Bahaî Efendi’nin verdiği fetva sonrasında 1646 yılında IV. Mehmet tarafından tütün kullanımı tekrar serbest hale getirilmiştir (17). 1678’de tütün ithalatına gümrük vergisi getirilmiş, 1686 tütün satışına da vergi konulmuş ve bu vergilerin miktarı zamanla arttırılmıştır. 1826 yılında II. Mahmut tarafından kurulan yeni asker ocağının giderlerini karşılamak; 1856 yılında Kırım Savaşı sebebiyle hazinenin yükünü hafifletmek amacıyla alınan vergiler arttırılmıştır. 1861 yılında tütün ithalatına yasak getirilmiş, 1862 yılında tütünün tekeli olarak idare edilmesi ilk kez çıkarılan bir kanun ile onay görmüştür. 1874 yılında sigara ve paket içerisinde tütün üretimi yapan fabrikalar açılmış, tütün satış fiyatları kontrol altına alınarak ,alınan verginin göstergesi olan bandrol yöntemi uygulanmıştır (14). 1881 yılında, Osmanlı Bankası ve Galata Bankerleri tarafından desteklenen “Rüsum-ı Sitte İdaresi”nin 10 yıllığına elde ettiği tütün tekeli işletme hakkı, “Muharrem Kararnamesi” ile Osmanlı dış borçlarının karşılanması amacıyla “Duyûn-ı Umûmiye İdaresi”ne verilmiştir. 1883 yılında yapılan bir şartname ile tütün tekeli işletme hakkı 30 yıl için “Memaliki Osmaniye Duhanları Müşterekil Menfaa Reji Şirketi” adlı Fransız anonim şirketine verilmiş, bu süre 1914 yılında başlamak şartıyla 15 yıl daha uzatılmıştır. 1884 yılından itibaren tütün tekeli 40 yıldan fazla süredir işleten Reji idaresi döneminde, üreticilerle reji şirketi arasında birçok problem oluşmuştur (19). Bu nedenle Reji idaresine 1925 yılında son verilmiş ve bütün işletmeler devletin tekeli idaresinde toplanmıştır. 1923 yılında 17 Şubat - 4 Mart arasında yapılan İzmir İktisat Kongresinde çiftçi ve tüccar gruplarının, “Reji idare ve usulünün mutlak ilgası”, “İnhisar sisteminin kaldırılması” şeklinde ortak olarak aldığı kararlar, Cumhuriyet’in ilanı ile birlikte tütün üretimi ve ticareti üzerindeki bazı ayrıcalıkların Reji Şirketi’nden alınıp Türkiye Cumhuriyeti Devletine verilmesinin temelini oluşturmuştur (18). Sonuç olarak 1 Mart 1925 tarihinden itibaren İnhisarlar İdaresi devlet inhisarı şekline dönüştürülüp millileştirilmiştir (19). Osmanlı zamanından 1980 senelere kadar tütün

üretiminde daha çok artış olmakla birlikte alınan önlemlerle birlikte dalgalanmalar görülmüştür. Özellikle son yıllarda tütünün insan sağlığına üzerindeki olumsuz etkileri hakkında farkındalık oluşturulması ve tütün tüketiminin yasaklanmasıyla ilgili çalışmalar tütün üretiminde azalmayla sonuçlanmıştır (16).

2.4 TÜRKİYE'DE TÜTÜN KULLANIMI

2016'da yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (Global Adult Tobacco Survey GATS)'ndan elde edilen veriler alt başlıklar halinde açıklanmıştır (20).

2.4.1 Tütün Kullanımı ile İlgili Veriler

Türkiye'de 19,2 milyon kişinin (%31,6) tütün kullanmakta olduğu ve erkeklerin tütün kullanma oranı %44,1 iken kadınların ise %19,2 olarak saptanmıştır. Sigara kullanan bireylerin günde ortalama 18 adet sigara tükettiği ve yaklaşık %21'ini de sabah uykudan uyandıktan sonra yarım saat içinde içtiği sonucuna varılmıştır. Sigara kullanan 15-34 yaş aralığındaki bireylerin %15'i düzenli olarak sigara içmeye 15 yaş altında başlamışlardır. Sigara kullanmaya 18 yaş ve altında başlama oranı ise %7,5 olarak saptanmıştır. Ortalama olarak sigara içmeye başlama yaşı da 17'dir.

2.4.2 Tütün Kullanmayı Bırakma ile İlgili Veriler

Ülkemizdeki verilere bakıldığında, düzenli olarak her gün sigara içen bireylerin %13,6'sı sigara içmeyi bırakmıştır. Son bir yıl içinde sigara içmeyi bırakan ama sigara içmeye devam eden bireylerin %24,6'sı araştırmadan önceki bir sene içinde sigara içmeyi bırakmayı denemiştir. Bu bireylerin de %20,8'i kadın, %26,2'si erkektir. Tütün kullanmaya devam edenler ve son bir sene içinde kullanmayı bırakanlar içerisinde; son bir sene içinde sağlık merkezine uğrayanların %40,1'ine sigarayı bırakması önerisinde bulunulmuştur. Sigara içmeye devam edenler ve son bir yıl içinde içmeyi bırakanlar arasından, sağlık merkezine son bir yıl içerisinde başvuranların %40,1'ine sigarayı bırakması önerilmiştir. Sigara içmeye devam eden bireylerin %32,8'i bırakma planı yapmakta ya da bırakma düşüncesine

sahiptir. Fakat bu bireylerin sadece %7,2'si ilk 30 gün içinde bırakmayı düşünmektedir.

2.4.3 Tütün Dumanından Pasif Etkilenme Hususunda Elde Edilen Veriler

Sigara dumanından pasif etkilenme oranları şu şekildedir:

- Evde maruz kalma oranı: %26,7 (16 milyon kişi)
- Kapalı mekanlarda çalışan bireylerin işyerinde maruz kalma oranı: %10,6 (1,6 milyon kişi)
- Kendi aracı olan bireylerin araç içerisinde maruz kalma oranı: %17,4 (5,5 milyon kişi)
- Taksi içinde maruz kalma oranı: %16
- Kamu kurumlarında maruz kalma oranı: %4,7
- Restoran içinde maruz kalma oranı : %12,7 (2,8 milyon kişi)
- Kafe, kahvehane vb. gibi topluma açık mekanlarda maruz kalma oranı: %28 (7,2 milyon kişi)

2.4.4 Tütün Kullanımının Ekonomik Etkisi Hakkında Elde Edilen Veriler

Sigara içenler, sigara satın almak için aylık ortalama 269,4 TL harcamaktadır. Sigara paketinin bir tanesinde 20 adet sigara bulunur ve ortalama fiyatı 10,5 TL'dir. Sigara kullanan bireylerin %8,4'ü, sigara paketlerinin üzerinde damga vergisinin bulunmadığını belirtmişlerdir.

2.4.5 Medyanın Etkisi ile İlgili Veriler

Erişkin bireylerin %75,6'sı sigaranın zararlarıyla ilgili çeşitli iletişim araçları kullanılarak farkındalık oluşturulmaya çalışıldığını belirtmişlerdir. Bu bireylerin %73,7'si televizyon ve radyoda yayımlanan programlar ve reklamlar yoluyla sigaranın insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerine vurgu yapıldığını söylemişlerdir. Ülkemizde daha önceki yıllarda sigara paketleri üzerinde görsel içerikli ikazlar bulunmamasına rağmen, 2010 yılı Mayıs ayından itibaren bu içerikler sigara paketlerine eklenmiştir.

2.4.6 Tütün Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Algılar

Erişkin bireyler arasında %83,3'lük orana sahip olan bir grup, kendisi içmese de sigara içen birinin yanında bulunup, sigara dumanıyla kirlenen havayı soluduğunda yüksek oranda ciddi sağlık sorunlarının oluşabileceğini belirtmiştir, %95,4'ü de pasif içiciliğin pediatrik grupta akciğer patolojilerinin nedeni olarak görülebileceğini düşünmektedir (21, 13).

Tablo 2.1: Küresel Erişkin Tütün Araştırması Türkiye Verileri 2008, 2012 ve 2016 Yılı Karşılaştırması (21, 13).

	2008 %	2012 %	2016 %
Sigara İçme Sıklığı			
Erkekler	47.9	41.5	44.1
Kadınlar	15.2	13.1	19.2
Genel popülasyon	31.2	27.1	31.6
Sigara Bırakma			
Sigara içenlerin sağlık kuruluşunda sigara bırakma tavsiyesi alma		42.9	40.1
Sigarayı bırakmayı düşünenler		32.8	55.2
Pasif içim (Çalışanlarda iç ortamda maruz kalım)		15.6	10.6
Evde maruz kalım		38.2	26.7
Restoranlarda maruz kalım		12.5	12.7
Kahvehane, kafe ve çayhanelerde maruz kalım		-	28.0

2.5 TÜTÜN KONTROLÜ

Tütün tüketiminin insan sağlığına verdiği zararların önüne geçilmesi ve tütün endüstrisinin yaygınlaşmasının önlenmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından 21 Mayıs 2003 tarihinde "Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" kabul edilmiştir. Bu sözleşme tütün karşıtı olarak kabul gören ilk sözleşmedir ve ülke çapında tütünle mücadeleyi kolaylaştırmıştır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 28 Nisan 2004'te Türkiye tarafından kabul gördü ve sonrasında TBMM'de kabul edildi. 30 Kasım 2004 tarihinde de Resmi Gazetede yayımlandı. Sözleşmeyi kabul eden ülkeler arasında Türkiye 43. sırada yer aldı (22). DSÖ, 2008'de Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi önlemleri ve uygulamaları doğrultusunda olan altı ana stratejiyi kapsayan MPOWER paketini yayına sunmuştur (22). MPOWER bileşenleri şunlardır:

Monitoring of tobacco use and prevention policies - Tütün kullanımını ve önleme politikaları izle: Ülkemizde Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA), Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA), sağlık merkezlerinde görev yapan personellerde inceleme yapılarak Türkiye'nin tütün tüketim durumu izlenmektedir (22).

Protect people from tobacco smoke - Toplumu tütün dumanından koru: Halka açık alanlar olan sağlık, spor, eğitim ve kültür merkezlerinde sigara içilmesi, 1996 yılında çıkarılan bir kanun ile yasak hale gelmiştir. 18 yaşını geçmeyen bireylere de sigara satılması yasaklanmıştır. Ayrıca tütün ürünlerinin reklamının yapılması da engellenmiştir.

Offer help to quit tobacco use - Sigarayı bırakma hususunda yardımcı ol: Türkiye'de bu amaçla ALO 171 hattı kurulmuştur. Bu hat sigara bırakmak isteyen bireyler için kurulan danışma hattıdır ve birçok sağlık merkezinin bünyesinde yer alan sigara bıraktırma polikliniğine de bu hat üzerinden randevu alınabilmektedir (23). Bu polikliniklerde psikososyal danışmanlık verilmekte ve gerekli görüldüğü durumlarda da farmakolojik tedaviyle sigarayı bırakmak isteyen bireylere yardımcı olunmaktadır.

Warn about the dangers of tobacco – Tütünün zararları hususunda uyarıda bulun: Türkiye'de 1996 yılında çıkarılan kanun ile televizyon kanallarında sigara kullanımının vücut sağlığına zararları ve sigara bırakmanın yararları hakkında ayda 90 dakika yayın yapılması istenmiştir. Sigara paketi üzerinde yazılı ve resimli uyarılar eklenmiştir. Fakat eklenen uyarılar paketin %50'sinden daha az yer kapladığı için yeterli görülmemiştir. Ülkemizde 1996 senesinde televizyon kanallarında sigara tüketiminin insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerini ve sigarayı bırakmanın olumlu etkilerini konu alan, bir ay içerisinde toplam 90 dakika süren programların gösterime sunulması için kanun çıkarılmıştır.

Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship - Tütünün reklam, tanıtım ve sponsorluğuyla ilgili paylaşım yapmayı yasakla: Ülkemizde, sigara ve diğer tütün ürünleriyle ilgili yapılan tüm reklam ve teşvik edici tanıtımlar yasak hale getirilmiştir. Sigara paketlerinin de dışardan içi görünmeyen kapalı dolaplarda satışa sunulması zorunlu kılınmıştır (13).

Raise taxes on tobacco -Tütün ürünlerine yapılan vergi miktarını yükselt: Türkiye’de tütün ürünlerinin vergi yükü %75 sınırını geçmiştir ve vergi miktarı giderek yükseltilmektedir (23). 2013 yılında DSÖ tarafından hazırlanan Küresel Tütün Kontrolü Raporunda Türkiye, MPOWER uygulamasında yüksek oranda başarılı olan ilk ülke olmuştur. 2015 yılında yayınlanan Küresel Tütün Kontrol Raporunda da Türkiye’nin MPOWER stratejisini etkili bir şekilde uyguladığından söz edilmiştir (22).

2.6 TÜTÜN ÜRÜNLERİ

Tütün mamulleri denilince ilk akla gelenler sigara, pipo tütünü, çiğneme tütünü, puro, nargile akla gelmektedir. Tütünün kullanılan en sık formunun sigara olmasından dolayı da tütün sigarayla eş anlama gelecek şekilde kullanılmaktadır (24). Sigara, Sarmalık kıyılmış tütün, pipo tütünü, Puro ve sigarillo, Nargilelik tütün, Bidi ve kretek, elektronik sigara duman içeren tütün mamullerinin arasında yer alırken, enfiye tütünü, Maraş otu, İsveç Snus, American Snuff ve Çiğnemelik (ağızdan kullanılır) tütün duman içermez (9, 25). Sigara, puro, nargilelik tütün, pipoluk tütün, sarmalık kıyılmış tütün ülkemizde üretilirken, puro, elektronik sigara ve sigarillo ithal edilmektedir (26).

2.6.1 Sigaranın Bileşenleri

Sigara, iki şekilde duman oluşturmaktadır. Bunlar ana akım ve yan akım şeklindedir. Sigarayı içen kişinin üflediği duman ana akım dumanını oluştururken, sigaranın yanmasıyla meydana gelen duman yan akımın dumanının oluşmasına neden olur (27). Ana akım dumanı %92-95 oranında gaz fazını içerir ve solunabilir seviyededir. %8-%5 oranında da partikül fazdan oluşur. Partikül fazın bileşenlerini ise karbonmonoksit, nikotin, katran, formaldehit, metan, amonyak, arsenik, hidrojen siyanür gibi toksik, mutajenik ve kanserojen özellikli olan 4.000’den fazla kimyasal madde oluşturur (27). Bu maddelerin neden olduğu başlıca etkiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2.2: Sigara Dumanında Bulunan Bazı Maddeler (25).

Partikül fazı	Başlıca etki	Gaz fazı	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik/ karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/ karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/ karsinojenik	Hidroksisialik asit	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/ karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
b-naftilamin	Mutajenik/ karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuvar, siliotoksik
benzopiren	Mutajenik/ karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/ karsinojenik
İndol	Tümör akselasyonu	Hidrazin	Mutajenik/ karsinojenik
Karbazol	Tümör akselasyonu	Vinil klorid	Mutajenik/ karsinojenik

2.6.2 Sigaranın İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Sigara, vücudumuzdaki sistemler içerisinde en çok kardiyovasküler sistemde etkisini göstermektedir. Kardiyovasküler hastalık riskinde iki kat artışa neden olur. Bu etkisini kan basıncını arttırarak ve taşikardiye sebep olarak gösterir. Ayrıca katekolaminlerin salınmasını ve periferik damar direncinin de artmasına neden olduğu bilinmektedir. Düşük Molekül Ağırlıklı Kolesterol olan LDL'yi oksitleyerek arterlerde ateroskleroza başlatır. Sigara kullanımı, yüksek yoğunluğa sahip kolesterol olan HDL'nin de kalp üzerine olan koruyucu etkisinin kaybolmasına sebep olur (28). Sigara tüketimi kardiyovasküler hastalıkların riskini arttırmanın yanısıra, 20 çeşitten fazla kanser türü, solunum sistemiyle ilgili hastalıklar ve daha birçok sistemsel hastalık için risk oluşturmaktadır (29).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Sigara tüketimi, kalbimizdeki damarlar ve vücudumuzdaki diğer damarlarda bulunan endotel tabakada fonksiyon

kaybına neden olur. Sigara, vasküler sistemde inflamasyon sürecin başlamasına ve trombozun tetkiklenmesinden de sorumludur. Aort anevrizması, koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, inme(felç) gibi ciddi hastalıkların riskinin de sigara içimiyle arttığı bilinmektedir (27).

Kanser: Sigara kullanımı birçok kanser türünde risk artışına neden olmaktadır. En çok karşılaşılanları: akciğer, orofarinks, gırtlak, özefagus, mide, böbrek, pankreas, mesane, serviks ve akut myeloid lösemidir (30).

Solunum Yolu Hastalıkları: Sigaranın içinde barındırdığı duman, solunum yollarında bulunan hücreleri direkt olarak hasara uğratar ve enfeksiyona yatkınlığı arttırır. Sigara kullanan bireylerde bronşit, zatürre gibi üst solunum yolu hastalıklarına daha sık rastlanmaktadır. Kronik obstruktif akciğer hastalığının en bilinen sebebi sigara tüketimidir. KOAH nedenli ölümlerin çoğundan sigara sorumlu tutulmaktadır ve bu oran %90'dır. Sigara dumanının astım hastalarında nöbet sıklığını arttırabileceği bilinmektedir (30). Sigara içen bireylerde, akciğer kanserine yakalanma ihtimali, sigara kullanmayan bireylere göre 25 kat fazladır. Akciğer kanserine bağlı ölümlerin %90'ı sigara nedenlidir. Sigara, gebelerde düşük doğum ağırlıklı(SGA) bebek doğurma riskini arttırmaktadır (35). Sigara dumanının içeriğinde yer alan nikotin, kadmiyum, kurşun, polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi zararlı kimyasalların ani bebek sendromu, erken doğum eylemi ve kadınlarda fertilitenin azalmasına sebep olduğu saptanmıştır (30, 31). Sigara içen annelerin bebeklerinde saptanan orofasiyal yarıklarla sigaranın ilişkili olabileceği ve sigaranın ektopik gebeliğe neden olduğu yapılan son çalışmalarla ortaya konmuştur. Sigara erkeklerde de erektile fonksiyonda bozulmalara yol açarak fertilitiyi azaltmaktadır (30).

Gastrointestinal Sistem Hastalıkları: Sigara kullanan bireylerde peptik ülser, gastroözefageal reflü, inflamatuvar bağırsak hastalığı riskinin artmış olduğu bilinmektedir. Ayrıca sigara gastrointestinal sistemde bazı kanserlerin sıklığını arttırır. En sık karşılaşılanları özefagus, pankreas kanseri ve hepatosellüler karsinomdur (32).

2.6.3 Nikotinin Farmakolojik Yapısı ve Etkileri

Nikotin suda çözünebilen bir maddedir ve alkaloid yapıya sahip renksiz bir kimyasaldır. Sigaranın bağımlılık yapıcı özelliği içeriğindeki nikotinden

kaynaklanır. Nikotin piridin ve pirolidin halkalarının birleşmesiyle oluşur, amin yapısındadır ve içinde iki adet stereoizomer bulundurur. Aktif olan izomer S nikotindir ve kolinerjik reseptörlere karşı affinitelidir. Zayıf kısmı ise R nikotin izomeri oluşturur ve kolinerjik reseptörlere daha zayıf bağlanır. Bir tane sigara 9-20 mg nikotin ve 0.8 gr tütün ihtiva eder. Ancak sigara dumanının %100'ü inhale edilemez, bir kısmı yanar ve emilen kısım %10'lara düşer (1-2 mg). Nikotinin hücrelere nüfuz etme miktarı, inhalasyon oranı ve yapılan inspiyumun süresi ve derinliğinden etkilenir. Solunum yollarındaki mukoza ve alveollerin yapısı nikotinin hızlıca emilip kana karışması için uygundur. Kana karışan nikotin yine hızla santral sinir sistemi ve diğer sistemlere yayılır. Lipofilik özellikte olan nikotin kan beyin bariyerinden kolaylıkla geçip hızlı bir şekilde beyin hücrelerine geçer (33, 34). Nikotin; kas-sinir kavşağı, otonomik gangliyonlar, beyinde bulunan asetilkolin reseptörlerine ve böbrek üstü bezlerinde etkisini gösterir. Nikotin dorsal ponda yer alan lokus sereleusunu etkinleştirerek dikkatin toplanmasını ve odaklanmayı artırır. Gerekli yolların uyarılmasıyla da serotonin, vazopressin, endorfin, asetilkolin, nöroadrenalin, dopamin, büyüme hormonu (GH)ve ACTH hormonunun salınımına neden olur (35). Nikotinin metabolizasyonunun büyük kısmı (%90'ı) karaciğerde meydana gelir. Yarı ömrü 16 saat olan kotinin, nikotinin majör metabolitidir. Kotininin idrar ve kanda ölçülebilmesi nedeniyle, sigara bıraktırma polikliniklerinde hastaların kanında kotinin miktarına bakılarak izlem yapılması mümkündür (33).

2.6.4. Nikotin Bağımlılığı

Nikotin bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından kronik hastalık tanımlamasına uygun olarak görülmüştür. Nikotinin içeriğindeki kimyasallar gereği mental ve davranış açısından bozukluğa sebep olan psikoaktif bir madde olduğu kanısına varılmıştır (35, 36). Nikotin lipofilik özellikte olması nedeniyle alındıktan kısa bir süre sonra kan beyin bariyerini geçer ve nikotine spesifik asetilkolin reseptörlerine tutunur. Bu şekilde dopaminin salgılanması gerçekleşir. Dopamin, salındığı kişide keyif verici ve rahatlatıcı etkilerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu etkilerden dolayı bağımlılık döngüsü başlamış olur. Bir süre sonra kanda dopaminin azalmasıyla kişide stres durumu oluşur, dopamin yoksunluğu denilen nikotin açlığı meydana gelir. Bu durum kişide sinirlilik halinin de oluşmasına yol açar. Nikotin

açlığının oluşması bağımlılığın artmasına neden bir etken olarak görülür (37). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterleri göre, on iki aylık dönem boyunca aşağıdaki maddelerden, klinik anlamda o kişide problem oluşturan, günlük fonksiyonlarında azalmayla seyreden tütün tüketicisi olmak tütün kullanım bozukluğu olarak görülmektedir (38). Bu maddeler şu şekildedir:

1. Çoğu zaman planlanan miktardan fazla veya daha uzun zaman diliminde tütün kullanımının olması,
2. Tütüne ulaşmak, tütün tüketmek ya da kendisini tütünün etkilerinden kurtarmak için fazlaca efor sarfetmek
3. Tütün tüketimini sonlandırmak ya da denetim altına almak için devamlı bir istek halinde olmak veya sonuç alınamayan çabaların olması
4. İşyerinde, ev içinde ve okulda görevlerini yapamamaya sebep olan tekrarlayan tütün tüketiminin varlığı
5. Tütün tüketimine çok fazla afiniteli olmak ve bu konuda zorlanmak
6. Tütün tüketiminin sosyal yaşamda ve bireysel yaşamda problemlere sebebiyet vermesine rağmen tütün tüketimini sonlandıramamak
7. Tütün kullanımı nedeniyle sosyal faaliyetlerin ve kişinin işiyle ilgili sorumluluklarının yerine getirilememesi ya da eksik bir şekilde yapılması
8. Tehlike içeren durumların varlığında bile tütün tüketimine devam etmek
9. Tütün kullanımı sonucu kişinin beden ve ruhsal sağlığına zarar geldiği belirgin olarak saptanmasına rağmen tütün tüketiminin sürdürülmesi
10. Aşağıda bahsedilen iki durumdan birinin olması sonucu tolerans oluşması
 - a) Her zamanki kadar tütün kullanımının olmasına rağmen daha az etki oluşması
 - b) Ulaşılmak istenen etkiyi bariz bir şekilde tütün tüketimini arttırarak oluşturmak
11. Aşağıda bahsedilen durumlardan birinin olması üzerine yoksunluk halinin meydana gelmesi
 - a) Tütün yoksunluk sendromunun bulgularının olması.
 - b) Yoksunluk sendromunun giderilmesi için tütün tüketilmesidir (38).

2.6.5 Nikotin Yoksunluk Belirtileri

Sigara bırakıldıktan sonraki ilk 2-3 hafta içerisinde büyük ihtimalle görülmesi beklenen ve geçici olan yoksunluk belirtileri şu şekildedir: Huzursuzluk, titreme, uykusuzluk ya da tam tersi uykuya eğilim, baş ağrısı, gerginlik, kabızlık, dikkatsizlik, iştah artması, depresyon veya bazen de aşırı neşeli olma - Aşırı duyarlı olma hali – Ağızda kuruluk, ağız içinde yara oluşması, sinirlilik, yorgunluk (39).

2.7 PASİF SİGARA DUMANINA MARUZ KALMA VE İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Pasif içicilik ve ikinci el sigara dumanı maruziyeti, kendisi içmemesine rağmen, çevresinde sigara içenlerin dumanına maruz kalma ve aktif olarak etkilenmese de pasif olarak etkilenimin söz konusu olduğu durum olarak tanımlanmaktadır. Pasif sigara dumanı, sigarayı aktif olan bireylerde görülme sıklığı artan hastalıkların pasif içici olan kişilerde de görülmesine neden olur.

Pasif olarak sigara dumanına maruz kalan bireylerde akciğer kanserine yakalanma ihtimalinde %20-30, koroner arter hastalığına yakalanma ihtimalinde de %25 oranında artış gözlenmektedir (40). Pasif sigara dumanı maruziyeti, erişkin bireylerde nazal kanserler ve nazal irritasyon, koroner kalp hastalığı, ateroskleroz, meme kanseri, astım, akciğer kanseri, KOAH, SVO ve gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebeğin doğmasına sebebiyet vermektedir. Pediatrik grupta da pasif içicilik, serebral tümör, lenfoma, otitis media ve kısmi ya da total işitme kaybı, astım gibi hastalıklara sebep olurken bebeklerde, ani bebek ölümü sendromu ve akut bronşiyolit gibi alt solunum yolunun tutulmasıyla seyreden hastalıklara neden olmaktadır. Bu kanılara ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerinden yola çıkılarak varılmıştır (30, 41).

2.8 SİGARANIN EKONOMİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Tütün endüstrisinin var olan iş gücünün ekonomik faaliyetler içerisinde devamlı olarak çalıştırılmasına fırsat vermesi ve vergilerden gelir elde edilmesini sağlaması nedeniyle, ülke ekonomisine büyük katkı sağladığı iddia edilmektedir. Oysaki tütün endüstrisine katılan bütün ülkeler tütünün neden olduğu hastalıklar, ölümler ve ekonomik açıdan yaşanan kayıplar sonucu problem yaşamaktadırlar (42). Tütün, tüketilmesi sonucu meydana gelen hastalıklarda artma görülmesi ve bunun sonucunda sağlık için ayrılan bütçenin artması ve var olan iş gücünde kayıp gibi nedenlerden ötürü önemli anlamda sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (43). Sigara tüketiminin ülkemiz ekonomisine yaklaşık olarak 9 milyar dolar kayıp yaşattığı bilinmektedir (44). Ülkemizde 2017 yılında tütün ürünlerini almak için ödenen tutar 57 milyar lira olarak raporlanmıştır (45). Maliye bakanlığı tarafından sağlık bakanlığı için ayrılan bütçe de 57 milyar liradır (46). Türkiye’de kişinin sahip olduğu herhangi bir engellilik durumu veya mevcut hastalığının yaşam kalitesinden götürdüğü yılları saptamayı amaçlayan “Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Projesi” adlı çalışmanın sonucunda yapılan DALY (Disability Adjusted Life Years) sıralamasında ilk on hastalık içinde kronik obstruktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı ve kanserler bulunur. Ülkemizde tütün tüketimi sonucu, her yıl yaklaşık olarak 1 milyon DALY oluştuğu saptanmıştır (47).

2.9 ÜLKEMİZDE VE DÜNYA’DA TÜTÜNÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

Sigara, dünya çapında yaklaşık 5 milyon kişinin direkt ya da dolaylı yoldan ölümüne yol açmaktadır. Bu durumun önüne geçilmediği takdirde, 2030 yılında 8 milyon kişinin ölümüne neden olacağı tahmini yapılmaktadır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin bu sayının büyük bir kısmını oluşturacağı öngörülmektedir (48). Dünya çapında 15 yaşını geçmiş bireyler arasında yaklaşık olarak 1117 milyon kişi tütün tüketmektedir. Tütün tüketen nüfusu 942 milyon erkek ve 75 milyon kadın oluşturmaktadır. Tütün tüketen bu kişiler de büyük oranda düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadırlar (49). Tütün tüketen erkeklerin büyük çoğunluğu orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Dünya genelinde sigara içme yüzdeleri

sıralandığında, Kiribati, Karadağ, Yunanistan, Doğu Timur ve Rusya ilk 5'i oluşturmaktadır. Türkiye ise 40. sırada yer almaktadır (49). 2012'de ülkemizde yapılan küresel yetişkin tütün araştırmasında, 15 yaşını geçmiş bireylerde tütün tüketim oranı 27,1 olarak bulunmuştur. Erkekler arasında bu oran 41,5, kadınlarda ise 13,1 olarak hesaplanmıştır (50). Türkiye'de Üniversitede okuyan öğrenciler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda öğrencilerin tütün tüketim oranı %23-48 olarak saptanmıştır. Benzer çalışmalar yapıldığında lisede okuyan öğrencilerde bu oran %20, ortaokulda okuyan öğrencilerde ise %9 civarında raporlanmıştır (51). Zamanla sigara içme oranlarında azalma görülüyor olsa da, sigara günümüzde hala ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır.

2.10 ELEKTRONİK SİGARA

Elektronik sigara, şekil itibariyle klasik sigara gibi olan ve kişide sigara içiyormuş gibi etki bırakan kalem şeklinde ya da aksesuar görünümünde olan bir nikotin kaynağıdır. Elektronik sigaranın normal sigaradan daha az zararlı olduğu düşüncesine inanılsa da elektronik sigara içimi de önerilen bir davranış değildir. E-sigaranın içinde aerosol şeklinde sigara dumanı bulunur. Bu sigara dumanı; nikotin, akciğer dokusunun en uç kısmına ulaşabilecek ultra ince tanecikler, diasetil aroma gibi prognozu kötü seyreden akciğer hastalıklarına sebep olan kimyasal maddeler, kanserojen maddeler, uçucu olan organik bileşikler, kalay, nikel ve kurşun gibi ağır metaller içerir. Elektronik sigaranın, sigarayı bırakmak için kullanımı FDA tarafından onaylanmamıştır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı bu türdeki ürünlerin reklam edilmesini, satışa çıkarılmasını ve pazarlamasını kısıtlamış, tıbbi ürün statüsünde görülmesini engellemiştir. Elektronik sigara, küresel anlamda ve ülkemiz çapında giderek kullanımı arttığı için önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ve toplumun elektronik sigara kullanımının verdiği zararlar konusunda eğitim alması, bu konuda duyarlı ve bilinçli davranış sergilemesi oldukça önemlidir (52).

2.11 SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ

2.11.1 Olguların Evrelendirilmesi

Sigara kullanımı, başlama, tamamen bırakma, devam etme, arada içme, bırakıp tekrar başlama gibi birbirinden farklı durumları barındıran kompleks bir davranıştır. Bu nedenle sigara bırakma tedavisiyle ilgili değişik yaklaşımlar bulunur. Bu yaklaşımlardan fayda görülebilmesi için, sigara içen bireyin doğru bir şekilde tanımlanıyor ve sınıflandırılıyor olması gerekir. Sigara bırakma ile ilgili etkin tedavi, sigara kullanımı konusundaki farklılıkları tanımlayan “Transtheoretical Model” ve “Agency for Health Care Policy Research” (AHCPR) tarafından yapılan Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Rehberi baz alınarak yapılmaktadır. “Transtheoretical Model”i ilk olarak Prochaska ve arkadaşları tanımlamıştır. Bu model, bireyin sigara bırakma konusunda tedaviye hazır olma durumunu belirlemek için yardımcı olan, beş basamaktan oluşan değişim sürecini içerir. Buna göre, sigara kullanan kişiler, bırakmadan önce, bırakma esnası ve bıraktıktan sonra olmak üzere beş evre arasında değişim gösterirler. (Tablo 3). Bu evrelerdeki kişilerin beklentileri büyük oranda değişkenlik gösterdiği için, bu konuda doktorun yaklaşımı da değişkenlik gösterir. Bu nedenle kişinin hangi evreye uygun olduğunun belirlenmesi çok önemlidir (9).

Tablo 2.3: Sigarayı Bırakmayla İlgili Evreler (9)

Bırakmayı düşünmeme (precontemplation)	Sigarayı bırakmak kişinin düşüncesinde bile yer almayabilir ve kişi sigara içmenin olumsuz bir davranış olduğu görüşüne katılmıyor olabilir.
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Kişi sigarayı bırakmayı düşünür fakat daha tam olarak kararını vermemiştir. Sigaranın insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerini araştırma ve sigara bırakma tedavisiyle ilgili bilgi toplama döneminde.
Bırakmaya hazırlık yapma (preparation/ready for action)	Kişi sigara bırakma konusunda kendisine yardımcı olacak bir program yapmıştır ve bu konuda strateji geliştirmiştir.
Bırakmayı deneme (action)	Kişi sigara kullanmayı bırakmıştır fakat bırakalı 6 ay olmamıştır.
Bırakma halinin devam etmesi (maintenance)	Birey sigara kullanmayalı 6 aydan fazla zaman geçmiştir.

Bırakmayı Düşünmeme: Sigara kullanan bireyin, sigara bırakmayla ilgili 6 ay içerisinde yapmış olduğu bir plan ve bu konuda davranış değişikliğine gitme düşüncesi yoktur. Sigaranın zararlarını düşünmemektedir ve kullanırken keyifli zaman geçirdiğine inanmaktadır. Sigaranın insan sağlığına vereceği zararlar konusunda bilgisi yoktur. Sigarayı bırakma konusunda da kendine güvenmez. Bu konuda okumak, insanlarla iletişime geçmek gibi sigarayı bırakmasına yardımcı olabilecek durumlardan uzak durur.

Bırakma düşüncesinde olma: Sigara kullanan birey, gelecek 6 ay içerisinde ciddi anlamda sigarayı bırakma düşüncesine sahiptir. Bıraktığı halde eline geçecek faydaları iyi bilir. Bu dönemde kişinin, sigarayla ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri neredeyse birbirine eşit durumdadır. Fakat bırakmayı geciktirmesine neden olan sebepleri daha çok düşünür. Sigarayı bırakma konusunda çaba göstermek için oldukça kararsızdır. Bu evreden bir sonrakine geçiş yapamamış, bırakma evresinde sabit kalmıştır.

Bırakmak için hazırlık yapma: Sigara kullanan birey, sigara içmenin meydana getirdiği riskler hakkında oldukça bilgilidir. 1 Ay içerisinde bırakmak için plan yapmıştır ve bu konuda küçük de olsa önemli adımlar atmıştır. Uygulamaya geçmek için bir program yapmıştır.

Bırakmak için deneme yapma: Sigara kullanan birey, sigarayı bırakmak için adım atmıştır. Farmakoterapiyle, psikososyal terapiyle, alternatif tıp yöntemleriyle ya da bu yöntemlerin birkaçını beraber uygulayarak sigara içmeye son vermiş olabilir. 6 aylık bırakma süresi henüz dolmamıştır. Nükslerin en çok görüldüğü dönem bırakmayı deneme dönemidir.

Bırakma halinin devam etmesi: Bu evrede olan birey, sigara içmeyeli 6 aydan uzun süre geçmiştir. Sigara kullanmayı bırakmış ve tekrar başlamak için çabalamaktadır. Bu konuda kendine güvenmeye başlamıştır fakat bu evre de nüksün fazlaca görüldüğü bir evredir. Bırakma konusunda başarılı olan kişiler, genelde daha önceden nüks durumunu yaşamış ve yukarıda bahsedilen evreler arası ortalama olarak 3 ya da 4 defa geçiş yapmışlardır. Sigara bırakma konusunda hastaya destek veren hekim, bu konuda hem motivasyonel görüşmeler yapmalı hem de etkin bir bırakma süreci için destek olmalıdır. Yapılan motivasyonel görüşmelerde bireyin motivasyon düzeyinin takip edilmesi, kişinin sigarayı bırakma konusunda harekete geçmesi için

çok önemlidir. Bu konuda yapılan çalışmalara göre, motivasyonu yüksek olan bireyler, motivasyonu düşük olanlara oranla daha yüksek başarı göstermişlerdir (9).

2.11.2 Sigara Bırakma Tedavisinde 5A 5R Kavramları

Psikososyal destekle farmakolojik tedavinin bir arada uygulanması, sigara bırakma tedavilerinde büyük oranda başarı elde edilmesini sağlamaktadır. Branş ayırt etmeksizin, her hekim karşısına çıkan her hastaya sigara içip içmediğini sormalıdır ve sigara kullanan bireylere bırakması için tavsiyelerde bulunmalı, kişinin motivasyonunu arttırmalıdır. Hekimlerin bu şekilde davranması, sigara bırakma tedavisinin ilk basamağında oldukça önem arz eder. Yine bütün hekimler, kendisine muayene olmak amacıyla başvuran hastalara, sigara bırakma konusunda etki tedavi yöntemlerinin bulunduğunu ve bu tedaviye nasıl erişebileceklerini anlatmalıdır. Eğer hasta sigara bırakma konusunda istekli değilse mutlaka o kişiyle motivasyonel görüşmeler yapıp kişiye destek verilmelidir. Yapılan araştırmaların sonucuna göre, hastaneye hangi sebeple olursa olsun başvurmuş hastalara yapılan 3 dakika kadar süren bir konuşmanın bile sigara bırakma oranlarında belirgin artışa sebep olduğu saptanmıştır. Sigarayı bırakmak için istekli olan hastalara birazdan bahsedilecek olan 5A, Bırakmak için istekli olmayan hasta gruplarına ise 5R metodunun uygulanması önerilmektedir.

Tablo 2.4: Sigara Bıraktırmada 5A (5Ö) stratejisi

5A (5Ö)		
Adım 1 (A1)	Ask	Öğren
Adım 2 (A2)	Advise	Öner
Adım 3 (A3)	Assess	Ölç
Adım 4 (A4)	Assist	Önderlik Et
Adım 5 (A5)	Arrange	Örgüt

2.11.2.1 5A (5Ö) stratejisi

(A1) Adım 1: Öğren

Hastaneye başvuru sebebi ne olursa olsun, her hastada sigara içip içmediği sorgulanmalıdır. Sigara kullanmaya ne zaman başlamış? Kullanılı kaç yıl

olmuş? Bir gün içerisinde kaç paket tüketiyor? Sorulmalı ve bu bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

(A2) Adım 2: Öner

Sigara kullanan hastalara mutlaka sigarayı bırakması için önerilerde bulunulmalıdır. Bu öneriler, belirgin, güçlü ve kişiye has olmalıdır. Kişiye özel olarak sorgulanması gerekenler; hastanın aktif şikayetinin olup olmadığı, şu anki sağlık durumu, sigara kullanmanın kişinin bütçesine olumsuz etkisi, kişinin pasif sigara dumanına maruz bıraktığı aile üyeleri ve sigaradan kurtulunca sağlığı üzerine olacak olumlu etkiler hakkındaki bilgisidir.

(A3) Adım 3: Ölç

Sigara kullanan hastalara, sigarayı bırakmak isteyip istemediği mutlaka sorulmalıdır. Bırakma düşüncesi varsa ve bu konuda istekliyse hastaya destek olunmalıdır. Hasta bırakmayı düşünmüyor ve bu konuda isteği de yoksa 5R stratejilerinin uygulanması gerekir. Bırakmayı düşünen hastaların neden bırakmak istediği irdelenmelidir. Ayrıca hastanın nikotine olan bağımlılığını ölçen Fagerström testi hastaya uygulanmalıdır. Yapılması mümkünse de karbonmonoksit ölçümünün yapılması tavsiye edilir. Hasta daha önceleri de bırakmaya çalışmışsa bu süreç detaylıca sorgulanmalıdır. Bu dönemde yaşanan zorluklar, en uzun ne kadar süre bırakılmış, herhangi bir tedavi alınıp alınmadığı sorulmalı ve kayda geçirilmelidir.

(A4) Adım 4: Önderlik Et

Sigara kullanan bireyle oturup karşılıklı bir bırakma programı yapılmalıdır. Bu şekilde bir program yapılması kişinin motive olmasını sağlar. Hastanın yakınlarından olan aile, arkadaş, iş ortamındaki arkadaşlar ve hastanın yakın çevresindeki kişilerle alınan bu bırakma kararı paylaşılmalı ve onların da destek olması sağlanmalıdır. İlk 3-4 hafta içerisinde huzursuzluk, titreme, baş ağrısı, gerginlik, kabızlık, düşünceleri toplama güçlüğü, depresif ruh hali veya bazen de aşırı neşelenme durumu, aşırı tepki verme eğilimi, iştah artması, sinirlilik, yorgunluk, depresyon, sigara kullanmaktan zevk alma gibi nikotin yoksunluk semptomlarında artış görülebilir. Hastaya bu durumlar detaylıca anlatılmalı ve nasıl baş edileceği konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Hastanın yaşadığı çevrede, kendisine sigarayı anımsatan eşyaların olmaması bu süreçte çok önemlidir. Hastanın farklı aktivitelere

yönelmesi de teşvik edilip tekrar sigaraya başlamasının önüne geçilmelidir. Sigara bırakılmaya karar verildiyse, en son içilen günden sonra bir daha sigara içilmemelidir. Bu süreçte alkol de kullanılmamalıdır. Alkol en önemli nüks nedenlerinden biridir. Hastaya sigarayı kolayca bırakması ve bıraktıktan sonra bir daha içmemesi için, sigaranın zararlarını ve bırakılması durumunda insan sağlığına olan olumlu etkilerini içeren kaynaklar tavsiye edilmelidir. Bu kaynaklar seçilirken kişinin sosyokültürel seviyesi, eğitim düzeyi ve yaşı dikkate alınmalıdır. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu'nun hazırladığı kitapçıklar ve www.dumansizhayat.org bu konuda oldukça yardımcı olabilecek kaynaklardır.

(A5) Adım 5: Örgüt

Hastaları yakın takip etmek, telefon yoluyla ya da karşılıklı oturup konuşmak bu aşamada oldukça önemlidir. Her görüşmede hastanın hangi aşamada olduğu detaylıca sorgulanmalı, hastanın katettiği mesafeler için hasta tebrik edilip teşvik edilmelidir. Hastanın bu süreçte karşısına çıkan zorluklar sorgulanmalı ve nasıl mücadele edeceği konusunda hastaya destek verilmelidir. Hasta sigarayı bırakmış ve tekrar içmeye başlamışsa buna sebep olan durumlar araştırılmalıdır ve tamamen bırakabilmesi için hastaya yardımcı olunmalıdır. Hastanın sigara bırakmak için kullandığı ilaçların etkinliği değerlendirilmeli gerekiyorsa dozları tekrar ayarlanmalıdır (9).

2.11.2.2 5R stratejisi

Sigarayı bırakmak için hevesli olmayan hastalarda 5R stratejisi uygulanmalıdır.

Tablo 2.5: Sigara Bıraktırmada 5R Stratejisi

5R		
R1	Relevance	İlişki
R2	Risks	Riskler
R3	Rewards	Ödüller
R4	Roadblocks	Engeller
R5	Repetition	Tekrar

(R1) İlişki:

Kişinin sigara kullanması sonucu oluşabilecek olumsuz durumlar bireyin sahip olduğu şartlar da göz önünde bulundurularak hastaya anlatılmalı ve bu olumsuz etkilerden kurtulmak için hasta sigarayı bırakmak için cesaretlendirilmelidir. Hastanın kronik bir hastalığı varsa sigara kullanımına devam edildiği takdirde prognozunun kötü seyirli olacağı anlatılmalıdır. Pasif sigara dumanı maruziyeti sonucu ailesine, varsa çocuklarına zarar verebileceği de vurgulanmalıdır. Sigaranın kişinin bütçesine verdiği zarar da göz ardı edilmemelidir. Kişinin gerçekten istese sigarayı bırakabileceği, bırakma işinin kendisine bağlı olduğu anlatılmalı ve daha önce bırakmayı denediyse karşılaştığı zorluklar irdelenmelidir.

(R2) Riskler

Sigara kullanan bireye sigara tüketiminin yakın zamanda ve ileriye yönelik oluşturacağı zararlar ve meydana getireceği hastalıklar anlatılmalıdır. Düşük nikotin içeren ya da içinde düşük katran barındıran sigara tüketiminin de risk oranını değiştirmeyeceği vurgulanmalıdır. Sigara içimine devam edilmesi halinde oluşabilecek hastalıklar konusunda da kişi bilgilendirilmelidir.

R3) Ödüller

Sigara kullanmayı bıraktığında, kendisine dokunabilecek faydalar hastaya anlatılmalıdır. Sağlık durumunda oluşacak iyileşme haliyle ilgili olarak da hasta aydınlatılmalıdır (9).

2.11.3 Sigarayı Bırakmanın Olumlu Etkileri

2.11.3.1 Sağlık Açısından Olumlu Etkileri

Sigara bırakıldıktan sonraki 20. dakikada; nabız, kan basıncı ve vücut ısısı normale aralığa gelir. 24. saatte; kandaki karbonmonoksit (CO) düzeyi hızlı bir şekilde düşer. 2 hafta - 3 ay sonra; efor kapasitesinde artış görülür. Hastanın öksürük şikayeti varsa zamanla azalma görülür ve 3 ay içerisinde tamamen kaybolur. Balgam varsa onda da 2 hafta içerisinde %50 azalma görülür. Nefes alıp vermek hasta için daha rahat bir hale gelir. Koku ve tat duyusu da normal hale gelir. Kişinin immunitesinde artış gözlenir. Kişi kendisini daha güçlü ve dirayetli hisseder. Sigara içmeyle dişlerde oluşan sarı

lekelerde azama görülür ve zamanda kaybolur. 1. yılda; sigara kullanan bireylerde kalp krizine yakalanma oranı giderek azalır, birinci yılın sonunda bu risk %50 oranına düşer. Buerger ve SVO gelişme olasılığı %30-50 oranında düşer. KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı) ve astım gibi akciğeri etkileyen hastalıkların oluşumu yavaşlar ve tamamen durabilir. 5. yılda; ağız, larinks, yemek borusu, mesane kanseri riski %50 oranında düşer. 10. Yılda; inme geçirme riski daha önceden hiç sigara kullanmayan bireylerle aynı seviyeye gelir. Akciğer, ağız, larinks, yemek borusu, mesane, böbrek, pankreas kanseri oranı giderek azalır. 15. yılın sonunda; koroner arter hastalığı ve MI geçirme riski hiç sigara içmeyenlerle aynı seviyeye gelir.

2.11.3.2 Sigarayı Bırakmanın Sosyal Yararları

Kişi sigarayı bırakınca evde kendisiyle birlikte yaşayan bireyler, iş arkadaşları ve arkadaş çevresi de pasif sigara dumanına maruz kalmamış olur. Çocukları varsa onlar için de iyi bir örnek teşkil eder ve pasif sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak ortaya çıkabilecek hastalıklara karşı çocuklarını korumuş olur. Sigara dumanının sinmesi nedeniyle evde arabada ve kişinin kıyafetleri üzerinde oluşan kötü kokunun da önüne geçilmiş olur.

2.11.3.3 Ekonomik Yararları

Kişi sigara içmeyi sonlandırdığında, sigaraya ayırdığı bütçe kendi harcamalarına kalacağı için maddi yönden de kazanç sağlanmış olur. Sigara kullanmanın neden olduğu hastalıklar ve bunların tedavisi için gereken sağlık harcamaları da azalmış olacaktır (39).

(R4) Engeller

Kişinin sigarayı bırakmasına engel olacak durumlar sorgulanmalı ve bunlarla baş edebilmesi için hastaya yardımcı olunmalıdır. En sık karşılaşılan engeller yoksunluk belirtilerinin görülmesidir. Bu belirtiler sigara bırakıldıktan sonraki 2 ila 3 hafta içerisinde ortaya çıkar ve sonrasında ortadan kaybolur. Bu belirtiler; uykusuzluk veya uykuya olan eğilimin artması, huzursuzluk, titreme hali, baş ağrısı, gerginlik, dikkati toplamakta güçlük, kabızlık, depresyon, olaylar karşısında abartılı tepkiler verme, öfori, yorgunluk, iştahta artış, ağızda kuruluk ve ağız içi yaraların oluşması, başarılı olamama korkusu, kilo artışı, kendin yalnız hissetme, sigara içmekten zevk alma,

sigara içenlerle aynı ortamı paylaşma ve tedavinin etkinliğinden habersiz olmadır (39).

(R5) Tekrar

Sigara bırakma konusunda istekli olmayan hastalarla, her başvurularında motivasyonel görüşme yapılmalı, tekrardan hasta heveslendirilmelidir. Önceleri defalarca deneyip de bırakamamış hastaların bundan sonraki bırakma girişimlerinde başarıyı yakalayabilecekleri anlatılmalıdır. Sigarayı bırakmamanın kolay olmadığı ve bir kaç defa deneme sonrası mümkün hale geleceği söylenmelidir.

2.11.4 Sigarayı Yeni Bırakanlar

Sigara içmeyi yeni bırakan bir kişiyle karşılaşıldığında kişi bu başarısından dolayı tebrik edilmeli ve aynı şekilde devam etmesi için teşvik edilmelidir. Kişinin sağlığına nasıl bir katkısının olacağı anlatılmalıdır. Bu aşamada kişinin karşısına çıkabilecek riskler, yoksunluk semptomları ve bunlarla başa çıkma yolları konusunda kişi aydınlatılmalıdır (9).

2.11.5 Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler

Sigara kullanan kişinin kendisine sigarayı hatırlatacak bazı faktörler bulunmaktadır. Alkol, çay ve kahve tüketimi, yemek sonrası sigara kullanma alışkanlığı, içilmediğinde öfkeli bir hale gelme durumu, içildiğinde sevinç ve neşeyle dolma, stres, gerginlik ve üzüntülü durumlarda sigarayı arkadaş gibi görme bu faktörlerin bir kısmını oluşturmaktadır. Kişinin yakınında kendisine sigarayı hatırlatacak sigara paketi, çakmak, izmarit, kül tablası gibi görselliğe hitap eden şeylerin bulunması da kişinin sigara bırakma sürecini zora sokmaktadır. Ayrıca kişinin, sigara içilen ortamlardan uzak durması, kaldığı evde sigara kullanan biri varsa buna bir çözüm bulunması gerekmektedir. Sigarayı bırakmaya çalışan kişinin kendisinde tekrar içme isteği uyandırabilecek şeylerden uzak durması gerekmektedir. Bu konuda uygulanması gereken en önemli davranışsal öneriler: Kişiye sigarayı hatırlatacak görsel faktörler (kül tablası, sigara paketi, kibrit, çakmak, izmarit vs) kişinin görebileceği alanlardan uzak tutulmalıdır. Kişide sigara kullanmama sonucu kişide üzüntü, sinirlilik, öfke gibi duygusal durumlar meydana geldiğinde sayı sayması, derin bir nefes alıp vermesi, kısa mesafede

yürüyüş yapma ya da yer değişikliği ve su içmesi önerilmelidir. Kişinin sigara içmeyle özdeşleşen durumlardan uzak durması gerekir. Mesela sigara içerken oturduğu koltuk, sandalye gibi eşyalar varsa bunların yeri değiştirilmelidir. Daha önceden sigara içilen odanın güzelce temizliğinin yapılması, çarşaf, perde, koltuk ve yastık kılıflarının temizlenmesi, arabada içildiyse arabanın içinin temizlenmesi gerekmektedir. Ayrıca kişi çevresine sigarayı bırakma konusunda kararlı olduğunu söylemelidir. Birlikte sigara içtiği arkadaşları varsa onlara artık sigara kullanmak istemediğini ve bu konuda deneme aşamasında olup kendilerinden anlayış beklediğini kişi kararlı bir şekilde dile getirmelidir. Kişiye sigarayı hatırlatacak davranışsal faktörler arasında da alkol içme, çay ve kahve tüketme ve yemek sonrası sigara kullanma alışkanlığı yer almaktadır. Sigara bırakmaya hazırlık aşamasında gerekirse kişi bu alışkanlıklarından bir süre uzak durmalıdır. Sigara bırakıldıktan sonra da ağız içi pH seviyesini nötr hale getirmek amacıyla bol su içmek, seker içermeyen sakız çiğnemek gibi yöntemler uygulanabilir. Sigarayı bırakma süreci içinde olan bir birey yoksunluk semptomlarından korkabilir. Ağız içinde yara oluşumu, kabızlık, kilo alma endişesi bu korkulardan bazılarıdır. Bu korkulara karşı önlem alındığı takdirde bırakma süreci daha rahat geçer. Yoksunluk semptomlarından olan ağız içi yara oluşumu için gereken farmakoterapi nikotin sakızının tüketilmesidir. Kabızlık durumu için posalı yiyecekleri tüketilmesi ve kabızlığın devam etmesi halinde çok güçlü olmayan laksatiflerin kullanılması önerilebilir. İştah artışına karşı da bol su içerek bu isteğin baskı altında tutulması, aynı zamanda kalorisi düşük besinlerle beslenilmesi tavsiye edilebilir. Kilo artışının önüne geçilebilmesi için de kişi her zaman yediği miktarın üçte ikisini tüketmeye başlamalıdır ve günlük egzersiz planı uygulanmalıdır (9, 53, 54).

2.11.5.1 Motivasyonel Görüşme Teknikleri

Kişiyle empati kurabilme ve kişinin önem verdiği sağlık, bütçe, aile ve arkadaş gibi şeylerle sigaranın ilişkisin kurmak motivasyonel görüşmenin temel noktalarından birini oluşturur. Kişinin sigara bırakma konusundaki direncini en aza indirmek ve kişinin bırakma sürecindeki etkinliğini arttırmak da diğer temel noktalardır (59). Motivasyonel görüşmede odak noktası kişiyi kendisi olmalıdır ve kişi güzelce dinlenmelidir. Hekimin sürekli araya girip hastanın konuşmasına izin vermemesi süreci yavaşlatır.

Motivasyonel görüşmede hekimler kişinin sigara kullanmayla ilgili duygu ve düşüncelerine, değerlerine anlayışlı bir şekilde yaklaşmalıdır. Sigaranın tamamen bırakılması bir süreç olarak görülmeli ve bu dönemde bırakıp sonrasında tekrar başlama gibi durumların sıkça yaşanmasının normal görülmesi gerekmektedir. Ne olursa olsun kişiye karşı anlayışlı ve pozitif davranılmalı, eleştirel ve yargılayan tavırlara girilmemelidir. Hastayla yapılan her görüşmede içinde bulunulan durumdan daha iyisine gelebilmek hedeflenmeli ve bunun için çabalanmalıdır (9).

2.11.6 Farmakolojik Tedavi

2.11.6.1 Nikotin Replasman Tedavisi

Nikotin bağımlılığı ve nikotin yoksunluk sendromuyla mücadelede içinde nikotin barındıran ilaçların kullanılması en sık kullanılan farmakoterapi yöntemidir(55). NRT(nikotin replasman tedavisi) yöntemleri içerisinde nikotin bandı, nikotin sakızı, transdermal bant, nazal sprey, nikotin inhaler, sublingual tablet ve nikotin pastil formları bulunmaktadır. Türkiye’de ruhsatlı olarak piyasada satılan formları transdermal bant, nikotin sakızı ve pastil formlarıdır. Ülkemizde bulunan formları ise transdermal bant, nikotin sakızı ve pastildir (55). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi’nin sonucunda bağımlılık düzeyi orta ve ileri düzeyde saptanan bireylerde nikotin replasman tedavisi daha iyi sonuçlar vermektedir. Bu kişiler, günde 15 adetten fazla sigara tüketiyorsa ya da bağımlılık düzeyi hafif olmasına rağmen sigarayı bırakmak için denediği diğer tedavi yöntemlerinden etkin bir fayda sağlayamadıysa bu kişilerde nikotin replasman tedavisine geçilir. Tedavinin kesilmesi gerektiğinde ise genellikle 2-8 haftalık aralıklarla azaltılarak tedavi sonlandırılır. Bu azaltma sürecinde de yoksunluk semptomları yakından takip edilmelidir ve bu semptomlarda belirgin bir azalma görülmesi beklenir (9). Nikotin replasman tedavisinde kullanılan Nikotin formları tabloda detaylı bir şekilde anlatılmıştır.

Tablo 2.6: Nikotin Replasman Tedavisinde Kullanılan Nikotin Formları (9).

Preparatlar	Doz	Kullanım süresi ve şekli
Nikotin Sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin Bandı	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz başlanır
Nikotin nazal sprey	0.5 mg/puf nikotin 10-40 püskürtme/gün	Saatte 1-2 doz Azami 5 doz
Nikotin sublingual tablet	2 mg'lık tabletler	Saatte 1 tablet Tabletler alındıktan 20 dk sonra atılmalı
Nikotin pastil	1 mg 2 mg 4 mg	Saatte 1 pastil Günde 15 ve üstü pastil Pastil alındıktan 30 dk sonra atılmalıdır
Nikotin inhalatör	Her kartuş 10 mg nikotin içermekte	6 inhalatör kartuş/gün kullanılmalı Her saat, 20 dk kullanılmalı

2.11.6.2 Bupropion Tedavisi

Farmakoterapide kullanılan bir diğer ajan bupropiondur. Aynı zamanda antidepresan olarak kullanılan bupropion aminoketon yapısında olan nontrisiklik bir antidepresandır. Bupropion nikotin yoksunluk sendromunda oluşan belirtileri azaltır ve sigara bırakma tedavisine büyük oranda katkı sağlar. Bu etkisini mezolimbik sistemdeki dopaminin ve lokus serelousta noradrenalinin geri alımını inhibe ederek gerçekleştirir (56). Bupropionun tabletleri 150 mg'lıktır. Tedavi edici dozu günlük 300 mg'dır. Önerilen tedavi süresi Avrupa'da 7 ila 9 hafta iken Amerika ve Kanada'da 7-9 haftadır (57). Fakat hekim hastanın ihtiyacına göre bu tedaviyi daha uzun süre verebilir. Bupropionun 2-3 yıl gibi süreyle kullanılmasında bile sakınca görülmemiştir. Kronik depresyonun tedavisinde de gerekli durumlarda 2-3 yıl güvenli bir şekilde kullanılabilir (57). Bupropion tedavisi verilirken sigara bir anda kesilmez, bir müddet sigarayla beraber hasta bupropion kullanır. Tedavinin ilk 3 günü 150 mg, 4.günden itibaren de 300 mg (150 mg'lık tabletlerden günde 2 defa olacak şekilde) olacak şekilde ilaç dozu düzenlenir.

Tedavinin başlangıcından itibaren olan 7-14 gün arasındaki bir gün sigara bırakmak için hedef günü seçilir ve bu günden itibaren sigara içilmemesi planlanır. Bu süreçte günlük alınan ilaç dozu 300 mg'ın üzerinde olmamalıdır. Bu şekilde hasta 7 hafta boyunca tedavi edilir. Tedaviye rağmen hastada anlamlı bir sonuç elde edilemiyorsa bupropion bırakılmalıdır (58).

2.11.6.3 Vareniklin Tedavisi

Vareniklin, alkaloid sistisin bitkisinin modifiye edilmesiyle oluşmuştur. Nikotinik reseptörlerin $\alpha 4$ ve $\beta 2$ subünitelerine parsiyel agonist olarak bağlanır. $\alpha 4$ ve $\beta 2$, nikotin bağımlılığında ve aşırı sigara içme arzusunun oluşmasında rolü olan subünitelerdir. Vareniklin agonist ve antagonist etkisiyle nikotin bağımlılık düzeyinde azalmaya sebep olurken yoksunluk belirtilerinin de görülmesine engel olur (59, 60). Vareniklin tedavisi alan hastalar bir yandan sigara kullanmaya devam ederken bir yandan da vareniklin kullanırlar. Tedavi ilk 3 gün için 0,5 mg, 1x1 4-7.günler arasında da 0,5 mg 2x1, 8-14 günlerde de 1mg dozuyla devam edecek şekildedir. Hastaya 8-14. günler arasında bir gün seçip sigarayı bırakması söylenir. Sigara bırakma günü olarak 7. gün önerilse de 8-14. gün arasında herhangi bir gün de hastanın bırakmış olması kabul edilebilir bir durumdur. Tedavi 2x1mg olarak 12 haftaya tamamlanır. Vareniklin tedavisinde karşımıza çıkan en sık yan etki mide bulantısıdır. Uykusuzluk, anormal rüyalar görme, baş ağrısı, gastrointestinal yan etkiler de görülebilecek diğer yan etkiler arasındadır. Gebelerde ve laktasyon döneminde olan kadınlarda kullanımı uygun görülmemiştir. Vareniklin kullanımı sonrasında nöropsikiyatrik semptomlarda da artış görülebilmektedir. Bu nedenle hastalar, ajite olma hali, depresyon, suisid girişimi, mevcut psikiyatrik hastalığın alevlenmesi gibi durumlar hakkında uyarılmalıdır. Sigara içildiğinde de bu tür semptomlarda artma görüldüğü için, bu tarz durumların ilaç kaynaklı mı yoksa sigara kaynaklı mı olduğu tartışmaya açıktır. Bu sebeple tedavi altında olan hastalar yakın çevreleri ve doktorları tarafından dikkatle takip edilmelidir. Şizofreni, bipolar ve majör depresyon tanıları olan hastalarda vareniklin tedavisi hastalık remisyondayken ve yakın takiple izleniyorsa kullanılabilir. Aksi takdirde, aktif psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda vareniklin kullanımı önerilmez (61, 62).

Tablo 2.7. Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan İlaçların Yan Etki ve Kontrendikasyonları (9)

İlaç	Kontrendike Olduğu Durumlar	Çok Yaygın Yan Etkiler	Yaygın Görülen Yan Etkiler
Nikotin Sakızı	Miyokard infarktüsü Unstabil anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tat, ağızda irritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız diş problemleri	Göğüs ağrısı, terleme, diyare,
Nikotin bant	Aktif ya da son bir ay içinde miyokard infarktüsü öyküsü, unstabil anjina ve aritmî, gebeler ve süt emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant allerjisi, yaygın deri hastalığı varlığı	Uygulama yerinde alerjik reaksiyon, kızarıklık ve kasıntı	Ödem ve yanma hissi Bulantı, baş ağrısı, aritmî, taşikardi, kas ağrısı, emosyonel değişiklikler, sersemlik, uyku bozuklukları
Bupropion	Konvulziyon eşğini düşüren ilaç kullanımı, MSS travması öyküsü, Kontrolsüz hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, Anoreksi ya da bulumia gibi yeme bozuklukları, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı sigara içimi, Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı	Uykusuzluk (insomnia) Baş ağrısı Baş dönmesi Ağız kuruluğu, bulantı ve kusmayı içeren mide-barsak sistemiyle ilgili (gastrointestinal) rahatsızlıklar	Titreme (tremor), sersemlik, tat alma bozuklukları Konsantrasyon bozukluğu Görme bozukluğu Kurdeşen (ürtiker) gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları Döküntü, kaşıntı, terleme İştahsızlık (anoreksi) Karın ağrısı (abdominal ağrı), kabızlık (konstipasyon) Ateş, kuvvetsizlik (asteni)
Vareniklin	Varenikline alerjik durum, Terminal dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir	Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık, uyku güçlüğü	İştah artışı, tat almada değişiklik, ağız kuruluğu, uyku hali, yorgunluk, bas dönmesi, kusma, kabızlık, ishal, siskinlik hissi, mide rahatsızlığı, hazımsızlık, mide/bağırsakta gaz

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma, 01.01.2022 - 30.06.2022 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde yapılmıştır.

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde 01.01.2022-30.06.2022 arasında görev yapmakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Evrenin hedef kitlesi, hastanede çalışan 355 asistan hekimdir. Amacımız hedef kitlenin tamamına ulaşabilmektir. Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan asistan hekimlerden 251'i (hedef kitlenin %71'i) çalışmaya gönüllü olarak katıldı kabul etti ve çalışmaya dahil edildi.

3.4 ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- Anketi gönüllü olarak doldurmuş olmak
- Belirtilen tarihler arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde asistan hekim olarak çalışıyor olmak

3.5 ARAŞTIRMADA DIŞLAMA KRİTERLERİ

- Anketi cevaplamaya gönüllü olmamak
- Belirtilen tarihler arasında başka bir kurumda görevlendirilmiş olmak

- Gebelik, Askerlik, Ücretsiz izin, yıllık izin ve raporlu olmak

3.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veri toplamak amacıyla online anket formu kullanıldı. Bu anket oluşturulurken literatürden faydalanıldı. Oluşturulan anket formu tüm katılımcılara internet aracılığıyla ulaştırılmıştır.

Anket 4 bölümden ve 35 sorudan oluşmaktadır. Ankette Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 8 adet, asistan hekimlerin sigara bıraktırma tedavisinde hastalara karşı olan tutumlarıyla ilgili 18 adet, farmakoterapiyle ilgili 3 adet soru ve sigara içen asistan hekimlerin bağımlılık düzeyini ölçen, 6 sorudan oluşan Fagerström nikotin bağımlılık testi bulunmaktadır.

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT): İlk kez 1978'de Fagerström, Fagerström Tolerans Testi'ni önermiştir. Bu test 1991'de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. tarafından yapılmış ve orta derecede güvenilir bulunmuştur ve dikkat edilmesi gereken sorulara dikkat değinilmiştir (63).

Çalışmada bu test, sigara kullanan asistan hekimlerin nikotin bağımlılığını ölçmek amacıyla kullanıldı. FNBT 6 sorudan oluşmakta olup, sorulara verilen cevaplara göre puan verilmektedir. Maksimum 10, minimum 0 puan alınmaktadır. 0-2 puan: Çok az bağımlı; 3-4 puan: Az bağımlı; 5 puan: Orta derecede bağımlı; 6-7 puan: Yüksek bağımlı; 8-10 puan: Çok yüksek bağımlı olarak derecelendirilmektedir.

3.7 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışma verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 ve MedCalc 20.110 programları ile analiz edildi. Numerik veriler ortalama $\pm$ standart sapma, frekans veriler ise yüzde olarak ifade edildi. Frekans veriler için ise Pearson Chi-square ve Fischer's Exact testleri kullanıldı. Frekans veriler için üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise çok gözlü ki-kare testi kullanıldı. Çok gözlü Ki-kare testi sonrası üç ve daha fazla grubun

karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkması durumunda, farkın kaynaklandığı grubu saptamak için yapılan post-hoc analizde Bonferroni Ki-kare Rezidüel Analiz yöntemi kullanıldı. Tüm hipotezler iki yönlü olarak kuruldu ve alfa kritik değeri 0,05 olarak kabul edildi.

3.8 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Bu çalışmanın yapılabilmesi T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 12.01.2022 tarihli ve 2021/0716 sayılı karar numarası ile çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.



BULGULAR

4.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİ

Çalışma 251 asistan hekim üzerinden yürütülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerden %38,2 (n:96)'si erkek, %61,8 (n:155)'ünü kadın hekimler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 24 ile 38 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $28,6 \pm 2,1$ 'dir. Katılımcıların mesleklerinde çalışma süresi 1 ile 10 yıl arasında değişmekte olup ortalama $3,96 \pm 1,9$ 'dur. Araştırmaya katılanların çalıştığı asistanlık bölümü sorgulandığında %66,1 (n:166)'inin dahili tıp, %25,8 (n:65)'inin cerrahi tıp, %8,1 (n:20)'inin temel tıp bölümünde çalıştığı görüldü. Katılımcıların sigara kullanma durumu incelendiğinde %17,9 (n:45)'unun düzenli olarak sigara içtiği, %14,3 (n:36)'ünün nadiren içtiği, %4,8 (n:12)'inin bıraktığı, %62,9 (n:158)'unun hiç sigara içmediği saptandı. Katılımcılara ne kadar süredir sigara kullandıkları sorulduğunda alınan cevaplar $3,8 \pm 4,3$ şeklindeydi. Kaç paket yıl içtikleri sorulduğunda ise 2(0,45-6) olarak bulunmuştur. Çalışma grubunu oluşturan tüm asistan hekimlerin ailesinde ve çevresinde sigara içenlerin olup olmadığı sorgulandığında hekimlerin %1,6'sı (n:4) eşinin %0,8'i (n:2) babasının, %2'si (n:5) kardeşlerinin %21,1'inin (n:53) arkadaşlarının, %6'sı (n:15) diğer kişilerin (amca, dayı, teyze, dede, nine) sigara kullandığını, %61'i (153) sayılan seçeneklerden en az ikisinin de kendisine uygun olduğunu ve %7,6'sı (n:19) ailede ve çevresinde hiç kimsenin sigara kullanmadığını belirtti (Tablo 4.1, Tablo 4.2). Asistan hekimlerin sigara içmesiyle, aile ve çevresinden sigara içen birinin bulunması arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p:0,001$).

Tablo 4.1: Çalışmaya Katılan Asistan Hekimlerin Tanımlayıcı Verileri

Değişken	ort±SS
Yaş	28,6±2,1
Meslekteki yıl	3,96±1,9
Ne Kadar Süredir ve Günde Kaç Paket İçiyorsunuz?	3,8±4,3 2 (0,45-6)*
N (%)	
Cinsiyet	
Kadın	155 (61,8)
Erkek	96 (38,2)
Sigara İçme Durumu	
Bıraktım	12 (4,8)
Düzenli İçiyorum	45 (17,9)
Hiç İçmedim	158 (62,9)
Nadiren İçiyorum	36 (14,3)
Aile ve Çevrede Sigara İçenler	
Eşim	4 (1,6)
Babam	2 (0,8)
Kardeşlerim	5 (2)
Diğer (amca, dayı, hala, teyze, dede, nine)	15 (6)
Arkadaşlarım	53 (21,1)
Yukarıdakilerin en az ikisi	153 (61)
Hiç Kimse	19 (7,6)

Kısaltmalar: ort: ortalama; SS: standart sapma

*Median (Interquartile Range)

Tablo 4.2: Katılımcıların uzmanlık alanları

Değişken	ort±SS
Acil Tıp	19 (7,6)
Aile Hekimliği	55
Anestezi	2 (0,8)
Beyin Cerrahisi	3 (1,2)
Cildiye	10 (4)
Çocuk Cerrahisi	3 (1,2)
Çocuk Psikiyatrisi	2 (0,8)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	25 (10)
Dahiliye	40 (15,9)
Enfeksiyon Hastalıkları	8 (3,2)
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1 (0,4)
Fizyoloji	1 (0,4)
Genel Cerrahi	3 (1,2)
Göz Hastalıkları	6 (2,4)

devam ediyor.

Tablo 4-2 önceki sayfadan devam ediyor.

Değişken	ort±SS
Halk Sağlığı	6 (2,4)
Histoloji ve Embriyoloji	1(0,4)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	30(12)
Kardiyoloji	5(2)
Kardiyovasküler Cerrahi	4(1,6)
Kulak Burun Boğaz	5(2)
Nöroloji	5(2)
Psikiyatri	4(1,6)
Radyoloji	1(0,4)
Su Altı Hekimliği	1(0,4)
Tıbbi Genetik	2(0,8)
Tıbbi Patoloji	4(1,6)
Üroloji	4(1,6)

4.2 HEKİMLERİN SİGARA BIRAKMA KONUSUNDA DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan asistan hekimlerde sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranışın ölçülmesi için katılımcılardan bazı soruların yanıtlanması istendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Asistan Hekimlerin Sigara Bıraktırmaya Karşı Davranış Durumu

	Her zaman n(%)	Sıklıkla n(%)	Bazen n(%)	Az n(%)	Hiç n(%)
Hastalarımın Sigara İçip İçmediklerini Sorarım	22(8,8)	124(49,4)	79(31,5)	21(8,4)	5(2)
Sigara İçen Hastalara Sigarayı Bırakma Düşüncesini Sorgularım	16(6,4)	91(36,3)	93(37,1)	28(11,2)	23(9,2)
Hastalarımın Sigara Bırakmayı Öneririm	52(20,7)	119(47,4)	53(21,1)	20(8)	7(2,8)
Sigara İçmeyen Hastalarımın Olumlu Geri Bildirimde Bulunurum	19(7,6)	90(35,9)	68(27,1)	25(10)	19(7,6)
Sigarayı Bırakan Hastaların Hangi Yöntemle Bıraktığını Sorgularım	7(2,8)	53(21,1)	73(29,1)	57(22,7)	61(24,3)
Sigarayı Bırakan Hastalarımın Olumlu Geri Bildirimde Bulunurum	69(27,5)	94(37,5)	49(19,5)	23(9,2)	16(6,4)

devam ediyor.

Tablo 4-3 önceki sayfadan devam ediyor.

	Her zaman n(%)	Sıklıkla n(%)	Bazen n(%)	Az n(%)	Hiç n(%)
Hastalarımı Sigaranın Zararları ve Neden Olduğu Hastalıklar Hakkında Bilgilendiririm	17 (6,8)	107 (42,6)	76 (30,3)	36 (14,3)	15 (6)
Sigara İçen Hastalarımı Sigara Bıraktırma Polikliniğine Yönlendiririm	8 (3,2)	58 (23,1)	77 (30,7)	58 (23,1)	50 (19,9)
Sigara İçen Hastaları Sigara Bırakma Yöntemleri Hakkında Bilgilendiririm	3(1,2)	32(12,7)	87(34,7)	65(25,9)	64(25,5)
Pasif İçicilik Konusunda Bilgilendiririm	11(4,4)	62(24,7)	70(27,9)	53(21,1)	55(21,9)
Hastaları Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Danışma Hattı 171 ile İlgili Bilgilendiririm	1(0,4)	26(10,4)	44(17,5)	68(27,1)	112(44,6)

Hekimlere, hastalara sigarayı bırakmayı önerme konusundaki engelleri sorulduğunda; %41'i seçenekler arasında kendine engel olan tek bir faktörü işaretledi. Tüm katılımcıların %6,5'i (13) alışkanlık eksikliği olduğunu, %1'i (2) bunun kendi işi olmadığını düşündüğünü, %1'i (2) sigara bırakma tedavisine inanmadığı için önermediğini, %3'ü (6) yeterince bilgi ve tecrübe sahibi olmadığını, %29,5'i (59) zaman yokluğu nedeniyle öneride bulunamadığı belirtti. %59'u (118) ise seçenekler arasında hastalara sigarayı bırakmayı önermek için kendisine engel olan birden fazla şıkkı işaretledi.

"Hastalarım sigara içip içmediklerini sorarım" ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamışken (p:0,834) sigara içme durumuna bakıldığında sigara içmeyen hekimlerin hastalarına sigara bırakmayı içenlere oranla daha fazla sorduğu saptanmıştır (p:0,005).

"Sigara içen hastalara sigarayı bırakma düşüncesini sorgularım." Sorusuna alınan yanıt ile asistanlık bölümleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0,3). Bu ifade ile sigara içme durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,05). Sigara içmeyen asistan hekimlerin içenlere oranla sigarayı bırakma düşüncesini daha çok sorguladığı sonucuna varıldı.

"Hastalarım sigara bırakmayı öneririm" ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı (p>0,05). Bu ifadeyle

sigara içme durumu arasında ise anlamlı bir fark saptandı ($p:0,001$) ve sigara içmeyen asistan hekimlerin hastalara sigara bırakmayı daha fazla önerdiği bulundu.

“Sigara içmeyen hastalarım olumlu geri bildirimde bulunurum” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigara içme durumuyla ise anlamlı bir fark saptanmıştır ve sigara içmeyen asistanların sigara içmeyen hastalara sigara içen asistanlara oranla daha fazla olumlu geribildirimde bulunduğu sonucuna varılmıştır ($p:0,02$).

“Sigarayı bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorgularım” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

“Sigarayı bırakan hastalara olumlu geri bildirimde bulunurum” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

“Hastalarımı sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları hakkında bilgilendiririm” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,5$). Bu ifade ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak ilişki saptandı ($p<0,05$). Sigara içmeye hekimlerin hastaları sigaranın zararları ve sebep olabileceği hastalıklar açısından daha fazla bilgilendirdiği bulundu.

“Sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendiririm” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu, asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

“Sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümü arasında istatistiksel anlamda bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifade ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark saptandı ve sigara içmeyen asistan hekimlerin hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında daha fazla bilgilendirdiği görüldü ($p:0,02$).

“Hastaları Pasif İçicilik Konusunda Bilgilendiririm” ifadesiyle asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifadeler sigara içme arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

“Hastaları Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Danışma Hattı 171 ile İlgili Bilgilendiririm” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu ve asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.4: Asistan Hekimlerin Sigara Bıraktırmaya Karşı Tutum Durumu

	Kesinlikle katılıyorum n(%)	Katılıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)	Kesinlikle katılmıyorum n(%)
Sigara Bıraktırma Tedavisinde Kullanılan Alternatif Yöntemlere (akupunktur, hipnoz vs) Sıcak Bakıyorum	20(8)	111(44,2)	98 (39)	22 (8,8)
Hastalara Sigara Bırakmayı Önermek Bırakmalarında Çok Etkilidir	43(17,1)	112(44,6)	81(32,3)	15(6)
Hastam Sigarayı Bırakamıyorsa Elimden Bir şey Gelmez	20(8)	105(41,8)	101(40,2)	25(10)
Sigara İçmeyen Hekimler Sağlık Konusunda Hastalara İyi Örnek Olurlar	75,(29,9)	126(50,2)	47(18,7)	3(1,2)
Sigara Bırakma Danışmanlığını Sadece Bu Alanda Uzmanlaşmış Olan Kişiler Vermelidir	29(11,6)	118(47)	74(29,5)	30(12)
Hastalarım Sigara Bırakma Konusunda Danışmanlık Yapmak İçin Yeterli Zamanın Yok	114(45,4)	119(47,4)	17(6,8)	1(0,4)
Sigara Bıraktırma Konusunda Hekimin Eğitim Alması Gerekir	61(24,3)	127(50,6)	51(20,3)	12(4,8)

“Sigara Bıraktırma Tedavisinde Kullanılan Alternatif Yöntemlere (akupunktur, hipnoz vs.) Sıcak Bakıyorum. ” ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu ve asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

“Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir”. ifadesine verilen yanıt ile sigara içme durumu ve asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) .

“Hastam sigarayı bırakamıyorsa elimden gelmez.” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifadeyle sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Sigara içmeyen grupta bu ifadeye kesinlikle katılanların oranı daha fazla bulundu.

“Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda hastalara iyi örnek olurlar.” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümü arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifadeye sigara içmeyenlerin daha çok katıldığı görüldü. Sigara içme durumunda ise iki grup arasında “*katılmıyorum ve kesinlikle katılıyorum*” seçenekleri diğer seçeneklerden anlamlı olarak farklı bulundu ($p<0,05$).

“Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir” ve “Hastalarım sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.” İfadelerine verilen yanıt ile asistanlık bölümü ve sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

“Sigara Bıraktırma Konusunda Hekimin Eğitim Alması Gerekir.” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu ifadeyle sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Sigara içmeyen grupta bu ifadeye katılmayanların oranı daha fazla bulundu ($p\leq 0,05$).

4.3 HEKİMLERİN FARMAKOTERAPİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VE GÖRÜŞLERİ

Çalışmaya katılan hekimlere sigarayı bırakma ile ilgili farmakolojik bilgilerinin sorgulandığı birkaç soru yöneltildi.

“Sigara Bırakma Tedavisinde Oral Olarak Kullanılan İlaçlar Bupropion ve Vareniklindir.” İfadesine asistan hekimlerin %87,3’ü doğru cevabı verdi. Bu ifadeyle asistanların sigara içme durumu arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmedi. Asistan hekimlerinin branşıyla ise anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p<0,05$). Bu soruyu doğru cevaplama oranı dahili branştaki asistan hekimlerde cerrahi branştakilere göre daha yüksek oranda hesaplandı.

“Ülkemizde Nikotin Replasman Tedavisi Olarak Nikotin Bandı ve Nikotin Sakızı Kullanılır. ” ifadesine asistan hekimlerin %96,4’ü doğru cevabı vermiştir. Bu ifadeyle asistanlık bölümü ve sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

“Tedavi Başarısını Değerlendirme: İki Hafta İçinde Sigara Bırakılmamışsa İlaç Rejimi ve Motivasyon Yeniden Değerlendirilmelidir. ”ifadesine asistanların

%68,5'i doğru cevabı vermiştir. Bu ifadeyle asistanlık bölümü ve sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.5: Katılımcıların Farmakoterapi ile İlgili Olarak Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri

Değişken	N (%)
Sigara Bırakma Tedavisinde Oral Olarak Kullanılan İlaçlar Bupropion ve Vareniklindir	
Yanlış	32 (12,7)
Doğru	219 (87,3)
Ülkemizde Nikotin Replasman Tedavisi Olarak Nikotin Bandı ve Nikotin Sakızı Kullanılır	
Yanlış	9 (3,6)
Doğru	242 (96,4)
Tedavi Başarısını Değerlendirme: İki Hafta İçinde Sigara Bırakılmamışsa İlaç Rejimi ve Motivasyon Yeniden Değerlendirilmelidir	
Yanlış	79 (31,5)
Doğru	172 (68,5)

4.4 SİGARA İÇEN ASİSTAN HEKİMLERDE BAĞIMLILIK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Sigara kullanan hekimlerde bağımlılık düzeyinin hesaplanması için uygulanan Fagerström nikotin bağımlılık testi soruları incelendiğinde; asistan hekimlerin %35,4'ü ilk sigaralarını uyandıktan 1 saatten daha uzun bir süre geçtikten sonra içtiklerini, %56,9'u sigara içmenin yasak olduğu yerlerde zorlandığını, %33,8'i sabah ilk sigaradan vazgeçmenin daha zor olduğunu, %49,2'si günde 10'dan daha az sigara içtiğini, %72,3'ü sabahları diğer zamanlara göre daha fazla sigara içmediğini ve %40'ı yatması gerekecek kadar hasta olduğunda dahi sigara içtiğini belirtti. Bu cevaplarla yapılan puanlama sonucunda; katılımcıların, 41,5'i çok az bağımlı, %24,6'sı az bağımlı, %4,6'sı orta bağımlı, %10,7'si yüksek bağımlı, %18,6'sı çok yüksek bağımlı olarak değerlendirildi. (Tablo 4.6, 4.7). Fagerström testi sonucu elde edilen puanlarla cinsiyet ve asistanların branşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Değişken	N (%)
İlk Sigaranızı Sabah Uyandıktan Ne Kadar Sonra İçersiniz?	
Bir Saatten Fazla	23 (35,4)
31-60 Dakika	7 (10,8)
6-30 Dakika İçinde	19 (29,2)
Uyandıktan Sonra İlk Beş Dakika İçinde	16 (24,6)
Sigara İçmenin Yasak Olduğu Örneğin; Otobüs, Hastane, Sinema Gibi Yerlerde Bu Yasağa Uymakta Zorlanıyor musunuz?	
Hayır	37 (56,9)
Evet	28 (43,1)
İçmeden Duramayacağınız, Diğer Bir Deyişle Vazgeçemeyeceğiniz Sigara Hangisidir?	
Sabah İçtiğim İlk Sigara	22 (33,8)
Diğer Herhangi Biri	43 (66,2)
Günde Kaç Adet Sigara İçiyorsunuz?	
10 Adet veya Daha Az	32 (49,2)
11-20	18 (27,7)
21-30	8 (12,3)
31 veya Daha Fazla	7 (10,8)
Sabah Uyanmayı İzleyen İlk Saatlerde, Günün Diğer Saatlerine Göre Daha Sık Sigara İçer misiniz?	
Hayır	47 (72,3)
Evet	18 (27,7)
Günün Büyük Bölümünü Yatakta Geçirmenize Neden Olacak Kadar Hasta Olsanız Bile Sigara İçer misiniz?	
Hayır	39 (60)
Evet	26 (40)

Tablo 4.7: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanları

Değişken	N (%)
FBTN Puanı	
0-2 puan arası (çok az bağımlı)	27 (41,5)
3-4 puan arası (az bağımlı)	16 (24,6)
5 puan (orta bağımlı)	3 (4,6)
6-7 puan arası (yüksek bağımlı)	7 (10,7)
8-10 puan arası (çok yüksek bağımlı)	12 (18,6)

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde görev yapan asistan hekimlerin sigara içme durumu, nikotin bağımlılık düzeyi ve sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bu çalışmada, asistan hekimlerin %62,9'u hiç sigara içmemiş, %32,2'si sigara içiyor, %4,8'i de sigarayı bırakmış. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (Global Adult Tobacco Survey - GATS) 2016 verilerine göre; Türkiye'de 19,2 milyon birey (%31,6) sigara kullanmaktadır (6, 26). Bu çalışmada sigara içme oranı (%32,2) Türkiye sigara içme oranından (%31,6) benzer olarak bulunmuştur. Aile hekimleri arasında Türkiye geneli 2010-2011 yıllarında yapılan bir çalışmada sigara içenler %34,1 (64), 2016 yılında başka bir çalışmada %30,9 (65), 2021 yılında bir diğer çalışmada %30,4 (65) olarak bulunmuş olup çalışmamıza benzer sonuca ulaşılmıştır. Dünyanın bazı ülkelerinde doktorlar arasında sigara içme oranları hesaplanmış ve bu oranlar % 3-% 52,5 arasında bulunmuştur. Dünya genelinde hekimler arasında yapılan çalışmalarda sigara içme oranları dikkate alındığında, cinsiyet ve yaş dağılımlarının farklılık gösterdiği ve hekimlerin yaşadığı ülkeye göre sigara içme sıklığının değiştiği görülmektedir (66). Bu çalışmadaki erkek asistan hekimlerin sigara içme düzeyi (%32,32). Türkiye verilerine göre bir miktar daha düşük bulunmuşken, kadın asistanların sigara içme düzeyi(%21,9) benzer çalışmalarda daha yüksek bulunmuştur. Erkek asistanların sigara içme düzeyinin diğer çalışmalara göre düşük hesaplanması, sigara içen asistan hekimlerin çalışmaya katılımının diğer çalışmalara göre daha az oranda olmasından kaynaklanabilir. Çin'de Smith ve arkadaşlarının 2012'de Shandong eyaletinde bulunan bir hastanede yapmış olduğu çalışmada erkek doktorların %46,7 ve kadın doktorların da %5,3'ünün sigara içtiği

bulunmuştur. Bu çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (65). Bizim çalışmamızda ise erkekler ve kadınlar arasında sigara içme oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Literatürde yer alan birçok çalışmada (67-69). Bu çalışmada olduğu gibi kadın ve erkek hekimler arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel farklılık gözlenmemiştir. Bu çalışmada dahili bölümde çalışan asistan hekimlerin %23,2'si, cerrahi bölümde çalışanların %34,8'inin sigara içtiği, temel tıp bölümünde çalışan hekimlerin ise hiç sigara içmediği bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Özyurt'un çalışmasında(69) ve Yemenici'nin çalışmasında (70) hekimlerin çalıştığı asistanlık bölümünün sigara içme durumunu etkileyen bir faktör olduğu anlamı çıkmaktadır. Fakat bizim çalışmamıza göre asistanlık bölümü ve sigara içme ilişkisi arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Bu durumda sigara içme düşüncesi olan ve bağımlılık düzeyi yüksek olan asistanların, hastanede geçirdikleri zaman dışında da kendilerine sigara içmek için uygun ortam ve zamanı sağladıkları sonucuna varılabilir. Çalışma grubunu oluşturan tüm asistan hekimlerin ailesinde ve çevresinde sigara içenlerin olup olmadığı sorgulandı ve bu durumun hekimlerin sigara içmesi üzerine olan etkisi araştırıldı. Hekimlerin aile ve çevresinde sigara içen birinin bulunmasıyla sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İzmir'de bir eğitim araştırma hastanesinde asistan hekimler arasında yapılan çalışmada (70)da çalışmamıza benzer şekilde hekimlerin çevresinde sigara içen birinin bulunması bireyin sigara içme durumunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Mevcut çalışmaya dâhil olan asistan hekimlerin 58,2'si, her zaman-sıklıkla hastalara sigara içme durumunu sorguladığını belirtti. Literatür incelendiğinde, Çerçi'nin (65) çalışmasında hekimlerin %72'si Demir ve Şimşek (67) 'in çalışmasında %56,7'si, Üçer'in (71) çalışmasında %53,7'si, Uysal ve arkadaşlarının (72) çalışmasında %88,8'i her zaman-sıklıkla hastaların sigara içme durumunu sorgulamıştır. Çalışmamızın sonucuna göre hastaların sigara içme durumunu her zaman-sıklıkla sorgulama oranı Çerçi ve Uysal'ın çalışmasına göre düşük oranda bulunmuştur. Çerçi'nin çalışması (65) sadece aile hekimleri arasında yapılmıştır. Aile hekimleri sigara bıraktırma polikliniğinde aktif olarak çalıştıkları için bu konuda diğer bölümlere göre daha duyarlı olabilirler. Uysal'ın çalışması (72) ise sadece hekimler değil sağlık çalışanları arasında

yapıldığı için bu oran çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuş olabilir. Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında; Finlandiya’da yapılan bir çalışmada hekimlerin %65’i, (73), Çin’de Hong Kong’da yapılan çalışmada %77’si (74), Pakistan’daki çalışmada %78,5’i hastaların sigara kullanım durumunu sorguladığını Yapılan araştırmalara göre diğer ülkelerde çalışan hekimlerin hastaların sigara içip içmediğini sorgulama oranı ülkemize göre daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu durum hekimlerimizin bu konuda daha fazla çalışması ve sorumluluk alması gerektiğini göstermektedir. Yemenici ve arkadaşlarının çalışmasında (70) “Hastaların sigara içme durumunu sorgularım” ifadesine verilen yanıt ile asistanlık bölümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer olarak asistanlık bölümleriyle sigara içme durumunu sorgulama açısından fark olduğu görülmemiştir. Yemenici ve arkadaşlarının çalışmasında (70) “Hastaların sigara içme durumunu sorgularım” ifadesine verilen yanıt ile asistanların sigara içme durumu arasında istatistiksel anlamda farklılık görülmemiştir. Ermenistan (75),Fransa (76),Ürdün (77), İstanbul (72), İzmir’de (70) yapılan çalışmalarda asistanların sigara içme durumuyla hastaların sigara içmesini sorgulamak açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde hastaların sigara içme durumunu sorgulamakla asistanların sigara içmesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durumda sigara içmeyen asistanlar hastaları bu konuda daha fazla sorgulamıştır. Bu çalışmada asistan hekimlerin % 40,7’si her zaman-sıklıkla, sigara içen hastaların sigara bırakma düşüncesini sorguladığını belirtti. Çerçi’nin çalışmasında (68) aile hekimlerin %47,9’u; Üçer ve arkadaşlarının (76)çalışmasında asistan hekimlerin %46,3’ü, İzmir’de bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan asistan hekimler arasında yapılan çalışmada (74) asistan hekimlerin %50,8’i her zaman-sıklıkla sigara içen hastaların sigara bırakma düşüncesini sorguladığını belirtti. Çalışmamızda hekimlerin sigara bırakma düşüncesini sorgulayanların oranı diğer çalışmalara göre daha az oranda bulunmuştur. Bu durum önceki yıllara göre gün içinde bakılan hasta sayısının artmış olması ve asistan hekimlerin artan iş yüküne bağlı olabilir. Çalışmamızda asistan hekimlerin %68,1, Çerçi’nin çalışmasında (78) aile hekimlerinin 86,1’i, Demir ve Şimşek tarafından yapılan çalışmada hekimlerin (67) %71,5’i; Üçer ve arkadaşlarının (71)

çalışmasında %74'ü, Uysal ve arkadaşlarının (72) çalışmasında %75'i, Elazığ'da yapılan bir çalışmada %81,6'sı, İzmir'de bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada (70) %71,7'si sigara içen hastalara her zaman-sıklıkla sigara bırakmayı tavsiye ettiklerini belirtmiştir. Çalışmamızda hastalara sigara bırakmayı tavsiye etme oranı diğer çalışmalara oranla daha az oranda saptanmıştır. Bu durum artık 5 dakikada bir hasta bakılması ve buna bağlı asistan hekimlerin artan iş yüküne bağlanabilir. Yurtdışında gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında; Finlandiya'da (73) yapılan bir çalışmada her zaman-sıklıkla sigara bırakmayı tavsiye eden hekimlerin yüzdesi 55, Çin'de Hong Kong'da yapılan bir çalışmada %29, Pakistan'da %61,4 olarak bulunmuştur (79). Çalışmamızda sigara bırakmayı tavsiye etme oranı Finlandiya ve Pakistanla benzer bulunmasına rağmen Çin'deki çalışmaya göre yüksek oranda bulunmuştur. Çin'deki çalışma hekimlerin sigara içme yüzdesinin fazla olduğu bir eyalette yapılmıştır. Sigara içen hekimlerin bu konuda daha düşük farkındalık düzeyine sahip olması beklediğimiz bir sonuçtur. Aynı zamanda son yıllarda pandemi nedeniyle hekimlerin sigara bırakma ve hastalara bırakmayı önerme oranı artmıştır. Çin'deki çalışma 2012'de yapıldığı için o dönemlerde hekimler arasında farkındalık düzeyi daha düşük seviyede hesaplanmış olabilir. Bizim çalışmamızda, İzmir (70), Türkiye, Arjantin ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda (54, 73, 80, 81) olduğu gibi asistan hekimlerin sigara içme durumuyla hastalara sigarayı bırakma önerisinde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sigara içmeyen hekimlerin hastalara sigara bırakmayı sigara içen hekimlere göre daha fazla önerdiği sonucuna varılmıştır. Bu durumda sigara içmeyen asistan hekimler, sigaranın bırakılması konusunda sigara içen asistanlara göre daha yüksek farkındalık düzeyine sahiptir. Bu çalışmada asistan hekimlerin 43,5'i, Çerçi'nin çalışmasında aile hekimlerin 71,8'i, İzmir'deki çalışmada asistan hekimlerin %55,6'sı her zaman-sıklıkla sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunduğunu belirtti (70). Çalışmamızda sigara içme durumunu sorgulama oranı da diğer çalışmalara göre daha düşük bulunduğu için sigara içmeyen hastalara olumlu geri bildirimde bulunma oranının diğer çalışmalara göre daha düşük bulunması beklediğimiz bir sonuçtur.

Bu çalışmada asistan hekimlerin %23,9'u, Çerçi'nin çalışmasında (65) 52,4'ü, İzmir'deki çalışmada (70) %26,3'ü, her zaman-sıklıkla sigara bırakan hastalara hangi yöntemle bıraktığını sorgulamıştır. Çalışmamızda İzmir'de yapılan çalışmaya yakın oranda bir sonuca varılmıştır ancak Çerçi'nin çalışmasından çok daha düşük bir sonuç elde edilmiştir. Bu duruma Çerçi'nin çalışmasının aile hekimleri arasında yapılmış olmasının etkisi olmuş olabilir. Bunun nedeni, aile hekimlerinin aktif olarak sigara bıraktırma polikliniğinde çalışıyor olması ve sigara bırakma tedavisiyle ilgili farkındalıklarının yüksek olmasıdır.

Çalışmamızda asistan hekimlerin %49,4'ü, Özer (82)'in çalışmasında %80'i, İzmir'deki çalışmada (70) 58,6'sı her zaman-sıklıkla hastalara sigaranın zararları ve sebep olduğu hastalıkları açısından bilgi verdiğini belirtti. Çalışmamızdan elde edilen veriler yüzde olarak benzer çalışmalara göre daha düşük hesaplanmıştır. Bunun nedeni olarak asistan hekimlerin sigaranın zararlarını anlatmak için yeterli zamana sahip olmaması gösterilebilir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin %26,3'ü, Çerçi'nin çalışmasında (78) aile hekimlerin 62,1'i, Üçer ve arkadaşlarının (71) çalışmasında hekimlerin %62,6'sı, Uysal ve arkadaşlarının (72) çalışmasında hekimlerin %32,4'ü, İzmir'deki çalışmada (70) hekimlerin %39,1'i, her zaman-sıklıkla sigara içen hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirdiğini belirtti. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre asistan hekimlerin hastaları sigara bırakma polikliniğine yönlendirme oranı diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni asistan hekimlerin sigara bırakma polikliniğinin varlığından habersiz olması etkili olmuş olabilir. Aynı zamanda hastanemizde sigara bırakma polikliniğinde aile hekimi asistanları çalışmaktadır ve hastalar Mhrs ve Alo171 üzerinden randevu alarak gelmektedirler. Bu çalışmada asistan hekimlerin %13,9'u, Çerçi'nin tezinde (78) %58,8'i, Üçer ve arkadaşlarının (71) çalışmasında %75,4'ü, Uysal ve arkadaşlarının (72) çalışmasında %62,9'u, İzmir'de yapılan çalışmada (70) %35,7'si, her zaman-sıklıkla sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendirdiğini belirtti. Çalışmamızdan elde edilen oran diğer çalışmalara göre düşük hesaplanmıştır. Bu durum hastanemizde sigara bıraktırma polikliniğinin aktif olması ve bu poliklinikte çalışmayan asistanların bu nedenle bu konuda sorumluluk almamasına bağlanabilir.

Mevcut çalışmada hekimlerinin hastaları her zaman-sıklıkla pasif içicilik konusunda bilgilendirme oranı 29,1'dir. Elazığ'da yapılan çalışmada (83) bu oran %13,2 ABD'de yapılan bir çalışmada %33,07 olarak bulunmuştur (84). Pasif sigara dumanı maruziyeti, sigara kullanmayan bireylerde de sağlık kuruluşlarına olan başvuru sayısını zamanla arttıracaktır. Bu sebeple başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının pasif sigara dumanı maruziyeti sonucu oluşabilecek olumsuz durumlara karşı hastaları bilgilendirmesi oldukça önemlidir. Asistan hekimler konuları gereği bu konuda danışmanlık hizmetini en iyi şekilde verebilecekken, ne yazık ki ellerinden geleni yapmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda asistan hekimlerin hastaları Alo 171 hattına yönlendirip yönlendirmedikleri sorulduğunda asistan hekimlerin %10,8'i, Çerçi'nin çalışmasında (78) 20,9'u, İstanbul'daki bir çalışmada (85) %81'inin hastaları Alo 171 hattına yönlendirdiği bulunmuştur. İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise bu oran %23 olarak bulunmuştur (86). Çalışmamızda hastanemizde çalışan asistan hekimlerin hastaları sigara bırakma danışma hattı(171) konusunda yeterli oranda bilgilendirmediği sonucuna varılmıştır. Bu duruma asistan hekimlerin yoğun çalışma şartları nedeniyle çoğu zaman hastaların sigara içme durumunu sorgulayamaması ve sigara içen hastalara Alo 71 hattını önerme aşamasına geçememesi neden olmuş olabilir. Çalışmamızda asistan hekimlerin sigara bıraktırma tedavisinde alternatif yöntemlerin (akupunktur, hipnoz vs) kullanılmasına karşı olan tutumu değerlendirildiğinde %52,2'si bu ifadeye katılmıştır. İstanbul'daki çalışmada (85) ise bu oran %77,2 olarak bulunmuştur. Çalışmamız bu çalışmayla karşılaştırıldığında sigara bıraktırma tedavisinde alternatif yöntemlerin kullanılmasına katılanların yüzdesi daha düşük hesaplanmıştır. Asistan hekimler, bu konuda bilgiye yeterli bilgiye sahip olmamaları ve alternatif yöntemlerin sigara bırakma üzerine kanıtlanmış belirgin etkisinin olmaması nedeniyle bu ifadeye katılmamış olabilirler. Bu çalışmada, "Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir" ifadesine asistan hekimlerin %61,6'sı, Çerçi'nin çalışmasında (78) %60,2'si, İzmir'deki çalışmada (70) %60,8'i katıldığını belirtti. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer sonuca ulaşmıştır. Bu durumda asistan hekimler hastalara sigara bırakma danışmanlığı veremese sadece bırakmayı önermeleri bile hastaların sigarayı bırakmasında yüksek oranda etkilidir. "Hastam sigarayı bırakamıyorsa benim yapabileceğim bir şey

yoktur” ifadesine bizim çalışmamızda asistan hekimlerin %49,8’i, Çerçi’nin çalışmasında %23,9’u, Demir ve Şimşek (67)’in çalışmasında %45,5’i, Yemenici’nin çalışmasında(70) %25,4’ü, Şanlıurfa’daki çalışmada %45,5’i katıldığını belirtmiştir. Çalışmamızın bu ifadeye katılma oranı Şanlıurfa ve Demir ve Şimşek’in çalışmasına benzer oranda saptamış olup diğer çalışmalara göre yüksek oranda bulunmuştur. Bu durumda, çalışmamızdaki asistan hekimler, sigarayı bırakmak isteyip bırakamayan hastalar üzerinde hekimin etkisinin ne derece önemli olduğu konusunda yapılan diğer çalışmalardaki hekimlere göre daha düşük farkındalık düzeyine sahiptir. Bu çalışmada “Sigara kullanmayan hekimler sağlık konusunda hastalara iyi örnek olurlar” ifadesine katılanların oranı çalışmamızda %80,1, Çerçi’nin çalışmasında (78) 85,6, Uysal ve arkadaşlarının (72) çalışmasında %89,5’, Özyurt (69) çalışmasında %78,1’dir. Bizim çalışmamız literatürdeki diğer çalışmalar gibi ,sigara kullanmayan hekimlerin hastalara iyi bir rol-model olacağını desteklemektedir.

Çalışmamızda “Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir” ifadesine asistan hekimlerin 58,6’sı Çerçi’nin çalışmasında (65) aile hekimlerinin %41,2,’si İzmir’de yapılan çalışmada hekimlerin 60,4’ü katıldığını belirtti (70). Hastalarımıza sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok” ifadesine çalışmamıza katılan asistan hekimlerin %92,8’i, Çerçi’nin çalışmasında (65) %41,4’ü, Demir ve Şimşek (67)’in çalışmasında %64,5’i, İzmir’de (72) %67,3’ü, Şanlıurfa’da %64,5’i (71) katıldığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda sigara bırakma danışmanlığı yapmak için yeterli zamanının olmadığını belirten asistan hekim sayısı diğer çalışmalara göre yüksek oranda bulunmuştur. Bunun nedeni bu danışmanlığın en az 15 dk sürmesi ve son yıllarda geçmiş yıllara göre gün içinde bakılan hasta sayısının artmış olması neden olmuş olabilir. “Sigara Bırakma Konusunda Her Hekimin Eğitim Alması Gerekir.” ifadesine çalışmamıza katılan asistanların %74,9’u, Elazığ’daki çalışmada (87) %82,9’u katıldığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da literatürle (88-90) uyumlu olarak bu ifadeye katılanların oranı yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum bize; çalışmamıza katılan asistan hekimlerin, Covid pandemisi nedeniyle sigara bırakma tedavisinin önemi ve tüm hekimlerin bu konuda sorumluk alması gerektiği bilincinde olduğunu

göstermektedir. Çalışmamızda Fagerstrom Nikotin bağımlılık testi (FNBT) içerisinde yer alan “Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında günde ortalama 10 veya daha az adet sigara kullanan hekimler çoğunluğu oluşturmaktadır (%49,4). 2016 KYTA verilerine göre ülkemizde bir gün içinde tüketilen ortalama sigara adedi 18’dir (91). Bizim çalışmamıza göre asistan hekimlerde bir günlük tüketilen sigara adedi daha az olup asistan hekimler açısından yüz güldürücü bir durum olarak görülmektedir. Alışkın ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (92) günlük içilen sigara miktarı 12.49 ± 10.38 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamıza daha yüksek miktardadır. İzmir’de yapılan çalışmada (72) bu oran %57,7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde asistan hekimlerin büyük çoğunluğu günde ortalama 10 veya daha az adet sigara kullanmaktadır. İzmir’de Yemenici ve arkadaşlarının çalışmasında (70) ve Özyurt’un çalışmasında (69) günlük tüketilen sigara miktarıyla cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmış olup erkek hekimler kadınlara oranla günlük daha fazla sigara tüketmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise cinsiyetle günlük tüketilen sigara miktarı arasında fark saptanmadı. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerden sigara içen gruba yapılan nikotin bağımlılık testine (FBNT) göre asistanların %29,32’ü yüksek bağımlı olarak tespit edildi. Serez’in çalışmasında çalışmamıza benzer olarak (93) %26’sı yüksek bağımlı -bulunmuştur. İzmir’de Yemenici ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (70) %11,4’ü yüksek bağımlı olarak bulundu. Bu çalışmadaki nikotin bağımlılığı çalışmamıza göre daha düşük düzeydedir. Bunun nedeni çalışmamızda sigara içen asistan sayısının İzmir’deki çalışmaya göre (n:114) daha az (n:65) olması ve sigara içen grup arasında da yüksek bağımlı olan sayısının daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda cinsiyete göre bağımlılık düzeyine bakıldığında erkek asistan hekimlerin %45,4’ü yüksek bağımlı iken kadın asistan hekimlerin 14,9’u yüksek bağımlı olarak saptandı. Yemenici’nin çalışmasında (70) ve Serez’in çalışmasında (93) cinsiyetle nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak nikotin bağımlılık düzeyinin cinsiyetle ilişkisi olmadığı görüşüne varılmıştır. Çalışmamızda FBNT sonuçlarına göre, dahili tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %26,3’ü, cerrahi tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerin %34,8’i yüksek bağımlı olarak bulunmuştur.

Temel tıp bölümünde çalışan asistan hekimlerden ise FBNT testini dolduran olmamıştır. Çalışmamızda İzmir'deki çalışma (70), Serez'in çalışması (93) ve Okutan ve arkadaşlarının (94) çalışmasında olduğu gibi çalışılan bölümle nikotin bağımlılık seviyesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda sigara içmeyen hekimlerin, hastaların sigara içme durumunu sigara içen hekimlere göre daha fazla oranda sorguladıkları görülmüştür. Bu durumda; sigara bağımlılığı ile mücadelede öncelikle toplum için bir rol-model niteliğinde olan hekimlerin bilinç düzeyinin ve farkındalığının artırılması oldukça önemlidir. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin sigara bırakma konusunda bilgi, tutum ve davranış düzeyleri bazı benzer çalışmalarda olduğu gibi yeterli düzeyde değildir. Davranış ve tutum üzerine etkili olabilecek en önemli faktör eğitim olduğu için, hem hekimler hem de toplum için eğitim olanakları sağlanmalıdır. Uzmanlık eğitimi programlarında sigara bağımlılığının anlatılması, pratik olarak uygulanıp pekiştirilmesi ve bu bilinç ve farkındalığın meslek hayatının başında olan asistan hekimlere çok geç olmadan kazandırılması gerekmektedir. Bu konuda gerekirse motivasyonel görüşmeler, bilgilendirme amaçlı toplantılar yapılmalı ve hekimlerin bu konudaki duyarlılığı artırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Talhout R, Schulz T, Florek E, van Benthem J, Wester P, Opperhuizen A. Hazardous Compounds in Tobacco Smoke. Int J Environ Res Public Health. Şubat 2011;8(2):613-28.
2. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products [Internet]. [a.yer 18 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240032095>
3. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı.
4. WHO-NMH-PND-2019.3-eng.pdf [İnternet]. [a.yer 18 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312260/WHO-NMH-PND-2019.3-eng.pdf?sequence=1>
5. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet Lond Engl. 08 Ocak 2011;377(9760):139-46.
6. Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. The Frequency of Tobacco and Tobacco Product Use in Medical Faculty Students. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019.
7. Ekren S, Vural D. Farklı Kurutma Yöntemlerinin İzmir Tipi Tütün Çeşitlerinde Bazı Kimyasal Özellikleri ile Verim ve Tütün Kalitesine Etkileri. Avrupa Bilim ve Teknol Derg. 2019;0(17):509-14.
8. Dilektaşlı AG. Tütün Dumanının İçeriği ve Farmakokinetiği. Türkiye Klin Göğüs Hastalık - Özel Konular. 2012;5(2):6-10.
9. Özge C, Aytemur ZA, Bilir N, Boztaş H, Çan G, Elbek O, et al. Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. 2014;26-44.

10. Mamak Kıbrıs Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye, Fidancı I, Ünal M, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye, Oruç MA, Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, vd. Tobacco Missions in Societies. ADDICTA Turk J Addict. 20 Mayıs 2020;6(Supp4):426-31.
11. Yılmaz F. Tütün Üzerine Düşünceler: Batıda ve Bizde. In: Gürsoy Naskali E, editor. Tütün Kitabı. İstanbul Kitapevi, 2003:195 [İnternet]. [a.yer 23 Mart 2022]. Erişim adresi: Yılmaz F. Tütün Üzerine Düşünceler: Batıda ve Bizde. In: Gürsoy Naskali E, editor. Tütün Kitabı. İstanbul Kitapevi, 2003:195
12. Tütün Bitkisi ve Tarihi Hakkında Bilgiler | Kerim Usta | Sayfa 2 / 4 [İnternet]. 2016 [a.yer 25 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://www.kerimusta.com/tutunun-tarihi/2/>
13. Bilir N, Ozcebe H. Türkiye’de tütün kontrolü uygulamaları. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 12 Aralık 2015;11:96-96.
14. Mercimek HV, Akçiçek E, editörler. Mucizeden belaya yolculuk tütün. Birinci baskı. İstanbul: Tarihçi Kitabevi; 2014. 535 s. (Tarihçi Kitabevi yayınları).
15. Çakmak V. Gençler arasında giderek yaygınlaşan nargilenin sağlığa etkileri. among young people’s health effects increasingly common narghile. [a.yer 25 Mart 2022]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/35998246/GEN%C3%87LER_ARASINDA_G%C4%B0DEREK_YAYGINLA%C5%9EAN_NARG%C4%B0LEN%C4%B0N_SA%C4%9ELI%C4%9EA_EK%C4%B0LER%C4%B0_AMONG_YOUNG_PEOPLES_HEALTH_EFFECTS_INCREASINGLY_COMMON_NARGHILE
16. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları. 1. baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10. at DuckDuckGo [İnternet]. [a.yer 25 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://duckduckgo.com/?q=Nafi+z+Z.+T%C3%BCt%C3%BCn+ziraati+ve+hastal%C4%B1klar%C4%B1.1.+bask%C4%B1.+%C4%B0istanbul%3A+Cezri+matbaa%2C+1932%3A+3-10.&atb=v314-6&ia=web>

17. Tütün Kitabı - Emine Gürsoy Naskali - 9799757321933 - Kitap | dantekitavebi.com [İnternet]. [a.yer 25 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://www.dantekitavebi.com/kitap/tutun-kitabi-emine-gursoy-naskali-9799757321933>
18. Ökçün AG. Türkiye İktisat Kongresi 1923-İzmir. 4. baskı. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu, 1997: 326 at DuckDuckGo [İnternet]. [a.yer 25 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://duckduckgo.com/?q=%C3%96k%C3%A7%C3%BCn+A.G.+T%C3%BCrkiye+%C4%B0ktisat+Kongresi+1923-%C4%B0zmir.+4.+bask%C4%B1.+Ankara%3A+Sermaye+Piyasas%C4%B1+Kurulu%2C+1997%3A+326&atb=v314-6&ia=web>
19. Koç Y. Atatürk'ün Millileştirmeleri ve Devletleştirmeleri ve Günümüz Özelleştirmeleri. Mülkiye Derg [İnternet]. 26 Şubat 2014 [a.yer 25 Mart 2022];(Volume 229, Issue 25). Erişim adresi: <https://paperity.org/p/150339790/ataturkun-millilestirmeleri-ve-devletlestirmeleri-ve-gunumuz-ozellestirmeleri>
20. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye, 2016. [https:// extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872/relatedmaterials](https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872/relatedmaterials) Erişim Tarihi: 14.11.2021.
21. Özpulat F. Türk Tabipleri Birliği Yayını, The Publication of Turkish Medical Association Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Journal of Continuing Medical Education, 26 Nisan 2015;
22. Calikoglu O, Köyceğiz E. Tobacco control policies in Turkey in terms of MPOWER. Eurasian J Med. 02 Mayıs 2018;51.
23. Bilir N, Özcebe H. Türkiye MPOWER Koşullarını Ne Kadar Karşılamaktadır? TAF Prev Med Bull. 2013.
24. Akter DE, Akter E. Adana il merkezindeki lise öğrencilerinde tütün ve tütün mamullerinin kullanımı. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2011). s. 82. 2011.
25. Bilir N, Babao E, Sigara E, Canbakan ES, Ay O, Tedavisi F, et al. Göğüs hastalıkları tütün Kontrolü. solunum.org.tr. 2018. Bölüm 14, K1-K132.

26. Öntaş E ADKYTAT 2016-HHSATİBS- <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/TSB>. Küresel yetişkin tütün araştırması. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/>.
27. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta,2010.
28. Dülek H., Z.T. Vural, and I. Gönenç, Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. e-ISSN: 2148-550X Cilt, 2018. 9(2): p. 53-58.
29. Tobacco in the Western Pacific [Internet]. World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/tobacco>.
30. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S.
31. Benowitz NL, Brunetta P.G. Smoking Hazards and Cessation. 5th ed. Elsevier Inc.; Amsterdam, The Netherlands: 2010. İçinde.
32. Pişkinpaşa N. and M.E. Pişkinpaşa, Polis hastalarda sigara içme alışkanlığı ile irritabl barsak sendromu ilişkisi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. 4(1): p. 24-26.
33. Kayaalp SO, Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 2005: Hacettepe Taş Kitapçılık Limited Şti.
34. Russell M, et al., Nicotine intake by snuff users. Br Med J (Clin Res Ed), 1981. 283(6295): p. 814-817.
35. Fiore MC, et al., Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. 2000, Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
36. Fletcher C, et al., The natural history of chronic bronchitis and emphysema. An eight-year study of early chronic obstructive lung disease in working men in London. 1976: Oxford University Press, 37 Dover Street, London. W1X 4AH.
37. Kaleli S, Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010. 5(14): p. 39-56.

38. Birliği AP, Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviri editörü: Körođlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013. İçinde.
39. İtil O., Kılınç O., Öztuna F., Salepçi B., Dilektaşlı A. EO. Sigaradan kurtuluyoruz! Türk Toraks Derneği. 2021;
40. American Cancer Society. The tobacco atlas, 3rd edition. Bookhouse Group Inc.: Barr Levin; 2009. Erişim(27/04/2022): <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Front%20Matter.pdf>.
41. World Health Organization. 2008. "Report On The Global Tobacco Epidemic, The MPOWER Package". Erişim (20/06/2020): http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.
42. Guindon GE, et al., The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva: World Health Organization, 2006. 34.
43. Edis EC. and C. Karlıkaya, The cost of lung cancer in Turkey. Tuberkuloz ve Toraks Dergisi, 2007. 55(1): p. 51-58.
44. Karlıkaya C, et al., Tütün kontrolü. Toraks Dergisi, 2006. 7(1): p. 51-64.
45. Derneği, T.E., Tütün Raporu. 2016.
46. Bakanlığı S., Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. Retrieved November 27, 2018. 2018.
47. Özer. Hıfzısıha, T.S.B.R.S. and M.B.H.M. Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu-2004. 2013.
48. Mathers CD. and D. Loncar, Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS medicine, 2006. 3(11): p. e442.
49. Organization, W.H., WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use. 2019.
50. Kurumu HS, 2012 Aralığında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA). 2008, Ankara.

51. Çan G, Sigara epidemiyolojisi. Sigara ve Sağlık (Ed Nihat Özyardımcı). Bursa, 2002: p. 49-59.
52. Göktaş S, Önsüz MF, Işıklı B, Metintaş S. Elektronik Sigara (E-Sigara) Electronic Cigarette (E-Cigarette). Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma 113 Merk Halk Sağlığı Derg. 2018;
53. Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001.
54. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. 2008;
55. Sweeney CT, Fant R V., Fagerstrom KO, McGovern JF, Henningfield JE. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: Rationale, efficacy and tolerability. CNS Drugs. 2001.
56. Uzaslan E. Sigara bırakmada farmakolojik tedavi: Vareniklin (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları anabilim dalı). Güncel Göğüs Hast Serisi. 2016;
57. Lerman, C., et al., Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. Psychology of Addictive Behaviors, 2004. 18(4): p. 362.
58. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation.
59. Jorenby DE, et al., for the Varenicline Phase 3 Study Group. 2006.
60. Gonzales D, et al., Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. Jama, 2006. 296(1): p. 47-55.
61. Evins AE, et al., Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. Jama, 2014. 311(2): p. 145-154.
62. Cerimele JM, Tobacco Cessation.

63. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Assessment of the Fagerström Nicotine Dependence Test (FNDT) used in the determination of nicotine dependence and developing a new test for the nicotine dependence. Pamukkale Med J. 2016;9(1):45-51.
64. Baltacı D, Bahcebasi T, Aydın LY, Öztürk S, Set T, Eroz R, et al. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians. Toxicol Ind Health 2014; 30(1): 3-11.
65. Türkcan Çerçi C. Aile hekimlerinin sigara içme durumları ile sigara bırakma tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve davranışları.
66. Borgan SM, Jassim G, Marhoon ZA, Almuqamam MA, Ebrahim MA, Soliman PA. Prevalence of tobacco smoking among health-care physicians in Bahrain. BMC Public Health. Aralık 2014;14(1):931.
67. Demir C, Simsek Z. Hekimlerin sigara bıraktırma davranışları ve ilişkili faktörler, Physicians\ Smoking Cessation Behavior and Related Factors Health promotion program for Syrian refugees View project UNFPA Turkey CO Humanitarian Program View project. TAF Prev Med Bull 2013.
68. Ünsal M, Topbaş M, Güven Atıcı A, Uğurlu D, Özer A, Erkan L, et al. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktorlarının Sigara İçimi Konusundaki Bazı Düşünce ve Davranışları. Vol. 50, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2002.
69. Özyurt L. Hekimlerin sigara içme davranışlarının bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı, Ankara. 2006.
70. Yemenici B. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan asistan hekimlerin sigara içme durumu, nikotin bağımlılık düzeyi, sigara bıraktırmaya karşı tutum ve davranış ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi.
71. Üçer H, Ersoy Ö, Kahraman H. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014; 18(2): 58-62.

72. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Tuberk ve Toraks Derg.* 2007;55(4):350-5.
73. Keto J, Jokelainen J, Timonen M, Linden K, Ylisaukko-oja T. Physicians discuss the risks of smoking with their patients, but seldom offer practical cessation support. *Subst Abus Treat Prev Policy.* 2015;
74. Abdullah ASM, Rahman ASMM, Suen CW, Wing LS, Ling LW, Mei LY, et al. Investigation of Hong Kong doctor's current knowledge, beliefs, attitudes, confidence and practices: Implications for the treatment of tobacco dependency. *J Chinese Med Assoc.* 2006;
75. Perrin PC, R. M. Merrill, ve G. B. Lindsay, "Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia", *BMC Public Health*, c. 6, sy 1, s. 139, May. 2006, doi: 10.1186/1471-2458-6-139.
76. Josseran L., G. King, P. Guilbert, J. Davis, ve G. Br  cker, "Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice", *Eur J Public Health*, c. 15, sy 1, ss. 33-38, Şub. 2005, doi: 10.1093/eurpub/cki108.
77. E.-K. Hm, S. Am, A.-L. Ym, ve H. Ma, "Cigarette smoking among health care workers at King Hussein Medical Center.", *J Hosp Med*, c. 3, sy 3, ss. 281-284, May. 2008, doi: 10.1002/jhm.319.
78. Cerci C, Oksuz E, Sozen F, Cetinel Y, Ogus E, Kut A. Smoking prevalence among primary care physicians in Turkey and their knowledge, attitudes, and 105 behaviors about smoking cessation treatment. *World J Pharm Res* 2020; 9: 8- 30.
79. Recommended Citation Naeem M, Irfan M, Mawani M, Waheed Z, Haque AS, Zubairi A, et al. Tobacco Cessation Treatment: Knowledge, Attitude and Practices of Physician in Karachi, Pakistan: A Cross Sectional Study. *An International Peerreviewed Journal.* 2016.
80. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ.* 2004;
81. Öztürk   . Sağlık   alışanları ve sigara. Süleyman Demirel Univ Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2009;16(2):32-8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196801>.

82. Özer AÖ. Eskişehir’de birinci basamak hizmeti veren doktorların sigara içicilik durumları ve sigara bıraktırma konusundaki tutumları. Tıpta uzmanlık tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir,. 2012.
83. Karaçorlu DFN. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı ve ikinci el sigara dumanı hakkındaki davranışlarının değerlendirilmesi: Elazığ Örneği. :131.
84. General USPHSO of the S. The health consequences of smoking--50 years of progress: a report of the surgeon general. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2014. 2 volumes.
85. Uça EN. İstanbul ilinde görev yapan aile hekimlerinin sigara içme durumlarının belirlenmesi, mesleki özellikleri ile sigara bıraktırma konusunda bilgi tutum ve davranışlarının incelenmesi.
86. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tobacco Control. 2001;10(1):27-32.
87. Karaçorlu FN. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı ve ikinci el sigara dumanı hakkındaki davranışlarının değerlendirilmesi: Elazığ Örneği.
88. Gokirmak M, Ozturk O, Bircan A, Akkaya A. The attitude toward tobacco dependence and barriers to discussing smoking cessation: a survey among Turkish general practitioners. Int J Public Health 2010; 55(3): 177-183.).
89. Sonmez CI, Aydin LY, Turker Y, Baltaci D, Dikici S, Sariguzel YC, et al. Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses. Tob Induc Dis 2015; 13: 37.
90. AlAteeq M, Alrashoud AM, Khair M, Salam M. Smoking cessation advice: the self-reported attitudes and practice of primary health care physicians in a military community, central Saudi Arabia. Patient Prefer Adherence 2016; 10: 651-658.
91. KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf.

92. Alışkın Ö, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Personeli'nin Sigara İçme ve Bağımlılık Durumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg. 2016;7(25):32-42.
93. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne,. 2013.
94. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Z, Hastalıkları Kliniği G, Askeri Tıp Akademisi G, et al. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. Vol. 55, Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007.

Sayın Katılımcı;

Çalışmamızda, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sigara bırakma tedavisiyle ilgili tutum ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi araştırılacaktır. Bilimsel nitelik taşıyan bu araştırmanın, idari ve siyasi herhangi bir yönü yoktur.

Bu anket, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde çalışan ve anketimize katılmayı kabul eden asistan hekimler tarafından cevaplandırılmak için oluşturulmuştur.

Bu anket formunda 35 adet soru bulunmaktadır. Bu anket formları sizlere internet yolu aracılığıyla ulaştırılıp online olarak katılımınız sağlanacaktır. Anketleri doldurmak yaklaşık 10 dk sürecektir. Sorulara mümkün olduğu kadar tek seçenek ile cevap vermeye çalışınız. Sorulara eksiksiz, gerçekçi ve içtenlikle cevap veriniz, bu araştırmanın amacına ulaşmasında katkıda bulunacaktır. Soruları, aşağısında bulunan a,b,c,d şıklarından birini işaretleyerek ya da görüş bildirirkeniz gereken sorulara kesinlikle katılıyorum, katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde tek bir görüş bildirerek cevaplandırınız.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla yapacağınız değerli yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu

Araştırma Yöneticisi

Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sigara bırakma tedavisiyle ilgili tutum ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

- 1) Cinsiyetiniz?
 - a) Erkek
 - b) Kadın
- 2) Yaşınız?
- 3) Meslekte kaçınıcı yılınız?
- 4) Branşınız?
- 5) Sigara içme durumunuz?
 - a) Hiç içmedim
 - b) Nadiren içiyorum
 - c) Düzenli içiyorum
 - d) Bıraktım
- 6) Ne kadar süredir ve günde kaç paket içiyorsunuz?
- 7) Sigara içiyorsanız aşağıdaki ölçeği doldurunuz.

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT)

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

- a) Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde
- b) 6-30 dakika içinde
- c) 31-60 dakika
- d) 1 saatten fazla

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

- a) evet
- b) hayır

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

- a) Sabah içtiğim ilk sigara
- b) Diğer herhangi biri

Soru 4: Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a) 10 adet veya daha az
- b) 11-20
- c) 21-30
- d) 31 veya daha fazla

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

- a) evet
- b) hayır

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

- a) evet
- b) hayır

Toplam skor

0-2 =Çok az bağımlılık 3-4 =Az bağımlılık 5 =Orta derecede bağımlılık
6-7 =Yüksek bağımlılık 8-10 =Çok yüksek bağımlılık

8) Ailede ve çevrenizde sigara içenleri işaretleyiniz (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz).

- a) Eşim
- b) Annem
- c) Babam
- d) Kardeşlerim
- e) Arkadaşlarım
- f) Diğer (amca, dayı, hala, teyze, dede, nine)
- g) Hiç kimse

9) Sigara bıraktırmayla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

Sigara bırakma konusunda hastalara karşı olan tutumunuzla ilgili olan aşağıdaki soruları cevaplayınız.

- 1) Hastalarım sigara içip içmediklerini sorarım.
 - ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 2) Sigara içen hastalara sigarayı bırakma düşüncesini sorgularım.
 - ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 3) Hastalarım sigara bırakmayı öneririm.
 - ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 4) Cevabınız hiç ise, önermedeki engelleriniz nelerdir?
 - ☐ ZAMAN YOKLUĞU
 - ☐ TECRÜBE VE BİLGİ EKSİKLİĞİ
 - ☐ ALIŞKANLIK EKSİKLİĞİ
 - ☐ AKTİF SİGARA İÇİCİSİ OLMANIZ
 - ☐ BUNUN SİZİN İŞİNİZ OLMADIĞINI DÜŞÜNMENİZ
 - ☐ SİGARA BIRAKMA TEDAVİSİNE İNANMAMANIZ
- 4) Sigara içmeyen hastalarım olumlu geri bildirimde bulunurum.
 - ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ

- 5) Sigarayı bırakan hastaların hangi yöntemle bıraktığını sorgularım.
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 6) Sigarayı bırakan hastalara olumlu geri bildirimde bulunurum.
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 7) Hastalarımı sigaranın zararları ve neden olduğu hastalıklar hakkında bilgilendiririm.
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 8) Sigara içen hastalarımı sigara bıraktırma polikliniğine yönlendiririm
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 9) Sigara içen hastaları sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgilendiririm
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 10) Hastaları pasif içicilik konusunda bilgilendiririm.
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ

- 11) Hastalara Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Danışma Hattı 171 ile ilgili bilgilendiririm.
- ☐ HER ZAMAN
 - ☐ SIKLIKLA
 - ☐ BAZEN
 - ☐ AZ
 - ☐ HİÇ
- 12) Sigara bıraktırma tedavisinde kullanılan alternatif yöntemlere (akupunktur, hipnoz vs) sıcak bakıyorum.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
 - ☐ KATILMIYORUM
 - ☐ KATILIYORUM
 - ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 13) Hastalara sigara bırakmayı önermek bırakmalarında çok etkilidir.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
 - ☐ KATILMIYORUM
 - ☐ KATILIYORUM
 - ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 14) Hastam sigarayı bırakamıyorsa elimden birşey gelmez.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
 - ☐ KATILMIYORUM
 - ☐ KATILIYORUM
 - ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 15) Sigara içmeyen hekimler sağlık konusunda hastalara iyi örnek olurlar.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
 - ☐ KATILMIYORUM
 - ☐ KATILIYORUM
 - ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 16) Sigara bıraktırma danışmanlığını sadece bu alanda uzmanlaşmış olan kişiler vermelidir.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
 - ☐ KATILMIYORUM
 - ☐ KATILIYORUM
 - ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM

- 17) Hastalarımın sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak için yeterli zamanım yok.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
- ☐ KATILMIYORUM
- ☐ KATILIYORUM
- ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 18) Sigara bıraktırma konusunda her hekimin eğitim alması gerekir.
- ☐ KESİNLİKLE KATILMIYORUM
- ☐ KATILMIYORUM
- ☐ KATILIYORUM
- ☐ KESİNLİKLE KATILIYORUM
- 19) Sigara bırakma tedavisinde oral olarak kullanılan ilaçlar bupropion ve vareniklindir.
- ☐ DOĞRU
- ☐ YANLIŞ
- 20) Ülkemizde Nikotin replasman tedavisi olarak nikotin bandı ve nikotin sakızı kullanılır.
- ☐ DOĞRU
- ☐ YANLIŞ
- 21) Tedavi Başarısını Değerlendirme: 2 hafta içinde sigara bırakılmamışsa ilaç rejimi ve motivasyon yeniden değerlendirilmelidir.
- ☐ DOĞRU
- ☐ YANLIŞ

EK C. Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 12.01.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin sigara bırakma tedavisiyle ilgili tutum ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TELEFON	216 570 91 90
FAKS	216 565 55 26
E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Öğretim Üyesi Hacer Hicran Mutlu- Dr Emine Aras			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐			
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐			
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐			
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☒			
	Retrospektif	☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0716	Tarih: 12.01.2022			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Etik Kurulu Başkanı
Unvanı: Dr. Sadık ÖNER
İmza: