



T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NDE
ÇALIŞAN ASİSTAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN SİGARA
KULLANIM DURUMU, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE PASİF
SİGARA İÇİCİLİĞİ FARKINDALIK DÜZEYLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Deniz BEKTAŞ

Tez Danışmanı
Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ

MALATYA

2020



T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NDE
ÇALIŞAN ASİSTAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN SİGARA
KULLANIM DURUMU, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE PASİF
SİGARA İÇİCİLİĞİ FARKINDALIK DÜZEYLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Deniz BEKTAŞ
ORCID ID:0000-0003-1150-7838

Tez Danışmanı
Prof.Dr. Metin Fikret GENÇ

MALATYA
2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Tarihçe.....	5
2.2. Tütün Kullanım Şekilleri.....	6
2.3. Tütün Dumanının Özellikleri.....	6
2.3.1. Partiküler (sıvı-aerosol kısmı) fazı	6
2.3.2. Gaz fazı	7
2.4. Sigara ve Sigara Dumanı İçinde Yer Alan Maddeler	7
2.5. Sigara epidemiyolojisi.....	8
2.6. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri	17
2.6.1. Sigara ve Ölüm.....	17
2.6.2. Sigara ve Vasküler Hastalıklar	18
2.6.3. Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları	19
2.6.4. Sigara ve Kanser.....	20
2.6.5. Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri.....	20
2.7. Çevresel Sigara Dumanının Sağlık Etkileri.....	20
2.7.1. İkinci El Sigara Dumanı ve Sağlık	20
2.7.2. Üçüncü El Sigara Dumanı ve Sağlık	21
2.8. Tütün Kontrolünde Sağlık Çalışanlarının Rolü	23
2.9. Bağımlılık	24
2.9.1. Sigara Bağımlılığının Döngüsü	25
2.10. Tedavi.....	27
2.11. Sağlık çalışanlarında sigara içme durumu	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Çalışmanın kişi-yer-zaman özellikleri	30

3.2. Çalışmanın tipi, örneklem ve evreni	30
3.3. Çalışmaya dahil edilme kriterleri.....	30
3.4. Dışlanma kriterleri	30
3.5. Veri toplama	30
3.6. İstatistiksel analiz.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ.....	60
KAYNAKLAR	61
EKLER	69
Ek-1. Etik Kurul İzni	69
Ek-2. Anket Formları.....	70

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında emeğini, özverisini ve rehberliğini esirgemeyen, değerli danışmanım ve hocam Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ'e en içten dileklerle teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince her ihtiyaç duyduğumda destek olan ve halk sağlığı uzmanı olarak yetişmemde sonsuz katkıları olan hocalarım Prof.Dr.Erkan PEHLİVAN'a, Prof.Dr.Ali ÖZER'e ve Prof.Dr.Gülşen GÜNEŞ'e,

Tez çalışmam sırasında değerli zamanını ve yardımlarını esirgemeyen kıdemli Dr.Öğr.Üyesi Burak METE'ye ve arkadaşım Ass.Dr.Abdullah ÖZKAN'a,

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen ve hayatımı güzel anılarla dolduran değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sonsuz desteklerini ve güvenlerini hep yanımda hissettiğim annem Fadime BEKTAŞ'a, babam Şükrü BEKTAŞ'a ve tüm aileme teşekkür ederim.

ÖZET

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Çalışan Asistan Doktor ve Hemşirelerin Sigara Kullanım Durumu, Etkileyen Faktörler ve Pasif Sigara İçiciliği Farkındalık Düzeyleri

Giriş: Sigara ile mücadelede sağlık çalışanlarının tedavide önemli bir yeri vardır. Bu nedenle sağlık çalışanlarında tütün ürünleri kullanma durumunun tespit edilmesi önemlidir. Türkiye’de bu konuda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda sağlık çalışanlarında sigara kullanma oranlarının genel toplum ile benzer olduğu görülmüştür. Doktorlarda sigara kullanma sıklığı azalmasına rağmen diğer ülkelerdeki doktora göre yüksektir. Bu çalışma ile Turgut Özal Tıp Merkezi’nde çalışan asistan doktor ve hemşirelerin sigara kullanım durumu, etkileyen faktörler ve pasif sigara içiciliği farkındalık düzeylerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 2020 yılı Haziran-Temmuz ayları arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi’nde çalışan asistan doktor ve hemşireler üstünde yapılmıştır. Çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. 267 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Örneklem yöntemi olarak olasılıksız örneklem yöntemlerinden kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı 3 bölümden oluşmaktadır; Sosyodemografik ve mesleki anket formu, Sigara ve pasif sigara içiciliği ile ilgili anket formu, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi. Verilerin analizinde Ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır ve $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansı %24,3’tür. Kadınlarda sigara içme oranı %22,7 erkeklerde %26,5’tir. Doktorlarda sigara içme prevalansı %17,2, hemşirelerde %30,3’tür. Dahili bilimlerde sigara içme oranı daha düşükken, cerrahi bilimlerde daha yüksektir. Katılımcıların %63,1’inin düşük, %24,6’sının orta, %12,3’ünün ise yüksek düzeyde bağımlı olduğu bulunmuştur. Sigara kullanan kişilerin %30,8’i sigara dışında tütün ürünü kullanmaktadır. En çok ise nargilenin ve sarma tütün ürünlerinin kullanıldığı bulunmuştur. Bütün katılımcıların %89,1’inin iş yerinde, %56,3’ünün yaşadığı mekanda pasif sigara dumanına maruz kaldığı bulunmuştur. Sigara içen kişilerin %43,1’inde COVID-19 döneminde içilen sigara miktarında değişim olmuştur. COVID-19 döneminde sigara tüketiminde genel olarak azalma olmuştur.

Sonuç: Sigara tüketimi ve pasif etkilenim sağlık çalışanlarında yüksektir. COVID-19 pandemisi dönemindeki azalma trendini kalıcı hale getirmek için stratejiler geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, Sağlık çalışanı, Sigara

ABSTRACT

Smoking Status, Affecting Factors and Passive Smoking Awareness Levels of Assistant Doctors and Nurses Working at İnönü University Turgut Özal Medical Center

Introduction: Healthcare professionals have an important place in the fight against smoking. For this reason, it is important to determine the use of tobacco products in healthcare workers. There have been many studies on this subject in Turkey. In these studies, it was observed that smoking rates among healthcare workers were similar to the general population. Although the frequency of smoking in doctors has decreased, it is higher than doctors in other countries. With this study, it was aimed to determine the smoking status, affecting factors and passive smoking awareness levels of assistant doctors and nurses working in Turgut Özal Medical Center.

Material and Method: This study was conducted on assistant doctors and nurses working at İnönü University Turgut Özal Medical Center between June and July 2020. The study is a cross-sectional study. 267 healthcare professionals were reached. The convenience sampling method, one of the improbable sampling methods, was used as the sampling method. The data collection tool consists of 3 parts; Sociodemographic and occupational questionnaire form, Questionnaire about smoking and passive smoking, Fagerstrom Nicotine Dependence Test. Chi-square test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis tests were used in data analysis and $p < 0,05$ was considered significant.

Results: The prevalence of smoking in healthcare workers participating in our study is %24,3. Smoking rate is %22,7 for women and %26,5 for men. The prevalence of smoking in doctors is %17,2 and %30,3 in nurses. While the smoking rate is lower in internal sciences, it is higher in surgical sciences. It was found that %63,1 of the participants were low, %24,6 moderately and %12,3 highly dependent. %30,8 of smokers use tobacco products other than cigarettes. It was found that most of the pipe and wrapped cigarette in tobacco products. It was found that %89,1 of all participants were exposed to passive cigarette smoke in the workplace and %56,3 in the place where they live. %43,1 of smokers had a change in the amount of cigarettes smoked during the COVID-19 period. There was an overall decrease in cigarette consumption during the COVID-19 period.

Conclusion: Smoking and passive smoking are high in healthcare workers. Strategies should be developed to make the declining trend in the COVID-19 pandemic period permanent.

Keywords: COVID-19, Cigarette, Health worker

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ÖTV	: Özel Tüketim Vergisi
KDV	: Katma Değer Vergisi
CO	: Karbonmonoksit
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KRAS	: Kirsten Rat Sarcoma
p16	: Protein 16
AC	: Akciğer
SIDS	: Sudden Infant Death Syndrome
DSM	: Diagnostic And Statistical Manuel Of Mental Disorders
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
TV	: Televizyon
COVID	: Coronavirus Disease
E-Sigara	: Elektronik Sigara
FNBT	: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi
SARS-CoV	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Sigara dumanı fazlarındaki bazı maddeler ve etkileri	7
Şekil 2.2. Tüm Dünya’da cinsiyete göre 15 yaş ve üzeri tütün kullanıcısı sayısındaki değişim ve 2025 tahminleri	10
Şekil 2.3. Yaş gruplarına göre 15 yaş ve üzeri erkeklerin 2000-2025 yılları sigara içme prevalansındaki değişim.....	11
Şekil 2.4. Yaş gruplarına göre 15 yaş ve üzeri kadınların 2000-2025 yılları sigara içme prevalansındaki değişim.....	11
Şekil 2.5. Bölgelere göre 15 yaş ve üzeri sigara içme prevalansları ve 2025 tahminleri	12
Şekil 2.6. 15 Yaş ve üzeri erkeklerin bölgelere göre tütün kullanma prevalansları ve 2025 tahminleri	12
Şekil 2.7. 15 Yaş ve üzeri kadınların bölgelere göre tütün kullanma prevalansları ve 2025 tahminleri	13
Şekil 2.8. Ülkelerin gelir düzeyine göre 15 yaş ve üzeri kişilerin tütün kullanma prevalanslarının zamana göre değişimi	14
Şekil 2.9. Ülkelerin gelir düzeyine göre 15 yaş ve üzeri erkeklerin tütün kullanma prevalansının zamana göre değişimi ve 2025 tahmini	15
Şekil 2.10. Ülkelerin gelir düzeyine göre 15 yaş ve üzeri kadınların tütün kullanma prevalansının zamana göre değişimi ve 2025 tahmini	16
Şekil 2.11. Sigara kaynaklı hastalıklar	19
Şekil 2.12. Pasif Sigara Dumanı Etkileniminin Neden Olduğu Hastalıklar.....	23
Şekil 2.13. Sigara bırakma tedavisinde önerilen algoritma	28
Şekil 4.1. Sigara bağımlılık düşüncesine göre Fagerstrom bağımlılık ölçeği puanları	52
Şekil 4.2. COVID sonrası sigara tüketimi davranışına göre Fagerstrom bağımlılık ölçeği puanları.....	52

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Bölge ve cinsiyete göre 2010-2025(tahmini) sigara içme prevalansları.....	8
Tablo 2.2. 15 yaş üstü kişilerde 2000-2025 gerçek ve tahmini sigara içme prevalansları.....	9
Tablo 2.3. Ülkelerin Dünya Bankası gelir düzeyine göre 2010 ve 2025(tahmini) tütün kullanma prevalansları (% olarak)	14
Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler	32
Tablo 4.2. Sağlık çalışanlarının meslekleri ile ilgili düşünceleri	33
Tablo 4.3. Sağlık çalışanlarının anne ve baba eğitim durumları	33
Tablo 4.4. Sağlık çalışanlarının kronik hastalık durumu	34
Tablo 4.5. Son 3 ay içinde sağlık sorunlarından birini yaşadınız mı?	35
Tablo 4.6. Spor, düzenli beslenme ve uyku kalitesi dağılımları	35
Tablo 4.7. Katılımcıları yakın çevresinde sigara içilme durumu	36
Tablo 4.8. İş yeri ve diğer mekanlarda sigara içilme durumu.....	37
Tablo 4.9. Kamu spotu ve sigara dumanı zararı değerlendirmelerinin dağılımı	38
Tablo 4.10. Katılımcıları pasif etkilenim ile ilgili bilgileri.....	38
Tablo 4.11. Katılımcıları sigara kullanımının sonuçları ile ilgili bilgileri	39
Tablo 4.12. Katılımcıların e-sigara, light sigara ve yasaklar ile ilgili düşünceleri.....	40
Tablo 4.13. Katılımcıların sigara içme durumu, başlama zamanı.....	40
Tablo 4.14. Günlük ve aylık tüketilen ortalama sigara miktarları ve sigara kullanma süreleri.....	41
Tablo 4.15. Sigara içiyor olma nedenleri dağılımı	41
Tablo 4.16. İlk sigara deneyimi nedenleri dağılımı.....	42
Tablo 4.17. Sigaraya aylık ortalama harcanan para miktarı	42
Tablo 4.18. Sigara bağımlılığı algıları ve sigarayı artırıcı nedenlerin dağılımı	42
Tablo 4.19. Sigaranın uyku düzenini olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?	43
Tablo 4.20. Sigara kullanmadığınız dönemlerde daha gergin hisseder misiniz?	43
Tablo 4.21. Sigarayı bırakma düşüncesi ve tarihi	43
Tablo 4.22. Sigarayı bırakma isteme nedeni.....	44
Tablo 4.23. Sigarayı bırakmama nedeni	44

Tablo 4.24. Sigarayı bırakma, deneme sayısı ve nedenleri.....	45
Tablo 4.25. COVID-19'un sigara tüketimine etkisi	46
Tablo 4.26. Sigara dışında kullanılan tütün ürünü	46
Tablo 4.27. Sigara eğitimi ve bağımlılık grupları	46
Tablo 4.28. Mesleğe göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	47
Tablo 4.29. Birime göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	47
Tablo 4.30. Cinsiyete göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	48
Tablo 4.31. Medeni duruma göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	48
Tablo 4.32. Çalışma şekline göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	48
Tablo 4.33. Meslek sevgisine göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	49
Tablo 4.34. Çalışma koşullarını değerlendirmeye göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	49
Tablo 4.35. Uyku kalitesi ve sigara içme arasındaki ilişki	50
Tablo 4.36. Ailede sigara içme davranışı ile sigara içme arasındaki ilişki	50
Tablo 4.37. Fagerstrom bağımlılık	51

1. GİRİŞ

Tütünde bulunan nikotin oldukça bağımlılık yapıcı bir maddedir. Tütün kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve 20'den fazla farklı kanser türü veya alt tipi için ve diğer birçok sağlık durumu için önemli bir risk faktörüdür. Her yıl 8 milyondan fazla insan tütün kullanımından ölmektedir. Tütünle ilişkili ölümlerin çoğu, genellikle yoğun tütün endüstrisi müdahalesi ve pazarlamasının hedefi olan düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılı verilerine göre; dünya genelinde yaklaşık 1,3 milyar insan tütün ürünlerini kullanmaktadır. Bunların %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Tütün kullanımı, hane halkı harcamalarını yiyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçlardan tütün satın alınmasına çevirerek yoksulluğa da katkıda bulunmaktadır. Bu harcama davranışını azaltmak zordur, çünkü tütün güçlü bir bağımlılık yapar. Ayrıca, hanelerde üretken yaştaki yetişkinlerin erken ölmesine ve engelliliğine neden olarak hane halkı gelirinin azalmasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Tütünün sağlık üzerindeki zararlı etkisine ek olarak, toplam sigara içmenin ekonomik maliyetinin (sağlık harcamaları ve verimlilik kayıplarından birlikte) yılda 1,4 trilyon ABD Doları civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam dünya toplam gayrisafi milli hasılanın %1,8'ine tekabül etmektedir. Bu maliyetin neredeyse % 40'ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmekte ve bu ülkelerin maruz kaldığı önemli yükün altını çizmektedir. Tütün ile mücadele etmekte tütün vergileri kısmen uygulanmaktadır ve özellikle gençler ve düşük gelirli nüfus arasında tütün kullanımını azaltmanın en uygun maliyetli yolu olarak görülmektedir. Tütün fiyatlarını %10 artıran vergi artışının, yüksek gelirli ülkelerde tütün tüketimini yaklaşık %4, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise yaklaşık %5 azalttığı görülmektedir (1).

Ülkemizde 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçları ile 2012 sonuçları karşılaştırıldığında tütün kullanım sıklığı; 15 yaş üzeri nüfusta %31,2'den %27,1'e, erkeklerde %47,9'dan %41,5'e kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür (2). 2009 yılında başlayan dumansız hava sahası uygulamaları ile tütün ile mücadele de artmıştır. 2009-2010 yıllarında tütün kullanımında %13'lük bir azalma

meydana gelmiştir. Fakat ülkemizde 2012 yılından sonra tütün tüketimi tekrar artmaya başlamıştır (3). Tütün ile mücadelede toplum sağlığını korumak amacı ile yapılan bütün çalışmalar desteklenmektedir. Sigaradaki vergi miktarı 2020 yılında yapılan değişiklik ile (ÖTV ve KDV) %86'ya çıkmıştır. Vergi artışları sonucu artan sigara fiyatları ile amaçlanan özellikle gençlerin ve orta-düşük gelir grubundaki sigara içicilerinin sigarayı bırakmalarıdır. Vergi ve fiyat artışları sarmalık sigaraların tüketimini artırmıştır. Türkiye satış hacmine göre dünyanın en büyük 10 pazarı arasındadır (4).

Tütün sadece sigara içenler için ölümcül değildir, sigara içmeyenler için de ölümcül olabilir. İkinci el duman maruziyeti de (Second-hand smoke exposure) olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmekte ve yıllık 1,2 milyon ölüme neden olmaktadır. Dünya'daki bütün çocukların yaklaşık yarısı tütün dumanı ile kirlenen havayı solumaktadır ve her yıl 65.000 çocuk ikinci el dumanla ilgili hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Hamileyken sigara içmek bebekler için yaşam boyu çeşitli olumsuz sağlık koşullarına yol açabilir (1).

Türkiye'de sigara kullanımında kısıtlama ile ilişkili ilk kanun 1996 yılında çıkarılan Tütün Kontrol Kanunu'dur. Sigara kullanan kişiler her yerde sigara içebilmekte ve pasif etkilenim çok yüksek düzeydedir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalarda 2010 yılında hanelerin %60'ı ile %81'inde en az bir sigara içen kişi olduğu ve bu kişinin ise en sık evin babası olduğu görülmektedir (6). Tütün kontrol kanunu ile ilk defa kamusal alanda kısıtlama getirmiştir. 2008 yılında 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun ile; Tütün ürünleri; Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında, koridorları dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında, hususi araçların sürücü koltukları ile taksi hizmeti verenler dâhil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında, okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında, özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde yasaklanmıştır (7).

Yasanın kapsamının genişletilmesi ile birlikte; işyerlerinde sigara dumanından pasif etkilenim düzeyinde anlamlı azalma meydana gelmiştir. İşyerlerinde 2008 yılında pasif etkilenim oranı %37,3 iken 2012 yılında %15,6'a düşmüştür. Bütün kamusal alanlarda pasif etkilenim oranları düşmüştür. En fazla azalma ise lokantalarda olmuştur. 2008 yılında lokantalarda pasif etkilenim oranı %55 iken 2012 yılında %12'ye düşmüştür. Resmi kurumlarda, sağlık kurumlarında, toplu taşıma araçlarında pasif etkilenim oranları yaklaşık %50 azalmıştır. Yasanın kapsamı evleri içermemesine rağmen yaklaşık %32'lik bir azalma meydana gelmiştir (2).

2016 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de sigara içenlerin oranı %31,6 (19,2 milyon)'dır. Erkeklerde tütün kullanma sıklığı %44,1 kadınlarda ise %19,2'dir. Her gün tütün kullanan kişilerin sıklığı ise erkeklerde %41,8 kadınlarda %17,5'tir. Sigara bırakma oranlarının azaldığı (%27,2'den %13,6'ya), sağlık çalışanlarının sigara bırakma tavsiyesi yapma oranlarının azaldığı (%42,9'dan %40,1'e), sigara bırakmayı düşünmenin azaldığı (%55,2'den %32,8'e) televizyon ya da radyoda sigara karşıtı uyarı görmenin azaldığı (%92,0'dan %73,7'e), sigara paketleri üzerinde sağlık uyarısı görmenin azaldığı (%94,3'den %83,3'e) görülmektedir. Aynı zamanda sigara satış mağazalarında reklam görmenin %4,0'den %6,2'ye ve satış mağazası dışında sigara reklamı görmenin %14,1'den %16,2'ye yükseldiği görülmektedir (8). 2016 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre pasif etkilenim de halen devam etmekte olduğu ve ciddi bir oranda olduğu görülmektedir. Kapalı ortamda çalışan yetişkinlerin %10,6'sı (1,6 milyon yetişkin) çalışma ortamında; yetişkinlerin %26,7'si (16 milyon yetişkin) evde; kendine ait özel araçları olan yetişkinlerin %17,4'ü (5,5 milyon yetişkin) araçlarında, %16'sı taksilerde; %4,7'si kamu binalarında, %12,7'si (2,8 milyon yetişkin) restoranlarda, %28'i (7,2 milyon yetişkin) kafe, kahvehaneler ve çayhaneler gibi halka açık yerlerde, tütün dumanından pasif olarak etkilendiğini ifade etmiştir (8).

Sigara ile mücadele de sağlık çalışanlarının tedavide önemli bir yeri vardır. Bu nedenle sağlık çalışanlarında tütün ürünleri kullanma durumunun tespit edilmesi önemlidir. Türkiye'de bu konuda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda sağlık çalışanlarında sigara kullanma oranlarının genel toplum ile benzer olduğu görülmüştür. Doktorlarda sigara kullanma sıklığının azalmasına rağmen diğer ülkelerdeki doktorlara göre yüksektir. Bu çalışma ile Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan asistan doktor ve

hemşirelerin sigara kullanım durumu, etkileyen faktörler ve pasif sigara içiciliği farkındalık düzeylerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Tütün bitkisinin milattan önce 5000 yılından beri ekildiği tahmin edilmektedir. *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica*, And Dağları'nda yetişen Amerika menşeli bitkilerdir. Kolomb 1492 yılında Amerika'yı keşfettiğinde tütün kıtada yaygın olarak kullanılmaktaydı (9). Avrupa'ya yayılması ise Fransız elçisi Jean Nicot ile olmuştur. Fransız Kralı 2. Henry'nin ölümü ile depresyona giren Kraliçe'ye 1560 yılında tütün tohumu elçi tarafından gönderilmiştir. Sarayın bahçesine dikilen tütün bitkisinin kraliçenin migren tipi baş ağrıları için kullanılmıştır. Tütünün keyif verici etkisinin yanında tedavi edici özelliği olduğu düşünülmüş ve Avrupa'ya yayılmıştır (10).

Osmanlıların tütün ile tanışması 1500'lü yıllarda Mısır bölgesinde olmuştur. Genovalı, Portekizli denizcilerin İstanbul'a gelişi ile de tütünün tanınması hızlanmıştır. İstanbul'da tütün kullanımının yaygınlaşması sonrasında 1609 yılında 1. Ahmet döneminde yasaklanmış ve 4. Murat döneminde de yasak devam etmiştir. 4. Mehmet döneminde 1649 yılında tütün içimi tekrardan serbest bırakılmıştır (11, 13). 1678 yılında tütün ithalatından gümrük vergisi, 1686 yılında ise satış vergisi alınmaya başlanmıştır. Alınan vergiler askeri harcamalarda kullanılmıştır (14). 1861 yılında tütün ithalatı yasaklanmış ve tek el olarak idaresi çıkarılan nizamname ile düzenlenmiştir. 1874 yılında paket sigara üreten fabrikalar kurulmuş ve tütün satış fiyatları kayıt altına alınmaya başlamıştır (14).

Tekel işletme hakları 1881 yılında Osmanlı'nın dış borçlarının finanse edilmesi için 10 yıllığına "Muharrem Kararnamesi" ve "Duyûn-ı Umûmiye İdaresi"ne bırakılmıştır. Yapılan bir şartname ile tütün inhisarlarının işletilmesi hakkı, 30 sene süreyle 1883 yılında "Memaliki Osmaniye Duhanları Müşterekil Menfaa Reji Şirketi" adlı Fransız anonim şirketine verilmiş, 1914 yılında bu süre 15 yıl daha uzatılmıştır (15).

1923 yılında İzmir İktisat Kongresinde "Reji idare ve usulünün mutlak ilgası", "İnhisar sisteminin kaldırılması" kararlarını almıştır. Cumhuriyet'in ilanından sonra alınan bu kararlar ile bu ayrıcalıkların şirketten Türkiye Cumhuriyeti'ne geçmesinin

temelleri atılmıştır (16). 1925 yılında alınan kararlar ile ise Reji şirketinin tüm hak ve imtiyazları devlete geçmiştir (17).

2.2. Tütün Kullanım Şekilleri

Tütün kullanım şekilleri 2 ana gruba ayrılmaktadır

a) Dumansız tütün ürünleri

- Enfiye
- Çiğnemelik tütün

b) Dumanlı tütün ürünleri

- Sarma sigara
- Fabrikasyon sigaralar
- Puro
- Kreteks
- Nargile
- Pipo
- Elektronik sigara (18).

2.3. Tütün Dumanının Özellikleri

Sigara dumanı partiküler ve gaz olmak üzere iki kısımdan oluşur;

2.3.1. Partiküler (sıvı-aerosol kısmı) fazı

Partiküler faz tütünün yanması sırasında oluşan yarı sıvı halde bulunan uçucu kısımdır. Sigara dumanının tat ve aromasını oluşturan partiküler komponenttir. Partiküllerin boyutu 0.1-1.0 mikron arasında değişir. 1 cm³ sigara dumanında 3 milyar civarında partikül bulunmaktadır. Bir sigara dumanında partiküler fazın ağırlığı 40 miligramdır. Sigara dumanının %5'i partiküler fazdan oluşur ve 3.500 farklı bileşen bulunmaktadır. Sigara ve sigara dumanı, katran, karbonmonoksit ve nikotine ek olarak amonyak, arsenik, hidrojen siyanür, formaldehit ve metan gibi son derece zehirli olan 4.000'den fazla kimyasal madde içerir (19).

2.3.2. Gaz fazı

Sigara dumanının gaz kısmı başlıca gaz ve buhardan oluşur. Gaz fazında 500 uçucu madde yer alır ve dumanın %95'lik kısmını gaz fazı oluşturur. Tütünün fiziksel özelliklerinden kaynaklanır ve bir sigara dumanında 400 miligram civarındadır (19).

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

Şekil 2.1. Sigara dumanı fazlarındaki bazı maddeler ve etkileri

2.4. Sigara ve Sigara Dumanı İçinde Yer Alan Maddeler

Sigaranın sağlık bozucu etkileri sigara dumanı ile vücuda giren zararlı maddeler ile olmaktadır. Sigara dumanında yaklaşık 4000 tane zararlı madde vardır. Bu maddelerden bazıları ve etkileri şunlardır;

Nikotin: Sigarada bağımlılık yapan maddedir.

Katran: Sigara yanması sonucunda oluşan dumandaki katı parçacıkların tamamına katran denilmektedir. Kanser neden olmaktadır.

Arsenik: Sigaranın üretimi sırasında kullanılmaktadır ve kalp ve kan hastalıklarına neden olmaktadır.

Benzen: Lösemiye neden olmaktadır.

Kadmiyum: Kansere neden olmaktadır.

Formaldehit: Solunum sistemi hastalıklarına ve kansere neden olmaktadır.

Polonyum-210: Kanserojen olup radyoaktif bir maddedir

Krom: Akciğer kanserine neden olur.

Polisiklik aromatik hidrokarbonlar: DNA hasarı yapar. Kansere neden olur.

Karbon monoksit: Organlara ulaşması gereken oksijen miktarını düşürür.

Hidrojen siyanür: Akciğerlerde solunumu bozar.

Nitrojen: Solunum sistemine zarar verir.

Amonyak: Solunum sistemine zarar verir.

2.5. Sigara epidemiyolojisi

Tütün yasal olan ve kullanıcılarının ölümüne neden olan tek üründür. Dünya sağlık örgütü her yıl 8 milyon insanın tütün kullanımına bağlı nedenlerden öldüğünü tahmin etmektedir (1). Tütün ürünleri kullanımı aynı sıklıkla kullanılmaya devam ederse 2030 yılında sigaradan öleceklerin sayısının 10 milyona ulaşması beklenmektedir. Pasif maruziyete bağlı 600 bin ölüm olacağı da tahmin edilmektedir (20). 2010 ve 2025 yılları bölgelere ve cinsiyete göre 15 yaş üstü kişilerde sigara içme prevalansları ve tahmini 2025 prevalansları tablo 2.1’de verilmiştir (20).

Tablo 2.1. Bölge ve cinsiyete göre 2010-2025(tahmini) sigara içme prevalansları

Bölge	2010			2025		
	Erkek	Kadın	Her ikisi	Erkek	Kadın	Her ikisi
Afrika	23,9	5,9	14,9	19,4	3,0	11,2
Amerika	29,9	16,3	23,1	20,4	10,4	15,4
Güneydoğu Asya	53,2	17,3	35,2	42,9	7,3	25,1
Avrupa	38,4	20,4	29,4	30,0	18,1	24,1
Doğu Akdeniz	39,2	6,5	22,9	31,0	3,0	17,0
Batı pasifik	51,6	4,6	28,1	46,4	3,1	24,8
Global	43,2	11,4	27,3	35,1	6,7	20,9

2015 yılı verilerine göre yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara kullanmaktadır. Erkeklerin sigara kullanma oranlarının kadınlardan fazla olduğu görülmektedir (20).

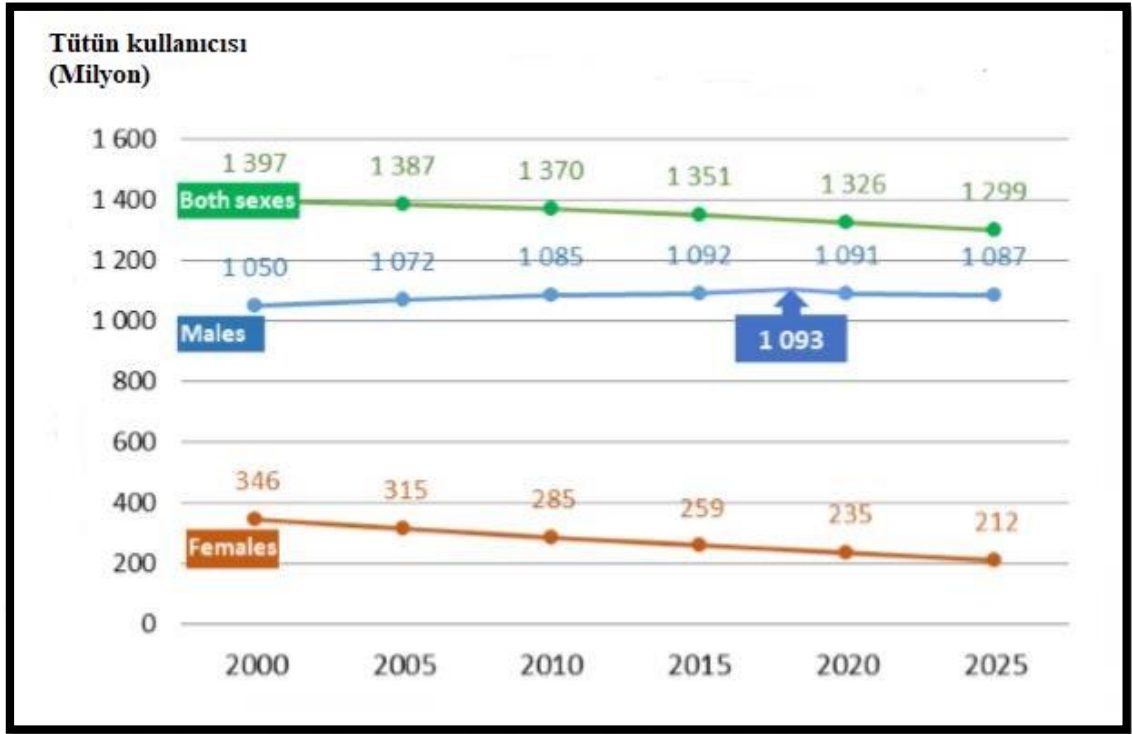
194 Dünya Sağlık Örgütü üyesi devletin verilerine göre toplamda 2010 yılındaki %22,1'lik düşüş seviyesi %30 düşüğe yükselmiştir. 2025 yılında prevalansın %19,1'e düşmesi beklenmektedir. Bu aşamada 2025 yılı için bir projeksiyon yapılırsa prevalansın %20,9 olacağı, hedeften %1,8 bir azalma olacağı düşünülmektedir (20).

2015 Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bütün dünyada 15 yaş ve üstü bireylerin sigara içme prevalansı erkeklerde %40,3, kadınlarda %9,5, toplamda %24,9'dur. 2025 yılı için yapılan tahminlere göre ise erkeklerde sigara içme prevalansının %35,1; kadınlarda %6,7 ve toplamda %20,9 olması beklenmektedir (20). Bununla birlikte 2025 yılında yaklaşık 1,1 milyar tütün kullanıcısı olacağı öngörülmektedir (21).

Tablo 2.2. 15 yaş üstü kişilerde 2000-2025 gerçek ve tahmini sigara içme prevalansları

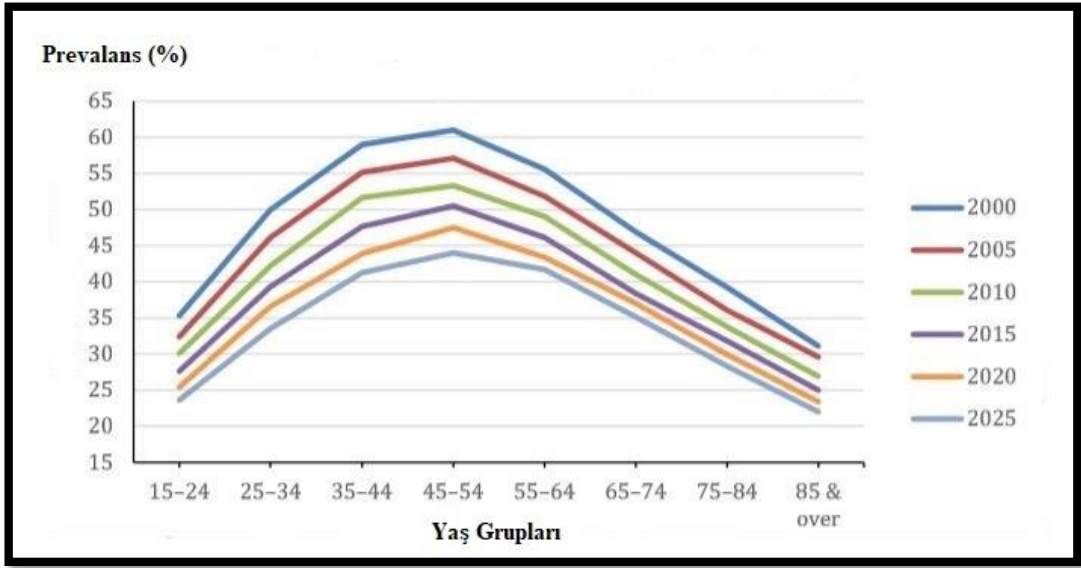
Yıl	Her iki cinsiyet	Erkek	Kadın
	Prevalans %	Prevalans %	Prevalans %
2000	33,3	50,0	16,7
2005	30,1	46,4	13,7
2010	27,3	43,2	11,4
2015	24,9	40,3	9,5
2020 (tahmini)	22,8	37,5	8,0
2025 (tahmini)	20,9	35,1	6,7

2000-2015 yılları arasında her iki cinsiyet için 15 yaş ve üzeri tütün kullanıcısı sayısı kararlı bir şekilde azalmıştır. 2000 yılında 1 milyar 397 milyon olan toplam tütün kullanıcısı sayısı 2015 yılında 1 milyar 351 milyona düşmüştür. Projeksiyon yapıldığında bu sayının 2025 yılında 1 milyar 299 milyona düşeceği öngörülmektedir. Tüm Dünya'da cinsiyete göre 15 yaş ve üzeri tütün kullanıcısı sayısındaki değişim ve 2025 tahminleri şekil 2.2'de verilmiştir (20).

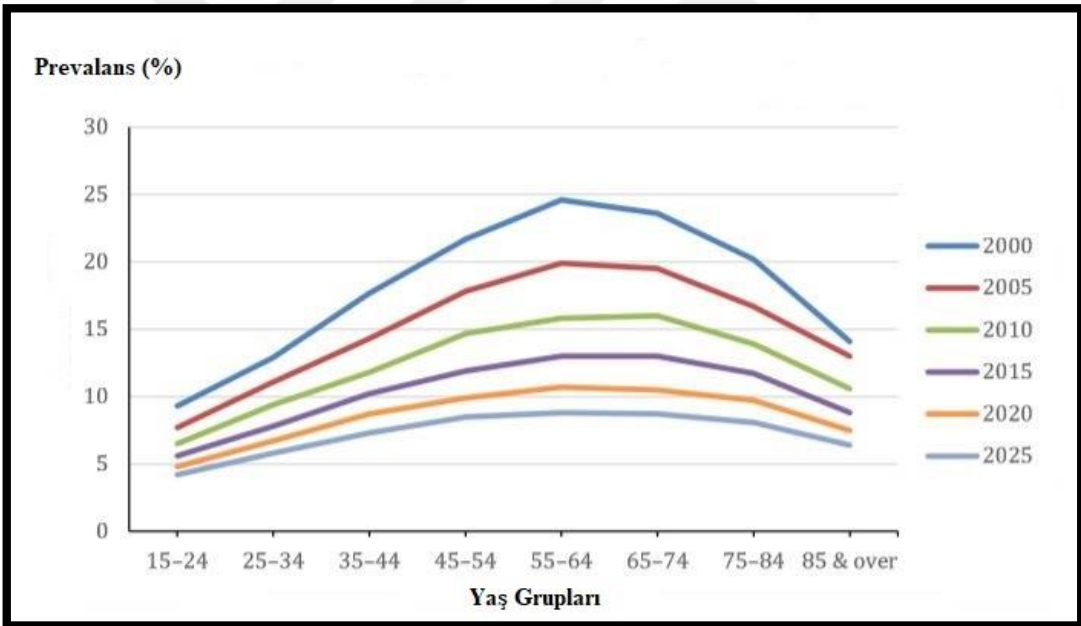


Şekil 2.2. Tüm Dünya’da cinsiyete göre 15 yaş ve üzeri tütün kullanıcısı sayısındaki değişim ve 2025 tahminleri (20)

Bütün dünyada sigara içme prevalansının 2025 yılında düşmesi beklenmektedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında sigara içme prevalansının 45-54 yaş grubunda en yüksek olduğu görülmektedir. 15-24 yaş grubu için 2000 yılında sigara içme prevalansı %22,6 iken 2015 yılında %17, 2025 yılında %14,2 olacağı, 25-34 yaş grubu için 2000 yılında sigara içme prevalansı %31,7 iken 2015 yılında %23,9, 2025 yılında %20,1 olacağı, 35-44 yaş grubu için 2000 yılında sigara içme prevalansı %38,6 iken 2015 yılında %29,2; 2025 yılında %24,5 olacağı, 45-54 yaş grubu için 2000 yılında sigara içme prevalansı %41,4 iken 2015 yılında %31,3; 2025 yılında %26,3 olacağı tahmin edilmektedir. 15 yaş ve üstü kişilerde cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içme global prevalansları şekil 2.3 ve şekil 2.4’te verilmiştir (20).

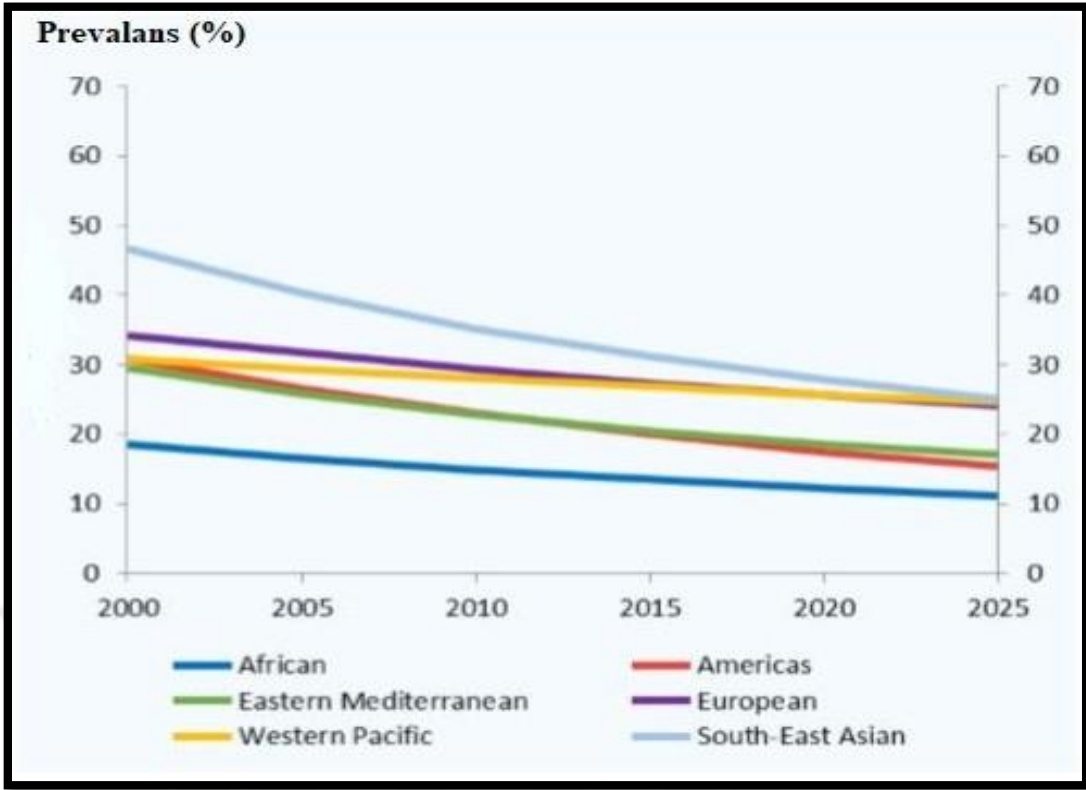


Şekil 2.3. Yaş gruplarına göre 15 yaş ve üzeri erkeklerin 2000-2025 yılları sigara içme prevalansındaki değişim (20)

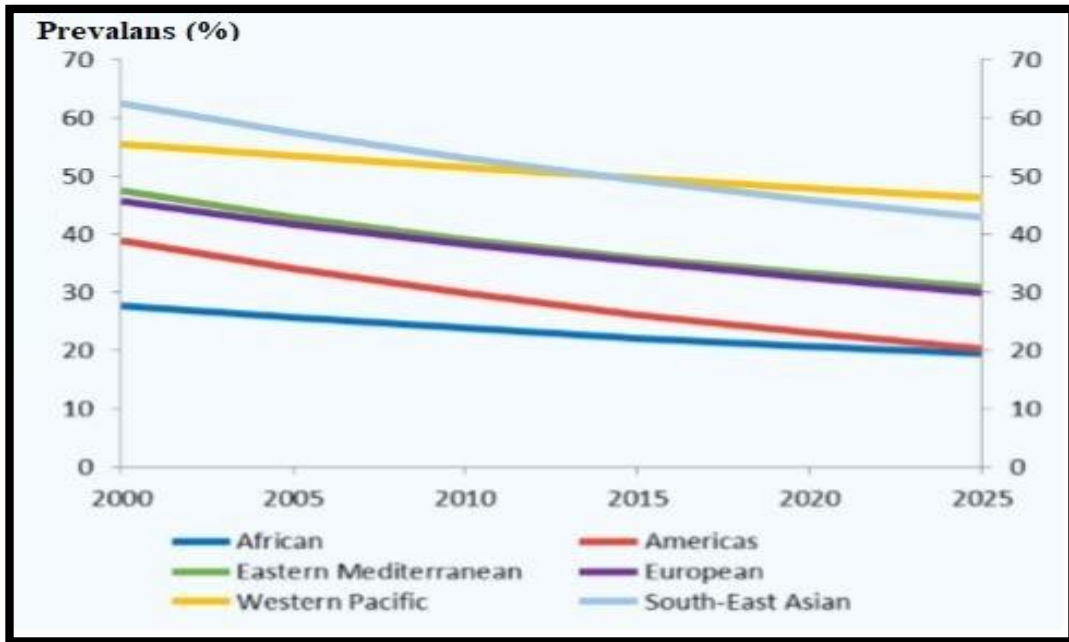


Şekil 2.4. Yaş gruplarına göre 15 yaş ve üzeri kadınların 2000-2025 yılları sigara içme prevalansındaki değişim (20)

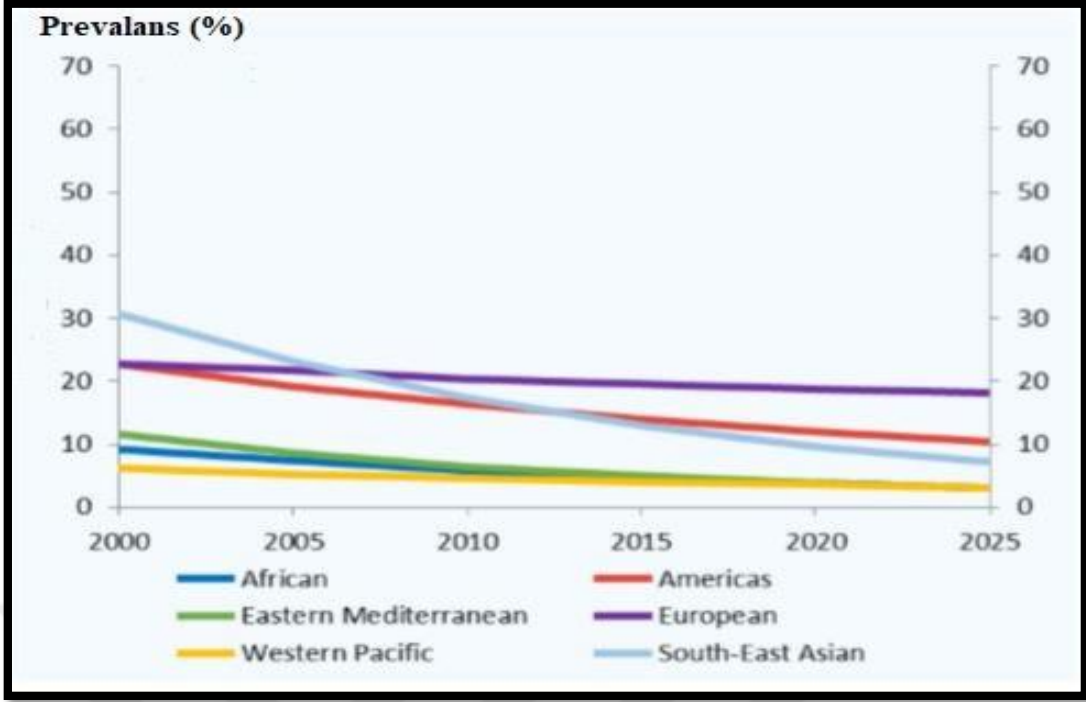
Bütün dünyada sigara içme prevalansının azalacağı tahmin edilirken, 2015 yılında bütün dünyada her iki cinsiyet için sigara içme prevalansı %24,9 olup 2025 yılında %20,9 olması beklenmektedir. Doğu Akdeniz Bölgesi'nde ise 2015 yılında toplam sigara tüketimi %20,5 olup 2025 yılında %17,0 olması beklenmektedir (20,22).



Şekil 2.5. Bölgelere göre 15 yaş ve üzeri sigara içme prevalansları ve 2025 tahminleri (20)



Şekil 2.6. 15 Yaş ve üzeri erkeklerin bölgelere göre tütün kullanma prevalansları ve 2025 tahminleri (20)

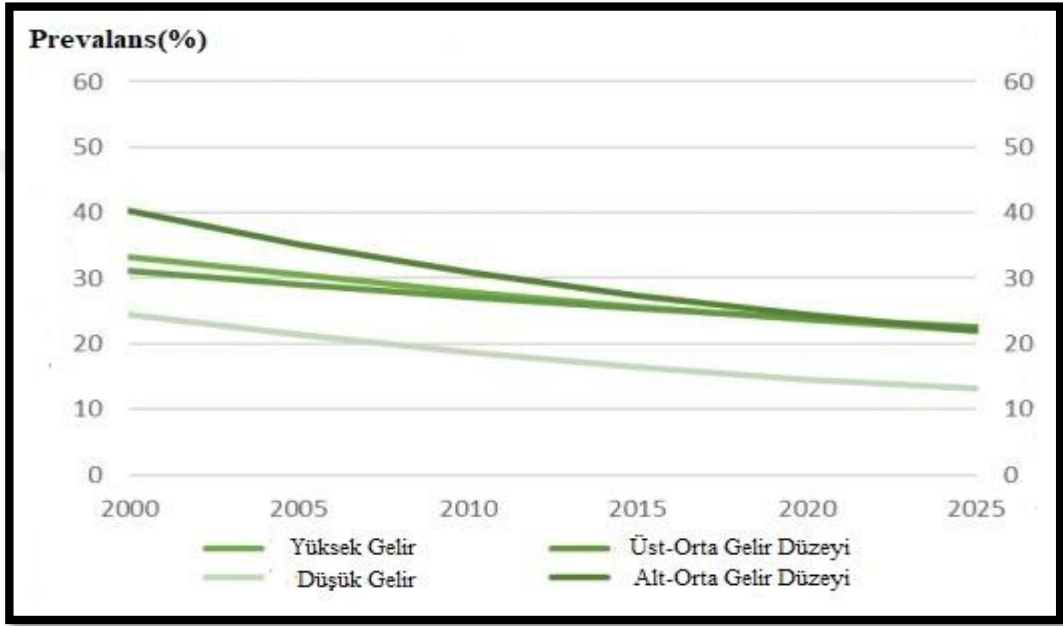


Şekil 2.7. 15 Yaş ve üzeri kadınların bölgelere göre tütün kullanma prevalansları ve 2025 tahminleri (20)

Gelir düzeyine göre tütün kullanım prevalansına bakıldığında trendin tüm gelir düzeyi gruplarında tütün kullanımı prevalansının giderek azaldığı görülmektedir. Gelir düzeyine göre en yüksek tütün kullanma prevalansı alt-orta gelir düzeyindeki ülkelerde bulunmakla beraber 2025 yılı projeksiyonu yapıldığında üst-orta ve üst gelir düzeyindeki ülkelerin seviyesine gelecek şekilde azalacağı öngörülmektedir. Alt gelir düzeyindeki ülkelerin ise 2000-2025 periyodunda en düşük tütün kullanma prevalansına sahip olmayı sürdürmesi beklenmekte ve 2025 yılına projeksiyon yapıldığında yaklaşık %13 prevalansa sahip olacakları öngörülmektedir. Bu diğer gelir düzeyindeki ülkelerin beklenen prevalansının yaklaşık üçte ikisine tekabül etmektedir. Tablo 2.3'te Dünya Bankası'nın gruplandığı gelir düzeyine göre ülkelerin 2010-2025 tahmini prevalansları verilmiştir (20).

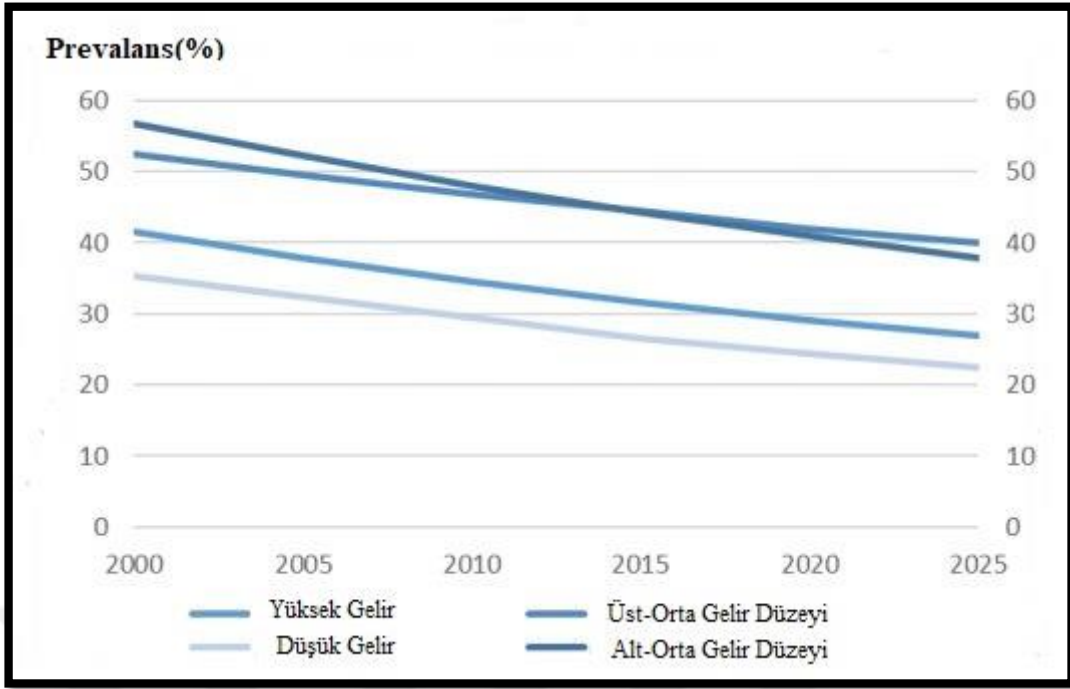
Tablo 2.3. Ülkelerin Dünya Bankası gelir düzeyine göre 2010 ve 2025(tahmini) tütün kullanma prevalansları (% olarak)

Gelir Düzeyi	2010			2025(tahmini)		
	Erkek	Kadın	Her ikisi	Erkek	Kadın	Her ikisi
Yüksek	34,6	21,2	27,9	26,9	17	21,9
Üst-Orta	46,9	7,3	27,1	39,9	5,2	22,5
Alt-Orta	48,0	13,8	30,9	37,9	5,9	21,9
Alt	29,4	8,0	18,7	22,5	3,8	13,2
Global	43,2	11,4	27,3	35,1	6,7	20,9



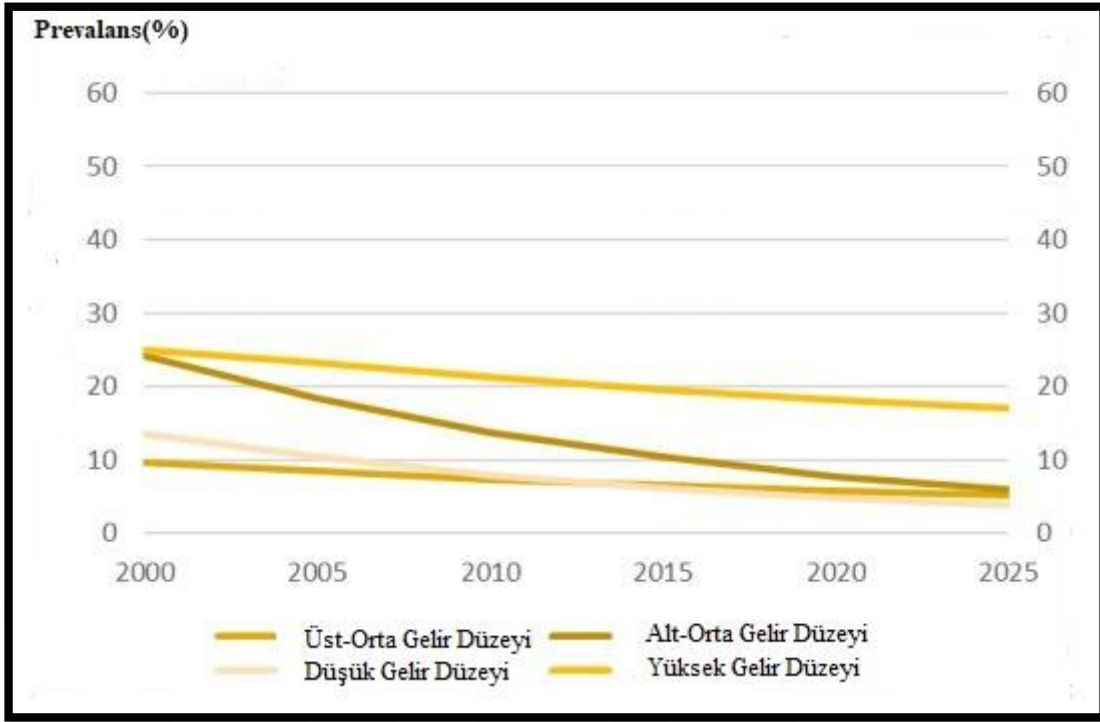
Şekil 2.8. Ülkelerin gelir düzeyine göre 15 yaş ve üzeri kişilerin tütün kullanma prevalanslarının zamana göre değişimi (20)

Düşük-orta gelir ve yüksek-orta gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşayan erkeklerin tütün kullanma prevalanslarına bakıldığında yıllara göre gösterdiği değişimin çok az olduğu görülmektedir. Tüm gelir gruplarında azalma beklenmekle birlikte düşük-orta ve yüksek-orta gelir düzeyine sahip ülkelerin prevalanslarının yüksek ve düşük gelirli ülkelerin prevalanslarıyla arasındaki farkın da süreceği öngörülmektedir. Şekil 2.9'da gelir düzeylerine göre gruplara ayrılmış ülkelerde yaşayan 15 yaş ve üzeri erkeklerin tütün kullanma prevalanslarının zamana karşı değişimi ve tahmini 2025 prevalansı verilmiştir (20).



Şekil 2.9. Ülkelerin gelir düzeyine göre 15 yaş ve üzeri erkeklerin tütün kullanma prevalansının zamana göre değişimi ve 2025 tahmini (20)

Kadınlarda ise en yüksek prevalans yüksek gelir grubu ülkelerin olduğu grupta bulunmaktadır. Düşük-orta gelir grubu ülkelerinde 2000 yılında %24,1 olan tütün kullanma prevalansının zamanla azalma gösterip 2025 yılında %5,9'a düşerek üst-orta ve düşük gelir gruplarına yaklaşık olması beklenmektedir. Şekil 2.10'da gelir düzeylerine göre gruplara ayrılmış ülkelerde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınların tütün kullanma prevalanslarının zamana karşı değişimi ve tahmini 2025 prevalansı verilmiştir (20).



Şekil 2.10. Ülkelerin gelir düzeyine göre 15 yaş ve üzeri kadınların tütün kullanma prevalansının zamana göre değişimi ve 2025 tahmini (20)

2010 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 15 yaş ve üzeri Türkiye nüfusunun yaklaşık %30'u sigara içmektedir. Erkeklerin %46'sı kadınların %15'i sigara içmektedir. 2025 yılında erkeklerde prevalansın %31'e kadınlarda ise %9'a düşmesi beklenmektedir (22). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerine göre Türkiye'de sigara içme prevalansı 15 yaş ve üstü erkeklerde %44,1; kadınlarda %19,2, toplamda %31,6'dır (23). Benzer olarak 2016 yılında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Türkiye Sağlık Araştırması'nda da 15 yaş ve üstü sigara içme prevalansı erkeklerde %43, kadınlarda %18,5, toplamda ise %29,4 olarak bulunmuştur (24). DSÖ üyesi devletler 2025 yılına kadar sigara tüketimini %30 azaltmayı hedeflemişlerdir. Türkiye'nin 2025 yılında bu hedefi yakalaması beklenmekteydi. Ancak 2015 yılı Türkiye sigara prevalansı hedefleri ile 2015 sigara prevalansı verileri karşılaştırıldığında hedeflere ulaşılması mümkün görünmemektedir. Türkiye'de Küresel Gençlik Tütün Araştırması raporuna göre 13-15 yaş arası gençlerde sigara içme oranı ise 2009 yılında erkeklerde %10,2, kızlarda %5,3; 2012 yılında erkeklerde %12,1 kızlarda %8,3; 2017 yılında ise 13-15 yaş arası gençlerde sigara içme oranı erkeklerde %9,9; kızlarda %5,3 ve toplamda %7,7 olarak tespit edilmiştir (25). Sigara ile mücadelede önemli bir yeri

olan sağlık alışanlarında sigara içme sıklığının tespit edilmesi önemlidir. Türkiye’de sağlık alışanlarında sigara içme prevalansının araştırıldığı çalışmada sigara içme sıklığının uzman doktorlarda %12,7 iken pratisyen doktorlarda da %23,9; hemşirelerde %21,9 olduğu görülmektedir (26).

2.6. Sigaranın Sağlık zerine Etkileri

Sigara dünyadaki en önemli halk sorunlarından biridir ve çağımızın önemli salgınlarındandır (27). Sigara erken ölümlere neden olmaktadır, bir sigara içicisi içmeyen bir kişiye nazaran yaklaşık 10 yıl erken ölür. 35-69 yıl arasında sigara içen bir kişi ömründen 20-25 yıllık bir süreyi kaybeder. Sigaranın bırakılması hem beklenen yaşam süresini uzatırken hem de hastalık risklerinin de azalması sağlar (28).

2.6.1. Sigara ve lm

Dünya sağlık rgt her yıl 8 milyon insanın tütün kullanımına bağlı nedenlerden öldüğünü tahmin etmektedir (1). Tütün rnleri kullanımı aynı sıklıkla kullanılmaya devam ederse 2030 yılında sigaradan öleceklerin sayısının 10 milyona ulaşması beklenmektedir. 21. Yüzyılın sonunda eğer sigara içiciliği böyle devam ederse sigaradan ölümlerin 1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Pasif maruziyete bağlı 600 bin ölüm olacağı da tahmin edilmektedir (20). Sigara içmek her yıl aşağıdaki nedenlerden daha fazla ölüme neden olmaktadır (27,29);

- HIV enfeksiyonu
- Madde kullanımı
- Alkol kullanımı
- Trafik kazaları
- Obezite

Sigara ve neden olduğu hastalıklar daha çok bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklara bağlı olarak gelişen sakatlıklardır. Fakat bulaşıcı hastalıkların artışı ile de ilişkili bulunmuştur (30).

Sigara içmek akciğer kanseri ile ilişkili ölümlerin %90’ından sorumlu iken, kronik obstrüktif akciğer hastalığı kaynaklı ölümlerin %80’inden sorumludur. Sigaranın kadınlarda akciğer kanserinden kaynaklı ölümleri, meme kanserinden daha fazladır

(28). Sigara içme kanser kaynaklı ölümlerin %27'sinden sorumlu iken bütün solunum sistemi ölümlerinin %35'inden sorumludur. Bütün dolaşım sistemi ölümlerinin ise %13'üne neden olur (27).

Sigara içmenin mortalite dışında kullanıcılarının daha fazla hastalandığı da diğer bir gerçektir. Sigara içen kişiler içmeyen kişilere göre akut ve kronik hastalıklara daha fazla yakalanır. Sigara içen kişiler hastalıklardan dolayı daha fazla yatakta gün geçirir, iş gücü kaybı daha fazla yaşar, günlük faaliyetlerden daha fazla yoksun kalır ve sağlık harcamaları daha fazladır. Sigara içen kişilerde koroner arter hastalığı 2-4 kat, inme riski 2-4 kat, akciğer kanseri riski 25 kat daha fazla görülmektedir (28).

2.6.2. Sigara ve Vasküler Hastalıklar

Sigara içme sonucunda koroner arter ve periferik arterlerde endotel hasarı meydana gelir. Endotelde meydana gelen fonksiyon bozukluğuna oksitleyici kimyasalların ve nikotinin neden olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (30). Sigara kullanımı miyokard infarktüsü, serebrovasküler hadiseler, anjina ve diğer periferik damar hastalıkları ile yakından ilişkilidir (31). Sigara içme ve dumana maruz kalma kalp damar hastalıklarının patolojisinde ana neden olan tromboembolik olayların artmasına yol açmaktadır (30). Kan damarlarında obstrüksiyon ve tıkanma meydana gelir. Tıkanma veya daralma kan akışının azalmasına neden olmaktadır. Kan akımındaki azalma meydana gelen hastalık veya patolojilerin ana sebebidir. Örneğin yürürken göğüs ağrısı, bacak ağrısı gibi şikayetler kan akımındaki azalmadan dolayı olur. Sigara içen kişilerde kalp hastalıklarından ölme riski 2 kat daha yüksektir (32). Sigara miktarı arttıkça ve yaş ilerledikçe risk de artmaktadır (33).

Ayrıca oral kontraseptif korunma yöntemi kullanan kadınlarda sigara içme derin ven trombozu ve serebrovasküler inme riskini de artırmaktadır (34). Sigara içme arter hastalığının yanında venöz hastalıkların da sebebidir. Venöz yetmezliğe ve alt ekstremitelerde amputasyonlarına neden olabilir (35). Sigara içen kişiler sigarayı bıraktıklarında kalp damar hastalığı ve buna bağlı mortalite azalmaktadır (30).

KANSERLER	KRONİK HASTALIKLAR
Larinks	İnme (felç)
Orofarinks	Körlük, katarakt
Özofagus	Periodontit
Akciğer	Aort anevrizması
Akut myeloid lösemi	Koroner kalp hastalığı
Mide	Pnömoni
Pankreas	Arteriosklerotik periferik damar hastalığı
Böbrek ve üreter	KOAH, astım ve diğer solunum etkileri
Kolon	Kalça kırığı
Serviks	Kadınlarda reproduktif etkiler (fertilite dahil)
Mesane	

Şekil 2.11. Sigara kaynaklı hastalıklar (27)

2.6.3. Sigara ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Sigara içen kişilerde solunum sistemi hastalıkları daha fazla görülür. Sigara içen bir kişide herhangi bir solunum yolu hastalığından ölme riski içmeyen kişiler ile kıyaslandığında 3 kat daha yüksektir (36). Sigara dumanı akciğerde irreversibl hasara neden olur. Sigaranın yol açtığı en önemli sonuçlardan biri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığıdır. KOAH hastalarının %85'i sigara ile ilişkilidir (37). Sigara dumanına maruziyet oksidatif strese yol açar ve bu stres KOAH gelişiminde rol alır. KOAH gelişen kişilerde akciğer difüzyonu bozulur, oksijenlenme düşer, oksijen kapasitesi düşer, nefes darlığı ve efor kapasitesinden azalma meydana gelir. Sigara dumanı inflamasyona neden olur ve bir süre sonra amfizem gelişir. Sigarayı bırakmak bu süreçleri yavaşlatan ve etkinliği kanıtlanmış tek yoldur (30,37).

2.6.4. Sigara ve Kanser

Sigara dumanında bulunan kanserojenlere maruziyet sonucunda DNA hasarı meydana gelir ve akciğer kanserine zemin hazırlar. Sigara dumanı protoonkogenler ve KRAS genlerinde mutasyona neden olur (30). Sigaranın, akciğer kanserinde ve neden olduğu diğer kanserlerde protein 16 (P16) gibi anahtar tümör baskılayıcı genlerin promoter metilasyonuna yol açtığına dair tutarlı kanıtlar vardır (30). Yapılan çalışmalarda sigaranın akciğer, larinks, orofarinks, özofagus, mide, pankreas, böbrek ve üreter, kolon, serviks ve mesane kanserine ve akut myeloid lösemiye sebep olduğu gösterilmiştir. Sigarayı bırakmak kanser riskini azaltmaktadır (28).

2.6.5. Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri

Sigara içmenin erkek ve kadın üreme sağlığı üstüne etkileri vardır. Erkeklerde sigara kromozom değişikliklerine, DNA hasarına hatta ölü doğuma neden olmaktadır (28). Hayvan çalışmalarında plasentadan geçen nikotinin kan akımını azalttığı, fetusta oksijenasyonu bozduğu ve sonuçta fetal kalp atımı ile arter basıncında artışa neden olduğu gösterilmiştir. Sigara dumanındaki karbonmonoksit fetüsün hemoglobinine bağlanır ve oksijen taşınmasını azaltır, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğmasına neden olur. Sigara ayrıca spontan düşük, prematürite, neonatal ve perinatal mortalite artmaya neden olur (38).

Gebelikte sigara içme aynı zamanda fetüsün akciğer gelişimini de etkiler ve wheezing, astım gibi hastalıkların gelişme riskini artırmaktadır. Bu etkilerin nikotin etkisi ile oluştuğuna dair kanıtlar vardır. Gebelikte elektronik sigara içen kadınları da bu konuda uyarmak gerekir. Sigara içmek hem kadın hem de erkek cinsiyette infertilite riskini de artırmaktadır (39,40).

2.7. Çevresel Sigara Dumanının Sağlık Etkileri

Çevresel sigara dumanı; ikinci el sigara dumanı ve üçüncü el sigara dumanı olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır (41,43).

2.7.1. İkinci El Sigara Dumanı ve Sağlık

İkinci el sigara dumanı sigaranın yanma sırasında ucundan yayılan duman ile içen kişinin dışarı verdiği dumanın birleşiminden oluşur. İkinci el sigara dumanı 7

binden fazla kimyasal madde içerir ve yaklaşık 70 tanesi kanserojendir (30). Çevresel sigara dumanı çocukların sağlığını doğumdan önce bile etkilemektedir. Her yıl 50 milyon gebe kadının çevresel sigara dumanına maruz kaldığı düşünülmektedir (44). Her yıl ortalama bin bebek sigara dumanına maruziyet sonucunda ölmektedir (28). Bütün dünyada çocukların yaklaşık %40'ının ikinci el sigara dumanına maruz kaldığı, çocuk ölümlerinin de %28'inden çevresel sigara dumanının sorumlu olduğu belirtilmektedir (45). İkinci el sigara dumanı çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları, astım atakları, orta kulak enfeksiyonları, ani ölümlere neden olabilmektedir (28). Bazı çalışmalarda ikinci el sigara dumanının çocuklarda nöromotor bozuklar, öğrenme sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi nörolojik sorunlara yol açabileceği de gösterilmiştir (46).

İkinci el sigara dumanı yetişkinlerde kalp krizi ve inmeye neden olabilir (47).

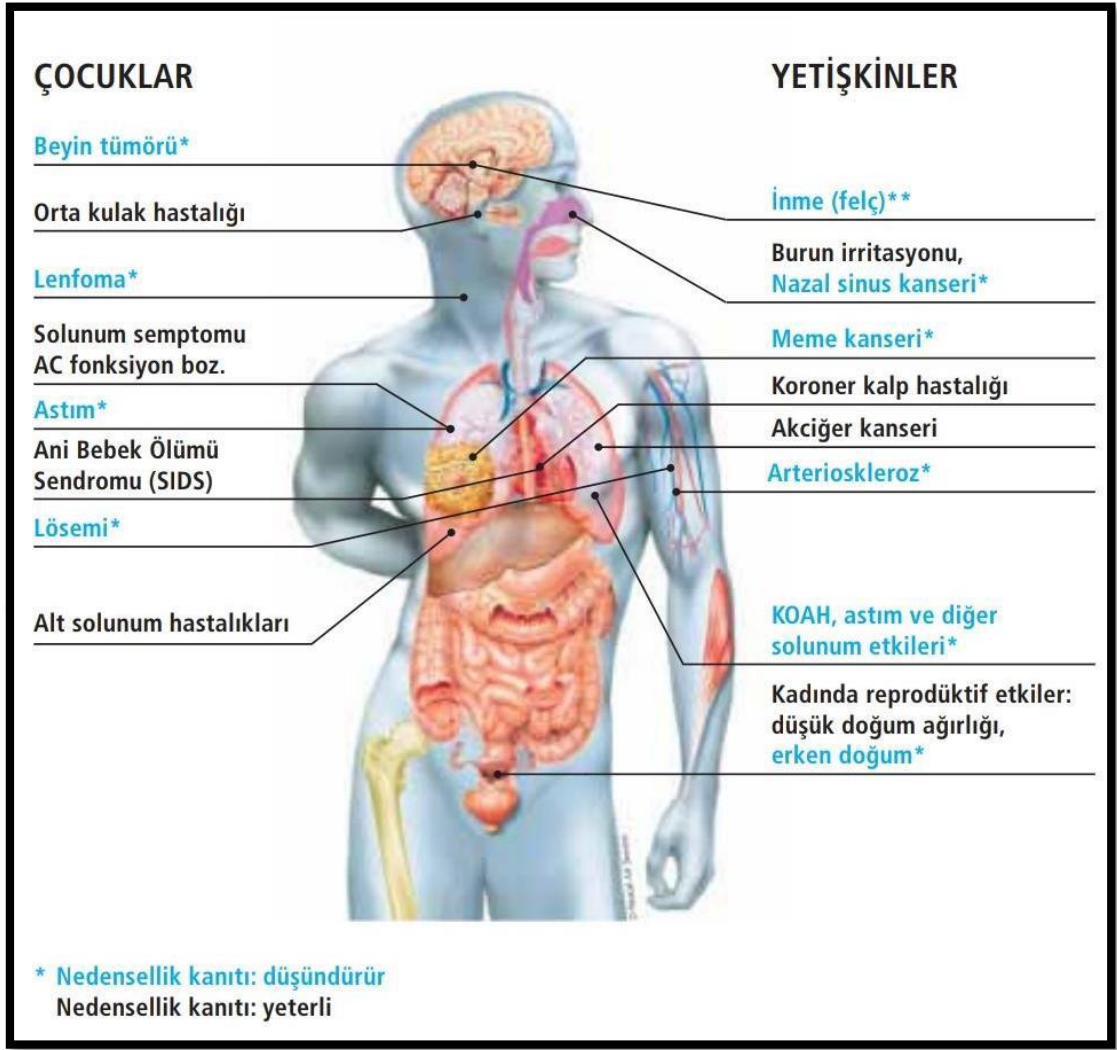
- Kendisi sigara içmeyen fakat iş yeri veya evde ikinci el sigara dumanına maruz kalan kişilerde kalp hastalıkları riski %25-30 artmaktadır.
- Ayrıca ikinci el sigara dumanı solunması kan damarları üzerinde olumsuz etkilere neden olarak kalp krizi geçirme riskini artırmaktadır.
- İkinci el sigara dumanı inme riskini % 20–30 artırmaktadır.
- İkinci el sigara dumanına maruz kalmak yıllık olarak 8.000'den fazla ölüme sebep olmaktadır.
- İkinci el sigara dumanına hiç sigara içmemiş yetişkinlerde akciğer kanserine de sebep olmaktadır.
- Kendisi sigara içmeyen fakat iş yeri veya evde ikinci el sigara dumanına maruz kalan kişilerde akciğer kanseri riski %25-30 artmaktadır
- İkinci el sigara dumanı yıllık kendisi sigara içmeyen fakat içen kişilerin dumanına maruz kalması sonucunda 7.300'den fazla kişinin akciğer kanseri nedeni ile ölümüne yol açar (47).

2.7.2. Üçüncü El Sigara Dumanı ve Sağlık

Kapalı ortamlarda içilen sigaranın dumanı ortamda bulunan bireylerin elbise, saç, derisine ve ortamda bulunan eşyaların üstünde uzun süre kalabilmektedir. Sigara

dumanının kişiler ve eşyalar üstünde kalan bu kalıntılara üçüncü el sigara dumanı denilmektedir (43,47). Genel temizlik metotları, vakum ile boşaltma, ortamı havalandırma, klima kullanma gibi uygulamalar üçüncü el sigara dumanı maruziyetini önlemez (48). Sigara içen kişiler sigaralarını içtikten sonra giysileri nefesleri halen sigaranın kimyasallarını içermektedir ve bu kimyasalları çevreye yaymaya devam etmektedir (49). Yapılan bir çalışmada üçüncü el sigara dumanının çocuklar ve bebekler için yüksek riskli olabileceği belirtilmiştir (50).

Çocuklar solunum, deri, sindirim yolu gibi farklı yollar ile üçüncü el sigara dumanına maruz kalabilmektedir (43). Yeni sürünmeye yürümeye başlayan bebekler zemine daha çok temas etmektedir. Üçüncü el sigara dumanı ile kirlenmiş zeminler bu bebeklerin kirlenmiş zemindeki kimyasallara maruziyet riskini artırmaktadır. Ayrıca çocukların ve bebeklerin el-ağız hareketi de maruziyeti ve riski artıran bir faktördür (51). Çocukların ve bebeklerin riskini artıran bir diğer faktör ise ciltlerinin ince olması ve yüzey hacim oranlarının büyük olmasıdır. Bu faktörlerde çocuklar ve bebeklerde üçüncü el sigara dumanı maruziyetini artırmaktadır (52). Kelishadi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın genotoksik etkileri olduğu gösterilmiştir (53). Üçüncü el sigara dumanı ile ilgili yapılan çalışmaların yeni ve az olmasından dolayı kişilerin üçüncü el sigara dumanına maruziyetleri ve sonuçları ile ilgili yeterli bilgi oluşmamıştır (51).



Şekil 2.12. Pasif Sigara Dumanı Etkileniminin Neden Olduğu Hastalıklar (27)

2.8. Tütün Kontrolünde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Hekimler, diş hekimleri, hemşireler ve diğer bütün sağlık çalışanları kendilerini tütün ile mücadelenin bir parçası olarak görmelidirler. Dünya Sağlık Örgütü sigara içmeyi hastalık olarak değerlendirmektedir. Bu hastalığın tedavisinde pratisyen hekimler, aile hekimleri, dahiliye uzmanları, göğüs hastalıkları uzmanları, psikiyatri doktorları, kardiyoloji uzmanları gibi neredeyse bütün doktorlar yer almaktadır (54). Muayeneye, danışmaya gelmiş her hastanın sigara kullanımı sorulmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Her sigara içen kişi sigarayı bırakmak için teşvik edilmelidir. Hastalara sigaranın tedavi edilebileceği söylenmelidir. Sigarayı bırakma konusunda gönülsüz kişiler motive edilmelidir. Hastalara sigarayı bırakmama nedeninin nikotin bağımlılığı olduğu anlatılmalı ve tedavi edilebileceği vurgulanmalı, önemi anlatılmalıdır. Hastaları

motive ederken onları rencide edebilecek hareket ve sözlerden kaçınılmalı, hastanın güveni kırılmamalıdır (55). Hekimler hastalara sigarayı bıraktıkları zaman aslında kendileri için yapabilecekleri en iyi şeyi yaptıklarını belirtmelidir. Sigaranın her yaşta bırakılabileceği, hangi yaşta bırakılırsa bırakılsın kısa ve uzun vadede kazançlı olacakları hastalara söylenmelidir. Bütün bu açıklamalar bir sağlık çalışanın 3 dakikasını almaktadır. Hastalar ile bu üç dakikalık motivasyonel görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarını önemli derecede artırdığı görülmüştür (54). Yapılan çalışmalarda hastalara sadece sigara bırakma önerisinde bulunmanın sigara bırakmayı %5 (%3-13), hastalar ile yoğun görüşme yapmanın ise sigara bırakmayı %29 (%13-40) oranında artırdığı bulunmuştur (56).

2.9. Bağımlılık

Bağımlılık bir maddeyi bırakma ve yeniden başlama döngüsü ile karakterize bir hastalıktır. Şu iki durumun olması madde bağımlılığına kanıttır; maddenin kullanılması ile ödül ve haz alınması, madde alınmayınca ortaya çıkan ve rahatsızlık verici durumdan kaçınmak için maddenin yeniden alınmasıdır (57). DSM-V kriterlerine göre aşağıdaki 11 kriterden en az ikisinin görülmesi tütün bağımlılığını göstermektedir (58).

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Tütün kullanmaya ilişkin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici tütün kullanımı (örn. işini engelleme).
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün

kullanımını sürdürme (örn. tütün kullanımıyla ilgili olarak başkalarıyla tartışmalara girme).

7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma (örn. yatakta sigara içme).
9. Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın tütün kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde tütün kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Tütüne özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için tütün (ya da nikotin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Sigara içerken alınan nikotinin yanında başka duyuşal uyarınlarında eşlik etmesi nikotinin tekrar alınması için daha güçlü bir bağımlılık örüntüsü oluşturur (57). Nikotinin etki mekanizması mezolimbik dopaminerjik sistemin bulunduğu orta beyindeki haz merkezi üstünedir. Nikotin bağımlılığı da bu merkez üzerinden etkili olmaktadır (57). Nükleus akkumbenste dopamin artışı ile pekiştirici etki oluşur. Bundan dolayı sigara içilmediğinde fiziksel yoksunluk belirtileri olmasa da sigara isteğı olmaktadır (57).

2.9.1. Sigara Bağımlılığının Döngüsü

1. Nikotin dopamin salınımına sebep olur.
2. Dopamin keyif verici ve rahatlatıcı ödül sistemini meydana getirir.

3. Sigara içiminden bir müddet sonra dopamin seviyesi düşer.
4. Dopamin yoksunluğu irritasyona ve strese neden olur. Sigara içicisi dopamin salınması için nikotin açlığı yaşar.
5. Nikotinin kolinerjik reseptörlere devamlı bağlanması; etkisinde gecikme, duyarsızlaşma ve reseptör sayısında artmaya neden olur.
6. Nikotin seviyesi düştükçe, reseptörlerde meydana gelen aşırı uyarılma nikotin isteğinin oluşmasına sebep olur (59).

Sigara bırakıldığında tekrar başlanması veya içmekte ısrar edilmesinin nedeni nikotin bağımlılığı ve meydana gelen yoksunluk belirtileridir. Yoksunluk belirtileri sigaranın içilmesinden sonraki birkaç saat sonrasında oluşmaya başlar ve ilk hafta yoğun olarak yaşanır. Yaklaşık 1 ay içinde yoksunluk belirtileri düzelir. İştah artışı daha uzun sürebilir (60). Nikotin bağımlılığını değerlendirmek için çeşitli metotlar vardır. Nikotin bağımlılığının belirlenmesinde "Fagerstrom Tolerans Testi" geliştirilmiştir. Bu test Fagerstrom tarafından 1978 yılında önerilmiştir (61). Bu testin iç tutarlılığındaki yetersizlik nedeniyle "Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi" geliştirilmiştir (62). Bu test altı soruluk test haline getirilmiştir ve toplam skor 0-10 puandan oluşmaktadır. Bu testin genel mantığına bakıldığında; kişinin sigara içmeden durabildiği zamana ve içtiği sigara miktarına bakıldığı anlaşılmaktadır (63). Nikotin bağımlılığının tespit edilmesinde ve seçilecek tedavi yönteminin ve tedavi planının oluşturulmasında bu testin kullanılması önemlidir. Sigara bıraktırma polikliniklerinde en çok kullanılan bağımlılık tespit etme yöntemidir (63).

Sigara bırakmak için gelmiş bir kişi bağımlılık şiddeti, içme özellikleri ve bırakma isteği açısından dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir. Sigara bırakma tedavisi iki parçadan oluşur. Birinci aşamada kişinin günlük yaşamında sigarayı hatırlatan ve içmesine neden olan faktörlerin farkedilmesinin ve değiştirilmesinin sağlanması, stres ve yoksunluk ile baş etme yöntemlerinin geliştirilmesidir. İkinci aşamada ise ilaçlar ile fiziksel yoksunluk belirtilerinin azaltılmasını sağlamak ve sigarayı bırakma sürecini hızlandırmaktır. Bu iki faktör ne kadar bir araya getirilirse tedavi şansı o kadar fazla olur (64).

2.10. Tedavi

Sigarayı bırakma tedavisinde başarı sigara içicisinin özelliklerinin doğru biçimde tespit edilmesi ile ilişkilidir. Sigarayı bırakmak isteyen bireyleri üç gruba ayırmak ve tedavi yaklaşımlarını bu gruplara göre belirlemek gerekir. Buna göre:

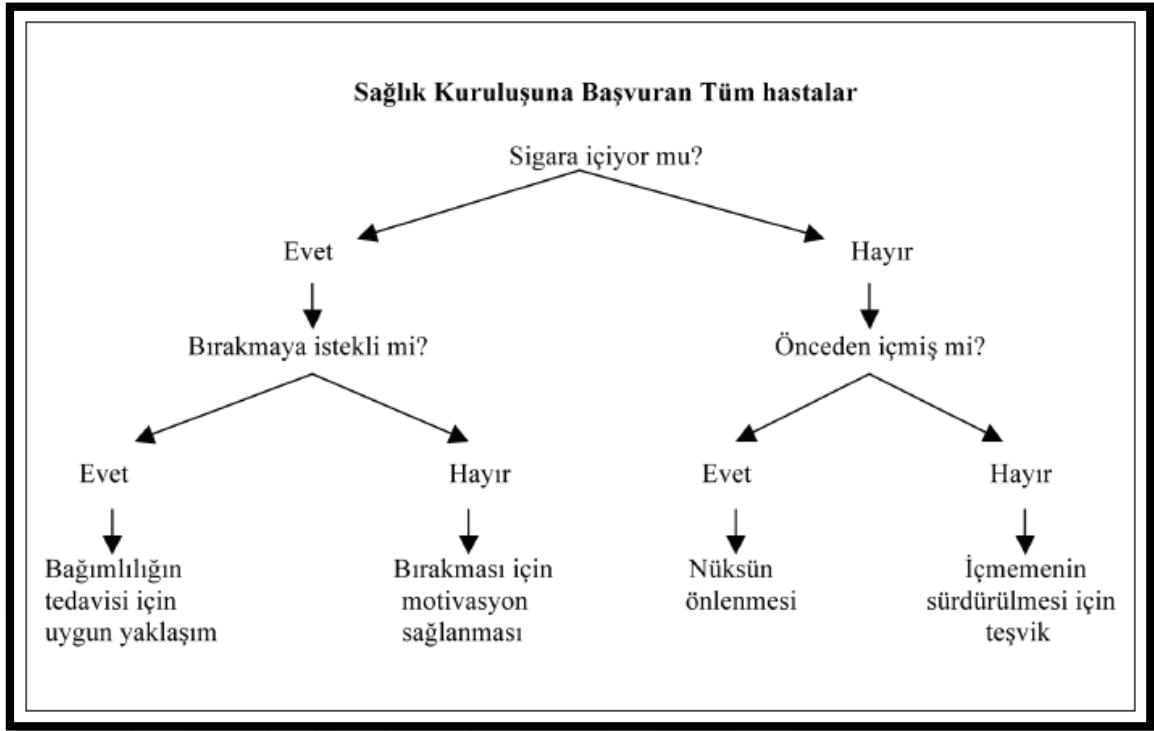
1. Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli bireyler; bu kişiler için önerilen strateji 5A ya da 5Ö stratejisidir. Ask (Öğren), Advice (Öner), Assess (Ölç), Assist (Önderlik et), Arrange (Örgütüle)
2. Sigara içen ancak bırakma denemesi için isteksiz bireyler; bu kişiler zor olan gruptur. Bu kişiler için önerilen strateji 5R'dir. Relevance (İlgilenme, kişisel olarak ilgilenme), Risks (Riskler, sigaranın sonuçları vurgulanmalıdır), Rewards (Kazançlar, sigara bırakıldığında kazanılacaklar anlatılmalıdır), Roadblocks (Engeller, bırakmanın önündeki engelle belirlenmelidir), Repetition (Tekrarlama, hasta ile her buluşmada motive edilmelidir)
3. Önceden sigara içmiş, yeni bırakmış bireyler; bu kişilerde tekrar içmeye başlama engellenmelidir. Her görüşmede kişi tebrik edilmeli ve içmeme yönünde teşvik edilmelidir (64).

Farmakoterapi

Farmakoterapi orta ve yüksek düzey bağımlılığı olan kişilerde tercih edilmelidir. Bağımlılık testinin uygulanmadığı kişilerde pratik olarak şu şekilde karar verilebilir. Günde 10'unun üstünde sigara içilmesi, sabah uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde ilk sigaranın içilmesi ya da günlük içilen sigara miktarı az olsa bile yoksunluk semptomları tarif etmesi ilaç tedavisi için yeterli kabul edilebilir (64).

Farmakoterapi'de tercih edilebilecek ilaçlar veya seçenekler şunlardır;

- 1- Nikotin replasman tedavisi (nikotin bandı, nikotin sakızı, nikotin nazal spreyi)
- 2- Nikotin içermeyen tedaviler (Bupropion, Vareniklin)



Şekil 2.13. Sigara bırakma tedavisinde önerilen algoritma (64)

2.11. Sağlık çalışanlarında sigara içme durumu

Küresel yetişkin tütün araştırması sonuçlarına göre ülkemizde sağlık çalışanlarında sigara kullanımının genel toplum ile benzer olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanları sigara bırakma tedavilerinde önemli bir pozisyona sahip olduğu için sigara içme durumlarının tespit edilmesi önemlidir. Her sağlık çalışanı kendini bu mücadelenin parçası olarak görmelidir. Son dönemde yapılan çalışmalarda doktorlarda sigara kullanma sıklığının azaldığı görülmektedir. Fakat gelişmiş ülkelerdeki oranlar ile karşılaştırıldığında halen yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada pratisyen doktorların %30'unun, uzman doktorların ise %22'sinin sigara içtiği görülmüştür. Bu çalışmada sigara içme sıklığı diş hekimleri ve eczacılar grubunda %26,1, hemşire ve ebeler grubunda %29,5 ve sağlık teknisyenleri grubunda da %33,8 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanları arasında nikotin bağımlılığının da yüksek olduğu görülmüştür. Sigara kullanan pratisyen doktorların ve uzman doktorların yarıya yakın bölümü günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk yarım saat içinde içtiğini ve pratisyen doktorların %53,0'ı uzman doktorların %41,6'sı günde 16 ve daha çok sayıda sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte doktorların %70-89'unun

sigara içmeyi bırakmayı düşündüğü veya bırakmayı denediğini bulunmuştur (26). 2011 yılında yapılan çalışmada ise sigara içme sıklığının uzman doktorlarda %12,7'ye pratisyen doktorlarda da %23,9'a düşmüş olduğu görülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın kişi-yer-zaman özellikleri

Bu çalışma 2020 yılı Haziran-Temmuz ayları arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan asistan doktor ve hemşireler üstünde yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği'nden izin alınmıştır. İnönü Üniversitesi Etik Kurulu'ndan da izin alınmıştır (KARAR SAYISI:2020/685).

3.2. Çalışmanın tipi, örneklem ve evreni

Çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan (356) doktor ve (970) hemşire oluşturmaktadır. "Güneş G ve ark. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı çalışmasının sonuçları (grup 1 için prevalans %43, grup 2 için prevalans %13) %99 güven aralığı %99 güç referans alınarak yapılan örneklem büyüklüğü analizinde ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 204 olarak bulunmuştur (65). 267 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil olan kişilerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Örneklem yöntemi olarak olasılıksız örneklem yöntemlerinden kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır.

3.3. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde asistan doktor veya hemşire olmak
Gönüllü olmak

3.4. Dışlanma kriterleri

Yabancı uyruklu asistan ve hemşire olmak
Öğretim üyesi olmak

3.5. Veri toplama

Çalışmaya katılmak isteyen doktor ve hemşireler ile yüz yüze görüşülerek anketler doldurtulmuştur. Veri toplama aracımız 3 bölümden oluşmaktadır;

Sosyodemografik ve mesleki anket formu

Sigara ve pasif sigara içiciliği ile ilgili anket formu

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi; çalışmada Türkçe versiyonu Uysal ve ark. tarafından yapılmış formu kullanılmıştır. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi 6 sorudan oluşmaktadır. Her soruya farklı puanlanmaktadır. Bu testin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan), yüksek (≥ 7 puan) şeklinde üç grupta değerlendirilmiştir (66).

3.6. İstatistiksel analiz

Verilerin analiz edilmesinde SPSS 22 programı kullanılmıştır. Kategorik verilerin analiz edilmesinde Ki-kare testi kullanılacaktır. Normal dağılım testi olarak Kolmogrow Smirnov Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan nicel verilerin analizinde parametrik hipotez testleri, uymayan verilerin analizinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ önemli olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 267 doktor ve hemşirenin yaş ortalaması 31,08±5,94'dür (min:22-max:53). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ve meslek bilgileri tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler

Özellik	n	%
Cinsiyet		
Erkek	113	42,3
Kadın	154	57,7
Görev		
Doktor	122	45,7
Hemşire	145	54,3
Medeni durumunuz		
Bekar	116	43,4
Evli	139	52,1
Boşanmış	12	4,5
Aylık ortalama gelir		
5 bin TL altı	30	11,2
5-10 bin TL	139	52,1
10-15 Bin TL	80	30,0
15 Bin TL ve üstü	18	6,7
Çalışılan Birim		
Dahili bilimler	150	56,2
Cerrahi bilimler	109	40,8
Temel bilimler	8	3,0
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	60	22,5
Sürekli gece	2	0,7
Vardiyalı	205	76,8
Toplam	267	100,0

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin ortalama çalışma süresi 7,2 yıl (min:0-max:28), şu anda çalıştıkları birimde ortalama çalışma süresi 3,9 yıl (min:0-max:22), aylık ortalama nöbet sayısı 6 (min:0-max:12)'dir. Çalışmaya katılan kişilerin meslekleri ile ilgili düşünceleri tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Sağlık çalışanlarının meslekleri ile ilgili düşünceleri

Mesleğinizi seviyor musunuz?	n	%
Evet	16	47,2
Hayır	42	15,7
Kararsızım	99	37,1

Çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?	n	%
Çok kötü	29	10,9
Kötü	63	23,6
Orta	111	41,6
İyi	61	22,8
Çok iyi	3	1,1

Çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin %47,2'si mesleğini seviyorken %52,8'i sevmiyor ya da kararsızdır. Doktor ve hemşirelerin %34,5'i çalışma koşullarını çok kötü-kötü olarak değerlendirmekte, %24'ü iyi-çok iyi olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların anne ve baba eğitim durumları tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Sağlık çalışanlarının anne ve baba eğitim durumları

Anne eğitim durumu	n	%
Okur-yazar değil	43	16,1
İlkokul	104	39,0
Ortaokul	36	13,5
Lise	41	15,4
Üniversite	43	16,1

Baba eğitim durumu	n	%
Okur-yazar değil	10	3,7
İlkokul	74	27,7
Ortaokul	33	12,4
Lise	64	24,0
Üniversite	80	30,0
Yüksek lisans/doktora	6	2,2

Sağlık çalışanlarının %14,2'sinin kronik hastalığı vardır. Kronik hastalık bilgileri tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Sağlık çalışanlarının kronik hastalık durumu

Kronik hastalık	n	%
Yok	229	85,8
Ankilozan spondilit	1	0,4
Astım	3	1,1
Behçet hastalığı	1	0,4
Diyabet	3	1,1
Glokom	1	0,4
Hashimoto tiroiditi	2	0,7
Hipertansiyon	7	2,6
Hipertiroidi	2	0,7
İnflamatuvar barsak	2	0,7
Kronik gastrit	1	0,4
Kronik ürtiker	1	0,4
Lenfödem	1	0,4
Meniere hastalığı	1	0,4
Migren	1	0,4
Multiple skleroz	1	0,4
Myastenia gravis	1	0,4
Otoimmün anemi	1	0,4
Psöriazis	2	0,7
Sarkoidoz	1	0,4
Skolyoz	1	0,4
SLE	1	0,4
Tiroid kanseri	1	0,4
Varis	2	0,7
Düzenli kullandığınız ilacınız var mı?		
Evet	32	12,0
Hayır	235	88,0

Sağlık çalışanlarının son 3 ay içinde yaşadığı solunum sistemi semptomlarının dağılımı tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Son 3 ay içinde sağlık sorunlarından birini yaşadınız mı?

Boğaz ağrısı	n	%
Hayır	205	76,8
Evet	62	23,2
Balgam		
Hayır	229	85,8
Evet	38	14,2
Nefes darlığı		
Hayır	225	84,3
Evet	42	15,7
Öksürük nöbeti		
Hayır	252	94,4
Evet	15	5,6
Yaşamadım		
Hayır	114	42,7
Evet	153	57,3

Sağlık çalışanlarının %42,7'sinin son 3 ay içinde en az bir solunum sistemi semptomu yaşadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerin düzenli egzersiz yapma bilgileri, düzenli beslenme ve uyku kalitesi ile ilgili algıları tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Spor, düzenli beslenme ve uyku kalitesi dağılımları

Düzenli egzersiz yapma	n	%
Her gün	16	6
Ara sıra	92	34,5
Nadiren	101	37,8
Yapmam	58	21,7
Dengeli ve düzenli besleniyor musunuz?		
Evet	90	33,7
Hayır	142	53,2
Fikrim yok	35	13,1
Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?		
Dinlendirici	91	34,1
Kalitesiz	150	56,2
Fikrim yok	26	9,7

Katılımcıların %53,2'si düzenli beslenmediğini, %56,2'sinin ise uyku kalitesini kötü olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Katılımcıları ortalama günlük uyku süreleri $6,99 \pm 1,42$ saattir. Katılımcıların aile, yakın çevre, iş yeri ve yaşadıkları yerlerde sigara içilme durumu tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıları yakın çevresinde sigara içilme durumu

Ailenizde (siz hariç) sigara içen kimse var mı?	N	%
Evet	160	59,9
Hayır	107	40,1
Kim içiyor?		
Anne	35	13,1
Baba	98	36,7
Kardeş	67	25,1
Eş	54	20,2
Çocuk	4	1,5
Dede	15	5,6
Nine	4	1,5
İş arkadaşlarımız arasında sigara içen var mı?		
Evet	236	89,1
Hayır	31	10,9
Yaşadığımız yerde (ev, yurt, pansiyon vs.) sigara içilir mi?		
Evet	148	56,3
Hayır	115	43,7
Kim içiyor?		
Anne	15	5,6
Baba	40	15,0
Kardeş	19	7,1
Eş	56	21,0
Çocuk	2	0,7
Arkadaş	44	16,5
Ben	65	24,3
Dede	4	1,5
Nine	2	0,7
Yaşadığımız yerde (ev, yurt, pansiyon vs.) nerelerde sigara içilir?		
Oturma odası	39	14,6
Mutfak	24	9,0
Salon	35	13,1
Balkon	138	51,7
Teras	54	20,2
Koridor	12	4,5
Tuvalet	3	1,1

Katılımcıların aileleri değerlendirildiğinde bütün katılımcıların %60'ının çevresinde kendisi dışında sigara içen bir kişinin olduğu görülmektedir. Çalışan %89'unun kişilerin çalıştıkları iş yerinde en az bir kişinin sigara içtiği bulunmuştur. Yaşanılan alan açısından bakıldığında ise %56,3'ünün çevresinde en az bir tane sigara içen kişi olduğu görülmektedir. Yaşam alanlarında içilen mekanlara bakıldığında ise

evin ya da yurdun bütün bölgelerinde sigara içildiği bulunmuştur. Kişilerin diğer alanlarda sigara içilmesine yaptıkları gözlemlerin dağılımı tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. İş yeri ve diğer mekanlarda sigara içilme durumu

Son 1 ay içerisinde çalıştığınız kurumda bulunan kapalı alanlarda sigara içen gördünüz mü?	n	%
Evet	96	36,0
Hayır	171	64,0
Kafe-Restoranlarda sigara dumanına ne sıklıkla maruz kalıyorsunuz?		
Hiçbir zaman	26	9,7
Nadiren	84	31,5
Bazen	100	37,5
Çoğunlukla	53	19,9
Her zaman	4	1,5
Son 1 ay içinde özel araçla seyahat ettiyseniz, araç içinde sigara içen oldu mu?		
Seyahat etmedim	36	13,5
Evet oldu	46	17,2
Hayır olmadı	185	69,3
Son 30 gün içinde herhangi bir devlet kurumuna gittiyseniz, kapalı alanda sigara içenler gördünüz mü?		
Gitmedim	40	15,5
Evet gördüm	44	16,5
Hayır görmedim	183	68,5
Son 30 gün içinde herhangi bir sağlık kurumuna gittiyseniz, kapalı alanda sigara içenler gördünüz mü?		
Gitmedim	22	8,2
Evet gördüm	58	21,7
Hayır görmedim	187	70,0

Katılımcıların %36’sı son 1 ay içerisinde çalıştığınız kurumda bulunan kapalı alanlarda sigara içen gördüğünü, %16,5’i son 30 gün içinde herhangi bir devlet kurumunda kapalı alanda sigara içenler gördüğünü, %21,7’si son 30 gün içinde herhangi bir sağlık kurumunda kapalı alanda sigara içenler gördüğünü belirtmiştir. %59’u ise kafe ve restoranlarda bazen-çoğunlukla-her zaman sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Son zamanlarda kamu spotuna rastlama ve bir başkasının içtiği sigaranın kendi sağlığı üstünde zararlı olup olmadığına dair düşünlerin dağılımı tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Kamu spotu ve sigara dumanı zararı değerlendirmelerinin dağılımı

Son 30 gün içinde aşağıdaki seçeneklerden birinde/birlerinde sigara ile ilgili bilgilendirici içerik, kamu spotu vs. fark ettiniz mi?	n	%
Fark etmedim	71	26,6
Gazete-Dergi	24	9,0
Televizyon	170	63,7
Radyo	23	8,6
İlan panoları	38	14,2
İnternet	80	30,0
Açık alanlarda başkasının içtiği sigara dumanı sizi rahatsız eder mi?		
Evet	207	77,5
Hayır	60	22,5
Sizce başka birinin kullandığı tütün ürününün dumanı sizin sağlığınız için zararlı mıdır?		
Evet kesinlikle	265	99,3
Hayır	0	0
Fikrim yok	2	0,7

Katılımcıların %73,4'ü son 1 ay içinde gazete, TV, radyo, pano veya internette sigara ile ilgili bilgilendirici içerik, kamu spotu gördüğünü söylemiştir. %77,5'i açık alanda bir başkası tarafından içilen sigaranın kendisini rahatsız ettiğini, %99,3'ü ise başka birinin kullandığı tütün ürününün dumanının kendisi için zararlı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcıların pasif etkilenim ile ilgili bilgileri tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıları pasif etkilenim ile ilgili bilgileri

Sizce pasif sigara içiciliği normal içiciliğe göre verdiği zarar yönünden nasıldır?	n	%
Pasif içicilik normal içicilikle aynı düzeyde zararlı	118	44,2
Pasif içicilik normal içicilikten daha az zararlı	78	29,2
Pasif içicilik normal içicilikten daha fazla zararlı	65	24,3
Pasif içiciliğin zararlı olduğunu düşünmüyorum	0	0
Fikrim yok	6	2,2
Pasif sigara içiciliğinin bildiğiniz zararları nelerdir?		
Akciğer kanseri	197	73,8
Kalp krizi riskinde artış	179	67,0
Öksürük, balgam vs	253	94,8
Solunum sistemi hastalıklarının şiddetlenmesi(Astım, KOAH vs.)	247	92,5
Büyüme-Gelişme geriliği	159	59,6
Ani bebek ölüm riskinde artış	153	57,3
Erken doğum riskinde artış	165	61,8
Solunum yolu enfeksiyonlarında artış	223	83,5

Katılımcıları %68,5'i pasif içiciliğin normal içicilikle aynı düzeyde veya daha zararlı olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Katılımcılar tarafından %61,8 ile %94,8 oranında pasif içiciliğin çeşitli zararları olduğu belirtilmiştir. Katılımcıları sigara kullanımının olumsuz sonuçları ile ilgili bilgileri tablo 4.11 'de verilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıları sigara kullanımının sonuçları ile ilgili bilgileri

Size sigara kullanımı aşağıdakilerden hangisi/hangilerine neden olabilir?	n	%
Kalp krizi-İnme riskinde artış	245	91,8
Osteoporoz	124	46,4
Hipertansiyon	187	70,0
Akciğer kanseri	263	98,5
Nefes darlığı (KOAİ vs.)	242	90,6
Parkinson hastalığı	64	24,0
Malign melanom	91	34,1
Gırtlak kanseri	239	89,5
Düşük doğum ağırlığı	157	58,8
Mesane kanseri	150	56,2
Ülseratif kolit	56	21,0
Böbrek kanseri	132	49,4
Sigaranın cilt sağlığını olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?		
Evet	243	91,0
Hayır	8	3,0
Fikrim yok	16	6,0
Sigaranın ağız ve diş sağlığını (dişlerde sararma-çürüme vs.) olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?		
Evet	265	99,3
Hayır	2	0,7
Fikrim yok	0	0

Katılımcılar %21 ile %91,8 oranında sigara kullanımının sağlık ile ilgili olumsuz sonuçları olacağını söylemişlerdir. %91'i cilt sağlığını olumsuz etkilediğini, %99,3'ü ise ağız ve diş sağlığını olumsuz etkilediğini söylemiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların e-sigara, light sigara ve yasaklar ile ilgili düşünceleri

Elektronik sigaranın zararları olduğunu düşünüyor musunuz?	n	%
Evet	148	55,4
Hayır	21	7,9
Fikrim yok	98	36,7

Hafif (Light) sigaranın daha az zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	n	%
Evet	115	43,1
Hayır	124	46,4
Fikrim yok	28	10,5

Sigara yasaklarını olumlu buluyor musunuz?	n	%
Evet	238	89,1
Hayır	13	4,9
Fikrim yok	16	6,0

Sizce bir sağlık çalışanının sigara içmesi mesleki imajına ters midir?	n	%
Evet	215	80,5
Hayır	25	9,4
Fikrim yok	27	10,1

Katılımcıların %55,4'ü elektronik sigaranın zararlı olduğunu düşünmekte, %43,1'i light sigaranın daha az zararlı olduğunu düşünmektedir. %89,1'i sigara yasaklarının olumlu olduğunu, %80,5'i ise bir sağlık çalışanının sigara içmesinin mesleki imajına ters olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.13. Katılımcıların sigara içme durumu, başlama zamanı

Sigara kullanıyor musunuz?	n	%
Evet	65	24,3
Hayır	184	68,9
Bir süre içtim şu an kullanmıyorum	18	6,7

Son 30 gün içinde kaç gün sigara içtiniz?	n	%
Hiç içmedim	0	0
1-5 gün	0	0
6-10 gün	2	3,1
11-15 gün	3	4,6
16-20 gün	5	7,7
21-25 gün	4	6,2
26-30 gün	51	78,5

Sigaraya hayatınızın hangi döneminde başladınız?	n	%
İlkokul	2	3,1
Ortaokul	0	0
Lise	27	41,5
Üniversite	26	40,0
İş yaşamında	10	15,4

Çalışma hayatına başladıktan sonra sigara içme miktarınızda değişiklik oldu mu?			
Arttı		26	40,0
Azaldı		4	6,2
Değişmedi		35	53,8

Not: tablo 13-27 sadece sigara içen kişileri içermektedir.

Katılımcıların %24,3'ü halen sigara içmektedir ve sigara içenlerin %81,5'i lise ve üniversite döneminde sigara içmeye başladığını söylemiştir. Günlük ve aylık içilen sigara miktarları ve sigaraya başlama yaşı ve kullanma süreleri tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14. Günlük ve aylık tüketilen ortalama sigara miktarları ve sigara kullanma süreleri

	Min.	Max.	X	S.S.
Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?	2,00	20,00	8,70	6,13
Ayda ortalama kaç paket sigara içiyorsunuz?	1,00	30,00	12,76	9,91
Sigarayı ilk kez kaç yaşında denediniz?	10,00	28,00	18,89	3,83
Her gün sigara içmeye kaç yaşında başladınız?	12,00	32,00	20,89	4,17
Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?	2,00	28,00	11,60	6,50

Katılımcıların sigara içme nedenlerine bakıldığında keyif amaçlı içmenin ön planda olduğu görülmektedir (tablo 4.15).

Tablo 4.15. Sigara içiyor olma nedenleri dağılımı

	n	%
İşlerin yoğunluğu	3	4,6
Keyif amaçlı	23	35,4
Sıkıntı ve stres	13	20,0
Öfkeli zamanlarda sakinleşmek için	1	1,5
Herhangi bir sebebi yok	25	38,5

Katılımcıların ilk sigara deneyim nedenlerine bakıldığında merak ve arkadaş çevresinin teşvik etmesinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (tablo 4.16).

Tablo 4.16. İlk sigara deneyimi nedenleri dağılımı

	n	%
Merak	26	40,0
Sigara içenlere özenmek	11	16,9
Arkadaş çevresinin sigara içmeye teşvik etmesi	16	24,6
Herhangi bir nedeni yok	12	18,5
Total	65	100,0

Katılımcıların sigaraya harcadığı aylık ortalama para miktarları tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Sigaraya aylık ortalama harcanan para miktarı

	n	%
100 TL altı	19	29,2
100-300 TL arası	26	40,0
300-500 TL arası	12	18,5
500-700 TL arası	8	12,3
Total	65	100,0

Tablo 4.18. Sigara bağımlılığı algıları ve sigarayı artırıcı nedenlerin dağılımı

Sigaraya bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	n	%
Evet	51	78,5
Hayır	14	21,5
Hangi durumda diğerlerine oranla daha çok sigara içiyorsunuz?		
Hiç düşünmedim	8	12,7
Stresli olduğum zamanlarda	32	50,8
Yoğun çalışma döneminde	13	20,6
Yalnızken	4	6,3
Etrafımda sigara içen birileri varken	4	6,3
Kalabalık bir grup ile beraberken	2	3,2

Katılımcıların (sigara içen) %78,5’i sigaraya bağımlı olduğunu düşünmekte ve stresli ve yoğun çalıştıkları dönemlerde daha çok sigara içtikleri görülmektedir.

Sigara içen katılımcıların %50,8’i sigaranın uyku düzenini olumsuz etkilediğini, %60’ı da sigara içmediği dönemlerde daha gergin olduğunu söylemiştir.

Tablo 4.19. Sigaranın uyku düzenini olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

	n	%
Evet	33	50,8
Hayır	28	43,1
Fikrim yok	4	6,2

Katılımcıların %50,8'i sigara içmenin uyku düzenini olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Tablo 4.20. Sigara kullanmadığınız dönemlerde daha gergin hisseder misiniz?

	n	%
Evet	39	60,0
Hayır	24	36,9
Fikrim yok	2	3,1

Sigara içen kişilerin %60'ı sigara içmediği dönemlerde gergin olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4.21. Sigarayı bırakma düşüncesi ve tarihi

Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?	n	%
Evet	27	41,5
Hayır	36	55,4
Fikrim yok	2	3,1
Düşünüyorsanız ne kadar süre içinde deneyeceksiniz?		
30 gün içinde	2	3,1
6 ay içinde	9	13,8
1 yıl içinde	12	18,5
1 yıldan daha ileri dönemde	4	6,2

Sigara içen kişilerin %41,5'i sigarayı bırakmak istediklerini söylemiştir. %93,8'i bir yıl içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir.

Tablo 4.22. Sigarayı bırakma isteme nedeni

	n	%
Sağlığa zararlı olması	25	38,5
Arkadaş çevresinin önerisi	4	6,2
Başkalarına zarar vermesi	10	15,4
İnançlarıma ters düşmesi	4	6,2
Kokusunun rahatsızlık vermesi	19	29,2
Çevre baskısı	1	1,5
Dışlanma korkusu	1	1,5
Utaniyor olmam	0	0
Aile bireylerinin isteği	5	7,7
Ekonomik sebepler	2	3,1

Sigarayı bırakmak isteme nedenleri arasında sağlığa zararlı olması, kokusunun rahatsızlık vermesi ve başkalarına zarar vermesi nedenlerinin ilk üç sırada yer aldığı bulunmuştur.

Tablo 4.23. Sigarayı bırakmama nedeni

	n	%
İçmekten keyif aldığım için	31	47,6
Yalnızlığımı hissettirmediği için	3	4,6
Stres atmak için	16	24,6
Dışlanma korkusu	0	0
Bırakabilecek güçte hissetmediğim için	2	3,1
Zararlı olmadığını düşündüğüm için	0	0
Kilo almamak için	6	9,2
İyi geldiğini hissettiğim için	17	26,1
Konsantrasyonumu arttırdığı için	5	7,6

Sigarayı bırakmak istememe nedenlerine bakıldığında içmekten keyif alma, stres atma ve iyi geldiğini hissetme ilk üç sırada yer almaktadır.

Tablo 4.24. Sigarayı bırakma, deneme sayısı ve nedenleri

Daha önceden hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?	n	%
Evet	22	33,8
Hayır	43	66,2
Kaç kez denediniz?		
1	7	10,7
2	5	7,6
3	5	7,6
4	3	4,6
5	1	1,5
6	1	1,5
Sigara bırakmayı denediyseniz hangi yöntemi kullandınız?		
Hiçbir şey kullanmadım	22	33,8
Nikotin bandı	0	0
Nikotin sakızı	0	0
Champix (Vareniklin)	0	0
Zyban(Bupropion)	0	0
Danışmanlık	0	0
Diğer	0	0
Denemeniz ne kadar süre sonra başarısız oldu?		
1 haftadan kısa	2	9,1
1-2 hafta arası	4	18,2
2-3 hafta arası	1	4,5
3-4 hafta arası	3	13,6
1 ay ve üzeri	12	54,5
Sigarayı bırakmayı denediğinizde hangisi ya da hangilerini yaşadınız?		
Mide bulantısı	0	0
Konsantrasyon bozukluğu	5	7,7
Uykusuzluk	0	0
Titreme	2	3,1
Terleme	0	0
Çarpıntı	3	4,6
Kaygı	4	6,2
Sinirlilik	16	24,6
Huzursuzluk	9	13,8

Sigara kullanan kişilerin %33,8'inin daha önce sigarayı bırakma girişimlerinin olduğu görülmektedir. Fakat hiçbiri bir yöntem kullanmamıştır ve hepsi başarısız olmuştur. Sigaranın bırakıldığı dönemde ise sinirlilik ve huzursuzluk şikayetlerinin en çok yaşandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.25. COVID-19'un sigara tüketimine etkisi

COVID-19 pandemisi başladıktan sonra sigara tüketiminizde değişiklik oldu mu?	n	%
Evet	28	43,1
Hayır	37	56,9
Cevabınız evetse ne türde bir değişiklik meydana geldi?		
Arttı	2	7,1
Azaldı	26	92,9

Sigara içen kişilerin %43,1'inde COVID-19 döneminde içilen sigara miktarında değişim olmuştur. COVID-19 döneminde 2 hemşirede sigara tüketimi artarken diğer kullanıcıların tüketiminde azalma olmuştur.

Tablo 4.26. Sigara dışında kullanılan tütün ürünü

Sigara dışında kullandığımız tütün ürünü var mı?	n	%
Evet	20	30,8
Hayır	45	69,2
Evet ise		
E-sigara	0	0
Puro	2	3,1
Pipo	0	0
Nargile	20	30,7
Sarma tütün	9	13,8
Diğer	0	0

Sigara kullanan kişilerin %30,8'inin sigara dışında tütün ürünü kullandığı, en çok ise nargilenin kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 4.27. Sigara eğitimi ve bağımlılık grupları

Şu ana kadar sigara ile ilgili ders, eğitici seminer vs. aracılığıyla eğitim aldınız mı?	n	%
Evet	39	60,0
Hayır	26	40,0
Eğitim aldıysanız faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	17	43,6
Hayır	7	17,9
Fikrim yok	15	38,5

Çalıştığımız kurumda sigara bırakma programı düzenlense katılmak ister miydiniz?			
Evet		20	30,8
Hayır		33	50,8
Fikrim yok		12	18,5
Bağımlılık grupları			
Düşük		41	63,1
Orta		16	24,6
Yüksek		8	12,3

Katılımcıların %60'ının şu ana kadar sigara ile ilgili bilgilendirici eğitim aldığı, çalıştığı kurumda bu konuda eğitim düzenlense %30,8'inin eğitime katılmak istediği görülmektedir. Bağımlılık gruplarına bakıldığında %63,1'inin düşük, %24,6'sının orta, %12,3'ünün ise yüksek düzeyde bağımlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.28. Mesleğe göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Görev	Doktor	n	21	91	10	0,040
		Satır %	17,2	74,6	8,2	
	Hemşire	n	44	93	8	
		Satır %	30,3	64,1	5,5	

Mesleğe göre doktor ve hemşirelerin sigara içme statüsü karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Doktorların %17,2'si sigara içiyorken, hemşirelerin %30,3'ü sigara içmektedir.

Tablo 4.29. Birime göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
	Dahili tıp bilimleri	n	27	109	14	
		Satır %	18,0	72,7	9,3	
Birim	Cerrahi tıp bilimleri	n	36	69	4	0,037
		Satır %	33,0	63,3	3,7	
	Temel tıp bilimleri	n	2	6	0	
		Satır %	25,0	75,0	0,0	

Birime göre doktor ve hemşirelerin sigara içme statüsü karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Dahili bilimlerde sigara içme oranı %18, cerrahi bilimlerde %33 temel bilimlerde ise %25'tir.

Tablo 4.30. Cinsiyete göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Cinsiyet	Kadın	n	35	113	6	0,055
		Satır %	22,7	73,4	3,9	
	Erkek	n	30	71	12	
		Satır %	26,5	62,8	10,6	

Cinsiyete göre sigara içme oranları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınlarda sigara içme oranı %22,7 erkeklerde %26,5'tir.

Tablo 4.31. Medeni duruma göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Medeni durum	Bekar	n	31	77	8	0,753
		Satır %	26,7	66,4	6,9	
	Evli	n	32	97	10	
		Satır %	23,0	69,8	7,2	
	Boşanmış	n	2	10	0	
		Satır %	16,7	83,3	0,0	

Medeni durum ile sigara içme arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.32. Çalışma şekline göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Çalışma Şekli	Sürekli	n	10	42	8	0,124
		Gündüz	Satır %	16,7	70,0	
	Gece	n	0	2	0	
		Satır %	0,0	100,0	0,0	
	Vardiyalı	n	55	140	10	
		Satır %	26,8	68,3	4,9	

Çalışma şekli ile sigara içme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.33. Meslek sevgisine göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Mesleğinizi seviyor musunuz?	Evet	n	26	88	12	0,001
		Satır %	20,6	69,8	9,5	
	Hayır	n	19	19	4	
		Satır %	45,2	45,2	9,5	
	Kararsızım	n	20	77	2	
		Satır %	20,2	77,8	2,0	

Mesleğini sevip sevmemesi durumuna göre sigara içme davranışı karşılaştırıldığında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Mesleğini sevenlerin %20,6'sı, sevmeyenlerin ise %45,2'si sigara içmektedir.

Tablo 4.34. Çalışma koşullarını değerlendirmeye göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara			p	
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?	Çok kötü	n	10	19	0	0,448
		Satır %	34,5	65,5	0,0	
	Kötü	n	11	48	4	
		Satır %	17,5	76,2	6,3	
	Orta	n	30	73	8	
		Satır %	27,0	65,8	7,2	
	İyi	n	14	41	6	
		Satır %	23,0	67,2	9,8	
	Çok iyi	n	0	3	0	
		Satır %	0,0	100,0	0,0	

Doktor ve hemşirelerin çalışma koşullarını değerlendirmeleri ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.35. Uyku kalitesi ve sigara içme arasındaki ilişki

		Uyku kalitesi			p
		Dinlendirici	Kalitesiz	Fikrim yok	
Sigara	Evet	n	16	47	2
		Satır %	24,6	72,3	3,1
	Hayır	n	69	93	22
		Satır %	37,5	50,5	12,0
	Bıraktım	n	6	10	2
		Satır %	33,3	55,6	11,1

Uyku kalitesi ve sigara içme davranışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigara içenlerin %72,3'ü uykusunu kalitesiz olarak tariflerken, içmeyenlerin %50,5'i kalitesiz olarak tarif etmektedir.

Tablo 4.36. Ailede sigara içme davranışı ile sigara içme arasındaki ilişki

		Sigara			p
		Evet	Hayır	Bıraktım	
Ailede sigara içme	Evet	n	57	89	14
		Satır %	35,6	55,6	8,8
	Hayır	n	8	95	4
		Satır %	7,5	88,8	3,7

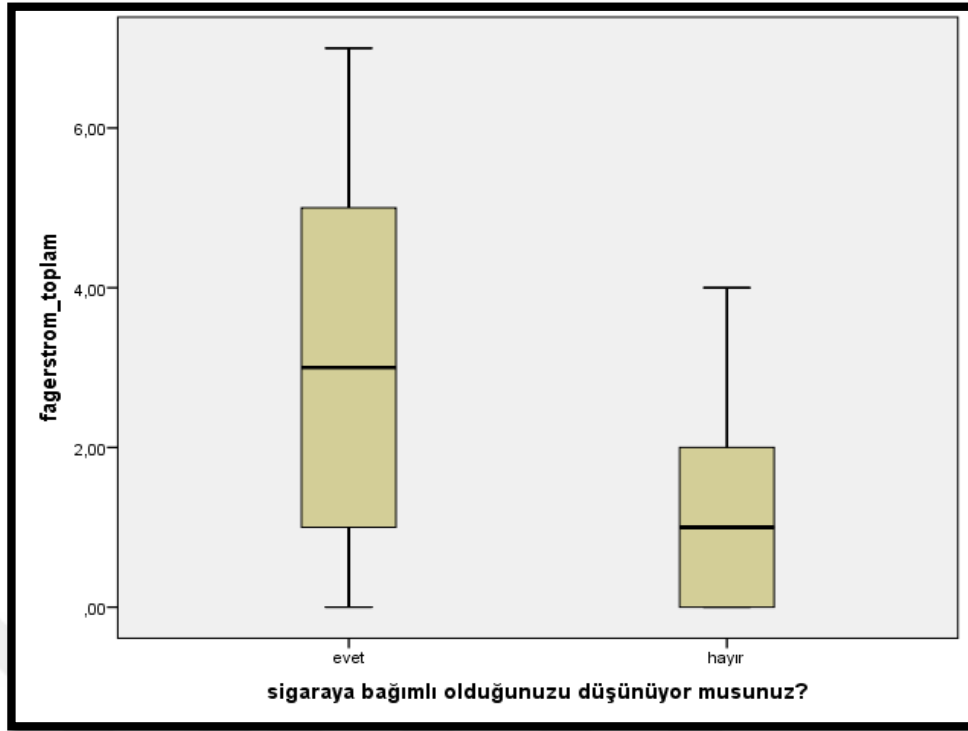
Ailede sigara içen kişilerin olması ile sigara içme davranışı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ailesinde sigara içen birisi olan kişilerde sigara içme oranı %35,6 iken, ailesinde sigara içen olmayan kişilerde oran %7,5'tir.

Pasif etkilenim açısından değerlendirildiğinde ise bütün katılımcıların %89,1'inin iş yerinde sigara içen arkadaşlarının olduğu, %56,3'ünün yaşadığı mekanda sigara içen kişilerin olduğu görülmektedir.

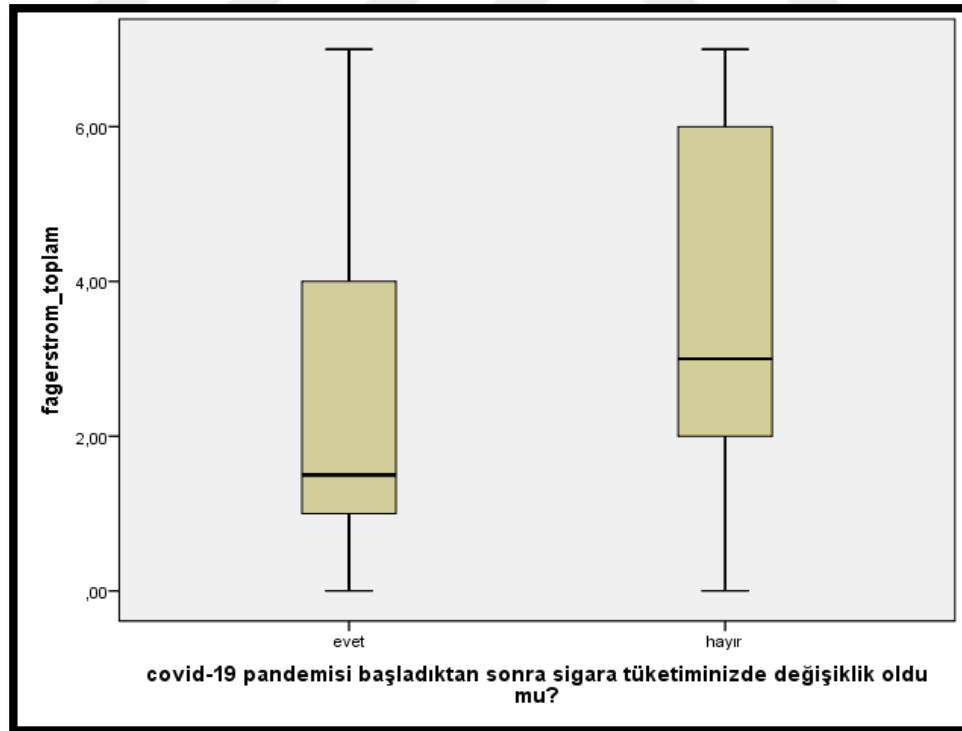
Tablo 4.37. Fagerstrom bağımlılık

Sigaraya bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?	X±S.S.	Medyan	p
Evet	3,47±2,36	3,0	0,002
Hayır	1,28±1,32	1,0	
Hangi durumda diğerlerine oranla daha çok sigara içiyorsunuz?			
Hiç düşünmedim	3,25±2,05	3,0	0,054
Stresli olduğum zamanlarda	3,12±2,32	3,0	
Yoğun çalışma döneminde	3,00±2,41	3,0	
Yalnızken	0,50±0,57	0,5	
Etrafımda sigara içen birileri varken	1,00±1,15	1,0	
Kalabalık bir grup ile beraberken	5,00±0,00	5,0	
Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?			
Dinlendirici	2,62±2,18	2,0	0,235
Kalitesiz	3,00±2,38	3,0	
Fikrim yok	6,00±0,0	6,0	
Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?			
Evet	2,70±2,25	3,0	0,056
Hayır	3,38±2,36	3,0	
Fikrim yok	0,0	0,0	
COVID-19 pandemisi başladıktan sonra sigara tüketiminizde değişiklik oldu mu?			
Evet	2,28±2,08	1,5	0,039
Hayır	3,54±2,42	3,0	
Sigara dışında kullandığımız tütün ürünü var mı?			
Evet	3,20±2,20	3,0	0,006
Hayır	2,69±2,57	2,0	

Sigara bağımlı olduğunu düşünenlerin ve sigara dışında başka tütün ürünü kullanan kişilerin anlamlı olarak daha yüksek bağımlılık düzeyinde olduğu, COVID-19 döneminde sigara tüketiminde azalma olan kişilerin ise anlamlı olarak düşük bağımlılık düzeyine sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 4.1. Sigara bağımlılık düşüncesine göre Fagerstrom bağımlılık ölçeği puanları



Şekil 4.2. COVID sonrası sigara tüketimi davranışına göre Fagerstrom bağımlılık ölçeği puanları

5. TARTIŞMA

Sigara içme Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının bu konuda önemli görevleri bulunmaktadır. Hem kendileri sigara içmeyerek topluma rol-model olmalı hem de sigara içilmesi ile mücadele etmelidir. Bizim çalışmamızda da doktor ve hemşirelerde sigara kullanım durumu, etkileyen faktörler ve pasif sigara içiciliği farkındalık düzeyleri incelenmiştir. Çalışmamıza katılan 267 sağlık çalışanının %24,3’ü halen sigara içmektedir ve sigara içenlerin %81,5’i lise ve üniversite döneminde sigara içmeye başladığını söylemiştir. Doktorların %17,2’si sigara içiyorken, hemşirelerin %30,3’ü sigara içmektedir. Dahili bilimlerde sigara içme oranı %18, cerrahi bilimlerde %33 temel bilimlerde ise %25’tir. Kadınlarda sigara içme oranı %22,7 erkeklerde %26,5’tir. Katılımcılar bağımlılık grupları açısından değerlendirildiğinde bakıldığında %63,1’inin düşük, %24,6’sının orta, %12,3’ünün ise yüksek düzeyde bağımlı olduğu bulunmuştur. Sigara kullanan kişilerin %30,8’inin sigara dışında tütün ürünü kullandığı, en çok ise nargilenin ve sarma tütün ürünlerinin kullanıldığı bulunmuştur.

Ülkemizde sağlık çalışanlarında sigara içme prevalans çalışmaları yapılmıştır. Güneş ve arkadaşları tarafından 1997 yılında bizim çalışmamız ile aynı hastanede yapılan araştırmada sigara içme sıklığı erkek doktorlarda %43,7 iken kadın doktorlarda %13,6 olarak saptanmıştır. Toplam sigara içme prevalansı her gün ve ara sıra sigara içenler birlikte ele alındığında %45,9’dur (65). Bizim çalışmamız ile karşılaştırıldığında 23 yıllık süre içinde sigara içme sıklıklarının düştüğü görülmektedir. Ülkemizde yapılmış diğer çalışmaların sonuçları zaman içinde değişimin olduğunu göstermektedir. Aykut ve ark. tarafından Kayseri’de 1988 yılında üniversite hastanesinde yapılan çalışmada 472 kişinin 293’ü değerlendirilmiştir ve tıp fakültesinde çalışan doktorlarda sigara içme prevalansı %35,6 olarak bulunmuştur (67). İlçin ve ark. tarafından Diyarbakır’da Üniversite hastanesinde sigara içme prevalansının araştırıldığı çalışmada öğretim üyelerinde sigara içme prevalansı %40, araştırma görevlileri arasında %41 olarak bulunmuştur. Bütün katılımcılar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde sigara içme sıklığı erkeklerde %54,6; kadınlarda ise %38,5 olarak bulunmuştur (68). Demircan ve ark. tarafından 1994 yılında Samsun’da tıp fakültesinde yapılan çalışmada doktorlarda sigara içme sıklığı %31,9 olarak bulunmuştur. Her gün sigara içme sıklığı

erkeklerde %44,6; kadınlarda ise %35,4 olarak bulunmuştur (69). Öncel tarafından 1994 yılında yapılan çalışmada ise doktorların sigara içme sıklığı %48,2 olarak bulunmuştur (70).

Sezer ve arkadaşlarının 1990 yılında Elazığ ilindeki bütün hekimleri dahil ederek yaptıkları çalışmada erkek doktorlarda sigara içme sıklığı %54,9; kadın doktorlarda ise %39,5 olarak bulunmuştur (71). Piyal tarafından 1995 yılında Ankara'da bir tıp fakültesinde yapılan araştırmada bütün çalışanlar değerlendirildiğinde sigara içme sıklığı %70 olarak bulunmuş ve çalışmanın yapıldığı esnada %81,5'inin sigara içtiği görülmüştür (72). Çan ve ark. tarafından Trabzon'da yapılan çalışmada ise erkek doktorlar arasında sigara içme sıklığı %54,3 iken kadın doktorlar arasında %32,3 olarak bulunmuştur (73). Kocabaş ve ark. tarafından 1995 yılında Adana, Hatay bölgesinde doktorlarda sigara içme sıklığının araştırıldığı bir çalışmada doktorlarda sigara içme sıklığı %45,6 olarak bulunmuştur (74). Türk Tabipler Birliği'nin 1995 yılında ulusal genel kurul toplantısına katılan doktorlar üstünde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı bütün grupta %66,2 iken erkek doktorlarda %64,5 ve kadın doktorlarda ise %72,2 olarak bulunmuştur (75).

Özkurt ve arkadaşları tarafından Isparta'da 2000 yılında yapılan çalışmada ise sigara içme sıklığı erkek doktorlar arasında %33,3 iken kadın doktorlar arasında %32,1 olarak bulunmuştur (76). Semerci tarafından yapılan çalışmada ise katılan hekimlerin %32,6'sının halen sigara içmekte olduğu, sigara içme sıklığının kadın hekimlerde %27, erkek hekimlerde ise %44 olduğu bulunmuştur (77). İnanç ve arkadaşları tarafından Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde 1990 yılında çalışan doktor ve hemşirelerde yapılan çalışmada doktorlarda sigara içme sıklığı %52, hemşirelerde ise %56,6 olarak bulunmuştur (78). Dramalı tarafından 1990 yılında İzmir'de yapılan çalışmada ise doktor ve hemşireler arasında sigara içme sıklığı %47,62 (%51 erkek, %46 kadın) olarak bulunmuştur (79). Güneş tarafından yapılan çalışmada 1997 yılında hemşirelerde her gün sigara içenlerin sıklığı %30, ara sıra içenlerin %40,3 olarak bulunmuştur (65). Öncel'in çalışmasında ise ebe-hemşirelerde sigara içme sıklığı %7,5 olarak bulunmuştur (70). İlçin'in çalışmasında ise hemşirelerde sigara içme sıklığı %43 olarak bulunmuştur (68). Sezer'in yaptığı çalışmada hemşirelerde her gün sigara içme prevalansı %50,76 olarak bulunmuştur (80). Özkurt ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hemşire ve teknisyenler arasında sigara içme boyutu %68,6 olarak saptanmıştır (76). Özvurmaz

ve arkadaşları tarafından 2018 yılında hekim dışı sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı araştırılmıştır. Çalışmaya katılanların %35,1'inin sigara kullandığını bulunmuştur. Kadın sağlıkçıların %31,1'i sigara kullanmaktayken, erkek sağlıkçıların ise %61'i kullanmaktadır. Katılımcıların %47,1'inin çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı olduğu görülmüştür (81).

Çalışkan ve arkadaşları tarafından Ankara Tıp Fakültesi'nde 2005 yılında sigara içme prevalansı ve etkili olan faktörlerin araştırıldığı çalışmada bütün çalışanlarda ve öğrencilerde sigara içme sıklığı %34,5 olarak bulunmuştur. Tıp fakültesinde çalışan doktor ve hemşirelerde sigara içme sıklığı doktorlarda %30,3 iken hemşirelerde %60,8 olarak bulunmuştur. Cinsiyet açısından bakıldığında ise sigara içme sıklığı erkeklerde %48,6 iken kadınlarda ise %47,7 olarak bulunmuştur (82). Yalçinkaya ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %38,9'unun sigara kullandığı bulunmuştur (83).

Okutan ve arkadaşları tarafından sigara içen sağlık personelinin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmada 264 sağlık çalışanı değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen sigara kullanıcılarının %57'si erkektir. Doktorlar genelin %24'ünü oluşturmaktadır. Sigara içenlerin FNBT ile yapılan değerlendirmelerinde %40,9'unun çok düşük, %24,9'unun düşük bağımlılık düzeyinde oldukları, %17,3'ünün yüksek, %7,6'sının ise çok yüksek düzeyde bağımlı oldukları saptanmıştır (84). Talay ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansı %49,3 olarak bulunmuştur. Doktorlarda sigara içme prevalansı %37, ebe-hemşirelerde %43 olarak bulunmuştur (85). Açar ve ark. tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada ise çalışanların %36,8'isinin (n=146) sigara kullandığı tespit edilmiştir (86).

Üzer tarafından devlet hastanelerinde sigara içme davranışının araştırıldığı çalışmada katılımcıların %30,04'ünün halen sigara kullandığı %5,37'inin ise daha önce kullanıp şu anda kullanmadığı bulunmuştur. Sigara içicilerinin ortalama FNBT skoru 4,04'dür. Katılımcıların sosyal statüleri arttıkça sigara kullanma alışkanlığında azalma tespit edilmiştir (87). Altın ve ark. tarafından tıp fakültesi hastanesinde çalışan kişilerde sigara içme prevalansının araştırıldığı çalışmada olguların %41,3'ü sigara içicisi, %6,3'ü sigarayı içmiş bırakmış ve %52,4'ünün ise hiç sigara içmediği saptanmıştır. Erkeklerde sigara içim oranı %47,6 iken kadınlarda ise %25,7 olarak saptanmıştır.

Hekimlerde sigara içme oranı ise %45,2 olarak bulunmuştur (88). Temel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise doktorlarda aktif sigara içenlerin oranı %23, pasif içici olanların oranı %35, hemşirelerde aktif içici oranı %13, pasif içici oranı %23 olarak bulunmuştur. Bütün kişiler değerlendirildiğinde erkeklerin %22'sinde kadınların ise %41'inde sigara dumanına maruziyet saptanmış ve kadınlarda pasif içicilik oranları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (89). Alışkın ve ark. tarafından 2015 yılında tıp fakültesinde sigara içme durumunun araştırıldığı çalışmada %13,3'ünün nadiren, %27'sinin ise düzenli içici olduğu bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre, cerrahi branşta çalışanların da dahili branşta çalışanlara göre daha fazla sigara içtiği bulunmuştur. Bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde %37,7'si çok az, %18'i az, %14,8'i orta, %18'i yüksek ve %11,5'i de çok yüksek düzeyde bağımlı olarak bulunmuştur (90). Bizim çalışmamızda ise sigara kullananların %63,1'inin düşük, %24,6'sının orta, %12,3'ünün ise yüksek düzeyde bağımlı olduğu bulunmuştur. Çilekar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansı %34 olarak bulunmuştur (91). 1990 yıllarından günümüze kadar sağlık çalışanları arasında özellikle doktorlar arasında sigara içme sıklığının giderek azaldığı görülmektedir. Sağlık çalışanları ve bunların arasında özellikle doktorlar yaşadıkları toplum içinde rol model olarak kabul edilirler. Tütüne olan yaklaşımları da diğer davranışları gibi önemlidir. Şöyle bir gerçekte vardır ki sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı sağlık çalışanı olmadan önce sigara bağımlısı olmaktadır (92). Bizim çalışmamızda da benzer bir tablo söz konusudur, çalışanların %81,5'i lise ve üniversite döneminde sigara içmeye başlamıştır. Yetişkin sigara içenlerin %90'ından fazlası gençlik ve öncesinde düzenli sigara içicisi olmaktadır. Sağlık çalışanlarının işleri nedeni ile sigaranın sağlık zararları üstünde daha fazla bilgi sahibi olacağı düşünülebilir. Fakat zararın bilinmesi tütün bağımlılığı ile baş etmede etkili olmayabilir. Farklı yaklaşımlar gerekebilir. Birçok ülkedeki sağlık çalışanlarının sigara içme prevalanslarının toplumun geri kalanıyla eşit ya da onlardan daha fazla olması seyrek rastlanan bir durum değildir. Rus sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansı erkeklerde %63 ve kadınlarda %12 ile genel toplumunkiyle eşittir denilmektedir (92). 2016 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de sigara içenlerin oranı %31,6 (19,2 milyon)'dır. Erkeklerde tütün kullanma sıklığı %44,1 kadınlarda ise %19,2'dir. Her gün tütün kullanan kişilerin sıklığı ise erkeklerde %41,8 kadınlarda %17,5'tir (8).

457.415 sağlık çalışanı ve 63 ülkeyi temsil eden 229 çalışmanın dahil edildiği meta analiz çalışmasına 29 yüksek gelirli ülke, 21 st-orta gelirli ülke ve 13 alt-orta ve düşük gelirli ülke dahil edilmiştir. Sağlık sektörü alışanlarında tütün kullanımının genel yaygınlığı %21, erkeklerde %31 ve kadınlarda %17 olarak bulunmuştur. En yüksek oranlar st-orta gelirli ve alt-orta ve düşük gelirli ülkelerde erkek doktorlarda %35 ve %45 ve yüksek gelirli ülke ve st-orta gelirli ülkelerde kadın hemşirelerde %21 ve %25 olarak tespit edilmiştir. lke düzeyinde karşılaştırmalarda, yüksek gelirli ülkelerde erkek sağlık sektörü çalışanlarının genel nüfustaki erkeklere kıyasla daha düşük içme prevalansına sahip olduğu, kadınlarda ise oranların benzer olduğu görülmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise erkek ve kadın sağlık sektörü çalışanları, genel toplumdaki emsallerine göre benzer veya daha yüksek prevalans oranlarına sahip olma eğilimindedir (93). Dünyanın birçok yerinde sigara kullanma oranları sağlık alışanlarında genel topluma benzerdir.

Bizim alışmamızdaki katılımcıların aileleri değerlendirildiğinde bütün katılımcıların %60'ının çevresinde kendisi dışında sigara içen bir kişinin olduğu görülmektedir. Katılımcıların %89'unun çalıştıkları iş yerinde en az bir kişinin sigara içtiği bulunmuştur. Yaşanılan alan açısından bakıldığında ise %56,3'ünün çevresinde en az bir tane sigara içen kişi olduğu görülmektedir. Yaşam alanlarında içilen mekanlara bakıldığında ise evin ya da yurdun bütün bölgelerinde sigara içildiği bulunmuştur.

Katılımcıların %36'sı son 1 ay içerisinde çalıştığı kurumda bulunan kapalı alanlarda sigara içen gördüğünü, %16,5'i son 1 ay içinde herhangi bir devlet kurumunda kapalı alanda sigara içenler gördüğünü, %21,7'si son 1 ay içinde herhangi bir sağlık kurumunda kapalı alanda sigara içenler gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %59'u ise kafe ve restoranlarda bazen-çoğunlukla-her zaman sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Katılımcıların %77,5'i açık alanda bir başkası tarafından içilen sigaranın kendisini rahatsız ettiğini, %99,3' ise başka birinin kullandığı tütün ürününün dumanının kendisi için zararlı olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Pasif etkilenim açısından değerlendirildiğinde ise bütün katılımcıların %89,1'inin iş yerinde sigara içen arkadaşlarının olduğu, %56,3'ünün yaşadığı mekanda sigara içen kişilerin olduğu görülmektedir. Temel ve arkadaşları tarafından sağlık alışanlarında pasif içiciliğin değerlendirildiği bir çalışmada pasif sigara içiciliği oranı %32 olarak bulunmuştur. Pasif

sigara içicilerinde CO ve kotinin düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (94).

Koç ve arkadaşları tarafından hastane çalışanlarında dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirildiği çalışmada sigara içme sıklığı %29,6 bulunmuştur. Sigara içenlerin %29,4'ü daha önce hiç sigarayı bırakma girişimi olmadığını; %28,2 hastanede çalışmaya başlamadan önce, %20'si hastanede çalışırken, %22,4'ü hem hastanede çalışırken hem daha önce sigarayı bırakma girişimi olduğunu belirtmiştir. Hastanelerde Dumansız Hava Sahası Uygulanması ile ilgili sorulan sorularda sigara kullanan personelin %70,7'si yasanın uygulanması gerektiğini, %53,3'ü yasakları ihlal edenlerin para cezası ile, %48,1'i idari ceza ile cezalandırılması gerektiğini ve %30,1'i yasak alanlarda sigara içmenin pasif içicilik nedeniyle kişilik haklarına bir saldırı olduğunu, %51,9'u ise yasa ile sigara bırakmada artış olduğunu düşünmektedirler (95).

Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %68,5'inin pasif içiciliğin normal içicilikle aynı düzeyde veya daha zararlı olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Katılımcılar tarafından %57,3 ile %94,8 oranında pasif içiciliğin çeşitli zararları olduğu belirtilmiştir. Erbaycu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %99,4'ü sigaranın kendilerine zarar verdiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir (96). Kutlu ve arkadaşları tarafından tıp fakültesi hemşirelerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %73,9'unun sigaranın sağlık üzerinde olumsuz etki yaptığından endişe ettiklerini saptamışlardır (97). Ünsal ve arkadaşlarının çalışmasında ise doktorların %87,8'inin sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşündüğü görülmüştür. Temel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sağlık personellerinin %82,1'nin sigaranın kendilerine zarar verdiğini düşündükleri sonucuna ulaşmışlardır (95). Bu bulgular içicilerin büyük çoğunluğunun sigaranın zararları hakkında farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir; ancak katılımcıların sağlık çalışanları olduğu göz önüne alındığında, oranlar düşük kalmaktadır ki bu da hastane içi sigara ve zararları ile ilgili bilgilendirme ve seminerlere olan ihtiyacın bir göstergesi olabilir. Türkkani ve arkadaşları tarafından sigara içen sağlık çalışanlarının "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunu" sonrası kapalı alanlarda sigara içme yasağına yaklaşımlarını, yasadan sonra sigara ile ilgili davranışlarında değişiklik olup olmadığını, varsa değişiklikler ile ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada; sigara içen sağlık çalışanlarının %85'nin kapalı alanlarda sigara içme yasağı ile ilgili kanunu

olumlu olarak karşıladıkları sonucuna ulaşmışlardır. Bağımlılık düzeyi arttıkça ve sigara içilen yıl ve miktar arttıkça olumsuz tepkilerin de arttığı bulunmuştur. Topluma açık alanlarda sigara içmekten rahatsız olanların, bırakmayı denemiş olanların ve çocukların yanında sigara içmeyenlerin yasağa olumlu tepki verdiği görülmüştür (98). Bizim çalışmamızda katılımcıların (sigara içen) %78,5'i sigaraya bağımlı olduğunu düşünmekte, stresli ve yoğun çalıştıkları dönemlerde daha çok sigara içtikleri görülmektedir. Sigara içen katılımcıların %50,8'i sigaranın uyku düzenini olumsuz etkilediğini, %60'ı da sigara içmediği dönemlerde daha gergin olduğunu söylemiştir. Rujan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sigara bağımlılarının minör ve hafif anksiyete düzeyinde, hafif depresyon düzeyinde, orta bağımlılık düzeyinde, normal uykululuk düzeyinde ve uyku kalitelerinin kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (99). Asghari ve arkadaşları sigara içen ve içmeyenlerin uyku kalitelerinin karşılaştırılmasına yönelik yaptığı çalışmada da uyku kaliteleri arasında yüksek düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (100).

Sigara içen kişilerin %43,1'inde COVID-19 döneminde içilen sigara miktarında değişim olmuştur. COVID-19 döneminde 2 hemşirede sigara tüketimi artarken diğer sigara içicilerin tüketiminde ise azalma olmuştur. Sigara içmenin influenza gibi viral enfeksiyonların seyrinde hastalık şiddetini artırdığı bilinmektedir. Koronavirüs hastalığı da benzer veriler taşımaktadır. Sigara içmenin hastalığın klinik seyrini ağırlaştırdığı bilinmektedir. SARS-CoV-2 virüsü angiotensin-converting enzyme reseptörlerini kullanarak hücre içine girmektedir. Sigara içenlerde bu reseptör proteinleri artmakta ve virüsün hücre içine girişi kolaylaşmaktadır. Ayrıca ağır olgularda sigara içme oranı daha yüksek bulunmuş olup, yoğun bakıma yatış, mekanik ventilasyon, ölüm oranları da daha yüksek tespit edilmiştir. Sigara içimi hastalık progresyonu için 14 kat riskli bulunmuştur (102). COVID-19 Hastalığı ile ilgili bu bilgilerin insanlar ile paylaşılması özellikle pandemi sürecinin bizzat içinde olan sağlık çalışanları –doktor, hemşire- korku yaratmış olabilir. Bu korkunun sigara içme davranışında azalmaya neden olduğunu düşünüyoruz.

6. SONUÇ

Çalışmamıza katılan 267 sağlık çalışanında sigara içme prevalansı %24,3'tür. Doktorların %17,2'si sigara içiyorken, hemşirelerin %30,3'ü sigara içmektedir. Dahili bilimlerde sigara içme oranı daha düşükken, cerrahi bilimlerde daha yüksektir. Kadınlarda sigara içme oranı %22,7 erkeklerde %26,5'tir. Katılımcılar bağımlılık grupları açısından değerlendirildiğinde %63,1'inin düşük, %24,6'sının orta, %12,3'ünün ise yüksek düzeyde bağımlı olduğu bulunmuştur. Sigara kullanan kişilerin %30,8'inin sigara dışında tütün ürünü kullandığı, en çok ise nargilenin ve sarma tütün ürünlerinin kullanıldığı bulunmuştur. Pasif etkilenim açısından değerlendirildiğinde ise bütün katılımcıların %89,1'inin iş yerinde, %56,3'ünün yaşadığı mekanda sigara içen kişilerin olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında sigara içmenin ve pasif etkilenimin geçmiş yıllara göre azaldığı fakat halen yüksek olduğu görülmektedir. COVID-19 pandemisi döneminde sigara bırakmaya yönelik stratejiler artırılmalı ve sigara bırakan kişilerin davranışının kalıcı hale gelmesi için çaba verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_2 (son erişim tarihi:10.08.2020)
2. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu." *TC Sağlık Bakanlığı Yayın 948* (2012).
3. <https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Menu/22/Tutun-Ve-Tutun-Mamulleri-Daire-Baskanligi>. Yaprak tütün üretim verileri.
4. http://www.zmo.org.tr/genel/bizden_detay. TMMOB Ziraat Mühendisleri Odası Tütün Raporu- 2018.
5. Bilir N, Özcebe H, Smoke-Free Public Places; Article 8: Protection from Exposure to Tobacco Smoke, WHO Euro, 2012
6. Global Adult Tobacco Survey, Turkey Report, Ministry of Health, Publ. No 803, 2010
7. 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun Kabul Tarihi: 7/11/1996 Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 26/11/1996 Sayı : 22829 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 36
8. Öntaş E, Aslan D; Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf>(son erişim 12.08.2020).
9. Gately I. La diva nicotina : the story of how tobacco seduced the world. Scribner; 2001. s.403
10. [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Chapter 32. History of tobacco.](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Chapter%2032.%20History%20of%20tobacco.pdf)
11. Barış Yİ. Tütün kullanımının tarihçesi. https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/Tutun_kullaniminin_tarihçesi-I_Baris.pdf.
12. Yılmaz F, Kurtuluş R, Özen Ş. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, İstanbul. 2012;1-4.
13. Gürsoy Naksali E. Tütün Kitabı. İstanbul: 2003;1:17-33
14. Ada S, Akçay Ş, Altınayar S, Arıkan Z, Aslan D, Aslan Ö, vd. Tütün ve Tütün Kontrolü Türk Toraks Derneği. 2010. 3-166
15. Doğruel F, Doğruel AS. Osmanlıdan günümüze TEKEL. 1. baskı. İstanbul: Tekel yayınları, 2000: 218.

16. Ökçün A.G. Türkiye iktisat kongresi 1923-İzmir. 4 üncü baskı. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu, 1997: 326.
17. Koç Y. Atatürk'ün millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri. 1 inci baskı. Ankara: TÜRK-İŞ yayımları, 2000: 21.
18. <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/recognize-tobacco-its-many-forms>
19. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Programı Sigara Vücudun Düşmanı TBM Alan Kitaplığı Dizisi: 8 Yeşilay
20. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019.
21. Ver Bilano, Stuart Gilmour, Trevor Moffi et, Edouard Tursan d'Espaignet, Gretchen A Stevens, Alison Commar, Frank Tuyl, Irene Hudson, Kenji Shibuya Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control Lancet 2015; 385: 966–76
22. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf
23. Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2016 https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf
24. Analysis of Tobacco Use Behaviour Based on Turkey Health Interview Survey Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergi Cilt:8 Sayı:2 (65-81)
25. “Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017)” "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu." TC Sağlık Bakanlığı
26. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Ergüder T., Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008.
27. Smoking Statistics: Illness and Death. ASH Factsheet , 2018;10: 1-4.
28. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. In: The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. 2014.
29. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2004;291(10):1238–45.
30. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. 2010;1–16.

31. Tobacco use and effects on health. Chapter 1. Tobacco Or Health In The European Union Past, Present And Future, The Aspect Consortium Executive Summary. 2004: 25-68
32. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report: BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1529–33.
33. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ. 2004 Jan 24;328(7433):217.
34. Pomp ER, Rosendaal FR, Doggen CJM. Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. Am J Hematol 2008 Feb;83(2):97–102.
35. Verhaeghe R. Epidemiology and prognosis of peripheral obliterative arteriopathy. Drugs. 1998;56 suppl 3:1–10
36. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report: BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1529–33.
37. The Health Consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease. A Report of the Surgeon General. San Francisco: U. S. Department of Health and Human, 1984: 450-55
38. Shea AK, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. Nicotine Tob Res, 2008 Feb;10(2):267–78.
39. Spindel ER, McEvoy CT. The role of nicotine in the effects of maternal smoking during pregnancy on lung development and childhood respiratory disease. Implications for dangers of E-cigarettes. Am J Respir Crit Care Med. 2016;193(5):486–94.
40. Drope J, Schluger NW. The companion volume to the tobaccoatlas.Org Website- Newly Revised, Expanded And Updated Sixth Edition www.tobaccoatlas.org
41. Wang Y, Huang Z, Yang M, Wang F SXS. Reducing environmental tobacco smoke exposure of preschool children: A randomized controlled trial of class-based health education and smoking cessation counseling for caregivers International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015;12(1): 692-709 p.
42. Protano C, Vitali M. The new danger of thirdhand smoke: Why passive smoking does not stop at secondhand smoke. Environ. Health Perspect. 2011; 119, 1205-1217.

43. Matt GE, Quintana PJE, Destailats H, Gundel LA, Sleiman M, Singer BC et al. Thirdhand tobacco smoke: Emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environ. Health Perspect.* 2011; 119, 1218–1226.
44. Flouris AD, Vardavas CI, Metsios GS, Tsatsakis AM, Koutedakis Y. Biological evidence for the acute health effects of secondhand smoke exposure. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2010; 298:3-12
45. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to secondhand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet.* 2011; 377, 139-146.
46. Yeramaneeni S, Dietrich KN, Yolton K, Parsons JP, Aldous KM HE. Secondhand Tobacco Smoke Exposure and Neuromotor Function in Rural Children. *J Pediatrics.* 2015;167(2):253–9.
47. Health Effects of Secondhand Smoke https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health
48. NH Department of Health and Human Services, Division of Public Health Services, Asthma Control Program, Children with Asthma and Tobacco Smoke, August 2014.
49. Northrup TF, Matt GE, Hovell MF, Khan AM, Stotts AL. Thirdhand smoke in the homes of medically fragile children: Assessing the impact of indoor smoking levels and smoking bans. *Nicotine & Tobacco Research.* 2015, 1-9.
50. Ferrante G, Simoni M, Cibella F, Ferrara F, Liotta G, Malizia V et al. Thirdhand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2013; 79(1), 38-43.
51. Acuff L, Fristoe K, Hamblen J, Smith M, Chen J. Third-hand smoke: Old smoke, new concerns. *J Community Health.* 2015; 1-8
52. Bahl V, Jacob P, Havel C, Schick SF, Talbot P, Thirdhand Cigarette Smoke: Factors affecting exposure and remediation. *Plos One.* 2014; 9(10): e108258: 1-9.
53. Kelishadi R, Moghtaderi M, Khavarian N, Famouri F. Training parents or children? Which is more successful in controlling passive smoking? *ARYA Atheroscler. J.* 2007; 3, 208–211.

54. Uzaslan E. Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Arch Lung. 2003;4(4):225-34
55. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest. 2002 Mar;121(3):932-41.
56. Schwartz JL. Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985. NIH Publications; 87-2940, 1987, pp:125-56.
57. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: A preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus. Vol. 6, Nicotine and Tobacco Research. 2004. p. 899-912.
58. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
59. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
60. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(14).
61. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviors 1978; 3(3-4): 235-41.
62. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.
63. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O Y V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.
64. Akçay Ş, Aytemur ZA, Elbek O, Kılınc O, Örsel O, Öztuna F, vd. Türk toraks derneği eğitim serisi tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisi. 2013. 4-6
65. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara İçme sıklığı. Journal of Turgut Özal Medical Center 4(4):1997

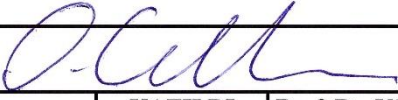
66. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberk Toraks* 2004;52:115-121.
67. Aykut M ve ark. Erciyes Üniversitesinde Görevli Akademik Personelin Sigara İçme Durumu ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler, Ulusal Halk Sağlığı Kongresi- 88 Bildiri Özetleri, Antalya, 1988 .
68. İlçin E ve ark. D. Ü. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sigara İçme Bırakmaya İlişkin Tutum ve Davranışlar, III.Halk Sağlığı Günleri, Kayseri, 1993.
69. Demircan C ve ark. Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı, IV. Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 1994.
70. Öncel S. İzmir Metropolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları, IV. Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 1994.
71. Sezer E ve ark. Elazığ'da Görev Yapan Hekimlerin ve Diş Hekimlerinin Sigara Konusundaki Davranışları, Tutumları, Doğa- Tr. J. Of Medical Sciences 1990; 14: 381-90
72. Piyal B. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çalışanlarında Bazı Davranışsal Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi, 1995
73. Çan ve ark. Trabzon İl Merkezinde Görev Yapan Doktorlarda Sigara İçme Sıklığı.
74. Kocabaş A ve ark. Çukurova bölgesinde çalışan pratisyen ve uzman hekimlerde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks* 1995; 43
75. Aşut ve ark. Tobacco-Smoking Among Executives of the Turkish Medical Association, *Tobacco and Health*, NY,1995.
76. Özkurt ve ark. Tıp fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı, nikotin bağımlılığı ve solunum fonksiyon testleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2000; 48: 140-7.
77. Semerci B. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Merkezinde Çalışan Doktorların Sigara İçme Durumlarının Saptanması, HAS 645 Epidemiyoloji Araştırma Planlama Uygulama Dersi Kapsamında Yapılmış Çalışma, Yayınlanmamış Rapor
78. İnanç N ve ark. GATA'da Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Sigara İçme Davranışına İlişkin Özelliklerin İncelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1990.

79. Dramalı ve ark. Hastanelerdeki Sağlık Personelinin Sigara Kullanımı ve Kullanım Anındaki Rolünün Değerlendirilmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1990.
80. Sezer E ve ark. Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları, Sigara Alarmı, Haziran 1992, 2.
81. Özvurmaz, S., & Yavaş, S. Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 157-166.
82. Çalışkan D, Çulha Zabcı, F Gönül, N Sarışen, Ö Karpuzoğlu, S., & Tunçbilek, A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler.
83. Yalçınkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
84. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. (2007). Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(4), 356-363.
85. Talay, F., Altın, S., & Çetinkaya, E. (2007). İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(1), 43-50.
86. Açar, V. (2018). Sağlık Çalışanlarında Sigara ve İnternet Kullanımı ile Sosyal Kaytarma Algısının Değerlendirilmesi (Master's thesis, Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
87. Üzer, F. (2018). Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 92-99.
88. ALTIN, R., Levent, K. A. R. T., Ünalacak, M., Dutkun, Y., & Örnek, T. (2004). Tıp fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 5(2).
89. Temel, O., Coskun, A. S., Gök, S., Çelik, P., & Yorgancıoğlu, A. (2009). Sağlık Çalışanlarında, Aktif ve Pasif Sigara İçicilerde Nikotin Etkilenim Düzeyleri/The Effect of Nicotine among Active, Passive Smoker Health Personnel. *Türk Toraks Dergisi*, 10(3), 107.

90. Aliskin, O., Savas, N., Inandi, T., Peker, E., Erdem, M., & Yeniceri, A. (2015). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 6(24), 32-42.
91. Çilekar, Ş., & Günay, E. Hastanemizde Sağlık Çalışanlarının Tütün Ürünlerini Kullanma Durumu. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 21(4), 295-300.
92. BİLİR N, Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü WHO 2005
93. Nilan, K., McKeever, T. M., McNeill, A., Raw, M., & Murray, R. L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7), e0220168.
94. Temel, O., Coşkun, A. Ş., Gök, Ş., Çelik, P., & Yorgancıoğlu, A. (2009). Sağlık Çalışanlarında, Aktif ve Pasif Sigara İçicilerde Nikotin Etkilenim Düzeyleri. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*, 10(3).
95. Koç, E. M., Ayhan Başer, D., Döner, P., Yılmaz, T. E., Yılmaz, T., Demir Alsancak, A., ... & Özkara, A. (2014). Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi.
96. Erbaycu A.E, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5:06-12.
97. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;27:29–34.
98. Türkkani, M. H., Aydın, L. Y., & Özdemir, T. (2014). “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” Sonrası Sigara İçen Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Alışkanlıklarındaki Değişimler.
99. Rujnan, T., Çaykara, B., Sağlam, Z., & Pençe, H. H. (2019). Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(4), 609-15.
100. Asghari A, Kamrava SK, Hemami MR, Jalessi M, Yazdanifard P, Farhadi M, et al. Cigarette smoking habit and subjective quality of sleep. *Scimetr* 2015;3:e18454
101. Sönmez, Ö., Taşdemir, Z. A., Kara, H. V., & Akçay, Ş. COVID-19 ve Tütün. *ğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler*’başlıklı ek sayısında derlemeyi, 22.
102. Sönmez Ö, Taşdemir ZA, Kara HV, Akçay S. Tobacco and COVID-19. *Eurasian J Pulmonol* 2020;22:S12-5.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
05.05.2020	09	2020/685	
Çalışma Adı:	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Çalışan Asistan Doktor ve Hemşirelerin Sigara Kullanım Durumu, Etkileyen Faktörler ve Pasif Sigara İçiciliği Farkındalık Düzeyleri		
Araştırmacılar:	Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ (Danışman) Araştırma Görevlisi Deniz BEKTAŞ (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Başkanı	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI

Ek-2. Anket Formları

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ'NDE ÇALIŞAN ASİSTAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN SİGARA KULLANIM DURUMU, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ FARKINDALIK DÜZEYLERİ

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket siz sağlık çalışanlarının sigara kullanım alışkanlığını tespit etmek için düzenlenmiştir. Burada vereceğiniz bilgiler ve kimliğiniz gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Prof.Dr.Metin GENÇ

İ.Ü Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1- Yaşınız?.....

2- Cinsiyetiniz?

1) Kadın 2)Erkek

3-Medeni durumunuz?

1)Bekar 2)Evli 3)Diğer(Belirtiniz).....

4- Nerede kalıyorsunuz?

1)Ailemle birlikte yaşıyorum 2)Yalnız yaşıyorum 3) Arkadaşlarımla aynı evde yaşıyorum

4)Pansiyon-Otel 5)Diğer (Belirtiniz).....

5- Annenizin öğrenim düzeyi?

1)Okur-yazar değil 2)İlkokul mezunu 3)Ortaokul mezunu
4)Lise mezunu 5)Üniversite mezunu 6)Yüksek Lisans/Doktora

6- Babanızın öğrenim düzeyi?

1)Okur-yazar değil 2)İlkokul mezunu 3)Ortaokul mezunu
4)Lise mezunu 5)Üniversite mezunu 6)Yüksek Lisans/Doktora

7- Ailenizin aylık ortalama gelir düzeyi?

1)5 bin TL altı 2)5-10 bin TL arası 3)10-15 bin TL arası 4)15 bin TL ve üzeri

MESLEKİ ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ

8-Çalıştığınız birimdeki göreviniz?

- 1)Doktor 2)Hemşire

9-Çalıştığınız birim aşağıdakilerden hangisine bağlı?

- 1)Dahili Tıp Bilimleri 2)Cerrahi Tıp Bilimleri 3)Temel Tıp Bilimleri

10-Meslek hayatınız boyunca toplamda kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

11-Şu an çalışmakta olduğunuz birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

12-Çalışma şekliniz?

- 1)Sürekli Gündüz 2)Sürekli Gece 3)Gece/Gündüz Vardiyalı

13-Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?.....

14-Mesleğinizi seviyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Kararsızım

15-Çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?

- 1)Çok Kötü 2)Kötü 3)Orta 4)İyi 5)Çok İyi

SİGARA VE PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU

16- Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

17-Cevabınız evet ise hangi

hastalık/hastalıklar?.....

.....
.....

18-Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

19-Son 3 ay içinde aşağıdaki sağlık sorunlarından birini yaşadınız mı?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Boğaz ağrısı 2)Balgam 3)Nefes darlığı 4)Öksürük nöbeti 5)Yaşamadım

20-Ne sıklıkla spor yaparsınız?

- 1)Düzenli olarak her gün 2)Ara sıra 3)Nadiren 4)Yapmam

21-Dengeli ve düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

22-Günde ortalama kaç saat uyursunuz?(Gece ve gündüz toplam uyku süresi).....

23-Uyku kalitenizi nasıl tanımlarsınız?

- 1)Dinlendirici 2)Kalitesiz uyku 3)Fikrim yok

24-Yakınlarınız arasında sigara içen kimse var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

25-Cevabınız evetse kim?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Anne 2)Baba 3)Kardeş 4)Eş 5)Çocuk

6)Diğer(Belirtiniz).....

26-İş arkadaşlarınız arasında sigara içen var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

27-Yaşadığınız yerde (ev, yurt, pansiyon vs.) sigara içilir mi?

- 1)Evet 2)Hayır

28-Cevabınız evetse kim?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Anne 2)Baba 3)Kardeş 4)Eş 5)Çocuk

6)Arkadaş

7)Ben 8)Diğer(Belirtiniz).....

29-Yaşadığınız yerde (ev, yurt, pansiyon vs.) nerelerde sigara içilir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Oturma odası 2)Mutfak 3)Salon 4)Balkon 5)Teras

6)Koridor 7)Diğer(Belirtiniz).....

30-Son 1 ay içerisinde çalıştığınız kurumda bulunan kapalı alanlarda sigara içen gördünüz mü?

- 1)Evet 2)Hayır

31-Kafe-Restoranlarda sigara dumanına ne sıklıkla maruz kalıyorsunuz?

- 1)Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Bazen 4)Çoğunlukla 5)Her zaman

32-Son 1 ay içinde özel araçla seyahat ettiyseniz, araç içinde sigara içen oldu mu?

- 1)Seyahat etmedim 2)Evet, oldu 3)Hayır, olmadı

33- Son 30 gün içinde herhangi bir devlet kurumuna gittiyseniz, kapalı alanda sigara içenler gördünüz mü?

- 1)Gitmedim 2)Evet, gördüm 3)Hayır, görmedim

34- Son 30 gün içinde herhangi bir sağlık kurumuna gittiyseniz, kapalı alanda sigara içenler gördünüz mü?

- 1)Gitmedim 2)Evet, gördüm 3)Hayır, görmedim

35-Son 30 gün içinde aşağıdaki seçeneklerden birinde/birilerinde sigara ile ilgili bilgilendirici içerik, kamu spotu vs. fark ettiniz mi?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Farketmedim 2)Gazete-Dergi 3)Televizyon 4)Radyo 5)İlan panoları

6)İnternet

36- Açıf alanlarda başkasının içtiği sigara dumanı sizi rahatsız eder mi?

- 1)Evet 2)Hayır

37-Sizce başka birinin kullandığı tütün ürününün dumanı sizin sağlığını için zararlı mıdır?

- 1)Evet, kesinlikle 2)Hayır, zararlı olduğunu düşünmüyorum 3)Fikrim yok

38-Sizce pasif sigara içiciliği normal içiciliğe göre verdiği zarar yönünden nasıldır?

1)Pasif içicilik normal içicilikle aynı düzeyde zararlı 2)Pasif içicilik normal içicilikten daha az zararlı

3)Pasif içicilik normal içicilikten daha fazla zararlı 4)Pasif içiciliğin zararlı olduğunu düşünmüyorum

5)Fikrim yok

39-Pasif sigara içiciliğinin bildiğiniz zararları nelerdir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Akciğer kanseri 2)Kalp krizi riskinde artış
3)Öksürük, balgam vs. 4)Solunum sistemi hastalıklarının şiddetlenmesi(Astım, KOAH vs.)
5)Büyüme-Gelişme geriliği 6)Ani bebek ölüm riskinde artış
7)Erken doğum riskinde artış 8)Solunum yolu enfeksiyonlarında artış

40-Sizce sigara kullanımı aşağıdakilerden hangisi/hangilerine neden olabilir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1) Kalp krizi-İnme riskinde artış | 2)Osteoporoz (Kemik erimesi) |
| 3) Hipertansiyon | 4)Akciğer kanseri |
| 5)Nefes darlığı (KOAHA vs.) | 6)Parkinson hastalığı |
| 7)Malign melanom | 8)Gırtlak kanseri |
| 9)Düşük doğum ağırlığı | 10)Mesane kanseri |
| 11)Ülseratif kolit | 12)Böbrek kanseri |

41-Sigaranın cilt sağlığını olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

42-Sigaranın ağız ve diş sağlığını (dişlerde sararma-çürüme vs.) olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

43-Elektronik sigaranın zararları olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

44-Hafif (Light) sigaranın daha az zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

45-Sigara yasaklarını olumlu buluyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

46-Sizce bir sağlık çalışanının sigara içmesi mesleki imajına ters midir?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

47-Sigara kullanıyor musunuz? (CEVABINIZ “HAYIR” VEYA “BİR SÜRE İÇTİM ŞU AN KULLANMIYORUM” İSE ANKETİNİZ BİTMİŞTİR)

- 1)Evet 2)Hayır 3)Bir süre içtim şu an kullanmıyorum

48- Son 30 gün içinde kaç gün sigara içtiniz?

- | | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| 1)Hiç içmedim | 2)1-5 gün | 3)6-10 gün | 4)11-15 gün |
| 5)16-20 gün | 6)21-25 gün | 7)26-30 gün | |

49-Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?.....

50-Ayda ortalama kaç paket sigara içiyorsunuz?.....

51-Sigarayı ilk kez kaç yaşında denediniz?.....

52-Her gün sigara içmeye kaç yaşında başladınız?.....

53-Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?.....

54-Sigaraya hayatınızın hangi döneminde başladınız?

- 1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite 5)Çalışma hayatımda başladım

55-Sigaraya aylık ortalama ne kadar para ödüyorsunuz?

- 1)100 TL altı 2)100-300 TL 3)300-500 TL 4)500-700 TL 5)700-900 TL
6)900 TL üzeri

56-Çalışma hayatına başladıktan sonra sigara içme miktarınızda değişiklik oldu mu?

- 1)Arttı 2)Azaldı 3)Değişmedi

57-Sigara içiyor olmanızın sizce en önemli nedeni nedir?

- 1)İşlerin yoğunluğu 2)Keyif amaçlı
3)Sıkıntı ve stres 4)Ekonomik sorunlar
5)Öfkeli zamanlarda sakinleşmek için 6)Yalnızlık duygusu
7)Konsantrasyonu artırmak 8)Herhangi bir sebebi yok

58-İlk sigara deneyiminizin nedeni neydi?

- 1)Merak 2)Sigara içenlere özenmek 3)Arkadaş çevresinin sigara içmeye teşvik etmesi
4)Sigara içen aile büyüklerinin teşvik etmesi 5)Herhangi bir nedeni yok

59-Sigaraya bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır

60-Hangi durumda diğerlerine oranla daha çok sigara içiyorsunuz?

- 1)Hiç düşünmedim 2)Stresli olduğum zamanlarda 3)Heyecanlı olduğum zamanlarda
4)Yoğun çalışma döneminde 5)Yalnızken 6)Etrafımda sigara içen birileri varken
7)Kalabalık bir grupla beraberken

61-Sigaranın uyku düzeninizi olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

62-Sigara kullanmadığınız dönemlerde daha gergin hisseder misiniz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

63-Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

64-Düşünüyorsanız ne kadar süre içinde deneyeceksiniz?

- 1)30 gün içinde 2)6 ay içinde 3)1 yıl içinde 4)1 yıldan daha ileri bir dönemde

65-Sigarayı bırakmayı düşünüyorsanız nedeni aşağıdakilerden hangisi?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)Sağlığa zararlı olması 2)Arkadaş çevresinin önerisi
3)Başkalarına zarar vermesi 4)İnançlarıma ters düşmesi
5)Kokusunun rahatsızlık vermesi 6)Çevre baskısı
7)Dışlanma korkusu 8)Utaniyor olmam
9)Aile bireylerinin isteği 10)Ekonomik sebepler

66-Sigarayı bırakmayı düşünmüyorsanız nedeni aşağıdakilerden hangisi?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)İçmekten keyif aldığım için 2)Yalnızlığımı hissettirmediği için
3)Stres atmak için 4)Dışlanma korkusu
5)Bırakabilecek güçte hissetmediğim için 6)Zararlı olmadığını düşündüğüm için
7)Kilo almamak için 8)İyi geldiğini hissettiğim için
9)Konsantrasyonumu arttırdığı için

67-Daha önceden hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- 1)Evet 2)Hayır

68-Cevabınız evetse kaç kez denediniz?.....

69-Sigara bırakmayı denediyseniz hangi yöntemi kullandınız?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hiçbir şey kullanmadım 2)Nikotin bandı 3)Nikotin sakızı
4)Champix (Vareniklin) 5)Zyban(Bupropion) 6)Danışmanlık
7)Diğer.....

70-Bırakma yöntemini kullanım süreniz ne kadardı?

- 1)1 haftadan kısa 2)1-2 hafta arası 3)2-3 hafta arası 4)3-4 hafta arası
5)1 ay ve üzeri

71-Sigarayı bırakmayı denediğinizde hangisi ya da hangilerini yaşadınız?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 1)Mide bulantısı | 2)Konsantrasyon bozukluğu |
| 3)Uykusuzluk | 4)Titreme |
| 5)Terleme | 6)Çarpıntı |
| 7)Kaygı | 8)Sinirlilik |
| 9)Huzursuzluk | |

72-COVID-19 pandemisi başladıktan sonra sigara tüketiminde değişiklik oldu mu?

- 1)Evet 2)Hayır

73-Cevabınız evetse ne türde bir değişiklik meydana geldi?

- 1)Sigara tüketimim arttı 2)Sigara tüketimim azaldı 3)Sigarayı tamamen bıraktım

74-Kullandığınız başka tütün ürünü var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

75-Sigara dışında kullandığınız ürün varsa hangisi?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 1)E-Sigara 2)Puro 3)Pipo 4)Nargile 5)Sarma tütün
6)Diğer.....

76-Şu ana kadar sigara ile ilgili ders, eğitici seminer vs. aracılığıyla eğitim aldınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

77-Eğitim aldıysanız faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

78-Çalıştığınız kurumda sigara bırakma programı düzenlense katılmak ister miydiniz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1.	İlk sigaranızı sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz? 3)Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde içinde 1) Uyandıktan sonra ilk 31-60 dakika içinde saatten sonra 2)Uyandıktan sonra ilk 6-30 dakika 0) Uyandıktan sonraki ilk 1
2.	Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? 1)Evet 0)Hayır
3.	İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir? 1)Sabah ilk içtiğim sigara 0)Diğer herhangi biri
4.	Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? 0)0-10 adet 1)11-20 adet 2)21-30 adet 3)30'dan fazla
5.	Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz? 1)Evet 0)Hayır
6.	Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz? 1)Evet 0)Hayır