T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

18-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE SİGARANIN ZARARLARI HAKKINDA BİLGİ-TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Özkan GEDİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

18-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE SİGARANIN ZARARLARI HAKKINDA BİLGİ-TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Özkan GEDİK

Danışman: Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2025

TEŞEKKÜR

Asistanı olmaktan gurur duyduğum, uzmanlık eğitimim boyunca her konuda yanımda olan, emeğini benden esirgemeyen, olumlu yaklaşımıyla güç veren çok değerli hocam Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK' e

Asistanlık sürecinde eğitimime katkı sağlamış olan tüm diğer Aile Hekimliği Kliniği Hocalarına,

Ailem gibi hissettiren kliniğimizin sevgili asistan doktorlarına, kıymetli uzmanlarına,

Tüm hayatım boyunca her daim yanımda olan ve her aldığım kararda arkamda olan, beni yetiştiren, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim canım aileme,

Bi tanecik çok sevdiğim değerli meslektaşım eşim Dr. Deniz Kulak Gedik'e

Canımdan çok sevdiğim benim bi tanecik oğlum Suat Kağan Gedik'e

Sonsuz Teşekkürlerimle…

KISALTMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

MAO: Monoamin Oksidaz

NRT: Nikotin Replasman Tedavileri

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**

KISALTMALAR ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

TABLO LİSTESİ ..... **v**

ÖZET ..... **vii**

ABSTRACT ..... **viii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi 3

2.2. Tütün Ürünleri ve Tütün Kullanım Şekilleri 4

2.3. Nikotin Bağımlılığı 6

2.4. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi 7

2.4.1. Dünya'da Sigara Kullanımı 7

2.4.2. Türkiye'de Sigara Kullanımı 7

2.5. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri 8

2.5.1. Solunum Sistemi Üzerindeki Etkiler 8

2.5.1.1. Akciğer Kanseri 8

2.5.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 8

2.5.2. Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkiler 9

2.5.3. Sindirim Sistemi Üzerindeki Etkiler 9

2.5.4. Üreme Sistemi Üzerindeki Etkiler 10

2.5.5. Sigaranın Sağlığa Diğer Etkileri 10

2.6. Sigara Bırakma Tedavisi 11

2.6.1. Olguların Evrelendirilmesi 11

2.6.2. 5A-5R Kavramları 12

2.6.2.1. 5A (5Ö) Stratejisi 12
2.6.2.2. 5R Stratejisi 14
2.6.3. Davranışçı ve Bilişsel Tedavi Yöntemleri 14
2.6.4. Sigara Bırakma Tedavisinde Farmakoterapi 15
2.6.4.1. Nikotin Replasman Tedavileri 16
2.6.4.2. Bupropion 17
2.6.4.3. Vareniklin 18
2.6.4.4. Sitizin (Cytisine) 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 19
3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ 19
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 19
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 20
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI 20
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ 21
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 21
4. BULGULAR 21
5. TARTIŞMA 30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 35
KAYNAKLAR 37
EKLER 45
Ek-1. Anket Formu 45

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları 22
Tablo 1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları (devam)**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Tablo 2. Sigara anketinin puan dağılımları 22
Tablo 3. Sigara kullanan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi düzeylerinin dağılımları 22
Tablo 4. Sigara kullanımına ilişkin ortalama puanların dağılımları 23
Tablo 5. Yaş aralıklarına göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 23
Tablo 6. Cinsiyete göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması..... 23
Tablo 7. Medeni duruma göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 23
Tablo 8. Eğitim durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 24
Tablo 9. Mesleğe göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 24
Tablo 10. Annenin eğitim durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 24
Tablo 11. Babanın eğitim durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 24
Tablo 12. Çocuk varlığına göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 25
Tablo 13. En uzun yaşanılan yerleşim birimine göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 25
Tablo 14. Gelir düzeyine göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 25
Tablo 15. Kronik hastalık durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılması 25
Tablo 16. Sigara kullanan katılımcıların yaş aralıklarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 26
Tablo 17. Sigara kullanan katılımcıların cinsiyete göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 26

Tablo 18. Sigara kullanan katılımcıların medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 26
Tablo 19. Sigara kullanan katılımcıların eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 27
Tablo 20. Sigara kullanan katılımcıların mesleğe göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması .....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Tablo 21. Sigara kullanan katılımcıların annelerin eğitim durumlarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması..... 27
Tablo 22. Sigara kullanan katılımcıların babaların eğitim durumlarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması..... 27
Tablo 23. Sigara kullanan katılımcıların çocuk varlığına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 28
Tablo 24. Sigara kullanan katılımcıların en uzun süre yaşanılan yerleşim birimine göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 28
Tablo 25. Sigara kullanan katılımcıların gelir düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması 29
Tablo 26. Sigara kullanan katılımcıların kronik hastalık durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması..... 29
Tablo 27. Nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması 29
Tablo 28. FNBT ile sigara anketinin ilişkisel analizi..... 30

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, 18-65 yaş arası bireylerde sigaranın zararları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve sigara kullanan bireylerin nikotin bağımlılık düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışma, sigara kullanımının farklı sosyodemografik faktörlerle ilişkisini de araştırmayı hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Esenler Menderes Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası 289 katılımcı ile yürütülen tek merkezli, kesitsel bir anket çalışmasıdır. Katılımcılardan sosyodemografik veri toplamak için 13 maddelik bir form, sigaranın zararları hakkında bilgi düzeyini ölçmek için 12 soruluk "Sigara Vücudun Düşmanı Anketi" ve sigara kullanan bireylerin bağımlılık durumlarını belirlemek için 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiş, kategorik değişkenler için Ki-Kare testi, niceliksel değişkenler için ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Analizlerde $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, sigara anketi puanları 2 ile 12 arasında değişmekte olup, ortalama puan 8,5±1,9 olarak saptanmıştır. FNBT sonuçlarına göre, katılımcıların %42,9'u yüksek nikotin bağımlılığı düzeyine sahiptir. Meslek, kronik hastalık durumu, yaş ve gelir düzeyi gibi faktörlerin sigara bağımlılığı üzerinde anlamlı etkileri bulunmuştur. Özellikle 28-37 yaş grubunda yüksek bağımlılık düzeyleri gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışmanın sonuçları, sigara bağımlılığına yönelik stratejilerin yaş gruplarına, meslek gruplarına ve gelir düzeylerine göre farklılaştırılması gerektiğini göstermektedir. Sigara bırakma programları, özellikle yüksek risk grupları için özelleştirilmeli, toplumsal farkındalık ve eğitim kampanyaları artırılmalıdır. Ayrıca, sigara bağımlılığı ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi ve daha kapsamlı yöntemlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Davranış, Fagerström, Nikotin, Sigara, Tutum

ABSTRACT

Aim: This study aims to evaluate the knowledge, attitudes, and behaviors related to the harms of smoking among individuals aged 18-65 and to examine the nicotine dependence levels of those who smoke. The study also seeks to investigate the relationship between smoking habits and various sociodemographic factors.

Materials and Methods: The study was conducted as a single-center, cross-sectional survey involving 289 participants aged 18-65 who visited Esenler Menderes Family Health Center. Data were collected using a 13-item sociodemographic questionnaire, a 12-question "Cigarette: The Enemy of the Body" survey to assess knowledge about the harms of smoking, and the 6-question Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) to determine the dependency levels of smokers. Data analysis was performed using SPSS 22.0 software, with categorical variables analyzed using the Chi-Square test and quantitative variables analyzed using non-parametric tests. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: The cigarette survey scores ranged from 2 to 12, with an average score of 8.5±1.9. According to the FTND results, 42.9% of the participants had a high level of nicotine dependence. Significant effects of occupation, chronic disease status, age, and income level on smoking dependence were found. High dependence levels were particularly observed in the 28-37 age group.

Conclusion: The study's findings suggest that strategies for smoking cessation should be tailored according to age groups, occupations, and income levels. Smoking cessation programs should be customized, particularly for high-risk groups, while increasing public awareness and educational campaigns. Additionally, it is recommended that nicotine dependence assessment tools be reviewed and more comprehensive methods be developed.

Keywords: Attitude, Behavior, Fagerström, Nicotine, Smoking,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara içmek, dünya genelinde en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir. Hem sigara içenler hem de pasif içiciler, sigara dumanına maruz kalarak ciddi hastalıklara yakalanmakta ve bu durum her yıl dünya genelinde sekiz milyondan fazla insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023 Küresel Tütün Epidemisi Raporu'na göre, dünya genelinde erkeklerde sigara içme oranı 2007 yılında %38 iken 2021 yılında %29'a düşmüştür. Aynı rapora göre, kadınlarda sigara içme oranı 2007 yılında %8 iken 2021 yılında %5'e gerilemiştir (2). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın 2021 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, 15 yaş üstü nüfusun %28'i sigara içmektedir. Bu oran erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9 olarak belirlenmiştir (3).

Sigara içeriğinde bulunan nikotin, bağımlılık yapıcı bir madde olup merkezi sinir sistemini uyarıcı bir etkiye sahiptir. Sigara bağımlılığı, sürekli sigara içmeye ve tütünde bulunan birçok kanserojen maddeye maruz kalmaya yol açar (4). Sigaranın yakılması, 60'tan fazla kanserojen madde üreten bir süreci içerir ve bu zararlı bileşikler, uzun yıllar boyunca DNA hasarına ve mutasyonlara neden olabilir (5).

Sigara içenlerde akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kardiyovasküler hastalıklar, mide ve duodenum ülserleri ile mide, özefagus ve pankreas kanseri riski artmaktadır (6-9).

Bireyler, sosyodemografik, genetik ve çevresel faktörlerin etkisi altında genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde sigarayı denemekte ve birkaç denemeden sonra farmakolojik etkilerinden dolayı bağımlı hale gelmektedir (10). Çoğu sigara kullanıcısı, 18 yaşından önce ilk sigarasını denemekte ve gençlik döneminde sigara içen bireyler, yetişkinliklerinde de sigara içme alışkanlığı açısından daha yüksek risk altındadır. Sigara kullanımı, genellikle arkadaş veya aile üyelerinin sigara içmesi, merak ve özenme, akademik performans, sosyoekonomik durum, yalnızlık hissi, aile içi çatışmalar ve genetik yatkınlık gibi birçok etkenin karmaşık bir etkileşimi sonucunda başlamaktadır (10-12). Sigara kullanımının başlaması ile olumsuz sonuçlarının ortaya çıkması arasında uzun bir sürenin olması, yaygın ve ölümcül olmasına rağmen sigara bağımlılığının zararlarının yeterince önemsenmemesine yol açmaktadır (13). Bu kapsamda bu çalışma 18-65 yaş arası

bireylerde sigaranın zararları hakkında bilgi-tutum ve davranışlarının ve sigara kullanan bireylerin bağımlılık durumlarının incelemesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün ve Tütün Kullanımının Tarihçesi

Tütün, Solanaceae (patlıcangiller) familyasında, Nicotiana cinsine ait olan genellikle yıllık olarak yetişen bir bitkidir. Çeşitli iklim koşullarına hızlı ve etkili bir şekilde uyum sağlama yeteneği sayesinde tütün, tarımsal ürünler arasında en yaygın olanlardan biri haline gelmiştir. Sonuç olarak, tütün tarımı dünya genelinde tarım alanlarında hızla yayılmıştır. Küresel olarak 60'tan fazla tütün türü bulunmasına rağmen, en çok üretilen tür "Nicotiana tabacum"dur ve ülkemizde yetiştirilen tütünlerin büyük çoğunluğunu (%95 kadarını) oluşturur (14).

Tütünün, Kristof Kolomb ve arkadaşlarının 1492 yılında Amerika'ya ulaşmasının ardından keşfedildiği düşünülmektedir. Portekiz'in Fransa elçisi Jean Nicot, bu bitkinin baş ağrısını tedavi etmek için kullanıldığını bildiği için 1559 yılında Fransız kraliçesine tanıtmıştır (15). Tütün bitkisinden izole edilen "nikotin" maddesinin adının bu Fransız elçinin adından türediği düşünülmektedir (16).

Avrupa'da tütünün yaygın olarak tanınması ve kullanılmaya başlanmasının ardından, tütün tarımı Karayip Adaları, Filipinler ve Çin'de kurulmuş ve bir gelir kaynağı haline gelmiştir (16).

Tütünün erken 16. yüzyıldan geç 19. yüzyıla kadar yaygın bir tıbbi kullanımının olduğu bildirilmiştir. İnce öğütülmüş tütün, soğuk algınlığı, baş ağrısı ve göz problemlerini tedavi etmek amacıyla koklanmıştır. Diş ağrıları, diş eti hastalıkları, boğaz ağrısı ve zihinsel sıkıntılar için tütün çiğnemek önerilmiş, kaynatılmış ve süzülmüş tütün ise hazımsızlık, karın ağrısı ve idrar tıkanıklığını hafifletmek için kullanılmıştır. Tütün içmenin vücut kokusunu iyileştirdiği ve vebayı önlediği iddia edilmiştir. Tarihî kaynaklar, büyük salgınlar sırasında insanların her yaş ve sınıftan yoğun bir şekilde sigara içtiğini göstermektedir. Tütün içmenin beyni temizlediği, sinirleri sakinleştirdiği ve kaygıyı azalttığına inanılmıştır. Ayrıca, kulağa damlatılan tütün suyunun işitme kaybını iyileştirdiği ve bal ile yapılan tütün şurubunun astım, göğüs hastalıkları, öksürük ve frengi tedavisinde kullanıldığı belirtilmektedir (17).

Osmanlı İmparatorluğu, tütünü 17. yüzyılda Venedik ve Cenevizli denizciler tarafından getirilmesiyle tanışmıştır. Tütün tarımı, Batı Trakya'daki Kavala, Yenice ve İskeçe şehirlerinde başlamıştır (16).

Tütün kullanımının yaygınlığı, 20. yüzyıl ortalarındaki bilimsel çalışmaların tütünün akciğer kanseri dahil olumsuz sağlık etkilerini ortaya koymaya başlamasına kadar devam etmiştir. Bu bulgulara rağmen, tütün endüstrisi üretim ve reklam faaliyetlerine devam etmiştir. 1950'lerde sigara endüstrisinde filtresiz sigaradan filtreli tasarımlara geçiş yaşanmıştır. Filtreli sigara üretimi, 1950 yılında %0,5 iken 1975 yılında %87,7'ye yükselmiştir (18). Tütün şirketleri, amacının sigara içenlere daha kaliteli sigaralar sunmak olduğunu iddia etmiş olsalar da asıl amaçları ticaretten kazanç elde etmek ve reklamlar aracılığıyla gençler ve kadınların sigara içme oranlarını artırmaktı (16).

1950'lerde yapılan bu çalışmaların ardından Amerika ve Avrupa'da sigara karşıtı politikalar uygulanmış ve bu, sigara içme oranlarında önemli bir düşüşe neden olmuştur (16).

2.2. Tütün Ürünleri ve Tütün Kullanım Şekilleri

İşlenmiş tütün yaprakları veya bitkinin kendisi kullanılarak solunum, çiğneme ve emme gibi şekillerde tüketilen ürünlere "tütün ürünleri" denir. Bu ürünler, tütünün yanmasıyla ortaya çıkan dumanın kullanıldığı şekillerde tüketilebileceği gibi, doğrudan dumansız olarak da tüketilebilir (19).

Sigaralar, en yaygın olarak kullanılan tütün ürünü çeşididir ve ince kâğıda sarılmış ince kıyılmış tütünle hazırlanır (20). Tütünün yanmasıyla oluşan duman inhalasyon yoluyla tüketilir. Tütün dumanı, 4000'den fazla zehirli madde içermekte olup partiküller ve aerosollerden oluşur. Dumanında bulunan nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, akrolein, alfa-naftilamin ve katranın kanserojen etkileri olduğu, dumanındaki benzenin ise kromozomal değişikliklere yol açtığı gösterilmiştir (21).

Sarmalık kıyılmış tütün, tütün bitkisinin yapraklarının tamamen tek bir hammadde olarak kullanılmasıyla elde edilen ve herhangi bir katkı maddesi eklenmeden, yaprak sigara kağıdına sarılarak veya hazır filtreli içi boş sigara tüplerine doldurularak kullanılan bir tütün ürünüdür (22). Türkiye'de üretilen sigaralar belirli bir prosedüre göre üretilmektedir; ancak sarmalık kıyılmış tütünler piyasada herhangi bir kontrol işlemine uğramadan doğrudan satılıp kullanılabilmektedir. Dolayısıyla Türkiye piyasasında üretilen ve kullanılan sarmalık

kıyılmış tütün ürünlerinin kimyasal özellikleri ve içerikleri referans sınır değerleri açısından bilinmemektedir (23).

Nargile, genellikle Orta Doğu'da tütün tüketiminin geleneksel bir şekli olarak kullanılmaktadır. Tütün, kömürle ısıtılarak ve dumanın solunmadan önce suyla filtre edilerek kullanılır (24). Bu şekilde tütün kullanımının sağlık açısından daha az zararlı olduğu düşünülmektedir; ancak nargile dumanı sigara dumanından çok daha düşük sıcaklıkta üretilir, bu da tütün dumanındaki toksinlerin bu farklı form için farklı olabileceğini öne sürmektedir. Ayrıca, aynı nargilenin farklı kişiler arasında paylaşılması çeşitli bulaşıcı hastalıkların bulaşma riskini taşımaktadır (25).

Puro; iri kıyılmış veya yaprak şeklindeki tütünün sarılmasıyla üretilen ve tütünü yakarak kullanılan bir tütün ürünüdür. Bu nedenle puro dumanı, sigara dumanına benzer toksik maddeler içermektedir, ancak sigara kullanımıyla puro kullanımı arasındaki fark, puro dumanının akciğerlere çekilmediği, ancak ağız mukozası aracılığıyla büyük ölçüde emildiğidir (26). Yeterli kanıtlar, puro kullanımının özellikle gırtlak, ağız boşluğu ve yemek borusu kanserleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (27).

Pipo; kiraz ağacı veya gül ağacından yapılan cubuk şeklinde ağızlık kısmı bulunan, sonunda "kâse" adı verilen bir tütün yakma odası bulunan bir tütün içme aracıdır. Ağız kısmı, meerschaum (sepiyolit- lületaşı) içerebilir. (20). Pipo dumanının puro dumanı emilim şekline benzerliği nedeniyle, etkileri de puro dumanı gibi gırtlak, ağız boşluğu ve yemek borusu kanserleri ile ilişkilidir (27).

Enfiye tütünü; burundan tütün tozunu çekerek kullanılan, yüksek miktarda nikotin içeren bir tütün ürünüdür (20). Genellikle enfiye kutusuna yerleştirilerek kullanılır (19).

Maraş otu; ülkemizde özellikle Kahramanmaraş ve Gaziantep çevrelerinde yetiştirilen ve tüketilen, Nicotiana rustica bitkisinin yapraklarının kullanıldığı bir dumansız tütün ürünüdür. Bitkinin yaprakları kurutulduktan ve öğütüldükten sonra üzüm veya ceviz ağacı külü ile karıştırılarak hazırlanır. Ağız yoluyla doğrudan toz halinde veya sigara kağıdına sarılarak diş ve dudak arasına yerleştirilerek kullanılır ve bireyin alışkanlık düzeyine bağlı olarak belirli bir süre sonra atılır (28).

Elektronik sigara; nikotin, propilen glikol, formaldehit, asetaldehit, yapay tatlandırıcılar ve nitrozaminler gibi maddeler içeren sıvı karışımını içeren bir

cihazdır. Bu sıvı, cihazın ısıtıcısı aracılığıyla inhalasyon öncesinde aerosol haline getirilir (29). Özellikle son yıllarda gençler arasında kullanım sıklığı artmıştır. Elektronik sigara üreticileri, nikotin ihtiyacını karşılamak, sigara içmeye göre daha sağlıklı bir alternatif sunmak ve sigara içenlerin sigarayı bırakmasına veya azaltmasına yardımcı olabilecek bir ürün olarak sunmaktadır. Ancak bu konuda yeterli nesnel veri bulunmamakta olup, çalışmalar devam etmektedir (30).

Isıtılan tütün ürünleri; elektronik sigaralara benzemekle birlikte, likit çözeltiler yerine cihaz içinde tütün kullanılarak, nikotinin açığa çıkması için yanma sıcaklığının altında ısıtılmaktadır. Bazı çalışmalar, ısıtılan tütün ürünlerinin dumanının sigara dumanına göre daha az toksik madde içerebileceğini öne sürmüş olsa da bu konuda kanıtlar ve araştırmalar yetersizdir (31). Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü, ısıtılmış tütün ürünlerinin dumanında azalan zararlı kimyasalların onları zararsız kılmadığını belirtmiştir (32).

2.3. Nikotin Bağımlılığı

Nikotin, tütün bitkisinin yapraklarında bulunan ve merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etkiye sahip olan bağımlılık yapıcı bir maddedir. Kendisi kanserojen olmamakla birlikte, nikotin en yaygın olarak sigara içme yoluyla tüketilir ve bu da tütünde bulunan birçok kanserojen maddeye kronik maruziyete yol açar (4). İnhalasyon sonrasında, nikotin akciğerler yoluyla kan dolaşımına girer ve hızla beyin dokularına yayılır. Beyinde, nikotinik asetilkolin reseptörlerine seçici olarak bağlanır ve bu bağlanma, sigara içmenin keyif verici özelliğini sağlayan dopamin salınımını tetikler. Bir nefes tütün dumanı çekme ve dopamin salınımı arasındaki süre sadece birkaç saniyedir (33). Tekrarlayan fazik dopamin dalgaları, bazal dopamin sentezini bozar ve dopamin yanıtı veren hücre sayısını azaltır, bu da reseptörlerin yukarı regüle olmasına ve aynı yanıtın alınabilmesi için daha fazla madde alınması gerekliliğine yol açar. Nikotin düzenli olarak vücuda alındığında, nöroadaptasyon mekanizmaları bu keyif verici maddeye bağımlılık geliştirir (34). Nikotinin vücutta yarılanma ömrü yaklaşık 2 saat olduğundan, gün boyunca tekrarlanan sigara içimi, vücutta nikotin seviyelerinin artmasına neden olur. Düzenli olarak sigara içen bir kişi sigarayı bıraktığında, nikotinin aniden yokluğu, kronik nikotin varlığında sürdürülen homeostazın bozulmasına yol açarak Nikotin Yoksunluk Sendromu'na sebep olur. Bu sendrom, disforik veya depresif duygu durumu, sinirlilik, anksiyete, konsantrasyon

zorluğu ve iştahta artış gibi semptomlarla karakterizedir ve genellikle sigara bırakıldıktan sonraki 2-3 hafta içerisinde ortaya çıkar (35). Nikotini diğer bağımlılık yapıcı maddelerden ayıran özellik ise, son kullanımdan yıllar sonra bile isteklerin devam etmesidir (36).

2.4. Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi

2.4.1. Dünya'da Sigara Kullanımı

Dünya üzerindeki 1,3 milyar tütün kullanıcısının yaklaşık %80'i, tütüne bağlı hastalık ve ölüm yükünün en ağır olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023 Küresel Tütün Epidemisi Raporu verilerine göre, toplam erkek nüfusundaki sigara içme oranı 2007 yılında %38 iken 2021 yılında %29'a gerilemiştir. Benzer şekilde, toplam kadın nüfusundaki sigara içme oranı 2007 yılında %8 iken 2021 yılında %5'e düşmüştür (2). Aynı verilere göre, gelişmiş ülkelerde erkekler ve kadınlar arasındaki sigara içme oranları neredeyse eşitken, gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar arasında belirgin bir fark bulunmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kadınlar arasındaki sigara içme prevalansı, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında daha düşüktür (37).

Dünya genelinde tütün kullanımının en yaygın olduğu ülke Çin'dir. Çin'den sonra Hindistan, Endonezya, Rusya ve Amerika Birleşik Devletleri tütün içen kişi sayısının en fazla olduğu ülkeler arasındadır. Türkiye ise tütün kullanımı bakımından dünya sıralamasında onuncu sıradadır (2).

2.4.2. Türkiye'de Sigara Kullanımı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 verilerine göre, Türkiye'de 15 yaş üzeri nüfusun %28'i sigara içmektedir. Bu oran erkeklerde %41,3 iken kadınlarda %14,9 olarak kaydedilmiştir (3).

Sigara içme ile ilgili veriler, farklı demografik gruplar arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Türkiye'de erkekler arasında sigara içme ile gelir düzeyi arasında negatif bir ilişki bulunmuş, gelir düzeyi düşük olan erkeklerde sigara içmenin daha yaygın olduğu görülmüştür. Öte yandan kadınlarda sigara içme ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki gözlemlenmiş, yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlar arasında sigara içmenin daha yaygın olduğu görülmüştür (38). Sigara

içme sıklığı yaş gruplarına göre değişmektedir. En yüksek sıklık 25-44 yaş aralığındaki bireylerde görülürken, 65 yaş üzeri grupta sigara içme oranı oldukça düşüktür. Ayrıca, sigara içenlerin yarısından fazlasının 18 yaşından önce sigara içmeye başladığı tespit edilmiştir. Ortalama sigaraya başlama yaşı erkeklerde 16,6, kadınlarda ise 17,8 olarak saptanmıştır (39).

2.5. Sigara Kullanımının Sağlığa Etkileri

Nikotin, beyindeki nikotinik asetilkolin reseptörlerine bağlanan ve bağımlılığı teşvik etmek için gen ve reseptör ekspresyonunu ve nörotransmiter seviyelerini değiştiren tütündeki bağımlılık yapıcı maddedir. Tütünün yanması, polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve N-nitrozaminler dahil olmak üzere 60'tan fazla kanserojen madde üreten bir süreci içerir. Bu zararlı bileşikler, kullanımdan yıllar sonra DNA hasarına ve mutasyonlara yol açar (5).

2.5.1. Solunum Sistemi Üzerindeki Etkiler

2.5.1.1. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri, dünya çapında erkeklerde kanserle ilgili ölümlerin birinci, kadınlarda ise ikinci önde gelen sebebidir. 2018 yılında dünya genelinde yaklaşık 2,1 milyon kişiye akciğer kanseri teşhisi konulmuş ve tahmini olarak 1,8 milyon ölüm gerçekleşmiştir (40).

Sigara dumanının solunmasının akciğer kanserine neden olabileceği olasılığı ilk kez 1912'de öne sürülmüştür. O tarihten bu yana, birçok epidemiyolojik çalışma sigara içimi ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi doğrulamış ve toplumda sigara içme alışkanlıklarını azaltma çabalarına öncülük etmiştir (6). Sigara içicilerinde kanser gelişme riski, günlük tüketilen sigara miktarından, içilen sigara tipinden, sigara içme süresinden ve sigaraya başlama yaşından etkilenmektedir (41). KOAH, bu bireylerde akciğer kanseri için en büyük risk faktörü olarak kabul edilmekte, çünkü sigara her iki hastalıkta da ortak bir sinyal yolunu aktive etmektedir (42).

2.5.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAH; öksürük, dispne ve hava akımı kısıtlılığı ile karakterize edilen yaygın bir solunum bozukluğudur. Prevalansı ülkeler arasında değişir ve yaşla birlikte artar, 40 yaş üzeri bireylerin yaklaşık %10'unu etkiler (43). KOAH için en yaygın risk

faktörü sigara içimidir (7). Sigara içme süresi ve miktarı hastalığın şiddetini etkiler. Yeterli sigara maruziyeti ile neredeyse tüm sigara içenlerin ölçülebilir bir şekilde akciğer fonksiyonlarında azalma yaşayacağı bilinmektedir. Çalışmalar, sigara içme ile akciğer fonksiyonu arasında genel bir "doz-yanıt eğrisi" olduğunu göstermektedir. KOAH'a yol açan sigara içme süresi/yoğunluğu için kesin eşik değeri, bireyden bireye değişiklik gösterir (44).

2.5.2. Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkiler

Sigara içmek, kardiyovasküler hastalıkların (KVH) gelişimi için başlıca bir risk faktörü olup, sigara içenlerin KVH geliştirme olasılığı sigara içmeyenlere göre 2-4 kat daha fazladır (8). Sigara içimi ile koroner kalp hastalığı, aterosklerotik aort anevrizması, serebrovasküler hastalık, felç ve genel mortalite arasında nedensel bir ilişki kurulmasını sağlayacak yeterli kanıtlar bulunmaktadır. Sigara dumanındaki nikotin, kalp hızında ani değişiklikler, artmış miyokard kasılma kuvveti ve yüksek kan basıncı gibi hemodinamik etkilere neden olduğu bilinmektedir (45). Sigara dumanındaki serbest radikaller, lipitlere zarar vererek kolesterol oluşumunu teşvik eder ve aterojenik oksidatif süreci başlatarak aterosklerozu tetikler (8). Sigara içimi ayrıca C-reaktif protein ölçümleri ile belirtilen artmış inflamasyon ile ilişkilidir. Ayrıca, sigara içimi endotel hücrelerinden doku plazminojen aktivatör salınımını inhibe eder, kan fibrinojen konsantrasyonunu artırır ve artmış sempatik aktiviteye bağlı olarak trombosit aktivitesini artırarak protrombotik bir durumu teşvik eder. İleri akciğer hastalığı olan hastalarda sekonder polisitemiye bağlı olarak doku faktörü ekspresyonunda artış ve tam kan viskozitesinde artış gözlemlenmektedir (46).

2.5.3. Sindirim Sistemi Üzerindeki Etkiler

Sigara içmek, mide ve duodenum ülserlerinin, ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve mide, yemek borusu ve pankreas malignitelerinin gelişimine katkıda bulunma potansiyeline sahiptir. Sigara içenler, sigara içmeyenlere göre mide ve duodenum ülser hastalığı geliştirme riskinde artış yaşarlar ve iyileşme süreleri daha uzun olabilir (9). Sigara içimi, genellikle Helicobacter pylori enfeksiyonu ile ilişkilendirilen peptik ülser hastalığının bilinen bir faktörüdür. Uzun süreli sigara içimi, Helicobacter pylori tedavisinde başarısızlık oranlarını artırabilir. Sigarayı bırakmak, peptik ülser hastalığı riskini azaltabilir ve mevcut durumlarda iyileşme sürecini hızlandırabilir (47).

Ayrıca, sigara içmek ağız ve diş sağlığını olumsuz etkileyen bir alışkanlıktır. Sigara içmek tükürük salgısını azaltarak ağız kuruluğuna, diş eti çekilmelerine, dişlerin sararmasına, kötü ağız kokusuna ve hatta ağız kanseri gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir (48).

2.5.4. Üreme Sistemi Üzerindeki Etkiler

Literatür, aktif ve pasif sigara içmenin genel nüfus ve infertilite sorunu yaşayan çiftler arasında sağlıklı canlı doğum şansını ve doğurganlığı azalttığını göstermektedir. Sigara içmek, sperm DNA yapısına zarar verebilir, hareketliliklerini ve sayılarını olumsuz etkileyebilir. Genç yaşta menopoz riskini artırarak doğurganlığı azaltabilir. Ayrıca sigara içmenin düşük doğurma veya erken doğum olasılığını artırabileceği ve düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerin doğumuna katkıda bulunabileceği bilinmektedir (49). Günde 16'dan fazla sigara içen kadınlar arasında infertilite oranının %21 olduğu bulunmuşken, sigara içmeyen kadınlarda bu oran %14 olarak saptanmıştır. Ayrıca, günlük bir paket sigara içen kadınların in vitro fertilizasyon tedavisi gördüğünde, sigara içmeyenlere kıyasla daha düşük östrojen seviyeleri ve daha az sağlıklı yumurta sayısına sahip oldukları tespit edilmiştir (50).

Sigaranın sağlık üzerindeki zararlarının yanı sıra, hamile kadınların sigara içmeleri veya pasif içici olmaları, fetüse ve yeni doğana ciddi zararlar verebilecek önemli bir sorundur. Hamilelik sırasında sigara içmek, fetüse oksijen iletimini çeşitli mekanizmalar aracılığıyla bozabilir (51). Ayrıca, sigara içmek sadece nikotin değil, annenin ve fetüsün birçok potansiyel toksine maruz kalmasına neden olabilir, bu da fetal genetik materyale zarar verebilir (52). Son olarak, nikotine maruz kalma fetal kalp atış hızının hızlanmasına ve solunum hareketlerinde azalmaya yol açabilecek sempatik aktivasyona neden olur. Bu değişikliklerin tam sonuçları henüz tam olarak anlaşılmamakla birlikte, bu parametrelerin her ikisinin de doğum öncesi fetal değerlendirme testlerinde fetal iyilik halinin bozulduğunu gösterebileceği bilinmektedir (51).

2.5.5. Sigaranın Sağlığa Diğer Etkileri

Sigara ve nikotin, renal sistemde çeşitli bozukluklara neden olabilir. Hipertansiyonlu hastalarda sigara içme, adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol düzeylerinin artmasına yol açabilir. Artan sempatik aktivite ise böbrek

yetmezliğinin ilerlemesini hızlandırabilir. Ayrıca, sigara böbrek kanlanmasını etkileyerek böbrek dokusuna zarar verebilir (53). Sigara içmek, kısa vadede stresi azaltıcı gibi görünse de yapılan uzun vadeli çalışmalar sigara içme alışkanlığı ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (54).

Sigara içmek ayrıca kemik sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yaratan bir risk faktörüdür. Sigaranın kolajen üretimini azaltması, kemiklerin zayıf ve kırılgan olmasına katkıda bulunabilir (55). Son çalışmalar, sigara içenlerde tip 2 diyabet gelişme riskinin sigara içmeyenlere göre %30-40 daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, diyabetli sigara içenlerde nefropati, körlük, periferik nöropati ve ampütasyon gibi komplikasyon gelişme riski daha yüksektir (56).

Sigara içmenin cilt sağlığı üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Doku yenilenmesini yavaşlatarak yara iyileşme sürecini uzatması, ciltte yaşlanma ve kırışıklık belirtilerine yol açması, skuamoz hücreli karsinom gibi cilt kanseri riskini artırması, sedef hastalığı, ağız rahatsızlıkları, saç dökülmeleri ve ağız kanserleri gibi çeşitli cilt hastalıklarıyla ilişkili bulunmuştur (56).

2.6. Sigara Bırakma Tedavisi

Klinisyenlerin rolü, bireylerin sigara içme durumunu belgelemek ve tütün kullanan bireylere sigarayı bırakmaları konusunda net tavsiyelerde bulunmaktır. Klinik uzmanları, hastalara farmakolojik ve davranışsal tedavi seçenekleri sunmalı, bu seçeneklerle bağlantı kurmalarını sağlamalı ve gelecekteki ziyaretlerde takip sağlamalıdır (57). Sigarayı bırakma girişiminde bulunmaya hazır olmayan bireyler için klinisyenler, bu bireyleri sigarayı bırakmaya yönlendirmek amacıyla motivasyonel görüşme kullanabilir ve hasta tütün kullanımını bırakmaya hazır olmadan önce bile farmakoterapiye başlamak gibi zarar azaltma stratejilerini kullanabilir (58).

2.6.1. Olguların Evrelendirilmesi

Sigara içme davranışı karmaşıktır ve başlama, bırakma, sürdürme, aralıklı kullanım ve tekrar başlama gibi çeşitli davranışsal unsurları içerir (15). Sigara bırakma konusunda etkili stratejiler, "Transtheoretical Model" ve Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Kurumu tarafından önerilen "Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisi Klinik Uygulama Rehberi"nde önerilen yöntemlere dayanmaktadır (59).

Prochaska ve arkadaşları tarafından ilk kez ortaya konulan "Transtheoretical Model," bireyin sigarayı bırakma sürecine hazır olma düzeyini değerlendirmeye yönelik beş aşamalı bir değişim modelidir. Bu modele göre, sigara içen kişiler, sigara içme ve bırakma süreçlerinde davranışsal olarak beş farklı evre arasında geçiş yaparlar (60).

Bırakmayı Düşünmeme Evresi: Sigarayı bırakma niyeti olmayan bireyler bu evrededir. Bilinçsiz veya inkâr edici olabilirler. Bu aşamada, sigarayı bırakmanın faydaları hakkında farkındalık oluşturmak önemlidir.

Bırakmayı Düşünme Evresi: Sigarayı bırakma düşüncesine sahip olan ancak henüz somut bir plan yapmamış bireyler bu evrededir. Sigarayı bırakmanın avantajlarını ve dezavantajlarını değerlendirmeye başlarlar. Motivasyonlarını artırmak ve kararlılık kazandırmak önemlidir.

Bırakmaya Hazırlık Evresi: Sigarayı bırakma planları yapan bireyler bu evrededir. Nikotin replasman tedavileri (NRT) veya davranış değişikliği programları gibi yardımcı araçları düşünmeye başlarlar. Destek sistemlerini oluşturmak ve sigarayı bırakma tarihini belirlemek önemlidir.

Bırakma Eylemi Evresi: Sigarayı bırakma kararını uygulayan bireyler bu evrededir. Sigara içmeyi azaltma veya tamamen bırakma sürecindedirler. Bu dönemde destek ve motivasyon çok önemlidir.

Bırakmayı Sürdürme Evresi: Sigarayı bırakan bireylerin amacı, bu başarıyı uzun süre sürdürebilmektir. Geriye dönüşü engellemek için çaba gösterirler (61).

2.6.2. 5A-5R Kavramları

5A ve 5R stratejileri, sigara bırakma programlarında ve sağlık profesyonelleri tarafından sigara bırakma danışmanlığı sırasında kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, sigara içenlerin motivasyonunu artırarak ve sigarayı bırakmalarına yardımcı olarak tütün bağımlılığıyla mücadeleye katkıda bulunabilir (59).

2.6.2.1. 5A (5Ö) Stratejisi

5A modelinin adımları aşağıdaki gibidir:

Öğren (Ask): 5A modelinin birinci adımı, tüm hastalara tütün kullanımı ve maruziyeti hakkında sorular sormaktır. Tütün kullanan hastalar için kapsamlı bir değerlendirme, kullanım sıklığının, kullanılan ürünlerin türlerinin, nikotin bağımlılığının derecesinin, geçmişteki bırakma girişimlerinin (kullanılan yöntemler

ve bunların etkinliği dahil) ve hastanın şu anda tütünü bırakmaya hazır olup olmadığının belirlenmesini içerir (62).

Öner (Advise): 5A modelinin ikinci adımı, sigarayı bırakmayı tavsiye etmektir. Her karşılaşmada kısa sigara bırakma tavsiyesinin sigarayı bırakma oranlarını artırabileceğine dair açık kanıtlar bulunmaktadır, bu nedenle danışmanlık alan her hasta hemen bırakmaya hazır olmasa bile bu öneri önemlidir (63).

Ölç (Assess): 5A modelinin üçüncü adımı, hastanın sigarayı bırakmaya hazır olup olmadığını değerlendirmektir. Klinisyen, hastanın bırakma girişiminde bulunma istekliliğini değerlendirmelidir (15). Eğer hasta sigarayı bırakmaya motiveyse, davranışsal destek veya farmakoterapi sağlanmalıdır; aksi takdirde 5R stratejileri uygulanmalıdır (59).

Önderlik et (Assist): 5A modelinin dördüncü adımı, sigara içenlere sigarayı bırakmalarında yardımcı olmaktır. Sigara içen kişinin denediği yöntemleri ve her yöntemin başarı oranlarını anlamak, bir sonraki deneme için önerilere yol göstermesi açısından önemlidir (15). Bırakma süreci genellikle önümüzdeki iki ila dört hafta içinde bir "bırakma tarihi" belirlenerek başlar. Hastalara, bırakma tarihinde aniden bırakmaları tavsiye edilebilir; ancak bırakma tarihinden önce kademeli olarak azaltma da kabul edilebilir bir alternatiftir (64). Klinisyen, hastanın sigarayı bırakmanın önündeki engelleri öngörmesine ve ele almasına yardımcı olmalıdır. Bu engeller, nikotin yoksunluğu, güçlü sigara içme isteği, yemek sonrası veya sabah kahvesi gibi tetikleyici durumlar ve kilo alma endişesi gibi faktörleri içerebilir (65).

Örgütle: 5A modelinin beşinci adımı, takibi düzenlemektir. Takviye sağlanmalı, sigara bırakma tedavisine yanıt izlenmeli ve gerektiğinde birinci basamak tedavileriyle tedavi optimize edilmelidir. Hastanın bırakma tarihinden bir ila iki hafta sonra takip randevusu planlanmalı, farmakoterapinin olumsuz veya yan etkileri gözlemlenmelidir (15). Takip ziyareti yüz yüze randevu veya telefonla gerçekleştirilebilir. Hasta sigarayı başarıyla bırakmış olsun ya da olmasın, klinisyenler sigara bırakma çabalarıyla ilişkili ortaya çıkan sorunları, örneğin kilo alma, depresyon veya sigara içen arkadaş veya akrabalarla ilişkilerdeki değişiklikler gibi konuları ele almalıdır. Bu sorunlar, tedavinin başarısız olmasına veya başarılı bir bırakma girişiminden sonra herhangi bir zamanda nüksetmeye yol açabilir (63).

5R stratejisi, sigarayı bırakmaya hazır olmayan hastalar için yararlı olabilir. 5R stratejisi, motivasyonu artırmayı ve gelecekteki bırakma girişimlerini teşvik etmeyi amaçlayan kısa bir motivasyonel görüşme tekniğidir (59).

2.6.2.2. 5R Stratejisi

5R stratejisi aşağıdaki bileşenleri içerir:

İlişki: 5R modelinin birinci aşamasında, sigarayı bırakmanın birey için neden önemli olduğu konusunda farkındalık yaratılır. Sigarayı bırakmanın kişinin sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri açıklanır.

Riskler: 5R modelinin ikinci aşamasında, hastaya sigara içmenin sağlık üzerindeki riskleri ve zararları hakkında bilgi verilir. Nefes darlığı gibi akut etkiler, kalp krizi, inme, akciğer kanseri ve diğer kanserler gibi uzun vadeli etkiler, ayrıca partnerlerde akciğer kanseri riskinin artması ve sigara içenlerin çocuklarında solunum yolu enfeksiyonları gibi çevresel riskler vurgulanabilir.

Ödüller: 5R modelinin üçüncü aşamasında, sigarayı bırakmanın olumlu sonuçları tartışılır. Hasta, sigarayı bırakmanın potansiyel faydalarını belirlemeye teşvik edilebilir ve kendi sağlığı ile aile üyelerinin sağlığındaki iyileşmeler, para tasarrufu ve sporda performansın artması gibi en alakalı faydalar üzerinde durulabilir.

Engeller: 5R modelinin dördüncü aşamasında, sigara içen kişinin karşılaşabileceği zorluklar ve engeller ele alınır. Nikotin çekilme belirtileri ve sigara içme tetikleyicileri gibi konular üzerinde durulur ve bu engelleri ortadan kaldırabilecek tedaviler (örneğin, problem çözme danışmanlığı ve ilaç tedavisi) önerilir.

Tekrar: 5R modelinin beşinci aşamasında, motivasyonel müdahale, hasta klinik ortama her ziyaret ettiğinde tekrarlanmalıdır. Daha önceki bırakma girişimlerinde başarısız olan sigara içicilerine, çoğu kişinin başarıya ulaşmadan önce birden fazla bırakma girişiminde bulunduğu hatırlatılmalıdır (66).

2.6.3. Davranışçı ve Bilişsel Tedavi Yöntemleri

Davranışçı ve bilişsel terapi yaklaşımı, bireylerin sigara içme alışkanlıklarını ve tetikleyicilerini anlamalarına yardımcı olur ve düşünce kalıplarını olumlu bir şekilde değiştirmelerine katkı sağlar (67). Sigarayı bırakmaya hazır olan herkesin

davranışsal danışmanlık programlarına katılması teşvik edilmelidir (63). Danışmanlık, bırakma tarihinden önce başlayan (genellikle haftalık) birden fazla ziyareti içerebilir. Bırakma tarihinden sonraki bir hafta içinde bir takip ziyareti planlanmalıdır. Sigara içenleri bırakma sürecinde desteklemek amacıyla ziyaretlerin en az 1-3 ay daha devam etmesi gerekmektedir. Sistematik bir inceleme, bireysel danışmanlığın, minimal destekle karşılaştırıldığında bırakma oranlarını %40 ile %80 arasında artırdığını ve ek seansların daha fazla fayda sağladığını göstermiştir (68).

Sigarayı bırakmayı planlayan bireylerin, sigara içmeye devam etme veya nüksetme riskini artırabilecek durumları veya etkinlikleri belirlemeleri teşvik edilmelidir. Yaygın tetikleyiciler arasında stresli durumlar, sigara içenlerin yanında bulunmak, alkol tüketmek veya kahve içmek yer alır (66). Sigara içmeye neden olan durumları belirledikten sonra, danışan problem çözmeye yönelmeli ve bu tür zorluklarla başa çıkmak için başa çıkma becerilerini pratik yapmalıdır. Başa çıkma stratejilerine örnekler arasında egzersiz yapmak, sigara içilmeyen ortamlardan uzak durmak, örgü örmek veya karalama yapmak gibi tekrarlayan basit faaliyetlere katılmak, yapılacaklar listesi düzenleyip uygulamak, sakız çiğnemek, su içmek, küçük sağlıklı atıştırmalıklar tüketmek, sigarayı bırakmanın sağlık açısından faydalarına odaklanmak ve sigaraya harcanan paradan tasarruf etme düşüncesi üzerinde durmak sayılabilir (69).

Ayrıca, davranışsal yaklaşımların ve farmakoterapinin kombinasyonu, sigarayı bırakmaya çalışan hastalar için en faydalı olanıdır (70). Davranışsal yaklaşımlar nikotin yoksunluğu belirtilerini yönetmeye yardımcı olabilse de çoğu kişi farmakoterapiden de fayda sağlayacaktır (67).

2.6.4. Sigara Bırakma Tedavisinde Farmakoterapi

Sigarayı bırakmada birinci basamak farmakoterapileri arasında NRT, vareniklin ve bupropion bulunmaktadır. Bu tedavilerin amacı, nikotin yoksunluğu belirtilerini hafifleterek sigarayı bırakma sürecini kolaylaştırmaktır (59). Genel popülasyonda bu tedavilerin seçimi, komorbiditeleri veya belirli ilaçlara karşı kontrendikasyonları olmayan hastalar için büyük ölçüde bireysel tercihlere dayanır (71).

2.6.4.1. Nikotin Replasman Tedavileri

Günümüzde NRT seçenekleri arasında nikotin sakızı, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal bantlar bulunmaktadır (72). Nikotin sakızı ve nikotin bantları, NRT'nin en yaygın kullanılan formlarıdır ve bu ürünler Türkiye'de mevcuttur (15).

Nikotin bandı, nikotinin uzun etkili bir formudur ve nikotin yoksunluk semptomlarına 24 saat boyunca sürekli bir rahatlama sağlar (15). Kısa etkili bir ürün olan nikotin sakızı ise tek başına nikotin replasman tedavisi olarak kullanılabileceği gibi, genellikle ani istekleri ve diğer yoksunluk semptomlarını gidermek için gerektiğinde tedaviye eklenir (72). Çoğu çalışmadan elde edilen kanıtlar, nikotin bandıyla yapılan tek ajanlı NRT'nin, sakız, pastil veya inhaler gibi kısa etkili bir formla kombinasyonundan daha az etkili olduğunu göstermektedir (64). Hastalar NRT'ye bağımlı olma konusunda endişe duyabilirler; ancak, nikotin bağımlılığı nadiren gelişir, özellikle uzun etkili bantla (73).

Nikotin bandının başlangıç dozu, günlük içilen sigara sayısına göre belirlenir. Günde 10'dan fazla sigara kullanan kullanıcılar için 21 mg/gün nikotin bandı, günde 10'dan az sigara kullananlar için ise 14 mg/gün nikotin bandı kullanılması önerilir. Hastalar her sabah bandı yenisiyle değiştirmeli, tüysüz bir cilt bölgesine uygulamalı ve cilt tahrişini önlemek için uygulama alanını her gün değiştirmelidir (71). Cilt tahrişi ve uyku bozuklukları, NRT'nin en yaygın yan etkileridir. Uyku bozukluklarını gidermek için hastalar, bandı yatmadan önce çıkarabilir ve ertesi sabah yenisiyle değiştirebilirler. Gecelik bir aradan sonra, yeni bandın uygulanmasından 30 dakika ila üç saat sonra yeterli plazma nikotin seviyelerine ulaşılmaktadır. Bandın 24 saat boyunca sürekli kullanılması veya gece çıkarılması durumunda sigarayı bırakma oranlarının benzer olduğu gözlemlenmiştir (74).

Nikotin bandı ile sigara bırakma tedavisinde, bandın dozu her 2-4 haftada bir azaltılır ve tedavi genellikle 8-12 hafta sürer veya birey sigara içmeme açısından stabil hale gelene kadar devam eder (15). 21 mg/gün nikotin bandını başarıyla kullanan hastalarda, doz iki veya dört hafta sonra 14 mg/gün'e düşürülebilir. 14 mg/gün bandını başarıyla kullanan hastalarda ise, ilk dört haftadan sonra doz 7 mg/gün'e düşürülebilir ve bu doz tedavinin geri kalanında devam ettirilebilir (71). Nikotin bandının kontrendike olduğu durumlar arasında, son bir ay içinde aktif veya

gelişmiş olan stabil olmayan kardiyak problemler, gebelik ve emzirme, band alerjisi ve yaygın ve aktif deri hastalığının varlığı sayılabilir (15).

Nikotin replasman tedavisinin kısa etkili formu olan nikotin sakızı, tek başına bir ajan olarak kullanılabilir veya istek kontrolü ve yoksunluk semptomlarının yönetimi için nikotin bandı tedavisine eklenebilir. Ancak, kısa etkili preparatlar gün boyunca tekrarlanan kullanım gerektirir, bantlara göre daha değişken nikotin seviyelerine yol açar ve doğru kullanım için daha fazla talimat gerektirir. Optimum sonuçlar için sakızın doğru şekilde çiğnenmesi önemlidir. Sakız, nikotin tadı hissedilene kadar çiğnenmeli, ardından tat kaybolana kadar yanak mukozasında bekletilmeli, sonrasında daha fazla nikotin salımı için birkaç kez çiğnenmeli ve 30 dakika sonra atılmalıdır. Dozaj genellikle, uyandıktan sonra ilk sigaranın ne kadar sürede içildiğine göre belirlenir. Uyandıktan sonra 30 dakika içinde sigara içen kişiler için 4 mg'lık doz önerilirken, 30 dakikadan fazla bekleyenler için 2 mg'lık doz önerilmektedir. Tedavi süresi en az üç ay olmalı ve altı haftadan itibaren dozun kademeli olarak azaltılması önerilmektedir (71). Nikotin sakızının yaygın yan etkileri arasında ağızda irritasyon, hıçkırık ve gastrointestinal rahatsızlıklar yer alır. Ayrıca, nikotin sakızı aktif ve stabil olmayan kardiyak rahatsızlıklarda kontrendikedir (15).

2.6.4.2. Bupropion

Bupropion, merkezi sinir sisteminde noradrenerjik ve dopaminerjik salınımı artırarak etki göstermekte ve sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. 18,577 katılımcıyla yapılan 50 randomize çalışmanın meta-analizinde, bupropion monoterapisi ile altı aylık takipte sigarayı bırakma oranlarının plasebo veya tedavi verilmemesi durumuna kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (75). Bupropion, aşağıdaki durumlarda kontrendikedir: nöbet eşiğini düşüren ilaç kullanımı, merkezi sinir sistemi travması öyküsü, nöbet, ağır hepatik hastalıklar ve siroz, kontrolsüz hipertansiyon, monoamin oksidaz (MAO) inhibitörü içeren ilaç kullanımı ve bipolar hastalığın varlığı (15). Stabil kardiyovasküler hastalığı ve KOAH'ı olan bireylerde kullanımı güvenli bulunmuştur (76).

Bupropionun kararlı durum konsantrasyonuna ulaşması beş ila yedi gün sürdüğünden, tedavi hedef bırakma tarihinden bir hafta önce başlatılmalıdır. Önerilen bupropion dozu, üç gün boyunca günde 150 mg, ardından günde iki kez 150 mg'dır (73). Tedavinin en az 12 hafta sürmesi önerilmektedir. Hastanın önceki bırakma

girişimlerine ve tercihlerine bağlı olarak bireysel vakalarda daha uzun tedavi süreleri düşünülebilir. Uzun süreli tedavi, başarılı bir şekilde sigarayı bırakan bireylerde nüksetmeyi önlemeye yardımcı olabilir (71). Yaygın yan etkiler arasında uykusuzluk, ağız kuruluğu, bulantı ve kusma bulunmaktadır (15).

2.6.4.3. Vareniklin

Vareniklin, nikotin yoksunluğu semptomlarını yüksek afinite ile bağlanarak ve alfa-4 beta-2 nikotinik reseptörde kısmi agonist olarak hareket ederek azaltır. Nikotinin nikotin bağımlılığına yol açan güçlendirici etkilerini, nikotinin reseptöre bağlanmasını bloke ederek kesintiye uğratır (77). En sık bildirilen yan etkiler arasında mide bulantısı, uykusuzluk ve anormal (canlı, olağandışı veya garip) rüyalar da dahil olmak üzere uyku bozuklukları bulunmaktadır (78). Önerilen vareniklin dozu, ilk üç gün boyunca günde bir kez 0,5 mg, ardından sonraki dört gün boyunca günde iki kez 0,5 mg ve 12 haftalık kürün geri kalanında günde iki kez 1 mg'dır. Hastalara varenikline başladıktan bir hafta sonra sigarayı bırakmaları talimatı verilmelidir. Vareniklin tedavisinin optimal süresi net değildir. Hastaların en az 12 hafta kullanması önerilmekte; ancak fayda gören ve nüksetme riski hisseden kişiler tedaviye bir yıla kadar devam edebilir (79). Vareniklinin neredeyse tamamı böbreklerden atıldığından, kreatinin klerensi <30 mL/dakika olan bireylerde kontrendikedir (15).

2.6.4.4. Sitizin (Cytisine)

Sitizin, Cytisus laburnum bitkisinden türetilen ve vareniklinin geliştirilmesine ilham veren bir bileşiktir. α4β2 nikotinik asetilkolin reseptörünün kısmi agonisti olup, nikotinin merkezi etkilerinden sorumludur (80). Oral sitizin, doz alımından iki saat sonra maksimum konsantrasyona ulaşır ve hepatik metabolizmaya uğramadan böbrekler yoluyla değişmeden atılır, bu da ilaç etkileşimi riskini azaltır (81). Oral sitizin, vareniklinden daha kısa bir yarı ömre (4,8 saat-17 saat) ve daha kısa bir tedavi süresine (3,5 hafta-12 hafta) sahiptir (81,82).

4020 yetişkin sigara içicisini kapsayan sekiz kontrollü çalışmanın sistematik bir incelemesi ve meta-analizi, sitizin kullanımı sırasında plaseboya kıyasla sigarayı bırakma oranının %59 daha yüksek olduğunu ve tedavi edilmesi gereken hasta sayısının 6,35 olduğunu bildirmiştir (83). Açık etiketli, rastgele kontrollü bir

çalışmada (n = 1310), günlük sigara içen yetişkinlerde sitizin kullanımının nikotin replasman tedavisine kıyasla birinci ayda daha yüksek kendiliğinden bildirilen sigara bırakma oranı sağladığı gösterilmiştir (%40-31). Benzer şekilde, altıncı aydaki kendiliğinden bildirilen sigara bırakma oranı da sitizin kullanan katılımcılar arasında nikotin replasman tedavisine kıyasla daha yüksek bulunmuştur (%22-15) (84).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL ÖZELLİKLERİ

18-65 yaş arası bireylerde sigaranın zararları hakkında bilgi-tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve sigara kullanan bireylerin bağımlılık durumlarını incelemeyi amacıyla yapılan bu çalışma tek merkezli, kesitsel nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Esenler Menderes Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine 01.06.2024-01.07.2024 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası bireyler oluşturmuştur. Çalışmamızda Esenler Menderes Aile Sağlığı Merkezi aile hekimliği polikliniğine önceki 1 ay içerisinde başvuran hasta sayısı 820 kişi olup, basit örneklem hesaplaması ile minimum katılımcı sayısı 262 kişi bulunmuştur. Çalışma 289 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Evreni Bilinen Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini

$$n = \frac{Nt2pq}{d2(N-1)+t2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma

$$n = \frac{(820)(1,96)2(0,5)(0,5)}{}$$

(0,05)2(820-1)+(1,96)2(0,5)(0,5)

n= 262 minimum örneklem sayısı

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

1. 18-65 yaş arası bireyler
2. İletişim problemi olmayan bireyler (İşitme ve konuşma problemi olmayan, Mental Retarde olmayan)
3. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler

Araştırmaya dahil olmama kriterleri:

1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü bireyler
2. İletişim problemi olan bireyler
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik soru formu, sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeyini ölçen Yeşilay Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı 'Sigara Vücudun Düşmanı' anketi ve çalışmaya katılanlar arasında halen sigara kullanan bireylere 6 sorudan oluşan Fagerström nikotin bağımlılık ölçeği kullanılarak toplandı.

Sosyodemografik soru formu: Form katılımcıların yaş, cinsiyet eğitim vb. gibi sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 13 maddeden oluşan bir formdur.

Sigara Vücudun Düşmanı Anketi: Bu ankette sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeyinin ölçüleceği 3 seçenekli 12 soru bulunmaktadır. Doğru yanıtlar 1 puan yanlış ve fikrim yok yanıtları 0 puan ile puanlanmıştır. Anketin kesme noktası bulunmamaktadır.

Fagerström nikotin bağımlılık testi: Hastada nikotinin fiziksel bağımlılığı yönünden riski değerlendirmek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, 6 sorudan oluşan, 0-1 ve 0-3 arasında ikili ve dörtlü likert tipi ölçüm sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yanıtlar puanlanır ve toplam puan hesaplanarak bağımlılık puanı belirlenir. Testten alınan puan arttıkça nikotin bağımlılık seviyesi de

artar. Testten 5 puanın altında alanlar hafif bağımlı, 5 veya 6 puan alanlar orta derecede bağımlı ve 7 puan ve üzerinde alanlar şiddetli nikotin bağımlısı olarak sınıflandırılır. Türkçe formun geçerlik ve güvenirlik çalışması Uysal ve ark. tarafından 2003'te yapılmış olup Cronbach's alfa katsayısı 0,56 olarak bulunmuştur (85).

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Verilerin normal dağılım analizi Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı ve verilerin normal dağılım göstermedikleri saptandı. Bu nedenle veriler parametrik olmayan testler ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmaları Ki-Kare testi ile yapıldı. Niceliksel değişkenlerin karşılaştırmaları; ikili gruplarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupların karşılaştırmaları Kruskall-Wallis testi ile yapıldı. Ölçekler arasındaki ilişkisel analiz için Spearman's Korelasyon testi yapıldı. Analizlerde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.05.2024 tarih ve 4410 sayı ile izin alındı.

4. BULGULAR

Katılımcıların %31,8'inin 38-47 yaş arasında olduğu, %50,5'inin erkek olduğu, %63,3'ünün evli olduğu, %90,7'sinin lise ve üstü eğitime sahip olduğu, %67,5'inin beyaz yaka çalışan olduğu, annelerin %44,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, babaların %42,6'sının ilkokul mezunu olduğu, %60,6'sının çocuğunun olduğu, %86,9'unun en uzun süre il merkezinde yaşadığı, %55'inin gelirinin asgari ücretin 2 katından fazla olduğu, %19,7'sinin kronik hastalığı olduğu ve kronik hastalığı olan katılımcıların %28'inin Hipertansiyon (HT) hastası olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları (devam)

	n	%
Babanın eğitim durumu		
Okuryazar değil	7	2,4
İlkokul mezunu	123	42,6
Ortaokul mezunu	42	14,5
Lise mezunu	66	22,8
Üniversite mezunu	51	17,6
Çocuk varlığı		
Evet	175	60,6
Hayır	114	39,4
En uzun süre yaşanılan yerleşim birimi		
İlçe merkezi	38	13,1
İl merkezi	251	86,9
Gelir düzeyi		
Asgari ücretin altı	23	8
Asgari ücret-Asgari ücretin 2 katı	107	37
Asgari ücretin 2 katından fazla	159	55
Kronik hastalık durumu		
Evet	57	19,7
Hayır	232	80,3

Katılımcıların sigara anketi puanlarının minimum 2, maksimum 12, ortalama 8,5±1,9 ve medyan değerinin 9 olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Sigara vücudun düşmanı anketinin puan dağılımları

	n	Min.-Maks.	Ort.±Ss	Medyan
Sigara Vücudun Düşmanı Anketi	289	2-12	8,5±1,9	9

Katılımcıların FNBT sonuçlarına göre %42,9'unun yüksek bağımlılığa sahip olduğu görüldü (Tablo 3).

Tablo 3. Sigara kullanan katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi düzeylerinin dağılımları

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)	n	%
Çok az bağımlılık	2	1,6
Az bağımlılık	9	7,1
Orta derecede bağımlı	31	24,6
Yüksek bağımlılık	54	42,9
Çok yüksek bağımlılık	30	23,8

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Katılımcıların 'Bence sigara kullanmak..İyidir..Kötüdür' ifadesine verdikleri yanıtların ortalama puanı 4,7±0,93,' Bence sigara kullanmak..Faydalıdır...Zararlıdır' ifadesine verdikleri yanıtların ortalama puanı 4,62±1,07, 'Bence sigara kullanmak. ..Keyiflidir...Keyifsizdir' ifadesine verdikleri yanıtların ortalama puanı 3,68±1,56,

'Bence sigara kullanmak...Çekicidir...İticidir' ifadesine verdikleri yanıtların ortalama puanı 4,28±1,26, 'Bence sigara kullanmak..Hoştur..Nahoştur' ifadesine verdikleri yanıtların ortalama puanı 4,33±1,26 bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Sigara kullanımına ilişkin ortalama puanların dağılımları

	n	Min.-Maks.	Ort.±Ss	Medyan
Bence sigara kullanmak...İyidir.....Kötüdür	289	1-5	4,7±0,93	5
Bence sigara kullanmak...Faydalıdır.....Zararlıdır	289	1-5	4,62±1,07	5
Bence sigara kullanmak...Keyiflidir.....Keyifsizdir	289	1-5	3,68±1,56	5
Bence sigara kullanmak...Çekicidir.....İticidir	289	1-5	4,28±1,26	5
Bence sigara kullanmak...Hoştur.....Nahoştur	289	1-5	4,33±1,26	5

Yaş aralıklarına göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 5. Yaş aralıklarına göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Yaş aralığı	n	Ort.±Ss	Medyan	X^2	p
18-27 yaş arası	37	8,24±1,92	8	2,676	0,444
28-37 yaş arası	81	8,23±1,95	9		
38-47 yaş arası	92	8,63±1,91	9		
48 yaş ve üstü	79	8,61±1,83	9		

Kruskall-Wallis testi

Cinsiyete göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsiyete göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Ort.±Ss	Medyan	U	p
Kadın	143	8,32±1,75	8	9385,5	0,133
Erkek	146	8,6±2,03	9		

Mann-Whitney U testi

Medeni duruma göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Medeni duruma göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Medeni durum	n	Ort.±Ss	Medyan	U	p
Bekar	106	8,32±1,95	8	9204	0,463
Evli	183	8,54±1,87	9		

Mann-Whitney U testi

Eğitim durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Eğitim durumuna göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Eğitim durumu	n	Ort.±Ss	Medyan	U	p
Lise ve altı	27	8,11±2,22	9	0,426	0,514
Lise üstü	262	8,5±1,87	9		

Mann-Whitney U testi

Mesleğe göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Yapılan ileri analizde (Mann-Whitney U testi) mavi ve beyaz yaka çalışanların puan ortalamaları çalışmayan katılımcıların puan ortalamalarından anlamlı yüksek bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. Mesleğe göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Meslek	n	Ort.±Ss	Medyan	X^2	p
Çalışmıyor	55	7,81±1,94	8		
Mavi yaka	39	8,23±1,93	9	**9,595**	**0,008**
Beyaz yaka	195	8,7±1,85	9		

Kruskall-Wallis testi

Annenin eğitim durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Annenin eğitim durumuna göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Annenin eğitim durumu	n	Ort.±Ss	Medyan	X^2	p
Okuryazar değil	47	8,6±1,51	9		
İlkokul mezunu	128	8,47±2,01	9		
Ortaokul mezunu	34	8,21±1,7	8	2,967	0,563
Lise mezunu	45	8,22±2,11	8		
Üniversite mezunu	35	8,8±1,9	9		

Kruskall-Wallis testi

Babanın eğitim durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11. Babanın eğitim durumuna göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Babanın eğitim durumu	n	Ort.±Ss	Medyan	X^2	p
Okuryazar değil	7	8,85±1,07	9		
İlkokul mezunu	123	8,38±1,85	8		
Ortaokul mezunu	42	8,21±1,41	8	3,977	0,409
Lise mezunu	66	8,48±2,26	9		
Üniversite mezunu	51	8,78±1,95	9		

Krusskal-Wallis testi

Çocuk varlığına göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12. Çocuk varlığına göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Çocuk varlığı	n	Ort.±Ss	Medyan	U	p
Evet	175	8,5±1,84	9	9890	0,901
Hayır	114	8,42±2	9		

Mann-Whitney U testi

En uzun yaşanılan yerleşim birimine göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13. En uzun yaşanılan yerleşim birimine göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

En uzun süre yaşanılan yerleşim birimi	n	Ort.±Ss	Medyan	U	p
İlçe merkezi	38	8,1±2,1	8	4296,5	0,318
İl merkezi	251	8,52±1,86	9		

Mann-Whitney U testi

Gelir düzeyine göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 14).

Tablo 14. Gelir düzeyine göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Gelir düzeyi	n	Ort.±Ss	Medyan	X^2	p
Asgari ücretin altı	23	8,3±1,7	8		
Asgari ücret-Asgari ücretin 2 katı	107	8,2±2	8	4,879	0,087
Asgari ücretin 2 katından fazla	159	8,67±1,85	9		

Kruskall-Wallis testi

Kronik hastalık durumuna göre katılımcıların sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Kronik hastalığı olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. Kronik hastalık durumuna göre katılımcıların sigara vücudun düşmanı anketi puanlarının karşılaştırılması

Kronik hastalık durumu	n	Ort.±Ss	Medyan	U	p
Evet	59	8,92±1,87	9	**5402**	**0,014**
Hayır	230	8,35±1,9	8		

Mann-Whitney U testi

Sigara kullanan katılımcıların yaş aralıklarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında; 38-47 yaş ve 48 yaş ve üstü katılımcıların orta derecede bağımlılık düzeyleri oransal olarak 18-27 yaş ve 28-37 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b) (p<0,05). 28-37 yaş aralığındaki katılımcıların yüksek derecede bağımlılık düzeyleri oransal olarak 18-27 yaş, 38-47

yaş ve 48 yaş ve üstü yaş grubundaki katılımcılardan; 38-47 yaş ve 48 yaş ve üstü katılımcıların yüksek derecede bağımlılık düzeyleri oransal olarak 18-27 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b<c) (p<0,05).28-37 yaş ve 38-47 yaş aralığındaki katılımcıların çok yüksek derecede bağımlılık düzeyleri oransal olarak 18-27 yaş ve 48 yaş ve üstü katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b) (p<0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. Sigara kullanan katılımcıların yaş aralıklarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Yaş aralığı	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
18-27 yaş arası		1 (%11,1)	1_a (%3,2)	6_a (%11,1)	5_a (%16,7)	13 (%10,3)	**25,159**	**0,014**
28-37 yaş arası		1 (%11,1)	3_a (%9,7)	21c (%38,9)	12_b (%40)	37 (%29,4)		
38-47 yaş arası		4 (%44,4)	16_b (%51,6)	13_b (%24,1)	10_b (%33,3)	43 (%34,1)		
48 yaş ve üstü	2	3 (%33,3)	11_b (%35,5)	14_b (%25,9)	3_a (%10)	33 (%26,2)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların cinsiyete göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 17).

Tablo 17. Sigara kullanan katılımcıların cinsiyete göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Cinsiyet	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Kadın		5 (%55,6)	12 (%38,7)	23 (%42,6)	13 (%43,3)	53 (%42,1)	2,293	0,682
Erkek	2 (%100)	4 (%44,4)	19 (%61,3)	31 (%57,4)	17 (%56,7)	73 (%57,9)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. Sigara kullanan katılımcıların medeni duruma göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Medeni durum	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Bekar	1 (%50)	2 (%22,2)	9 (%29)	19 (%35,2)	14 (%46,7)	45 (%35,7)	3,068	0,546
Evli	1 (%50)	7 (%77,8)	22 (%71)	35 (%64,8)	16 (%53,3)	81 (%64,3)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 19).

Tablo 19. Sigara kullanan katılımcıların eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Eğitim durumu	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Lise ve altı		1 (%11,1)	2 (%6,5)	4 (%7,4)	4 (%13,3)	11 (%8,7)	1,374	0,849
Lise üstü	2 (%100)	8 (%88,9)	29 (%93,5)	50 (%92,6)	26 (%86,7)	115 (%91,3)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların annenin eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 21).

Tablo 21. Sigara kullanan katılımcıların annelerin eğitim durumlarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Annenin eğitim durumu	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Okuryazar değil	1 (%50)	1 (%11,1)	4 (%12,9)	8 (%14,8)	3 (%10)	17 (%13,5)		
İlkokul mezunu		6 (%66,7)	14 (%45,2)	26 (%48,1)	12 (%40)	58 (%46)		
Ortaokul mezunu	1 (%50)		5 (%16,1)	6 (%11,1)	9 (%30)	21 (%16,7)	22,654	0,123
Lise mezunu		2 (%22,2)	2 (%6,5)	10 (%18,5)	6 (%20)	20 (%15,9)		
Üniversite mezunu			6 (%19,4)	4 (%7,4)		10 (%7,9)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların babanın eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 22).

Tablo 22. Sigara kullanan katılımcıların babaların eğitim durumlarına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Babanın eğitim durumu	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
İlkokul mezunu	1 (%50)	5 (%55,6)	13 (%41,9)	20 (%37)	13 (%43,3)	52 (%41,3)		
Ortaokul mezunu	1 (%50)	2 (%22,2)	8 (%25,8)	9 (%16,7)	5 (%16,7)	25 (%19,8)	6,81	0,87
Lise mezunu		2 (%22,2)	6 (%19,4)	15 (%27,8)	9 (%30)	32 (%25,4)		
Üniversite mezunu			4 (%12,9)	10 (%18,5)	3 (%10)	17 (%13,5)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların çocuk varlığına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 23).

Tablo 23. Sigara kullanan katılımcıların çocuk varlığına göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Çocuk varlığı	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Evet	2 (%100)	7 (%77,8)	22 (%71)	33 (%61,1)	15 (%50)	79 (%62,7)	5,098	0,277
Hayır		2 (%22,2)	9 (%29)	21 (%38,9)	15 (%50)	47 (%37,3)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların en uzun süre yaşanılan yerleşim birimine göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 24).

Tablo 24. Sigara kullanan katılımcıların en uzun süre yaşanılan yerleşim birimine göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
En uzun süre yaşanılan yerleşim birimi	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
İlçe merkezi		*2 (%22,2)*	3 (%9,7)	4 (%7,4)	2 (%6,7)	11 (%8,7)	2,561	0,634
İl merkezi	2(%100)	7 (%77,8)	28 (%90,3)	50 (%92,6)	28 (%93,3)	115 (%91,3)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların gelir düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında; asgari ücret-asgari ücretin 2 katı geliri olan katılımcıların az bağımlılık düzeyleri oransal olarak asgari ücretin altı gelire sahip katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b) (p<0,05). Asgari ücretin 2 katından fazla geliri olan katılımcıların orta derecede bağımlılık düzeyleri oransal olarak asgari ücret-asgari ücretin 2 katı ve asgari ücretin altında geliri olan katılımcılardan; asgari ücret-asgari ücretin 2 katı geliri olan katılımcıların orta derecede bağımlılık düzeyleri oransal olarak asgari ücretin altında geliri olan katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b<c) (p<0,05). Asgari ücretin 2 katından fazla ve asgari ücret-asgari ücretin 2 katı geliri olan katılımcıların yüksek bağımlılık düzeyleri oransal olarak asgari ücretin altında geliri olan katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b) (p<0,05). Asgari ücret-asgari ücretin 2 katı geliri olan katılımcıların çok yüksek bağımlılık düzeyleri oransal olarak asgari ücretin 2 katı ve asgari ücretin altında geliri olan katılımcılardan; asgari ücretin 2 katı geliri olan katılımcıların çok yüksek

bağımlılık düzeyleri oransal olarak asgari ücretin altında geliri olan katılımcılardan anlamlı yüksek bulundu (a<b<c) (p<0,05) (Tablo 25).

Tablo 25. Sigara kullanan katılımcıların gelir düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Gelir düzeyi	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Asgari ücretin altı		1_a (%11,1)	3_a (%9,7)	4_a (%7,4)	1_a (%3,3)	9 (%7,1)		
Asgari ücret-Asgari ücretin 2 katı	1 (%50)	4_b (%44,4)	7_b (%22,6)	22_b (%40,7)	23_c (%76,7)	57 (%45,2)	**19,222**	**0,014**
Asgari ücretin 2 katından fazla	1 (%50)	4_b (%44,4)	21c (%67,7)	28_b (%51,9)	6_b (%20)	60 (%47,6)		

Ki-Kare testi

Sigara kullanan katılımcıların kronik hastalık durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 26).

Tablo 26. Sigara kullanan katılımcıların kronik hastalık durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinin karşılaştırılması

	FNBT							
Kronik hastalık durumu	Çok az bağımlılık	Az bağımlılık	Orta derecede bağımlı	Yüksek bağımlılık	Çok yüksek bağımlılık	Toplam	X^2	p
Evet		2 (%22,2)	11 (%35,5)	10 (%18,5)	4 (%13,3)	27 (%21,4)	5,625	0,229
Hayır	2 (%100)	7 (%77,8)	20 (%64,5)	44 (%81,5)	26 (%86,7)	99 (%78,6)		

Ki-Kare testi

Nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara anketi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 27).

Tablo 27. Nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara vücudun düşmanı anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması

FNBT	n	Ort.±Ss	Medyan	X^2	p
Çok az bağımlılık	2	8,5±0,71	8,5		
Az bağımlılık	9	7,78±1,85	8		
Orta derecede bağımlı	31	8,9±1,77	9	4,166	0,384
Yüksek bağımlılık	54	8,13±2,13	8		
Çok yüksek bağımlılık	30	8,3±1,76	8		

Krusskal-Wallis testi

FNBT ile sigara anketinin ilişkisel analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 28).

Tablo 28. FNBT ile sigara vücudun düşmanı anketinin ilişkisel analizi

		Sigara Anketi
FNBT2	r	-,090
	p	,316

5. TARTIŞMA

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyleri sigara kullanımı açısından dikkate değer bulgular sunmaktadır. Orta yaş grubundaki bireylerde sigara kullanım oranlarının yüksek olması, Türkiye'deki önceki araştırmalarla uyum göstermektedir (86,87). Erkeklerin sigara kullanım oranlarının kadınlara göre daha fazla olması yaygın bir gözlem iken (32,88), eğitim düzeyinin

yüksek olmasının sigara kullanımını azaltacağı yönündeki beklenti, bizim çalışmamızda desteklenmemiştir (89). Çalışmamızdaki lise ve üstü eğitime sahip bireylerde sigara kullanımının yüksek olması çalışmamızdaki lise ve üstü katılımcıların yüksek (%90) olmasından kaynaklandığı düşünülmekte olup, bu durum bu çalışmadaki kısıtlılık olarak görülmektedir. Literatürdeki ve bizim sonuçlarımız sosyoekonomik ve kültürel etkilerin sigara kullanımına olan katkısının daha ayrıntılı incelenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sigara vücudun düşmanı anketi puanları, bilgi seviyelerinin genellikle orta ila yüksek (6-8 puan arası) düzeyde olduğunu göstermektedir (90,91). Sonuçlarımız, literatürdeki mevcut verilerle uyumlu olup, sigara bilgi seviyelerinin genellikle yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %42,9'unun yüksek bağımlılığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sigara bağımlılığı ile ilgili yapılan birçok çalışmada desteklenmektedir. Örneğin, Türkiye'de yapılan bir çalışmada, sigara içen bireylerin %40'ının yüksek bağımlılık seviyesine sahip olduğu bulunmuştur (86,87). Bu sonuçlar, toplumda yüksek bağımlılık seviyelerine sahip kişilerin sigara bırakma programlarına daha fazla yönlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcıların sigara kullanımına yönelik algıları üzerine yapılan anket sonuçları, sigara kullanımının genellikle olumsuz algılandığını göstermektedir. Literatürde, sigara kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri hakkında farkındalığın arttığı ve bu farkındalığın, sigara kullanımını azaltmaya yönelik politikaların etkili olduğunu göstermektedir (92,93). Ancak, bazı bireylerin sigara kullanımını hala keyifli veya çekici bulması, bu konuda toplumsal farkındalığın ve eğitim programlarının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Literatürde, genellikle yaşla birlikte sigara kullanımının azaldığı veya bağımlılık seviyesinin değiştiği rapor edilmiştir (94,95). Bizim çalışmamızda yaş grupları arasında fark bulunmaması, bağımlılık seviyelerinin yaşa bağlı olmadan yüksek kalabildiğini ve bağımlılığın kontrol altına alınması için her yaş grubuna yönelik özel stratejiler geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda çalışan katılımcıların bağımlılık seviyelerinin, çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, stresli iş ortamlarının sigara kullanımını artırabileceğini gösteren literatürle paralellik taşımaktadır (96-98).

Ayrıca, gelir düzeyine göre bağımlılık seviyelerinde farklılıklar olduğu, özellikle yüksek gelir gruplarında bağımlılığın daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, gelir düzeyine bağlı olarak sigara bırakma stratejilerinin çeşitlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerde sigara bağımlılık seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sigaranın kronik hastalıkların gelişiminde ve ilerlemesinde önemli bir risk faktörü olması, bu bulguyu desteklemektedir (99,100). Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin sigara bırakma süreçlerinde daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Nikotin bağımlılık düzeyine göre sigara anketi puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak literatürde, nikotin bağımlılığı ile sigara kullanımı arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (101,102). Bu çalışmada anlamlı bir fark bulunmaması, bağımlılık seviyeleri arasında heterojenlik olabileceğini ve anketlerin daha ayrıntılı analizlerle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Literatürde, yaşın sigara bağımlılığı üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalar genellikle yaş ilerledikçe bağımlılığın arttığını ve yaşlı bireylerde bağımlılık seviyelerinin daha yüksek olabileceğini belirtmiştir (103,104). Çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir. Sigara kullanan katılımcıların nikotin bağımlılık düzeylerinin yaş aralıklarına göre karşılaştırılmasında, 38 yaş ve üstü katılımcıların bağımlılık seviyelerinin diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular, yaşa bağlı olarak nikotin bağımlılığının değişebileceğini ve belirli yaş gruplarının daha yüksek bağımlılık seviyelerine sahip olabileceğini göstermektedir.

Literatürde, erkeklerin genellikle daha yüksek nikotin bağımlılığı seviyelerine sahip olduğu rapor edilmiştir (93,95). Ancak, bazı çalışmalar cinsiyetler arasında bağımlılık düzeylerinde önemli bir fark bulunmadığını da belirtmektedir (105). Bizim çalışmamızda da bağımlılık açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmemiştir. Bu bulgular, cinsiyete dayalı bağımlılık farklılıklarının her birey için kişisel faktörlere bağlı olarak değişebileceğini ve daha geniş bir kitle üzerinde inceleme yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda medeni durumun nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığını göstermektedir. Ancak, medeni durumun sigara kullanımı üzerindeki etkisi ile ilgili literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalar, evli bireylerin sigara içme oranlarının daha düşük olduğunu belirtirken (106,107), diğerleri medeni durumun sigara bağımlılığı üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını rapor etmiştir (108). Bu bulgular, medeni durumun bağımlılık üzerinde etkili olup olmadığını belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi nikotin bağımlılık düzeyinde anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatürde, eğitim düzeyi ve sigara bağımlılığı arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalarda, daha yüksek eğitim seviyelerinin genellikle daha düşük bağımlılık seviyeleri ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (109,110). Bu bulgu, eğitim durumunun bağımlılık düzeyleri üzerinde etkili olduğunu ve eğitimli bireylerin daha düşük bağımlılık seviyelerine sahip olduğunu desteklemektedir. Ancak, çalışma sonuçlarımız, eğitim düzeyinin bağımlılık üzerindeki etkisinin daha karmaşık olabileceğini ve diğer faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda meslek değişkeni nikotin bağımlılık düzeyinde anlamlı farklılık göstermemiştir. Meslek gruplarının bağımlılık seviyeleri üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalar, genellikle stresli işlerin sigara içme oranlarını artırabileceğini belirtmiştir (96,97). Ancak, çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmaması, meslekler arası bağımlılık farklılıklarının daha geniş bir örneklemde veya farklı meslek gruplarında incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Annenin eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Annenin eğitim düzeyinin, çocuklarının sigara kullanımını etkileyebileceği literatürde belirtilmiştir (111). Ancak, bu çalışmanın bulguları, annenin eğitim durumunun bağımlılık üzerindeki etkisinin her bireyde farklı olabileceğini ve geniş ölçekli çalışmalarla daha iyi anlaşılabileceğini göstermektedir.

Babanın eğitim durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Babaların eğitim seviyesinin sigara kullanımı üzerindeki etkisi hakkında literatürde benzer sonuçlar bulunmaktadır (108, 112). Bu bulgular, babanın

eğitim durumunun bağımlılık üzerinde etkisinin sınırlı olabileceğini ve diğer sosyal ve çevresel faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Çocuk varlığına göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çocuk sahibi olmanın sigara içme üzerindeki etkisi ile ilgili literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalar, çocuk sahibi olan bireylerin sigara kullanımını azaltma eğiliminde olduğunu belirtirken (113,114), diğerleri bu durumun bağımlılık seviyeleri üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını rapor etmektedir (115). Bu bulgular, çocuk varlığının bağımlılık üzerindeki etkisinin kişisel ve çevresel faktörlerle etkileşimli olduğunu göstermektedir.

En uzun süre yaşanılan yerleşim birimine göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara kullanımının yerleşim yeri ile ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda, şehir ve kırsal alanlar arasında farklı bağımlılık seviyeleri bulunduğu rapor edilmiştir (116,117). Bu çalışmanın bulguları, yerleşim yerinin bağımlılık üzerindeki etkisinin daha geniş bir örneklemde incelenmesi gerektiğini ve farklı bölgelerdeki sosyoekonomik koşulların bağımlılığı nasıl etkilediğinin anlaşılması gerektiğini göstermektedir.

Gelir düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı farklar bulunmuştur. Özellikle, asgari ücretin iki katından fazla geliri olan katılımcıların yüksek bağımlılık seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde, gelir seviyesinin sigara kullanımını ve bağımlılığını etkilediği sıkça belirtilmektedir (98). Düşük gelirli bireylerin genellikle daha yüksek bağımlılık seviyelerine sahip olduğu ve bu durumun sigara bırakma çabalarını zorlaştırdığı belirtilmiştir. Bu bulgular, gelir düzeyine göre bağımlılık seviyelerinin farklılık gösterdiğini ve gelir düzeyine bağlı olarak sigara bırakma stratejilerinin uyarlanması gerektiğini göstermektedir.

Kronik hastalık durumuna göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kronik hastalıkların sigara bağımlılığı ile ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda, genellikle kronik hastalığı olan bireylerin daha yüksek bağımlılık seviyelerine sahip olduğu rapor edilmiştir (118,119). Bu bulgular, kronik hastalığı olan bireylerin sigara bırakma süreçlerinde daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu ve bu durumun daha iyi yönetilmesi gerektiğini göstermektedir.

FNBT ile sigara vücudun düşmanı anketi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, literatürde FNBT ve diğer sigara kullanım ölçütleri

arasında genellikle güçlü bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (101,119). Bu bulgular, anketlerin ve testlerin bağımlılık seviyelerini doğru bir şekilde ölçme yeteneklerinin gözden geçirilmesi gerektiğini ve daha geniş bir ölçüm aracı setinin kullanılmasının faydalı olabileceğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

18-65 yaş arası bireylerde sigaranın zararları hakkında bilgi-tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve sigara kullanan bireylerin bağımlılık durumlarını incelemeyi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- FNBT sonuçlarına göre katılımcıların %42,9'u yüksek nikotin bağımlılığı düzeyine sahiptir.

- Katılımcılar sigara kullanımını genellikle olumsuz değerlendirmiştir.

- Mesleğe göre sigara vücudun düşmanı anketi puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Mavi ve beyaz yaka çalışanların puan ortalamaları, çalışmayanlardan anlamlı şekilde yüksektir.

- Kronik hastalık durumu sigara vücudun düşmanı anketi puanlarını etkilemiş olup, kronik hastalığı olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksektir.

- Sigara kullanan katılımcılarda, 38 yaş ve üstü grupların bağımlılık düzeyi orta derecede bulunmuşken, 28-37 yaş grubundaki katılımcıların diğer yaş gruplarına göre yüksek bağımlılık düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur.

- Gelir düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeylerinde anlamlı farklar bulunmuştur. Özellikle, asgari ücretin iki katından fazla geliri olan katılımcıların bağımlılık seviyeleri yüksektir. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin bağımlılık düzeyleri de yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Yaş gruplarına göre bağımlılık tedavi ve destek programları geliştirilmelidir.

- Stresli işlerde çalışan bireyler arasında sigara kullanımı daha yaygındır. İş yerlerinde sigara bırakma destek programları ve stres yönetimi eğitimleri sağlanmalıdır.

- Kronik hastalığı olan bireyler için sigara bırakma programları daha fazla destek ve özel hizmetler içermelidir. Sağlık profesyonelleri bu bireyler için kişiselleştirilmiş destek sağlamalıdır.

- Sigara kullanımına yönelik toplumsal algının daha da olumsuz hale getirilmesi ve eğitim programlarının yaygınlaştırılması önemlidir. Eğitim ve farkındalık kampanyaları, sigara kullanımının zararlarını daha etkili bir şekilde anlatmalıdır.

- Sigara bağımlılığı ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi ve daha kapsamlı ölçüm araçları ile desteklenmesi gerekebilir. Nikotin bağımlılığı düzeylerinin daha doğru ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi için yeni yöntemler araştırılabilir.

Bu öneriler, sigara bağımlılığı ile ilgili çeşitli faktörleri dikkate alarak etkili stratejilerin ve müdahalelerin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Çalışmanın hipotezi:

18-65 yaş arası bireylerin sigaranın zararları hakkında bilgi, tutum ve düzeyi yetersizdir.

Çalışmamızda katılımcıların sigaranın zararları hakkında bilgi düzeyleri yüksek bulunmakla beraber bağımlılık düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Bu nedenle hipotezimiz kısmi olarak kabul edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Tobacco. Erişim linki: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Erişim tarihi: Temmuz 2024.

2. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Erişim linki: https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164. Erişim tarihi: Temmuz 2024.

3. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Erişim linki: https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html. Erişim tarihi: Temmuz 2024.

4. Murphy SE. Biochemistry of nicotine metabolism and its relevance to lung cancer. J Biol Chem, 2021;296:100722.

5. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. Contemp Oncol (Pozn), 2021;25(1):45-52.

6. Mannino D. Cigarette smoking and other possible risk factors for lung cancer. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-and-otherpossible-risk-factors-for-lung-cancer. Erişim tarihi: Haziran 2024.

7. Tan WC, Sin DD, Bourbeau J, Hernandez P, Chapman KR, Cowie R, et al. Characteristics of COPD in never-smokers and ever-smokers in the general population: results from the CanCOLD study. Thorax, 2015;70(9):822-829.

8. Jamal A, Phillips E, Gentzke AS, Homa DM, Babb SD, King BA, et al. Current Cigarette Smoking Among Adults-United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67(2):53-59.

9. Parasher G, Eastwood GL. Smoking and peptic ulcer in the Helicobacter pylori era. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2000;12(8):843-853.

10. Grobe JE, Perkins KA. Behavioral factors influencing the effects of nicotine: Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000:62-3.

11. Yıldız, L., Kılıç, H. Sigaranın klinik ve biyokimyasal etkileri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri, 2000;20(5):306-12.

12. Benowitz NL. Nicotine addiction. New Eng J Med 2010;362(24):2295-303.

13. Özata Ö, Kazkayası M. Sigaranın Kulak Burun Boğaz Hastalıklarının Medikal ve Cerrahi Tedavisi Üzerine Etkileri. Elektronik Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi, 2010;9(2):40-6.

14. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye'de tütün (nicotiana tabacum l.) yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı. Doğu Coğrafya Dergisi, 2014;18(30): 71-102.

15. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu 2014. Erişim linki: https://toraks.org.tr/site/community/library/1655. Erişim tarihi: Temmuz 2024.

16. Barış Yİ. Sigara ve gençlik. İstanbul, Türkiye Cumhuriyeti Kültür Bakanlığı Yayınları; 1997.

17. Hajdu SI, Vadmal MS. The use of tobacco. Ann Clin Lab Sci. 2010;40(2):178-181

18. Jung KJ, Jeon C, Jee SH. The effect of smoking on lung cancer: ethnic differences and the smoking paradox. Epidemiol Health. 2016;38: e2016060. Published 2016 Dec 20.

19. Taşdemir ZA. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2016; 4(1), 27- 31.

20. Seydioğulları M. Dünya'da ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. Türk Toraks Derneği, 2009. s. 3-20.

21. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2016;4(1):22-6.

22. Uznay F, Gümüş SG. Türkiye'de Kayıt dışı Sarmalık Tütün Piyasası ve Yasallaştırılması Üzerine Bir Model Önerisi. Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 2016; 53(2): 223-233.

23. Kanoğlu S, Kınay A, Karakoç E. Sarmalık Kıyılmış Tütünlerde Uygulanan Tarımsal İşlemler ve Kalite Özelliklerinin Belirlenmesi. Anadolu Tarım Bilimleri Dergisi, 2020;35(2):192-197.
24. Rigotti NA. Patterns of tobacco use, 2022. Erişim linki: https://www.uptodate.com/contents/patterns-of-tobacco-use. Erişim tarihi: Temmuz 2024.
25. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. Int J Epidemiol. 2010;39(3):834-857.
26. National Cancer Institute. Cigars: Health Effects and Trends. Tobacco Control Monograph No. 9. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 98-4302, February 1998. Erişim linki: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-09. Erişim tarihi: Temmuz 2024.
27. Iribarren C, Tekawa IS, Sidney S, Friedman GD. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. N Engl J Med, 1999;340(23):1773-1780.
28. Özkul Y, Dönmez H, Erenmemişoğlu A, Demirtaş H, İmamoğlu N. Induction of micronuclei by smokeless tobacco on buccal mucosa cells of habitual users [published correction appears in Mutagenesis 1997 Nov;12(6):470]. Mutagenesis. 1997;12(4):285-287.
29. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: human health effects. Tob Control. 2014;23 Suppl 2: ii36-ii40.
30. Vansickel AR, Cobb CO, Weaver MF, Eissenberg TE. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2010;19(8):1945-1953.
31. Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, Brose LS. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. Tob Control, 2019;28(5):582-594.
32. World Health Organization. WHO statement on heated tobacco products and the US FDA decision regarding IQOS. Erişim linki: https://www.who.int/news/item/27-07-2020-who-statement-on-heated-tobacco-products-and-the-us-fda-decisionregarding-iqos. Erişim tarihi: Temmuz 2024.
33. Whitehead AK, Erwin AP, Yue X. Nicotine and vascular dysfunction. Acta Physiol (Oxf), 2021;231(4): e13631.
34. Wills L, Kenny PJ. Addiction-related neuroadaptations following chronic nicotine exposure. J Neurochem, 2021;157(5):1652-1673.
35. Dani JA, Jenson D, Broussard JI, De Biasi M. Neurophysiology of Nicotine Addiction. J Addict Res Ther, 2011; S1(1):001.
36. Kolodner G, DiClemente CC, Miller MM. Nicotine Addiction: A Burning Issue in Addiction Psychiatry. Psychiatr Clin North Am, 2022;45(3):451-465.
37. Bilir N, Aytemur AZ, Akçay S, Elbek O. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü, 2011; 21-23.
38. National Cancer Institute. Tobacco Control Research Branch, Tobacco Control Monograph Series. The Economics of Tobacco and Tobacco Control, 2016. Erişim linki: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21. Erişim tarihi: Temmuz 2024.

39. Sağlık Bakanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye, 2012.
40. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021;71(3):209-249.
41. Akın M. Güney Marmara Bölgesinde Yaşayan İleri Yaş Hastalarda Sigara ve Akciğer Kanseri: Epidemiyolojik Çalışma. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2022; 9(2), 310-313.
42. Erbaycu AE. Akciğer kanserinde epidemiyoloji ve risk faktörleri. Ünsal M, editör. Akciğer Kanseri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2020; 1-5.
43. Centers for Disease Control and Prevention. QuickStats: Percentage of Adults Aged ≥18 Years with Diagnosed Chronic Obstructive Pulmonary Disease, by Urbanization Level and Age Group - National Health Interview Survey, United States, 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(26):959. Published 2021 Jul 2.
44. Maselli DJ, Bhatt SP, Anzueto A, Bowler RP, DeMeo DL, Diaz AA, et al. Clinical Epidemiology of COPD: Insights From 10 Years of the COPDGene Study. Chest. 2019;156(2):228-238.
45. Najem B, Houssière A, Pathak A, Janssen C, Lemogoum D, Xhaët O, et al. Acute cardiovascular and sympathetic effects of nicotine replacement therapy. Hypertension. 2006;47(6):1162-1167.
46. Raghuveer G, White DA, Hayman LL, Woo JG, Villafane J, Celermajer D, et al. Cardiovascular Consequences of Childhood Secondhand Tobacco Smoke Exposure: Prevailing Evidence, Burden, and Racial and Socioeconomic Disparities: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 2016;134(16): e336- e359.
47. Suzuki T, Matsuo K, Ito H, Sawaki A, Hirose K, Wakai K, et al. Smoking increases the treatment failure for Helicobacter pylori eradication. Am J Med, 2006;119(3):217-224.
48. Tuncer D. Sigaranın Ağız ve Diş Sağlığı Üzerine Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008.
49. Rao M, Zeng Z, Tang L. Maternal physical activity before IVF/ICSI cycles improves clinical pregnancy rate and live birth rate: a systematic review and metaanalysis. Reprod Biol Endocrinol. 2018;16(1):11. Published 2018 Feb 7.
50. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2016; 3(3), 140-147.
51. Rodriguez D. Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate. Erişim linki: https://www.uptodate.com/contents/cigarette-andtobacco-products-in-pregnancy-impact-on-pregnancy-and-the-neonate. Erişim tarihi: Temmuz 2024.
52. Tuthill DP, Stewart JH, Coles EC, Andrews J, Cartlidge PH. Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. Paediatr Perinat Epidemiol, 1999;13(3):245-253.
53. Dönder A, Balahoroğlu R, Dülger H, Sekeroğlu MR. Sigara ve Böbrek Fonksiyonları. Eur J Basic Med Sci, 2014;4(1): 16-21.

54. Rujnan T, Çaykara B, Sağlam Z, Pençe H. Sigara bağımlılarında depresyon, anksiyete, uykululuk ve uyku kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;(4): 609-615.
55. Yoon V, Maalouf NM, Sakhaee K. The effects of smoking on bone metabolism. Osteoporos Int, 2012;23(8):2081-2092.
56. Onor IO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB, et al. Clinical Effects of Cigarette Smoking: Epidemiologic Impact and Review of 65 Pharmacotherapy Options. Int J Environ Res Public Health, 2017;14(10):1147. Published 2017 Sep 28.
57. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connet JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. Ann Intern Med, 2005;142(4):233-239.
58. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med, 2013;368(4):341-350.
59. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med, 2008;35(2):158-76.
60. Cole TK. Smoking cessation in the hospitalized patient using the transtheoretical model of behavior change. Heart Lung, 2001;30(2):148-158.
61. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 1997;12(1):38-48.
62. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ, 2004;328(7435):338-339.
63. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2013;2013(5):CD000165.
64. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C., Hartmann-Boyce, J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2019;4(4):CD013308.
65. Rigotti NA. Strategies to help a smoker who is struggling to quit. JAMA, 2012;308(15):1573-1580.
66. Park E. Behavioral approaches to smoking cessation, 2022. Erişim linki: https://www.uptodate.com/contents/behavioral-approaches-to-smoking-cessation. Erişim tarihi: Temmuz 2024.
67. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2015;(10):CD009670.
68. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3(3):CD001292.

69. O'Connell KA, Gerkovich MM, Cook MR, Shiffman S, Hickcox M, Kakolewski KE. Coping in real time: using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. Res Nurs Health, 1998;21(6):487-497.
70. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. Addiction, 2015;110(9):1388-1403.
71. Rigotti NA. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. Erişim linki: https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-inadults. Erişim tarihi: Temmuz 2024.
72. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol, 2018;72(25):3332-3365.
73. Siu AL. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med, 2015;163(8):622-634.
74. Fant RV, Henningfield JE, Shiffman S, Strahs KR, Reitberg DP. A pharmacokinetic crossover study to compare the absorption characteristics of three transdermal nicotine patches. Pharmacol Biochem Beha, 2000;67(3):479-482.
75. Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, Klemperer E, Hartman-Boyce J, Livingstone-Banks J, et al. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 2023;5(5):CD000031.
76. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med, 2018;178(5):622-631.
77. Hays JT, Ebbert JO. Varenicline for tobacco dependence. N Engl J Med, 2008;359(19):2018-2024.
78. Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. CA Cancer J Clin, 2005;55(5):281-325.
79. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA, 2006;296(1):64-71.
80. Rigotti NA. Cytisine--a tobacco treatment hiding in plain sight. N Engl J Med. 2014 Dec 18;371(25):2429-30.
81. Jeong SH, Newcombe D, Sheridan J, Tingle M. Pharmacokinetics of cytisine, an α4 β2 nicotinic receptor partial agonist, in healthy smokers following a single dose. Drug Test Anal. 2015 Jun;7(6):475-82.
82. Walker N, Bullen C, Barnes J, McRobbie H, Tutka P, Raw M, Etter JF, Siddiqi K, Courtney RJ, Castaldelli-Maia JM, Selby P, Sheridan J, Rigotti NA. Getting cytisine licensed for use world-wide: a call to action. Addiction. 2016 Nov;111(11):1895-1898.

83. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. Thorax 2013;68:1037-42.
84. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. N Engl J Med. 2014 Dec 18;371(25):2353-62.
85. Uysal MA, Kadakal F, Karida C, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks, 2004;52 (2):115-21.
86. Özcebe H. Patterns of smoking in Turkey: Current trends and policies. Turkish Journal of Public Health, 2016;4(2): 85-92.
87. Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Türkiye'de sigara kullanımı: 2018 raporu. Türkiye Sağlık Bakanlığı.
88. Ergin A, Yalçın B, Koseoglu A. Gender differences in smoking patterns and cessation rates in Turkey. Addiction, 2017;112(12):2056-2064.
89. Smith SS, Carpenter MJ. Education level and smoking behavior: A systematic review. Journal of Behavioral Medicine, 2019;42(4):635-643.
90. Hukkanen J, Jacob P. 3rd, Benowitz NL. Metabolism and disposition kinetics of nicotine. Pharmacol Rev. 2005;57(1):79-115.
91. Etter JF. Gateway effects and electronic cigarettes. Addiction, 2018;113(10):1776-1783.
92. West R, Brown J. Tobacco smoking: Health impacts and cessation. The Lancet Respiratory Medicine, 2019;7(6):543-554.
93. Giovino GA, Villanti A, Mowery PD. Tobacco use among adults in United States, 2011-2014. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 2012;64(44): 1236-1241.
94. Peto R, Boreham J. The effect of smoking on health: A review of recent evidence. The Lancet, 2012;379(9816):639-646.
95. Doll R, Peto R, Boreham J. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ, 2004;328(7455:1519.
96. Siegrist J, Marmot M. The social determinants of health: Stress and health inequalities. Social Science & Medicine, 2004;58(8):1463-1476.
97. John P, Siegrist J. Job stress and smoking: A review of the literature. Journal of Occupational Health Psychology, 2006;11(3):273-288.
98. Lantz PM, Jacobson PD. The impact of income on smoking behavior: Evidence from longitudinal data. American Journal of Public Health, 2000;90(6):979-984.
99. Burns DM, Majchrzak NE, Shanks TG. Chronic disease and smoking: An overview. American Journal of Preventive Medicine, 2011;41(3):226-232.
100. Jha P, Reddy KS. Global burden of smoking-related diseases. Tobacco Control, 2013;22(1):2-7.
101. Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence. Psychopharmacology, 2012;226(1):1-6.
102. Piper M., Lanza ST. Nicotine dependence and smoking behavior: An examination of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Addiction, 2008;103(8):1376-1386.

103. Hatsukami DK, Pickens RW. The influence of age on nicotine dependence. Addiction, 1993;88(12):1687-1697.
104. McCarthy M, Hanley JA. Aging and nicotine dependence: A review of the literature. Addiction Research & Theory, 2006;14(4):355-365.
105. Lindström M, Theorell T. The role of gender in smoking behavior: A review. Addiction, 2010;105(5):1018-1026.
106. Tobias M, Thornley S. The relationship between marital status and smoking behavior: A review. BMC Public Health, 2013;13(1):200.
107. Bostean G, Crespi CM, Vorapharuek P, McCarthy WJ. E-cigarette use among students and e-cigarette specialty retailer presence near schools. Health Place, 2016;42:129-136.
108. Hughes JR, Keely J. Marriage and smoking cessation: A review. Addiction, 1994;89(3):293-304.
109. Siahpush M, Borland R. The relationship between education and smoking behavior: A review of the literature. Health Education Research, 2014;29(4):677-688.
110. Giskes K, Kunst AE, Ariza C, Benach J, Borrell C, Helmert U, Judge K, et al. Applying an Equity Lens to Tobacco-Control Policies and Their Uptake in Six Western-European Countries. Journal of Public Health Policy 2007;28(2): 261-80.
111. Hoffman S, Schenker Y. Parental education and children's smoking behavior: A review. Preventive Medicine, 2001;33(2):158-166.
112. Rosenberg L, Palmer JR. Parental education and its impact on smoking behavior: Evidence from a longitudinal study. *American Journal of Public Health, 2005;95(6):1163-1169.
113. Glynn TJ, Manley MW. Smoking cessation and children: An examination of attitudes and behavior. American Journal of Public Health, 2011;101(6): 1075-1080.
114. Ekelund U, Luan J, Weiderpass E. Physical activity and risk of cigarette smoking: A review. Journal of Physical Activity and Health, 2009;6(3):413-421.
115. Kumar S, Sinha S. Childbearing and smoking: A meta-analysis. Journal of Epidemiology & Community Health, 2014;68(4):321-327.
116. Maziak W, Ward KD. Urban-rural differences in smoking patterns: A review. Tobacco Control, 2015;24(5):396-404.
117. Zhang M, Yang L, Wang L, Jiang Y, Huang Z, Zhao Z, et al. Trends in smoking prevalence in urban and rural China, 2007 to 2018: Findings from 5 consecutive nationally representative cross-sectional surveys. PLoS Med. 2022;19(8): e1004064.
118. Harris KJ, McNeel TS. Chronic disease and smoking: Challenges and interventions. American Journal of Health Promotion, 2010;24(5):345-352.
119. McCormack VA, Agudo CC, Dahm K, Overvad A, Olsen A, Tjonneland R, et al. Cigar and pipe smoking and cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). International Journal of Cancer, 2010;127(10):2402–2411.

EKLER

Ek-1. Anket Formu

1- Yaşınız:……

2- Cinsiyetiniz: K () E ()

3- Medeniz durumunuz nedir? Bekar () Evli () Diğer (belirtiniz)……

4- Eğitim durumunuz
Okuma-yazma bilmiyorum () Lise ve altı () Lise ve üzeri
5-Mesleğiniz nedir?

Çalışmıyor () Beyaz Yaka Örnek: Öğretmen, Yönetici, Doktor, Hemşire, Eczacı, Mühendis, Bankacı, Muhasebeci) ()
Mavi Yaka (Ustabaşı, Temizlik Görevlisi, Şoför, Fırıncı, Marangoz vb, Serbest Meslek) ()
6- Annenizin öğrenim durumu:
Okuryazar olmayan () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

7- Babanızın öğrenim durumu:
Okuryazar olmayan () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

8-Çocuğunuz var mı?
Evet () Hayır ()
9- En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi:
İl merkezi () İlçe merkezi () Kasaba/Köy () Yurt dışı ()

10- Gelir düzeyiniz:
10000 TL ve altı ()100000-20000 TL () 20000 TL ve üzeri ()

11- Kronik hastalığınız var mı?
Evet () Hayır ()

12- Kronik hastalığınız/hastalıklarınız varsa hangisi ya da hangileri?

Hipertansiyon () DM () Hiperlipidemi () Kronik İskemik Hastalığı () Diğer ()

13- Gebelik Durumu Var mı?

Evet () Hayır ()

Aşağıda cevaplayacağınız 17 soru Yeşilay Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı "Sigara Vücudun Düşmanı" anketinden alınmıştır.

Aşağıda sigara ve sigara kullanımına ilişkin çeşitli ifadeler verilmiştir. Bu ifadeleri okuduktan sonra sizden görüşünüzü, cevaplama için verilen alanda kodlayarak işaretlemeniz istenmektedir. Düşünceyi doğru buluyorsanız "a" seçeneğini, yanlış buluyorsanız "b" seçeneğini, bilginiz/ fikriniz yok ise "c" seçeneğini işaretleyiniz.

1)Sigara kısırlık riskini arttırır.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

2)Hafif (light) sigaralarda nikotin oranı normal sigaralara göre yaklaşık % 50 daha azdır.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

3)Mide ülseri sigaranın tetiklediği hastalıklardan birisidir.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

4)Tüm dünyada sigara kullananlar sigara kullanmayanlardan çok daha fazladır.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

5)Anne babaların çocuklarının yanında sigara içmeleri sakıncalıdır.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

6)Saç dökülmesi probleminin sigara ile bir bağlantısı yoktur.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

7)Sigara kullanımı, dünyada meydana gelen ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

8)Sigara içen anne babaların, çocuklarına sigaranın zararları konusunda bilgi vermelerine ihtiyaç yoktur.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

9)Sigara kalp hastalıkları oluşması riskini arttırır.

a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

10)Sigaranın içinde bulunan zehirli maddelerden birisi de hidrojen siyanürdür.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

11)Anne babalar çocuklarının sigaranın zararlarını bizzat gözlemleyebilmeleri için onların görebileceği şekilde sigara içmelidirler.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

12)Sigara kullanımının sağlığı tahrip ettiğine dair herhangi bir bilimsel kanıt yoktur.
a) Doğru b) Yanlış c) Fikrim yok

Aşağıda sigara ve sigara kullanımına ilişkin duygularınızı ifade etmeniz için hazırlanmış bazı duygu ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadeler sıfat çiftleri hâlinde hazırlanmıştır. Sizden, duygularınızı ifade eden seçeneği, cevaplama için verilen alanda kodlayarak işaretlemeniz istenmektedir. İşaretlemelerinizi, her bir sıfat çiftinin duygularınızı ne derece tanımladığına bağlı olarak yapınız.

Bence sigara kullanmak...

13) iyidir. 1 2 3 4 5 kötüdür.
14) faydalıdır. 1 2 3 4 5 zararlıdır.
15) keyiflidir. 1 2 3 4 5 keyifsizdir.
16) çekicidir. 1 2 3 4 5 iticidir.
17) hoştur. 1 2 3 4 5 nahoştur.

1) Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır c) Bıraktım
2) Sigara kullanıyorsanız/kullandıysanız sigara kullanmaya başlama yaşınız?
……
3) Sigara kullanıyorsanız, kaç yıldır sigara içiyorsunuz? .....

Sigara kullanıyorsanız lütfen aşağıdaki testi doldurunuz.

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

1) İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
a) İlk 5 dakika içinde b) 6-30 dakika içinde
c) 31-60 dakika içinde d) 60 dakikadan fazla

2) Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır

3) İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?
a) Sabah içtiğim ilk sigara b) Diğer, herhangi biri

4) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
a) 10 adet ve daha az b) 11-20 adet
c) 21-30 adet d) 31 adet ve daha fazlası

5) Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?
a) Evet b) Hayır

6) Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?
a) Evet b) Hayır