

**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI  
MERKEZLERİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE TÖTÖN  
İÇME ORANLARI VE TÖTÖN KULLANIMINI  
BIRAKMA DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**Dr. Hatice BİLGİN SARI**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR**

**2020**



**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI**  
**MERKEZLERİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE TÜTÜN**  
**İÇME ORANLARI VE TÜTÜN KULLANIMINI**  
**BIRAKMA DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**Dr. Hatice BİLGİN SARI**

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU**

**ESKİŞEHİR**

**2020**

**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI****T.C. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI'NA**

Dr. Hatice BİLGİN SARI'ya ait "Eskişehir İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Tütün İçme Oranları ve Tütün Kullanımını Bırakma Durumlarının İncelenmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 20/08/2020

Jüri Başkanı Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Üyesi Utku ESER

UŐak Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun .....Tarih ve .....Sayılı Kararıyla onaylanmıŐtır.

Prof. Dr. İ.Özkan ALATAŐ

Dekan

## TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlığı eğitimim boyunca ve tez çalışmam sürecinde bilgi, beceri ve tecrübelerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. İhami ÜNLÜOĞLU'na ve Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na, rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan değerli tüm hocalarımıza, bilim yolunda ilerlemem için beni destekleyen ve bu uğurda büyük emek harcayan, sevgileriyle her zaman yanımda olan canım aileme ve değerli eşime candan teşekkür ederim.

## ÖZET

**Bilgin Sarı, H. Eskişehir İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Tütün İçme Oranları ve Tütün Kullanımını Bırakma Durumlarının İncelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2020.** Tütün salgını, kullanıcılarının yarısının ölümüne sebep olan, dünyanın karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir. Bu çalışmada 18 yaş ve üstü bireylerde tütün kullanımı ve bağımlılık durumlarını, tütün kullanımını bırakmaya dair düşüncelerini ve hazırlık düzeylerini, daha önce tütün kullanıp bırakmış olanların bırakma sebebini saptamak amaçlanmıştır. Çalışmamıza 01.07.2019 ile 31.10.2019 tarihleri arasında Eskişehir il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 172 (%38.9) erkek, 270 (%61.1) kadın olmak üzere 442 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılardan 148 kişinin (%33.5) tütün kullandığı, 73 kişinin (%16.5) geçmişte kullanıp bıraktığı, 221 kişinin (%50) ise hiç kullanmadığı saptanmıştır. Şu anda tütün kullananların %68.2'si 15-20 yaş aralığında tütün kullanmaya başlamıştır. Tütün kullanan katılımcıların tamamının her gün kullandığı tütün ürünü sigara olup, bu kişilerin %53.4'ü günlük 1-10 adet sigara içmekte, %44.6'sı 16 ve üzeri yıldır sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %61.5'i Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre çok düşük düzeyde bağımlıdır. Sigara kullananların %56.1'inin tütünü bırakmayı düşündüğü ve %9.5'inin önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı planladığı saptanmıştır. Şu anda tütün kullanan ve bırakmış olan katılımcılardan sağlık personeline başvuranların %66.5'i sigara kullanımının sorgulandığını/ bırakmasının önerildiğini belirtmiştir. Geçmişte sigara kullananların %90.4'ünün yardım almadan bıraktığı ve %38.4'ünün bırakmasında sağlık sorununun etkili olduğu saptanmıştır. Tütün kullanımıyla mücadelede tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Her yaş grubuna hitap eden, birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki önemli rolleriyle bütüncül yaklaşan, bireylerin sıklıkla ve öncelikle başvurduğu aile hekimleri, tütüne hiç başlatılmaması ve bıraktırma dahil tütünle mücadelenin her basamağında aktif rol almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Nikotin bağımlılığı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Sigara bırakma, Aile hekimliği

## ABSTRACT

**Bilgin Sarı, H. Investigation of Tobacco Smoking Rates and Quitting Tobacco Use in Adults Applying to Family Health Centers in Eskişehir City Center, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialization in Medicine Thesis, Eskişehir, 2020.** The tobacco epidemic is one of the biggest public health threats facing the world, causing the death of half of its users. In this study, it was aimed to determine the tobacco use and addiction status, the thoughts and preparation levels of tobacco use in individuals aged 18 and over, and the reason for quitting those who have previously used tobacco. 442 participants, 172 (38.9%) males and 270 (61.1%) females, who applied to the family health centers in the city center of Eskişehir between 01.07.2019 and 31.10.2019, were included in our study. It was determined that 148 (33.5%) of the participants used tobacco, 73 people (16.5%) used it in the past and 221 (50%) never used it. 68.2% of active tobacco users started using tobacco between the ages of 15-20. The tobacco product used by all participants using tobacco every day is smoking, 53.4% of these people smoke 1-10 cigarettes daily, 44.6% have been smoking for 16 or more years. 61.5% of the participants have very low addiction levels according to Fagerström Nicotine Dependence Test. It was determined that 56.1% of smokers thought to quit smoking and 9.5% planned to quit in the next 1 month. 66.5% of the participants, who are currently using tobacco and who quit smoking, stated that it was recommended that smoking was questioned / quitted. 90.4% of smokers in the past, quit without help and the health problem was found effective in quitting 38.4%. All health professionals have important duties in the fight against tobacco use. Family medicine, which appeal to all age groups, who are holistic with their important roles in primary and preventive health services, and which individuals frequently and primarily apply should take an active role in every step of the fight against tobacco, including not starting tobacco and quitting.

Key Words: Cigarette, Nicotine Addiction, Fagerström Nicotine Dependence Test, Smoking Cessation, Family Medicine

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Tütün Nedir?.....	4
2.2. Tütün ve Kullanımının Tarihçesi .....	4
2.3. Tütün ve Ürünleri, Kullanım Şekilleri.....	5
2.4. Tütün Genel Yapısı ve Farmakolojisi .....	8
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Ürünleri Kullanımı Epidemiyolojisi .....	10
2.6. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri .....	15
2.7. Tütün-Nikotin Bağımlılığı.....	18
2.8. Tütün Kullanımını Bırakmaya Yaklaşım .....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	29
4. BULGULAR .....	30
5. TARTIŞMA .....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	71
KAYNAKLAR .....	73



**SİMGELER VE KISALTMALAR**

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ASYE	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
CO	Karbon Monoksit
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FNBT	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
HCN	Hidrojen Siyanür
İESD	İkinci El Sigara Dumanı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
MI	Miyokard İnfarktüsü
PAH	Poliaromatik Hidrokarbonlar
SVH	Serebrovasküler Hastalıklar
TL	Türk Lirası
TSNAs	Tütüne Özel Nitrozaminler
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ÜESD	Üçüncü El Sigara Dumanı

## ŞEKİLLER

	Sayfa
2.1. 2018 yılında yetişkinlerde global tütün kullanımı.....	11
2.2. Tütün kullanım sıklığının küresel eğilimi.....	12
2.3. Türkiye’de Erişkinlerin Tütün Kullanım Durumu.....	14
2.4. Sigara kullanımının sağlığa etkileri.....	17
2.5. Tütün kullanımını bıraktırma yaklaşımı.....	25
4.1. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal ve çocuk durumuna göre dağılımı.....	30
4.2. Katılımcıların eğitim, meslek ve ortalama aylık gelirine göre dağılımı.....	31
4.3. Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu.....	33
4.4. Katılımcıların Fagerström Bağımlılık Düzeyleri.....	40
4.5. Tütün kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanma durumu.....	45

## TABLOLAR

	Sayfa
2.1. Sigara dumanının içerdiği bazı bileşenler	9
2.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	22
2.3. Transteorik Model Değişim Evreleri	24
2.4. Bırakma konusunda kararlı hastalarda 5A yaklaşımı	25
2.5. Bırakma konusunda kararsız olan hastalarda 5R yaklaşımı	26
2.6. Sigara kullanımını bıraktırmada farmakolojik tedavi	27
4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	32
4.2. Katılımcıların mevcut tütün kullanma durumları	33
4.3. Hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi	35
4.4. Mevcut tütün kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi	36
4.5. Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi	37
4.6. Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri cevapların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri	39
4.7. Mevcut tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi	41
4.8. Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi	43
4.9. Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların tütün kullanımının sorgulanma durumu	44
4.10. Katılımcıların tütün dumanına maruziyet durumu	45
4.11. Katılımcıların pasif içiciliğin sağlık üzerine etkileri hakkındaki bilgileri	47
4.12. Tütüne başlama yaşı ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi	47
4.13. Toplamda tütün kullanma süresi ile değişkenlerin ilişkisi	49
4.14. Tütün için bütçeden aylık harcanan para ile demografik değişkenlerin ilişkisi	51
4.15. Tütün için yapılan harcamanın bütçeyi zorlama durumu ile değişkenlerin ilişkisi	52
4.16. Tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile değişkenlerin ilişkisi	53
4.17. Günde içilen sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi	54
4.18. Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre ile değişkenlerin ilişkisi	56
4.19. Tütünü bırakmayı deneme durumu ile değişkenlerin ilişkisi	57
4.20. Fagerström bağımlılık düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi	58

	Sayfa
4.21. Tütün kullanımını bırakmak istediğinde başarılı olma düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi	59
4.22. Tütün kullanımını bırakma motivasyonu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi	60
4.23. Fagerström bağımlılık düzeyi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi	61
4.24. Tütün kullanmayı bırakma süresi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi	63

## 1. GİRİŞ

Tütün salgını, kullanıcılarının yarısının ölümüne sebep olan ve dünyanın karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir. Dünya çapında pasif içiciliğe bağlı 1.2 milyon ölüm dahil olmak üzere yılda 8 milyondan fazla ölüm tütün kullanımına bağlıdır (1). Ayrıca dünyada sık görülen ölümlerden sorumlu sekiz hastalığın altısı için önlenabilir ve değiştirilebilir risk faktörüdür (İskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar (SVH), alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), tüberküloz ve akciğer kanseri) (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 verilerine göre günümüzde 1.4 milyar tütün kullanıcısı (1.7 milyar tütün içen ve 367 milyon dumansız tütün kullanan) mevcuttur (3). Bu kullanıcıların %80'inden fazlası, tütünlü ilgili hastalık ve ölüm yükünün en ağır olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (1).

"Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)" verilerine göre ülkemizde 15 ve üzeri yaştaki bireylerin tütün ve ürünlerini kullanım sıklığı 2008 yılında %31.3 iken 2012 yılında bu oran %27'ye düşmüştür (4, 5). KYTA 2016 verilerine göre ise ülkemizde halen tütün ürünü kullanan 19.2 milyon kişi (%31.6) bulunmaktadır (6). Son olarak 2017'de yürütülen, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmasına göre ülkemizde halen tütün ürünü kullanma (dumanlı veya dumansız) sıklığı %31.6 olup günlük tütün ürünü içimi ise %29.2'dir ve ortalama içmeye başlama yaşı 18.1 yıldır (7). Sonuç olarak ülkemizde tütün kullanım sıklığı hala yüksek seviyelerdedir.

Tütün kullanmak insanın tüm organlarına zarar verecek, en az 70'i bilinen kanserojen olan 7000'den fazla toksik bir kimyasal karışıma maruz kalması demektir. Tütüne bağlı zararlar, sigara içen gebelerde doğum öncesi başlar ve bebekleri konjenital bozukluk, kanser, akciğer hastalıkları ve ani ölüm riski açısından artmış riskle doğarlar (8, 9).

DSÖ nikotini zihinsel ve de davranışsal bozukluklara sebep olan psikoaktif madde olarak nitelemiş ve de nikotin bağımlılığının kronik bir hastalık olduğunu belirtmiştir (10). Nikotin bağımlılığının temeli beyinde yarattığı etkilere dayansa da bağımlılık ayrıca öğrenilmiş veya koşullandırılmış faktörler, genetik-sosyal ve çevresel koşullardan da etkilenir (11, 12).

Tütün kullanımı, tütünün içerdiği nikotinle ciddi bağımlılığa sebep olarak bir hastalık etkeni olması yanında özellikle kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıkları ile 20'den fazla farklı kanser türü için ve diğer birçok hastalık açısından önemli bir risk faktörüdür (8, 13). Bu hastalıkların ortaya çıkması çoğunlukla tütün kullanımından uzun yıllar sonra olmaktadır. Tütün kullanımının erken evrelerindeki gelişmekte olan ülkeler, geçmiş yüzyılda yaygın tütün kullanımının olduğu gelişmiş ülkelerde görülen tütün ilişkili hastalık ve ölümün tam etkisini yaşamamışlardır. Bu yüzden de 2030 yılına kadar gerçekleşecek olan küresel düzeyde tütünle ilişkili ölümlerin %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı öngörülmektedir (14).

Tütün bağımlılığı kronik bir hastalıktır ve bu yüzden bırakmada başarılı olunabilmesi için multipl strateji ve sürekliliğe ihtiyaç duyulmaktadır (15). Tüm hekimler en azından tütün kullanmayarak rol model olmalı, tütün bağımlılığını rutin klinik uygulamanın bir parçası olarak görmeli ve de başvuran hastalara pasif içicilikten de kaçınılması konusunda bilgilendirmelidir (2). Tüm birinci basamak hekimleri yıl boyunca tütün kullananların %80'inden fazlasına ulaşma potansiyeline sahip olduğu için bırakma konusunda yardımcı olmada eşsiz bir konumdadır. Düzenli olarak tütün kullanımını sorup, kullanıcılara bırakmalarını önerdiklerinde vakaların %40'ının bırakma girişiminde bulunduğu görülmüştür (2).

Hekimler kendilerine başvuran tüm bireylerde tütün ve ürünlerini kullanma durumlarını sorgulamalı ve bırakmak isteyenlere yardımcı olmalıdır. Hekimlerin sigara kullanan kişilere sigarayı bırakmalarına yönelik danışmanlık yapmalarının, öneride bulunmalarının ve desteklemelerinin; onları sigara kullanımını bırakmada motive ettiği, cesaretlendirerek sigara bırakma denemesini sağladığı yapılan pek çok bilimsel çalışmayla ortaya konmuştur (16-18).

Tütün kullanımının global ve de ikinci el sigara dumanı maruziyeti sebebiyle tüm toplumu kapsayan bir halk sağlığı tehdidi olması; alınan önlemlere rağmen halen toplumda tütün kullanım sıklığının yüksek olması, kullananların bırakma oranlarının düşüklüğü nedeniyle tütün kullanım sıklığının ve de bırakmaya hazırlık durumlarının tespiti önemlidir. Bu yüzden bireylerin sıklıkla ve öncelikle başvurduğu aile sağlığı merkezlerinde (ASM) tütün kullanım durumlarının saptanması tütün kullanımı ile mücadelede önemli bir adımdır.

Bu alışmada Eskişehir il merkezindeki ASM'lere herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üstü bireylerde tütün kullanımı ve bağımlılık durumlarını, tütün kullanımını bırakmaya dair düşüncelerini, bırakmaya hazırlık düzeylerini, daha önce tütün kullanıp bırakmış olanların bırakma sebebi ile etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tütün Nedir?

Tütün bitkisi, Patlıcangiller (*Solanaceae*) familyasının "*Nicotiana*" cinsinde bulunan, bazı türleriyle çok yıllık olsa da genellikle tek yıllıktır. *Nicotiana* cinsinde yaklaşık 65 tür bulunmakta ve tütün ürünlerinin yapımında yetiştiriciliği de en fazla yapılan "*Nicotiana tabacum*" ve ardından "*Nicotiana rustica*"nın yaprakları kullanılmaktadır. Dünyada üretilen tütünün yüzde 90'ı *Nicotiana tabacum* türüne dâhil Virginia, Burley ve Şark (Oriental) tipi tütünlerdir (19, 20).

Tütünün yapraklarında; tannik asit, reçine, nişasta, zambak ve alkaloidler bulunur. Tütündeki toplam alkaloidin %95'ini oluşturan; bitkinin kökünde sentezlenip yaprağında birikerek tütüne keyif verici ve alışkanlık yapıcı özellik katan alkaloid nikotindir (21, 22).

Tütünün en yaygın kullanım şekli sigara olmakla beraber; pipo, puro, nargile, sigarillo, enfiye, çiğnemelik tütün gibi pek çok şekilde kullanımı mevcuttur (19). Kurutulmuş tütün yaprağında bulunan nikotin oranı %0.5-8 iken sigara tütününde %0.5-3 arasındadır (21, 22).

### 2.2. Tütün ve Kullanımının Tarihçesi

Tütün tarımının Amerika kıtasında günümüzden yaklaşık 8000 yıl önce başladığı ve bu tarihten 4500 yıl sonra Orta Amerika'da yaşayan Mayalar'ın tütün kullandığı tarih kitaplarında yer bulmuştur. Yerlilerin kuru tütün yapraklarını sararak veya ufalayarak ilkel pipolarda kullandığı; tütünden yapılmış sakızları çiğnediği; tozlarını ciltlerine sürdükleri ya da lavman gibi kullandıkları anlaşılmaktadır. Ardından tütün kullanımı kuzeyde Kızılderililer, güneydeyse İnkalar tarafından benimsenmiştir (21, 23).

Avrupalılar tütünü 1492'de Kristof Kolomb ve ekibinin Amerika kıtasını keşfiyle tanımıştır (23, 24). Yerliler Avrupa'dan gelen denizcilere, dini tören ya da şöenlerde kullandıkları tütünü "*Tobacos*" olarak tanıtmış ve ikram etmiştir. Amerika'ya göç eden Avrupalılar ilk kez 1531'de yeni kıtada tütün üretimine başlamış ardından 1612'de artan tütün tüketim talebiyle Virginia'da ticareti yapılmıştır (19, 23). Tütünün Avrupa'ya yayılması, 1560 yılında Portekiz'deki Fransız büyükelçi Jean



Nicot'un baş ağrısı şikâyeti olan Fransa kraliçesi Cathrine De Medicis'e tütünü takdim etmesi ve kraliçenin ağrısına iyi gelmesiyle olmuştur. Bu olayın ardından tütünün, cesaret ve keyif verici özelliklerine ilaç olarak da etkili olduğu düşüncesi eklenmiş ve Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Jean Nicot'a ithafen tütüne "*Nicotiana*", 1828'de bulunan alkaloidine ise "*Nicotin*" adı verilmiştir (19, 23). Tütün, Amerika'nın keşfinden yaklaşık 100 yıl sonra Avrupa, Uzak Doğu, Asya, Sibiryaya, Hindistan ve Afrika'ya kadar yayılıp ticareti yapılan bir bitki haline gelmiştir (25). Anadolu'ya tütün 17. yüzyılın ilk yarısında İngiliz, İspanyol ve Venedikli tacirler tarafından getirilmiştir. Osmanlı'da ilk tütün tarımı ise Makedonya, Yenice ve Kırcaali'de yapılmıştır (20). 1634'te ise IV. Murat, Cibali yangınından sonra tütün yasağı getirmiş ancak ölümünün ardından tütün kullanımı vergiler artırılarak tekrar serbestleşmiştir (19). Tütün tiryakisi olan padişahlarla beraber tütün kullanımı yaygınlaşmış, Şark tütünü olarak bilinen Türk tütünü dünyada tutulur hale gelmiştir. 1884'te ekonomik nedenlerle Osmanlı hükümeti tütün ekiminin yarı hissesini Fransız Reji şirketine vermiştir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin kurulması sonrası, 4 Mart 1925'te Atatürk'ün kurduğu Ulusal Tekel ile bu durum sona ermiştir. I. ve II. Dünya Savaşları ile tütün endüstrisi gelirlerini arttırmış, tütünle ilgili yapılan reklamlarla tütün kullanımı iyice yaygınlaşmıştır (23).

Yıllar geçtikçe tütünün sadece kullanım şekli değişmiş olup; 18. yüzyılda enfiye çekilirken, 19. yüzyıl puro, 20. yüzyıldaysa sigaranın artan tüketimi ile çok fazla sayıda insan tütün kullanmaya başlamıştır. 21. yüzyıla geldiğimizde ise tütünün insan sağlığına zararlarını gösteren binlerce çalışmaya rağmen tütün kullanımı ile buna bağlı hastalık ve ölümler artmaktadır (26).

### **2.3. Tütün ve Ürünleri, Kullanım Şekilleri**

İnsanlık tarihi boyunca tütün, farklı şekillerde ve amaçlarla kullanılmış; tüketimi yaygınlaşmıştır. Hammadde olarak tütün yaprağının tamamının ya da bir kısmının kullanımıyla üretilmiş; tütürme (İçme), çiğneme, emme veya buruna çekerek tüketilen maddelere "tütün ürünü, tütün mamulü" denir. Dünyanın değişik yerlerinde kullanılan başlıca tütün ürünleri sigara, nargile, pipo, puro, bidi, snuf, snus, kreteks, guthka, sarma tütün, çiğneme tütünüdür (19, 27). Bu ürünlerden ise en yaygın kullanılanı sigaradır ve bundan dolayı tütün ürünleri ile ilgili yapılan birçok çalışmada

elde edilen veriler sigara kullanımı ile ilgili olurken; tütün ve sigara kelimeleri de çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır. Türkiye’de de en fazla sigara olmak üzere, nargile, az miktarda pipo ve puro ile yerel olarak ise Maraş otu ve sarmalık tütün tüketilmektedir (4, 27). Tütün ürünleri kullanımı 3 başlıkta incelenebilir:

- **Tütünün doğrudan dumansız olarak kullanımı:** Çiğnemelik tütün (*Chewing tobacco*), enfiye, Maraş otu, İsveç snus, Amerikan snuff ve sigara bırakmada kullanılan nikotin preparatları (Nikotin suyu, sakızı, lolipopu, bandı, tableti, granülleri, spreyi ) (21, 28).
- **Tütünün yanmasıyla oluşan dumanın kullanımı:** Sigara, puro, pipo, nargile ve sarmalık kıyılmış tütündür (21, 28).
- **Tütünün başka amaçlarla sanayide kullanımı:** Sanayide tütünden farklı biçimlerde faydalanılır. Yaprığından nikotin, saplarından selüloz, çiçeklerinden esans, tohumundan yağ ve pektin, küllerinden ise potasyum karbonat gibi farklı maddeler elde edilmektedir. Ayrıca böcek ilacı ve gübre olarak da kullanılmaktadır (21, 28, 29).

**Sigara:** Yaygın şekilde tüketilen tütün ürünü olup; kıyılmış tütün ince bir kâğıda sarılarak hazırlanır. 1856 yılı Kırım Savaşı’nda askerler tütünü gazete kâğıdına sararak içmiş ve savaş sonrası bu alışkanlıklarını ülkelerinde devam ettirerek sigara kullanımı yaygınlaşmıştır (30). Filtreli ve filtresiz çeşitleri olmakla beraber içindeki tütün tipine ve de uygulanan fabrikasyon işlemlerine göre 5 çeşidi vardır. Bunlar Şark (Türk tipi- Oriental), Virginia (İngiliz), Dark (Fransız-esmer), Amerikan blend ve Kretek (31).

**Elektronik Sigara (E-Sigara):** Yapı olarak kartuş, batarya ve ağızlıktan oluşur. Kartuştaki, içerisinde nikotin ve de tatlandırıcı olarak propilen glikol ya da gliserol bulunduran sıvıyı bataryayla çalışan basit bir atomizör aracılı ısıtarak inhalasyona hazır buhar haline dönüştüren cihazdır (32). Sigara bıraktırmada etkili olduğu iddiasıyla piyasaya çıkarılan e-sigarayla ilgili yapılan çalışmalar bu iddiayı çürütmüş ve aksine içerdiği maddelerle insan sağlığını tehdit ettiğini ortaya çıkarmıştır (33).

**Yeni Tütün Ürünleri:** Isıtılan nikotin ve aroma aerosol, preslenmiş karbon ile yanmadan ısıtılan tütün ürünü, nikotin tuzu aerosol (34).

**Pipo:** Ağızlık ve ucunda yakılacak tütünün konduğu “lüle” adlı yanma haznesinden oluşur ve yapımında lüle taşı ile gül ve kiraz ağacı kullanılır. “Balsa” ağacından yapılmış ahşap ya da karton kılıflı ağızlık kısmı aktif karbon içeren filtreler içerir. Pipoda kullanılan tütün özel harmanlanmış ve belirli nem oranındadır (31).

**Puro:** Parçalanmış ya da yaprak halindeki puroluk tütünlerin elde ya da makinede sarılmasıyla üretilir. İçimi ile harmancılığı tütün tarihi kadar eski olan puronun ana vatanı Güney Amerika kıtası, Meksika ve Karayip Denizi adalarıdır. Purolar ağırlık, boy ve şekillerine göre sigarillos, panatella, cigar, corona gibi isimlerle adlandırılır (31).

**Nargile:** Yanan tütün dumanı, soğuk suyun içinden geçirilip inhale edilir. Klasik tömbeki tütününün kullanıldığı “natürel nargilelik tütün” ve %20-30 tütün, %70-80 aromatik maddelerle diğer kimyasalların katıldığı “aromalı nargilelik tütün” olarak iki şekilde kullanılır (30).

**Çiğnemelik tütün** (*Chewing tobacco*): Yanak ve dişeti arasına yerleştirilip; ara ara çiğnenen ve yeniden yanakta bekletilerek kullanılan tütün ürünüdür. Kullanımı sırasında ağızda biriken tütün suyu genellikle tükürülür. Virginia, Burley ve kısmen de Hasankeyf tipi tütünlerden yapılır. Günümüzde genellikle dumanlı tütün tüketiminin sakıncalı bulunduğu yerlerde; petrol, maden gibi işyerlerinde ya da denizciler tarafından kullanılmaktadır. Sigaranın kapalı alanlarda yasaklanmasıyla son zamanlarda bu ürüne yeniden ilgi artmıştır (31).

**Enfiyelik tütün:** Toz haline getirilmiş ve de yüksek nikotinli tütün ile bergamot, karanfil, tarçın ve karbonatın karıştırılmasıyla elde edilen, buruna çekilerek kullanılan tütün ürünüdür (31).

**Maraş otu:** Güneydoğu’da özellikle de Kahramanmaraş ile Gaziantep civarında kullanılan; “*Nicotina rustica linn*” adlı yüksek nikotinli tütün ile meşe, ceviz, asma ağaçlarından elde edilen külün yarı yarıya karıştırılmasıyla elde edilir. Arap çarşafı adı verilen sigara kâğıdı içine konur, bohça şeklinde sarılarak hazırlanır. Alt dudak ile çene arasına yerleştirilip ağızda bekletilerek kullanılır. Sigaradan altı kat fazla nikotin içerir Türkiye’de tüketimi yaygın olan “Maraş otu” nun piyasaya arzı, 2008 yılı sonu itibarıyla yasaklanmıştır (35).

**İsveç snus:** Tütünün pastörizasyon benzeri bir işleminden geçirilerek elde edilen, ağızdan alınan ince granüllü nemli bir tütün ürünüdür. Genellikle tatlandırılmasında

bergamot, ardıç, narenciye, çeşitli ot ve çiçekler kullanılır. Üst dudağın altına yerleştirilerek kullanılmasının yanında nazal yolla kullanılan kuru formu da mevcuttur (36).

**Amerikan snuff:** İsveç snusa benzeyen buruna çekilerek kullanılan tütün ürünüdür. İsveç snus'dan farklı olarak fermantasyon işlemi ile üretilir ve daha düşük nem içeriği ile pH değerine sahiptir. Bir diğer deyişle İsveç snusun kuru formudur. Bu yüzden absorpsiyonu daha az olur. Nane, vanilya ya da meyve ve şeker ile tatlandırılabilir (37).

**Nikotin içeren preparatlar:** Nikotin suyu, sakızı, bandı, tableti, inhaler nikotin, burun spreyi gibi nikotin replasmanında kullanılan preparatlar bu gruptadır (28, 31).

#### **2.4.Tütün Genel Yapısı ve Farmakolojisi**

Kimyasal fabrikası olarak da nitelendirilen tütünün içerisinde alkaloidler, terpenler, polifenoller, aromatik hidrokarbonlar, aldehitler, ketonlar, aminler, nitriller, azot ve oksijen heterosiklik bileşikleri, pestisidler gibi pek çok bileşik bulunmaktadır. Ayrıca henüz keşfedilmeyen 10.000'den fazla kimyasal bileşen olduğu da tahmin edilmektedir (38, 39). Tütün yaprağının yanması sonucunda ortaya çıkan heterojen bir aerosol olan sigara dumanında en az 70'inin karsinogenik aktivite gösterdiği 7000'den fazla kimyasal bileşen tespit edilmiş olup bunların farmakolojik olarak aktif, antijenik, mutajenik ve kanserojen özellik taşıdığı bulunmuştur (40, 41). Sigara dumanında içerik olarak gaz formda karbon monoksit (CO), hidrojen siyanür (HCN) ve nitrik oksit; sıvı/buhar formda formaldehit, benzen, akrolein, N-nitrozaminler ve ayrıca katı partiküller şeklinde nikotin, fenol, poliaromatik hidrokarbonlar (PAH), tütüne özel nitrozaminler (TSNAs) bulunur (42, 43). Bu bileşenler kişi tarafından inhale edilen ana akım ve pasif etkilenimin esas kaynağı olan yanan bölgeden çevreye yayılan yan akım yoluyla etkili olur. Tütün dumanında partiküllerin içeriği ana akım ve yan akım dumanında farklılık gösterir. Örneğin; katran gibi partiküllü maddeler yan akım dumanında daha fazla bulunmaktadır (39, 43). Tütün dumanındaki parçacık ya da gaz fazında bulunan maddeler solunum yollarının yapı ve işlevini bozarak çok sayıda solunumsal hastalığa yol açar. Bu duruma kanda hemoglobinin oksijen taşıma

kapasitesini azaltarak ya da genetik veya kromozomal etki gibi farklı yollarla neden olduğu gösterilmiştir. Tütün bitkisinin doğal yapı taşları olan nitrozaminler, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, strian ve alfa-naftilamin ve katran içeriği (Fenoller, yağ asitleri ve bunların esterleri) kanserojen etki gösteren maddeler arasındadır. Ayrıca, dumanda bulunan benzenin de kromozomal değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir. Tütün ve dumanında 40K, Ru, Cs ve Sr gibi birçok radyoaktif izotop mevcuttur. Ancak tümöral oluşumun asıl nedeni alfa ışıması yapan Rn, Ra gibi radyoaktif izotopların olduğu ifade edilmektedir (44). Sigara dumanının içerdiği bazı bileşenler Tablo 2.1.'de gösterilmiştir (40).

**Tablo 2.1.** Sigara dumanının içerdiği bazı bileşenler (40).

<b>Partikül Fazı</b>	<b>Başlıca Etkisi</b>	<b>Gaz Fazı</b>	<b>Başlıca Etkisi</b>
Tar (Katran)	Mutajenik/Karsinojenik	Karbon monoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasında bozulma
Nikotin	Parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine doz bağımlı stimülatör ya da depresör etki	Nitrojen oksitler	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/Karsinojenik	Aldehitler	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/Karsinojenik	Hidrosiyanik asit	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik

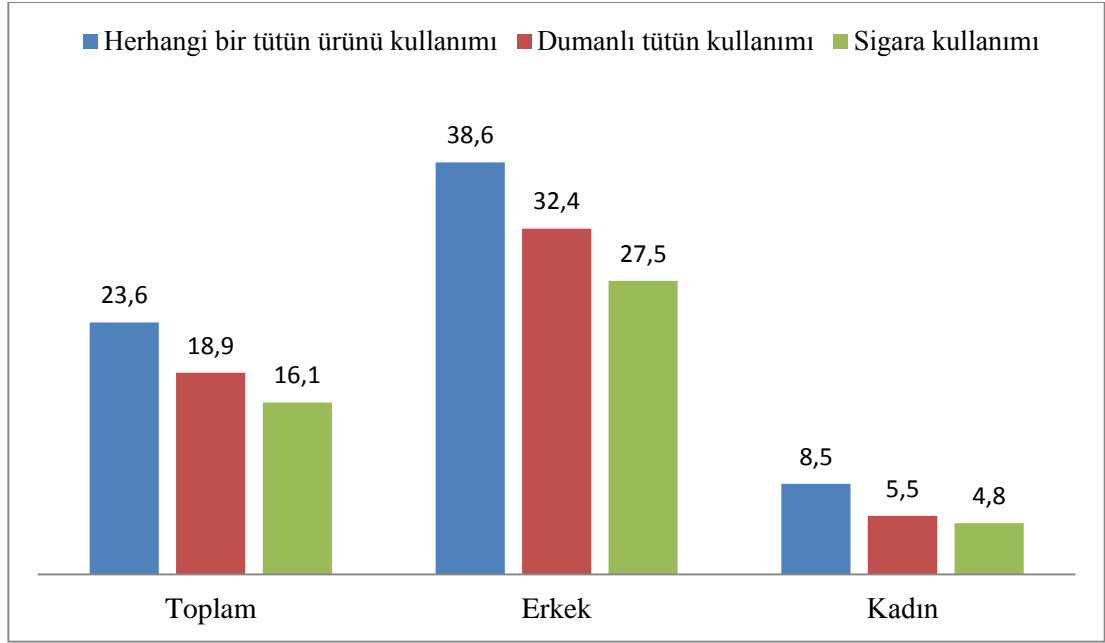
**Tablo 2.1. Devam** Sigara dumanının içerdiği bazı bileşenler (40).

Kresol	İrritan, Mutajenik/Karsinojenik	Akrolein	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
$\beta$ -Naftilamin	Mutajenik/Karsinojenik	Amonyak	İrritan, proinflamatuar, siliotoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/Karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/ Karsinojenik
Katekol	Mutajenik/Karsinojenik	Vinilklorid	Mutajenik/ Karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması		
Karbazol	Tümör hızlanması		

## 2.5. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Ürünleri Kullanımı Epidemiyolojisi

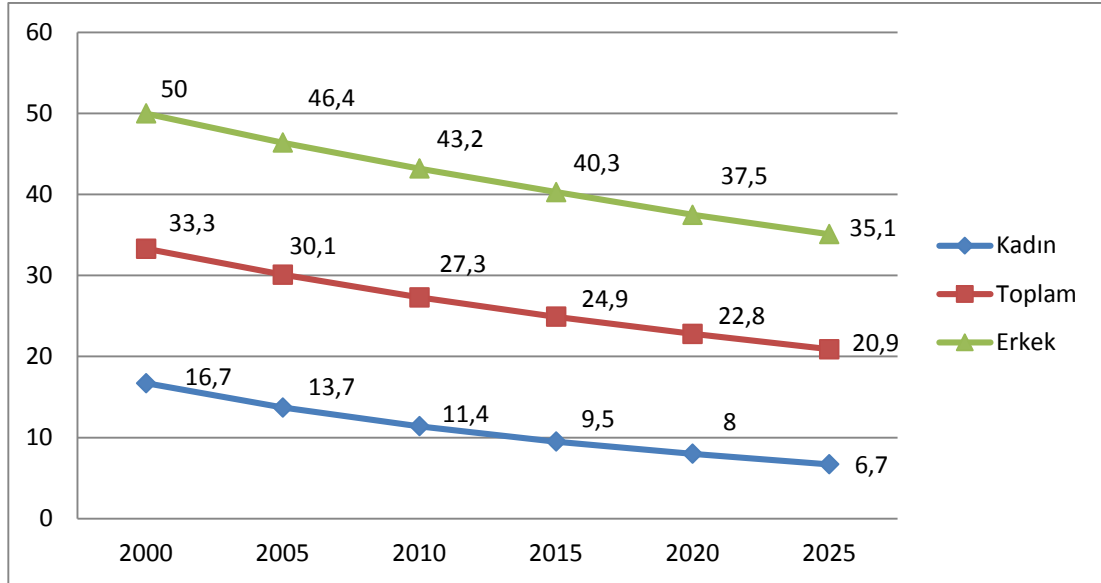
Tütün salgını, dünyanın karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve kullanıcılarının yarısının ölümüne sebep olur. Dünya çapında yılda 8 milyondan fazla ölümün; 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından olurken, yaklaşık 1.2 milyonu ise ikinci el sigara dumanı maruziyetinden olmaktadır (1). Tütünle ilişkili ölümlerin çoğu, genellikle yoğun tütün endüstrisi müdahalesi ve pazarlamasının hedefi olan düşük ve orta gelirli ülkelerde olur (13).

2007’de tüm dünyada 15 yaş ve üzeri 1.46 milyar tütün ürünü kullanıcısı varken günümüzde 1.4 milyar tütün kullanıcısı (1.07 milyar tütün içen ve 367 milyon dumansız tütün kullanan) mevcuttur. Bu kullanıcıların 1.12 milyarı erkek (2007’ye göre 5 milyon daha az) ve 279 milyonu kadın (2007’ye göre 58 milyon daha az) cinsiyetindedir (3). Ayrıca her dört ülkeden üçünde 18 yaşın altındakilere tütün satışı yasaklanmış olmasına rağmen dünya genelinde 13-15 yaşlarında yaklaşık 24 milyon çocuk sigara içerken, 13 milyonu dumansız tütün ürünü kullanmaktadır (3). 2018 yılında tüm dünyada 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %23.6’sı herhangi bir tütün ürünü kullanırken; kullananların %80’i tütünü tütürerek kullanmaktadır (%18.9). Tütün içenlerin %85’i ise sigara içmektedir (%16.1) (45). Veriler Şekil 2.1’de gösterilmiştir.



**Şekil 2.1.** 2018 yılında yetişkinlerde global tütün kullanımı (45).

DSÖ'nün 2000-2025 arası tütün kullanım sıklığı eğilimine dair küresel raporuna göre 15 yaş ve üzeri tütün kullanıcıları 2000 yılında dünya nüfusunun yaklaşık üçte biriyken (%33.3), 2015'te bu oran nüfusun yaklaşık dördte birine (%24.9) düşmüştür (Erkeklerde %50'den %40.3'e gerilerken, kadınlarda %16.7'den %9.5'e düşmüştür.). 2000 yılında, tütün kullanan erkeklerin oranı, kadın kullanıcıların üç katıyken, 2015'te 4 katından fazla olmuştur (45). Tütün kullanım sıklığının küresel eğilimi Şekil 2.2'de gösterilmiştir.



**Şekil 2.2.** Tütün kullanım sıklığının küresel eğilimi (45).

Toplam tütün kullanıcısı sayısı 2000-2015 döneminde sürekli olarak azalmıştır. 2000 yılında 15 yaş ve üzeri toplam 1 milyar 397 milyon kişi tütün ürünü kullanırken 2015 yılında 1 milyar 351 milyona düştü ve 2025'te 1 milyar 299 milyona gerileyeceği tahmin edilmektedir (45).

2000-2015 yılları arasında her yaş grubunda tütün ürünü kullanım oranında düzenli bir azalma olmuştur ve bu azalmanın 2025'e kadar da devam edeceği öngörülmektedir. Tüm yaş gruplarında erkeklerin kullanımı kadınlardan daha fazladır. Yaşa özgü tütün kullanım oranlarında erkekler için 45-54 yaş grubunda, kadınlar için ise bazı yıllarda 55-64 yaş, bazı yıllar 65-74 yaşlarında zirve yapmaktadır (45). 2000-2018 yılları arasında dünyadaki erkek tütün kullanıcılarının sayısı her yıl artmaktadır. 2000-2005 arasında, erkek tütün kullanıcısı sayısı 22 milyon artmıştır; 2005-2010'da 13 milyon azalmışken 2010-2015'te tekrar 7 milyon yükselmiştir. 2018'de 1 milyar 93 milyon ile zirveye ulaşmıştır. Ülkelerin tütün kontrolü konusundaki mevcut çabalarını sürdürdükleri varsayıldığında, kullanıcı sayısının 2018'den itibaren azalacağı ve 2020'de toplamda 2 milyon azalarak 1 milyar 91 milyona ardından 2025'te ise 4 milyon daha azalarak 1 milyar 87 milyona düşeceği tahmin edilmektedir (45). Kadınlarda ise 2000-2015 döneminde tütün kullanıcısı azalmaktadır ve bunun 2025'e kadar devam etmesi beklenmektedir. 2000'de 346 milyon iken 2018'de 244



milyona düşen kadın tütün kullanıcısının 2025 yılına kadar 212 milyona düşmesi öngörülmektedir (45).

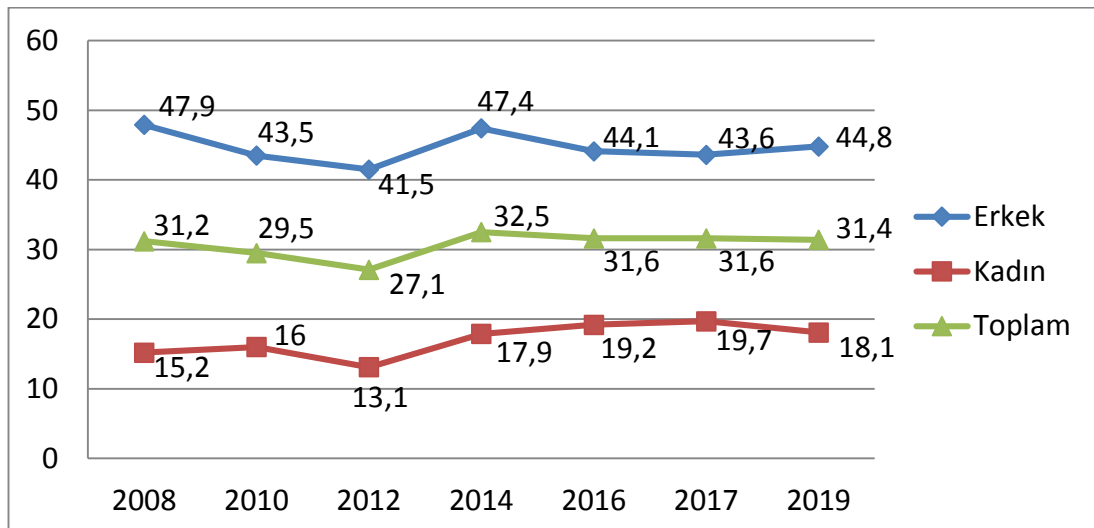
Tüm DSÖ bölgelerinde tütün kullanım sıklığı azalmaktadır. 2000 yılında, Güneydoğu Asya bölgesinin toplam tütün kullanım oranı %47 civarıyla en yüksek ortalamaya sahipken; Afrika bölgesinde oranı ise %18.5 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Günümüzde bu iki bölge arasındaki fark azalmıştır ve bu azalmanın 2025 yılına kadar devam etmesi beklenmektedir. 2025'te ortalama tütün kullanım sıklığı Güneydoğu Asya bölgesi için %25.1; Afrika bölgesi içinse %11.2 olacağı öngörülmektedir (45). Dünyadaki 1.3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşıyor (1). Tüm gelir gruplarındaki ülkelerde tütün kullanım sıklığı zaman içinde azalmaktadır. En yüksek kullanım oranı şu anda düşük orta gelirli ülkelerde bulunmaktayken 2025'te ise bu oran yeterince düşerek yüksek gelirli ve üst orta gelirli ülkelerle eşitleneceği tahmin edilmektedir (%22). Düşük gelirli ülkeler ise 2000-2015 yılları boyunca en düşük sıklık oranına sahip olup ve 2025 yılına kadar da bunu koruyacağı tahmin edilmektedir (%13) (45).

Küresel düzeyde görülen tütün kullanımındaki düşüş eğilimi, birçok ülkede tütün kontrol önlemlerini uygulamak için kaydedilen ilerlemeyi yansıtmaktadır. Zaten 136 ülke, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin talep azaltma önlemlerinden en az birini kapsamlı bir şekilde uygulamaya koymuş ve de 116 ülkede tütün kullanım oranlarının düştüğü görülmüştür (45).

İkinci el sigara dumanı insanlar sigara, nargile gibi tütün ürünlerini yaktığında kapalı alanları dolduran dumandır. Bu dumana maruz kalmak yılda 1.2 milyondan fazla erken ölüm ile ciddi kardiyovasküler ve solunum hastalıklarına neden olur. Çocukların neredeyse yarısı halka açık alanlarda tütün dumanı ile kirlenen havayı solumakta ve her yıl 65.000 çocuk pasif içiciliğe bağlı hastalıklardan ölmektedir (1). Çocuklar ve özellikle bebekler pasif içiciliğe bağlı solunumsal hastalık, orta kulak hastalığı ve ani bebek ölüm sendromu için artmış risk altındadır. Ayrıca pasif içiciliğe bağlı gebelerin bebekleri de ölü doğum, konjenital malformasyonlar ve düşük doğum ağırlıkları açısından daha fazla risk altındadır. Hem sigara içenleri hem de içmeyenleri yeterince korumanın tek yolu özellikle kapalı ortamlarda sigara içmeyi tamamen ortadan kaldırmaktır (3).

### Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi

Tütün kullanım sıklığı ile ilgili yapılan KYTA 2008 ve 2012 verilerine bakıldığında ülkemizde 15 ve üzeri yaştaki bireylerin 2008 yılında %31.2’si tütün ve ürünlerini kullanıyorken, 2012 yılında bu oran %27.1’e düşmüştür (4, 5). Yaş grubuna göre tütün ve ürünlerini kullananlar incelendiğinde, en çok 25-34 ile 35-44 yaş grubundakiler kullandıklarını belirtmiştir (4, 5). 2008 yılında tütün ürünü kullanmayanların oranı %68.8 iken 2012’de %72.9’a yükselmiştir (4, 5). KYTA 2016 verilerinde ise ülkemizde halen tütün ürünü kullanan 19.2 milyon kişi (%31.6) bulunmaktadır. Halen tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44.1), kadınlara göre (%19.2) daha yüksektir. Ülkemizde 18 milyon kişi ise (%29.6) her gün tütün kullanmaktadır (Erkeklerin %41.8’i, kadınların %17.5). Günde içilen ortalama sigara sayısı 18’dir. Kullanıma 18 yaş ve altında başlayanların sıklığı ise %57.5’tir. Ortalama başlama yaşı 17’dir (6). 2017’de yürütülen, Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırmasına göre halen tütün ürünü kullanma (Dumanlı veya dumansız) sıklığı %31.6 olup, günlük tütün ürünü içimi ise %29.2’dir (Erkekler %40.4; kadınlar %18.2) ve ortalama içmeye başlama yaşı 18.1 yıldır (Erkekler 17.2 yaş; kadınlar 20.2 yaş) (7). Son olarak 2019 TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre ise tütün ürünleri kullanım sıklığı %31.4’tür (46)(Bkz. Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Türkiye’de Erişkinlerin Tütün Kullanım Durumu (4-7, 46).

## 2.6. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Tütün kullanımı dünyadaki erken ölümlerin önlenemez en önemli nedenlerinden biridir (8). Tütün kullanımı kanser, iskemik kalp hastalığı, inme ve solunum hastalıkları da dahil olmak üzere birçok hastalıktan ölüm riskini artırır. Sadece 2016'da dünya çapında 7.1 milyondan fazla insanın ölümüne neden olurken bu ölümlerin çoğu (6.3 milyon) doğrudan tütün kullanımına bağlı olurken, 884 bin ölüm pasif içiciliğe bağlı olmuştur (8).

Tütün kullanmak insanın tüm organlarına zarar verecek, öldürücü bir kimyasal karışıma maruz kalması demektir. Bu kimyasal karışımında en az 70'i bilinen kanserojen olan 7000'den fazla toksik kimyasal mevcuttur. Tütüne bağlı zararlar, doğum öncesi başlar, sigara içen gebelerin bebekleri konjenital bozukluk, kanser, akciğer hastalıkları ve ani ölüm riski açısından artmış riskle doğarlar (8, 9). Sigaraya bağlı yeni tanımlanmış riskler arasında böbrek yetmezliği, bağırsak iskemisi ve hipertansif kalp hastalığı bulunur (8). Tütün kaynaklı ölüm ve hastalık riski, içilen sigara sayısı ve süresi ile artsa da verdiği zarar çok az sigara kullanımıyla başlar (8). Yaşamında düzenli olarak tütün içen biri 10-11 yılını erken kaybetmektedir (8).

Sigara içenler koroner kalp hastalığı açısından 2-4 kat artmış risk altındadır (27). Tütün kullanımının damarlarda ateroskleroz, pıhtı oluşumu ve kan akımını bozabildiği ve de bu etkinin yirmili yaşlardan itibaren başladığı bilinmektedir (47). Hasarın ya da pıhtı oluşumunun beyin damarlarında olması inmeye, ekstremitelerde damarlarında olması ise ekstremitelerde kaybına neden olabilir (9).

Dünyada kansere bağlı ölümlerin en sık sebebi her iki cinsiyet için de akciğer kanseri olup; akciğer kanserinin en önemli risk faktörü sigara içmektir (8). Sigara içenler akciğer kanseri için 20 kat artmış risk altındadır (9, 47). Ayrıca ağız boşluğu, farinks, larinks, özefagus, mide, kolon, pankreas, böbrek, mesane, serviks ve meme kanseri ile akut myeloid lösemi oluşumunda da risk faktörüdür. İnsanlardaki tüm kanserlerin yaklaşık üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır (27, 47).

İskemik kalp hastalığı, SVH ve KOAH dünyada sık görülen ölüm nedenlerindedir. Bu hastalıklar için tütün kullanımı en önemli ve değiştirilebilir risk faktörüdür (8). KOAH kaynaklı tüm ölümlerin %45'i tütün kullanımına bağlıdır (8). Sigara içilmesiyle mukosilyer aktivite ve de alveolar makrofaj aktivitesi bozulur, mukus bezlerinde hipertrofi ile hiperplazi meydana gelir. Kullanılan tütünün dumanı

bronş duvarındaki düz kasların kasılmasına neden olarak hava yolu direncini artırır. Bu fonksiyonel ve de anatomik değişmeler sonrası zamanla kronik akciğer hastalığı tablosu gelişir (9, 27, 47). Sigara içenlerde bronşit, pnömoni ve üst solunum yolu hastalıkları daha sık görülür. Ayrıca sigara dumanı inhalasyonu astım atağını tetikler (9, 47).

Gastrointestinal sistemde artmış kanser riskinin yanında ayrıca gingivit, diş çürüğü, özefajit, ülser gibi hastalıklar açısından da tütün kullanımı risk yaratmaktadır (9, 27). Tütün kullanımı osteoporoz, üreme bozuklukları, postoperatif yan etkiler ve gecikmiş yara iyileşmesi, duodenal ve mide ülseri ve diyabet için bir risk faktörüdür. Ek olarak, sigara içmek yangın ve travmaya bağlı yaralanmalarla güçlü bir ilişkiye sahiptir (11).

- 1. GÖZLER**
  - Katarakt, körlük (maküler dejenerasyon)
  - Batma, aşırı sulanma
- 2. BEYİN VE PSİKOLOJİ**
  - İmme (serebrovasküler olay)
  - Bağımlılık / geri çekilme
  - Değişen beyin kimyası
  - Tütünün sağlığı etkileri konusunda endişe
- 3. SAÇ**
  - Koku ve renk değişikliği
- 4. BURUN**
  - Nazal/paranasal sinüs kanseri
  - Kronik rinosinüzit
  - Koku almada bozulma
- 5. DİŞ**
  - Periodontal hastalık
  - Diş kaybı
  - Diş çürükleri, plak
  - Renk değişikliği
- 6. AĞIZ VE BOĞAZ**
  - Dudak, ağız, farinks, larinks kanseri
  - Boğaz ağrısı
  - Bozulmuş tat duygusu
  - Ağız kokusu
- 7. KULAKLAR**
  - İşitme kaybı
  - Kulak enfeksiyonu
- 8. AKCİĞERLER**
  - Akciğer kanseri
  - KOAH ve amfizem
  - Kronik bronşit
  - Solunum yolu enfeksiyonu (grip, pnömoni, tüberküloz)
  - Nefes darlığı, astım
  - Kronik öksürük, aşırı balgam üretimi
- 9. KALP**
  - Koroner tromboz, kalp krizi
  - Ateroskleroz
- 10. GÖĞÜS VE ABDOMEN**
  - Özefagus kanseri
  - Mide, kolon ve pankreas kanseri
  - Abdominal aort anevrizması
  - Peptik ülser
  - Olası meme kanseri riski artar



- 11. KARACİĞER**
  - Karaciğer kanseri
- 12. ERKEK ÜREME**
  - İnfertilite
  - Empotans
  - Prostat kanseri ölümi
- 13. KADIN ÜREME**
  - Serviks&over kanseri
  - Prematür over yetmezliği, erken menopoz
  - Düşük doğurganlık
  - Ağrılı menstruasyon
- 14. ÜRİNER SİSTEM**
  - Mesane, böbrek ve üreter kanseri
- 15. ELLER**
  - Periferik vasküler hastalık, zayıf kan dolaşım (soğuk parmaklar)
- 16. CİLT**
  - Psöriasis
  - Ciltte kurşıklık, erken yaşlanma
- 17. İSKELET SİSTEMİ**
  - Osteoporoz
  - Kalça kırığı
  - Surt problemlerine yatkınlık
  - Kemik iliği kanseri
  - Romatoid artrit
- 18. YARALANMALAR VE CERRAHİ**
  - Yara iyileşmesinde bozulma
  - Ameliyat sonrası zor iyileşme
  - Sigara kaynaklı yangına bağlı yanıklar
- 19. BACAĞLAR VE AYAKLAR**
  - Periferik vasküler hastalık, soğuk ayaklar, bacak ağrısı ve kangren
  - Derin ven trombozu
- 20. DOLAŞIM SİSTEMİ**
  - Buerger hastalığı
  - Akut miyeloid lösemi
- BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ**
  - Enfeksiyona karşı bozulmuş direnç
  - Olası alerjik hastalık riski artar
- DİĞERLERİ**
  - Diyabet
  - Ani ölüm

Şekil 2.4. Sigara kullanımının sağlığa etkileri (8).

### 2.6.1. Pasif İçicilik ve Sağlığa Etkileri

İkinci el sigara dumanı (İESD), yanan bir tütün ürününden havaya salınan yan akım dumanı, ürünün kâğıdı veya filtresinden çıkan duman ile beraber sigara içenin nefesle havaya geri verdiği ana akım dumanının karışımıdır (48). İESD içeriğindeki başlıca zehirli maddeler amonyak, akrolein, CO, formaldehit, HCN, nikotin, nitrojen oksit, fenol ve sülfür dioksittir. Yan akım dumanı, CO ve nikotin dahil olmak üzere zehirli bileşiklerin çoğunu ana akım dumanına göre daha yüksek oranda içerir. Ancak yanan sigaradan uzaklaşıldığında bu maddelerin konsantrasyonlarının azaldığı gösterilmiştir (49).

2016 yılında, küresel olarak erkeklerin beşte biri ve kadınların üçte biri ikinci el dumana maruz kalmıştır ve tahmini 884 bin ölüm ikinci el sigara dumanı maruziyetinden olmuştur (8). Pasif sigara dumanına bağlı yetişkinlerde kalp hastalıkları ile miyokard infarktüsü (MI) ve kanser gelişme riskinde artış olmaktadır (47). Sigara dumanından pasif etkilenenlerin akciğer kanseri riski içenlere göre daha az olsa da içmeyenlere göre 2-5 kat arası artmıştır (9). Tütün dumanına maruziyet, yıllar sonra dahi kişilerde ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır. Akciğer kanserinde ve metabolik sendrom riskinde artışa, öğrenme güçlüğü ve davranış bozukluklarına sebep olmaktadır (9, 47, 50).

Üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) tanımı yeni kullanılmaya başlanmış olup; yüzeylerde biriken duman bileşenleri ile beraber bu bileşenlerin oksidasyonu ile üretilen metabolitlerini ifade eder (48). Silme gibi genel temizlik uygulamaları, odayı havalandırma, fan ya da klima kullanımı veya yalnızca belli alanlarda sigara içme gibi önlemler üçüncü el sigara dumanını yok edemez. Aktif içiciler sigaralarını söndürmelerinin ardından hemen sonra eve girdiklerinde dahi nefesleri ve giysileri aracılı tütün dumanı kaynaklı zararlı kimyasalları yaymaya devam etmektedir (50).

Üçüncü el içicilikten sıklıkla bebekler ve de hastalıklara karşı daha az dirençli olmaları sebebiyle yaşlılar etkilenir. Tütün dumanına maruziyet sonrası çocuklarda; üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, kulak enfeksiyonları gibi ciddi sağlık problemleri izlenmektedir (9, 47, 50).

### 2.7. Tütün-Nikotin Bağımlılığı

Madde bağımlılığı; bir maddeyi sağlığını ve sosyal yaşamını bozacak kadar artan şekilde ve yineleyen dozda alma ile bu isteğin kontrol edilemez halde

sürdürülmesine sebep olan ve alınmadığında yoksunluk belirtileri görülen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir bozukluktur (51, 52). DSÖ nikotini zihinsel ve de davranışsal bozukluklara sebep olan psikoaktif madde olarak nitelemiş ve de nikotin bağımlılığının kronik bir hastalık olduğunu belirtmiştir (10). Nikotin bağımlılığının temeli beyinde yarattığı etkilere dayansa da bağımlılık ayrıca öğrenilmiş veya koşullandırılmış faktörler, genetik-sosyal ve çevresel koşullardan da etkilenir (11, 12).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM-V) tanı kriterlerine göre "Tütünle İlişkili Bozukluklar"; Tütün Kullanım Bozukluğu, Tütün Yoksunluğu, Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar ve Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır (52, 53).

Buna göre **Tütün Kullanım Bozukluğu**; 1 yıllık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya veya işlevsellikte azalmaya yol açan, sorunlu bir tütün kullanım örüntüsüdür (53).

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak tütün alınır.
2. Tütün kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Tütün elde etmek, tütün kullanmak ya da oluşturduğu etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Tütün kullanmaya içinin gitmesi ya da tütün kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan yineleyici tütün kullanımı.
6. Tütünün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın tütün kullanımını sürdürme.
7. Tütün kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda tütün kullanma (Örneğin yatakta sigara içme).

**9.** Büyük bir olasılıkla tütünün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine rağmen tütün kullanımını sürdürme.

**10.** Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

a) Eksikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçüde tütün kullanma gereksinimi.

b) Aynı ölçüde tütün kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

**11.** Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Tütün yoksunluk sendromu belirtilerinin gelişmiş olması

b) Yoksunluktan kurtulmak için tütün alınması (53).

**Tütün yoksunluğu** ise;

**A)** En az birkaç hafta, her gün tütün kullanma

**B)** Tütün kullanımının bırakılmasından ya da miktarının azaltılmasından sonraki 24 saat içinde, aşağıdaki bulgulardan en az dört belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Kolay sinirlenme, engellenmişlik duygusu ya da öfke

2. Bunaltı

3. Odaklanma güçlüğü

4. Yeme isteğinde artma

5. Huzursuzluk

6. Çökkün duygudurum

7. Uykusuzluk

**C)** B tanı ölçülerindeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

**D)** Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz, başka bir madde yoksunluğu ya da psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (53).

Birçok hastalığa ve hatta erken ölüme neden olan tütün bağımlılığından nikotin sorumludur (11). Tütün dumanının solunmasıyla partiküller, nikotini akciğerlere taşır ve hızla dolaşım ile akciğerlerden beyne hareket eder, burada nikotinik kolinerjik reseptörlere bağlanarak dopamin ve diğer nörotransmitterlerin salınımına neden olur (11, 52).



Nikotin santral sinir sisteminde nucleus accumbens'ten bireyin kendini iyi hissetmesini sağlayan dopamini; locus coeruleus'tan ise huzursuzluk, arama davranışı gibi yoksunluk belirtilerinden sorumlu norepinefrin salınımına yol açarak etki eder. Sonuç olarak uyarıcı etki, öfori, enerji ve dikkat artışı, el-göz koordinasyonunda artış ve iştah azalması gibi etkilerinin yanında psikolojik ve fizyolojik bağımlılık yapar (54).

Nikotinin metabolize edilmesi ağırlıklı olarak karaciğerde bir miktar da akciğerde olurken, eliminasyonu böbrekler aracılığıyla olur. Gün içinde artan sayıda sigara kullanımıyla vücuttaki nikotinde dalgalanma olsa da yarı ömrü 2 saat olduğundan 6-8 saat maruziyet sonrası vücutta birikir ve yüksek konsantrasyonda kalır (52). Gece boyunca nikotin alınmadığı için kan nikotin düzeyi azalmaya başlar ve birey sabah uyandığında yoksunluk belirtileri olur (52, 54, 55). Bu sırada nikotinik reseptör nikotine daha iyi cevap verebilecek halde olduğundan sabah içilen ilk sigara etkisi bakımından günün sonraki saatlerinde içilecek olan sigaraya göre farklıdır. Keyif verici özelliğinin yanında sıkıntıdan kurtarıcı etkisi de görülür (52, 55).

Bireyin tütün içmeye devam etmesi beyinde nikotinik reseptör sayısının artmasına neden olur (52, 54). Bir sigarada ortalama 0.5 mg nikotin bulunur. Düşük dozlarda nikotin toksisite bulguları bulantı-kusma, hipersalivasyon, periferik vazokonstriksiyona bağlı solukluk, güçsüzlük, peristaltizmin artışına bağlı karın ağrısı, ishal, baş dönmesi, baş ağrısı, kan basıncında artma, taşikardi, tremor ve soğuk terleme, konsantrasyon güçlüğü, konfüzyon ve duyuşsal algı bozukluklarıdır (52, 54).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi tütün bağımlılığında da öncelikle hastanın genel tıbbi muayenesi yapılmalı ve duruma uygun tetkikleri istenmelidir. Tütün bağımlılığının söz konusu olduğu bireylerde bağımlılığın şiddetini değerlendirmeK; sigara bıraktırma yaklaşımının belirlenmesi ve de tedavide uygulanacak adımları göstermesi yönünden değerlidir. Klinik uygulamalarda nikotin bağımlılığının düzeyini ölçmede sıklıkla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmaktadır (12, 54). Karl Fagerström tarafından sigara bağımlılık seviyesini saptama amaçlı geliştirilmiş olan bu ölçekte bireye yöneltilen altı soruya alınan cevaplara göre bağımlılık seviyesi değerlendirilir (56). Bu testin Türkçe geçerlik ve de güvenilirliği Uysal ve ark. tarafından yapılmış ve sonuç olarak testin güvenilirliğinin orta derecede olduğu, klinik uygulamalarda kullanılabileceğine varılmıştır (57).

**Tablo 2.2.** Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (56).

Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?	İlk 5 dakika içinde	3 puan
	6-30 dakika içinde	2 puan
	31-60 dakika içinde	1 puan
	1 saatten fazla	0 puan
Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde, sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?	Evet	1 puan
	Hayır	0 puan
Gün boyu içtiğiniz sigaralardan sizin için vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir?	Sabah içtiğim ilk sigara	1 puan
	Diğer herhangi biri	0 puan
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	10 adet ve daha az	0 puan
	11-20 adet	1 puan
	21-30 adet	2 puan
	31 adet ve daha fazlası	3 puan
Günün diğer saatlerine kıyasla uyandıktan sonraki ilk saatlerde daha çok sigara içiyor musunuz?	Evet	1 puan
	Hayır	0 puan
Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?	Evet	1 puan
	Hayır	0 puan

## 2.8. Tütün Kullanımını Bırakmaya Yaklaşım

Tütün kullanımı dünyada sık görülen ölümlerden sorumlu sekiz hastalığın altısı için önlenabilir ve değiştirilebilir risk faktörüdür (İskemik kalp hastalıkları, SVH, ASYE, KOAH, tüberküloz ve akciğer kanseri) (2). Tütün bağımlılığı kronik bir hastalıktır ve bu yüzden bırakmada başarılı olunabilmesi için multipl strateji ve sürekliliğe ihtiyaç duyulmaktadır (15). Acil bir önlem alınmadığında 2030 yılına kadar yıllık ölüm sayısı sekiz milyondan fazla olabilir. Tütün salgınını tersine çevirmek, farklı sektörlerin uyumlu çabaları ile mümkün olacaktır. Bu süreçte öncü rol hekimlere düşmektedir (2). Tüm hekimler en azından tütün kullanmayarak rol model olmalı, tütün bağımlılığını rutin klinik uygulamanın bir parçası olarak görmeli ve de başvuran

hastalara pasif içicilikten de kaçınılması konusunda bilgilendirmelidir (2). Birinci basamakta çalışan hekimler, tütün kullananlara yardımcı olma konusunda eşsiz bir konumdadır. Tüm birinci basamak hekimleri yılda tütün kullanıcılarının %80'inden fazlasına ulaşma potansiyeline sahiptirler. Düzenli olarak tütün kullanımını sordukları ve de tütün kullanıcılarına bırakmalarını önerdiklerinde vakaların %40'ının bırakma girişiminde bulunduğu ancak %2-3'ünün bunu başarabildiği görülmüştür (2). Tütün içen kişilere her başvuruda bırakması önerilmeli, 3 dakikadan daha kısa süren kısa danışmanlık bunun için etkili bir ilk adımdır (15, 27).

KYTA 2016 verilerine göre daha önce günlük tütün içenlerin %13.6'sı tütünü bırakmıştır. Son 1 yıl içinde bir sağlık kurumuna başvuran; mevcut tütün kullanıcıları ile son 1 yıl içinde bırakmış olanların %40.1'ine sigara kullanımını bırakması önerilmiştir (58). Ayrıca halen tütün kullananların %32.8'i bırakmayı planlıyor veya bırakmayı düşünüyorken sadece %7.2'lik bir grup gelecek 1 ay içinde bırakmayı düşünmektedir (6). 2017 Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırmasına göre ise nüfusumuzun %31.6'sı halen tütün ürünü kullanmaktadır. Son 1 yılda sağlık kurumuna başvuranlardan, bir sağlık çalışanı tarafından tütünü bırakma tavsiyesi alanların oranı %22.3'tür. Son 1 yılda tütün kullanan 10 kişiden 3'ü bırakmayı denemiştir (7). Hekime başvurunun söz konusu olduğu tüm durumlar tütün kullanımını değerlendirmek için bir fırsat olup; tütün kullanmayanlar mevcut hallerinin devamlılığı konusunda motive edilmeli iken tütün kullananlarsa bırakmaları için tavsiye verilmeli ve cesaretlendirilmelidir.

Hastaları değerlendirmede “Transteorik Model” (Tablo 2.3.) kullanılarak bırakmaya hazırlık durumu ve de bırakma isteği ölçülmüş ve de tedaviye hazır olma derecesi gösterilmiş olur (59).

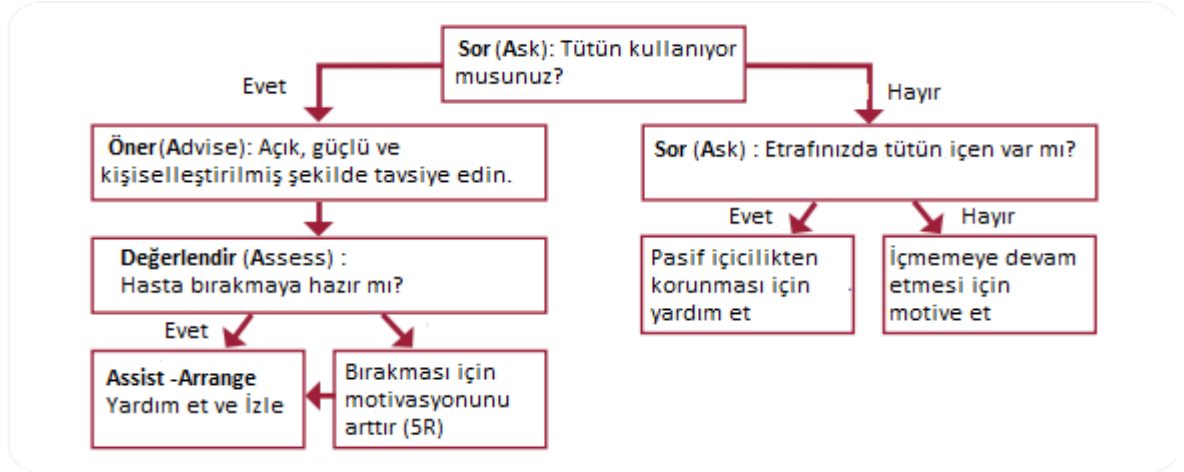
**Tablo 2.3.** Transteorik Model Değişim Evreleri.

<b>BIRAKMAYI DÜŞÜNMEME (PRE-CONTEMPLATION)</b>	Başvuran en az 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmez, yardım almayı kabul etmez ve hastalık risklerini göz ardı eder.
<b>BIRAKMAYI DÜŞÜNME (CONTEMPLATION)</b>	Başvuran önündeki 6 ay için bırakmayı düşünmekte ve sigaranın sağlığa zararları hakkında bilgisi var. Harekete geçmek yerine düşünce aşamasında sıkışmıştır.
<b>BIRAKMAYA HAZIRLANMA (PREPARATION/READY FOR ACTION)</b>	Başvuran riskleri bilir ve 1 ay içinde bırakmaya karar vermiştir.
<b>BIRAKMAYI DENEME (ACTION)</b>	Birey sigarayı bırakmış, henüz 6 ayı doldurmamıştır, nüks en fazladır.
<b>BIRAKMAYI SÜRDÜRME (MAINTENANCE)</b>	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir.

**Kısa Klinik Görüşmeler**

Klinik uygulamaların rutin bir parçası olarak tüm poliklinik başvurularında hastalara tütün kullanım durumunun belirlenmesi için uygun bir stratejiyle yaklaşmak gereklidir (2). Bırakma konusunda istekli tütün kullanıcılarında 5A, bırakma konusunda istekli olmayanlarda ise 5R yaklaşımının uygulanması önerilmektedir (2).

Şekil 2.5'te tütün kullanımını bıraktırmada yapılacak aşamalar özetlenmiştir.



Şekil 2.5. Tütün kullanımını bıraktırma yaklaşımı (2).

Sigarayı bırakmada etkililiği en iyi kanıtlanmış 2 tedavi yönteminin davranış danışmanlığı ve de ilaç tedavisi olduğu bilinmektedir. En etkili sonuç ise bu iki yöntemin beraber uygulanmasıyla sağlanmaktadır (27).

Bırakmaya istekli tütün kullanıcıları için 5A (Türkçe karşılıkları 5Ö ya da 5D) stratejileri başlığında ele alınmaktadır (2, 15, 27, 60). Tablo 2.4'te gösterilmiştir.

Tablo 2.4. Bırakma konusunda kararlı hastalarda 5A Yaklaşımı (2, 15, 27, 60).

1	ASK	ÖĞREN (SOR)	DEĞERLENDİR	Başvuran tüm hastalara her görüşmede tütün kullanım durumunu (Paket/yıl) <i>sor</i> ve kaydet
2	ADVISE	ÖNER	DOĞRU BİLGİ/ KESİN TAVSİYE	Açık, güçlü, net ve kişiselleştirilmiş mesajla bırakmayı <i>öner</i>
3	ASSESS	ÖLÇ (DEĞERLENDİR)	DERECELENDİR	Nikotin bağımlılık düzeyini <i>ölç</i> ve de bırakma isteğini <i>değerlendir</i>

**Tablo 2.4. Devam Bırakma konusunda kararlı hastalarda 5A Yaklaşımı (2, 15, 27, 60).**

4	ASSIST	ÖNDERLİK ET (YARDIMCI OL)	DESTEK OL	Danışmanlık ve uygun tedaviyi planla, bırakma çabalarına yardımcı ol
5	ARRAN GE	ÖRGÜTLE (DÜZENLE)	DÜZENLİ OLARAK İZLE	Bırakma çabalarını desteklemek ve de bırakma sonrası nüksü önlemek için düzenli izlemi yap

Tütün içmeyi bırakma açısından istekli olmayanlarda uygulanacak yöntem; 5R kavramı (2, 27, 60). Tablo 2.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 2.5. Bırakma konusunda kararsız olan hastalarda 5R yaklaşımı (2, 27, 60).**

<b>RELEVANCE (İLİŞKİ)</b>	Başvurana sigaranın zararlı etkileri konusunda mümkün olduğunca kendisiyle <i>ilişkilendirerek</i> anlamasını sağla
<b>RISKS (RİSKLER)</b>	Sigara içmenin sağlık açısından <i>risklerini</i> vurgula (Akut, uzun dönem ve çevresel riskler)
<b>REWARDS (ÖDÜLLER)</b>	Sigara bırakmanın hastaya <i>potansiyel faydaları</i> hakkında konuşulmalı
<b>ROADBLOCKS (ENGELLER)</b>	Hastanın sigarayı bırakmasının önündeki <i>engelleri</i> ve zorlukları sapt
<b>REPETITION (TEKRAR)</b>	İsteksiz hastaların her başvurusunda motivasyonel desteği <i>tekrarla</i>

## Farmakolojik Tedavi

Sigara bırakma tedavisinde nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion ve vareniklin olmak üzere üç grup ilaç vardır. Bu ilaçlar Tablo 2.6'da açıklanmıştır (27, 61).

**Tablo 2.6.** Sigara kullanımını bıraktırmada farmakolojik tedavi (27, 61).

TEDAVİ	ETKİ MEKANİZMASI	DOZ KULLANIM SÜRESİ VE ŞEKLİ	KONTRENDİKE OLDUĞU DURUMLAR	YAN ETKİLER
<b>NİKOTİN SAKIZI</b>	Yoksunluk semptomlarını azaltarak, kişinin sigarayı daha kolay bırakmasını sağlamaktır.	<25 sigara/gün ise 2 mg; ≥25 sigara/gün ise 4 mg Günde maksimum 8-12 tane, 12 haftaya kadar kullanılır.	MI Unstabil anjina Ağır kardiyak aritmi	Kötü tat, ağızda irritasyon, hıçkırık, gastrointestinal rahatsızlık, çene ağrısı, ağız-diş problemleri
<b>NİKOTİN BANDI</b>	Yoksunluk semptomlarını azaltarak, kişinin sigarayı daha kolay bırakmasını sağlamaktır.	7-14-21 mg/gün ≥10 sigara/gün ise İlk 4 hafta 21 mg/gün, 2 hafta 14 mg/gün, son 2 hafta 7 mg/gün <10 sigara/gün ise; 6 hafta boyunca 14 mg/gün 2 hafta 7mg/gün 8-12 hafta boyunca her sabah yeni band kullanılır.	Aktif ya da son bir ay içinde MI öyküsü, Unstabil angina & aritmi, gebeler ve emziren kadınlar, 18 yaşından küçükler, bant alerjisi, yaygın cilt hastalığı varlığı	Ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi, bulantı, vertigo, sersemlik, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık/diyare, eklem ve sırt ağrısı

**Tablo 2.6. Devam** Sigara kullanımını bıraktırmada farmakolojik tedavi (27, 61).

<b>BUPROPİON</b>	<p>Norepinefrin, dopaminin sinaptik geri alımının zayıf inhibitörüdür.</p> <p>Yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olur.</p>	<p>150 mg tablet</p> <p>İlk 3 gün; 1x150 mg /gün 4.gün itibarıyla; 2x150 mg/gün</p> <p>İki doz arasında en az 8 saat olmalıdır.</p> <p>Bırakma tarihinden 1-2 hafta önce başlanır. 2-6 ay kullanılır.</p>	<p>Konvulziyon Konvulziyon eşiğini düşüren ilaç kullanımı MSS travması öyküsü Kontrolsüz hipertansiyon, Ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, yeme bozuklukları, MAO inhibitörü kullanımı, 18 yaş altı, Gebeler (C grubu) Bupropiona aşırı duyarlılık, Santral sinir sistemi tümörü, Bipolar hastalık varlığı</p>	<p>Uykusuzluk Ağızda kuruma Tremor Deride kızarıklık Ciddi alerjik reaksiyon</p>
<b>VARENİKLİN</b>	<p><math>\alpha_4</math> <math>\beta_2</math> reseptörleri uyarak nikotinik agonist etkiyle nuc.accumbensden dopamin salınımını sağlar. Kullanırken nikotin alınsa dahi dopamin salınımında artış olmaz (Antagonist etki). Agonist ve antagonist etki ile nikotin bağımlılığını azaltırken yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını engeller.</p>	<p>0.5-1 mg tablet</p> <p>İlk 3 gün; 0.5 mg her sabah, 4-7 gün; 0.5 mg sabah-akşam, 8. günden sonra tedavi bitimine kadar (12 hafta boyunca); 1 mg sabah-akşam</p> <p>Bırakma tarihinden 1 hafta önce başlanır. 3-6 ay kullanılır.</p>	<p>Varenikline alerjik durum, Son dönem böbrek hastalığı, 18 yaş altı sigara içimi ve hamileler için veri yeterli değildir.</p>	<p>Bulantı, anormal rüyalar, kabızlık.</p>



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Uzmanlık tez çalışması olarak yürütülen bu araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30.04.2019 tarih ve 10 sayılı kararla etik açıdan uygun görülüp kabul edilmiştir. Ardından Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 28.06.2019 tarihinde çalışmanın yapılması için gerekli izin alınmıştır. Çalışmamız Eskişehir il merkezinde bulunan belirlenmiş 5 ASM'de (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi ASM, Osmangazi ASM, Vişnelik ASM, Anadolu ASM, Hoşnudiye ASM) yapılmış olup, bu ASM'lere kendisi ya da bir yakını ile ilgili olarak hizmet almaya gelen; 18 yaş ve üzerinde olan, bilişsel (kognitif) fonksiyonları yerinde olan, çalışmaya dahil olmak isteyen ve gönüllü onamı olan bireyler dahil edilmiştir. Çalışmamızda erişkinlerde tütün kullanımı ve bırakmaya hazırlık durumları ile bırakmış olanlarda bu durumu etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılması hedeflenen gönüllü sayısı için güç analizi Şubat 2019 tarihinde PASS11 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Türkiye genelinde belirlenen sigara içme oranı (%27) kullanılarak, tek oran için güven aralığı yaklaşımı ile %5 hata göz önünde bulundurularak 18 yaş ve üzeri en az 321 kişinin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplanmış ancak hedef katılımcı sayısı 400 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısı 442 olmuştur.

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olup, "Eskişehir İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Tütün İçme Oranları ve Tütün Kullanımını Bırakma Durumlarının İncelenmesi" anketi çalışmaya dahil edilen bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile yöneltilmiş ve de 01.07.2019-31.10-2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Anket Türkiye'de 2012 yılında yapılan KYTA anketinden ve literatürdeki benzer çalışmalardan uyarlanarak hazırlanmıştır. FNBT'ye göre bağımlılık düzeyleri ölçülmüş ve ankette sigara bırakma için isteklilikleri ve bırakmaya hazırlık düzeyleri ölçülmüştür.

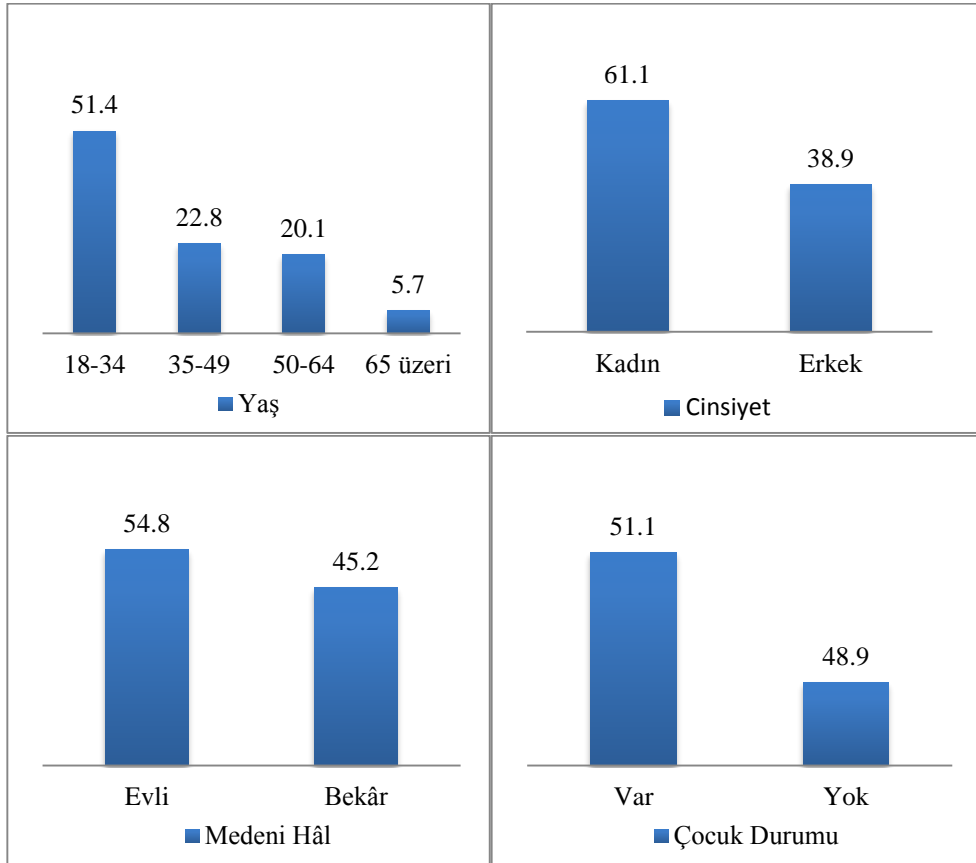
Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Tüm kategorik değişkenlerin ve likertli soruların frekans (f) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Çalışmada test tekniklerinden Ki kare testi kullanılmıştır.  $P < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamız 01.07.2019-31.10.2019 tarihleri arasında Eskişehir il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzerindeki bireylere yapılmış olup; çalışmamıza 172 (%38.9) erkek, 270 (%61.1) kadın olmak üzere toplam 442 kişi katılmıştır. Yaşa göre dağılımlara bakıldığında 18-34 yaş arası 227 (%51.4), 35-49 yaş arası 101 (%22.8), 50-64 yaş arası 89 (%20.1), 65 yaş ve üzerinde 25 (%5.7) kişinin çalışmaya katıldığı görülmüştür.

Katılımcıların 242'si (%54.8) evli, 200'ü (%45.2) bekâr olarak medeni durumlarını belirtmiş olup 216'sı (%48.9) çocuk sahibi değilken 226'sı (%51.1) çocuk sahibidir.



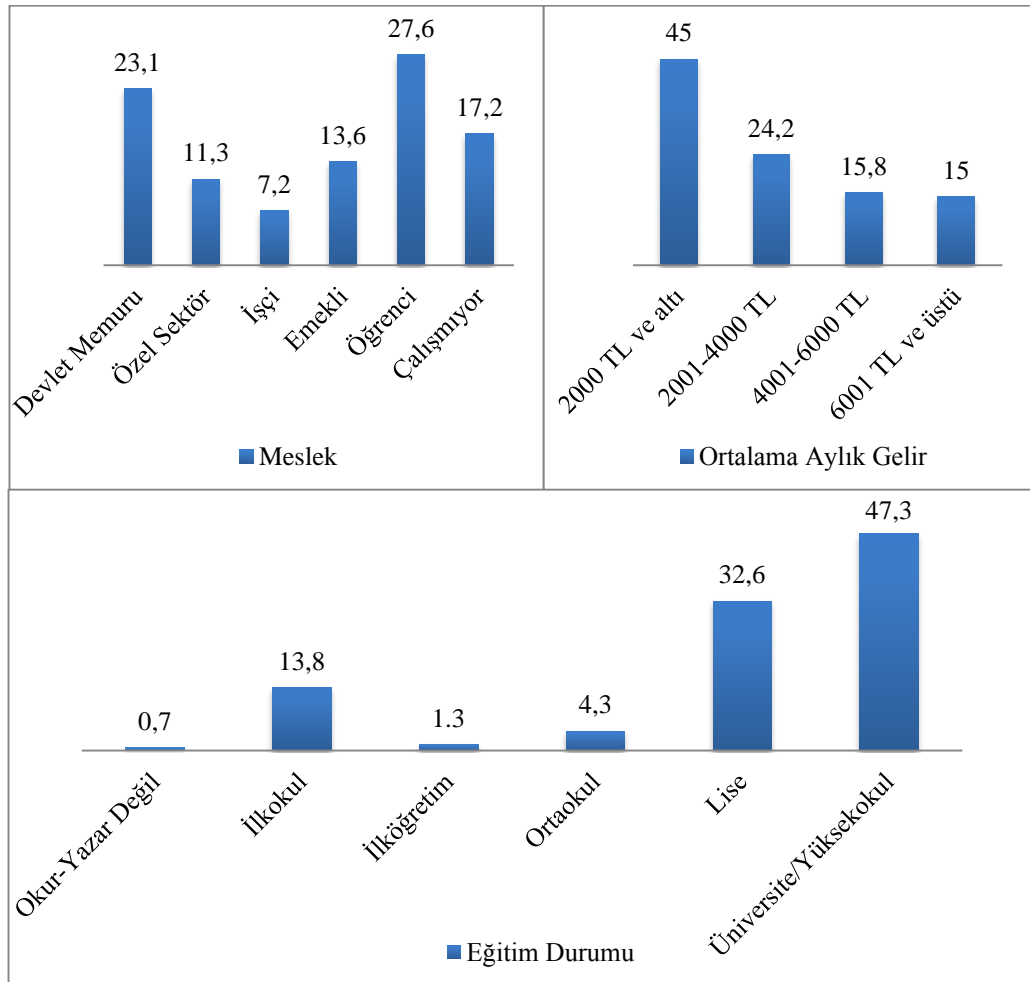
Şekil 4.1. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hâl ve çocuk durumuna göre dağılımı.

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında 3'ü (%0.7) okur-yazar değildi; 61'i (%13.8) ilkokul, 6'sı (%1.3) ilköğretim, 19'u (%4.3) ortaokul, 144'ü (%32.6) lise, 209'u (%47.3) ise yüksekokul/üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılanların meslek dağılımları incelendiğinde, 102 (%23.1) kişi devlet memuru, 50 (%11.3) kişi özel sektör, 32 (%7.2) kişi işçi, 60 (%13.6) kişi emekli, 122 (%27.6) kişi öğrenci, 76 (%17.2) kişi çalışmıyor olarak belirtmiştir. En çok katılımcının bulunduğu grup 122 (%27.6) kişiyle öğrencilerdir.

Aylık gelir durumuna göre incelendiğinde 199 kişi 2000 lira ve altı (%45), 107 kişi 2001-4000 TL arası (%24.2), 70 kişi 4001-6000 TL arası (%15.8), 66 kişi ise 6001 lira ve üstü (%15) aylık geliri olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de özetlenmiştir.



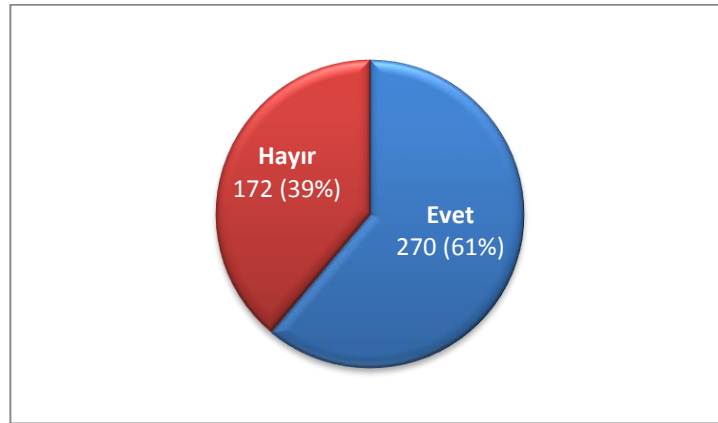
Şekil 4.2. :Katılımcıların eğitim, meslek ve ortalama aylık gelirine göre dağılımı.

**Tablo 4.1:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş</b>	18-34	227	51.4
	35-49	101	22.8
	50-64	89	20.1
	65 ve üzeri	25	5.7
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	270	61.1
	Erkek	172	38.9
<b>Medeni hal</b>	Evli	242	54.8
	Bekâr	200	45.2
<b>Çocuk durumu</b>	Yok	216	48.9
	Var	226	51.1
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-yazar değil	3	0.7
	İlkokul	61	13.8
	İlköğretim (8 yıl)	6	1.3
	Ortaokul	19	4.3
	Lise	144	32.6
	Üniversite/ Yüksekokul	209	47.3
<b>Meslek</b>	Devlet memuru	102	23.1
	Özel sektör	50	11.3
	İşçi	32	7.2
	Emekli	60	13.6
	Öğrenci	122	27.6
	Çalışmıyor	76	17.2
<b>Ortalama aylık gelir</b>	2000 TL ve altı	199	45
	2001-4000 TL	107	24.2
	4001-6000 TL	70	15.8
	6001 TL ve üstü	66	15
<b>Toplam Katılımcı Sayısı</b>		442	100

#### 4.2 Tütün Kullanma Durumu

Katılımcıların 270'i (%61.1) hayatında bir kez dahi olsa tütün içeren bir ürün kullandığını, 172'si (%38.9) ise hayatında hiç tütün ürünü kullanmadığını belirtmiştir. Mevcut tütün ürünü kullanma durumuna katılımcılardan 120 kişi (%27.2) her gün, 28 kişi (%6.3) her gün değil/ara sıra, 73 kişi (%16.5) geçmişte kullanıp bıraktığını, 221 kişi (%50) ise kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların hayatlarında bir kez dahi olsa tütün içeren ürün kullanma durumları Şekil 4.3'te gösterilmiştir.



**Şekil 4.3:** Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların mevcut tütün kullanma durumları.

Mevcut tütün kullanma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her gün	120	27.2
Her gün değil/ Ara sıra	28	6.3
Geçmişte kullandım ve bıraktım	73	16.5
Hiç kullanmadım	221	50

Çalışmamızda 148 kişi (%33.5) halen tütün ürünü kullanmaktadır. Halen tütün ürünü kullanım sıklığı erkeklerde (%34.3), kadınlara göre (%33) daha yüksektir. Ayrıca 120 kişi (%27.2) (halen) her gün sigara kullanmaktadır (Erkeklerin %30.8'i, kadınların %24.8'i). Katılımcıların tütün kullanımına başlama yaşına bakıldığında  $19.1 \pm 5.5$  idi.

#### **4.2.1. Tütün Kullanma Durumunun Sosyodemografik Verilerle İlişkisi**

Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Hayatında bir kez de olsa tütün ürünü kullanma oranı kullanmayanlara göre 50-64 yaş arasında yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Hayatında bir kez de olsa tütün ürünü kullanma oranı kullanmayanlara göre erkeklerde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile çocuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Hayatında bir kez de olsa tütün ürünü kullanma oranı kullanmayanlara göre çocuk sahibi olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Hayatında bir kez de olsa tütün ürünü kullanma oranı kullanmayanlara göre 6001 TL ve üstü aylık geliri olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile medeni hali, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.3'te görülmektedir.

**Tablo 4.3.** Hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

		Hayatınızda bir kez dahi olsa tütün içeren bir ürün kullandınız mı?				P
		Evet		Hayır		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş	18-34	123	45.6 <sup>a</sup>	104	60.4 <sup>b</sup>	0.007
	35-49	63	23.3	38	22.1	
	50-64	66	24.4 <sup>a</sup>	23	13.4 <sup>b</sup>	
	65ve üstü	18	6.7	7	4.1	
Cinsiyet	Kadın	145	53.7 <sup>a</sup>	125	72.7 <sup>b</sup>	<0.001
	Erkek	125	46.3 <sup>a</sup>	47	27.3 <sup>b</sup>	
Medeni durum	Evli	154	57	88	51.2	0.226
	Bekâr	116	43	84	48.8	
Çocuk durumu	Yok	119	44.1 <sup>a</sup>	97	56.4 <sup>b</sup>	0.012
	Var	151	55.9 <sup>a</sup>	75	43.6 <sup>b</sup>	
Eğitim durumu	Lise altı	49	18.1	40	23.3	0.054
	Lise	81	30	63	36.6	
	Üniversite/ Yüksekokul	140	51.9	69	40.1	
Ortalama aylık gelir	2000 TL ve altı	108	40 <sup>a</sup>	91	52.9 <sup>b</sup>	0.016
	2001-4000 TL	67	24.8	40	23.3	
	4001-6000 TL	45	16.7	25	14.5	
	6001 TL ve üstü	50	18.5 <sup>a</sup>	16	9.3 <sup>b</sup>	

\* Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir.

Katılımcıların mevcut tütün kullanma durumu ile yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk durumu, eğitim durumu, ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların mevcut tütün kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.4'te görülmektedir

**Tablo 4.4.** Mevcut tütün kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

		Mevcut tütün kullanma durumunuz nedir?				P
		Tütün Kullanıyor		Tütün Kullanmıyor		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş	18-34	71	48	156	53.1	0.351
	35-49	40	27	61	20.7	
	50-64	31	20.9	58	19.7	
	65 ve üstü	6	4.1	19	6.5	
Cinsiyet	Kadın	89	60.1	181	61.6	0.771
	Erkek	59	39.9	113	38.4	
Medeni durum	Evli	74	50	168	57.1	0.154
	Bekâr	74	50	126	42.9	
Çocuk durumu	Yok	73	49.3	143	48.6	0.892
	Var	75	50.7	151	51.4	
Eğitim durumu	Lise altı	20	13.5	69	23.4	0.095
	Lise	55	37.2	89	30.3	
	Üniversite/ Yüksekokul	73	49.3	136	46.3	



**Tablo 4.4. Devam** Mevcut tütün kullanma durumu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

<b>Ortalama aylık gelir</b>	2000 TL ve altı	66	44.6	133	45.2	0.515
	2001-4000 TL	41	27.7	66	22.5	
	4001-6000 TL	23	15.5	47	16	
	6001 TL ve üstü	18	12.2	48	16.3	

### 4.3. Tütün Kullanıcılarının Değerlendirilmesi

Şu anda tütün kullanan katılımcıların 12'si (%8.1) 14 yaş ve altında, 101'i (%68.2) 15-20 yaşında, 35'i (%23.7) 21 yaş ve üzerinde tütün kullanmaya başlamıştır. Şu anda tütün kullanan katılımcılardan 41'i (%27.7) ilk deneme ardından sonraki günlerde tütün kullanmaya başlamıştır.

Katılımcıların tamamının her gün kullandıkları tütün ürünü sigara olup bu kişilerin %44.6'sı toplamda 16 yıl ve üzeri yıldır kullandığını belirtmiştir. Katılımcılardan %41.2'si sigaraya aylık 201-400 TL para harcamakta iken %56.1'i tütün için yaptığı harcamanın bütçesini zorladığını belirtmiştir. Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi.

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Tütün kullanmaya kaç yaşında başladınız?</b>	14 ve altı	12	8.1
	15-20	101	68.2
	21 ve üzeri	35	23.7

**Tablo 4.5. Devam** Şu anda tütün kullanan katılımcıların tütün kullanımının değerlendirilmesi.

<b>İlk denemeden sonra yeniden ne zaman içtiniz?</b>	Sonraki günlerde	41	27.7
	Sonraki haftalarda	41	27.7
	Sonraki aylarda	34	23
	Sonraki yıllarda	27	18.2
	Hatırlamıyorum	5	3.4
<b>Hayatınız boyunca kaç yıl tütün kullandınız?</b>	15 yıl ve altı	82	55.4
	16 yıl ve üzeri	66	44.6
<b>Tütün için bütçenizden aylık ne kadar ayırıyorsunuz?</b>	200 TL ve altı	55	37.2
	201-400 TL	61	41.2
	401 TL ve üstü	32	21.6
<b>Tütün için yaptığımız harcama bütçenizi zorluyor mu?</b>	Evet	83	56.1
	Hayır	65	43.9

Katılımcılardan %56.8 (n=84) tütün bağımlısı olduğunu düşünüyorken, %33.1'i (n=49) ise tütün bağımlısı olmadığını düşünüyordu. FNBT uygulandığında sigara içenlerin %28.4'ü ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir.

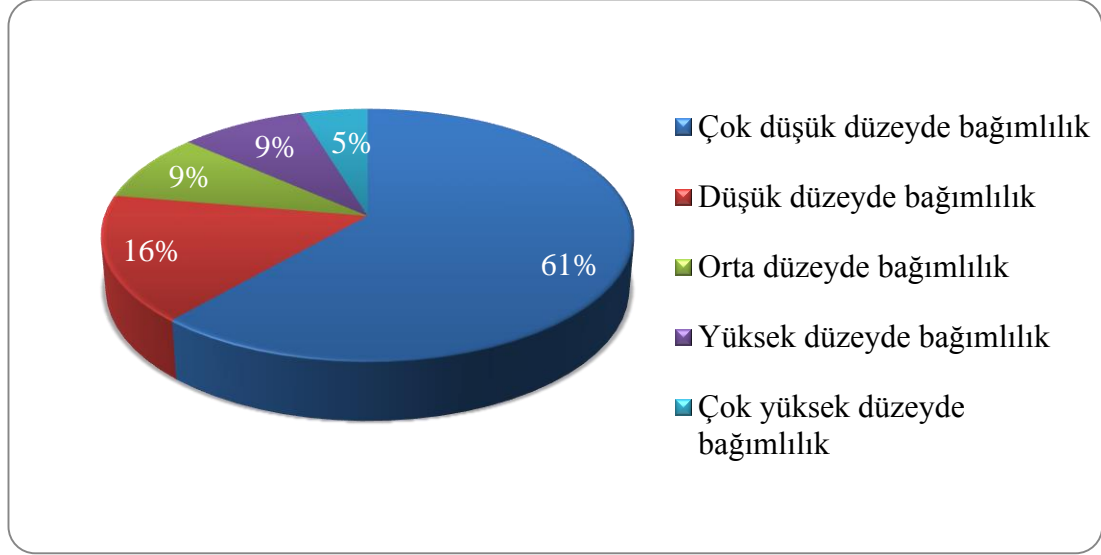
Katılımcılardan %15.5'i sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmeden durmakta zorlandığını, %26.4'ü ise sabah içilen ilk sigaradan vazgeçemeyeceğini belirtmiştir. Katılımcılardan %53.4'ü günlük 10 ve daha az adet sigara içmekte, %18.2'si sabah daha sık sigara içmekte, %19.6'sı günü yatakta geçirecek kadar hasta olsa da sigara içmektedir. Sigara içen katılımcıların %61.5'i FNBT puanlamasına göre çok düşük düzeyde bağımlıdır.

Katılımcıların FNBT'ye verdikleri yanıtların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne verdikleri cevapların dağılımı ve bağımlılık düzeyleri.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Tütün bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	84	56.8
	Hayır	49	33.1
	Bilmiyorum	15	10.1
<b>Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?</b>	İlk 5 dakika içinde	26	17.6
	6-30 dakika içinde	16	10.8
	31-60 dakika içinde	18	12.2
	1 saatten sonra	88	59.4
<b>Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?</b>	Evet	23	15.5
	Hayır	125	84.5
<b>Gün boyu içtiğiniz sigaralardan sizin için vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir?</b>	Sabah içtiğim ilk sigara	39	26.4
	Diğer herhangi biri	109	73.6
<b>Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?</b>	10 adet ve daha az	79	53.4
	11-20 adet	53	35.8
	21-30 adet	13	8.8
	31 adet ve daha fazla	3	2
<b>Günün diğer saatlerine kıyasla uyandıktan sonraki ilk saatlerde daha çok sigara içiyor musunuz?</b>	Evet	27	18.2
	Hayır	121	81.8
<b>Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?</b>	Evet	29	19.6
	Hayır	119	80.4
<b>Fagerström Bağımlılık Düzeyi</b>	Çok düşük düzeyde bağımlılık	91	61.5
	Düşük düzeyde bağımlılık	24	16.2
	Orta düzeyde bağımlılık	13	8.8
	Yüksek düzeyde bağımlılık	13	8.8
	Çok yüksek düzeyde bağımlılık	7	4.7

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeylerinin dağılımı Şekil 4.4'te gösterilmiştir.



Şekil 4.4. Katılımcıların Fagerström Bağımlılık Düzeyleri.

#### 4.4. Mevcut Tütün Kullanıcılarının Bırakma İsteklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcılar tütün kullanmaya devam etme sebeplerini en sık zevk alma, stresi azaltma ve de alışkanlık-bağımlılık olarak belirtmişlerdir. Katılımcılar en çok (n=85) zevk alması sebebiyle tütün kullanımına devam etmektedir. Sigara kullanan katılımcılardan %66.2'si sigara bırakmayı denemiş, deneyenlerin %49'u son 1 yıl içinde bırakmayı denemiştir. Son 1 yıl içinde bırakmayı deneyenlerin %80.6'sı yardım almadan bırakmayı denemiştir. Tütünü bırakmayı deneyenlerin %46'sı en son bırakılan dönemde ay süresi kadar bırakmıştır. Tütünü bırakmayı deneyenlerin %28.6'sı 3 ve daha fazla kez denemiştir.

Katılımcıların %50.7'si tütün kullanımını bırakabilirim derken tütün kullanımını bırakma isteği %40.5 sıklık ile orta; bırakma motivasyonu sıklığı ise %42.6 ile orta seviye olarak yanıtlandığı görüldü. Tütün kullanımını bırakma konusunda planını en iyi açıklayan cümleye katılımcıların %35.1'i bırakmayı planlamıyorum yanıtını vermiştir.

Tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7.** Mevcut tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi.

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Tütün içmeye devam etme sebepleri</b>	Alışkanlık-bağımlılık	77	52
	Stresimi azaltıyor.	81	54.7
	Arkadaş grubu/İnsanlarla etkileşimimi artırıyor.	24	16.2
	Yalnızlıktan ve sorunlarımdan dolayı içiyorum	25	16.9
	Bıraktığımda kilo alırım	8	5.4
	Konsantrasyonumu artırıyor	13	8.8
	Zevk alıyorum	85	57.4
<b>Tütün bırakmayı hiç denediniz mi?</b>	Evet	98	66.2
	Hayır	50	33.8
<b>Tütün bırakmayı kaç kez denediniz?</b>	1 kez	42	42.8
	2 kez	28	28.6
	3 ve daha fazla	28	28.6
<b>Son 1 yıl içinde tütün kullanımını bırakmayı denediniz mi?</b>	Evet	48	49
	Hayır	50	51
<b>En son bırakmaya çalıştığınız dönemi düşünerek tütün kullanımını ne kadar süreyle bıraktınız?</b>	....Yıl	17	17.3
	....Ay	45	46
	.....Hafta	17	17.3
	....Gün	14	14.3
	1 günden az	5	5.1

**Tablo 4.7. Devam** Mevcut tütün kullanıcılarının bırakma isteklerinin değerlendirilmesi.

<b>Son 1 yıl içerisinde, tütün kullanımını bırakmak için aşağıdakilerden herhangi birini kullandınız mı/ denediniz mi?</b>	Bırakma kliniği dahil olmak üzere danışmanlık	2	2.2
	Nikotin bandı/ sakızı	5	5.3
	Diğer reçeteli ilaç: (zyban, champix)	8	8.6
	Geleneksel ilaçlar	1	1.1
	Sigara bırakma hattı	2	2.2
	Yardım almadan	75	80.6
<b>Tütün kullanımını bırakma konusundaki düşüncenizi en iyi açıklayan cümle aşağıdakilerden hangisidir?</b>	Önümüzdeki 1 ay içerisinde bırakmayı planlıyorum.	14	9.5
	Önümüzdeki 1 yıl içerisinde bırakmayı planlıyorum.	26	17.6
	Bırakmayı planlıyorum ama önümüzdeki 12 ay içinde değil.	43	29
	Bırakmayı planlamıyorum.	52	35.1
	Bilmiyorum.	13	8.8
<b>Tütün kullanımını bırakma isteğiniz</b>	Düşük	25	16.9
	Orta	60	40.5
	Yüksek	57	38.5
	Belirtilmemiş	6	4.1
<b>Tütün kullanımını bırakma motivasyonunuz</b>	Düşük	35	23.6
	Orta	63	42.6
	Yüksek	44	29.7
	Belirtilmemiş	6	4.1
<b>Tütün kullanımını bırakmada başarılı olabilir misiniz?</b>	Asla bırakamam	5	3.4
	Bırakamam	26	17.6
	Bırakabilirim	75	50.7
	Kesinlikle bırakabilirim	31	20.9
	Bilmiyorum	11	7.4

#### 4.5. Tütün Kullanımını Bırakmış Olanların Değerlendirilmesi

Sigarayı bırakmış olan katılımcılardan %30.1'i geçmişte ara sıra sigara içtiğini, %28.8'i geçmişte günlük 11-20 adet sigara içtiğini belirtmiştir. Sigarayı bırakan katılımcılardan %90.4'ü yardım almadan bıraktığını, %38.4'ü sigarayı bırakmada sağlık sorununun etkili olduğunu, %19.2'si tütünü bıraktıktan sonra tekrar tütün içtiğini, %80.6'sı en son içmesinin üstünden yıl süre geçtiğini belirtmiştir. Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8.** Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi.

	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Geçmişte tütün kullanma sıklığınız neydi?	Günde 10 adet ve daha az	18	24.7
	Günde 11-20 adet	21	28.8
	Günde 21-30 adet	2	2.7
	Günde 31 adet ve daha fazla	10	13.7
	Ara sıra	22	30.1
Tütün kullanımını bırakmak için kullandığınız yöntem?	Bırakma kliniği dahil olmak üzere danışmanlık	1	1.4
	Nikotin sakızı/bandı	3	4.1
	Diğer reçeteli ilaç: (zyban, champix)	2	2.7
	Geleneksel ilaç	1	1.4
	Yardım almadan bıraktım	66	90.4
Tütünü bırakmada başarılı olmanızda sizi en çok motive eden faktör hangisidir?	Tütün fiyatı	2	2.7
	Sağlık sorunu	28	38.4
	Doktorun önerisi ve danışmanlığı	4	5.5
	Ailemin tütünü bırakmamı istemesi	19	26
	Tütün içmeme yönündeki kampanyalar	9	12.3

**Tablo 4.8. Devam** Tütün kullanımını bırakmış olanların değerlendirilmesi.

	Bilmiyorum	8	11
	Diğer	3	4.1
Tütünü bıraktıktan sonra hiç tütün içtiniz mi?	Evet	14	19.2
	Hayır	59	80.8
Tütün kullanmayı bırakmanızın üzerinden ne kadar zaman geçti?	...Yıl	58	80.6
	...Ay	10	13.9
	...Hafta	1	1.4
	...Gün	3	4.1

#### 4.6. Sağlık Personelinin Tütün Kullanımını Sorgulama Durumu

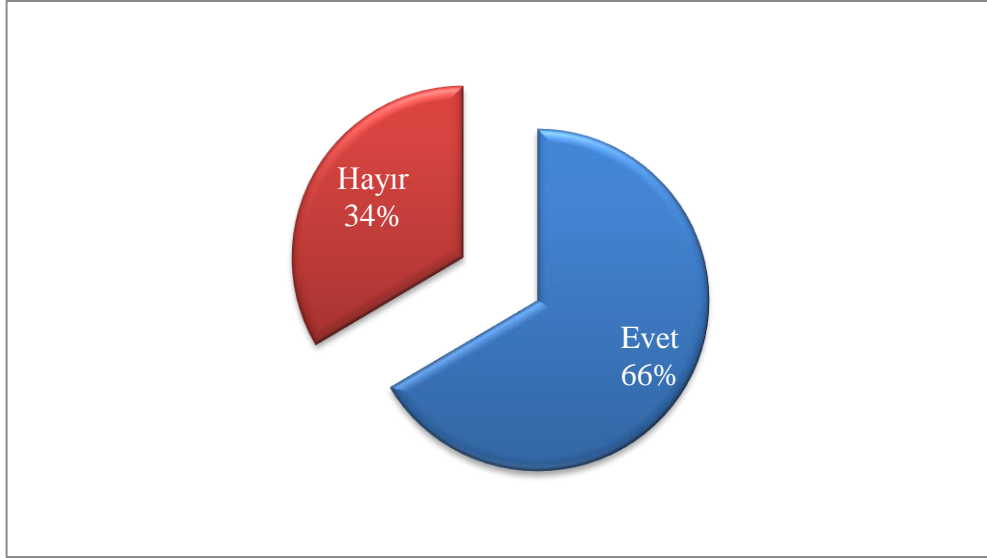
Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların %87.8'i (n=194) son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle en az 1 kez sağlık personeline başvurmuş, bu kişilerin %66.5'i (n=129) sağlık personeline gittiğinde sigara kullanımının sorgulandığını/bırakmasının önerildiğini belirtmiştir (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Şu anda tütün kullanan ve tütün kullanımını bırakmış olan katılımcıların tütün kullanımının sorgulanma durumu.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Son 1 yıl içinde herhangi bir sebeple doktor veya diğer sağlık personeline başvurduunuz mu?	Evet	194	87.8
	Hayır	27	12.2
Son 1 yıl içinde başvurduğunuz doktor ya da diğer sağlık personeli tütün kullanımınızı sorguladı mı ve bırakmanız yönünde tavsiye veya telkinde bulundu mu?	Evet	129	66.5
	Hayır	65	33.5

Tütün kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanma durumu Şekil 4.5'te gösterilmiştir.





**Şekil 4.5.** Tütün kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanma durumu.

#### 4.7. Pasif içicilik (İkinci el sigara dumanına maruziyet)

Katılımcıların %38.9'u ev içinde tütün kullanımının yasak olduğunu belirtirken, %43.9 sıklıkta katılımcı ev içinde hiçbir zaman tütün kullanılmadığını belirtmiştir. Çalışan katılımcıların %87.8'i iş yerinde kapalı alanlarda sigara kullanımına izin verilmediğini, kendine ait özel aracı olan katılımcıların %70.8'i ise özel aracında tütün kullanılmadığını belirtmiştir (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10.** Katılımcıların tütün dumanına maruziyet durumu.

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev içinde tütün kullanımı ile ilgili en geçerli kural?	Evin içinde tütün kullanılabilir	107	24.2
	Kullanılamaz ama istisnaları var.	114	25.8
	Hiçbir zaman kullanılmaz.	172	38.9
	Bu konuda herhangi bir kural yok.	49	11.1
Evinizin içinde herhangi biri ne sıklıkla tütün kullanır?	Günlük	156	35.3
	Haftalık	22	5
	Aylık	12	2.7
	Ayda 1'den az	58	13.1

**Tablo 4.10. Devam Katılımcıların tütün dumanına maruziyet durumu.**

	Hiçbir zaman	194	43.9
İş yerinizin kapalı alanlarında ne sıklıkla tütün kullanılır?	Kapalı alanlarda kullanımına izin verilmiyor.	178	87.8
	Günlük	21	10.3
	Haftalık	2	0.9
	Ayda 1'den az	2	0.9
Kendinize ait aracınızda ne sıklıkla tütün kullanılır?	Günlük	36	15
	Haftalık	9	3.8
	Aylık	8	3.3
	Ayda 1'den az	17	7.1
	Hiçbir zaman	170	70.8
Son 1 ayda kapalı alanlarda sigara içildiği görülen yerler	Kamu (Devlet) binaları veya bürolar	45	10.2
	Sağlık kuruluşları	35	7.9
	Restoran/lokanta	143	32.4
	Kafe, kahvehane, çay salonu	220	49.8
	Okul	27	6.1
	Toplu taşıma aracı	17	3.8
	Taksi	45	10.2
Başka birinin kullandığı tütün dumanını solumak aşağıdaki sorunlara yol açabilir mi? (Evet)	Yetişkinlerde kalp hastalığı	344	77.8
	Çocuklarda akciğer rahatsızlığı	417	94.3
	Yetişkinlerde akciğer kanseri	397	89.8
	Düşük doğum ağırlığı	294	66.5

#### 4.7.1. Pasif İçicilik ve Bilgi Düzeyleri

Katılımcıların %22.2'si (n=98) ikinci el sigara dumanına maruziyetin yetişkinlerde kalp hastalığına, %33.4'ü (n=148) ise düşük doğum ağırlığına yol açtığını bilmemektedir. Katılımcıların %94.3'ü ikinci el sigara dumanına maruziyetin çocuklarda akciğer rahatsızlığı yarattığını belirtmiştir. Katılımcıların ikinci el tütün

dumanına maruziyetin sağlık üzerine etkileri hakkındaki bilgileri Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11.** Katılımcıların pasif içiciliğin sağlık üzerine etkileri hakkındaki bilgileri.

		Sayı (n)			Yüzde (%)		
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Başka birinin kullandığı tütünün dumanını solumanın aşağıdaki sorunlara yol açabileceğini düşünür müsünüz?	Yetişkinlerde kalp hastalığı	344	23	75	77.8	5.2	17
	Çocuklarda akciğer rahatsızlığı	417	8	17	94.3	1.8	3.8
	Yetişkinlerde akciğer kanseri	397	15	30	89.8	3.4	6.8
	Düşük doğum ağırlığı	294	17	131	66.5	3.8	29.6

#### 4.8. Tütüne Başlama Yaşı ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütüne başlama yaşı ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların tütün kullanmaya başlama yaşı ile demografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.12’de görülmektedir.

**Tablo 4.12.** Tütüne başlama yaşı ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

		Tütün kullanmaya başlama yaşı						P
		14 ve altı		15-20		21 ve üzeri		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	4	4.5	60	67.4	25	28.1	0.065
	Erkek	8	13.6	41	69.5	10	16.9	

**Tablo 4.12. Devam** Tütüne başlama yaşı ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

Eğitim durumu	Lise altı	3	15	11	55	6	30	*
	Lise	6	10.9	40	72.7	9	16.4	
	Üniversite/Yüksek okul	3	4.1	50	68.5	20	27.4	

\*Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

#### 4.9. Tütün Kullanma Süresi ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Katılımcılarda 16 yıl ve üzeri tütün kullanımı oranı 15 yıl ve daha az tütün kullanımına göre 35-49 ile 50 yaş ve üzerinde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Katılımcılarda 16 yıl ve üzeri tütün kullanımı oranı 15 yıl ve daha az tütün kullanımına göre lise altı mezuniyeti olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile ortalama aylık geliri arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Katılımcılarda 16 yıl ve üzeri tütün kullanımı oranı 15 yıl ve daha az tütün kullanımına göre 2001-4000 TL ortalama gelire sahip olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Katılımcılarda 16 yıl ve üzeri tütün kullanımı oranı 15 yıl ve daha az tütün kullanımına göre orta düzey bağımlılarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile cinsiyeti, tütün kullanımını bırakma isteği, tütün kullanımını bırakma motivasyonu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların toplamda tütün kullanma süresi ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.13'te görülmektedir.

**Tablo 4.13.** Toplamda tütün kullanma süresi ile değişkenlerin ilişkisi.

		Hayatınız boyunca kaç yıl tütün kullandınız?				P
		0-15 yıl		16 yıl ve üzeri		
		n	%	n	%	
Yaş	18-34 yaş	69	84.1 <sup>a</sup>	2	3 <sup>b</sup>	<0.001
	35-49 yaş	10	12.2 <sup>a</sup>	30	45.5 <sup>b</sup>	
	50 yaş ve üzeri	3	3.7 <sup>a</sup>	34	51.5 <sup>b</sup>	
Cinsiyet	Kadın	55	61.8	34	38.2	0.055
	Erkek	27	45.8	32	54.2	
Eğitim durumu	Lise altı	6	30 <sup>a</sup>	14	70 <sup>b</sup>	0.048
	Lise	33	60	22	40	
	Üniversite/ Yüksekokul	43	58.9	30	41.1	
Ortalama aylık gelir	2000 TL ve altı	52	63.4 <sup>a</sup>	14	21.2 <sup>b</sup>	<0.001
	2001-4000 TL	12	14.6 <sup>a</sup>	29	43.9 <sup>b</sup>	
	4001-6000 TL	10	12.2	13	19.7	
	6001 TL ve üstü	8	9.8	10	15.2	
Fagerström bağımlılık düzeyi	Düşük düzey bağımlılık	65	79.3 <sup>a</sup>	42	63.6 <sup>b</sup>	0.043
	Orta düzey bağımlılık	11	13.4 <sup>a</sup>	20	30.3 <sup>b</sup>	
	Yüksek düzey bağımlılık	6	7.3	4	6.1	
Tütün kullanımını bırakma isteği**	Düşük	9	36	16	64	0.128
	Orta	36	60	24	40	
	Yüksek	31	54.4	26	45.6	
Tütün kullanımını bırakma motivasyonu**	Düşük	14	40	21	60	0.178
	Orta	36	57.1	27	42.9	
	Yüksek	26	59.1	18	40.9	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir.

\*\* 142 katılımcının cevabı mevcuttur.

#### 4.10. Tütüne Aylık Harcanan Para ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütüne aylık harcadığı toplam para ile yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütüne 401 TL ve üstü para harcayanların oranı 200 TL ve altı para harcayanlara göre 35-49 ile 50 yaş ve üzerinde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütüne aylık harcadığı toplam para ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütüne 401 TL ve üstü para harcayanların oranı 200 TL ve altı para harcayanlara göre erkeklerde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütüne aylık harcadığı toplam para ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütüne 401 TL ve üstü para harcayanların oranı 200 TL ve altı para harcayanlara göre evlilerde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütüne aylık harcadığı toplam para ile çocuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütüne 401 TL ve üstü para harcayanların oranı 200 TL ve altı para harcayanlara göre çocuk sahibi olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütüne aylık harcadığı toplam para ile ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütüne 401 TL ve üstü para harcayanların oranı 200 TL ve altı para harcayanlara göre aylık geliri 6001 TL ve üstü olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütüne aylık harcadığı toplam para ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların tütün için bütçesinden ayırdığı aylık harcanan toplam para ile demografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.14'te görülmektedir.

**Tablo 4.14.** Tütün için bütçeden aylık harcanan para ile demografik değişkenlerin ilişkisi.

		Tütün için bütçenizden aylık ne kadar ayırıyorsunuz?						p
		200 TL ve altı		201-400 TL		401 TL ve üstü		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-34	37	67.2 <sup>a</sup>	29	47.5 <sup>a</sup>	5	15.6 <sup>b</sup>	<0.001
	35-49	9	16.4 <sup>a</sup>	18	29.5 <sup>a,b</sup>	13	40.6 <sup>b</sup>	
	50 ve üstü	9	16.4 <sup>a</sup>	14	23 <sup>a,b</sup>	14	43.8 <sup>b</sup>	
Cinsiyet	Kadın	45	81.8 <sup>a</sup>	32	52.5 <sup>b</sup>	12	37.5 <sup>b</sup>	<0.001
	Erkek	10	18.2 <sup>a</sup>	29	47.5 <sup>b</sup>	20	62.5 <sup>b</sup>	
Medeni durum	Evli	17	30.9 <sup>a</sup>	34	55.7 <sup>b</sup>	23	71.9 <sup>b</sup>	0.001
	Bekâr	38	69.1 <sup>a</sup>	27	44.3 <sup>b</sup>	9	28.1 <sup>b</sup>	
Çocuk durumu	Yok	37	67.3 <sup>a</sup>	28	45.9 <sup>a,b</sup>	8	25 <sup>b</sup>	<0.001
	Var	18	32.7 <sup>a</sup>	33	54.1 <sup>a,b</sup>	24	75 <sup>b</sup>	
Eğitim durumu	Lise altı	7	12.7	6	9.8	7	21.9	0.257
	Lise	22	40	26	42.6	7	21.9	
	Üniversite/ Yüksekokul	26	47.3	29	47.6	18	56.2	
Ortalama aylık gelir	2000 TL ve altı	33	60 <sup>a</sup>	23	37.7 <sup>b</sup>	10	31.3 <sup>b</sup>	0.012
	2001-4000 TL	12	21.8	20	32.8	9	28.1	
	4001-6000 TL	7	12.7	12	19.7	4	12.5	
	6001 TL ve üstü	3	5.5 <sup>a</sup>	6	9.8 <sup>a,b</sup>	9	28.1 <sup>b</sup>	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir.

#### 4.11. Tütün İçin Yapılan Harcamanın Bütçeyi Zorlama Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütün için yaptığı harcamanın bütçeyi zorlama durumu ile ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütün için yaptığı harcamanın bütçesini zorlamadığını düşünenlerin oranı bütçesini zorladığını düşünenlere göre ortalama aylık geliri 6001 TL ve üstünde olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütün için yaptığı harcamanın bütçeyi zorlama durumu ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.15'te görülmektedir.

**Tablo 4.15.** Tütün için yapılan harcamanın bütçeyi zorlama durumu ile değişkenlerin ilişkisi.

		Tütün için yaptığınız harcama bütçenizi zorluyor mu?				P
		Evet		Hayır		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Ortalama aylık gelir</b>	2000 TL ve altı	42	50.6	24	36.9	0.031
	2001-4000 TL	26	31.4	15	23.1	
	4001-6000 TL	9	10.8	14	21.5	
	6001 TL ve üstü	6	7.2 <sup>a</sup>	12	18.5 <sup>b</sup>	
<b>Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?</b>	10 adet ve daha az	42	50.6	37	56.9	**
	11-20 adet	30	36.2	23	35.4	
	21-30 adet	8	9.6	5	7.7	
	31 adetten daha fazla	3	3.6	0	0	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir.

\*\*Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.



#### 4.12. Tütün Bağımlısı Olduğunu Düşünme Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumları değerlendirildiğinde 133 katılımcı evet veya hayır olarak yanıt vermiştir. Buna göre tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütün bağımlısı olduğunu düşünenlerin oranı düşünmeyenlere göre orta düzey bağımlılıkta yüksek bulunurken, tütün bağımlısı olduğunu düşünmeyenlerin oranı düşünenlere göre düşük düzey bağımlılıkta yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile günde içilen sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Tütün bağımlısı olduğunu düşünenlerin oranı düşünmeyenlere göre günde 11-20 adet ile 21 ve daha fazla kullananlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.16'da görülmektedir.

**Tablo 4.16.** Tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile değişkenlerin ilişkisi.

		Tütün bağımlısı olduğunuzu düşünüyor musunuz?				P
		Evet		Hayır		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Fagerström Bağımlılık Düzeyi</b>	Düşük düzeyde bağımlılık	50	59.5 <sup>a</sup>	45	91.9 <sup>b</sup>	<0.001
	Orta düzeyde bağımlılık	25	29.8 <sup>a</sup>	3	6.1 <sup>b</sup>	
	Yüksek düzeyde bağımlılık	9	10.7	1	2	
<b>Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?</b>	10 adet ve daha az	31	36.9 <sup>a</sup>	39	79.6 <sup>b</sup>	<0.001
	11-20 adet	41	48.8 <sup>a</sup>	9	18.4 <sup>b</sup>	
	21 adet ve daha fazla	12	14.3 <sup>a</sup>	1	2 <sup>b</sup>	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a & b) gösterilmiştir.

#### 4.13. Günde İçilen Sigara Miktarı ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların günde içtiği sigara miktarı ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Günde 21 ve üzeri adet sigara kullanma oranı 10 ve daha az adet sigara kullanmaya göre erkeklerde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların günde içtiği sigara miktarı ile Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Günde 21 ve üzeri adet sigara kullanma oranı 10 ve daha az adet kullanmaya göre orta ve yüksek bağımlılık düzeyinde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim durumu ile günde içilen sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların günde içtiği sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.17’de görülmektedir.

**Tablo 4.17.** Günde içilen sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi.

		Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?						p
		10 adet ve daha az		11-20 adet		21 adet ve fazlası		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-34	45	57	21	39.6	5	31.3	**
	35-49	15	19	20	37.7	5	31.3	
	50 ve üstü	19	24	12	22.7	6	37.4	
Cinsiyet	Kadın	61	77.2 <sup>a</sup>	24	45.3 <sup>b</sup>	4	25 <sup>b</sup>	<0.001
	Erkek	18	22.8 <sup>a</sup>	29	54.7 <sup>b</sup>	12	75 <sup>b</sup>	
Eğitim durumu	Lise altı	12	15.2	6	11.3	2	12.5	0.94
	Lise	29	36.7	21	39.6	5	31.3	
	Üniversite/ Yüksekokul	38	48.1	26	49.1	9	56.2	

**Tablo 4.17. Devam Günde içilen sigara miktarı ile değişkenlerin ilişkisi.**

<b>Ortalama aylık gelir</b>	2000 TL ve altı	37	46.8	23	43.4	6	37.5	**
	2001-4000 TL	22	27.9	15	28.3	4	25	
	4001-6000 TL	14	17.7	8	15.1	1	6.2	
	6001 TL ve üstü	6	7.6	7	13.2	5	31.3	
<b>Fagerström bağımlılık düzeyi</b>	Düşük düzey bağımlılık	75	94.9 <sup>a</sup>	31	58.5 <sup>b</sup>	1	6.2 <sup>c</sup>	<0.001
	Orta düzey bağımlılık	4	5.1 <sup>a</sup>	19	35.8 <sup>b</sup>	8	50 <sup>b</sup>	
	Yüksek düzey bağımlılık	0	0 <sup>a</sup>	3	5.7 <sup>a</sup>	7	43.8 <sup>b</sup>	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a,b,c) gösterilmiştir.

\*\*Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

#### 4.14. Sabah Uyandıktan Sonra İlk Sigarayı Yakıncaya Kadar Geçen Süre ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçirdiği süre ile Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı ilk 5 dakika içinde yakanların oranı 1 saatten fazla zaman geçtikten sonra yakanlara göre orta düzey ve yüksek düzey bağımlılığı olanlarda yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçirdiği süre ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçirdiği süre ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.18’de görülmektedir.

**Tablo 4.18.** Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre ile değişkenlerin ilişkisi.

		Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?								P
		İlk 5 dakika		6- 30 dakika		31-60 dakika		1 saatten fazla		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	11	42.3	8	50	11	61.1	59	67	0.117
	Erkek	15	57.7	8	50	7	38.9	29	33	
<b>Fagerström bağımlılık düzeyi</b>	Düşük düzey bağımlılık	0	0 <sup>a</sup>	10	62.5 <sup>b</sup>	11	61.1 <sup>b</sup>	86	97.7 <sup>c</sup>	<0.001
	Orta düzey bağımlılık	17	65.4 <sup>a</sup>	5	31.3 <sup>a</sup>	7	38.9 <sup>a</sup>	2	2.3 <sup>b</sup>	
	Yüksek düzey bağımlılık	9	34.6 <sup>a</sup>	1	6.2 <sup>a,b</sup>	0	0 <sup>b</sup>	0	0 <sup>b</sup>	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a,b,c) gösterilmiştir.

#### 4.15. Tütünü Bırakmayı Deneme Durumu ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütünü bırakmayı deneme durumu ile ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Tütünü bırakmayı denemeyenlerin oranı deneyenlere göre 2000 TL ve altı gelire sahip olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütünü bırakmayı deneme durumu ile yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). Katılımcıların tütünü bırakmayı deneme durumu ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.19’da görülmektedir.

**Tablo 4.19.** Tütünü bırakmayı deneme durumu ile değişkenlerin ilişkisi.

		Tütünü bırakmayı hiç denediniz mi?				P
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
<b>Yaş</b>	18-34 yaş	44	44.9	27	54	0.371
	35-49 yaş	30	30.6	10	20	
	50 yaş ve üzeri	24	24.5	13	26	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	58	59.2	31	62	0.741
	Erkek	40	40.8	19	38	
<b>Eğitim durumu</b>	Lise altı	15	15.3	5	10	0.405
	Lise	33	33.7	22	44	
	Üniversite/ Yüksek okul	50	51	23	46	
<b>Ortalama aylık gelir</b>	2000 TL ve altı	36	36.7 <sup>a</sup>	30	60 <sup>b</sup>	0.038
	2001-4000 TL	31	31.6	10	20	
	4001-6000 TL	19	19.4	4	8	
	6001 TL ve üstü	12	12.3	6	12	
<b>Fagerström bağımlılık düzeyi</b>	Düşük düzey bağımlılık	70	71.4	37	74.0	0.352
	Orta düzey bağımlılık	23	23.5	8	16.0	
	Yüksek düzey bağımlılık	5	5.1	5	10.0	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a,b) gösterilmiştir.

#### 4.16. Fagerström Bağımlılık Düzeyi ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile tütün kullanımını bırakma isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ).

Çalışmamızda yüksek düzey bağımlılığı olanların oranı düşük düzey bağımlılığı olanlara göre tütün kullanımını bırakma isteği düşük olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile son 1 yıl içinde tütün kullanımını bırakmayı denemesi, tütün kullanımını bırakma motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.20'de görülmektedir.

**Tablo 4.20.** Fagerström bağımlılık düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi.

		Fagerström bağımlılık düzeyi			P
		Düşük düzey bağımlılık	Orta düzey bağımlılık	Yüksek düzey bağımlılık	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Son 1 yıl içinde tütünü bırakmayı deneme**	Evet	36 (51.4)	10 (43.5)	2 (40)	0.715
	Hayır	34 (48.6)	13 (56.5)	3 (60)	
Tütün kullanımını bırakma isteği***	Düşük	12 (11.8 <sup>a</sup> )	8 (26.7 <sup>a,b</sup> )	5 (50 <sup>b</sup> )	0.016
	Orta	45 (44.1)	13 (43.3)	2 (20)	
	Yüksek	45 (44.1)	9 (30)	3 (30)	
Tütün kullanımını bırakma motivasyonu ***	Düşük	21 (20.6)	10 (33.3)	4 (40)	0.481
	Orta	48 (47)	12 (40)	3 (30)	
	Yüksek	33 (32.4)	8 (26.7)	3 (30)	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a,b) gösterilmiştir.

\*\*98 katılımcı yanıtlamıştır.

\*\*\*142 katılımcı yanıtlamıştır.

#### 4.17. Tütün Kullanımını Bırakmak İstediginde Başarılı Olma Düzeyi ile Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütün kullanımını bırakmak istediğinde başarılı olma düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.21’de görülmektedir.

**Tablo 4.21.** Tütün kullanımını bırakmak istediğinde başarılı olma düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi.

		Tütünü bırakmak istediğinizde başarılı olabilir misiniz?										p
		Asla Bırakamam		Bırakamam		Bırakabilirim		Kesinlikle bırakabilirim		Bilmiyorum		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-34	2	40	5	19.2	41	54.7	16	51.6	7	63.6	*
	35-49	2	40	10	38.5	19	25.3	6	19.4	3	27.3	
	≥50	1	20	11	42.3	15	20	9	29	1	9.1	
Cinsiyet	Kadın	4	80	11	42.3	49	65.3	18	58.1	7	63.6	*
	Erkek	1	20	15	57.7	26	34.7	13	41.9	4	36.4	
Eğitim durumu	Lise altı	2	40	5	19.2	10	13.3	3	9.7	0	0	*
	Lise	2	40	8	30.8	31	41.3	10	32.3	4	36.4	
	Üniversite	1	20	13	50	34	45.3	18	58.1	7	63.6	
Ortalama aylık gelir	≤ 2000 TL	3	60	9	34.6	35	46.7	16	51.6	3	27.3	*
	2001-4000	1	20	12	46.2	18	24	9	29	1	9.1	
	4001-6000	0	0	1	3.8	13	17.3	5	16.1	4	36.4	
	≥ 6001 TL	1	20	4	15.4	9	12	1	3.2	3	27.3	
Fagerström bağımlılık düzeyi	Düşük	0	0	16	61.5	64	85.3	23	74.1	4	36.4	*
	Orta	3	60	8	30.8	9	12.0	6	19.4	5	45.5	
	Yüksek	2	40	2	7.7	2	2.7	2	6.5	2	18.2	
Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?	≤ 10 adet	1	20	9	34.6	46	61.3	20	64.5	3	27.3	*
	11-20 adet	1	20	13	50	24	32	9	29	6	54.5	
	≥ 21 adet	3	60	4	15.4	5	6.7	2	6.5	2	18.2	

**Tablo 4.21. Devam** Tütün kullanımını bırakmak istediğinde başarılı olma düzeyi ile değişkenlerin ilişkisi.

Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre	İlk 5 dk içinde	5	100	4	15.4	7	9.3	5	16.1	5	45.4	*
	6-30 dk	0	0	5	19.2	6	8	5	16.1	0	0	
	31-60 dk	0	0	5	19.2	8	10.7	1	3.3	4	36.4	
	1 saatten fazla	0	0	12	46.2	54	72	20	64.5	2	18.2	

\*Ki kare testi frekans yetersizliğinden yapılamaz.

#### 4.18. Tütün Kullanımını Bırakma Motivasyonu ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütün kullanımını bırakma motivasyonu ile yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların tütün kullanımını bırakma motivasyonu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.22’de görülmektedir.

**Tablo 4.22.** Tütün kullanımını bırakma motivasyonu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

		Tütün kullanımını bırakma motivasyonunuz?						p
		Düşük		Orta		Yüksek		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-34	14	40	33	52.4	18	40.9	0.492
	35-49	12	34.3	13	20.6	15	34.1	
	50	9	25.7	17	27	11	25	
Cinsiyet	Kadın	18	51.4	42	66.7	25	56.8	0.298
	Erkek	17	48.6	21	33.3	19	43.2	
Eğitim durumu	Lise altı	8	22.9	5	7.9	7	15.9	0.174
	Lise	10	28.6	30	47.6	15	34.1	
	Üniversite	17	48.6	28	44.4	22	50	



**Tablo 4.22. Devam** Tütün kullanımını bırakma motivasyonu ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

<b>Ortalama aylık gelir</b>	≤2000 TL	16	45.7	30	47.6	17	38.6	0.572
	2001-4000 TL	10	28.6	14	22.2	17	38.6	
	4001-6000 TL	4	11.4	12	19	7	15.9	
	≥6001 TL	5	14.3	7	11.1	3	6.8	

#### 4.19. Fagerström Bağımlılık Düzeyi ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ )

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile yaşı, medeni hali, çocuk durumu, eğitim durumu, ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.23'te görülmektedir.

**Tablo 4.23.** Fagerström bağımlılık düzeyi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

		Fagerström bağımlılık düzeyi						p
		Düşük		Orta		Yüksek		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-34	55	51.4	10	32.3	6	60	0.238
	35-49	25	23.4	13	41.9	2	20	
	≥ 50	27	25.2	8	25.8	2	20	
Cinsiyet	Kadın	71	66.4	14	45.2	4	40	0.042
	Erkek	36	33.6	17	54.8	6	60	
Medeni hal	Evli	52	48.6	17	54.8	5	50	0.829
	Bekâr	55	51.4	14	45.2	5	50	
Çocuk durumu	Yok	54	50.5	12	38.7	7	70	0.206
	Var	53	49.5	19	61.3	3	30	

**Tablo 4.23. Devam Fagerström bağımlılık düzeyi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.**

Eğitim durumu	Lise altı	15	14	4	12.9	1	10	0.881
	Lise	42	39.3	10	32.3	3	30	
	Üniversite	50	46.7	17	54.8	6	60	
Ortalama aylık gelir	≤ 2000 TL	47	43.9	16	51.7	3	30	0.202
	2001-4000 TL	32	29.9	5	16.1	4	40	
	4001-6000 TL	18	16.8	5	16.1	0	0	
	≥ 6001 TL	10	9.4	5	16.1	3	30	

#### 4.20. Tütün Kullanmayı Bırakma Süresi ile Sosyodemografik Değişkenlerin İlişkisi

Katılımcıların tütün kullanmayı bırakma süresi ile yaşı, medeni hali, çocuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Katılımcılarda tütün kullanmayı hafta, gün, saat süreyle bırakanların oranı yıl, ay süreyle bırakanlara göre 18-34 yaş arasında yüksek bulunmuştur. Katılımcılarda tütün kullanmayı yıl, ay süreyle bırakanların oranı; hafta, gün, saat süreyle bırakanlara göre evlilerde yüksek bulunmuştur. Katılımcılarda tütün kullanmayı yıl, ay süreyle bırakanların oranı; hafta, gün, saat süreyle bırakanlara göre çocuk sahibi olanlarda yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tütün kullanmayı bırakma süresi ile cinsiyeti, eğitim durumu, ortalama aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların tütün kullanmayı bırakma süresi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi Tablo 4.24'te görülmektedir.

**Tablo 4.24.** Tütün kullanmayı bırakma süresi ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisi.

		En son bırakmaya çalıştığımız dönemi düşünerek, tütün kullanmayı ne kadar süreyle bıraktınız?				p
		Yıl, Ay		Hafta, Gün, Saat		
		n	%	n	%	
Yaş	18-34	22	35.5 <sup>a</sup>	22	61.1 <sup>b</sup>	0.048
	35-49	22	35.5	8	22.2	
	≥ 50	18	29	6	16.7	
Cinsiyet	Kadın	40	64.5	18	50	0.159
	Erkek	22	35.5	18	50	
Medeni hal	Evli	41	66.1 <sup>a</sup>	12	33.3 <sup>b</sup>	0.002
	Bekâr	21	33.9 <sup>a</sup>	24	66.7 <sup>b</sup>	
Çocuk durumu	Yok	24	38.7 <sup>a</sup>	23	63.9 <sup>b</sup>	0.016
	Var	38	61.3 <sup>a</sup>	13	36.1 <sup>b</sup>	
Eğitim durumu	Lise altı	10	16.1	5	13.9	0.441
	Lise	18	29	15	41.7	
	Üniversite/ Yüksekokul	34	54.9	16	44.4	
Ortalama aylık gelir	2000 TL ve altı	17	27.4	19	52.8	0.065
	2001-4000 TL	21	33.9	10	27.8	
	4001-6000 TL	14	22.6	5	13.9	
	6001 ve üstü	10	16.1	2	5.5	

\*Ki-kare testi, farklılığın kaynaklandığı sütun değerleri farklı harflerdeki üst imgelerle (a,b,c) gösterilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

DSÖ'nün kronik bir hastalık olarak kabul ettiği tütün kullanımı, hem kullanan bireyi hem de pasif sigara dumanına maruz kalan bireyleri etkileyerek dünyada ve ülkemizde önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olarak halk sağlığını tehdit etmektedir. Bireylerin sıklıkla ve öncelikle başvurduğu ASM'lerde tütün kullanım sıklığı ve bırakmaya hazırlık durumunun bilinmesi tütün bağımlılığı ile mücadelede yol gösterici önemli katkılar sunabilir.

KYTA verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde tütün ürünü kullanım sıklığı 2008-2012 yılında %31.2'den %27.1'e gerilemişken 2016 yılında artarak %31.6'ya ulaşmıştır (4-6). Ülkemizde farklı bölgelerde küçük grupları kapsar şekilde yapılan çalışmalarda sigara kullanım sıklığının %61.7'ye kadar yükselebildiği görülmektedir (62-68). Eskişehir'de daha önce yapılmış çalışmalarda sigara kullanım sıklığı 2011 yılında %31.4, 2014'te %36.7, 2015 yılında ise %35.8 olup çalışmamızda halen tütün ürünü kullanım sıklığı %33.5'tir (69-72).

Çalışmamızda katılımcıların %61'i hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında ise Türkiye'de hayatı boyunca bir kez dahi olsa sigarayı kullananların oranı %39.5 ile %69.9 arasında değişmektedir (68, 73-76).

Bu çalışmada tütün kullananların %53.4'ü günde 10 adet ve daha az sigara içmektedir. Çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilen çalışmalar olduğu gibi (Eticha ve Kidane'in çalışmasında sigara içenlerin çoğu (%89.4), Mahfouz ve ark.'nın çalışmasında %80.4'ü, Fernandez ve ark.'nın yaptığı çalışmada %71.1'i, Kutlu ve ark.'nın çalışmasında %48.2'si günde 10 adet ve daha az sigara kullanıyordu.), farklı sonuçların elde edildiği çalışmalar da (Can R.'nin çalışmasında %44.9'u günlük 11-20 arası, Çilingir ve ark. %52'si 11-20 arası, Alexopoulos ve ark. %37.6'sı 10-19 arası, Eid ve ark. %47.7'si 20'den fazla sigara kullanıyordu.) mevcuttur (70, 77-83).

Tütün bağımlılığının sıklıkla 15-19 yaşlarında başladığı ve de ergenliğinde tütün kullanmaya başlayanların yaklaşık yarısının 15-20 yıl boyunca tütün içmeye devam ettiği bilinmektedir (45, 84). 2016 KYTA verilerine göre ülkemizde tütün kullanımına başlama ortalaması 17 yaştır (6). Çalışmamızda tütün kullanmaya başlama yaşının ortalama  $19.1 \pm 5.5$  olduğu ve katılımcıların literatürdeki çalışmalara benzer olarak sıklıkla 15-20 yaş aralığında (%68.2) tütün kullanmaya başladığı

görülmektedir (63, 76, 78, 85-88). Tütün kullanımının zararları konusunda eğitiminin farkındalık yaratması ve bilinç oluşturması açısından ergenlik dönemiyle başlatılması gerektiğini ve böylece tütün kullanım sıklığının azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların tütün kullanımını bırakmasında ilk sırada sağlık sorunu %38.4 etkili olurken, %26'sında aile bireylerinin tütünü bırakmasını istemesi etkili olmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında da tütünü bırakmada sıklıkla sağlık problemlerinin etkili olduğu ve gelecekte sağlıkla ilgili endişeleri sebebiyle bırakmak istedikleri görülmektedir (4, 63, 76, 83, 86, 89-91). Tütün kullanımını bırakmak isteyenlerin motivasyonunu arttırmak amacıyla bu durumun daha çok vurgulanması gerektiği düşünülmektedir.

Bireylerin sigara içme durumunu ve de bağımlılık düzeylerini cinsiyet, yaş, medeni durum, aylık gelir düzeyi, eğitim durumu gibi birçok faktör etkiler (66). Bu çalışmada katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile yaş, cinsiyeti, çocuk durumu ve aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma oranı kullanmayanlara göre 50-64 yaş arasında, erkeklerde, çocuk sahibi olanlarda ve aylık geliri 6001 TL ve üzeri olanlarda yüksek olduğu saptanmıştır. Ulukoca ve ark.'nın (92) yaptığı çalışmada da geliri yüksek olanlarda sigara kullanımını daha yüksek bulunmuştur. Çapık ve Cingil (93)'in çalışmasında ise gelir durumu sigara içmeyi etkilemiyordu. Çalışmamızda katılımcıların hayatında bir kez dahi olsa tütün ürünü kullanma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer sonucu olan çalışma olduğu gibi (94) eğitim düzeyi arttıkça sigara içmenin arttığını (95) ve azaldığını (62) gösteren çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızda halen tütün ürünü kullanım sıklığı erkeklerde (%34.3), kadınlar göre (%33) daha yüksektir. Çalışmamız bu yönüyle literatürdeki çalışmalara benzerdir (62, 63, 66, 67, 77, 96). Çalışmamızda endişe verici sonuç kadınlarda tütün kullanım oranının Türkiye ortalamasından yüksek saptanması olmuştur (4, 6, 7, 46).

Kadınlarda tütün kullanımının özellikle gelişmekte olan ülkelerde, eğitim düzeyi ve kişi başı gelir seviyesinin artmasıyla yükseldiği görülmüştür (97). Sigara kullanımında tütün endüstrisinin hedef grubu olan kadınları korumak için etkili tütün karşıtı politikalar geliştirilebilir (98).

Çalışmamızda sigara kullananların yarısından fazlası (%56.1) tütün kullanımını bırakmayı düşünmektedir ya da bırakma planı yapmıştır. Sigara kullananların %9.5'inin önümüzdeki 1 ay içerisinde bırakmayı planladığı, %17.6'sının ise önümüzdeki 1 yıl içinde bırakmayı planladığı saptanmıştır. KYTA verilerine göre ise halen tütün kullananların 2012'de %55.2'si bırakmayı planlamakta ya da bırakmayı düşünmekteyken 2016 yılında ise bu oran %32.8'e gerilemiştir (4, 6, 58). 2012 yılında 30 gün içinde bırakmayı düşünenlerin sıklığı %12.9 iken 2016 'da bu oran %7.2'ye gerilemiştir (4, 6). Karadağlı ve Nahcivan'ın yaptığı çalışmada önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı planlayanların oranı %22.2'dir (99). Türkiye de yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Konya'da %20.3 ile %43.3 arasında (80, 100), Ankara'da %20.4 (101), Malatya'da %29.2 (102) bulunurken, yurt dışında yapılan çalışmalarda ise Almanya'da %31 (103), Kore'de %23 (104), Amerika'da %12.5 ile %29 arasında (105, 106) bulunmuştur. Sigara bırakmaya dair hazırlık oranlarındaki farklılıkların; örneklem gruplarıyla kullanılan ölçüm araçlarının farklı olması ve verilerin farklı dönemlerde toplanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda tütün kullananların önemli bir kısmının bırakmak istediği anlaşılmaktadır. Bu yüzden bırakma motivasyonlarını güçlendirecek önerilerde bulunup tedavilerinde yardımcı olunarak tütün kontrolüne önemli bir katkı sağlanmış olacaktır.

Literatürdeki çalışmalarda kişinin sigarayı bırakmaya hazır oluşunda yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, günlük tükettiği sigara sayısı, nikotin bağımlılık düzeyi gibi birçok etkenin rol aldığı öne sürülmektedir (101, 107, 108). Bu çalışmada da yurtiçi ile yurt dışında yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiş (100, 101, 103, 106-108); katılımcıların tütünü bırakmayı deneme durumu ile yaşı-cinsiyeti (106, 108), eğitim durumu (101, 108), Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat bazı çalışmalarda tütünü bırakmayı deneme durumu ile yaşı (101, 107) ve eğitim düzeyi (107) arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda sigara içenlerin %61.5'inin çok düşük düzeyde bağımlı olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan %53.4'ü günlük 10 adet ve daha az sigara içmekte, %28.4'ü sabah kalktığında ilk sigarasını ilk 30 dakikada yaktığını belirtmektedir. KYTA verilerine göre ülkemizde sigara içenlerin %70.4'ü günde 11 adet ve daha fazla sigara içmektedir; günde içilen ortalama sigara sayısı 19.2'dir. Sigara içenlerin

yaklaşık yarısı (%42.1) da günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir (4).

Nikotin bağımlılık düzeyi sigara bırakma başarısında önemli etkenlerdendir. Yapılan çalışmalarda sigarayı bırakan kişilerde FNBT ile saptanan bağımlılık düzeyi bırakamayanlara göre daha düşük saptanmıştır (109, 110). Çalışmamızda katılımcıların Fagerström bağımlılık düzeyi ile tütün kullanımını bırakma isteği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yüksek düzey bağımlılığı olanların tütün kullanımını bırakma isteği düşük bulunmuştur. Hayran ve ark.'nın yaptığı çalışmada da çalışmamızla benzer olarak Fagerström puanı yüksek olanların sigarayı bırakmayı daha az düşünenler olduğu saptanmıştır (111). Çalışmamızla benzer sonuçların görüldüğü başka çalışmalar dışında (99, 100, 103, 108), aksi sonuçların bulunduğu çalışmaların da olduğu görülmektedir (112).

Günün ilk sigarasını içme zamanı da nikotin bağımlılığı göstergesi olması bakımından önemlidir (4). Fagerström'un yaptığı bir çalışmada da FNBT sorularından bağımlılığı belirlemede "sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçirdiği süre" ile ilgili sorunun daha değerli olduğu ve ayrıca "günlük içilen sigara miktarının" da güvenilir olduğu belirtilmiştir (113). Bozkurt ve Bozkurt'un çalışmasında da bu iki soruyla nikotin bağımlılığı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (114). Çalışmamızda da katılımcıların sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçirdiği süre ile Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı ilk 5 dakika içinde yakanların oranı 1 saatten fazla zaman geçtikten sonra yakanlara göre orta düzey ve yüksek düzey bağımlılığı olanlarda yüksek saptanmıştır.

KYTA verilerinde günde içilen sigara sayısı ortalaması 2012'de 19.2 iken (Erkeklerde (20.3), kadınlarda (15.3)), 2016'da 18'e (Erkeklerde (18.9), kadınlarda (15.8)) gerilemiştir. Her iki araştırmada da erkekler kadınlara göre daha çok sayıda sigara içmektedir (4). Çalışmamızda katılımcıların günde içtiği sigara miktarı ile cinsiyeti, Fagerström bağımlılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Günde 21 ve üzeri adet sigara kullanma oranı 10 ve daha az adet sigara kullanmaya göre erkeklerde, orta ve yüksek bağımlılık düzeyinde yüksek bulunmuştur. 2018 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde uzmanlık tezi olarak yapılan çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir (115).

Çalışmamızda katılımcıların tütün bağımlısı olduğunu düşünme durumu ile Fagerström bağımlılık düzeyi, günde içilen sigara miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Tütün bağımlısı olduğunu düşünenlerin oranı düşünmeyenlere göre orta düzey bağımlılıkta, günde 11-20 adet ile 21 ve daha fazla kullananlarda yüksek bulunurken; tütün bağımlısı olduğunu düşünmeyenlerin oranı düşünenlere göre düşük düzey bağımlılıkta yüksek bulunmuştur. 2018 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde uzmanlık tezi olarak yapılan çalışmada ise tütün bağımlısı olduğunu düşünenlerin çoğu yüksek düzey bağımlılığı olanlar ve 11-20 adet sigara içenler olarak bulunmuştur (115).

Çalışmamızda katılımcıların tütün kullanmayı bırakma süresi ile yaşı, medeni hali, çocuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcılarda tütün kullanmayı yıl, ay süreyle bırakanların oranı hafta, gün, saat süreyle bırakanlara göre evlilerde, çocuk sahibi olanlarda yüksek bulunurken; tütün kullanmayı hafta, gün, saat süreyle bırakanların oranı yıl, ay süreyle bırakanlara göre 18-34 yaş arasında yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmada ise katılımcıların tütün kullanmayı bırakma süresi ile yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (115).

Çalışmamızda halen tütün kullanan ve bırakmış olan katılımcıların %66.5'i başvurdukları sağlık personelinin tütün kullanımını sorguladığını ve bırakma önerisinde bulunduğunu belirtmiştir. KYTA verilerine göre Türkiye'de sağlık personeline başvuranların sigara içme durumunun sorgulanması 2012 yılında %51.4 iken 2016 da %46'ya gerilemişken, içenlere bırakma önerisinde bulunulması sıklığı ise %42.9'dan %40.1'e gerilemiştir (4, 58). Üçer H ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin yalnızca %53.7'si hastalarının sigara içme durumunu sorgulamaktadır (116). Karadağlı ve Nahcivan'ın sigara bırakmaya hazır olma durumuyla ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların % 61'i bırakma önerisi almamışken, bırakma önerisi alanların sıklığı %39 olarak saptanmıştır (99). Farklı ülkelerdeki araştırmalarda hekimlerin hastalarının sigara kullanımlarını %50-%90 arası sıklıkla sorguladıkları görülmektedir (117-121). Çalışmamızda ise tütün kullanım durumu sorgulananlar, bırakması tavsiye edilenler çoğunluktadır. KYTA raporunda da vurgulandığı gibi sağlık personelinin hastalarla her görüşmesinde sigara kullanım durumunu sorması ve sigara içenlere, özellikle de sağlık sorunu olanlarla, gebelere



bırakma önerisinde bulunması önemlidir (4). Sigara içenlerle yapılan kısa görüşmelerle dahi sigara bırakma oranlarının arttığı göz önüne alınırsa aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının sigara bırakma danışmanlığı verebilmesi birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesi adına önemli bir adımdır.

Çalışmamızda katılımcıların %16.5'inin tütün kullanımını bırakmış olduğu ve bu katılımcıların %90.4 sıklıkla yardım almadan bıraktığı yalnızca %9.6'sının farmakoterapi ile diğer yöntemleri kullandığı saptanmıştır. Tütün kullananların %66.2'si bırakmayı denemiş, deneyenlerin ise %49'u son 1 yıl içinde bırakma girişiminde bulunmuştur. Tütün kullanımını bırakmaya çalışan katılımcıların %80.6 sıklıkla yardım almadan bırakma girişiminde bulunduğu saptanmıştır. KYTA'ya göre ise 2012 yılında sigara içenlerin yaklaşık yarısı (%46) son 1 yıl içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Bırakma yöntemlerinden farmakoterapi kullananların sıklığı %13.6 iken danışmanlık/tavsiye alanların sıklığı %6'dır (4). Literatürdeki çalışmalarda ise sigara kullanan bireylerin son bir yıl içinde %42-%81 sıklıkla sigarayı bırakmayı denedikleri bildirilmiştir (65, 68, 87, 88, 122-124). Sigara bırakmada başarılı olmak için danışmanlık/tavsiye ve farmakoterapi etkili yöntem olduğundan sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

KYTA verilerinde (2012-2016) pasif etkilenimin evde %38.3'ten %26.7'ye gerilediği; iş yerlerinde ise %15.6'dan %10.6'ya gerilediği görülmektedir (4, 6). Çalışmamızda ise katılımcıların %56.1'i evde, %12.2'si iş yerinde pasif etkilenimin olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda en sık kafe ve restoranlarda olmak üzere kamu binalarında, sağlık kuruluşlarında kapalı alanlarda tütün kullanımını görme sıklığı KYTA verilerine göre yüksektir (4, 6). Sigara içmeyen bireylerin korunması adına sigara kullanım alanlarının kısıtlanması, sigara kullanımı yasak olduğu yerlerde takibinin sıkı yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda pasif içiciliğin katılımcıların %77.8'i yetişkinlerde kalp hastalığına ve %89.8'i akciğer kanserine, %94.3'ü çocuklarda akciğer hastalıklarına, %66.5'i düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna sebep olduğunu bilmektedir. Çalışmamızdaki pasif içiciliğin sağlığa etkilerini bilme durumu KYTA verilerine göre daha düşüktür (Yetişkinlerde akciğer kanseri (%94.8), kalp hastalığı (%92.4), düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu (%78.9)) (4). Pasif etkilenimin sağlık üzerine etkileri konusunda her hasta muayenesinde tütün kullanımının sorulması ve sağlığa etkileri

konusunda bilgilendirilmesi bireylerin bilgi ve farkındalığının arttırılmasında etkili olacaktır.

**Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları:** Çalışmamız; toplum özelliklerini direk yansıttığını düşündüğümüz aile sağlığı merkezlerinde yeterli düzeyde katılımcıyla yapılmıştır. Çalışmamızın kısıtlılığı ise tek şehir ve il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde gönüllü katılımcılara yapılmış olması ve örneklem grubunun yaşa, cinsiyete göre sınıflandırılmamış olmasını sayabiliriz.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Çalışmaya katılan 442 kişinin yaklaşık üçte biri tütün ürünü kullanmaktadır. Erkeklerde tütün kullanım sıklığı kadınlara göre yüksektir ve kadınlarda tütün kullanım sıklığı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Tütün endüstrisinin yeni hedef grubu olan kadınları korumak için tütün karşıtı politikaların uygulanma alanları arttırılmalıdır.
- 2) Tütün kullanmaya en sık 15-20 yaşlarında başladığı görülmüştür. Tütün bağımlılığının adölesan dönem itibariyle başlaması; özellikle ilköğretim döneminden itibaren tütün ve ürünlerinin sağlığa zararları konusunda farkındalık yaratılması ve bilinç oluşturulması açısından eğitimlerin arttırılması, özellikle Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığının birlikte planlama yapması uzun dönemde tütün kullanım sıklığını azaltabilir.
- 3) Bireylerin tütün kullanmaya en sık zevk alma olmak üzere stresimi azaltma ve alışkanlık-bağımlılık sebepleri ile devam ettikleri saptanmıştır. Tütün kullanımından zevk alınması, bırakma önündeki en önemli engel gibi durmaktadır.
- 4) Çalışmamızda tütün kullanan katılımcılar sıklıkla çok düşük bağımlılık düzeyine sahiptir. Tütün bağımlılığı düzeyinin yüksek olmasıyla bırakma isteğinin azaldığını göz önüne alınarak, uygun tedavi yöntemleri ile erken evrede bıraktırmak önem arz etmektedir.
- 5) Sigara kullananların yarısından fazlasının tütünü bırakmayı düşündüğü ya da bırakma planı yaptığı saptanmıştır. Ayrıca sigara kullanan her 3 katılımcıdan birinin daha önce bırakmayı denediği, sıklıkla yardım almadığı için çoğunun sigarayı bırakma konusunda başarısız olduğu görülmüştür. Sigara bırakmada başarılı olmak için kısa klinik görüşmelerle danışmanlık/tavsiye ve farmakoterapi etkili yöntem olduğundan tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.
- 6) Tütünü bırakmada başta kişinin sağlık sorunu öne çıkarken, ailesinin bireyin tütün kullanmasını bırakmasını istemesi de çok etkili olmuştur. Ayrıca tütün kullanmayı daha uzun süreli bırakanların evli, çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Bu yüzden tütünü bırakmak isteyenlerin motivasyonunu arttırmak amacıyla sağlığa etkilerinin daha çok vurgulanması ve bu konuda aile desteğinin de alınması gerekir.

- 7) Çalışmamızda halen tütün kullanan ve bırakmış olan katılımcıların üçte biri başvurdukları sağlık personelinin tütün kullanımını sorgulamadığını belirtmiştir. Sigara içenlerle yapılan kısa görüşmelerle dahi sigara bırakma oranlarının arttığı göz önüne alınırsa aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının sigara bırakma danışmanlığı verebilmesi birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesi adına önemli bir adımdır.
- 8) Çalışmamızda pasif içiciliğin sağlığa zararları konusunda katılımcıların bilgisi yeterli düzeyde değildi. Katılımcıların yarıdan fazlasının ikametgâhlarında pasif etkilenime maruz kaldıkları, bunun yanında sosyalleşmek için buldukları kafe, restoran gibi kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kaldıkları görülmüştür. Bu durum özellikle çocuklarda ve tüm bireylerde sağlık açısından ciddi tehdittir. Kişilerde farkındalık oluşturarak kapalı tüm alanlarda sigara içiminin azaltılması veya kısıtlanması sağlanmalıdır. Tütünle mücadelede kitle iletişim araçları ve eğitim programları ile toplumun bilgi düzeyi ve farkındalığı artırılarak tütünün olumsuz etkileri konusunda bilinç oluşturulabilir.
- 9) Pediatrik dönemden başlayarak geriatric dönemi kapsayacak şekilde, bireylerin koruyucu ve tedavi edici hizmetler için öncelikle başvurduğu, toplumun tüm kesimine ulaşabilen, bireye özgü ve bütüncül yaklaşan aile hekimleri tütünle mücadelede eşsiz bir konumdadır ve üzerlerine önemli görevler düşmektedir. Öncelikle sigara kullanmayarak rol model olmalıdırlar. Tütün bağımlılığının kronik bir hastalık olduğunu göz önünde tutarak kendisine başvuran tüm bireylerin tütün kullanım durumunu sorgulamalı ve empati ile yaklaşarak uygun iletişim yöntemleriyle bağımlılıktan kurtulmalarını sağlayabilirler. Kitle iletişim araçları vasıtasıyla sağlık alanında karar vericiler; tütün ve ürünlerinin aktif ya da pasif içiciliğe bağlı sağlık üzerine zararları konusunda açık, net ve anlaşılır mesajlarla halkımızı bilgilendirmelidir. Aile hekimleri bireylerle yapacakları görüşmelerde; sigara bıraktırma dahil bırakanların yeniden başlamaması ve kullanmayanların mevcut durumlarını koruması için her fırsatta onları motive etmeli, tütün kullanımı ile mücadelenin her basamağında rol almalıdırlar.

## KAYNAKLAR

1. WHO-Tobacco 2020 [online] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. [16.06.2020]
2. WHO. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. World Health Organization; 2014.
3. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2019.
4. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948 , Ankara, 2014.
5. TÜİK. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2008. Ankara, Yayın no: 3324; 2010.
6. Öntaş E, Aslan D. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63) [online] <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/>. [16.06.2020]
7. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara; 2018.
8. Drope J, Schluger NW. The tobacco atlas. Sixth ed: American cancer society; 2018.
9. Uysal Y, Mert E, Başhan İ. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri ve Bırakmanın Yararları. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2016;7(5):20-5.
10. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA. 2000.
11. Benowitz NL. Nicotine addiction. New England Journal of Medicine. 2010;362(24):2295-303.
12. Demir T. Sigara bağımlılığı. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi. 2008(62):231-8.

13. Tobacco: World Health Organization; [online] [https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1). [16.06.2020]
14. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006;3(11):e442.
15. Demirel Y, Nemmezi Karaca S. Nikotin Bağımlılığı-Sigara Bırakma. *Rakel Aile Hekimliği* 2019. p. 1145-51.
16. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. *American family physician*. 2012;85(6):591-8.
17. Joshi V, Suchin V, Lim J. Smoking cessation: barriers, motivators and the role of physicians—a survey of physicians and patients. *Proceedings of Singapore healthcare*. 2010;19(2):145-53.
18. Eckert T. Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss medical weekly*. 2001;131(3536).
19. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye'de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. . In: Karadağ M BH, Aytemur ZA, Akçay Ş , Elbek O, editor. *Tütün ve Tütün Kontrolü* 2010. p. 3-20.
20. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (Nicotiana tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi Ve Coğrafi Dağılımı (Le Developpement Historique et la Dispersion Geographique de la Cultivation de Tabac en Turque). *Doğu Coğrafya Dergisi*. 18(30).
21. Çakıt MO, Arslan İ. Tütün ve Tütün Kullanım Şekilleri. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2016;7(5):1-4.
22. Görek Dilektaşlı A. Tütün dumanının içeriği ve farmakokinetiği. *Turkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*. 2012;5(2):6-10.
23. Barış Yİ. Tütün Kullanımının Tarihçesi [online] [https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN\\_KULLANIMININ\\_TARiHcE\\_Si-I\\_Barıs.pdf](https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/TuTuN_KULLANIMININ_TARiHcE_Si-I_Barıs.pdf). [16.06.2020]

24. Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Karadağ M BH, Aytemur ZA, Akçay Ş , Elbek O, editor. Tütün ve Tütün Kontrolü 2010. p. 21-35.
25. Yılmaz F. Tütün Üzerine Düşünceler: Batıda ve Bizde. Tütün Kitabı, Kitabevi Yayınları, İstanbul. 2003:3-16.
26. WHO. The History of Tobacco. [online] <https://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>. [16.06.2020]
27. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010". Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:796; 2010.
28. Örsel O. Dünyada kullanılan tütün ürünleri [online] [http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DunyadaKullanilanTutunUrunleri-osman\\_orsel.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DunyadaKullanilanTutunUrunleri-osman_orsel.pdf). [16.06.2020]
29. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Ankara: Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu; 2014.
30. Yılmaz A. Türkiye de tömbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. Ankara: TAPDK. 2006.
31. Atam Taşdemir Z. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):27-31.
32. Özdemir S, Yaman Üzümcü L. Elektronik Sigara Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Biostatistics. 2019;11(3).
33. Börekçi Ş, Bilir N, Karlıkaya C, TÜSAD Tütün Çalışma Grubu. Yeni Bir Mücadele Alanı: Elektronik Sigara. Eurasian Journal of Pulmonology. 2015.
34. Dağlı E. Yeni Nesil Tütün ve Nikotin Ürünleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2016;25 ("31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü" Nedeniyle Özel Sayı):2-6.
35. Tütün Mamullerinin Zararlarından Korumaya Yönelik Üretim Şekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. . Resmi Gazete: Sayı:25692; 06.01.2005.

36. WHO. Snus – The Swedish Experience [online] [https://www.who.int/tobacco/framework/public\\_hearings/swedish\\_match\\_ab.pdf](https://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/swedish_match_ab.pdf). [18.06.2020]
37. Foulds J, Furberg H. Is low-nicotine Marlboro snus really snus? Harm reduction journal. 2008;5(1):9.
38. Rodgman A, Perfetti TA. The chemical components of tobacco and tobacco smoke: CRC press; 2013.
39. Örsel O. Tütün İçeriği, Farmakokinetiği ve Tütün Ürünleri. Karadağ M BH, Aytemur ZA, Akçay Ş , Elbek O, editor. Tütün ve Tütün Kontrolü 2010. p. 131-40.
40. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. World. 2002;58(44):1-20.
41. Chemical compounds in cigarette smoke, Compound interest 2015 [online] <https://www.compoundchem.com/wp-content/uploads/2014/05/Cigarette-Smoke-Compounds-March-15.png>. [18.06.2020]
42. Fowles J, Bates M, Noiton D. The chemical constituents in cigarettes and cigarette smoke: priorities for harm reduction. A report to the New Zealand Ministry of Health. 2000:1-65.
43. Harris JE. Cigarette smoke components and disease: cigarette smoke is more than a triad of tar, nicotine, and carbon monoxide. Smoking and tobacco control monograph. 1996;7:59-75.
44. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016.4(1):22-6.
45. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019.
46. Türkiye Sağlık Araştırması, Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı, 2010-2019. TÜİK. 2019.



47. Dağlı E. Tütün, Nikotin ve Sağlık. In: Arseven O, Kurt E, İtil O, Bingöl Z, editors. Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. 3. baskı 2020. p. 417-22.
48. Argüder E. Pasif İçicilik. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):56-68.
49. WHO Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013.
50. Hayatımızdaki Gizli Tehdit Üçüncü El Duman Gerçeği [online] <https://havanikoru.saglik.gov.tr/component/k2/345/hayatimizdaki-gizli-tehdit-ucuncu-el-duman-gerceği.html>. [18.06.2020]
51. Psikodinamik Açıdan Madde Kullanım Bozukluğu -Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Ankara: Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu; 2014.
52. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2016;7(5):13-9.
53. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
54. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğu Yayın No: 879; 2012.
55. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi- Sigara Bırakma Tanı Tedavi Uzlaşı Raporu. Ankara: Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu; 2014.
56. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British journal of addiction. 1991;86(9):1119-27.
57. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-21.

58. Global Adult Tobacco Survey - Fact Sheet - Turkey 2016 [online] <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=3452>. [18.06.2020]
59. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*. 1982;19(3):276.
60. Panel DG. Clinical Interventions for Tobacco Use and Dependence. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: US Department of Health and Human Services*; 2008.
61. Pharmacological treatment of tobacco dependence. ENSP Guidelines For Treating Tobacco Dependence: European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP) 2016. p. 62-94.
62. Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan F, Özkurt S, Kıter G, Zencir M. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. *Toraks Dergisi*. 2007;8(3):179-84.
63. Kıter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2008;56(1):30-6.
64. Sunay D, Sivri F, Dilbaz N, Şengezer T. Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(1):42-8.
65. Barış S, Yıldız F, Başığit İ, Boyacı H. Kocaeli'de sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2011;59(2):140-5.
66. Ağırman E, Gençer MZ, Arıca S. Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Gençlerin Sigara İçme Davranışları ve Bağımlılık Düzeyleri. *Ahi Evran Tıp Dergisi*. 2018;2(3):58-66.
67. Göçmen H, Nalcı Savaş N, Ocak İ, Ceylan E, Ursavaş A, Karadağ M, et al. Bursa'da Sigara İçimi Ve Nikotin Bağımlılığı İle İlişkili Faktörler. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2011;25(1):1-8.

68. Günay E, Sarınc Ulaşlı S, Ahsen A, Gürhan Ö, Koyuncu T. Bir Üniversite Hastanesi Hekimlerinin Sigara İçen Hastalara Sigarayı Bırakma Öneri Durumlarının Belirlenmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi.28(1):23-30.
69. Uyanık G. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi'nde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkin bireylerde kardiyovasküler hastalıklar bilgi ve farkındalık düzeyi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir. 2016.
70. Can R. Acil servise başvuran yetişkin hastalarda sigara içme prevalansı ve sigara içiciliğinin ekonomik boyutunu saptama çalışması. Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir. 2013.
71. Ayçiçek A. Eskişehir ilinde hastaneye başvuran adolesan ve anne-babalarının sigara kullanma alışkanlıkları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2014;57(4).
72. Dayı A, Güleç G, Mutlu F. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2015;28:309-18.
73. Yüksel S, Cücen Z. Üniversite Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığının Sorgulanması. Turk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal. 2012;13(4).
74. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksek okullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(3):32-8.
75. Karadağ G, Lafçı D. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.3(1):1-15.
76. Ünüvar EM, Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler–Hekim adayları örneği. The Journal of Turkish Family Physician. 2017;8(3):57-65.

77. Eticha T, Kidane F. The Prevalence of and Factors Associated with Current Smoking among College of Health Sciences Students, Mekelle University in Northern Ethiopia. PLOS ONE. 2014;9(10):e111033.
78. Mahfouz MS, Alsanosy RM, Gaffar AM, Makeen A. Tobacco use among university students of Jazan Region: gender differences and associated factors. BioMed Research International. 2014;2014.
79. Fernández D, Ordás B, Álvarez M, Ordóñez C. Knowledge, attitudes and tobacco use among nursing and physiotherapy students. International nursing review. 2015;62(3):303-11.
80. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(1):29-34.
81. Çilingir D, Hintistan S, Öztürk H. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(2):69-87.
82. Alexopoulos EC, Jelastopulu E, Aronis K, Dougenis D. Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students. Environmental health and preventive medicine. 2010;15(2):115-20.
83. Eid K, Selim S, Ahmed D, El-sayed A. Smoking problem among Helwan University students: Practical versus theoretical faculty. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis. 2015;64(2):379-85.
84. Fallin A, Roditis M, Glantz SA. Association of campus tobacco policies with secondhand smoke exposure, intention to smoke on campus, and attitudes about outdoor smoking restrictions. American journal of public health. 2015;105(6):1098-100.
85. Kutlu R, Demirbaş N, Yeşildağ K, Çavdarıcı F. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı: Konya Örneği. Konuralp Tıp Dergisi. 2020;12(1):80-6.
86. Kaya M. Sağlık bilimleri öğrencilerinin sigara içme durumu, etkileyen faktörler ve ikincil sigara dumanı ile ilgili farkındalık düzeyleri. Hemşirelik

Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2017.

87. Kanık MK, Tözün M. İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranların Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri Kullanım Özellikleri ve Nikotin Bağımlılık Durumları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.5(1):84-95.
88. Terzi Ö, Kumcağız H, Terzi M, Dündar C. Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi. 2019.
89. Türker T, Koçak N, Aydın İ, İstanbulluoğlu H, Açikel CH, Kır T, et al. Seçilmiş bir grup tıp fakültesi öğrencisinde sigara içme yaygınlığı ve sigarayı bırakmaya etki eden faktörlerin incelenmesi. Gülhane Tıp Derg. 2013;55:207-13.
90. Yararbaş G, Havaçeliği Atlam D. Polis meslek yüksekokulu öğrencilerinde sigara kullanımına yönelik görüş ve tutumun değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi. 2015;54(3):114-9.
91. Şahin EV, Sunay D, Balcı N, Parbucu M, Özpak AM, Arslan İ. Sigara bırakma merkezlerine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığına yaklaşım ve etkileyen faktörler. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2019;11(3):259-62.
92. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(4):230-4.
93. Çapık C, Cingil D. Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2013(2):55-61.
94. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2007;55(4):356-63.
95. Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2009;19(1):9-15.

96. Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. The frequency of tobacco and tobacco product use in medical faculty students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;13(2):219-26.
97. Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco control*. 2012;21(2):236-43.
98. Öztoprak SD, Günay T. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. *Turkish Journal of Public Health*. 2013;11(3):197.
99. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazıroluşluk durumu ile ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2012;5(1):8-15.
100. Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S. Konya’da ilköğretim okullarındaki öğretmenler arasında sigara içme durumu. *Toraks Dergisi*. 2007;8(1):37-40.
101. Yalçinkaya-Alkar Ö, Karancı AN. What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? *Addictive behaviors*. 2007;32(4):836-49.
102. Gunes G, Ilgar M, Karaoglu L. The effectiveness of an education program on stages of smoking behavior for workers at a factory in Turkey. *Industrial health*. 2007;45(2):232-6.
103. Reime B, Ratner PA, Seidenstücker S, Janssen PA, Novak P. Motives for smoking cessation are associated with stage of readiness to quit smoking and sociodemographics among German industrial employees. *American Journal of Health Promotion*. 2006;20(4):259-66.
104. Ham OK, Lee YJ. Use of the transtheoretical model to predict stages of smoking cessation in Korean adolescents. *Journal of school health*. 2007;77(6):319-26.
105. Van Zundert RM, Van De Ven MO, Engels RC, Otten R, Van Den Eijnden RJ. The role of smoking- cessation- specific parenting in adolescent smoking-specific cognitions and readiness to quit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(2):202-9.

106. Woodruff SI, Lee J, Conway TL. Smoking and quitting history correlates of readiness to quit in multiethnic adolescents. *American Journal of Health Behavior*. 2006;30(6):663-74.
107. Peretti-Watel P, Halfen S, Grémy I. Risk denial about smoking hazards and readiness to quit among French smokers: an exploratory study. *Addictive behaviors*. 2007;32(2):377-83.
108. John U, Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U. Relation among stage of change, demographic characteristics, smoking history, and nicotine dependence in an adult German population. *Preventive medicine*. 2003;37(4):368-74.
109. Nordstrom BL, Kinnunen T, Utman CH, Krall EA, Vokonas PS, Garvey AJ. Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *American Journal of Public Health*. 2000;90(3):404.
110. Monso E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control*. 2001;10(2):165-9.
111. Hayran M, Kilickap S, Elkiran T, Akbulut H, Abali H, Yuce D, et al. Smoking habits of relatives of patients with cancer: cancer diagnosis in the family is an important teachable moment for smoking cessation. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(1):475-9.
112. Joseph A, Lexau B, Willenbring M, Nugent S, Nelson D. Factors associated with readiness to stop smoking among patients in treatment for alcohol use disorder. *The American journal on addictions*. 2004;13(4):405-17.
113. Fagerstrom K. Time to first cigarette; the best single indicator of tobacco dependence? *Monaldi Archives for Chest Disease*. 2003;59(1):91-4.
114. Bozkurt N, Bozkurt Aİ. Nikotin bağımlılığını belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (FNBT) değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı için yeni bir test oluşturulması. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2016(1):45-51.
115. Uçar AH. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Sigara İçme Oranları ve Bırakmaya Hazırlık

Düzeyleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya. 2018.

116. Ketten HS, Kahraman H, Üçer H, Çelik M, Sucaklı MH, Ersoy Ö. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):58-62.
117. Cohen B, McGinnis S, Salsberg E. Physician behavior and practice patterns related to smoking cessation. Washington, DC: Association of American Medical Colleges. 2007.
118. King BA, Dube SR, Babb SD, McAfee TA. Patient-reported recall of smoking cessation interventions from a health professional. *Preventive medicine*. 2013;57(5):715-7.
119. Centers for Disease Control Prevention (CDC). Smoking-cessation advice from health-care providers--Canada, 2005. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2007;56(28):708-12.
120. AlAteeq M, Alrashoud AM, Khair M, Salam M. Smoking cessation advice: the self-reported attitudes and practice of primary health care physicians in a military community, central Saudi Arabia. *Patient preference and adherence*. 2016;10:651.
121. Litt J. Smoking and GPs: Time to cough up: Successful interventions in general practice. *Australian family physician*. 2005;34(6):425-9.
122. Thrasher JF, Swayampakala K, Cummings KM, Hammond D, Anshari D, Krugman DM, et al. Cigarette package inserts can promote efficacy beliefs and sustained smoking cessation attempts: a longitudinal assessment of an innovative policy in Canada. *Preventive medicine*. 2016;88:59-65.
123. Bauermeister JA, Youatt EJ, Pingel ES, Soler JH, Johns MM. Psychosocial obstacles to smoking cessation attempts among young adult sexual minority women who smoke. *Behavioral Medicine*. 2018;44(2):123-30.
124. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2012;42(3):515-22.



