

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DİYARBAKIR İLİNDE ECZACILAR ARASINDA
SİGARA KULLANIM SIKLIĞI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ecz. Süleyman BOZKUŞ

DANIŞMAN
Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ

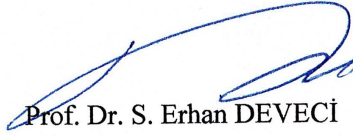
Elazığ-2016

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.


Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

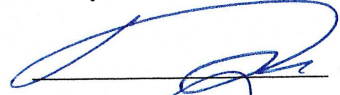
Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ



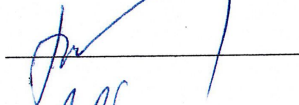
Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

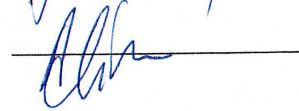
Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ



Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL



Doç. Dr. Ali ÖZER



İTHAF

Bu

Çalışma

aramızdan

erken ayrılan

Ecz. Yunus KOCA ve Ecz. Mehmet İLEN'in

anılarına

ithaf

olunur

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ile tez çalışması boyunca bende halk sağlığı bilinci yaratan ve her türlü desteği sunan Danışman Hocam ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye

Eğitimim boyunca bana her türlü konuda emek veren Halk Sağlığı Anabilim Dalında bulunan değerli bölüm hocalarım Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN'a,

Tezin anket çalışmasına katılım sağlayan değerli meslektaşlarıma ve saha araştırmasında her türlü desteği sunan 11. Bölge Diyarbakır Eczacı Odası Başkanı Ecz. Ferat DEĞER'e,

Göstermekte olduğu engin sabrından dolayı eşim fotoğraf sanatçısı Kibar SÜVARİ BOZKUŞ'a ve hayatımıza dahil olup anlam katan kızım Arın Roşna'ya sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI.....	I
İTHAF.....	II
ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLO LİSTESİ.....	VII
ŞEKİL LİSTESİ.....	XI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XII
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ.....	5
3.1. Tütün ve Tütünün Tarihçesi.....	5
3.2. Tütün Bitkisinin Türkiye'ye Gelişi.....	7
3.3. Dünya'da Sigara Epidemiyolojisi.....	8
3.4. Türkiye'de Sigara Epidemiyolojisi.....	11
3.5. Sigara ve Bağımlılık.....	15
3.6. Sigara Kullanımının Nedenleri.....	18
3.7. Sigarada Bulunan Zararlı Maddeler.....	19
3.7.1. Kanser Yapıcı Maddeler.....	21
3.7.2. Tahriş Edici Maddeler.....	22
3.7.3. Nikotin.....	22
3.7.4. Karbonmonoksit.....	23
3.8. Sigaranın İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri.....	24
3.8.1. Sigaranın Solunum Sistemine Etkileri.....	25
3.8.2. Sigaranın Dolaşım Sistemine Etkileri.....	26
3.8.3. Sigaranın Sinir Sistemi Üzerine Etkileri.....	27
3.8.4. Sigaranın Sindirim Sistemi Üzerine Etkileri.....	28
3.8.5. Sigaranın Endokrin Sistem Üzerine Etkileri.....	29
3.8.6. Sigara Nedenli Ölümcül Hastalıklar.....	30
3.8.7. Sigara Nedenli Ölümcül Olmayan Hastalıklar.....	30

3.9. Çevresel Tütün/Sigara Dumanı.....	32
3.10. Tütün Kontrolü Çalışmaları.....	34
3.11. Sigara Bırakma Tedavileri ve Bırakma Yardımı.....	37
3.11.1. Nonfarmakolojik Tedaviler.....	38
3.11.2. Farmakolojik Tedaviler.....	38
3.11.2.1. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT).....	39
3.11.2.2. Nikotin İçermeyen Preparat Tedavisi.....	40
3.12. Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Yararları.....	42
3.13. Eczacılık Mesleği, Gelişimi ve İşlevi.....	43
3.14. Tütün Kontrolünde Sağlık Çalışanları ve Eczacıların Önemi.....	43
3.15. Halk Sağlığı Yaklaşımı İle Sigara Sorunu.....	45
4. GEREÇ ve YÖNTEM.....	46
5. BULGULAR.....	50
6. TARTIŞMA.....	70
7. KAYNAKLAR.....	99
8. EKLER.....	114
9. ÖZGEÇMİŞ.....	119

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	OECD Üyesi Ülkelerin Sigara İçme Sıklığının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı	10
Tablo 2.	Türkiye’de Bazı Yıllara Göre Sigara İçme Sıklığının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı	13
Tablo 3.	Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre 2007 ve 2011 Yılları Arasında Sigara İçme Durumunun Değişimi	15
Tablo 4.	Nikotin Yoksunluk Semptomları, Etki Süreleri ve İnsidanslarının Dağılımı	17
Tablo 5.	Sigara Dumanında Bulunan Bazı Maddeler ve Farmakolojik Etkileri	20
Tablo 6.	Sigara Dumanını İçerdiği Kanserojen Maddeler	21
Tablo 7.	Sigara Nedenli Ölümcül Hastalıklar	30
Tablo 8.	Sigara Kullanıcılarında Riski Artan Hastalıklar	31
Tablo 9.	Sigara Kullanıcılarında Meydana Gelen Fonksiyonel Bozukluklar	31
Tablo 10.	Sigara Kullanıcılarında Semptomları Ağır Olan Hastalıklar	31
Tablo 11.	Sigara Kullanıcılarında Daha Ağır ve İnatçı Olan Hastalıklar	31
Tablo 12.	ÇSD’nin Yetişkinlerde ve Bebeklerde/Çocuklarda Yaptığı Kanıtlanmış veya Olasılıkla Yapmış Olduğu Hastalıklar	33
Tablo 13.	Tütün Kontrolü Çalışmalarının Ana Başlıkları ve Alınacak Önlemlerin Sıralanması	37
Tablo 14.	Türkiye’de Kullanılan Nikotin Bandı ve Nikotin Sakızının Farmakolojik Mekanizmaları, Tedavi Dozu, Kullanım Şekli ve Süreleri	40
Tablo 15.	Türkiye’de Kullanılan Nikotin İçermeyen Etken Maddelerin (Bupropion, Vareniklin) Farmakolojik Mekanizmaları, Tedavi Dozları, Kullanım Şekli ve Süreleri	41
Tablo 16.	Sigara Bırakıldıktan Sonra Zaman İçinde İnsan Vücudunda Meydana Gelen Değişiklikler	42
Tablo 17.	Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Soruları ve Cevaplara Verilen Puanlama Sistemi	48

Tablo 18.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 19.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 20.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	52
Tablo 21.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Kendileri İle İlgili Sosyal, Ekonomik ve Sağlık Algılama Değerlendirmelerine Göre Dağılımı	52
Tablo 22.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sağlık ve Sağlıklarını Etkileyen Davranış Özelliklerine Göre Dağılımı	53
Tablo 23.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigarayı Deneme/Kullanma İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	54
Tablo 24.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara Kullanmaya Bağlı Yaşadıkları Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı	54
Tablo 25.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı	55
Tablo 26.	Araştırma Kapsamına Alınan ve Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Sigara Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı	56
Tablo 27.	Araştırma Kapsamına Alınan ve Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Sigara Kullanımının Arttığı Dönemlere Göre Dağılımı	57
Tablo 28.	Araştırma Kapsamında Halen Sigara İçen Eczacıların FNBT'ye Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı	58
Tablo 29.	Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Bağımlılık Düzeylerine Göre Dağılımları	59
Tablo 30.	Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullanan Eczacıların Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı	59
Tablo 31.	Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullanan Eczacıların Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	59
Tablo 32.	Araştırma Kapsamında Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Sigarayı Bırakma Düşünce ve Davranışlarına Göre Dağılımı	60

Tablo 33.	Araştırma Kapsamında Sigarayı Kullanmayı Bıraktığını İfade Eden Eczacıların Sigarayı Bırakma İle İlgili Davranışlarına Göre Dağılımı	61
Tablo 34.	Araştırma Kapsamında Hiç Sigara Kullanmayan veya Kullanıp Bırakan Eczacıların Kendilerini Sigaradan Uzak Tutan Nedenlere Göre Dağılımları	62
Tablo 35.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Yakın Arkadaş Çevresi ve Çalışma Ortamında Sigara Kullanımı Bildirimlerine Göre Dağılımı	62
Tablo 36.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri İle İlgili Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı	63
Tablo 37.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sağlık ve Sağlık Dışı Ortamlarda Sigara İçen Sağlık Çalışanları İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı	64
Tablo 38.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	65
Tablo 39.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Ailesel Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	66
Tablo 40.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Meslek Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	66
Tablo 41.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Kendileri İle İlgili Sosyal, Ekonomik ve Sağlık Algılama Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	67
Tablo 42.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sosyal Destek Alma ve Hobi Varlığı Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	67
Tablo 43.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sağlık ve Sağlığı Etkileyen Davranış Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	68
Tablo 44.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara Deneme Yaşına Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	68

Tablo 45.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Problemi Yaşama Özelliklerinin Dağılımı	69
Tablo 46.	Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Ailede, Yakın Çevrede ve Çalışma Ortamında Sigara İçen Kişi Varlığına Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı	69

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Tütün bitkisinin çiçek açmış hali	5
Şekil 2. Tütün bitkisinin kurutulmuş yaprakları	5



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği
ASM	: Aile Sağlık Merkezi
ASYE	: Alt Solunum Yolları Enfeksiyonları
BH	: Buerger Hastalığı
CDC	: Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Önleme ve Kontrol Vakfı
CO	: Karbonmonoksit
ÇSD	: Çevresel Sigara Dumanı
DBB	: Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi
DM	: Diabetes Mellitus/Şeker Hastalığı
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Başvuru El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPA	: Amerikan Çevre Koruma Ajansı
FDA	: Amerikan İlaç ve Gıda Kurumu
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
FSH	: Folikül Uyarıcı Hormon
GAP	: Güneydoğu Anadolu Projesi
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HBCO	: Karboksihemoglobin
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
ICD-10	: Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KGTA	: Küresel Gençlik Tütün Araştırmaları
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KYTA	: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması
LDL	: Low Density Lipoprotein/Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MPOWER	: İzleme-Önleme-Yardım Etme-Uyarılma-Uygulama-Artırma

NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
NYS	: Nikotin Yoksunluk Semptomları
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SHMY	: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
SSS	: Santral Sinir Sistemi
SSUK	: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi
TAPDK	: Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TEB	: Türk Eczacıları Birliği
TEKEL	: Tekel İşletmeleri Genel Müdürlüğü
TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TKHRF	: Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ	: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
ÜSYE	: Üst Solunum Yolları Enfeksiyonları

1. ÖZET

Sigara kullanımı, madde bağımlılığı olarak kabul edilen bir hastalık olup, tüm dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir. Eczacılar topluma rol model olması gereken sağlık çalışanlarıdır. Bu çalışmada Diyarbakır ilinde görev yapan eczacıların sigara kullanım sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte olan bu araştırma; Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi sınırları dahilinde ve nüfus olarak diğer üç büyük ilçesinde görev yapan toplam 321 eczacıdan örneklem seçilmeden 304'üne ulaşılarak yapılmıştır. Veriler literatür kaynaklı olarak hazırlanan anketin uygulanması sonucu toplanmış, verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, X^2 (ki-kare) ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki eczacıların %70.1'i erkek olup, yaş ortalaması 38.21 ± 12.64 yıl, aile gelir ortalaması 6280.20 ± 2922.02 TL, %85.5'i serbest eczacı olarak çalışmaktadır. Eczacılar arasında sigara kullanım sıklığı %35.9'dur. Halen sigara içenlerin paket/yıl ortalaması 15.73 ± 18.36 yıl, Fageström Nikotin Bağımlılık Testine göre bağımlılık ortalama puanı 3.45 ± 2.88 olarak bulunmuş, %60.6'sının çok az/az bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır. Kullananların %19.3'ü sigarayı bırakma hazırlığındadır. Erkeklerde sigara içme sıklığı (%41.8), kadınlardan (%22.0) fazladır. Eczacıların mesleğinden memnun olmaması, hobi/sanat varlığının olması, düzenli beslenme alışkanlığına sahip olmaması, sağlık durumunu iyi olarak algılamaması, ailesinde ve yakın çevresinde sigara içen kişinin varlığı sigara içme oranlarını yükseltmektedir. İçenlerde herhangi bir sağlık problemi yaşama oranları daha yüksektir ($p < 0.05$). Eczacıların yaş grupları, medeni durum, eğitim, gelir

durumları, aile tipi, ailede çocuk varlığı, çalışma süreleri, kişilik yapıları ile sigara kullanımları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç olarak; Diyarbakır ilinde eczacıların sigara kullanım sıklığı yüksek, bağımlılık düzeyleri ise düşük bulunmuştur. Sonucun sigara içme oranlarını artıran faktörler ile birlikte irdelenerek eczacılarda sigara içme sıklığının düşürülmesi için müdahaleler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eczacı, Sigara, Sigara Kullanım Sıklığı, Bağımlılık.

2. ABSTRACT

THE REASONS AFFECTING SMOKING AND ITS FREQUENCY AMONG THE PHARMACISTS IN DIYARBAKIR PROVINCE

Smoking is a disease accepted as a substance addiction and is one of the reasons of mortality and morbidity worldwide. Pharmacists are healthcare staff who should be role model in a society. The objective of this study is to determine the reasons affecting smoking and its frequency among the pharmacists in Diyarbakir province.

This cross-sectional study was conducted on 304 out of 321 pharmacists without sampling in the border of Diyarbakir Metropolitan Municipality and its other big counties. The data were collected as a result of the survey which was prepared literature originated and percent, average, X^2 (chi-square), Fisher's Exact test were used for evaluation of the data.

The pharmacists' average of age is 38.21 ± 12.64 years, yield average is 6280.20 ± 2922.02 TL, 85.5% of them work as freelancer pharmacists. 70% of the pharmacists are male. The frequency of smoking between pharmacists is 35.9%. The average packet/year of the active smokers is 15.73 ± 18.36 years, the average addiction point is 3.45 ± 2.88 according to Fageström Nicotine Addiction Test. 60.6 % of the pharmacists are little/far less addicted. 19.3% of the smoker are about to give up smoking. The smoking frequency of male is (41.8%), more than that of female (22.0%). The reasons raising why pharmacists smoke are that they dont like their job the lack of hobbies and cultural activities and regular feeding habits, not to realize health condition and the presence of large amount of smokers. The smokers are more likely to have a health problem ($p < 0.05$). According to the study there is no link

between smoking and pharmacists' age group, marital status, income state, educational background, family type, the number of children, working hours, personality ($p>0.05$).

As a result; in Diyarbakır the smoking frequency of pharmacists is high but their addiction level is low. It was aimed that the reasons augmenting the ratio of smoking and results were analysed together and that intervention to decrease the pharmacists' smoking ratio.

Key words: Pharmacist, Cigarette, The frequency of smoking, Addiction.

3. GİRİŞ

3.1. Tütün ve Tütünün Tarihçesi

Solanaceae (patlıcangiller) familyasından olan tütün; Nicotiana cinsine sahip çok sayıda türü var olan ve yaprakları sigara yapımında kullanılan bir otsu bitkidir. Yazlık bir bitki olan tütün çiçekli ve acı tadındadır (Şekil 1 ve 2). Anavatanı Kuzey Amerika olmasına rağmen dünyanın birçok yerinde yetiştirilen kıymetli bir bitkidir (1).



Şekil 1. Tütün bitkisinin çiçek açmış hali **Şekil 2.** Tütün bitkisinin kurutulmuş yaprakları

Tütün kullanımının geçmişi 4000 yıl öncesine dayanmaktadır. Kuzey Amerika’da yaşayan yerli halk, tütünü biliyor ve keyif verici bir madde olarak kullanıyordu. Hatta o dönemin hekimleri tarafından tedavi amaçlı (yara sarmada, göğüs hastalıkları tedavisinde inhaler olarak ve migren) kullanılırdı (2).

Birçok madde de olduğu gibi tütünün de dünya üzerinde yaygınlığı ticaretin gelişmesi, savaşlar ve coğrafi keşifler sayesinde olmuştur. Amerika’yı keşfeden Portekizli ve İspanyol gemiciler tütünü, önce kendileri kullanmış ve daha sonra yanlarına alarak diğer şehirlere götürmeleri sayesinde kullanım yaygınlaşmaya başlamıştır. Meksika’nın Tabasco bölgesinde tütün tarımının yapıldığını gören İspanyollar, Küba’da tütün içme borusuna “tabaco” adının verildiğini duymuşlar ve “tabaco” adını kullanarak her gittikleri yerde bu adın yayılmasını sağlamışlardır.

Gemilerin iki kıta arasında (Amerika ve Avrupa) gidip gelmesi yolu ile İspanya, Portekiz ve diğer Avrupa şehirleri tütün ve dolayısıyla tütün içme adetini tanımışlardır (3).

Tütünün Avrupa'ya yayılması Fransa'nın Portekiz Büyükelçisi Jean Nicot sayesinde olmuştur. Büyükelçi Nicot, 1560 yılında eşinin ölmesiyle depresyona giren Fransa kraliçesine tütün tohumu göndermiştir. Saray bahçesine ekilen tohumlar çiçek açtıktan sonra kraliçenin migren türü baş ağrısını geçirdiği için, bu tarihten sonra tütün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka öksürükte, migrende, astımda, mide hastalıklarında, kadın hastalıklarında etkili olduğu düşüncesiyle Avrupa'ya hızla yayılmıştır. İspanya'nın Sevilla Üniversitesinden Dr. Nicola Monardes, tütünün başta tüberküloz olmak üzere birçok hastalığa iyi geldiğini kitabında yazmıştır. Böylelikle tütünün dünyada tedavi amaçlı kullanımı yaygınlaşmıştır. Fransız botanikçiler tarafından [Delechamp (1586) ve Tournefort (1701)] tütüne Büyükelçi Jean Nicot'a atfen bilimsel olarak "Herbe Nicotina" adı verilmiştir. Sonuçta tütün bitkisi botanik dilinde Nicotiana, halk dilinde ise Kraliçe Otu olarak anılmaya başlanmıştır (4,5).

Tütün-hastalık ilişkisi 1761 yılında yapılan çalışmayla başlamıştır. İngiliz Doktor John Hill'in aşırı enfiye kullanımına dikkat adlı araştırmasında, tütün-kanser ilişkisini sorgulayan raporu yayınlanmıştır. Almanya'da yapılan çalışmada pipo içen kişilerde dudak kanserinin meydana geldiği bildirilmiştir. Tütün ve tütün ürünlerinin insan sağlığına zarar verici ve sigaranın insanoğlunu tehdit eden en önemli alışkanlık olduğu 1931-1962 yılları arasında Doll ve Peto'nun İngiltere'de hekimler arasında yaptıkları çalışmayla kesinlik kazanmıştır. 1964 yılında sonuçları

açıklanan bu çalışmada sigaranın akciğer kanseri, gırtlak kanseri ve kronik bronşit riskini içmeyenlere göre artırdığı raporlanmıştır (5,6).

3.2. Tütün Bitkisinin Türkiye'ye Gelişi

Osmanlı İmparatorluğu topraklarında tütün içimine 16. yüzyılda Mısır'da başlanmıştır. Tütünün İstanbul'a gelişi ise 1601 tarihinde İngiliz gemicileri aracılığıyla olmuştur. Tahta çıkan dönemin padişahları tarafından bazen kullanımı yasaklanmış, bazen de serbest hale getirilmiştir. Osmanlının çöküş döneminde ise tütün kullanımı hızla artmıştır. Şark tütünü olarak bilinen Türk tütününün tarımı Anadolu'da yaygın halde yapılmıştır. Üretilen şark tütünleri gemiler aracılığı ile Avrupa ülkelerine ve Rusya'ya ihraç edilmeye başlanarak, dünya tütün piyasasında önemli ticari pay elde edilmiştir (5).

Osmanlı'da hükümet ekonomik nedenlerle tütün ekiminin yarı hissesini 1884 yılında Fransız Reji şirketine vermiş, bu şirket; İstanbul, İzmir, Samsun ve Adana'da tütün işleyen fabrikalar kurmuştur. Reji şirketi 1913 yılında Osmanlı İmparatorluğunu tehditle baskı altında tutarak kendisini devletten daha güçlü hale getirecek kararlar aldırtmıştır. Buna göre Reji idaresi tütün kaçakçılığını önlemek amacıyla kısa zamanda 7.000 kişilik "Silahlı kolcu birlikleri" kurmuştur. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) kurulunca, 4 Mart 1925 tarihinde Atatürk'ün kurduğu Ulusal Tekel ile Reji idaresi sona ermiştir (5). Bu işlemler değişen birkaç kanundan sonra 19.10.1983 tarih ve 2929 sayılı kanunla kurulmuş bir kamu iktisadi kuruluşu olan Tekel İşletmeleri Genel Müdürlüğü (TEKEL) tarafından yürütülmeye başlanmıştır (2).

Tütün üretimi uzun yıllar devlet denetiminde yapılmış, 2002 yılında yürürlüğe giren 4733 sayılı tütün yasası ile pazarı düzenleyen ve denetleyen kurum

olan Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. Yapılan özelleştirmeler sonucu TAPDK eli ile TEKEL'e bağlı yaprak tütün işletmeleri (sigara bölümü) çok uluslu şirketlere devredilerek, devlet tütün alanındaki hakimiyetini (2001'de TEKEL'in sigara pazar payı %70 iken, 2008'de bu oran %30'un altına düşmüştür) kaybetmiştir. Artık Türkiye'de tütün üretimi eskisi gibi yapılamamış, tütün ithalatçısı konumuna düşülmüş ve bu durum ülkenin cari açığının giderek artmasına katkı sağlamıştır (7).

3.3. Dünya'da Sigara Epidemiyolojisi

Toplum (halk) sağlığının temel ana bilim dallarından olan Epidemiyoloji; Yunancada epi (hakkında), demos (insanlar) ve logos (çalışma, bilgi) kelimelerinden oluşmaktadır. Toplumda sağlığı ilgilendiren olayların dağılımını ve nedenlerini inceler. Elde edilen sonuçları ise sağlık olaylarının çözümü için kullanır. Günümüz dünyasında toplum sağlığını etkileyen en önemli olaylardan biri de tüm bilim çevrelerince zararlı olduğu kabul edilen tütün ve tütün ürünlerinin (sigara, nargile, puro, pibo vb.) kullanımıdır (8,9).

Dünyada tütün kullanımı, çok yaygın ve kolaylıkla gözlenebilen bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 verilerine göre; 1.3 milyar kişi dünya üzerinde sigara kullanmaktadır. 15 yaş ve üzerindeki dünya nüfusunun üçte birini oluşturan sigara kullanıcıları; gelişmekte olan ülkelerde (800 milyon kişi) ve o ülkelerde yaşayan erkekler arasında daha yaygındır. DSÖ tarafından; erkeklerin %47.0'nın, kadınların ise %12.0'nın sigara kullandığı tahmin edilmektedir (10).

Dünya üzerinde gelişmiş ülkelerde tütünün insan vücuduna verdiği zararların farkında olma ve bunu davranışlarına yansıtma sonucu yıllar içinde sigara içme sıklığında azalma meydana gelmiştir. Gelişmiş ülkelere biri olan Amerika Birleşik

Devletleri'nde (ABD) 1997 yılından 2008 yılına kadar 18 yaş ve üzeri sigara içme sıklığı %24.3'ten %20.6'ya düşmüştür (11,12). 2013 yılında ABD'de 15 yaş ve üzeri yetişkin nüfusta sigara içme sıklığı kadınlarda %15.9, erkeklerde %20.2 ve toplumun genelinde %18.0 olarak bildirilmiştir (13).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi olan 34 ülkenin sağlığına ait önemli bilgileri içeren “Healty at a Glance 2015” (Bir Bakışta Sağlık 2015) adlı raporda; ülkelerin 15 yaş ve üzeri popülasyonunun ortalama sigara içme oranı %19.7'dir. 22 ülke ortalamanın çok üzerinde sigara prevelansına sahiptir. En fazla prevelans %38.9 ile Yunanistan'a, en az ise %19.8 ile (erkeklerde %32.1, kadınlar %7.4) Güney Afrika Cumhuriyeti'ne aittir. İsveç (erkeklerde %17.0, kadınlarda %22.0) ve İzlanda dışında tüm OECD ülkelerinde sigara içen erkek oranı kadınlara göre daha fazladır. OECD üyesi ülkelerin sigara içme sıklığının cinsiyete göre yüzde dağılımı Tablo 1'de verilmiştir (14).

Tablo 1. OECD Üyesi Ülkelerin Sigara İçme Sıklığının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı (14).

OECD Ülkeleri	Cinsiyete Göre Sigara İçme Oranı (%)		Genel Sıklık
	Erkek	Kadın	
Yunanistan	43.7	34.0	38.9
Endonezya	71.8	4.0	37.9
Letonya	52.0	17.6	34.3
Şili	33.7	27.0	29.8
Macaristan	31.9	21.7	26.5
Estonya	36.3	18.3	26.0
Çin	49.0	2.0	25.5
Rusya	45.1	10.5	24.2
Fransa	28.7	20.2	24.1
İspanya	27.9	20.2	23.9
Türkiye	37.3	10.7	23.8
Polonya	30.9	17.92	23.8
Avusturya	27.3	19.4	23.2
Litvanya	33.0	13.0	22.2
Çek Cumhuriyeti	27.2	17.4	22.2
İtalya	26.7	15.9	21.1
Almanya	25.1	17.1	20.9
Slovenya	22.6	18.4	20.5
İsviçre	23.1	17.8	20.4
İngiltere	22.0	19.0	20.0
Güney Kore	36.2	4.3	19.9
Güney Afrika	32.1	7.4	19.8

Gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanları arasında yapılmış tütün kontrolü çalışmalarında içme sıklığı, toplumun sigara içme sıklığından daha azdır. Yunanistan'da 2003-2005 yıllarında hekimlerle yapılmış bir çalışmada %38.6, Japonya'da 2005'de hemşirelerle yapılmış çalışmada %16.0, Çin Halk Cumhuriyeti'nde 2004 yılında hekimlerdeki çalışmada %23.0 içme sıklıkları bildirilmiştir (15-17). İsviçre'de 2007 yılında Sebo ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hekimlerin %12.0'ı sigara içtiğini beyan etmiştir (18). Portekiz'de Ravara ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı araştırmada; hekimlerin %18.9'unun, hemşirelerin ise %26.1'inin sigara içtiği tespit edilmiştir (19). İngiltere'de 2011 yılında Lewis ve arkadaşlarının bir hastanede yaptığı araştırmada; hekim ve hemşirelerde sigara içme sıklığı %2.6 ve %8.7 olarak bildirilmiştir (20). Klink ve

arkadaşlarının 2011 yılında Çin Halk Cumhuriyeti'nde yaptıkları çalışmaya göre; erkek sağlık çalışanlarının %32.5'i, kadın sağlık çalışanlarının ise %1.5'inin sigara kullandığı belirlenmiştir (21). Suriye'de yapılan bir çalışmaya göre; pratisyen hekimlerin %22.4'ünün, hemşirelerin ise %26.0'nın sigara kullandığı bildirilmiştir (22).

Dünyada artan tütün salgını nedeniyle DSÖ'nün, Danimarka'nın başkenti Kopenhag'da 48. Avrupa bölge toplantısında kabul edilen “Herkes İçin Sağlık”, “21. Yüzyılda 21 Hedef” bildirisinin 12. maddesinde; “2015 yılına kadar, bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaçların tüketiminin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri tüm üye ülkelerde belirgin şekilde azaltılmalı, özellikle tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranı 15 yaş üzerinde en az %80.0, 15 yaş altında %100'e yakın olmalı” hedefi belirlenmiştir (23).

3.4. Türkiye’de Sigara Epidemiyolojisi

Türkiye’de sigara içme sıklığına yönelik ilk çalışmalardan biri 1988 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada; 15 yaş ve üzeri nüfusun sigara içme oranı %43.6 olarak bildirilmiş olup, sigara içme oranı kadınlarda %24.3, erkeklerde ise %62.8’dir (24). 1990 yılından on yıllık izlem sonrası yayınlanan Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı (TKHRF) adlı çalışmada; erkeklerin sigara içme oranı %59.4 kadınların ise %18.9 olarak bildirilmiştir (25). Türkiye’de 1993 yılında 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde yapılan bir başka araştırmada; sigara içme sıklığı %33.6’dır. Bu oran erkeklerde %57.8, kadınlarda ise %13.5 olarak belirlenmiştir. Bölgesel dağılıma göre sigara %29.0 içme sıklığı ile en az Güneydoğu Anadolu Bölgesinde, %39.0 içme sıklığı ile en fazla Trakya bölgesindedir (26).

T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) ile ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Vakfı (Centers for Disease Control and Prevention, CDC Foundation) ile yapılan protokol çerçevesinde birincisi 2008 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasının (KYTA) sonuçlarına göre tütün ve tütün ürünleri kullanım oranı toplumda %31.3'dür (erkeklerde %47.9, kadınlarda ise %15.2). İçme sıklığının en fazla 25-34 (%40.3) ve 35-44 (%39.6) yaşlar arasında görüldüğü bildirilmiştir. Aynı araştırmanın 2012 yılında ikincisi yapılmış ve toplumda sigara içme oranı yaklaşık 4 puan azalarak %27.1 (14.8 milyon kullanıcı) olduğu tespit edilmiştir. Oran erkeklerde %41.4'e, kadınlarda %13.1'e düşmüştür (27,28).

2011 yılında yapılan ve 2013 yılında sonuçları açıklanan TKHRF araştırmasında; 15 yaş ve üzeri kişilerde sigara içme oranı erkeklerde %43.2, kadınlarda %17.1 ve toplumun genelinde %29.4 olarak bildirilmiştir. Erkeklerde %56.4 ile 25-34 yaş arası, kadınlarda ise %24.6 ile 35-44 yaş arasında sigara içme sıklığı en yüksek bulunmuştur. Sigara %33.3 sıklık ile İstanbul bölgesinde daha fazla tüketilmiştir (29).

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri yetişkinlerde sigara içme sıklığına yönelik ulusal düzeyde son yıllarda yapılmış araştırmalara göre; toplumun sigara içme sıklığı yıllar içinde Tablo 2'de açıkça görüldüğü gibi hem erkeklerde, hem kadınlarda, hem de toplumun genelinde azalmıştır. Bu azalmanın temel nedeni; tütün kontrolü için çıkarılan yasalar ve bu yasalar çerçevesinde sigaraya karşı farkındalık projelerinin (sigara bırakma polikliniği, dumansız hava sahası, Alo 171 sigara bırakma hattı vs) başarılı bir şekilde yürütülmesidir. 1996 yılında 4207 sayılı tütün mamullerinin zararlarının önlenmesi hakkında kanun çıkarılmış, 2008 yılında genişletilmiş ve 2009'dan itibaren de bütün kapalı mekanlarda sigara içimi yasaklanması sigara içme

sıklığının azalmasında etkili olmuştur (30). Türkiye’de bazı yıllara göre sigara içme sıklığının cinsiyete göre yüzde dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Türkiye’de Bazı Yıllara Göre Sigara İçme Sıklığının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımı (24,27,28,29,31,32)

Çalışma Adı	Sigara İçme Sıklığı %		Genel Sıklık %
	Erkek	Kadın	
PIAR 1988	62.8	24.3	43.6
TÜİK 2006	50.6	16.6	33.4
KYTA 2008	47.9	15.2	31.3
TKHRF 2011	43.2	17.1	29.4
KYTA 2012	41.4	13.1	27.1

Türkiye’de sigara epidemiyolojisine yönelik çok sayıda bölgesel ve ulusal düzeyde çalışmalar yapılmıştır. Mevcut çalışmalara göre dikkat çeken en önemli gerçeklik, erkeklerde sigara içme sıklığının azalma eğilimidir (33).

DSÖ düzenli içiciyi, her gün en az bir kez bir tütün ürünü kullanan kişi olarak tanımlamaktadır. Düzensiz içici ise herhangi bir tütün ürününü kullanan fakat her gün düzenli içmeyen kişidir (34). DSÖ’nün yayınladığı 2011 raporuna göre Türkiye’de 15 yaş ve üstü yetişkinlerde sigara içme oranı; her gün sigara içen erkeklerde %37.0, kadınlarda %11.0 ve ortalama sigara içme oranı %24.0 olup; halen sigara içme oranı ise erkeklerde %42.0, kadınlarda %13.0, her iki cinsten ortak olarak %27.0’dır. DSÖ’nün 2012 yılına ait verilerine göre Türkiye’de 15 yaş ve üstü yetişkin erkeklerin %37.3’ü, kadınların ise %10.7’si günlük düzenli içicidir. Toplamda her gün sigara içme prevalansı %23.8 olarak bildirilmiştir. Yani toplum içerisinde yaklaşık her dört kişiden biri düzenli sigara kullanmaktadır (35).

Türkiye günümüz dünyasında 121 ülke arasında kişi başına sigara tüketimi yönünden otuzuncu, en çok tütün tüketen ülkeler sıralamasında ise onuncu sırada yer

almaktadır (36,10). Türkiye’de sigara tüketimi TAPDK ve TEKEL verilerine göre 1925 yılında 2.5 milyar adet iken, 1999 yılında 115 milyar adete çıkmıştır. Tütün kontrolünü yönelik başarılı çalışmalardan dolayı 2013 yılında sigara tüketimi 90 milyar adet olmuştur. Bu sayı 2014 yılı için 94 milyar adet ve 2015 yılı için 101 milyar adet iç satış olarak gerçekleşmiştir (37). 1980’lerden 2000 yıllarına kadar ABD’de sigara tüketimi %32.8 azalırken, aynı zaman dilimi içerisinde Türkiye’de sigara tüketimindeki artış %89.0 civarındadır (38).

Türkiye’de sigara epidemiyolojisine yönelik genelde farklı meslek grupları ile çalışılmış, özelde ise toplumda sağlığı geliştirmede misyon ve vizyon sahibi sağlık çalışanları ile çalışılmış çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık çalışanları ile yapılmış en kapsamlı araştırma SB, DSÖ, CDC ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) işbirliği ile yapılmıştır. 2007 yılında yapılan “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler” çalışması 2011 yılında tekrarlanmış ve sağlık personelinde sigara kullanımının bariz bir şekilde azaldığı saptanmıştır. Düzenli sigara içen (günde en az bir adet olmak üzere her gün sigara içen) sağlık çalışanlarının sigara içme sıklıklarının değişimi Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre 2007 ve 2011 Yılları Arasında Sigara İçme Durumunun Değişimi (39,40)

Sağlık Meslekleri	Aktif Düzenli İçiciler (%)		Değişim (%)
	2007	2011	
Uzman Hekim	22.1	12.7	-42.5
Pratisyen Hekim	30.5	23.9	-22.6
Dış Hekimi/Eczacı	26.1	20.7 / 15.9	-20.7 / -39.1
Hemşire/Ebe	29.5	19.2 / 21.9	-32.2
Sağlık Teknisyeni	33.8	23.5	-30.5
Sağlık Yöneticileri	39.5	17.5	-55.7

3.5. Sigara ve Bağımlılık

DSÖ’ye göre bağımlılık, maddeyi kullanma davranışının daha önceleri daha çok önem verilen diğer davranışlara göre öncelik kazandığı, fizyolojik, davranışsal, duygusal olaylar veya durumlar odağıdır. Kişinin fiziksel, sosyal, ruhsal, zihinsel ve maddi sağlığı üzerinde olumsuz etkilerini bildiği halde, alışkanlığa bağlı dürtü olarak tanımlanmıştır (41,42). Kişide maddeye karşı önlenemez bir istek oluşmaktadır. Dünyanın en eski ve en yaygın bağımlılık yapan maddesi hiç şüphesiz tütün/sigara bağımlılığıdır.

Sigara bağımlılığı; DSÖ’nün hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)] tarafından tütün bağımlılığı olarak tanımlanmıştır (43). Amerikan Psikiyatri Derneği’nin (APA) mental bozuklukların tanısı ve istatistiksel başvuru el kitabı (DSM-IV) sınıflandırması tarafından da “zihin ve davranış bozuklukları, tütün kullanımına bağlı” adı altında hastalık olarak kabul edilmiştir. Sigara bağımlılığı F17 numaralı hastalık kodu ile kodlanmıştır (44). APA’nın DSM-IV kriterlerine göre madde bağımlılığı; son bir yıl içinde istenilen zaman diliminde

ortaya çıkan, aşağıdaki maddelerden en az üçü ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan bir tablodur. Bağımlılık ölçütü maddeler;

1. İstenildiğinde daha fazla miktar ve sürede madde kullanmak
2. Sürekli bırakma isteği veya bırakma girişimlerinin başarısız olması
3. Madde kullanımı için fazlaca zaman ayırmak
4. Sosyal eylemler, hobiler gibi faaliyetleri azaltmak
5. Madde kullanmaya bağlı fiziksel veya psikolojik problemler yaşanmasına rağmen madde kullanımına devam etmek
6. Tolerans gelişimi
7. Yoksunluk semptomları olarak sıralanmaktadır (44).

Dolayısıyla DSÖ sigarayı mental ve davranışsal bozukluğa yol açan bir psikoaktif madde olarak tanımlamış ve tedavisini başta hekim olmak üzere bu konuda uzman sağlık çalışanlarının yönetimine bırakmıştır. Psikoaktif maddeler, santral sinir sisteminde (SSS) önemli derecede psişik stimülasyon ya da depresyon oluşturan; kişide algılama, duygu durum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarında bozukluklara yol açar (45).

Sigarada bağımlılık yapan madde nikotindir. Sigara kullanan kişilerin çoğunda nikotin bağımlılığı gelişir ve her koşulda sigara kullanma isteği (fizyolojik bağımlılık) oluşur. Sigara bağımlılığı; fizyolojik bağımlılığının yanı sıra; tolerans ve nikotin yoksunluk semptomları (NYS) da gösterir. Tolerans gelişimi, kişide günlük içtiği sigara miktarını zamanla artırarak başlar. Böylelikle daha fazla sigara tüketimi kişinin bağımlılık derecesini artırarak bırakmayı zorlaştırır (46-48). Nikotin beyinde sinir hücreleri arasındaki boşluklara yerleşir. Nikotinin vücuttaki döngüsü dopamin salınımına bağlıdır. Nikotin SSS’de dopamin salınımına yol açar. Dopamin

kullanıcıyı rahatlatan ve zevk veren bir nörotransmitter maddedir. Sigara bittikten bir süre sonra dopamin miktarı azalır. Bu azalmaya bağlı olarak kullanıcıda irritasyon ve stres meydana getirir. Kullanıcı dopamin salınımı için nikotin arama ihtiyacını güçlü bir şekilde hisseder (49,50). Dolayısıyla dopamin salınımının azalmasına bağlı olarak vücutta NYS gelişir. Nikotinin vücutta yarılanma ömrü iki saat olduğundan; bırakıldığında NYS kısa sürede gelişir ve bu durum ilk bir haftada maksimum etki yapar. Bu maksimum etki bireyin sigara bırakmasını zorlaştırır ve gelecekte tekrar başlama riskini güçlü bir biçimde ortaya çıkarır. Bu NYS'nin bir çoğu en fazla dört hafta sürer ve sonra biter (47,51). Bireyin cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi ve sosyal statüsü gibi faktörlerin NYS'nin meydana gelmesinde herhangi bir etkisi yoktur (52). Nikotin yoksunluk semptomları, bu semptomların maksimum etki süreleri ve görülme insidansları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Nikotin Yoksunluk Semptomları, Etki Süreleri ve İnsidanslarının Dağılımı (47,53)

Nikotin Yoksunluk Semptomları	Süre	İnsidans (%)
Baş dönmesi, sersemlik	< 48 saat	10
Uyku bozuklukları/İmsonia	< 1 hafta	25
Konsantrasyonda azalma	< 2 hafta	60
Nikotin arama isteği	< 2 hafta	70
Sinirlilik/ Anksiyete	<4 hafta	50
Depresyon	<4 hafta	60
Huzursuzluk	<4 hafta	60
Ağız yaraları	<4 hafta	40
İştah artışı/Obezite	<10 hafta	70

3.6. Sigara Kullanımının Nedenleri

Bir bireyin sağlıkla ilgili birçok davranışı, çocukluk ve gençlik dönemlerinde aile içinde başlar ve gelişir. Bir ailenin sosyoekonomik, kültürel ve davranışsal etkileri, o ailede yaşayan herkesi etkilemektedir. Bu nedenle bir kişinin, ailesinde sigara kullanan bir bireyin varlığı (özellikle ebeveynlerin sigara kullanması) hiç şüphe yok ki o kişinin gelecekte sigara içme riskini artırır. Aile içinde sosyal dengenin kaybolması, iletişim sorunlarının varlığı, bireyi aile dışı dediğimiz dış dünyaya yöneltmektedir (54,55). Çilingir ve arkadaşlarının sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler adlı çalışmada; %58.9'unun ailesinde sigara içen bireylerin olduğunu, sigara içen öğrencilerin %67.7'sinin genç yaş dediğimiz 15-18 yaş grubunda başladığı bildirilmiştir (56).

Dünyada tütün kontrolündeki gelişmelere paralel Türkiye'de yıllar içinde toplumda sigara bırakma oranları azalmıştır. Bu azalmaya rağmen sigara deneme/aktif içme yaşı çeşitli risk faktörlerinin katkısı ile yasal sigara içme/deneme sınırı olan 18 yaşın çok altına inmiştir (54). Kutlu ve Çivi'nin yaptığı çalışmada sigara içmeyi başlatan faktörler arasında %43.5'inin arkadaş çevresi olduğu, sigaraya başlama yaşının 15.6 olduğu saptanmıştır (57). Marakoğlu ve arkadaşlarının çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %54.7'si lisede iken, %28.3'ü üniversite okurken sigaraya başladıklarını ifade etmişlerdir (58). 2003 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına (KGTA) göre; 13-15 yaşındaki gençlerde erkeklerin %31.7'sinin, kızların da %19.7'sinin sigara kullandığı belirtilmiştir. Yaş grubu aranmaksızın; erkeklerin %9.4'ünün, kızların %3.5'inin ve toplamda ise %6.9'unun halen sigara kullandığı bildirilmiştir (59). Aynı araştırmanın ikincisi 2009 yılında tekrar yapılarak sigara içme sıklığı %8.4 (Erkeklerde %10.2, Kızlarda %5.3) olarak

tespit edilmiştir (60). ABD merkezli CDC Vakfı; yetişkin sigara kullanıcılarının %80'inden fazlasının, 18 yaşından önce sigarayı deneyenler veya başlayanlar olduğunu bildirmiştir (61). Bu sıklıklar DSÖ'nün Türkiye dahil üye ülkelerin 2015 yılı için belirlediği hedeflerin çok uzağında olduğunu işaret etmektedir (23).

Bireyin sigara içmesini veya denemesini kolaylaştıran nedenler arasında; kendine olan güvenini artırma, stres veya sıkıntılı olma hali, merak veya özentî, büyüme ispatı, formda kalma isteği, toplumda popüler olma hevesi, zevk/keyif vermesi, ikram ve ısrarlar gibi psikososyal ve sosyodemografik yapılar önemli yer tutmaktadır. Ayrıca sigara reklamları, şirketlerin özendirici etkileri, sigara satışı konusunda yasal düzenlemelerin takip edilmemesi ve fiyatının ucuz olması, kaçak ürünlerin bol miktarda satılması nedeniyle sigaraya ulaşılabilirliğinin kolay olması sigara içmeyi tetikleyen nedenler olarak sayılabilir (62).

3.7. Sigarada Bulunan Zararlı Maddeler

Sigara tütün bitkisinin yapraklarının kurutulması ile hazırlanır. Sigara ve sigara dumanı 55'i kanserojen olmak üzere 4000'den fazla ve farklı farmakolojik özelliklere sahip kimyasal maddeler ile insan vücudunda ölümcül etkilere yol açan toksik madde barındırmaktadır. Bu maddeler sigara yakıldığında ortaya çıkmaktadır. Sigara yakıldığında ana akım dumanı ve yan akım dumanı olmak üzere iki tür duman çıkarır. Ana akım dumanı; sigara içicisi tarafından içine çekilen, çok azı solunabilir partikül boyutunda olup, ağırlıklı gaz fazlı dumandır. Yan akım dumanı ise yakıldığında sigaranın ucundan çevreye yayılan, ana akım dumana göre daha çok toksik bileşik içeren gaz fazlı dumandır (63,64). Sigara ve dumanında bulunan bazı maddelerin insan sağlığına yaptığı farmakolojik etkiler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Sigara Dumanında Bulunan Bazı Maddeler ve Farmakolojik Etkileri (64-66)

Partikül Fazı	Farmakolojik Etki	Gaz Fazı	Farmakolojik Etki
Katran	Mutajenik/Karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine affinitesini bozar
Nikotin	Doza bağlı uyarıcı/parasempatik N-kolinerjik reseptörler üzerine depresör	Nitrojen oksidler	İrritan/proinflamatuar /siliyatoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/Karsinojenik	Aldehidler	İrritan/proinflamatuar /siliyatoksik
Fenol	İrritan/Mutajenik/Karsinojenik	Hydrocyanik asid	İrritan/proinflamatuar /siliyatoksik
Kresol	İrritan/Mutajenik/Karsinojenik	Akrolein	İrritan/proinflamatuar /siliyatoksik
b-Naftilamin	Mutajenik/Karsinojenik	Amonyak	İrritan/proinflamatuar /siliyatoksik
Benzo(a)piren	Mutajenik/Karsinojenik	Nitrosaminler	Mutajenik/Karsinojenik
Katekol	Mutajenik/Karsinojenik	Hidrazin	Mutajenik/Karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Vinil klorid	Mutajenik/Karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

Sigarada ve sigara dumanında bulunan toksik maddeler dört başlıkta toplanmıştır. Bunlar;

1. Kanseri yapıcı maddeler,
2. Tahriş edici maddeler,
3. Nikotin,
4. Karbonmonoksit'tir (67).

3.7.1. Kanser Yapıcı Maddeler

Sigara ve sigara dumanı içinde Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nca (IARC) kanıtlanmış kanserojen özellikte en az 55 madde vardır. Sigara dumanında henüz kanıtlanmamış, şüphe aşamasında olan birçok kanserojen madde (en az 80 tane) bulunduğu düşünülmektedir (68). Sigara dumanının içerdiği kanserojen maddeler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Sigara Dumanını İçerdiği Kanserojen Maddeler (65,69)

Kanserojen Maddenin Tipi	Sayı
Polisiklik aromatik hidrokarbonlar	10
Aza-arenes	3
N-nitrosaminler	7
Aromatik aminler	3
Heterosiklik aromatik aminler	8
Aldehidler	2
Çeşitli organik maddeler	15
İnorganik bileşikler	7

Sigarada kanser yapan ve kanser yapmaya yol açan en önemli maddelerden biri tar veya zift de denilen katrandır. Kanserojen maddeler katranda yer alır. Katran, sigara kullanıcıların parmaklarından başlayarak dişlerine kadar koyu renkli lekeler ile kendini göstermektedir. Katranın görünmeyen kısmında ise sigara içiminde duman ile birlikte çok sayıda toksik maddeleri/partikülleri beraberinde hava yolu ile akciğerlere taşınması ve akciğerlerde birikmeye yol açması mevcuttur (70-72). Sigara katranında yer alan polisiklik hidrokarbonlar, nitrozaminler, b-naftilaminler aktif kanserojen maddelerdir. Fenoller, yağ asitleri ve esterleri ise kanser gelişim sürecinin katalizörleridir (73,74).

Kanserojen maddelerin tamamına yakını hücrede Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) üzerinde toksik etki göstererek, DNA hasarına yol açar ve kanserli hücreler replikasyon ile çoğalmaya ve vücuda yayılmaya başlar (75,76). Hayvanlar ile yapılan deneylerde sigara dumanının normal hücreleri zamanla kanserli hücrelere çevirdiği tezi bilim çevreleri tarafından kanıtlanmıştır (77).

3.7.2. Tahriş Edici Maddeler

Sigara dumanında yer alan başta akrolein olmak üzere siyanid, sülfürdioksit gibi maddeler siliatoksik etki yaparlar. Bu etki hem irrite edici, hem de toksik etkilidir. Solunabilinen boyutta olan bu maddeler, akciğerlerdeki bronşların direncini azaltır, mukozaların ve makrofajların fizyolojik işlevlerini bozarak patolojiye neden olurlar (77). Sigara içenlerde daha sık görülen alt ve üst solunum yolları enfeksiyonlarının (farenjit, larenjit, bronşit gibi) nedenleri bu maddelerdir. Sigara kullanımı bırakılması ile bu belirtiler ortadan kaybolur (78,79).

3.7.3. Nikotin

Nikotin, tütün bitkisinin yapraklarında %2-8 oranında çeşitli asitlerle bir arada bulunan bir alkaloit maddedir. 1828 yılında Rosset ve Reiman tarafından elde edilmiştir. Tersiyer amin olan nikotin $C_{10}H_{14}N_2$ yapısında bir organik bileşiktir. Nikotin, tütünün yaklaşık üçte birini oluşturur ve kullanıcı bir adet sigara tükettiğinde ortalama 1-2.5 mg nikotin alır (80,81).

Sigara ile ilk maruziyette, nikotin SSS üzerine hızlı bir biçimde stimulan etki yapar. Sonraki maruziyetlerde ise rahatlama, endişe ve sıkıntıların hafiflemesi gibi SSS üzerinde baskılayıcı, uyuşturucu etki gösterir. Bu durum sigaranın yarattığı rahatlama değil, yoksunluk etkisinde olan bireyin maddeyi bulması ile duyulan iyilik

halidir. Nikotin kan basıncını yükselterek, nabız artışına yol açar. Dolaşım sistemini etkileyerek, organların yeterli kan alımını engeller. Yüksek doz nikotin alımları solunum depresyonu yaparak ölüme yol açar. Yarılanma ömrü iki saat olan nikotin, karaciğerde katalizasyona uğrar (82,83).

Nikotin, sigarada bağımlılık yapan esas maddedir. Sigara içmeyi deneyen her dört kişiden üçü bağımlı olabilir (84). Yetişkin sigara kullanıcılarının en az %80.0'ı 18 yaşından önce nikotin ile tanışmışlardır (61).

3.7.4. Karbonmonoksit

Karbonmonoksit (CO), tütünün eksik yanması ile ortaya çıkan renksiz, kokusuz bir gazdır. Sigara CO açısından iyi bir kaynak olup, dumanının %2-6'sını oluşturmaktadır. CO'nun, oksijene göre hemoglobine affinitesi 200 kat daha fazladır. Dolaşım sisteminde yer alan hemoglobine bağlanır ve karboksihemoglobini (HbCO) meydana getirerek kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Hücrelere daha az oksijen gider ve hipoksiye neden olur. Beyne yeterli oksijen gitmemesinden dolayı duylularda, karar mekanizmalarında ve düşünme fonksiyonlarında zayıflama meydana gelir. Bireyin günlük güç ve kuvvet kapasitesini azaltır. HbCO değeri %60'ının üzerinde olması durumu ölümlere yol açar. Özellikle anemisi olan bireylerin sigaradan uzak durmaları hayati açıdan önemlidir (63,85).

Karbonmonoksit, sigaradaki en önemli toksik madde olan nikotin ile birlikte damarda kötü huylu kolesterolün (LDL) birikmesine yol açar. Dolayısıyla kalp-damar hastalıklarına neden olur (86). Gebe kadınlarda karbonmonoksite aktif ya da pasif maruziyet, özellikle bebeğin oksijen almasını zorlaştırarak, hipoksi sonucu oluşacak komplikasyonlara (erken doğum riski, ölü doğum riski, düşük yapma riski, büyüme ve gelişme geriliği, zeka geriliği vs) neden olur (87).

3.8. Sigaranın İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri

Kullanımı 4000 yıl öncesine dayanan tütünün, insan sağlığına zarar verdiği ancak 1950'li yıllardan sonra yapılmış bilimsel çalışmalar ile kanıtlanmış ve resmiyet kazanmıştır. O tarihten sonra literatürde sigara hastalık ilişkisini inceleyen, araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Günümüzde başta sigara olmak üzere tütün ürünleri aktif kullanmak veya pasif olarak etkilenmek direkt ölümle sonuçlanmayan 50 kadar kronik hastalık ile ilişkilidir (65).

Dünyada ve Türkiye'de önlenebilen sağlık sorunlarının nedenlerinden biri olan tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, dünyada her yıl altı milyon kişinin ölümüne ve milyarlarca dolar zarara neden olmaktadır. Dünyada sigara içme eğilimleri, önlem alınmayıp aynı oranda devam eder ise, 2030 yılında sigara nedenli ölümlerin gelişmiş ülkelerde %9 azalacağı, buna karşın gelişmekte olan ülkelerde %100 artış göstererek yılda sekiz milyon kişiden fazla ölümün olacağı tahmin edilmektedir. Çünkü gelişmekte olan ülkelerde hızlı nüfus artışı, yetersiz sağlık hizmetleri, sigara şirketlerinin reklam çabaları sonucu kullanım giderek artmaktadır (88,89).

Sigara nedenli ölümlerin 2015 yılında dünyada İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) nedenli ölümlerden %50 daha fazlasına yol açarak, oluşan ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumlu olacağı bildirilmiştir (88). Dünyada en çok öldüren sekiz ana hastalık grubunun altısında temel risk faktörü sigaradır. Bu hastalık gruplarının başında yer alan kalp-damar hastalıklarının (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar vs) %11.0'mın, tüm kanser ölümlerinin ise %21-30'unun sigara ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (90,91). Uzun süreli sigara tüketimi sonucu kişinin ortalama ömrü içmeyenlere göre 20-25 yıl daha kısadır (66,92).

3.8.1. Sigaranın Solunum Sistemine Etkileri

Sigaranın en çok etkilediği sistemlerin başında solunum sistemi gelmektedir. Sigara solunum sisteminde Alt ve Üst Solunum Yolları Enfeksiyonları (ASYE ve ÜSYE), astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının (KOAH), akciğer kanseri ve gırtlak kanserinin en önemli nedenleri arasındadır (93).

Sigara hastalık ilişkisinin en somut örneği akciğer kanseridir. 1964 yılında Surgeon General adlı raporda sigara ile akciğer kanseri nedensellik ilişkisi resmîyet kazanmıştır (94). Akciğer kanseri dünyada en çok görülen ve en fazla öldüren kanserlerin başında gelmektedir (95). Tüm kanser ölümlerinin %30.0'ı, gırtlak kanserinin %84.0'ının ve akciğer kanserinin %90.0'ının sorumlusu tütün ve tütün ürünlerinin tüketimidir (96). Sigara kullananlarda kullanmayanlara göre akciğer kanseri gelişme riski 20 kat daha fazladır. Bu oran erkeklerde 24 kat, kadınlarda ise 14 kat daha fazladır (97). Tüm yaşamı boyunca sigara veya ürünlerini tüketenlerinin %15.0'ında akciğer kanseri gelişmektedir (98). Aktif sigara içmek veya pasif olarak dumanının solunması ile akciğerlere alınan kanserojen maddeler ve onların vücuttaki metabolitleri, hücrenin DNA mekanizmasını bozarak solunum sisteminde yer alan epitelyumlarda harabiyete yol açar ve karsinogenezi başlatır (86). Kanser gelişimi etkileyen faktörler arasında; kullanıcının sigaraya başlama yaşı, içtiği sigaranın tipi, günde tükettiği sigara sayısı, sigara kullanma süresi, sigaranın filtreli olup olmaması ve katran yoğunluğu da önemli yer tutar. Mentol içeren sigaraların normal sigaralara göre daha kanserojen olduğuna dair veriler mevcuttur (99).

OECD ülkelerinde en yaygın kanser türü olan akciğer kanseri, erkeklerin %26.0'ı, kadınların % 17.4'ü arasında öldürücüdür (100). 2014 yılı verilerine göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) bağlı hastanelerde kanserden dolayı

yatan hastaların %11.5'i hayatını kaybetmiştir. Kanseri türleri arasında en fazla Bronş ve Akciğer kanseri öldürücüdür. Erkeklerde %22.7, kadınlarda %10.1 ölüm oranları ile başı çekmektedir. Kadınlarda meme kanserinden ölüm oranı %10.0 ile ikinci sıradadır (101).

Astım ve KOAH gelişmesinin temel risk faktörü tütün ve tütün ürünlerinin kullanımıdır. Sigara kullanmaya devam edilmesi durumunda astım ve KOAH atakları sıklaşarak tedaviyi olumsuz etkiler (102). Sigara ile aktif veya pasif etkileşimde solunum sistemindeki enzimler, sistemin kendi florası ve kendini yenilemeye çalışan öksürük ve mukus atımı gibi hareketlerin olduğu hava yollarında histolojik ve patolojik değişikliklere neden olur. Bronşların hava kapasitelerini düşürerek, kişi nefes alırken tıkanma hissi yaşatarak, solunum fonksiyon testlerini ve akciğer gelişimini yavaşlatır (103). KOAH, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 ve 2015 verilerine göre Türkiye'de en çok öldüren üçüncü grup hastalıklardan olan solunum sistemi hastalıkları arasında yer almaktadır (104).

3.8.2. Sigaranın Dolaşım Sistemine Etkileri

Kalp-damar hastalıklarının temel nedeni tütün kullanımıdır. Sigaraya aktif veya pasif maruziyet durumunda damarın endotel katmanının yapısı bozulur ve kullanıcılarda damar tıkanıklığı dediğimiz ateroskleroz başlar. Ateroskleroz ölümcül Koroner Arter Hastalığının (KAH) en önemli nedenidir. Ayrıca sigara içmenin kardiyovasküler hastalık riskini, inmeyi, ani ölümü, periferik damar hastalıkları ve aort anevrizmasını arttırdığı çeşitli çalışmalar ile kanıtlanmıştır (105).

KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara miktarı, sigaraya başlama yaşı, içilen yıl sayısı gibi faktörlere bağlıdır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada günde yirmi beş ve daha fazla adet sigara tüketenlerde, tüketmeyenlere göre KAH'ya bağlı ölümcül

riskini 2.3 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Günde en fazla dört adet sigara içen kadınlarda ise 2.5 kat daha fazladır. Sigara kullanımı hiperkolesterolemi ve Diabetes Mellitus (DM) gibi riskleri büyük oranda etkilemektedir (106). Sigara kullanımı kişide ani ölüm riskini de artırmaktadır. Günde en az 20 adet sigara tüketen kişide, kullanmayanlara göre ani ölüm riskinin beş kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (107). Sigara kullananlarda kalp krizi geçirme riski üç kat, felç geçirme riski ise iki kat artmaktadır (108).

DSÖ'nün 2012 yılı küresel ölüm verilerine göre; koroner kalp hastalıkları %12.2, inme ve diğerkoroner kalp hastalıkları ise %9.7 ölüm oranları ile birinci ve ikinci sırayı paylaşmışlardır (109). TÜİK 2014 yılı ölüm nedenleri verilerine göre; dolaşım sistemi hastalıkları 2013 yılında %39.6, 2014 yılında ise %40.4 ile Türkiye'de ölüm listesinin başında yer almıştır (104). Türkiye'de dolaşım sistemine bağılı ölümler (ani kalp krizi, akut koroner sendrom) birçok Avrupa ülkesinden daha yüksek seviyededir. Türkiye'de yılda 100 bin ölüm ani kalp krizine bağılıdır. Koroner kaynaklı ölüm sıralamasında Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında erkeklerde ikinci, kadınlarda ise birincidir (110). Sigara kullanımı, bacadaki atardamarların, damarların ve sinirlerin iltihaplanıp kan akışını tıkaması şeklinde gelişen Buerger Hastalığı (BH) riskini de artırır. BH tedavi edilmez ise kangrene dönüşür ve etkilenmiş bölgenin operasyonla alınmasına neden olabilir (111).

3.8.3. Sigaranın Sinir Sistemi Üzerine Etkileri

Sinir sistemi, sigaranın bağımlılık yarattığı yerdir. Sigaranın gaz fazlı bileşiklerinden olan nikotin hızlı bir şekilde kan-beyin bariyerlerini geçerek beyine ulaşır. Beyinde dopamin ve endorfin gibi zevk ve mutluluk veren nörotransmitter maddelerin salınımına yol açar. Bir süre sonra bu etkiler kaybolunca, beyin bu

duyguları yaratan nikotini özlemle aramaya çalışır ve nikotine bağımlılık gelişir. Sinir sisteminde sigaraya bağımlılık geliştirmenin yanı sıra sigara içerisinde başta nikotin ve CO olmak üzere yer alan toksik bileşikler, sinir sisteminin çalışma mekanizmalarını da olumsuz etkiler. Beyin damar hastalıkları, ateroskleroz denilen damar sertliğini oluştururlar. Aterosklerozlu damar, beyine yeterince oksijen taşıyamaz. Dolayısıyla beynin karar verme, düşünme, algılama gibi hayati fonksiyonlarını bozarak kişinin yaşam kalitesini düşürür (112).

Sigara kullanımı ile depresyon birbirlerini tetikleyen durumlardır. Yeni Zelanda'da yapılan çalışmaya göre aktif sigara kullanıcıların %63.2'sinde depresyon belirtileri yaşandığı bildirilmiştir. Başka bir çalışmaya göre depresyon tedavisi gören hastaların %74.0'ı sigara kullanmaktadır (112,113). Özellikle mevsimsel geçiş aylarında depresyon nöbetleri daha fazla yaşanmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmaya göre depresyon sorunu yaşayanların %44.7'si, manik-depresif hastalığı olanların %60.6'sı sigara kullandığını belirtmiştir. Aynı çalışmada hiçbir ruhsal sorunu olmayanların sigara içme oranı %22.5'dir (112,114). ABD'de 2005-2008 yılları arasında 20 yaş ve üzeri kişilerde depresyon sigara ilişkisini inceleyen araştırmaya göre orta ve ağır depresif belirti gösteren kişilerin sigara kullanımı %39-48 arasındadır (115).

3.8.4. Sigaranın Sindirim Sistemi Üzerine Etkileri

Sigara kullanımı; sindirim sisteminin başladığı yer olan ağızda, tükürük salgısını azaltarak ilk etkisini gösterir. Daha sonra mide asit salgısını artırarak ülser, mide sfinkter kapağının çalışmasını bozarak reflüye neden olur. Bunların dışında sigaranın ilişkili olduğu hastalıklar ülseratif kolit, crohn hastalığı, irritabl barsak

sendromu, özefagus kanseri, mide kanseri, hepatosellüler kanser ve pankreas kanseri olarak sayılabilir (116).

Kanser türleri içinde öldürücü etkisi yüksek ve tüketilen sigara miktarı ile ilişkili olan pankreas kanserinin, sigara içenlerde görülme oranı içmeyenlerden 2 kat daha fazladır (117).

3.8.5. Sigaranın Endokrin Sistem Üzerine Etkileri

Sigara kullanımı hormon salınımı üzerinde birden fazla etkiye sahiptir. Bu etkiler başlıca; nikotinin farmakolojik etkisi ve tiosiyanat gibi toksik bileşiklerin yaptığı etkilerdir. Sigara kullanımı hipofiz, tiroid, testis ve yumurtalık fonksiyonlarını, kalsiyum metabolizmasını ve insülin direncini etkiler. Ayrıca hipertiroid, osteoporoz ve abortus riskini daha fazla yaratır (118).

Kapoor ve Jones'un yaptığı araştırmada; sigaranın tiroid hormon salınımında uyarıcı etkiye sahip olduğu belirtilmiş, ayrıca prolaktin, büyüme hormonu ve folikül uyarıcı hormonların (FSH) plazma seviyelerinde de artış gözlenmiştir (118). Sigara kullanıcıları arasında yapılmış çalışmalarda; sigarayı aktif içen uzun süreli kullanıcılarda guatr geliştiği bildirilmiştir (119). Erkekler arasında yapılan çalışmalara göre; sigara içenlerde testosteron hormonunun içmeyenlere oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir (120).

Sigara kullanmada geçen süre ve kullanım miktarı arttıkça kişide insülin direnci gelişir (121). Uzun süreli çalışmalarda toplumda sigara kullanımı arttıkça DM gelişme oranı da arttığı bildirilmiştir (122). DM'li bir hastanın sigara kullanmaya devam etmesi noröpati ve damarsal hastalıklar riskini artırır (123).

3.8.6. Sigara Nedenli Ölümcül Hastalıklar

Sigara kullananların kullanmayanlara göre ortalama yaşam süresi %25 daha (yaklaşık 23 yıl) kısa olmaktadır (66). Sigaraya bağlı dünyada her sekiz saniyede bir insan hayatını kaybetmektedir (124). Sigara kullanmaya bağlı ölümcül hastalıklar üç ana başlık altında Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Sigara Nedenli Ölümcül Hastalıklar (65,125,126)

Sigara Nedenli Ölümcül Hastalıklar		
Kanserler	Kalp ve Dolaşım Sistemi	Diğer Hastalıklar
Akciğer	Koroner kalp hastalığı	Bronşit ve amfizem
Ağız ve nefes borusu	Aort anevrizması	Pnömoni
Yemek borusu	Kalp kası dejenerasyonu	Mide ülseri
Mesane	Damar sertleşmesi	On iki parmak bağırsak ülseri
Böbrek	Felç-inme	
Mide		
Pankreas		
Kan kanseri		

3.8.7. Sigara Nedenli Ölümcül Olmayan Hastalıklar

Sigara-hastalık ilişkisi üzerine yapılmış çok sayıda çalışmada; sigara kullanıcılarında riski artmış bazı hastalıkların, meydana gelen fiziksel/fonksiyonel değişikliklerin, semptomları ağır olan hastalıkların, hastalık prognozu daha ağır ve inatçı olan hastalıkların içmeyenlere göre daha fazla yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu hastalıklar Tablo 8, Tablo 9, Tablo 10 ve Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sigara Kullanıcılarında Riski Artan Hastalıklar (65,125,126)

Sigara Kullanıcılarında Riski Artan Hastalıklar		
Dişeti hastalıkları/diş dökülmeleri	Kas/tendon zedelenmeleri	Kalp spazmı
Boyun ve sırt ağrıları	Burger hastalığı	Nistagmus
Göz içi mantar hastalıkları	Duodenal ülser	Mide ülseri
Osteoporoz	Katarakt (2 kat risk)	Osteoartrit
Katarakt (arka kapsül altı- 3 kat risk)	Erektile disfonksiyon	Kolon polipleri
Periferik damar hastalıkları	Crohn hastalığı	Pnömoni
Depresyon	Psöriazis (2 kat risk)	DM tip 2
Cilt kırışıkları (2 kat risk)	İşitme kaybı	İmpotans (2 kat risk)
Grip	Romatizma	Tüberküloz
Maküler dejenerasyonu (2 kat risk)	Optik sinir hastalığı (16 kat risk)	

Tablo 9. Sigara Kullanıcılarında Meydana Gelen Fonksiyonel Bozukluklar (65,125,126)

Sigara Kullanıcılarında Fonksiyonel Bozukluklar		
Sperm şekil bozuklukları	İmmün sistem bozuklukları	Ejakülasyon
Sperm sayısının azalması	Sperm hareket kaybı	Menopoz (2 kat risk)
Spermin dölleme yeteneğinin azalması		

Tablo 10. Sigara Kullanıcılarında Semptomları Ağır Olan Hastalıklar (65,125,126)

Sigara Kullanıcılarında Semptomları Ağır Olan Hastalıklar		
Astım	Kronik nezle	DM
Hipertiriodi	Multipl skleroz	Optik nörit

Tablo 11. Sigara Kullanıcılarında Daha Ağır ve İnatçı Olan Hastalıklar (65,125,126)

Sigara Kullanıcılarında Daha Ağır ve İnatçı Olan Hastalıklar		
Nezle	Pnömoni	Tüberküloz
Grip	İnflamatuvar bağırsak hastalığı	

3.9. Çevresel Tütün/Sigara Dumanı

Pasif içicilik veya ikinci el sigara dumanı da denilen Çevresel Sigara Dumanı (ÇSD); aktif içicisinin yaktığı sigaradan çevreye yayılan dumandaki zararlı kimyasallara maruz kalma/etkilenme/soluma durumudur (127). ÇSD, bilim dünyasına 1980’de Japonya’da yapılmış araştırma ile girmiştir. Bu araştırmada eşi sigara kullanan ev hanımlarında akciğer kanseri gelişim riski (%20-55 artma) kanıtlanmış ve sigaranın sadece aktif içiciye değil, aynı zamanda çevreye yayılan dumandan etkilenenlerde de hastalık yaptığı belirtilmiştir (128).

Modern dünyanın güncel sağlık sorunlarından olan ÇSD, insan sağlığını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda çevre kirliliğine neden olmaktadır. ÇSD içerisinde en az bin kimyasal madde ile en az 250 kanserojen madde bulunur. Bundan dolayı ÇSD’nin, ABD Çevre Koruma Ajansı (EPA) tarafından A grubu kanserojenler arasında olduğu bildirilmiştir (129).

ÇSD’ye maruziyet açısından risk grupları; bebekler/çocuklar, kadınlar/gebe kadınlar, yaşlılar ve dezavantajlı gruplardır. ÇSD özellikle kadınları/gebe kadınları ve çocukları/bebekleri etkilediğinden dolayı günümüz dünyasında halk sağlığı sorunu olarak yer edinmiştir (130). Gebe bir kadının ÇSD’ye maruz kalması sonucu, duman (CO) bebeğine plesenta yolu ile geçerek ciddi bir şekilde büyüme ve gelişmesini etkiler (131). Aktif sigara kullanımında, çocuklarının sonraki dönemlerinde solunum sistemi hastalıklarına yakalanma riskinin arttığı bildirilmiştir (132). Ayrıca annedeki süt oluşumunu sağlayan prolaktin hormonunun azalmasına neden olup, bebeğinin süttten erken kesilmesi ve sütün kalitesinin bozulmasına neden olur (133). Sigara içmeyenlerde görülen akciğer kanserlerinin en az %20.0’ı ÇSD

kaynaklıdır. ÇSD'nin yetişkinlerde ve bebeklerde/çocuklarda yarattığı kanıtlanmış veya olasılıkla yapmış olduğu hastalıklar aşağıdaki Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. ÇSD'nin Yetişkinlerde ve Bebeklerde/Çocuklarda Yaptığı Kanıtlanmış veya Olasılıkla Yapmış Olduğu Hastalıklar (65,134)

ÇSD'nin Yaptığı Hastalıklar	
Yetişkinlerde	Çocuklarda
Koroner arter hastalığı	Ani bebek ölüm sendromu
Akciğer kanseri	Fetal büyüme geriliği (ağırlık kaybı)
Nazal sinüs kanseri	Bronşit, pnömoni, diğer ASYE
Non-malign akciğer hastalıkları	Akut otitis media
ÇSD'nin Olasılıkla Yaptığı Hastalıklar	
Yetişkinlerde	Çocuklarda
İnmeler	Davranışsal ve bilişsel etki
Meme kanseri/Servikal kanser	Çocukluk astım oluşumu
Abortus	Kistik fibrozis alevlenmeleri

ÇSD'nin; dünya çapında sigara kullanmayan erkeklerin %33.0'ını, sigara kullanmayan kadınların %35.0'ını ve çocukların %40.0'ını (yaklaşık 700 milyon çocuk) etkilediği tahmin edilmektedir (135). KGTA'nın 2003 yılındaki çalışmasına göre Türkiye'de çocukların %89.0'ı evde, %91.1'i halka açık yerlerde ÇSD'ye maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (136). Türkiye'de ilkokul çocuklarında yapılmış araştırmada her dört çocuktan üçünün ÇSD'ye maruz kaldığı ve idrar analizlerinin günde en az altı adet sigara tüketen yetişkinin analiziyle aynı olduğu saptanmıştır (137). KYTA 2012 sonuçlarına göre yetişkinlerin; %38.3'ü evinde, %15.6'sı işyerlerinde, %3.8'i sağlık kurumlarında, %26.4'ü özel araçlarında ÇSD'den etkilendiğini bildirmiştir (28).

Türkiye ÇSD'ye maruziyeti en aza indirmek için Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) yol haritası olan MPOWER (izleme-önleme-yardım etme-

uyarılma-uygulama-artırma) paketinin (MPOWER PACKAGE) P maddesine istinaden yasal düzenlemeler yapmıştır. DSÖ, ÇSD kontrolü açısından tüm dünyaya örnek projelerden biri olan dumansız hava sahasına övgüler yağdırmıştır. Dumansız hava sahası oluşturmak adına kapalı alanlarda, toplu taşıma araçlarında ve halka açık yerlerde sigara kullanmak yasaklanmış ve uymayanlara maddi/manevi yaptırımlar uygulanması kararlaştırılmıştır (138).

3.10. Tütün Kontrolü Çalışmaları

Dünyadaki çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye için de halen en önemli sağlık problemi olarak tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı gelmektedir. Tütün kullanımı; kişide ve çevresinde öldürücü/ağır hastalıklara ve fiziksel/fonksiyonel kayıplara yol açması, kişinin yaşam kalitesini düşürecek etki bırakması ile halk sağlığını bozmanın yanı sıra; aileye, topluma, toplumu temsil eden devletlere verdiği ekonomik zararlar, manevi kayıplar nedeniyle acilen önlem alınması gereken ciddi bir sağlık sorunudur (66). Bu nedenlerden dolayı tütün kontrol çalışmaları hem birey için hem de toplum için hayati önem arz etmektedir.

Tütünün aktif veya pasif kullanımının zararları bilimsel veriler ile kanıtlanmasından sonra, dünyada tütüne ve ürünlerine olan ilgi hızla azalmaya başlamıştır. Tütün zararlarına ve kontrolüne yönelik DSÖ tarafından 1970, 1980 ve 1988 yıllarında bir dizi konferans ve seminerler yapılmış, sonuçları sloganlar ve bildiriler halinde duyurulmuştur (139). Yapılan bu çalışmalara rağmen, tütün kontrolünde pek çok strateji denenmiş ve başarılı olunamamıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler tütün şirketleri için uygulama sahası olmuş ve kadın ve gençler hedef kitle haline getirilmiştir (140). Tütün kontrolünün gecikmesi veya

ertelenmesi her yıl bir milyon gencin sigarayı denemesine, dört yüz binden fazla yetişkinin ise hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (141).

DSÖ, üzerinde yoğun çalışmalar ve çabalar harcaması sonucunda, 2003 yılında tütün kontrolünde bir halk sağlığı anlaşması olan TKÇS'yi gündemine almıştır. TKÇS ile üye ülkelere tütün kontrolünün sağlanmasının toplum sağlığı açısından önemi ve bu konuda başarılı olmak için birçok kurumun (hükümetler, sivil toplum kuruluşları vs) bir arada ortak hareket etmek zorunda olduğu vurgulanmıştır. Bu sözleşmede üye ülkelere tütün arzını ve talebini azaltmak yolunda yapılması gerekenler ayrıntılı bir şekilde anlatılmaktadır. TKÇS'ye göre tütün kontrolü için yapılması gereken hususlar;

- Tütün firmalarının reklam ve sponsorluk anlaşmalarının tamamen yasaklamak,
- Sigara paketleri üzerinde dikkat çekecek şekilde uyarı yazısı ve resimlerini yerleştirmek,
- Pasif içiciliğin önüne geçmek için çalışmalarda bulunmak,
- Sigaradan alınan vergileri/sigara fiyatlarını artırmak,
- Tütün kaçakçılığını önlemektir (139,142).

DSÖ 2008 yılında tütün kontrolü ile etkili mücadele etmek amacıyla üye ülkelere altı maddelik MPOWER Paketini hazırlanmıştır. MPOWER paketi, TKÇS'ye tütün kontrolü çalışmaları için güçlü ve sağlam yol haritası olmuştur. MPOWER paketi, Türkiye'de 2012 yılında yasallaşmıştır. Bu paketin içeriği sırasıyla;

- M (Monitor): Tütün kullanımını ve önleme politikalarını İZLENMESİ
- P (Protect): Bireylerin sigara dumanından pasif etkilenmesinin ÖNLENMESİ

- O (Offer): Sigarayı bırakmak isteyenlere YARDIM EDİLMESİ
- W (Warn): Bireylerin sigaranın zararları konusunda UYARILMASI
- E (Enforce): Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakların UYGULANMASI
- R (Raise): Tütüne uygulanan vergi miktarının ARTIRILMASI'dır (143).

DSÖ'ye üye ülkelerden olan Türkiye'de tütün kontrolüne yönelik çalışmalar konusunda dönüm noktası hiç şüphesiz 1996 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisince (TBMM) çıkarılan 4207 sayılı "Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi" kanunudur. Bu kanun 2008 yılında genişletilmiş ve 2009'da son halini almıştır. Bu kanun kapsamında; tütün ve tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması, 18 yaşından küçüklere satılmasının yasaklanması, sigara paketleri üzerinde dikkat çekici resimler ve yazıların zorunlu olması, toplu taşıma araçları, sağlık, eğitim ve sosyal tesislerde sigara kullanımının yasaklanması yer almıştır (139,144).

Daha sonraki yıllarda DSÖ'nün bildirdiği TKÇS; tütün mücadelesinde katalizör güç olan sivil kuruluşlara [Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK), HASUDER, Türk Tabipleri Birliği (TTB)] üye bilim insanları öncülüğünde ve SB'nin katkısı ile ortaklaşa yapmış olduğu girişimler sonucu Türkiye tarafından imzalanmış ve TBMM tarafından "Türkiye Ulusal Tütün Kontrol Programı" adı altında resmi gazetede yayınlanmıştır. Bu programda tütün kontrolü çalışmaları üç ana başlık altında aşağıdaki Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Tütün Kontrolü Çalışmalarının Ana Başlıkları ve Alınacak Önlemlerin Sıralanması (145).

Tütün Kontrolü Ana Başlıkları	Alınacak Önlemler
1. Tütün ürünlerine talebin azaltılması	Bilgilendirme, farkındalık yaratma, eğitim Sigarayı bırakma Fiyat ve vergilendirmelerde düzenleme Çevresel sigara dumanı ile mücadele Reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklamaları Ürün denetlemeleri ve tüketicinin bilgilendirilmesi
2. Tütün arzının ve kullanımının azaltılması	Yasadışılığın/kaçakcılığının önlenmesi Tütüne erişiminin zorlaştırılması Üreticiye tütün yerine alternatif seçenekler sunma
3. Tütün kullanımının ve kontrol programlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması	

Türkiye tütün kontrolüne yönelik MPOWER paketinin kriterlerinin tamamını 2012 Temmuz ayında yerine getirmiş ve DSÖ tarafından tütün kontrolüne yönelik başarılı çalışmalarından dolayı takdir edilen nadir ülkelerden olmuştur (146).

3.11. Sigara Bırakma Tedavileri ve Bırakma Yardımı

Sigaranın içerdiği toksik bileşikler ve onların insan vücudundaki zararları herkesçe bilinmektedir. Bu bilgiler ışığında sigara kullanıcıları yaşam kalitesi ve süresini artırmak için sigaradan vazgeçmek zorundadır. Aktif sigara kullananların en az %70.0'ı sigarayı bırakmak istediklerinin ifade etmiştir. Sigara bırakma girişimi başarısız olanların üçte ikisi ise bir ay içinde tekrar bırakmak için girişimde bulunmaktadır (51,147).

Sigara kullanma isteği insanoğlunun doğasında var olmayan, sonradan kazanılmış bir durumdur. Sigara kullanma davranışının devam etmesinin temel

nedeni içerdiği nikotindir. Nikotine yönelik önlemlerin bir uzman danışmanlığı altında alınması sigaradan vazgeçmeyi mümkün kılmaktadır (148).

Tütün kontrolü çalışmalarına katkı sunan sigara bırakma tedavilerinin başlıca dört temel endikasyonu vardır. Bunlar sigara nedenli hastalıkların önlenmesi, sigara nedenli hastalıkların tedavisi, sigara nedenli hastalıkların rehabilitasyonu ve sigara nedenli pasif maruziyetin önlenmesidir (149). Literatür taramalarında sigara bırakmaya yönelik tedavilerin; nonfarmakolojik (ilaç dışı tedavi yöntemleri, davranışçı yöntemler) ve farmakolojik diye iki grupta toplandığı görülmektedir.

3.11.1. Nonfarmakolojik Tedaviler

İlaç dışı tedavilerde temel amaç kullanıcının iradesini ve motivasyonunu güçlendirmek, davranışlarını değiştirmek kanalıyla kişinin sigarayı bırakacağı konusundaki konsantrasyonunu artırmaktır. Sigaranın sosyal ve psikolojik bir alışkanlık olduğu kullanıcı tarafından kabul edilmiş ve ona göre yöntemler geliştirilmiştir. Motivasyonel terapiler, bireysel veya grup terapileri, ters güdülenme ve tiksindirme, hipnoz, akupunktur, psikoterapi gibi davranışsal-bilişsel yöntemlerin tamamı sigara bırakmada etkili olabilen yöntemlerdir (150).

3.11.2. Farmakolojik Tedaviler

Nikotin bütün tütün türlerinde ve ürünlerinde bulunan, kolaylıkla emilebilen ve hızlı bir şekilde etkisini gösteren toksik bileşiktir. Sigara bağımlısının bırakmasını engelleyen ve bırakılması ile bağımlıda yoksunluk semptomlarını gösteren tehlikeli bir psikoaktif maddedir. Dolayısıyla sigara bırakma girişiminin başarısız olmasının en temel nedeni nikotindir (66). Nikotin DSÖ (ICD-10) ve APA (DSM-IV) tarafından bağımlılık nedeni olarak kabul edilmiş ve nikotin bağımlılık tedavileri

araştırılmaya başlanmıştır (43,44). Sigara bırakma konusunda uzmana başvuran kişinin önce nikotin bağımlılığı ölçülür. Bu ölçüm klinikte en çok kullanılan ve güvenilirliği tüm bilim çevrelerince kanıtlanmış olan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile yapılır. Bağımlılık derecesine göre tedavi yolu seçilir (151). Günümüzde SB ve Amerikan İlaç ve Gıda Kurumu (FDA) onaylı iki grup farmakolojik tedavi yolu vardır. Birincisi nikotin replasman (yerine koyma) tedavisi (NRT), ikincisi ise nikotin içermeyen preparat tedavisidir (152).

3.11.2.1. Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Nikotin replasman tedavisinin temel amacı, vücuda nikotin sağlayarak sigara bırakıldığı dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya tamamen ortadan kaldırmaktır. Böylelikle bağımlı kişi sigara bırakma dönemini rahat bir şekilde geçirerek sigara bırakma girişimini başarı ile sonuçlandırır. Türkiye'deki yasalara göre sigara bırakma tedavilerinin uygulanması hekim veya uzman hekim kontrolüne bırakılmıştır (151).

Günümüzde kullanılan NRT preparatları nikotin transdermal bandı, nikotin nasal spreyi ve nikotin oral formlarıdır (nikotin sakızı, nikotin sublingual tablet, nikotin pastil ve nikotin inhaler). Türkiye'de SB'den lisans almış olan nikotin bandı ve nikotin sakızı bulunmaktadır (153). Bu preparatların farmakolojik mekanizmaları, tedavi dozu, kullanım şekli ve süreleri Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Türkiye’de Kullanılan Nikotin Bandı ve Nikotin Sakızının Farmakolojik Mekanizmaları, Tedavi Dozu, Kullanım Şekli ve Süreleri (154,155)

Tedavi Formu	Farmakolojik Mekanizma	Tedavi Dozu	Kullanım Şekli ve Süresi
Nikotin sakızı	Nikotin replasman isteği ve yoksunluğu azalır	<25 sigara/gün ise 2 mg ≥25 sigara/gün ise 4 mg	6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet 7-9. haftalarda her 2-4 saatte 1 adet 10-12. haftalarda her 4-8 saatte 1 adet Günde maksimum 24 adet
Nikotin bandı	Nikotin replasman isteği ve yoksunluğu azaltır	21 mg/ 24 saat 14 mg/ 24 saat 7 mg/ 24 saat	4 hafta 2 hafta 2 hafta 10 sigaradan az içiyorsa daha düşük doz ile başlanır

NRT tedavilerinin; gebe veya laktasyon dönemindeki kadınlarda, çocuklarda ve bazı hastalıklarda (kalp krizi, DM, buerger, hipertrioidi, duodenal ülser, kontakt dermatit) kullanımı endikasyon dışıdır. Yapılan farmakovijilans (ilaç yan etki bilimi) bildirimlerinde NRT preparatlarının advers etki oranı %1 dolayındadır (156).

3.11.2.2. Nikotin İçermeyen Preparat Tedavisi

Sigara bırakma tedavisinde Türkiye’de SB’den lisans almış ve FDA onaylı nikotin içermeyen iki adet preparat kullanıma sunulmuştur. Bunlar; bupropion ve vareniklin etken maddeli ilaçlardır (152).

Bupropion, sigara bağımlılığı tedavisinde nikotin içermeyen ilk ajandır. Monosiklik antidepresan endikasyonlu ilaç olmasına rağmen sigara bırakma etkisi de vardır. Randomize çalışmalarda uzun süreli nikotin yoksunluk semptomlarını ve

nikotin isteğini azaltmada 2 kat başarı sağlamıştır. Vücutta etki mekanizması nöronal dopamin ve noradrenalin reuptake inhibisyonu ve nikotinik asetilkolin reseptör blokajıdır (157).

Vareniklin, SSS’de nikotinin bağlandığı nikotinik reseptörleri uyarak nikotinik agonist etkileri ile dopamin salınımı sağlar. Vücut nikotin alsa bile dopamin salınımında artma olmaz. Vareniklinin agonist ve antagonist etkileri ile nikotin bağımlılığı azalır ve yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasına engel olur (152). Sigara bırakma tedavisinde Türkiye’de kullanılan nikotin içermeyen etken maddelerin (bupropion, vareniklin) farmakolojik mekanizmaları, tedavi dozları ve kullanım şekli ve süreleri Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Türkiye’de Kullanılan Nikotin İçermeyen Etken Maddelerin (Bupropion, Vareniklin) Farmakolojik Mekanizmaları, Tedavi Dozları, Kullanım Şekli ve Süreleri (154,155).

Tedavi Formu	Farmakolojik Mekanizma	Tedavi Dozu	Kullanım Şekli ve Süresi
Bupropion	Dopamin geri alımında azalma; isteği ve yoksunluğu azaltır	150 mg oral tablet	150 mg/gün oral tablet günde bir kez ilk üç gün 150 mg/gün günde iki kez iki ay İki doz arası en az 8saat olmalı Süre:12 hafta
Vareniklin	Nikotin isteği ve yoksunluğu azaltır	0.5 mg/gün 1 mg/gün	0.5 mg sabah ilk üç gün 0.5 mg günde iki kez 4-7 gün 1 mg günde iki kez 8.günden itibaren tedavi bitimi olan 12 haftaya kadar

Nikotin içermeyen fakat potansiyel sigara bağımlılığı tedavisinde kullanılan diğer kimyasal ajanlar Nortriptilin, Klonidin, Rimonabant, Anabaseine,

Bromokriptin, Selegiline, Reboxetine, Naltrexone, Glikoz'dur. Ayrıca Nikotin aşısı, nikotin solüsyonları, nikotin çubukları gibi yeni nesil nikotin içermeyen preparatlar üzerinde çalışmalar da devam etmektedir (157).

Bağımlının sigara bırakma başarısını artırmak için en güvenli ve sağlam yol sosyal destek ile farmakolojik desteğin birlikte verilmesidir. Farmakolojik tedaviler genelde kombine tedavi (Bupropion+Nikotin bandı gibi) halinde hekimler tarafından önerilir (151).

3.12. Sigarayı Bırakmanın Sağlık Üzerine Yararları

Sigara kullanıcısının sağlık durumunda, yaşına veya cinsiyetine bakılmaksızın sigarayı bıraktıktan sonra zaman içerisinde bir takım iyileşmeler ve normalleşmeler gözlemlenir (158). Bu durumların zaman içinde insan sağlığı üzerinde göstermiş olduğu değişiklikler Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Sigara Bırakıldıktan Sonra Zaman İçinde İnsan Vücudunda Meydana Gelen Değişiklikler (158,159)

Geçen Zaman	Vücuttaki Değişiklikler
20 dakika	Kan basıncı, ritmi ve dolaşımı düzelir. Dolayısıyla kalp atım hızı düşer
12 saat	Kandaki CO seviyesi normale döner
2 hafta-3 ay	Kalp krizi riski azalmaya başlar, akciğer fonksiyonları artar
1-9 ay	Öksürme ve nefes tıkanıklığı azalır
1 yıl	Koroner kalp hastalığı riski %50 azalır
10 yıl	Akciğer kanseri riski %50 azalır. Ağız, gırtlak, yemek borusu, böbrek, mesane ve pankreas kanseri riski azalır
15 yıl	Koroner kalp hastalığı riski sigara içmeyen biriyle aynı olur

3.13. Eczacılık Mesleği, Gelişimi ve İşlevi

Eczacılık, hekimlikle beraber doğan son 800-900 yıla kadarda aynı kişi tarafından yürütülen ve tarihi milattan önce 7000 yıllarında Galen'e kadar dayanan bir meslek iken, yıllar içinde bilim alanlarındaki (kimya, biyoloji, tıp) yeni gelişmeler ile sağlıkta tek başına bir ana dal olmuştur (160).

Ecza mesleğini icra eden eczacı; topluma sağlık hizmetini ayırım yapmadan veren, ilaçları dikkatli bir şekilde hazırlayıp sunan, serbest veya kamuda çalışan, ilacın üretiminden hastaya sunumuna kadar her alanda emek harcayan, bu konuda yeterli eğitim almış kişiye denir (161). İlaçların hangi maddelerden oluştuğunu, insan vücudunda nasıl bir etki göstereceğini bilen bir uzmandır. Dolayısıyla ilaçların doğru ve güvenli bir biçimde hazırlanması, kullanılması ve saklanması eczacıların sorumluluğundadır (162). Toplumun ilaç ve sağlık alanındaki tek danışmanı olan eczacı; halka en yakın, herkesi görme ve herkesle diyalog kurma şansına sahip, eğitimli bir meslek uzmanıdır (163). SB'nin 18 yaş ve üzeri bireyler ile yapmış olduğu sağlık konusundaki bilgi alma durumu ve bilgi kaynakları araştırmasında, bilgi aldığını doğrulayan %81.9'unun sırası ile %85.4'ü sağlık çalışanlarını, %17.9'u aile çevresini, %7.0'ı eczacıyı işaret etmiştir (164). Bu bağlamda halkın tek başına eczacı ile ilişkisi diğer sağlık çalışanlarına göre daha sık ve kolaydır. Bu ilişki eczacıya, ilk yardım, aile planlaması, halkın sağlık eğitim vb. sağlık konularında aktif olma şansı vermektedir (165).

3.14. Tütün Kontrolünde Sağlık Çalışanları ve Eczacıların Önemi

Dünyada sigara/tütün kullanımı mücadele edilmesi gereken ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu mücadeledeki en büyük sorumluluk hiç şüphesiz sağlık

alışanlarına dışmektedir. Sağlık alışanları hem sigara imeyerek toplum nezdinde doğru bir rol model olmalı, hem de hastalarına sigara bırakmada destek ve tavsiyelerde bulunmayı ilke edinmelidir (166). Bu bağlamda bir toplumda sağlık çalışanlarının tütün kontrolü konusunda duyarlılık ve farkındalık yaratması, o toplumun gelişmişlik düzeyini gösteren önemli bir detay olabilir (167).

Dünyada ve Türkiye’de eczacılık mesleği sağlık açısından saygın, halkın sağlık uzmanı olarak çoğu kez ilk başvurduğu ve en çok danıştığı mesleklerden biridir. Eczaneler toplumla i içe ya da yakın konumdadır ve insanların çeşitli nedenlerle kolaylıkla başvurdukları bir sağlık kuruluşudur. Bu nedenle eczacılar özellikle serbest eczacılar reçetesiz NRT preparatlarını temin edebilecek bir konumda olmalarından dolayı sigarayla mücadele programlarının yürütebilecek ideal sağlık danışmanlarıdır. İstanbul’da Atalay ve arkadaşlarının bir serbest eczanede klinik eczacı danışmanlığında yürütölen sigara bırakma programının sonuçlarının değerlendirilmesi adlı çalışmasına katılan 31 sigara bağımlısı hastanın NRT ile tedavisinin bir yıllık takibi sonucunda 20’sinin sigara kullanmayı bıraktığı görölmüştür. Sigara bırakmada başarı oranı %64.5 olarak tespit edilmiştir (168). Kanada’da yapılan bir çalışmada sigara bağımlılarına beş haftalık NRT ile bir gruba üç seans, diğer bir gruba ise bir seans eczacı desteği verilmiştir. Eczacıdan daha fazla destek alan grupta bırakma oranı %27.7 iken, daha az destek alan grupta %18 olarak tespit edilmiştir. NRT ile birlikte eczacı desteği sigara bırakmada önemli rol oynamıştır (169). Yukarıdaki bütün bu nedenlerden dolayı eczacılar hem kişilerin sigara kullanımı konusunda bilgi almak hem de sigaranın bırakılması ile ilgili olarak doğru, güvenilir ve uzun süreli destekte bulunmak suretiyle tütün kontrolü çalışmalarına katkı sağlayabilirler (170).

3.15. Halk Sağlığı Yaklaşımı İle Sigara Sorunu

Sigara kullanımı; bir bağımlılık çeşidi olması, geniş halk kitlelerini etkilemesi, içerdiği toksik bileşiklerin insan sağlığı üzerinde ölümcül ve yaralayıcı olması, ciddi tüketimi sonucu halkın ekonomik birikiminin kaybına yol açması gibi nedenlerden dolayı dünya üzerinde ciddi bir halk sağlığı sorunu olmuştur (171).

DSÖ'ye göre tütün epidemisi 20. yüzyılda 100 milyon insanı öldürmüştür. Eğer önlem alınmaz ise bu epidemi 2030 yılına kadar en az sekiz milyon kişiyi daha öldürecektir. Dolayısıyla DSÖ tütün içimini insanlık tarihinin başına gelebilecek en büyük facia olarak tanımlamıştır. DSÖ önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olmasından dolayı üye ülkelere sigara faciasının kontrolü için ciddi çalışmalar yapılması çağrısında bulunmuştur (88,172).

Tütün/sigara kullanım sıklığı; eğitim düzeyi, çalışma koşulları, sosyal statü, ekonomik durum, yaşanan çevre, yaş, cinsiyet, medeni durum ve stres etmenleri gibi bağımsız değişkenlerle/faktörlerle ilişkili olarak değişiklikler göstermektedir. Tütün/sigara kullanma konusunda toplumda rol model olarak görülen ya da algılanan sağlık çalışanlarının sigara kullanma sıklığının belirlenmesi için yapılan birçok araştırmada kullanımın yaygın olduğu belirlenmiştir. Tütün/sigara kontrolü açısından toplumla iç içe, toplumun her kesimine aynı mesafedeki meslek grubu olan eczacılar, hem kişilerin sigara kullanımı konusunda bilgi almak, hem de sigaranın bırakılması ile ilgili olarak doğru ve güvenilir yönlendirme yapmak suretiyle tütün kontrolü çabalarına katkı sağlayabilir. Literatür taramasında Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde konu ile ilgili eczacılar arasında yapılan bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma Diyarbakır ilinde eczacılık mesleğini icra eden eczacılar arasında sigara kullanım sıklığını ve bu sıklığı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

4. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu araştırma evrenini Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi (DBB) sınırları dahilinde (Bağlar, Kayapınar, Sur, Yenişehir merkez ilçeleri) ve nüfus olarak diğer üç büyük ilçesinde (Ergani, Bismil, Silvan) serbest ve kamuda görev yapan eczacılar oluşturmuştur. Bu bölgelerde görev yapan eczacıların sayısı 321 kişidir (277 serbest, 44 kamu). Herhangi bir örneklem seçilmeden evrenin tümü araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışma grubuna dahil edilme kriterleri; Diyarbakır ilinde adı geçen bölgelerde görev yapan eczacı olmak, kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onay vermesidir. Yazılı onam ve imza alınması kişilerin ankete katılma yüzdesinin düşüreceğinden kullanılmamıştır. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ise; görüşmeyi kabul etmemek, üç kez gidildiği halde ulaşılamamaktır.

Araştırmaya katılan eczacılara sağlık, sosyal ve demografik özellikleri, sigara kullanımını etkilediği düşünülen faktörler, kullanıcılar için kullanım özellikleri ve FNBT sorularından oluşan literatür kaynaklı (173-176) olarak hazırlanmış bir anket formu uygulanmıştır (Ek-1). Ankete başlamadan önce ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir. Anketin ön çalışması rastgele seçilen 30 eczacı arasında yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği değerlendirilmiş ve ankete son şekli verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların 304'üne ulaşılmış, cevaplılık oranı %94.7 olmuştur. Ulaşılamama nedenleri yerinde olmama (15 kişi) ve araştırmaya

katılmayı kabul etmemedir (2 kişi). Anketler araştırma kapsamına alınan kişiler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Araştırma öncesinde Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Ek-2) ve 11. Bölge Diyarbakır Eczacı Odası'ndan idari izin (Ek-3) alınarak, araştırmanın saha çalışması Haziran-Eylül 2014 tarihlerinde yapılmıştır.

Sigara kullananlarda nikotin bağımlılığının değerlendirilmesinde kullanılan, 1989 yılında Fagerström tarafından geliştirilen FNBT; bilimsel olarak onaylanmış ve 6 sorudan oluşan bir testtir (176). Bu test ve puanlaması Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin Soruları ve Cevaplara Verilen Puanlama Sistemi (176)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	Puan
1. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	
31 ve daha fazla	3
21-30 adet	2
11-20 adet	1
10 ve daha az	0
2. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?	
İlk 5 dakika içinde	3
6-30 dakika içinde	2
31-60 dakika içinde	1
1 saatten sonra	0
3. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?	
Evet	1
Hayır	0
4. Günün hangi sigarasında vazgeçmek sizin için daha zordur?	
Sabah içilen ilk sigara	1
Diğer zamanlarda içilen sigaralar	0
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içer misiniz?	
Evet	1
Hayır	0
6. Yatmanız gerektirecek kadar hasta olduğunuzda bile sigara içer misiniz?	
Evet	1
Hayır	0

FNBT'yi cevaplayanlara verilen puanlar 0-10 puan arasında dağılım göstermektedir. En düşük puan 0 bağımlılığın olmadığını, en yüksek puan 10 ise bağımlılığın en yüksek düzeyini belirtir. Bağımlılık düzeyine göre alınan puanlar;

0-2 puan: Çok az düzeyde nikotin bağımlılığını

3-4 puan: Az düzeyde nikotin bağımlılığını

5 puan: Orta düzeyde nikotin bağımlılığını

6-7 puan: Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığını

8-10 puan: Çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığını tanımlar (176).

Aşamalı değişim süreci modeline göre sigarayı bırakma süreçlerinden biri de bırakma hazırlığı içinde olanlardır. Bırakma hazırlığı içerisinde olmak için; önümüzdeki bir ay içerisinde sigarayı bırakmaya niyetinde olmak ve geçen yıl sigara bırakmayı denemiş olmak gereklidir (177,178). Sigara kullanan eczacılar için paket/yıl hesabı sigara içilen yıl ile paket sayısının çarpımı ile hesaplanmıştır.

Elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek, istatistiksel değerlendirmelerde değişkenlerin özelliğine göre yüzde, ortalama, X^2 (ki-kare) testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort. $\pm$ SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %29.9'u kadın, %70.1'i erkek olup, yaş ortalaması 38.21 ± 12.64 'tür (min:22, maks:77, Median:33). Aile gelir ortalaması 6280.20 ± 2922.02 TL (min:1500, maks:20000 TL) olan eczacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet (N=304)		
Erkek	213	70.1
Kadın	91	29.9
Yaş grupları (N=304)		
22-29 yaş arası	92	30.2
30-39 yaş arası	106	34.9
40 ve üzeri yaş	106	34.9
Medeni durum (N=304)		
Evli	193	63.5
Bekar	92	30.3
Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	19	6.2
Eğitim durumu (N=304)		
Lisans	258	84.9
Yüksek lisans/doktora	46	15.1
Eşin eğitim durumu (N=193)*		
Lise mezunu ve altı eğitim	50	25.9
Yüksekokul/üniversite mezunu	143	74.1
Gelir durumu (N=298)**		
1500 - 3000 TL	33	11.1
3001 – 5999 TL	106	35.6
6000 TL ve üzeri	159	53.3
Eşin mesleki durumu (N=193)*		
Ev hanımı	54	28.0
Gelir getirici bir işte çalışması	139	72.0

*Bekar/dul/boşanmış/ayrı yaşayanlar (N=111) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Cevapsızlar (N=6) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların ortalama hane halkı sayısı 3.62 ± 1.53 (min:1, maks:11) olup, eczacıların ailesel özelliklerine göre dağılımları Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı

Aile Özellikleri	Sayı	%
Aile tipi (N=304)		
Çekirdek aile	274	90.1
Geniş aile	16	5.3
Tek başına yaşıyor	14	4.6
Ailede birlikte yaşayan kişi sayısı (N=304)		
1-3 kişi	156	51.3
4 ve üzeri kişi	148	48.7
Ailede çocuk varlığı (N=304)		
Çocuk var	131	43.1
Çocuk yok	173	56.9
Ailede çocuk sayısı (N=174)*		
1-2 çocuk	133	76.9
3 ve üzeri çocuk	40	23.1

*Bekar ve çocuğu olmayanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Eczacıların %81.3’ü (N=247) eczanesi ya da işyerinin il merkezinde, %18.8’i (N=57) ise ilçe merkezinde bulunduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %71.4’ü (N=217) mesleğinden memnun olduğunu, %28.6’sı (N=87) ise olmadığını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan eczacıların mesleki özelliklerine göre dağılımları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler (N=304)	Sayı	%
Mesleki statü		
Serbest eczacı	260	85.5
Kamu eczacısı	44	14.5
Meslekte geçirilen süre		
1-60 ay	92	30.3
61-120 ay	93	30.6
121 ve üstü ay	119	39.1
Mesleki memnuniyet durumu		
Memnun	217	71.4
Memnun değil	87	28.6

Araştırma kapsamına alınan eczacıların % 1.6'sı (N=5) sosyoekonomik düzeyini çok iyi, %67.8'i (N=206) iyi, %29.6'sı (N=90) orta ve %1.0'ı (N=3) kötü olarak algıladığını ifade etmiştir. Eczacıların kendileri ile ilgili sosyal, ekonomik ve sağlık algılama değerlendirmelerine göre dağılımları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Kendileri İle İlgili Sosyal, Ekonomik ve Sağlık Algılama Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Sosyal Ekonomik ve Sağlık Algılama Durumları (N=304)	Sayı	%
Sosyoekonomik düzey algısı		
Çok iyi/ iyi	211	69.4
Orta/kötü*	93	30.6
Sağlık durumu		
İyi	203	66.8
Orta/kötü**	101	33.2
Kişilik yapısı		
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan	245	80.6
İçe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan	59	19.4

*Sosyoekonomik durumunu kötü olarak algılayan 3 kişi mevcuttur.

**Sağlığını kötü olarak algılayan 5 kişi mevcuttur.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %15.8'i (N=48) kendisini olumsuz etkileyebilecek herhangi bir olay karşısında sosyal destek aldığını, %84.2'si (N=256) ise böyle bir destek almadığını belirtmiştir. Eczacıların %56.6'sı (N=172) herhangi bir hobisinin olduğunu, %43.4'ü (N=132) ise hobisinin olmadığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların sağlık ve sağlıklarını etkileyen davranış özelliklerine göre dağılımları Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sağlık ve Sağlıklarını Etkileyen Davranış Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlık ve Sağlığı Etkileyen Davranış Özellikleri (N=304)	Sayı	%
Kronik/ fiziksel hastalık varlığı		
Var	58	19.1
Yok	246	80.9
Ruhsal/psikolojik hastalık varlığı		
Var	5	1.6
Yok	299	98.4
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	116	38.2
Hayır	188	61.8
Düzenli beslenme durumu		
Evet	131	43.1
Hayır	76	25.0
Her zaman değil	97	31.9

Araştırma kapsamına alınan eczacılardan sigarayı denemiş olanların deneme yaş ortalaması 18.91 ± 4.29 yaş (min:6, maks:33) olarak saptanmıştır. Eczacıların sigarayı deneme/kullanma ile ilgili özelliklerine göre dağılımları Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigarayı Deneme/Kullanma İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Sigara Deneme Özellikleri	Sayı	%
Hiç sigara kullandınız mı? (N=304)		
Evet	193	63.5
Hayır	111	36.5
Yaşamı boyunca 100 adet kullanmış mı? (N=193)*		
Evet	165	85.5
Hayır	28	14.5
Sigara deneme yaşı (N=193)*		
15 yaş ve altı	40	20.7
16-19 yaş	59	30.6
20 yaş ve üzeri	94	48.7

*Hiç sigara kullanmamış (N=111) olanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamında bulunan ve en az bir kez sigara kullandığını ifade eden eczacıların (N=193) %58.0'ı (N=112) sigara kullanmaya bağlı herhangi bir sağlık problemi yaşadığını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan eczacıların sigara kullanmaya bağlı yaşadıkları sağlık problemlerine göre dağılımları Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara Kullanmaya Bağlı Yaşadıkları Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı

Yaşanılan Sağlık Problemi (N=112)*	Sayı	%
Öksürük problemi		
Evet	59	52.7
Hayır	53	47.3
Nefes alma güçlüğü		
Evet	49	43.8
Hayır	63	56.3
Göğüs ağrısı		
Evet	29	25.9
Hayır	83	74.1
Sekresyon artışı		
Evet	39	34.8
Hayır	73	65.2
Diğer problemler		
Evet	15	13.4
Hayır	97	86.6

*Değerlendirme sağlık problemi yaşayanlar üzerinden yapılmıştır.

Sigarayı denemiş olan eczacılar sigaraya başlama nedenlerini sırasıyla özenti (%57.5), merak (%53.4), işyeri ve eczane sorunları (%14.5), arkadaş çevresi, sosyal ortam ve stres gibi nedenler (%8.8), aile sorunları (%6.7), yalnızlık (%6.7) ve büyüdüğüm için (%2.6) olarak belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %35.9'u (N=109 kişi) halen sigara kullandığını ifade etmiştir. Daha önce sigara kullanıp şimdi kullanmayanların oranı %27.6'dır (N=84 kişi). Eczacıların sigara içme durumlarına göre dağılımı Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı

Eczacıların Sigara İçme Durumu (N=304)	Sayı	%
Halen içenler*	109	35.9
Hiç içmeyenler	111	36.5
İçip bırakanlar	84	27.6

*Günde birden az içen 7 kişi dahil edilmiştir.

Araştırma kapsamında halen sigara içenlerin paket/yıl ortalaması 15.73 ± 18.36 'dır (min:0.4, maks:140, median:10.80, std error:1.76). Sigara içmeyi bırakmış ve halen içenlerin (N=193 kişi) ortalama içtikleri süre 20.25 ± 12.24 yıldır (min:3, maks:56). Kendisinin ya da aile bireylerinin sigara kullandığını belirtenlerin haftalık sigara gideri 114.96 ± 109.69 TL'dir (min:4, maks:600 TL). Halen sigara kullandığını ifade eden eczacıların sigara kullanım özelliklerine göre dağılımları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan ve Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Sigara Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı

Eczacıların Sigara Kullanım Özellikleri (N=109)	Sayı	%
İçilen haftalık sigara miktarı		
2-70 adet sigara	35	32.1
71-140 adet sigara	58	53.2
141 ve üzeri adet sigara	16	14.7
Sigara tipi		
Yerli filtreli	4	3.7
Yabancı filtreli	95	87.2
Fark etmez	8	7.3
Tütün	2	1.8
Light sigara kullanımı		
Evet	22	20.2
Hayır	87	79.8

Araştırma kapsamına alınan ve halen sigara kullandığını ifade eden eczacıların %67.0'ı (N=73) sigara kullanımının arttığı dönemin en fazla arkadaş toplantılarında olduğunu ifade etmiştir. Eczacıların sigara kullanımının arttığı dönemlere göre dağılımları Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan ve Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Sigara Kullanımının Arttığı Dönemlere Göre Dağılımı

Sigara Kullanımının Arttığı Dönem (N=109)	Sayı	%
Değişmiyor		
Evet	15	13.8
Hayır	94	86.2
Nöbet zamanı		
Evet	17	15.6
Hayır	92	84.4
Sorumlulukların artması		
Evet	34	31.2
Hayır	75	68.8
Maddi sıkıntı varlığı		
Evet	24	22.0
Hayır	85	78.0
Arkadaş toplantıları		
Evet	73	67.0
Hayır	36	33.0
Hasta yakınları ile sorun yaşama		
Evet	14	12.8
Hayır	95	87.2
Resmi kurumlarla sorun yaşama		
Evet	23	21.1
Hayır	86	78.9
Meslektaşlar/kurum amirleri ile sorun yaşama		
Evet	15	13.8
Hayır	94	86.2
Meslek örgütleri ile sorun yaşama		
Evet	13	11.9
Hayır	96	88.1
Diğer nedenler (stres, alkol, kahve vs...)		
Evet	5	4.6
Hayır	104	95.4

Araştırma kapsamında halen sigara içen eczacıların FNBT'ye verdikleri cevaplara göre dağılımı Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Araştırma Kapsamında Halen Sigara İçen Eczacıların FNBT'ye Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Soruları (N=109)	Sayı	%
1. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?		
31 ve daha fazla	6	5.5
21-30 adet	10	9.2
11-20 adet	58	53.2
10 ve daha az	35	32.1
2. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?		
İlk 5 dakika içinde	18	16.5
6-30 dakika içinde	21	19.3
31-60 dakika içinde	24	22.0
1 saatten sonra	46	42.2
3. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?		
Evet	46	42.2
Hayır	63	57.8
4. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?		
Sabah ilk içilen sigara	56	51.4
Diğer zamanlarda içilen sigaralar	53	48.6
5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?		
Evet	36	33.0
Hayır	73	67.0
6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?		
Evet	23	21.1
Hayır	86	78.9

Araştırma kapsamında halen sigara içen eczacıların FNBT'ye verdikleri cevaplara göre bağımlılık ortalama puanı 3.45 ± 2.88 (min:0, maks:10, median:3.0) olarak saptanmıştır. Eczacıların bağımlılık düzeylerine göre dağılımı Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Bağımlılık Düzeylerine Göre Dağılımları

Eczacıların Bağımlılık Düzeyleri (N=109)	Sayı	%
Çok Az Bağımlı	44	40.4
Az Bağımlı	22	20.2
Orta Derecede Bağımlı	15	13.8
Yüksek Bağımlı	17	15.5
Çok Yüksek Bağımlı	11	10.1

Araştırmaya katılanlardan halen sigara içenlerde nikotin bağımlılık düzeyinin cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 30 ve 31’de verilmiştir.

Tablo 30. Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullanan Eczacıların Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Nikotin Bağımlılık Düzeyi (N=109)	Cinsiyet				P değeri
	Erkek		Kadın		
	Sayı	% *	Sayı	% *	
Çok Az Bağımlı	35	39.3	9	45.0	X ² =2.203 P=0.699
Az Bağımlı	17	19.1	5	25.0	
Orta derecede Bağımlı	12	13.5	3	15.0	
Yüksek Bağımlı	16	18.0	1	5.0	
Çok Yüksek Bağımlı	9	10.1	2	10.0	

*Sütun yüzdesi

Tablo 31. Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullanan Eczacıların Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Nikotin Bağımlılık Düzeyi (N=109)	Yaş Grupları						P Değeri
	22-29 Yaş		30-39 Yaş		40 ve Üzeri Yaş		
	Sayı	% *	Sayı	% *	Sayı	% *	
Çok Az Bağımlı	9	30.0	21	48.8	14	38.9	X ² =6.093 P=0.637
Az Bağımlı	9	30.0	5	11.6	8	22.2	
Orta Derede Bağımlı	3	10.0	6	14.0	6	16.7	
Yüksek Bağımlı	6	20.0	7	16.3	4	11.1	
Çok Yüksek Bağımlı	3	10.0	4	9.3	4	11.1	

*Sütun yüzdesi

Araştırmada halen sigara kullandığını ifade eden eczacıların; %35.8'i gelecek 6 ay içerisinde, %23.9'u ise 1 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Halen sigara kullanan eczacıların %33.9'u geçen 1 yıl içinde sigarayı içmeyi bırakmayı denediğini belirtmiştir. Halen sigara kullandığını ifade eden eczacıların sigarayı bırakma düşünce ve davranışlarına göre dağılımları Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32. Araştırma Kapsamında Halen Sigara Kullandığını İfade Eden Eczacıların Sigarayı Bırakma Düşünce ve Davranışlarına Göre Dağılımı

Sigarayı Bırakma Düşünce ve Davranışı (N=109)	Sayı	%
Gelecek 6 ay içinde sigarayı bırakma düşüncesi		
Evet	39	35.8
Hayır	70	64.2
Gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakma düşüncesi		
Evet	26	23.9
Hayır	83	76.1
Geçen 1 yıl içinde sigara içmeyi bırakmayı deneme		
Evet	37	33.9
Hayır	72	66.1

Halen sigara kullandığını ifade eden eczacıların %19.3'ünün (N=19) sigara bırakma hazırlığı içinde olduğu belirlenmiştir.

Sigarayı kullanmayı bıraktığını ifade eden eczacıların (N=84); %90.5'i sigarayı doktor ya da poliklinik yardımı almadan bıraktığını ifade etmiştir. Araştırma kapsamında sigara kullanmayı bıraktığını ifade eden eczacıların, sigarayı bırakma ile ilgili davranışlarına göre dağılımları Tablo 33'te gösterilmektedir.

Tablo 33. Araştırma Kapsamında Sigarayı Kullanmayı Bıraktığını İfade Eden Eczacıların Sigarayı Bırakma İle İlgili Davranışlarına Göre Dağılımı

Sigarayı Bırakma Davranışları	Sayı	%
Sigarayı bırakma zamanı (N=84)		
1-12 ay	8	9.9
13-60 ay	32	39.5
61 ay ve üzeri	41	50.6
Sigarayı bırakma yardımı (N=84)		
Kendi kendine bırakmış	76	90.5
Doktor yardımı	5	6.0
Sigara bırakma polikliniği yardımı	3	3.5
Sigarayı bırakmada kullanılan yöntem (N=82)*		
Nikotin bandı/nikotin sakızı	11	13.4
İlaç (vareniklin / bupropion)	8	9.8
Davranışsal bilişsel teknikler	2	2.4
Hiçbir şey	61	74.4
Sigarayı bırakma deneme sayısı (N=84)		
1 kez deneme	46	54.8
2 kez deneme	20	23.8
3 ve üzeri kez deneme	18	21.4

*Cevapsızlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %53.9'u (N=164) ailede devamlı sigara kullanan birilerinin olduğunu, %46.1'i (N=140) devamlı sigara kullananın olmadığını ifade etmiştir. Ailesinde sigara kullananların mevcut olduğunu bildiren eczacıların; %6.7'si (N=11) annenin, %24.4'ü (N=40) babanın, %60.4'ü (N=99) kardeşlerinin, %40.5'i (N=49) eşinin ve %5.5'i (N=9) ise diğer aile bireylerinin kullandığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamında hiç sigara kullanmayan veya kullanıp bırakan eczacıların, kendilerini sigaradan uzak tutan nedenlere göre dağılımları Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 34. Araştırma Kapsamında Hiç Sigara Kullanmayan veya Kullanıp Bırakan Eczacıların Kendilerini Sigaradan Uzak Tutan Nedenlere Göre Dağılımları

Sigaradan Uzak Tutan Nedenler (N=195)*	Sayı	%
Sağlığa zararlı olması		
Evet	147	75.4
Hayır	48	24.6
Kokusu ve dumanı rahatsız edici olması		
Evet	119	61.0
Hayır	76	39.0
Kullanmayı sevmiyorum		
Evet	84	43.1
Hayır	111	56.9
Kullananlara verdiği zararların görülmesi		
Evet	76	39.0
Hayır	119	61.0
Çevrenin hoş karşılamaması		
Evet	26	13.3
Hayır	169	86.7
Aile baskısı (anne, baba, eş, çocuk)		
Evet	22	11.3
Hayır	173	88.7
Pahalı olması		
Evet	11	5.6
Hayır	184	94.4

*Kullanmayanlar ile kullanıp bırakanların sayısıdır.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların yakın arkadaş çevresi ve çalışma ortamında sigara kullanım bildirimlerine göre dağılımı Tablo 35’te verilmiştir.

Tablo 35. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Yakın Arkadaş Çevresi ve Çalışma Ortamında Sigara Kullanımı Bildirimlerine Göre Dağılımı

Sigara Kullanımı (N=304)	Sayı	%
Yakın çevresinde sigara kullanımı		
İçen yok	48	15.8
1-5 kişi	148	48.7
6 ve üzeri kişi	108	35.5
Çalışma ortamında sigara kullanımı		
İçen yok	53	17.5
1 kişi	97	31.9
2 kişi	87	28.6
3 ve üzeri kişi	67	22.0

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %98.0'ı sigaranın sağlığa zararlı olduğu fikrine katılmakta, %78.0'ı içenlerin içmeyenlere göre yaşam süresinin kıaldığını düşünmektedir. Araştırma kapsamına alınan eczacıların sigaranın insan sağlığına etkileri ile ilgili sorulara verdiği cevaplara göre dağılımları Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigaranın İnsan Sağlığına Etkileri İle İlgili Sorulara Verdiği Cevapların Dağılımı

Sigaranın Sağlık Etkileri (N=304)	Sayı	%
Sigara sağlığa zararlı mı?		
Evet	298	98.0
Hayır	6	2.0
Sigara içenlerin yaşam süresi içmeyenlere göre kısa mı?		
Evet	237	78.0
Hayır	67	22.0
Sigara dumanı olan ortam bebeklere ve çocuklara zararlı mı?		
Evet	304	100.0
Hayır	0	0
Sigara akciğer kanserinin en önemli nedeni mi?		
Evet	257	84.5
Hayır	47	15.5
Sigara içen gebe kadın bebeğini riske sokar mı?		
Evet	290	95.4
Hayır	14	4.6
Sigara cinsel gücü azaltır mı?		
Evet	254	83.6
Hayır	50	16.4

Araştırma kapsamına alınanların %9.2'si (N=28) eczacıların sigara kullanmama konusunda toplumda iyi bir rol model olduğunu, %90.8'i (N=276) ise iyi bir rol model olmadığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların eczanede, hastanede ve sağlık kurumları dışında sigara içen bir sağlık çalışanı ile hangi sıklıkla karşılaştıklarına göre dağılımı Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sağlık ve Sağlık Dışı Ortamlarda Sigara İçen Sağlık Çalışanları İle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Dağılımı

Sağlık Çalışanının Sigara İçtiği Yer (N=304)	Karşılaşma Sıklığı					
	Sık		Seyrek		Hiç	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eczane	69	22.7	130	42.8	105	34.5
Hastane	63	20.7	141	46.4	100	32.9
Sağlık kurumları dışı	193	63.5	107	35.2	4	1.3

Araştırma kapsamına alınan eczacılardan halen sigara kullananların %10.2’si (N=31) işyerinde ya da eczanesinde, %26.6’sı (N=81) ise evinde sigara içtiğini bildirmiştir. Eczacıların %48.4’ü (N=147) yaşamı boyunca en az bir kez nargile içtiğini ifade etmiştir.

Eczacılar arasında erkeklerde sigara içme oranı kadınlara göre daha fazla olup, sosyodemografik özelliklerine göre sigara kullanım durumlarının dağılımı Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet (N=304)					
Erkek	89	41.8	124	58.2	X ² =10.875
Kadın	20	22.0	71	78.0	P=0.001
Yaş Grupları (N=304)					
22-29 yaş arası	30	32.6	62	67.4	X ² =1.610
30-39 yaş arası	43	40.6	63	59.4	P=0.447
40 ve üzeri yaş	36	34.0	76	66.0	
Medeni durum (N=304)					
Evli	63	32.6	130	67.4	X ² =3.620
Bekar	36	39.1	56	60.9	P=0.164
Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	10	52.6	9	47.4	
Eğitim durumu (N=304)					
Lisans	94	36.4	164	63.6	X ² =0.248
Yüksek lisans/doktora	15	32.6	31	67.4	P=0.618
Eşin eğitim durumu (N=193)*					
Lise mezunu ve altı eğitim	16	32.0	34	68.0	X ² =0.013
Yüksekokul/üniversite mezunu	47	32.9	96	67.1	P=0.910
Gelir durumu (N=298)**					
1500-3000 TL	13	39.4	20	60.6	X ² =0.772
3001-5999 TL	35	33.0	71	67.0	P=0.680
6000 TL ve üzeri	60	37.7	99	62.3	
Eşin mesleki durumu (N=304)					
Ev hanımı	18	33.3	36	66.7	X ² =0.016
Gelir getirici bir işte çalışması	45	32.4	94	67.6	P=0.898

*Bekar/dul/boşanmış/ayrı yaşayanlar (N=111) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Cevapsızlar (N=6) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamındaki eczacıların aile tipi, birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve çocuk sayısı gibi ailesel özelliklerine göre sigara kullanım durumları Tablo 39’da verilmiştir.

Tablo 39. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Ailesel Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Aile Özellikleri	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Aile tipi (N=304)					
Çekirdek aile	93	33.9	181	66.1	$X^2=4.548$
Geniş aile	9	56.3	7	43.8	$P=0.103$
Tek başına yaşıyor	7	50.0	7	50.0	
Ailede birlikte yaşayan kişi sayısı (N=304)					
1-3 kişi	56	35.9	100	64.1	$X^2=0.000$
4 ve üzeri kişi	53	35.8	95	64.2	$P=0.987$
Ailede çocuk varlığı (N=304)					
Çocuk var	50	38.2	81	61.8	$X^2=0.535$
Çocuk yok	59	34.1	114	65.9	$P=0.464$
Ailede çocuk sayısı (N=174)*					
1-2 çocuk	46	34.6	87	65.4	$X^2=0.060$
3 ve üzeri çocuk	13	32.5	27	67.5	$P=0.807$

*Bekar ve çocuğu olmayanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan eczacılarda mesleğinden memnun olmayanlarda sigara kullanımı %47.1 (N=41), memnun olanlarda ise %31.3'tür. Eczacıların mesleki özelliklerine göre sigara kullanım durumlarının dağılımı Tablo 40'ta gösterilmiştir.

Tablo 40. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Meslek Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Meslek Özellikleri (N=304)	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Mesleki statü					
Serbest eczacı	98	37.7	162	62.3	X ² =2.636
Kamu eczacısı	11	25.0	33	75.0	P=0.104
Meslekte geçirilen süre					
1-60 ay	34	37.0	58	63.0	X ² =0.070
61-120 ay	33	35.5	60	64.5	P=0.965
121 ve üzeri ay	42	35.3	77	64.7	
Mesleki memnuniyet durumu					
Memnun	68	31.3	149	68.7	X ² =6.732
Memnun değil	41	47.1	46	52.9	P=0.009

Araştırma kapsamına alınan eczacılardan; eczanesi ya da işyeri il merkezinde bulunanların %35.6'sı (N=88), ilçe merkezinde bulunanların ise %36.8'i (N=21) sigara kullandığı belirtmiştir ($X^2=0.030$, $P=0.863$).

Eczacıların kendileri ile ilgili sosyal, ekonomik ve sağlık algılama, herhangi bir olayda sosyal destek alma ve hobi varlığı özelliklerine göre sigara kullanım durumlarının dağılımı Tablo 41 ve 42'de gösterilmiştir.

Tablo 41. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Kendileri İle İlgili Sosyal, Ekonomik ve Sağlık Algılama Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Sosyal Ekonomik ve Sağlık Algılama Durumları (N=304)	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sosyoekonomik düzey					
Çok iyi/iyi	74	35.1	137	64.9	X ² =0.184
Orta/kötü*	35	37.6	58	62.4	P=0.668
Sağlık durumu					
İyi	65	32.0	138	68.0	X ² =3.908
Orta/kötü**	44	43.6	57	56.4	P=0.048
Kişilik yapısı					
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan	93	38.0	152	62.0	X ² =2.430
İçe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan	16	27.1	43	72.9	P=0.119

*Sosyoekonomik durumunu kötü olarak algılayan 3 kişi mevcuttur.

** Sağlığını kötü olarak algılayan 5 kişi mevcuttur.

Tablo 42. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sosyal Destek Alma ve Hobi Varlığı Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Sosyal Destek Alma ve Hobi Varlığı Durumları (N=304)	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sosyal destek alma durumu					
Evet	18	37.5	30	62.5	X ² =0.067
Hayır	91	35.5	165	64.5	P=0.796
Hobi varlığı durumu					
Evet	72	41.9	100	58.1	X ² =6.211
Hayır	37	28.0	95	72.0	P=0.013

Araştırma kapsamına alınan eczacılardan kronik/fiziksel hastalığı olanların %25.9'u, ruhsal/psikolojik hastalığı olanların %40.0'ı, düzenli egzersiz yapmayanların %37.2'si, düzenli beslenmediğini ifade edenlerin %47.4'ü halen sigara kullandığını bildirmiştir. Eczacıların sağlık ve sağlığı etkileyen davranış özelliklerine göre sigara kullanım durumlarının dağılımı Tablo 43'te verilmiştir.

Tablo 43. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sağlık ve Sağlığı Etkileyen Davranış Özelliklerine Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Sağlık ve Sağlığı Etkileyen Davranış Özellikleri (N=304)	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Kronik/fiziksel hastalık varlığı					
Var	15	25.9	43	74.1	X ² =3.112 P=0.078
Yok	94	38.2	152	61.8	
Ruhsal/psikolojik hastalık varlığı					
Var	2	40.0	3	60.0	F. Exact test ile P=0.589
Yok	107	35.8	192	64.2	
Düzenli egzersiz yapma durumu					
Evet	39	33.6	77	66.4	X ² =0.407 P=0.523
Hayır	70	37.2	118	62.8	
Düzenli beslenme durumu					
Evet	39	29.8	92	70.2	X ² =6.516 P=0.038
Hayır	36	47.4	40	52.6	
Her zaman değil	34	35.1	63	64.9	

Araştırmada yer alan eczacıların sigarayı deneme yaşlarına göre halen sigara kullanım durumlarının ilişkisi Tablo 44'te gösterilmiştir.

Tablo 44. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara Deneme Yaşına Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Sigara Deneme Yaşı	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
15 yaş ve altı	19	47.5	21	52.5	X ² =2.245 P=0.325
16-19 yaş	37	62.7	22	37.3	
20 yaş ve üzeri	53	56.4	41	43.6	

Eczacılar arasında önceden sigara içmiş ya da halen içenlerin herhangi bir sağlık problemi yaşama oranı %67.9 iken, bu oran hiç içmemişlerde %45.2'dir. Eczacıların sigara kullanma durumlarına göre sağlık problemi yaşama özelliklerinin dağılımı Tablo 45'te verilmiştir.

Tablo 45. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Sağlık Problemi Yaşama Özelliklerinin Dağılımı

Sigara İçen ya da Önceden İçip Bırakan (N=193)*	Sağlık Problemi Yaşama				P değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	74	67.9	35	32.1	X ² =9.995
Hayır	38	45.2	46	54.8	P=0.002

*Değerlendirme sigara içenler ile sigara içip bırakanlar arasında yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların ailesinde ve yakın çevresinde sigara içenlerin varlığına göre sigara kullanım durumlarının değerlendirilmesi Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Araştırma Kapsamına Alınan Eczacıların Ailede, Yakın Çevrede ve Çalışma Ortamında Sigara İçen Kişi Varlığına Göre Sigara Kullanım Durumlarının Dağılımı

Ailede, Yakın Çevrede ve Çalışma Ortamında Devamlı Sigara İçen Kişi Varlığına (N=304)	Sigara Kullanım Durumu				P değeri
	İçen		İçmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Ailede sigara içen varlığı					
İçen yok	30	21.4	110	78.6	X ² =23.484
İçen var	79	48.2	85	51.8	P=0.0001
Yakın çevrede sigara içen varlığı					
İçen yok	7	14.6	41	85.4	X ² =11.214
İçen var	102	39.8	154	60.2	P=0.001
Çalışma ortamında sigara içen varlığı					
İçen yok	13	24.5	40	75.5	X ² =3.581
İçen var	96	38.2	155	61.8	P=0.058

6. TARTIŞMA

Bu araştırma Diyarbakır ilinde görev yapan eczacılar arasında yapılmıştır. Literatürde Türkiye’de sigara kullanma durumunun değerlendirildiği genelde sağlık çalışanları arasında (39,40,167,179-186), özelde ise eczacılar arasında (187-189) yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Araştırmaya katılan eczacıların yaş ortalaması 38.21 ± 12.64 ’tür (min:22, maks:77, Median:33). Eczacıların %69.8’i 30 ve üzeri yaşındadır (Tablo 18). Diyarbakır ilinde görev yapan 30 yaş ve üzeri eczacıların oranı; İstanbul’da görevli aynı yaş grubu eczacılardan (%47.4) daha yüksek (190), Uzun’un Marmara bölgesindeki serbest ve kurum eczacılarıyla ilgili çalışmasında bildirdiği orandan (%80.0) ise daha düşüktür (191). Yaş ortalaması değerlendirmesinde ise araştırma grubunun Ankara’da yapılan Çağırıcı ile Çalgan ve arkadaşlarının çalışmalarından (her iki çalışma için ortalama yaş:40) daha genç olduğu görülmektedir (189,192). TÜİK tarafından 2015 yılı için bildirilen Türkiye nüfusu ortalama yaşı 31 yaş olup, çalışmamızın ortalama yaşı ile uyumludur (193). Diyarbakır ilinde görev yapan eczacılar için mesleki olarak genç yaş grubun fazla olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %29.9’u kadın (N=91), %70.1’i erkektir (N=213) (Tablo 18). Aşkın GC’in İstanbul çalışmasında; eczacıların %55.1’i kadın ve %44.9’u erkek (190), Ankara ilinde eczacılar arasında yapılan çalışmalardan; Çağırıcı’nın çalışmasında %65.0’ı kadın ve %35.0’ı erkek (192), Aşkın E’nin çalışmasında %52.1’i kadın ve %47.9’u erkek (194), Çalgan ve arkadaşlarının Ankara ilindeki çalışmasında %67.5’i kadın ve %32.5’i erkek (189) bildirimi yapılmıştır. SB’nin 2010 yılında 4983 sağlık çalışanı arasında yapmış olduğu “Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet Araştırması” adlı çalışmada sağlık

alışanlarının %62.9'u kadın %37.1'i erkek (195), Uzun'un Marmara bölgesindeki eczacılar arasındaki çalışmasında %74.5'i kadın, %25.5'i erkek (191) olarak bildirilmiştir. Erkek eczacı oranı çalışmamızda daha fazla olup, toplumda eczacılık mesleğinin daha çok kadın mesleği olması algısına tezat oluşturmaktadır. Türkiye'de batıya gidildikçe kadın eczacı sayısının arttığı, erkek eczacı sayısının azaldığı söylenebilir. Çalışmanın yapıldığı Diyarbakır ilinin sosyal ve kültürel değeri ile bölgesel tercihi birlikte değerlendirildiğinde kadın eczacı sayısının daha az olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünölmüştür.

Çalışmamız kapsamındaki eczacıların %63.5'i evli, %30.3'ü bekar ve %6.2'si ise dul/boşanmış/ayrı yaşıyor olduğunu bildirmiştir (Tablo 18). SB'nin sağlık alışanlarında memnuniyet araştırmasında sağlık çalışanlarının medeni durum açısından %75.0'ı evli, %25.0'ı bekar olarak bildirilmiştir (195). 2007 yılında Ankara ilindeki eczacıların %77.1'i evli, %16.9'u bekar ve %3.6'sı ise boşanmış olduklarını bildirmiştir (189). Marmara bölgesi eczacılarının %73.0'ının evli, %27.0'ının ise bekar oldukları saptanmıştır (191). Diyarbakır ilindeki eczacıların evli olma oranı; Ankara ili, Marmara bölgesi eczacıları ve SB sağlık çalışanlarına göre daha düşük, boşanma oranının ise daha fazla olduğu saptanmıştır. Sosyolojik olarak Türkiye'de boşanma oranı doğudan batıya gidildikçe arttığı ezberi, Diyarbakır'da görev yapan eczacıların medeni durumu göz önüne alındığında değışiklik göstermektedir.

Bu araştırma kapsamında yer alan eczacıların %15.1'i lisans üstü mezunudur (Tablo 18). Marmara bölgesi eczacılarının %14.0'ı (191), Ankara ilindeki algan ve arkadaşlarının çalışmasında %10.8'i lisans üstü mezunu (189), Aşkın GC'nin İstanbul'un belirli ilçelerindeki çalışmasında %18.0'ı lisans üstü mezunu/devam

ediyor (190) şeklinde bildirilmiştir. Türkiye'nin değişik bölgelerindeki eczacıların lisansüstü eğitime değişen oranlarda önem verdiği görülmüştür.

Diyarbakır'da görev yapan eczacıların %74.1'inin eşi yüksekokul/üniversite mezunu olup, %72.0'ının eşinin gelir getirici bir işte çalıştığı bildirilmiştir (Tablo 18). DBB'nin 2015-2019 stratejik planında katılımcıların %41.6'sının gelir getirici bir işte çalışmadığı (ev hanımı) (196), Elazığ'da Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışanlarının %88.5'inin eşinin gelir getirici bir işte çalışmakta olduğu (197) bildirilmiştir. Bireyin toplumla bulunduğu ve toplumda yer edinmesinin en kritik noktalarından biri iş/meslek ve eş seçimidir. Eczacıların eğitim, sosyal ve ekonomik açıdan toplumda iyi bir konumda bulunması doğasının eş seçme tercihleriyle uygunluğu düşünülmüştür.

Çalışmaya alınan eczacıların; aile gelir ortalamasının 6280.20±2922.02 TL (min:1500, maks:20000 TL), gelir grubuna göre, %53.3'ünün 6000 TL ve üzeri, %35.6'sının 3001-5999 TL ve %11.1'inin ise 1500-3000 TL geliri olduğu, %69.4'ünün sosyoekonomik düzey algısını çok iyi/iyi olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 18, Tablo 21). Araştırmanın yapıldığı Diyarbakır ilinde DBB'nin yaptığı 2015-2019 stratejik plan dahilinde 4573 kişi ile görüşülmüş ve %92.5'inin aylık gelirin 1500 TL ve altında olduğu bildirilmiştir (196). Türkiye'de Nisan 2016 itibari ile asgari ücret 1300 TL (198), Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nun (TÜRK-İŞ) yaptığı dört kişilik bir ailenin gıda, giyim, konut, ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri temel ihtiyaçlar için toplam tutarı (yoksulluk sınırı) 4518 TL (199), araştırma verilerinin toplandığı Temmuz 2014 için ise yoksulluk sınırı 3835 TL'dir (200). Eczacıların aylık gelir durumu sosyoekonomik düzey algıları ile uyumlu olarak bu verilerin üzerinde olup, alım gücü yüksekliği açısından

toplumun avantajlı kesimi olduğu gör÷lmektedir. Kamu eczacıları ise SB'nin 2010'da yayımlanan memnuniyet araştırmasında pratisyen ve asistan hekimler ile orta gelir sınıfında (1500-3000 TL) yer almıştır (195). Bu araştırma içinde kamuda görev yapan eczacıların maaşları yönüyle serbest eczacılara göre ekonomik yönden dezavantajlı oldukları söylenebilir.

Eczacıların %90.1'i çekirdek aile tipine sahip olduğunu, %51.3'ü ailede birlikte yaşayan kişi sayısının 1-3 kişi, %48.7'si 4 ve üzeri kişi olduğunu, %43.1'i çocuğunun olduğunu, çocuğu olanlarının %76.9'u ise 1-2 çocuğa sahip olduğunu ifade etmiştir (Tablo 19). DBB'nin stratejik planına göre hane halkı büyüklüğü ortalaması 6.46'dır (196). TÜİK'in 2014 hane halkı büyüklüğü Türkiye ortalaması 3.6, Diyarbakır içinse 5.4 kişi olarak, yine Türkiye'de aile tipi; %13.1'i geniş aile, %69.9'u çekirdek aile, %8.9'u tek başına yaşayan olduğu, %53.6'sının çocuklu çiftlerden oluştuğu bildirilmiştir (201). Çalışmamızda hane halkı ve çocuklu aile sayısı hem DBB'nin stratejik planı, hem de TÜİK istatistikleri verilerinin altındadır. Yine çekirdek aile tipinin eczacılarda daha fazla olduğu gör÷lmüştür. Bu durum eczacıların sosyal yapı ve aile bütünlüğüne yaklaşım özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamındaki eczacıların %85.5'inin serbest eczacı oldukları, %81.3'ünün eczanesinin veya iş yerinin il merkezinde olduğu saptanmıştır. Mezun eczacıların büyük çoğunluğu kendisinin sahibi ve mesul müdürü olduğu serbest eczane açmaktadır. Çok az bir kısmı ise kamu kurumlarında (hastane, SGK, il veya ilçe sağlık müdürlükleri, ecza depoları gibi yerlerde) kurum eczacısı ya da mesul müdür olarak çalışmaktadır. İl merkezlerinin nüfus sayısının fazla olması, büyük kamu hastanelerinin veya özel hastanelerinin merkezde bulunması, ilçelerde sağlık

bakım hizmetlerinin çoğunun pratisyen hekimler/dış hekimleri tarafından yürütülmesi gibi sebeplerden dolayı serbest eczanelerin veya kamu eczacılarının il merkezlerinde toplanması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda eczacıların %30.3'ü 1-60, %30.6'sı 61-120, %39.1'i ise 121 ve üzeri ay meslekte çalıştığını bildirmiştir (Tablo 20). Marmara Bölgesinde 100 serbest eczacı ile 100 kurum eczacısı arasında yapılan çalışmada %44.0'ı 10 yıl ve daha az mesleki deneyime (191), Çağırıcı'nın çalışmasında 200 serbest eczacının %48.5'i 10 yıl ve daha az mesleki süreye sahip olduğunu bildirmiştir (192). Aşkın E'nin çalışmasına katılan 305 eczacının tamamı serbest eczacı olup, %43.6'sının 10 yıl ve daha az mesleki süreye sahip oldukları belirtilmiştir (194). Diyarbakır ilinde görev yapan eczacıların, Marmara Bölgesi ile Ankara ilindeki iki farklı çalışmadaki eczacılara göre mesleki yaş olarak daha genç oldukları saptanmıştır. Türkiye'nin batısına göre doğuda yeni mezun eczacıların eczane açma veya kurumda çalışma oranının fazla olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada eczacıların %71.4'ü mesleğinden memnun olduğunu bildirmiştir (Tablo 20). Mesleki memnuniyet çalışmalarıyla ilgili literatür taramasında; Tüm-Sağlık Sen'e üye hemşirelerle ilgili araştırmada memnuniyet düzeyinin %36.9 olduğu (202), Eğitim-Bir-Sen'in Türkiye'yi kapsayacak şekilde farklı bölgelerden 1553 öğretmenin katıldığı memnuniyet anketinde, öğretmenlerin %64.5'inin mesleğinden memnun olduğu (203), Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma hastanesinde çalışan asistan hekimlerin %65.0'ının mesleğini icra etmekten memnun (204), Erciyes Üniversitesi hastanelerinde çalışan sekreterlerin %72.9'u yaptığı işten memnun olduğu (205), Manisa'da kamu kurumlarında çalışan özel güvenlik personelinin %91.8'inin mesleğini yapmaktan memnun olduğu (206)

bildirilmiştir. Marmara Bölgesi eczacılarının iş memnuniyeti ve iş tatmini %71.2 (191) olarak bildirilmiş olup araştırmamız ile benzerlik göstermektedir. Eczacıların mesleki memnuniyetinin bazı meslek gruplarından fazla, bazılarında ise daha az olduğu görülmektedir. Mesleki memnuniyet kişide başarıyı ve konsantrasyonu artıran, tükenmişlik sendromunun belirtilerini minimuma indirgeyen önemli faktörlerin başında gelmektedir. Eczacıların memnuniyet düzeyini yaptıkları iş gereği sürekli olarak güncellenen ilaç ödeme koşullarını takip etmeleri, eczaneye gelen farklı insanlar ile iletişim kurmaları olumsuz, daha iyi sosyoekonomik statü ise olumlu olarak etkileyebilir.

Bu araştırmada eczacıların %80.6'sı dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan kişilik yapısına sahip olduğunu, %66.8'i sağlığını iyi olarak algıladığını belirtmiştir (Tablo 21). Yine düzenli egzersiz yaptığını ve düzenli beslendiğini söyleyenlerin oranı sırasıyla %38.2 ve %43.1'dir (Tablo 22). Dünyada ve Türkiye'de ilaç ve eczacılık hizmetleri eczacılar veya serbest eczaneler tarafından yapılmaktadır. Serbest eczaneler her ne kadar sağlık kurumu olsa da toplumun gözünde bir ticarethane olarak görülmektedir. Serbest eczacı, serbest piyasada tutunmak ve uzun süreli hizmet etmek için sağlığın ve kişilik yapısına yansıyan iletişim yeteneğinin mutlaka iyi kullanması/olması gereklidir. Ancak sağlıklı olmanın bileşenlerinden olan egzersiz ve düzenli beslenme gibi davranışlara eczacıların fazla dikkat etmemesi de mevcut sağlık algısıyla çelişmektedir.

Araştırmamızda eczacılarda sigarayı deneyenlerin deneme yaş ortalaması 18.91 ± 4.29 yaş olarak bulunmuştur. Bir toplumda bireylerin sigaraya başlama/deneme açısından en dezavantajlı yaş grubu hiç şüphesiz lise/üniversite öğrencilerin içinde yer aldığı yaş grubudur. Türkiye'de lise/üniversite öğrencileri

üzerinde yapılmış çok sayıda çalışmada sigaraya başlama/deneme yaşının 10-18 yaş arasında değiştiği bildirilmektedir (56,57,207,208). Bu oranlar araştırmada yer alan eczacıların sigaraya başlama/deneme yaş ortalamasının altındadır. Bu durum eczacıların sigaraya daha geç başlamış veya denemiş olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Sigaraya başlama/deneme yaşı olarak Aile hekimlerinin, askeri sağlık çalışanlarının, İzmir ilindeki sağlık çalışanlarının ortalama başlama/deneme yaşı olarak bildirdiği 18-19 yaş arası ise (179,181,185) araştırmamız ile benzerdir.

Eczacıların %20.7'si 15 yaş ve altı, %30.6'sı 16-19 yaş ve %48.7'si 20 yaş ve üzeri yaş gruplarında sigarayı denediğini ifade etmiştir (Tablo 23). Kutlu ve arkadaşlarının hemşireler arasında yaptığı araştırmada %42.9'u (186), polis okulu öğrencilerinin %38.5'i (209), Bir eğitim hastanesindeki araştırmada sağlık çalışanlarının %37.0'ı (182) sigarayı 20 yaş ve üzerinde denediğini bildirmiştir. Erbaycu ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmada; eczacılar sigaraya başlama yaşı en yüksek grup olup, ortalama 24.4 ± 6.8 yaştır (179). 20 ve üzeri yaş grubu eczacılık fakültesi öğrenciliğinin son yılları veya mezuniyetten sonra iş hayatına adım atılan dönemdir. Okulu bitirme, bitirdikten sonra eczane için yer arama veya kurum için atama bekleme yani işsiz eczacı olma veya mesleği icra etmeye başlayanlar için acemilik, hayal kırıklığı yaşanan dönemlerde sıkıntı, stres gibi faktörlerle beraber öğrencilik çağında aileden uzaklaşma/bağımsızlık kazanma, arkadaş grubuna adaptasyon, mesleğini icra ederken ekonomik iyileşme ve toplumda bir birey olarak tanınma gibi düşüncelerin sigara başlamada/denemede bu yaş grubu için daha etkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki en az bir kez sigara kullandığını ifade eden eczacıların %58.0'ı sigara kullanmaya bağlı herhangi bir sağlık problemi yaşadığını

bildirmiştir. Bunların başında solunum sistemi problemleri öksürük (%52.7), nefes alma güçlüğü (%43.8), sekresyon artışı (%34.8), göğüs ağrısı (%25.9) gelmektedir (Tablo 24). Çapık ve Cingil'in çalışmasında hemşirelerde sağlık problemi yaşama oranı %30.0'dır. En çok problem %17.5 ile solunum problemleri ve %12.5 ile sefalji, gastrit, cilt problemleri, kilo kaybı, saç dökülmesidir (210). Adana ilindeki hemşirelerin %44.4'ü sigaradan dolayı sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %70.4'ü solunum sistemi, %15.7'si kalp damar hastalıkları problemi yaşadığını bildirmiştir (211). Atılğan ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %13.7'si (183), Göktalay ve arkadaşlarının Manisa ilindeki çalışmasında öğrencilerin %16.2'si (212) sigaraya bağlı sağlık problemi yaşadığını ifade etmiştir. Eczacıların daha fazla sigaraya bağlı sağlık problemi yaşadığı ve bu problemlerin başında solunum sistemine ait semptomlar geldiği saptanmıştır. Sigaraya bağlı sağlık sorunları sigara içiminin ne kadar önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu pekiştirmektedir.

Bu araştırmada eczacıların sigara başlama nedenlerinin başında %57.5 ile özentisi ve %53.4 ile merak gelmektedir. Diğer nedenler %14.5 ile işyeri/eczane sorunları, %8.8 ile arkadaş çevresi, sosyal ortam ve stres gibi nedenler, %6.7 ile aile sorunları, %6.7 ile yalnızlık ve %2.6 ile büyüdüğüm için olarak sıralanmıştır. Literatürde sigara kullanma nedenlerinin başında merak ve özentinin bildirildiği birçok araştırma var olup, araştırmamız ile uyumludur (180,181,208,212). Bu araştırmada eczacılar arasında arkadaş çevresi, sosyal ortam ve stres gibi nedenler ile sigaraya başlayanların oranı %8.8 olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çok çalışmada %20.3-%73.5 arasında gösterilen bu bağımsız değişken, sigara kullanma sıklığını etkilemede önemini korumaktadır (56,57,179,181,183,186,188,213).

Bu araştırma kapsamındaki eczacıların %35.9'u halen sigara kullandığını, %27.6'sı ise önceden içip bırakmış olduğunu belirtmiştir (Tablo 25). Türkiye'de son yıllarda yapılmış çok sayıda araştırmada sağlık çalışanlarının sigara kullanma sıklıkları meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir. 2011 yılında Türkiye'de tüm aile hekimlerinde %34.1 (184), Eskişehir'de aile hekimlerinde %33.6 (185) sigara kullanım sıklığı bildirilmiştir. Karaardıç ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içme sıklığının askeri hekimlerde daha az olduğu (%21.7) saptanmıştır (214). Türkiye'de hekimler ilgili yapılmış 22 araştırmanın sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada sigara kullanma sıklığı %31.9-%70.1 olarak bildirilmiştir (215). Serez'in çalışmasında sigara içme oranları; hekimlerde %29.2, hemşirelerde 37.9 ve diğer sağlık personelinde %45.7'dir (167). SB'nin merkez ve taşra teşkilatlarında görev yapan sağlık çalışanları ile 2007 ve 2011 yıllarında iki defa yapmış olduğu "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler" adlı çalışmasında; uzman hekimlerde (%22.1 ve %12.7), pratisyen hekimlerde (%30.5 ve %23.9), dış hekimi/eczacı/psikologlarda [%26.1 (dış hekimi/eczacı/psikolog) ve %20.7 (dış hekimi), %15.9 (eczacı)], hemşire/ebelerde [%29.5 (hemşire/ebe) ve %19.2 (hemşire), %21.9 (ebe)], sağlık teknisyenlerinde (%33.8 ve %23.5) ve sağlık yöneticilerinde (%39.5 ve %17.5) düzenli sigara kullanım oranlarıdır (39,40). Literatürde en az sigara içme sıklığı halk sağlığı çalışanlarında saptanmıştır. İstanbul ilindeki çalışmada sıklık %13.6 olarak belirlenmiştir (216). Türkiye'yi temsil eden büyük ölçekli gruplarla yapılmış çalışmalarda sigara içme sıklığı; PİAR çalışmasında %43.6 (24), BİGTAŞ çalışmasında %33.6 (26), KYTA 2008 çalışmasında %31.3 (27), KYTA 2012 çalışmasında %27.1 (28), TKHRF 2011 çalışmasında %29.4 (29) olarak bildirilmiştir. Türkiye'de eczacılar ile ilgili sigara çalışmalarında; Erbaycu ve

arkadaşlarının sağlık çalışanlarında dokuz eczacının dahil edildiği çalışmada sigara içenlerin oranı %77.8 (179), Bilgin ve arkadaşlarının diş hekimi, psikolog ve eczacıların bir grupta toplandığı çalışmada %26.1 (182), Kop ve arkadaşlarının özel bir üniversitede eczacılık öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada %28.0 (188), Kaptanoğlu ve arkadaşlarının Marmara Üniversitesindeki Eczacılık öğrencileri çalışmada %19.1 (187), Çalgan ve arkadaşlarının Ankara'da görev yapan eczacılar çalışmada düzenli içen eczacı oranı %38.6 (189) olarak bildirilmiştir. Diyarbakır ilinde görev yapan eczacılar arasında sigara içme sıklığı; Erbaycu'nun ve Ankara ilindeki eczacıların çalışmasından daha düşüktür. Bilgin ve arkadaşlarının, Kop ve arkadaşlarının, Kaptanoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarından ise daha yüksek bulunmuştur. SB'nin sağlık çalışanları arasında 2007 ve 2011 yıllarında yaptığı araştırmanın verilerine göre; Türkiye'nin tütün kontrolü alanındaki başarılı çalışmalarının etkili olduğu, özellikle yönetici pozisyonundaki çalışanlarda daha fazla olmak üzere sigara içme oranlarının düştüğü görülmektedir. Araştırmamızdaki eczacıların sigara içme sıklığının genelde topluma ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Dolayısıyla eczacıların; daha fazla sigara hastalık ilişkisi hakkında bilgilere sahip olması beklenirken, bilgiyi davranışlarına yansıtmadığının göstergesi olarak hala sigara içmeye devam etmesi düşündürücüdür.

Bu araştırmada halen sigara içenlerde paket/yıl ortalaması 15.73 ± 18.36 (min:0.4, maks:140) bulunmuştur. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalarda paket/yıl 27.0 ± 27.0 (213), Dicle üniversitesi aile hekimliği polikliniğine başvuran sigara kullanıcılarında paket/yıl hesabı erkeklerde 32.18 ± 21.64 ve kadınlarda 22.55 ± 16.29 (217) olarak saptanmıştır. Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanları arasındaki araştırmada hekimlerin 13.5 ± 7.6 ,

yardımcı sağlık personelinin 11.1 ± 5.3 , memurların 11.8 ± 6.8 , işçilerin 15.6 ± 8.7 paket/yıl sigara kullandığı bildirilmiştir (218). Paket/yıl tıp dünyasında sigara içenlerin akciğer kanseri olma potansiyelini ölçen bir parametre olarak kullanılmaktadır. Paket/yıl hesabı 20 ve üzeri çıktığında o kullanıcının akciğer kanseri olma riski daha yükselmektedir (219). Araştırmamızda eczacıların paket/yıl ortalamasının 20'ye yaklaştığı ve bu durumun kullanıcılar arasında riski artıracak unutulmamalıdır.

Çalışmamızda sigara içmeyi bırakmış ve halen içen eczacıların (N=193 kişi) ortalama içtikleri süre 20.25 ± 12.24 yıl (min:3, maks:56) olarak saptanmıştır. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının ortalama sigara içme süresi 13.6 ± 7.9 yıldır (179). Marmara Üniversitesi öğretim üyelerinin ortalama 7.5 ± 1.9 yıl aktif içici oldukları (187), Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin %50.0'ından fazlasının 1-3 yıl sigara kullandığı (188), Ankara'da sigara içen hemşirelerin %95.5'inin 16-20 yıl sigara kullandığı (183), Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki (KKTC) askeri sağlık personelinin sigara içme süresinin ortalama 14.11 ± 7.5 (erkeklerde 16.3 ± 7.5 , kadınlarda 11.2 ± 7.1) yıl olduğu (220) bildirilmiştir. Araştırmamız kapsamındaki sigara içen ve bırakan eczacıların ortalama sigara içme sürelerinin uzun olduğu ve bu durumun sağlığa etkisi yönüyle değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırma kapsamında kendisinin ya da aile bireylerinin sigara kullandığını belirten eczacıların haftalık sigara gideri 114.96 ± 109.69 TL'dir (min:4, maks:600 TL). Kaptanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında Marmara Üniversitesi öğrencilerinin aylık sigara harcaması 99.50 ± 8.47 TL, öğretim üyelerinin ise 450.50 ± 25.50 TL bulunmuştur. Öğrenciler yıllık gelirin dörtte birini, öğretim üyeleri ise beşte birini

sigaraya harcamaktadır (187). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin aylık sigara harcaması 2014 yılı için 159.8 ± 104.5 TL'dir (208). TÜİK'in Türkiye Hane Halkı Tüketim Araştırmasında 2014 yılında harcanılan her 100 TL'nin 4.2 TL'si alkollü içecek/sigara/tütün için harcandığı bildirilmiştir. 2004 yılı için aylık 38 TL olan alkollü içecek/sigara/tütün harcaması, 2014 yılında 120 TL olmuştur. Son 10 yılda alkollü içecek/sigara/tütün harcaması %102.0'lık bir reel artış göstermiştir (221,222). Toplumun farklı kesimleri arasında yapılan çalışmalarda sigaraya harcanan ortalama aylık paranın bireysel, ailesel ve toplumsal bazda ekonomik kayba neden olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Halen sigara kullandığını ifade eden eczacıların %87.2'si yabancı filtreli sigarayı tercih ettiğini belirtmiştir (Tablo 26). Yabancı sigara kullanım oranları çalışmamız ile uyumlu olarak Marmara Üniversitesi öğrencilerinde %72.0, öğretim üyelerinde ise %95.0'dır (187). Türkiye'de özelleştirmeler sonucunda yerli sigara markası çok azalmıştır. Globalleşen dünyada sigara şirketleri dünyanın bir ucunda ürettiği sigaraları resmi veya gayri resmi yollardan istediği ülkeye gönderebilmektedir. Dolayısıyla Türkiye'de yabancı menşeli sigaranın fazlaca bulunması/tüketilmesi normaldir.

Araştırmamızda sigara kullanan eczacıların %20.2'si light sigara kullandığını belirtmiştir (Tablo 26). Yapılan çalışmalarda; Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMY) öğrencilerin %22.2'si (223), KKTC'de askeri hekimlerin %45.2'si (220), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin %41.5'i, akademik personelin %17.1'i, hemşirelerin %19.5'i, yardımcı sağlık personelinin %19.5'i ve idari personelin %2.4'ü (224) light sigara tercih ettiğini bildirmiştir Light sigara

kullanımı her ne kadar kullanan toplumda daha zararsız gibi algılansa da yapılan birçok çalışmada klasik sigaradan farkının olmadığı kanıtlanmıştır.

Eczacıların sigara kullanımını artıran dönem olarak öne sürdükleri en büyük faktör %67.0 ile arkadaş toplantılarıdır. Kullanımı artıran diğer önemli faktörler sorumlulukların artması, maddi sıkıntı ve nöbettir (Tablo 27). Yapılmış bir çok çalışmada içecek/alkol tüketimi ile sigara kullanımı doğru orantılı olduğu bildirilmesine rağmen (225-227) bu durumun araştırma grubu eczacılarını minimum düzeyde (%4.6) etkilediği görülmektedir.

Araştırma kapsamında sigara kullandığını belirten eczacıların %42.2'si sabah uyandıktan bir saat sonra sigara tükettiğini, %57.8'i sigaranın yasak olduğu yerlerde sigara içmemenin kendisini zorlamadığını, %51.4'ü sabah içilen ilk sigaranın vazgeçilmez olduğunu, %67.0'ı sabahları daha az sigara içtiğini, %78.9'u hasta olduğu dönemde sigaradan vazgeçebileceğini ifade etmiştir. Eczacıların %32.1'i günde 10 adet ve daha az, %53.2'si günde 11-20 adet, %9.2'si günde 21-30 adet ve %5.5'i ise günde 31 adet ve daha fazla sigara tüketmektedir (Tablo 28). Araştırmamızda günde 20 adet veya daha az sigara tüketen eczacıların oranı %85.3 olup, bu durum sağlık çalışanları arasında sigara kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar (179,181,183,185,186,228) ile benzerlik göstermektedir. Eczacıların da en azından riskin bilincinde olarak tüketimlerini daha da azaltması beklenmelidir.

Halen sigara içen eczacıların FNBT'ye verdikleri cevaplara göre bağımlılık puan ortalaması 3.45 ± 2.88 'dir. Eczacıların %60.6'sı çok az ve az, %13.8'i orta derecede ve %25.6'sının ise yüksek ve çok yüksek bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 29). Marmara üniversitesi öğrencileri ve öğretim üyeleri (187), Koç ve arkadaşlarının hastane çalışanları araştırması (228) ile Altın ve arkadaşlarının Tıp

Fakültesi çalışanlarıyla ilgili araştırmasında (218) FNBT puanları ve bağımlılık dereceleri eczacılardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde toplumun farklı kesimleri ile çalışılmış bağımlılık düzeyi açısından eczacılar ile benzerlik gösteren (bağımlılık düzeyi az olan, 0-4 puan) çok sayıda araştırmalar da mevcuttur (57,167,185,208,220,229-233). Çapık ve Cingil'in hemşirelik öğrencilerinde (210) ile Pirinçci ve Erdem'in SHMY öğrencilerindeki çalışmalarında (223) ise çalışmamız kapsamındaki eczacılardan daha az bağımlılık düzeyleri saptanmıştır. Sonuçta bağımlılık düzeyi sigaradan kurtulmada önemli bir ölçüt olup, düşüklüğü sigarayı bırakmaya yardımcı kolaylaştırabilecektir.

Halen sigara kullanan eczacılarda nikotin bağımlılık düzeyi ile cinsiyet ve yaş grupları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 30 ve 31). Çalışmamızdan farklı olarak Marmara Üniversitesi öğrenci ve öğretim üyelerindeki çalışmada, bağımlılık düzeyi ile yaş arasında pozitif korelasyon şeklinde ilişki saptanmıştır (187). Türkiye'de sigara içimi ile ilgili özellikler göz önüne alındığında erkek cinsiyet ve orta yaşta daha yüksek bağımlılık beklenebilir.

Araştırma kapsamında sigara kullandığını belirten eczacıların %59.7'si gelecek zaman dilimi içerisinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir (%35.8'i gelecek 6 ay, %23.9'u 1 ay içinde). Aktif sigara kullananların %33.9'unun geçen 1 yıl içinde sigarayı bırakma girişimi olmuştur (Tablo 32). Aktif sigara kullanan eczacıların %19.3'ü sigarayı bırakma hazırlığı içerisinde. Hem sağlık çalışanları, hem de toplumun farklı kesimleri arasında yapılan araştırmalarda aktif sigara kullanıcılarının yarısından fazlası sigara içmeyi bırakmayı düşünmektedir. Sigarayı bırakmayı düşünenlerin oranları %59.1-%84.9 arasında değişmektedir (39,40,56,179,181-

183,186,208,212,220,224,234,235). Sigarayı bırakmayı düşünme ve bırakma hazırlığı sorundan kurtulmada önemli bir aşama olarak değerlendirilmelidir.

Sigarayı bırakmayı deneyen eczacıların yarısından fazlası (%54.8) en az bir kez bırakma girişiminde bulunmuştur (Tablo 33). Kaptanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, sigara bırakma girişiminin eczacılık fakültesi öğrencilerinde, öğretim üyelerine ve diğer fakülte öğrencilerine göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir (187). Çalışmamızda eczacıların sigarayı bırakma girişi sayısı Türkiye’de sigara konusunda yapılan çalışmalarda yer alan bildirimler ile benzerdir (39,57,179,181,183,186,208,218,232,233,236). Sigarayı bırakma girişiminin bu aşamada kalmayıp kesinleştirilmesi ve sürdürülmesi önemlidir. Bu konuda ilk girişimlerdeki müdahaleler yerinde ve zamanında yapılmalıdır.

Bu çalışmada aktif sigara kullanan eczacıların %19.3’ünün sigara bırakma hazırlığı içerisinde olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sigarayla bırakma hazırlığı içinde olma durumu değerlendirildiğinde; eczacıların öğrenciler ve hemşirelerden (%26.8/%53.8) (186,223) daha az, öğretim üyelerine benzer (%17.4) (237), polislerden (%13.0) (230) ise daha fazla sigarayla bırakma hazırlığında olduğu görülmektedir. Bu kavram göreceli olup; bireye, topluma, meslek özelliklerine, iş yüküne ve sosyal çevreye göre değişebilir. Sigara hastalık ilişkisini hem teorik olarak hem de pratik olarak bilen, sorgulayan bir meslek grubu olan eczacılarda, bırakmayı düşünenlerin yüksek olması (%59.7) beklenen bir sonuçtur (Tablo 32). Buna karşılık bırakma girişiminde (%33.9) ve bırakma hazırlığında (%19.3) olanların düşük olması, eczacılara sigarayla bırakma konusunda belki de yeterli ve gerekli desteğin verilmediği düşündürmektedir.

Çalışmada sigara kullanmayı bıraktığını ifade eden eczacıların %90.5'i sigarayı doktor ya da poliklinik yardımı almadan kendi kendine bıraktığını ifade etmiştir. Eczacıların %50.6'sı 61 ay ve üzeri, %39.5'i 13-60 ay ve %9.9'u 1-12 ay içerisinde sigarayı bırakmıştır. Eczacıların sigarayı bırakma için %74.4'ü hiçbir şey, %13.4'ü n.bantı/n.sakızı, %9.8'i ilaç, %2.4'ü ise davranışsal bilişsel teknikler kullanmıştır (Tablo 33). Yapılan araştırmalarda sigara kullananların yarısından fazlasının sigara ile mücadelede medikal dışı (aniden bırakma, azaltarak bırakma, birden bire bırakma gibi) yöntemler kullandığı bildirilmektedir (84,182,183,230,233,235,236). Sigarayı bırakmada; Bilgin ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %5.3'ünün n.bantı/n.sakızı (182), Alışkın ve arkadaşlarının çalışmasında Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarının %12.5'inin ilaç kullandığı, %11.1'inin destek aldığı (238), Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite öğrencilerinin %12.5'inin herhangi bir sağlık programına başvurduğu (233) bildirilmiştir. Eczacıların bırakma davranışında yardım alma oranlarının azlığı mesleki olarak kendilerine güven kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan eczacıların %53.9'u (N=164) ailesinde devamlı sigara kullanan birilerinin olduğunu ifade etmiştir. Ailesinde sigara kullananların mevcut olduğunu bildiren eczacıların; %60.4'ü (N=99) kardeşlerinin, %40.5'i (N=49) eşinin, %24.4'ü (N=40) babanın, %6.7'si (N=11) annenin ve %5.5'i (N=9) ise diğer aile bireylerinin sigara kullandığını ifade etmiştir. Literatürde sigara kullanımının değerlendirildiği çalışmalarda (56,57,179,181,183,186,212,218,229,230,233-236,239-245) katılımcılar %47.5-%86.9 oranları arasında ailede sigara içen birinin mutlaka olduğunu belirtmiştir. Bu durum çalışmamız ile örtüşmektedir. Literatürde ailede kardeşlerin en fazla sigara kullandığı bildiren çalışmalar (239,240) özellikle

babanın en çok sigara içtiği bildirilen araştırmalar (56,179,181,183,212,229,234, 239,241-243) mevcuttur. Ailedeki bir bireyin sigaraya başlamasını/denemesini kolaylaştıran nedenlerden biri de ailede aktif veya pasif sigara içme öyküsünün bulunmasıdır. Aktif sigara kullananların eşleri ve ailesinde sigara içenlerin varlığı gibi nedenlerle birbirlerini etkileyerek sigara içme oranlarını artırabilmesi olağandır.

Araştırmaya katılan eczacılardan hiç sigara kullanmayan veya sigara kullanmayı bırakanların, kendilerini sigaradan uzak tutan nedenlerinin başında %75.4 gibi büyük bir oranla sigaranın sağlığa zarar verdiği düşüncesi gelmektedir (Tablo 34). Kop ve arkadaşlarının çalışmasında eczacılık öğrencilerinin sigarayı bırakmasında en büyük etkenin %88.5 oranında sağlığa zarar verme düşüncesi olduğu bildirilmiştir (188). Eroğlu'nun araştırmasında devlet hastanesi sağlık çalışanlarının %49.2'si sağlığını korumak için sigaradan vazgeçtiğini belirtmiştir. (181). Bilgi işlem merkezi çalışanları ve Uludağ üniversitesi öğrencileri ile ilgili çalışmalarda %55.1 ve %53.7 oranlarında sigaranın sağlığa zarar verdiği inancı vardır (208,246). Kutlu ve arkadaşlarının hemşireler ile Atılgan ve arkadaşlarının hastane çalışanları çalışmasında, sigaranın sağlığa zarar verdiği ve zarar gören yakınlarının olması nedeniyle sigaradan uzak durdukları bildirilmiştir (183,186). Dolayısıyla eczacılarda sigaradan uzak tutan nedenlerin başında birbirleriyle uyumlu olarak sağlık zararları gelmektedir. Bu durum ortaya çıkabilen en büyük sağlık sorunlarının da tanıkları olduklarından dolayı beklenen sonuçtur.

Araştırma kapsamına alınan eczacılar, yakın arkadaş çevresinin %84.2'sinde ve çalışma ortamındaki kişilerin %82.5'inde en az bir kişinin aktif sigara kullandığını belirtmişlerdir (Tablo 35). Bu bağlamda sigara içen veya içmeyen eczacıların, yakın arkadaş çevresinde ve çalışma ortamında ciddi bir şekilde sigaradan aktif veya pasif

etkilenime maruz kaldığı söylenebilir. Sigara konusunda yapılan araştırmalarda sigara içme sıklığını etkileyen, başlamayı/denemeyi/sürdürmeyi kolaylaştıran veya tetikleyen en önemli risk faktörleri olarak yakın çevrede ve çalışma ortamında aktif sigara kullanıcısının varlığının geldiği bildirilmiştir (56,57,179,187,207,208,230, 231,247-250).

Araştırma kapsamına alınan eczacıların %100'ü sigara dumanı olan ortamın bebeklere ve çocuklara zarar verdiğini, %98.0'ı sigaranın sağlığa zararlı olduğunu, %95.4'ü sigara içen gebe kadının bebeğini riske soktuğunu, %84.5'i sigaranın akciğer kanserinin en önemli nedeni olduğunu, %83.6'sı sigaranın cinsel gücü azalttığını ve %78.0'ı sigara içen birinin ortalama ömrünün içmeyenlere göre daha kısaldığını belirtmiştir. Toplumun ilaç ve sağlık danışmanı olan eczacıların sigaranın verdiği zararların canlı tanığı olmasından dolayı sigara sağlık ilişkisini sorgulayan teorik sorulara yüksek oranda doğru cevaplar verdiği görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan eczacılardan halen sigara kullananların %10.2'si işyerinde ya da eczanesinde, %26.6'sı ise evinde sigara içtiğini bildirmiştir. Çalgan ve arkadaşlarının Ankara ili serbest eczacılarında yaptığı araştırmada; %22.9'u eczacıların, %21.7'si eczaneye gelen hasta/hasta yakınlarının, %28.9'u eczaneye gelen eczacının arkadaşlarının, %8.4'ü ise eczane personelinin serbest/özgür bir şekilde eczane sınırları içinde sigara içebilmekte olduğunu bildirmiştir (189). "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler" adlı 2007 yılındaki çalışmada; sağlık çalışanlarının evlerinde sigara içebilme sıklığı sağlık teknisyenlerinde %60.5, ebe/hemşirelerde %44.4, pratisyen hekimlerde %32.2, diş hekimi/eczacı/psikologlarda %30.5 ve uzman hekimlerde %22.8 olarak sıralanmıştır (39). Atılğan'ın ve arkadaşları ile Serez'in çalışmalarında sağlık

alışanlarının sırasıyla %29.8 ve %29.3 oranlarında çalıştığı sağlık kurumu içerisinde sigara kullandığı bildirilmiştir (167,183). Kapalı ortamlarda sigara kullanım oranları giderek dūřse de halen eczacılar ve sağlık çalışanları dahil yasaya tam olarak uyulmadığı görülmektedir.

Araştırmamızda Diyarbakır ilinde görev yapan eczacıların %90.8'i sigara içme konusunda eczacıların topluma iyi bir rol model olmadığını ifade etmiştir. Ankara ilinde görev yapan eczacılar arasında yapılan çalışmada; sigara içen eczacıların %80.0'ı eczacıların sigara iebileceğini ancak hastaların önünde içmemeleri gerektiği, %13.3' eczacıların hiç sigara kullanmamasını, %6.7'si eczacıların sigara içmesinde bir problem görmediğini ifade etmiştir (189). Toplum içerisinde bazı meslekleri icra edenlerin insanlar üzerinde bazı konularda etki yapma şansları vardır. Sağlık alışanlarının davranışları o toplumun sağlık düzeyinin gelişmesine katkı sunmaktadır. Sağlık alışanları arasında yer alan, toplumun ilaç ve sağlık danışmanı olan eczacıların toplumun gözünde sağlıkta rol model olarak görülmesi kaçınılmazdır. Bu rol modelin yarattığı temel sorumluluklar çerçevesinde eczacı, halkın/hkmetin sigara ile mücadele alanında konumları itibariyle doğal bir nc gücüdür. Eczanesine gelen hasta/hasta yakınlarının sigara ile mücadele konusunda bilgi seviyesini artırabilmeli, gerekli yerde danışmanlık hizmeti verebilmelidir.

Eczacıların %48.4' yaşamı boyunca en az bir kez nargile içtiğini ifade etmiştir. KYTA 2008 araştırmasına göre 15 yaş ve üzeri kişilerde düzenli nargile kullanımı %2.3, KYTA 2012'ye göre ise %0.8'dir (27,28). Serpil ve arkadaşlarının çalışmasında tıp fakültesi ğrencilerinin %28.6'sında, tıp fakültesi ğrencisi olmayanların %37.5'inde nargile içme sıklığı bildirilmiştir (251). Trakya

Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının nargileyi deneme veya içme sıklığı %30.4'dür (167). Öğrenciler arasında nargile kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Nargile kullanımı ihmal edilmeyip, tütün kullanımı ile birlikte önemle değerlendirilmesi gereken bir olgudur.

Diyarbakır ilinde görev yapan eczacılar arasında erkeklerin %41.8'i, kadınların ise %22.0'nın sigara kullandığı saptanmıştır ($p=0.001$, Tablo 38). Çalgan ve arkadaşlarının Ankara ilindeki 83 eczacı arasında yapmış olduğu çalışmada; erkek eczacıların %66.7'si, kadın eczacıların %25.0'ı aktif sigara kullanıcısı (189), Eczacılık Fakültesi öğretim üyelerinin de dahil olduğu Marmara Üniversitesindeki çalışmada erkek öğretim üyelerinin %43.0'ı, kadın öğretim üyelerinin %37.0'ı sigara içmekte olup (187), iki çalışmada da içme oranlarının her iki cinsiyette daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle Diyarbakır iline göre kadın cinsiyette yüksekliğin ilin cinsiyetler üzerine sosyal ve geleneksel yapı etkisinden kaynaklanıyor olabilir. Sigara içme durumun değerlendirildiği bir çok çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içme oranlarına sahip ve aradaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir (167,182,211,218,224,228,238). Diyarbakır ilinin içinde bulunduğu Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) bölgesindeki bir çalışmada kadınların %11.9'unun sigara kullandığı, bu oranın kırsalda yaşayan kadınlarda %5.8, kentte yaşayan kadınlarda ise %16.6 olduğu bildirilmiştir (252). Türkiye'de büyük ölçekli olarak yapılmış ulusal düzeydeki araştırmalara göre sigara kullanma sıklıkları erkeklerde (%62.8-%41.4), kadınlarda (%24.3-%13.1) arasında değişmektedir (24,27,28,29,31). Araştırmamızda erkek eczacıların sigara içme sıklığı Türkiye genelindeki çalışmalardan, KYTA 2012 hariç, genel olarak daha düşük bulunmuştur. Kadın eczacılarda ise erkek eczacıların tam aksine sadece PİAR 1988'den düşük, diğer

ulusal çalışmalardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda kadın eczacıların diğer bölgelerdeki eczacılardan düşük, ancak Türkiye ve bölge ortalamasının üzerinde sigara kullanması dikkat edilmesi gereken durumdur. Sigara sorunu mutlak tüm etiyolojik faktörleri değerlendirilerek yok edilmeye çalışılmalıdır.

Çalışma dahilindeki eczacılardan 22-29 yaş arasında sigara kullananların oranı %32.6, 30-39 yaş arasında %40.6 ve 40 ve üzeri yaş aralığında %34.0'dır ($p=0.447$, Tablo 38). KYTA 2008 ve 2012 çalışmalarında Türkiye'de en fazla 25-34 (%40.3, %34.9) ve 35-44 (%39.6, %36.2) yaş aralığında sigara içildiği bildirilmiştir (27,28). TKHRF 2011 yılındaki araştırmasında en yüksek sigara kullanma, erkeklerde %56.4 ile 25-34 yaş, kadınlarda ise %24.6 ile 35-44 yaş aralığında saptanmıştır (29). Yaş grupları dikkate alındığında büyük ölçekli çalışmalarda orta yaş dediğimiz 30-40 yaş aralığında daha fazla sigara tüketildiği dikkat çekmekte olup, çalışmamız ile uyumludur. Eczacılarda 40 ve üzeri yaşta istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sigara kullanım eğilimi azalmakta, dolayısıyla sigara bırakan sayısı da artmaktadır. Eczacıların ortalama sigaraya başlama yaşı yüksek bulunması, sigara başlamasını/denemesini etkileyen faktörlerden olan işyeri/eczane sorunlarının da önemli yer tutması orta yaş nüfusun daha fazla sigara kullanmasının nedenleri olabilir.

Araştırma kapsamındaki eczacıların evli olanların %32.6'sı, bekar olanların %39.1'i ve dul/boşanmış/ayrı yaşayanların ise %52.6'sı sigara kullandığını bildirmiştir ($p=0.164$, Tablo 38). algan ve arkadaşlarının Ankara ili serbest eczacılarındaki çalışmasında evlilerin %37.5'i, bekarların %42.9'u sigara kullandığını bildirilmiştir (189). Dilbaz ve Apaydın'ın çalışmasında da evli hemşireler, bekarlara göre daha düşük oranlarda sigara kullanmaktadır (253). Atılğan

ve arkadaşları ve Eroğlu'nun sağlık çalışanları ile Kutlu ve arkadaşlarının polisler ile, Ünsal ve Tözün'ün Türkiye'nin batısındaki kırsal bir bölgedeki çalışmalarında ise evli olanların bekar olanlara göre daha fazla sigara kullanma sıklığına sahip olduğu bildirilmiştir (181,183,230,244). Yukarıdaki araştırmaların hemen hemen hepsinde boşanmış/dul/ayrı yaşıyor diyenlerin sigara kullanma oranı evli ve bekarlardan daha fazla bulunmuştur. Medeni durumun sigara kullanım oranlarına etkisi değişiklikler göstermektedir. Evlilik eş etkisi ile riski azaltabilmekte ya da aynı etki ile artırabilmektedir. Boşanmış/dul/ayrı yaşayanların sayısı ise çoğu çalışmada az olduğundan, bunların sigara kullanma durumunu tartışmak doğru sonuçlar doğurmayacaktır.

Araştırmada eczacıların sigara kullanım yüzdelerinin gelir durumları ve sosyoekonomik düzey algılarına göre değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 38 ve 41). Bu durum aynı meslek grubundaki birbirlerine yakın sosyoekonomik düzey kaynaklı olabilir.

Çalışmamız kapsamındaki eczacılardan geniş ailede yaşayanların %56.3'ü, çekirdek ailede %33.9'u ve tek başına yaşayanların %50.0'ı sigara kullandığı ifade etmiştir ($p=0.103$, Tablo 39). Mardin kent merkezindeki kadınlarda yapılan araştırmada çekirdek ailede yaşayanların %79.0'ı, geniş ailede yaşayanların %21.0'ı sigara kullandığını bildirmiş olup (254), araştırmamız ile benzerlik göstermemektedir. Mardin çalışması sadece kadınlarda yapılmıştır. Geniş aile baskısı bu sonucu doğurmuş olabilir. Geniş ailenin koruyucu mu, yoksa özendirici mi yönünün ağır bastığı irdelenmelidir.

Araştırma kapsamına alınan serbest eczacıların %37.7'si, kamu eczacılarının %25.0'ı sigara kullanmaktadır ($p=0.104$, Tablo 40). Arada anlamlı ilişki olmamasına

rağmen, kamudaki eczacıların sayılarının az olması, serbest eczacılara göre sıkıntı, stres ve iş yükünün daha az olmasının sigara kullanma sıklığına yansıdığı düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki eczacıların meslekte geçirilen sürelerine göre; 1-60 ay çalışanlarının %37.0'ı, 61-120 ay çalışanlarının %35.5'i ve 121 ve üzeri ay çalışanların %35.3'ü sigara kullanmaktadır (p=0.965, Tablo 40). Öğretmenlerde ilk bir yıldan sonra (255), hemşirelerde ilk 5 yıl geçtikten sonra (253), sigara kullanım sıklığının azaldığı bildirilmiştir. Kayseri Erciyes Üniversitesindeki çalışmada akademik ünvan/çalışma süresi arttıkça sigara kullanım sıklığının azalmakta (profesörler %25.0, doçentler %28.6, yardımcı doçentler %26.7, öğretim görevlileri %55.6) olduğu tespit edilmiştir (256). Aile hekimleri ile ilgili çalışmada mesleki süre ile sigara kullanım sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır (185). Sayan ve arkadaşlarının hemşireler arasındaki çalışmasında ilk 5 yıl en düşük (%42.9), 10 yıl ve sonrasında (%57.4) ise en yüksek sigara içme sıklığı bildirilmiştir (231). Araştırmamızda anlamlı olmasa da mesleğin ilk 5 yılı içinde daha yüksek sigara kullanım sıklığı vardır. Eczacılarda genel olarak çalışma yılı arttıkça sigara kullanma sıklığının az miktarda azaldığı söylenebilir. Bu durumun tüm sağlık çalışanları için yüksek oranlarda beklenmesi umut edilmelidir.

Araştırma kapsamına alınan eczacılarda mesleğinden memnun olmadığını belirtenlerin sigara kullanımı %47.1, memnun olanlarda ise %31.3'tür (p=0.009, Tablo 40). Mayda ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi çalışmasında; idealinde olmayan fakültede okuduğu belirten öğrencilerin %30.8'i diğerlerine göre daha fazla sigara kullanmaktadır (239). Mesleki memnuniyetsizliğin fiziksel ve psikolojik bağımlılığı yüksek bir madde olan sigaraya yönelimi kolaylaştırabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada eczacılardan sağlık durumunu iyi olarak algılayanların %32.0'ı, orta/kötü olarak algılayanların ise %43.6'sı sigara kullandığını ifade etmiştir ($p=0.048$, Tablo 41). Bu durum bir sağlık çelişkisi olarak nitelendirilebilir. Eczacılar sigarayı hastalıklar için daha fazla risk faktörü olarak görebilmelidir.

Çalışmada eczacıların dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayanların %38.0'ı, içe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayanların ise %27.1'i sigara kullandığını belirtmiştir ($p=0.119$, Tablo 41). Kişilik yapısı ve sigara kullanımı ilişkisi çok kolay değerlendirilebilecek bir gösterge değildir. Çalışmamızda sigara kullanmayı sürdüren/artıran nedenler arasında %67.0 ile arkadaş toplantılarının ilk sırada olması belki de kişilik yapısı ile bağlantılı bir gösterge olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan eczacılar arasında herhangi bir olay karşısında sosyal destek alma durumu ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0.796$, Tablo 42). Herhangi bir hobisi olanların %41.9'u, hobisi olmayanların ise %28.0'ı sigara kullanmaktadır ($p=0.013$, Tablo 42). Emiroğlu ve arkadaşlarının (208), Mayda ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile ilgili iki farklı çalışmasında (239,257), Tanrıkulu ve arkadaşlarının Kars il merkezindeki üniversite öğrenciler arasındaki çalışmasında (207), herhangi bir sanat dalı ile uğraşanlarda sigara kullanma sıklığı çalışmamız ile benzerlik göstererek daha fazla bulunmuştur. Hobi varlığı/sanat dalları ile uğraşan eczacıların davranışlarının (tıpkı kişilik yapısında olduğu gibi) rahatlığı veya etkili diğer sosyal faktörlerin sigara kullanma oranını yükseltmiş olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan eczacıların kronik/fiziksel veya ruhsal/psikolojik hastalık varlığı ile sigara kullanımları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.005$, Tablo

43). Eczacılarından düzenli egzersiz yapmayanların %37.2'si, yapanların %33.6'sı sigara kullanmaktadır ($p>0.05$, Tablo 43). Düzenli egzersiz ile sigara kullanma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen, düzenli egzersiz yapan eczacılarda sigara kullanımı daha az bulunmuştur. Üniversite öğrencilerin değerlendirildiği bir çalışmada; %35.0'nın egzersiz yaptığı, egzersiz yapan öğrencilerin daha az sigara tükettiği ancak anlamlı ilişki olmadığı bildirilmiştir (208). Ruhsal/psikolojik hastalığı olanlarda sigara kullanımının daha fazla olması beklenebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan egzersiz, hastalıklar için risk faktörü olan sigara kullanımını azaltması olağandır.

Eczacılarından düzenli beslenmediğini ifade edenlerin %47.4'ü, düzenli beslenenlerin ise %29.8'i sigara kullanmaktadır ($p=0.038$, Tablo 43). Beyaz yakalı çalışanlarda yapılan bir araştırmada sigara kullanımı ile beslenme alışkanlıkları arasında anlamlılık bulunmuş (258) olup, çalışmamız ile benzerdir. Sigara kullanımı ile beslenme ilişkisi bir kısır döngü olarak düşünülebilir.

Eczacılar arasında önceden sigara içmiş ya da halen içenlerin herhangi bir sağlık problemi yaşama oranı %67.9 iken, bu oran hiç içmemişlerde %45.2'dir ($p=0.02$, Tablo 42). Eczacılarda sağlık problemi yaşama durumu sigarayı hiç denemeyenlerde daha az bulunmuştur. Bu durum sigara hastalık ilişkisini destekleyen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan eczacılardan ailesinde sigara içen birinin olduğunu söyleyenlerde içme oranı %48.2 iken, ailede içen olmayanlarda bu oran %21.4'tür ($p=0.0001$, Tablo 46). Yakın çevresinde sigara içen eczacılar için aynı oranlar %39.8 ve %14.6'dır ($p=0.001$, Tablo 46). Sigara kullanımının değerlendirildiği bazı çalışmalarda ailede ve/veya yakın çevrede sigara içen kişi

varlığının sigara kullanım sıklığını artırdığı bildirilmiştir (57,183,186,212,230, 231,233,244,259). Bir bireyin toplum içinde kendisine olumlu/olumsuz değerler kazandıracağı konumlar aileden başlar, yakın çevresinde/arkadaşlarında ve iş ortamında devam eder. Yakın çevrenin/arkadaş ortamının, bireyin bütün davranışları üzerinde hatta sayısal/duygusal zekası üzerinde bile etkili olduğu söylenebilir. Bu bağlamda literatürde yüzlerce kez kanıtlanmış olan yakın çevrenin sigara içme sıklığı üzerine etki etmesi eczacılar için sürpriz sayılmaz. Ailede ve yakın çevrede sigara içen kişilerin varlığı küçük yaşlardan başlayarak rol model ve paylaşılan süreç ile ilişkili olarak bireyin sigara içme durumunu etkileyebilir.

Çalışmamız Diyarbakır il merkezinde ve belirlenen üç büyük ilçesinde görev yapan eczacılar arasında gerçekleştirilmiştir. Bir sağlık çalışanı olan eczacıların sigara kullanım prevalansını ve bu prevalansı etkilediği düşünülen faktörlerin saptanmasının, kullanıcılarda bağımlılık düzeylerinin, bırakma hazırlığında veya düşüncesinde olanların davranışlarının, hiç içmeyen veya bırakanların sigaradan uzak tutan nedenlerinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırma dahilindeki eczacıların sosyodemografik ve ailesel göstergelerinin yaşadığı ilin, bölgenin ve toplumun geneline göre iyi konumda oldukları saptanmıştır.
- Eczacılarının mesleki özelliklerine göre %85.5'i serbest eczacılık yapmakta, %39.1'i meslekte en az 10 yılı geride bırakmış, %71.4'ü ise mesleğinden memnun olduğunu ifade etmektedir.
- Eczacıların %36.5'i sigarayı hiç denemediğini, deneyenlerin %85.5'i hayatı boyunca 100 adet sigara kullandığını, %48.7'si sigarayı 20 yaş ve üzerinde

denediğini/başladığını belirtmiş, sigara deneme yaş ortalaması 18.91 olarak bulunmuştur.

- Eczacılar sigaraya; en fazla merak (%53.4) ve özenti (%57.5) ile başlamış, arkadaş toplantıları (%67.0), sorumlulukların artması (31.2), maddi sıkıntı varlığı (%22.0) ve resmi kurumlarla sorun yaşama (%21.1) durumlarının ise sigara kullanımlarını artırdığını belirtmiştir.

- Araştırmaya katılan eczacıların sigara içme prevalansı %35.9'dur. Diğer %27.6'sı içip bırakmış ve %36.5'i ise hiç denememiştir.

- Sigara içenlerin bağımlılık düzeyi ortalama puanı 3.45 bulunmuş olup, "az bağımlılık" olarak değerlendirilmiştir.

- Sigara kullanan eczacılar arasında %33.9'u geçen bir yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denemiş, %19.3'ü bırakma hazırlığındadır. Sigarayı bıraktığını söyleyen eczacıların %90.5'i doktor ya da poliklinik yardımı almamıştır.

- Eczacılardan sigarayı hiç denemeyenler veya içip bırakanları sigaradan uzak tutan nedenlerin başında %75.4 ile sigaranın sağlığa zararlı olduğu düşüncesi gelmektedir.

- Eczacıların %90.8'i kendilerini toplum içerisinde sigara kullanımı ile ilgili sağlıkta iyi bir rol model olarak görmediklerini belirtmişlerdir.

- Eczacıların evlerinde (%26.6) ve çalışma ortamlarında (%10.2) sigara kullanımı oranları az gibi görünse de mevcuttur.

- Erkek eczacıların sigara içme sıklığı (%41.8), kadın eczacıların içme sıklığının (%22.0) yaklaşık iki katıdır ($p<0.05$).

- Araştırma kapsamındaki eczacıların mesleğinden memnun olmaması, hobi/sanat varlığının olması, düzenli beslenme alışkanlığına sahip olmaması, sağlık

durumunu iyi olarak algılamaması, ailesinde ve yakın çevresinde sigara içen kişinin varlığı sigara içme oranlarını yükseltmektedir. İçenlerde herhangi bir sağlık problemi yaşama oranları daha yüksektir ($p<0.05$)

- Eczacıların yaş grupları, medeni durum, eğitim, gelir durumları, aile tipi, ailede çocuk varlığı, çalışma süreleri, kişilik yapıları ile sigara kullanımları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Eczacılar arasında her iki cinsiyette de yüksek olan sigara içme sıklığı, özellikle kadın cinsiyetteki yükseklik de göz önüne alınarak değerlendirilmeli,
- Eczacıların sigara kullanımında kendilerini topluma iyi yönde rol model olarak görmemeleri konusunda Türk Eczacıları Birliği (TEB) ve yerel eczacı odası ile paylaşımlar yapılmalı, belirli eğitim programları planlanabilmeli,
- Sigara içme oranlarının yüksekliğine rağmen bağımlılık düzeylerinin düşüklüğü sigarayı bırakma yönünde iyi değerlendirilmeli, sigarayı bırakmaya yardıma yönelimler sağlanmalı,
- Eczacıların sigara kullanımı ile ilgili sağlık problemi yaşama durumları takip edilmeli ve gerektiğinde önlemler alınmalı,
- Eczacıların kendilerini sigaradan uzak tutacak egzersiz ve olumlu beslenme alışkanlıkları gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları özendirilmeli, gerekirse eğitim programları ve aktiviteler planlanmalı,
- Eczacıların mesleki memnuniyetsizliğini artıran faktörler yerel eczacı odaları ve TEB'in katkılarıyla saptanmalı, uygun önlemler ile mesleki memnuniyetin artırılmasına çalışılmalı,

- Aile ve yakın çevrede yüksek sigara içme oranlarının eczacılar arasında da olumsuz etkisinin önlenmesi için sigara konusunda toplum müdahalesi gerekli olup, var olan uygulamalar ciddiyle sürdürülmeli,

- Türkiye’de mevcut sigara ve diğer tütün mamülleri ile ilgili yasa uygulamasının denetimleri sürdürülmeli ve artırılmalı,

- Sağlık çalışanları arasında önemli yere sahip eczacıların, bulundukları konum itibariyle hem özel işyerlerinde hem de kamuda tütün/sigara kontrolünde ideal sağlık danışmanları olarak yer alması için düzenlemeler yapılmalı şeklindedir.

7. KAYNAKLAR

1. Tütün Bitkisi. <http://www.saglikaktuel.com/bitki-ansiklopedisi-tutun-nedir-faydalari-nelerdir-1598.htm>. Erişim Tarihi:18.04.2016.
2. Uzunca G. Tütünün Tarihi. Özyardımcı N. (Ed). Sigara ve sağlık, Bursa 2002;22-27.
3. Tütün ve Tütünün Tarihçesi. <https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCt%C3%BCn#Tarih.C3.A7e>. Erişim Tarihi: 20.04.2016.
4. Ersan A. Tütün Sektör Profili, Ürün Tanımı ve Tarihçesi. İstanbul Ticaret Odası Etüt ve Araştırma Şubesi 2004;2-5.
5. Barış İY. Tütün Kullanımının Tarihçesi. http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/tutun_kullaniminin_tarihcesi-1_baris.pdf. Erişim Tarihi:19.04.2016.
6. Bilir N. Sigara, On Soru On Yanıt. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2004;13(5):173-175.
7. Atalık A. Tekel'in Özelleştirilmesinin Düşündürdükleri. Bağımsız Dergisi Temmuz 2009;17.
8. Last JM. A Dictionary of Epidemiology. Oxford University Pres, New York. Fourth Edition, 2001.
9. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic Epidemiology. Second Edition, 2006.
10. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008:The MPOWER Package. 2008. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Erişim Tarihi: 04.05.2016.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking Among Adult United States 1997. Morbidity Mortality Weekly Report 1999; 48:993-996.
12. Current Cigarette Smoking Among Adults Aged ≥ 18 Years United States 2009. Morbidity Mortality Weekly Report 2010; 59:1135-1140.
13. United State of America 2013. World Health Organization, Country Data and Statistics Country profile. http://who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/usa.pdf?ua= . Erişim Tarihi: 05.03.2016.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development Healthy at a Glance 2015. OECD Publishing, Paris. 2015;67-69.
15. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelos D, Karakostas F, Skliros E, Apostolou O, Politakis P, Pappas S. Smoking Habits and Associated Factors Among Greek Physicians. Public Health 2007;121(5):333-40.
16. Sekijima K, Seki N, Suzuki H. Smoking Prevalence and Attitudes Toward Tobacco Among Student and Staff Nurses in Niigata, Japan. Tohoku Journal of Experimental Medicine 2005 July;206(3):187-94.
17. Jiang Y. and Coll. Chinese Physicians and Their Smoking Knowledge, Attitudes and Practices. American Journal of Preventive Medicine 2007 July;33(1):15-22.
18. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of Tobacco and Alcohol by Swiss Primary Care Physicians: a Cross-Sectional Survey. BioMed Central Public Health 2007;7:5.

19. Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. Smoking Behaviour Predicts Tobacco Control Attitudes in a High Smoking Prevalence Hospital: a Crosssectional Study in a Portuguese Teaching Hospital Prior to the National Smoking Ban. *BioMed Central Public Health* 2011;11:720.
20. Lewis KE, Shin D, Davies G. Smoking Habits and Attitudes Toward Tobacco Bans Among United Kingdom Hospital Staff and Students. *International Journal Tuberculosis Lung Disease* 2011 Aug;15(8):1122-6.
21. Klink K, Lin S, Elkin Z, Strigenz D, Liu S. Smoking Cessation Knowledge, Attitudes and Practice Among Community Health Providers in China. *Family Medical* 2011;43:198-200.
22. Asfar T, Al-Ali R, Ward K, Weg M, Maziak W. Are Primary Health Care Providers Prepared to Implement an Anti-Smoking Program in Syria. *Patient Education and Counseling* 2011;85:201-5.
23. Akın S, Arı HO, Demirok A, Dirimeşe V, Ekinci Ü, Gençoğlu A, ve Ark. Sağlık Bakanlığı, 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Yardım N, Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N (Editörler). Ankara: Yücel Ofset 2007;126-132.
24. PIAR Araştırma Ltd.Sti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu. İstanbul; Ocak 1988.
25. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Raporu. Yenilik Basımevi, İstanbul 2000.
26. BİGTAŞ. Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health 1993.
27. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008 Türkiye Raporu. 1. Baskı Anıl Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara 2010;11-12.
28. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 Raporu. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Bakanlığı Yayınları 948. Ankara 2014:67-79.
29. Belgi Ü, Ergör G, Horasan GD, Kolaca S, Sözman K. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Sıklığı Araştırması 2011. TC Sağlık Bakanlığı 909 Numaralı Yayın. Ankara 2013;43-53.
30. Bilir N, Özcebe H. Türkiye MPOWER Koşullarını Ne Kadar Karşılıyor. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(1);1-10.
31. TÜİK 2006 Aile Yapısı Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara 2010.
32. Bilir N, Özcebe H. Success Story of Smoke-Free Turkey. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences* 2011;19(2):59-66.
33. Doğanay S, Sözman K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012;10(2):93-115.
34. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF. Tobacco Control Profiles. *American Cancer Society. Atlanta GA* 2000;272.
35. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2013. [http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1]. Erişim Tarihi:01.03.2016.
36. Dünyada Kişi Başına Düşen Sigara Tüketimi. https://tr.wikipedia.org/wiki/Ki%C5%9Fi_ba%C5%9F%C4%B1na_sigara_t%C3%BCketimi_ne_g%C3%B6re_%C3%BClkeler_listesi. Erişim Tarihi:01.03.2016.

37. Türkiye’de 1925-2015 Yılları Arası Sigara İç Satışı Sayıları.
<http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx>. Erişim Tarihi:20.04.2016.
38. Sezer RE. Dünya’da ve Türkiye’de Sigara Tüketiminin Eğilimleri. Hipokrat Dergisi 2002;11(3):56-63.
39. Aslan D, Bilir N, Özcebe H. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler Sağlık Bakanlığı Araştırma Raporu. Ankara 2008;11-47.
40. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Sağlık Bakanlığı Çalışanları Tütün Kullanımı Araştırması 2012 Raporu http://www.ssuk.org.tr/savefiles/basin_bulteni_10_09_2012.pdf. Erişim Tarihi:27.02.2016.
41. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO, Geneva 1992.
42. Young KS, Yue XD, Ying L. Prevalence Estimates and Etiologic Models of Internet Addiction, Internet Addiction:a Handbook and Guide to Evaluation and Treatment. New Jersey 2011;3-18.
43. International Classification of Diseases 10th Revision. US Public Health Service. Journal of the American Medical Association 2000;283:3244-3254.
44. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı (DSM-IV). Hekimler Yayın Birliği. Çeviri: E Koroğlu, Ankara;1995.
45. Coşar B, Şahin K, Arıkan Z, Işık E. Nikotin Bağımlılığı, Psikofarmakolojisi ve Bağımlılık Davranışının Bazı Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi. 3P Dergisi 1996;4(3):199-205.
46. Sarandöl A. Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. Akciğer Arşivi 2002;3:129-39.
47. Akçay Ş. Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği Okulu 2007;103-107.
48. Uzbay İT. Yüksel N. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. Yüksel N. (editör) Psikofarmakoloji. Değiştirilmiş 3. Baskı. Ankara Çizgi Tıp Yayınevi 2003:485-520.
49. Boztaş MH, Abatan E. Sigara Bırakmada İlaç Tedavisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2013;16:110-119.
50. Kaleli S. Sigaranın Sağlık Üzerine Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010;5:14.
51. Nides M. Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment. American Journal Medical 2008;121;4(1):20-31.
52. Bingöl AK. Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Yöntemlerin Başarısını Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara:Ankara Üniversitesi 2006.
53. Action on Smoking and Health (ASH) Factsheet Number 11: Stopping Smoking ASH 2007. <http://www.ash.org.uk>. Erişim Tarihi:01.03.2016.
54. Özcebe H. Tütün Kontrolünde Öncelikli Çalışma Alanları, Halk Sağlığı Çalıştayı Sunumları. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). İzmir 2009.
55. Ögel K. İnsan, Yaşam ve Bağımlılık. IQ Kültür- Sanat Yayıncılık. İstanbul 2001;47.
56. Çilingir D, Hintistan S, Öztürk H. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanma Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(2):69-85.

57. Kutlu R, Çivi S. Seydişehir Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi* 2006;7(2):71-79.
58. Marakoğlu K, Çivi S, Şahsivar Ş, Özdemir S. Tıp Fakültesi Birinci ve İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu ve Depresyon Yaygınlığı Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi* 2006;7:129-134.
59. Ergüder T, Çakır B, Aslan A, Warren CW, Jones N, Asma S. Tobacco Use Among Youth and Related Characteristics, Turkey. *Social and Preventive Medicine* 2005;51:91-98.
60. Ergüder T. Linking Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Data to Tobacco Control Policy in Turkey 2003 and 2009. *Central European Journal of Public Health* 2012;20(1):87-913.
61. Centre For Disease Control and Prevention. A Report of the Surgeon General Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults 2012. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2012/consumer_booklet/pdfs/consumer.pdf. Erişim Tarihi:11.03.2016.
62. Özcebe H. Gençler ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayın No:731. 2008;10.
63. Özalp Ü. Sigara Dumanının Kimyasal Bileşimi. Özyardımcı N (Edit.). Sigara ve Sağlık. Bursa 2002;30-41.
64. Behr J, Nowak D. Tobacco Smoke and Respiratory Disease. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. ERS Journal Ltd. European Respiratory Monograph. Sheffield: 2002;79-161.
65. Karlıkaya C. Tütüne Bağlı Hastalıklar ve Tütünün Kontrolü [Http://File.Toraks.Org.Tr/Toraksfd23njkl4nj4h3bg3jh/Kisokulu3-Pptpdf/Celal_Karlikaya.Pdf](http://File.Toraks.Org.Tr/Toraksfd23njkl4nj4h3bg3jh/Kisokulu3-Pptpdf/Celal_Karlikaya.Pdf). Erişim Tarihi:19.03.2016.
66. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006;7(1):51-64.
67. Kayaalp O. Tıbbi Farmakoloji. 1. Cilt 1994;336-346.
68. Yilmaz S, Benzer F, Ozan S, Gurgoze SY. Oxidative Damage and Arginase Activity in Tissues of Rats Exposed to Cigarette Smoke. *Revue De Médecine Vétérinaire* 2008;159(2):79-86.
69. SS Hecht. Tobacco Smoke Carcinogens and Lung Cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 1999;91(14):1194-1210.
70. Fındık S. Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler. Sigara ve Gençlik, Kültür Bakanlığı Yayınları. Ankara 1997;17-22.
71. Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara 1993;45-54.
72. Anonim. <http://www.hayatisaglik.com/saglik-bilgiler/sigarada-kansere-sebep-olan-kimyasal-maddeler-nelerdir.html>. Erişim Tarihi:13.03.2016.
73. Deveci SE. Halk Sağlığı Açısından Tütün Kontrolü Ders Notları. Elazığ 2011.
74. Bilgin N. Elazığ Sanayi Sitesinde Çalışan Çıraklarda Sigara İçme, Alkol Kullanma ve Uçucu Madde Bağımlılığı Prevalans Araştırması. Doktora Tezi, Elazığ:Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1996.
75. Ohnishi S, Murata M, Kawanishi S. Oxidative DNA Damage Induced by a Metabolite of 2-Naphthylamine, a Smoking Related Bladder Carcinogen. *Japan Journal Cancer Research* 2002;93(7):736-743.

76. Pfeier GP, Denisenko MF, Olivier M. Tobacco Smoke Carcinog, DNA Damage and p53 Mutations in Smoking-associated Cansern. *Oncogene* 2002;21(48);7435-7451.
77. Kesim Y. Sigaranın Bilimsel Yüzü. Tür A (Edit.). Logos Yayıncılık. İstanbul 2004;33-39.
78. Kesim Y. Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Sigaranın Sağlığa Etkisi ve Bırakma Yöntemleri. Logos Yayıncılık. İstanbul 1995;29-57.
79. Türkcan A. Sigara Bırakma Rehberi. Sistem Yayıncılık. İstanbul 2004.
80. Anonim. Nikotin Tarihçesi. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Nikotin>. Erişim Tarihi:15.03.2016.
81. Gilman AG, Goodman LS, Gilman A. Goodman and Gilman's The pharmacological Basis of Therapeutics 6th. Ed. New York; Mac Millan Science and Education Publishers 1980;558.
82. Öngen G. Nikotinin Vücutta Etkileri. http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=2640&connection_id=16&connection_table=1&content_type=8&anahtar=kan%20bas%FDnc%FD. Erişim Tarihi:18.03.2016.
83. Özyurt L. Hekimlerin Sigara İçme Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
84. Altıntaş Ö. Hemşirelerde Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul:Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
85. Bilir N. Sigara ve Sağlık Konusunda En Sık Sorulan 50 Soru ve Cevapları. Sağlık İçin Sigara Alarmı 1996 1997;3(1-2):11-14.
86. Öztuna F. Sigaranın Hücresel Etkileri. *Akciğer Arşivi* 2004;2:111-116.
87. Yiğiter AB. Gebelik ve Sigara. <https://www.florence.com.tr/haber-duyuru/2426-gebelik-sigara.html>. Erişim Tarihi:19.03.2016.
88. Mathers CD, Loncar D. Projection of Global Mortality and Burden of Disease From 2002 To 2030. *PLOS Medicine* 2006;3(11):442.
89. MPOWER 2011. http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/who_nmh_tfi_11.3_eng.pdf. Erişim Tarihi:20.03.2016.
90. Ezzati M, Henley J, Thun MJ, Lopez AD. Role of Smoking and Regional Cardiovascular Mortality. *Circulation* 2005;112:489-97.
91. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M. Causes of Cancer in the World:Comparative Risk Assessment of Nine Behavioural and Environmental Risk Factors. *Lancet* 2005;336:1784-93.
92. Peto R. Smoking and Death: The Past 40 Years and The Next 40. *British Medical Journal* 1994;309:937-9.
93. Sigara Solunum Sistemi Etkileri. <http://www.zilhan.net/sigaranin-solunum-sistemi-uzerine-etkileri-nelerdir.html>. Erişim Tarihi:17.04.2016.
94. Cohen V, Khuri FR. Progress in Lung Cancer Chemoprevention. *Cancer Control* 2003;10:315-24.
95. Sulu E, Yağcı TL, Damadoğlu E. Sigara İçmeyen Akciğer Kanseri Hastaların Özellikleri. *Akciğer Dergisi* 2007;(13):27-31.

96. Benowitz NL, Brunetta PG. Smoking Hazards And Cessation. In: Mason RJ, Broaddus C, Murray JF, Nadel JA (Eds.). Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 4th Edition. Philadelphia:Elsevier Saunders 2005:2453-68.
97. Alberg AA, Yung RC, Samet JM. Epidemiology of Lung Cancer. In: Mason RJ, Broaddus C, Murray JF, Nadel JA (Eds.). Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 4th Edition. Philadelphia:Elsevier Saunders 2005:1328-56.
98. Dubey S, Powell CA. Update in Lung Cancer 2007. American Journal Respiratory and Critical Care Medicine 2008;177(9):941-46.
99. Müsellim B. Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2007;113-118.
100. OECD Ülkelerinde Kanser Ölümünün Türleri. OECD Health Statistics 2015 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Erişim Tarihi: 11.04.2016.
101. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. Kanser Vakaları ve Kanserden Ölüm Oranları. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı Rapor Bülteni 2015;10:3-5.
102. Hylkema MN, Sterk PJ, De Boer WI, Postma DS. KOAH ve Astımda Sigara Kullanımı. Europe Respiratory Journal 2007;29:438-445.
103. Özyardımcı N, Erdoğan BB. Sigaranın Solunum Sisteminin Savunma Mekanizmaları Üzerine Etkileri. Sigara ve Sağlık 2002:123-127.
104. Türkiye İstatistikleri Kurumu. TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do;jsessionid=1yqwxgtgbhj9t6svvyynstqfcdlwt69cgrncshlql5jy9cfptfq!-276953685?id=21526>. Erişim Tarihi: 17.04.2016.
105. Şahin M, Arslan dağ M. Kardiyovasküler Sistem ve Sigara. Tür A (Ed.). Sigaranın Bilimsel Yüzü. Logos Yayıncılık İstanbul 2004:81-94.
106. Aydınlar A. Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. Sigara ve Sağlık 2002:129-130.
107. Ole DM. Lipid Effects of Smoking. American Heart Journal of Cardiovascular 1988;1(2):272-275.
108. Can G, Coşkun F, Demir T. Sigarayı Bırakıyoruz. Turgut Yayıncılık. Ankara 2004:45.
109. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014. Küresel Ölüm Nedenleri. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:812. Ankara 2010:5-6.
110. Schunkert Heribert. Akut Koroner Sendromda Akıldan Kalbe Sorular Sempozyumu. <http://www.medimagazin.com.tr/ilac-sanayi/genel/tr-koroner-kaynakli-olumler-acisindan-avrupa-ulkeleri-arasinda-birinciyiz-8-60-69535.html>. Erişim Tarihi: 16.04.2016.
111. World Health Organization. European Strategy for Smoking Cessation Policy 2006. <http://www.euro.who.int/Document/E80056.pdf>. Erişim Tarihi: 11.04.2016.
112. Bilir N. Sigara ve Beyin. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:731. Ankara 2008:7-10.
113. Health Consequences of Smoking. Department of Health and Human Services United State of America. Report of the Surgeon General 2004.
114. Marcus Richards ve Ark. Cigarette Smoking and Cognitive Decline in Midlife: Evidence From a Prospective Birth Cohort Study. American Journal Public Health 2003;93:994-998.

115. Pratt LA, Brody JD. Depression and Smoking in the U.S. Household Population Aged 20 and Over 2005–2008. U.S. Department of Health and Human Services Centers For Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. NCHS Data Brief. 2010;34:1-7.
116. Özdemir L. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, 2007.
117. Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette Smoking : an Epidemiological Overview. British Medical Bulletin 1996;52:3-11.
118. Kapoor D, Jones TH. Smoking and Hormones in Health and Endocrine Disorders. European Journal of Endocrinology 2005;152:491-499.
119. Tweed JO, Hsia SH, Lutfy K, Friedman TC. The Endocrine Effects of Nicotine and Cigarette Smoke. Trends in Endocrinology & Metabolism 2012;23(7):334-342.
120. Svartberg J, Jorde R. Endogenous Testosterone Levels and Smoking in Men. The Fifth Tromso Study. International Journal of Andrology 2007;30(3):137-43.
121. Aydın Y, Acar E, Titiz H, Önder E, Gür M. Genç Sağlıklı Kişilerde Kısa Dönem Sigara Kullanımının Metabolik Sendrom Parametreleri Üzerine Etkisi. Abant Medical Journal 2014;3(3):226-232.
122. Will CJ, Galuska AD, Ford SE, Mokdad A, Calle EE. Cigarette Smoking and Diabetes Mellitus: Evidence of a Positive Association From a Large Prospective Cohort Study. Journal Of Epidemiology 2001;30:540-546.
123. Tanyeli F. Endokrin Sistem ve Sigara. Sigaranın Bilimsel Yüzü. Logos Yayıncılık. İstanbul 2004:169-173.
124. World Health Organization. WHO, World Health Report. Geneva 1999.
125. Sigara Kullanımına Bağlı Ölümcül Hastalıklar. Sigara Broşürü. Türk Toraks Derneği 2003:6. <http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/sigarabrosuryeni.pdf>. Erişim Tarihi:27.04.2016.
126. Action Smoking and Health Inequalities. ASH Factsheet 2. Smoking statistics: Illness and Death 2004:2 http://ash.org.uk/files/documents/ASH_82.pdf. Erişim Tarihi:27.04.2016.
127. Başar E. Pasif Sigara İçiminin Kardiyak Etkileri. Türk Kardiyoloji Derneği 2000;28:239-244.
128. Mackay J, Amos A. Woven and Tobacco. Respiriology 2003;8(2):123-130.
129. Implement Smoke-Free Environments. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009.
130. Oğuzöncül AF. Pasif Sigara Dumanının Etkileri. http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/elazig_kongre_sunumlar/ferdane_oguzoncul.pdf. Erişim Tarihi:13.04.2016.
131. Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. Gebelik ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:731. Ankara 2008:13.
132. Toyran M. Gebelikte Sigara İçiminin Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri. Klinik Pediatri Dergisi 2005;4(1):17-23.
133. Özcebe H. Çocuklar ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara, Şubat 2008.
134. Physicians for a Smoke-Free Canada (PSC). Health Effects of Second Hand Smoke. 2002 <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/Q&A-healtheffects.pdf>; Erişim Tarihi:11.04.2016.

135. Oberg M, Jaakkola M, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide Burden Of Disease From Exposure to Second-Hand Smoke: a Retrospective Analysis of Data From 192 Countries. *Lancet* 2011;377(9760):139-46.
136. Küresel Gençlik Tütün Araştırması Raporu 2003.
http://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/Docs_Arastirmalar/Kuresel_Genclik_Tutun_Arastirmas_i.pdf. Erişim Tarihi:13.04.2016.
137. Boyacı H, Duman C, Başyigit İ. İlkokul Çocuklarında Çevresel Sigara Dumanına Maruziyetin İdrar Kotinin Düzeyi ile Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52:231-6.
138. Türkiye'nin Dumansız Hava Sahası. <http://saglik.gov.tr/SGGM/belge/1-16376/turkiyenin-dumansiz-hava-sahasi-dunyaya-resmen-ornek-ol-.html>. Erişim Tarihi:16.04.2016.
139. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de Tütün Kontrolü. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005;36:75-79.
140. World Health Organization. Gender and Tobacco Control. a Policy Brief. Geneva 2007.
141. Çan G. Sigara epidemiyolojisi. Özyardımcı N (Edit.). Sigara ve Sağlık. Uludağ Üniversitesi yayınları. Bursa 2002;49-58.
142. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Geneva 2003.
143. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER Package. WHO Geneva 2008.
144. Tütün ve Tütün Ürünlerine Yönelik Kanunlar, Genelgeler ve Yönetmelikler. <http://www.havanikoru.org.tr/genelgeler.html>. Erişim Tarihi:08.04.2016.
145. T.C. Başbakanlık Ulusal Tütün Kontrol Programı. 2006/29 Başbakanlık Genelgesi Resmi Gazete (26312). Ankara 07.10.2006.
146. Akçay Ş. Sigara Özel Sayısı. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2012;2(5);1-2.
147. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco Addiction. *Lancet* 2008;371:2027-38.
148. Çom S. Sigarayı Bırakma Yolları. Sigaranın Zararlı Etkilerinden Korunma. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:731. 2008:1.
149. Haustein KO. Pharmacotherapy of Nicotine Dependence. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2000;38:273-90.
150. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2003;12(5):166-167.
151. Hekimler İçin Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayınları No:796. Ankara 2010:70.
152. Akçay Ş. ve Ark. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Türk Toraks Derneği 2013.
153. Öztuna F. Sigara Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Kliniği. Türk Farmakoloji Derneği Kongre Sunumları 2007:16.
154. Foulds J, Burke M, Steinberg M, et al. Advances in Pharmacotherapy for Tobacco Dependence. *Expert Opinion Emerging Drugs* 2004;9:39-53.
155. Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedaviler. Sigara Bırakmada Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Ankara 2014:35-42.

156. Ayan F. Sigaranın Zararları ve Sigarayı Bırakmanın Yararları. Sürekli Tıp Eğitim Günleri. Kardiyoloji Gündemi, Sempozyum Dizisi No:64 2008:43-52.
157. Edis EÇ, Çağlar T. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Yeni Gelişmeler. Akciğer Arşivi 2006;7:99-103.
158. Mc Ewen A, Hajek P, McRobbie H, West R. Manual of Smoking Cessation a Guide for Counsellors and Practitioners. Oxford UK: Blackwell Publishing 2006.
159. Sigarayı Bırakıyoruz. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Sağlık Bakanlığı Yayın No:865. Ankara 2011;13-15.
160. Aşıcı S. Eczacılık Tarihi ve Eczacılık Deontolojisi Ders Notları. İzmir 1997;1-2.
161. İstanbul Eczacı Odası, Siyasi Parti Raporu.
http://www.istanbuleczaciodasi.org.tr/upload/pdf/201009061644_siyasipartiraporu.pdf
Erişim Tarihi:27.03.2016.
162. Mercan S, Balta E. Eczacının Hasta Danışmanlığındaki Rolü.
<http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/mart-nisan07/5.pdf,s.13>. Erişim Tarihi:07.03.2014.
163. Beyaz E. Batman Eczacı Odası Başkanı, Olağan Başkanlar Toplantısı. Türk Eczacılar Birliği Haberler Dergisi 2015;4:24-25.
164. Sağlık Konusundaki Bilgi Alma Durumu ve Bilgi Kaynakları. Türkiye’de Sağlık Geliştirilmesi Araştırma Raporu 2013. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2013:48.
165. Şimşek I, Atakurt Y, Yazıcıoğlu B. Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinin Mesleğe Yaklaşımları. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları. Ankara 1994:2.
166. Bilir N. Tütün Kontrolünde Sağlık Çalışanlarının Sorumluluğu ve Eczacıların Rolü. Ankara Havan Dergisi. 2009; 63-68.
167. Serez B. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Personelinin Sigara İçme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne:Trakya Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, 2013.
168. Atalay L, Sancar M, Okuyan B, İzzettin FV. The impact of Pharmacist-led Smoking Cessation Program at Community Pharmacy. Journal of Institute of Health Sciences Marmara University 2012;1(2):20-25.
169. Costello MJ, Sproule B, Victor JC, Leatherdale ST, Zawertailo L, Selby P. Effectiveness of Pharmacist Counseling Combined with Nicotine Replacement Therapy: a Pragmatic Randomized Trial with 6987 Smokers. Cancer Causes Control 2011;22(2):167-80.
170. Bilir N. Sigara ve Yaşlanma. Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayınları Ankara 2009:121-125.
171. Ergüder T. Tütün Kullanımı ve Önleme Programları. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, Aslan D (Edit.). Ankara Tabip Odası 2009:22-26.
172. World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic. Brazil 2008.
173. Açıık Y, Polat SA, Deveci E. Bir Polis Okulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı Araştırması. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, 2001; 33: 23-27.
174. Deveci SE, Deveci F, Açıık Y, Ozan AT. The Measurement of Exhaled Carbon Monoxide in Healthy Smokers and Non-smokers. Respiratory Medicine Journal 2004;98:551-556.

175. Deveci SE, Güler H, Deveci F, Açık Y, Muz MH. Elazığ Emniyet Teşkilatı Personelinin Sigara İçme Davranışları, Bağımlılık Düzeyleri ve Sigara-Sağlık İlişkisine Yaklaşımları. *Solunum Hastalıkları* 2005;16:12-17.
176. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: a Review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal Behavioral Medicine* 1989;12:159-182.
177. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of Smoking Cessation. *Clinics in Chest Medicine* 1991;12(4):727-736.
178. Horasan E. Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu ve Sigarayı Bırakma Sürecine İlişkin Bazı Özellikler. *Sağlık İçin Sigara Alarmı* 1994;1(2):52-59.
179. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5(1):6-12.
180. Gülten B, Sarıyıldız S, Seven A, Aydın N, Vural A. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Personelin Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2012;13:65-70.
181. Eroğlu SA. İstanbul’da Genel Bir Devlet Hastanesinde Çalışanların Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *İstanbul Medical Journal* 2013;14:170-4.
182. Bilgin G, Sarıyıldız S, Seven A, Aydın N, Vural A. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Personelin Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2012;13:65-70.
183. Atılğan Y, Gürkan S, Şen E. Hastanemizdeki Çalışan Personelin Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 2008;9:160-6.
184. Baltacı D, Bahçebaşı T, Aydın LY, Öztürk S, Set T, Eroz R, Celer A, Kara İH. Evaluation of Smoking Habits Among Turkish Family Physicians. *Toxicol Ind Health* 2014;30(1):3-11.
185. Özer AÖ. Eskişehir’de Birinci Basamak Hizmeti Veren Doktorların Sigara İçicilik Durumları ve Sigara Bıraktırmaya Konusundaki Tutumları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2012.
186. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;27(1):29-34.
187. Kaptanoğlu AY, Polat G, Soyer M. Marmara Üniversitesi Öğrencilerinde ve Öğretim Üyelerinde Sigara Alışkanlığı ve Durağan Maliyet İlişkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2012;2(2):119-125.
188. Kop B, Culdüz A, Kapsar Ç, Şencan N. Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanım Alışkanlıkları: Kalitatif ve Kantitatif Yaklaşım. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2015;(19):36-42.
189. Çalgan Z, Tahir E, Yeğenoğlu S, Bilir N. Community Pharmacists Attitude, Habits and Actual Activities Regarding Smoking and Health Promotion In The 1. Region of Ankara Chamber of Pharmacists. *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences* 2007;4:125-138.
190. Aşkın GC. İstanbul’un Belirli İlçelerindeki Eczane Eczacılarının İlaç Güvenliğindeki Yeni Yapılanma Hakkındaki Bilgileri ve Farmakovijilansa Olan Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.

191. Uzun H. İş Tatmini ve Meslek Memnuniyet İlişkisi: Eczacılar Üzerine Yapılan Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Yalova: Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
192. Çağırıcı S. Eczane İşletmelerinin Fiziksel Ortam Kararları Üzerine Ampirik Bir Araştırma: Ankara İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.,
193. Türkiye İstatistik Kurumu. 2015 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>. ErişimTarihi:01.05.2016.
194. Aşkın E. Ankara İl Merkezindeki Serbest Eczane Eczacılarının Eczacı-Hasta İletişimine Yaklaşımları Üzerine Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
195. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Taşkaya S. Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet Araştırması Akdağ R (Edit.). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 805. Sağlık Bakanlığı Ankara 2010:8-9.
196. Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi 2015-2019 Stratejik Planı. http://www.diyarbakir.bel.tr/filesap/stratejikplan/2015-2019%20Stratejik%20Plan_turkce.pdf, Erişim Tarihi:02.05.2016.
197. Karaaslan S. Elazığ İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, 2015
198. Asgari Ücretin Net Hesabı ve İşverene Maliyeti 2016. https://www.csgb.gov.tr/media/1692/2016_onikiyay.pdf. Erişim Tarihi:02.05.2016.
199. Nisan 2016 İçin Açlık ve Yoksulluk Sınırının Hesaplanması. http://www.teksif.org.tr/nisan-2015-aclik-ve-yoksulluk-siniri-1334-tl_icerik_10248-1.html. Erişim Tarihi:02.05.2016.
200. Temmuz 2014 İçin Açlık ve Yoksulluk Sınırının Hesaplanması.TÜRK-İŞ. <http://www.turkis.org.tr/dosya/p9UPPbM32ofu.pdf>. Erişim Tarihi:02.05.2016.
201. İstatistiklerle Aile 2014. Ortalama Hane Büyüklüğü ve Aile Tipi. TÜİK. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18624>. Erişim Tarihi:02.05.2016.
202. Tüm-Sağlık Sen. Memnuniyet Anketi 2012. http://www.egeninsesi.com/71984-hemsireler_mesleginden_memnun_degil Erişim Tarihi:02.05.2016.
203. Gündoğdu A. Öğretmenlerin Meslek Memnuniyet Araştırması. Memur-Sen Konfederasyonu Eğitimciler Birliği Sendikası. 1.Baskı Ankara 2009:22.
204. Yaşan A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İş Memnuniyeti, Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Dicle Tıp Dergisi 2008;35(4):140-233.
205. Ünal D, Çetinkaya F, Özyurt Ö, Kayabaşı A. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2006;9(1):1-18.
206. Bal V, Özer B, Ortanca M. Manisa'da Kamu Kurumlarında Çalışan Özel Güvenlik Personelinin Mesleki Memnuniyet Durumu. 3. Ulusal Özel Güvenlik Sempozyumu 1-2 Mart 2013. Gaziantep 2013;133-140.
207. Tanrıku AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri. Türk Toraks Dergisi 2009;10:101-6.

208. Emiroğlu PŞ, Taneri PE, Yapa AB, Göksal E, Çakır R, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkileyen Etmenler İle Sigara Yasağına Karşı Düşünceler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;40(2):57-61.
209. Yazarbaş G, Atlam DH. Polis Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanımına Yönelik Görüş ve Tutumun Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2015;54(3):114-119.
210. Çapık C, Cingil D. Hemşirelik Öğrencilerinde Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2013;3(2):55-61.
211. Ergeneilek E. Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçları. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
212. Göktalay T, Özyurt CB, Çoşkun AŞ, Çelik P. Sağlık Eğitimi Alan 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler: İzlem Araştırması. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2011;59(4):355-361.
213. Balbay Ö, Annakkaya AN, Aytar G, Bilgin C. Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2003;3:10-14.
214. Karaardıç L, Oysul FG, Kır T. Ankara'daki Asker Hastanelerinin Personelinde Sigara Kullanım Sıklığı. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Antalya 27-31 Ekim 2013.
215. Tezcan S, Yardım N. Türkiye'de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(4):390-397.
216. Tüfekçioğlu EY. İstanbul İli Halk Sağlığı Çalışanlarında Sosyo-Demografik Özellikler ve İş Doyum Durumu. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bursa 2-6 Ekim 2012.
217. Çelepkolu T. ve Ark. Sigara Kullanıcılarında Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Yaş ve Cinsiyetle İlişkisi: Diyarbakır Örnekleme. Dicle Medikal Journal 2014;41(4):712-716.
218. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevalansı ve Sigaraya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2004;5(2):63-67.
219. Göksel T. Akciğer Kanseri, Paket/Yıl Hesabı. http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-1-ppt-pdf/Tuncay_Goksel.pdf. Erişim Tarihi:11.06.2016.
220. Günay E, Şimşek Z, Kutucularoğlu G, Metinyurt G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Askeri Sağlık Personelinde Sigara İçme Sıklığı, Nikotin Bağımlılığı ve Ucuz Sigara Satışının Etkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2010; 58(4): 393-400.
221. Türkiye hane halkı tüketim araştırması 2004-2014. TÜİK. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18630>. Erişim Tarihi:31.05.2016.
222. Toros C. Son 10 Yılda Türkiye'de Bir Ailenin Tüketim Harcaması Nasıl Değişti. <http://cuneyttoros.com/2015/08/10-yilda-bir-ailenin-tuketim-aliskanliklari-nasil-degisti/>. Erişim Tarihi:31.05.2016.
223. Pirinççi E, Erdem R. Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2003;20(4):193-201.

224. Ocaktan ME, Çalışkan D, Kanyılmaz O, Yıldız A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci ve Çalışanlarında Light Sigara İçme Sıklığı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008;56(3):304-309.
225. Yıldırım Y, Yıldırım İ, Kabadayı M, Ocak Y, Gölünük S. Amatör Futbolcuların Sigara Kullanım Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;25(1):17-24.
226. Karlıkaya C, Deveci S, Ekuklu G. Edirne’de Sigara İçme ve Bırakma Oranları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2009;23(1):25-29.
227. Karaağaç C. 14-45 Yaş Arası Çalışanlarda Alkol ve Sigara Kullanımı Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
228. Koç EM, Başer DA, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Alsancak AD, Şencan İ, Kasım İ, Kahveci R, Özkara A. Hastane Çalışanlarının Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi ve Dumansız Hava Sahası Uygulamasının Değerlendirilmesi. *Journal Of Clinical And Experimental Investigations* 2015;6(1):33-39.
229. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Gökçe H, Kutay S, Gökdemir H. Mersin İlindeki Kamu Kuruluşlarında Memurların Sigara İçme Sıklığı ve Nikotin Bağımlılık Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010;8(2):74-82.
230. Kutlu R, Çivi S, Karaoğlu O. Polislerde Sigara İçme Sıklığı ve Depresyon Arasındaki İlişki. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008;7(1):31-38.
231. Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Paslı E, Babayigit M. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sigara İçme Profilinin Belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2009;19(1):9-15.
232. Çelikel S, Erkorkmaz Ü, Seyfikli Z. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Nikotin Bağımlılığı Algıları. *Solunum Dergisi* 2009;11(3):97-104.
233. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Beyşehir Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2005;9(2):123-127.
234. Telli CG, Solak ZA, Ozol D, Sayiner A. Üniversiteye Başlayan Öğrencilerin Sigara İçme Alışkanlıkları. *Solunum Dergisi* 2004;6:101-6.
235. Azak A. Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. *Toraks Dergisi* 2006;7(2):120-124.
236. Pekşen Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi* 2005;6(3):111-116.
237. Sezer R, Marakoğlu K, Sezer H, Marakoğlu İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakülteleri Öğretim Elemanlarının Sigara Kullanım Durumu ve Sigara İle Bağlantılı Görüşler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;23:25-36.
238. Alışkın O, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Personelinin Sigara İçme ve Bağımlılık Durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2015;6(24):32-42.
239. Mayda AS, Şahin G, Tosun T, Tak N. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Düzce Tıp Dergisi* 2011;13(1):26-31.
240. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS, Topçu F. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. *Türk Toraks Dergisi* 2000;1:61-6.

241. Parlar S, Çavdar S, Ovayolu N. Sağlıkla İlgili Yüksekokullarda ve Tıp Fakültesinde Okuyan 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığının ve Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9:1.
242. Kara S, Baş FY, Açıkalm C. Sigara İçme Davranışları ve Etkili Yöntemler: Tıp ve Diş Hekimliği Fakültelerinin İlk ve Son Sınıf Öğrencileri Üzerinde Çalışma. Smyrna Tıp Dergisi 2011;3:16-21.
243. İlhan F, Aksakal FN, Dr İlhan MN, Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(4):188-97.
244. Ünsal A, Tözün M. Türkiye'nin Batısında Kırsal Bir Alanda Erişkin Erkeklerde Sigara İçme ve Depresyon İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014;13(4):273-280.
245. Özkurt S, Bostancı M, Altın R. Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri. Tüberküloz Toraks Dergisi 2000;48:140-7.
246. Altıntaş H, Boztaş G, Polat C, Salor Ö, Yaman İ, Uğurlu E. Bir Kamu Kuruluşu Bilgi İşlem Merkezi Çalışanlarının Sigara İçme İle İlgili Tutum ve Davranışları. Bağımlılık Dergisi 2006;7(1):3-10.
247. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish Sample and Factor Analysis (Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Faktör Analizi). Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004;52:115-21.
248. Keskinoglu P, Karakuş N, Pıçakçı M, ve Ark. İzmir'de Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve İçicilik Davranışı Üzerine Sosyal Öğrenmenin Etkisi. Toraks Dergisi 2006;7:190-5.
249. Öksüz E, Mutlu ET, Malhan S. Characteristics of Daily and Occasional Smoking Among Youths. Public Health 2007;121:349-56.
250. Altındağ A, Yanık M, Yengil E, Karazeybek AH. Şanlıurfa'da Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı. Bağımlılık 2005;6:61-6.
251. Serpil P, Şule Ş, Zeliha G, Osman G. Waterpipe (Narghile) Smoking Among Medical and Non-Medical University Students in Turkey. Upsala Journal of Medicine Science 2010;115(3):210-16.
252. Bozkurt Aİ, Şahinöz S, Özçirpıcı B, Özgür S, Şahinöz T, Acemoğlu H ve Ark. Patterns of Active and Passive Smoking and Associated Factors, in the South-East Anatolian Project (SEAP) Region in Turkey. BioMed Central Public Health 2006;6:15.
253. Dilbaz N, Apaydın L. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Arasındaki Sigara İçme, Bırakma Sıklığı ve Sigara İçme Davranışının Özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2002;3(2):73-83.
254. Saka G, Ertem M, Çifçi S, Değer V, Keskin C. Mardin Kent Merkezinde 15 Yaş Üstü Kadınlarda Sigara İçme Sıklığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(2):141-146.
255. Çoban SA, Sungur G. Öğretmenlerin Sigara Kullanımı Konusundaki Davranışları ve Görüşleri. Türk Toraks Dergisi 2013;14:98-102.
256. Çetinkaya F, Biricik SS, Nacar M. Kayseri İl Merkezindeki Hekimlerin ve Tıp Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve Sigara Konusundaki Tutumları. Erciyes Tıp Dergisi 2006;28:163-171.

257. Mayda AS, Tufan N, Bařtan S. Düzce Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(5):364-370.
258. Yurtseven E, Eren F, Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Erdoğan MS. Beyaz Yakalı Çalışanların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15(1):20-6.
259. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8(1):43-8.

8. EKLER

Ek 1. Anket Formu

DİYARBAKIR İLİNDE ECZACILAR ARASINDA SİGARA KULLANIM SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER ANKETİ

Değerli Eczacı;

Sigara kullanımı en çok hastalandıran, sakat bırakan ve öldüren bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada Diyarbakır ilinde eczacılar arasında sigara kullanım sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Değerli Eczacı, **anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız.** Bu çalışma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Dul () Boşanmış () Ayrı Yaşıyor
4. Çocuk sayınızÇocuğum yok ()
5. Evliyseniz eşinizin mesleği
6. Evliyseniz eşiniz sigara içiyor mu? () Evet () Hayır
7. Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı
8. Sosyoekonomik düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
() Çok İyi () İyi () Orta () Kötü
9. Eğitim Durumunuz nedir?
() Lisans ()Yüksek Lisans () Doktora () Diğer/.....
10. Evliyseniz eşinizin eğitim durumu nedir?
() Okur-yazar değil () Okur-yazar ancak okul bitirmemiş () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Yüksekokul/Üniversite
11. Kaç yıldır Eczacılık yapıyorsunuz.....(Ay ise belirtiniz)
12. Mesleki Statünüz nedir?
() Serbest Eczacı () Kamu Eczacısı () Diğer/.....
13. Çocuğunuz (larınız) sigara kullanıyor mu?
() Çocuğum yok ()Evet ()Hayır
14. Yakın çevrenizde yer alan/sık görüştüğünüz insanlar sigara kullanıyor mu?
() Evet (kaç kişi:) () Hayır
15. Ailenizin ortalama haftalık sigara gideri ne kadardır?.....
16. Eczanenizin/İşyerinizin olduğu yer neresidir, Belirtiniz?
() İl merkezi.....() İlçe merkezi.....
17. Ailenizin Tipi: () Çekirdek aile () Geniş aile
18. Evinize bir ayda giren yaklaşık geliriniz:.....
19. Bu gelirden faydalanan kişi sayısı:.....
20. Mesleğinizden memnun musunuz? () Evet () Hayır
21. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
() İyi () Orta () Kötü
22. Herhangi bir kronik(devamlı) hastalığınız var mı?
() Var (Nedir:.....) () Yok
23. Herhangi bir ruhsal/psikolojik hastalığınız var mı?
() Var (Nedir:.....) ()Yok
24. Sizi olumsuz etkileyebilecek herhangi bir olay karşısında sosyal destek alıyor musunuz?
() Evet.Kimden:..... () Hayır
25. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (haftada en az 3 gün ve günde yarım saat olmak üzere yapılan fiziksel aktiviteler (yürüyüş, koşma, bisiklete binme, yüzme vb) düzenli fiziksel aktivite olarak değerlendirilecektir)
() Evet () Hayır
26. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? () Evet () Hayır ()Her zaman değil
27. Herhangi bir hobiniz var mı: () Evet. Nedir:..... () Hayır
28. Kendi kişilik yapınızı nasıl tanımlıyorsunuz?

- ☐ Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan
☐ İçe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan
29. Şimdiye kadar (bir kez bile olsa) hiç sigara içtiniz mi?
☐ Evet ☐ Hayır

“HAYIR” DİYENLER 55. SORUYA GEÇECEKLER.

30. Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket sigara) içmiş misinizdir?

☐ Evet ☐ Hayır

31. Günde en az bir tane olmak üzere ya da günde birden az fakat düzenli veya düzensiz olarak sigara içmeye başladığınızda kaç yaşındaydınız? Yaşında

32. Sigara içmeye bağlı hangi sağlık problem(lerini) yaşadınız?

- ☐ Öksürük ☐ Sekresyon artışı
☐ Nefes alma güçlüğü ☐ Diğer.....
☐ Göğüs Ağrısı ☐ Sağlık problemi yok

33. Sigara içmeye başlama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Özenti ☐ Merak ☐ İşyeri/Eczane sorunları ☐ Aile Sorunları
☐ Yalnızlık ☐ Büyüdüğüm için ☐ Diğer:

34. Halen sigara içiyor musunuz?

- ☐ Her gün en az bir tane olmak üzere içiyorum.
☐ Günde birden az fakat haftada en az bir tane olmak üzere içiyorum.
☐ Haftada bir taneden daha az içiyorum.
☐ İçiyordum bıraktım.

“İÇİYORDUM BIRAKTIM” DİYENLER 51. SORUYA GEÇECEKLER.

35. Günde veya haftada ortalama olarak ne kadar sigara içiyorsunuz? (yalnızca bir seçeneği doldurunuz) Günde adet sigara Haftada adet sigara

36. İçtiğiniz sigaranın tipi nedir?

- ☐ Yerli filtreli ☐ Yabancı filtreli ☐ Filtresiz ☐ Fark etmez
☐ Tütün ☐ Diğer:

37. İçtiğiniz sigaranın fiyatı:.....

38. Sigara tüketiminiz en çok hangi dönemlerde artıyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Değişmiyor
☐ Nöbet zamanlarında
☐ Sorumluluklarım arttığında
☐ Maddi sıkıntım olduğunda
☐ Arkadaş toplantılarında
☐ Hasta(yakınları) ile sorun yaşadığımda
☐ Resmi kurumlarla sorun yaşadığımda
☐ Meslektaşlarım/Kurum amirleri ile sorun yaşadığımda
☐ Meslek örgütleri ile sorun yaşadığımda
☐ Diğer:

39. Light sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

40. Light sigara tercih ediyor iseniz nedeni nedir?

41. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?.....

42. Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?

- ☐ İlk 5 dakika içinde ☐ 6-30 dakika içinde
☐ 31-60 dakika içinde ☐ Bir saatten sonra

43. Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

44. Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi size en hoş geliyor, diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?

☐ Sabahın ilk sigarası ☐ Diğer.....

45. Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı içersiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

46. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olduğunuzda da sigara içer misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

47. Önümüzdeki 6 ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

48. Önümüzdeki 1 ay içerisinde sigarayı bırakmaya niyetiniz var mı?

() Evet () Hayır

49. Geçen yıl sigarayı bırakmayı denediniz mi? (Bırakma kararını takiben, 24 saatten daha fazla içmemek bir bırakma denemesi sayılır. 24 saatten kısa sürmüş bırakmalar bırakma denemesi sayılmaz)

() Evet () Hayır

50. Herhangi bir bırakma denemeniz olduysa, son bırakma denemenizi bozup yeniden başlamanız nasıl oldu? Yani neden yeniden başladınız?

.....
“DAHA ÖNCE İÇİP, ŞİMDİ İÇMEYENLER CEVAPLAYACAK.”

51. Sigarayı ne zaman bıraktınız:.....(yıl/ay belirtiniz)

52. Sigarayı aşağıdakilerden hangisi yardımıyla bıraktınız?

() Kendi kendine () Doktor yardımı () Sigara bırakma polikliniği () Diğer.....

53. Sigarayı bırakmada ne kullandınız?

() Nikotin bandı, N. Sakızı vs... () İlaç/vareniklin, bupropion

() Davranışsal bilişsel teknikler () Diğer.....

54. Bu kaçınıcı bırakma deneyiminiz?

55. Şimdiye kadar hiç sigara içmediyseniz ya da içip de bıraktıysanız sizi sigaradan uzak tutan nedenler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Sağlığa zararlı

() Kokusu ve dumanı rahatsız ediyor

() Sevmiyorum

() İçenlere verdiği zararı gördüm

() Çevre hoş karşılamıyor

() Pahalı

() Diğer:

56. Ailenizde devamlı sigara içen var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Kimse yok () Anne () Baba () Kardeşler () Eşiniz () Diğer.....

57. En çok sevdiğiniz üç arkadaşınızı düşünün. Kaç tanesi genellikle her gün sigara içer?

() Hiçbiri () Biri () İki () Üçü

58. Size göre işyerinizde/eczanede kaç çalışma arkadaşınız her gün sigara içiyor:..... Arkadaş

59. Aşağıdaki ifadeler hakkındaki düşüncelerinizi belirtiniz. (Her ifade için iki seçenekten yalnız birini işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
- Sigara içmek sağlığa zararlı mıdır?	()	()
- Sigara içenlerin ortalama ömrü içmeyenlere göre daha azdır.	()	()
- Sigara dumanı olan bir ortam bebekler ve küçük çocuklar için zararlı mıdır?	()	()
- Sigara akciğer kanserinin en önemli nedeni midir? ()	()	()
- Sigara içen hamile bir kadın bebeğini riske sokar mı?	()	()
- Sigara içmek cinsel gücü azaltır mı?	()	()

60. Sizce eczacıların ne kadarı sigara içmeme konusunda iyi bir örnektir?

() Hepsi () Çoğunluğu () Çok azı () Hiçbiri

61. Aşağıda belirtilen yer ve durumlarda sigara içen bir sağlık çalışanı ile hangi sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

	Sık	Seyrek	Hiç
- Eczanede () ()	()		
- Hastanede () ()	()		
- Sağlık Kurumları Dışında () ()	()		

62. İşyerinizde/Eczanede sigara içer misiniz?

() Evet () Hayır () Kullanmıyorum

63. Evinizde sigara içer misiniz?

() Evet () Hayır () Kullanmıyorum

64. Hiç nargile içtiniz mi?

() Evet () Hayır

65. Halen nargile içiyor iseniz hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?

() Her gün () Haftada en az 1-2 kez () Ayda en az 1-2 kez

() Yılda en az 1-2 kez () Yılda birden az

Ek 2. Etik Kurul Kararı (F.Ü. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı)

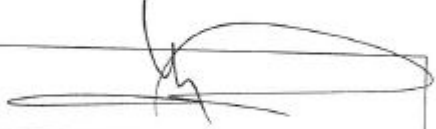
T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
25.03.2014	06	03	Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

KARAR

“Diyarbakır İlinde Eczacılar Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)			
Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Üye)	İmza
Doç. Dr. Süleyman Serdar KOCA (Üye)	İmza	Doç. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza	Doç. Dr. Ertan EVİN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Sefa KAZANÇ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Yalın Kılıç TÜREL (Üye)	İmza
Doç. Dr. Alper Osman ÖĞRENMİŞ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Murat SUNKAR (Üye)	İmza
Doç. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Fatih FIRDOLAŞ (Üye)	İmza
Yrd. Doç. Dr. Funda GÜLCU (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	İmza

Ek 3. Anket İzin Belgesi (11. Bölge Diyarbakır Eczacı Odası)



**T.C.
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
11. BÖLGE DİYARBAKIR ECZACI ODASI**



Sayı: 172

Konu: Süleyman BOZKUŞ'un anket çalışması

Diyarbakır 27.05.2014

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE
ELAZIĞ**

Eczacı Süleyman BOZKUŞ'un eczacı odamıza vermiş olduğu 16.05.2014 Tarihli dilekçesine istinaden;

Yönetim Kurulumuzun 25.05.2014 Tarihli toplantısının 5 nolu kararına istinaden Eczacı Süleyman BOZKUŞ'un yapacağı anket çalışması için gerekli izinler verilmiştir.

**Ecz. Ferat DEĞER
Baskan**

9. ÖZGEÇMİŞ

29.09.1982 Diyarbakır/Lice doğumluyum. İlkokul, Ortaokul ve Lise öğrenimimi Diyarbakır merkezde çeşitli okullarda tamamladım. 2006 yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldum. 2006 yılından 2010 yılına kadar Diyarbakır merkezde yaklaşık üç yıl serbest eczacılık yaptım. 2010 yılı Ocak ayından itibaren Diyarbakır Devlet Hastanesi, kısa bir süre de olsa Diyarbakır Göğüs Hastalıkları Hastanesinde eczacı olarak çalıştım. Halen Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kamu eczacısı olarak görev yapmaktayım. 2011 yılı içinde Çanakkale/Ezine-Ayvacık'ta kısa dönem askerlik hizmetimi yerine getirdim. 11. Bölge Diyarbakır Eczacı Odası üyesi olup, Eczacı Odası bünyesinde çeşitli komisyonlarda (Reçete Kontrol Komisyonu, Denetçi Eczacı, Muvazaa Tespit Komisyonu) görev yaptım. Tüm Kamu Eczacıları Derneği (TUKED) ve Liceliler Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği (LİCEM-DER) üyesiyim. Evli olup, bir kız çocuğum var.