



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN MARAŞ OTU  
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ  
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Osman Salih ALICI**  
**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ-2016**



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN MARAŞ OTU  
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Osman Salih ALICI**  
**UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Mustafa Haki SUÇAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ – 2016**

## K.S.Ü TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Osman Salih ALICI tarafından hazırlanan ‘‘KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK PERSONELİNİN MARAŞ OTU HAKKINDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI’’ adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Ünvan .....

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Tıpta Uzmanlık Uzmanlık tezi olarak... .. tarihinde kabul edilmiştir.

Başkan : .....

Üye : .....

Üye : .....

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 2016

**DEKAN**

Prof.Dr. ....

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## ÖNSÖZ

Araştırma görevlisi olarak 3 yıl görev yaptığım bu kurumda, bana ve arkadaşlarıma emek veren, yol gösteren, bilgi ve deneyimleriyle ışık tutan, başta değerli Ana Bilim Dalı Başkanımız ve Tez danışmanım Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI hocama, Prof. Dr. Mustafa ÇELİK hocama ve Yrd. Doç. Dr. Yaşar KOŞAR hocama şükranlarımı sunarım.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma tüm güzel günler için tek tek teşekkür ederim. Her daim yanımda olan, sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez yazım dönemimde gösterdiği özveri nedeniyle değerli eşime çok teşekkür ederim.

TEMMUZ-2016

Dr. Osman Salih ALICI

**KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDEKİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN MARAŞ OTU  
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI  
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**Dr. Osman Salih ALICI**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÖZET**

Bu çalışmayla Türkiye'nin Doğu Akdeniz bölgesinde kullanılan Maraş Otu hakkında; Kahramanmaraş İl Merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Kahramanmaraş ilinde; birinci basamakda çalışan 101 hekim ve 150 yardımcı sağlık personeli toplam 251 kişide yapıldı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı.

Araştırmaya katılan 101 hekimin yaş ortalaması  $40.2 \pm 7.2$  (min=24, maks=66) olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan 150 yardımcı sağlık personelinin yaş ortalaması  $35.7 \pm 8.8$  (min=17, maks=60) olarak saptanmıştır. MO ile ilgili hekimlere ve yardımcı sağlık personeline sorulan sırasıyla 17 ve 18 bilgi sorusunun her biri bir puan olup toplamda sırasıyla 17 ve 18 puan üzerinden değerlendirildi. MO ile ilgili sorulara doğru cevap verme ortalaması hekimlerde (n:101) 11.97 olarak bulunmuştur (Kadın hekimlerde (n:32)  $12.5 \pm 2.8$ , erkek hekimlerde (n:69)  $11.7 \pm 3.7$ ) Ancak kadın ve erkek hekimlerin bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Yardımcı sağlık personelinin MO ile ilgili bilgi sorularına doğru cevap verme ortalaması 11.65 olarak bulunmuştur. Hemşire (n:45), ebe (n:78), sağlık memuru (n:10) ve diğer personelin (n:17) bilgi puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Anova-posthoc bonferroni,  $p > 0,05$ ). Hekimlerin %93.1'i hastaların MO kullanımı sorulmalı, yardımcı sağlık personelinin ise %68'i hastaların MO kullanımının sorulması gerektiğini ifade etti. Hekimlerin (n:21) %20.8'i, yardımcı sağlık personelinin (n:22) ise %14.7'si sigara içtiğini belirtti. Maraş otu hiç kullandınız mı? sorusuna hekimlerin %8.9'u evet, yardımcı sağlık personelinin ise %4.7'si evet cevabı verdi.

MO ile m¼cadelede birinci basamak sağlık çalışanlarına çok önemli görevler d¼řmektedir. Çalışmamızda birinci basamakda çalışan sağlık personelinin MO bağımlılığı konusunda bilgi d¼zeyleri d¼ř¼k olduğu ve MO'nun yaptığı zararları iyi bilmedikleri belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri, t¼m t¼t¼n formlarının tehlikeleri konusunda hastaları eğitmelidir, ayrıca her hastasına t¼t¼n kullanımını sormalı ve kullanıyor ise bırakma konusunda destek olmalıdır. Birinci basamak sağlık alışanlarının MO zararları ve kullanılmaması gerektiği konusunda halka yönelik bilinçlendirme faaliyetlerinde bulunmaları gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak, Maraş Otu

**Sayfa Adedi:** 52

**Danışman:** Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI

**DETERMINE THE HEALTH CARE WORKERS MARAŞ POWDER ABOUT  
KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOUR WHO WORK IN PRIMARY  
HEALTH CARE INSTITUTIONS IN THE PROVINCE OF  
KAHRAMANMARAŞ**

**(SPECIALITY THESIS)**

**Osman Salih ALICI, MD.**

**DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE,  
KAHRAMANMARAŞ SUTCU IMAM UNIVERSITY**

**ABSTRACT**

This study about Maraş Powder (MP) used in the eastern Mediterranean region of Turkey Marash; aims to determine the health care workers' knowledge, attitude, and behaviour who work in primary health care institutions in the province of Kahramanmaraş.

Study in kahramanmaraş is applied on a total of 251 primary care physicians that consist of 101 doctor and 150 assistant health staff. A survey developed by researchers and contains open and closed ended questions is applied on participants. The average age of 101 doctor who attend the research is determined as  $40.2 \pm 7.2$  (min=24, max=66). The average age of 150 assistant health staff is determined as  $35.7 \pm 8.8$  (min=17, max=60). 17 information question about MP asked to doctors and 18 information question asked to assistant health staff are each one point; and these questions in all are evaluated over 17 and 18 points respectively. The average of answering the MP-related questions correctly among doctors is detected as (n:101) 11.97. Female physicians (n = 32)  $12.5 \pm 2.8$ , male physicians (n = 69)  $11.7 \pm 3.7$  was found, but knowledge of male and female physicians, there was not a statistically significant difference between the average of the points ( $p > 0.05$ ). The average of answering correctly among assistant health staff is detected as 11.65. When compared the average of information points of nurse (n:45), midwives (n=78), medical officer (n=10) and other staff (n=17), there was not a statistically difference (Anova-posthoc bonferroni,  $p > 0,05$ ). %93 of doctors and %68 of assistant health staff expressed that patients should be asked the use of MP. Of participants, %20.8 of doctors smoke and %14.7 of assistant health staff said they

smoked. To this question ‘ Have you ever used MP; %8.9 of doctors said ‘yes’ and %4.7of assistant health staff said ‘yes’.

Primary health care employees have a very important role in the struggle with MP. By this study, it is determined that primary health care personnel have less knowledge about addiction to MP and they don’t know the harms of MP. Health professionals should educate patients about the dangers of all tobacco forms, and also every patients should be asked if they use tobacco or not and if they use, they should be supported for quitting. Primary health care workers should do some activities to raise public awareness about the damages of MP and it shouldnt be used.

**Key words:** Maraş Powder, primary health care

**Page Number:** 52

**Advisor:** Assoc. Prof. Mustafa Haki Sucakli



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.1. Tütünün Tarihçesi.....	3
2.1.2. Türkiye’de Tütünün Tarihçesi.....	3
2.1.3. Sigara İçme Sıklığı.....	4
2.1.4. Sigaranın Zararları Konusunda Genel Bilgi.....	4
2.1.5. Tütünün Kullanım Şekilleri.....	5
2.2. Maraş Otu.....	6
2.2.1. Dumansız tütün’ün yol açtığı Psikolojik ve fizyolojik bağımlılık.....	7
2.2.2. Dumansız Tütünün İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri.....	8
2.2. 3. MO Kullanım Prevalansına Yönelik Çalışmalar.....	10
2.2.4. MO ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	14
3.1. Çalışma dizaynı.....	14
3.2. Verilerin elde edilmesi.....	15
3.3. İstatistiksel Analiz.....	15
4. BULGULAR.....	15
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ.....	41
7. KAYNAKLAR.....	42
8. EKLER.....	50

## SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü  
**KİMK** : Karotis intima media kalınlığı  
**MO** : Maraş Otu  
**ADA** : Adenozin deaminaz  
**GFR** : Glomerüler filtrasyon hızı  
**KMY** : Kemik mineral yoğunluğu  
**MDA** : Melondialdehit  
**MN** : Mikronükleus  
**TSA** : Total siyalik asit



## TABLolar

<b>Tablo 1.</b> Dumansız tütün ürünlerinin kullanımına bağlı olarak gelişen sağlık etkileri... 8	8
<b>Tablo 2.</b> Dumansız tütün kullanımı sonucu ortaya çıkan kanser türleri .....9	9
<b>Tablo 3.</b> Araştırma kapsamındaki hekimlerin bazı demografik özellikleri..... 17	17
<b>Tablo 4.</b> Araştırma kapsamındaki yardımcı sağlık personelinin bazı demografik özellikleri.....18	18
<b>Tablo 5.</b> Hekimlerin MO konusundaki her bir soru için doğru cevap verme durumları.....19	19
<b>Tablo 6.</b> Yardımcı sağlık personelinin MO konusunda bilgilerine yönelik her bir soru için doğru cevap verme durumları.....20	20
<b>Tablo 7.</b> Hekimlerin sorulara doğru cevap verme sayısına göre dağılımları.....21	21
<b>Tablo 8.</b> Yardımcı sağlık personelinin sorulara doğru cevap verme sayısına göre dağılımları.....21	21
<b>Tablo 9.</b> Uzman ve pratisyen hekimlerin sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.....22	22
<b>Tablo 10.</b> Yardımcı sağlık personelinin sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.....22	22
<b>Tablo 11.</b> Hekimlerin cinsiyetlerine göre sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.....23	23
<b>Tablo 12.</b> Yardımcı sağlık personelinin cinsiyetlerine göre sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.....23	23
<b>Tablo 13.</b> Araştırmaya katılan hekimlerin tutumlarına yönelik sorulan sorular ve cevapların dağılımı.....24	24
<b>Tablo 14.</b> Araştırmaya katılan yardımcı sağlık personelinin tutumlarına yönelik sorulan sorular ve cevapların dağılımı.....25	25
<b>Tablo 15.</b> Araştırmaya katılan hekimlerin davranışlarına yönelik sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı.....27	27
<b>Tablo 16.</b> Araştırmaya katılan yardımcı sağlık personelinin davranışlarına yönelik sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı.....28	28
<b>Tablo 17.</b> Uzman ve pratisyen hekimler arasında sigara içme durum.....28	28
<b>Tablo 18.</b> Araştırmaya katılan yardımcı sağlık personeli arasında sigara içme durumu.....29	29
<b>Tablo 19.</b> Uzman ve pratisyen hekimler arasında MO kullanma durumu.....29	29

<b>Tablo 20.</b> Yardımcı sağlık personeli arasında MO kullanma durumu.....	30
<b>Tablo 21.</b> Hekimlerin medeni durumlarına göre sigara içme durumları.....	30
<b>Tablo 22.</b> Yardımcı sağlık personelinin medeni durumlarına göre sigara içme durumları.....	31
<b>Tablo 23.</b> Hekimlerin medeni durumlarına göre MO kullanma durumları.....	31
<b>Tablo 24.</b> Yardımcı sağlık personelinin medeni durumlarına göre MO kullanma durumu.....	32
<b>Tablo 25.</b> Hekimlerin cinsiyetlerine göre sigara içme durumları.....	32
<b>Tablo 26.</b> Yardımcı sağlık personeli cinsiyetlerine göre sigara içme durumları.....	33
<b>Tablo 27.</b> Hekimlerin cinsiyetlerine göre MO kullanma durumları.....	33
<b>Tablo 28.</b> Yardımcı sağlık personeli cinsiyetlerine göre MO kullanma durumları.....	34
<b>Tablo 29.</b> Hekimlerin MO eğitimi ve bilgi puanı.....	34
<b>Tablo 30.</b> Yardımcı Sağlık Personeli MO eğitimi ve bilgi puanı.....	34
<b>Tablo 31.</b> Hekimlerin yaş ve bilgi puanı.....	35
<b>Tablo 32.</b> Yardımcı sağlık personelinin yaş ve bilgi puanı.....	35

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sigara, başta gelen ölümcül hastalıkların önlenabilir sebepleri arasında birinci sırada bulunmaktadır. Sigara içmek uzun zamandan bu yana keyif verici bir alışkanlık olarak insanlar arasında kullanılmış, fakat sağlık üzerindeki zararlı etkilerinin görülmesiyle birlikte dikkat çekmeye yol açmıştır. Uygulanan kontrol programları sayesinde sigara kullanma sıklığındaki azalmalar yeterli olmamıştır ve sigaranın zararlı etkileri tüm ülkelerde farklı seviyelerde görülmektedir (1).

Sigara dünya çapındaki hastalıklar içinde en sık 2. ölüm nedeni ve 4. en sık risk faktörüdür. Sigara bağımlılığı dünyadaki en yaygın ve en büyük önlenabilir ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre sigara kullanan 1.3 milyar insanın %84'ü Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde saptanmıştır (2).

2000 yılında, yaklaşık olarak 4.8 milyon insanın sigaranın yol açtığı hastalıklar sebebiyle öldüğü tahmin edilmektedir (3). Dünyada sigara içme yaygınlığı aynı şekilde olursa 2020 yılında bu rakamın 8.4 milyona çıkacağı düşünülmektedir (4). DSÖ verilerine göre dünyada 4.9 milyon ölüm sigaradan dolayıdır ve bu rakamın 2030 da 10 milyon ölüme çıkacağı düşünülmektedir (5). Tütün kullanımı, dünyada her altı saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tütün, kullanıcılarının yaklaşık yarısının ölümüne sebep olurken; kullanıcının ortalama yaşam süresini 15 yıl kadar kısaltmaktadır. Yılda 5,4 milyon kişi ise sigara içimi ve 600.000 kişi de sigara dumanından pasif etkilenim nedeniyle kaybedilmektedir Türkiye'de her altı dakikada bir kişi, günde 275 kişi, yılda 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir (6).

Sigara kullananların büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta (800 milyon) ve yine büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır (700 milyon). Dünya genelini kapsayan tahminlerde erkeklerde sigara içme sıklığı %47, kadınlarda %12'dir (7). İnsanlar arasında tütünün en sık kullanılan formu sigaradır. Bunun haricinde dumansız tütün gibi, kullanım şekli ve sıklığı açısından coğrafi farklılıklar gösteren tütün mamülleri de bulunmaktadır. Bu ürünlerin çoğunluğu geleneksel yöntemler ile üretilip satılmaktadır. Bölgemizde Maraş Otu (MO) diye bilinen tütün yapraklarından üretilen ve toz şekline getirilerek ağız mukozası yoluyla alınan bir tütün kullanım şekli bulunmaktadır (8,9).

MO, *Nicotiana Rustica* Linn adlı tütün bitkisinin yapraklarının kurutulmasıyla elde edilen toz ile belli bir miktarda meşe külünün karıştırılmasıyla yöresel yöntemlerle yapılmaktadır. Yapılış ve kullanım şekli açısından Sudan'da sık olarak tüketilen, bir çeşit dumansız tütün olan Toombak ile benzer özellikleri bulunmaktadır. Hazırlandıktan sonra 10-20 gr'lık naylon poşetler şeklinde satılmaktadır. Kullanmak için yaklaşık olarak 1-2 gr kadar MO tütün kağıdına sarılarak üst veya alt dudak ile diş arasına koyularak 5-10 dk bekletildikten sonra tükürülerek ağızdan atılır. Ağız otu kullanımı gün içerisinde 10-20 defa tekrarlanabilmektedir. *Nicotiana Rustica* L. bitkisinde, sigaranın üretildiği *Nicotiana tabacum*'a göre 5-8 kat daha fazla miktarda nikotin ve sigaraya göre daha fazla miktarda tobacco spesifik nitrozamine bulunmaktadır (10).

Kahramanmaraş ilinde yapılan bir çalışmada; MO'yu erişkin erkeklerin %25.1'inin, kadınların ise %1.4'ünün kullandığı bulunmuştur (12).

Sigaranın içerdiği kanserojenik, mutajenik ajanlar farklı miktarlarda dumansız tütün ürünlerinde de vardır ve yol açtıkları sağlık sorunları çalışmalarla ortaya konmuştur (13).

Sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı bir yandan kronik solunum yolu hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi insan sağlığını bozan hastalıklara; diğer yandan iş gücünde azalmaya, yaşam kalitesinde bozulma ve sağlık giderlerinin artması gibi kişisel ve toplumsal zararlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur (14,15).

Toplum sağlığı konusunda birinci basamak hekim ve yardımcı sağlık personellerine önemli görev düşmektedir. Bu çalışma; hekim ve yardımcı sağlık personelinin MO hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyip, bu konuda sağlık profesyonellerinin dikkatini çekerek koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada bölgemizde sigara ile benzer kimyasalları yapısında bulunduran bir dumansız tütün çeşidi olan ve halk arasında yaygın olarak kullanılan MO konusunda Kahramanmaraş il merkezinde birinci basamakda çalışan sağlık personelinin bilgi tutum ve davranışlarının araştırılması amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.1. Tütünün Tarihçesi**

Tütün, Nicotiana cinsinin Nicotiana tobaccum L. ve Nicotiana rustica L. gibi bazı türlerine ait yaprakların dünyanın değişik yerlerinde farklı şekillerde kullanılarak kendisinden yararlanılan bir bitkidir (16).

Milattan önce 6000 yıllarında tütün ziraatının yapıldığı Amerika kıtasında ortaya çıktığı, Maya'lara ait tarihi kalıntıların üzerindeki şekillerde ve höyüklerde tütünün kullanımına yönelik resimler bulunmuştur (17,18).

Amerika'da Tütün kullanımı dinsel bir törende tütünün yakılmasıyla ortaya çıkan dumanların solunarak akciğerlere alınması, böylelikle Büyük Ruh'a bir hediye sunma olarak kabul edilmesiyle ortaya çıkmıştır. Amerika'nın yerlilerinde tütün, kutsal bir bitki olarak benimsenmiştir (19,20).

Tütünü Avrupalılar 1492 senesinde Küba'ya giden Christopher Columbus'un sayesinde tanımışlar. Columbus, yerlilerin tütün'ü kullandıkları içi boş saz çubuklarının ismi olan "Tobacco"yu bitkiye isim olarak vermiştir (18,21).

Ticari maksatlı tütün tarımı ilk defa 1612 yılında Virginia'da başlamıştır. Fransa 1556 yılında ilk defa tütünle karşılaşmış ve Jean Nicot kısa sürede tütün kullanmayı popüler bir hale getirmiştir. 19.yy bilim insanları tütün'e Jean Nicot'un ismine atfen "nikotin" adını koymuşlar (22,23).

### **2.1.2. Türkiye'de Tütünün Tarihçesi**

Tütün 1580'de Venedikliler tarafından getirilmiş, 1600'lü yılların başına kadar tütün ihtiyacının ithalat yoluyla karşılandığını, 1630'lu yıllara gelindiğinde Osmanlı İmparatorluğu'nun değişik bölgelerinde yetiştirmeye başlanmış ve 1633'te IV. Murat tarafından tütün tüketimi yasaklanmıştır (24).

Osmanlı Devletinin önemli ihracat kaynaklarından olan tütün Türkiye Cumhuriyetinin de temel ihracat kaynaklarından biri olarak önemini devam ettirmiştir. 1980'li senelere kadar tütün tarımında düzenli bir artış eğilimi olmasının yanında araştırmalar sonucunda insan sağlığına zararlı etkilerinin olması toplumda bilinçlenme sağlamış ve 1996 yılında tütün ve tütün ürünlerini kullanımının belirli yerlerde

yasaklanması tütün tarımının yıldı yıla düşmesine yol açmıştır. Türkiye 2010 yılı itibariyle tütün ekimi açısından dünya genelinde 8. üretim açısından da 18. sırada bulunmaktadır (25).

### **2.1.3. Sigara İçme Sıklığı**

Sigara bağımlılığı dünyadaki en sık bağımlılık türüdür ve en büyük engellenebilir ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada sigara içen 1.3 milyar insanın %84'ü Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde olduğu belirtilmiştir (26).

Sigara kullananların önemli bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta (800 milyon) ve önemli bir kısmı erkeklerden oluşmaktadır (700milyon). Dünya genelinde sigara içme oranı tahmini olarak erkeklerde %47, kadınlarda ise %12'dir (27).

2006 senesinde Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) tarafından yapılan araştırma raporuna göre; ülkemizde on sekiz yaş üstü bireylerde sigara kullanma oranı %33,4 olup, bu yaş aralığındaki erkeklerin %50,6'sı, kadınların ise %16,6'sı sigara içmektedir (28). 2008 Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre 15-24 yaş arasında her gün tütün ürünleri kullanımını %21,7 olup, erkeklerde %34,9 ve kadınlarda %9,1'dir. Bu araştırmada, her gün sigara kullananların %39,3'ünün "15-17" yaş arasında sigaraya başladıklarını ortaya çıkarmıştır (29).

2012 yılında yapılan Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre on sekiz yaş üstü bireylerin %26,3'ü her gün sigara kullanmaktadır; bu oran erkeklerde %40,0 iken kadınlarda ise %12,4'tür. Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması raporunda ise sigara içme sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda ise %13,1 olarak bulunmuştur. Kentsel yerlerde sigara içme oranı %29 iken, kırsal yerlerde bu oran %21'dir (30).

### **2.1.4. Sigaranın Zararları Konusunda Genel Bilgi**

Tütünün pek çok bileşeni hücrenin fonksiyonel ve yapısal biyomolekülleri ile etkileşime girerek direkt hasar'a yol açmaktadır. Ayrıca sekonder toksik biyomoleküllerle veya vücudumuzun immun sistemini uyararak indirekt olarak da hasar'a neden olmaktadır. Tütünün içeriğinde var olan kanserojen ve mutajenik ajanlar



arasında poliaromatik hidrokarbonlar, nitrozaminler, aromatik aminler, aldehitler, organik ve inorganik bileşikler bulunmaktadır (31).

Sigara dumanında bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4,000'den fazla madde bulunmaktadır. Ana akım dumanın %92-95'i gaz fazındadır ve 1 mL'de 0.3–3.3 milyar partikül bulunmaktadır. Ortalama partikül çapı 0.2-0.5 mm.dir, yani solunabilir düzeydedir (32).

Pek çok çalışmada sigara kullanmaya bağlı serbest oksijen radikallerindeki artışın hücre lipid peroksidasyonu ve oksidatif DNA hasarında artışa yol açtığı belirtilmiştir. Sigaranın bu zararlı etkileri yaklaşık olarak 50 kronik hastalığın ve 20'ye yakın ölümcül hastalığın sebebi olmaktadır (33).

### **2.1.5. Tütünün Kullanım Şekilleri**

Tütünün, insanlar tarafından tanınmasından günümüze kadar süre içinde farklı şekillerde kullanılmıştır (18).

1- Tütünün doğrudan doğruya dumansız olarak kullanım şekilleri: Çiğneme, enfiye, nikotin preparatları şeklinde (nikotin suyu, sakızı, lolipopu, bandı, tableti, granülleri, spreyi, elektronik sigara).

2- Tütünün yanmasından oluşan dumanın kullanım şekilleri: Tütsü, sigara, puro, pipo ve nargile.

3- Tütünün başka amaçlarla sanayide kullanımı: Tohumundan yağ yapılır. Gübre olarak kullanılır. Selüloz sanayinde kağıt yapmak için kullanılır. Böcek ilacı olarak kullanılır. Yapraklarından nikotin çıkarılır. Çiçekleri esans ve kolonya yapımında kullanılır. Külünden potasyum karbonat elde edilir.

Tütün farklı şekillerde kullanılmasına rağmen dünyada en çok keyif verici olarak kullanılmakta ve ekonomide bu özelliği ile yer almaktadır. Tütün denilince günümüzde akla sigara gelmektedir (18).

Tütünün insanlar arasında en sık kullanım şekli sigaradır. Bunun haricinde dumansız tütün olarak da bilinen tütün kullanımı, kullanım şekli ve sıklığı açısından coğrafi değişiklikler bulunmaktadır. Bu ürünlerin çoğunluğu geleneksel yöntemler ile yapılıp pazarlanmaktadır (10,34).

## 2.2. MARAŞ OTU

Halk arasında daha çok ‘‘Deli tütün’’ diye bilinen ve ülkemizin bazı bölgelerinde Hasankeyf tütünü, Türk tütünü, Aztek tütünü ya da Doğu Hindistan tütünü diye isimlendirilen Maraş otu, *Nicotiana Rustica* Linn isimli bitkinin yapraklarından yapılan bir dumansız tütün formudur. Özellikle ülkemizin Güneydoğu Anadolu bölgesinde Kahramanmaraş, Gaziantep ve civarında yüksek oranda kullanılmaktadır. Bu tütün türünün yaprağı kurutulduktan sonra toz haline getirilip asma, meşe, veya ceviz çubuğundan oluşturulan kül ile 1/2 veya 1/3 oranında karıştırılıp daha sonra su ile biraz nemlendirildikten sonra ağız yoluyla kullanılmaktadır. Külün kullanılmasının sebebi ortamı alkali hale getirerek karışımın ağız mukozasından emilmesini kolaylaştırmaktır. Hazırlanan karışım direkt toz halinde veya sigara kağıdına sarılarak çoğunlukla alt dudak bazen de üst dudak veya yanak mukozası ile çene arasına koyulmaktadır. Genellikle ağızda 5-10 dakika bazen 1-2 saat bekletildikten sonra tükürük yoluyla atılmakta ve bu işlem gün boyunca kişinin bağımlılık durumuna göre tekrarlanabilmektedir. Hatta bazı insanlar ağızlarına MO koyarak uyumaktadırlar (34,35).



**Resim 1.** *Nicotiana rustica* L. Bitkisi görüntüsü

**Resim 2.** Maraş otunun paketlenmiş görüntüsü

*Nicotiana Rustica* L. bitkisinde, sigaranın hammaddesi *Nicotiana tabacum*'a göre 5-8 kat daha yüksek oranda nikotin ve sigaraya göre daha yüksek oranda tobacco spesifik nitrozamine içermektedir (10,11).

Oral mukozadan Nikotin akciğerlere göre çok daha hızlı bir şekilde emilime uğrar. MO'da emilme oranı ağıza alınan miktarına, ağızda bekletildiği yere ve sonuçta ortaya çıkan salivanın tükürülüp veya yutulmasına bağlı olarak değişmektedir. Yapılan çalışmalarda 2 veya 3 sigara içmeye kıyasla MO'nun yarım saat ağızda bekletilmesinin kanda daha yüksek nikotin seviyesine sebep olduğu tespit edilmiştir (47).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada MO kullanan kişilerin maruz kaldığı nikotin oranlarının sigara kullananlara göre yaklaşık 3,5 kat, sigaraya pasif maruz kalanlardan 20 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (48).

Sigaranın içeriğinde var olan kanserojen, mutajen ajanlar farklı oranlarda dumansız tütün ürünlerinde de vardır ve yol açtıkları sağlık sorunları çalışmalarda ortaya çıkmıştır (46). Diş eti ve periodontal rahatsızlıklara, diş çürüklerine, sebep olarak ağız sağlığına zararlı olduğu, ağız kanseri, nasal kavite, dudak kanseri, farenks, larenks, özefagus kanseri, mide, pankreas, böbrek ve mesane kanseri görülme ihtimalini yükselttiği, merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olduğu, kardiyovasküler hastalıklara yol açtığı belirtilmiştir (49,50).

Halk arasında MO'nun sigaradan daha az zararlı olduğu inancı vardır. MO sigarayı bırakmada yardımcı olarak kullanılmaktadır, fakat MO'nun da en az sigara kadar sağlığa zararlı etkilerinin olduğu yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir (35,36).

### **2.2.1.Dumansız Tütün kullanımının Yol Açtığı Psikolojik ve Fizyolojik Bağımlılık**

Tütünün farklı yollardan sürekli kullanılmasıyla nikotine hem psikolojik hem de fizyolojik bağımlılık meydana gelir (47). Nikotin ilk olarak beyindeki spesifik reseptörleri aktif hale getirerek merkezi sinir sistemini uyarmaktadır (51).

Dumansız tütün kullanan kişiler, bu ürünü kullandıkları süre zarfında rahatladıklarını kendilerini daha iyi hissettiklerini ve daha az heyecanlı olduklarını ifade etmektedirler (52).

Dumansız tütün bağımlılığının bırakılması zordur ve bırakılması kişilerde bazı semptomlara sebep olur. Çabuk sinirli olma hali bu semptomlardan en sık rastlanandır (53). Nikotin alımının bırakılmasıyla bulantı, baş ağrısı, yorgunluk hali, taşikardi ve hipotansiyon görülebilmektedir (47).

Nikotin kanda ve beyinde asetilkolin ve bazı nörotransmitterlerin (nörepinefrin de dahil) serbest kalmasına neden olur ve böylece fizyolojik etkileri olmaktadır. Nikotin bu yerlerde serotonin ve endojen opioid peptidler, katekolaminler gibi farklı kimyasalların artışına sebep olur. Bu maddelerin nikotinin etkisini kuvvetlendirdiği belirtilmektedir. Nikotin periferik kolinerjik nöronları uyarak kardiyovasküler sistemi, solunum sistemini, gastrointestinal sistemi ve çizgili kasları da etkilemektedir (51).

## 2. 2. 2. Dumansız Tütünün İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri

Yapılan çalışmalar sonucunda dumansız tütünün ve bu ürünlerin içindeki bazı katkı maddelerinin diş ve diş eti, merkezi sinir sistemine, kardiyovasküler sisteme, gastrointestinal ve nefrolojik sisteme zararlı olduğu belirtilmiştir. Dumansız tütün kullanmanın yol açabileceği sağlık sorunları bir hayli fazladır. Ağız sağlığına etkileri; ağızdaki yaraların geç iyileşmesi, diş ve diş eti rahatsızlıkları, periodontal hastalıklar, uzun süreli ve sık kullanımlarda ise; tat alma ve koku hissinde azalma ve oral kavite dokularında hasarlara yol açabilmektedir (49,50).

Nikotin santral sinir sisteminde genellikle stimülasyon yaparak etki gösterir. Düşük dozda titreme, yüksek dozda ise konvülsiyona yol açmaktadır (54). Aşırı dozda nikotin alınması direkt olarak solunum merkezini uyarır, sonuçta felç oluşur. Aynı zamanda periferik etki göstererek solunum kaslarında da felç oluşturabilmektedir (55). Dumansız tütün kullanımına bağlı meydana gelebilecek sağlık etkileri Tablo 1.de özetlenmiştir (47).

<b>Tablo 1. Dumansız tütün ürünlerinin kullanımına bağlı olarak gelişen sağlık etkileri</b>
Fiziksel ve fizyolojik bağımlılık
Kolesterol yükselmesi
Sistolik ve diastolik kan basıncının yükselmesi
Kalp atış hızında artış
Pıhtılaşmada artış
Peptik ülser hastalığı
Üreme bozuklukları
Özellikle oral mukozada kanser
Leukoplakia ve diğer premalign lezyonlar
Dişeti çekilmesi
Diş çürümesi

Dumansız tütün kullanmanın sonucu olarak ortaya çıkan kanser türleri Tablo 2.de verilmiştir. Sigara kullananların için oral kanser riski hiç tütün kullanmayanlara oranla 3 kat fazla olduğu, dumansız tütün kullananlar için bu oranının 4,2-10 kat daha fazla olduğu düşünülmektedir (47,52).

<b>Tablo 2. Dumansız tütün kullanımı sonucu ortaya çıkan kanser türleri</b>
Oral mukoza
Nasal kavite
Farenks
Larenks
Özefagus
Mide
Mesane
Pankreas

Sigara gibi dumansız tütün de kolesterol düzeyini yükseltmektedir. Tucker tarafından 2840 bireyli çalışmasında sigara içenler kullanmayanlara göre 1.5-2 kat daha fazla kolesterol düzeyine sahipken, dumansız tütün kullananlarda bu oran 2.5 kat daha yüksek olarak bulunmuş (56). Dumansız tütün kullanan insanlarda sistolik ve diastolik kan basınçları bu ürünü kullanmayanlara göre 5-15 mmHg daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (47). Dumansız tütün kullanan bireylerin koroner arter hastalığı ve nöromusküler hastalıklar için daha yüksek riske sahip oldukları idda edilmektedir (57). Sigara içilmesi pankreas sekresyonunu ve bikarbonat sekresyonunu azaltarak Peptik ülser'e neden olmaktadır. Bunun sebebi gastrik sıvıda asit yükselmesidir. Dumansız tütün kullananların ağızında oluşan salivanın yutulması peptik ülser için büyük bir risk oluşturduğu görülmüştür (47). Dumansız tütün kullanımının yol açtığı parasempatik stimülasyon ve kolinerjik sinir uçlarının aktive olmasıyla barsak motor aktivitesinin ve tonusunun hızlanması sonucu ishale, mide bulantısına ve kusmaya neden olabilmektedir (55).

Sağlık açısından dumansız tütün kullanmanın en önemli zararlarından birisi insanlarda prekanserojen lezyonların meydana gelmesi ve kanser riskinin önemli oranda yükselmesine olanak sağlamasıdır (58,59). Meta-analiz verileri ve epidemiyolojik

çalışmalar dumansız tütün ürünleri kullanmanın oral kavite ve pankreas kanseri riskinde yükselmeye yol açtığını göstermektedir. Benzer bir şekilde dumansız tütün ürünlerinin prostat kanseri riskini hafifçe artırdığı, bu ürünleri kullanan kişilerde miyokard infarktüsü riskinde artış olduğu belirtilmektedir (60,61). Dumansız tütünlerin kullanılması serebrovasküler hastalık riskinde artışa neden olmaktadır, gebelikte kullanımı ise düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, ölü doğum ve preeklampsi risklerinde artışa yol açmaktadır (64).

### **2. 2. 3. MO Kullanım Prevalansına Yönelik Çalışmalar**

Literatürde MO kullanımının sıklığına yönelik yapılan üç araştırmaya ulaşılmıştır. Kahramanmaraş'ta toplum örneklemleri bir çalışmada; MO'yu erişkin erkeklerin %25.1'inin, kadınların ise %1.4'ünün kullandığı gösterilmiştir (12).

Kahramanmaraş'da bir genel lisede 2200 öğrenci ile yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %4'ünün MO kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca MO kullanım oranının erkeklerde %6.5, kadınlarda %1.8 olduğu belirtilmiştir (38).

Kahramanmaraş ilinde aile sağlığı merkezine başvuran 859 kronik hasta üzerinde yapılan çalışmada bireylerin %9.4'ünün MO, %2.1'inin ise hem sigara hemde MO kullandığı tespit edilmiştir. Erkeklerin %16.0'ının, kadınların ise %1.1'inin MO kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca erkek cinsiyet ile MO kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.000) (39).

### **2.2.4. MO ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar**

Erenmemişoğlu ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada MO kullanan insanların alt dudak mukozasındaki lezyonları incelenmiş ve yaygın olarak orta derecede displazi saptanmıştır. Ağız kanseri riskinin MO kullanım süresi ile ilişkili içerisinde olduğunu ve bu riskin 15 yıldan daha fazla kullananlarda, ciddi oranlarda arttığı tespit edilmiştir (40).

Kılınç ve arkadaşları MO'nun insanlarda oksidatif stres üzerine etkisini araştırmışlar ve MO'nun oksidatif stresi artırdığını tespit etmişler. Maraş otunun da sigara kadar sistemik hastalıklara yol açabileceği hatta ateroskleroz yapabileceği belirtilmiştir (11).

Kurtul ve ark. yaptığı bir çalışmada MO kullanan, sigara kullanan ve her ikisini de kullanmayan sağlıklı kişilerden kan numuneleri alınmış ve serumda total siyalik asit (TSA) seviyelerine bakılmış. Sigara kullanan ve MO kullanan gruplarda TSA seviyelerinin, kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur. MO kullananlar ile sigara kullananlar arasında TSA seviyelerinde anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlar. Ayrıca MO kullanımının serum TSA seviyelerini etkilediğini tespit etmişler. Bu durumun da birçok sistemik hastalığa yol açabileceğini ortaya koymuşlar (41).

MO kullanmanın hücrel immüniteyi, kardiyovasküler fonksiyonları, akciğer fonksiyonlarını, biyokimyasal ve hematolojik parametreleri olumsuz yönde etkilediğini, MO'nun ciddi genotoksik etkileri olduğunu ve ağız kanser riskini arttırabileceğini gösteren farklı çalışmalar vardır (40,42,35).

Kahramanmaraş ilinde Sucaklı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; MO kullanmanın Karotis İntima Media Kalınlığı (KİMK) üzerine etkileri araştırılmış. MO kullananlar ile kullanmayan sağlıklı gönüllülerin KİMK ölçülmüş ve MO kullanan grupta KİMK'in kayda değer seviyede yüksek olduğu tespit edilmiş. Çalışmada MO kullanan bireylerin sistolik ve diastolik kan basıncı düzeyleri, kontrol grubuna göre önemli derecede yüksek olduğu ve MO'nun kan basıncı arttırıcı özelliği sebebiyle KİMK'i arttırdığı tespit edilmiş (43).

Keten ve arkadaşların çalışmasında sigara ve MO kullanan kişilerde Candida taşıyıcılığının ve türlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bunun için Kahramanmaraş'da kıraathanelerdeki 240 gönüllü erkek bireyin ağız kültürleri alınmıştır. Bu çalışmada Candida taşıyıcılığı sigara kullananların %58.3'ünde, MO kullananların %56.7'sinde, kontrol grubunun ise %36.7'sinde bulunmuştur. Sigara kullanan ve MO kullanan grupta, kontrol grubuna göre Candida taşıyıcılığının önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiş. MO ve Sigara kullananlarda ise Candida taşıyıcılığının benzer olduğu görülmüş. Çalışmada MO ve sigara kullananlarda, oral Candida taşıyıcılığının kontrol grubunda bulunan kişilere göre önemli seviyede yüksek olduğu tespit edilmiştir (44).

Özkul ve arkadaşlarının Kahramanmaraşta yaptığı çalışmada; MO'nun ve sigaranın oral mukoza hücrelerinde mikronükleus (MN) seviyesine etkisini saptamayı amaçlamışlar. MO kullanan, sigara kullanan ve tütün ürünü kullanmayan gruplar oluşturulmuş ve oral mukoza örnekleri alınarak MN frekansı tespit edilmiş. MO kullananlarda ve sigara kullananlarda MN seviyesi kontrol grubuna kıyasla anlamlı

derecede yüksek olarak bulunmuştur. MO kullanan ve sigara kullananlar arasında MN seviyesi açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (45).

Köksal ve ark. yaptığı çalışmada ise sigara kullanan 39, MO kullanan 47 ve kontrol grubu olarak 33 sağlıklı erkek gönüllü alınmış. MO kullananlarda serum ADA (adenozin deaminaz) aktivitesi, sigara kullananlardan ve kontrol grubundan daha yüksek olarak tespit edilmiş. Aralarındaki bu fark kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı, sigara kullanan gruba kıyaslandığında ise istatistiksel olarak anlamlı değildi. Sigara kullananların da serum ADA aktivitesi kontrol grubuyla kıyaslandığında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Bu sonuç sigara ve MO kullanımı sonucu lenfosit proliferasyonu ve aktivasyonunun artmış olabileceğinin yanında, oluşan oksidatif stres'e bağlı olarak ADA aktivitesinin yükselmesine bağlanabilir (46).

Kahramanmaraşta yapılan başka bir çalışmada ise MO ve sigaranın hümorale immün sistem parametreleri üzerine (IgA, IgG, IgM, C3 ve C4) etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın neticesinde MO kullanan bireylerden alınan kan numunelerinde humoral immun sistem parametrelerinin negatif olarak etkilenmediğini tespit edilmiştir (42).

Keten ve arkadaşları Kahramanmaraş ilindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 60 yaş ve üzeri erkeklerde MO kullanımı ile kognitif fonksiyon ilişkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada MO kullananlar ile kullanmayanların kognitif fonksiyonların benzer olduğu tespit edilmiştir (66).

Kurtul ve arkadaşları MO'nun serum lipid peroksidasyon düzeyine etkisini tespit etmek amacıyla MO kullanan ve kullanmayanlardan alınan kan numunelerinden lipid peroksidasyon ürünü olan serum melondialdehit (MDA) düzeyini ölçmüşler. MO kullananlarda MDA düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde yüksek olduğunu tespit etmişler ve MO'nun lipid peroksidasyon düzeyini arttırdığını tespit etmişler (67).

Çok ve ark. MO kullanan, aktif sigara kullanan ve sigara dumanına maruz kalan bireylerden aldıkları idrar numunelerinden kotinin seviyesini ölçtükleri çalışmalarında MO kullananların idrarlarındaki kotinin seviyesinin sigara içenlerden üç kat daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır (68).

Kahramanmaraş'ta Cerit'in yaptığı başka bir çalışmada MO kullanan, sigara kullanan ve tütün ürünü kullanmayan erkeklerin renal fonksiyonlarını ölçmek için glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ve proteinüri değerleri bakımından grupları



karşılaştırmıştır. MO ve sigara kullanan gruplar, GFR değeri ve proteinüri bakımından kontrol grubuna göre önemli oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir. MO kullananlar ile sigara içenler arasında GFR ve proteinüri bakımından önemli bir fark olmadığı tespit edilmiştir. MO kullanan insanların, sigara kullanan insanlardaki gibi böbreklerde hiperfiltrasyon ve proteinüriye yol açarak böbrek hasarlanmasına neden olabileceği görülmüştür (69).

Köksal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; MO kullanan, sigara kullanan ve hiçbir tütün ürünü kullanmayan kişilerin solunum fonksiyon testlerine bakarak FVC, FEV1, FEV1/FVC, FEF25-75 ve PEF parametrelerini karşılaştırmışlar. FVC değerlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmüş, FEV1, FEV1/FVC, FEF25-75 ve PEF değerlerinde MO ve sigara'yı beraber kullanan grup ve sigara kullanan grup ile kontrol grubu arasında anlamlı fark olduğunu belirlemişler. MO kullanan grup ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık görmemişler. MO'nun kullanım esnasında nefesle akciğerlere çekilmediği için solunum yollarında bir etkisinin olmadığını tespit etmişler (35).

Güven ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise MO kullanan, sigara kullanan ve kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişilerin ventriküler repolarizasyon değerlerine bakmışlar. MO kullanan ve sigara kullananlarda sol ventrikül erken doluş süresinin, kontrol grubundan daha düşük, atrial doluş süresi ve deselerasyon süresinin kontrol grubundan daha yüksek olduğunu bulmuşlar. İzovolumetrik relaksasyon süresini MO kullanan ve sigara kullanan grupta kontrol grubundan daha yüksek olarak tespit etmişler. MO'nun en az sigara kadar insan sağlığına zararlı etkilerinin olduğunu ve kardiovasküler sistem üzerine zararlı etkilerinin olduğunu ortaya koymuşlar (36).

Kahramanmaraş'ta Sönmez'in yaptığı çalışmada MO kullanan, sigara kullanan ve tütün ürünleri kullanmayan hastaların tiroid fonksiyonlarını araştırmışlar. Tiroid hormonları ve anti tiroglobulin antikor düzeyleri gruplarda benzer olarak bulunmuş. Tiroid ultrasonun da tiroid volümü MO kullananlarda, kontrol ve sigara kullanan gruplardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuş. Sağ lob lateral boyutu, sağ lob ön-arka boyutu ve sağ lob volümü MO kullananlar grubunda kontrol grubuna göre ve sigara kullanan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (70).

Yapılan başka bir çalışmada MO'nun hematolojik değerlere olan etkisine bakılmış ve MO kullananlarda demir ve lökosit seviyeleri yüksek bulunurken, monosit ve trombosit seviyeleri düşük tespit edilmiş (72).

Yıldırım'ın Kahramanmaraş'ta yaptığı çalışmada MO kullanımı ile kişilik özelliklerinin arasındaki ilişkiyi araştırmış. MO'yu kullananların nörotik kişilik özelliğine eğilim gösterdiklerini bulmuşlar (71).

Utku ve arkadaşlarının Kahramanmaraşta yaptığı çalışmada dumansız tütün olan MO'nun serebral kan akım hızı üzerine etkilerini araştırmışlar. MO kullananlarda serebral kan akım hızlarının arttığını tespit etmişler. MO kullananlarda saptanan artmış serebral kan akım hızının inme açısından önemli bir belirteç olabileceğini tespit etmişler (73).

Bakan ve arkadaşlarının Kahramanmaraşta yaptığı çalışmada Sağlıklı Erkeklerde MO (Dumansız Tütün) Kullanımı İle Sigara Kullanımının Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY) Üzerine Olan Etkisini karşılaştırmışlar. MO kullanan erkeklerin KMY değerleri sigara kullananlardan daha düşük bulunmuş. MO kullanımının osteoporoz için sigaradan daha kuvvetli bir risk faktörü olabileceğini belirtmişler (74).

Keten'in yaptığı bir olgu sunumunda sigara ve MO Bağımlılığı tedavisinde Bupropion'un etkisini araştırmış. Günde 10 adet sigara ve 10 defa MO kullanan hastaya bupropion tedavisi (150mg) ilk üç gün günlük 1 tablet, 4.gün ve sonrası 3 ay için ise günlük 2 tablet olarak önerildi. Hasta sigara ve MO'yu bıraktıktan sonra kontrollerinde herhangi bir yoksunluk semptomuna rastlanılmamış. Bupropionun, MO bırakma tedavisinde etkili olabileceğini belirtmiş (75).

Keten'in yaptığı başka bir çalışmada MO'nun kronik hastalığı olan hastalarda kullanım sıklığı ile kullanıcıların bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmış. Çalışmada asla tütün ürünleri kullanmaması gereken kronik hastalığı olan hastaların MO ve sigara'yı yüksek oranlarda kullandıkları ve bu maddeler hakkında bilgi tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiş. Hekimlerin bu konuda kronik hastalığı olan hastalarına koruyucu sağlık yaklaşımlarının yeterli olmadığı belirtilmiş (39).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Çalışma dizaynı**

Bu çalışma 01.01.2016 ile 30.03.2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş ilinde yapıldı. Çalışmaya Kahramanmaraş merkezde birinci basamakda çalışan hekimler ve yardımcı sağlık personeli dahil edildi. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulandı. Anket formu; katılımcıların sosyodemografik verilerini belirlemeye yönelik bir bölüm, bilgi tutum ve davranışlarını tespiti yönelik üç bölümden oluşmaktadır. Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirilerek onamları alındı. Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı.

#### **3.2. Verilerin Elde Edilmesi**

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren standart anket formu uygulandı. Anketin birinci bölümünde yaş, medeni durumu, eğitim durumu, meslekte kaçınıcı yılında olduğu, evli veya bekar olduğu gibi sosyodemografik verileri bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise katılımcıların MO'nun zararları konusundaki bilgi düzeyini ölçmek için sorular sorulmuştur. Üçüncü ve dördüncü bölümde MO konusundaki tutum ve davranış özelliklerini ortaya koyabilecek sorular soruldu. Katılımcıların MO konusunda bilgi düzeyini ölçmek için hekimlerin anketinde 17, yardımcı sağlık personelinin anketinde 18 soru vardı ve doğru cevaplandırılan her bir soru bir puan olarak değerlendirilerek katılımcıların toplamda 17 ve 18 puan üzerinden "bilgi puanları" elde edildi. Veriler ortalama  $\pm$  SS (Standart Sapma) veya sayı (%) şeklinde verildi. Çalışmada kullanılan anketler **EK**'ler bölümünde mevcuttur.

#### **3.3. İstatistiksel Analiz**

Tanımlayıcı istatistikler ortalama (ortalama), standart sapma (s. sapma) , minimum (min), maksimum (max) değerleri ile sunulmuştur. İki grubun ölçüm karşılaştırması t testi analizi ile yapılmıştır. Üç ve üzeri grubun ölçüm karşılaştırması varyans analizi (ANOVA) ile yapılmış farklı olan grupların tespit edilmesi için Sidak ikili karşılaştırma

testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, ki-kare analizi, fisher's exact testi ve farklı oranda olan grubun tespit edilmesi için Bonferroni karşılaştırma analizi uygulaması yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Kahramanmaraş il merkezinde görev yapan birinci basamakda çalışan 101 hekim ve 150 yardımcı sağlık personeli araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmadaki tüm hekimlerin yaş ortalaması  $40,2 \pm 7,2$  (min=24, maks=66) olarak saptanmıştır. Uzman hekimlerde (n:13) yaş ortalaması  $38,1 \pm 4,8$  (min=30, maks=44), pratisyen hekimlerde (n:88)  $40,4 \pm 8,0$  (min=24, maks=66) olup istatistiksel olarak fark yoktur ( $p > 0,05$ ). Araştırma kapsamındaki hekimler mesleklerinde ortalama  $14,8 \pm 7,6$  (min=1, maks=34) yıl süre ile çalıştıkları belirlenmiştir. Uzman hekimlerin meslekte çalışma süresi  $12,7 \pm 4,3$  (min=6, maks=20,) pratisyen hekimlerin meslekte çalışma süresi  $15, \pm 7,9$  (min=1, maks=34) olarak tespit edilmiştir. Bu süreler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Araştırmadaki tüm yardımcı sağlık personelinin yaş ortalaması  $35,7 \pm 8,8$  (min=17, maks=60) olarak saptanmıştır. Hemşirelerde (n:45) yaş ortalaması  $37,5 \pm 10,3$  (min=17, maks=60), Ebelerde (n:78) yaş ortalaması  $35,2 \pm 7,0$  (min=23, maks=52), sağlık memurlarında (n:10) yaş ortalaması  $35,7 \pm 9,6$  (min=24, maks=50) ve diğer yardımcı personelinin (n:17) yaş ortalaması  $33,1 \pm 11,0$  (min=17, maks=53) olup istatistiksel olarak fark yoktur (Anova-posthoc bonferroni testi,  $p > 0,05$ ). Araştırma kapsamındaki yardımcı sağlık personelinin mesleklerinde ortalama çalışma süresi  $14,3 \pm 9,3$  (min=1, maks=36) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi  $16,3 \pm 10,5$  (min=1, maks=36,) ebelerin meslekte çalışma süresi  $13,8 \pm 8,7$  (min=1, maks=28), sağlık memurlarında meslekte çalışma süresi  $13,9 \pm 8,7$  (min=5, maks=28) ve diğer yardımcı personelin meslekte çalışma süresi  $11,1 \pm 8,2$  (min=1, maks=36) olup gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Anova-posthoc bonferroni testi,  $p > 0,05$ ). Olguların sosyodemografik verileri **Tablo 3 ve 4**'de sunulmuştur.

**Tablo 3.** Araştırma kapsamındaki hekimlerin bazı demografik özellikleri.

<b>Özellikler (n=101)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	69	68,3
Kadın	32	31,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	83	82,2
Bekar	18	17,8
<b>Hekim</b>		
Uzman tabip	13	12,9
Tabip	88	87,1
<b>Meslekte çalışma süresi</b>		
0-9 yıl	25	24,8
10-19 yıl	45	44,6
20 yıl ve üzeri	31	30,7

**Tablo 4.** Araştırma kapsamındaki yardımcı sağlık personelinin bazı demografik özellikleri.

<b>Özellikler (n=150)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	14	9,3
Kadın	136	90,7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	125	83,3
Bekar	25	16,7
<b>Yardımcı Sağlık Personeli</b>		
Hemşire	45	30,0
Ebe	78	52,0
Sağlık memuru	10	6,7
Diğer	17	11,3
<b>Yardımcı Sağlık Personeli Eğitim Durumu</b>		
Lise	33	22,0
Üniversite	110	73,3
Yüksek Lisans	7	4,7
<b>Meslekte çalışma süresi</b>		
0-9 yıl	58	38,7
10-19 yıl	39	26,0
20 yıl ve üzeri	53	35,3

Hekimlerin %4'ü MO solunum sistemi hastalıkları nedenidir, %59.4'ü MO renal hasar yapar, %63.4'ü MO kullanımı okul, kütüphane, hastane gibi kapalı yerlerde yasaktır, %59.4'ü MO, sigaradan daha az nikotin içerir, %74.3'ü MO, sigarayı bırakmada yardımcıdır, %72.3'ü MO, sigaradan daha az zararlıdır, %57.1'i MO bağımlılığın tedavisi vardır sorularına doğru cevap verdi. MO'nun zararlarına yönelik hekimlerin bilgi sorularına verdiği yanıtlar Tablo 5'te belirtilmiştir.

**Tablo 5.** Araştırma kapsamındaki hekimlerin MO konusundaki her bir soru için doğru cevap verme durumları.

MO konusundaki sorular (n= 101)	Doğru cevap sayısı (n)	%
Maraş Otu, sağlığa zararlıdır.	98	97,0
Maraş Otu, ağız ve diş sağlığını bozar.	100	99,0
Maraş Otu solunum sistemi hastalıkları nedenidir.	4	4,0
Maraş Otu, renal hasar yapar.	60	59,4
Maraş Otu, kardiyovasküler hastalıklara yol açar.	82	81,2
Maraş Otu, gastrointestinal hastalıklara yol açar.	86	85,1
Maraş Otu, immun sisteme zarar verir.	73	72,3
Maraş Otu, hipertansiyon yapar.	70	69,3
Maraş Otu, beklenen yaşam süresini azaltır.	85	84,2
Maraş Otu, ağız kanseri görülme sıklığını artırır.	91	90,1
MO kullanımı okul, kütüphane, hastane gibi kapalı yerlerde yasaktır.	64	63,4
Maraş Otu nikotin bağımlılığı yapar.	85	84,2
Maraş Otu, sigaradan daha az nikotin içerir.	60	59,4
Maraş Otu, sigarayı bırakmada yardımcıdır.	75	74,3
Maraş Otu, sigaradan daha az zararlıdır.	73	72,3
Maraş Otu, bağımlılığı tedavisi vardır.	58	57,1
Nikotin bandı ve sakızı Maraş Otu bırakma tedavisinde kullanılır.	45	44,6

Yardımcı sağlık personelinin %18.7'si MO solunum sistemi hastalıkları nedenidir, %60'ı MO renal hasar yapar, %37.3'ü MO kullanımı okul, kütüphane, hastane gibi kapalı yerlerde yasaktır, %46'sı MO sigaradan daha az nikotin içerir, %70.7'si MO sigarayı bırakmada yardımcıdır, %68.7'si MO sigaradan daha az zararlıdır, %50.7'si MO bağımlılığın tedavisi vardır sorularına doğru cevap verdi. MO'nun zararlarına yönelik yardımcı sağlık personelinin bilgi sorularına verdiği yanıtlar Tablo 6'da belirtilmiştir.

**Tablo 6.** Araştırma kapsamındaki yardımcı sağlık personelinin MO konusunda bilgilerine yönelik her bir soru için doğru cevap verme durumları.

<b>MO konusundaki sorular (n= 150)</b>	<b>Doğru cevap sayısı (n)</b>	<b>%</b>
Maraş Otu, nikotin bağımlılığı yapar.	136	90,7
Maraş Otu, bağımlılığı tedavisi vardır.	76	50,7
Maraş Otu, bağımlılığı tedavisi için yönlendirmem gereken merkezi biliyorum.	48	32,8
Maraş Otu, sağlığa zararlıdır.	147	98,0
Maraş Otu, solunum sistemi hastalıkları yapar.	28	18,7
Maraş Otu, renal hasar yapar.	90	60,0
Maraş Otu, kardiyovasküler hastalıklara yol açar.	107	71,3
Maraş Otu, gastrointestinal hastalıklara yol açar.	114	76,0
Maraş Otu, immun sisteme zarar verir.	121	80,7
Maraş Otu, hipertansiyon yapar.	74	49,3
Maraş Otu, beklenen yaşam süresini azaltır.	108	72,0
Maraş Otu, ağız kanseri görülme sıklığını artırır.	126	84,0
Maraş Otu, sigaradan daha az nikotin içerir.	69	46,0
Maraş Otu, sigarayı bırakmada yardımcıdır.	106	70,7
Maraş Otu, sigaradan daha az zararlıdır.	103	68,7
Maraş Otu kullanımı okul, kütüphane, hastane gibi kapalı yerlerde yasaktır.	56	37,3
Maraş Otu, ağız ve diş sağlığını bozar.	141	94,0
Maraş Otu bağımlılığı tedavisi için profesyonel destek alınmalı, tedavi edilmeli.	119	79,3



Hekimlerin %50.5'inin sorulara verdiği doğru cevap sayısı 13 ve üzerinde, %36.6'sının sorulara verdiği doğru cevap sayısı 8-12 arasında olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin bilgi sorularına doğru cevap verme oranları tablo 7'de belirtilmiştir.

**Tablo 7.** Hekimlerin sorulara doğru cevap verme sayısına göre dağıllımları (toplam 17 soru).

<b>Doğru cevap sayısı</b>	<b>Hekim sayısı</b>	<b>%</b>
<7	13	12,9
8-12	37	36,6
≥13	51	50,5
<b>Toplam</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Yardımcı sağlık personelinin %51.3'ünün sorulara verdiği doğru cevap sayısı 8-12 arasında, %38.7'sinin sorulara verdiği doğru cevap sayısı 13 ve üzeri olarak tespit edildi. Yardımcı sağlık personelinin bilgi sorularına doğru cevap verme oranları tablo 8'de belirtilmiştir.

**Tablo 8.** Yardımcı sağlık personelinin sorulara doğru cevap verme sayısına göre dağıllımları (toplam 18 soru).

<b>Doğru cevap sayısı</b>	<b>Yardımcı Sağlık Personel Sayısı</b>	<b>%</b>
<7	15	10,0
8-12	77	51,3
≥13	58	38,7
<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 9.** Uzman ve pratisyen hekimlerin sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.

Hekim (n=101)	Doğru cevap Ortalaması ± SD	p
Uzman (n=13)	11,3 ± 4,4	>0,05
Pratisyen (n=88)	12,0 ± 3,4	

Hekimler arasında (uzman ve pratisyen) MO ile ilgili sorulara doğru cevap verme ortalamaları karşılaştırıldığında pratisyen hekimler daha yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t-testi).

**Tablo 10.** Yardımcı sağlık personelinin sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.

Yard.Sağ.Personeli (n=150)	Doğru cevap Ortalaması ± SD	p
Hemşire (n=45)	11,3 ± 3,2	
Ebe (n=78)	11,9 ± 2,9	>0,05
Sağlık memuru (n=10)	12,3 ± 3,3	
Diğer (n=17)	10,7 ± 3,3	

Yardımcı sağlık personelinin MO ile ilgili sorulara doğru cevap verme ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar (hemşire, ebe, sağlık memuru ve diğer personel) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Anova-posthoc bonferroni,  $p>0,05$ ).

**Tablo 11.** Hekimlerin cinsiyetlerine göre sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.

Hekim (n=101)	Doğru Cevapların Ortalaması $\pm$ SD	p
Erkek (n=69)	11,7 $\pm$ 3,7	>0,05
Kadın (n=32)	12,5 $\pm$ 2,8	

MO ile ilgili sorulara doğru cevap verme ortalamaları kadın hekimlerde daha yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (t-testi).

**Tablo 12.** Yardımcı sağlık personelinin cinsiyetlerine göre sorulara doğru cevap verme ortalamalarının karşılaştırılması.

Yard.Sağ.Personeli (n=150)	Doğru Cevapların Ortalaması $\pm$ SD	p
Erkek (n=14)	11,7 $\pm$ 2,6	>0,05
Kadın (n=136)	11,6 $\pm$ 3,1	

Yardımcı sağlık personelinin cinsiyet açısından MO ile ilgili sorulara doğru cevap verme ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (t-testi).

Hekimlerin %93.1'i hastaların MO kullanımını sorulmalı, yardımcı sağlık personelinin ise %68'i hastaların MO kullanımının sorulması gerektiğini ifade etti. Hekimlerin %71.3'ü MO ile ilgili eğitim almak istediğini, yardımcı sağlık personelinin ise %68'i MO ile ilgili eğitim almak istediğini ifade etti. Hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin MO konusundaki tutum sorularına verdiği cevap yüzdeleri tablo 13 ve 14'de belirtilmiştir.

**Tablo 13.** Araştırmaya katılan hekimlerin tutumlarına yönelik sorulan sorular ve cevapların dağılımı.

<b>Tutum Soruları (n=101)</b>	<b>Evet Sayı</b>	<b>Evet Yüzdesi (%)</b>
Hastaların Maraş otu kullanımını sorulmalı mı?	94	93,1
Hastalarınıza Maraş otuyla ilgili eğitim verilmeli mi?	98	97,0
Hastalarınızdan Maraş otu kullanan varsa eğitim verilmeli mi?	98	97,0
Hastalarınızdan Maraş otu kullanan varsa bırakması telkin edilmeli mi?	95	94,1
Maraş otu ile ilgili eğitim almak ister misiniz?	72	71,3

**Tablo 14.** Araştırmaya katılan yardımcı sağlık personelinin tutumlarına yönelik sorulan sorular ve cevapların dağılımı.

<b>Tutum Soruları (n=150)</b>	<b>Evet Sayı</b>	<b>Evet Yüzdesi (%)</b>
Hastaların Maraş otu kullanımını sorulmalı mı?	141	94,0
Hastalarınıza Maraş otu kullanımını sorgular mısınız?	73	51,3
Maraş otunu bırakmak için size danışan hasta var mı?	22	14,7
Varsa nasıl yönlendirir siziz ?		
Fikrim yok	25	16,7
Hekime yönlendiririm	73	48,7
Bilgilendiririm	13	8,7
Bilgilendirip hekime yönlendiririm	39	26,0
Hastalara Maraş otu ile ilgili eğitim verilmesi gerekir mi?	147	98,0
Maraş otu ile ilgili eğitim almak ister misiniz?	102	68,0

Katılımcılardan hekimlerin %20.8'i sigara içiyor, yardımcı sağlık personelinin ise %14.7'si sigara içtiğini belirtti. Maraş otu hiç kullandınız mı? sorusuna hekimlerin %8.9'u evet, yardımcı sağlık personelinin ise %4.7'si evet cevabı verdi. Hekimlerin %65.3'ü MO kullanan hastalarının olduğunu, yardımcı sağlık personelinin ise %34.7'si MO kullanan hastalarının olduğunu ifade etti. Hekimlerin %76.2'si çevresinde MO kullanan kişilerin olduğunu, yardımcı sağlık personelinin ise %62'si çevresinde MO kullananların olduğunu belirtti. Hekimlerin %14.9'u MO ile ilgili eğitim aldığını belirtti. Hekimlerin %7.9'u MO kullanımını nedeniyle hastalarının kendilerine başvurduğunu ifade etti. Hekimlerin %3'ü MO bırakmak isteyen hastalara medikal tedavi uyguladığını belirtti. Hekimlerin %10.9'u MO kullanan hastalarını düzenli olarak her kontrole geldiğinde MO konusunda sorguladığını belirtti. Hekimlerin %10.8'i günlük pratiğinde hastalarının MO kullanımını sorguladıklarını ifade etti. Hekimlerin %17.8'i hastaların MO kullanım durumunu kaydettiklerini belirtti. Hekimlerin %93.1'i MO kullanan hastalarına MO'yu bırakmalarını tavsiye ettiklerini belirtti. Yardımcı sağlık personelinin %94'ü hastalardan MO kullanan varsa bırakmasını telkin ettiklerini ifade etti. Hekimlerin %40.6'sı MO kullanan hastalarına bırakmayı isteyip istemediklerini sorguladıklarını ifade etti. MO'yu bırakmak isteyenleri; hekimlerin %38.6'sı bilgilendiririm, %48,5'i üst merkeze yönlendiririm, %2'si bilgilendiririm ve tedavi uyguladım, %10.9'u fikrim yok, hiçbirisi tedavi uygulamadıklarını belirtti. Hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin MO konusundaki tutum sorularına verdiği cevap yüzdeleri tablo 15 ve 16 'de belirtilmiştir.

**Tablo 15.** Araştırmaya katılan hekimlerin davranışlarına yönelik sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı.

<b>Davranış soruları</b>	<b>Evet (%)</b>	<b>Hayır (%)</b>	<b>Fikrim yok (%)</b>										
Sigara içiyor musunuz?	21 (20,8)	80 (79,2)	-										
Maraş otu hiç kullandınız mı?	9 (8,9)	92 (91,1)	-										
Maraş otu kullanan hastanız var mı?	66 (65,3)	13 (12,9)	22 (21,8)										
Çevrenizde Maraş otu kullanan var mı?	77 (76,2)	19 (18,8)	5 (5,0)										
Maraş otu ile ilgili eğitim aldınız mı?	15 (14,9)	86 (85,1)	-										
Size Maraş otu kullanımını nedeniyle hastalarınız başvurdu mu?	8 (7,9)	93 (92,1)	-										
Maraş otunu bırakmak isteyen hastalara medikal tedavi uyguladınız mı?	3 (3,0)	98 (97,0)	-										
Maraş otu kullanan hastalarınızı düzenli olarak her kontrole geldiğinde sorguladınız mı?	11 (10,9)	90 (89,1)	-										
Günlük pratiğimde hastalarımın Maraş otu kullanımını sorgularım.	20 (10,8)	81 (80,2)	-										
Hastaların Maraş otu kullanım durumunu kaydederim.	18 (17,8)	83 (82,2)	-										
Maraş otu kullanan hastalarımı bırakmalarını tavsiye ederim.	94 (93,1)	7 (6,9)	-										
Maraş otu kullanan hastalarımı bırakmayı isteyip istemediklerini sorgularım.	41 (40,6)	60 (59,4)	-										
Maraş otu bırakmak isteyenleri;	<table border="0"> <tr> <td>Bilgilendiririm</td> <td>39 (38,6)</td> </tr> <tr> <td>Üst merkeze yönlendiririm</td> <td>49 (48,5)</td> </tr> <tr> <td>Tedavi uygularım</td> <td>0 (0,0)</td> </tr> <tr> <td>Bilgilendiririm ve tedavi uygularım</td> <td>2 (2,0)</td> </tr> <tr> <td>Fikrim yok</td> <td>11 (10,9)</td> </tr> </table>			Bilgilendiririm	39 (38,6)	Üst merkeze yönlendiririm	49 (48,5)	Tedavi uygularım	0 (0,0)	Bilgilendiririm ve tedavi uygularım	2 (2,0)	Fikrim yok	11 (10,9)
Bilgilendiririm	39 (38,6)												
Üst merkeze yönlendiririm	49 (48,5)												
Tedavi uygularım	0 (0,0)												
Bilgilendiririm ve tedavi uygularım	2 (2,0)												
Fikrim yok	11 (10,9)												

**Tablo 16.** Araştırmaya katılan yardımcı sağlık personelinin davranışlarına yönelik sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı.

<b>Davranış soruları</b>	<b>Evet (%)</b>	<b>Hayır (%)</b>	<b>Bilmiyorum (%)</b>
Sigara içiyor musunuz?	22 (14,7)	128 (85,3)	-
Maraş otu hiç kullandınız mı?	7 (4,7)	143 (95,3)	-
Maraş otu kullanan hastanız var mı?	52 (34,7)	42 (28,0)	56 (37,3)
Çevrenizde Maraş otu kullanan var mı?	93 (62,0)	44 (29,3)	13 (8,7)
Hastalardan Maraş otu kullanan varsa bırakmasını telkin eder misiniz?	141 (94,0)	4 (2,7)	5 (3,3)

**Tablo 17.**Uzman ve pratisyen hekimler arasında sigara içme durumu.

<b>Hekim*</b>	<b>Sigara içen</b>		<b>Sigara içmeyen</b>		<b>Toplam</b>
	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>	
Uzman	4	(30,8)	9	(69,2)	13 (100,0)
Pratisyen	17	(19,3)	71	(80,7)	88 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>(20,8)</b>	<b>80</b>	<b>(79,2)</b>	<b>101(100,0)</b>

\*Sadır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,462

p>0,05

Tüm hekimler arasında sigara içme durumu %20,8 olarak bulunmuştur. Uzman hekimler arasında sigara içme yüzdesi (30,8), pratisyen hekimlere (19,8) göre daha fazla bulunmuş, ancak bu fazlalık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).



**Tablo 18.** Araştırmaya katılan yardımcı sağlık personeli arasında sigara içme durumu.

Yard.Sağ.Personeli* (n=150)	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Hemşire	8	(17,8)	37	(82,2)	45 (100,0)
Ebe	9	(11,5)	69	(88,5)	78 (100,0)
Sağlık memuru	2	(20,0)	8	(80,0)	10 (100,0)
Diğer	3	(17,6)	14	(82,4)	17 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>(14,7)</b>	<b>128</b>	<b>(85,3)</b>	<b>150 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Ki-kare = 1,306

p>0,05

Yardımcı sağlık personeli arasında sigara içme durumu %14,7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında Sigara içme yüzdesi en yüksek sağlık memurlarında (%20,0), en düşük ebelerde (%11,5) bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 19.** Uzman ve pratisyen hekimler arasında MO kullanma durumu.

Hekim*	MO kullanan		MO kullanmayan		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Uzman	2	(15,4)	11	(84,6)	13 (100,0)
Pratisyen	7	(8,0)	81	(92,0)	88 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>(8,9)</b>	<b>92</b>	<b>(91,1)</b>	<b>101(100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,326

p>0,05

Tüm hekimler arasında MO kullanma durumu %8,9 olarak bulunmuştur. Uzman hekimler arasında MO kullanma yüzdesi (15,4) pratisyen hekimlere (8,0) göre daha fazla bulunmuş, ancak bu fazlalık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 20.** Yardımcı sağlık personeli arasında MO kullanma durumu.

Yard.Sağ.Personeli* (n=150)	MO kullanan		MO kullanmayan		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Hemşire	1	(2,2)	44	(97,8)	45 (100,0)
Ebe	1	(1,3)	77	(98,7)	78 (100,0)
Sağlık memuru	2	(20,0)	8	(80,0)	10 (100,0)
Diğer	3	(17,6)	14	(82,4)	17 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>7</b>	<b>(4,7)</b>	<b>143</b>	<b>(95,3)</b>	<b>150 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Ki-kare = 14,33

p<0,05

Tüm yardımcı sağlık personeli arasında MO kullanma durumu %4,7 olarak bulunmuştur. Sağlık memuru ve diğer sağlık personelinde MO kullanma yüzdesi yüksek bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 21.** Hekimlerin medeni durumlarına göre sigara içme durumları.

Hekim*	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Evli	18	(21,7)	65	(78,3)	83 (100,0)
Bekar	3	(16,7)	15	(83,3)	18 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>(20,8)</b>	<b>80</b>	<b>(79,2)</b>	<b>101 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,758

p>0,05

Araştırma kapsamındaki 101 hekimin 83'ü (%82) evli olup evli olan hekimler arasında (%21,7) sigara içme yüzdesi bekar hekim (%16,7) olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 21).

**Tablo 22.** Yardımcı sağlık personelinin medeni durumlarına göre sigara içme durumları.

Yard.Sağ.Personeli* (n=150)	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Evli	17	(13,6)	108	(86,4)	125 (100,0)
Bekar	5	(20,0)	20	(80,0)	25 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>(14,7)</b>	<b>128</b>	<b>(85,3)</b>	<b>150 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,682

p>0,05

Araştırma kapsamındaki yardımcı sağlık personelinin medeni durumlarına göre sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 23.** Hekimlerin medeni durumlarına göre MO kullanma durumları.

Hekim*	MO kullanan		MO kullanmayan		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Evli	7	(8,4)	76	(91,6)	83 (100,0)
Bekar	2	(11,1)	16	(88,9)	18 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>(8,9)</b>	<b>92</b>	<b>(91,1)</b>	<b>101 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,660

p>0,05

Araştırma kapsamındaki hekimlerin medeni durumlarına göre MO kullanma durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

**Tablo 24.** Yardımcı sağlık personelinin medeni durumlarına göre MO kullanma durumu.

Yard.Sağ.Personeli* (n=150)	MO kullanan		MO kullanmayan		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Evli	6	(4,8)	119	(95,2)	125 (100,0)
Bekar	1	(4)	24	(96,0)	25 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>7</b>	<b>(4,7)</b>	<b>143</b>	<b>(95,3)</b>	<b>150 (100,0)</b>

\*Sadır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,31

p>0,05

Araştırma kapsamındaki 150 yardımcı sağlık personelinin evli ve bekar olma durumlarına göre MO kullanma durumlarına bakılmış olup, evlilerde bekar olanlara göre MO kullanma yüzdesi daha yüksek bulunmuştur (%4,8). Bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 24).

**Tablo 25.** Hekimlerin cinsiyetlerine göre sigara içme durumları.

Hekim*	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Erkek	18	(26,1)	51	(73,9)	69 (100,0)
Kadın	3	(9,4)	29	(90,6)	32 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>(20,8)</b>	<b>80</b>	<b>(79,2)</b>	<b>101 (100,0)</b>

\*Sadır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,067

p>0,05

Araştırma kapsamındaki erkek hekimlerde sigara içme yüzdesi (%26,1) kadınlarda sigara içme yüzdesine (%9,4) göre yaklaşık 3 kat fazla bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Fisher's Exact Test = 0,067).

**Tablo 26.** Yardımcı sağlık personeli cinsiyetlerine göre sigara içme durumları.

Yard.Sağ.Personeli* (n=150)	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Erkek	2	(14,3)	12	(85,7)	14 (100,0)
Kadın	20	(14,7)	116	(85,3)	136 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>(14,7)</b>	<b>128</b>	<b>(85,3)</b>	<b>150 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,02

p>0,05

Araştırma kapsamındaki yardımcı sağlık personeli arasında cinsiyet açısından sigara içme durumları birbirine çok yakın olup fark bulunmamıştır.

**Tablo 27.** Hekimlerin cinsiyetlerine göre MO kullanma durumları.

Hekim*	MO kullanan		MO kullanmayan		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Erkek	8	(11,6)	61	(88,4)	69 (100,0)
Kadın	1	(3,1)	31	(96,9)	32 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>(8,9)</b>	<b>92</b>	<b>(91,1)</b>	<b>101 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 0,266

p>0,05

Araştırma kapsamındaki erkek hekimlerde MO kullanma yüzdesi (%11,6) kadınlarda MO kullanma yüzdesine (%3,1) göre yüksek bulunmuştur, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Fisher's Exact Test = 0,266).

**Tablo 28.** Yardımcı sağlık personeli cinsiyetlerine göre MO kullanma durumları.

Yard.Sağ.Personeli* (n=150)	MO kullanan		MO kullanmayan		Toplam
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	
Erkek	6	(42,9)	8	(57,1)	14 (100,0)
Kadın	1	(0,7)	135	(99,3)	136 (100,0)
<b>Toplam</b>	<b>7</b>	<b>(4,7)</b>	<b>143</b>	<b>(95,3)</b>	<b>150 (100,0)</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

Fisher's Exact Test = 50,62

p<0,05

Araştırma kapsamındaki erkek yardımcı sağlık personelinde MO kullanma yüzdesi (%42,9) kadınlarda MO kullanma yüzdesine (%0,7) göre yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Fisher's Exact Test = 50,62).

**Tablo 29.** Hekimlerin MO Eğitimi ve Bilgi Puanı

Puan	Maraş Otu		n	Ortalama	S.s.	t	p
	Eğitimi						
<b>Bilgi Toplam</b>	Evet		15	13,73	3,01	2,39	0,03
<b>Puanı</b>	Hayır		86	11,66	3,51		

Katılımcıların MO eğitimi alıp almamasının ortalama bilgi puanları üzerinde etkili olduğu, eğitim alan hekimlerin ortalama bilgi düzeylerinin eğitim almayan hekimlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (t=2,39, p<0,05).

**Tablo 30.** Yardımcı Sağlık Personeli MO Eğitimi ve Bilgi Puanı

Puan	Maraş Otu		n	Ortalama	S.s	t	p
	Eğitimi	Aldınız Mı?					
<b>Bilgi Toplam</b>	Evet		102	12,20	2,98	3,24	0,01
<b>Puanı</b>	Hayır		48	10,48	3,13		

Katılımcıların MO eğitimi alıp almamasının ortalama bilgi puanları üzerinde etkili olduğu, eğitim alan yardımcı sağlık personelinin ortalama bilgi düzeylerinin eğitim almayan personele göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (t=3,24, p<0,05).

**Tablo 31.** Hekimlerin Yaş ve Bilgi Puanı

Yaş	n	Ortalama	S.s.	F	p
25 ve altı	6	12,67	3,27		
26-35	22	11,55	3,45		
36-45	51	11,82	3,43	0,41	0,80
46 ve üzeri	22	12,70	4,03		
<b>Total</b>	101	11,97	3,50		

Sonuçlara göre hekimlerin yaşlarının ortalama bilgi puanları üzerinde etkili olmadığı, farklı yaşlarda olan hekimlerin ortalama bilgi düzeyinin benzer seviyelerde olduğu tespit edilmiştir (F=0,41, p>0,05).

**Tablo 32.** Yardımcı sağlık personelinin yaş ve bilgi puanı

Yaş	n	Ortalama	S.s	F	p	İkili karşılaştırma
25 ve altı (1)	23	10,52	3,36			
26-35 (2)	45	11,64	3,57			
36-45 (3)	61	12,08	2,50	2,99	0,02	1<2,3,4
46-üzeri (4)	21	12,21	2,88			
<b>Total</b>	150	11,65	3,12			

Sonuçlara göre yardımcı sağlık personelinin yaşlarının ortalama bilgi puanları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın 25 yaş ve altındaki yardımcı sağlık personelinin ortalama bilgi düzeyinin kendilerinden yaşça büyük olan personele göre daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (F=2,99, p<0,05).

## 5. TARTIŞMA

Katılımcılardan hekimlerin yaş ortalaması  $40,2 \pm 7,2$  (min=24, maks=66) olarak saptandı, yardımcı sağlık personelinin yaş ortalaması ise  $35,7 \pm 8,8$  (min=17, maks=60) olarak saptanmıştır. Hekimlerin meslekte çalışma süresi ortalama  $14,8 \pm 7,6$  (min=1, maks=34) yıl süre, yardımcı sağlık personelinin mesleklerinde ortalama çalışma süresi ortalama  $14,3 \pm 9,3$  (min=1, maks=36) olarak bulundu. Çalışmaya katılan hekimlerin %12,8'i uzman, %87,2'si pratisyen olarak bulundu. Yardımcı sağlık personelinin ise %30,0'u hemşire, 52,0'si ebe, %6,7'si sağlık memuru, %11,3'ü ise diğer meslek grubu olarak bulundu.

Tütün ve tütün ürünleri ile ilgili özellikle sigara kullanımı ve zararları konusunda meslek gruplarının bir çoğuyla alakalı çalışmalar gerek dünyada gerek ülkemizde çok sayıda rastlanırken dumansız tütün çeşitlerinden MO kullanımı konusuna spesifik olarak ülkemizde sağlık çalışanlarının bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bir araştırmaya literatür taramalarımız sonucunda ulaşamadık. Bu nedenle yaptığımız bu araştırma MO konusuna spesifik olarak birinci basamak sağlık çalışanları üzerinde yapılan ilk çalışmalardan biri konumundadır.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının MO kullanma durumu, MO'nun etkileri ve neden olduğu sağlık sorunları konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ve sigara içme sıklığı araştırıldı.

Çalışmamızda birinci basamakda çalışan sağlık personelinin MO kullanma oranı %6.8, hekimlerin MO kullanma oranı %8.9, yardımcı sağlık personelinde %4.7 olduğu saptanmıştır. Sucaklı ve arkadaşlarının din görevlileri, sağlık çalışanları ve memurlar üzerinde yaptığı çalışmada MO kullanma oranı %5.6 olarak bulunmuş (77). Dünyada yaygın olarak kullanılan dumansız tütün çeşitlerinden tombak'ın Sudan'da kullanım sıklığının erkeklerde %23, kadınlarda %1.7 oranında olduğu belirtilmiş (99). Ayrıca yaygın kullanılan bir diğer dumansız tütün olan snus ile ilgili yapılan bir çalışmada İsveç'te erkeklerde %16, kadınlarda %3 oranında kullanıldığı saptanmıştır (100). Bu oranlarda de bizim çalışmamızın sonuçları ile uyum göstermektedir.

Araştırmamızda birinci basamakda çalışan sağlık personelinin sigara içme oranı %17.75, hekimlerin sigara içme oranı %20.8, yardımcı sağlık personelinin sigara içme oranı %14.7 olarak saptanmıştır. Sigara içme oranları; hemşirelerde %17.8, ebelerde %11.5 olarak saptandı. Hemşirelerde sigara kullanma oranı ülkemizde yapılan



çalışmalarda %40.3–60.5, diğer ũlkelerde yapılan çalışmalarda ise %7–51 aralığında bulunmuştur (78,79). Yapılan çalışmalarda gelişmiş ũlkelerde dũřũk oranlar ifade edilirken, gelişmekte olan ũlkelerde daha yũksek oranlar gŖrũlmektedir (80-83). Bizim bulgularımız da gelişmiş olan ũlkelerde çıkan sonuçlara daha yakındır. Sağlık personelinin sigara içme oranının genel populasyonun sigara içme oranı ile benzer olduğu; hemşirelerde sigara içme oranlarının doktorlar ve diş hekimlerinden daha yũksek olduğu çeşitli araştırmalarda belirtilmiştir (84,85).

Baltacı ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada Dũzce'deki aile hekimlerinde sigara içme prevalansı %34,1 olarak bulunmuştur (101). 2006 yılında Kayseri'de yapılan bir çalışmada sigara içme oranı pratisyenlerde %39,8, uzmanlarda %34,2, asistanlarda %33,6 bulunmuştur (102). Değişik ũlkelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerdeki sigara içme oranı Danimarka'da %29-30, İngiltere de %25.8, Fransa'da %25, İtalya'da %43 Japonya'da %18.6, in de %7.4 olarak saptanmıştır (84). Akdeniz ũlkesi olan İşpanya (%42.3) ve Yunanistan'da (%44) sigara içme oranları bizim sonuçlarımızdan yũksek çıkmıştır (81,83). Bu farklılığın sebebi DSŖ ve ũlkelerin sağlık politikalarındaki tũtũn kullanımı ve zararları ile ilgili yapılan faaliyetlerin etkisi olduğunu dũřũndũrmektedir, Ŗzellikle ũlkemizdeki tũtũn ũrũnlerinin kullanımını yasaklayan 4207 sayılı kanundan dolayı ve sigaradan alınan vergilerden ve yasaklardan olduğu dũřũnebilir.

1999 yılında Akvardar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp fakũltesi Ŗęrencilerinde sigara içme oranları erkeklerde %0-56.9 ve kadınlarda %0-44.7 arasında değişmektedir (86,87). 2014 yılında Yengil E ve arkadaşlarının Hatay'da yaptığı çalışmada tıp fakũltesi Ŗęrencilerinde sigara içme sıklığı %25,6 olarak bulunmuştur (76). Bu durum da gŖsteriyor ki sigara içme oranlarının yũksek olması mezuniyet sonrası hekimlerde sigara içme davranışının devam etmesinin sebebi olabilir, tıp fakũltelerinde ders programlarına sigara bırakma ile ilgili derslerin koyulması ve eğitimlerin iyi yapılması gerekmektedir. Tũtũn ũrũnlerinin bağımlılığı konusunda tıp fakũltesi Ŗęrencilerinde farkındalık oluşturulmalıdır.

Çalışmamızda cinsiyetlere gŖre sigara içme oranı ise erkek hekimlerde (%26.1) kadın hekimlerden (%9.4) ( $p>0.05$ ) fazladır. Tũrkiye'de, hekimlerde yapılan çalışmalarda benzer Şekilde erkek hekimlerin kadın hekimlere gŖre daha fazla oranda sigara içtikleri ve kadın hekimlerin sigara içme oranlarının toplumdaki kadınlara sigara içme oranlarının ũzerinde olduğu saptanmıştır (81,85,88-90).

Çalışmamızda cinsiyetlere göre MO kullanma oranı ise erkek hekimlerde %11.6, kadın hekimlerde %3.1, erkek yardımcı sağlık personelinde %42.9, kadın yardımcı sağlık personelinde %0.7 olarak saptanmıştır. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada erkeklerin %25.1'inin, kadınların ise %1.4'unun MO kullandığı belirlenmiştir (12). Görüldüğü üzere MO kullanımı ve sigara kullanımı arasında belirgin düzeyde bir fark bulunmaktadır. Sigara kullanım oranlarının yüksek olması, tüm dünya çapında sigara üreticilerinin yaptığı reklam ve satış propagandalarının etkisi olabileceğini akla getirmektedir. Esasen MO kullanımı dumansız, göreceli kokusuz, ucuz ve bağımlılık yapıcı etkisi daha yüksek olmasına rağmen üreticileri tarafın reklam ve satış faaliyetleri zayıf kaldığı için, bu fark oluşmuş olabilir. Bu da gösteriyor ki bağımlılıktan ve kullanım pratikliğinden ziyade reklam ve satış faaliyetleri tütün kullanımının yaygınlaşmasında daha etkin bir rol oynamaktadır.

2012 yılında Kahramanmaraş'ta genel bir lisede 2500 öğrencinin MO kullanım özelliklerini araştıran başka bir çalışmada öğrencilerin % 4'ünün MO, %3.4'ünün ise hem MO hem de sigara kullandıkları saptanmış (38). 2013 yılında Kahramanmaraş ilinde din görevlileri, sağlık çalışanları ve memurlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise MO kullanım oranı %5.6 olarak saptanmıştır (77). Birleşik Amerika'da erkek adolesanların %13'unun, Kongo Cumhuriyeti'nde ise %18'inin dumansız tütün kullandığı belirlenmiştir (91,92). Çalışmamızda bulunan oranlar daha önce yapılan benzer çalışmalara göre daha düşük oranlarda MO kullanımı tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi tütün kullanımına karşı koruyucu ve bilgilendirici hizmetlerin artması, çalışmaların çoğalması diğer taraftan ise madde bağımlılığı konusunda önleyici faaliyetlerin yaygınlaşması bu tablonun oluşmasına sebep olmuş olabilir. Bu çalışma Kahramanmaraş yöresine ait veriler içermekte ve tüm ülke için genellenemeyeceğinden diğer ülkelerde dumansız tütün mamullerinin çeşitli formlarda kullanılması bu farkın oluşmasına sebep olmuş olabilir. Gerek ülkemizde gerekse çeşitli ülkelerde dumansız tütün kullanımının azımsanamayacak sıklıkta olduğu ortadadır. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin MO konusunda kendilerinin bilinçlenerek halkı MO konusunda bilinçlendirmesi ve bu konuda bireylere koruyucu sağlık hizmeti vermesi gerekmektedir.

Çalışmamızda MO konusundaki birinci basamakda çalışan uzman hekimlerin bilgi puanı ortalaması 17 puan üzerinden  $11,3 \pm 4,4$  puan, pratisyen hekimlerin bilgi puanı ortalaması  $12,0 \pm 3,4$  puan olarak bulunmuş, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Erkek hekimlerde bilgi puanı ortalaması  $11,7 \pm$

3,7 puan, kadın hekimlerde bilgi puanı ortalaması  $12,5 \pm 2,8$  puan olarak bulundu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hekimlerin yaşlarının ortalama bilgi puanları üzerinde etkili olmadığı, farklı yaşlarda olan hekimlerin ortalama bilgi düzeyinin benzer seviyelerde olduğu tespit edilmiştir ( $F=0,41, p>0,05$ ). MO konusunda eğitim alan hekimlerin bilgi puan ortalaması 13.73, MO konusunda eğitim almayanların bilgi puan ortalaması 11.66 olduğu tespit edilmiş, eğitim alan hekimlerin ortalama bilgi düzeylerinin eğitim almayan hekimlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t=2,39, p<0,05$ ). Hemşirelerin bilgi puan ortalaması 18 puan üzerinden  $11,3 \pm 3,2$  puan, ebelerin bilgi puan ortalaması  $11,9 \pm 2,9$  puan, sağlık memurlarının bilgi puan ortalaması  $12,3 \pm 3,3$  puan, diğer sağlık çalışanlarının bilgi puan ortalaması  $10,7 \pm 3,3$  puan olarak saptandı, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). MO konusunda eğitim alan yardımcı sağlık personelinin bilgi puan ortalaması 12.20, MO konusunda eğitim almayanların bilgi puan ortalaması 10.48 olduğu tespit edilmiş, eğitim alan yardımcı sağlık personelinin ortalama bilgi düzeylerinin eğitim almayan personele göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t=3,24, p<0,05$ ). Yardımcı sağlık personelinin yaşlarının ortalama bilgi puanları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın 25 yaş ve altındaki yardımcı sağlık personelinin ortalama bilgi düzeyinin kendilerinden yaşça büyük olan personele göre daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ( $F=2,99, p<0,05$ ). MO konusunda daha bilgili olması gereken sağlık personelinin orta düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç dumansız tütün kullanımı konusunda bilgi düzeyi ve farkındalık açısından daha çok eğitim ve faaliyetlerin gerektiğini göstermektedir. MO kullanıcılığının neden olduğu sağlık etkileri konusunda yardımcı sağlık personelinin bilgilerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da hekimlerin, hemşirelerin ve tıp öğrencilerinin sigara ve zararları konusunda bilgi düzeylerinin çok yeterli olmadığı gösterilmiştir (87,93-96). Toplum kapsayan araştırmalarda da bilgi seviyesinin yeterli olmadığı belirtilmiştir (97,98). Sonuçlara göre tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak dumansız tütün konusunda eğitim programlarının uygulanmasının gerekli olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin tutumları incelendiğinde %93,1'inin hastalara MO kullanımı sorulmalı, %97'si hastalara MO ile ilgili eğitim verilmeli, %97'si hastalardan MO kullanan varsa eğitim verilmeli, %94,1'i hastalardan MO kullanan varsa bırakmasını telkin edilmeli gerektiğini belirtti. Hekimlerin %71,3'ünün MO ile ilgili eğitim almak istediğini ifade etti. Çalışmamıza katılan yardımcı sağlık

personelinin tutumları incelendiğinde %94'ü hastaların MO kullanımı sorulmalı, %51,3'ü hastaların MO kullanımını sorgularım ,%98'si hastalara MO ile ilgili eğitim verilmesi gerekir, %68'i MO ile ilgili eğitim almak isterim, %14.7'si MO'yu bırakmak için hastaların kendilerine danıştığını söyledi. Yardımcı sağlık personeli MO'yu bırakmak için kendilerine danışan hastaların %48.7'sini hekime yönlendiririm, %8.7'sini bilgilendiririm, %26'sı bilgilendirip hekime yönlendiririm,%16.7'si ise fikrim yok diye belirtti. Çalışmamızda hem hekimlerin hemde yardımcı sağlık personelinin MO ile ilgili eğitim alma konusundaki düşük oranı şaşırtıcı bulundu.

Çalışmamıza katılan hekimlerin davranışları incelendiğinde %20,8'inin sigara içtiği, %8,9'unun MO'yu kullanmış olduğu, %65,3'ünün MO kullanan hastasının olduğu, %76,2'sinin çevresinde MO kullananların olduğu, %14,9'unun MO ile ilgili eğitim aldığı, %7,9'unun kendilerine MO kullanımı nedeniyle hastaların başvurduğunu, %3,0'ünün MO'yu bırakmak isteyen hastalara medikal tedavi uyguladığını, %10,9'unun MO kullanan hastalarını düzenli olarak her kontrole geldiğinde sorguladığını, %10,8'i günlük pratiğimde hastalarımın MO kullanımını sorguladığını, %17,8'i hastaların MO kullanım durumunu kaydettiğini, %93,1'i MO kullanan hastalarımı bırakmalarını tavsiye ettiğini, %40,6'sı MO kullanan hastalarımı bırakmayı isteyip istemediklerini sorguladığını söyledi. Hekimler MO'yu bırakmak isteyenleri; %38,6'sı bilgilendiririm, %48,5'si üst merkeze yönlendiririm, %0 'ı tedavi uyguladım, %2,0'si bilgilendiririm ve tedavi uyguladım, %10,9'u ise fikrim yok dedi. 2013 yılında Keten HS'nin yaptığı bir çalışmada MO kullanan hastaların %29.6'sı doktorlar tarafından MO kullanıp kullanmadığının sorulduğunun, %29.6'sı doktorların MO'yu bırakmasını önerdiğinin, %19.8'i doktorların MO bırakmasına yardım edebileceğini söylediğini belirtti. Ayrıca doktorların MO kullanan hastalarının tamamına MO'yu bırakmasını ve yardım edebileceğini söylemesi gerekirken bu oranların çok düşük kalması kalması doktorların bu konudaki bilgi ve tutumunda eksiklik olduğunu göstermektedir (76). Bizim çalışmamızda da benzer oranlar elde edildi, MO konusunda hekimlerde bilgi, tutum ve davranış eksiklikleri saptandı. Bu sonuçlar birinci basamak hekimlerinin MO'yu kullanan hastalara eğitim yetersizliği ve yoğun iş temposu nedeniyle zaman ayıramadıkları düşünüldü.

Çalışmamıza katılan yardımcı sağlık personelinin davranışları incelendiğinde %14,7'sinin sigara içtiği, %4,7'sinin MO kullandığı, %34,7'sinin MO kullanan hastalarının olduğu, %62,0'sinin çevresinde MO kullananlar olduğu, %94,0'ünün hastalardan MO kullananlara bırakmasını telkin ettiğini söyledi. MO konusunda

literatürde birinci basamak sağlık personeli üzerinde yapılmış çalışmaya rastlanmamış, ancak sigara ile ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. MO'da sigara gibi nikotin bağımlılığı yapmaktadır ve sigara ile benzer kimyasalları yapısında barındırmaktadır. Sigara konusunda sağlık personelinde yapılan çeşitli çalışmalarda tutum ölçütü olarak değerlendirilen hastaya sigara içme durumunu sorma ve hastayı sigara bırakma yönünde teşvik etmek daha çok kabul edilen tutum olarak sergilenmiştir (94,95). Araştırmalar, doktorların hastalarına sigara kullanmamaları şeklindeki tavsiyelerinin çok etkili olduğunu göstermektedir. Hekimlerin yönlendirdiği hastaların en az 6 ay izlendiği 28 sigara bıraktırma programının analizinde, hekimlerin yalnızca hastaya sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-13), sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13-40) olarak tespit edilmiştir (103). Taggart ve arkadaşlarının 2012 yılında 52 çalışmanın meta- analizini yaptıkları çalışmalarında da, hekimin kişisel ya da grup danışmanlığının, yazılı materyal, video ve web tabanlı programlara göre daha etkili olduğunu belirtmiştir (104). Öztuna ve arkadaşları tarafından, hekimlerin sigara bırakma konusundaki tavsiyelerinin %2-3 düzeyinde etki sağlayacağı ifade edilmektedir. Her sene farklı sebeplerle birinci basamak sağlık kuruluşlarında muayene olan 100 milyon bireyin 10 milyonu sigara kullanan bireyler olduğu varsayıldığında, hekimin müdahalesi sonucu bu bireylerin %1'lik kesiminin sigarayı bırakacağı hesaplandığında her yıl yaklaşık 100.000 bireyin sigarayı bırakacağı tahmin edilmektedir. Dolayısıyla sigara bıraktırma danışmanlığını birinci basamağa entegre etmenin önemi ortaya çıkmaktadır (105). Birinci basamak hekimleri sigara kullananları tespit etmede, değerlendirmede ve tedavide önemli görevler yapabilir. Çünkü yapılan araştırmalar, birinci basamak hekimlerinin sigara kullananların yaklaşık %70'ini her yıl en az bir defa gördüklerini belirtmektedir (82). Aynı şekilde bölgemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara MO kullanımını sorulup bırakması yönünde tavsiyede bulunulmasının hastaların MO'yu bırakması yönünde etkili olacağı kanaatindeyiz.

Mevsim ve arkadaşlarının 2005 yılında sağlık personelinin sigara konusundaki tutumlarını belirledikleri çalışmada, %22,5'inin hastalara sigara içip içmediklerini sordukları, %76,8'inin ise sigarayı bırakmalarını tavsiye ettiklerini saptamıştır (106). Bizim çalışmamızda da hekimlerin %10,8'i hastalarına MO kullanıp kullanmadığını sorgularım, %40,6'sı MO kullanan hastalarımıza bırakmayı isteyip istemediklerini sorgularım,%93,1'i MO kullanan hastalarımıza bırakmalarını tavsiye ederim dedi. Bizim çalışmamızda Kahramanmaraş yöresine spesifik olan MO'yu hekimlerin daha az

sorguladıkları ama kullananların bırakmasını daha fazla tavsiye ettikleri tespit edildi, bu sonuç MO'nun sigara gibi dumanı ve kokusu olmadığından MO'yu tespit etmenin sigara gibi kolay olmadığından kaynaklanmış olabilir. Son yıllarda tütün ürünlerinin zararları kamuoyunda daha fazla yer aldığından çalışmamızda da olduğu gibi hekimler hastalara tütün ürünlerini bırakmalarını daha fazla tavsiye etmektedir.

## 6. SONUÇ

Tütün ürünlerinin kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Türkiye'nin Doğu Akdeniz bölgesinde kullanılan MO önemli bir halk sağlığı sorunu olarak göze çarpmaktadır. Sigara ve MO ile mücadelede birinci basamakta çalışan doktorlar kadar başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık çalışanlarına da çok önemli görevler düşmektedir. Çalışmamızda birinci basamakta çalışan sağlık personelinin MO bağımlılığı konusunda bilgi düzeyleri düşüktür ve MO'nun yaptığı zararları iyi bilmemektedirler. MO'nun zararları, bırakma ve danışmanlık konusunda özel bir eğitim almamışlardır. Bu durum MO ile etkin mücadelede eksiklik oluşturmaktadır. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hekimlere ve yardımcı sağlık personeline yönelik MO ile mücadele konusunda eğitimler düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının toplumun MO konusunda bilgilendirilmesinden, MO'ya başlamamasına ve MO kullananların MO'yu bırakmalarına kadar MO ile mücadelesinde pek çok boyutta işlevleri vardır. Yöremizdeki MO kullanma sıklığının azaltılabilmesi için, MO'yu bırakma yönünde teşviklerin bireysel, kurumsal ve toplumsal olarak sağlanması ve bırakmak isteyenlere destek verecek sağlık yapılanmasının kurulması gereklidir. Bu yapılanma için en uygun olan koşul da ülkemizde çok yaygın örgütlenmesi olan Aile hekimlerinin MO'yu bırakma konusunda danışmanlık yapabilecekleri koşulların sağlanmasıdır. Tüm bu işlevlerinden daha da önemlisi MO kullanmayan kişiler olarak topluma özellikle gençlere rol model olmalarıdır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının MO zararları ve kullanılmaması gerektiği konusunda halka yönelik bilinçlendirme faaliyetlerinde bulunmaları gereklidir.

## 7.KAYNAKLAR

1. Dabak, S. Sigara ve Sağlık. Ayla T. (Ed.). Sigaranın bilimsel yüzü, s.1-4, Logos Yayıncılık, İstanbul, 2004.
2. World Health organization. The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. 2002. Geneva
3. Warren CW, Jones NR, Peruga A, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. MMWR Surveill Summ 2008;57:1-28:
4. Ezzati M, Lopez AL. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003;362:847-52.
5. Kaufman N, Yach D. Tobacco control-challenges and prospects. Bull World Health Organ 2000;78:867.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberi.Güncelleme tarihi: Temmuz 2009. [Internet][http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs\\_Basin\\_Merkezi/Denetim\\_Ekiple ri\\_Rehberi.pdf](http://www.havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Basin_Merkezi/Denetim_Ekiple ri_Rehberi.pdf). Erişim: 10.01.2013
7. Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group. Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. J Sch Health 2003;73:207-15.
8. Ocana I, Martinez-Vazquez JM, Ribera E, et al. Adenosine deaminase activity in the diagnosis of lymphocytic pleural effusions of tuberculosis, neoplastic and lymphomatous origin. Tubercle 1986;67:141-145.
9. Ocana I, Martinez-Vazquez JM, Segura RM, et al. Adenosine deaminase in pleural fluids. Test for diagnosis of tuberculous pleural effusion. Chest 1983;84:51..
10. Erenmemisoglu A. Re: Turkish smokeless tobacco "Maras Powder" Prev Med 1999; 28: 616-617.
11. Kılınç M, Okur E, Kurutas EB, Güler FI, Yıldırım I. The effects of maras powder (smokeless tobacco) on oxidative stres in users. Cell Biochem Funct 2004; 22:233-6.
12. Kafas A. Kahramanmaraş il merkezinde tüketicilerin sigara ve Maraş otu kullanımını etkileyen faktörlerin analizi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi,

- Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, Eylül 2011
13. Köksal N, İnanç F, Kılınç M. Sigara ve dumansız tütün (Maraşotu) kullananlarda serum adenozin deaminaz düzeyleri. Tıp Araştırmaları Dergisi 2004;2;7-11.]
  14. Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the regular smoking during adolescence and young adulthood. J Adolesc Health 2003; 32: 314-24.
  15. Barnes PJ. Managing chronic obstructive pulmonary disease. Science Pres Ltd. 1999; 4-5.
  16. Demir, H. 1998. Tütün ve Sigara İçenlerde Serum Tiyosiyanat Seviyeleri ile Selenyum, C Vitamini ve Lipid Peroksidasyonu Seviyelerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Şanlıurfa
  17. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> (Erişim tarihi: 10.08.2013).
  18. Gür M. Genel tütüncülük ders notları. İstanbul Üniversitesi Tütün Ekspertleri Yüksek Okulu Yayınları, s.2-5, İstanbul, 1979.
  19. Hill, A.F. 1951. Economic Botany. Mc Graw Hill Book Company Inc., New York, S. 268-275
  20. Watt, J.M., Breyer-Brandwijk, M.G. 1962. Medicinal and Poisonous Plants of Southern and Eastern Africa. 2th Ed., E and S Livingstone Ltd., London. 962-988.
  21. Sapan H. Türk tütününde fiyatlandırma politikası. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1997
  22. Cunningham R. Smoke and Mirrors. The Canadian Tobacco War. IDRC, Books, Ottawa, Cairo, Dakar, Johannesburg etc. 1996
  23. Barış İ. Tütün kullanımının tarihçesi. Toraks Derneği Merkezi Kursları: Tütün Kontrol Uzmanlığı, Ankara, 2003
  24. Borio, G., (2001). "The Tobacco Timeline", [http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco\\_History21.html](http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History21.html), (Son erişim: 24.03.2013).
  25. FAO, (2013). "Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü" Tarım İstatistikleri, <http://faostat.fao.org/>, (Son erişim: 24.03.2013).
  26. Warren CW, Jones NR, Peruga A, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. MMWR Surveill Summ 2008;57:1-28.



27. World Health Organization. Tobacco or Health: A global status report. Geneva: World Health Organization, 1997: 10-8
28. Aile Yapısı Araştırması 2006. <http://www.tuik.gov.tr> adresinden 10.08.2013 tarihinde erişilmiştir.
29. T.C. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu 2010. Anıl Matbacılık, Yayın No:803, 2010:37-75.
30. Türkiye İstatistik Kurumu, 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> erişim tarihi: 03.03.2014.
31. Öztuna F. Sigaranın hücreesel etkileri. Akciğer Arşivi 2004;2:111-116.
32. Behr, J. and Nowak, D. Tobacco smoke and respiratory disease. [21], 161-179. 2002. ERS Journals Ltd. European Respiratory Monograph.
33. Akçay Ş. Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği VI. Kış Okulu 2007;105.
34. Erenmemisoglu A, Tekola Y, Kartal M, Kurucu S. The use of a smokeless tobacco in our country 'Maras Powder'. Doga-Turk J Med Sci 1992;16: 567-76.
35. Büyükmeşe MA, Köksal N, Güven A, Çetinkaya A, Dumansız tütün "Maras Otu" kullanımının solunum fonksiyonları üzerine olan etkileri. Akciğer Arşivi 2004; 5:174-8
36. Güven A, Köksal N, Büyükmeşe MA, Çetinkaya A, Sökmen G, Aksu E, Çağlayan CE. Effects of using a different kind of smokeless tobacco on cardiac parameters: "Maras powder". Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2003; 3:230-5.
37. Kafas A. Kahramanmaraş il merkezinde tüketicilerin sigara ve MO kullanımını etkileyen faktörlerin analizi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, 2011
38. Sucaklı MH, Kahraman H, Çelik M, Keten HS. An Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behavior regarding Smoking and Smokeless Tobacco (Maras Powder) Use among High School Children. Gaziantep Medical Journal (in press).
39. Keten HS. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Sigara ve Maras Otu Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Kahramanmaraş, 2013.
40. Erenmemisoglu A, Kartal M, Üstün H. Carcinoma of buccal mucosa in smokeless tobacco users: A preliminary study of the use of cytology for early detection. Cytopathology 1995; 6:403-8.

41. Kurtul N, Çıl MY, Paçacı SD. Serum total sialic acid levels in smokers and users of smokeless tobacco in from of oral powder (Maras powder). *J Biomed Sci* 2005;12:559-63.
42. Aral M, Ekerbicer H, Celik M, Ciragil P, Gul M. Comparison of effects of smoking and smokeless tobacco "Maras powder" use on humoral immune system parameters. *Mediators Inflamm.* 2006; 3:85019.
43. Sucakli MH, Ozkan F, Inci MF, Celik M, Keten HS, Bozoglan O. Effects of smokeless tobacco (Maras powder) use on carotid intima media thickness. *Med Sci Monit.* 2013 Oct 16;19:859-64
44. Keten D, Keten HS, Goktas MT, Ucer H, Ersoy O, Celik M. Oral Candida carriage and prevalence of Candida species among Maras powder users and non-users. *J Oral Pathol Med* 2015;44(7):502-6
45. Özkul Y, Dönmez H. Erenmemisoglu A, Demirtas H, İmamoglu N. Induction of micronuclei by smokeless tobacco on buccal mucosa cells of habitual users. *Mutagenesis* 1997; 12:285-287.
46. Köksal N, İnanç F, Kılınç M. Sigara ve dumansız tütün (Maraş otu) kullananlarda serum adenosin deaminaz düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2004; 2 (3):7 - 11
47. Goo Lsby MJ. Smokeless tobacco. The health cousoquances of snuff and chewing tobacco. *Nurse Practitiover* 1992; 17: 24-36.
48. Çok I, Öztürk R. Yurdumuza özgü dumansız tütün kullanan bireylerde nikotin maruziyetinin saptanması XIII. Ulusal Farmakoloji Kongresi, 70 , 4-8 Kasım 1996, Antalya, Türkiye.
49. ÇOK, I. 1998. Dumansız Tütün Kullanımının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri*, 18: 24-29.
50. WOLFE, M.D., CARLOS, J.P. 1987. Oral Health Effects Of Smokeless Tobacco Use in Navajo Indian Adolescents, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22:158-164.
51. Noland MP, Kryscio RJ, Riggs RS, Linville LH, Perritt LJ, Tucker TC. Use of snuff, chewing tobacco, and cigarettes among adolescents in a tobacco-producing area. *Addictive Behaviors* 1990; 15:517-30.
52. Johnson GK, Squier CA, Path FRC. Smokeless tobacco use by youth: a health concern. *Pediatric Dentistry* 1993; 15 (3): 169-73.
53. Castiglia PT, Dean PNP, Health A. Smokeless tobacco. *J Pediatr Health Care* 1994; 8: 274-6.

54. Pelletier SW. Alkaloids Chemical and Biological Perspectives, John Wiley and Sons, New York. 1985: 3: 18-35.
55. Volle R L, Koelle G B. Ganglionic stimulating and blocking agents. In Goodman LS, Gilman A, eds. The Pharmacological Basis Therapeutics, The MacMillian Company, U.S.A. 1970:585-600.
56. Tucker LA. Use of smokeless tobacco, cigarette smoking and hypercholesterolemia. Am J Public Health 1989; 79 (8): 1048-50
57. Siegel D, Benowitz N, Ernster VL, Grady D G, Hauck WW. Smokeless tobacco, cardiovascular risk factors, and nicotine and cotinine levels in professional baseball players. Am J Public Health 1992; 82: 41721.
58. Sırsat MV, Doctor VM. A histopathologic study on the effect of tobacco chewing on the buccal mucosa in Indians and its relationships to cancer. Br J Cancer 1967; 23: 39-43.
59. Greer RO, Poulson TC. Oral tissue alterations associated with the use of smokeless tobacco by teen agers. Oral Surgery 1983; 56: 275-84.
60. Boffetta P, Hecht S, Gray N, et al. Smokeless tobacco and cancer. Lancet Oncol 2008;9:667-75.
61. Lee PN, Hamling J. Systematic review of the relation between smokeless tobacco and cancer in Europe and North America. BMC Medicine 2009;7:36.
62. Lee PN. Circulatory disease and smokeless tobacco in Western populations: a review of the evidence. Int J Epidemiol 2007;36:789-804.
63. Boffetta P, Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with metaanalysis. BMJ 2009;18:b3060.
64. England LJ, Levine RJ, Mills JL, et al. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. Am J Obstet Gynecol 2003;189:939-43.
65. Ekerbiçer H, Aral M, Çelik M, Çıragil P. Farklı tütün kullanım şekillerinin humoral immün sistem parametrelerine etkilerinin karşılaştırılması. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, Türkiye, 23-28 Eylül 2002.
66. Ketten HS, Isik O, Ucer H, Aslan U, Sarı N, Sahin H, Celik M. Effects Of Maras Powder (Smokeless Tobacco) Usage On Cognitive Functions In Males Aged  $\geq 60$  Years. Acta Medica Mediterranea, 2015, 31: 291-296
67. Kurtul N, Arıcan A. Serum lipid peroxidation in Nicotiana rustica L. users. Proceedings of ICNP, Trabzon, Turkey, 2002.

68. Çok I, Ozturk R. Urinary cotinine levels of smokeless tobacco (Maras powder) users. *Hum Exp Toxicol* 2000; 19:650-5.
69. Cerit M. Maraş Otu ve sigara kullanımının sağlıklı erkeklerde böbrek fonksiyonlarına etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2010.
70. Sönmez Tİ. Maraş Otu kullananlarda tiroid hastalığı sıklığı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2009
71. Yıldırım F. MO kullanımı ile kişilik yapısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2015
72. Kılınç M, Okur E, Yıldırım I, İnanç F, Kurutas EB. The investigation of the effect of Maras powder (smokeless tobacco) on hematological parameters. *Turk J Haematol* 2004; 21:131-6.
73. Utku U, Atilla N , Cetin GY, Gisi K , Gokce M. Dumansız Tütün 'Maraş Otu' Kullanımının Serebral Kan Akım Hızı Üzerine Etkileri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 2015: 13(2):50-53
74. Bakan B, Sucaklı MH , Özkan F , Bilal Ö , Altun İ. Sağlıklı Erkeklerde Maraş Otu (Dumansız Tütün) Kullanımı İle Sigara Kullanımının Kemik Mineral Yoğunluğu Üzerine Olan Etkisinin Karşılaştırılması. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2013;19: 12-6
75. Keten HS. Sigara ve Maraş Otu (Dumansız Tütün) Bağımlılığı Tedavisinde Bupropion. *Journal of Contemporary Medicine* 2014;4(Supp): CR-100
76. Yengil E, Özer C, Demirkıran G, Çevik C, Özler GS, Akkoca AN. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2014;6(3):1-7.
77. Keten HS, Sucaklı MH, Ersoy Ö, Üçer H, Sarı N, Çelik M. Sigara ve zararlarına yönelik eğitimin etkinliği: Bir konferans değerlendirmesi. *Kafkas J MedSci* 2014; 4(1):14–18.
78. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, et al. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2005;58:124–31.
79. Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Practice* 2004;5:12.

80. Block DE, Hutton KH, Johnson KH. Differences in tobacco assessment and intervention practices: a regional snapshot. *Am J Prev Med* 2000;30:282-287.
81. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. *Toraks Dergisi*, 2002;3:253-256
82. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Am J Prev Med* 1998; 27:720-729.
83. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi* 2000;1:90-95.
84. Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2002;3:73-83
85. Öncel S. İzmir Metropolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları (Basılmamış uzmanlık tezi) TC Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir,1984
86. Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB, et al. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2001;2:1-8
87. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. *Torax* 1999; 54:70-78.
88. Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Trabzon il merkezinde görev yapan doktorlarda sigara içme sıklığı. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 1999;20:2-3.
89. Ertuğrul E, Erkan F, Çuhadaroğlu Ç. Smoking behaviour and attitudes of doctors in a university hospital in İstanbul. *J Smoking-Related Dis* 1994; 5: 177-181
90. Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, Şenveli B, Abay E. Hekimlerde sigara içme alışkanlığı ve ruhsal örüntü. *Bağımlılık Dergisi*, 2000; 1:32-37.
91. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *MMWR* 2008;57:1-131.
92. Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S. Current use of smokeless tobacco among adolescents in the Republic of Congo. *BMC Public Health* 2010;10(16):1-5.
93. Box V, Anderson Y. Cancer beliefs, attitudes and preventive behaviours of nurses working in the community. *Cancer beliefs of community nurses. Eur J Cancer Care*, 1997; 6: 192-208
94. Lei Z, Jingheng H, Jianzhong L. Smoking among Shanghai medical students and the need for comprehensive intervention strategies. *Health Promot Int* 1997;12 (1):27-31

95. Serj H.C, Osler M. Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Am J Prev Med* 2002; 34:260-265.
96. Soliman AS, Raouf AA, Chamberlain RM. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to cancer control and screening among primary care physicians in Egypt: the need for postgraduate medical education. *J Cancer Educ* 1997; 12: 100 -107.
97. Kim KK, Yu ESH, Chen EH, Kim J, et al. Smoking behaviour, knowlwdge , and beliefs among Korean Americans. *Cancer Pract* 2000; 8:223-230
98. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, et al. Tobacco control in California: who's winning the war? an evaluation of the tobacco control program, 1989-1996. La Jolla, CA: University of California, San Diego; 1998: 12-18
99. Idris AM, Ibrahim YE, Warnakulasuriya KAAS, Cooper DJ, Johnson NW, Nilsen R, et al. Toombak use and cigarette smoking in the Sudan: Estimates of prevalence in the Nile State. *Prev Med* 1998; 27(4): 597-60.
100. Rodu B, Stegmayr B, Nasic S, Asplund K. Impact of smokeless tobacco on smoking in Northern Sweden. *J Intern Med* 2002; 252 (5): 398-404
101. Baltaci D, Bahcebasi T, Aydin LY, Ozturk S, Set T, Eroz R, Celer A, Kara IH. Evaluation of Smoking Habits Among Turkish Family Physicians.. *Toxicol Ind Health*. 2012 May 24.
102. Çetinkaya F, Biricik SS, Naçar M. Kayseri İl Merkezindeki Hekimlerin ve Tıp Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları ve Sigara Konusundaki Tutumları Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 28 (4) 163-171, 2006.
103. Schwartz JL. Methods of Smoking Cessation. *Med Clin North Am* 1992; 76:451-76.
104. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, Denney-Wilson E, Harris MF. A Systematic Review of Interventions in Primary Care to Improve Health Literacy for Chronic Disease Behavioral Risk Factors. *BMC Fam Pract*. 2012 Jun 1;13(1):49.
105. Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O, Karlıkaya C. Tütün Kontrolü Derleme.Toraks Dergisi 2006;7(1):51-64.
106. Mevsim V, Dontlu Ç, Yeniçeri N, Özçakar N, Güldal D. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanları Sigara ve Kanser Riski Konusunda Ne Biliyor ve Ne Yapıyor? *Bağımlılık Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 2, 2005.

## 8. EKLER

### EK-1 Hekimlerin Maraş Otu Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarını Araştırma Anketi

1	Yaşınız:	2. Meslekte kaçınıcı yılınız?.....
3	Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın	
4	Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar	
5	Mesleğiniz: a) Uzman tabip b) Tabip	

Aşağıdaki ifadeler konusunda görüşünüze uyan sütunu (X) işareti ile belirtiniz.

	İfadeler Bilgi	Katılıyorum	Bilmiyorum/ Fikrim Yok	Katılmıyorum
6	Maraş Otu, sağlığa zararlıdır.			
7	Maraş Otu, ağız ve diş sağlığını bozar.			
8	Maraş Otu solunum sistemi hastalıkları nedenidir.			
9	Maraş Otu, renal hasar yapar.			
10	Maraş Otu, kardiyovasküler hastalıklara yol açar.			
11	Maraş Otu, gastrointestinal hastalıklara yol açar.			
12	Maraş Otu, immun sisteme zarar verir.			
13	Maraş Otu, hipertansiyon yapar.			
14	Maraş Otu, beklenen yaşam süresini azaltır.			
15	Maraş Otu, ağız kanseri görülme sıklığını artırır.			
16	MO kullanımı okul, kütüphane, hastane gibi kapalı yerlerde yasaktır			
17	Maraş Otu (MO) nikotin bağımlılığı yapar.			
18	Maraş Otu, sigaradan daha az nikotin içerir.			
19	Maraş Otu, sigarayı bırakmada yardımcıdır.			
20	Maraş Otu, sigaradan daha az zararlıdır.			
21	Maraş Otu, bağımlılığı tedavisi vardır.			
22	Nikotin bandı ve sakızı MO bırakma tedavisinde kullanılır.			

#### Tutum

23	Hastaların Maraş Otu kullanımı sorulmalı mı? a) Evet b) Hayır
24	Hastalarınıza Maraş Otuyla ilgili eğitim verilmeli mi? a) Evet b) Hayır
25	Hastalarınızdan Maraş Otu kullanan varsa eğitim verilmeli mi? a) Evet b) Hayır
26	Hastalarınızdan Maraş Otu kullanan varsa bırakmasını telkin edilmeli mi? a) Evet b) Hayır
27	Maraş Otu ile eğitim almak ister misiniz? a) Evet b) Hayır

#### Davranış

28	Sigara içiyor musunuz? a)Evet b)Hayır
29	Maraş Otunu hiç kullandınız mı? a) Evet b) Hayır
30	Maraş Otu kullanan hastanız var mı? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
31	Çevrenizde Maraş Otu kullanan var mı? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
32	Maraş Otuyla ilgili eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
33	Size Maraş otu kullanımı nedeniyle hastalarınız başvurdu mu? a) Evet b) Hayır
34	Maraş otunu bırakmak isteyen hastalara medikal tedavi uyguladınız mı? a) Evet b) Hayır
35	M.O kullanan hastalarınızı düzenli olarak/her kontrole geldiğinde sorguladınız mı? a) Evet b) Hayır
36	Günlük pratiğinizde hastalarınızın Maraş Otu kullanımını sorgularım. a) Evet b) Hayır
37	Hastaların Maraş otu kullanım durumunu kaydederim. a) Evet b) Hayır
38	Maraş Otu kullanan hastalarınıza bırakmalarını tavsiye ederim. a) Evet b) Hayır
39	M.O kullanan hastalarınıza bırakmayı isteyip istemediklerinizi sorgularım. a) Evet b) Hayır
40	<u>Maraş Otunu bırakmak isteyenleri:</u> a) Bilgilendiririm b) Üst merkeze yönlendiririm c) Tedavi uygularım d) Bilgilendiririm ve tedavi uygularım e) fikrim yok

## EK-2 Yardımcı Sağlık Personelinin Maraş Otu Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarını Araştırma Anketi

1	Yaşınız:
2	Meslekte kaçınıcı yılınız?
3	Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın
4	Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
5	Mesleğiniz: a) Hemşire b) Ebe c) Sağlık memuru d) Diğer
6	Eğitim düzeyi: a) Lise b) Üniversite c) Yüksek Lisans

**Aşağıdaki ifadeler konusunda görüşünüze uyan sütunu (X) işareti ile belirtiniz.**

	İfadeler Bilgi	Katılıyorum	Bilmiyorum/ Fikrim Yok	Katılmıyorum
7	Maraş Otu nikotin bağımlılığı yapar.			
8	Maraş Otu, bağımlılığı tedavisi vardır.			
9	Maraş Otu, bağımlılığı tedavisi için yönlendirmem gereken merkezi biliyorum.			
10	Maraş Otu, sağlığa zararlıdır.			
11	Maraş Otu solunum sistemi hastalıkları yapar.			
12	Maraş Otu, renal hasar yapar.			
13	Maraş Otu, kardiyovasküler hastalıklara yol açar.			
14	Maraş Otu, gastrointestinal hastalıklara yol açar			
15	Maraş Otu, immün sisteme zarar verir.			
16	Maraş Otu, hipertansiyon yapar.			
17	Maraş Otu, beklenen yaşam süresini azaltır.			
18	Maraş Otu, ağız kanseri görülme sıklığını artırır.			
19	Maraş Otu, sigaradan daha az nikotin içerir.			
20	Maraş Otu, sigarayı bırakmada yardımcıdır.			
21	Maraş Otu, sigaradan daha az zararlıdır			
22	Maraş Otu kullanımı okul,kütüphane, hastane gibi kapalı yerlerde yasaktır.			
23	Maraş Otu, ağız ve diş sağlığını bozar			
24	Maraş Otu bağımlılığı tedavisi için profesyonel destek alınmalı, tedavi edilmeli			

**tutum**

25	Hastalara Maraş Otu kullanımı sorulmalı mı ?	a) Evet b) Hayır
26	Hastaların Maraş Otu kullanımını sorgular mısınız?	a) Evet b) Hayır
27	Maraş Otunu bırakmak için size danışan hasta var mı?	a) Evet b) Hayır
28	Varsa nasıl yönlendirirsiniz a) fikrim yok b) hekime yönlendiririm c) bilgilendirim d) bilgilendirip hekime yönlendiririm.	
29	Hastalara Maraş Otuyla ilgili eğitim verilmesi gerekir mi?	a) Evet b) Hayır
30	Maraş Otu ile ilgili eğitim almak ister misiniz?	a) Evet b) Hayır

**davranış**

31	Sigara içeriyor musunuz?	a)Evet b)Hayır
32	Maraş Otunu hiç kullandınız mı?	a) Evet b) Hayır
33	Maraş Otu kullanan hastanız var mı?	a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum
34	Çevrenizde Maraş Otu kullanan var mı?	a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum
35	Hastalardan Maraş Otu kullanan varsa bırakmasını telkin edermisiniz?	a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum