



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DIYABET TANISI SONRASI BİREYLERİN  
SİGARA/TÜTÜN KULLANMA DAVRANIŞLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Aslı YILMAZ ARSLAN**

**Hemşirelik Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL 2016**



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DIYABET TANISI SONRASI BİREYLERİN  
SİGARA/TÜTÜN KULLANMA DAVRANIŞLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Aşlı YILMAZ ARSLAN**

**Hemşirelik Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

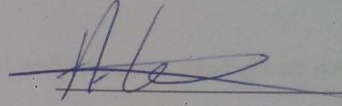
**Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN**

**İSTANBUL 2016**

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

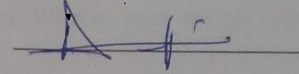
**Başkan**

Doç. Dr. Ashı ÇARKOĞLU



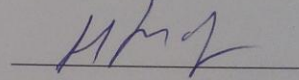
**Üye**

Prof. Dr. Ayşe BEŞER



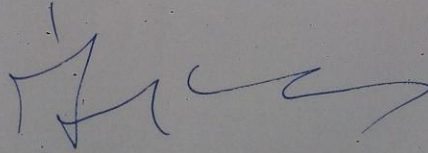
**Üye (Danışman)**

Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN



**ONAY**

Bu tez çalışması, 29.11.2016 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTITÜSÜ MÜDÜRÜ

## TEŞEKKÜR

Tez çalışması sürecinde bana sonsuz yardımlarını sunan değerli danışmanım Doç. Dr. Şeyda Özcan'a

Tüm hayatım boyunca desteklerini ve sonsuz sevgilerini esirgemeyen annem, babam ve abime,

Tez süreci ve diğer zamanlarda her daim bana yol gösteren canım arkadaşlarım Aslı Sezgen ve Nursel Asılı'ya,

Hayatıma anlam katan her zaman bana enerji verip ufkumu açan sevgili eşim Mustafa Arslan'a sonsuz teşekkür ediyorum.

Aslı YILMAZ ARSLAN

2016

## ÖZET

### **Diyabet Tanısı Sonrası Bireylerin Sigara/Tütün Kullanma Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**

Çalışma diyabetli bireylerde diyabet tanısı konduktan sonra sigara/tütün kullanma davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

Çalışmanın örneklemini diyabet tanısı konduğunda sigara/tütün kullanmakta olan, 20 yaş ve üzerindeki Tip 2 diyabetli bireyler oluşturdu (n=150). Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği kullanıldı. Veriler SPSS-22 programında, % 95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde analiz edildi.

Olguların sigaraya başlama yaş ortalamasının 18,15±5,2 yıl olduğu belirlendi (minimum-maksimum: 6-34 yaş). Tanıdan sonra olguların %33,3'üne sigara kullanıp kullanmadıklarının sorulmadığı, % 89,3'ünün sigaranın zararları konusunda herhangi bir eğitim almadığı saptandı. Diyabet tanısı koyulduktan sonra olguların %44,6'sinin sigara kullanmayı bıraktığı, %19,3'sinin miktarını azalttığı, %36'sının ise aynı şekilde sigara kullanmaya devam ettiği belirlendi. Bir günde tüketilen sigara adedi ortalamasının tanıdan sonra sigarayı bırakan bireylerde (26.42±16.82 adet), sigara kullanma miktarını azaltan (24.10±15.55 adet) ve kullandığı sigara miktarını değiştirmeyen (19.52±9.94 adet) bireylere göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı (p=0,03). Sigara kullanma alışkanlığını değiştirmeyen bireylerde pasif içicilik oranının diğer gruplara göre fazla olduğu belirlendi (p>0,001). Profesyonel yardım almanın sigara bırakmayı anlamlı olarak etkilemediği saptanırken, tüm olgularda sigara bırakma konusunda profesyonel yardım alma oranının oldukça düşük olduğu belirlendi (%8,6).

Diyabetli olguların hekim ve hemşire tarafından sigara kullanma konusunda değerlendirilme ve profesyonel yardıma yönlendirilme oranlarının oldukça düşük olduğu, tanıdan sonra büyük bir bölümünün sigara kullanmaya devam ettiği ve sigaranın zararları konusunda yeterince eğitim almadıkları belirlendi. Diyabetli bireylerde rutin bakım ve izlemin bir ögesi olarak sigara kullanımı değerlendirilmeli, sigara bırakma danışmanlığı verilmeli ve hem diyabetliler hem de sağlık çalışanları bu konuda bilinçlendirilmelidir.

## ABSTRACT

### **Smoking/Tobacco Use Behaviours of People After They Were Diagnosed with Type 2 Diabetes**

The study investigated cigarette / tobacco use behaviors and factors affecting these behaviors in individuals after they were diagnosed with type 2 diabetes.

The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of individuals with type 2 diabetes aged 20 years or older who were smoking when diabetes was diagnosed (n=150). A questionnaire form prepared by the researcher and the Fagerström Nicotine Dependence Scale were used to collect the data. The data were analyzed in the SPSS-22 program at a 95% confidence interval and a 5% significance level.

It was determined that the average age of initiation of cigarette smoking was  $18.15 \pm 5.2$  years (minimum-maximum: 6-34 years). After the diabetes diagnosis, 33.3% of the cases were not asked whether they were using cigarettes; 89.3% of them did not receive any education about the harms of the cigarette; 44.6% of the cases had stopped smoking, 19.3% had decreased the amount, and 36% had continued to smoke in the same way. Average of smoking cigarettes consumed in one day was found to be significantly higher in the individuals who quit smoking after the diagnosis ( $26.42 \pm 16.82$  piece), who is reducing the amount of smoking ( $24.10 \pm 15.55$  piece) and individuals who do not change the amount of cigarettes they use ( $19.52 \pm 9.94$  piece) ( $p=0,03$ ). It was determined that passive smoking rate was higher in the individuals who did not change their smoking habits than the other groups ( $p>0,001$ ). It was determined that professional help giving to those people did not significantly affect smoking cessation, but also it was highlighted that the rate of receiving professional help for smoking cessation was low in all cases (%8,6).

In conclusion, the rate of evaluation and professional guidance for smoking in individuals with diabetes was low, a large part of individuals continued to smoke after diabetes diagnosis and that they did not receive sufficient education about the harms of smoking. Individuals with diabetes should be assessed for smoking as a routine care and follow-up, smoking cessation counseling should be given, and both individuals with diabetes and health professionals should be aware of this issue.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İmza

Aslı Yılmaz Arslan

## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi .....	3
2.2. Sigara ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Üzerine Etkileri .....	3
2.3. Diyabet ve Tütün İlişkisi .....	4
2.4. Tütün Kullanımının Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları ile İlişkisi .....	5
2.5. Sigara ve Tütün Ürünleri Bırakma Programları .....	8
2.5.1. Nonfarmakolojik Sigara Bırakma Yöntemleri .....	9
2.5.2 Farmakolojik Yaklaşım .....	11
2.6. Sigara Bırakma Program Örnekleri .....	12
2.6.1. Ulusal Strateji .....	12
2.6.2. Quit Tobacco International (QTI) Projesi .....	14
2.6.3. Diğer Program Örnekleri .....	14
2.7. Sigara Bıraktırmada Ekip Çalışması ve Önemi .....	16
2.8. Diyabetli Bireyin Sigara Kullanımını Bırakmasında Hemşirenin Rolü .....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	20
3.3. Veri Toplama Araçları .....	20
3.4. Veri Toplama Süreci .....	22
3.5. Araştırma Kronolojisi .....	22
3.6. Etik Kurul Onayı .....	22
3.7. Veri Analizi .....	22
3.8. Bağımlı ve bağımsız değişkenler .....	23
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	23
4. BULGULAR .....	24
4.1: Diyabet ve Yönetimi İle İlişkili Özellikler (N=150) .....	24
4.2. Tütün Kullanma Davranışını Etkileyen Özellikler .....	25
5. TARTIŞMA .....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	37
7. KAYNAKLAR .....	39
8. EKLER .....	50



## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 4.1:</b> Sosyo-demografik Özellikler (N=150) .....	24
<b>Tablo 4.2:</b> Sigara/tütün kullanımına ilişkin özellikler.....	26
<b>Tablo 4.3:</b> Sigara kullanma davranışı ile yaş arasındaki ilişki.....	27
<b>Tablo 4.4:</b> Sigara kullanımına ilişkin özelliklerin tanı sonrası incelenmesi .....	28
<b>Tablo 4.5:</b> Aile tepkisinin sigara kullanımına etkisi .....	28
<b>Tablo 4.6:</b> Doktor ya da hemşire tarafından sigara kullanımını sorgulanmasının sigara kullanımına etkisi.....	29
<b>Tablo 4.7:</b> Doktor ya da hemşirenin sigara kullanımına önerisinin sigara kullanımına etkisi.....	29
<b>Tablo 4.8:</b> Tanı sonrası sigaranın zararları hakkında eğitim verilmesinin sigara kullanımına etkisi.....	30
<b>Tablo 4.9:</b> Sigara kullanma davranışına profesyonel destek almanın etkisi .....	30
<b>Tablo 4.10:</b> Sigara dumanı olan ortamda bulunmanın sigara kullanımına etkisi.....	31
<b>Tablo 4.11:</b> Cinsiyet ile sigara ortamda bulununma arasındaki ilişki .....	31

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sigara kullanımı ile diyabet komplikasyonları arasındaki ilişki.....	6
Şekil 4.1a: Tanıdan hemen sonra uygulanan diyabet tedavi yöntemlerinin dağılımı	25
Şekil 4.1b: Çalışma sırasında uygulanan diyabet tedavi yöntemlerinin dağılımı .....	25
Şekil 4.2: Olguların sigara kullanmaya başlama yaşı .....	26
Şekil 4.3: Olguların diyabet tanısı sonrası sigara kullanma davranışı cinsiyete göre dağılımı.....	27



## SIMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerikan İlaç Dairesi (Food and Drug Administration)

GFH: Glomeüler Filtrasyon Hızı

HDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein (High Density Lipoprotein)

ICN: Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Nursing Council)

IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low Density Lipoprotein)

Max: Maksimum

Min : Minimum

QTI: Quit Tobacco International

SD: Standart Sapma ( standard deviation)

SVH: Serebrovasküler Hastalık

TAPDK: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu

TURDEP: Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı

WHO : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)

$\bar{x}$  : Aritmetik ortalama

% : Yüzde

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik bir hiperglisemi durumu olan diyabet, aynı zamanda uzun dönemde sebep olduğu mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarla ilerleyici bir sağlık sorunudur. Diyabet retinopati, nefropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemlere yol açmakla birlikte koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların da daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve daha agresif seyretmesine neden olmaktadır (1).

Diğer yandan sigara kullanımı diyabetlilerde önemli bir risk faktörüdür (2). Damarlarda aterosklerotik oluşumlara sebep olan sigara diyabetli bireyde vasküler hastalık riskini arttırmakta, bu hastalıkların daha erken ve hızlı gelişmesine sebep olmaktadır (2). Sigara kullanan diyabetli bireyin ortalama yaşam süresi kısalmakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır (3,4).

Diyabetli bireyde sigara kullanımı ile yaşa bağlı maküla dejenerasyonu, katarakt, glokom ve graves oftalmopati görülme sıklıkları artmaktadır (5,6). Diyabetik nefropati oluşumu ve progresyonu da belirgin şekilde artmaktadır (7,8). Sigara insülinin böbreklerden atılımını azaltarak hiperinsülinemiye sebep olurken, insülin direncini de artırır. Sigara kullanımı diyabetli bireyde farklı mekanizmalar ile sonuç olarak kan şekeri kontrolünün bozulmasına ve aterosklerotik sorunların artışına sebep olur (9, 10, 11, 12, 13).

Diyabetli bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının düzenli olarak değerlendirilmesi hem diyabetin iyi yönetilmesinde hem de diyabete bağlı komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Sağlıklı yaşam davranışları değerlendirilirken bireyin sigara kullanıp kullanmadığı da sorgulanmalıdır. Böylece sigara kullanan bireyler saptanır ve sigarayı bırakması için girişimde bulunulabilir (14). Yapılan bir araştırmada; aktif olarak sigara kullanmakta olan diyabetlilerin kendilerini sağlıklı algıladıkları ve sigaranın diyabet seyrini nasıl etkilediğine dair yeterli bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Diyabetli birey sigaranın diyabete etkisine dair bilgilenmediğinde sigarayı bırakması daha geç ve zor olacaktır. Hastaların bu konuda eğitilmesi farkındalıklarını arttıracak ve sigarayı bırakmalarına yardımcı

olacaktır (15). Hemşirelerin bakım verdikleri bireyde sigarayı bırakma konusunda farkındalık yaratabilmesi halinde başarı elde edilebileceği vurgulanmıştır (16-19, 20-22).

Bu çalışmada diyabetli bireylerde diyabet tanısı konduktan sonra sigara/tütün kullanma davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri irdelemek amaçlanmaktadır.

1. Diyabet tanısı konduktan sonra bireylerin sigara / tütün kullanma davranışlarında fark var mıdır?
  - a) Diyabet tanısından sonra sigara / tütün kullanımını bırakan hasta oranı nedir?
  - b) Diyabet tanısından sonra sigara / tütün kullanım miktarını azaltan hasta oranı nedir?
  - c) Diyabet tanısından sonra sigara / tütün kullanım miktarını arttıran hasta oranı nedir?
2. Diyabet tanısından sonra sigara / tütün kullanımını sürdürmeyi etkileyen faktörler nelerdir?
3. Diyabet tanısından sonra sağlık personeli bireye sigara / tütün kullanımını bırakması için hangi öneri ve uygulamalarda bulunmuştur?
4. Diyabet tanısından sonra aile ve arkadaş çevresinin diyabetlinin sigara / tütün kullanması konusundaki öneri ve davranışları nelerdir?
5. Sigara / tütün kullanan hastalarda nikotin bağımlılığı hangi düzeydedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi

Diyabet, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun mutlak veya kısmi eksikliği ya da periferik etkisizliği sonucu ortaya çıkan, kronik hiperglisemi ile seyreden endokrin ve metabolik bir hastalıktır. Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklar ile birlikte, kapiller membran değişiklikleri ve hızlanmış ateroskleroz ile seyreden bu kronik tabloda makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar oluşabilir. Akut ve kronik komplikasyonları azaltmak, iyi bir diyabet kontrolünü sağlamak için sürekli destek, tıbbi bakım ve öz bakım eğitimi gereklidir (23-27).

Sıklığı hızla artan diyabet en önemli halk sağlığı sorunları arasındadır ve küresel bir yüküdür (23,25,28). Erişkin toplumda 1998 yılında yapılan TURDEP I çalışmasında % 7.2 olarak saptanan diyabet prevalansının on iki yıl sonra yapılan TURDEP II çalışmasında % 90 artarak % 13.7'ye yükseldiği saptanmıştır (25,29,30,31).

### 2.2. Sigara ve Tütün Ürünlerinin Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara insan vücudunda birçok sistemi etkileyerek kalıcı patolojik değişikliklere sebep olmaktadır. Sigara kullanan bireylerde, sigara hava yollarında goblet hücre sayısında artışa, siliya sayısında azalmaya, mukus sekresyonunda artışa, solunum yolu florasında değişikliğe ve alveolar makrofajların yapısında bozulmaya neden olarak daha sık solunum yolu enfeksiyonu gelişmesine yol açmaktadır. Sigara kullanımıyla oluşan inflamasyon hava yollarında kalıcı anatomik değişikliklere yol açmaktadır. Sigara çeşitli etkiler ile kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişmesine neden olmaktadır. Sigara kullanımına bağlı olarak, akciğerlerin savunmasının bozulması, müköz bezlerde hipertrofi, hiperplazi, epitelyal displazi ve metaplazi gelişmesi, küçük hava yollarındaki inflamasyon, kas dokusunda artış, alveollerde nötrofil ve makrofajların sayısının artmasıyla hava yolu rezistansı artar ve hava akımı kısıtlanması oluşur (32). Genç erişkin dönemde sigara kullanımı, akciğer gelişimini yavaşlatarak KOAH gelişimine zemin hazırlamaktadır. Erişkin dönemlerde sigara kullanımı, akciğer fonksiyonlarının stabil kaldığı plato safhasını kısaltmakta ve akciğer fonksiyonlarında hızla azalmaya neden olmaktadır. Sigara

proteaz-antiproteaz ve oksidan-antioksidan dengesizliği oluşturarak amfizem oluşumuna yol açmaktadır (33). Aktif veya pasif sigara içimi, astımın gelişmesinde veya şiddetin artmasında da tetikleyen faktörler arasındadır (34).

Sigara kullanımına bağlı oluşan endotelial hasar, ateroskleroz oluşumuna, koroner vazooklüzif faktörlerden platelet agregasyonunu, vazomotor aktiviteyi, protrombotik durumunu, karbon monoksit üretimini, plazma viskozitesini ve fibrinojen seviyesini artırmaktadır (35).

Nikotin, sigara ile ilişkili kardiyak outputun, kalp hızının ve kan basıncının artışında önemli rol oynamaktadır. Pasif sigara içiciliği de kardiovasküler hastalık gelişim riskini artırmaktadır. Sigaranın bırakılması koroner kalp hastalığı riskinde düşüş sağlar. Sigarayı bıraktıktan sonra geçen süre ile kardiyak riskin azalması arasında ilişki görölmektedir. Sigara, sigara içmeyenlerle kıyaslandığında deride kırışıklıkların artmasına, esmer kişilerde melanin pigmentasyonunda artışa, yara iyileşmesinin gecikmesine, erken yaşlanmaya, beyaz saçlarda sararmaya, psöriazisin daha sık alevlenmesine ve akne sıklığının artmasına yol açmaktadır. Sigaranın yaşlanma ve kırışıklık oluşumundaki etki mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen; vazokonstriksiyona bağlı iskemi, doku oksijenasyonunda azalma, doku karboksilasyonu ile trombosit agregasyonunda artma ve kollagen depozisyonunda azalmaya neden olmaktadır (32). Sigaranın etkilediği dokulardan biri de dişler olup, sigara kullananlarda en sık karşılaşılan durum periodontitistir. Sigaranın periodontal etkileri kanıtlanmakla beraber, etki mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir. Sigara periodontal hastalık oluşumunda en büyük etkendir. Sigara kullanımı, çürük gelişim riskini ve diş taşı oluşumunu artırmaktadır (36).

### **2.3. Diyabet ve Tütün İlişkisi**

Sigara ve tütün ürünleri diyabetin değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre % 30-40 daha fazla diyabet olma riski taşıdığı tespit edilmiştir (37). Willi ve arkadaşları (38) yaptıkları meta-analiz çalışmasında 25 kohort çalışmayı incelemiş, aktif sigara ve tütün ürünleri kullanıcılarının sigara ve tütün ürünü kullanmayanlara göre diyabet oluşma rölatif riskinin 1.44 (95% CI, 1.31–1.58) olduğunu belirlemiştir. Bir başka meta-analiz çalışmasında (39) ise 46 araştırma incelenerek sigara/tütün ürünleri kullanan

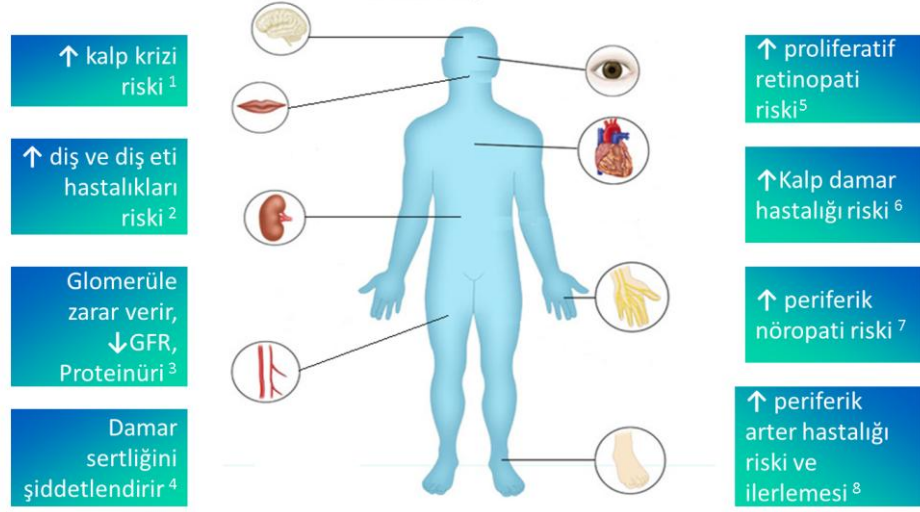
bireylerin kullanmayanlara göre rölâtif riskinin 1.37 (95% CI 1.31, 1.44) olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada erkek sigara kullanıcılarında diyabet gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (39). Avrupa toplumunda sigaranın diyabet için uzun dönem risk faktörü olup olmadığına yönelik yapılan bir araştırmada; bireylerin yaşam tarzlarının ve genetik özelliklerinin diyabet oluşumuna etkisini değerlendirmek için 1991- 2007 yılları arasında 26 merkezde diyabetli bireyler takip edilmiştir. Bu çalışmada aktif sigara kullanan ve sigarayı bırakmış bireylerin hiç sigara kullanmayan bireylere göre rölâtif riski 1.45 (1.28-1.65) bulunmuştur (2). Hindistan’ da diyabetli erkeklerde yapılan araştırmada olguların % 59.6’ sının sigara kullandığı,% 45’i diyabet tanısından sonra sigarayı bırakırken % 55’inin sigara kullanmaya devam ettiği belirlenmiştir (20). Hindistan’da yapılan bir başka araştırmada 2490 erkek diyabetli hastanın %14.6’sının sigara kullandığı tespit edilmiştir (21). Mark ve arkadaşları 2004-2005 yılları arasında diyabet polikliniğine başvuran 21 hastada 5 fokus grup ve 12 derinlemesine görüşme yaparak hastaların diyabet tanısından önce ve sonra sigara kullanımlarını incelemiştir. Yine aynı araştırma içinde 2006-2007 yılları arasında 778 erkek diyabetli hastada anket yöntemiyle sigara kullanım durumları incelenmiş. Erkek diyabetik hastaların % 65’ inin tanı öncesi sigara kullandığı ve % 32’ sinin tanıdan bir ay sonrasında da sigara kullanmaya devam ettiği tespit edilmiştir (40). Türkiye de diyabetli bireylerde sigara kullanma oranlarını inceleyen bir araştırma bulunmamıştır.

#### **2.4. Tütün Kullanımının Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları ile İlişkisi**

Kronik komplikasyonlar diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan ve ciddi problemlere neden olabilen ikincil durumlardır. Diyabete bağlı kronik komplikasyonlar iyi bir diyabet kontrolü ile önlenilmekte veya geciktirilebilmektedir. Hiperglisemi diyabet komplikasyonlarını tetikleyen en önemli faktör olmakla birlikte sigaranın komplikasyon gelişimine katkısı da kesin olarak bilinmektedir. Diyabetli bireylerde sigara kullanımının etkileri şekil 1’de görülmektedir.



## Sigara Kullanımı ve Diyabet Komplikasyonları



**Şekil 1.** Sigara kullanımı ile diyabet komplikasyonları arasındaki ilişki

*Kaynak: Çarıkoğlu A, Özcan Ş. Diyabette sigaranın etkileri, Sigara Bırakma Danışmanlık Programı Basılmamış Eğitim Notları, Quit Tobacco International Projesi, 2016 (41).*

Diyabetik retinopati diyabete bağlı spesifik ve en önemli mikrovasküler komplikasyondur (42). Diyabetik retinopati gelişimi ile inme (stroke), koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve böbrek yetmezliği gibi major kronik hastalıklar arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (43). Bu nedenle diyabetik retinopati oluşumu mortalite riskini arttırmaktadır (44). Dünyadaki tüm diyabetlilerin %25'inde herhangi bir derecede diyabetik retinopati mevcut olup ABD'de 20-74 yaş arasındaki erişkin nüfusta bir yılda gelişen yeni körlüklerin yaklaşık %12'sinden sorumludur (45). Diyabetlilerin diyabetli olmayanlara oranla, 25 kat daha fazla körlük riskine sahip oldukları saptanmıştır (46). Sigara kullanımı ile yaşa bağlı maküla dejenerasyonu, katarakt, glokom ve graves oftalmopati görülme sıklıkları artmaktadır. Tütün kullanımına bağlı oksidatif stresin göz üzerindeki etkilerinin yanı sıra immünolojik mekanizmaların tetiklenmesinin de rol oynadığı düşünülmektedir (5,6).

Diyabetik nefropati tüm diyabetlilerin yaklaşık % 20-50'sinde görülmektedir. ABD' de son dönem böbrek hastalığının en sık nedenidir. Sigara kullanımı diyabetli hastalarda nefropati oluşumunu ve progresyonunu belirgin bir şekilde artırmaktadır (7,8). Sigaranın akut hemodinamik etkileri sempatik aktivasyon yolu ve vazopressin salınımıyla olmaktadır (47). Sempatik aktivitenin artması böbrek yetmezliğinin

ilerlemesini hızlandırmaktadır. Böbrek hastalığı olan hastalarda sigara kullanımı periferik sempatik sinir uçlarına uyarı gönderir ve katekolaminlerin salınımı artırarak böbreğe zarar verir. Böbreklere verilen bu zarar iki mekanizma ile oluşmaktadır. İndirekt olarak kan basıncının artması ve direkt olarak sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile oluşmaktadır (48,49). Grassi ve ark. (50), nikotinin postganglionik sempatik sinir uçlarını direkt etkileyerek sempatik aktiviteyi arttırdığını göstermişlerdir. Sigara içenlerde tek bir sigara dahi postganglionik sinir ağının fonksiyonunu anlamlı derecede azaltırken, epinefrin ve nörepinefrin konsantrasyonunu artırır. Bu yüzden nikotinin aktivasyonu adrenal medulla ve periferik sempatik sinir uçlarından katekolaminler salınır (51). Sigara akut sempatik sistemin aktivasyonuna yol açarak kan basıncını ve kalp hızını yükseltir. Reaktif oksijen türlerinin oluşumu ile oksidatif stresi başlatarak endotelial hücre hasarına neden olur. Karbonmonoksit aracılığıyla hipoksi oluşturur. Nitrik oksit aracılığıyla vazodilatasyonu azaltırken, endotelin-1 konsantrasyonunu yükseltir, prostasiklin/tromboksan oranını değiştirir. Glomerüler filtrasyon hızını (GFH) ve böbrek kan akımını azaltarak böbrek damar direncini anlamlı derecede artırır. Arterlerde yapısal lezyonlar oluşturur. Sigara böbreğin yapı ve fonksiyonunu etkileyerek böbrek harabiyetine yol açar (52). Orth ve Ritz (53) yaptıkları bir çalışmada, sigara içen tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerin kreatinin klirensindeki azalmanın sigara içmeyenlere göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Sigara kan glukoz düzeyini etkilemektedir. Sigara kan şekeri üzerine etkisini genellikle insülin üzerinden gerçekleştirir. Sigara insülin gereksinimini artıran bazı hormonların (büyüme hormonu ve kortizol) salgılanımını artırmaktadır (9). Ayrıca sigara insülinin böbreklerden atılımını azaltıp ve kanda insülin seviyesinde artışa neden olmaktadır (54). Kanda insülin seviyesinin artmasına rağmen sigara insülin direnci artırmaktadır. Goa ve ark. (55) 'nın çalışmasında glukoz tolerans testi normal olan bireylerde sigara kullanmanın insülin direncine neden olan retinol bağlayan protein-4 düzeyini artırdığını tespit etmişlerdir.

Makrovasküler komplikasyonlar büyük damarlarda meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkar. Kalpte koroner arter hastalığı ve miyokard infarktüsü, periferik arterlerde periferik arter hastalığı, serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalık (inme) olarak görülür. Kardiyovasküler ve serebrovasküler

hastalıklar Tip 2 diyabette önde gelen ölüm sebebidir. Tip 2 diyabetlilerde aynı yaşlardaki diyabeti olmayan bireylere göre kardiyovasküler hastalık ve ölüm riski 2-3 kat fazladır. Diğer yandan diyabetlilerde 2-6 kez daha sık geçici iskemik atak, 2-3 kez daha sık SVH görülür. Ateroskleroz diyabetlilerde hiperglisemi, lipid artışı, insülin direnci, obezite ve hipertansiyona bağlı olarak daha sık ortaya çıkar ve daha hızlı ilerler (56). Sigara kan basıncında değişikliklere neden olmaktadır. Hansen ve ark. (57), sigara içen sağlıklı kişilerde gece/gündüz sistolik/diastolik kan basıncı oranının sigara içmeyenlere göre düşük olduğunu ortaya koymuşlardır. Periferik arter hastalığı ve koroner arter hastalığında risk faktörü olarak sigara kullanımı ve diyabet varlığı gösterilmiştir (58). Bu veriler doğrultusunda, diyabete ek risk faktörü olan sigaranın da eklenmesiyle ateroskleroz sürecinin hızlanabileceği üzerinde durulmaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sigara dumanının plazma lipoprotein ve yağ asiti değişimi ile ilişkili olduğunu belirtilmektedir. Sigara lipoprotein metabolizmasını etkilediği için ateroskleroz oluşmaktadır (59). Sigara plazma HDL konsantrasyonunu azaltırken, trigliserid ve LDL konsantrasyonunu arttırmaktadır. Sigara insanlardaki LDL dahil biyolojik komponentlerde oksidatif değişime neden olur. LDL'nin oksidatif değişimi, ateroskleroz oluşumunda anahtar bir rol alabilir (60). Diyabetli hastalarda koroner arter hastalığından sonra en sık ölüm nedeni serebrovasküler bir olay olan inmedir. Diyabet serebrovasküler sistemin üzerinde lakün adı verilen oluşumlara neden olmaktadır. Lakünler, genellikle kaviteleşen, küçük infarkt alanlardır (61). Sigara kullanmak arteriosklerotik etkilerine bağlı olarak serebrovasküler hastalıklar ve demans görülme sıklığında artışa sebep olur (62). Diyabetin makrovasküler komplikasyonlarının ortaya çıkmasında yaş, cinsiyet, lipid artışı, insülin direnci, obezite, sigara kullanımı, hipertansiyon risk faktörleri arasında yer almaktadır. Makrovasküler komplikasyonların önlenmesi veya kontrol altında tutulması için diyabetli bireylerin sigara alışkanlığını bırakması gereklidir (63).

## **2.5. Sigara ve Tütün Ürünleri Bırakma Programları**

Sigara tüketimine bağlı hastalık riskini azaltmak, hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak ve sağ kalım beklentisini artırmak; sigara tüketimine bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarından kaynaklanan maddi kayıpları önlemek, sigara bırakma tedavisinin en önemli

hedefleridir (64). Sigara bırakma tedavisinde en önemli basamak kişinin sigarayı bırakmayı istemesidir. Sigara bırakma tedavisi non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri olarak iki grupta incelenebilir (65).

- Non-farmakolojik; Kısa klinik görüşmeler, yoğun klinik görüşmeler ve sosyal destek'tir.
- Farmakolojik; Nikotin replasman tedavisi ve nikotin içermeyen tedavi'dir.

## **2.5.1. Nonfarmakolojik Sigara Bırakma Yöntemleri**

### **2.5.1.1. Kısa Klinik Görüşmeler**

Kısa klinik görüşmeler üç tip olgu grubunda uygulanabilir; sigara kullanan ve bırakma denemesi konusunda istekli olan bireyler, sigara kullanan ancak bırakma denemesi konusunda istekli olmayan bireyler ve daha önce sigara kullanıp yeni bırakmış bireylerdir (66). Bırakma denemesi için istekli olgulara beş ana basamak (5A) uygulaması önerilmektedir (66, 67);

- Ask (Sor); Bireye sigara içip içmediğini sorulur. Kliniğe başvuran bütün hastalara sigara kullanıp kullanmadıkları sorulmalıdır.
- Advice (Öner); Bireye sigarayı bırakmasını önerilir. Her sigara kullanan bireye açık bir şekilde, ısrarla ve kişinin kendi özelliklerini de ele alarak (hastalık/sağlık durumu, sosyal durumu, sigaranın ekonomik yükü, evdeki diğer bireylerin dumana maruz kalmalarının getirdiği riskler gibi) sigarayı bırakması sağlık çalışanı tarafından önerilmelidir.
- Assess (Değerlendir); Bireyin durumu değerlendirilir. Bireyin polikliniğe başvurduğu sırada sigarayı bırakma konusundaki istek durumu değerlendirilerek, hazırsa sigarayı bıraktırma girişimi başlatılarak destek sağlanmalı veya sigara bırakma polikliniklerine başvurmaları önerilmelidir.
- Assist (Yardım Et); Bireye yardım maksatlı pratik sorun çözme önerileri getirilmelidir. Tedavi süresince sigaradan kurtulma çabasında olan bireye sosyal destek sağlanmalıdır. Hastaya bırakma süreci içinde bırakma ile ilişkili her türlü sorunu ile ilgilenileceği mesajı verilmelidir. Hastanın çevresinde bulunan kişilerle görüşülerek sigarayı bırakma konusunda sosyal yardım ve destek sağlanmalıdır. Ayrıca hekimin tedaviyi

planlaması, hastaya tıbbi tedavi ile ilgili önerilerde bulunulması sağlanmalıdır.

- Arrange (izle); Hastaya izlem programı düzenlenir. Bu program ilk ay hastayla iki kez görüşmeyi hedefleyerek oluşturulur. Görüşmeler sırasında, hasta başarılı ise övgüde bulunularak, yüreklendirilmeye devam edilir. Başarısız olmuşsa, neden olan sorunlar ele alınır, sorunlar ve tıbbi tedavi açısından değerlendirilmesi yapılır.

Bırakma denemesi konusunda isteksiz olgulara '5R' olarak adlandırılan bir basamak uygulaması geliştirilmiştir (66, 67):

- Relevance (ilgilenme); kişiye özel durumların (hastalık durumu veya riskleri, ailesel ve sosyal durumu) ele alınarak bırakmaya cesaretlendirilmesi,
- Risks (Riskler); Sigara kullanmaya bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçların vurgulanması,
- Rewards (Kazançlar); Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda bilgilendirilmesi,
- Roadblocks (Engeller); Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörlerin (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destekten yoksunluk, depresyon, sigara kullanmaktan hoşlanmak gibi) belirlenmesi,
- Repetition (Yineleme); Motivasyonel desteğin, olgunun her poliklinik başvurusunda tekrarlanması, tam motive olmayan olguların kliniğe her başvurusunda onları motive edecek görüşmenin yinelenmesidir.

### 2.5.1.2. Yoğun Klinik Görüşmeler

Sigarayı bırakmaya yönelik güçlü isteği olanlarda en etkin ilaç dışı girişim, yoğun davranış desteğidir. Bu hastalarda bırakma oranı 1/13'tür. Davranış desteği bireysel ya da grup olarak yapılabilmekte olup her ikisinin de etkinliği eşittir (66). Konuyla özel olarak uğraşan sigara bırakma polikliniklerinde uygulanması beklenen işlemleri şöyledir:

1. Hekim hastalık riskleri ve bırakmanın yararları konusunda bilgi vermeli, gerektiğinde ilaç tedavisi uygulamalıdır. Hekim dışındaki sağlık personeli ise

konuyla ilgili psikososyal yardım veya davranış eğitimi açısından destek olmalıdır. Gerekirse broşür ve kitapçık gibi yazılı malzeme sağlanabilmelidir.

2. Program dört veya daha fazla seanstan oluşmalıdır. Görüşme süresi 10 dakikadan daha az olmamalıdır. Hastalar bırakma gününden sonraki 15 gün içerisinde en az bir kez görülmelidir. İzleyen üç ay içerisinde ayda bir kez ve daha sonra üç ayda bir yapılacak görüşmelerle bir yıllık izlem tamamlanmalıdır.

3. Görüşmeler hem bireysel, hem de grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, olgular kontrole gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında, izleyen hekimin belirlediği tarih ve sıklıkta yapılmalıdır.

4. Destek ve davranış tedavileri, pratik öneriler (sorun çözme, beceri geliştirme) ile tedavi sırası ve sonrasındaki sosyal desteği kapsamalıdır.

### **2.5.2 Farmakolojik Yaklaşım**

Sigarayı bırakmaya çalışan tüm bağımlılar, hekim gözetiminde tıbbi tedaviden yararlanabilmelidir. Farmakolojik ajanlar davranışsal tedavilerle birlikte sigara bıraktırma konusunda oldukça etkilidir (68). Bütün sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarı oranları farklıdır. Bununla birlikte bu yöntemlerin amaçları kişide sigara kullanımına bağlı gelişen psikolojik ve fiziksel bağımlılığın üstesinden gelmektir. Sigaranın bırakılması nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır. Bunlar; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapidir (69). Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek amacıyla kısıtlı süreli olarak nikotin replasmanı yapılabilir. Bu tedavi yaklaşımı nikotin kesilme sendromu belirtilerini hafifleterek sigara içme isteğini azaltmaktadır (70).

#### **2.5.2.1. Nikotin Replasman Tedavisi**

Nikotin sakızı: Nikotin çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. İki ve dört mg'lık formları vardır. Genellikle günde 10-15 tanesi yeterli olabilmektedir (71,67).

Nikotin Bandı: Nikotin bandının 16 ve 24 saat kullanılan iki formu vardır. Bandın 24 saatlik formu ile 21 mg, 16 saatlik formu ile 15 mg nikotin vücuda geçmektedir (67).

Nazal Sprey: Nikotinin en hızlı vücuda alım şeklidir, plazmada 10 dk içinde en yüksek seviyeye ulaşır. Her bir püskürtmede 0.5 mg nikotin verilen bir tedavi şeklidir (72).

Nikotin İnhaler: Her bir inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içerir ve ortalama 80 inhalasyon sağlar. Sigara kullanımına benzer şekilde kullanılması el ağız alışkanlığının devam etmesine neden olup, davranış değişikliği yapılmasını zorlaştırabilir (73).

Sublingual Tablet: Sublingual tabletin 1, 2 ve 4 mg'lık formları mevcuttur. Dilaltından mukozal yoldan emilir. Saatte bir pastil kullanılması önerilmektedir (71).

**2.5.2.2. Nikotin içermeyen farmakoterapi:** Bupropion, rimonabant, nortriptilin, vareniklin ve klonidin sigara bırakmada etkili olan ve nikotin içermeyen ilaçlardır (74, 75).

## **2.6. Sigara Bırakma Program Örnekleri**

### **2.6.1. Ulusal Strateji**

Türkiye’de 1924 yılında kurulan Tekel’in varlığı nedeniyle uzun yıllar tütün kontrolü konusunda özel çaba gösterilmesi gerekmemiştir. Sigarayla ilgili hemen hiç tanıtım yapılmazken 1984 yılında yabancı sigaraların ithalinin serbestlik kazanmasıyla, bu sigaraların cazibesi ve tanıtımları gençlerde sigara kullanımını tırmandırmıştır. Tütün kontrolüne yönelik ilk bilimsel toplantı “Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi” adı altında Ankara’da 1992 yılında yapılmıştır. 4207 sayılı “Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” TBMM’de 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş, 26 Kasım 1996’ da yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasadaki başlıca maddeler, tütün mamüllerinin her türlü reklam ve tanıtımının ve 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, sigara paketlerinin üzerine “sağlığa zararlı” olduğuna işaret eden uyarı yazılması, toplu olarak bulunan yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, spor ve eğitim tesislerinde sigara kullanımının kısıtlanması şeklindedir.

2002 yılında TAPDK; bazı yönetmelik ve tebliğler yayınlanmış, 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı aksaklıkların giderilmesi yoluna gidilmiştir. 2004 Çerçeve sözleşmesinin kabulü, 2006 Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın yayınlanması; temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara

içmeyenlerin oranını % 80'in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100'e yakın olmasını sağlamaktır. Ulusal Tütün Kontrol Komitesi'nin oluşması( 2007), 2008 yılında 4207 sayılı kanunun güçlendirilmesi; tamamen sigarasız ortama ilişkin yasa reklam, tanıtım ve sponsorluk ve 1 Mayıs 2008'de televizyonlarda her türlü sigara imgesinin yer almasının yasaklanmasını içermektedir. İki binsekiz yılında 2008-2012 Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı'nın açıklanması ve 2009 yılında kahvehane, restoran ve barlarda sigara kullanımının yasaklanması 1 Temmuz 2009'da başlamıştır (76).

Dünya Sağlık Örgütü küresel tütün mücadelesi için MPOWER paketini hazırlayarak tütün kontrolü için en etkili altı politikayı önermiştir (77);

M: Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmaları izle,

P: İnsanları pasif sigara dumanının etkilerinden koru,

O: Tütün kullanımının bırakılması için insanlara yardım teklif et,

W: İnsanları tütünün zararlı etkileri konusunda uyar,

E: Tütünün reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarını uygula,

R: Tütün ürünlerinin vergisini artır.

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uyarınca devlet ve sivil toplum örgütlerinin katılımı ile Ulusal Tütün Kontrol Programı ve 2008–2012 yıllarını kapsayan Ulusal Eylem Planı hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kuruluşlarında 400'den fazla sigara bırakma merkezi, sigarayı bırakmak isteyenlere bu yönde destek sağlamaktadır. Ayrıca bazı üniversite ve özel kuruluşlar bünyesinde sigara bırakma merkezleri faaliyet göstermektedir. Bu merkezlerin fizik yapısı tanımlanmış, insan gücü sayısı ve nitelikleri bakımından standardize edilmiştir. Öte yandan Sağlık Bakanlığı 7/24 esasına göre çalışan Sigara Bırakma Danışma Hattı (ALO 171) kurmuştur ve sigarayı bırakmak isteyenlere bu hat aracılığı ile danışmanlık hizmeti de vermektedir. Türkiye'de toplumun bu konularda eğitimi ve uyarılması bakımından televizyon kanallarında bir uygulama vardır. Tütün kontrolü yasası kamu ve özel bütün televizyon kanallarına ayda en az 90 dakika süre ile tütün kullanımının zararları, sigarayı bırakmanın olumlu sonuçları ve bırakma yöntemleri konularında yayın yapma görevi vermiştir. Bu programlar (bazı kısa filmler ve uzman görüşleri) 08.00 ile 22.00 saatleri arasında ve en az 30 dakikalık bölümü de



televizyonların en çok izlendiği saatler olan ve “prime time” olarak adlandırılan 17.00-22.00 saatleri arasında yayınlanmaktadır (76).

### **2.6.2. Quit Tobacco International (QTI) Projesi**

QTI projesinde; bu proje sigaranın bırakılması için çeşitli alanlarda girişimlerde bulunan çok yönlü bir projedir. Tıbbi müfredat için geliştirilen 15 eğitim modülü bulunmakta olup her modülde tütünün belirli bir özelliği üzerine değinilerek belirli bir organ sistemine etkisi anlatılmıştır. Tıp fakültelerinde öğrencilere sigara bırakma yöntemleriyle ilgili eğitim verilmektedir. Tıp öğrencilerine hastaların mevcut sağlık sorunlarıyla tütün ürünlerinin getireceği sağlık sorunlarını hastalara nasıl anlatacaklarına yönelik bilgilendirmeler yapılmaktadır. Tıp fakültelerinde 2-5 kısa eğitim verilerek eğitim verme sertifikası verilerek sertifikaların ardından becerilerini kontrol etmek için 15 alıştırma denemesi yaptırılmaktadır. Dumansız evler için girişimde bulunulmuş. Sigaradan pasif etkilenen kişilerde akciğer kanseri ve kalp hastalığına sigaranın etki ettiği, bebek ve çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak hastalığı ve birçok hastalığa sebep olduğu vurgulanmış. Evlerde sigara kullanımının yasaklanması için; kadınların pasif tütün dumanından etkilenmesi sonucu erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar yapması konuları araştırılmış. Proje iki aşamaya ulaşmıştır. İlk aşamada 2002-2007 yılları arasında ikinci aşama 2007'den sonra devam etmektedir. Proje kapsamında Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan, Endonezya ve Türkiye'de konuya dair araştırmalar yapan gruplar mevcuttur. Hindistan ve Endonezya'da devam eden çalışmalara (78) ilave olarak Türkiye'de de hemşirelerin tütün bırakma danışmanlığı konusunda eğitilmesini içeren proje devam etmektedir. Tütün kullanımının önlenmesi gereken öncelikli gruplar olarak tanımlanan diyabet, solunum yolu hastalığı gibi sağlık sorunu olan bireyler ve gebeler ile çalışan hemşirelere eğitim verilmektedir.

### **2.6.3. Diğer Program Örnekleri**

Amerika'da 2008'de çıkarılan klinik uygulama rehberi, sigortaların etkili tütün bağımlılığı tedavilerini ve danışmanlık servislerini kapsamalarını önermektedir (79). *Healthy People 2010* (Sağlıklı İnsan 2010) da *Medicaid* programlarının sigara bırakmada tüm A.B.D. Gıda ve İlaç İdaresi (*Food and Drug Administration*; FDA) onaylı ilaç ve danışmanlıkları kapsaması hedefini ortaya koymuştur (80). 2009

yılında 50 eyalet ve District of Columbia (DC)'da yapılan taramada 47 programın tütün bağımlılığı tedavilerini kapsadıkları; fakat sadece 5 eyalette (Indiana, Massachusetts, Minnesota, Montana ve Pennsylvania) tüm ilaç ve danışmanlık hizmetlerinin karşılandığı tespit edilmiştir. En fazla karşılanan kombinasyon tedavisi sırasıyla nikotin bandı + bupropion (33 program), nikotin bandı + nikotin sakızı (21 program), nikotin bandı + nikotin inhaler (21 program) ve nikotin bandı + nikotin burun spreyidir (19 program). Onsekiz program, üyelerin bireysel danışmanlık hizmetini karşılamaktadır (81).

Avustralya'da bir sigara bırakma polikliniğinde uzman veya pratisyen hekimler tarafından yönlendirilen 226 hasta motivasyonel görüşme teknikleri ve problem çözme stratejilerinin kullanıldığı bireysel danışmanlık ve NRT ile 1 yıl boyunca izlenmiş. İzlenen hastalardan üçüncü ayda %43'üne ulaşılamamış, %31'i sigarayı bırakmış, onikinci ay takibinde ise %40'ına hala ulaşılamamış, ulaşılanların %19'ü sigara içmediğini beyan etmiştir (82).

Steinberg ve diğerleri (83) ise 2001-2003 yıllarında kliniklerinde izlenen 1025 hastadan 790'nın (%77) sigara bırakma tarihlerinden sonra dördüncü haftada irtibat kurularak çalışmaya alındığını; en çok kullanılan tedavinin nikotin bandı (%64), nikotin inhaler (%56), bupropion (%32), nikotin sakızı (%16), nikotin pastil (%5) ve nikotin burun spreyi (%3) olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %23'ünün tek ilaç, %42'sinin 2 ilaç, %17'sinin 3 ilaç, %4'ünün 4 ilaç ve %1'den azının 5 ilaç kullandığını bildirmişlerdir. Altıncı ayda katılımcıların %36'sı sigara içmemektedir. İlaç kullananlar kullanmayanlara göre altıncı ayda 2-3 kat fazla bırakma başarısı göstermiştir. Altıncı ayda ilaç kullanmaya devam edenlerin (%27) sigara bırakma başarısı (%65) etmeyenlere göre (%27) daha yüksek olmuştur.

İstanbul Üniversitesi sigara bırakma polikliniğinde 5 yılda izlenen 839 kişiden 634'ü (%75,6) en az 1 yıl boyunca izlenmiştir. Bunlardan NRT (nikotin bandı) uygulanan 297 kişiden (%46,8) 15. günde %46,8'i, 1. yılda %33,6'sı sigarayı bırakmıştır. NRT verilmeyen, sadece başlangıçta kısa bir eğitim verilen grubun ise 15. günde %11,8'i, 1. yılda %10,9'u sigarayı bırakmıştır. İlk 15 günde sigara kullanmayanların %52,9'u 1. yılda sigara kullanmazken, ilk 15 günde sigara kullananların %5,7'si sigara kullanmamaktadır (84).

İstanbul'da Mart 2002-Ocak 2003 tarihleri arasında bir sigara bırakma kliniğine başvuran 79 katılımcıdan 11'i (%14) ilk görüşmeden sonra ikinci görüşmeye gelmeyerek programı terk etmiştir. Tüm katılımcılara davranış eğitimi verilmiş, ayrıca 24'üne (%35,2) farmakolojik tedavi verilmiştir. Sigara kullanmama yüzdeleri 15. günde %75, 3. ayda %54, altıncı ayda %48,5, 1. yılda %41,2'dir. Sigara bırakma başarısında etkili olan faktörler; yaşın 40' ın üstünde olması, çocuk sahibi olmak ve işyerinde sigara kullanımının yasak olması olarak değerlendirilmiştir (85).

## **2.7. Sigara Bıraktırmada Ekip Çalışması ve Önemi**

Sigara bırakma, pek çok madde bağımlılığında olduğu gibi birinci derecede kişinin kendi isteği, kararı ve iradesiyle ilişkilidir. Sigara bırakma programlarının temelinde hekimler ve diğer sağlık çalışanları yer almaktadır. Hekimlerin bu konudaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, bırakmayı özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemektir. Sigara ile mücadelede asıl başarı, sigaraya başlamanın engellenmesi ile sağlanacaktır. Sağlık profesyonelleri, sigara kaynaklı çoğu kronik hastalığın neden olduğu sağlık, zaman ve iş gücü kayıplarını önlemek ayrıca tedavi maliyetini en aza indirmek için sigara kullananların bırakmasına yardımcı olmalıdır (86). Günümüzde, doktorların hastalarına sigara bırakmayı önerme oranı ABD'de sağlık kuruluşları için bir kalite standardı olarak değerlendirilmektedir (82). Sigara kullanımı ve bağımlılığı DSÖ, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan ilaç Dairesi (FDA) gibi dünya sağlık otoriteleri tarafından bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevleri arasındadır. Başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimler sağlık kurumlarına başvuran hastaların sigara kullanma durumlarını mutlaka sorgulayıp, hastasına sigarayı bırakmasını önermeli, bırakma konusunda hastasını yönlendirip, gerekirse nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavilerin başlanmasını planlamalıdır. Bu aşamada gerekli anemnezin alınması, gerekli durumlarda sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmesi ve destek çalışmalarında diğer sağlık profesyonelleri de aktif olarak yer almaktadır. Birçok sigara kullanıcısının, bir ya da birçok kez başarısız sigara bırakma ya da kesme

girişimlerinin olması nedeniyle, geçmişteki girişimleri öğrenmeye yönelik sorular, sigara bırakma sürecinde önemli bir basamaktır. Sağlık profesyonelleri, sigara kullanılmayan dönem boyunca gelişen semptomları, semptomların süresini ve sigaraya geri dönüş nedenlerini sorgulamalıdır. Ayrıca sigaranın bırakılması döneminde ve sonrasında hastayı takip edip desteklemelidir. Sigara bıraktırma polikliniği olmadan sigarayı bırakma ihtimali %3-5 iken poliklinik desteği ile bu oran %40'lara ulaştığı belirtilmektedir (86). Bu nedenle sigara kullanan bireylerin sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmesi önemli bir aşamadır. Türkiye’de sigara bıraktırma polikliniklerinde hekimler, psikologlar, sosyologlar ve hemşireler görev almaktadır.

## **2.8. Diyabetli Bireyin Sigara Kullanımını Bırakmasında Hemşirenin Rolü**

Hemşireliğin temel amacı, sağlığı geliştirmek ve iyilik halini özendirmeğdir. Sağlıklı bir toplum yaratmaya yönelik olarak sigara içmeyen nesillerin yetişmesinde, sigara kullanan bireylere bırakma konusunda destek vermede hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Sigaranın sağlığa olumsuz etkileri konusunda toplumu bilinçlendirmede hemşirelerin önemli bir rolü vardır (87,88,89). Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)’nin “Tütünsüz Bir Yaşam İçin Hemşireler” adlı yayınında hemşirelerin tütün kontrolündeki önemi vurgulanmaktadır (90). Hemşirelerin buldukları her ortamda sigaradan korunma ve sigarayı bırakma konusunda etkinlik gösterme yönünden özel bir konuma sahip olduğu belirtilmektedir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi, bütün dünyada tütün kontrolünde hemşirelerin ön saflarda yer alması gerektiğini belirtmektedir (90). Dünya Cerrahi Birliği’ne göre sağlık hizmeti sunan ekip (doktor, hemşire, eczacı vs) sigara bırakma danışmanlığı yapmalı ve danışmanlık yaptığı bireyleri izlemelidir (91,92,93). Hemşirelerin sigara bırakmadaki etkinliği ve önemi yapılan sigara bırakma çalışmalarında da görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin sigara bırakma çalışmalarında başarılı oldukları belirlenmiştir (89,91,92,94). Koivula’nın (95) yaptığı çalışmaya göre, hemşirelerin sigara kullanan bireylere yardım etmek üzere özellikle sigara bırakma aşamalarına göre planlamalar yaparak daha iyi destek verebileceği belirtilmektedir. Bu amaçla hemşireler, özellikle niyet ve hazırlık aşamasındaki bireylere destek verir ve rehberlik yapabilirlerse bu bireylerin bir sonraki aşamaya geçmesini ve sigara bırakma eylemini gerçekleştirmesini sağlayabilirler. Hemşireler sigara bırakma

döneminde çekilme belirtisi yaşayan bireye yardım ve rehberlik yapabilir ve bu bireylerin gereksinim duyduğu sosyal desteği sağlayabilirler (91,96). Fiore ve arkadaşlarının (93) belirttiğine göre Ulusal Kanser Birliğinin raporunda hemşirelerin sağlık ekibi içinde sayısal olarak büyük bir orana sahip oldukları ve diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte sigara bırakma çalışmalarına yardım etmeleri gerektiği belirtilmektedir.

Hemşirelerin sigara bırakma müdahalelerinde etkili kişiler arası iletişim becerilerini ve sigara bırakma bilgilerini kullanmaları önemlidir. Hemşireler sigara bırakma müdahalelerini bireylerin değişim aşamasına göre belirleyebilirler. Hemşireler transteoritik modelle; pek çok problemlili davranış alanında geniş hacimli bir araştırma ve hizmet sunan kasıtlı davranış değişimini sağlayabilir. Bireyin bağımlılık düzeyi ve değişim aşamasına göre hemşirenin yapması gerekenler şu şekilde sıralanabilir (97).

1. Niyet Öncesi Aşama; bu aşama bağımlı bireyin sorununu inkar ettiği ve değişimi düşünmediği bir dönem olarak kabul edilmektedir. Bu aşamada hemşirenin kurduğu yardım edici ilişkinin hedefi, bireyi bilinçlendirme ve bireyin kendisini yeniden gözden geçirmesi için cesaretlendirmektir.
2. Niyet Aşması; bu aşamada bağımlı bireyde değişim ihtiyacını kabul etme, problemin farkında olma ancak herhangi bir girişimde bulunmama gibi davranışsal ve bilişsel özellikler görülür. Niyet aşamasında hemşirenin hedefi, değişimin olumlu sonuçlarını ve eğer değişim olmazsa ortaya çıkacak olumsuz durumları fark ettirmektir.
3. Hazırlık Aşaması; bu aşamadaki birey eylem planını tanımlama ve hazırlık yapma aktiviteleri içerisindedir. Bu aşamada hemşirenin hedefi bireyi onaylama ve destek sağlamadır.
4. Eylem Aşaması; Değişim davranışının gözlemlendiği bu aşamada hemşirenin hedefi değişim davranışını cesaretlendirme ve değişime yardım etmedir.
5. Sürdürme Aşaması; en önemli aşamalardan birisi olan bu dönemde birey değişimi sürdürmek için kendini adayabilir. Bu aşamadaki bireye yönelik olarak hemşire, bireyi cesaretlendirmeli, nüks ya da kaymalarda bireyi yargılamamalı ve bireyin sorumluluğunu vurgulayarak bilgilendirmelidir. Hemşire sigara kullanan bireyi bu aşamalara göre değerlendirirse daha iyi müdahale etmiş olacaktır (98).

Hemşirelerin sigara bırakma programlarında yer aldıkları ve başarılı oldukları belirtilmektedir. Diyabetli bireylerde sigara kullanımı oranlarının yeterli çalışma yer almamaktadır. Diyabetli bireylerde sigara kullanım öykülerinin sorgulanması ve bırakma programlarının oluşturulması bir ihtiyaçtır. Diyabetli bireylere sigaranın etkileri ile diyabetin etkileri birleştiğinde ilave hastalık riskinin daha da arttığı vurgusu yapılmalıdır. Diyabetli bireylerde sigara bırakma programlarında özellikle hemşireler de yer almalıdır. Hemşireler bireylerin primer takibini, tedavisini ve bakımını veren sağlık profesyonelleri olduğu için bireylerle daha fazla etkileşim içindedir. Bu yönlerini davranış değiştirme ve sağlığı geliştirme davranışlarında daha etkili olarak kullanabilirler.



### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma diyabetli bireylerde diyabet tanısı konduktan sonra sigara/tütün kullanma davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte dizayn edilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini TC Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyabet, endokrin ve iç hastalıkları polikliniklerine diyabet kontrolü için başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırma örnekleme 28 Mart ve 20 Mayıs 2016 tarihleri arasında, araştırmacının poliklinikte bulunduğu günlerde (her hafta içinde 3 gün) başvuran ve aşağıdaki kriterlere uyum sağlayan hastalar alındı;

- Tip 2 diyabeti olan,
- 20 yaş ve üzerinde,
- Diyabet tanısı konduğu sırada tütün ürünü/sigara kullanmakta olan hastalar örnekleme dahil edildi. Örnekleme dahil edilme kriteri olarak alınmasına rağmen, sigara dışında nargile, pipo, puro gibi tütün ürünlerini kullanan hastaya rastlanmadı. Bu nedenle örneklem sigara kullanan hastalardan oluştu.

Tanıdan önce sigara kullanıp bırakmış olsa da tanı sırasında sigara kullanmayan hastalar örnekleme dahil edilmedi.

Araştırmanın yapıldığı süre içinde bu özelliklere sahip 155 hasta belirlendi. Beş hasta araştırmaya katılmayı reddetti. Diğer hastalar araştırma örneklemini oluşturdu (n=150).

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada anket formu ve Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi kullanıldı.

**Anket Formu (Ek 1):** Araştırmacı tarafından literatür bilgileri rehberliğinde hazırlanan bu form üç bölümden oluşmuştur:

- **Bölüm 1; Sosyodemografik özellikler:** Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve meslek sorgulanmıştır.
- **Bölüm 2; Diyabet ve yönetimi ile ilişkili özellikler:** diyabet tanı yılı, tanıdan sonra uygulanan diyabet tedavisi ve şimdiki tedavisi, diyabetle ilişkili sağlık sorunları sorgulanmıştır.
- **Bölüm 3; Sigara / tütün kullanımı ile ilişkili özellikler:** Bu bölümde bireylerin sigaraya başlama yaşı ve diyabet tanısı konduktan sonra sigara kullanma konusunda aileninin, sağlık personelinin yaklaşımı ile sigara bırakma eğitimi, profesyonel yardım alma durumları incelendi. Devam eden sorular tanıdan sonra sigarayı bırakan, kullanma miktarını azaltan veya sigara kullanma alışkanlığında hiç değişiklik yapmayan bireylere özgü olarak gruplanarak hazırlandı. Bireyin sigara kullanma davranışı öğrenildikten sonra uygun olan soru grubu bireye yöneltildi.

***Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi (Ek 2 ):*** Bireylerin nikotine olan bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla 1978'de İsveçli Dr. Karl Fagerstörn tarafından geliştirilmiştir (99). Bu test 1992'de Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından tekrar düzenlenmiştir (100). Ülkemizde bu test Uysal ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (101). Fagerström nikotin bağımlılık testinin Türkçe versiyonu 169 sigara kullanıcısına uygulanmıştır. 169 kişi içerisinde rastgele seçilen 52 kişiye retest uygulanarak güvenilirlik analizi yapılmıştır. Çalışmada cronbach alfa katsayısı 0.56 bulunarak orta derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçek çok sayıda çalışmada da kullanılmıştır (102,103,104,105,106). Test altı sorudan oluşmaktadır. Ölçek puanı 6 soruya verilen cevaplara göre en düşük 0 ile en yüksek 10 puan arasında değişebilmektedir. Birinci ve dördüncü sorulara verilen cevapların puanlaması 3-2-1-0 şeklinde iken diğer soruların puanlaması 1-0 şeklinde kodlanmıştır. Bu altı sorudan elde edilen puanların toplanması ile ölçek puanı oluşturulmaktadır. Ölçek toplam puanına göre nikotin bağımlılık düzeyi çok düşük (0-2 puan), orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) olarak yorumlanmaktadır (107).



### 3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler TC Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin diyabet, endokrin ve iç hastalıkları polikliniklerine diyabet kontrolü için başvuran hastalarda toplandı. Hastaların sigara kullanma öyküleri öğrenildi. Örneklem kriterlerine uygun olan hastalara araştırma içeriğinden bahsedilerek araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri soruldu. Araştırmaya katılmak isteyen bireylerden sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen hastalara araştırmacı tarafından sorular yüz yüze görüşme tekniğiyle tek tek yöneltildi. Anket formları hastalara poliklinik önlerinde muayene öncesinde ya da sonrasında yöneltildi.

### 3.5. Araştırma Kronolojisi

Etik kurul onayının alınması;	11 Ocak.2016
Kurum izninin alınması;	22 Mart.2016
Anket formlarının çoğaltılması;	25 Mart 2016
Verilerin toplanması;	28 Mart- 20 Mayıs 2016
Spss verilerinin girilmesi;	15 Nisan 2016
Analizlerin yapılarak tezin yazılması ve tez savunmasının yapılması;	Nisan-Kasım 2016

### 3.6. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (2015.308.IRB3.180). TC Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma hastanesinde veri toplamak için İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği' nden kurum izni alınmıştır. (Ek 3)

### 3.7. Veri Analizi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Olguların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirilmiştir. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bağımlı değişken ve bağımsız değişkenler arasında kıkare, Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

### **3.8 Bağımlı ve bağımsız değişkenler**

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri şunlardır:

**Bağımlı değişken;** Diyabet tanısından sonra sigara kullanma / azaltma / bırakma davranışı

**Bağımsız değişken;** sosyodemografik özellikler, diyabet tanı yılı, diyabet tedavi yöntemleri, diyabet komplikasyonları, ailede diyabet öyküsü, diyabet eğitimi alma, sigara kullanmaya başlama yaşı, ailenin sigara kullanımına tepkisi, doktor ya da hemşirenin sigara kullanımını sorgulaması, doktor ya da hemşirenin sigara kullanımına önerisi, diyabet tanısı sonrası sigaranın zararlarına yönelik eğitim verilmesi, sigara bırakmada çevresel destek, sigara bırakmada profesyonel destek, sigara dumanına maruziyet, Fagerstörn nikotin bağımlılık testi puanı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Diyabet tanısı sırasındaki sigara içme davranışı ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendiren bazı sorular geriye dönük sorulduğu için hastalar hatırlamakta zorlanmış ve yanıtlarken yanıltılmış olabilir. Bu durum araştırmanın sınırlılığı olarak belirtilebilir.

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan olguların %27,3'ü kadın, %72,7' si erkektir. Olguların % 47,4'ü 0-55 yaş aralığında ve % 52,6' sı 56- 78 yaş aralığındadır. Olguların eğitim durumu incelendiğinde %70,7'si ilkokul/ortaokul eğitim düzeyinde yer almaktadır. Olguların %93,3' ü evli olup 4 katılımcı medeni durumunu belirtmek istememiştir. Olguların meslek grupları değerlendirildiğinde; %30'u emekli, %20' si ev kadını,%18'i işçi, %16,7'si serbest meslek, %8,7' si şoför ve %4'ü memurdur. (Tablo 4.1)

**Tablo 4.1:** Sosyo-demografik Özellikler (N=150)

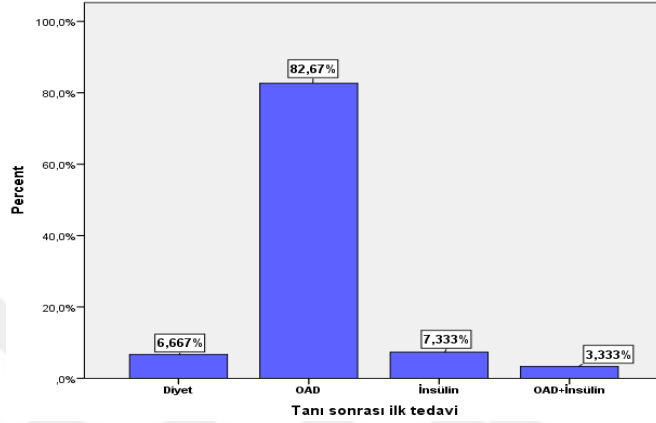
Sosyo-demografik özellikler	Gruplar	N	%
Cinsiyet	Kadın	41	27.3
	Erkek	109	72.7
Yaş	20-55	71	47,4
	56-78	79	52,6
Eğitim durumu*(n=146)	Okur-yazar değil	9	6
	Okur-yazar	7	4.7
	İlkokul/ortaokul	106	70.7
	Lise	19	12.7
	Üniversite ve üzeri	5	3.3
Medeni durum * (n=146)	Bekar	6	4
	Evli	140	93.3
Meslek* (n=147)	Ev kadını	30	20
	Emekli	46	30
	Memur	6	4
	İşçi	27	18
	Şoför	13	8.7
	Serbest meslek	25	16.7

\*Tüm olgular eğitim, medeni ve meslek durumunu belirtmemiştir.

#### 4.1: Diyabet ve Yönetimi İle İlişkili Özellikler (N=150)

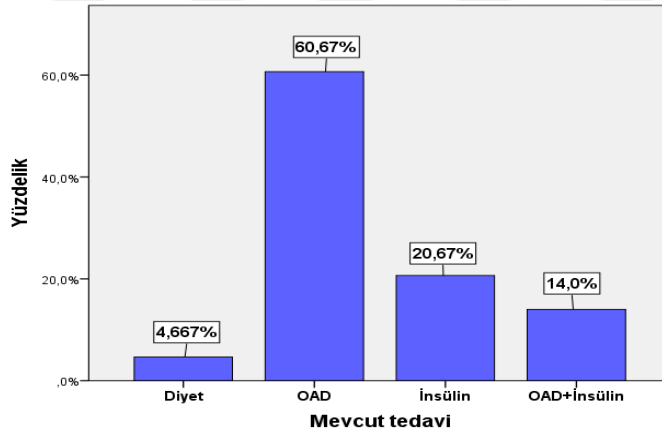
Olguların diyabet tanı süreleri değerlendirildiğinde minimum 3 ay ve maksimum 45 yıl olduğu saptanmıştır. Olguların diyabet tanı süresi aritmetik ortalaması  $8,59 \pm 7,16$  yıl olarak bulunmuştur. Kronik komplikasyon varlığı hastalara birebir sorularak öğrenilmiş olup %38,7'sinde kronik komplikasyon varlığı saptanmıştır.

Hastalara diyabet tanısı koyulduğunda uygulanan ilk tedavi yönetimi sorulmuş olup %82,7' sinde oral antidiyabetik tedavi başlandığı saptanmıştır. Hastalara şu anda diyabet yönetimi için hangi tedaviyi kullandıkları sorulduğunda; %60,7' sinin oral antidiyabetik kullanıyor olduğu saptanmıştır. Diyabetin ilerleyen süreçlerinde oral antidiyabetik kullanım oranının azalarak insülin ve kombine tedavi yöntemlerine geçişler saptanmıştır (Şekil 4.1a ve b).



\*OAD: Oral antidiyabetik ilaçlar

Şekil 4.1a: Tanıdan hemen sonra uygulanan diyabet tedavi yöntemlerinin dağılımı

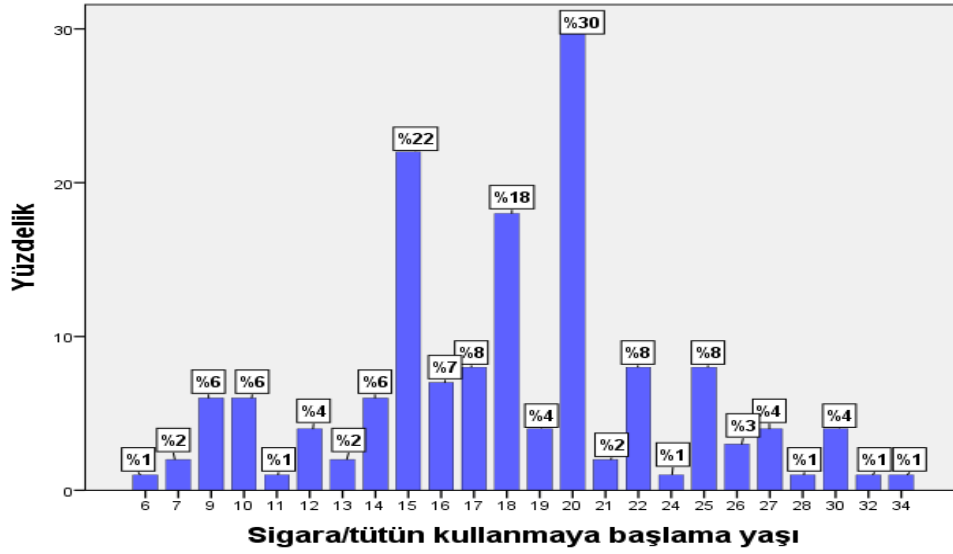


\*OAD: Oral antidiyabetik ilaçlar

Şekil 4.1b: Çalışma sırasında uygulanan diyabet tedavi yöntemlerinin dağılımı

## 4.2. Tütün Kullanma Davranışını Etkileyen Özellikler

Olguların sigaraya başlama yaşlarını minimum 6 ve maksimum 34 yaş arasında değişiklik göstermektedir. Tüm olguların sigaraya başlama yaşı aritmetik ortalamasının  $18,15 \pm 5,2$  yıl olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2).



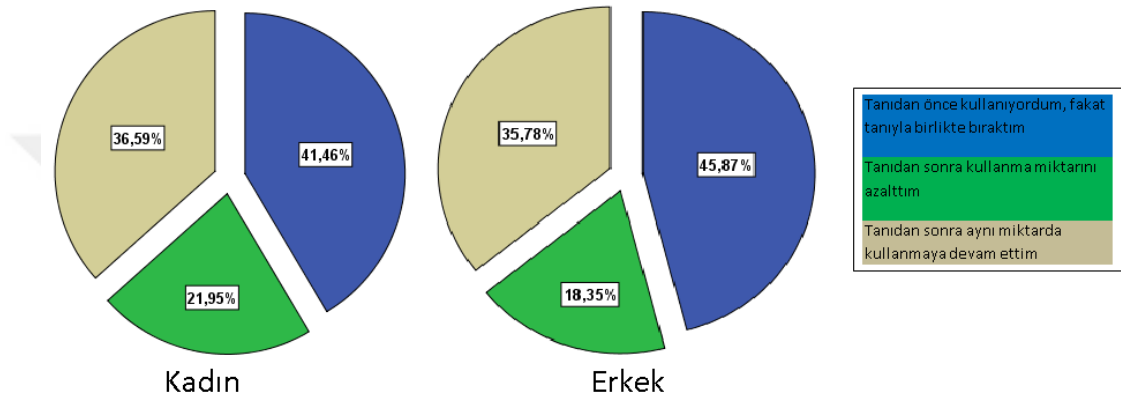
**Şekil 4.2:** Olguların sigara kullanmaya başlama yaşı

Olguların sigara kullanma davranışına ailenin tepkisi % 80,7' lik oranla sigara kullanmaması gerektiği yönünde geri bildirimler verilmiştir. Olgulara sigara kullanım durumlarının doktor ya da hemşire tarafından sorulup sorulmadığı incelendiğinde; % 67,3' ü sorguladıklarını, % 33,3' ünün ise sorgulamadıklarını belirtmiştir. Sigara kullanma öyküsü olan bireye doktor ya da hemşirenin % 61,3' ü sigarayı bırakmasını önermiştir. Doktor ya da hemşire sigara kullanma öyküsünden sonra % 38' lik bir oranla herhangi bir öneride bulunmadığı tespit edilmiştir. Olgulara diyabet tanısından sonra sigaranın diyabete zararları konusunda eğitim verilip verilmediği sorulduğunda % 89,3' ü eğitim verilmediğini belirtmiştir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2:** Sigara/tütün kullanımına ilişkin özellikler

Gruplar	n	%
<b>Sigara kullanımına ailenin tepkisi</b>		
Sigara kullanmamasını önerme	121	80,7
Sigara kullanmaması için girişimde bulunma	3	2
Sigara kullanmasına tepkisiz kalma	26	17,3
<b>Sigara kullanımının sağlık personeli tarafından sorgulanması</b>		
Evet	100	67,3
Hayır	50	33,3
<b>Sigara kullanımına doktor ya da hemşirenin önerisi</b>		
Herhangi bir öneride bulunmadı	57	38
Sigarayı/tütünü bırakmamı önerdi	92	61,3
Sigarayı bırakma polikliniğine sevk etti	1	0,7
<b>Diyabet tanısından sonra sigaranın zararları konusunda eğitim verilmesi</b>		
Evet	16	10,7
Hayır	134	89,3

Olguların diyabet tanısı sonrası sigara kullanma davranışları incelendiğinde; Kadın olguların % 41,46' sını tanıyla beraber sigarayı bıraktığını, % 36,59' u aynı miktarda kullanmaya devam ettiğini ve % 21,95'i ise sigara kullanma miktarını azalttığını belirtmiştir. Erkek olguların diyabet tanısından sonar sigara kullanma davranışları incelendiğinde; % 45,87'si tanıyla beraber sigarayı bıraktığını, % 35,78' i sigarayı aynı miktarda kullanmaya devam ettiğini ve % 18,35'i ise sigara kullanma miktarını azalttığını belirtmiştir (Şekil 4.3).



**Şekil 4.3:** Olguların diyabet tanısı sonrası sigara kullanma davranışı cinsiyete göre dağılımı

Olgular genç ve ileri yaş grubu olacak şekilde iki kategoriye ayrılıp yaş ile sigara kullanma davranışı arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Yaş ile sigara kullanma davranışı arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3:** Sigara kullanma davranışı ile yaş arasındaki ilişki

Yaş Grupları	Tanıdan Sonra Sigara Kullanma Alışkanlığı						$\chi^2$	p
	Bırakanlar (n=67)		Azaltanlar (n=29)		Değiştirmeyenler (n=54)			
	$\bar{X} \pm sd$		$\bar{X} \pm sd$		$\bar{X} \pm sd$			
	N	%	N	%	N	%		
Genç yaş (20-55 yıl)	30	44,8	14	48,3	27	50	0,340	0,844
İleri yaş (56-78 yıl)	37	55,2	15	51,7	27	50		
Toplam	67	100	29	100	54	100		

Olguların tanı öncesinde bir günde kullandıkları sigara miktarları ile diyabet tanısı sonrası sigara davranışı arasında ilişki saptanmıştır ( $p=0,035$ ). Diyabet tanısından sonra sigara kullanma alışkanlığı değişmeyen bireyler sigarayı bırakan bireylere göre bir günde daha az sigara tüketmektedir. Tanıdan sonra tükettiği sigara miktarını azaltan bireylerin günlük tüketim miktarı incelendiğinde tanı öncesinde günde  $24,10 \pm 15,55$  adet kullanırken, tanıdan sonra  $10,38 \pm 6,27$  adet kullanmaya başladığı saptanmıştır. Olguların tanıdan önceki Fagerström Nikotin Bağımlılık ortalama puanları ile diyabet tanısından sonra sigara kullanma davranışı arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Olguların sigaraya başlama yaşı ile diyabet tanısından sonra sigara kullanma alışkanlığı arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 4.4)

**Tablo 2.4:** Tanıdan önce sigara kullanımına ilişkin özelliklerin tanı sonrası sigara kullanma davranışı üzerine etkisinin incelenmesi

Sigara Kullanımına İlişkin Özellikler	Tanıdan Sonra Sigara Kullanma Alışkanlığı			$\chi^2$ *	p
	Bırakanlar (n=67) $\bar{X} \pm sd$	Azaltanlar (n=29) $\bar{X} \pm sd$	Değiştirmeyenler (n=54) $\bar{X} \pm sd$		
Tanı öncesinde bir günde tüketilen sigara adedi	26,42±16,82	24,10±15,55	19,52±9,94	3,441	0,035
Fagerström Nikotin Bağımlılık Puanı	2,42±0,924	2,72±0,960	2,81±0,953	2,878	0,059
Tütün kullanmaya başlama yaşı	17,88±6,40	18,34±3,64	18,39±4,51	0,16	0,852

$\chi^2$ : Kruskal Wallis ki-kare değeri

Sigara kullanımına ailenin tepkisiyle diyabet tanısının sigara alışkanlığına etkisi arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Aileler her üç gruba da sigarayı kullanmamaları gerektiği yönünde geri bildirim vermişlerdir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5:** Aile tepkisinin sigara kullanımına etkisi \*

Ailenin tepkisi	Sigarayı bırakan (n=67)		Sigara miktarını azaltan (n=29)		Sigara kullanma miktarını değiştirmeyen (n=54)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	N	%		
Kullanmamasını önerme	61	91	21	72,4	39	72,2	8,948	0,062
Kullanmaması için girişimde bulunma	0	0	1	3,4	2	3,7		
Sigara kullanmasına tepkisiz kalma	6	9	7	24,1	13	24,1		
Toplam	67	100	29	100	54	100		

\* Ki-kare testi yapılmıştır.

Sigara kullanımının doktor ya da hemşire tarafından olgulara sorulmasıyla diyabet tanısı sonrası sigara kullanma alışkanlığı arasındaki fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sigara alışkanlığında değişim olan bireyler sigara kullanma alışkanlığında değişim olmayan bireylere göre daha fazla sigara kullanım durumlarının sorgulandığını belirtmiştir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6:** Doktor ya da hemşire tarafından sigara kullanımını sorgulanmasının sigara kullanımına etkisi

Doktor ya da hemşirenin sigara kullanımının sorgulanması	Sigara kullanma alışkanlığı değişen		Sigara kullanma alışkanlığı değiştirmeyen		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Evet	68	70,8	32	59,3	16,667	0,00
Hayır	28	29,2	22	40,7		
Toplam	96	100	54	100		

Sağlık profesyonellerinin sigara kullanım durumuna önerisi ile olguların tanı sonrası sigara kullanma davranışı arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sigarayı bırakması önerilen bireylerin, sigara kullanma davranışı daha yüksek oranda değişim görülmüştür ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7:** Doktor ya da hemşirenin sigara kullanımına önerisinin sigara kullanımına etkisi

Doktor ya da hemşirenin sigara kullanımına önerisi	Sigara kullanma alışkanlığı değişen		Sigara kullanma alışkanlığı değiştirmeyen		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Öneride bulunmama	35	61,4	22	38,6	11,760	0,01
Bırakmayı önerme	60	65,2	32	34,8		
Bırakması için girişimde bulunma	1	100	0	0		
Toplam	96	64	54	36		



Diyabet tanısından sonra sigaranın diyabete zararları konusunda eğitim verilip verilmemesi ile sigara bırakma davranışı arasında fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 4.8)

**Tablo 4.8:** Tanı sonrası sigaranın zararları hakkında eğitim verilmesinin sigara kullanımına etkisi

Tanı sonrası sigaranın zararları hakkında eğitim verilmesi	Sigarayı bırakan		Sigara miktarını azaltan		Sigara kullanma miktarını değiştirmeyen		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	N	%		
Evet	9	13,4	2	6,9	5	9,3	1,083	0,582
Hayır	58	86,6	27	93,1	49	90,7		
Toplam	67	100	29	100	54	100		

Diyabet tanısından sonra sigarayı bırakmak için profesyonel yardım alma ile sigara bırakma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,05$ ). (Tablo 4.9)

**Tablo 4.9:** Sigara kullanma davranışına profesyonel destek almanın etkisi

Profesyonel destek alma	Sigarayı bırakan		Sigara miktarını azaltan		Sigara kullanma miktarını değiştirmeyen		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	N	%		
Evet	10	14,9	1	3,4	2	3,7	5,994	0,05
Hayır	57	85,1	28	96,6	52	96,3		
Toplam	67	100	29	100	54	100		

Diyabet tanısından sonra sigara dumanı olan ortamda bulunma ile sigara bırakma davranışı arasında fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sigara kullanma alışkanlığını değiştirmeyen bireyler sigara kullanma miktarını azaltan ve sigarayı bırakan bireylere göre daha fazla sigaralı ortamda bulunmakta ve sigara dumanına maruz kalmaktadır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10:** Sigara dumanı olan ortamda bulunmanın sigara kullanımına etkisi

Sigara dumanı olan ortamda bulunma	Sigarayı bırakan		Sigara miktarını azaltan		Sigara kullanma miktarını değiştirmeyen		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	N	%		
Evet	30	44,8	17	58,6	46	85,2	20,898	0,000
Hayır	37	55,2	12	41,4	8	14,8		
Toplam	67	100	29	100	54	100		

Sigaralı ortamda bulunmanın sigara kullanma alışkanlığını değiştirmede cinsiyetin etkisi araştırıldığında; kadın ve erkek olgular arasında fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Erkek olgular daha fazla sigaralı ortamda bulunmaktadır (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11:** Cinsiyet ile sigara dumanına maruz kalma arasındaki ilişki

Cinsiyet	Sigara dumanı olan ortamda bulunma				$\chi^2$	p
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
Kadın	25	26,8	16	28,1	8,640	0,03
Erkek	68	73,1	41	71,9		
Toplam	93	100	57	100		

Sigarayı bırakan bireylerin hangi ortamlarda sigaraya maruz kaldığı incelendiğinde; sosyal ortamda (n=23), evde (n=4), ev+sosyal ortamda (n=2), iş yeri+sosyal ortamda (n=1), ev+iş+sosyal ortamda (n=1) sigara dumanına maruz kaldıkları saptanmıştır. Sigara kullanma miktarını azaltan bireyler sırasıyla; sosyal ortamda (n=11), evde (n=1), iş yeri (n=1), ev+sosyal ortamda (n=2), iş yeri+sosyal ortamda (n=1) duman maruziyeti yaşamaktadır. Sigara kullanma miktarını değiştirmeyen bireyler ise; sosyal ortamda (n=17), ev+sosyal ortamda (n=10), evde (n=7), ev+iş yerinde (n=1), iş yeri+sosyal ortamda (n=6), ev+iş+sosyal ortamda (n=5) dumana maruz kalmaktadır.

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışma diyabetli bireylerde diyabet tanısı konduktan sonra sigara/tütün kullanma davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı tarzda dizayn edilmiş olup literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda olguların sigaraya başlama yaşları minimum 6 ve maksimum 34 yaş arasında değişmektedir. Tüm olguların sigaraya başlama yaşı aritmetik ortalamasının  $18,15 \pm 5,2$  yıl olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2). Küresel yetişkin tütün araştırması (2012) verilerine göre ülkemizde 15 yaş altı sigaraya başlama oranı % 16,1 olup erkeklerde % 16,7 ve kadınlarda % 14,3 oranlarındadır. Ülkemizdeki 18 yaş altı sigaraya başlama oranı % 58,7 olup bu oran erkeklerde % 61,8 ve kadınlarda % 49 oranlarındadır. Sigaraya başlama genel yaş ortalaması 17,1 yıl olup erkeklerde 16,8 yıl ve kadınlarda 17,9 yıl olarak saptanmıştır (111). Diyabetli bireylerin sigaraya başlama yaş ortalaması sigara kullanan tüm topluma benzer özelliktedir. Yurt dışında diyabetli bireylerde sigara bırakmayla ilgili yapılmış çalışmalar mevcuttur. Mark ve arkadaşları sigara kullanan diyabetli bireylerde sigara bırakmayla ilgili yapmış oldukları araştırmalarında iki grup oluşturmuşlardır. İlk grubun sigaraya başlama yaş ortalaması  $20,9 \pm 8,1$ , ikinci grubun  $21,2 \pm 5,6$  olarak saptanmıştır (21). Diyabetli bireylerde sigara bırakmayla ilgili yapılan diğer bir araştırmada oluşturulan iki grubun sigaraya başlama yaşları sırasıyla  $18,4 \pm 1,6$  ve  $20,5 \pm 2,1$  olarak bulunmuştur (22). Diğer toplumlardaki diyabetli bireylerin sigaraya başlama yaşı Türk toplumuna göre daha geçtir.

Olguların diyabet tanısı sonrası sigara kullanma davranışları incelendiğinde; Kadın olguların % 41,46'sı erkeklerin ise % 45,87'si tanıyla beraber sigarayı bıraktığını bildirmiştir (Şekil 4.3). Kadın ve erkek olguların tanı sonrası sigara kullanma davranışları benzer özelliktedir. Tanı sonrası olguların yarıdan fazlasının sigara kullanma davranışını sürdürüyor olması, bu grupların incelenerek sigarayı bırakması için müdahale edilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Olguların tanı öncesinde bir günde kullandıkları sigara miktarları ile diyabet tanısı sonrası sigara kullanma davranışı arasında ilişki saptanmıştır ( $p=0,035$ ). Diyabet tanısından sonra sigarayı bırakan bireylerin sigara kullanmaya devam eden bireylere göre bir günde içtikleri sigara adedi daha fazladır (Tablo 4.4). Diyabet

tanısından sonra sigara kullanma davranışını inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmamızda tanıdan sonra sigarayı bırakan bireylerin bir günde tükettikleri sigara adedi ortalaması  $26.42 \pm 16.82$ , sigara kullanma miktarını azaltan bireylerin  $24.10 \pm 15.55$  ve sigara kullanma miktarında değişiklik olmayan bireyler  $19.52 \pm 9.94$  olarak saptanmıştır. Küresel yetişkin tütün araştırması verilerine göre; hergün düzenli sigara kullanan bireyler ortalama 19,2 adet/günde sigara kullanıyor olup erkekler ortalama 20,3 adet/günde ve kadınlar 15,3 adet/günde sigara kullanmaktadır (111). Çalışmamızda incelenen diyabetli bireylerin günlük sigara kullanma miktarının Türk toplumu verilerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde diyabetli bireylerde sigara kullanma alışkanlığını irdeleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Diyabetli bireylerde topluma göre daha fazla sigara tüketiminin olması bu konunun daha fazla araştırılması gerektiğini göstermektedir. Spijkerman ve arkadaşlarının diyabetli hastalarda yapmış oldukları çalışmada; sigara kullanmakta olan erkek hastaların günde ortalama 16 adet, kadın hastaların günde ortalama 12 adet sigara kullandıkları tespit edilmiştir (2). Yurtdışı verilerinde de sigara kullanım sayısı çalışmamızdaki oranlara göre daha düşüktür.

Çalışmamızda Fagerström nikotin bağımlılık puanı hesaplanmış olup sigarayı bırakan bireylerin nikotin bağımlılık puanı  $2.42 \pm 0.924$ , sigara kullanma miktarını azaltan bireylerin  $2.72 \pm 0.960$  ve sigara kullanma miktarında değişiklik olmayan bireylerin ise  $2.81 \pm 0.95$  olarak değerlendirilmiştir. Üç grup arasında nikotin bağımlılık düzeylerinin diyabet tanısından sonra sigara kullanma davranışı üzerine etkisi değerlendirildiğinde fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Bingül' ün çalışmasında sigara bırakmada başarılı grubun nikotin bağımlılık puanı  $5,1 \pm 2,5$ , başarısız grubun nikotin bağımlılık puanı  $5,4 \pm 2,3$  olarak tespit edilmiştir (105).

Çalışmamızda olguların %80,7'sine aileleri sigarayı bırakmalarını önermiştir fakat bu önerilerin tanıdan sonra sigara kullanma davranışını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bireylere sadece sigarayı bırakmasını önerme davranış değiştirilmede direkt etkili olmayabilmektedir. Ailelerin sigara bırakma tedavisinde sürece dahil edilmesi ve tavsiyeye ilave olarak diğer motivasyonel faktörleri de sağlamaları diyabetlinin sigara kullanımını bırakmasını kolaylaştırabilecektir.

Çalışmamızda olgulara sigara kullanım durumlarının doktor ya da hemşire tarafından sorulup sorulmadığı incelendiğinde; % 67,3' ü sorguladıklarını, % 33,3' ünü ise sorgulamadıklarını belirtmiştir (Tablo 4.6). Retna ve arkadaşlarının diyabetli hastalarda yapmış oldukları araştırmada; doktorların hastalarına sigara kullanıp kullanmadığını sorgulanmasında hastaların % 35' i doktorun sigara kullanım öyküsünü sorguladığını belirtmiştir. Hastaların % 25,6'sına doktor tarafından sigarayı bırakması önerilmiş ve % 3,2' sine de sigarayı azaltması önerildiği belirtilmiştir (110). Mark ve arkadaşlarının diyabetli hastalarda yapmış oldukları araştırmada; doktorlar % 75 oranında hastaların sigara kullanıp kullanmadığını sorgulamış, % 52 oranında hastalara sigarayı bırakmasını tavsiye etmişler, % 21 oranında sigarayı azaltmalarını önermişlerdir. Hastalar takip öncesindeki 1 yıl içerisinde % 42 oranında sigara kullanımının doktor tarafından sorgulanmadığını ve % 22' si de sadece 1 kez sigara kullanım öyküsünün sorgulandığını belirtmiştir (20). Sigara kullanım öyküsü öğrenilmeyen hastaya sağlık profesyonelleri tarafından gerekli müdahale yapılamayacağı için sigara kullanım durumunu mutlaka sorgulanmalıdır.

Çalışmamızda sigara kullanma öyküsü olan bireye doktor ya da hemşirenin % 61,3'ü sigarayı bırakmasını önermiştir. Doktor ya da hemşire sigara kullanma öyküsünden sonra % 4,7' lik bir oranla herhangi bir öneride bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Diyabet tanısı sonrası hastaların % 19,33' ünün sigarayı bıraktığı göz önüne alınırsa sağlık personelinin hastalara sadece sigarayı bırakmayı önermesi değil girişimde bulunması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Sayın'ın çalışmasında olguların %25,7'si doktor önerisi, %65,4'ü kendi isteği ile sigara bırakma polikliniğine başvurmuştur. İlgili çalışmada doktorların sigarayı bırakma konusunda daha fazla öneride bulunması gerektiği vurgulanmıştır (102). Mark ve arkadaşlarının diyabetli bireylerde sigara bırakmayla ilgili yapmış oldukları çalışmada; bireylere doktor tarafından sigarayı bırakmasının önerilmesi % 30'luk başarı sağlarken sigara bırakma danışmanlığının yapılması başarı oranını % 37' ye yükseltmektedir. Yine aynı çalışmada, sigara kullanmaya devam eden bireylerden sigarayı bırakması önerilen grupta % 70, sigara bırakma danışmanlığı yapılan grupta % 88 oranında sigarayı bırakma ya da azaltma girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (110).

Çalışmamızda olgulara diyabet tanısından sonra sigaranın diyabete zararları konusunda eğitim verilip verilmediği sorulduğunda % 89,3' ü eğitim verilmediğini belirtmiştir (Tablo 4.8). Mark ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada hastaların % 48,8'i sigaranın diyabete zararlı olduğunu bildiğini belirtmiştir (110). Diyabetli bireylerde sigara kullanımı ile ilgili inançların incelendiği niteliksel bir çalışmada, sigara kullanmaya devam eden bireylerin sigaranın diyabete yönelik zararları hakkında yanlış bilgilere sahip olduğu vurgulanmıştır (15). Sigaranın sağlığa zararlı olduğunun yanı sıra diyabetli bireylerde ilave olarak hangi zararların olacağı açıkça anlatılmalıdır. Bireyde sigaranın diyabete etkileri konusunda farkındalık oluşturulmalı ve sigara bırakması için danışmanlık yapılmalıdır.

Çalışmamızda diyabet tanısından sonra sigarayı bırakmak için profesyonel yardım almayla sigara bırakma davranışı arasında ilişki saptanmamıştır. Sigarayı bırakan bireyler % 14,9, sigara kullanma miktarını azaltan bireyler % 3,4 ve sigara kullanma miktarında değişiklik olmayan bireyler % 3,7 oranında profesyonel destek aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.9). Sayın'ın çalışmasında olguların büyük çoğunluğu daha önce profesyonel destek almadan sigarayı bırakmayı denemiş olduğu ancak başarısız sonuçlandığı saptanmıştır (102). Literatürde profesyonel destek alıyor olmanın sigara bırakma sürecinde olumlu etki oluşturduğu üzerinde durulmaktadır (105). Çalışmamızda her üç gruba da yeterince profesyonel destek verilmediği gözlenmektedir.

Çalışmamızda diyabet tanısından sonra sigara dumanı olan ortamda bulunma ile sigara bırakma davranışı arasında ilişki saptanmıştır. Bireylerin en fazla sigara dumanına maruz kaldığı ortam sosyal çevredir. Sigara kullanma alışkanlığını değiştirmeyen bireylerin diğer iki gruba göre daha fazla sigaralı ortamda bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Bireylerin sigarayı bırakma sürecinde sigara dumanı olan ortamda bulunması sigarayı bırakmada olumsuz etki oluşturmaktadır. Bakan'ın sigara bırakmayla ilgili çalışmasında bireyler en fazla iş yerinde sigara dumanına maruz kaldığını ifade etmişlerdir (109). Literatürde yer alan çalışmalarda da sigara dumanına maruz kalmanın sigara bırakmada olumsuz etki oluşturduğu belirtilmektedir (102,103,105).

Ülkemizde diyabetli bireylerde sigara kullanımı konusunda yapılmış bir araştırma bulunamamıştır. Yurtdışında diyabetli bireylerde sigara kullanımıyla ilgili çalışmalar mevcuttur. Ancak diyabet tanısından sonra sigara kullanma davranışını inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu yönüyle çalışma verileri daha önce üzerinde durulmamış bir konuyu açıklamak için kaynak olabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabetli bireylerde diyabet tanısı konduktan sonra sigara/tütün kullanma davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri incelendiğinde;

- Diyabet tanısı koyulduktan sonra olgularda sigara kullanmayı bırakanlar %44,67, sigara kullanma miktarını azaltanlar %19,33, sigara kullanma davranışını değiştirmeyenler ise %36 oranındadır.
- Tanı öncesinde bir günde kullandıkları sigara miktarları ile diyabet tanısı sonrası sigara kullanma davranışı arasında ilişki saptanmış, sigarayı bırakanların günlük sigara içme adedi diğer bırakmayan ve azaltanlara göre yüksek bulunmuştur ( $p=0,035$ ).
- Üç grup arasında Fagerström Nikotin Bağımlılık düzeylerinin diyabet tanısından sonra sigara kullanma davranışı üzerine etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel fark olmadığı saptanmış, fakat bu değerlendirme retrospektif yapıldığı için bu sınırlılığı hatırlatılarak yorumlanmıştır.
- Diyabet tanısından sonra olguların % 33,33'ünde sigara kullanım durumları sorgulanmamıştır. Olguların % 61,3'ünde ise hemşire ya da hekim tarafından sigara kullanma durumunu değerlendirmenin yanısıra sigarayı bırakması önerilmiştir.
- Bulgular planlı ve profesyonel sigara danışmanlığının çok az oranda gerçekleştirildiğini ve etkili olarak yapılmadığını göstermiştir. Sigaranın zararları konusunda eğitim programlarının yetersizliği de saptanmıştır.
- Diyabet tanısından sonra sigara dumanı olan ortamda bulunma ile sigara bırakma davranışı arasında ilişki saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Sigara kullanma alışkanlığını değiştirmeyen olgular diğer iki gruba göre daha fazla sigaralı ortamda bulunmaktadır.



Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Diyabetli bireylerde sigara/tütün kullanımının rutin bakım içinde düzenli değerlendirilmesi ve izlenmesi,
- Sigaranın (aktif ve pasif içicilik) diyabetli bireye verdiği zararlara diyabet eğitim programları içinde ayrı bir bölüm olarak yer verilmesi ve tüm diyabetlilere bu eğitimlerin verilmesi,
- Sigara/tütün kullanan bireylere bırakma konusunda profesyonel yardım verilmesi ve bu amaçla uzmanlara ve ilgili kliniklere sevk edilmesi,
- Sağlık çalışanlarının diyabette sigaranın etkileri/zararları konusunda eğitilmesi,
- Diyabetli bireylerde sigara/tütün kullanımı ve etkileri konusunda literatürdeki yetersizliği ortadan kaldıracak nitelikte, daha fazla araştırma yapılması önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı: eylem planı (2011-2014). (2011). Sağlık Bakanlığı.
2. Spijkerman, A. M., Nilsson, P. M., Ardanaz, E., Gavrilu, D., Agudo, A., Arriola, L. & Fagherazzi, G. (2014). Smoking and long-term risk of type 2 Diabetes: The EPIC-InterAct Study in European populations. *Diabetes Care*, 37(12), 3164-3171.
3. Erol, H. (2013). Kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi.(Tez). Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
4. Jee, S. H., Foong, A. W., Hur, N. W., & Samet, J. M. (2010). Smoking and risk for diabetes incidence and mortality in Korean men and women. *Diabetes Care*; 33(12), 2567-2572.
5. Taş, A., Bayraktar, M. Z., Erdem, Ü., Sobacı, G., Uçar, M., Tarihi, G. T., & Deontoloji, A. D. (2005). Diyabetik hastalarda retinopati sıklığı ve risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(3), 164-174.
6. Şengün, A. (2010). Göz ve tütün. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editörler. Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği.
7. Biesenbach G, Grafinger P, Janko O, Zazgornik J.(1997). Influence of cigarette-smoking on the progression of clinical diabeticnephropathy in type 2 diabetic patients. *Clin Nephrol*;48(3):146–150.
8. Gambaro G, Bax G, Fusaro M, Normanno M, Manani SM, Zanella M, et al. (2001). Ci-garette smoking is a risk factor for nephropathy and its progression in type 2 dia-betes mellitus. *Diabetes Nutr Metab*;14(6):337–342.
9. Gossain VV, Sherma NK, Srivastava L, Michelakis AM, Rovner DR.(1986). Hormonal effects of smoking--II: Effects on plasma cortisol, growth hormone, and prolactin. *Am J Med Sci*;291(5):325-7.

10. Bott S, Shafagoj YA, Sawicki PT, Heise T. (2005). Impact of smoking on the metabolic action of subcutaneous regular insulin in type 2 diabetic patients. *Horm Metab Res*;37(7):445–9.
11. Tokgözoğlu L, Bariş Kaya E. (2008). Atherosclerotic vascular disease and risk factors in Turkey: from past to present. *J Atheroscler Thromb*;15:286-91.
12. Mancini, M., Di Donato, O., Saldalamacchia, G., Liuzzi, R., Rivellese, A., & Salvatore, M. (2013). Contrast-enhanced ultrasound evaluation of peripheral microcirculation in diabetic patients: effects of cigarette smoking. *La radiologia medica*, 118(2), 206-214.
13. Brischetto CS, Connor WE, Connor SL, Matarazzo JD. (1983). Plasma lipid and lipoprotein profiles of cigarette smokers from randomly selected families: enhancement of hyperlipidemia and depression of high-density lipoprotein. *Am J Cardiol*; 1;52: 675-80.
14. Lipscombe, C., Smith, K. J., Garipey, G., & Schmitz, N. (2016). Gender differences in the association between lifestyle behaviors and diabetes distress in a community sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of diabetes*; 8(2), 269-278.
15. Chau, T. K., Fong, D. Y. T., Chan, S. S. C., Wong, J. Y. H., Li, W. H. C., Tan, K. C. B., ... & Lam, T. H. (2015). Misconceptions about smoking in patients with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *Journal of clinical nursing*; 24(17-18), 2545-2553.
16. Berkelmans, A., Burton, D., Page, K., & Worrall-Carter, L. (2011). Registered nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation. *Journal of advanced nursing*; 67(7), 1580-1590.
17. Hughes, A. M., & Rissel, C. (1999). Smoking: rates and attitudes among nursing staff in central Sydney. *International journal of nursing practice*; 5(3), 147-154.
18. Altıntaş, Ö. (2002). Hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
19. Sağlık, T. V. (2007). Sigara içme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Dergisi*, 8(2), 110-114.

20. Thresia, C. U., Thankappan, K. R., & Nichter, M. (2009). Smoking cessation and diabetes control in Kerala, India: an urgent need for health education. *Health education research*; 24(5), 839-845.
21. Thankappan, K. R., Mini, G. K., Daivadanam, M., Vijayakumar, G., Sarma, P. S., & Nichter, M. (2013). Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial in Kerala, India. *BMC public health*;13(1), 47.
22. Thankappan, K. R., Mini, G. K., Hariharan, M., Vijayakumar, G., Sarma, P. S., & Nichter, M. (2014). Smoking Cessation Among Diabetic Patients in Kerala, India: 1-Year Follow-up Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Diabetes care*; 37(12), e256-e257.
23. American Diabetes Association. (2016). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*;34 (Suppl 1): 11-61.
24. Bennet, P.H.,& Knowler, W.C. (2005). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and Glucose Homeostasis. In: C.R.Kahn, G.C. Weir, G.L. King, A.M. Jacobson, A.C. Moses, & R.J. Smith (Eds.), *Joslin Diabetes Mellitus*; 331-339.
25. International Diabetes Federation *Diabetes Atlas*, 4th Edition, 2016, <http://www.diabetesatlas.org/>.
26. Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S. (2010) *Diyabetes Melitus*, In. A. Karadakovan & F. Eti Aslan(Eds.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*; 829-864 Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
27. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED) *Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları*. (2016). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı ve Tedavi İzlem Klavuzu*.(8. Baskı). İstanbul: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
28. World Health Organization. (2006). Report of a WHO/IDF consultation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Geneva, Switzerland: WHO.

29. Satman I, Yılmaz MT, Şengül A, et al and The TURDEP Group. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*. 25(9): 1551-6.
30. International Diabetes Federation. IDF Consensus on Type 2 Diabetes Prevention <http://www.idf.org/idf-consensus-type-2-diabetes-prevention>.
31. Satman, İ.,TURDEP-II Çalışma Grubu (2010). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP II) Çalışması Genel Sonuçları (20 yaş üstü). 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, Türkiye Paneli, 13-17 Ekim, Antalya.
32. Özyardımcı, N. (2002). Sigara ve sağlık. Bursa: Uludağ Üniversitesi, 129-131.
33. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O. (2010). Tütün ve Tütün Kontrolü. Türk Toraks Derneği yayınları; 44-513.
34. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. (2010). Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı.1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi; 1723-77.
35. McBride PE. (1992). The health consequences of smoking. *Cardiovascular diseases. The Medical Clinics of North America*; 76(2): 333-53.
36. Genco RJ. (1996). Current View of Risk Factors for Periodontal Diseases. *Journal Of Periodontology*; 67(10): 1041-49.
37. General, S. (2014). The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the surgeon general. In US Department of Health and Human Services.
38. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. (2007). Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*;298 (22): 2654–64.
39. U.S. Department of Health and Human Services. (2014). The Health Consequences of Smoking 50 years of progress. a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking van Health; 537–545.

40. Padmawati, R. S., Ng, N., Prabandari, Y. S., & Nichter, M. (2009). Smoking among diabetes patients in Yogyakarta, Indonesia: cessation efforts are urgently needed. *Tropical Medicine & International Health*, 14(4), 412-419.
41. Çarkoğlu A, Özcan Ş. (2016). Diyabette sigaranın etkileri, sigara bırakma danışmanlık programı basılmamış eğitim notları, Quit Tobacco International Projesi.
42. Mohamed Q, Gillies MC, Wong TY. (2007). Retinopathy: a systematic review. *JAMA*;298(8):902-16.
43. Wong TY, Cheung N, Islam FM, Klein R, Criqui MH, Cotch MF, et al. (2008). Relation of retinopathy to coronary artery calcification: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Epidemiol*;167(1):51-8.
44. Cheung N, Wong TY. (2008). Diabetic retinopathy and systemic vascular complications. *Prog Retin Eye Res*;27(2):161-76.
45. Chew EY, Ferris FL. (2001). Nonproliferative diabetic retinopathy. In: Ryan SJ, Ogden TE, Hinton DR, Schachat AP (eds). *Retina*; 3rd ed. Vol 2; 1295- 1308.
46. Kahn HA, Hiller R. (1974). Blindness caused by diabetic retinopathy. *Am J Ophthalmol*; 78: 58-61.
47. Orth SR. (2000). Smoking-a renal risk factor. *Nephron*; 86: 12–26.
48. Amann K, Rump LC, Simonaviciene A, et al. (2000). Effects of low dose sympathetic inhibition on glomerulosclerosis and albuminuria in subtotaly nephrectomized rats. *J Am Soc Nephrol*; 11: 1469-78.
49. Orth SR, Viedt C, Ritz E. (2001). Adverse effects of smoking in the renal patient. *Tohoku J Ex Med* 2001; 194: 1-15.
50. Grassi G, Seravalle G, Calhoun DA, et al. (1994). Mechanisms responsible for sympathetic activation by cigarette smoking in humans. *Circulation*; 90: 248-253.
51. Haass M, Kübler W. (1997) Nicotine and sympathetic neurotransmission. *Cardiovasc Drugs Ther*; 10: 657-65.
52. Matsumoto N, Ishimura E, Taniwaki H, et al. (2002). Smoking and proteinuria impair vasodilatory response of intrarenal arteries to nitroglycerine in patients with type 2 diabetes mellitus. *Nephrology Dialysis Transplantation*; 17: 608-13.

53. Orth SR, Ritz E. (2002). The renal risks of smoking: an update. *Kidney Int*; 51: 1669-77.
54. Metintas M, Süerdem M.(Ed). (2005). Sigara Bırakma Tedavi Önerileri. Sigara Bırakma Tedavisi içinde. İkinci baskı. Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi.
55. Gao S, Wang YH, Li M. (2012). Cigarette smoking increases levels of retinol-binding protein-4 in healthy men with normal glucose tolerance. *Chin Med J*;125(10):1686-9.
56. Tokgözoğlu L, Bariş Kaya E. (2008). Atherosclerotic vascular disease and risk factors in Turkey: from past to present. *J Atheroscler Thromb*;15:286- 91.
57. Hansen KW, Pedersen MM, Christiansen JS, Mogensen CE. (1994). Night blood pressure and cigarette smoking: disparate association in healthy subjects and diabetic patients. *Blood Press*; 3: 381-8.
58. Mancini, M., Di Donato, O., Saldalamacchia, G., Liuzzi, R., Rivellese, A., & Salvatore, M. (2013). Contrast-enhanced ultrasound evaluation of peripheral microcirculation in diabetic patients: effects of cigarette smoking. *La radiologia medica*; 118(2), 206-214.
59. Brischetto CS, Connor WE, Connor SL, Matarazzo JD. (1983). Plasma lipid and lipoprotein profiles of cigarette smokers from randomly selected families: enhancement of hyperlipidemia and depression of high-density lipoprotein. *Am J Cardiol*; 1;52: 675-80.
60. Parthasarathy S, Steinberg D, Witztum JL. (1992). The role of oxidized low-density lipoproteins in the pathogenesis of atherosclerosis. *Annu Rev Med*; 43: 219-625.
61. Morgül G. (2008) Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Serum Lipoprotein Düzeyleri.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
62. Hawkins BT, Brown RC, Davis TP. (2002). Smoking and ischemic stroke: a role for nicotine? *Trends Pharmacol Sci*; 23:78-82.

63. Tuğrul M. (2007) Periferik Arter Hastalığı Olan ve Olmayan Tip 2 Diyabetik Hastalarda Açlık Plazma Homosistein Seviyeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. T.C.Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi.
64. Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, örsel O. (2006). Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi; 7(1):51-64.
65. Aslan, M. (2009). Sigarayı Bırakanların Sosyodemografik Özellikleri İle Sigarayı Bırakmada Etkili Faktörler ve Bırakma Yöntemleri, Van. Uzmanlık Tezi.
66. Hjalmarson A, Nilsson F, Sjastrom L, Wiklund O. (1987). The nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind randomized clinical evaluation. Arch Intern Med;157: 1721-1728.
67. Rigotti NA. (2002). Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 346(7): 506-512.
68. Narrie J. Guise, Michael G. Goldstein, Matthew M. Clark, Ronald W.Thebarga. (1996). Bhavior Change: The Example of Smoking Cessation, Noble J.(Editor-in-Chief) Text Book of Primary Care Medicine, Second edition by Mosby-year Book, Inc, 1650-1656.
69. Mahaney MC, Hyland A. (2004). Tabacco Cessation. in: South-Paul JE, Lewis EL, Matheny SC, Current Diagnosis Treatment in Family Medicine, International Ed. Mc Graw-Hill;654-661.
70. Kayaalp OS. (1998). Rasyonel Tedavi Yönünden Tibbi Farmakoloji, 2. Cilt, 8. Basım, Ankara, Hacettepe-Tas Kitapçılık;1210-1218.
71. Fagerstrom KA, Sawe U, Tonnesen P. (1992). Therapeutic use of nicotine patches; efficacy and safety. J Smoking Rel Dis; (3): 247-261.
72. Sutherland G, Stapleton JA, Russell MAH, et al. (1992). Randomised controlled trial of a nicotine nasal spray in smoking cessation. Lancet; 340: 324-329.
73. Benowitz NL, Jacob P III, Fong I, Gupta S. (2005). Metabolism and disposition kinetics of nicotine, Pharmacol Rev;(57):79-115.



74. Richmond R, Zwar N. (2003). Review of bupropion for smoking cessation. *Drug Alcohol Rev*;22(2):203-220.
75. Prochazka AV, Weaver MJ, Keller RT, Fryer GE, Licari PA, Lofaso D. (1998). A randomized trial of nortriptyline for smoking cessation. *Arch Intern Med*; 158: 2035-2039.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı (2008-2012). (2008). Ankara.
77. World Health Organization. (2008). WHO report on the global tobacco epidemic; the MPOWER package.
78. Quit Tobacco International Web Site/home page. <http://quittobaccointernational.org/> (erişim tarihi: 11.5.2016)
79. US Department of Health and Human Services. Objective 27-8b. (2010). Increase insurance coverage of evidence-based treatment for nicotine dependency. In: *Healthy People*.
80. State Medicaid coverage for tobacco-dependence treatments – United States, 2009. (2010). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 59:1340-3.
81. Wood-Baker R. (2002). Outcome of a smoking cessation programme run in a routine hospital setting. *Intern Med J*; 32:24-8.
82. Zwar NA, Richmond RL. (2006). Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug and Alcohol Review*; 25(1): 21-6.
83. Steinberg MB, Foulds J, Richardson DL, ve diğerleri. (2006). Pharmacotherapy and smoking cessation at a tobacco dependence clinic. *Prev Med*; 42:114-9.
84. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, ve diğerleri. (2004). Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks*; (52):63-8.
85. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, ve diğerleri. (2005). Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi*; (6):151-8.

86. Froelicher, E.S. ve Kozuki Y. (2002). Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions women's initiative for nonsmoking (WINS)-Part III. *International Journal of Nursing Studies*; (39), 1-15.
87. Haddock, J. ve Burrows, C. (1997). The Role of The Nurse in Health Promotion an Evaluation of A Smoking Cessation Programme in Surgical Pre-admission Clinics, *Journal of Advanced Nursing*; (26), 1098-1110.
88. Lancaster, T., Silagy, C., Fowler, G. (2000). Training health professionals in smoking cessation. (CD000214) *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; (3), 1-18.
89. Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü (2005). (Çeviren: Bilir, N. ve Telater, G.), Dünya Sağlık Örgütü Yayını, Ankara.
90. Rice, V. H., & Stead, L. F. (2001). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane library*.
91. Siener K., Malarcher A. ve Husten C. (2000). Women and Smoking Patterns Health Effects and Treatments, *Prim Care Update Ob/Gyns*; (7),77-84.
92. Whyte F. ve Kearney N., (t.y). Enhancing the Nurse's Role in Tobacco Control. [www.tobacco-control.org](http://www.tobacco-control.org), Erişim: 10.08.2006.
93. Fiore ve diğ. (2000). Treating Tobacco Use And Dependence Clinical Practice Guideline. *JAMA*; 283(24), 3244-3254.
94. Haddock, J. ve Burrows, C. (1997). The Role of The Nurse in Health Promotion an Evaluation of A Smoking Cessation Programme in Surgical Pre-admission Clinics, *Journal of Advanced Nursing*; (26), 1098-1110.
95. Koivula, M. (1998). Smoking Habits Among Finnish Middle-Aged Men: Experiences and Attitudes, *Journal of Advanced Nursing*; (27), 327-334.
96. Lenaghan, A.N. (2000). The Nurses' Role in Smoking Cessation, *Medical Surgical Nursing*; 9(6), 298-312.
97. Wevers, ME., Ahijevych, KL. ve Sarna, L. (1998). Smoking Cessation Interventions Nursing Practice, *Substance Abuse Interventions In General Nursing Practice*; 33(1):61-73.

98. Whyte F. ve Kearney N., (t.y). Enhancing the Nurse's Role in Tobacco Control. [www.tobacco-control.org](http://www.tobacco-control.org), Erişim: 10.08.2006.
99. Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*; 3(3), 235-241.
100. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom K-O: The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 86;1119-27, 1991.
101. Uysal, M. A., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, N. G., Uysal, O., & Yilmaz, V. (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*;52(2), 115-21.
102. Sayın, E. (2013). Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler Ve Bırakma Yöntemlerinin Etkinliği, Ankara. Uzmanlık Tezi.
103. Özer, A. (2014). Sigara Bırakma Yöntemlerinde Başarı Oranları, Adana. Yüksek Lisans Tezi.
104. Koçak, Gamze. (2016). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Samsun. Uzmanlık Tezi
105. Bingül, A. (2006). Sigara Bırakma Tedavisinde Kullanılan Yöntemlerin Başarısını Etkileyen Faktörler, Ankara. Uzmanlık Tezi.
106. Kamışlı, S. (2007). Psikoeğitimsel Bir Programla Hemşirelerin Sigara Bırakma Durumları, Ankara. Doktora Tezi.
107. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşı raporu.
108. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann, MT. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control*;19:410-416.

109. Bakan S., AB. (2013). Sağlık İnanç Ve Transteoretik Modellere Temelli Verilen İki Ayrı Eğitimin Hemşirelerde Sigara Bıraktırmaya Etkisinin Karşılaştırılması, Erzurum. Doktora Tezi.

110. Ng, N., Nichter, M., Padmawati, R. S., Prabandari, Y. S., Muramoto, M., & Nichter, M. (2010). Bringing smoking cessation to diabetes clinics in Indonesia. *Chronic illness*; 6(2), 125-135.

111. Kşresel Yetişkin Tştşn Araştırması. Tşrkiye Halk Sağlığı Kurumu. TC Sağlık Bakanlığı Yayın, 2012.



## 8. EKLER

### Ek1.

Diyabetli Bireylerin Sigara/Tütün Kullanımına Yönelik Anket Formu

Değerli katılımcılar, bu araştırmada diyabetli bireylerin sigara/tütün kullanımı davranışları ve bu davranışların diyabetle ilişkisini değerlendirilmek amaçlanmıştır. Anket formunu cevaplama süresi yaklaşık 15 dakikadır. Tüm soruları cevaplamanız önemlidir. Katkınız için teşekkür ederim.

Hemşire Aslı Yılmaz Arslan  
Koç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

### Bölüm 1. Sosyodemografik Özellikler

- |                            |                     |                |
|----------------------------|---------------------|----------------|
| 1. Cinsiyetiniz:           | 1. Kadın            | 2. Erkek       |
| 2. Doğum tarihiniz: .....  |                     |                |
| 3. Eğitim durumunuz nedir? | 1. Okur-yazar değil | 4. Lise        |
|                            | 2. Okur- yazar      | 5. Üniversite  |
|                            | 3. İlkokul/Ortaokul | ve üzeri       |
| 4. Medeni durumunuz nedir? | 1. Bekâr            | 2. Evli        |
| 5. Mesleğiniz nedir?       | 1. Ev kadını        | 3. Memur       |
|                            | 2. Emekli           | 4. Diğer:..... |

### Bölüm 2. Diyabetle İlişkili Özellikler

- |  |                          |                                 |
|--|--------------------------|---------------------------------|
| 6. Diyabet tanısının koyulduğu tarih (yıl) ?   | .....                    |                                 |
| 7. Tanı koyulduktan hemen sonra uygulanan tedaviler nelerdi? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) | 1. Diyet                 |                                 |
|  | 2. Ağızdan alınan haplar |                                 |
|  | 3. İnsülin               |                                 |
| 8. Şu anda uygulanan tedavi yöntemleri nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)             | 1. Diyet                 |                                 |
|  | 2. Ağızdan alınan haplar |                                 |
|  | 3. İnsülin               |                                 |
| 9. Diyabetle ilişkili ilave sağlık sorunları (kronik komplikasyonlar) var mı?                            | 1. Evet                  | 2. Hayır<br>(11.soruya geçiniz) |

10. Mevcut olan kronik komplikasyonları işaretleyiniz.

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Diyabetik retinopati              | 7. İnme  |
| 2. Diyabetik nefropati               | 8. Periferik vasküler hastalık                   |
| 3. Diyabetik nöropati<br>(iyileşmiş) | 9. Diyabetik ayak yarası, venöz ülser            |
| 4. İskemik kalp hastalığı            | 10. Aktif diyabetik ayak yarası, venöz ülser     |
| 5. Geçirilmiş miyokard infarktüsü    | 11. Diyabete bağlı amputasyon (minör veya majör) |
| 6. Serebrovasküler hastalık          |  |

11. Diyabetle ilgili (hemşire, doktor veya diyetisyenden) eğitim aldınız mı?      1. Evet      2. Hayır

12. Sigara/tütün kullanmaya kaç yaşında başladınız?      ..... Yaş

13. Diyabet tanısından sonra ailenizin sigara/tütün kullanmanıza tepkisi nasıl oldu?      1. Sigara kullanmamam gerektiğini söylediler  
2. Sigara kullanmamam için girişimde bulundular  
3. Sigara kullanmama tepkisiz kaldılar

14. Diyabet tanısından sonra hemşire veya doktorunuz sigara/tütün kullanıp kullanmadığınızı sordu mu?      1. Evet      2. Hayır

15. Diyabet tanısından sonra hemşire ya da doktorunuzun sigara/ tütün kullanmanız konusundaki önerisi ne oldu?      1. Herhangi bir öneride bulunmadı  
2. Sigarayı/tütünü bırakmamı önerdi  
3. Sigarayı bıraktırma polikliniğine sevk etti

16. Diyabet tanısı koyulduktan sonra sigaranın/ tütünün zararları konusunda size eğitim verildi mi?      1. Evet      2. Hayır

17. Diyabet tanısı sigara/tütün alışkanlığınızı nasıl etkiledi?      1. Tanıdan önce kullanıyordum, fakat tanıyla birlikte bıraktım (bölüm 3'ü yanıtlayınız)  
2. Tanıdan sonra kullanma miktarını azalttım (bölüm 4'ü yanıtlayınız)  
3. Tanıdan sonra aynı miktarda kullanmaya devam ettim (bölüm 5'i yanıtlayınız)

### **Bölüm 3. Sigarayı Bırakan Bireylere Yönelik Sorular**

1. Günde kaç adet sigara ..... adet / günde kullanıyordunuz?
2. Sigarayı diyabet tanısından ne kadar sonra bıraktınız?
  1. Tanıdan hemen sonra
  2. Tanıdan ..... ay/yıl sonra
3. Sigarayı bırakma çabanızı kimler destekledi? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  1. Ailem
  2. Sağlık çalışanları
  3. Arkadaşlarım
  4. Diğer: .....
4. Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım aldınız mı?
  1. Evet
  2. Hayır (6. soruya geçiniz.)
5. Önerilen sigara bırakma tedavisini uyguladınız mı?
  1. Evet; açıklayınız:.....
  2. Hayır
6. Sigara/tütün dumanı olan ortamlarda bulunuyor musunuz?
  1. Evet
  2. Hayır (*Nikotin bağımlılık ölçeğine geçiniz*)
7. Hangi ortamlara sigara/ tütün dumanı ile karşılaşıyorsunuz?
  1. Evde
  2. Sosyal ortamlarda
  3. İş yerinde
8. Tütün/ sigara dumanıyla karşılaşıyor olmak sizin sigara içme isteğinizi etkiliyor mu?
  1. Evet
  2. Hayır

### **Bölüm 4. Sigara Miktarını Azaltan Bireyler Yönelik Sorular**

1. Diyabet tanısı koyulmadan önce ..... adet / günde ne kadar sigara tüketiyordunuz?
2. Diyabet tanısı koyulduktan sonra ..... adet / günde ne kadar sigara tüketiyorsunuz?
3. Sigara miktarını azaltmanız konusunda size destek veren oldu mu?
  1. Evet
  2. Hayır ( 5. Soruya geçiniz.)
4. Sigara miktarını azaltmanızı kim ya da kimler destekledi?
  1. Ailem
  2. Sağlık çalışanları
  3. Arkadaşlarım
  4. Diğer

5. Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım aldınız mı? 1. Evet  
2. Hayır (7. soruya geçiniz.)
6. Önerilen sigara bırakma tedavisini uyguladınız mı? 1. Evet; açıklayınız:.....  
2. Hayır
7. Sigara/tütün dumanı olan ortamlarda bulunuyor musunuz? 1. Evet  
2. Hayır (*Nikotin bağımlılık ölçeğine geçiniz*)
8. Hangi ortamlara sigara/ tütün dumanı ile karşılaşıyorsunuz? 1. Evde  
2. Sosyal ortamlarda  
3. İş yerinde  
4. Diğer
9. Sigara/tütün dumanıyla karşılaşıyor olmak sizin sigara içme isteğinizi etkiliyor mu? 1. Evet  
2. Hayır

### **Bölüm 5. Sigara Kullanma Alışkanlığında Değişiklik Olmayan Bireylere Yönelik Sorular**

1. Günde kaç adet sigara ..... adet / günde kullanıyordunuz?
2. Sigarayı bırakmak için profesyonel yardım aldınız mı? 1. Evet  
2. Hayır (4. soruya geçiniz.)
3. Önerilen sigara bırakma tedavisini uyguladınız mı? 1. Evet; açıklayınız:.....  
2. Hayır
4. Sigara/tütün dumanı olan ortamlarda bulunuyor musunuz? 1. Evet  
2. Hayır (*Nikotin bağımlılık ölçeğine geçiniz*)
5. Hangi ortamlara sigara/ tütün dumanı ile karşılaşıyorsunuz? 1. Evde  
2. Sosyal ortamlarda  
3. İş yerinde
6. Sigara/tütün dumanıyla karşılaşıyor olmak sizin sigara içme isteğinizi etkiliyor mu? 1. Evet  
2. Hayır



**Ek 2.**

**Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)**

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

***Anket tamamlanmıştır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.***

## Ek 3

### Etik Kurul İzni

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

#### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	30.12.2015
Karar No:	2015.308.IRB3.180
Sorumlu Araştırmacı:	Aslı Yılmaz
Araştırma Başlığı:	Diyabet tanısı sonrası bireylerin sigara/tütün kullanma davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi
Başlangıç tarihi:	11.01.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak )

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

#### **Notlar:**

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer  
Başkan

## Ek 4.

### Özgeçmiş

**Aslı Yılmaz**  
Davutpaşa cad. No:4  
Koç Üniversitesi Hemşirelik  
Yüksek Okulu 34010  
Zeytinburnu /İstanbul  
0544 213 50 71  
asliyilmaz@ku.edu.tr

### ÖZGEÇMİŞ FORMU

#### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı/Soyadı:	Aslı Yılmaz
Akademik unvanı/pozisyonu:	Yüksek lisans öğrencisi
Fakülte/ bölüm:	Hemşirelik Yüksekokulu
Departman/ ünite :	Hemşirelikte İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Ev telefonu:	
İş telefonu ve cep telefonu:	05442135071
E-posta adresi:	asliyilmaz@ku.edu.tr

#### 2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE(doktora, uzmanlık, vb)
2014	Hemşirelik	Koç üniversitesi	Lisans
2014	Hemşirelik	Koç üniversitesi	Yüksek lisans

#### 3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	KURUM

#### 4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR

TARİH	TAMAMLANAN EĞİTİM PROGRAMI

#### 5. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI ( KLİNİK, SOSYAL, vb)

TARİH	ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI
2014	İstanbul' da Bir Vakıf Üniveristesi Hastanesinde Çocuğu Tedavi Gören Aileleri Sağlık Bakımından Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

#### 6. VARSA SON BEŞ YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

TARİH	MAKALENİN BAŞLIĞI

Yukarıda sunmuş olduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza \_\_\_\_\_

Tarih \_\_\_\_\_