

**T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**MADEN İŞÇİLERİNİN SİGARA BIRAKMAYA  
YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE SİGARA BIRAKMADA  
SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK  
VE GÜVENİLİRLİĞİ**

**NURDAN YAMAN GÜNCAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER**

**ZONGULDAK 2019**

**T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**MADEN İŞÇİLERİNİN SİGARA BIRAKMAYA  
YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE SİGARA BIRAKMADA  
SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK  
VE GÜVENİLİRLİĞİ**

**NURDAN YAMAN GÜNCAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. MEHMET ALİ KURÇER**

**ZONGULDAK 2019**

**KABUL ve ONAY**

Nurdan YAMAN GÜNCAN tarafından hazırlanan “MADEN İŞÇİLERİNİN SİGARA BIRAKMAYA YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE SİGARA BIRAKMADA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. .../.../....

Başkan: Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

Üye: Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU

Üye: Prof. Dr. Mücahit Eğri

**ONAY:**

Yukarıda imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

24/06/2019

Prof. Dr. Weysel Haktan ÖZACMAK  
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ÖNSÖZ

Eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında eşsiz bilgi ve deneyimleriyle bana her konuda destek ve yardımcı olan, sonsuz sabır gösteren hoşgörülü hocam, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet Ali Kurçer'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sahip oldukları mesleki bilgi ve tecrübelerini en iyi şekilde bana aktaran, mesleki eğitim dışında hayatla ilgili edindikleri tecrübelerle de bana ışık tutan diğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Ferruh Ayoğlu ve Doç. Dr. Sibel Kıran'a,

Bu günlere gelmemde bana en büyük katkıyı sağlayan ve en iyi şekilde yetiştirmek için dişini tırnağına takan, aynı zamanda manevi destekleri ile yüksek lisansımı bitirmeme yardımcı olan aileme; tez çalışmalarım boyunca gösterdikleri sabırdan dolayı kardeşlerime, ilgisini benden hiç eksik etmeyerek en büyük desteği sağlayan anneme ve anket çalışmalarım boyunca hep yanımda olan sevgili Babam ve erkek kardeşime,

Tez çalışmalarımı kaleme alırken bana göstermiş olduğu büyük sabır, destek ve yardımlarından dolayı eşim Samet Günçan'a,

Tez çalışmamın birer parçası olan ve yerin metrelerce altında çalışmanın vermiş olduğu stres ve yorgunluktan sonra anket çalışmam için bana vakit ayıran Zonguldak ilinin en iyi temsilcileri olduğuna inandığım ve Zonguldak'ı Zonguldak yapan maden işçilerine sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Nurdan YAMAN GÜNÇAN

Zonguldak, 2019

## ÖZET

**Nurdan Yaman Güncan, Maden İşçilerinin Sigara Bırakmaya Yönelik Davranışları ve Sigara Bırakmada Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2019.**

Bu çalışmada; Türkiye Taş Kömürü Kurumu Zonguldak Karadon Müessesesi'nde çalışmakta olan ve sigara içen maden işçilerinin sosyodemografik özelliklerinin, sigara içme özelliklerinin saptanması ve sigara bırakmaya yönelik davranışları ve sigara bırakmada Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin (SİM-SBÖ) geliştirilmesi amaçlanmıştır.

İki aşamadan oluşan bu araştırmanın birinci aşaması üniversite öğrencileri üzerinde ölçek geliştirmeye yönelik metodolojik tipte, ikinci aşaması ise geliştirilen ölçeğin maden işçilerinde uygulandığı tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmaya katılan sigara içen 473 işçinin ortalama sigara içme süresi  $11.4 \pm 5.85$  yıl, işçilerin yalnızca %11.2'si en az bir kez sigarayı bırakmayı denedikleri, %83'ünün ise hiçbir şekilde sigarayı bırakmayı deneme girişimi olmadığı görülmüştür. Bırakmayı deneyenler arasında sadece 7 işçinin (%1) altı aydan az süredir sigara içmediği bulunmuştur. İşçilerin ortalama sigarasız geçirdiği süre  $16.7 \pm 33.82$  gündür. İşçilerin günde ortalama içtikleri sigara ise  $14.3 \pm 7.18$  adet olarak bulunmuştur.

Yer üstünde çalışan işçilerin yer altında çalışan işçilere, gündüz çalışan işçilerin vardiyalı çalışan işçilere göre SİM-SBÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür.

Bu çalışmada bir ay ya da 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünen ya da düşünmeyen yani halen sigara içen işçiler en az altı aydan kısa süredir sigara içmeyen işçilere göre duyarlılık ve ciddiyet algı puan ortalamaları diğer işçilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Maden işçileri, Sağlık inanç modeli, Sigara bırakma

## ABSTRACT

**Nurdan Yaman Guncan, Validity and Reliability of the Smoking Behavior of Mine Workers and Health Belief Model Scale in Smoking Cessation, Zonguldak Bulent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health, Master of Thesis, Zonguldak, 2019.**

Aim of this study was determine sociodemographic characteristics of the smoker miners, smoke characteristics and to develop a scale about smoking cessation Health Belief Model behavior in Zonguldak Karadon Establishment.

This research consists of 2 stages. The first phase was the methodological type for improving the scale on university students and the second stage is the descriptive type in which the developed scale (HBM-SCS) was applied on mine workers.

The mean how long has been smoking of 473 workers who participated in the study was  $11.4 \pm 5.85$  years, only 11.2% of the workers tried to quit smoking at least once and 83% of them did not attempt to quit smoking. Of those who attempted to quit, only 7 workers (1%) were found to have not smoked for less than six months. The mean of cigarette smoking is  $16.7 \pm 33.82$  days. On average, the average number of cigarettes smoked per day was  $14.3 \pm 7.18$ .

It was seen that the workers who work on the ground were significantly higher than the workers working under the ground, and the workers who worked during the day had significantly higher HBM-SCS scores.

In this study, the mean scores of sensitiveness and severity perception scores of workers who have been smoking or not thinking about smoking for a period of one month or 6 months, or who have been smoking cigarettes for at least six months, were found to be significantly higher than the other workers.

**Keywords:** Mine workers, Health belief model, Smoking cessation

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ KABUL VE ONAY .....	ii
ÖNSÖZ .....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Sigaranın Tarihçesi .....	4
2.2. Sigaranın Epidemiyolojisi .....	5
2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de sigara tüketimi.....	5
2.3. Sigaranın İçindeki Zararlı Maddeler ve Vücuda Etkileri .....	7
2.3.1. Nikotin .....	8
2.3.2. Karbonmonoksit ve diğer gazlar.....	8
2.3.3. İrritan maddeler.....	8
2.3.4. Kanserojen maddeler .....	9
2.4. Sigaranın İlişkili Olduğu Hastalıklar.....	9
2.4.1. Sigara içenlerde riski artan hastalıklar .....	9
2.4.2. Sigara içenlerde riski artan işlev bozuklukları.....	9
2.4.3. Sigara içenlerde bulguları daha ağır olan hastalıklar .....	10
2.4.4. Sigara içenlerde bulguları daha ağır ve inatçı olan hastalıklar .....	10
2.5. Sigaranın Sistemler Üzerine Zararlı Etkileri .....	10
2.5.1. Kalp damar sistemi üzerine zararlı etkileri .....	10
2.5.2. Solunum sistemi üzerine zararlı etkileri .....	10
2.5.3. Beyin üzerine zararlı etkileri.....	11
2.5.4. Gastrointestinal sistem üzerine zararlı etkileri.....	11
2.5.5. Hormonlar üzerine zararlı etkileri.....	11
2.5.6. İmmün sistem üzerine zararlı etkileri .....	11
2.5.7. İskelet sistemi üzerine zararlı etkileri .....	12
2.5.8. Sinir sistemi üzerine zararlı etkileri .....	12
2.6. Sigara Ve Kanser .....	12

2.7. Pasif İçicilik.....	13
2.8. Sigaradaki Kimyasalların Vücutta İzlediği Yol .....	14
2.9. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri .....	14
2.9.1. DSM 4 nikotin bağımlılığı kriterleri .....	15
2.9.2. Nikotin yoksunluğu.....	16
2.9.3. Nikotin toleransı.....	16
2.10. Sigaraya Başlama, Sürdürme ve Relaps Nedenleri .....	17
2.10.1. Sigaraya başlama nedenleri.....	17
2.10.2. Sigarayı kullanmayı sürdürme nedenleri .....	18
2.10.3. Relaps nedenleri.....	19
2.11. Sigarayı Bırakanlarda Vücutta Görülen Değişiklikler.....	19
2.12. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları .....	20
2.12.1. Dünyada tütün kontrolü çalışmaları .....	20
2.12.2. Türkiye’de tütün kontrol çalışmaları.....	22
2.13. Çalışma Hayatında Sigara ve İş Yerlerinde Tütün Kontrol Çalışmaları .....	25
2.13.1. Çalışma hayatı ve sigara .....	25
2.13.2. İşyerlerinde tütün kontrol çalışmaları .....	26
2.14. Sigara Bırakma ve Tedavi Yöntemleri .....	27
2.14.1. Nikotin replasman tedavisi (NRT).....	30
2.14.2. Bupropion.....	32
2.14.3. Diğer tedavi yöntemleri.....	32
2.15. Sağlık İnanç Modeli.....	33
2.16. Sağlık İnanç Modelinin Temel Bileşenleri .....	33
2.16.1. Duyarlılık algısı.....	33
2.16.2. Ciddiyet algısı .....	33
2.16.3. Yarar algısı .....	34
2.16.4. Engel algısı.....	34
2.16.5. Eyleme geçiriciler .....	34
2.16.6. Öz yeterlilik.....	34
2.17. Sağlık İnanç Modelinin Sınırlılıkları.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	36
3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği .....	36



3.2. Değişkenler .....	37
3.2.1. Bağımlı değişkenler .....	37
3.2.2. Bağımsız değişkenler .....	37
3.3. Uygulama Süreci .....	37
3.4. Veri Toplama Araçları.....	37
3.5. Araştırma Verisinin Analizi.....	38
4. BULGULAR .....	40
5. TARTIŞMA .....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	54
7. SINIRLILIKLAR .....	56
8. KAYNAKLAR .....	57
9. EKLER .....	70
EK 1: Maden İşçilerinin Sigara Bırakmaya Yönelik Davranışları Ve Sigara Bırakmada Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği.....	70
Ek 2: Etik Kurul Onayı.....	75
10. ÖZGEÇMİŞ .....	76

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CO	: Karbonmonoksit
COHb	: Karboksihemoglobin
DDT	: Dikloro Difenil Trikloroethan
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
FCTC	: Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi
FDA	: ABD Gıda Ve İlaç İdaresi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
TAPDK	: Tütün, Tütün Ürünleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TTK	: Türkiye Taş Kömürü Kurumu
TTM	: Transteoretik Model

## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
Tablo 1. Çeşitli İş Kollarında Sigara Dumanına Maruz Kalmayla (Aktif -Pasif) Ortaya Çıkan Sağlık Sorunlarının İlişkisi .....	26
Tablo 2. SİM-SBÖ'nin İçerik Analizi .....	40
Tablo 3. SİM-SBÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Katsayıları.....	41
Tablo 4. SİM-SBÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizi Matris Yapısı.....	42
Tablo 5. İşçilerin Sigara Bırakmayı Deneme Sayıları. ....	43
Tablo 6. Araştırmaya Katılan İşçilerin Sim Puan Alt Ölçek Ortalamalarının Dağılımı. ....	43
Tablo 7. İşçilerin Gelir Gruplarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 8. İşçilerin Yaş Gruplarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 9. İşçilerin Medeni Durumlarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 10. İşçilerin Öğrenim Durumlarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 11. İşçilerin Görev Yerlerine Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 12. İşçilerin Çalışma Şekillerine Göre SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 13. İşçilerin Sigara Bırakma İle İlgili Düşüncelerine Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	46
Tablo 14. TTM'e Göre Sigara Bırakma Evreleri İle SİM Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	46

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı tüm dünyada doğum öncesi dönem ve tüm yaşam boyunca insan sağlığını tehdit eden en başta gelen halk sağlığı sorunlarından biridir (1). Aynı zamanda bu halk sağlığı sorunu önlenemez erken ölüm ve iş görmezlik nedenleri arasında yer alır (2, 3). Tütün kullanımı bağımlılık yapıcı, hastalık yapıcı olması, erken öldürmesi ve dumanına maruz kalan bireylerde benzer risklerle karşı karşıya kalınması nedeniyle sağlık açısından önemlidir (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 1.3 milyar insanın sigara içtiğini bildirmiştir. Yılda 5 milyon insanın sigaraya bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir (5). Sigara dünyada en sık görülen sekiz ölüm nedeninden altı tanesi için risk faktörüdür. Sigara içmeye devam edilmesi halinde her yıl 10 milyon insanın yaşamını yitirecektir (6). Dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olan sigara bağımlılığı her yıl dünya üzerindeki 10 ölümün birinden sorumludur (7).

Aynı zamanda halen yaşayan 650 milyon sigara bağımlısının en az yarısının hayatlarının sigara kullanımına bağlı nedenlerle sona ereceği tahmin edilmektedir (8). Günümüzde sigara içimine bu şekilde devam edilmesi durumunda ise yaklaşık 1 milyar insanın bu yüzyıl içinde hayatlarına beklenenden daha erken dönemde veda etmeleri beklenmektedir. 2020 yılında tüm dünya üzerinde sigara içme prevalansı %5 oranında azaltılabilir ise 100 milyon erken ölümün önlenileceği düşünülmektedir. Ülkemizde ise her yıl yaklaşık 100 bin kişinin sigaradan dolayı yaşamını yitirdiği ve bunun yanı sıra 2.72 milyar dolar ekonomik kayıp yaşandığı bilinmektedir (9). 2030 yılında ise 10 milyon insanın ölümünün sigaraya bağlı olacağı kestirilmektedir. Bunların en az %70'inin ise gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği öngörülmektedir (10). Bu ölümlerin hemen tamamı da 35-69 yaş arası kişilerde meydana gelmektedir. Bu kişiler yaşamlarının en verimli ve üretken yıllarını sigaranın neden olduğu hastalıklara bağlı kaybetmektedirler. Bu ölümdüzeyi ülkemizdeki 1900 yılından bu yana meydana gelen doğal afetler nedeniyle oluşan ölümlerin sayısından fazladır (11).

Günümüzde Türkiye en büyük sigara tüketicisi ülkeler listesinde yer almaktadır. 1980-2008 yılları arasında yaşanan ekonomik krizler, enflasyondaki artış,

nüfus artış hızındaki yavaşlama ve kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla oranındaki düşmeye karşın sigara tüketimi 53,399 milyon adetten 107,859 milyona çıkmıştır. Yani sigara tüketimi %102 oranında artış göstermiştir (12).

Yapılan araştırmalarda son yıllarda çalışma hayatının zorlaşması, yaşanan ekonomik krizler, iş yaşamındaki stres insanların sigara alışkanlığına başlamasında ve bu alışkanlığı devam ettirmesinde en büyük etkenlerden biri olarak görülmektedir. Sigaranın verdiği zararların üzerine birde çalışma yaşamı koşulları eklendiğinde insan sağlığının daha da tehlikeye düştüğü gözlenmektedir (13). Sigaranın iş yerlerinde yangın, patlama gibi kazaların oluşmasında %35-55 rolü vardır. Aynı zamanda iş yerindeki toz, gazlar ve kimyasallarla etkileşimi olur. Çalışma hayatında sigara, çalışan sağlığı ve işveren açısından oldukça önemlidir. Çalışan açısından sigaraya bağlı sağlık sorunları, içmeyenlerde pasif etkilenime bağlı sorunlar görülürken, işveren açısından ise absentizm ve verimlilik kaybı önemlidir. Aynı zamanda bazı mesleki faktörler ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişkiler olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Tayvan da yapılan bir araştırmaya bakıldığında sigara içmek için geçirilen zamanın toplamda 733 milyon dolar üretim kaybına neden olduğu görülmüştür. Pasif etkilenime bağlı hastalıklardan dolayı oluşan yıllık kayıp 81 milyon dolar, sigara içenlerin kaza geçirmesinden dolayı oluşan kayıp ise 34 milyon dolar olarak belirtilmiştir (14).

Bütün bu verilere bakıldığında da işyerlerinde sigara içilmemesi halk sağlığı açısından önemi artmaktadır. Bu yüzden tütün kontrol programlarına iş yerlerinin de dahil edilmesi ve sigarayla mücadele kapsamına alınması hem ekonomik açıdan hem de çalışan sağlığı açısından önemlidir (15). DSÖ etkinlikleri arasında toplumdaki özgün grupların sigara içme oranlarının düzenli olarak takip edilmesi ve sigara salgınının kontrolüne yönelik olanlar en başlarda yer almaktadır (16).

Aynı zamanda iş yerleri sağlığı koruma ve geliştirme bakımından son derece önemli ortamlardır. Çalışanların toplu olarak bulunuyor olmaları ve kolay ulaşılabilirlikleri nedeniyle sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarının etkili olarak yürütülmesini sağlamaktadır. Bu programlar arasında sigarayla mücadelenin özel bir önemi ve yeri vardır (17).

Bu alışmada; Türkiye Taş Kömürü Kurumu (TTK) Zonguldak Karadon Müessesesi'nde çalışmakta olan ve sigara içen maden işçilerinin sosyodemografik özelliklerinin, sigara içme özelliklerinin saptanması ve sigara bırakmaya yönelik davranışları ve sigara bırakmada Sağlık İnanç Modeli leğinin geçerlilik ve güvenirliğinin saptanması amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sigaranın Tarihçesi

Mısır'da M.Ö. 1300'den kalan II. Ramses'in mumyası 1979'da incelendiğinde birçok bitkiyle doldurulduğu görülmüştür. Bağırsaklarında da kıyılmış tütün yaprakları bulunmuştur. Bu bulgu Eski Mısır'da tütün içildiğine dair kayıt olmasa da tütün bitkisinin varlığının çok eskilere dayandığını kanıtlamaktadır (18). Tütün üretiminin sekiz bin yıl önce Amerika'da başladığı bu tarihten 4500 yıl sonrada orta Amerika'da yaşayan Mayaların tütün kullanmış olduğu bilinmektedir (19). Yapılan arkeolojik kazı ve bulgularda Mayalara ait tarihi kalıntılar üzerindeki resimlerde ve ABD'nin Ohio bölgesindeki eserlerde tütün ve pipo resimleri bulunduğu bilinmektedir. (20).

Avrupa'da ise tütün 1492 yılında Christopher Columbus'un Amerika'yı keşfetmesiyle öğrenilmiştir. Tütün kullanımının ilk zararını ise Rodrigo De Jerez isimli denizci görmüştür. Jerez içtiği sigaranın dumanını burnundan çıkarıyorken onu görenler içinde şeytan olduğunu iddia ederek hapis cezasına çarptırılmasını sağlamışlardır. Amerika'ya göç eden Avrupalılardan John Rolfe ise ticari amaçlı tütün ekimini ilk kez 1612'de Virginia'da gerçekleştirmiştir. 1619'da da 9 tonluk ilk tütün ihracatı Londra'ya yapılmıştır. Kırım savaşı, birinci ve ikinci dünya savaşları da tütün bağımlılığının yayılmasındaki en büyük etkenlerdendir (21). Tütün Osmanlı'ya ise ilk kez 17. yy. da Venedikli ve Cenovalı denizciler tarafından getirilmiştir. Osmanlılar döneminde tütünün kağıda sarılıp içilmesi, sigara sarma makinasının icadına neden olarak yaygınlaşmasına neden olmuştur (22).

Tütünün Avrupa'ya yayılması 1511'de bir gemicinin yerli halktan aldığı ilk tütün tohumunu Petrus Martin adında bir tüccara göndermesi ile başlamıştır (23). 1518'ten itibaren ise İspanya ve Portekiz'de de tütün üretimine başlanmıştır. 1560'da Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot tütünü, Fransız kralı 2. Henry'nin ölmesiyle depresyona giren kraliçe Catherine de Medici'nin baş ağrılarına iyi gelmesinden dolayı ilaç olarak kullanmıştır. Böylece tütünün ilaç olarak etkili olduğu tüm Avrupa'da yayılmıştır (24).

17. yy.'dan sonra tütün keyif maddesi olarak alışkanlık haline gelmiştir. Bu yüzden 4. Murat kahvehaneleri kapatıp, sigarayı yasaklamış hatta ölüm cezasına kadar varan ağır cezalar getirmiştir. Bu dönemlerde şark tütünü olarak bilinen Türk tütünü dünyada çok tutulur hale gelmiştir. Osmanlı hükümeti ekonomik nedenlerle tütün ekiminin yarısını Fransız reji şirketine verdiği için şirket yıllarca ülkemizi sömürmüştür. Kurtuluş savaşının hemen sonrasında ise Atatürk'ün kurduğu ulusal tekelle bu sömürü düzeni sona ermiştir (19).

Tütün ve neden olduğu hastalıklar arasındaki ilişkiyi 1761 de İngiliz Doktor John Hill ortaya koymuştur. Tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması olan bir rapor yayınlamıştır (25). 1828'de Reimann tütünün içindeki etken madde olan nikotini bulmuştur (26). 1889'da Saint John hastanesi sigaranın zararları ve larenks kanserine neden olduğunu anlatan bir kitap yayınlamıştır (27). 1964'de ise ABD Kamu Sağlığı Hizmet Başkanı Surgeon General sigaranın erkeklerde akciğer kanseri yaptığını kabul eden bir rapor yayınlamıştır. Böylece tütün kullanımının zararlı olduğu görüşü resmi olarak ilk kez ABD'de kabul edilmiştir (28).

## **2.2. Sigaranın Epidemiyolojisi**

### **2.2.1. Dünyada ve Türkiye'de sigara tüketimi**

Kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi bağımlılık olarak ifade edilir. DSÖ madde bağımlılığının tanımını; kullanılan psiko aktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer hobilere ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı olarak açıklar (29).

Sigara içmek veya dumanının solunması zamanla kişide psikolojik ve fiziksel olarak bağımlılığın oluşmasına neden olur. Aynı zamanda sigara bağımlılığı; sigaranın ulaşılması kolay ve kullanımının yasal olmasından dolayı da en sık görülen ve halk sağlığı açısından en önemli madde bağımlılığı tipidir (29, 30).

Dünya geneline bakıldığında yaklaşık 1 milyar 250 milyon kişinin sigara içtiği görülmektedir. 2025 yılında sigara içen kişi sayısının ise 1 milyar 600 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (31). Dünya genelinde sigara kullanan bir milyardan



fazla insanın yaklaşık %80'i sigarayla ilişkili hastalıklardan dolayı ölmektedir. Bu ölümlerin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır (32).

Dünyada her yıl 4.5 milyon insan sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeniyle erken dönemde hayata veda etmektedir ve bu sayının 2030 yılında 8.5 milyona, 2025-2030 yılları arasında 10 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (33). DSÖ araştırmalarına göre Avrupa genelinde her yıl sigaradan ölenlerin sayısının 1.2 milyon kişi olduğu 2020 yılında ise 2 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (34).

Dünya genelinde erkeklerin %42'si, kadınların ise %12'si sigara içmektedir. Erkeklerde içicilik gelişmiş ülkelerde %35, gelişmekte olan ülkelerde %50 düzeyinde iken kadınlara baktığımızda bu oran gelişmiş ülkelerde %24, gelişmekte olan ülkelerde ise %7 düzeyinde görülmektedir (31,33). Yapılan araştırmalar incelendiğinde erkeklerde tüm yaş gruplarında sigara içme sıklığı kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüş, en yüksek sigara içme sıklığının ise 40-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda ise en yüksek sigara içme sıklığı 30-49 yaş grubunda kendini göstermektedir (31).

Gelişmiş ülkelerde tütün tüketiminin hızla düştüğü görülmekteyken bu durum gelişmekte olan ülkelerde son 20 yılda %50 oranında artış göstermektedir (33).

Dünya geneline baktığımızda sigara içme oranının şimdiki seviyelerde devam etmesi halinde bile önümüzdeki 30 yıl içinde sigaranın neden olduğu ölümlerin, AIDS, tbc, trafik kazaları, anne ölümleri, intihar ve cinayet gibi en çok görülen ölüm nedenlerinin toplamından çok daha fazla olacağı ve bu sayının 1 milyar kişiyi bulacağı tahmin edilmektedir (35).

DSÖ sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeniyle 1950-2000 yılları arasında 60 milyon insanın öldüğünü ve bunun ikinci dünya savaşında meydana gelen ölümlerden daha fazla olduğunu hesaplanmıştır (36).

Türkiye'de sigara içme durumuna baktığımızda yetişkin nüfusun yaklaşık yarısına yakınının sigara içtiği görülmektedir. Dünya bankası kayıtlarına göre ise 1990-1997 yılları arasında dünyada sigara kullanımının en hızlı arttığı ülkeler arasında Türkiye üçüncü sırada yer alır (22). Türkiye'de 1988 yılında yapılan geniş kapsamlı bir araştırmada 15 yaş üstü nüfusta sigara içme prevalansı %43 olarak saptanmıştır (37). Yapılan bir başka araştırmada ise 20 yaş üstü nüfusta erkeklerin yarısından

çoğunun kadınların ise %10'dan fazlasının sigara içtiği saptanmıştır (38) Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması 2012'ye göre 18 yaş üstündeki nüfusun dörtte birinden çoğu her gün sigara içmektedir; bu oran erkeklerde %40 iken kadınlarda %12'dir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması raporuna göre sigara kullanma sıklığı erkeklerde %41, kadınlarda ise %13 olduğu belirlenmiştir (39).

2000 yılı Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışmasında Türkiye genelinde seçilmiş risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile önlenebilir ölümler karşılaştırılmış, sigara içmek; hipertansiyon ve artmış vücut kitle indeksinin ardından üçüncü olmuştur. Yılda yaklaşık elli binden fazla erkek ve 2000 kadar kadın ölümünün sigara içilmeyerek engellenebileceği düşünülmektedir (40).

Sigaraya bağlı ölümlerin neden olduğu etkiler düşük ve orta gelirli ülkelerde daha fazla görülür ve bu etkilerin önümüzdeki 10 yıl içinde artacağı bildirilmektedir (41).

### **2.3. Sigaranın İçindeki Zararlı Maddeler ve Vücuda Etkileri**

Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutojenik ve karsinojenik olan 5 binden fazla madde vardır. Ana akım dumanının %95'i gaz fazındadır ve 1 mm'de 3.3 milyar partikül içerir. Ortalama partikül çapı itibariyle solunabilir düzeydedir (42).

Sigara içenler ve içmeyenler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda uluslararası kanser araştırma merkezinin 2003'te yayınladığı raporda sigara dumanı grup 1 karsinojen olarak yer almıştır (43).

Sigara içinde bulunan yaklaşık 4 bin maddeden hangisinin hangi hastalığa neden olduğu kesin olarak bilinmemektedir. İçinde bulunan zararlı maddeler; Polonyum -21, radon, toluen, metanol, naftalin, amonyak, nikotin, fenol, katran, asetaldehit, formaldehit, kateşol, dikloro difenil trikloroethan (DDT), bütan, kadmiyum, aseton, arsenik, karbonmonoksit (CO), siyanid ve benzeridir (44-46).

Bu sağlığa zararlı maddeler 4 ana başlık altında toplanabilir.

### 2.3.1. Nikotin

Tütün bitkisinin yapraklarında sitrik ve malik asitle birleşmiş şekilde %2-8 oranında bulunur. İrritan, silyotoksit ve proinflatuvar etkisi vardır. Bir sigarada ortalama 20 mg nikotin bulunmakta ve önemli bir bölümü yanarak başka maddelere dönüşmektedir. İçilen bir sigaradan kana geçen nikotin miktarı ise 2 mg'dır (33). Sigara dumanında tanecik halinde bulunan ve bağımlılığa yol açan esas maddedir (48). Kana geçen miktarına ve alınan dozlar arasındaki süreye göre, sinir sistemi, iç salgı bezleri, kalp ve damarlar üzerine olumsuz etkiler yaparak çalışmalarını bozarlar. En yüksek etki sinir sistemi üzerinde görülür. Direk kan dolaşımına katılarak adrenalin salgılanmasına neden olur. Böylece kalbin dakikadaki atım sayısında artma görülür. Ne kadar çok alınırsa alınsın vücuttan atılması da sadece birkaç saat sürer (47, 49).

### 2.3.2. Karbonmonoksit ve diğer gazlar

Nikotinden sonra sigarada bulunan zararlı maddelerin başında CO gelir. Organik maddelerin yanması sonucunda ortaya çıkar. Hemoglobine birleşme gücü oksijenden 200 kat fazladır ve birleşme sonucu karboksi hemoglobin (COHb) oluşur. COHb dokulara iletilen oksijenin düşmesine neden olur ve damarlarda daralmaya yol açar. Böylelikle kalp daha fazla çalışmak zorunda kalır ve kalp hastalıkları riski de artmış olur. COHb'nin yarı ömrünün kısa olmasından dolayı sigara bırakmayı takiben zararları kısa sürede azalır. Günde 1 paket sigara içen bir insanın kanındaki COHb miktarı %5, hiç içmeyenlerde ise %1'dir. Kandaki CO %2'nin üzerinde olduğu zaman baş ağrısı, baş dönmesi, aşırı duyarlılık, bulantı, koordinasyon bozukluğu, ve kardiyovasküler değişiklikler başlar. (50)

Sigaranın içindeki diğer gazlardan birkaçı ise hidrosiyanik asit, asetaldehid, akrolein, amonyak, formaldehid, nitrojen oksitler, nitrozaminler, hidrazin ve vinil klorürdür. Bu gazların ortak özelliklerine baktığımızda çoğunluğu solunum yollarını döşeyen siliyaların hareketleri durdururlar ve kansorejen niteliktedirler (51).

### 2.3.3. İrritan maddeler

Sigara içinde gaz ya da parçacık şeklinde bulunan birçok irritan madde ve bileşik bulunmaktadır. Bu maddeler solunum yollarını tahriş ederek bronşlardan mukus salgılamasını arttırırlar. Siliyaların hareketlerinde azalmaya neden olurlar. Dolayısıyla sigara içenlerde solunum yolu enfeksiyonları, kronik bronşit ve amfizem gibi

rahatsızlıklar daha sık ve fazla görülür. Bu hastalıklar solunum yetmezliğinin ve kalp yetmezliğinin başlıca nedenlerindedir ve kanser oluşumuna da yardımcıdırlar (52).

#### **2.3.4. Kanserojen maddeler**

Sigara dumanında 60'a yakın kanserojen madde bulunmaktadır. Sigara dumanı kanser sürecini hem başlatıcı hem de bu süreci hızlandırıcı maddeleri içerir. Kanser yapıcı maddeler tütün dumanının katran kısmında bulunur. Bu maddelerin en önemlilerinden bazıları; benzoapiren, nitrozaminler ve hidrazindir. Yine katran içinde bulunan yağ asitleri, serbest yağ asitleri ve fenol adı verilen maddeler oluşan kanserin daha hızlı ilerlemesine neden olurlar (48).

#### **2.4. Sigaranın İlişkili Olduğu Hastalıklar**

Sigara ölümcül hastalıkların yanı sıra direk ölümlenmeyen 50'ye yakın kronik hastalığın oluşmasıyla da ilişkilidir. Bunlara şu şekilde örnekler verilebilir (53);

##### **2.4.1. Sigara içenlerde riski artan hastalıklar**

Sigara içenlerde; akut ülserli diş eti hastalıkları, on iki parmak bağırsağı ülseri, kalın bağırsak polipleri, mide ülseri, boyun ağrısı, sırt ağrısı, kas zedelenmesi, romatizma, tendon zedelenmesi nistagmus, bacak ve kol damarları tıkanması, göz içi mantar hastalığı, buerger hastalığı, osteoporoz, osteoartrit, çevresel damar hastalıkları, zatüre, crohn hastalığı, depresyon, cilt kırışıklıkları, tip 2 diyabet, işitme kaybı, grip, diş kayıpları, eklem bağ zedelenmesi ve tüberküloz gibi hastalıklar artmakta olup, sedef hastalığı, katarakt ve impotans gibi hastalıkların riskinde 2 kat, görme siniri hastalığı riskinde 16 kat ve kalp krizi riskinde 20 kat artış görülür (53).

##### **2.4.2. Sigara içenlerde riski artan işlev bozuklukları**

Sigara içenlerde ejakülasyon hacminde, sperm sayısında ve hareketlerinde, doğurganlıkta ve spermin yumurta dölleme yeteneğinde azalma görülmekle birlikte, bağışıklık sisteminde zayıflama, sperm şekil bozuklukları ve erken menapoz meydana gelmektedir (54).

### **2.4.3. Sigara içenlerde bulguları daha ağır olan hastalıklar**

Sigara içenlerde astım, hipertiroidi, kronik nezle, multiple skleroz, şeker hastalığının neden olduğu görme bozuklukları ve görme siniri iltihabı bulguları daha ağır seyretmektedir (54).

### **2.4.4. Sigara içenlerde bulguları daha ağır ve inatçı olan hastalıklar**

Sigara içenlerde; nezle, zatüre, grip, tüberküloz ve irritable bağırsak hastalığı gibi hastalıkların bulguları daha ağır ve inatçı seyretmekte ve tedavisi güçleşmektedir (54).

## **2.5. Sigaranın Sistemler Üzerine Zararlı Etkileri**

### **2.5.1. Kalp damar sistemi üzerine zararlı etkileri**

Birçok çalışma sigara içicilerinde kalp krizi, tekrarlayıcı kalp atakları ve koroner arter hastalığına bağlı ani ölüm risklerinin artmış olduğunu kanıtlamıştır. Sigara içenlerde içmeyenlere göre aort anevrizması 5 kere koroner rahatsızlıklar 4 kere daha fazla görülmektedir. Buerger hastalığının da %95'i sigarayla ilişkilidir (55).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine neden olmaktadır. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan akımını azaltma yolu ile dokulara oksijen iletimini azaltarak kalp kası iskemisine yol açar. Sigara içenlerde kolesterol, diyabet, hiperlipidemi gibi başka risk faktörlerinin de gelişmesiyle kalp hastalıkları riski daha da artmaktadır. Aynı zamanda sigara damarlarda daralmanın, damar sertleşmesinin, hipertansiyonun ve kanın pıhtılaşmaya yatkınlığının artmasının en önemli sebepleri arasındadır (56).

### **2.5.2. Solunum sistemi üzerine zararlı etkileri**

Sigara akciğer kanseri riskinin artmasında en önemli faktördür. Sigaraya başlama yaşı, ne kadar süredir sigara içilmiş olduğu, sigaranın içerisindeki katran miktarı vs. göre bu risk değişiklik gösterebilmektedir (57).

Kronik öksürük, balgam, hırıltılı, nefes darlığı sigara ile artış göstermektedir. Nikotin ve katran akciğerlere yerleşerek havayollarını, kapilleri ve alveolleri etkiler ve solunum zorluğuna neden olur. Oluşan bu değişiklikler KOAH gibi ciddi kronik hastalıkların oluşumunda büyük risk faktörüdür (56).

### **2.5.3. Beyin üzerine zararlı etkileri**

Başta CO olmak üzere sigara dumanı içinde bulunan zehirler damar yapısını bozar. Zamanla ateroskleroz gelişmesine yol açarlar. Bunun sonucunda beyin damarlarında daralır, tıkanır veya kanama şeklinde sıkıntılar ortaya çıkar. Dünyada beyin damar hastalıklarının prevalansı incelendiğinde, sigara kullanımının yoğun olduğu ülkelerde beyin damar hastalığının daha fazla olduğu görülmektedir. Damarlarda meydana gelen hasar sonucu beyin yeterince kanlanamamakta ve bu da hafıza ve algılamada bozulma şeklinde kendini göstermektedir. Aynı zamanda sigara içilmesi vücutta bazı enzimlerin (MAO-B) çalışmasını zorlaştırmaktadır. MAO-B enziminin inhibisyonu aktivitenin azalmasına yol açmaktadır. Bu durum da depresyona neden olabilmektedir (58).

### **2.5.4. Gastrointestinal sistem üzerine zararlı etkileri**

Sigaranın sindirim sistemi üzerindeki etkilerine bakıldığında öncelikle tükürük salgısında azalmaya neden olduğu görülmektedir. Beraberinde yemek borusu ile mide arasındaki kaslarda gevşemeye bağlı reflü oluşumuna neden olmaktadır. Aynı zamanda mide asit salgısını artırır ve midenin çabuk boşalmasına neden olur bu da ülser oluşmasının en önemli sebepleri arasındadır. Tüm sindirim kanalını tutan iltihabi barsak hastalıklarının oluşumunda da büyük etkisi bulunmaktadır. Sigaranın bırakılması bu riskler hızlı bir şekilde azalarak bir süre sonra içmeyenlerle aynı düzeye indirdiği ileri sürülmektedir (59).

### **2.5.5. Hormonlar üzerine zararlı etkileri**

Sigara hipofiz ve hipotalamus ileti sisteminde yıkımlara neden olarak hormonların salınımını etkiler ve tiroid hastalıklarının gelişme riskini artırır. Aynı zamanda sigara içen kadınlarda infertilite riski içmeyenlere göre daha fazla artar ve erken menopoz görülebilir (60).

### **2.5.6. İmmün sistem üzerine zararlı etkileri**

Sigara tüm vücudun oksijenlenmesini ve kanlanmasını bozarak sistemik zararlara yol açmaktadır. Bunun sonucunda bedenimizin direncini sağlayan bağışıklık sisteminin fonksiyonu ciddi şekilde bozulmaktadır. Aynı zamanda enfeksiyon görülme sıklığı artmaktadır (60).

### **2.5.7. İskelet sistemi üzerine zararlı etkileri**

Sigara kullananlarda kemik mineral yoğunluğunda azalmayla birlikte kırık riskinde artış da görülmektedir. Günde 1 paket sigara tüketen birinin her 10 yılda kemik mineral yoğunluğunun %2 azaldığı belirtilmektedir. Bu etkinin doza bağlı olduğu ve içilen sigara sayısından çok sigara kullanılan sürenin önemi de vurgulanmaktadır (61).

Sigaranın neden olduğu önemli sorunlardan biri de bel ağrısıdır. Kronik öksürüğün yol açtığı disk basıncındaki artışın bel ağrısına neden olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda osteoblast işlevi bozulduğundan kemik yapımı azalarak kırıkların geç iyileşmesine neden olmaktadır (63, 64).

### **2.5.8. Sinir sistemi üzerine zararlı etkileri**

Sigaranın sinir sistemindeki etkisi üzerinde en etkili madde nikotindir. Nikotin çizgili kaslarda gevşemeyle birlikte iştahta azalmaya da neden olmaktadır. Aynı zamanda öğrenmeyi ve dikkati arttırmakta, solunum merkezini harekete geçirerek solunum sayısının ve hızının da artmasına neden olmaktadır (62, 65).

## **2.6. Sigara Ve Kanser**

Kanserin çevresel nedenleri arasında ilk başta sigara yer alır. Sigara ile kanser arasındaki ilişki ilk kez geçtiğimiz yüzyılın ortalarına doğru dikkatleri çekmeye başlar ve ilk gözlemlere göre sigara içme sıklığının % 60 civarında olduğu o yıllarda akciğer kanseri olan hastaların yüzde doksanının sigara içtiği saptanır. Sonraki araştırmalar sigara içiminin akciğer kanserinden başka daha pek çok kanserin görülme sıklığının arttığını göstermiştir. Akciğer kanseri, dudak kanseri, pankreas kanseri, gırtlak kanseri, yemek borusu kanseri, mide kanseri, ağız boşluğu ve yutak kanserleri, kalın barsak kanseri, meme kanseri, mesane ve böbrek kanseri, rahim ağzı kanseri, yumurtalık kanseri ve lösemnin sigaraya bağlı olarak görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (66). Bu bilgiler doğrultusunda yapılan çalışmalarda ABD’de kanser nedenli ölümlerinin %35’i sigaraya bağlanmaktadır. İlk kez 1964’teki “Surgeon General” raporunda resmi olarak sigara içimi ile akciğer kanseri gelişiminin nedensel ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (67).

## 2.7. Pasif İçicilik

Kendisi sigara içmediği halde ortamdaki sigara dumanını soluyan kişilere pasif içici denilmektedir. Pasif içicilik ilk kez 1972 yılında dikkatleri çekmiş, 1979'da ise tütün dumanına maruz kalan kişilerde akciğer kanseri görüldüğü bildirilmiştir. 1984 yılında pasif içicilik ile KOAH arasındaki ilişki saptanmıştır (68, 69).

Çevresel sigara dumanı başka birinin içtiği sigaranın dumanının inhale edildiği dumandır. İkinci el duman; içici tarafında çevreye yayılan dumandır. Yan duman; sigaranın ucundan yanmasıyla oluşan dumandır. Yanal duman ise yanan bir sigaranın kağıdı ve filtresinden sızan dumandan meydana gelmektedir (70).

Toksin ve karsinogenler yanan sigaradan havaya yayılır ve havadaki kimyasallarla karışarak içmeyen insanlar için zehirli bir ortam oluşturmaktadır. Yanan sigara dumanının 2/3'ü içen kişinin akciğerlerine ulaşmamakta ve havaya karışmaktadır. Direkt havaya karışan bu duman daha fazla zehir içermektedir (71). Sigara dumanı ile dolu bir odada geçirilen her saat sigara içmeyenleri, 4 sigara içmiş kadar benzopiren, 1 sigara içimiyle alınan nikotin ve CO almış gibi etkilemekte ve bir sigara tiryakisinin filtreli 35 sigara içtikten sonra alabileceği kadar nitrozamin almış olmaktadır (72).

2005 Euro Barometre çalışmasına göre Türkiye'de insanların %80'i sigara dumanından pasif olarak etkilenmektedir. Pasif sigara içiciliği, etkin sigara içme ve alkol kullanımından sonra önlenebilir ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır. Dünyada her yıl 600,000 kadar insan başkasının dumanı nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Araştırmalar pasif sigara içicilerinde, akciğer kanserinin %20-30 ve kalp damar hastalığının %30-50 arttığını göstermektedir (73).

Sigara dumanı en çok çocukları ve gebeleri etkilemektedir. Çocuklarda akciğer ve beyin daha yeni gelişmekte olduğundan bu dumandan daha çabuk zarar görmektedir. Yapılan araştırmalarda ülkemizde çocukların %75'inin pasif sigaraya maruz kaldığı bildirilmiştir (74). Annesi sigara içen çocuklarda özellikle yaşamın ilk iki yılında bronşiolit, bronşit ve pnömoni gibi hastalıklar, çocukluk çağı astımı, kulak ve boğaz enfeksiyonları görülme sıklığı artmaktadır (75).



Çevresel sigara dumanı işyerlerinde de büyük risk faktörüdür. Çünkü çalışan kişiler yaşamlarının büyük kısmını iş yerlerinde geçirmektedirler. İş yerlerinde sigara içilmesi hem içenlerin hem de dumanına maruz kalanların sağlığını 2 kat tehlikeye sokmaktadır. Solunum yolları ve akciğerler üzerinde olumsuz etkileri olan tozlar, kimyasal maddeler ve gazlar sigara içen ve dumanına maruz kalan kişilerde daha fazla rahatsızlığa neden olmaktadır (76).

## **2.8. Sigaradaki Kimyasalların Vücutta İzlediği Yol**

Sigaradan bir nefes çekilmesiyle birlikte içindeki kimyasalların beyinden göze, ayaktaki kılcal damarlardan kalp damarlarına kadar ulaşabildiği gözlenmektedir. Sigara dumanında ki kimyasallar kılcal damarlardan emilerek kalbe gelmekte ve tüm vücuda pompalanmaktadır. Dolaşım sistemindeki damarlar yardımıyla da tüm vücuttaki doku ve organları dolaşmaktadır (77).

## **2.9. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri**

Bağımlılık bir maddenin kişinin sağlığını ve yaşamını olumsuz yönde etkilemesine rağmen kullanımına devam edilmesi durumudur. Dünyada en yaygın ve önemli madde bağımlılığının sigara bağımlılığı olduğu bildirilmektedir. Sigarada bağımlılığa neden olan ve içme isteğini arttıran ana madde nikotindir (78).

Nikotin duygu durumunu değiştiren, rahatlatıcı etkisi olan, bağımlılık yapan ve beyindeki nikotin reseptörlerini uyaran psikoaktif bir maddedir. Her sigara içen bağımlı olmamakla birlikte içenlerin  $\frac{3}{4}$ 'ü kadarında bağımlılık gelişmektedir (79).

Vücudumuz üzülduğümüzde, sevindiğimizde, kızdığımızda, heyecanlandığımızda duyguları kontrol altına tutmak için endorfin denilen bir madde salgılamaktadır. Bu madde normalde vücudun ihtiyaç duyduğu zamanlarda ve ihtiyaç duyulduğu kadar salgılanmaktayken sigara kullanılmaya başlanmasıyla birlikte sigara içimine bağlı olarak salgılanmaya başlamaktadır. Yani vücut duyguları kontrol etmek için gereken endorfini elde etmek için nikotine ihtiyaç duymaktadır. Fiziksel olarak sigara bağımlılığının tanımı da budur (80).

Dünya sağlık örgütünün sigara tiryakiliği tanımlarına baktığımızda; Günlük tiryaki; her gün en az 1 sigara içen kişi, ara sıra içen tiryaki; günde 1 den az sigara içen

kişi, eski tiryaki; geçmişte en az 6 ay günde 1 adet sigara içmiş fakat şuan da bırakmış olan kişi, hafif tiryaki; günde 10 un altında sigara içen kişi, sigara içmeyen; hiç sigara içmemiş olan kişi şeklinde tanımlanmaktadır (81).

### **2.9.1. DSM 4 nikotin bağımlılığı kriterleri**

Tolerans gelişmesi; başlangıçtaki hoş olmayan etkilere toleransın gelişmesi ve kişinin gittikçe aynı zevki almak için daha fazla sigara içmeye gereksinim duyması, sigaranın bırakılması veya içimine ara verilmesi ile yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, kişinin içmek istediğinden daha fazla miktarda veya daha uzun süre sigara kullanması, sürekli bırakma arzusuna karşın sigara kullanımını durdurmakta veya azaltmakta başarısız olunması, sigarayı elde etmek için ciddi bir zaman veya para harcanması, sigara kullanımı yüzünden önemli sosyal çevre, çalışma zamanı (sürekli ara vererek iş gücünden kayıp) kültürel ve kişisel etkinliklerin azalması, parada kayıp veya kısıtlanma durumudur. Bir diğer durum ise sigaranın (KOA, kanser, kalp krizi gibi) veya tekrarlayan problemlere (zatürre, astım, sinüzit), psikolojik ya da sosyal sorunlara yol açmasına karşın kullanılmaya devam edilmesidir (82).

Nikotini emildikten sonra santral sinir sistemindeki etkisi eroin veya kokain gibi maddelere benzer mekanizmalarla olmaktadır. Beyinde norepinefrin ve dopamin düzeylerini direkt olarak yükseltmekte ve birtakım etkilere neden olmaktadır, bu etkilerin de doza bağlı olarak değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Nikotin zihinsel işlevleri hızlandırmakta, anksiyeteyi yatıştırmakta, el becerilerini iyileştirmekte, kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlamakta bütün bu nedenlerle de kullanan kişiyi sürekli olarak nikotin arayışına sokmaktadır (83). Ayrıca nikotin açlık hissini ve yiyecek alımını azaltmakta ve metabolik hızı arttırmaktadır. Nikotinin farmakolojik etkileri alınan sigara dumanının niteliksel ve niceliksel özelliklerine de bağlıdır (84).

Sigaranın psikofarmakolojik etkilerine bakıldığında; endişede azalma, strese azalma, gevşeme, mutluluk, açlık hissinde azalma, dikkat artışı, kilo almada azalma, nikotin yoksunluk belirtilerini hissetmeme gibi belirtiler olduğu görülmektedir (85).

### **2.9.2. Nikotin yoksunluğu**

Tütün bağımlılığı DSÖ'ye göre mental ve davranışsal bir hastalık olarak görülmektedir. Tütün kullanımı bırakıldıktan sonra yoksunluk semptomları ve şiddetli sigara kullanma arzusunun görüldüğü bilinmektedir. Uzun süreli ve kalıcı nikotin alımıyla birlikte nöroadaptasyon ortaya çıkmakta ve zaman içinde beyinde nikotin reseptörleri artarak nikotinin bazı etkilerine tolerans gelişmektedir. Bu tolerans sonucu sigara bırakıldığında nikotine bağlı yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Nikotin yoksunluğunun tanımına baktığımızda; “en azından birkaç haftadan beri her gün sigara kullanan birinde nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içinde” şiddetli nikotin alma arzusu, anksiyete, huzursuzluk, düşünceleri yoğunlaştıramama, konsantrasyon güçlüğü, iştahta artış ve kilo alma, kalp hızında artma, hareketsiz duramama, insomnia, EEG’de yavaşlama, depresif yada disforik duygu durum gibi belirtilerin en az 4’ünün ortaya çıkması durumudur (86).

Bunlar nikotine bağlı semptomlar değil, nikotinin doğrudan etkileridir. Örneğin nikotin enerji kullanımını arttırdığından bırakıldıktan sonra kilo alımı görülmektedir (80).

Semptomlar bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyal ve ekonomik düzeyinin herhangi birinden etkilenmemektedir. Yoksunluk belirtileri bırakmayı takip eden ilk 3 gün en şiddetli düzeyde yaşanmakta ve 3-4. haftada sonlanmaktadır. Ancak sigara içicilerin %40’ında 4 haftadan daha uzun sürdüğü de görülebilmektedir (87).

### **2.9.3. Nikotin toleransı**

Sigara içimine başlanmasıyla birlikte çoğu içicinin sigara miktarını giderek artırdığı görülmektedir. Bu da, sigarayla alınan nikotinin vücuttaki etkisinin azalması sebebiyle tolerans gelişmesi olarak açıklanmakta ve bu durum giderek daha fazla sigara kullanımıyla sonuçlanmaktadır. Nikotinin etkisinin azalmasıyla kişide yoksunluk belirtileri ortaya çıkarmaktadır ve bu semptomların hissedilmemesi için alınan nikotin miktarı daha fazla sigara içilerek arttırır (88).

## 2.10. Sigaraya Başlama, Sürdürme ve Relaps Nedenleri

### 2.10.1. Sigaraya başlama nedenleri

Günümüzde sigara içicilerin %80'inden fazlasının 18 yaşından önce adölesan dönemde sigara içmeye başladığı görülmektedir (89). Adölesan dönemde kişiler sigara içmenin kendilerinde meydana getirebileceği sağlık sorunlarını iyi algılayamamaktadır. Bu dönemde sigaraya başlama ve sürdürme nedenlerine bakıldığında; bireyin yeni şeyler deneme merakı, stresi azaltma çabası, kendini daha önemli hissetme isteği gibi nedenler öne çıkmaktadır (90). Özellikle sigaraya teşvik edici reklamlar, kolay erişebilme, düşük fiyatlar, arkadaş ve kardeşler arasında sigara içilmesi ve imaj kaygısı gibi birçok etken erken yaşta sigaraya başlamanın nedenleri arasında sayılmaktadır (91).

Gençlerin sigara kullanmasına neden olabilecek çok sayıda risk etmeni tanımlanmaktadır. Bu risk etmenlerinden bir ya da bir kaçını taşıyan gençlerin bağımlı olma riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (92). Sigara kullanmaya hazır kişilik özelliklerine sahip olanlar sosyal çevrelerinin de etkisiyle kolayca sigaraya başlayabilmektedirler. Ekonomik ve sosyal durum, ailede sigara veya diğer madde kullanımı öyküsü, bireyin gelişimsel dönemi gibi nedenler sigaraya başlamada etken sayılabilir (93). Anne, baba ve kardeşlerin sigara içmesi, anne babanın sigara içmeye karşı olan tutumları, anne babanın gence karşı tutumları, aşırı sertlik veya aşırı rahatlık, gencin davranışlarının anne baba tarafından izlenmemesi, uygun denetimin sağlanamaması, anne baba ilişkilerinde çatışmaların olması, parçalanmış aileler, geniş ve kalabalık aileler, işsiz aile üyelerinin varlığı, eğitim düzeyi düşük anne baba, aile içinde düzenin olmaması, anne baba kayıpları, anne babanın madde kullanımına göz yumması gibi nedenler ailesel risk etmenleri arasında gösterilmektedir (94).

Yetişkin dönemde sigaraya başlama ve içme nedenlerinin ise gençlerden farklı olduğu yapılan araştırmalarla saptanmıştır. Yetişkinler sıkıntılı anların giderilmesi, yaşanan iletişim sorunlarından uzaklaşmak, kendini daha iyi hissetmek ve stresin azalması için sigarayı uyarıcı ve yatıştırıcı olarak kullanmaktadırlar. Sosyal çevrenin kişiler üzerinde oluşturduğu baskı, yaşam şartlarının gün geçtikçe zorlaşması, kişilerin içinde yaşadıkları duygusal sorunları da yetişkinlerin sigara kullanma nedenleri arasında yer almaktadır (80).

### 2.10.2. Sigarayı kullanmayı sürdürme nedenleri

Herhangi bir maddenin bağımlılık oluşturabilmesi ve bağımlılığın devamı gerek maddeye gerekse kişiye ait bazı özelliklerin varlığına bağlıdır. Kişi bulunduğu çevrenin kendini dışlaması endişesi ile sigaranın neden olduğu akut etkilerden hoşlanmasa da kullanmaya devam eder (sosyal pekiştiri) ve bağımlı hale gelir (60).

Sigara kullanımının psikolojik ve sosyolojik etkileri ise kişiden kişiye değişebilir. Sigara bağımlısı olanların kişilik yapılarına bakıldığında, duygusal olgunlaşmada gerilik, toplumda içinde ilişki kurmada zorluk, huzursuzluk, sorumluluk almaktan kaçış, toplum içinde yalnız kalma isteği ya da korkusu gibi psikodinamik faktörlerden bir veya birkaçına sahip oldukları görülmektedir. Bu bilgilere bakıldığında sigara içmenin güçlükleri çözümlendiği düşünülebilir (65). Araştırmalar insanların psikolojik, sosyal ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermektedir. Sigaraya başlama edenleriyle sürdürülmesine neden olan nedenlerin genellikle birbirinden farklı olduğu görülmektedir (60). Sigara içme davranışının sürdürülmesi alışkanlık nedeniyle ve sigaranın farmakolojik etkisi nedeniyle de olabilmektedir. Stresli sosyal yaşantı koşulları, sosyal uyumu sürdürme çabası gibi faktörler bu davranışın devamlılığını pekiştirir (65).

Sigara içme davranışının birçok yönü vardır, nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal faktörler sigara içme davranışının devamlılığında önemlidir. Yirmi yıl günde 1 paket sigara içen biri 1 milyon kez duman inhale eder ve bu hareketler günlük hayatta çok güçlü uyarılmaya yol açar. Sigara ile ilişkili uyarılmaların özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nüklere neden olduğu saptanmıştır (63).

Çevresinde sigara içen ebeveyn, arkadaş, kardeş gibi rol modellerin varlığı sigara içme davranışının pekişmesine neden olmakta ve bu davranışa ilişkin yarar ve zarar algısını etkileyerek kişinin sigara içmeyi sürdürme olasılığını arttırmaktadır (95).

Sigara bağımlılığının devamlılığında kilo kontrolü de önemli nedenler arasındadır. Nikotinin metabolizma hızını arttırmasıyla, özellikle bayanlar kilo alma kaygısıyla sigara kullanmayı bırakma düşüncesinden vazgeçmektedirler (96).

### 2.10.3. Relaps nedenleri

Sigarayı bırakma diğer madde bağımlılıklarında da olduğu gibi ilk olarak kişinin kendi isteği, kararı ve iradesiyle ilişkilidir. Bağımlılık ile mücadelenin bir diğer şartı başaracağına inanmak ve bırakırken yardımcı ve destek olacak çevreyi oluşturmaktır. Sigarayı bırakma girişiminde vücut hem fiziksel olarak nikotin eksikliğine, hem de alışkanlıklardan kurtulmanın neden olabileceği stresiyle yüz yüze kalır. İkiyle birlikte başa çıkmanın oldukça zor olduğu bilinen bir gerçektir (97).

Sigarayı bırakanların %70'inde ilk ayda relaps görülür bunun nedeni nikotin yoksunluk semptomlarının ağır basmasıdır. Özellikle ilk bir iki hafta bu semptomları bireyler çok yoğun yaşayabilirler. Bu semptomlar ilk 24 saatte huzursuzluk, sinirlilik, yorgunluk hissi, gerilim hissi, konsantrasyon güçlüğü, titremeler, uykusuzluk, kabızlık gibi belirtilerdir. Bu semptomların görülme sıklığı ve süresi kişiden kişiye değişebilmektedir. Sigarayı bırakmış olanların sadece %25'den az kısmı ilk girişiminde bunu başarmıştır. Sigarayı bırakanların çoğu 3-4 kez bırakmayı denedikten sonra yeniden başlamışlar ve sonrasında başarıya ulaşmışlardır. Başarısızlık, boşa bir çabanın göstergesi olarak görülmemelidir. Bir kişi ne kadar sık sigarayı bırakma denemesi yaparsa, başarıma olasılığı o kadar artar (98).

### 2.11. Sigarayı Bırakanlarda Vücutta Görülen Değişiklikler

Sigarayı bırakmak yaşamın hangi döneminde ya da bağımlılığın hangi evresinde olursa olsun, sigara içen kişiye sağlık ve yaşam süresi açısından büyük avantaj sağlar (99).

On yıl ya da daha uzun bir süre sigara kullananların kullanmayanlara göre ölüm, hastalık ve sakatlık oranları görülme riski daha yüksektir. Sigara bırakıldıktan 20 dakika sonra nabız ve tansiyon normal düzeye gelir. 8 saat sonra kandaki CO düzeyi düşerek oksijen düzeyi normal değerlere yaklaşmaktadır. 24 saat içinde CO tamamen vücuttan atılmakta, miyokard efarktüsü riski azalmaya başlamaktadır. 48 saat sonra sinir uçları kendini yenilemeye başlar, nikotin vücutta artık bulunmaz. Birkaç gün içerisinde tat ve koku alma duyuları normale döner. Akciğer fonksiyonları %30 oranında iyileşir. 1 aydan 9 aya kadar öksürük, yorgunluk, bitkinlik, sinüs tıkanıklığı ve nefes darlığı azalır. Akciğerlerdeki siliyalar tekrar gelişir, mukusu tutma, akciğerleri temizleme yeteneği yükselir ve enfeksiyonu azaltır (100). 1 yıl sonra

koroner kalp hastalığı riski %30 azalır, 5 yıl içinde sigara kullananların riskinin yarısına iner. Akciğer kanseri riski % 30 azalır, nefes, yemek borusu ve mesane kanseri %50 azalır (82). 10 yıl içinde akciğer kanseri riski %50-100 azalır, kalp krizi riski hiç sigara kullanmamış biriyle eşit olur. 15 yıl içinde kalp hastalığı riski tamamen yok olur. Beyin kanaması, alt ekstremitte arter hastalığı ve ampütasyon riskinin de 5-15 yıl içinde hiç sigara kullanmayanlardaki düzeye döndüğü bildirilmektedir (99).

## **2.12. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları**

### **2.12.1. Dünyada tütün kontrolü çalışmaları**

Tütün kontrolü; tütün kullanımını ve tütün dumanına maruziyeti ortadan kaldırarak veya azaltarak sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan stratejilerin tamamı içerir (63).

Tütün kullanımının zararlı olduğu resmi olarak ilk kez ABD de Surgeon General (ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi Başkanlığı) tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır (101). Raporda sigara içenlerde akciğer kanseri, larenks kanseri ve kronik bronşit riskinin arttığı belirtilmektedir. 2004’te yayınlanan 50 yıllık izlem raporunda ise sigara içenlerin 2/3’ünün sigaraya bağlı bir nedenle ve ortalama olarak 10 yıl erken öldüğü, sigarayı bırakanlarda ise sigaradan kaynaklı ölüm olasılığının azaldığı bilgisi dikkat çekmekteydi. Bir taraftan araştırmalarla yeni bilgiler üretilirken bir yandan da tütün kullanımının zararları ve korunma yollarının neler olduğu hakkında kongre ve konferanslar düzenlenmeye başlandı (99).

Bu konferanslardan ilki 1967 yılında Amerika’nın New York şehrinde yapılmıştır. DSÖ 1970 yılındaki genel kurul toplantısı sırasında verilen kararla tütün kullanımının zararlarının önlenmesi gerektiğine dair bir bildiri yayınladı (102). 1980 dünya sağlık gününde DSÖ sigara ya da sağlık; sağlığı seçin sloganı ile uyarılar yaparak sigara ile mücadelenin önemine değinmiştir. Sloganda sigara ya da sağlık ifadesi kullanılarak sigaranın sağlıkla bir arada olamayacağı vurgulanmaya çalışılmıştır. Sonrası da 1988 yılından itibaren 31 Mayıs günü “dünya sigarasız gün” olarak kabul edilmiştir. DSÖ tarafından her yıl 31 Mayıs günü için bir slogan belirlenmeye başlanmış ve bütün ülkelerde yıl boyunca bu slogan ile ilgili olarak çalışmalar yapılması sağlanmıştır (103).

DSÖ 31 Mayıs sloganlarından bazıları şunlardır; Pasif içim öldürür (2001), sigarasız film, moda (2003), sigara ve yoksulluk (2004), tütün ürünlerinin tümü öldürücüdür, kılığına aldanmayın (2006), dumansız çevre (2007), tütünsüz gençlik (2008), tütün endüstrisinin müdahalesini durdur.(2012) (104).

Tütün kullanımının sürekli artması, insan sağlığını tehdit edebilecek düzeye ulaşması nedeniyle, tütün şirketlerine karşı geliştirilen; tütün ekimi, sigara üretimi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, sigara kullanımının zararları, tütün kaçakçılığının önlenmesi, nikotin ve katran içerikleri, çocuklara sigara satışının engellenmesi, pasif içiciliğin önüne geçilmesi, sigara tanıtımı ve sponsorlukları gibi konuları kapsayan “tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi” DSÖ nün tütün kontrolü konusundaki en önemli adımıdır. 2001 de hazırlanmaya başlanmış ve 2003 yılında kabul edilmiştir. 168 ülkenin imzalamış olduğu bu sözleşmede; tütün firmalarının reklam, tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması, sigara dumanından pasif etkilenmenin önlenmesi, sigara paketlerinde paketin en az %30’unu kaplayacak şekilde uyarı bulunması ve resim yer alması, sigaradan alınan vergilerin yükseltilmesi ve böylece sigara fiyatının arttırılması gibi konular yer almaktadır (105).

40 ülke tarafından onaylanıp kabul edilmesinin ardından uluslararası hüküm niteliği olarak kabul edilen sözleşme bugüne kadar 57 ülkede görüşülerek onaylanmış, böylelikle 27 Şubat 2004 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere FCTC uluslararası bir yasa niteliği kazanmıştır (101).

DSÖ 2005 yılında FCTC ye göre tütün kontrolüyle ilgili çalışmaların birkaç başlığı içermesi gerektiğini belirtmiştir. Buna göre ilk olarak “sigara içmenin önlenmesi” ikinci aşamada “sigarayı bırakmanın teşviki” üçüncü aşamada “sigara içmeyenlerin çevresel tütün dumanına maruz kalınımının önlenmesi” müdahale alanları olarak belirlenmiştir (103).

DSÖ “sağlık 21” sloganı ile 21. Yy da herkes için sağlık kapsamında 12. hedef olarak tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri ele almıştır. Tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının 15 yaş üzerinde en az %80, 15 yaş altında ise %100’e yakın olması gerektiği ifade edilmiştir. Kontrol programlarındaki gecikme her yıl 1 milyon gencin sigarayla tanışmasına 400 binden fazla erişkinin ise erken yaşta hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (65).



DSÖ tütün salgın raporu 2008, MPOWER paketi ise tütün salgınının durumunu ve bu salgını durdurmak için uygulanacak müdahalelerin etkisini izleme konusunda DSÖ raporlarının ilkidir. MPOWER paketi altı stratejiyi içermektedir. MPOWER kelimesinde yer alan her bir harf bu altı stratejiden birinin İngilizce isminin ilk kelimesinin ilk harfini hatırlamayı sağlamaktadır. Bu paketteki stratejilere baktığımızda; tütün kullanımının ve koruyucu politikaların izlenmesi, toplumu tütün dumanından koruma, sigara ve tütün ürünü kullananlara bırakma desteği hizmetinin sunumu, toplumu tütün kullanımının ve dumanının zararlı etkileri konusunda uyarma, tütünle ilgili reklam, promosyon ve sponsorluğun yasak ve yaptırımlarla önlenmesi ve tütün ürünleri vergilerinin yükseltilmesi gibi hedefler dikkat çekmektedir (106).

### **2.12.2. Türkiye’de tütün kontrol çalışmaları**

1924 yılında kurulan ve Cumhuriyetin ilk kurumlarından olan Tekel idaresi, yıllarca tütün üretimini planlamış ve çiftçinin ürettiği tütünün hepsini satın alarak ve sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretimini yaparak “devlet kontrolünde” pazarlamasını yapmıştır. (99). Türkiye’de tütün ve tütün mamullerinin üretimle satışının devlet elinde olmasından dolayı uzun süre tütün kullanımını arttırmak yönünde reklam ve tanıtımı yapılmamış, tütünle mücadele bakımından da ekstra bir çaba gösterilmemiştir (107). 1984 yılında yabancı firmalara ait sigaraların Türkiye’de satışına yönelik bir yasa çıkarılmıştır. Yasa kapsamında, yabancı sigaraların ithal ve satış konusunda ki yetkisi Tekel’in elinde olacaktı. Ancak bu yasanın hemen ardından 1986’da, tütün ürünlerinin ithali ve satışı konularındaki “devlet tekeli” kaldıran farklı bir yasa çıkarılarak yıllarca sigara reklamının yapılmadığı Türkiye’de, yabancı sigara firmaları tarafından ithali yapılan sigaraların reklamı söz konusu olmuştur. Yabancı firmaların reklamları etkisini göstermiş ve izlenen dönemde Türkiye’de özellikle genç popülasyonda sigara kullanımı hızla artarak yükselişe geçmiştir (108).

Tütünle mücadele kapsamında ilk adım 1987 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından sigara kullanımının kontrol edilmesine yönelik başlatılan çalışmayla atılmıştır. 1991 yılında “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair” yasa mecliste kabul edilirken, bir yandan da yabancılara Türkiye’de sigara fabrikası kurabilmeye dair izin verilmesi de önemli bir çelişki olmuştur (14). Tütün kontrolü amacıyla yapılan ve ilk bilimsel toplantı niteliğinde olan “Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi” 1992’de Ankara’da yapılmıştır. Toplantıya katılan milletvekilleri,

akademisyenler ve medyaya ait kişiler ülkede sigarayla mücadele konusunda yapılması gerekenleri tartışmışlar ve kararlar almışlardır. Sempozyumun etkisiyle Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi kurulmuştur. 1995 yılında kurulan Ulusal Komite, Ülkemizde sigarayla mücadele kapsamında çaba gösteren 60'ın üzerinde kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşlarını bir araya getirmiş ve daha önce veto edilmiş olan tütünle mücadele kapsamındaki yasanın yeniden düzenlenerek TBMM'ye sunulması yönünde çaba göstermiştir. Bunun sonucunda 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" TBMM'de 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 günkü Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. 7-8 Kasım 1997'de yani yasanın kabul edilmesinin birinci yılında Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi düzenlenmiş, kongreye katılan uzmanlar ve DSÖ temsilcileri tütünle mücadele ve yasanın uygulanması ile ilgili konuları tartışmışlardır (101). Yasadaki maddelerden bazıları 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, tütün mamullerinin her türlü reklam ve tanıtımının yasaklanması, sigara paketleri üzerine sağlığa zararlı olduğuna dair uyarı yazılarının yazılması, toplu olarak bulunan başlıca yerlerde, sağlık, eğitim ve spor tesislerinde ve toplu taşıma araçlarında sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Yasa ayrıca tüm medya da tütün kullanımının zararları ve korunma yolları konularında ayda en az 90 dakika olacak şekilde eğitici yayın yapma yükümlülüğünü de getirmiştir. Bazı tütün firmalarının yasanın reklamları kısıtlayan maddesinin anayasaya aykırı olduğunu savunmuşlar ve bu gerekçe ile iptali için dava açmışlardır. Buna rağmen Anayasa Mahkemesi genel sağlığın korunması ve kamu yararı bakımından anayasaya aykırı bulmamış ve tütün firmalarının bu itirazını reddetmiştir (109).

DSÖ tarafından hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Genel Kurul'da kabul edilmesinin ardından Sağlık Bakanı 28 Nisan 2004'te sözleşmeyi imzalamış, sonrasında sözleşme 25 Kasım 2004'te TBMM de kabul edilmiş, 30 Kasım 2004 tarihinde de Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi milletlerarası sözleşme niteliğinde olduğundan Bakanlar Kurulu Kararı olarak 25 Aralık 2004'te Resmi Gazete'de yayımlanmış ve 27 Şubat 2005'te uluslararası anlaşma haline gelerek yürürlüğe girmiştir (99). Bu anlaşma ülkemizde 4207 sayılı Kanun'dan sonra sigara ile mücadele kapsamında atılan en önemli adımdır. Sözleşme TBMM tarafından onaylanmasın ardından Sağlık Bakanlığı "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanması ile ilgili

çalışmalara hız verdi. 4207 sayılı yasa da 2008 yılında değişiklikler yapılarak, dünyanın en kapsamlı tütün kontrol yasalarından biri haline gelmesi sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından “Ulusal Tütün Kontrol Programı 2008-2012 Eylem Planı” hazırlanarak "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" kapsamında yapılacak olan çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınıp, özellikle genç popülasyonun korunması amaçlanmıştır. Planın temel amacı, 15 yaş ve üzeri nüfusta sigara kullanmayanların oranını 2012 yılı itibariyle %80'e çıkarmak ve 15 yaş altı grup için bu oranın sifira inmesini sağlamaktır (103). Söz konusu programın değerlendirilmesi, izlenmesi ve raporlanması için, kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile ülke genelindeki akademik kurumlardan, tütün ve tütün ürünleri mücadelesi ve kontrolü konusunda deneyimli uzmanlar ve idari birimlerin katılımıyla bir “Tütün Kontrolü Ulusal Komitesi” kuruldu. Ulusal Komite'nin görevi, programın süreç ve çıktılarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması olarak belirlenmiştir (109).

Bu arada 2002 yılında 4733 sayılı yasa ile kurulmuş bulunan Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) tarafından da bazı yönetmelik ve tebliğler yayınlanmış, bu şekilde 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı aksaklıkların giderilmesi yoluna gidilmiştir (99,101). Türkiye’de 1996 yılında çıkarılmış olan Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun uyarınca tütün ürünleri paketleri üzerine “Yasal Uyarı: Sağlığa Zararlıdır” ifadesi basılmıştır. Daha sonra 2005 yılında TAPDK tarafından daha etkili olacak şekilde çeşitli sağlık sorunlarına işaret eden 14 değişik uyarı mesajlarının basılması sağlanmıştır. Bu arada dünyanın çeşitli ülkelerinde tütün ürünleri paketleri üzerine resimli uyarıların basılması uygulaması başlamış, bu paralelde yine TAPDK kararı ile Türkiye’de de 2010 yılı mayıs ayından itibaren tütün ürünleri paketlerinin ön yüzüne, yüzeyin %65’ini kapsayacak şekilde 14 değişik resim basılmaya başlanmıştır. Paketler üzerine basılan resimler Avrupa birliği tarafından geliştirilen arşivde yer alan resimler arasından seçilmiştir (111).

4207 sayılı yasanın kabulünden 12 yıl sonra, adeta hazırlık süreci sonrasında yapılan yeni düzenlemeler, dumansız alanları genişletti. Bu kanun 5727 sayılı kanunla yeniden düzenlendi ve 19 Ocak 2008 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlandı. Yeni kanun 19 Mayıs 2008 tarihinde uygulamaya kondu. Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen

işletmelerdeki düzenlemelerin uygulamaya girmesi için verilen süre, bir yıl sonra 19 Temmuz 2009 tarihine kadar uzatıldı (101).

## **2.13. Çalışma Hayatında Sigara ve İş Yerlerinde Tütün Kontrol Çalışmaları**

### **2.13.1. Çalışma hayatı ve sigara**

Sigaranın zararlarıyla ilgili bilgiler ortaya çıktıktan sonra tütün ve sigara bağımlılığı ile mücadele etme konusu gündeme gelmiş ve bu konu doğrultusunda çalışmalara başlanmıştır. Sigarayla mücadele açısından işyerleri üzerinde durulması gereken yerlerdir. İşyerinde sigara kullanımının sigara içenler kadar sigara içmeyenlerin sağlığını da tehlikeye attığı bir gerçektir. Özellikle restoran, bar, kahvehane gibi kalabalık yerlerde çalışanlar açısından işyerlerinde tütün kontrolü daha fazla önem taşır. Bir diğer taraftan işyerlerinde bulunan çeşitli sağlık ve güvenlik riskleri, sigara ile etkileşim gösterdiğinde daha olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Örnek vermek gerekirse akciğerler ve solunum yolları üzerine olumsuz etkileri olan kimyasal maddeler, tozlar ve gazlar sigara içenlerde daha fazla soruna neden olmaktadır (76). Sigara dumanına maruz kalmanın etkileri anlık bile hissediliyorken bu maruziyetin uzun dönemde hipertansiyon, akciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi çeşitli rahatsızlıklara neden olması kaçınılmazdır Bütün bu nedenler dikkate alındığında işyerlerinde sigara ile mücadelenin önemi oldukça fazladır (112).

**Tablo 1.** Çeşitli İş Kollarında Sigara Dumanına Maruz Kalmayla (Aktif -Pasif) Ortaya Çıkan Sağlık Sorunlarının İlişkisi (112).

İş kolu	Maruz kalınan etken	Sigara/hastalık birlikteliği
Asbest ve inşaat	Asbest	Akciğer kanseri,KOAH
Maden eritme işçiler	Polinükleer hidrokarbonlar	Mesane kanseri
Havacılık, Maden endüstrisi	Gürültü	İşitme güçlüğü kaybı
Çimento işçiler	Çimento tozu	KOAH
Klor üretimi	Klor	KOAH
Kömür madenleri	Kömür tozu	KOAH
Bakır eritme	Sülfür dioksit, Arsenik	KOAH, Akciğer kanseri
Dökümhaneler	Silika tozu	KOAH
Tekstil	Pamuk, kendir, keten, toz	Bisinosis, KOAH
Radyoaktif maddeler	Alfa radyasyon	Akciğer kanseri

### 2.13.2. İşyerlerinde tütün kontrol çalışmaları

İşyerleri sağlığı koruma ve geliştirme programlarının yürütülmesi bakımından en uygun ortamlardır. Kişilerin toplu olarak organize bir yapı içinde olmaları aynı zamanda kolay ulaşılabilirlik sağladığı için sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programları kolaylıkla yürütülebilmektedir. Sağlığı geliştirme programları içinde sigara ile mücadelenin ayrı bir önemi vardır. Çünkü sigara kullanma alışkanlığı birçok sağlık sorununa yol açtığı gibi aynı zamanda bu hastalıklardan dolayı iş görmezliklere ve ölümlere neden olmaktadır. Bir diğer açıdan baktığımızda da işyerindeki çeşitli faktörlerle etkileşime girerek, etkileşim sonucu oluşabilecek sorunların artmasına neden olmaktadır. Bu sebepler dikkate alındığında işyerlerinde sigara kontrolüne yönelik çalışmaların hem çalışanlar açısından hem de işyeri güvenliği açısından faydalı sonuçlar doğurduğu görülmektedir (113).

İşyerinde sigara içilmemesinin hem çalışanlar hem de işveren açısından birçok yararı vardır. Çalışanlar açısından yararlarına baktığımızda; sigara dumanı olmayan

bir ortamda çalışmanın daha sağlıklı ve güvenli olması, özellikle sigara kullanmayanlar açısından pasif etkilenmenin önlenmesi gibi durumlar görülmektedir. Aynı zamanda bir diğer yararı da sigara kullananların da zaman içinde bu bağımlılıktan vazgeçmesine olanak sağlamasıdır. İşverenler açısından bakıldığında ise iş veriminin artması, sigaranın hoş olmayan kokusun olmaması, yangın çıkma riskinin azalması gibi olumlu tarafları sayılabilir. Yapılan araştırmalarda sigara içen kişilerin sigara içmeyenlere göre daha çok hasta olduğu ve daha fazla işe ara verip gelmediği görülmüştür. Ayrıca sigara içmek için harcanan zamanın da iş veriminde azalmaya ve üretim kaybına yol açtığı görülmektedir. Sonuç olarak sigarasız işyerleri yönündeki uygulamaların kişilerin sağlığını korumanın yanı sıra iş veriminde de artma sağladığı kesindir (76). İşyerlerinde sigara içilmediğinde, çalışanların daha az hasta oldukları, üretkenliklerinin arttığı ve hastalık yüküyle artan sigorta masraflarının azaldığı fark edilmiştir. Sigarasız iş yeri uygulamaları sigara içenlerin daha az sigara içmelerini ya da bırakmasını sağlamaktadır. İngiltere’de yapılan araştırmalarda erişkinlerde sigara içme prevalansının %27’de sabit kaldığının görülmesi üzerine genişletilmiş işyeri yasaklarıyla bu oran %23’e düşmüştür (113).

Çoğu olgularda da görüldüğü üzere meslekle ilgili sağlık sorunlarının çoğu sigara içen kişilerde daha sık karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple işyerlerinde sigara ile ilgili mücadeleye önem verilmelidir. Bu konunun üzerinde durulması açısından Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) öncülüğünde uluslararası 5 kuruluş bir araya gelerek 2000 yılını “Sigarasız İşyerleri Yılı” olarak kabul etmişlerdir. Böylece işyerlerinde sigarayla mücadele konusunun üzerinde durulması amaçlanmıştır (113).

#### **2.14. Sigara Bırakma ve Tedavi Yöntemleri**

Sigara içme eyleminde; fiziksel, psikolojik bağımlılık ve alışkanlıklar rol oynamaktadır. Sigaranın bırakılmasına destek olmak adına birbirinden farklı birçok yöntem geliştirilmiştir. Bunların başında gele davranışçı yöntem; hasta eğitimi, ters güdülenme ve tiksindirme, bireysel ya da grup terapileri, psikoterapi, hipnoz ve duyarsızlaştırmayı içerir. Sigarayı bırakmak adına düzenlen eğitim programlarında sigaranın psikolojik ve sosyal bir alışkanlık olduğunu bu yüzden de iradenin güçlendirilmesi ve motivasyonun artırılmasıyla sigaranın bırakılacağı düşünülse de bu eğitimler beklenildiği kadar başarılı olamamıştır (114).

Dünyada ve Türkiye’de sigara bırakmaya yönelik birçok çalışma yürütülmektedir. Bu çalışmalara bakıldığında sigara bırakmada hekimin rolünün önemli olduğu görülmektedir (115). Son yıllardaki yasal düzenlemeler, özellikle 03 Ocak 2008 tarihinde 4207 sayılı yasanın yeniden düzenlenerek 5727 sayılı “Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında” kanun olarak yürürlüğe girmesi, tüm hekimlere önemli sorumluluklar yüklemektedir. Yasa gereğince kamuya açık, kapalı alanlarda sigara içilmesinin yasaklanması hakkında toplumun ne düşündüğünün araştırıldığı 8291 öğretmenin katıldığı bir araştırmada; öğretmenlerin %75.8’i çok gerekli bir yasa yanıtını verirken, %14.3’ü yasayı gereksiz bulduğunu belirtmiştir. Toplumun bilinçli bir grubunu oluşturan öğretmenlerde yasa hakkında olumsuz görüşün %14.3 gibi bir oranda bulunması kaygı verici bir durumdur. Hekimlerin sigara bırakma konusunda etkin bir danışmanlık yapmaları gerekmektedir (116).

Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı bilinmektedir (114).

Sigarayı bırakma isteğinin bireyde oluşması ve bu isteğin pekişmesi konusunda bazı engeller vardır. Bu engeller arasında kişinin cesaretinin olmaması ve çevresinden gerekli desteği görememesi, daha önce bırakma girişiminin başarısız olması, bireyin sigarayı bırakmak için çok geç kaldığına inanması, sigara içerek yalnızca kendi sağlığını yitireceğini düşünmesi gibi pek çok neden sıralanabilir (110).

Aniden ölme korkusu ya da yakın bir zamanda ölecekmiş korkusu sigaranın bırakılmasında etkili olabilecek en güçlü düşüncelerdendir. Yakın zaman önce miyokart infarktüsü geçirmiş olan insanların doktor destek ve yardımı ile sigarayı bırakma oranları %60'lara kadar yükselebilmektedir (114).

Sigaranın bırakılması sırasında kişilerin yaşadığı dört dönem vardır. TTM’ye göre; Düşünme öncesi; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi bir şekilde düşünmediği zamanı gösterir. Düşünme; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğü ve planladığı dönemdir. Hareket; kişinin bırakmayı denediği ve çalıştığı dönemdir. Bırakmış kalma; kişinin sigara içmeyi bıraktıktan sonra yeniden içmekten kaçınması ve bırakmış kalmasıdır (114).

DSÖ sigara bıraktırma tedavisinde beş major basamak (5A) uygulamasının kullanılmasını önermektedir. İngilizce A harfi ile başlayan 5 basamak (Ask = sor, Advice = tavsiye et, Assess = değerlendir, Assist = tedavisi için yardım et, Arrange = izle ) yaygın olarak kabul görmektedir. (116)

**SORGULAMA:** Doktor her muayenede hastaya sigara içip içmediğini, içiyor ise ne kadar içtiğini, bırakmayı düşünüp düşünmediğini, daha önce hiç bırakmayı deneyip denemediğini sorar ve nikotin bağımlılığının derecesini belirler. Aynı zamanda doktor sigara içmeyenleri kutlayarak bir farkındalık oluşturmalı ve sigara kullananların sigara karşıtı etkinliklere katılmalarını ve desteklemelerini önermelidir. (115).

**ÖNERİ:** Doktor çok net ve anlaşılır bir dilde hastaya sigarayı bırakması konusunda öneride bulunur. Bu önerinin hastanın motivasyonunu güçlendirmesi açısından sigaranın zararlarının, kişisel risk etmenlerinin, sigarayı bırakmasının kendisine ve ailesine getireceği yararların açıklanması daha etkili olabilir. (114).Bir doktor tarafından söylenen “Sağlığınız için sigarayı bırakmanız şart” sözü, hastalar açısından son derece önemsenmekte ve sigarayı bırakma duygusunun ağır basmasına katkı sağlamaktadır (116).

**DEĞERLENDİRME:** Hastanın sigarayı bırakma konusunda ne kadar istekli olduğu değerlendirilmeli, sigara içen her hastaya şu anda sigarayı bırakmak için istekli olup olmadığı sorulmalıdır. Hasta sigarayı bırakmaya hazırsa destek sağlanması gerekir ya da hasta sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmelidir (82).

**TEDAVİ:** Bu aşamada doktor sigarayı bırakmak isteyen hastasına bırakma yöntemlerinden kendisine uygun olabilenlerden birini önerir. Birçok hasta kendi başına bırakabildiği gibi diğer yöntemlerden de yararlanılabilir. Hasta ile sigara bırakma tarihine karar verilir. Sigarayı bırakırken hastaya yardımcı olacak bu konuda yaşayabileceği sorunları açıklayan broşür, kitap vb. verilmesi bu süreç sırasında hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilir. Kişinin sigara ile birlikte yapmaya alışık olduğu aktiviteler; çay içmek, kahve içmek, içki içmek, televizyon seyretmek, kitap okumak, arkadaş toplantıları gibi davranışları hasta ile birlikte incelenebilir (115).



İZLEME: Bu dönemde doktor sigarayı bırakan hastasını belirli aralıklarla görüşmek için kontrole çağırır. İlk iki hafta içinde ön görüşme yapılır, bırakmayı izleyen ilk ay haftalık görüşme, bunu izleyen 3. 6. 12. aylarda ise kontrol görüşmeleri önerilmektedir (115).

Sigara bırakma tedavisinin sigara ile ilişkili hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu, sigara içmeyenlerin sağlığının korunması şeklinde dört endikasyonu vardır (117).

Sigarayı bırakmak isteyen kişiler, bu davranışlarından uzaklaşmak için bazı destekleyici yaklaşımlara gereksinim duymaktadırlar. Bunlar arasında; ilaçsız yapılan destek programlarına, farmakolojik ajanların kullanılması yoluyla sağlanan destek programlarına ya da bazen bu iki yaklaşımın birlikte kullanıldığı programlara yer verilmektedir (110).

Tıbbi desteğe gerek duyulması halinde uygulanan sigara bırakma tedavileri; nikotin replasman tedavisi ve bupropion ile yapılan medikal tedavilerden oluşmaktadır (114).

Nikotin bağımlılığı için uygulanacak olan tedavi kişiye özel olmalıdır. Öncesinde tek ilaç tedavisi ile başarısız olunmuş ya da yüksek dozlara gereksinim duyulmuşsa kombine tedaviler planlanmalıdır (116). Bu nedenlerle kişinin öncelikle nikotin bağımlılığın değerlendirilmesi için EMASH testi veya Fagerström bağımlılık testlerinden biri kullanılmalıdır (117).

#### **2.14.1. Nikotin replasman tedavisi (NRT)**

Uzun yıllardır sigara bırakma tedavisi için birinci basamak NRT olmuştur. NRT'nin sigara içme isteği, yoksunluk yakınmalarını azaltıcı ve sigara bırakma üzerine olan etkisi iyi tanımlanmıştır. Ayrıca tekrar riskini de azaltmaktadır. Sigara içimine göre tam bir replasman oluşturmaz daha az ve yavaş olarak nikotin sağlar. Fakat nikotin yoksunluğu yakınmalarını belirgin olarak azaltır. Daha az bağımlılık oluşturur, özellikle fiziksel bağımlılığı olan olgularda uygun bir tedavi şekli olarak düşünülebilir (117).

NRT’de kullanılan preparatlar; Nikotin sakızı, nazal sprey, transdermal nikotin bandı, sublingual tablet ve inhalerdir. Ülkemizde bunlardan yalnızca nikotin sakızı ve transdermal nikotin bandı bulunmaktadır (118).

#### 2.14.1.1. Nikotin Sakızı

2 mg ve 4 mg’lık olmak üzere iki şekli vardır. Ülkemizde 2 miligramlık şekli bulunmaktadır. En sık görülen yan etkisi bulantı ve hazımsızlıktır olarak belirtilmiştir. Ayrıca oral mukozada enflamasyon, diş etinde hemoraji, cilt reaksiyonları, baş ağrısı, uyku bozuklukları ve çarpıntı da görülebilen diğer yan etkilerindedir. Tedavi sırasında %5-20 kişide nikotin sakızına bağımlılık gelişebilir (119).

#### 2.14.1.2. Nikotin Bandı

Kullanımı diğer NRT preparatlarına göre daha rahattır. Saatte 0.5 mg- 1.5 mg arası nikotin salgılayabilirler (120). En yavaş salınım Nikotin bandı ile sağlanır. 7, 11, 14, 15, 21, 22 mg/gün doz içeren şekilleri vardır. Ülkemizde ise 24 saatte 7, 14 ve 21 mg’lık doz salınımı olan ürünler bulunmaktadır. Günde 42-63 mg’lık yüksek doz ile yapılan tedaviler, yoksunluk belirtilerinin ve relapsın önlenmesinde daha güvenli ve etkilidir. Ortalama olarak 8 haftalık tedavi yeterli görülmektedir. Yan etkileri ise; deride kızarıklık, alerjik reaksiyonlar, kontakt egzama, kaşıntı ve ödem gibi lokal deri reaksiyonları, anormal düşler, uykusuzluk, dengesizlik, baş ağrısı, bulantı, konfüzyon, göğüs ağrısı ve taşikardi gibi belirtilerdir (117).

#### 2.14.1.3. Nazal sprey

NRT seçenekleri içinde nikotinin en hızlı serbest kaldığı tedavi yöntemidir. Nazal sprey ile yapılan 3 çalışmada başarı oranı %27 olarak belirtilmiştir. Yan etkileri ise; baş ağrısı, rinit, burun kanaması ve lakrimasyon şeklinde bildirilmiştir (121).

#### 2.14.1.4. Nikotin İnhaler

Oral mukozaya sıkılarak kullanılır ve emilimi buradan olur. Sigara içme davranışını taklit ettiği düşünülür. Başarı oranı %15-28 olarak belirtilmiştir. En sık görülen yan etkileri ağız ve boğaz irritasyonu ile öksürüktür (122).

#### 2.14.1.5. Nikotin sublingual tablet

2 mg nikotin içerir. Sigara bırakma tedavisi için etkili ve güvenilir bir seçenektir. Tedaviye uyum oldukça yüksektir. En sık görülen yan etkileri ise hıçkırık, dispepsi, ağız kuruluğu ile ağız ve boğaz da irritasyon olarak belirlenmiştir (123). NRT için ilk iki hafta en önemli dönemdir. NRT'nin maliyeti yaklaşık olarak 1 haftalık sigara maliyeti kadardır. Bu nedenle sigara içicilerine bu tedaviyi karşılayacak kadar paraları olduğu anlatılmalıdır (119,121).

NRT'nin kullanımının kesin olarak uygun olmadığı durumlar; yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü, aritmi, stabil olmayan angina pectoris, psöriasis, kronik dermatitis ve ürtiker gibi kronik yaygın deri hastalıklarıdır. Bağıntılı olarak uygun olmadığı durumlar; stabil angina pectoris, serebrovasküler hastalık, vazospazm, ciddi kalp yetmezliği, ciddi hipertansiyon, hipertiroidi, insüline bağımlı diabetes mellitus, gastrointestinal ülser ve deri ülserasyonudur (118).

#### 2.14.2. Bupropion

Bupropion sigara içme isteğini azaltıcı etkisi olan bir antidepresandır. Sigara bırakma tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş ve nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasını sağladığı kanıtlanmıştır. En yaygın kullanılan NRT dışı tedavi olmasına karşın güvenli ve iyi tolere edilen bir tedavi yöntemidir. Sigara bırakma oranını 2 kat artırır. Tedavi dozu ilk üç gün 150 mg/gün daha sonra 300 mg/gündür. Tedavi süresi genelde 6-12 haftadır. Ancak daha uzun süre güvenle kullanılabilir. En yaygın yan etkisi; ağız kuruluğu, uyku bölünmeleri, uykusuzluk, deride kızarıklık ve kaşıntıdır (122).

#### 2.14.3. Diğer tedavi yöntemleri

Klonidin, mekamilamin, labelin, buspiron ile çeşitli antidepresan ve trankilizanlar diğer tedavi yöntemleri arasında sayılabilir. Bu yöntemlerin sigarayı bırakma tedavisindeki sonuçları net değildir. İlaç dışı tedavi yöntemleri olarak kullanılan hipnoz ve akupunktur tedavileri de etkisizdir (118).

## **2.15. Sağlık İnanç Modeli**

1950'li yıllarda, Amerika'da sağlık eğitiminin etkinliğini arttırıcı psikososyal bir model oluşturulması planlanarak aynı zamanda koruma ve tarama programlarına katılımın az olmasını açıklamak amacıyla geliştirilmiştir. Araştırmalar sırasında yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik statü, gibi faktörlerin koruyucu sağlık davranışlarında etkili olduğunu; fakat sağlık hizmetlerinin sunumunun ücretsiz yapılırsa bile, sosyo-ekonomik statüsü düşük bireylerin hizmeti daha az kullandıkları fark edilmiştir. Böylece koruyucu sağlık davranışların başka faktörlerden etkilendiği görüşü ortaya çıkarmıştır (124). Model bir değer-beklenti modeli olup hastalığın önlenmesi değer, davranışın hastalığı önleyeceğine olan inanç beklentidir (125).

SİM'in kullandığı birkaç bileşen vardır ve bu bileşenler bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık kontrollerini yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl harekete geçtiklerini anlamak üzere kullanılır. SİM bileşenlerinin neler olması gerektiğine dair yapılan çalışmalara bakıldığında; ciddiye, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in temel bileşenleri olduğu belirlenmiştir. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan dahil olmuştur (126). Son olarak güncel bir kaynakta, SİM için sekiz bileşen bildirilmiştir. Bu bileşenlere bakıldığında; duyarlılık, ciddiye, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığı olduğu görülür (127).

## **2.16. Sağlık İnanç Modelinin Temel Bileşenleri**

### **2.16.1. Duyarlılık algısı**

Algılanan duyarlılık bireylerin sağlıkla ilgili davranışlar göstermesinde önemli bir etkidir. Kişi kendini tehlike altında hissettikçe sağlığını riske atacak davranışını o kadar azaltacaktır (128). Örneğin bir kadın daha önce meme kanseri olmuşsa kontrollerini aksatmayıp zamanında mamografi çektirmeyi ihmal etmeyecektir (126).

### **2.16.2. Ciddiyet algısı**

Tedavi kabul edilmediği takdirde doğabilecek sonuçları içermektedir (125). Bu algı özellikle kişinin sağlık bilgisinden etkilenir. Kişi hastalık hakkında bilgi sahibi ise

algısı da buna bağılı olarak etkilenecektir. Örnek verilecek olursa sağılıklı bir insan grip olduğıunda, birkaç gün dinlenerek iyileşecektir, ancak, astım hastalığı olan biri grip olduğıunda hastaneye yatması gerekebilir. Aradaki bu fark ciddiye algısını oluşturmaktadır (128).

### **2.16.3. Yarar algısı**

Bireyin hastalıktan korunmak veya hastalığın gelişme riskini azaltmak için koruyucu sağılık davranışının yararlılığına inanmasıdır. Birey koruyucu sağılık davranışının yararlılığına inandığıında davranışı uygulamaya yatkın olur. Yani davranış sonucu oluşacak olumlu sonuçları yararlar olarak algılar. Algılanan yarar, tarama programları gibi koruyucu davranışların pekiştirilmesinde önemli rol oynar (129).

### **2.16.4. Engel algısı**

Yeni davranışı uygulamada ve adapte olmada bireysel olarak algılanan engellerdir (128). Koruyucu sağılık davranışlarının benimsenmesini engelleyen en önemli değışken algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (130).

### **2.16.5. Eyleme geçiriciler**

SİM'in ilk oluşumunda bireyin eyleme geçmesi için destekleyici sebebin üzerinde durulmuştur. Algılanan hassasiyet ve ciddiye yalnızca potansiyel olarak bireyin sağılığı aramasına neden olabilirken, bedensel belirtiler, çevresel uyarınlar veya medya harekete geçmek için tetikleyici neden olabilirler (126).

### **2.16.6. Öz yeterlilik**

Öz etkililik, bireyin bir davranışa yönelik eyleme geçebileceğine ve bu davranışı sergilemede başarılı olabileceğine dair inancıdır. Bireyin davranışı sergileyebileceğine ve olumlu sonuç alacağına inanması onu motive eder. Bu şekilde daha kolay eyleme geçiş gerçekleşmiş olur. Öz etkililik SİM dışında da birçok teörinin bileşenleri arasında yer alır (131).

## 2.17. Sağlık İnanç Modelinin Sınırlılıkları

1. Sağlık inançları değerlendirilirken kullanılan ölçeklerde SİM'in farklı versiyonlarına yer verilmektedir. Bazı çalışmalarda sağlık motivasyonu ve eyleme geçiricilere yer verilmemiştir.

2. Çalışmalarda yalnızca bileşenlerin davranış üzerine olan etkisi incelenmektedir. Davranışı sergilemede bir bileşenin etkisi yüksek iken, diğerinin etkisi düşük çıkabilmektedir. Ama modeldeki bileşenlerin birbiri ile olan ilişkisi net değildir.

3. Model durağandır. Bileşenler genelde aynı zamanda ve ya tek bir zaman diliminde değerlendirilir. Bu nedenle SİM dinamik değişimlerin inançları nasıl etkilediğini değerlendirmez.

4. Model davranışları etkileyecek başka faktörleri belirlemede yetersizdir. Örneğin spor salonunda çalışan biri zinde olduğu için motivasyonu yüksek çıkabilir.

5. Model, bireyin öz etkililiğinin ortaya konulmasında sosyal çevre veya kültürel normlardan kaynaklanan engellerin etkisini değerlendirememektir.

6. Model, bireyin sergilediği davranışların sadece sağlık inançlarından değil niyetten/istekten de etkileneceğini hesaba katmamaktadır (127).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği

Bu araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşaması üniversite öğrencileri üzerinde ölçek geliştirmeye yönelik metodolojik tiptedir. Araştırmanın birinci aşamasının evreni Bülent Ecevit Üniversitesinde 2017-2018 eğitim öğretim döneminde öğrenim gören toplam on altı bin 4.sınıf öğrencisidir. Tüm fakültelerden küme örnekleme yöntemiyle 6 fakülte seçilmiştir. Tıp (n=82), İşletme (n=86), Uluslararası Ticaret (n=78), Maliye (n=76), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (n=56), Mühendislik (n=98). Çalışmanın metodolojik kısmının örneklemini sigara kullanan ve kullanıp bırakmış 476 öğrenci oluşturmuştur. Bu öğrencilerden araştırmaya katılmayı kabul etmeyen uygulama sırasında okula gelmeyen 59 öğrenci çalışmadan çıkarılarak 417 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir(n=417). Çalışmanın birinci aşamasına katılma oranı %87.6'dır. Verilerin toplanması sırasında Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinden oluşan 7 kişilik bir ekip görev almıştır. Öğrencilere gerekli bilgilendirme yapıldıktan ve anketlerin başka bir amaçla kullanılmayacağı anlatıldıktan sonra anket formları verilmiştir. Öğrenciler anket formlarını kendi kendilerine doldurup teslim etmişlerdir.

Etik Boyut:

Bu çalışmanın 1. aşamasının etik onayı Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 337 protokol numaralı 02/04/2018 tarihli izin kararı ile alınmıştır. Bu çalışmanın 2. aşamasının etik onayı Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2015.5 protokol numaralı 22/01/2016 tarihli izin kararı ile alınmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması geliştirilen ölçeğin maden işçilerinde uygulandığı tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın işçi örneklemini TTK Zonguldak Karadon müessesesinde çalışan 1273 maden İşçisinden sigara içtiğini belirten 582'sine ulaşılması hedeflenmiştir. Anket formları işçilere araştırmacı tarafından dağıtılmış, bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmış, 4 hafta içinde formlar toplanmıştır. Eksiksiz ve hatasız doldurulan 473 işçi (%81.2) çalışmaya dahil edilmiştir.

## **3.2. Değişkenler**

### **3.2.1. Bağımlı değişkenler**

Maden işçilerinin SİM'e göre sigara bırakma konusunda duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, eyleme yönlendiriciler ve öz etkililik alt alanlarından alınan puanlar olarak belirlenmiştir.

### **3.2.2. Bağımsız değişkenler**

Yaş, öğrenim durumu, medeni durum, müessesedeki görev, aylık gelir, çalışma şekli, toplam çalışma süresi, hastalık durumu, alkol kullanma durumu, sigara kullanma durumu, aylık sigara masrafı, günlük içilen sigara miktarı, sigara bırakmayı deneyen işçilerin bırakma süresi, sigara bırakmayı deneyen işçilerin bırakmayı deneme sayısı olarak belirlenmiştir.

## **3.3. Uygulama Süreci**

Saha çalışması yapılmadan önce TTK genel müdürlüğünden Zonguldak Karadon müessesesinde araştırma yapılmasına dair izin alınmıştır. Ankete katılan maden işçilerine çalışma hakkında bilgi verilerek işçilerin rızaları alınmıştır. Veri toplamada işçilerle yüz yüze görüşülmüştür. Saha çalışması 3 Nisan–30 Nisan 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

## **3.4. Veri Toplama Araçları**

Maden işçilerinin sigara bırakmaya yönelik davranışlarının sağlık inanç modeli ile incelenmesi anket formu: Hazırlanan anket formunun ilk bölümü, maden işçilerinin bireysel ve demografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, medeni durum, aylık gelir, görev ve çalışma şekli) ile ilgili bilgileri içermektedir.

Araştırmacılar tarafından geliştirilen Anket formunda transteoretik modelden 1 madde, EMASH testinden, 2 madde ve sağlık inanç modelinden 19 madde bulunmaktadır.

Maden işçilerinin duyarlılık algıları; 7 maddeyle değerlendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 28'dir. İşçilerin Önem algıları: 1



maddeyle değerlendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 4'dür. İşçilerin yarar algıları 5 maddeyle değerlendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 20'dir. İşçilerin engel algıları 2 maddeyle değerlendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 8'dir. Eyleme yönlendiriciler: 3 maddeyle değerlendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 12'dir. Öz etkililik: 1 maddeyle değerlendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, yüksek puan 4'dür.

Testi cevaplayan her maden işçisine kendisini kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li derecelendirme testiyle ifade etmiştir. Testteki tüm maddeler olumlu yönde tasarlanmış olup 0-1-2-3-4 şeklinde puanlanmıştır. Böylece 6 alt ölçekli sağlık inanç modeli testi elde edilmiştir. Anketten elde edilebilecek en yüksek puan 76, en düşük puan 0'dır. Bu puanlar her alt test için ayrı ayrı olmak üzere 6 alt boyut puanı ve toplam sağlık inanç modeli puanı bulunmuştur.

### **3.5. Araştırma Verisinin Analizi**

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 18 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Ortalamalar  $\pm$  standart sapmalarıyla verildi. Kolmogrov-Smirnov testi ile dağılımın normal dağılmadığı bulundu. Üç ve üzeri sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis varyans analizi, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Withney U testi kullanılmıştır.

#### **Ölçek Maddelerinin Geliştirilmesi:**

Bu çalışmada SİM'e yönelik literatür taramasında konunun teorik dayanakları, modelin alt gruplarına göre geliştirilmiş ölçekler taranmıştır. Dünyada sigara bırakma üzerine SİM ölçeği olmadığı için diğer alanlarda ki ölçekler incelenerek altı alt boyuta göre madde hazırlanma sürecine geçilmiştir. SİM'de yer alan 6 alt boyut olan Ciddiyet algısı, duyarlılık algısı, bariyer algısı, yarar algısı, eyleme geçiriciler, özetkililik algısı, öz yeterlilik boyutlarına göre ölçekte kullanılabilecek ifadeler belirlenmiştir.

Boyutlar belirlendikten sonra her alt yapıya uygun madde havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzu oluşturulurken, daha önce farklı araştırmacılar

tarafından geliştirilen çeşitli konularda ki SİM ölçeklerinden yararlanılmıştır (132-136). Sonuçta SİM-SBÖ için 96 maddelik havuz oluşturulmuştur. Maddelerin oransal olarak birbirlerine eşit olup olmamasından ziyade, boyutu oluşturan özellikleri kapsama özellikleri dikkate alınmaya çalışılmıştır. Bu nedenle kapsam bakımından daha geniş bir alana sahip olan “duyarlılık” boyutu daha fazla madde ile sorgulanmıştır.

Oluşturulan 96 maddelik taslak form, uzman görüşleri alınmak üzere konu hakkında uzman olan ve çalışma konusu hakkında bilgilendirilen 12 doktorun görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan gelen dönütler yardımıyla taslak ölçek oluşturulmaya çalışılmıştır. Uzmanların görüşlerinin alınabilmesi için 3'lü derecelendirme yöntemi kullanılmıştır. Hazırlanan formda uzmanların her bir madde için “uygun”, “kısmen uygun” ve “uygun değil” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Uzman formlarının tamamı tek bir formda birleştirilerek her bir maddenin olası seçeneklerine kaç uzman tarafından onay verildiği belirlenmiştir. Bu süreçte uzmanların vermiş olduğu görüşler doğrultusunda maddelerin kapsam geçerliği Veneziano ve Hooper (1997) tarafından geliştirilen kapsam geçerlik oranı ile belirlenmiştir(137). Maddeler için kapsam geçerlik oranı 0.80'in altında değer alan maddeler çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Bazı maddeler ise anlaşılabilirliği arttırmak için düzeltilmiştir. Bu aşamadan sonra 24 maddelik bir form elde edilmiştir.

#### Verilerin Analizi

Bu çalışmada, ölçek madde havuzunun verilerinin değerlendirilmesi amacıyla “Varimax” döndürme ile Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Alt boyutlar ve ölçek bütünlüğü için güvenilirlik yöntemleri ve madde analiz işlemleri yürütülmüştür.

## 4. BULGULAR

### 1. Yapı Geçerliliğiyle İlişkili Bulgular

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Veriler önce maddeler arası bağıntı matrisinin faktör modeline uygunluğu açısından Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi'yle incelenmiştir. Verilerin faktör analizine uygun olması üzerine, SİM-SBÖ'nin yapı geçerliğini ve faktör yapısını incelemek amacıyla AFA yapılmıştır. Analizler yapılırken faktörlerin değişkenler üzerindeki ortak faktör varyansı, maddelerin faktör yükleri, açıklanan varyans oranları değerlendirilmiştir. Maddelerin faktör yükleri en az 0.30 olarak seçilmiştir. Faktör yapılarını incelemek için Direct Oblimin analizi kullanılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısının 0.722 olması verilerin faktör analizine uygun olduğu göstermektedir. SİM-SBÖ'nin İçerik Analizi Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre ilk altı komponent varyansın % 69.5'ini açıklamaktadır. SİM-SBÖ'nin açıklayıcı faktör analizi (AFA) matris yapısı Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2.** SİM-SBÖ'nin İçerik Analizi

Faktör	Başlangıç Eigen Değerleri			Özet Toplamları		
	Öz Değer	Varyans %	Kümülatif %	Öz Değer	Varyans %	Kümülatif %
1	6.003	31.596	31.596	6.003	31.596	31.596
2	2.088	10.992	42.588	2.088	10.992	42.588
3	1.469	7.734	50.321	1.469	7.734	50.321
4	1.268	6.675	56.997	1.268	6.675	56.997
5	1.233	6.491	63.487	1.233	6.491	63.487
6	1.148	6.044	69.531	1.148	6.044	69.531

Faktör analizi sonrası; ölçeğin Duyarlılık alt boyutundan "Sigara içtiğim için arkadaş çevrem daralacağından endişeleniyorum"; Engel alt boyutundan "Eğer sigarayı bırakırsam kilo almaktan korkuyorum", "Ders çalışırken dikkatimin azalacağından endişeleniyorum" ve "Sinirli-gergin olmaktan, çevremdekileri kırmaktan çekiniyorum", Eyleme geçirciler alt boyutundan "Eğer geleceğimi güvence altına alırsam bırakabileceğime inanıyorum" olmak üzere toplam 5 madde

çıkarılmıştır. Böylece SİM-SBÖ 19 maddelik son şeklini almıştır. Ölçek likert tipinde olup, 0 ile 4 arasında değerlendirilmektedir. “Kesinlikle katılmıyorum” (0), “katılmıyorum” (1), “kararsızım” (2), “katılıyorum” (3), “tamamen katılıyorum” (4) şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 76’dır.

## 2. Güvenirlik Analizi ile İlişkili Bulgular

Güvenirlik analizinde; maddelerin faktörlerle ve faktörlerin birbirleriyle ilişkisini belirlemek için madde ortalama puanları arasındaki farklar t-testi kullanılarak sınanmıştır. İç tutarlılığı madde-toplam korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı ile hesaplanmıştır. SİM-SBÖ’nin iç tutarlılığının gösterilmesinde Cronbach's Alpha değerleri her madde için ve ölçeğin tamamı için hesaplanmış ve Tablo 3’de verilmiştir. Alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0.803 ile 0.831 arasında değiştiği ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3.** SİM-SBÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Katsayıları

Alt Boyutlar	Cronbach Alfa
Duyarlılık Algısı	0.831
Yarar Algısı	0.811
Ciddiyet algısı	0.796
Engel Algısı	0.810
Eyleme Geçiriciler	0.830
Öz yeterlilik	0.798
Toplam	0.820

Tablo 4’de SİM-SBÖ’nin Açıklayıcı Faktör Analizi Matris Yapısı verilmiştir. Matris yapısının altı boyut gösterdiği Yarar algısı’nın 7 maddeyi kapsadığı, Eyleme Geçiriciler alt boyutunun 3 maddeyi kapsadığı, Ciddiyet algısı’nın 1 maddeyi kapsadığı, Engel algısı’nın 2 maddeyi kapsadığı, Duyarlılık algısı’nın 7 maddeyi kapsadığı, Öz yeterlilik alt boyutunun ise 1 maddeyi kapsadığı görülmüştür.

**Tablo 4.** SİM-SBÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizi Matris Yapısı

Maddeler	1 Yarar Algısı	2 Eyleme Geçiriciler Algısı	3 Ciddiyet Algısı	4 Engel Algısı	5 Duyarlılık Algısı	6 Öz yeterlilik
Duyarlılık (1)					.555	
Duyarlılık (2)					.533	
Duyarlılık (3)					.484	
Duyarlılık (4)					-.770	
Duyarlılık (5)					-.673	
Duyarlılık (6)					-.793	
Duyarlılık (7)					.704	
Yarar Algısı (8)	.855					
Yarar Algısı (9)	.890					
Yarar Algısı(10)	.417					
Yarar Algısı(11)	.831					
Yarar Algısı(12)	.664					
Ciddiyet Algısı(13)			.674			
Engel Algısı (14)				.476		
Engel Algısı (15)				.436		
Eyleme Geçiriciler(16)		.798				
Eyleme Geçiriciler(17)		.768				
Eyleme Geçiriciler(18)		.710				
Öz yeterlilik (19)						.883

### 3. İşçilerin sosyo-demografik özellikleri

Araştırmaya katılan sigara içen 473 işçinin yaş ortalaması  $36.9 \pm 6.04$ 'dir. Gelir durumu ortalaması  $3435.6 \pm 581.85$  TL'dir. İşçilerin ortalama sigara içme süresi  $11.4 \pm 5.85$  yıldır. İşçilerin yalnızca %11.2'si en az bir kez sigarayı bırakmayı denerken işçilerin %83'ünün hiçbir şekilde sigarayı bırakmayı deneme girişimi olmamıştır. Bırakmayı deneyenler arasında sadece 7 işçinin (%1) altı aydan az süredir sigara içmediği görülmüştür. Aylık sigara masrafları ortalaması  $245.0 \pm 89.30$ 'dur. İşçilerin ortalama sigarasız geçirdiği süre  $16.7 \pm 33.82$  gündür. İşçilerin günde ortalama içtikleri sigara  $14.3 \pm 7.18$  adettir.

**Tablo 5.** İşçilerin Sigara Bırakmayı Deneme Sayıları.

Sigarayı Bırakma Deneme Sayıları	Sayı	%
Hiç denemedim	396	83.9
1 kez deneyenler	53	11.2
2 ve üstü deneyenler	23	4.9
<b>Toplam</b>	<b>473</b>	<b>100.0</b>

4. İşçilerin sosyodemografik özelliklerine göre SIM puan ortalamalarının karşılaştırılması

Araştırmaya katılan 473 işçinin SİM Puan ortalamalarına baktığımızda duyarlılık algısı=  $13.1 \pm 4.81$ , Ciddiyet algısı=  $2.4 \pm 0.92$ , yarar algısı=  $13.8 \pm 3.61$ , engel algısı =  $3.5 \pm 0.39$ , eyleme geçiriciler=  $7.6 \pm 1.09$ , öz yeterlilik=  $3.4 \pm 0.55$ 'tir. SIM toplam puanın ortalaması=  $43.8 \pm 10.10$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 6.** Araştırmaya Katılan İşçilerin Sim Puan Alt Ölçek Ortalamalarının Dağılımı.

Duyarlılık Algısı	Ciddiyet Algısı	Yarar Algısı	Engel Algısı	Eyleme Geçiriciler	Öz Yeterlilik	SİM Toplam
13.1±4.81	2.4 ±0.92	13.8±3.61	3.5±0.39	7.6±1.09	3.4±0.55	43.8±10.10

Gelir gruplarına göre sağlık inanç modelinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her üç gelir grubu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.570).

**Tablo 7.** İşçilerin Gelir Gruplarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Gelir Grupları	Ortalama ± Standart Sapma	p
Düşük (N=44)	42.0±10.53	
Orta (N=374)	43.5±9.10	0.570
Yüksek (N=55)	43.9±8.6	

Yaş gruplarına göre sağlık inanç modelinden elde edilen toplam SİM puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her üç yaş grubu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.351)

**Tablo 8.** İşçilerin Yaş Gruplarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Yaş grupları	Yaş Grupları		Ortalama ± Standart Sapma	p
	N	%		
29 ve altı	62	13.2	44.4±7.88	
30-39	250	52.8	43.5±8.96	0.351
40 ve üzeri	161	34.0	42.8±8.57	

İşçilerin medeni durumlarına göre sağlık inanç modelinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki medeni durum grubu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.646).

**Tablo 9.** İşçilerin Medeni Durumlarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Medeni durum	Ortalama ± Standart Sapma	p
Evli (N=406)	42.8±8.08	0.646
Bekar (N=67)	43.5±8.21	

Öğrenim durumlarına göre sağlık inanç modelinden elde edilen toplam SİM puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her dört öğrenim durumu grubu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.214).

**Tablo 10.** İşçilerin Öğrenim Durumlarına Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Öğrenim durumu	Ortalama ± Standart Sapma	p
İlkokul (N=161)	43.7±8.31	0.214
Ortaokul (N=121)	42.5±8.17	
Lise (N=149)	43.7±8.90	
Üniversite (N=42)	44.3±9.78	

İşçilerin görev yerlerine göre sağlık inanç modelinden elde edilen toplam SİM puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yer üstünde çalışan işçilerin toplam SİM puan ortalamaları yer altında çalışanlara anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.027).

**Tablo 11.** İşçilerin Görev Yerlerine Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Görev yeri	Ortalama ± Standart Sapma	p
Yer üstü (N=45)	45.8±8.51	0.027
Yer altı (N=428)	42.1±6.87	

İşçilerin çalışma şekillerine göre sağlık inanç modelinden elde edilen toplam SİM puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gündüz çalışan işçilerin toplam SİM puan ortalamaları vardiyalı çalışan işçilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.025).



**Tablo 12.** İşçilerin Çalışma Şekillerine Göre SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Çalışma şekli		Ortalama ± Standart Sapma	p
Vardiyalı	(N=421)	41.1±6.35	0.025
Gündüz	(N=52)	45.8±8.50	

İşçilerin sigara bırakma ile ilgili düşüncelerine göre sağlık inanç modelinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında herhangi bir düşünce gurubu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.154).

**Tablo 13.** İşçilerin Sigara Bırakma İle İlgili Düşüncelerine Göre Toplam SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TTM'ye Göre Sigara Bırakma Evreleri		SİM	p
		Ortalama ± Standart Sapma	
Düşünme öncesi	(N=287)	42.6±8.29	0.154
Düşünme	(N=158)	44.0±6.74	
Hazırlık	(N=21)	45.9±8.47	
Eylemi sürdürme	(N=7)	47.0±8.94	
Toplam	(N=473)	43.2.4±7.17	

Araştırmaya katılan işçilerin araştırma sırasında ki TTM'e Göre Sigara Bırakma Evrelerinin SİM Alt Ölçek Puan Ortalamaları Tablo 13'de verilmiştir. Buna göre Düşünme öncesi dönemde ki işçiler (Evre I; 6 ay içinde bırakmayı düşünmeyenler) tüm işçilerin %60.7'sini oluşturmaktadır.

**Tablo 14.** TTM'e Göre Sigara Bırakma Evreleri İle SİM Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TTM'e Göre Sigara Bırakma Evreleri	SİM Alt Ölçek Puan Ortalama ± SS					
	Duyarlılık Algısı	Önem Algısı	Yarar Algısı	Engel Algısı	Eyleme Geçiriciler	Öz Yeterlilik
Evre I (%60.7)	12.6±4.58	2.4±0.86	13.5±3.62	3.6±4.37	7.4±1.06	3.4±0.32
Evre II (%33.4)	13.8±4.53	2.5±0.67	14.2±3.24	3.5±1.26	8.0±1.39	3.3±0.30
Evre III (%4.4)	18.5±6.49	3.0±1.50	14.4±5.45	2.8±1.41	7.0±2.67	2.8±0.11
Evre IV (%1.5)	24.5±3.04	3.5±0.07	16.1±3.14	3.1±1.57	6.0±2.77	2.0±0.84
Toplam (473) (p)	13.2±4.81	2.6±0.92	13.7±3.61	3.5±1.39	7.6±1.09	3.3±0.55
	0.0001	0.002	0.057	0.270	0.045	0.211

TTM'e göre sigara bırakma evreleri ile SİM alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 14'de sunulmuştur. Hazırlık dönemindekiler (Evre III; 1 ay içinde bırakmayı düşünen) (%4.4) ve eylemi sürdürme döneminde ki (Evre IV; 6 ay ya da daha az süredir sigara içmeyen) (%1.5) işçilerin duyarlılık ve ciddiye algı puan ortalamaları diğer evrelerde ki işçilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Düşünme döneminde ki (Evre II; 1-6 ay içinde bırakmayı düşünen) (%33.4) işçilerin eyleme yönlendiriciler puan ortalamaları diğer evrelerde ki işçilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Buna karşın işçilerin SİM'e göre sigara bırakma konusunda yarar algısı engel algısı ve öz etkililik puanları arasında anlamlı fark yoktur.



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya yalnızca sigara içen işçiler dahil edilmiştir. İşçilerin ortalama sigara içme süresi  $11.4 \pm 5.85$  yıldır. Yılmazel ve ark. (138) fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları adlı çalışmasında çok büyük çoğunluğunun 10 yıldan fazla zamandır sigara içtiği, Altıntaş ve arkadaşlarının (139) bir kamu kuruluşu bilgi işlem merkezi çalışanlarının sigara içme ile ilgili tutum ve davranışları isimli çalışmasında işçilerin ortalama 15.2 yıl sigara içtikleri görülmüştür. Sigara ile ilişkili hastalıkların sigara kullanma süresiyle doğru orantılı olduğu gerçeğinden ve bu verilerden yola çıkarak sağlığı geliştirmek adına iş yerlerinde sigara bırakmaya yönelik çalışmalara daha fazla önem verilmesi gerektiği dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada işçilerin günde ortalama içtikleri sigara  $14.3 \pm 7.18$  adettir. Altıntaş ve arkadaşlarının (139) çalışmasında işçilerin günde ortalama 12.7 adet sigara içtiği, Demirel ve arkadaşlarının (140) çalışmasında ise erkeklerin büyük çoğunluğunun günde 10-20 adet sigara içtiği, Yılmazel ve arkadaşlarının (138) çalışmasında ise %60.5'inin günde ortalama 11 adet ve daha fazla sigara içtiğini görülmüştür. Bu çalışmadaki ortalama günlük sigara içiminin diğer işçilerde yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Bu çalışmada sigarayı daha önce bırakmayı deneyen işçilerin ortalama sigarasız geçirdiği süre  $16.7 \pm 33.82$  gündür. Zhou ve arkadaşlarının (141) Amerika, Kanada, İngiltere, Fransa ve İspanya'da yaptıkları kohort çalışmasında üç aylık dönem boyunca sigarasız geçen sürenin ortalama 1.07 gün olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada işçilerin ömür boyu içmedikleri gün hesaplandığından ve böyle bir hesaplamanın başka çalışmalarda yapılmamasından dolayı doğrudan karşılaştırma olanağı yoktur. Ancak bu çalışmada işçilerin yaklaşık onda birinin 2 kez, %5 'inin ise bir kez sigara bırakmayı denediğini göz önüne alınırsa, bırakma sürelerinin nispeten daha uzun olduğu sonucuna varılabilir.

İşçilerin %11.2'si en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiştir. Yılmazel ve ark. 2014 yılında yaptıkları çalışmasında yaklaşık %70.0'inin sigarayı bırakmayı bir ve birden fazla kez denedikleri, Altıntaş ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmalarında da çalışanların %63'ünün sigarayı bırakmayı en az bir kez denedikleri görülmüştür. Bu çalışmadaki sigarayı bırakmayı deneme davranışı oranının düşük

olması çalıştıkları iş kolunun ağır ve tehlikeli işler sınıfında olmasından dolayı bırakmak istememeleri şeklinde ya da çalışanların farklı sektörlerde olmalarıyla açıklanabilir. Farklı bir açıdan bakılacak olursa da diğer iki çalışmada bırakmayı deneme oranının yüksek olması çalışmaya katılan işçilerin sağlık açısından sigaranın olumsuz etkileri yönündeki farkındalıklarının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada sigara bırakmayı düşünmeyenlerin oranı %60.7'dir. Çimento fabrikası çalışanlarında yapılan bir çalışmada sigara bırakmayı düşünmeyen işçilerin oranı %31.8'dir. Yılmazel ve ark. 2014 yılında yaptıkları çalışmalarında ise sigara bırakmayı hiç denemeyenlerin oranı %31.8, bırakmayı hiç istemeyenlerin oranının ise %15.7 olduğu belirlenmiştir. Görüldüğü gibi bu çalışmada sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerin oranı Demirel ve ark. çalışmasına ve Yılmazel ve ark. çalışmasına göre üçte birden fazla bulunmuştur. Yani işçiler daha az bırakmayı düşünmekte ve planlamaktadır.

Görüldüğü üzere maden işçiliğinin ağır ve tehlikeli işler grubunda olması nedeniyle diğer işçilerden yarı yarıya daha az bırakma oranı bırakma isteği oluşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında maden işçileri sağlığı geliştirme açısından potansiyel öneme sahip olduğu ve onlara yönelik daha fazla psikososyal durum saptama ve müdahale çalışmalarının gerekliliğini ortaya koyabilir.

Bu çalışmada sadece 7 işçi (%1) altı aydan az süredir içmiyorken, Sivas'ta Demirel'in yaptığı çalışmada işçilerin % 15.6'sının sigarayı bıraktıkları görülmüştür. Bu farklılık işçilerin farklı sektörlerde olmaları yanında yer ve zaman farklılıkları nedeniyle de ortaya çıkmış olabilir.

Geçmişte kendi kendine meme muayenesi, obezite (142), diyet kalitesi ve beden kitle indeksi (143), kilo kontrolü (144), perhiz (145), osteoporoz (146), mental hastalıklar (147) konularında sağlık inanç modelinden yararlandığı görülmüştür. Bu çalışma ile ülkemizde ilk kez sigara bırakma davranışını açıklamaya yönelik olarak sağlık inanç modelinden yararlanarak bir ölçek geliştirilmiştir (SİM-SBÖ). Sigara içme ve bırakma davranışını açıklamaya yönelik ölçek geliştirmeye yönelik İran'da farklı zamanlarda farklı çalışmalara rastlanmaktadır. Bu çalışmalardan ilki öğrencileri sigaradan korumaya yönelik deneysel bir çalışmadır. Sharıfırad ve ark. İran'ın Şiraz şehrinde 2007 yılında, Rahnavard ve ark. Tahran şehrinde 2011 yılında kız

öğrencilerle yaptıkları deneysel çalışmalarda Sharıfırad ve ark. deney grubundaki sağlık inanç modelinin engel algısı haricinde tüm alt ölçeklerde, Rahnavard ve ark. ise tüm alt ölçeklerden alınan puanların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale öncesine göre anlamlı düzeyde arttığını göstermişlerdir (148-149).

Reisi ve arkadaşlarının 2014'de İran İsfahan'da yaptıkları çalışmada sigara içen ve içmeyen lise öğrencilerin SİM açısından değerlendirmiştir (150) İran Tahran'da Panahi ve arkadaşları (151) yine SİM'i kullanmışlar ancak Sharıfırad ve ark.'ın sigaradan korunmaya yönelik ölçeği ve Reisi'nin sigara içmeyi açıklamaya yönelik ölçeklerinden farklı olarak sigara bırakmayı açıklamaya yönelik bir ölçek geliştirmişlerdir. Panahi ve ark.'ı SİM'i kullanarak verdikleri eğitim ile Müdahale grubunun duyarlılık algısı, yarar algısı, eyleme geçirciler ve öz yeterlilik puanlarının anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır. Ancak engel algısı yapılan müdahale sonrasında artmamıştır.

Mantler SİM'in kullanıldığı öğrenci araştırmalarından yaptığı sistematik derlemede sigara içen gençler sigara içme davranışı konusunda iyimser olduğunu, bağımlılık olasılıklarını düşük, bırakma yeteneklerini yüksek algılama yanılsama içinde olduklarını, sigaraya bağlı hastalıklarla ve ölüm ilgili kendilerini muaf görme inançlarının yaygın olduğunu göstermiştir. Gençler, sigarayı bırakmanın faydalarından daha çok sigarayı bırakmadaki engel algılarını rasyonelleştirmişlerdir (152).

Bu çalışmada TTK Karadon Müessesesi'nde çalışan 473 maden işçisinde SİM-SBÖ'den en fazla 28 puan alınabilecek duyarlılık algısı puanlarının  $13.1 \pm 4.81$  olduğu görülmüştür.

SİM-SBÖ'nün en fazla 4 puan alınabilecek önem algısı puanlarının  $2.4 \pm 0.92$  olduğu görülmüştür. İşçilerin tam puanın yarısından fazla puan almaları ciddiye algılarının yüksek olduğunu gösterebilir. Yani sigara içmeye devam ettikleri durumda ciddi sağlık problemlerinin ortaya çıkabileceğinin farkında oldukları söylenebilir.

SİM-SBÖ'nün en fazla 20 puan alınabilecek yarar algısı puanlarının  $13.8 \pm 3.61$  olduğu görülmüştür. Alınan puanlarının tam puana yakın olması işçilerin yarar algılarının yüksek olduğunu göstermekte, yani sigarayı bırakmanın sağlıkları için yararlı olabileceğini düşündükleri anlamına gelebileceğini söyleyebiliriz.

SİM-SBÖ'nün en fazla 8 puan alınabilecek engel algısı puanlarının  $3.5\pm 0.39$  olduğu görülmüştür. Alınan puanların tam puanın yarısından az oluşu işçilerin engel algılarının düşük olduğunu bize göstermektedir. Yani sigarayı bırakmaları sırasında kendilerine engel oluşturabilecek durumların az olduğu düşünülebilir. Bu da yapılacak müdahalelerde fazla bir engelle karşılaşmadan sigaranın bırakılabileceğini düşündürmektedir.

SİM-SBÖ'nün en fazla 12 puan alınabilecek eyleme geçiriciler puanlarının  $7.6\pm 1.09$  olduğu görülmüştür. Alınan puanların tam puanın yarısından fazla oluşu işçilerin eyleme yönlendiriciler puanlarının yüksek olduğunu yani karşılıklarına çıkabilecek olan bazı durumlar sayesinde sigara bırakmalarının kolaylaşacağını gösterebilir.

SİM-SBÖ'nün bir diğer alt ölçüğü olan öz yeterliliğe baktığımızda alınabilecek en yüksek puanın 4 olduğu ve elde edilen öz etkililik puanlarının  $3.4\pm 0.55$  olduğu görülmektedir. Alınan puanların tam puana yakın olması işçilerin öz yeterliklerinin yüksek olduğunu yani sigara bırakma konusunda kendilerine güvendiklerinin göstergesi olabilir.

Bu çalışmada TTK Karadon müessesesinde çalışan 473 maden işçisinde SİM-SBÖ'den alınabilecek toplam puanın en fazla 76 olduğu ve elde edilen SİM-SBÖ puan ortalamasının  $43.8\pm 10.10$  olduğu görülmektedir. Bu ölçek ülkemize uygun olarak ilk kez geliştirildiğinden bu çalışmadan elde edilen puanları kıyaslayabileceğimiz başka bir çalışma olmamasına karşın, ortalamanın çok üzerinde olması maden işçilerin sigarayı bırakmaya çok yatkın bir grup olduğu söylenebilir.

Gelir gruplarına göre SİM-SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, düşük, orta ve yüksek gelir grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu bize hangi ekonomik düzeyde olduklarına bakılmadan sigaranın zararları konusunda ki algılarının benzer olduğunu gösterebilir.

İşçilerin yaş gruplarına göre SİM-SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 29 yaş ve altı, 30-39 yaş arası ve 40 yaş ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu yaşla birlikte SİM alt ölçeklerinde ki algıların değişmediğini gösterebilir. Dolayısıyla bu yaş gruplarında ki işçilerin sigaranın zararları konusundaki düşünce ve algılarının benzerlik gösterdiği söylenebilir.

İşçilerin medeni durumlarına göre SİM-SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evli ve bekar işçi medeni grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu da medeni durumun sigara ile ilgili algıyı değiştirmedigini gösterebilir.

İşçilerin öğrenim durumlarına göre SİM-SBÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite öğrenim grupları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum öğrenim durumu ne olursa olsun sigara içen işçilerin sigaranın zararları konusundaki algılarını değiştirmedigini gösterebilir. Bir başka deyişle öğrenim durumunun yüksek olmasının sigara içme durumunu etkilemediğini de söylenebiliriz.

İşçilerin görev yerlerine göre SİM-SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında yer üstünde çalışan işçilerin ortalamalarının yer altında çalışan işçilere oranla anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Yer üstünde çalışan işçilerin sigaranın zararları konusundaki algıları yer altında çalışan işçilerin sigaranın zararları konusundaki algılarına göre daha yüksektir. Sigara içme nedenlerine bakıldığında, ilk sıralarda sigaranın iş yerinde stresi azalttığına dair olan düşünce de hesaba katılırsa, yer altında çalışan işçilerin yer üstünde çalışanlara göre algılarının düşük olmasının sebebini yer altında çalışmalarının daha stresli olmasına ve bu nedenlerde sigarayı bırakmayı düşünmemelerine bağlanabilir.

İşçilerin çalışma şekillerine göre gündüz çalışan işçilerin SİM-SBÖ puan ortalamaları vardiyalı çalışan işçilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Gündüz çalışan işçilerin sigaranın zararları konusundaki algıları daha yüksektir. Vardiyalı çalışan işçilerin algılarının düşük olmasının sebebini de vardiyalı çalışma şeklinin gündüz çalışma şekline göre daha stresli olmasına bağlayabiliriz. Sigarayı sürdürme nedenlerinin en başında da stresli yaşam koşullarının olduğunu ve insanların sigara içerek streslerinden kurtulmaya çalıştıklarını da düşündüğümüzde vardiyalı çalışan işçilerin algılarının düşük olmasını anlayabiliriz.

İşçilerin sigara bırakma ile ilgili düşüncelerine göre SİM-SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise 6 ay içinde düşünmeyen, 1-6 ay içinde bırakmayı düşünen, 1 aydan az süre içinde bırakmayı düşünen ve 6 aydan az süredir içmeyen işçi grupları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sigara içmeyen ya da diğer

herhangi bir grup içerisinde olan işçilerin sigarayı bırakmaya yatkınlıklarının benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada bir ay ya da 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünen ya da düşünmeyen yani halen sigara içen işçiler en az altı aydan kısa süredir sigara içmeyen işçilere göre duyarlılık ve ciddiyet algı puan ortalamaları diğer işçilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular değişim evreleri modeline göre sigara bırakmayı deneme aşamasında olmanın TTM'nin erken evrelerine göre sigara bırakma konusuna daha duyarlı olduklarını ve bırakma konusuna diğer işçilere göre daha fazla önem verdiklerini göstermektedir. Reisi ve arkadaşları İran İsfahan'da yaptıkları çalışmada duyarlılık algısını içmeyenlerde içenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır. Bu bulgular iki çalışma arasında bir benzerlik olarak kabul edilebilir. Yine Reisi'nin çalışmasıyla benzer olarak bu çalışmada engel algısı TTM evrelerine ya da içip içmeme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (150). Mokhtari ve ark.'nın İran'da erkek tıp öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sigara içen erkek öğrencilerin sigara içmeyenlere göre algılanan engellerin anlamlı düzeyde yüksek ve algılanan faydaların ise düşük göstermiştir (153).

Bu çalışmada Öz yeterlilik puanları TTM evrelerine göre değişmemektedir. 1-6 ay içinde bırakmayı düşünen işçilerin eyleme yönlendiriciler puan ortalamaları diğer işçilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Reisi ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara içmeyenlerde içenlere göre eyleme geçiriciler puanları anlamlı düzeyde yüksektir. Bu açıdan da her iki çalışmanın benzerlik gösterdiği düşünülebilir. İran'da geliştirilen diğer iki ölçekten farklı olarak bu çalışmada geliştirilen SİM-SBÖ'de 6. alt boyut olarak yarar algısı ölçülmüştür. TTM'nin dört evresinde yarar algısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda araştırma kapsamındaki işçilerin yalnızca %11.2'sinin en az bir kez sigarayı bırakmayı denediği görülürken, işçilerin %83'ünün hiçbir şekilde sigarayı bırakmayı deneme girişimi olmamıştır. Bırakmayı deneyenler arasında sadece 7 işçinin (%0.01) altı aydan az süredir sigara içmediği tespit edilmiştir. Sigara bırakmayı düşünmeyenlerin oranı ise %60.7'dir. Sigara içmeyi sürdürmede ana neden olarak stres faktörü öne çıkmaktadır. Maden işçiliğinin ağır ve tehlikeli iş kolu içerisinde yer alması da stresi tetikleyen ana nedenlerin başında sayılabilmektedir. Bu nedenlerle stres yönetimi günümüzde ve gelecekte önemini devam ettirecek bir alan olarak önümüze çıkmaktadır. İşçilerin gelir durumlarına, eğitim durumlarına, yaş ortalamalarına ve medeni durumlarına göre SİM puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. İşçilerin çalışma yerleri ve çalışma şekillerine bakıldığında ise yer üstünde çalışan işçilerle gündüz çalışan işçilerin SİM-SBÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür. Yer altında çalışan işçilerin ve vardiyalı çalışan işçilerin yer üstü ve gündüz çalışan işçilere göre sigaranın zararları konusundaki algılarının düşük olmasının nedenini yine çalışma yeri ve şekillerinin daha stresli olmasına bağlayabiliriz. Bu sebeple işçilerin sigara içerek streslerinden kurtulmaya çalıştıkları gerçeği de göze çarpmış olmaktadır.

Araştırmaya katılan 473 işçinin SİM Puan ortalamalarına baktığımızda duyarlılık algısı =  $13.1 \pm 4.81$ , Ciddiyet algısı =  $2.4 \pm 0.92$ , yarar algısı =  $13.8 \pm 3.61$ , engel algısı =  $3.5 \pm 0.39$ , eyleme geçiriciler =  $7.6 \pm 1.09$ , öz yeterlilik =  $3.4 \pm 0.55$ 'tir. SİM toplam puanın ortalaması =  $43.8 \pm 10.10$  olarak bulunmuştur. Duyarlılık algılarının tam puanın yarısından az oluşu sigaranın sağlığa zararları konusundaki algılarının düşük olduğunu, önem algılarının tam puanın yarısından fazla oluşu sigara içmeye devam ettiklerinde sağlıklarıyla ilgili ciddi sorunlar yaşayabileceklerinin farkında olduklarını, yarar algılarının tam puanın yarısına yakın olması sigarayı bırakmanın sağlıkları için yararlı olduğunu düşündüklerini, engel algılarının tam puanın yarısından az olması sigarayı bırakma sırasında kendilerine engel olabilecek durumların az olduğunu, eyleme geçiriciler puanlarının tam puanın yarısından fazla oluşu karşılına çıkabilecek bazı durumlarda sigarayı daha kolay bırakabileceklerini, öz yeterlilik

puanlarının tam puana yakın olması istedikleri zaman sigarayı bırakabilecekleri konusunda kendilerine güvenlerinin tam olduğunu bizlere göstermektedir. Puanların ortalamasının çok üzerinde olması maden işçilerin sigarayı bırakmaya çok yatkın bir grup olduğunu bizlere göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında maden işçilerinin sağlığı geliştirme açısından potansiyel öneme sahip olduğu ve onlara yönelik daha fazla çalışmalara yer verilmesi gerekliliğini ortaya koyabilir.

Bu çalışmada bir ay ya da 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünen ya da düşünmeyen yani halen sigara içen işçiler en az altı aydan kısa süredir sigara içmeyen işçilere göre duyarlılık ve ciddiyet algı puan ortalamaları diğer işçilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu evredeki işçilerin sigarayı bırakma konusunda daha duyarlı oldukları ve bu konuya daha fazla önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre sigara içme alışkanlıklarının ağır ve tehlikeli iş kolu grubunda yer alan maden işçilerinde yaygın olduğu, işçilere sigaranın sağlığa zararları, sigarayı bırakmanın onlar için yararları ve sigara bırakma yöntemleri konusunda daha fazla çalışmalar yapılması gerektiği, bununla ilgili olarak da sigara bırakma kampanyaları düzenlenmeli ve hizmet içi eğitim kapsamında sigaranın zararları konusunda daha fazla bilgi verilmelidir. Ayrıca işçilerin rahatlıkla ulaşabilecekleri çalışma alanlarında yer alan sigara bırakma destek merkezlerinin olmasının da sigarayı bırakmaya teşvik açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir. Sağlıkla ilgili endişelerin sigara bırakma konusunda öncelikli olduğu gerçeğini de göz önüne alırsak sigaranın zararlarıyla ilgili bilgiler ve sigara içme alışkanlığının toplum, ekonomi ve sağlık üzerine olumsuz etkileri medya da daha fazla yer almalı sigarayla ilgili bireysel ve toplumsal bilinç geliştirilmelidir.

Ayrıca görülmektedir ki stres hayatın her alanında olduğu gibi çalışma alanında da sigara içmeyi sürdürmede en önemli faktördür. Bu nedenle çalışma alanlarında stresle baş etme yöntemleri konusu ve stres yönetimi daha fazla ele alınmalı ve bu konuda belirli zaman aralıklarında işçilere gerekli eğitimler verilmelidir.

## 7. SINIRLILIKLAR

Maden işçilerinin ulaşımı zor bir araştırma grubu olmasından dolayı sigara bırakmada sağlık inanç modeli ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği 4. sınıf üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış ve geliştirilen ölçek maden işçilerine uygulanmıştır. Üniversite öğrencilerinin eğitim seviyeleri ile maden işçilerinin eğitim seviyeleri aynı düzeyde olmadığından dolayı bu durum sınırlılık olarak ele alınmaktadır.



## 8. KAYNAKLAR

1. Pıçakcıfe M, Keskinoglu P, Bayar B, Bayar K. Öğretim elemanlarının sigara içme durumu ve sigara ile ilgili aldıkları eğitimler. STED 19(4): 140, 2010.
2. Talay F, Altın S, Çetinkaya E. Eyüp ilçesi lise öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. Solunum Hastalıkları 16:53-59, 2005.
3. Pekşen Y, Canbaz S, Sünter A.T, Tuncel E.K. Ondokuz mayıs üniversitesi yaşar doğu beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler Bağımlılık Dergisi 6(3): 111-116, 2005.
4. Aslan D. Dünya’da ve Türkiye’de tütün kullanımı: riskler, tehditler, önleyici yaklaşımlar. J Pulm Med-Special Topics 5:1-5, 2012.
5. Açık Y. Sigara ve sağlık ‘sigara bırakma merkezleri ve halk sağlığı bakış açısı. STED 19(1):11-19, 2010
6. Ergüder T. Tütün kontrol kavramı ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. Pulm Med-Special Topics 5:11-15, 2012.
7. World Health Organization Management of Substance Abuse Team (2014). Global status report on alcohol and health. Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1) Erişim tarihi: 15 Mayıs 2015.
8. Özşahin K, Ünsal A, Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ. Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(3): 181-186, 2007.
9. Demir T. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar: “Sigara bağımlılığı”. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 62: 231-238, 2008
10. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 9328: 217-9, 2004.
11. T.C. sağlık bakanlığı temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü. 11 Mayıs anneler günü sigarayı bırakma kampanyası bilgi notu. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr> Erişim tarihi: 10 Nisan 2013.
12. Temiz D. Sigara tüketimini etkileyen faktörler üzerine bir uygulama: Türkiye örneği. Ekonomi Bilimleri Dergisi 2(1), 2010.

13. Dilek A. Isparta il merkezi ve merkeze bağlı il ve kasabada görev yapan müftülük çalışanlarının sigara içme durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta 2011.
14. Bilir N (2011). Çalışma hayatı ve sigara. Erişim adresi: <http://www.ssuk.org.tr>. Erişim tarihi: 21 Nisan 2014.
15. Bilir N. Sigaranın sağlık üzerine etkileri. Erişim adresi: <http://www.isgebrar.com/ebr/153.pdf>
16. World Health Organization (2008). Report on the global tobacco epidemic the mpower package. Erişim adresi: <http://www://who.int/tobacco/mpower>. Erişim tarihi: Mart 2010.
17. Güven R. Çalışma hayatı ve sigara. Erişim adresi: <http://www.isggm.gov.tr>
18. Serenti. Tütünün Tarihi ve Türkiye’de ki serüveni. Erişim adresi: <http://www.serenti.org/tutunun-tarihi-ve-turkiyedeki-seruveni>. Erişim tarihi: Nisan 2018.
19. Barış İ. Tütün kullanımının tarihçesi. Erişim adresi: [www.toraks.org.tr](http://www.toraks.org.tr) Erişim tarihi: Ocak 2016
20. Uzunca G. Tütünün Tarihi; Sigara ve Sağlık, s. 22-25, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
21. Belgeler. Yeni hayatınıza Hoşgeldiniz: “Sigaranın tarihçesi”. Erişim adresi: <http://www.belgeler.com/blg/g25/yeni-hayatınıza-hosgeldiniz-sigara-sigaranin-tarihcesi>. Erişim tarihi: Mayıs 2015
22. Atasay C, Türkcan A, Kaya B. Sigarasız bir yaşama doğru. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 12(1): 49-53, 2009.
23. Corti C, England PA. History of smoking. Bracken books, London, 1996.
24. Ergüder T. Elazığ ili merkezinde 18 yaş ve üzeri nüfusta sigara bağımlılığı prevelans araştırması. Fırat Üniversitesi Doktora Tezi, Elazığ, 1998.
25. Pekşen Y, Kesim Y, Durupınar B, Tanyeri F, Őeřen T, Erkan L, Erk K, Kaya N, Kökçü A, Yücel İ, Tr A. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Logos yayıncılık, 1995.

26. Cunningham R. Smoke and Mirrors. The Canadian Tobacco War. IDRC Books, Ottawa, 1996.
27. Hakkında-bilgi-nedir. Sigaranın tarihi. Erişim adresi: [www.hakkında-bilgi-nedir.com/sigaranın-tarihi-nedir+sigaranın-tarihi-hakkında-bilgi](http://www.hakkında-bilgi-nedir.com/sigaranın-tarihi-nedir+sigaranın-tarihi-hakkında-bilgi).
28. Bilir N. Sigara: On soru on yanıt. STED 3(5):173-175, 2004.
29. Türkiye psikiyatri derneği. Sigara bağımlılığı. Erişim adresi: [www.psikiyatri.org.tr](http://www.psikiyatri.org.tr).
30. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Howkins J, Horris WA, Lowry R, Mcmonus T, Chyen D, Shaklin S, Lim C, Grunbaum JA, Wechsler H, Youth risk behavior surveillance, J. Sch Health 76 (7): 353-72, 2006.
31. Filiz H. Gençlerde sigaradan korunma konusunda bir mücadele programının değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
32. World Health Organization (2014). Tobacco. Fact sheet No.339. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en> erişim tarihi: 25 Mayıs 2016.
33. Aktaş A. Hemşirelik yüksekokul öğrencilerinin sigara kullanımına ilişkin inanç, tutum ve davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, 2005.
34. European Lung White Book, Tobacco smoking, Erişim adresi: <https://www.erswhitebook.org/chapters/tobacco-smokingm> Erişim Tarihi: 17 Mayıs 2016.
35. World Health Organization. Tobacco Key Facts. Erişim adresi: <http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>.
36. Türkiye Psikiyatri Derneği. Nikotin Sigara Bağımlılığı. Erişim adresi: [www.psikiyatri.org.tr](http://www.psikiyatri.org.tr). Erişim tarihi: 17 Mart 2013.
37. PIAR. Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu. Ankara, 1988.

38. Satman I, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççag N, Karsidag K, Kalaça S, Ozcan C, King H. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey; results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25:1551-1556, 2002.
39. Türkiye İstatistik Kurumu (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> Erişim tarihi: 10 Mart 2015.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2002). Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması. Risk faktörleri. Erişim adresi: <http://www.hm.saglik.gov.tr>.
41. World Health Organization (2009). Report on the Global Tobacco Epidemic, implementing smoke-free environments. Erişim adresi: <http://www.who.int/tobacco/mpover/2009/en/index.html>. Erişim tarihi: 17 Mart 2017
42. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. The Impact of Air Pollution on Respiratory Health. First Ed. Sheffield: ERS Journals Ltd. *Eur Respir mon* 1:161-79, 2002.
43. IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking monograph on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans, Vol:88, France, 2003.
44. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular effects of carbonmonoxide and cigarette smoking. *JAM Coll Cardiol* 38: 1633-8, 2001.
45. Toraks Derneği Eğitim Serisi. Sigara Ana ve Yan Duman İçerikleri, 2004.
46. Özlü T. Sigara hakkında bilmek istedikleriniz. Beyaz yayınları, İstanbul, 2002.
47. Kesim Y. Sigaranın Farmakolojik Etkileri. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Logos Yayıncılık, İstanbul, 1995.
48. Tosun B. Afyonkarahisar ilinde görev yapan beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin sigara kullanım alışkanlıklarının incelenmesi, Afyonkarahisar Karatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2008.

49. Özdemir L. Trakya üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sigara ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne, 2007.
50. Öztürk Y, Aykut M. Ya Sigara Ya Sağlık, s.41 Erciyes Üniversitesi Yayını, Kayseri, 1998.
51. Acilservis. Sigaranın İçinde Hangi Maddeler Bulunur, İnsan Sağlığına Etkileri Nelerdir? Erişim adresi: <https://www.acilservis.pro/sigaranin-icinde-hangi-gazlar-bulunur-insan-sagligina-etkisi-nelerdir>. Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2017.
52. Koç S. Son Asırların Vebası Sigara. s. 22-27, Nil A.Ş Yayınları, İzmir, 1991.
53. Ash. Smoking Statistics: İllness and Death. Fact Sheet No:2. Erişim adresi: <http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html#edn.7>. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2013.
54. Karlıkaya C. Tütüne Bağlı Hastalıklar ve Tütünün Kontrolü. Erişim adresi: [http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu3-ppt-pdf/Celal\\_Karlikaya.pdf](http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu3-ppt-pdf/Celal_Karlikaya.pdf). Erişim Tarihi: 17 Mart 2017.
55. Emri S. Sigaranın Yaptığı Hastalıklar; Sigara ve Sağlık. s. 29-32, MEB Yayınları, İstanbul, 1994.
56. Somantı M, Sigara ve toplum. Yeşilay Aylık Kültür ve Sağlık Dergisi 759: 13-14, 1997.
57. Okullarda Kanser Eğitimi Kitabı. 6. basım, s.43, Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara, 2000.
58. Bilir N. Sigara Ve Beyin. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008.
59. Özge C. Sigara ve Sindirim Sistemi. Erişim Adresi: [www.dumansızhayat.org/mide.html](http://www.dumansızhayat.org/mide.html). Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2013.
60. Karabulut A. Beden eğitimi ve spor yüksek okul öğrencilerinin sigara kullanım durumları ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Niğde, 2007.



61. Beyazova M (2000), Sigara Ve Osteoporoz. Erişim Adresi: <http://www.hacettepem.org.tr/makaleler.php?a=8b=25&mn=134>. Erişim tarihi: 30 Eylül 2013.
62. Ergün A. Sigara ve sistemik etkileri. T Klin Jmed Sci, 18:159-163, 1998.
63. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel Ö. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 7(1):51-64, 2006.
64. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın kas iskelet sistemi üzerine etkileri. STED 12(3):102, 2003.
65. Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Bursa, 2002.
66. Bilir N. Sigara ve Kanser. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008.
67. Karadağ M, Özyardımcı N. Sigara ve akciğer kanseri; sigara ve sağlık s. 155-161, 2002.
68. Samet JM. Workshop summary: assessing exposure to environmental tobacco smoke in the workplace. Environ health perspect 107: 309-12, 1997.
69. Knight, Jenifer M. Eliopoulos, et al. Passive smoking in children, Chest 109:446-50, 1996.
70. Örsel O (2007). Tütün sigara çeşitleri ve içerikleri. Erişim adresi: [http://www.toraks.org.tr/10\\_kongre\\_kurs/o\\_orsel\\_tutun\\_sigara\\_çesitleri\\_ve\\_icerikleri.pdf](http://www.toraks.org.tr/10_kongre_kurs/o_orsel_tutun_sigara_çesitleri_ve_icerikleri.pdf). Erişim tarihi: 03 Temmuz 2011.
71. Bülbül Hızıl S, Ceyhan AG. Pasif sigara içiciliği. Türk Aile Hekimliği Dergisi 10(3): 123-128, 2006.
72. Kızılkaya N, Coşkun A. Sigara içme ve servikal kanser. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(3): 89, 1993.
73. Dabak Ş. Sigara ve sağlık. Tür, A. (Ed.). Sigaranın Bilimsel Yüzü. s.1-4, İstanbul Logos Yayıncılık, 2004
74. Özyurt BC. Manisada kırsal bir bölgedeki ilkökul çocuklarında pasif sigara içicilik maruziyetinin değerlendirilmesi. Toraks Dergisi 10(4): 155-161, 2009.

75. Uskun E. Pasif içicilik. STED 9(11): 420-21, 2000.
76. Bilir N, Yıldız AN. Çalışma hayatı ve sigara (sigarasız işyerleri). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, 2008.
77. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Sigara ve Zararları, 2004.
78. Demir AU. Sigara bağımlılığı ve sigara bırakma tedavileri, astım, alerji. İmmünoloji 4(3):135-138, 2006.
79. World Health Organization (2003). Investing in Mental Health. Erişim adresi: [www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health). Erişim tarihi:16 Nisan 2012.
80. Ergeneilek E. Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı bırakmaya yönelik girişimleri ve sonuçları. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2005.
81. Aşut Ö. Sigara ve Hekim. 1. Baskı s.15-32, Ankara, 1993.
82. Samancı Tekin Ç. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde sigara bırakmada motivasyonun rolü. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.
83. Sarandöl A. Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. Akciğer Arşivi 3:129-39, 2002.
84. Alikışifoğlu M, Erginöz E, Ercan O. Cigarette smoking among Turkish high school students. Adolesc Health 30:7-8, 2002.
85. Türk Tabipleri Birliği. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Erişim Adresi: [http://www.ttb.org.tr/STED/sted0503/sigara\\_birakma.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted0503/sigara_birakma.pdf). Erişim Tarihi: 07 Eylül 2017.
86. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, pp. 223, American Psychiatric Association, Washington DC, 1995.
87. Hughes JR. Nicotine- Related Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore: Williams&wilkins; 1033-8, 2000.

88. Faltz BG, Skinner MK. Substance Abuse Disorders. Ed. Boyd MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. Pp .617-655, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002.
89. Psikoloji FORUMU (2008). Erişim tarihi: [http://e-psikoloji.com/forum/showthread.php?3332\\_ergenlik-sorunlar%FD](http://e-psikoloji.com/forum/showthread.php?3332_ergenlik-sorunlar%FD). Erişim tarihi: 18 Ekim 2012.
90. Ergül Ş, Temel AB. Hava teknik okullar komutanlığı öğrencilerinde sigara içme davranışını tetikleyici nedenler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 22(2):41-54, 2006.
91. Çan G. Sigara epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı kitap dizisi 5:5-16, 2005.
92. Akfert S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 10(1):40-47, 2009.
93. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Basım, s. 540-542, Feryal matbaası, Ankara, 2002.
94. Michell L. Loud, sad or bad: young people's perspections of peer groups and smoking. Health Education Research 12(1): 1-14, 1997.
95. Ergül S. Sigara içme alışkanlığı olan adölesanlarda karşıt olumlu davranış geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2005.
96. Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A, Gençöz T. Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi. 1. Basım. Art of set matbaacılık, s. 20-35, Ankara, 2003.
97. Çağatay T. Sigaraya Yenilmeyin. Erişim adresi: <http://www.tip.2000.com/aktualite/sigara.html>. Erişim tarihi: 09 Ağustos 2013
98. Keleş İ. Sigarayı Bırakma Tanı/Tedavi El kitabı. İstanbul Yüce A.Ş. ve Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Ortak Yayını, 1. Baskı, s. 2486-2490, 2002.
99. Turhan E. Denizli merkez ilçe liselerinde 5727 sayılı yasanın ve eğitimin öğretmenlerde sigara içmeyi bırakma üzerine etkileri. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli, 2010.

100. Daşçı M. Sigara sağlığa zararlıdır. Sağlık Dergisi 106: 56-58, 2002.
101. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Assessing Tobacco Control Strategies in Turkey. Hacettepe Public Health Foundation, Ankara, 2003.
102. Türkiye Doktorlarını Arıyor. Tütün Kontrol Yöntemleri, Tütün Kontrolü E-Kursu. Erişim Adresi: <http://www.turkiyedoktorlariniariyor.org/tutun.aspx?DersId=5>. Erişim Tarihi: 27 Mart 2013.
103. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü çalışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi 36: 75-79, 2005.
104. World Health Organisation. 31 Mayıs sloganları. Erişim adresi: <http://www.who.int/en/>. Erişim tarihi: 18 Ekim 2013.
105. WHO framework convention on tobacco control: Development of an evidence based global public health treaty, 2003.
106. Sezer RE, Açık YK. Tütün mücadelesi için yeni bir tehdit: aromatik nargile. Cumhuriyet Tıp Dergisi 33: 133-143, 2011.
107. Salgını Durdurmak (Curbing the Epidemics) Dünya Bankası, Yönetimler ve Tütün Ekonomisi (Çev.Ed: Taş Ş). Dünya Bankası Yayınları, İstanbul, 2001.
108. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN, Emri S, Kalyoncu AF. Smoking behaviour and attitudes. Hacettepe Public Health Foundation, Ankara, 1997.
109. Bilir N. Türkiye Tütün kontrolünde dünyanın neresinde? Toraks 10(1): 31-34, 2009.
110. Bilir N, Aslan D. Sigarayı bırakma yaklaşımları ve hekim tutumu. STED 15(8): 7-8, 2006.
111. Bilir N, Kaplan B, Biçer BK, Ararat E, Akyol M, Arslan A, Yüksek HF. Ankara’da bir grup lise öğrencisinin sigara paketleri üzerindeki resimli uyarılar hakkında görüşleri. Toraks Dergisi 14: 127-33, 2013.
112. Battal S. Elazığ merkez bölgesinde kadınların çevresel sigara dumanına maruziyeti ve bu konudaki bilgi ve tutumları. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2009.

113. Sezgin Ö. İşçilerin sigarayı bırakmasında iş sağlığı hemşiresinin rolü. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
114. Uzaslan E. Sigarayı bırakma yöntemleri. STED 12(5): 166-172, 2003.
115. Sigara Bırakma tedavisinde 5A 5R Kavramları, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, s.28-3, 2014.
116. Kardağ M. Hekimlerin sigarayı bıraktırmadaki rolü. Erişim adresi: [www.mehmetkaradag.com/hekimlerin-sigara-biraktirmadaki-rolu/](http://www.mehmetkaradag.com/hekimlerin-sigara-biraktirmadaki-rolu/). Erişim tarihi: 25 Kasım 2014
117. Şahbaz S, Kılınç O. Sigara bıraktırmada kullanılan tedavi yöntemleri. STED 14(5): 98-102, 2005.
118. Hausteil KO. Pharmacotherapy of nicotine dependence. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutic 38: 273-90, 2000.
119. Dale LC, Ebert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. Mayo Clin Proc 75: 1311-16, 2000.
120. Metintaş M, Süerdem M. Toraks Derneği eğitim kitapları serisi; Sigara bırakma tedavisi; toraks derneği tütün ve sağlık çalışma grubu:1-18
121. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 53(5): 1-18, 1998.
122. Campbell I. Nicotine replacement therapy in smoking cessation. Thorax 58: 464-65, 2003.
123. Elbert DG, Penny NG, Möikael F, Rollyn S. A comparison of a nicotine sublingual tablet and placebo for smoking cessation. Nicotine and Tobacco Research 4:441-50, 2002.
124. Corner M, Brkshire PN. Predicting Health Behavior. Brkshire McGraw-Hill Education, 2005.
125. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. 3rd edition, pp. 45-66, Jossey-Boss, San Francisco, 2002.

126. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco, Jossey – Bass, 2008.
127. Rohleder P. Critical Issues in Clinical and Health Psychology. SAGE Publications, 37-45, London, 2012.
128. Hayden J. Health Belief Model. Introduction to Health Behavior Theory. Jones and Barlett Publishers, Canada, 31-44, 2009.
129. Turner LW, Hunt, SB, Dibirezzo R et al (2004). Health Belief Model. Erişim Adresi: <http://www.jbpub.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>. Erişim Tarihi: 17 Temmuz 2015.
130. Tuzcu A, Bahar Z. Göçmen kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 28 (2) : 91-103, 2012
131. Pálsdóttir A. Information behavior, health self-efficacy. Beliefs and health behavior in icelanders' everyday life. Inf Res 13(1), 2008.
132. Kılıç D, Eriçi B. Osteoporoz sağlık inanç ölçeği, osteoporoz öz etkililik / yeterlilik ölçeği ve osteoporoz bilgi testi'nin geçerlik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7: 1-15, 2004.
133. Sunmaz D. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
134. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 5: 10-17, 2001.
135. Seçginli S, Nahcivan ÖN. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. Cancer Nursing 27(3): 1-8, 2004.
136. Dünder PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. The knowldge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 6: 43-56, 2006.

137. Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior* 21(1):67- 70, 1997.
138. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. *Dicle Tıp Dergisi* 41(4): 717-723, 2014. Altıntaş H, Bozdağ G, Polat C, Salor Ö, Yaman İ. Bir kamu kuruluşu bilgi işlem merkezi çalışanlarının sigara içme ile ilgili tutum ve davranışları. *Bağımlılık Dergisi* 7(1): 3-10, 2006.
139. Yeltekin D, Güler N, Sezer H, Sezer RE. Sivas çimento fabrikasında çalışanların sigara içme durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi. Tıp Fakültesi Dergisi* 23(1): 37-42, 2001.
140. Xiaolei Z, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsean AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors* 34(4): 365-373, 2009.
141. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç. Development and evaluation of the health belief model scale in obesity. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 10(5), 2011.
142. Sapp SG, Jensen HH. Reliability and validity of nutrition knowledge and diet-health awareness tests developed from the 1989-1991 diet and health knowledge surveys. *Journal of Nutrition Education*, 1997.
143. Daddario DK. A review of the use of the health belief model for weight management. *Medsurg Nursing*, Dec;16(6):363-6, 2007.
144. Nejad LM, Wertheim EH, Greenwood K. Comparison of the health belief model and the theory of planned behavior in the prediction of dieting and fasting behavior. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture* 1(1): 63-74, 2005.
145. Kim KK, Horan ML, Gendler P, Patel MK. Development and evaluation of the osteoporosis health belief scale. *Research in Nursing & Health* 14(2): 155- 163, 1991
146. Saleeby JR. Health beliefs about mental illness:an instrument development study. *American Journal of Health Behavior* 24(2): 83-95, 2000.
147. Sharıfirad GHR, mahdı HSM, Hasanzadeh A, Danesh Amouz A. The effect of health education based on health belief model on prev. entive actions of smoking in grade one, middle school students. *Arak Medical University Journal(amuj)* 1(38): 79-86, 2007.

148. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. An Educational Intervention Using Health Belief Model on Smoking Preventive Behavior among Female Teenagers, *Hayat* 17: 15-26, 2011.
149. Reisi M, Javadzade SH, Shahnazi H, Sharifirad G, Charkazi A, Moodi M. Factors affecting cigarette smoking based on health-belief model structures in pre-university students in Isfahan, Iran. *J Educ health Promot.* 3:23, 2013.
150. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami S. Adding health literacy to the health belief model: effectiveness of an educational intervention on smoking preventive behaviors among university students. *Iran Red Crescent Med J.* In Press: e137.
151. Mantler T. A systematic review of smoking Youths' perceptions of addiction and health risks associated with smoking: Utilizing the framework of the health belief model. *Journal Addiction Research & Theory* 21(4): 306-317, 2013.
152. Mokhtari N, Ghodsi H, Asiri Sh, Kazemnezhad E. Relationship between health belief model and smoking in male students of guilan university of medical sciences. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 22(85): 33-41, 2013.



## 9. EKLER

### **EK 1: Maden İşçilerinin Sigara Bırakmaya Yönelik Davranışları Ve Sigara Bırakmada Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği**

Ad Soyad:.....

Bu çalışmada vereceğiniz bilgiler tamamen bilimsel amaçla kullanılacak olup, başka herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır.

1. Yaşınız: ..... 2.En son bitirdiğiniz okul

1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite 5)Diğer.....

3) Medeni durumunuz? 1 )Evli 2) Bekar 3) Dul, Eşi ölmüş, Boşanmış

4) Evde yaşayan toplam kişi sayısı:.....

5) Evinize giren toplam gelir yaklaşık olarak ne kadardır? .....TL

6) Geliriniz giderinizi karşılıyor mu ? 1) Hayır 2) Evet 7.Müessesedeki göreviniz nedir? 1)Yer altı 2)Yer Üstü

8. Çalışması şekliniz nasıldır? 1) Vardiyalı 2)Gündüz 3)Gece

9. Müessesedeki toplam çalışma süreniz:.....yıl.....ay

10. Sürekli bir hastalığınız var mı? 1)evet 2) hayır (Hipertansiyon, şeker gibi): 11.Düzenli kullandığımız ilaç var mı ? 1) evet ise belirtiniz..... 2) hayır

12. Sigara kullanma durumunuz nedir?

1. ....yıldır günde ..... adet içiyorum.

2. ....yıl günde ..... adet içtim bıraktım

3. Her gün olmasa da ....yıldır ara sıra sigara içerim

13. Yaşadığımız evde sigara içen var mı? 1) Hayır 2) evet ..... 14)Aylık ortalama sigara masrafınızı yazınız? .....TL

15) Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

1) Hiç denemedim 2)....kez denedim.....gün.....ay....yıl içmedim

16) Sigarayı bırakmak için sağlık personelinde destek aldınız mı?

1-Hayır

2- Evet ise kimden(belirtiniz).....

17) Gelecekte sigara içme konusundaki düşünceleriniz nelerdir?

1- Önümüzdeki altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmüyorum 2- Önümüzdeki bir ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyorum

3- Önümüzdeki bir aydan kısa bir süre içinde sigarayı bırakmayı düşünüyorum

4) .....gündür/.....aydır/.....yıldır içmiyorum

18) ilk sigaranızı sabah kalktıktan ne kadar sonra içersiniz?

1) ilk 30 dakika içerisinde

2-) 30 dakikadan sonra

19) Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?:.....adet

20) Alkol kullanma durumunuz nedir? a.Hiç içmedim ( )

b. ....yıldır haftada .....kadeh/ bardak..... içiyorum.

c. ....yıldır Ayda .....kadeh/ bardak..... içiyorum.

d. ....yıl haftada/Ayda ..... kadeh/bardak içtim bıraktım.

e. Her ay olmasa da ....yıldır ara sıra alırım.

Aşağıdaki ifadelere ne kadar katıldığınızı işaretleyiniz.

Duyarlılık Algısı	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
21-Eğer sigara içmeye devam edersem kanser olmaktan korkuyorum	( )	( )	( )	( )	( )
22-Eğer sigara içmeye devam edersem kalp hastası olmaktan korkuyorum	( )	( )	( )	( )	( )
23-Eğer sigara içmeye devam edersem ömrümün kısalmaktan korkuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Eğer sigara içmeye devam edersem çevremdeki insanların sağlığına zarar vermekten endişeleniyorum	( )	( )	( )	( )	( )
25-Eğer sigara içmeye devam edersem çocuk sahibi olamamaktan korkuyorum	( )	( )	( )	( )	( )
26- Eğer sigara içmeye devam edersem çevremdeki insanlara da alıştırmaktan endişeleniyorum	( )	( )	( )	( )	( )
27-Vücudumda Kötü kokular dış- saç ve bıyık sararmalarından endişeleniyorum	( )	( )	( )	( )	( )

Önem Algısı	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
28- En yakın zaman da sigarayı bırakmak benim için çok önemlidir	( )	( )	( )	( )	( )

Yarar Algısı	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
29-Eğer sigara içmeyi bırakırsam kanser olma riskim azalır	( )	( )	( )	( )	( )
30-Eğer sigara içmeyi bırakırsam kalp hastası olma riskim azalır	( )	( )	( )	( )	( )
31-Eğer sigarayı bırakırsam daha uzun süre yaşayacağıma inanıyorum	( )	( )	( )	( )	( )
32-Eğer sigarayı bırakırsam para tasarrufu sağlayacağım	( )	( )	( )	( )	( )
33- Eğer sigara içmeyi bırakırsam diş ve diş eti hastalıklarından korunacağıma inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )

Engel Algısı	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
34 Arkadaş ortamında zorluk yaşayacağımdan endişeleniyorum	( )	( )	( )	( )	( )
35. Bırakamayacağıma inanıyorum	( )	( )	( )	( )	( )

Eyleme geçiriciler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
36- Tıbbi destek alırsam sigarayı bırakabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
37- Sigara içen kişilerden uzaklaşırsam sigarayı bırakabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
38- Ciddi bir hastalığa yakalanırsam bırakabileceğime inanıyorum	( )	( )	( )	( )	( )

Öz yeterlilik	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
39- Eğer gerçekten istersen sigarayı bırakabilirim	( )	( )	( )	( )	( )

**Ek 2: Etik Kurul Onayı**



**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

**TOPLANTI TARİHİ** : 23/06/2015  
**TOPLANTI NO** : 2015/05

**KARARLAR :**

- 17- B.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2015-53-23/06 Protokol no'lu "Maden İşçilerinin Sigara Bırakmaya Yönelik Davranışları ve Sigara Bırakmada Sağlık İnaç Modeli Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L I G İ B İ D İ R**

**Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ**  
**B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

## 10. ÖZGEÇMİŞ

1987 Zonguldak doğumluyum. İlköğrenimimi Kilimli Madenciler İlköğretim Okulu'nda tamamladım. 2001-2005 yılları arasında Mehmet Çelikel Lisesi'nde öğrenimime devam ettim. 2005 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesini kazandım. 2006 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (Zonguldak Karaelmas Üniversitesi) Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümüne yatay geçiş yaptım. 2009 yılında mezun oldum. 2009-2010 yılları arasında Ereğli Echomar Hastanesi ve Bülent Ecevit Üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesinde kısa süre aralıklarında hemşirelik yaptım. 2010 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı ana bilim dalında yüksek lisans öğrenimime başladım. 2011 yılında Zonguldak Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesinde hemşire olarak göreve başladım ve halen burada hemşirelik görevimi yerine getirmekteyim. 2015-2016 yılları arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesinde Pedagojik Formasyon eğitimimi tamamladım. Evliyim ve 1 çocuk annesiyim.