

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALARINDA AMELİYAT ÖNCESİ SİGARAYI BIRAKMA
SÜRESİNİN ANESTEZİ SONRASI BAKIM ÜNİTESİNDE OKSİJENASYONA
VE UYANMA DURUMUNA ETKİSİ

SÜZAN ALUŞ SELÇUKKAYA

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL

2018

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALARINDA AMELİYAT ÖNCESİ SİGARAYI BIRAKMA
SÜRESİNİN ANESTEZİ SONRASI BAKIM ÜNİTESİNDE OKSİJENASYONA
VE UYANMA DURUMUNA ETKİSİ

SÜZAN ALUŞ SELÇUKKAYA

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ


DANIŞMAN
PROF. DR. HACER KARANİSOĞLU


İSTANBUL

2018

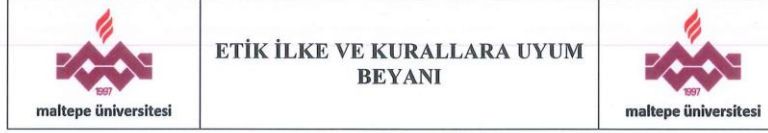
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

02.04.2018 tarihinde tezinin savunmasını yapan Süzan ALUŞ SELÇUKKAYA' ya ait "Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Sigarayı Bırakma Süresinin Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna Etkisi" başlıklı çalışma, Jürimiz tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak **Oy Birliği/Oy Çokluğuyla** Kabul Edilmiştir.


.....
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
(Başkan)
(Danışman)


.....
Dr. Öğr. Üyesi Seher YURT
(Üye)

.....
Dr. Öğr. Üyesi Meftun AKGÜN
(Üye)



09/04/2018

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "*Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Sigarayı Bırakma Süresinin Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna Etkisi*" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafıma yazıldığını ve yararlandığım bütün eserlerin "Kaynakça"da gösterilenlerden oluştuğunu, "Kaynakça"da yer alan bu eserlerden metin içinde atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Süzan Aluş SELÇUKKAYA

14 15 02 101



TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca sonsuz sabır gösteren, yoğun temposuna rağmen destek olan, titiz ve özverili yaklaşımlarıyla yönlendiren, eğitim ve öğretim bilgisi, bilimsel yönü ve cesareti ile her zaman önderlik eden, değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU'na

Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile meslek hayatıma yön veren değerli hocam Prf. Dr. Deniz ŞELİMEN'e

Eğitimim boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım ve arkadaşlarıma,

Araştırmamı yürüttüğüm süre boyunca destek olan, bilimsel çalışma ortamı sunup veri toplamamı kolaylaştıran, Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın Zeynep ETİ, Hemşirelik Müdürü Vahide UÇKU, Eğitim Hemşiresi Sibel NARGİZ KOŞUCU, Ameliyathane Başhemşiresi Aynur GÜLERCAN, Cerrahi Servis Başhemşirelerine ve tüm hastane çalışanlarına,

Ölümcül hastalığına rağmen, okumam için yüreklendiren ve desteğini esirgemeyen, sevgisi ile hayatıma anlam katan, her zaman en büyük destekçim olan ve şu an aramızda olmayan rahmetli kız kardeşim Nuran ALUŞ'a,

Yoğun tempolarına rağmen yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen kardeşlerim Ayşe ALUŞ, Yadigar Aluş, Şeyhmus ALUŞ, Hıdır ALUŞ ve ailelerine,

Her zaman yanımda olup, göstermiş olduğu sabır ve anlayış için canım oğlum Hakan ve eşi Esra SELÇUKKAYA'ya,

Varlığı ile beni güçlendiren, hayatımı anlamlandıran biricik torunlarım Ada Suzan SELÇUKKAYA ve Kaan SELÇUKKAYA'ya

Araştırmama katılan tüm hastalara en içten dileklerle teşekkür eder, saygılarımı sunarım...

Süzan ALUŞ SELÇUKKAYA

CERRAHİ HASTALARINDA AMELİYAT ÖNCESİ SİGARAYI BIRAKMA SÜRESİNİN ANESTEZİ SONRASI BAKIM ÜNİTESİNDE OKSİJENASYONA VE UYANMA DURUMUNA ETKİSİ

ÖZET

Bu araştırma, sigara kullanan hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

İstanbul Anadolu yakasında Şubat, Mart ve Nisan 2016 tarihleri arasında bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde Cerrahi Kliniğine ameliyat olmak üzere yatan, sigara içen, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri 251 hasta değerlendirme kapsamına alınmıştır. Araştırma verileri, SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (yüzde, ortalama, standart sapma) yanında, gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, Man Whitney-U testi ve Kruskall Wallis testi kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda, sigara kullanan hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisinin olduğu, uyanma sürecinde hastaların 168'i (% 66,9) yoğun sekresyon ve 129'u (% 51,4) öksürük sorunu yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların uyanma süresinin ortalama $30,220 \pm 9,517$ dakika, ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresinin ortalama $20,860 \pm 6,347$ dakika, anestezi sonrası servise gönderilme süreleri ortalama $33,330 \pm 10,107$ dakika olarak saptanmıştır.

Sağlık sorunu yaşayan hastaların uyanma süresi puanları ($x = 30,970$), yaşamayan hastaların uyanma süresi puanlarından ($x = 28,360$) daha yüksek bulunmuştur. Sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi puanları ($x = 21,410$), yaşamayan hastaların ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından ($x = 19,500$) daha yüksek bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı deneyen hastaların uyanma süresi

puanları ($x = 31,360$), denemeyen hastaların uyanma süresi puanlarından ($x = 28,230$) daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışma ile araştırma kapsamına alınan hastaların cerrahi girişim öncesinde sigaranın bırakılması konusunda ve sigaranın neden olabileceği komplikasyonlar hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Sigara kullanımına bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek için, hastaların sigara içme davranışlarının ayrıntılı bir şekilde sorgulanması, sigara içme davranışlarının değiştirilmesi ve bilinçlendirilmesi konusunda eğitim ve danışmanlık yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelime: Anestezi, Oksijenasyon, Sigara, Hasta

THE EFFECT OF THE SMOKING CESSATION PERIOD PRIOR TO THE OPERATION ON THE OXYGENATION AND THE STATUS OF SLEEP IN THE POSTOPERATIVE CARE UNIT IN PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY

ABSTRACT

The aim of the present study was to evaluate the effect the smoking cessation period prior to the operation on the oxygenation and the status of sleep in the postoperative care unit in smoker patients.

The study was performed between February and April 2016 at the Department of General Surgery of a foundation university hospital in Istanbul, Anatolia region. There were 251 smoker patients with higher than 18 years old who accepted the participation of the present study. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 was used for statistical analyses. Descriptive statistics (means and standard deviation, medians with interquartile range) were derived. The significance of any difference in median values was explored with the aid of the Mann–Whitney U-test, Chi-square test and The Kruskal–Wallis test.

As a result of the study, it was observed that the oxygenation and awakening status was affected by the smoking cessation period prior to the operation of the smoker patients in the postoperative care unit. In the awakening period, 168 patients (66.9%) had intense secretion and 129 patients (51.4%) had cough.

The mean patient's wake-up time was $30,220 \pm 9,517$ minutes, the mean duration of postoperative normalization of O₂ saturation was $20,860 \pm 6,347$ minutes and the mean delivery time to patient's rooms after anesthesia was $33,330 \pm 10,107$ minutes, respectively.

The scores of recovery time were higher in patients who have smoking-related health problems ($x = 30,970$) than in patients who have no smoking-related health problems ($x = 28,360$). The scores of the duration of postoperative normalization of O₂ saturation were higher in higher in patients who have smoking-related health problems ($x = 21,410$) than in patients who have no smoking-related

health problems ($x = 19,500$). The scores of recovery time were higher in patients attempting to quit smoking ($x = 31,360$) than the others ($x = 28,230$).

All patients should be advised asked in a detailed manner of smoking behavior and it may be advisable to encourage all patients to quit smoking.

Key Words: Anesthesia, Oxygenation, Smoking, Patient



İÇİNDEKİLER

Sayfa

| | |
|---|-------------|
| ONAY SAYFASI | i |
| YEMİN METNİ | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| KISALTMALAR DİZİNİ | x |
| TABLolar DİZİNİ | xi |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Kapsam | 1 |
| 1.2. Amaçlar | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Sigara | 4 |
| 2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kullanımı | 8 |
| 2.1.2. Sigaranın Sağlık Üzerindeki Etkileri | 9 |
| 2.1.3. Sigaranın Solunum Sistemi Üzerindeki Etkisi | 10 |
| 2.1.4. Sigaranın Kalp Damar Sistem Üzerindeki Etkisi | 11 |
| 2.1.5. Sigaranın Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisi..... | 12 |
| 2.1.6. Sigaranın Nöroendokrin Sistem Üzerindeki Etkisi..... | 12 |
| 2.1.7. Sigaranın Psikolojik Etkileri | 13 |
| 2.1.8. Sigara ve Kanser | 14 |
| 2.1.9. Sigara ve Cerrahi | 16 |
| 2.2. Sigaranın Anestezi Üzerindeki Etkisi..... | 17 |
| 2.3. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyon | 17 |
| 2.4. Anestezi Sonrası Uyanma ve Sigara İlişkisi..... | 18 |
| 2.5. Sigaranın Hemşirelik Açısından Önemi | 18 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 20 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 20 |
| 3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi | 20 |
| 3.4. Araştırmanın Amacı | 20 |
| 3.5. Araştırmanın Evren ve Örnekleme..... | 21 |
| 3.6. Verilerin Toplanması..... | 21 |
| 3.6.1. Hasta Bilgilendirme Onam Formu | 21 |
| 3.6.2. Anket Bilgi Formu | 22 |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları | 22 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Yönü | 22 |
| 3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi..... | 22 |
| 4. BULGULAR..... | 24 |
| 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular | 24 |
| 4.2. Hastaların Sigara İçme Özelliklerine İlişkin Bulgular | 25 |
| 4.3. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna İlişkin Bulgular | 28 |
| 4.4. Demografik Özellikler ve Sigara İçmeye İlişkin Özelliklerin Anestezi Sonrası Değişkenler İle Karşılaştırılması | 29 |
| 5. TARTIŞMA | 45 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 57 |
| 6.1. Sonuç | 57 |
| 6.2. Öneriler..... | 59 |
| KAYNAKLAR | 60 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 74 |
| EKLER..... | 75 |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|------------------------|--|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ACHT | : Adrenocorticotrophic Hormon |
| CDC | : Center of Disease for Control and Prevention |
| COHb | : Karboksihemoglobin |
| CO | : Karbonmonoksit |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| KOAH | : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| KYTA | : Küresel Yetişkin Tütün Araştırması |
| PCO₂ | : Kandaki Parsiyel Karbondioksit Basıncı |
| M.Ö. | : Milattan önce |
| MSS | : Merkezi Sinir Sistemi |
| O₂ | : Oksijen |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 2.1. Sigara Dumanında Partikül ve Gaz Halinde Bulunan Bazı Maddeler | 7 |
| Tablo 2.2. Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar | 8 |
| Tablo 2.3. Dünya’da Tütün Ürünü Kullanım Oranları..... | 10 |
| Tablo 2.4. Sigara Kullanımı ile İlgili Geliştirilen Psikososyal Kuramlar | 14 |
| Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı | 24 |
| Tablo 4.2. Hastaların Günlük İçtikleri Sigara Adedi, Sigara İçme Süreleri, Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu, Bırakma Sürelerinin Nedenlerinin Dağılımı | 25 |
| Tablo 4.2.1. Hastaların Sigaraya Bağlı Sağlık Sorunu Yaşama Durumunun Dağılımı | 26 |
| Tablo 4.2.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Sigara İçmeyi Kesme Durumunun Dağılımı | 27 |
| Tablo 4.2.3. Hastaların Sigara İçmeyi Kesme Nedeni ve Ameliyattan Önce En Son Sigara İçme Zamanı Dağılımı | 27 |
| Tablo 4.3. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Sigaranın Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna İlişkin Bulgular | 28 |
| Tablo 4.3.1. Anestezi Sonrası Geçen Sürelerin Sigara İlişkili Ortalama Dağılımı .. | 28 |
| Tablo 4.4. Hastaların Yaş, Cinsiyetin ve Günlük İçilen Sigara Adedinin Uyanma Sürecinde Yaşanan Öksürük Durumu ile İlişkileri | 29 |
| Tablo 4.4.1. Sigara İçme Süresi, Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu ve Bırakılma Süresinin Uyanma Sürecinde Yaşanan Öksürük Durumu ile İlişkileri | 30 |
| Tablo 4.4.2. Hastaların Sigaraya Bağlı Sağlık Sorunu Yaşama, Ameliyat Öncesi Sigara Kesme Durumları ile Uyanma Sürecinde Öksürük Durumu ile İlişkileri | 31 |
| Tablo 4.4.3. Hastaların Yaş ve Cinsiyetin Uyanma Sürecinde Yaşanan Yoğun Sekresyon Durumu ile İlişkileri | 32 |
| Tablo 4.4.4. Hastaların Günlük İçilen Sigara Adedi, Sigara İçme Süresi ve Ameliyat Öncesi Sigara Bırakma Süresi ile Uyanma Sürecinde Yaşanan Yoğun Sekresyon Durumu ile İlişkileri | 33 |

| | |
|---|----|
| Tablo 4.4.5. Demografik Özellikler ve Sigara İçmeye İlişkin Özelliklerin Uyanma Sürecinde Yaşanan Kusma Durumuna Göre Dağılımı | 35 |
| Tablo 4.4.6. Günlük İçilen Sigara Adedinin Anestezi Sonrası Hastaların Uyanma Süresi, O ₂ Satürasyonu, Servise Gönderilme Sürelerine Göre Dağılımı | 36 |
| Tablo 4.4.7. Sigara Bırakma Süresinin, Anestezi Sonrası Geçen Sürenin Uyanma Süresine, O ₂ Satürasyonu Süresi, Servise Gönderiliş Süresine Göre Ortalama Dağılımı | 37 |
| Tablo 4.4.8. Sigara İçme Süresinin, Anestezi Sonrası Uyanma Süresine, O ₂ Satürasyonu Süresi, Servise Gönderiliş Süresine Göre Ortalama Dağılımı | 38 |
| Tablo 4.4.9. Anestezi Sonrası Uyanma Süresi, O ₂ Satürasyonu, Servise Gönderiliş Sürelerinin Yaşa Göre Dağılımı..... | 40 |
| Tablo 4.4.10. Anestezi Sonrası Uyanma Süresi, O ₂ Satürasyonu, Servise Gönderiliş Sürelerinin Cinsiyete Göre İlişkisi | 41 |
| Tablo 4.4.11. Anestezi Sonrası Uyanma Süresi, O ₂ Satürasyonu, Servise Gönderiliş Sürelerin Ameliyat Öncesi Sigara İçmeyi Kesme Durumu ile İlişkisi (n=251) | 41 |
| Tablo 4.4.12. Anestezi Sonrası Geçen Sürelerin, Sigaraya Bağlı Sağlık Sorunu Yaşama Durumu ile İlişkileri | 42 |
| Tablo 4.4.13. Anestezi Sonrası Geçen Sürelerin Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu ile İlişkileri | 43 |

1. GİRİŞ

1.1. Kapsam

Dünya’da ve Türkiye’de önemli bireysel alışkanlıkların başında gelen sigara kullanımı, ekonomik ve sosyal bir sorun olmakla birlikte, birey ve toplum sağlığı açısından bakıldığında, önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1948’deki kuruluş anayasasına göre, ‘‘sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir’’ şeklinde yapılan sağlığın tanımı, insanın bireysel, toplumsal ve çevresiyle tam bir uyum içinde sağlıklı kabul edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Keskin 2006’da, insan yaşamını tehdit eden ve erken ölümlere neden olan sigara sorunu, dünyanın önemli ve acil çözüm bekleyen sağlık sorunlarından biri olduğunu belirtmiştir (1-5).

DSÖ, sigara alışkanlığının ve sigaraya bağlı hastalıkların salgın hale geldiğini 1979 eksperler komitesinin raporu ‘‘Sigara Tutsaklığı Salgınlarının Kontrolü’’ başlığı ile yayınlanarak vurgulamıştır. Sigaraya bağlı erken ölüm ve sakatlıkların artmasının yanı sıra sigaranın zararları hakkında yapılan çalışmalar, sigara karşıtı kampanyalar, hukuki düzenlemeler, gelişmiş ülkelerde sigara konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve zararlı maddelerin üretiminin kısıtlanması sigara tüketimini azaltmaktadır (3,6-8).

Tütün ve tütün ürünlerinin, zararları bilinmesine karşın kullanımı hızla artış göstermekte olup dünya genelinde ortalama olarak iki erkekten biri ve beş kadından biri tütün kullandığı görülmektedir. Bir çok hastalığın ortaya çıkmasında risk faktörü olan sigara kullanma oranının ABD 1965’te %42.4 iken 1995 yılında %24.7’ye düşmüş olmasına karşın halen büyük problem olarak önemini sürdürmektedir. DSÖ verilerine göre dünyada sigara içme alışkanlığı %7.1’lik artışla kadınlarda %12, erkeklerde %47’ye yükselmiştir. Belirtilen sayı 15 yaş ve üzeri dünya nüfusunun 1/3’nü oluşturmakta olup, 700 milyonu erkek olan sigara içicilerinin 800 milyonu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Sigara kullanımının devam etmesi

durumunda, 2025 yılında 1.7 milyar kişinin sigara içicisi olacağı tahmin edilmektedir (2-4,8,9).

Sigara, en sık görülen ölümcül hastalıklardan; akciğer, özofagus, meme, böbrek, mide ve pankreas kanseri, koroner kalp hastalığı, aort anevrizması, myokard dejenerasyonu, ateroskleroz, bronşit, amfizem, pnömoni, peptik ulkusun etkenidir (10). Dünyada, 1990'da tütünle ilgili nedenlerden ölümler 3 milyon kişi, 2000'de 4.83 milyon kişi, 2008'de her 10 kişiden biri olmak üzere her yıl yaklaşık 5.5 milyon kişi sigaranın neden olduğu hastalıklar sonucunda yaşamını kaybettiği, bunun 1.9 milyonu gelişmiş ülkelerde olduğu görülmektedir. 2020 yılında 8.4 milyon ve 21. yüzyılda ise bu sayının bir milyar kişi olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde sigaraya bağlı ölüm artış hızı kadınlarda artarken, erkeklerde azalmaktadır. Türkiye'de yılda 100 bin kişi sigara içme nedeniyle erken ölmektedir. Tütüne bağlı ölümlerin %80'nin gelişmekte olan toplumlarda olduğu görülmektedir (3,6,8,11-15).

İçerisinde kalp krizini tetikleyici ve tansiyonu yükseltici maddeler bulunan sigara, damar daralması ve damarların sertleşmesi ile birleşince anestezi açısından büyük risk oluşturmaktadır. Kanda oksijen taşınmasını azaltması sonucu, dokularda kanlanma ve oksijenizasyonu bozarak kalp krizi riskini artırmakta ve yara iyileşmesini olumsuz etkilemektedir. Uzun süre sigara kullanılması sonucunda yıpranan damar sistemi tıkanıklıklara, kanamalara ve beyin kanaması gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Anestezi uygulama ve uyanma sırasında hava yolu spazmı gelişme riski genç ve sigara kullanan hastalarda daha yüksektir. Yaşlı ve sigara kullanan hastada akciğer dokusu gaz değişim özelliğini kaybettiği için anestezi yönünden ameliyat öncesi ve sonrası büyük risk taşımaktadır. Enfeksiyon ve yaranın geç iyileşmesinde etken olan sigara, içenlerde daha fazla olduğu ve bu risklerin kronik hastalığı olmayan hastalarda da görüldüğü saptanmıştır (16-19).

Uygulanacak cerrahi girişim sonrasında gelişecek komplikasyonları önlemek için; sigaranın 12 saat önce bırakılması, karboksihemoglobin düzeyini azaltarak miyokardın oksijenlenmesini sağlar. 24 saat önce bırakılması, nikotinin kan basıncı, kalp hızı ve periferik vazokonstriksiyon üzerindeki olumsuz etkilerini azaltır. Bir

hafta önce bırakılması, siliar fonksiyonlarda iyileşme sağlar. 6 hafta önce bırakılması, balgam miktarında azalma, küçük hava yolları fonksiyonlarında gelişme ve solunum komplikasyonlarında azalma sağlar. 8 hafta önce bırakılması, pulmoner enfeksiyon riskini azaltır, yara iyileşme komplikasyonlarını, ilaç metabolizmasındaki etkisini azaltır ve immün sistemin normale dönmesini sağlamaktadır (16,20-22).

1.2. Amaçlar

Bu araştırma; sigara içen hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla yanıtlanacak sorular şunlardır:

- Hastaların ameliyat öncesinde sigara içmeyi bırakma ve bırakmama nedenleri nelerdir?
- Hastalar, ameliyat öncesinde sigara içmeyi ne kadar sürede bırakmışlardır?
- Hastaların sigara içmeyi bırakma durumları ile ilişkili sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Hastaların ameliyat öncesi sigara içmeyi bırakma sürelerinin oksijenizasyon ve anestezi sonrası uyanma durumuna etkileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara

Tütün: kökeni Güney Amerika ve Avustralya kıtaları olan, %90'ı '*nikotiana tabaccum*' cinsi bitkiden ve diğer bir çok katkı maddesi birleşiminden 65 ayrı türde elde edilen geniş bir yetiştirme alanına sahip tarımsal bir üründür. Yetiştirilmesinde özel bilgi ve beceri isteyen tütün, *nikotiana tabaccum* bitki çeşidinin özel kurutulmuş yapraklarıdır ve bu yaprakların toplanması aşamasında gösterilen özen tütün kalitesini etkilemektedir. Toplanan yaprağın kuru veya yeşil olması tütün dumanının alkali veya asit olma özelliğini etkiler ve alkali reaksiyon veren tütün Puro ve pipo, asit reaksiyon veren tütün ise sigara yapımında kullanılmaktadır. Türkiye'de Ege, Karadeniz, Marmara, Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde tütün yetiştirilmektedir (1,11,23-25).

Tütünün, milattan önce (M.Ö.) 6000'li yıllardan beri var olduğu düşünülmektedir. Chiaps tarafından Meksika Palangue'de yapılan arkeolojik incelemeler sonucunda; Maya uygarlığına ait taşlar üzerinde pipoya benzer resimlerin bulunması, o dönemlerde pipo ile tütün içildiğini düşündürmektedir. Amerika'nın keşfinden önce Amerika kıtasında yerliler tarafından tütürülmek, buruna çekmek ve ağızda çiğnemek suretiyle kullanılan tütün bitkisi ile Avrupalılar 1492 yılında Amerika kıtasının Christopher Columbus tarafından keşfi sonrasında tanışmışlardır. Columbus, yerlilerin tütün içtikleri "Tobacco" saz borusunun ismini bitkiye vermiştir. Amerigo Vespucci; tütün hakkında ilk bilginin verildiği, 1499 yılında yazılan ve 1505 yılında baskısı yapılan kitabında, bizzat gördüğü şeyleri anlatmış ve yerlilerin tütünü nasıl kullandıklarını, bunun tedavi amaçlı olabileceğini belirtmiştir (1,3,25-27).

Portekiz'de Fransa elçisi olarak görev yapan Jean Nicot 1560 yılında Fransa Kraliçesi Catherine Medicis'e tütün tohumu göndermiştir. Saray bahçesine ekilen tohumlar çiçek açtıktan sonra kraliçenin baş ağrısını geçirmesi, buna bağlı olarak da kraliçenin tütüne ilgi göstermesi nedeniyle "Kraliçe otu", Jean Nicot' un bu bitki ile

fazla ilgilenmesi nedeniyle de “Nicotiana” ve 1828’de bulunan alkoloide de “Nicotin” ismi verilmiştir. İspanyollar tarafından 17. yüzyılda İspanya’ya getirilen tütünün, 1830 yılında Fransa’da “Sigara” adı altında üretimine başlanmıştır. 19. yüzyıl başlarında puro olarak kullanılırken, 1980’li yıllarda, sigara yapımında kullanılan makinenin bulunması ile sigara güncel kullanım şeklini almıştır. Tütün yaprağı sigara yapımı dışında; veteriner hekimlikte, tıpta, ilaç yapımında, tarımda, ve özellikle pipo, puro, nargile, keyif verici madde olarak kullanılmaya başlanmıştır (1,3,26,28,29).

Tütünün, Türkler tarafından bilinmesi 1580-1603 yılları arasındaki döneme rastladığı, Avrupa’da kullanılmasından 50 yıl sonra Türkiye’de kullanılmaya başladığı bildirilmektedir. Kanuni Sultan Süleyman’ın ölümünden sonra Padişah I. Ahmet zamanında; İspanyol Venedikli, Hollandalı ve İngiliz denizciler tütün kullanma alışkanlığını İstanbul’a taşımışlar. Türkiye’de tanınmasından sonra ekonomik ve sosyal anlamda önem verilen tütün 1687’de üretilmeye başlanmıştır. Türkiye; dünya tütün üretiminin %1.7’sini karşılayan aromalı, ince yapraklı, kaliteli, şark tipi tütünü %25’lik oranında yetiştirmekte ve bunu %90 oranında sigara yapımında kullanmaktadır. Tütün üretimi ve satışı 1980 yılına kadar devlet kontrolünde olup, 1984 yılından sonra üretimi ve satışı yabancı tütün şirketlerine devredilmiştir (11,30-34).

Tütünün sağlığa zararlarından ilk kez 1665’te Simonis Paulli tarafından söz edilmiş, 1676’da New France Kolonisinde sigaranın perakende satışı, sokakta tütün kullanmak ve tütün taşımak yasaklanmıştır. 1761’de İngiliz doktor John Hill, aşırı enfiye kullanımına dikkat “*Cautians Against the immedetrated Use of Snuff*” isimli ilk tütün kanser araştırması olan raporunu yayınlamıştır. Kanada’nın Ontorio bölgesinin rahibi Albert Sims, 1878’de tütün kullanma ve çiğneme günahı ve bu alışkanlıkları bırakmak için etkili tedavi “*The Sin of Tobacco Smoking and Chewing Together With an Effective Cure for These Habbits*” isimli kitabını yayınlamıştır. ABD’de, John Bonsack 1881’de ilk sigara yapan makinenin patentini alıp günde 120.000 sigara üretmeye başlamış, güvenli kibritin icadıyla da sigara tüketiminde patlama yaşanmıştır. Saint John Hastanesi, 1889’da sigaranın zararlarını ve gırtlak

kanserine neden olduğunu anlatan bir kitap yayınlamış; 1891 yılında ise Kanada'nın British Columbia Eyaletinde 15 yaşından küçüklerin tütün içmesi yasaklanmıştır (1).

Kanada, İngiltere ve Amerika, 1903 yılında sigaranın, sağlığa vermiş olduğu zararlar nedeniyle acilen ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Kanada'da; sigaranın yasaklanması için Meclis'ine kanun tasarısı sunulmuş ancak, çıkan I.Dünya Savaşı nedeniyle tasarı askıya alınmıştır. I. ve II. Dünya Savaşlarının olması, tüm ülkeler tarafından cephedeki askerlere, tütün yollama kampanyaları başlatılmasıyla bir yılda tüketilen sigara sayısı milyarları aşmıştır. Sigara ve kanser arasındaki ilişkiyi 1930'da Almanya'nın Köln Üniversite'si bilim adamları istatistiksel olarak ortaya çıkarması, 1938 yılında John Hopkins Üniversitesi doktorlarından Raymond Pearl sigara içenlerin içmeyenlere oranla daha genç yaşta hastalanıp öldüklerini açıklaması, Alman bilim adamları sigara ve kanser konusunu daha derinlemesine inceleyen yeni istatistiksel rapor yayınlaması üzerine Amerikan Kanser Derneği 1944 yılında akciğer kanseri ve sigara arasındaki ilişkinin henüz kesinlik kazanmadığını fakat sigaranın sağlığa zararlı olabileceğini bildirip, halkını dikkatli olunması yönünde uyarmış, Kanadalı Dr. Norman Delarue 1947'de akciğer kanseri hastalarından %90'nın sigara tiryakisi olduğunu gösteren araştırmanın sonuçlarını yayınlamıştır (1,3,26,35).

İnsanlar tarafından nargile, puro, pipo, tütsü, çiğneme, enfiye ve nikotin preparatları şeklinde farklı olarak kullanılan tütünün kendisinden çok, dumanı sağlığa zararlıdır. Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin 2003 yılında hazırlanan raporunda sigara dumanı, "Grup 1 karsinojen" olarak kabul edilmiştir. (23,27,29,36).

Yanan sigara dumanı partikül ve gaz fazı halinde açığa çıkmaktadır. Partikül fazında bulunan maddelerden; katran, aromatik hidrokarbonlar kanser yapıcı etki göstermekte, nikotin sinir sistemini uyararak bağımlılığa neden olmakta, sigara dumanında gaz halinde bulunan aldehit, acrolein, siyanür irritan, pro-inflamatuvar ve silitoksik etki gösterirken, hidrazin ve vinil klörür gibi gazlar karsinojenik etki yaratmaktadır. **Tablo 2.1** (36).

Tablo 2.1. Sigara Dumanında Partikül ve Gaz Halinde Bulunan Bazı Maddeler

| MADDE | İrritan | Mutajenik/ Karsinojenik | Silitoksik | Pro- İnflamatuar | Tümör Hızlanması | Bağımlılık Yapar | Hemoglobin Yapısını Bozar |
|------------------------------------|---------|----------------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|
| PARTİKÜL FAZINDAKİ MADDELER | | | | | | | |
| <i>Katran</i> | | + | | | | | |
| <i>Nikotin</i> | | | | | | + | |
| <i>Aromatik Hidrokarbonlar</i> | | + | | | | | |
| <i>Fenol</i> | + | + | | | | | |
| <i>Kresol</i> | + | + | | | | | |
| <i>Benzo(a)piren</i> | | + | | | | | |
| <i>Catechol</i> | | + | | | | | |
| <i>İnhole</i> | | | | | + | | |
| <i>Karbazol</i> | | | | | + | | |
| GAZ FAZINDAKİ MADDELER | | | | | | | |
| <i>Karbonmonoksit</i> | | | | | | | + |
| <i>Nitrojen Oksidler</i> | + | | + | + | | | |
| <i>Aldehitler</i> | + | | + | + | | | |
| <i>Siyanur Asidi</i> | + | | + | + | | | |
| <i>Acrolein</i> | + | | + | + | | | |
| <i>Amonyak</i> | + | | + | + | | | |
| <i>Nitrosaminler</i> | | + | | | | | |
| <i>Hidrazin</i> | | + | | | | | |
| <i>Vinil Klorür</i> | | + | | | | | |

Nikotin; sigara içilerek vücuda alındığında koroner arter hastalıkları ve periferik vazokonstriksiyon oluşturmada önemli bir faktördür. Sigara dumanı solunum yoluyla alındığında ortalama %4 oranında karbonmonoksit vücuda girer ve sigara içenlerin kanında karboksihemoglobin (COHb) miktarı %10'a kadar ulaşır. COHb'nin artması O₂ difüzyonunu azaltır ve efor aktivitelerinin bozulmasına neden olur (10,36,37).

Sigara, özellikle uzun süre kullanıldığında tüm organ ve sistemleri etkilemekte ve bu etkiler sonucunda akciğer, özefagus, pankreas ve mide kanseri, koroner kalp hastalığı, aort anevrizması, myokard dejenerasyonu, ateroskleroz,

anfizem, bronşit, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalığa neden olmaktadır. **Tablo 2.2** (2,10).

Tablo 2.2. Sigaraya Bağlı Ölümcül Hastalıklar

| SİGARA | KANSER | KALP DAMAR HASTALIKLAR | DİĞER |
|---------------|-----------------|-------------------------------|---------------------|
| | <i>Akciğer</i> | <i>Koroner Kalp Hastalığı</i> | <i>Bronşit</i> |
| | <i>Böbrek</i> | <i>Aort Anevrizması</i> | <i>Anfizem</i> |
| | <i>Mide</i> | <i>Myokard Dejenerasyonu</i> | <i>Pnömoni</i> |
| | <i>Pankreas</i> | <i>Ateroskleroz</i> | <i>Peptik Ulkus</i> |
| | <i>Meme</i> | - | - |
| | <i>Özafagus</i> | - | - |

2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Kullanımı

Dünyada genelinde 1.5 milyar civarında kişi tarafından kullanılmakta olan tütün ve tütün ürünleri; bağımlılık yapmakta ve dumanına maruz kalma nedeniyle her yıl binlerce insanın sağlığını kaybetmesine ve ölümüne neden olmaktadır. DSÖ, dünyada sigara içme oranları incelendiğinde, erkeklerin sigara içme oranı kadınlara göre daha yüksek olduğu, gelişmiş ülkelerde ise kadınların tütün kullanımının, az gelişmiş ülkelerdeki kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir. En yüksek sigara içme oranının Batı Pasifik Bölgesi’nde %46 oranı ile erkeklerde, Avrupa Bölgesi’nde %20 oranı ile kadınlarda olduğu bildirilmektedir (37-42).

DSÖ’nün 1990 yılında yaptığı sigara kullanım sıklığına ilişkin çalışmada, gelişmiş ülkelerde kadınlarda %24, erkeklerde %42, gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda %7, erkeklerde %48 oranında olduğu görülmektedir.. Sigara içen

çocuklardan dörtte birinin ilk sigarasını on yaşına gelmeden içtiği ve sigara içme denenmesinin adölesan döneminde oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Dünya’da 14 ülkede 2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalıkları Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC) işbirliği ile yürütülen ‘‘Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’’ (KYTA) çalışmasında; 15 yaş ve üzeri erişkinlerin sigara içme oranı %31,2, sigara içme sıklığı ise erkeklerde %47,9, kadınlarda %15,2 olarak bulunmuştur. Her gün dünyada 80-100 bin gencin tütün bağımlısı olduğu ve Avrupa genelindeki 51 ülkede 1.2 milyon kişinin sigaranın neden olduğu hastalıklardan yaşamını kaybettiği görülmüştür (11,32-34,43-48).

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2008 yılında ve DSÖ, CDC ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan çalışmada Türkiye’de toplam olarak 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmakta olduğu ve kullanma yaygınlığının erkeklerde %41,5, kadınlarda %13,1 aralığında bulunmuştur. DSÖ Küresel Tütün Salgını 2009 raporuna göre, Türkiye’de 13-15 yaş arası erkek çocukların %11.1’i, kız çocukların %4.4’ü ve yetişkinlerin %33.4’ü sigara kullandığı saptanmıştır. Emri ve diğerleri (2002); Türkiye genelinde 15 yaş üstü erişkinlerde sigara içme sıklığını ortalama %35.8, kadınlarda %10.9, erkeklerde %50.9, üniversite öğrencilerinde %21.2-48.2 aralığında, ortaokul ve lise öğrencilerinde ise %10-43 aralığında olarak saptamıştır. Türkkan (2008) Sigaranın, Türkiye’de 70.000-100.000 kişinin ölümüne neden olduğu ve tüm ölümlerin %14’ünü oluşturduğu bildirilmiştir (37-42).

2.1.2. Sigaranın Sağlık Üzerindeki Etkileri

Sigara kullanımı, morbidite ve mortalitenin gelişmesinde önemli faktördür. Kullanılan her bir sigara yaşam süresini 5,5 dakika kısalttığı ve düzenli sigara kullanımının yaşam süresinde 5-8 yıllık bir azalmaya yol açtığı bildirilmiştir. Koroner kalp hastalıklarından ve kanserden ölümlerin %30’nun, akciğer kanserlerinin %80’nin meydana geliş nedenidir. Sigara, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA), amfizem, kronik bronşitin meydana gelmesine neden olmaktadır. Tüm ülkelerde 4.9 milyon kişi, Avrupa’da 1.2 milyon kişi, Türkiye’de

70.000 kişi her yıl sigara nedeniyle ölmektedir. Bu sayı tüm ölümlerin %14'ünü kapsamaktadır (49-51).

Dünyanın birçok ülkesinde tütün kullanımı erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Bu durum yetişkin ve adölesanlarda benzer durumdadır. Yunanistan, Bulgaristan, Tunus, Türkiye'de yetişkinlerde tütün kullanımı yüksek olup özellikle Tunus ve Türkiye'de kadın ve erkek yetişkinler arasındaki fark oldukça yüksektir. **Tablo 2.3** (52).

Tablo 2.3. Dünya' da Tütün Ürünü Kullanım Oranları

| ÜLKE | YETİŞKİNLERDE | | ADÖLESANLARDA | |
|------------------------|--|-----------|--|-----------|
| | Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullanımı (%) | | Herhangi Bir Tütün Ürünü Kullanımı (%) | |
| | 2009 | | 2005-2010 | |
| | ERKEK | KADIN | ERKEK | KADIN |
| <i>Bulgaristan</i> | 48 | 27 | 26 | 32 |
| <i>Çek Cumhuriyeti</i> | 43 | 31 | 36 | 34 |
| <i>Yunanistan</i> | 63 | 41 | 17 | 14 |
| <i>Yeni Zelanda</i> | 27 | 24 | 19 | 22 |
| <i>Güney Afrika</i> | 24 | 8 | 29 | 20 |
| <i>Tunus</i> | 58 | 5 | 20 | 4 |
| <i>Türkiye</i> | 47 | 15 | 14 | 7 |
| <i>Amerika</i> | 33 | 25 | 15 | 11 |
| <i>Yemen</i> | 35 | 11 | 15 | 11 |

2.1.3. Sigaranın Solunum Sistemi Üzerindeki Etkisi

Solunum sistemi; oksijenin alınıp karbondioksitin atılmasını sağlayan sistemdir. Ventilasyon-perfüzyon oranının bozulması sonucu oluşan KOAH, akciğer kanseri ve periferik aterosklerozun oluşmasında ana neden olan sigara, solunum sisteminde birçok organı etkileyerek pulmoner komplikasyon oluşumunu 4 kat

artırmaktadır. Akciğerin immün sistemini, hava yollarını, kapilleri ve alveolleri etkiler. Balgamı olan ve öksüren kişilerde pulmoner fonksiyon azalır. Solunum yolu tıkanması, semptomatik kronik akciğer hastalığı ortaya çıkma riskini artırır (10,18,23,53,54).

Zehirli ve tahriş edici kimyasal maddelerin solunum yoluyla alınması akciğer hasarı, hava yollarında inflamasyon, ülserasyon ve metaplezi gelişmesine neden olur. Akciğer hastalıklarının meydana gelmesinde sigaranın diğer etkileri; oksidatif stres, kalıcı havayolu hastalıkları, pnömoni, ateletazi ve solunum fonksiyonlarında yetersizlik olarak sıralanabilir. Sigaranın; kadınlarda ve erkeklerde akciğer kanseri türleri olan epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom oluşumunun başlıca nedeni olduğu kanıtlanmıştır (11,55-58).

Gelişmiş ülkelerde, özellikle pulmoner fonksiyonların hızla azalmasına neden olan sigara içimi KOAH gelişiminde temel risk faktörü olup, mortalite ve morbidite oranını arttıran en önemli nedenlerdendir. Tüm sigara kullananlarda %50 oranında bronşit, %15-20 oranında KOAH gelişmektedir. Pasif sigara içiciliğinin de KOAH gelişmesine etken olabileceği ve sigara dumanının astım için önemli neden olduğu belirtilmektedir.. "Surgeon General" 1964 yılı raporunda sigaranın, akciğer kanserinin gelişmesinde etken olduğu belirtilmiştir (10,18,23,25,59,60).

2.1.4. Sigaranın Kalp Damar Sistem Üzerindeki Etkisi

Kalp damar hastalıkları; dolaşım sistemini etkileyen herhangi bir hastalığı tanımlamaktadır. Sigara, kalp ve damar sisteminde ölümler içinde koroner kalp hastalıkları birinci %54, serebrovasküler sistem hastalıkları ikinci %25 nedenler arasında olup, pasif içicilikte koroner kalp hastalığı riskinin %25-30 oranları arasında artmasına neden olmaktadır. Kalp damar sistemine etki eden nikotin ve karbonmonoksit koroner kalp hastalığı oluşma riskini artırmakta ve gelişen ani ölümlerin oluşmasına neden olmaktadır. Nikotin ve CO kalbin O₂ ihtiyacını temin etmesini olumsuz yönde etkilemesi, epikardiyal arterlerde konstrüksiyona yol açarak damarların sertleşip daralmasına ve koroner kan akımının azalmasına neden

olmaktadır. Dokularda O₂ eksikliğinde, nikotinin etkisiyle kalp atımının hızlanması kan basıncını yükseltir ve dokuların O₂ gereksinimi karşılanmaya çalışılır (61-65).

Koroner kalp damar hastalığı oluşma riski sigara içen kişilerde daha çok artarken, sigara bırakıldıktan sonra ise koroner kalp damar hastalığından ölüm riski ilk bir yılda azalma görülmektedir. Sigaranın içinde bulunan nikotin, kalp krizi ve inmelere sebep olan pıhtı oluşumuna yol açar. Sigara ile birlikte hipertansiyon, sedanter yaşam, şişmanlık, anne-babada hastalık bulunma durumu ve intrakranial karotid arterlerde ateroskleroz oluşumuna neden olan tromboz, tromboemboli ve kanama gibi ve serebrovasküler hastalıkların genç yaşta oluşma riskinin arttığı bildirilmiştir (23,34,66-68).

2.1.5. Sigaranın Gastrointestinal Sistem Üzerindeki Etkisi

Tütün ürünlerinin kullanımı sonucu peptik ülserin gelişme riski, gastrointestinal sistemde meydana gelen önemli sağlık problemidir. Sigara içimi gastrik volümü ve gastrik sekresyonların pH' nı etkilemez ancak gastroözefageal sfinkter fonksiyonunu bozarak reflü oluşumuna ve pulmoner aspirasyon riskine yol açmaktadır. Nikotin parasempatik gangliyonları uyararak mide asit salgısını artırır. Pankreas bikarbonatının sekresyonunu azaltarak duodenumda mide asidinin nötralizasyonunu azaltır. Midede koruyucu prostaglandin sentezini baskılar. Sigara içiminin bırakılmasıyla iyileşme hızlanmakta ve komplikasyonlar azalmaktadır (23,25,55,65).

2.1.6. Sigaranın Nöroendokrin Sistem Üzerindeki Etkisi

Endokrin sistem; iç salgı bezlerinin oluşturduğu bir sistemdir (Hipofiz, tiroit, paratiroit, epifiz ve böbreküstü bezleri, iç salgı bezleri). Tütünün bağımlılık yapıcı ana maddesi nikotindir. Merkezi sinir sistemini (MSS) etkileyerek biyokimyasal ve fizyolojik fonksiyonları olumsuz yönde etkilemektedir. Sigara içmenin hormon salgısı üzerine birden fazla etkisi vardır. Bunlar, nikotinin farmakolojik etkisi ve toksinler (tiosiyanat) tarafından meydana gelen etkilerdir. Nikotin solunum yoluyla

hızla kan dolaşımına geçerek uyarıcı görevi yapan merkezi sinir sistemine ulaşır. Beyindeki nikotin, MSS'de ve periferik sinir sisteminde bulunan transmembran ligand-kapılı iyon-kanal proteinlerinin nikotinic asetilkolin reseptörlerine bağlanarak harekete geçirir. Kronik sigara içicileri, sigara içmeyi bıraktıklarında ilk 24 saat içinde aşırı şekilde nikotine ihtiyaç duymaktadırlar. Eksikliği duyulan nikotini alma isteği ile birlikte endişe, kızgınlık, öfke, huzursuzluk, adaptasyon güçlüğü, kalp atışında azalma, iştahta artma gibi durumlardan bir kaçını birlikte yaşamaktadır (23,25,69-73).

2.1.7. Sigaranın Psikolojik Etkileri

Sigara, kullanma nedenleri açısından önemli psikososyal sorunu olan ve içinde birçok toksik maddeden biri olan nikotin, fiziksel ve psikolojik bağımlılığa, özellikle de yoksunluk bulgularına neden olmaktadır. Esrardan 8 kat daha fazla bağımlılık yapan nikotin, sigara kullanan kişilerde, 2 saat içinde ortaya çıkan, 24-48 saat sonra şiddeti artan ve ortalama 15. günde azalan bu yoksunluk belirtileri bağımlıların sigarayı bırakamamasında önemli faktördür. Nikotin bağımlılığı, sigara içme isteğinin sürdürülmesinde ve tedavi girişimlerinin genel başarısızlığında birinci neden oluş nedeni alışkanlığın, %40 oranında 15-19 yaşlarında sigara içmeye başlanmış olmasıdır. Sigaranın kullanımı ile ilgili geliştirilen psikososyal kuramlar mevcuttur. Bu kuramlar sigara içmenin bir alışkanlık olduğunu ve kişilerin belli bir bilinçle zararlarının farkında olarak kullandıklarını vurgulamaktadır. Sigara kullanımı ile ilgili geliştirilen psikososyal kuramlar **Tablo 2.4'te** gösterilmektedir (29,41,50,74-77).

Tablo 2.4. Sigara Kullanımı İle İlgili Geliştirilen Psikososyal Kuramlar

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><u>I. KURAM</u></p> <p style="text-align: center;">Sigara içimi bir alışkanlıktır.</p> | <p style="text-align: center;"><u>II. KURAM</u></p> <p>Sigara içmek çocukluktan beri bilinç altında yatan ve rasyonel bir durum haline dönüştürülemeyen istekler sonucu oluşmaktadır.</p> |
| <p style="text-align: center;"><u>III. KURAM</u></p> <p>Sigara içme davranışının, düşük derecede benlik kontrolünün olması sonucunda kişilerin yenilik ve heyecan aramasıyla ortaya çıkmaktadır.</p> | <p style="text-align: center;"><u>IV. KURAM</u></p> <p>Sigara içmenin; kişinin seçimi olduğu, sigaranın yarar ve zararlarını bilerek kullanmaya devam etmektedirler.</p> |

Biyokimyasal kuramda; uzun süre kalıcı nikotin alımı nöroadaptasyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Nikotin, hücre dışında dopamin miktarının artmasına neden olarak haz duygusunun oluşmasını sağlamaktadır. Sigaranın uzun süreli içiminde, beynin haz duygusunu azaltmakta, içilmediğinde ise yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. 24 saat içerisinde sigaranın içilmemesi veya azaltılması durumunda; depresyon, uykusuzluk, sinirlenme-öfkelenme, alınganlık, anksiyete, adaptasyon eksikliği, huzursuzluk, kalp hızında artma ve kilo alma gibi belirtilerden dört veya daha fazlası ortaya çıkmaktadır. Sigara içildiğinde kandaki nikotin seviyesi yükselmekte ve başlangıçta yaşanan haz duygusu yeniden yaşanarak fiziksel ve psikolojik bağımlılığın oluşması için zemin oluşmaktadır (29,37,74,75,78,79).

2.1.8. Sigara ve Kanser

Kanser, bir organdaki hücrelerin kontrolsüz şekilde genetik özellikleri değişime uğrayarak çoğalan ve tedavi edilmediği durumda vücutta yayılarak hızlı şekilde ölümle sonuçlanan bir hastalıktır. Akut myeloid lösemi, mesane, pankreas,

baş ve boyun, üriner sistem ve akciğer kanserlerinde ölüm riskini artırmakla birlikte akciğer kanserinden ölümlerde birinci sırada yer almaktadır (80-84).

Akciğer kanseri; içerisinde nikotin, katran ve daha birçok karsinojen madde bulunan tütünün içimi sonucu görülen kanser türüdür. Akciğer kanseri gelişme riski; günlük içilen sigara miktarı, sigaranın kaç yıl içildiği, sigara içmeye kaç yaşında başlandığı, filtresiz sigara içme miktarı gibi nedenler etkilemekte ve akciğer kanseri olma riskini 12 ile 22 kat artırmaktadır (23) Sigara içmeyenlere göre akciğer kanserinden ölme riski, sigara içen erkeklerde 23 kat, kadınlarda ise 13 kat daha yüksektir (10,23,80,84-87).

Türkiye’de yapılmış ilk kanser vakaları çalışmasına göre, erkeklerde görülen kanser vakalarının %38.6’sı akciğer kanseridir. Akciğer kanseri üzerine yapılan bir araştırmada %90.4’ü erkek, %9.6’sı kadın ve bu kişiler arasında %79.5’nin küçük hücreli olmayan akciğer kanseri, %20.5’nin küçük hücreli akciğer kanseri taşıdıkları tespit edilmiştir (10,80,86,87).

Bronş karsinomun da ölümlerin %90’ı sigara kullanım sonucu olduğu gösterilmiştir. Bronş karsinomu ilişkili ölüm oranları kadınlarda 13 kat, erkeklerde 23 kat daha yüksektir. Sigara içmeyi pasif içici olarak başkasının içtiği sigaranın dumanına maruz kalındığında ise akciğer kanseri gelişme riski %20-30 kat artmaktadır (23,80,84,88).

Pankreas kanserinin gelişmesinde sigara, içen kişilerde içmeyenlere oranla 2,2 kat daha fazla kanser olma riski vardır. Sigara içen bireylerin pankreas kanserinde, hücrelerde daha fazla mutasyon görülmüştür. Serviks kanseri, HPV enfeksiyonundan sonra gelen ikinci önemli risk etkeni sigaradır. Reichert ve arkadaşlarının 2005’te yaptıkları çalışmada sigara içen kadınlarda meme kanseri riskinin daha fazla görüldüğünü saptamışlardır (89-91).

Estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi ameliyatlarında; yara iyileşmesinde risk oranlarının belirgin olarak yüksek olmasına neden olan sigara; enfeksiyon, geç yara iyileşmesi, ciltte izler ve lekeler, protez ameliyatların tekrarı gibi risklere neden olmaktadır. Manassa ve diğ. 2003'te yaptıkları çalışmada karın gerdirme, meme küçültme, meme protezi, yüz gerdirme gibi ameliyatlarda, ameliyat sonrası dönemde sigara içenlerin %47.9'da, içmeyenlerin %14.8'de iyileşme problemi yaşandığını, Sorensen ve diğ. 2002'de sigara içiminin meme kanseri cerrahisinden sonra yara nekrozu ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (92-95).

Sigara, mesane tümörü oluşumunda etken olmasının yanında hastalığın seyrini etkileyen faktördür. Tüm mesane kanserlerinin %30-50 nedeni olan ve mesane kanserinin 3-4 kat artmasına neden olan sigara, kullanan kadın ve erkekte mesane kanseri oluşma riski eşit etkiye sahiptir. Thompson ve diğ. 199'te yaptıkları çalışmada sigara ile tümör sayısı, çapı, derecesi ve evresi arasında ilişki saptanmıştır. Mesane kanseri olan kişilerin %70'i kronik sigara içici oldukları, bunların %50'de yüzeysel mesane tümörü tekrarı geliştiği bildirilmiştir. Tütün kullanımına bağlı mesane kanseri riskinin gelişme oranı erkeklerde %50-65, kadınlarda %20-30 olduğu saptanmıştır. 50 yılda değişen sigara bileşimi ve dumanının bileşenleri bu değişikliklerle birlikte mesane kanseri oluşmasında büyük risk faktörüdür (96-102).

2.1.9. Sigara ve Cerrahi

Cerrahi girişim sonucunda dokularda oluşan yaraların iyileşmesinde olumsuz etkileri olan nikotin, karbonmonoksit ve hidrojen siyanür yara onarımını zayıflatabilecek etkilere sahiptir. Nikotin ciltteki beslenme ve kan akışını azaltan bir vazokonstriktör olup doku iskemisine ve hasar gören dokuların iyileşmesinde gecikmesine neden olur. Kırmızı kan hücrelerinin, fibroblastların ve makrofajların çoğalması, nikotin ile azalır. Karbonmonoksit oksijen taşınımını ve metabolizmasını azaltırken, hidrojen siyanür oksidatif metabolizma ve oksijen taşınımı için hücresel düzeyde gerekli olan enzim sistemlerini engeller (23,103,104).

Hastalık veya cerrahi tekniklerden kaynaklanan yaraların iyileşmesinin gecikmesi; enfeksiyon, flep nekrozu, anastomoz kaçağı ve yaraların gerilme kuvvetinde azalma gibi komplikasyonların oluşmasına neden olan sigaranın, girişim öncesinde azaltılması veya bırakılması yara iyileşmesini olumlu yönde etkilemektedir (103-107).

2.2. Sigaranın Anestezi Üzerindeki Etkisi

Anestezi; güvenli ve ağrısız bir ameliyat için hastanın ilaç yardımıyla (uyku, ağrı, kas gevşemesi) üç komponentin gerçekleşmesi olarak tanımlanmaktadır. Sigara dumanında bulunan bazı bileşenler, anestezi ilaçlarından kas gevşeticiler, sedatif ve hipnotik ilaçlara çeşitli etkileri olduğu bildirilmiştir. Sigaranın içerisinde, kalp krizini tetikleyici ve tansiyonu yükseltici ajanların bulunması anestezi açısından problem oluşturmakta ve sigara içimine bağlı gelişen tansiyon yüksekliği, ateroskleroz, dokularda ve kanda oksijenasyon bozukluğu, beyin kanaması ve kalp krizi riskini artırmaktadır. Anestezi uygulanma aşamasında, hastanın uyuma ve uyanma sürecinde yaşlı hastalarda, akciğer dokusunun gaz değişim özelliğini kaybettiği için sigaranın etkileri çok daha fazla görülmektedir (55,108-112).

Anesteziye etkileyen faktörlerin başında gelen sigara, hava yolu tahrişi nedeniyle laringospazm, bronkospazm, aspirasyon, reentübasyon, hipoventilasyon, hipoksemi görülme riski sigara içenlerde 1,8 kat, genç içicilerde 2.3 kat, obez içicilerde 6.3 kat fazladır. Belirtilen komplikasyonlar, pasif içiciler için de geçerlidir. Anestezi altında alveolo-arteryel PCO₂ farkı sigara kullananlarda üç kat artmıştır. Sigara içen kadınlarda bronkospazm gelişme riski, sigara içen erkeklere göre 25.7 kat daha fazla olduğu, ağrıya toleransın azaldığı ve daha fazla analjeziye gereksinim olduğu belirtilmiştir (55,113-116).

2.3. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyon

Ameliyat sonrası dönemdeki bir takım olumsuz sonuçların ve ölümlerin. ameliyat sonrası bakım ünitesinde kritik solunum düzeyi, üst solunum yolu

tıkanıklığı ve diğer ventilasyon problemleridir. Ameliyattan hemen sonraki dönemde gaz değişiminde bozulmaya neden olan başlıca mekanizmalar, anestezi ilaçlarının etkileri ve klinik uygulamayla ilgili problemlerdir. Genel anestezide opioidlerin, kas gevşetici ilaçların kullanılması anestezik nedenler arasındadır (108,116-120).

2.4. Anestezi Sonrası Uyanma ve Sigara İlişkisi

Anesteziyi etkileyen faktörlerin başında gelen sigara dumanı önemli komplikasyonların gelişmesinde etkindir. Sigara dumanına bağlı olarak hava yolu tahrişi, hastalarda uyanma sırasında bulantı, kusma, öksürük, boğaz ve baş ağrısı, hipoksi gibi komplikasyonların görülme riski daha fazladır (121) ameliyat sonrası bakım ünitesinde sigaranın boğaz ağrısına etkisi, içenlerde %67.5, içmeyenlerde %48.8, ve sigaranın öksürük, bronkospazm, baş ağrısı üzerine etkileri, içenlerde %21.3, içmeyenlerde %1.3 oranında görülmüştür. Anestezi sonrasında uyanma; cerrahi girişim sonunda başlamakta ve 60-90 dakika içinde hastanın sorulara cevap vermesi, reflekslerinin ve kas gücünün tam olarak geri gelmesi beklenmektedir (55,120,122-124).

2.5. Sigaranın Hemşirelik Açısından Önemi

Sigara, gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanılmakta ve bu durum salgın seviyelere ulaşmış, düzenli şekilde kullanımı devam etmiştir. Toplumlarda rol modeli olan hemşirelerin sigara kullanmaları, en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sigaranın zararlı etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarına rağmen hemşirelerde, sigara içme sıklığı yüksek oranlarda saptanmıştır. Dünyada ve Türkiye’de sigara kullanma alışkanlığı bireylerin statüleri, eğitim durumları yükseldikçe ve özellikle kadınlarda hızla arttığı görülmektedir. Bazı ülkelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerin sigara içme oranları; Bosna-Hersek’te %51’i, Yunanistan’da %50’si, Hollanda’da %44’ü, Japonya’da %23.5’i sigara kullanmaktadır (125). Kutlu ve arkadaşları (2005), Türkiye’de yaptıkları çalışmalarında ise hemşirelerin %40.3-68.6 aralığında olup, sigaraya başlama yaşı %84.3 oranı ile 15–24 yaş aralığında olduklarını bildirmişlerdir (125-129).

Hemşirelerin sağlığı koruma, halk sağlığı politikalarını iyileştirmek, sigarayı bırakmada girişimleri artırmak ve hastaların sağlığını etkileme konusunda da önemli rolleri bulunmaktadır. Bu bağlamda, sigara kontrol programlarında, özellikle de sigarayı bırakma müdahalelerinde iyileştirme konusunda dünya çapında hemşirelerin yardımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşireler ayaktan sağlık hizmeti sunumundan yataklı kurumlara kadar bir çok konuda hastalara hızlı ve geniş ulaşımı mevcut olup sigara kullananlarla daha çok temas halindedirler. Hasta ile ilişkilerinde özellikle sigaranın sağlığa ilişkin zararları konusunda danışmanlık ve sigara karşıtı etkinliklerde aktif görev alması gereken hemşireler, en büyük iş gücünü oluşturmaktadırlar. Halka koruyucu ve tedavi edici hizmet verdikleri için, sigara kullanmama konusunda eğitim verme ve özellikle sigara içmeyerek sigara bıraktırma kampanyalarına bizzat katılarak da örnek olmada ilk sıralarda görev almalı ve niteliklerini göstermelidirler. Hemşireler hem sağlık konusunda toplumsal değişime önderlik etmesi hem de sigara salgını ile mücadelede etkin görev alması gerekmektedir (130-133).

Gelişmiş ölkelerde sağlık elemanlarına özel “tütün kontrol programları” ile tedbirler alınırken, hemşireler arasında yüksek oranlarda içilen sigara durumu dikkate alınmalı ve hemşirelik okullarında, mesleğin ilk yıllarında hastanelerde uygulanacak sigara içme yasağına destek verilmesi bildirilmiştir. Sigara salgınından korunabilmek için özellikle hemşirelerin bu konuda daha duyarlı olmalarının ve sigara bağımlılığıyla ilgili daha etkin metodlar uygulamaya konulması gerektiği görölmüştür. Sigara kullanım oranlarını azaltmak amacıyla sigarayı bırakma yöntemleri ve hemşirelerin toplumdaki rolleri hakkında hatırlatıcı ve öğretici hizmet içi eğitim programlarına yer verilmesi, öğrencilik yıllarından itibaren sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda motive edici sürekli eğitim programları uygulanması ve bunlarla birlikte Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde “Sigara Bırakma Polikliniği” oluşturarak sigarayı bırakmak isteyen hem hemşirelere hem de toplumun sigara içen tüm üyelerine tıbbi desteğin sağlanması gerektiği bildirilmiştir (125-127,134,135).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, sigara kullanan hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisinin değerlendirilmesi amacı ile prospektif tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Hastaların ameliyat öncesinde sigara bırakma ve bırakmama nedenleri nelerdir?
- Hastalar, ameliyat öncesinde sigarayı ne kadar sürede bırakmışlardır?
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- Hastaların, ameliyat öncesi sigarayı bırakma sürelerinin anesteziye oksijenasyon ve anesteziye uyanma sürelerine etkileri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, İstanbul Anadolu yakasında Şubat, Mart ve Nisan 2016 tarihleri arasında bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, sigara kullanan hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisinin değerlendirilmesidir.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Şubat, Mart ve Nisan 2016 tarihleri arasında hastanenin Cerrahi Kliniğine ameliyat olmak üzere yatan, sigara içen, 18 yaş ve üzeri cerrahi ve üroloji hastaları oluşturmaktadır. Çalışmayı oluşturan hasta sayısı; 2014 yılı verileri baz alınarak hesaplanmıştır. 2014 yılında hastaneye başvurup ameliyat olan cerrahi hasta sayısı 1004'tür.

Veri sayısı = N (1004 hasta)

Toplam süre = t (12 ay)

İstenen süre = t₁ (3 ay)

Aritmetik ortalama yöntemi ile; $\bar{A} = (N \cdot t_1) / t = 251$ hasta

Araştırmanın örneklemini; Araştırmaya katılmayı kabul eden, sigara içen, 18 yaş ve üzeri 251 hasta oluşturmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışma belirlenen tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, sigara içen, 18 yaş ve üzeri ameliyat olacak hastanın sözlü ve “Hasta Bilgilendirme Onam Formu” (Ek 1) aracılığıyla yazılı onamı alındıktan sonra, araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayalı olarak oluşturulan “Anket Bilgi Formu” (Ek 2) ile toplanmıştır. Anket Bilgi Formu üç bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde genel bilgiler, ikinci bölümde sigara içme durumu ve üçüncü bölümde anestezi sonrası uyanma durumu ile ilgili sorular yer almıştır. Birinci ve ikinci bölüm, ameliyat öncesinde hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle, üçüncü bölüm ise ameliyat sonrası bakım odasında araştırmacı tarafından hasta bilgileri alınarak (O₂ tedavisi, solunum güçlüğü, anesteziden ayılma durumu ve süresi) doldurulmuştur.

3.6.1. Hasta Bilgilendirme Onam Formu

Araştırmaya katılan hastalara imzalatılmıştır.

3.6.2. Anket Bilgi Formu

Anket bilgi formu üç bölümden, toplam 27 sorudan oluşmuştur. Birinci bölüm; hastanın demografik verileri, daha önce ameliyat olma durumu ve hastaneye yatış nedeni ile ilgili 7 sorudan, İkinci bölüm; sigara içme ve bırakma durumu, sigara içme durumunun ameliyat öncesi-sonrası sorun yaşamasına etkisi ile ilgili 15 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ise, hastanın ameliyat sonrası oksijenasyon, anesteziyen uyanma durumunun araştırmacı tarafından gözlemini içeren 5 sorudan oluşmaktadır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, belirli bir zaman diliminde ve sadece tek bir hastanede uygulanmış olup, tüm cerrahi hastalarına genellenememektedir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Onayı ve Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nden gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi uygulanmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Kruskall Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular % 95 güven aralığında, % 5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırma kapsamına alınan hastalardan toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=251)

| DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER | | n | % |
|-----------------------|--------------------------------|------------|-------------|
| Yaş | 18-25 Yaş | 19 | 7,6 |
| | 26-35 Yaş | 33 | 13,1 |
| | 36-45 Yaş | 33 | 13,1 |
| | 46-55 Yaş | 49 | 19,5 |
| | 56-65 Yaş | 54 | 21,5 |
| | 66-75 Yaş | 34 | 13,6 |
| | 75 Yaş Üstü | 29 | 11,6 |
| | Toplam | 251 | 100 |
| Cinsiyet | Kadın | 124 | 49,4 |
| | Erkek | 127 | 50,6 |
| | Toplam | 251 | 100 |
| Öğrenim Durumu | İlköğretim | 93 | 37,1 |
| | Lise | 112 | 44,6 |
| | Lisans | 39 | 15,5 |
| | Lisans Üstü | 7 | 2,8 |
| | Toplam | 251 | 100 |
| Meslek | Memur | 38 | 15,1 |
| | İşçi | 40 | 15,9 |
| | İşsiz | 11 | 4,4 |
| | Serbest meslek (Bağkur) | 88 | 35 |
| | Ev Hanımı | 60 | 24 |
| | Öğrenci | 14 | 5,6 |
| | Toplam | 251 | 100 |

Çalışma gurubundaki hastaların yaş durumlarına göre, en yüksek yaş aralığı %21,5 56-65 yaş olarak dağılmaktadır.

Hastaların cinsiyet durumlarına göre, %49,4 kadın, %50,6 erkek olarak dağılmaktadır.

Hastaların öğrenim durumuna göre, en sık gözlenen öğrenim durumu % 44,6 lise seviyesi eğitim düzeyidir.

Hastaların meslek durumlarına göre, en sık gözlenen iş gurubu %35 Bağkur'dur (Tablo 4.1).

4.2. Hastaların Sigara İçme Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Hastaların Günlük İçtikleri Sigara Adedi, Sigara İçme Süreleri, Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu, Bırakma Sürelerinin Nedenlerinin Dağılımı (n=251)

| SİGARAYI İÇME VE SÜRESİ, BIRAKMAYI DENEME VE SÜRESİ, BIRAKMA NEDENİ | | N | % |
|--|--|------------|-------------|
| Günlük içilen sigara adedi | 1-10 Adet | 122 | 48,6 |
| | 11-20 Adet | 103 | 41 |
| | 20 Adet Üzeri | 26 | 10,4 |
| | | 251 | 100 |
| Sigara içme süresi | 0-1 Yıl | 12 | 4,8 |
| | 2-5 Yıl | 37 | 14,7 |
| | 6-10 Yıl | 46 | 18,3 |
| | 11-20 Yıl | 43 | 17,1 |
| | 21 Yıl ve Üzeri | 113 | 45 |
| | | 251 | 100 |
| Sigarayı bırakmayı deneme | Evet | 160 | 63,7 |
| | Hayır | 91 | 36,3 |
| | | 251 | 100 |
| Sigarayı bırakma süresi | 0-1 Yıl | 59 | 36,9 |
| | 2-5 Yıl | 62 | 38,8 |
| | 6-10 Yıl | 29 | 18,1 |
| | 10 Yıl Üzeri | 10 | 6,2 |
| | | 160 | 100 |
| Sigara içmeyi bırakma nedenleri* | Sağlığının bozulma korkusu | 139 | 86,9 |
| | Doktor önerisi | 41 | 25,6 |
| | Mevcut hastalık | 29 | 18,1 |
| | Sigaraya bağlı kronik hastalık | 6 | 3,8 |
| | Diğer (kapalı alanda sigara içme yasağı) | 86 | 53,8 |

*Birden fazla seçenek

Hastaların %48,6'sı 1-10 adet sigara içtiği, %18,3'ü 6-10 yıldan beri sigara içmeyi sürdürdüğü görülmektedir.

Hastaların %63,7'si sigarayı bırakmayı denedikleri, %38,8'i 2-5 yıl sigara içmedikleri görülmektedir.

Hastaların sigara içmeyi bırakma nedenleri olarak birden fazla seçilen seçeneklerde hastaların %86,9'u sağlığının bozulma korkusu, %25,6'sı doktor önerisi, %18,1'i mevcut hastalık, %3,8'i sigaraya bağlı kronik hastalık %53,8'i kapalı mekanlarda sigara içme yasağı olarak dağılmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2.1 Hastaların Sigaraya Bağlı Sağlık Sorunu Yaşama Durumunun Dağılımı (n=251)

| SİGARA İÇMEYİ BIRAKMA NEDENLERİ VE YÖNTEMLERİ | | | |
|--|--------------------------------|------------|-------------|
| Sağlık sorunu | | N | % |
| | <i>Evet</i> | | 179 |
| <i>Hayır</i> | | 72 | 28,7 |
| <i>Toplam</i> | | 251 | 100 |
| Oluşan sağlık sorunları* | KOAH | 147 | 82,1 |
| | <i>Kalp Damar Hastalıkları</i> | 88 | 49,2 |
| | <i>Kanser</i> | 39 | 21,8 |
| | <i>Diyabet</i> | 36 | 20,1 |

*Birden fazla seçenek

Hastaların %71,3'ü sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşadıkları, %28,7'si sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamadıkları, içtikleri süre içinde sigaraya bağlı oluşan sağlık sorunlarının %82,1'i KOAH, %49,2'i kalp damar hastalıkları, %21,8'i kanser ve %20,1'i diyabet olarak görülmektedir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Hastaların Ameliyat Öncesi Sigara İçmeyi Kesme Durumunun Dağılımı (n=251)

| AMELİYAT ÖNCESİ SİGARA İÇMEYİ KESME DURUMU | | | |
|---|--------------------------|------------|-------------|
| Kesme durumu | | N | % |
| | <i>Evet</i> | 166 | 66,1 |
| | <i>Hayır</i> | 85 | 33,9 |
| | <i>Toplam</i> | 251 | 100 |
| Ne zaman kesildiği | <i>1-2 Hafta</i> | 38 | 22,9 |
| | <i>3-4 Hafta</i> | 11 | 6,6 |
| | <i>1-6 Ay</i> | 19 | 11,5 |
| | <i>6 Ay Üzeri</i> | 98 | 59 |
| | <i>Toplam</i> | 166 | 100 |

Hastaların %66,1'i ameliyat öncesi sigara içmeyi kestiği, %33,9'u ameliyat öncesi sigara içmeyi kesmediği görülmektedir.

Hastaların %59'u 6 ay üzeri ameliyat öncesinde sigara içmeyi kestikleri görülmüştür (Tablo 4.2.2). **Not:6 ay ve üzeri sigara içmeyi bırakan hastalar; genel cerrahi ve üroloji hastaları olup birden fazla prostat, mesane ve kolon kanseri ameliyatı olan hastalardır.**

Tablo 4.2.3. Hastaların Sigara İçmeyi Kesmeme Nedeni ve Ameliyattan Önce En Son Sigara İçme Zamanı Dağılımı (n=85)

| SİGARA İÇMEYİ KESMEME NEDENİ VE AMELİYATTAN ÖNCE İÇME ZAMANI | | | |
|---|--------------------------------------|-----------|-------------|
| Neden kesilmediği* | | N | % |
| | <i>Alışkanlık</i> | 63 | 74,1 |
| | <i>Stres</i> | 1 | 1,2 |
| | <i>Hoşlanmak</i> | 10 | 11,8 |
| | <i>Kendimi bağımsız hissediyorum</i> | 11 | 12,9 |
| İçme zamanı | <i>3 Saat</i> | 2 | 2,4 |
| | <i>5 Saat</i> | 3 | 3,5 |
| | <i>İçmedim</i> | 80 | 94,1 |

* Birden fazla seçenek

Hastaların %74,1'i alışkanlık, %1,2'si stres, %11,8'i hoşlanmak ve %12,9'u kendimi bağımsız hissediyorum (birden fazla seçilen sorular: yalnızlık, sigara dikkatimi artırıyor, zararını görmüyorum) diye sigara içtiği görülmektedir.

Hastalar ameliyattan önce son ne zaman sigara içildiği değişkenine göre, %2,4'ü 3 saat, %3,5'i 5 saat ve %94,1'i içmedim olarak dağılmaktadır (Tablo 42.3).

Tablo 4.3. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Sigaranın Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna İlişkin Bulgular (n=251)

| UYANMA SÜRECİNDE YAŞANAN PROBLEMLER | | SİGARA | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|------|
| | | N | % |
| Uyanma * | Öksürük | 129 | 51,4 |
| | Spazm (Solunum Güçlüğü) | 9 | 3,6 |
| | Yoğun Sekresyon | 168 | 66,9 |
| | Diğer (Kusma) | 64 | 25,5 |

* Birden fazla seçenek

Hastaların anesteziden uyanma sürecinde sigara ilişkili yaşanan problemlere bakıldığında; %51,4 öksürük, %3,6 spazm (solunum güçlüğü), %66,9 yoğun sekresyon ve %25,5 kusma olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Spazm durumunun sigara kullanma, içilen sigara adedi gibi değişkenlerle ilişkisi bulunamamıştır.

4.3.1. Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Anestezi Sonrası Geçen Sürelerin Sigara İlişkili Ortalama Dağılımı (n=251)

| SİGARANIN ANESTEZİ SONRASI GEÇEN SÜRELERE ETKİSİ | | | | | |
|--|-----|--------|--------|--------|--------|
| | N | Ort | Ss | Min. | Max. |
| Uyanma süresi | 251 | 30,220 | 9,517 | 10,000 | 65,000 |
| O ₂ satürasyon durumu | 251 | 20,860 | 6,347 | 8,000 | 40,000 |
| Servise gönderiliş süresi | 251 | 33,330 | 10,107 | 15,000 | 70,000 |

Hastaların anestezi sonrası uyanması sürecinde; uyanma süresi ortalaması 30,220±9,517 dakika, O₂ saturasyon durumunun normale dönme süresi ortalaması 20,860±6,347 dakika, anestezi sonrası servise gönderiliş ortalaması 33,330±10,107 dakika olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

4.4. Demografik Özellikler ve Sigara İçmeye İlişkin Özelliklerin Anestezi Sonrası Değişkenler ile Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Hastaların Yaş ve Cinsiyetin Günlük İçilen Adedinin Uyanma Sürecinde Yaşanan Öksürük Durumu ile İlişkileri (n=251)

| YAŞ, CİNSİYET, GÜNLÜK İÇİLEN SİGARA ADEDİNİN UYANMA SÜRECİNDE ÖKSÜRÜĞE ETKİSİ | | ÖKSÜRÜK | | | | p |
|---|-------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------------------------|
| | | Evet | | Hayır | | |
| | | N | % | N | % | |
| Yaş | 18-25 Yaş | 11 | 8,5 | 8 | 6,6 | $x^2 = 1,425$ $p = 0,964$ |
| | 26-35 Yaş | 15 | 11,6 | 18 | 14,8 | |
| | 36-45 Yaş | 18 | 14,0 | 15 | 12,3 | |
| | 46-55 Yaş | 24 | 18,6 | 25 | 20,5 | |
| | 56- 65 Yaş | 28 | 21,7 | 26 | 21,3 | |
| | 66-75 Yaş | 19 | 14,7 | 15 | 12,3 | |
| | 75 Yaş Üstü | 14 | 10,9 | 15 | 12,3 | |
| Cinsiyet | Kadın | 55 | 42,6 | 69 | 56,6 | $x^2 = 4,862$ $p = 0,019$ |
| | Erkek | 74 | 57,4 | 53 | 43,4 | |
| Günlük içilen sigara adedi | 1-10 Adet | 54 | 41,9 | 68 | 55,7 | $x^2 = 6,437$ $p = 0,040$ |
| | 11-20 Adet | 57 | 44,2 | 46 | 37,7 | |
| | 20 Adet Üzeri | 18 | 14,0 | 8 | 6,6 | |

Öksürük problemi yaşayan hastaların %21,7 56-65 yaş, öksürük problemi yaşamayan hastaların %21,3 56-65 yaş aralığında oldukları görülmüştür. Yaş ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($x^2 = 1,425$; $p = 0,964 > 0,05$).

Öksürük problemi yaşayan hastaların %42,6 kadın, %57,4 erkek; öksürük problemi yaşamayan hastaların %56,6 kadın ve %43,4 erkek olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 4,862$; $p = 0,019 < 0,05$).

Öksürük problemi yaşayan hastalardan %41,8 1-10 adet, %44,2 11-20 adet, %14 20 adet ve üzeri sigara tükettiği; öksürük problemi yaşamayan hastaların ise %55,7 1-10 adet, %37,7 11-20 adet, %6,6 20 adet ve üzeri olduğu görülmektedir. Günlük içilen sigara adedi ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4) ($\chi^2 = 6,437$; $p = 0,040 < 0,05$).

Tablo 4.4.1. Sigara İçme Süresi, Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu ve Bırakılma Süresinin Uyanma Sürecinde Yaşanan Öksürük Durumu ile İlişkileri (n=251)

| SİGARA İÇME, SİGARAYI BIRAKMAYI DENEME, BIRAKMA SÜRESİNİN UYANMA SÜRECİNDE ÖKSÜRÜĞE ETKİSİ | | ÖKSÜRÜK | | | | P |
|--|------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------------------------------|
| | | EVET | | HAYIR | | |
| | | N | % | N | % | |
| Sigara içme süresi | 0 – 1 Yıl | 6 | 4,7 | 6 | 4,9 | $\chi^2 = 2,135$ $p = 0,711$ |
| | 2 – 5 Yıl | 19 | 14,7 | 18 | 14,8 | |
| | 6 – 10 Yıl | 20 | 15,5 | 26 | 21,3 | |
| | 11 – 20 Yıl | 21 | 16,3 | 22 | 18,0 | |
| | 21 Yıl ve Üzeri | 63 | 48,8 | 50 | 41,0 | |
| Sigarayı bırakmayı deneme | Evet | 73 | 56,6 | 87 | 71,3 | $\chi^2 = 5,881$ $p = 0,011$ |
| | Hayır | 56 | 43,4 | 35 | 28,7 | |
| Sigarayı bırakma süresi | 0 – 1 Yıl | 25 | 34,2 | 34 | 39,1 | $\chi^2 = 8,974$ $p = 0,030$ |
| | 2 – 5 Yıl | 25 | 34,2 | 37 | 42,5 | |
| | 6 – 10 Yıl | 14 | 19,2 | 15 | 17,2 | |
| | 10 Yıl Üzeri | 9 | 12,3 | 1 | 1,1 | |

Öksürük problemi yaşayan hastalardan 6'sının (%4,7) 0-1 yıl, 63'ünün (%48,8) 21 yıl ve üzeri; öksürük problemi yaşamayanların 6'sının (%4,9) 0-1 yıl,

50'sinin (%41) 21 yıl ve üzeri sigara içtiği görülmektedir. Sigara içme süresi ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($x^2 = 2,135$; $p = 0,711 > 0,05$).

Öksürük problemi yaşayan hastalardan 73'ü (%56,6) sigarayı bırakmayı denediğini, 56'sı (%43,4) denemediğini; öksürük problemi yaşamayanların 87'si (%71,3) evet ve 35'i (%28,7) hayır dediği görülmektedir. Sigarayı bırakmayı deneme durumu ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($x^2 = 5,881$; $p = 0,011 < 0,05$).

Öksürük problemi yaşayanların hastalardan 25'inin (%34,2) 2-5 yıl, 9'unun (%12,3) 10 yıl üzeri; öksürük problemi yaşamayan hastalardan 34'ünün (%39,2) 0-1 yıl, 37'sinin (%42,5) 2-5 yıl olduğu görülmektedir. Sigaranın 2-5 yıl süre ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4.1). ($x^2 = 8,974$; $p = 0,030 < 0,05$)

Tablo 4.4.2. Hastaların Sigaraya Bağlı Sağlık Sorunu Yaşama, Ameliyat Öncesi Sigara Kesme Durumları ile Uyanma Sürecinde Öksürük Durumu ile İlişkileri (n=251)

| SİGARAYA BAĞLI SAĞLIK SORUNU YAŞAMA, AMELİYAT ÖNCESİ SİGARAYI KESME SÜRESİNİN UYANMA SÜRECİNDE ÖKSÜRÜĞE ETKİSİ | | ÖKSÜRÜK | | | | p |
|--|-------------------|---------|------|-------|------|--|
| | | Evet | | Hayır | | |
| | | N | % | N | % | |
| Sağlık sorunu yaşama | <i>Evet</i> | 94 | 72,9 | 85 | 69,7 | $x^2 = 0,313$ $p = 0,337$ |
| | <i>Hayır</i> | 35 | 27,1 | 37 | 30,3 | |
| | <i>Toplam</i> | 129 | 100 | 122 | 100 | |
| Ameliyat öncesi sigara içmeme | <i>Evet</i> | 77 | 59,7 | 89 | 73 | $x^2 = 4,923$; $p=0,018$ $p = < 0,05$ |
| | <i>Hayır</i> | 52 | 40,3 | 33 | 27 | |
| | <i>Toplam</i> | 129 | 100 | 122 | 100 | |
| Ne kadar süre içmeme | <i>1-2 Hafta</i> | 30 | 39 | 8 | 9 | $x^2 = 23,934$ $p = 0,000$ |
| | <i>3-4 Hafta</i> | 6 | 7,8 | 5 | 5,6 | |
| | <i>1-6 Ay</i> | 9 | 11,6 | 10 | 11,2 | |
| | <i>6 Ay Üzeri</i> | 32 | 41,6 | 66 | 74,2 | |
| | <i>Toplam</i> | 83 | 100 | 89 | 100 | |

Öksürük problemi yaşayan hastaların 94'ünün (%72,9) evet, 35'inin (%27,1) hayır; öksürük problemi yaşamayan hastaların 85'inin (%69,7) evet ve 37'sinin (%30,3) hayır dedikleri görülmektedir. Sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşama durumu ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,313$; $p = 0,337 > 0,05$).

Öksürük problemi yaşayan hastaların 77'sinin (%59,7) evet, 52'sinin (%40,3) hayır; öksürük problemi yaşamayan hastaların 89'unun (%73,0) evet ve 33'ünün (%27,0) hayır olduğu görülmektedir. Ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 4,923$; $p = 0,018 < 0,05$).

Öksürük problemi yaşayan hastaların 32'si (%41,6) 6 ay ve üzeri, 6'sı (%7,8) 3-4 hafta; öksürük problemi yaşamayan hastaların 8'nin (%9,0) 1-2 hafta, 66'sının (%74,2) 6 ay üzeri olduğu görülmektedir. Ne kadar önce sigara içmenin kesildiği ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4.2) ($\chi^2 = 23,934$; $p = 0,000 < 0,05$).

Tablo 4.4.3. Hastaların Yaş ve Cinsiyetin Uyanma Sürecinde Yaşanan Yoğun Sekresyon Durumu ile İlişkileri (n=251)

| YAŞ VE CİNSİYETİN UYANMA SÜRECİNDE SEKRESYONA ETKİSİ | | SEKRESYON | | | | p |
|--|---------------|------------|------------|-----------|------------|---------------------------------|
| | | Evet | | Hayır | | |
| | | N | % | N | % | |
| Yaş | 18-25 Yaş | 12 | 7,1 | 7 | 8,4 | $\chi^2 = 2,596$ $p = 0,858$ |
| | 26-35 Yaş | 22 | 13,1 | 11 | 13,3 | |
| | 36-45 Yaş | 24 | 14,3 | 9 | 10,8 | |
| | 46-55 Yaş | 34 | 20,2 | 15 | 18,1 | |
| | 56-65 Yaş | 32 | 19 | 22 | 26,5 | |
| | 66-75 Yaş | 23 | 13,7 | 11 | 13,3 | |
| | 75 Yaş Üstü | 21 | 12,6 | 8 | 9,6 | |
| | Toplam | 168 | 100 | 83 | 100 | |
| Cinsiyet | Kadın | 82 | 48,8 | 42 | 50,6 | $\chi^2 = 0,071$ $p = 0,447$ |
| | Erkek | 86 | 51,2 | 41 | 49,4 | |
| | Toplam | 168 | 100 | 83 | 100 | |

Yoğun sekresyon problemi yaşayanların 12'si (%7,1) 18-25 yaş, 34'ü (%20,2) 46-55 yaş; yoğun sekresyon problemi yaşamayanların 7'si (%8,4) 18-25 yaş, 22'si (%26,5) 56-65 yaş aralığıdır. Yaş ile yoğun sekresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($x^2 = 2,596$; $p = 0,858 > 0,05$).

Yoğun sekresyon problemi yaşayanların 82'sinin (%48,8) kadın, 86'sının (%51,2) erkek; yoğun sekresyon problemi yaşamayanların 42'sinin (%50,6) kadın ve 41'inin (%49,4) erkek olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile yoğun sekresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.3) ($x^2 = 0,071$; $p = 0,447 > 0,05$).

Tablo 4.4.4. Hastaların Günlük İçilen Sigara Adedi, Sigara İçme Süresi ve Ameliyat Öncesi Sigara Bırakma Süresi ile Uyanma Sürecinde Yaşanan Yoğun Sekresyon Durumu ile İlişkileri (n=251)

| İÇİLEN SİGARANIN ADEDİ, SÜRESİ VE BIRAKILMA SÜRESİNİN UYANMA SÜRECİNDE SEKRESYONA ETKİSİ | | SEKRESYON | | | | p |
|---|-----------------|-----------|------|-------|------|------------------------------|
| | | Evet | | Hayır | | |
| | | N | % | N | % | |
| Günlük İçilen Sigara Adedi | 1-10 Adet | 86 | 51,2 | 36 | 43,4 | $x^2 = 1,831$ $p = 0,400$ |
| | 11-20 Adet | 64 | 38,1 | 39 | 47,0 | |
| | 20 Adet Üzeri | 18 | 10,7 | 8 | 9,6 | |
| Sigara İçme Süresi | 0-1 Yıl | 7 | 4,2 | 5 | 6,0 | $x^2 = 2,559$ $p = 0,634$ |
| | 2-5 Yıl | 25 | 14,9 | 12 | 14,5 | |
| | 6-10 Yıl | 27 | 16,1 | 19 | 22,9 | |
| | 11-20 Yıl | 31 | 18,5 | 12 | 14,5 | |
| | 21 Yıl ve Üzeri | 78 | 46,4 | 35 | 42,2 | |
| Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu | Evet | 106 | 63,1 | 54 | 65,1 | $x^2 = 0,093$ $p = 0,436$ |
| | Hayır | 62 | 36,9 | 29 | 34,9 | |
| Sigarayı Ne Kadar Süre Bıraktığı | 0-1 Yıl | 40 | 37,7 | 19 | 35,2 | $x^2 = 0,417$ $p = 0,937$ |
| | 2-5 Yıl | 40 | 37,7 | 22 | 40,7 | |
| | 6-10 Yıl | 20 | 18,9 | 9 | 16,7 | |
| | 10 Yıl Üzeri | 6 | 5,7 | 4 | 7,4 | |

Günlük içilen sigara adedine göre, yoğun sekresyon problemi yaşayanların 86'sının (%51,2) 1-10 adet, 64'ünün (%38,1) 11-20 adet, 18'inin (%10,7) 20 adet üzeri; yoğun sekresyon problemi yaşamayanların 36'sının (43,4) 1-10 adet, 39'unun (% 47) 11-20 adet, 8'inin (%9,6) 20 adet üzeri olduğu görülmektedir. Günlük içilen sigara adedi ile yoğun sekresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,831$; $p = 0,400 > 0,05$).

Sigara içilme süresine göre, yoğun sekresyon problemi yaşayanların en düşük 7'sinin (%4,2) 0-1 yıl ve en yüksek 78'nin (%46,4) 21 yıl ve üzeri; yoğun sekresyon problemi yaşamayanların, 5'nin (%6) 0-1, 35'nin (%42,2) 21 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Sigara içme süresi ile yoğun sekresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($\chi^2 = 2,559$; $p = 0,634 > 0,05$).

Tablo 4.4.5. Demografik Özellikler ve Sigara İçmeye İlişkin Özelliklerin Uyanma Sürecinde Yaşanan Kusma Durumuna Göre Dağılımı

| SİGARANIN UYANMA SÜRECİNDE KUSMAYA ETKİSİ | | KUSMA | | | | p |
|---|------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------------------------------|
| | | Evet | | Hayır | | |
| | | N | % | N | % | |
| Yaş | 18-25 Yaş | 6 | 9,4 | 13 | 7,0 | $\chi^2 = 1,232$ $p = 0,975$ |
| | 26-35 Yaş | 8 | 12,5 | 25 | 13,4 | |
| | 36-45 Yaş | 10 | 15,6 | 23 | 12,3 | |
| | 46-55 Yaş | 11 | 17,2 | 38 | 20,3 | |
| | 56-65 Yaş | 13 | 20,3 | 41 | 21,9 | |
| | 66-75 Yaş | 8 | 12,5 | 26 | 13,9 | |
| | 75 Yaş Üstü | 8 | 12,5 | 21 | 11,2 | |
| Cinsiyet | Kadın | 35 | 54,7 | 89 | 47,6 | $\chi^2 = 0,960$ $p = 0,202$ |
| | Erkek | 29 | 45,3 | 98 | 52,4 | |
| Günlük içilen sigara adedi | 1-10 Adet | 35 | 54,7 | 87 | 46,5 | $\chi^2 = 3,796$ $p = 0,150$ |
| | 11-20 Adet | 20 | 31,2 | 83 | 44,4 | |
| | 20 Adet Üzeri | 9 | 14,1 | 17 | 9,1 | |
| Sigara içme süresi | 0-1 Yıl | 5 | 7,8 | 7 | 3,7 | $\chi^2 = 6,217$ $p = 0,184$ |
| | 2-5 Yıl | 11 | 17,2 | 26 | 13,9 | |
| | 6-10 Yıl | 11 | 17,2 | 35 | 18,7 | |
| | 11-20 Yıl | 15 | 23,4 | 28 | 15,0 | |
| | 21 Yıl ve Üzeri | 22 | 34,4 | 91 | 48,7 | |
| Ne kadar süre sigarayı bıraktığı | 0-1 Yıl | 16 | 44,4 | 43 | 34,7 | $\chi^2 = 1,904$ $p = 0,593$ |
| | 2-5 Yıl | 11 | 30,6 | 51 | 41,1 | |
| | 6-10 Yıl | 6 | 16,7 | 23 | 18,5 | |
| | 10 Yıl Üzeri | 3 | 8,3 | 7 | 5,6 | |

Kusma sorunu yaşayanların 6'sı (%9,4) 18-25 yaş, 13'ü (%20,3) 56-65 yaş; kusma sorunu yaşamayanların 13'ü (%7) 18-25 yaş, 41'i (%21,9) 56-65 yaş aralığıdır. Yaş ile kusma sorunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,232$; $p = 0,975 > 0,05$).

Kusma sorunu yaşayanların 35'inin (%54,7) kadın, 29'unun (%45,3) erkek; kusma sorunu yaşamayanların 89'unun (%47,6) kadın ve 98'inin (%52,4) erkek olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile kusma sorunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,960$; $p = 0,202 > 0,05$).

Kusma sorunu yaşayanların 35'inin (%54,7) 1-10 adet, 9'unun (% 14,1) 20 adet üzeri; kusma sorunu yaşamayanların 87'inin (%46,5) 1-10 adet, 17'sinin (%9,1) 20 adet üzeri olduğu görülmektedir. Günlük içilen sigara adedi ile kusma sorunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 3,796$; $p = 0,150 > 0,05$).

Kusma sorunu yaşayanların 5'nin (%7,8) 0-1 yıl, 22'sinin (%34,4) 21 yıl ve üzeri; diğer sorunu yaşamayanların 7'sinin (%3,7) 0-1 yıl, 91'nin (%48,7) 21 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Sigara içme süresi ile kusma sorunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2 = 6,217$; $p = 0,184 > 0,05$).

Kusma sorunu yaşayanların 16'sının (%44,4) 0-1 yıl, 3'nün (%8,3) 10 yıl üzeri; kusma sorunu yaşamayanların, 51'nin (%41,1) 2-5 yıl, 7'sinin (%5,6) 10 yıl üzeri olduğu görülmektedir. Ne kadar süre sigarayı bıraktığı ile kusma sorunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.5) ($\chi^2 = 1,904$; $p = 0,593 > 0,05$).

Tablo 4.4.6. Günlük İçilen Sigara Adedinin Anestezi Sonrası Hastaların Uyanma Süresi, O₂ Satürasyonu, Servise Gönderilme Sürelerine Göre Dağılımı (n=251)

| GÜNLÜK İÇİLEN SİGARA ADEDİNİN ANESTEZİ SONRASI UYANMA, O ₂ SATÜRASYONU, SERVİSE GÖNDERİLME SÜRESİNE ETKİSİ | | | SÜRE | | | p |
|---|----------------------|------------|---------------|---------------|-------|-------|
| | <i>İçilen Sigara</i> | N | Ort | Ss | KW | |
| Uyanma süresi | 1-10 Adet | 122 | 30,860 | 10,289 | 0,236 | 0,889 |
| | 11-20 Adet | 103 | 29,520 | 8,332 | | |
| | 20 Adet Üzeri | 26 | 30,000 | 10,296 | | |
| O ₂ satürasyonu | 1-10 Adet | 122 | 20,980 | 6,716 | 0,817 | 0,664 |
| | 11-20 Adet | 103 | 20,480 | 5,832 | | |
| | 20 Adet Üzeri | 26 | 21,850 | 6,637 | | |
| Servise gönderiliş | 1-10 Adet | 122 | 33,750 | 10,763 | 0,027 | 0,986 |
| | 11-20 Adet | 103 | 32,850 | 9,408 | | |
| | 20 Adet Üzeri | 26 | 33,270 | 9,894 | | |

Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının günlük içilen sigara adedi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.6) ($p > 0,05$).

Tablo 4.4.7. Sigara Bırakma Süresinin, Anestezi Sonrası Geçen Sürenin Uyanma Süresine, O₂ Satürasyonu Süresi, Servise Gönderiliş Süresine Göre Ortalama Dağılımı

| SİGARAYI BIRAKMA SÜRESİNİN, ANESTEZİ SONRASI UYANMA, O ₂ SATÜRASYONU, SERVİSE GÖNDERİLME SÜRESİNE ETKİSİ | | GEÇEN SÜRE | | | | P |
|---|-------------------------|------------|--------|--------|--------|-------|
| | | N | Ort | Ss | KW | |
| Uyanma Süresi | <i>Sigarayı Bırakma</i> | | | | | |
| | 0-1 Yıl | 59 | 31,730 | 10,976 | 0,164 | 0,983 |
| | 2-5 Yıl | 62 | 31,770 | 10,307 | | |
| | 6-10 Yıl | 29 | 29,830 | 7,498 | | |
| | 10 Yıl Üzeri | 10 | 31 | 6,992 | | |
| O ₂ Satürasyonu | 0-1 Yıl | 59 | 20,560 | 7,106 | 4,103 | 0,251 |
| | 2-5 Yıl | 62 | 22,100 | 6,670 | | |
| | 6-10 Yıl | 29 | 22,410 | 5,032 | | |
| | 10 Yıl Üzeri | 10 | 20,500 | 4,062 | | |
| | Servise Gönderiliş | 0-1 Yıl | 59 | 34,070 | 11,352 | 0,255 |
| 2-5 Yıl | | 62 | 34,550 | 11,075 | | |
| 6-10 Yıl | | 29 | 33,790 | 7,399 | | |
| 10 Yıl Üzeri | | 10 | 34 | 5,676 | | |

Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının ne kadar süre sigarayı bıraktığı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.7) ($p > 0,05$)

Tablo 4.4.8. Sigara İçme Süresinin, Anestezi Sonrası Uyanma Süresine, O₂ Satürasyonu Süresi, Servise Gönderiliş Süresine Göre Ortalama Dağılımı

| SİGARA İÇME SÜRESİNİN, ANESTEZİ SONRASI, UYANMA, O₂ SATÜRASYONU, SERVİSE GÖNDERİLME SÜRESİNE ETKİSİ | | GEÇEN SÜRE | | | | | |
|---|------------------------|-------------------|--------|--------|--------|-------|------------------|
| | <i>İçme Süresi</i> | N | Ort | Ss | KW | p | Fark |
| Uyanma Süresi | <i>0-1 Yıl</i> | 12 | 25,830 | 10,624 | 11,114 | 0,025 | 4,5>1 4>2,3 |
| | <i>2-5 Yıl</i> | 37 | 28,300 | 8,775 | | | |
| | <i>6-10 Yıl</i> | 46 | 28,370 | 8,823 | | | |
| | <i>11-20 Yıl</i> | 43 | 33,070 | 11,951 | | | |
| | <i>21 Yıl ve Üzeri</i> | 113 | 30,990 | 8,550 | | | |
| O₂ Satürasyonu | <i>0-1 Yıl</i> | 12 | 17,330 | 6,155 | 13,955 | 0,007 | 4>1,3 5>1,2,3 |
| | <i>2-5 Yıl</i> | 37 | 19,540 | 6,012 | | | |
| | <i>6-10 Yıl</i> | 46 | 19,280 | 6,438 | | | |
| | <i>11-20 Yıl</i> | 43 | 22,230 | 7,306 | | | |
| | <i>21 Yıl ve Üzeri</i> | 113 | 21,800 | 5,777 | | | |
| Servise Gönderiliş | <i>0-1 Yıl</i> | 12 | 28,330 | 9,847 | 12,711 | 0,013 | 4>1,2,3 5>1 |
| | <i>2-5 Yıl</i> | 37 | 31,410 | 10,248 | | | |
| | <i>6-10 Yıl</i> | 46 | 30,980 | 9,044 | | | |
| | <i>11-20 Yıl</i> | 43 | 37,210 | 12,645 | | | |
| | <i>21 Yıl ve Üzeri</i> | 113 | 33,970 | 8,919 | | | |

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; sigara içme süresi 0-1 yıl olan hastaların uyanma süresi puanları (25,830 ± 10,624), sigara içme süresi 21 yıl ve üzeri olan hastaların uyanma süresi puanları (30,990 ± 8,550) aralığında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi puanları ortalamalarının sigara içme süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan

Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8) ($KW = 11,114$; $p = 0,025 < 0,05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; sigara içme süresi 0-1 yıl olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından ($17,330 \pm 6,155$); 11-20 yıl olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları ($22,230 \pm 7,306$) aralığında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları ortalamalarının sigara içme süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8) ($KW = 13,955$; $p = 0,007 < 0,05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; sigara içme süresi 0-1 yıl olanların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ($28,330 \pm 9,847$); sigara içme süresi 11-20 yıl olanların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ($37,210 \pm 12,645$), aralığında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının sigara içme süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8) ($KW = 12,711$; $p = 0,013 < 0,05$).

Tablo 4.4.9. Anestezi Sonrası Uyanma Süresi, O₂ Satürasyonu, Servise Gönderiliş Sürelerinin Yaşa Göre Dağılımı

| YAŞIN, ANESTEZİ SONRASI UYANMA, O ₂ SATÜRASYONU, SERVİSE GÖNDERİLME SÜRESİNE ETKİSİ | | ANESTEZİ SONRASI GEÇEN SÜRE | | | | |
|--|--------------------|--------------------------------|---------------|--------------|--------|-------|
| | | N | Ort | Ss | KW | p |
| Uyanma süresi | 18-25 Yaş | 19 | 29,320 | 9,340 | 6,077 | 0,415 |
| | 26-35 Yaş | 33 | 28,940 | 10,808 | | |
| | 36-45 Yaş | 33 | 29,910 | 7,456 | | |
| | 46-55 Yaş | 49 | 31,490 | 10,675 | | |
| | 56-65 Yaş | 54 | 29,390 | 9,649 | | |
| | 66-75 Yaş | 34 | 30,060 | 10,680 | | |
| | 75 Yaş Üstü | 29 | 32,240 | 6,209 | | |
| O₂ satürasyonu | 18-25 Yaş | 19 | 19,530 | 5,561 | 9,191 | 0,163 |
| | 26-35 Yaş | 33 | 19,880 | 7,889 | | |
| | 36-45 Yaş | 33 | 20,480 | 5,729 | | |
| | 46-55 Yaş | 49 | 21,490 | 7,098 | | |
| | 56-65 Yaş | 54 | 20,130 | 5,587 | | |
| | 66-75 Yaş | 34 | 21,240 | 6,638 | | |
| | 75 Yaş Üstü | 29 | 23,170 | 4,885 | | |
| Servise gönderiliş | 18 – 25 Yaş | 19 | 33 | 10,160 | 12,199 | 0,058 |
| | 26 – 35 Yaş | 33 | 30,300 | 10,528 | | |
| | 36 – 45 Yaş | 33 | 32,790 | 8,746 | | |
| | 46 – 55 Yaş | 49 | 35,310 | 11,833 | | |
| | 56 – 65 Yaş | 54 | 31,800 | 9,872 | | |
| | 66 – 75 Yaş | 34 | 33,820 | 10,004 | | |
| | 75 Yaş Üstü | 29 | 36,550 | 7,453 | | |

Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.9) ($p > 0,05$).

Tablo 4.4.10. Anestezi Sonrası Uyanma Süresi, O₂ Satürasyonu, Servise Gönderiliş Sürelerin Cinsiyete Göre İlişkisi (n=251)

| CİNSİYETİN UYANMA SÜRESİ, O ₂ SATÜRASYONU, SERVİSE GÖNDERİLİŞ SÜRESİNE ETKİSİ | | ANESTEZİ SONRASI GEÇEN SÜRE | | | | |
|---|--------------|--------------------------------|------------|-----------|-----------|----------|
| | | <i>N</i> | <i>Ort</i> | <i>Ss</i> | <i>MW</i> | <i>P</i> |
| <i>Uyanma süresi</i> | <i>Kadın</i> | 124 | 30,440 | 10,105 | 7.762,500 | 0,842 |
| | <i>Erkek</i> | 127 | 30,020 | 8,941 | | |
| <i>O₂ satürasyonu</i> | <i>Kadın</i> | 124 | 20,770 | 6,615 | 7.560,500 | 0,578 |
| | <i>Erkek</i> | 127 | 20,960 | 6,099 | | |
| <i>Servise gönderiliş</i> | <i>Kadın</i> | 124 | 33,340 | 10,583 | 7.588,500 | 0,611 |
| | <i>Erkek</i> | 127 | 33,320 | 9,662 | | |

Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.10) ($p > 0,05$).

Tablo 4.4.11. Anestezi Sonrası Uyanma Süresi, O₂ Satürasyonu, Servise Gönderiliş Sürelerin Ameliyat Öncesi Sigara İçmeyi Kesme Durumu ile İlişkisi (n=251)

| AMELİYAT ÖNCESİ SİGARA İÇMEYİ KESME, UYANMA SÜRESİ, O ₂ SATÜRASYONU, SERVİSE GÖNDERİLME SÜRESİNE ETKİSİ | | | ANESTEZİ SONRASI GEÇEN SÜRE | | | |
|---|--------------|-----|--------------------------------|--------|-----------|-------|
| | | N | Ort | Ss | MW | p |
| Uyanma süresi | <i>Evet</i> | 166 | 30,630 | 8,971 | 6.305,500 | 0,157 |
| | <i>Hayır</i> | 85 | 29,440 | 10,514 | | |
| O ₂ satürasyonu | <i>Evet</i> | 166 | 21,130 | 6,091 | 6.417,000 | 0,232 |
| | <i>Hayır</i> | 85 | 20,350 | 6,827 | | |
| Servise gönderiliş | <i>Evet</i> | 166 | 33,630 | 9,686 | 6.522,000 | 0,316 |
| | <i>Hayır</i> | 85 | 32,750 | 10,918 | | |

Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.11) ($p > 0,05$).

Tablo 4.4.12. Anestezi Sonrası Geçen Sürelerin, Sigaraya Bağlı Sağlık Sorunu Yaşama Durumu ile İlişkileri (n=251)

| SİGARA İLİŞKİLİ SAĞLIK SORUNU | | | ANESTEZİ SONRASI GEÇEN SÜRE | | | |
|----------------------------------|--------------|-----|--------------------------------|--------|-----------|-------|
| | | N | Ort | Ss | MW | p |
| Uyanma süresi | <i>Evet</i> | 179 | 30,970 | 9,431 | 5.256,000 | 0,019 |
| | <i>Hayır</i> | 72 | 28,360 | 9,539 | | |
| O ₂ satürasyonu | <i>Evet</i> | 179 | 21,410 | 5,968 | 5.079,500 | 0,007 |
| | <i>Hayır</i> | 72 | 19,500 | 7,065 | | |
| Servise gönderiliş | <i>Evet</i> | 179 | 33,960 | 9,982 | 5.545,500 | 0,077 |
| | <i>Hayır</i> | 72 | 31,760 | 10,315 | | |

Sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların uyanma süresi puanları ($x = 30,970$), sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamayan hastaların uyanma süresi puanlarından ($x = 28,360$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi puanları ortalamalarının sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (*Mann Whitney U = 5.256,000; p = 0,019 < 0,05*).

Sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları ($x = 21,410$), sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamayan hastaların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından ($x = 19,500$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları ortalamalarının sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (*Mann Whitney U = 5.079,500; p = 0,007 < 0,05*).

Araştırmaya katılan hastaların, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.12) ($p > 0,05$).

Tablo 4.4.13. Anestezi Sonrası Geçen Sürelerin Sigarayı Bırakmayı Deneme Durumu ile İlişkileri (n=251)

| ANESTEZİ SONRASI SİGARAYI BIRAKMAYI DENEME | | ANESTEZİ SONRASI | | | | |
|--|--------------|------------------|--------|--------|-----------|-------|
| | | N | Ort | Ss | MW | p |
| Uyanma süresi | <i>Evet</i> | 160 | 31,360 | 9,896 | 5.933,500 | 0,012 |
| | <i>Hayır</i> | 91 | 28,230 | 8,502 | | |
| O ₂ satürasyonu | <i>Evet</i> | 160 | 21,490 | 6,447 | 6.271,000 | 0,063 |
| | <i>Hayır</i> | 91 | 19,770 | 6,048 | | |
| Servise gönderiliş | <i>Evet</i> | 160 | 34,200 | 10,277 | 6.403,000 | 0,104 |
| | <i>Hayır</i> | 91 | 31,800 | 9,668 | | |

Sigarayı bırakmayı deneyen hastaların uyanma süresi puanları ($x = 31,360$), sigarayı bırakmayı denemeyen hastaların uyanma süresi puanlarından ($x = 28,230$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi puanları ortalamalarının sigarayı bırakmayı deneme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.13) (*Mann Whitney U = 5.933,500; p = 0,012 < 0,05*).

Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi ve anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının sigarayı bırakmayı deneme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U Testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.13) ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Sigara kullanan hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırmada bulguların genel bir değerlendirilmesi yapılarak literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; %21,5'nin 56-65 yaş grubunda, %50,6'nın erkek olduğu görülmüştür. Hastaların %44,6'sı lise mezunu olup, %35'i serbest meslek grubundadır (Tablo 4.1). Boyle ve arkadaşlarının (2000) on yedi Avrupa ülkesinde geniş katılımı gerçekleştirdikleri, Çelik ve arkadaşlarının (2000) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada erkeklerde sigara içme yaygınlığının daha fazla olduğu görülmüştür (136,137).

Hastaların %48,6'sı günde 1-10 adet arasında sigara içmektedir (Tablo 4.2). Taşpınar ve arkadaşlarının (2015) sigara içen ve içmeyen genç yetişkin bireylerde dispne ve yorgunluk algısını karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada; sigara içen katılımcıların sigara kullanım süresi bir yılda 14 paket olarak saptanmıştır (138).

Hastaların %45'i 21 yıl ve üzeri süredir sigara içmektedir (Tablo 4.2). Uysal ve arkadaşlarının (2016) sigara içiminin hipertansiyon prevalansı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada, katılımcıların %26,7'sinin sigara içtiği ve en yüksek sigara içme oranının 30-39 yaş aralığındaki kişilerde olduğu belirlenmiştir. Myles ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında sigara içen hastaların ortalama 15 yıl sigara içtiği görülmüştür (140).

Hastaların %63,7'si sigarayı bırakmayı denediğini belirtmiştir (Tablo 4.2). Yaşar ve arkadaşlarının (2014), Pekel ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında katılımcıların %69,3'ü sigarayı bırakmayı denemiştir. Boyle ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında da sigara içenlerin çoğunluğu sigarayı bırakmayı istediğini ifade etmişlerdir (136).

Hastaların %86,9'u sağlığının bozulma korkusu, %25,6'sı doktor önerisi ve %18,1'i mevcut hastalığı sebebiyle sigara içmeyi bırakmıştır (Tablo 4.2). Argüder ve arkadaşlarının çalışmasında da (2012) katılımcıların çoğunluğu sağlığının bozulma korkusu nedeniyle sigarayı bırakmayı istemektedir. Yaşar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında katılımcıların çoğunluğu doktor önerisi nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünmüşlerdir (141).

Hastaların %93,7'si ise sigarayı bırakmak için kullanılan yöntem olarak kendi kendine bıraktığını ifade etmiştir. Sürmeli'nin (2008) çalışmasında hastaların sadece %3,7'si sigarayı bırakmak için profesyonel destek almıştır (144).

Hastaların %71,3'ü sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamaktadır. Hastaların %82,1'i içtiği süre içinde sigaraya bağlı olarak KOAH, %49,2'si kalp damar hastalıkları, %21,8'i kanser, %20,1'i diyabet olarak sağlık sorunu yaşamaktadır (Tablo 4.2.1). Taşpınar ve arkadaşlarının (2015), Hill ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da sigara içenlerde KOAH görülmüştür (138,145). Mayda ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında katılımcıların çoğunluğu sorunlar yaşadığı, sorun yaşayanların en fazla öksürük, nefes darlığı şikayeti yaşadığı saptanmıştır (146).

Hastaların %66,1'i ameliyat öncesi sigara içmeyi bırakmıştır (Tablo 4.2.2). Fındık ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında katılımcıların %64'ü ameliyattan önce sigara içmeyi bırakmamıştır (147).

Hastaların %59'u 6 ay ve üzeri sigara içmeyi kesmiştir (Tablo 4.2.2). Myles ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hastaların %96,5'inin ameliyattan önceki 2 güne kadar sigara içtiği saptanmıştır (140). Yamashita ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise hastaların %45,8'i ameliyattan 2 hafta önce sigara içmeyi kesmiştir (148). Fındık ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında sigara içmeyi bırakanlar ameliyattan ortalama $11,78 \pm 8,47$ gün öncesinde sigara içmeyi kesmiştir (147). Bu araştırma sonuçları bulgularımızla örtüşmektedir.

Sigara içmeyi bırakmayı kesmeyen hastaların %74,1'i alışkanlık nedeniyle sigara içmeyi kesmemiştir (Tablo 4.2.3). Alışkanlıklar davranışlarımızı etkilemektedir ve alışkanlıklardan vazgeçmek bazen zor olduğundan sigarayı alışkanlık nedeniyle içen hastaların sigaradan vazgeçemediklerini görmekteyiz.

Hastaların %94,1'i ameliyattan önce sigara içmemiştir (Tablo 4.2.3). Fındık ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise katılımcıların %58'nin hastanede bulunduğu dönemde sigara içtiği belirlenmiştir (147). Ameliyat öncesinde sigara içen her hastaya sigarayı bırakma konusunda bilgilendirme yapılması, özellikle ameliyat için risk oluşturacağı hakkında bilgi verilmesi, hastaların tamamının sigara içmemesi konusunda önemli bir uygulama olabilir.

Hastaların %66,9'u uyanma sürecinde yoğun sekresyon sorunu ve %51,4'ü öksürük sorunu yaşamıştır (Tablo 4.3). Tütüncü ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında pasif içiciliği olan çocukların cerrahi sonrasında da en sık yoğun sekresyon, öksürük, laringospazm ve bronkospazm sorunu yaşadığı, Kömüs ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da hastaların %20,1'i öksürük, %15,1'i balgam ve %23,7'si nefes darlığı sorunu yaşamıştır (149,150). Ameliyat sonrası yoğun sekresyon sorunu ile ilgili bulgularımız, Tütüncü ve arkadaşlarının (2012), Kömüs ve arkadaşlarının (2009) araştırma sonuçları ile örtüşmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların “uyanma süresi” ortalaması $30,220 \pm 9,517$ dakika, “ameliyat sonrası O₂ saturasyonunun normale dönme süresi” ortalaması $20,860 \pm 6,347$ dakika, “anestezi sonrası servise gönderilme süre ” ortalaması $33,330 \pm 10,107$ dakika olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

Araştırmaya katılan hastalardan öksürük sorunu yaşayanların yaşı ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4) ($\chi^2 = 1,425$; $p = 0,964 > 0,05$). Hastaların yaşlarının ameliyat sonrasında öksürük sorunu yaşamaları üzerinde tek başına etkili olmadığı söylenebilir.

Cinsiyet ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öksürük problemi yaşayanların %57,4'ü erkek; öksürük problemi yaşamayanların %56,6'sı kadındır (Tablo 4.4) ($\chi^2 = 4,862$; $p = 0,019 < 0,05$). Sigara içimine yönelik yapılan birçok çalışmada erkeklerde sigara içme oranı kadınlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da erkeklerde sigara içme oranı daha fazladır. Ayrıca sigara içiminin ameliyat sonrasında öksürük sorunu yaşanmasına yol açtığı görülmüştür. Bu durumdan yola çıkarak bu çalışmada, erkek hastaların sigara içme oranı kadın hastalardan daha fazla olduğundan erkeklerin kadın hastalardan daha fazla ameliyat sonrasında öksürük sorunu yaşaması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Günlük içilen sigara adedi ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öksürük problemi yaşayanların %44,2'sinin günlük 11-20 adet sigara içtiği, öksürük problemi yaşamayanların %55,7'sinin günlük 1-10 adet sigara içtiği görülmüştür (Tablo 4.4) ($\chi^2 = 6,437$; $p = 0,040 < 0,05$). Ameliyat öncesi süreçte fazla miktarda sigara içilmesi ameliyat sonrasında daha fazla öksürük sorunu yaşanmasına neden olduğu bulgulardan anlaşılmaktadır.

Hastaların sigara içme süresi ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.1) ($\chi^2 = 2,135$; $p = 0,711 > 0,05$).

Sigarayı bırakmayı deneme durumu ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öksürük problemi yaşayanların %56,6'sının sigarayı bırakmayı denediği, öksürük problemi yaşamayanların %71,3'nün de sigarayı bırakmayı önemsedikleri görülmüştür (Tablo 4.4.1) ($\chi^2 = 5,881$; $p = 0,011 < 0,05$). Kömür ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında sigarayı bırakmış olan hastaların %28,1'i öksürük sorunu yaşamıştır. Bu çalışmada sigara içmeyen, aktif içen ve bırakmış olanlar arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur. Öksürük şikayeti aktif içicilerde daha sık görülmüştür.

Ameliyattan önce sigarayı bırakma süresi ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öksürük problemi yaşayanların %34,2'sinin 0-1 yıl arası ve %34,2'nin

2-5 yıl arası süre sigarayı bıraktığı, öksürük problemi yaşamayanların %42,5'nin 2-5 yıl arası süre sigarayı bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.1) ($x^2 = 8,974$; $p = 0,030 < 0,05$). Rocka ve Rich (2003) çalışmasında da ameliyattan sekiz haftadan daha fazla süre öncesinde sigarayı bırakan hastalarla, sigara içmeyen hastaların ameliyattan sonra akciğer komplikasyonu gelişme oranının aynı düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hastaların sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşama durumu ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.2) ($x^2 = 0,313$; $p = 0,337 > 0,05$). Hastaların sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayıp yaşamamalarının ameliyat sonrasında öksürük sorunu yaşayıp yaşamamaları üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öksürük problemi yaşayanların %59,7'nin ameliyat öncesi sigara içmeyi kestiği, öksürük problemi yaşamayanların %73'nün de ameliyat öncesi sigara içmeyi kestiği saptanmıştır (Tablo 4.4.2) ($x^2 = 4,923$; $p = 0,018 < 0,05$). Tür ve arkadaşlarının (1993) çalışmalarında sigara içen hastalarda cerrahi işlemden sonra ameliyat sonrası bakım odasında sigara içmeyen hastalara göre daha fazla öksürük sorunu yaşandığı belirtilmiştir (121).

Ne kadar önce sigara içmenin kesildiği ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Öksürük problemi yaşayanların %41,6'nın 6 ay üzeri bir sürede sigara içmeyi kestiği, öksürük problemi yaşamayanların %74,2'nin de 6 ay üzeri süre sigara içmeyi kestiği görülmüştür (Tablo 4.4.2) ($x^2 = 23,934$; $p = 0,000 < 0,05$). Sigarayı en az 6-8 hafta gibi ne kadar önceden bırakılırsa ameliyat sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına yararları vardır (147). Araştırma sonuçlarımızı destekleyen Fındık ve arkadaşları (2010), Mills ve arkadaşlarının (2011), Møller ve Tønnesen'nin (2006) çalışmasında da ameliyattan önce sigara içmeyi bırakan hastalarda ameliyattan sonra gelişen komplikasyon oranının düştüğü, iyileşme sürecinin olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir (16,20,147).

Araştırmaya katılan hastalardan yoğun sekresyon problemi yaşayanların yaşı ile yoğun sekresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.3) ($x^2 = 2,596$;

$p = 0,858 > 0,05$). Hastaların yaşlarının ameliyat sonrasında yoğun sekresyon sorunu yaşaması üzerinde tek başına etkili olmadığı söylenebilir.

Yoğun sekresyon problemi yaşayan hastaların cinsiyeti ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.3) ($x^2 = 0,071$; $p = 0,447 > 0,05$). Hastaların kadın ya da erkek olması ameliyat sonrasında yoğun sekresyon sorunu yaşamasını etkilememektedir.

Hastaların günlük içilen sigara adedi ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($x^2 = 1,831$; $p = 0,400 > 0,05$). Sigara solunum sisteminde mukusun artmasına yol açmakta ve bu durum sigara içen kişilerin yoğun sekresyon sorunu yaşamasına neden olmaktadır (23). Araştırma sonuçlarını destekleyen çalışmaları Yoğun sekresyon sorunu yaşanmasının içilen sigara adedi ile ilişkili olmadığı çalışmamız bulgusuna dayanarak söyleyebiliriz.bulunmuştur.

Hastaların sigara içme süresi ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($x^2 = 2,559$; $p = 0,634 > 0,05$). Sigara içildiği sürece solunum sistemi zarara uğramaktadır. Bu durum her bir sigara içilmesinde ameliyat sonrasında yoğun sekresyon sorunu yaşanmasına yol açmaktadır.

Hastaların sigarayı bırakmayı deneme durumu ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($x^2 = 0,093$; $p = 0,436 > 0,05$). Sigarayı bırakmayı deneyip denememenin ameliyat sonrasında yoğun sekresyon sorunu yaşaması ile ilişkili olmayıp, sigarayı bırakma süresinin önemli olduğu söylenebilir.

Hastaların ameliyattan ne kadar süre önce sigarayı bıraktığı ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($x^2 = 0,417$; $p = 0,937 > 0,05$). Araştırma sonuçlarını destekleyen Kömür ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da sigarayı bırakmış olan hastaların %17,5'inde

yoğun sekresyon sorunu görülmüş olup, aktif içen, içmeyen ve sigarayı bırakmış olan hastalar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (150).

Yoğun sekresyon problemi yaşayan hastaların ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($x^2 = 0,357$; $p = 0,326 > 0,05$). Ameliyat öncesinde sigara içiminin kesilmesi solunum sisteminin normale dönmesinde yeterli olmamaktadır. Bu sebeple ameliyat öncesinde sigara içmeyi kesen hastaların ameliyat sonrasında yoğun sekresyon yaşaması ile ilişkili olmayabilir.

Yoğun sekresyon problemi yaşayan hastaların ne kadar önce sigara içmenin kesildiği ile yoğun sekresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.4) ($x^2 = 4,758$; $p = 0,190 > 0,05$). Buna karşılık Yüksek ve arkadaşlarının (1997), uzun süre sigara içen hastaların ameliyattan sonra sigara içmeyen hastalara göre daha fazla sekresyon sorunu yaşadığı görülmüştür (113).

Araştırmaya katılan hastalardan %25,5'i kuma sorunu yaşamaktadır. Kuma sorunu yaşayan hastaların yaşı ve cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.5) ($x^2 = 1,232$; $p = 0,975 > 0,05$). Bu bulguya dayanarak hastanın, yaşı ve cinsiyeti kuma sorunu yaşanmasında etkili olmadığını söyleyebiliriz.

Kuma sorunu yaşayan hastaların sigara içme süresi ile kuma sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.5) ($x^2 = 6,217$; $p = 0,184 > 0,05$).

Kuma sorunu yaşayan hastaların sigarayı bırakmayı deneme durumu (Tablo 4.4.5) ($x^2 = 2,088$; $p = 0,098 > 0,05$). ile hastaların ne kadar süre sigarayı bıraktığı (Tablo 4.4.5) ($x^2 = 1,904$; $p = 0,593 > 0,05$). ile kuma sorunu arasında istatistiksel

olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır Ameliyat sonrasında yaşanan kusma sorunu sigara dışında başka nedenlere bağlı olarak gelişmiş olabilir.

Hastaların ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu ile kusma sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.5) ($\chi^2 = 0,042$; $p = 0,482 > 0,05$). Sigarayı ameliyattan en az 6-8 hafta öncesinde bırakılması, ameliyat sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek adına istenmektedir (147). Ameliyattan kısa süre öncesinde sigara içmeyi kesmek ameliyat sonrasında kusma sorunu yaşanmasını tamamen engellemektedir.

Hastaların ne kadar önce sigara içmenin kesildiği ile kusma sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4.5) ($\chi^2 = 4,555$; $p = 0,207 > 0,05$). Sigaranın vücutta oluşturabileceği kalıcı hasarlara bağlı olarak sigarayı bırakan hastalarda da ameliyat sonrasında kusma sorunu yaşanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların; hastanın uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının günlük içilen sigara adedi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.6) ($p > 0,05$). Her sigara içimi anestezi sonrası uyanma süresini, O₂ satürasyonunu etkilemesi ve servise gitme süresini olumsuz etkilediğinden günlük içilen sigara adedi etkilememiş olabilir. Belki hiç sigara içmemiş bir grupta karşılaştırıldığında farklı sonuçlar çıkabilirdi.

Araştırmaya katılan hastaların; hastanın uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının ne kadar süre sigarayı bıraktığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.7) ($p > 0,05$). Sigara içiminin anestezi sonrası uyanma süresini, O₂ satürasyonunu etkilemesi ve servise gönderilme süresi sadece sigarayla ilgili olmayabilir iş yoğunluğu, personel durumuda da gitme süresini etkilediği için ve araştırmaya katılan hastaların

belirli bir süre sigara içmiş olması sebebiyle farklılık bulunmamış olabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların; hastanın uyanma süresi, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının ne kadar önce sigara içmenin kesildiği değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.7) (**p > 0,05**). Sigaranın bırakılma süresinin anesteziden uyanma süresi, O₂ satürasyonu ve anestezi sonrasında servise gönderilme süresinde etkili olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastalardan, sigara içme süresi 0-1 yıl olan hastaların uyanma süresi puanları (25,830 ± 10,624), sigara içme süresi 21 yıl ve üzeri olan hastaların uyanma süresi puanları (30,990 ± 8,550) aralığında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların; uyanma süresi puanları ortalamalarının sigara içme süresi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8) (**KW = 11,114; p = 0,025 < 0,05**). Sigara içme süresi daha az olan hastaların anesteziden daha kısa sürede uyandığı görülmektedir. Anestezi sonrasında geç uyanma yaşamı tehdit eden bir durumdur (123). Bu sebeple uzun süre sigara içiminin anesteziden uyanmayı geciktirmesi sebebiyle de yaşamı tehdit etmektedir.

Araştırmaya katılan hastalardan, sigara içme süresi 0-1 yıl olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından (17,330 ± 6,155); 11–20 yıl olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları (22,230 ± 7,306) aralığında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları ortalamalarının sigara içme süresi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8) (**KW = 13,955; p = 0,007 < 0,05**). Sigara içme süresi fazla oldukça solunum sistemi o kadar daha fazla zarar görmektedir. Bu durum O₂ satürasyonunu da etkilemektedir.

Araştırmaya katılan hastalardan, sigara içme süresi 0-1 yıl olanların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ($28,330 \pm 9,847$); sigara içme süresi 11-20 yıl olanların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ($37,210 \pm 12,645$), aralığında bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının sigara içme süresi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8) ($KW = 12,711$; $p = 0,013 < 0,05$). Sigara içme süresi daha az olan hastaların ameliyattan daha kısa sürede sağlık durumunun düzeliş servise gönderildiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, hastanın uyanma süresi, ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.9) ($p > 0,05$). Hastanın yaşının anestezi sonrası uyanma süresi, O_2 satürasyonu ve anestezi sonrasında servise gönderilme süresinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların, hastanın uyanma süresi, ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.10) ($p > 0,05$). Hastanın kadın ya da erkek olmasının anestezi sonrası uyanma süresi, O_2 satürasyonu ve anestezi sonrasında servise gönderilme süresinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların, hastanın uyanma süresi, ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi, anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.11) ($p > 0,05$). Sigaranın ameliyat sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar açısından risk azalması için en az 6-8 hafta öncesinde bırakılması istenmektedir (147). Çalışmamızdaki bulgudan da anlaşıldığı üzere; ameliyat öncesinde sigara içmeyi kesmenin anestezi sonrası uyanma süresi, O_2 satürasyonu ve anestezi sonrasında servise gönderilme süresinde etkili olmamaktadır.

Anestezi sonrası sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların, uyanma süresi puanları ($x = 30,970$), sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamayan hastaların uyanma süresi puanlarından ($x = 28,360$) yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.4.12). Grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yüksek ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında uzun süre sigara içen hastaların ameliyattan sonra sigara içmeyen hastalara göre daha geç uyandığı saptanmıştır (113).

Anestezi sonrası sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların, ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi puanları ($x = 21,410$), sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamayan hastaların ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından ($x = 19,500$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.12). Grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Anestezi sonrası sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların, ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşama durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.12).

Araştırmaya katılan sigarayı bırakmayı deneyen hastaların uyanma süresi puanları ($x=31,360$), sigarayı bırakmayı denemeyen hastaların uyanma süresi puanlarından ($x=28,230$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.13). Sigarayı bırakmayı deneyen hastaların sigara içen hastalardan daha kısa sürede anesteziden uyanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların, ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi ve anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları ortalamalarının sigarayı bırakmayı deneme durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.13) ($p > 0,05$). O_2 satürasyonunun normale dönmesi ve anestezi sonrasında servise istenen sürede gönderilmesinde sigarayı bırakmayı denemenin yeterli olmadığı görölmektedir. Sigaranın tamamen bırakılması ve bir daha içilmemesi önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir;

- Hastaların çoğunluğunun 56-65 yaş grubunda, erkek, lise mezunu ve Bağkur'lu olduğu görülmüştür.
- Hastaların tamamına yakını ameliyat olma nedeniyle hastaneye yatış yapmışlardır.
- Hastaların yaklaşık yarısı 21 yıl ve üzerinde, günde 1-10 adet arasında sigara içmektedir.
- Hastaların çoğunluğu sigarayı bırakmayı denemiş olup, 2-5 yıl süre arasında sigarayı bırakmıştır.
- Hastaların çoğunluğu sağlığının bozulma korkusu sebebiyle kendi kendine sigara içmeyi bırakmıştır.
- Hastaların çoğunluğu KOAH sağlık sorunu başta olmak üzere, sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamaktadır.
- Hastaların yarısından fazlası ameliyat öncesi sigarayı bırakma konusunda doktordan bilgi almıştır.
- Hastaların çoğunluğu ameliyat öncesi 6 ay ve üzeri sürede sigara içmeyi kesmiştir (Genel cerrahi ve Üroloji hastaları olup birden fazla prostat, mesane ve kolon kanseri ameliyatı olan hastalardır).
- Sigara içmeyi kesmeyen hastaların çoğunluğu alışkanlık nedeniyle sigara içmeyi kesmemiştir.
- Hastaların tamamına yakını ameliyattan önce sigara içmemiştir.
- Hastaların çoğunluğu uyanma sürecinde yoğun sekresyon ve öksürük sorunu yaşamıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların “hastanın uyanma süresi” ortalaması $30,220 \pm 9,517$ dakika, “ameliyat sonrası O_2 satürasyonunun normale dönme süresi” ortalaması $20,860 \pm 6,347$ dakika, “anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği” ortalaması $33,330 \pm 10,107$ dakika olarak saptanmıştır.

- Cinsiyet, günlük içilen sigara adedi, sigarayı bırakmayı deneme durumu, ne kadar süre sigarayı bıraktığı, ameliyat öncesi sigara içmeyi kesme durumu, ne kadar önce sigara içmenin kesildiği ile öksürük arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların, sigara içme süresi 11-20 yıl olan hastaların uyanma süresi puanları, diğer hastaların uyanma süresi puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Sigara içme süresi 21 yıl ve üzeri olan hastaların uyanma süresi puanları da sigara içme süresi 0-1 yıl olan hastaların uyanma süresi puanlarından yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların, sigara içme süresi 11-20 yıl olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları, sigara içme süresi 0-1 yıl ve 6-10 yıl olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından yüksek bulunmuştur. Sigara içme süresi 21 yıl ve üzeri olanların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları, diğer hastaların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların, sigara içme süresi 11-20 yıl olanların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları, diğer hastaların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanlarından yüksek bulunmuştur. Sigara içme süresi 21 yıl ve üzeri olanların da anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanları, sigara içme süresi 0-1 yıl olanların anestezi sonrası ne kadar sürede servise gönderildiği puanlarından yüksek bulunmuştur.
- Sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların uyanma süresi puanları, sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamayan hastaların uyanma süresi puanlarından yüksek bulunmuştur.
- Sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşayan hastaların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanları, sigaraya bağlı sağlık sorunu yaşamayan hastaların ameliyat sonrası O₂ satürasyonunun normale dönme süresi puanlarından yüksek bulunmuştur.

- Sigarayı bırakmayı deneyen hastaların uyanma süresi puanları, sigarayı bırakmayı denemeyen hastaların uyanma süresi puanlarından yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonucunda, sigara kullanan hastaların ameliyat öncesinde sigarayı bırakma süresinin, anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyona ve uyanma durumuna etkisinin olduğu görülmüştür.

- Tüm hastaların sigara içme davranışlarının ayrıntılı bir şekilde incelenmesi,
- Sigaraya ulaşılabilirliğin engellenmesi,
- Ameliyat öncesinde sigarayı bırakma konusunda tüm hastaların teşvik edilmesi,
- Sigara içiminin zararları ve sigarayı bırakma konusunda halka yönelik sürekli eğitimlerin düzenlenmesi,
- Sigara içen hastaların ameliyat sonrasında komplikasyon yaşama riskini azaltmak için mümkünse sigarayı bırakıp sigaranın olumsuz etkilerinin geçmesini beklemek üzere ameliyatın ertelenmesi,
- Ameliyat öncesinde sigara içen hastaların ameliyat sonrası süreçte yaşayabileceği komplikasyonlara karşı hemşirelerin bilgilendirmesi ve hastaları yakından takip etmesi,
- Sigara içen hastalara ameliyat sonrasında yoğun sekresyon, öksürük ve kusma gibi sorunlar yaşayabileceği ve bu sorunlarla nasıl baş edebileceği yönünde eğitimlerin verilmesi önerilebilir.
- İleriki çalışmalarda hiç sigara içmemişler ile içenler arasında sorunların (öksürük, yoğun sekresyon) karşılaştırılması önerilebilir.
- Cerrahi (örneklem) katılım türlerinin çeşitlendirilmesi.

KAYNAKLAR

1. Ergeneilek, E. (2005). Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçlar. Adana: Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
2. Deveci, S. E., Güler, H., Deveci, F., Açık, Y., Muz, H. M. (2005). Elazığ Emniyet Teşkilatı Personelinin Sigara İçme Davranışları, Bağımlılık Düzeyleri ve Sigara-Sağlık İlişkinine Yaklaşımları. Solunum Hastalıkları, 16: 12-17.
3. World Health Organization, (2009). Global Health Risks-Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Switzerland: World Health Organization, Geneva.
4. Esenkaya Usta, Z. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımını Yordayan Etmenlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
5. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu.
6. Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 3: 442.
7. Önen, Z. P., Şen, E., Gülbay, B. E., Öztürk, A., Yıldız, Ö. A., Acıcan, T., Saryal, S., Karabıyık, G. (2011). Kardiyopulmoner Hastalığı Olanlarda Sigaranın Bırakılması. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11: 244-249.
8. Pekşen, Y., Canbaz, S., Sünter, A. T., Tunçel, E. K. (2005). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Bağımlılık Dergisi, 6: 111-116.
9. MMWR. (2008). Smoking Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses - United States, 2000-2004; 57: 1226-1228.
10. Pınar, F. (2008). Sigara ve Tandır Dumanına Aktif ve Pasif Maruziyetin Astım Bronşiale, Tüberküloz, KOAH ve Akciğer Kanseri İle İlişkinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.

11. Çevikalp, E. (2013). Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Prevalansı ve Sigara İçenlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü E. Ü. T. F. Psikiyatri Anabilim Dalı.
12. Yılmaz, A., Turan, A. (2015). Sigara Bırakma Tedavisindeki Hastalarımızın Genel Özellikleri Ve Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler. Çukurova Dr. Aşkı Tüfekçi Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Adana: İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 29 (3).
13. Öztürk, Ö., Yalçın Sezen, G., Ankaralı, H., Özlü, O., Demiraran, Y., Ateş, H., Dost, B. (2016). Effect of Smoking on Reversing Neuromuscular Block. Türk J Anaesthesiol Reanim, 44: 206-211.
14. Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Algan, A., Soydemir, E., Aslan, İ. (2009). Sigara İçen Hastaların Sigara Paketlerinin Üzerindeki Uyarı Yazıları Hakkındaki Görüşlerinin Ve Nikotin Bağımlılık Derecelerinin Değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal, 22 (2): 111-122.
15. Carbone, D. (1992). Smoking and Cancer. Am J Med 93: 13 -17.
16. Møller, A. and Tønnesen, H. (2006). Risk Reduction : Perioperative Smoking Intervention. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 20 (2): 237-248.
17. Gourgiotis, S., Aloizos, S., Aravosita, P., Mystakelli, C., Isaia, E. C., Gakis, C. ve Salemis, N. S. (2011). The Effects of Tobacco Smoking on the Incidence and Risk of Intraoperative and Postoperative Complications in Adults, The Surgeon, 9: 225-232.
18. Esener, S., Esener R. (1988). Sigara; Anestezi-Cerrahi Yönünden Önemi Ve Ameliyat Öncesi Bırakılmasının Getireceği Yararlar. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi, 6 (6): 404-408.
19. Çağlayan, B., Fidan, A. (2002). Ameliyat Öncesi Dönemde Pulmoner Değerlendirme. Kurt N. (Ed.), Yetişkinlerde ve Çocuklarda Ameliyat Öncesi Değerlendirme. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 128-143.
20. Mills, E., Eyamo, O., Lockhart, I., Phill, D., Kelly, S., Wu, P. And Ebbert, J. (2011). Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American Journal of Medicine, 124 (2): 144-154.

21. Myers, K., Hajek, P., Hinds, C. ve McRobbie, H. (2011). Stopping Smoking Shortly Before Surgery and Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Internal Medicine*, 171 (11): 983-989.
22. Argüder, E., Hasanoğlu, H. C., Karalezli, A., Kılıç, H. (2012). Sigara Bırakmaya Eğilimi Artıran Faktörler, *Tüberküloz ve Toraks*, 60 (2): 129-135.
23. Yıldız, L. ve Kılıç, H. (2000). Sigaranın Klinik ve Biyokimyasal Etkileri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 20: 306-312.
24. Aytemur, Z.A. Akçay, Ş., Elbek, O. (2010). Tütün ve Tütün Kontrolü. *Toraks Kitapları*, (10): 29.
25. Aydoğan, M. S. (2009). Çevresel Sigara Dumanı ve Postoperatif Analjezi Gereksinimi. Uzmanlık Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
26. Kökten, R. (2008). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.
27. Özcan, S., Taş, H. Y., Çetin, Y. (2013). Sigara İle Mücadelede Toplumsal Bilinç. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 2 (4): 152-175.
28. Ceylan, C. (1995). Türkiye’de Tütün Politikasının Tarihsel Gelişimi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarımsal Ekonomisi Anabilim Dalı.
29. Tunç, Z. (2007). Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
30. Aslan, D. (2005). Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolünde Yeni Bir Dönem Başladığı: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
31. Ersan, A. (2004). Tütün Sektör Profili. İstanbul Ticaret Odası Etüt ve Araştırma Şubesi.
32. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. (2010). Türkiye Raporu. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Anıl Matbaacılık.

33. Alaçam, H., Korkmaz, A. Efe, M., Ceyhan Balcı, Ş., Şengül, C. (2015). Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol Ve Sigara Bağımlılığı Taraması. Pamukkale Tıp Dergisi, 8 (2): 82-87.
34. Arpacık, Y. (2015). Sağlıklı Genç Erişkinlerde Sigara İçiminin ve Sigara Dumanına Maruz Kalmanın Kardiyak Otonomik Fonksiyonlar Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı.
35. Odabaşı, G.N. (1991). Sigara Alışkanlığının Türk Toplumundaki Yeri. Doktora Tezi. İstanbul: Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
36. Behr, J. and Nowak, D. (2002). Tobacco Smoke and Respiratory Disease. European Respiratory Society Monograph, 21: 161-179.
37. Bilir, N., Çakır, B., Dağlı, E., Ergüder, T., Önder, Z. (2010). Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Yayını.
38. Örsel, Ö., Örsel, S., Arpal, S., Uçar, N., Fırat Güven, S., Şipit, T., Kurt, B. (2005). Sigara Bırakmada Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Tedavi Sonuçlarına Etkisi. Solunum Hastalıkları, 16 (3): 112-118.
39. Doğanay, S., Sözmen, K., Kalaça, S., Ünal, B. (2012). Türkiye’de Toplumda Sigara İçme Sıklığı Nasıl Değişiyor?. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10 (2): 93-115.
40. Türkkan, Ö. G. (2008). Sigara Bırakmanın İmmün Sistem Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.
41. Bilgiç, N. (2013). Lise Öğrencileri Üzerinde Sigara Konusunda Yürütülecek Olan Akran Eğitiminin Sigara Kullanma Davranışı Üzerindeki Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
42. Ayık ve diğerleri (2005). Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlıklarını Etkileyen Faktörler. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 19 (3): 77-82.
43. Beyer, J., Waverly, I. (2003). Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks. Washington: The World Bank, 1-12. 61.

44. Mackay, J. Eriksen, M. (2002). The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3.Male smoking, 24-25.
45. Warren CW, Riley L, Asma S. Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. (2000). Tobacco Useby Youth: A Surveillance Report From The Global Youth Tobacco Survey Project. Bu Ll World Health Organ; 78: 868-876.
46. Tucker, J.S., Ellicson, P.L., Klein, D.J. (2003). Predictors of the Regular Smoking During Adolescence and Young Adulthood. Journal of Adolescent Health, 32: 314-324.
47. Kann L, Kinchen SA, Williams BI. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance United States, 1999. MMWR, 49: 1-96.
48. Bektaş, M.,Öztürk, C., Armstrong, M. (2010). Çocukların Sigara İçme Durumunu Öngören Ve Tanımlayan Karar Denge Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri. Araştırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11: 327-334.
49. Aşker, S., Ekin, S., Arısoy, A., Yıldız, H., Günbatar, H.,Sertoğulları, B. (2014). Sigara İçenlerde ve Tandır Dumanı Maruziyeti Olanlarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Gelişme Riski. Van Tıp Dergisi, 21 (4): 225-229.
50. Fielding, JE. (1985). Smoking: Health effects and control. N Engl J Med, 313: 491-498.
51. Bluman, L. G., Mosca, L., Newman, N., Simon, D. G. (1998). Preoperative Smoking Habits and Postoperati ve Pulmonary Complications. CHEST. 113 (4): 883-889.
52. World Health Organization. (2012). Dünya Sağlık İstatistik Raporu.
53. Özalp Ü, Özyardımcı N. (2002). Sigara dumanının kimyasal bileşeni. Sigara ve Sağlık Bursa: 30-49.
54. Johnsson, T., Tuomi, T., Hyvarinen, M., et al. (2003). Occupational Exposure Of Non-Smoking Restaurant Personnel To Environmental Tobacco Smoke İn Finland. Am J Ind Med, 43: 523-531.
55. Rodrigo, C. (2000). The Effects of Cigarette Smoking on Anesthesia. Anesthesia Progress, 47 (4): 143-150.

56. Arabacı, Ü., Akdur, H., Yiğit, Z. (2003). Effects of Smoking on Pulmonary Functions and Arterial Blood Gases Following Coronary Artery Surgery in Turkish Patients, *Jpn.Heart. Anesthesiology and Reanimation Department Physiotherapy Department Cardiology Department Cardiology Institute, Istanbul University, Istanbul: Turkey.* 44 (1).
57. Öztuna, F. (2004). Sigaranın Hücresel Etkileri. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Trabzon : *Akciğer Arşivi*, 2: 111-116.
58. Patel, BD., Loo, W. J., Tasker, A. D., Screatton, N. J., Burrows, N P., Silverman, E. K., Lomas, D. A. (2006). Smoking Related COPD And Facial Wrinkling: Is There A Common Susceptibility?. *Thorax*, 61 (7): 568-571.
59. Özatamer, O., Alkış, N., Batislam, Y., Küçük, DY. (2002). Anesteziye Güncel Konular. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
60. Güngör Akıncı, N. (2005). Amfizemli KOAH Olgularında Stabil Dönemde, Kısa Süreli, Değişen Basınçlarda Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamasının Spirometrik Değerler Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: SB Süreyyapaşa Göğüs Kalp Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi.
61. Burke, A. and Fitzgerald, G. A. (2003). Oxidative Stress and Smoking-Induced Vascular Injury. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46 (1): 79-90.
62. Ambrose, J. A. and Barua, R. S. (2004). The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease : An Update. *Journal of the American College of Cardiology*, 43 (10): 1731-1737.
63. Gücün, M. (2009). Sigara Kullanımının Trombosit Fonksiyonları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği.
64. Altun, A., Gürçagan, A., Özkan, B., Özbay, G. (1996). Sağlıklı Sigara İçmeyen Erkeklerde Akut Sigara İçiminin Sol Ventrikül Fonksiyonları Üzerine Etkisi. *Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Edirne: Türk Kardiyol Dern Arş*, 24: 272-275.

65. Özen, E. (2011). Sigara İçen ve İçmeyenlerde Genel Anestezi Sırasında Kullanılan Taze Gaz Akımının Karboksihemoglobin Düzeylerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
66. Jha, P., Chaloupka, F. J., Moore, J., Gajalakshami, V., Gupta, C. P., Peck, R., Asma, S., Zatonski, W. (2006). Tobacco Addiction. In : Disease Control Priorities in Developing Countries. Jamison DT, Bregman JG, Measham A. (Ed.). Oxford University Press, World (Ed.). Oxford University Press, World Bank, NY, USA, 869–885.
67. US Department of Health and Human Services. (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National.
68. Ezzati, M., Lopez, AD. (2004). Regional, Disease Specific Patterns Of Smoking Attributable Mortality İn 2000. Tobacco Control, 13 (4): 388–395.
69. Uysal, M.A. (2016). Nikotin Sizi Nasıl Esir Alıyor? Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi Neurobiology Of Tobacco Addiction. Derleme. İstanbul: Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
70. Neal, L. and Benowitz, M.D. (2010). Nicotine Addiction. N Engl J Med, 362: 2295-2303.
71. Benowitz, NL. (2010). Nicotine Addiction. N Engl J Med, 362: 2295–2303.
72. Kapoor, D., and Jones, T.H. (2005). Smoking and hormones in health and endocrine disorders. Center for Diabetes and Endocrinology, Barnsley Regional General Hospital, Gawber Road, Barnsley S75 2EP, UK and Academic Unit Endocrinology, University of Sheffield, Department of Genomic Medicine, Sheffield, UK, European Journal of Endocrinology, 152 491–499.
73. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara: Türkiye.
74. Sarandol, A. (2002). Nikotin Bağımlılığı ve Tedavi Yaklaşımı. Akciğer Arşivi, 3: 129-139.

75. Yorgancıoğlu, A., Esen, A. (2000). Sigara Bağımlılığı ve Hekimler Celal Bayar Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa: Toraks Dergisi, 1: 90-95.
76. Teneggi, V., Squassantre, L., Iavorone, L., Milleri, S., Bye, A., Gomeni, R. (2002). Correlation And Predictive Performances Of Saliva And Plasma Nicotine.
77. Ergül, Ő. (2005). Sigara İçme Alışkanlığı Olan Adölesanlarda KarŐıt Olumlu DavranıŐ GeliŐtirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
78. Aslan, D. (2012). Tütün Kontrolü Uygulamaları. Türkiye Sağlık Raporu. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayınları, 210-215.
79. Alikafıfoğlu, M., Erginoz, E., Ercan, O. (2002). Cigarette Smoking Among Turkish High School Students. *Adolesc Health*, 30: 7-8.
80. Bilir, N. (2008). Sigara ve Kanser. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, (1) 7-8.
81. IARC Working Group. (2004). Tobacco smoke and involuntary smoking (IARC Monographs, No.83). Lyon, IARC Press.
82. Engin, K., Özyardımcı, N. (2002). Sigara ve kanser. Sigara ve Sağlık Bursa: 314–322.
83. Yetkin, Y. (1992). Fizyolojik Çevrenin Korunması Ve Sigara İçimi İle Tütün Üretimi ve Biyoloji Eğitimi Arasındaki İlişki. *SBAD*; 3: 99-110.
84. Őengelen, M. (2011). Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Sigara Bırakma Ünitesi'ne Ocak 2007-Aralık 2009 Tarihleri Arasında Başvuran Bireylerin Bazı Özellikleri ve Sigara Bırakma Olasılıkları. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı.
85. Kutlu, R., DemirbaŐ, N., Börüban, M.C., Güler, T. (2014). Sigara İçmeye Atfedilebilen Kanser Türleri ve Sosyodemografik Özellikleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29 (3): 81-88.

86. John, D. (2003). Nicotine Exposure And Bronchial Epithelial Cell Nicotinic Acetylcholine Receptor Expression İn The Pathogenesis Of Lung Cancer. Minna Hamon Center for Therapeutic Oncology Research and Departments of Internal Medicine and Pharmacology, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA J. Clin. Invest. The Journal of Clinical Investigation, 111: 31–33.
87. Ozturk, O., Fidanci, İ. (2016). The Relationship Between Smoking and Cancer: Mini Review. Cancer Surg, 1: 108.
88. Karlıkaya, C., Öztuna, F., Aytemur Solak, Z., Özkan, M., Örsel, O. (2006). Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi, 7 (1): 51-64.
89. Reichert, V. C., Seltzer, V., Efferen, L. S., Kohn, N. (2009). Women And Tobacco Dependence. Obstet Gynecol Clin N Am 36 (4): 877-890.
90. Göral, V. (2014). Pankreas Kanseri: Patogenez ve Tanı.İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, 18 (4): 407-414.
91. Marakoğlu, K., Erol. Sezer, R. (2003). Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı.Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4): 157-164.
92. Manassa, EH., Hertl, CH., Olbrisch, RR. (2003). Wound healing problems in smokers and nonsmokers after 132 abdominoplasties. Plast Reconstr Surg, 111: 2082–2089.
93. Chan, W.K.L., Withey, S., Butler, P.E.M. (2006). Smoking and Wound Healing Problems in Reduction Mammoplasty Is the Introduction of Urine Nicotine Testing Justified? Annals of Plastic Surgery, 56 (2).
94. Silverstein, P. (1992). Smoking and wound healing. Am J Med, 93: 22– 24.
95. Sorensen, L.T., Horby, J., Friis,E., Pilgaard, B., Jorgensen, T. (2002). Smoking as a Risk Factor for Wound Healing and İnfection İn Breast Cancer. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 28 (8): 815-820.
96. Ataus, S., Mesane Kanseri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Klinik Gelişim, 133.
97. Kulu, A. (2010). Mesane Tümörlü Hastalara Uygulanan Cerrahi Girişimler Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

98. Özen, H., Türkeri, L. (2007). Üroonkoloji Kitabı. Ankara: Ertem Basın Yayın, (1): 128-299.
99. İnci, O. (1995). Ürogenital Tümörler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 51-82.
100. Bilir, N., Yıldız, A. N. (2008). Çalışma Hayatı ve Sigara (Sigarasız İşyerleri). Ankara: (1) 1-16.
101. Kayan, D. (2011). Yüzeysel Mesane Tümörlerinde Primer ve Nüks Tümör Lokalizasyonları. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır: T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.
102. Freedman, N.D., Silverman, N.T., Hollenbec, A.R., Schatzkin, A., Abnet, C.C. (2011). Kadınlar ve Erkekler Arasında Sigara İçme ve Mesane Kanseri Riski Arasındaki İlişki. *Jamam*: 306 (7): 737-775.
103. Köklü A. H. K. ve Çankal, D. A. U. (2013). Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler İçerisinde Beslenmenin Yeri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 7: 135-141.
104. Şahin, Ö. K. ve Aksoy, M. Ç. (2014). Oral Cerrahi İşlemler Sonrası Yara İyileşmesine Sigaranın Etkileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 24 (3): 434-441.
105. Özkayın, N., Aktuğlu, K. (2003). Sigaranın Kas İskelet Sistemi Üzerine Etkileri. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. İzmir: Vatan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı. Manisa*: 12 (3): 102.
106. Altay, P. ve Başal, G. (2010). Yara Örtüleri. *Tekstil Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 4 (1): 109-121.
107. Warner, D.O. (2007). Tobacco dependence in surgical patients. *Curr Opinion Anesth*, 20: 279-283.
108. Adanır, T., Atay, A., Şencan, A., Aksun, M., Karahan, N. (2010). Effect of cigarette smoking on the washout time of sevoflurane anesthesia. *BMC Anesthesiology*, 10: 8.
109. Warner, D.O. (2005). Preoperative Smoking Cessation: The Role Of The Primary Care Provider. *Mayo Clin Proc*, 80: 252-258.
110. Warner, D.O. (2006). Perioperative Abstinence From Cigarettes: Physiological And Clinical Consequences. *Anesthesiology*, 104: 356-367.

111. Schroeder, T., Melo, M.F.V., Musch, G., Haris, R.S., Winkler, T., Venegas, J.G. (2007). PET imaging of regional 18F-FDG uptake and lung function after cigarette smoke inhalation. *J Nuc Med*, 48: 413-419.
112. Traber, D.L., Linares, H.A., Herndon, D.N., Prien, T. (1988). The Pathophysiology Of Inhalation Injury: A Review. *Burns Incl Therm Inj*, 14: 357-364.
113. Yüksek Şahin, M., Onur, A., Uslu, S. (1997). Kronik Sigara İçicilerde Anestezi Sırasında ve Derlenme Odasındaki PO₂ ve ETCO₂ Değişiklikleri. *Journal of Turgut Özal Medical Center*. 4 (4): 413-417.
114. Rock, P. And Rich, P. B. (2003). Postoperati ve Pulmonary Complications. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 16 (2): 123-131.
115. Gökten Ayan, G. (2012). Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastaların Anestezi ve Anestezi Uzmanı İle İlgili Bilgi ve Görüşleri. Uzmanlık Tezi. Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
116. Pedersen, T., Viby-Mogensen, J., Ringsted, C. (1992). Anaesthetic Practice And Postoperative Pulmonary Complications. *Acta Anaesthesiol Scand*, 36: 812-818.
117. İnce, D. İ. (2006). Yoğun Bakım Ünitesinde Solunum Tedavisi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6 (1): 28-42.
118. Karcz, M., Papadacos, P.J. (2013-2014). Respiratory Complications İn The Postanesthesia Care Unit: A Review Of Pathophysiological Mechanisms. *Canadian Society of Respiratory, Can J Respir Ther*, 49 (4).
119. Rose, D.K., Cohen, M.M., Wigglesworth, D.F., DeBoer, D.P., Math, M. (1994). Critical Respiratory Events İn The Postanesthesia Care Unit. Patient, Surgical, And Anesthetic Factors. *Anesthesiology*, 81: 410-418.
120. Lysakowski, C., Dumont, L., Czarnetzki, C., Bertrand, D., Tassonyi, E., Tramèr, M.R. (2006). The Effect Of Cigarette Smoking On The Hypnotic Efficacy Of Propofol. *Anaesthesia*, 61: 826-831.
121. Tür, A., Üstün, E., Demirçan, B., Esener, Z. (1993). Sigara İçiminin Postoperatif Komplikasyonlara Etkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 10 (1-2): 1-5.

122. van der Vaart, H., Postma, D.S., ten Hacken, N.H. (2004). Acute Effects Of Cigarette Smoke On İnflammation And Oxidative Stress: A Review. *Thorax*, 59: 713-721.
123. Utku, T., Tunalı, Y., Akçıl, E. F., Korkmaz Dilmen, Ö., Eken, E. (2012). Anestezi den Uyanmanın Gecikmesi. *Türk Anest Rean Der Dergisi*, 40 (2): 103-107.
124. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2011). Anestezi ve Reanimasyon. Genel Anestezinin Sonlandırılması. Ankara.
125. Güneş, G., Pehlivan, E., Eğri, M., Genç, M. (1997). Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencilerinde Sigar İçme Sıklığı. Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, *Journal of Turgut Özal Medical Center* 4 (4).
126. Kutlu, R., Marakoğlu, K., Çivi, S. (2005). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Konya: C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1): 29 – 34.
127. Sayan, İ., Tekbaş, Ö.F., Göçgeldi, E., Paslı, E., Babayiğit, M. (2009). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sigara İçme Profilinin Belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19 (1): 9-15.
128. World Health Organization. (2009). The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf> erişim tarihi: 02.09.2017.
129. Davis R.M., Wakefield M., Amos A., Gupta P.C. (2007). The Hitchhiker's Guide to Tobacco Control: A global assessment of harms, remedies, and controversies. *Annu. Rev. Public Health*, 28: 171–194.
130. Buczkowski, K., Marcinowicz, L., Czachowski, S., Piszczek, E. (2014). Motivations Toward Smoking Cessation, Reasons For Relapse, and Modes of Quitting: Results From a Qualitative Study Among Former and Current Smokers. *Patient Preference and Adherence*, 8.
131. Eşer İ. (1985). Hemşirelerin sigaranın zararlı etkilerine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1:2.
132. Özkurt ve ark. (2000). Tıp fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı, nikotin bağımlılığı ve solunum fonksiyon testleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48: 140-7.

133. Tezcan S, Yardım N. (2003). Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tuberk Toraks*, 51(4): 390-397.
134. Dramalı ve ark. (1990). Hastanelerdeki Sağlık Personelinin Sigara Kullanımı ve Kullanım Anındaki Rolünün Değerlendirilmesi. İzmir: II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri.
135. Sezer RE, Marakoğlu K, Sezer H, Marakoğlu İ. (2001). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakülteleri Öğretim Elemanlarının Sigara Kullanım Durumu ve Sigara ile Bağlantılı Görüşleri, 23 (1): 25-36.
136. Boyle, P., Gandini, S., Robertson, C., Zatonski, W., Fagerstrom, K., Slama, K., Kunze, M., Grey, N. and The International Smokers Survey Group. (2000). Characteristics of Smokers’ Attitudes Towards Stopping. *European Journal of Public Health*, 10 (3): 5-14.
137. Çelik, P., Esen, A., Yorgancıoğlu, A., Şen, F. S., Topçu, F. (2000). Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları, *Toraks Dergisi*, 1 (1): 61-66.
138. Taşpınar, B., Gül, C., Taşpınar, F., Aksoy, C. C. ve Afşar, E. (2015). Sigara İçen Genç Yetişkin Bireylerde Dispne ve Yorgunluk Algısı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1): 15-19.
139. Uysal, H. B., Yaşar, M. B. ve Sönmez, H. M. (2016). Aydın’da Sigara İçiminin ve Hipertansiyonla Birlikteliğinin Son 20 Yıldaki Değişimi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20 (2): 54-63.
140. Myles, P. S., Iacono, G. A., Hunt, J.O., Fletcher, H., Morris, J., McIlroy, D., Fritschi, L. (2002). Risk of Respiratory Complications and Wound Infection in Patients Undergoing Ambulatory Surgery. *Anesthesiology*, 97 (4): 842-847.
141. Yaşar, Z., Kurt, Ö. K., Talay, F., Kargı, A. (2014). Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 16: 99-104.
142. Pekel, Ö., Günay, T., Soysal, A., Doğanay, S., Budak, R., Damgacı, V., Altun, D., Ergör, G. (2012). Koroner Kalp Hastalığı (KKH) Riski Olup Toplum Tabanlı Sigara Bırakma Merkezi’ne Davet Edilenlerin Başvurusunu Etkileyen Etmenler. *Türk Halk Sağlığı Dergisi*, 10 (2): 68-75.

143. Argüder, E., Hasanoğlu, H. C., Karalezli, A., Kılıç, H. (2013). Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler, *Türk Toraks Dergisi*, 14: 81-87.
144. Sürmeli, C.D. (2008). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.
145. Hill, K., Goldstein, R. S., Guyatt, G. H., Blouin, M., Tan, W. C., Davis, L. L., Heels-Ansdell, D. M., Erak, M., Bragaglia, P. J., Tamari, I. E., Hodder, R., Stanbrook, M. B. (2010). Prevalence and Underdiagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among Patients at Risk in Primary Care. *Canadian Medical Association Journal*, 182 (7): 673-678.
146. Mayda, A. S., Tufan, N., Baştaş, S. (2007). Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (5): 364-370.
147. Fındık, Ü. Y., Topçu, S. Y., Üstündağ, H., Coşkun, Ö. (2010). Cerrahi Hastalarının Hastanede Sigara İçme Durumlarının Belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18 (1): 26-32.
148. Yamashita, S., Yamauchi, H., Sakauchi, M., Yamamoto, S., Aoki, K., Shiqa, Y., Hisajima, Y. (2004). Effect of Smoking on Intraoperative Sputum and Postoperative Pulmonary Complication in Minor Surgical Patients. *Respiratory Medicine*, 98 (8): 760-766.
149. Tütüncü, A. Ç., Dilmen, Ö. K., Utku, T., Erbabacan, E., Ekici, B., Köksal, G., Altıntaş, F., Kaya, G. (2012). Genel Anestezi Uygulanan Çocuklarda Pasif Sigara İçiciliğinin COHb, PaO₂ ve PaCO₂ Değerlerine ve Cerrahi Sonrası Solunumsal Komplikasyonlara Etkisi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47 (3): 204-209.
150. Kömüs, N., Sevinç, C., Özden, A. (2009). Sağlıklı Erişkinlerde Sigaranın Fonksiyonel Parametreler Üzerindeki Etkisi. *Solunum Dergisi*, 11 (1): 13-17.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Süzan Aluş Selçukkaya
Doğum Yeri : Mardin / Merkez
Medeni Hali : Evli
Uyruğu : T.C
Adres : Örnek Mah. Ercüment Batanay Sok. Dumankaya İkon
A-1/345 Ataşehir, İSTANBUL
Tel. : 05053704706
E-mail : susannealice@hotmail.com

EĞİTİM

İlkokul : Mardin Artukoğlu ilkokulu
Ortaokul : Mardin Sağlık Okulu
Lise : İstanbul Bakırköy Sağlık Koleji
Lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans : Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İŞ DENEYİMİ

: Çanakkale Devlet Hastanesi / Ameliyathane Hemşiresi
: Gaziantep Göğüs Hastalıkları Hastanesi / Hemşire
: Elbistan Devlet Hastanesi / Ameliyathane Hemşiresi
: Siirt Devlet Hastanesi / Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi
: Haydarpaşa Numune Hastanesi / Acil Hemşiresi
: Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi /
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi
: Özel Academic Hospital / Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi
: Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Öğretim Görevlisi
: Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Öğretim Görevlisi

EKLER

Ek- 1

HASTA BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **Süzan Aluş Selçukkaya** tarafından yürütülen “Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi Sigarayı Bırakma Süresinin Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna Etkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1.Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a).Araştırmanın Amacı:Cerrahi hastalarında Ameliyat Öncesi Sigarayı Bırakma Süresinin Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde Oksijenasyona ve Uyanma Durumuna Etkisi

b).Araştırmanın İçeriği:Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi sigarayı bırakma durumları ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır

c).Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma **Tez çalışması**

2.Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin: Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Ek- 2 Anket Bilgi Formu

ANKET BİLGİ FORMU

Bu anket formu cerrahi hastalarında ameliyat öncesi sigarayı bırakma süresinin anestezi sonrası bakım ünitesinde oksijenasyon ve uyanma durumuna etkisini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Sorulara verdiğiniz cevaplar kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Suzan ALUŞ SELÇUKKAYA

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1. Yaş

2. Cinsiyet

- Kadın Erkek

3. Eğitim Durumu

- İlköğretim Lise Lisans Lisansüstü

4. Meslek

- Memur İşçi İşsiz Diğer (Bağkur, ev hanımı, öğrenci)

5. Daha önce ameliyat oldunuz mu?

- Evet Hayır

6. Evet ise, ne ameliyatı oldunuz?

7. Hastaneye yatış nedeniniz nedir?

- Ameliyat olmak Tıbbi tedavi olmak Acil Diğer (nakil)

BÖLÜM 2: SİGARA İÇME DURUMU

8. Sigara içiyor musunuz?

- Evet Hayır

9. Evet ise, günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

- 1 – 5 Adet 6 – 10 Adet 11 – 20 Adet
 21 – 30 Adet 31 Adet ve Üzeri

10. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

- 0 – 1 Yıl 2 – 5 Yıl 6 – 10 Yıl
 11 – 20 Yıl 21 Yıl ve Üzeri

11. Bu süre içinde sigara içmeyi bırakmayı düşündünüz mü?

- Evet Hayır

12. Evet ise, ne kadar süre bıraktınız?

- 0 – 1 Yıl 2 – 5 Yıl 6 – 10 Yıl
 11 – 20 Yıl 21 Yıl ve Üzeri

13. Sigara içmeyi bırakma nedenlerinizi işaretleyiniz?

- Sağlığının bozulma korkusu
 Doktor önerisi
 Mevcut hastalık
 Sigaraya bağlı kronik hastalık
 Diğer (kapalı alanda sigara içme yasağı)

14. Sigarayı bırakmak için hangi yöntemi denediniz?

- Kendi kendime Profesyonel yardım Akapunktur Diğer (aile ve çevre baskısı)

15. İctiğiniz süre içinde sigaraya bağı bir sağık sorununuz gelişti mi?

- Evet Hayır

16. Evet ise, ne gibi bir sorun oldu?

- KOAH Kalp Damar Hastalıkları Kanser Diyabet

17. Ameliyat öncesinde sigarayı bırakma konusunda bilgi aldınız mı?

- Evet Hayır

18. Evet ise, kimden aldınız?

- Doktor Hemşire Halk Sağılığı Sigarayı bıraktırma polikliniğı Diğer (aile ve sosyal medya)

19. Ameliyattan önce sigara içmeyi kestiniz mi?

- Evet Hayır

20. 19. Soruya cevabınız evet ise, ne kadar süre önce kestiniz?

- 1 – 2 Hafta 3 – 4 Hafta 1 – 6 Ay 6 Ay Üzeri

21. 19. Soruya cevabınız hayır ise, neden?

- Alışkanlık Stres Hoşlanmak Diğer (kendimi bağımsız hissetmek)

22. Ameliyattan önce en son ne zaman sigara içtiniz?

- 1 Saat 2 Saat 3 Saat 5 Saat İçmedim

BÖLÜM 3: ANESTEZİ SONRASI UYANMA DURUMU

23. Hastanın uyanma süresi

- 5 Dakika 10 Dakika 15 Dakika
 20 Dakika 30 Dakika ve Üzeri

24. Uyanma sürecinde yaşanan problemler

- Öksürük Spazm (solunum sıkıntısı)
 Yoğun sekresyon Diğer (kusma)

25. Ameliyat sonrası O₂ maskesi ne kadar süre takılı kaldı?

- 5 Dakika 10 Dakika 15 Dakika
 20 Dakika 30 Dakika ve Üzeri

26. Ameliyat sonrası O₂ satürasyonu ne kadar süre sonra normale döndü?

- 5 Dakika 10 Dakika 15 Dakika
 20 Dakika 30 Dakika ve Üzeri

27. Hasta, anestezi sonrası bakım aldıktan ne kadar sürede servise gönderildi?

- 5 Dakika 10 Dakika 15 Dakika
 20 Dakika 30 Dakika ve Üzeri

Ek- 3 Ek- 4 Etik Kurul Onay Belgesi

