

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**İZMİR'DE SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURANLARDA SİGARAYI VE DİĞER TÛTÛN
ÛRÛNLERİNİ BIRAKMA İLE İLİŞKİLİ BAZI
ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. MUSTAFA KEREM KANIK

İZMİR-2018

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İZMİR'DE SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURANLARDA SİGARAYI VE DİĞER TÛTÛN
ÛRÛNLERİNİ BIRAKMA İLE İLİŞKİLİ BAZI
ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa Kerem KANIK

DANIŐMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. Mustafa TÖZÛN

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İZMİR'DE SİGARAYI BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNE
BAŞVURANLARDA SİGARAYI VE DİĞER TÛTÛN
ÛRÛNLERİNİ BIRAKMA İLE İLİŞKİLİ BAZI
ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZİ HAZIRLAYAN

Dr. Mustafa Kerem KANIK

Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Halk Sağığı Anabilim Dalı
Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma tarafımızca
incelenerek her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli
bulunmuştur.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mustafa TÖZÛN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Ûye: Doç. Dr. Ebru TURHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Ûye: Prof. Dr. Alaettin ÛNSAL, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Prof. Dr. Gökhan KOYLÛOĞLU

Tıp Faköltesi Dekanı

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimin tamamında bana desteğini ve katkılarını esirgemeyen tez danıőmanın Doç. Dr. Mustafa TÖZÖN'e

Halk sağlığı uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaőan ve hayatın her alanında destek olan değerli halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyelerine

Berber ęalıőtıęım, öğrendiğim ve birbirimize her alanda destek olduğumuz halk sağlığı asistan arkadaşlarıma

Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma Poliklinikleri ęalıőanları ve ęalıőmaya katılmayı kabul eden katılımcılara

Yaőamımın her anında sevgi ve destekleri ile yanımda olan canım eőim Ömmü SEZGİN KANIK'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Teşekkür	i
İçindekiler	ii
Kısaltmalar	İv
Tablolar Dizini	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımının Tarihçesi	4
2.2. Tütün Ürünleri	6
2.3. Nikotin Bağımlılığı	7
2.3.1. Koşullandırılmış Davranış	9
2.3.2. Bağımlılığa yatkınlık	10
2.4. Elektronik Sigara Kullanımının Tarihçesi	10
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Tütün ve Elektronik Sigara Kullanımı Sıklık Ve Dağılımı	12
2.6. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları	13
2.6.1. Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	14
2.6.2. Sigara ve Akciğer Kanseri	15
2.6.3. Sigara ve Diğer Kanseler	15
2.6.4. Sigaranın Diğer Zararları	16
2.6.5. Sigara ve Üreme Sağlığına Zararları	16
2.7. Pasif Sigara İçiciliği	16
2.8. Elektronik Sigaranın Sağlığa Zararları	17
2.9. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Mevzuatı	17
2.10. Dünyada ve Türkiye’de Kontrol Programları	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Anket formlar:	20

3.4.2. Ölçekler ve Tanımlar	22
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	32
5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. ÖZET ve İNGİLİZCE ÖZET	45
8. KAYNAKLAR	47
9. EKLER	59
9. 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	59
9.2. Anket Form ve Ölçekler	64
9.3. Etik Kurul İzni	69
9.4. Kurum İzni	70

KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
CDC:	Center for Disease Control and Prevention / Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GABA:	Gamma-Aminobütirik Asit
GOLD:	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
IMF:	Dünya Para Fonu
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LED:	Light Emitting Diode
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
TAPDK:	Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS:	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

TABLolar

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1.	Çalışma grubunun sosyodemografik ve sigara bırakma ile ilgili özellikleri	25
Tablo 2.	Çalışma grubunun sigara kullanma alışkanlığı ile ilgili özellikleri	27
Tablo 3.	Sigara dışı tütün ürünlerinin sigaraya göre sağlığa zararları üzerine bu ürünleri kullananların verdikleri cevapların dağılımı	29
Tablo 4.	Çalışma grubunun sosyodemografik ve sigara bırakma ile ilgili özelliklerinin nikotin bağımlılığına göre dağılımı	31

1. GİRİŞ:

Sigara ve tütün ürünleri önlenabilir hastalıklar ve ölümlerin önemli nedenlerinden biridir. Dünya’da yaklaşık bir milyar sigara içicisi olduğu tahmin edilmekte ve her yıl yaklaşık altı milyon insan tütün, tütün ürünleri ve pasif sigara içiciliği nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayının 2030 yılında sekiz milyona yükseleceği ve bu kaybın %80’inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir. Sigaranın neden olduğu ölümler ve hastalıklar gelişmekte olan ülkelerde işgücü kaybı ve sağlık giderlerinde artışa neden olmaktadır. Bu nedenle sigara, dünyada önlenabilir halk sağlığı sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktadır (1,2).

Türkiye’de sigara içenlerin sayısı son yıllarda yapılan kapalı alanlarda sigara yasağı gibi yasal düzenlemeler ile azalma eğiliminde olsa da halen çok yüksektir. Günümüzde, Türkiye’de yetişkin nüfusun %26.5’i sigara içmektedir (3).

Sigara içerdiği nikotin nedeni ile güçlü fiziksel, davranışsal ve psikolojik bağımlılık yapar. Sigara dumanının solunması tütünün içindeki nikotinin akciğerlere ulaşmasını sağlar. Akciğerlere gelen nikotin *pulmoner venöz* dolaşım yoluyla hızla *absorbe* edilir. Buradan beyne geçerek *nikotinic kolinerjik* reseptörlere bağlanır ve ödüllendirici *psikoaktif* etkiler yaratan birtakım *nörotransmitter*lerin salınmasını tetikler. Bunlardan biri olan *dopamin* haz ve zevk alma ilişkilidir ve bağımlılık yapan diğer davranış ve ilaçlarla ilişkilidir (4,5).

Gebelikte sigara içilmesi, bebeklerin beyin ve organ gelişimini olumsuz yönde etkilemekte, düşüklere, ani bebek ölümlerine, düşük doğum ağırlığına, *konjenital malformasyonlara* neden olmaktadır (6–9).

Sigaranın kişilere ve ülkelere olan ekonomik yükü de önemlidir. 2010’daki bir rapora göre Türkiye’de sigara satın almak için her yıl ortalama 20 milyar ABD doları harcanmaktadır, bu miktar Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık 4 katıdır (10,11).

Sigara bırakmada etkili yöntemler ve ilaçlar vardır. Sigarayı bırakmak hem kısa hem uzun vadede sağlığa önemli katkılar sağlamaktadır. Sigara nedeniyle gelişen hastalıkların oluşması ve ölüm riski, sigara bırakanlarda anlamlı olarak

azalmaktadır (12). Sigaraya bağılı *morbidite* ve *mortalite* artışı Nisan 2004 tarihinde Türkiye'nin de dâhil olduğu 177 ülke tarafından onaylanan ve tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşma olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin (TKÇS) imzalanmasına yol açmıştır. Çerçeve sözleşme görüşmeleri esnasında Türkiye, dünyanın en önemli tütün üreten ve gelir elde eden ülkelerinden biri olmasına rağmen, tütünle mücadele eden ülkeler arasında yerini almış ve yüzyılın en önemli önlenebilir ölüm nedenini ortadan kaldırmak için DSÖ ve diğer ülkelerle iş birliğine başlamıştır (13,14). Ülkemizde TKÇS'nin onaylanmasını takiben yapılacak çalışmaların planlanması ve tütün salgınının kontrol altına alınabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın önderliğinde 2006-2010 yıllarını kapsayacak şekilde bir "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanmıştır. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını %80'in üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise %100'e yakın olmasını sağlamak olarak belirlenmiştir. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018 günümüz ihtiyaç ve şartlarına göre güncellendi. Dumansız ortamlar yaratılmasını teşvik etmek ve sigarayı bırakma projelerinin uygulanması da TKÇS'nin hayata geçirilmesi için önerilen stratejiler arasında yer almaktadır (10,13,15,16).

Sigara içicilerinin büyük bölümü sigarayı bırakmayı istemekte, bunların üçte biri denemekte ve çok azı başarılı olmaktadır. Sigarayı bırakmayı deneyenlerin %75-80'i 6 aylık bırakma periyodundan **önce relaps olmaktadır**. Sigara bağımlılığı bazen kişinin iradesi ile sonlandırılabilmeyle beraber, çoğunlukla danışmanlığın yanı sıra *farmakoterapiyi* de gerektirmektedir. Son yıllarda yayımlanan uzlaşi raporlarında sigara bırakmada medikal tedavinin de önemi vurgulamaktadır (4,11,17).

Sigara içimi ya da bağımlılığı uluslararası hastalıklar sınıflandırmasına (ICD 9-10) göre bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevi olarak kabul edilmektedir. Sigara bırakma poliklinikleri sigaranın bırakılması ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu açısından kilit noktada yer almaktadırlar (18,19).

Nargile ve elektronik sigara gibi tütün benzeri ürünlerin kullanımı ülkemizde son yıllarda giderek yaygınlaşmakta ve tütün endüstrisinin yeni

stratejisi olmaktadır. E-sigaralar etkililik ve güvenilirlikleri ile ilgili verilerin yetersiz olmasına ve yasal olmamalarına rağmen doğrudan veya internet üzerinden pazarlanmaktadır. Tütün kullanımının küresel sağlık üzerindeki etkisi, nikotin bağımlılığının yoğunluğu ve tütün endüstrisinin tarihsel davranışı, hükümetler ve sağlık savunucularını bu ürünlere karşı temkinli yaklaşıma teşvik etmiştir (19,20).

Bu çalışmanın amacı; İzmir ili Karşıyaka ve Konak sigara bırakma polikliniklerine başvuranlarda sigara içme ve sigarayı bırakma ile ilişkili olduğu düşünülen bazı sosyokültürel etmenlerin değerlendirilmesidir.



2. GENEL BİLGİLER:

2.1. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımının Tarihçesi:

Tütün (*Nicotiana tabacum*) yapraklarından yararlanılan ve dünya üzerinde çok yaygın olarak kullanılan bir kültür bitkisidir. Tütün yaprakları, sigara, puro, pipo ve nargile gibi çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Tohumları %34-45 oranında yağ içermektedir. Bitki kazık köklü olup lifli yan köklere sahiptir. Sap odunumsu ve dik yapıdadır ve 50-250 cm boylanabilir. Yapraklar dik olarak sapa tutunur. Yapraklar saplı (zenepli) ve sapsız (yaşmaklı) olarak sapa bağlanırlar. Tütün çeşitlerine göre yapraklar karınlı-karınsız, omuzlu-omuzsuz ve uç kısmı küt ve sivri olabilir. Yapraklar salgı tüyleriyle kaplıdır. Yaprak bileşimi ve yapısına göre tütünler sigara, puro, pipo, çiğneme ve enfiye olarak gruplandırılırlar. Değerli bir tütün yaprağında ana ve yan damarların ince, yaprağın esnek olması istenir. Tütünün çiçekleri beyaz, kırmızı ve pembe renkte olur. Çiçekteki döllenmiş yumurtalığın gelişmesiyle tütünün meyvesi (kapsül) meydana gelir. Bir bitki yaklaşık olarak 40-200 adet kapsül verir. Kapsüldeki tohum sayısı 2500-8000 adet arasındadır. Tohumları çok küçük olup kahverengiden siyaha kadar değişen renklerdedir (21).

Beyaz adamın bugün Amerika olarak bilinen kıtaya çıkışı *Kolomb*'un 1492 yılında gerçekleşmişti. Amerika yerlileri tarafından beyaz adama hediye olarak sunulan keyif verici kurutulmuş yaprakların o zaman için tiryakilik yaratacağı bilinmiyordu. Bu yapraklar tütün yapraklarıydı. Avrupa'da tütüne "*tobacco*" adı verilmişti. Bunun nedeni Amerika yerlilerinin, içine tütün doldurdukları mısır yapraklarını veya hasır otlarını "*tobagos*" olarak adlandırmasıydı. Dolayısıyla yerli dilinde, bu sözcük tütün değil ancak "tütün içilen araç" anlamına gelmekteydi (22).

Tütün bitkisi ilk olarak 1519 yılında Amerika'ya giden İspanyollar tarafından yetiştirilmiştir. Mısır yapraklarından sonra, kâğıda sarılmış ilk sigara 16. yüzyılda üretilmiştir Tütün içeren ilk maddelerin 1594 ve 1603 yıllarında İngilizler ve Venedikliler tarafından Türkiye'ye getirildiğini görmekteyiz. Bu tür

maddeler, 1612 yılından itibaren, önceleri ilaç, daha sonra keyif verici madde olarak kullanılmıştır (10,22).

Padişah IV. Murad (1612-1640) döneminde Osmanlı topraklarında tütün kullanımı yasaklanmıştır (1621 yılı). Bunun nedeni sağlığa tütün nedeniyle gelen zararlar değil, siyasî nedenlerdir. IV. Murat'ın tütüne ve tütün de kullanılan kahvehanelere yönelik mücadelesinin asıl nedeni şöyle açıklanmaktadır: *Bu dönemde, kahve ve tütün, insanların buluşması için bir bahaneydi, hiçbir işe yaramayan bir sürü insan, sürekli olarak kahvehanelerde, berber dükkânlarında ya da kimi adamların evlerinde toplanıyor, zamanlarını devlet büyüklerini ve siyasi otoriteyi eleştirip çekiştirerek geçirip devlet işlerini, istifaları, yeni atamaları vb. tartışarak nefes tüketiyordu [...] IV. Murad, bu durumu çok iyi bildiği için kahve ve tütünü yasakladı.*” Müftü Bahai 1646 yılında yasağı kaldırmıştır. 1678 yılında Osmanlı İmparatorluğu, bu ürünün tarımsal gelir getirdiğini düşünerek vergilendirmeye başlamıştır (23).

Dünya genelindeki duruma bakacak olursak, tütün tüketiminin 18. yüzyıla kadar yaygınlaşmadığını söyleyebiliriz. Bunun nedenleri arasında tütün kullanımının yangınlara neden olması ve kötü kokusuna dair toplumsal tepki başta gelmekteydi. Bu arada tütünün sağlığa zararları da fark edilmeye başlanmıştı. İngiltere Kralı *James I*, 1604 yılında, tütünün göze, buruna, akciğerlere ve beyne zararlı olduğu için kullanılmasını yasakladı. Aynı yıllarda İspanya Kralı *Philip III*, tütün ekimini kısıtladı. İngiltere’de 1761 yılında *John Hill*, tütün enfiyesi kullananlarda burun kanseri riskinin arttığını bildirmişti. Aynı yüzyılda Katolik lideri Papa, puro ve pipo tütünü dumanının kilisedeki kutsal kokuyu bozması nedeniyle içenlerin aforoz edileceğini bildirdi. 1795 senesinde Almanya’da *Sammuel Thomas von Soemmering* pipo içenlerde dudak kanseri oluştuğunu rapor etmişti (10,22). Osmanlı İmparatorluğu döneminde de IV. Murad'ın yasaklamasından sonra, sigara tüketiminin devam ettiğini görmekteyiz. Tütün yetiştirilmesi ilk olarak Osmanlı İmparatorluğu’na ait Balkan Yarımadası ve Ege bölgesinde başlanmıştır. Tütün üretimi 1862 yılında devlet tekeline alınmış ve 1874’den itibaren bandrol uygulanması başlamıştır (10,21). Ancak Osmanlı’da, sigara üretimine resmî olarak başlandığı tarih 1895’tir (10,24). Bu dönemden

sonra tütün ekimi ve ticareti, Osmanlı İmparatorluğu'nda ve daha sonra da Türkiye Cumhuriyeti'ndeki siyasi ve ekonomik koşulları yansıtmaya başlamıştır. TEKEL hakları, 1884 yılında 30 yıllığına REJİ idaresine verilmiştir. Daha sonra 1914'e kadar 15 yıl daha uzatılmıştır. İlk üretim tesisi İstanbul Cibali (1884)'de kurulmuştur. Bu tesisi, İzmir (1884), Adana (1895) ve Samsun (1897) illerinde kurulan tesisler izlemiştir. Türk Cumhuriyeti REJİ'ye sermayesini ödeyerek 1925 yılında satın almış ve devlet tekeli yeniden başlatmıştır. 1930'da çıkarılan 1701 sayılı Kanun, tütün ürünlerinin ekimi, dağıtımı, işlenmesi ve ticaretini düzenlemiştir. 1983'de TEKEL, küçük bir paya sahip *Rothmans* ile ortak olduğu BEST Şirketini Bitlis'te kurmuştur. 1984 yılında, TEKEL yabancı markaların ithalatına başlamıştır. Türk ekonomisinin liberalleşmesi ile birlikte çok uluslu şirketlerin tütün/sigara piyasasına girmelerine izin verilmiş ve 1986'da yürürlüğe giren 3291 sayılı Kanun ile tütün ürünlerinin üretimi, dağıtımı ve pazarlaması yeniden düzenlenmiştir. Dünya Para Fonu'nun (IMF) önerileri doğrultusunda, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) 2002 yılında kurulmuştur (10).

2.2. Tütün Ürünleri:

Tütün içerdiği nikotin nedeni ile başta sigara olmak üzere nargile, pipo, puro, çiğneme, enfiye gibi çeşitli formlarda tüketilmektedir. Elektronik sigaralarda içerdiği nikotin nedeni ile tütün ürünleri kategorisine sokulmaktadır (25).

Sigara ince kıyılmış tütünün kâğıda sarılarak hazırlanan filtreli ya da filtersiz olarak tüketilen tütün ürünüdür. Tüm dünyada en çok tüketilen ve en çok ölüme neden olan tütün ürünüdür. Katranı azaltılmış *light* sigara, mentollü gibi çeşitleri mevcuttur. Bütün sigara türleri içeriği ve yapılan işleminden bağımsız olarak zararlıdır (15,25).

Puro parçalanmış ya da yaprak tütünün ve kısmen sigaralık tütünün dışının yaprak tütünle sarılarak yapılan bir tür sigaradır. Bir puro neredeyse bir paket sigaraya eşdeğerdir. Hem içicisine hem de ortamda bulunan diğer insanlar için sigaradan çok daha zararlıdır (25,26).

Nargile Hindistan'a özgü bir tütün içme aracıdır. Hindistan'dan İran ve Araplara, 16. Yüzyılda Osmanlı İmparatorluğuna geçmiştir. Cam sürahi biçiminde içine su konulan bir gövdeden ve lüle ve marpu bölümlerinden oluşan, tömbeki adlı bir çeşit tütünün dumanının sudan geçirildikten sonra içilmesi sağlayan bir tütün içme aracıdır (25,27).

Pipo çeşitli maddelerden yapılan ucunda içinde tütün konulan bir lüle bulunan, çubuk biçiminde olan ve yakılarak kullanılan bir tütün içme aracıdır (5, 6).

Enfiye toz haline getirilmiş tütünün burun deliklerinden çekilerek nefes yoluyla etki gösteren tütün ürünüdür (6,10).

Maraş otu ülkemizin genellikle Güneydoğu Bölgesinde kullanılır. Deli tütün denilen bir tütün çeşidinin yapraklarının toz haline getirilerek meşe, ceviz veya asma çubuğundan elde edilen kül ile yarı yarıya karıştırılmasından elde edilir. Bu karışım alt dudak ve çene arasında konulup 5-10 dakika tutulup sonra tükürülür (6,11,28).

Çiğneme tütün ise diş eti ve yanak arasında konulan ve ara sıra çiğnenen bir tütün ürünüdür (29).

Elektronik sigara son yıllarda tüketime sunulmuş bir tütün ürünüdür.

2.3. Nikotin Bağımlılığı:

Bağımlılık, zararlı sonuçlarına rağmen dürtüsel olarak madde veya sanal alıştırıcı arayışı ve kullanımı ile karakterize, nüksedici, kronik bir beyin hastalığı olarak tanımlanır. Bağımlılığın bir beyin hastalığı olarak düşünülmesinin nedeni, maddeler ve sanal alıştırıcıların beynin yapısını ve işleyiş tarzını değiştirmesidir. Bu beyin değişiklikleri uzun süreli olabilir, zararlı davranışlara yol açabilir. Beynin ödül ihtiyacı davranışları etkilerken, beklentiler ve davranışlar da beynin ödül ihtiyacını etkilemektedir (4,5).

Yapılan araştırmalarda içki ve sigara bağımlılığı dışında kumar, alışveriş, spor, *siberseks* ve teknolojinin de beyinde bağımlılık oluşturduğuna dair veriler

bulunmuştur. Beyin mekanizmaları içinde “ödül ceza sistemi” temel sorumlu sistem olarak artık bilinmektedir. Bilimsel çalışmalar, bu tür davranışların beyindeki ortak haz ve zevk alanlarının kimyasalı olan *dopamin* salgısı ile doğrudan ilişkisini doğrular niteliktedir (4,5).

Sigara dumanının solunması tütünün içindeki nikotinin akciğerlere ulaşmasını sağlar. Duman partikülleri içinde akciğerlere gelen nikotin *pulmoner venöz* dolaşım yoluyla hızla *absorbe* edilir. Arkasından arteryel dolaşıma katılır ve hızla beyine ulaşır. Burada *nikotinic kolinerjik* reseptörlere bağlanır ve ödüllendirici *psikoaktif* etkiler yaratan birtakım *nörotransmitter*lerin salınmasını tetikler. Bunlardan biri olan *dopamin* haz ve zevk alma ile ilişkilidir ve bağımlılık yapan diğer davranış ve ilaçlarla ilişkilidir. *Nikotin mezolimbik alan, korpus striatum* ve *frontal kortekste dopamini* serbest bırakır (4,30).

Nikotin ayrıca *dopamin* salınımı kolaylaştıran *glutamat* ve *dopamin* salınımını baskılayan *Gamma-Aminobütirik Asit (GABA)* salınımını artırır. Uzun süreli nikotin maruziyetinde bazı *nikotinic kolinerjik* reseptörler bloke olur, bazıları olmaz. Bunun sonucu GABA aracılı *inhibisyon* azalırken *glutamat* aracılı uyarıya devam eder, böylece *dopaminerjik* nöronların uyarılmasını ve nikotine karşı duyarlılığı artırır. Nikotin dışındaki sigara dumanı bileşenleri de nikotin bağımlılığına katkıda bulunur. *Katekolaminerjik* ve diğer nöronlarda bulunan *monoaminooksidaz* isimli enzim, *dopamin*, *norepinefrin* ve *serotonin* metabolizmasını katalize eder. Sigara dumanındaki *asetaldehit* ve *biyojenik aminler monoaminooksidaz* aktivitesini *inhibe* ederek sigaranın bağımlılık yapıcı etkisine katkıda bulunur. Nikotine tekrarlayan maruziyet, nikotinin bazı etkilerine karşı *nöroadaptasyon* (tolerans) gelişimine neden olur. Tolerans geliştikçe, muhtemelen nikotin aracılı reseptörlerin duyarsızlaşmasına bağlı olarak, beyindeki *nikotinic kolinerjik* reseptörlerdeki bağlanma yerlerinin sayısı artar. *Desentizasyon* tolerans ve yoksunluk gelişiminde rol oynar. Örneğin uyku gibi yokluk dönemlerinde *desentize nikotinic kolinerjik* reseptörlerin tekrar duyarlı hale gelmesiyle kişilerde aşırma ve bırakma semptomları başlar. Bu reseptörlere tekrar nikotin bağlanması aşırma ve bırakma semptomlarını azaltır. Günlük sigara içme miktarı bu reseptörlerin doyumluğa ulaşmasıyla ilişkilidir. Nikotin

çekilmesi *anksiyete* ve strese neden olur ve kişiyi sigara içmeye tekrar teşvik eder. Nikotin haz almayı artırır ve stres ve *anksiyeteyi* azaltır. Sigara içicileri bunu ruh halini ve uyarılma seviyelerini kontrol için kullanırlar. Sigara içmek konsantrasyon, tepki süresi ve bazı işlerde performansı artırır. Çekilme semptomlarının ortaya çıkışı artmış performans ve ruh hali ile ilişkilidir. Sigara bırakmak sinirlilik, depresif duygu durum, huzursuzluk ve *anksiyete* gibi yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasına neden olur. Bu duygu durum bozukluklarının şiddeti psikiyatri hastalarına benzerdir. *Anhedoni* nikotin ve diğer istismar edilen maddelerden dolayı ortaya çıkabilir (4).

Özet olarak nikotin bağımlılığının temeli pozitif pekiştiriciler ve çekilme semptomlarından kaçınmanın birleşimidir. Ayrıca koşullandırma tütün bağımlılığının gelişiminde önemli bir role sahiptir.

2.3.1. Koşullandırılmış Davranış:

Nikotin bağımlısı bir kişi sigara içmeyi bıraktığında devam etme isteği, yoksunluk belirtileri kaybolduktan sonra da uzun süre devam edebilir. Düzenli sigara içimiyle, kişi bazı ruh hallerini, durumları ve çevresel faktörleri nikotinin ödüllendirici etkisi ile ilişkilendirmeye başlar. Bu çağrışımlar *relapsı* tetikler. Sigara içme arzusu koşullandırma ile devam eder. Yemek sonrası, kahveyle, alkolle ve sigara içen arkadaşlar ile birlikte genellikle sigara içilir. Bu durumlar çok sayıda tekrar edildiğinde sigara içimi için güçlü çağrışım yaparlar. Sigaranın kendi özelliklerinden başka, sigara içme malzemeleri, tat, koku, boğazda duman hissi de sigara içmenin zevkli etkileri ile ilişkili hale gelir. Kötü ruh hali bile sigarayı çağrıştırıp koşullanma yaratabilir; sigara içen bir kişinin sigara içmemesinin sinirlilik yarattığını ve sigara içmenin rahatlattığını öğrenebilir. Tekrarlayan deneyimlerde sigara tiryakisi için herhangi bir kaynaktan gelen huzursuzluk sigara içimini çağrıştırabilir (31).

Sigara içme yüksek bağımlılık oluşturan bir madde kullanım çeşididir. *Inhale* edilen nikotin akciğerlerden hızla kana karışır ve beyne ulaşır. Hızlı emilen ve beyne ulaşan nikotin sıçraması etkiyi artırır. Sigara içimi aynı zamanda hızlı takviye ve doz ayarlama imkânı verir ve böylece *nikotin toksisitesinden*

korunulmuş olunur. Nikotin içeren sigara bırakma ilaçları nikotini daha yavaş kana salar ve istismar ihtimali azdır. Beyne hızlı ulaşımının yanı sıra sigaralar, bağımlılığı arttırmak için katkı maddeleri ve mühendislik özellikleri tasarlanmıştır (30,32).

Sigaradan sigaraya nikotinin kan salınımında değişiklikler vardır. Buna rağmen 6-9 saat düzenli sigara içimi vücutta 24 saat nikotin maruziyetine neden olur. Sigara içicileri genellikle aynı etkiyi elde etmek için her gün aynı miktarda sigara içmeye eğilimlidir. Vücudun nikotin seviyesini ayarlamak için nikotin miktarındaki değişimleri telafi etmek için davranışlarını değiştirirler. Hafif içiciler (Günde 5 sigaradan az içenler) ve arada sırada içenler nikotinin pozitif etkilerini daha çok hissederken, yoksunluk semptomlarını hiç hissetmezler ya da çok az hissederek. Daha çok belirli aktivitelerle beraber sigara içerler. Yoksunluk semptomları az olsa da hafif içiciler ve arada sırada içenlerin sigarayı bırakması zor olabilmektedir. Bazılarının bağımlılık düzeyleri yüksektir fakat ağır sigara içicilerinden farklı *farmokodinamikleri* vardır (4,33).

2.3.2. Bağımlılığa yatkınlık:

Tütün kullanımı tipik olarak çocukluk çağı ve ergenlikte başlar, sigara içenlerin %80'i 18 yaş ve altında sigaraya başlamaktadır. Her ne kadar gençlerin üçte ikisi sigara içmeyi denese de yalnızca %20-25'i bağımlı hale gelmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde sigara içimi için risk faktörleri arasında akran ve ebeveyn etkileşimi, davranış sorunları, kişilik özellikleri, genetik etkiler sayılabilir (4,34).

Tütün bağımlılığı ruhsal hastalığı olanlarda ve madde kötüye kullanım bozukluklarında çok yaygındır. Ortak genetik yatkınlığın yanında, nikotinin bazı psikiyatrik semptomları hafifletmesi ve tütün dumanının *monoaminooksidazi inhibe* edici etkisinin olmasıdır (4,5).

2.4. Elektronik Sigara Kullanımının Tarihçesi:

Dünyada ve Türkiye'de sigara kullanımının azalmasına paralel olarak kullanımı giderek yaygınlaşan bir diğer sigara çeşidi de elektronik sigaralardır. İlk

elektronik sigara 1963 yılında Amerika'da *Herbert A. Gilbert* tarafından tasarlanmış ve patenti alınmıştır. Bu cihazın amacı kullanıcıları yanan tütün ve kâğıdın zararlı etkilerinden korumak için nemlendirilmiş, tatlandırılmış hava temini ya da solunum rahatsızlıklarında ilaç uygulama yöntemi olarak geliştirilmiştir. Fakat bu yıllarda seri üretime geçilememiştir (35). İlk elektronik sigara buluşu Eczacı *Hon Lik* tarafından 2003 yılında yapılmış ve Çin pazarında 2004 yılında sigara bırakma aracı olarak sunulmuştur. Bu cihaz sadece katransız nikotin içeren elektronik *atomizasyon* sigara olarak tanıtılmış olup hava girişi, normal basınç boşluğu, buhar sıvı ayırıcı, sıvı haznesi, püskürtücü, *aerosol* kanalı, gaz çıkışı ve ağızlıktan oluşur. Nikotin sakızı, nikotin bantları, nikotin gargaraları gibi diğer sigara yerine koyma araçlarına göre kanda daha hızlı nikotin piki yapar ve sigara kullanıcılarının eski alışkanlıklarını devam ettirmesini sağlar. Sıvı haznesindeki sıvıda nikotin ve *propilen glikol* bulunmaktadır. Cihazdan hava çekildiği zaman sistem aktive olmakta ve mikron büyüklüğündeki parçacıklar püskürtülmekte ve akciğere ulaşmaktadır. Bu yolla kişi sigara içimine benzer şekilde nikotin almaktadır (36). Sıvı haznesindeki *propilen glikol* sigara dumanına benzer koku oluşturmaktadır. Pille çalışan mikroişlemci aynı zamanda çubuk ucundaki kırmızı turuncu renkli bir ışığı yakmakta (LED; *Light Emitting Diode*), böylece yanan sigara ucundaki ateş özelliği de sağlanmış olmaktadır. Yanma sırasında 50-60 santigrad derece dolayında sıcaklıkta meydana gelmektedir. Bu sıcaklık nikotini ısıtmakta, bu şekilde olabildiğince sigaraya benzer bir içim sağlanmaya çalışılmaktadır. Pil ve sıvı haznesi gerektiğinde yenilenerek kullanıma devam edilmektedir. Ürünün aynı sistemle çalışan puro ve pipo formları da vardır. Ürünün, içerdiği nikotin miktarı her nefes için 0,1-30 µg arasında değişebilmektedir. Bu ürünlerdeki nikotin miktarlarının yanı sıra içerdiği diğer maddeler (Propilen glikol, tütün esansı, gliserin, organik asit, sitrik asit, alkol, su, diğer katkı maddeleri) bakımından da sigaradan farklılıkları vardır. Kartuş içindeki sıvıya katkı maddeleri olarak tütün, meyve, nane, çikolata, kahve, kola vb. aromaları eklenebilmekte veya spesifik sigara markası taklit edilebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çocukların ve gençlerin ilgisini azaltmak için e-sigaraya mentol dışında aroma konması yasaklanmıştır (15,16,37).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Tütün ve Elektronik Sigara Kullanımı Sıklık ve Dağılımı:

Sigara tüm dünyada yasal olarak kullanılabilen içerisindeki nikotin nedeniyle yüksek derecede psikolojik ve fiziksel bağımlılık yapma gücüne sahip bir maddedir. Tütün ürünlerine ek olarak giderek yaygınlaşan bir diğer nikotin içeren ürün de elektronik sigaralardır. Sigara bırakma aracı olarak piyasaya sürülen bu ürünler daha çok amacı dışına saptırılarak sigara gibi devamlı kullanılmaktadır (20).

Dünyada tütün kullanımı ülkelere ve uygulanan politikalara göre değişkenlik göstermekle beraber genel olarak azalma eğilimindedir. *Silvano Gallus* ve arkadaşlarının 2014 yılında 18 Avrupa ülkesinde 15 yaş ve üzeri 18.056 kişide yaptığı çalışmada katılımcıların % 27.2 halen sigara içmekte (%30,6 erkek, %24,1 kadın) olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, en yüksek prevalans Bulgaristan (%40.9) ve Yunanistan (%38.9), en düşük İtalya (%22.0) ve İsveç’e (%16.3) ait olarak bulunmuştur (38). Amerika Birleşik Devletleri, 2015 yılı Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (*Center for Disease Control and Prevention, CDC*) verilerine göre 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde sigara içme prevalansı %15.1’dir (39). Türkiye’de, ulusal düzeyde sigara kullanım sıklığına dair yapılan ilk çalışma 1988 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada sigara kullanım sıklığı %44, erkeklerde %62, kadınlarda %24 olarak saptanmıştır (40). Türkiye’de 1991 yılında yapılan, *Erişkinlerde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 5. Hipertansiyon ve Sigara İçimi Çalışması*’nın sonuçlarına göre yirmi yaş ve üzerindeki Türk erkeklerinin %59.5’i, 20 yaş ve üzeri Türk kadınlarının %18.9’u sigara içmektedir (41). *Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Çalışması*’nda (2001) 15-17 yaş öğrenciler arasında yaşam boyu sigara kullanım oranı %63.9 bulunmuştur. Aynı çalışmada son 12 ayda öğrencilerin %48.6’sının en az bir kere sigara içtiği bildirilmektedir (42). Türkiye genelinde son yapılan en kapsamlı çalışma 2012 yılında *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması*’dır. Bu çalışmada genel popülasyonda tütün kullanma prevalansı %27.1, erkeklerde %41.5, kadınlarda %13.1 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmaya

göre en fazla içilen tütün ürünü sigaradır (%25.7), nargile kullanım sıklığı ise %0.8,dir (43).

Farsalinos ve arkadaşlarının Avrupa Birliği üyesi 28 ülkede 27.460 kişi ile yaptığı çalışmada herhangi bir zamanda e-sigara kullananların %31.1 sigara içicisi, %10.8'i eski içici ve %2.3'ü hiç sigara içmeyenlerden oluşmaktadır (44). *Reid* ve arkadaşlarının 2013 yılında Kanada'da, 15 yaş ve üzeri 14.565 kişide yaptığı çalışmada %1.8 sıklıkta son 30 gün içerisinde e-sigara kullanıldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada sigara kullanmakla e-sigara arasında kuvvetli ilişki bildirilmiştir (45). *Lee* ve arkadaşlarının 2014 yılında, 13-18 yaş grubu 75.643 kişi üzerinde yaptığı çalışmada hayatında bir kere e-sigara kullanma oranı %9.4, son 30 gün içinde kullanma oranı %4.7 olarak rapor edilmiştir (46). *Huang* ve arkadaşlarının 2013 yılında, ABD'de, 17.522 yetişkinle yaptığı çalışmada katılımcıların %15'inin hayatında en az bir kere e-sigara kullandığı, %5.1'nin ise halen kullanmakta olduğu bildirilmiştir (47). Türkiye için e-sigara ile ilgili yayınların henüz literatürde yer almadığı görülmektedir.

2.6. Tütün ve Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları:

Sigara başlıca kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanserler olmak üzere neredeyse bütün vücuda zararları olan ve yüksek bağımlılık yapan bir maddedir. Sigara kullanımının yaygınlaşması ile zararları da fark edilmeye başlanmıştır. İngiltere'de 1761 yılında *John Hill*, tütün enfiyesi kullananlarda burun kanseri riskinin arttığını "*Caution against the immoderate of snuff*" adlı yazısıyla uyardı (48). Almanya'da, 1795 yılında, Anatomi Profesörü *Sammuel Thomas von Soemmering* pipo içenlerde dudak kanseri oluştuğunu rapor etti. Patolog *Walter Walshe* 1844'te yayımladığı kitabında sigaranın mekanik irritasyon, zihinsel zedelenme, sarhoşluk, *neoplaziye* yapısal yatkınlık yarattığından bahsetmiştir.1950'li yıllara gelindiğinde, sigara akciğer kanseri ilişkisi *Ernest Wynder* ve *Evarts Graham* tarafından retrospektif bir çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre, 605 *bronkojenik karsinomlu* erkeğin %94'ü sigara içicisi, %4'ü pipo ve %2'si eski içiciydi (49). Yine 1950'de İngiltere'de, *Richard Doll* ve *Bradford Hill* bir prospektif kohort çalışmada akciğer kanseri hastalarının erkeklerde %100 ve kadınlarda %68 oranında sigara içicisi olduğunu

gösterdi (50). *Oscar Auerbach*, 1957’de sigara içen ve içmeyen kişilerin trakeobronşial kesitlerini karşılaştırdı: *Bazal hücre hiperplazisi, skuamoz metaplazi ve karsinoma insitu* sigara içmeyenlere göre daha yaygındı ve orta ve ağır içicilerde daha ciddi düzeydeydi (51). *Luther Terry*, 1964’te sigaranın akciğer kanseri ve larinks kanseri ile ilişkili olduğunu ve sağlığa zararlı olduğunu bildirmiştir (52).

2.6.1. Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı:

Sigaranın neden olduğu en yaygın hastalıklardan biri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığıdır (KOAİ). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) tanımına göre KOAİ hava yolu ve/veya alveollerin zararlı gaz ya da parçacıklara maruziyeti ile oluşan inatçı solunum şikâyetleri ve hava akımı kısıtlanması ile karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAİ’de kronik hava akımı kısıtlanması küçük hava yolları hastalığı ve parenkimal harabiyetin bir karışımıdır. Bu ikisi her zaman bir arada olmayabilir fakat zamanla değişik hızlarda gelişirler. Kronik inflamasyon akciğerde yapısal değişikliklere neden olur, küçük hava yollarında daralma ve akciğer parankiminde harabiyet ve akciğer esneme kapasitesinin azalmasına neden olur. KOAİ’de kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu *epitelinde silier kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve permeabilite artışı* bu semptomlardan sorumlu olan değişiklikler meydana gelir. KOAİ başlıca iki grupta toplanır: Amfizem ve Kronik bronşit. Amfizem kısaca akciğerdeki alveoli adlı gaz değişim yüzeylerinin harabiyetidir. Kronik bronşit ise daha çok klinik bir tanı olup takip eden iki yıl içinde en az 3 ay boyunca öksürük ve balgam çıkarma durumudur. KOAİ için alternatif tanımlamalar kullanıldığında ya da ileri yaşlarda mesleki maruziyet ya da sigara içimiyle beraber kronik bronşit sıklığı artmaktadır. Akut akciğer olayları solunumsal şikâyetleri artırabilir. Kronik bronşit şikâyetleri olan birinde *spirometri* normal çıkabilir. Bu onların akciğerlerinde hasar olmadığı anlamına gelmez. Sigara içicilerinde hava yolu kısıtlanması bulguları olmasa bile amfizem, hava yolu duvarı kalınlaşması ve gaz hapsi gösterilmiştir (34,53).

2.6.2. Sigara ve Akciğer Kanseri:

Sigaranın neden olduğu bir diğer hastalık akciğer kanseridir. Akciğer kanseri tüm dünyada en yaygın görülen kanser tipidir. 1950 yılından itibaren sigara akciğer kanseri nedensellik ilişkisi gösterilmeye başlanmıştır. 1964 yılında *Luther Terry, Surgeon General* isimli raporunda sigaranın akciğer kanserine neden olduğunu ve sağlığa zararlı olduğunu belirtmiştir. Daha sonra yapılan çalışmalarda da sigaranın tüm akciğer kanseri histolojik tiplerine neden olduğu kanıtlanmıştır (50,54,55).

Akciğer kanseri Türkiye’de erkeklerde birinci kadınlarda dördüncü en sık görülen kanser türüdür. Türkiye kanser istatistikleri 2014 raporuna göre 2013 yılı akciğer kanseri sıklığı erkeklerde yüz binde 59.3, kadınlarda yüz binde 10.0’dır. En sık görülen histolojik tip *küçük hücreli dışı akciğer kanseridir* (56).

2.6.3. Sigara ve Diğer Kanseler:

Sigara başlıca sebep olduğu akciğer kanseri dışında vücutta çok sayıda kanser türlerine neden olur. Bunlardan biri olan baş ve boyun kanserleri ağız, sinüs, larinks, nasofarinks ve orofarinks kapsar. *Oral epitelyal displazi* kanserleşme eğiliminin ilk bulgusudur. Baş ve boyun kanserlerinin yaklaşık %75’inin sigara ve alkol tüketimine bağlı olduğu tahmin edilmektedir (29,57).

Mesane kanseri Türkiye’de erkeklerde en sık görülen dördüncü kanser türüdür. Sigara içimi mesane kanseri için en önemli risk faktörüdür. Sigara dumanındaki aromatik aminler ve *polisiklik aromatik hidrokarbonlar* mesane kanserine neden olmaktadır. Sigara bırakma ile mesane kanseri riski belirgin olarak düşmektedir(58,59). Sigara içmek ayrıca genitoüriner sistemde böbrek, erkeklerde prostat, kadınlarda serviks kanseri riskini de artırmaktadır (57,59,60).

Mide, kolon, rektum, karaciğer, özefagus ve pankreas kanseri tütün kullanımı ile ilgili görülebilen gastrointestinal sistem kanserler türleridir (29,57,61–64). Sigara *Akut Miyeloid Lösemi* riskini de artırır (57).

2.6.4. Sigaranın Diğer Zararları:

Sigara kalp damar hastalığı, periferik arter hastalığı, inme, aort anevrizması, diyabet, osteoporoz, romatoid artrit, yaşlılığa bağlı maküla dejenerasyon ve katarakt, astım semptomlarının artmasına neden olur (1,41,65–72). Sigara içicileri aynı zamanda pnömoni, tüberküloz ve diğer solunum sistemi hastalıklarına yatkınlığa neden olur. Ağız ve diş sağlığını bozarak diş kaybına neden olur. Sigara içenler kronik böbrek hastalığına yakalanma açısından içmeyenlere göre daha fazla risk altındadır (12,59,67,73–75).

Sigara içenlerin genellikle stres seviyesi daha yüksektir. Ayrıca sigara içenlerin boşanma oranı içmeyenlere göre %53 daha yüksek bildirilmiştir (76,77). Sigara içenler Alzheimer hastalığı açısından risk altındadır (78). Şizofreni hastalarında sigara kullanma oranı çok yüksektir (5).

2.6.5. Sigara ve Üreme Sağlığına Zararları:

Gebelikte sigara içimi anne ve bebek mortalite ve morbiditesini direkt olarak etkiler ve doz bağımlıdır. Preterm doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, ani bebek ölüm sendromu, ektopik gebelik, yarı damak-dudak, plasenta hastalıkları riski artmıştır (7–9).

Sigara ayrıca erkeğin sperm kalitesini düşürür ve fertilitiyi düşürür, doğum anomalilerini ve düşük riskini artırır. Ayrıca iktidarsızlığa neden olur (79).

Sigara içme süresine bağlı olarak overlere zararlı etkilerinden dolayı kadın infertilitesine neden olma potansiyeli vardır. Sigara ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin başarısını da düşürür (8,79–81).

2.7. Pasif Sigara İçiciliği:

Pasif sigara dumanına maruz kalmak sigaraya kıyasla daha az olmakla birlikte sigaranın yol açtığı tüm hastalıklar açısından risk altındadır. Pasif sigara içiciliği özellikle çocuklar için tehlikelidir. Pasif sigara dumanına maruz kalan çocuklar, solunum yolu enfeksiyonları, astım, bakteriyel menenjit ve uykuda ölüm açısından yüksek risk taşırlar (73,82).

2.8. Elektronik Sigaranın Sağlığa Zararları:

Elektronik sigaralar piyasaya sürüldüğünde sigaraya nazaran daha az toksik madde içerdiği için daha az zararlı olarak tanıtılmıştır. Yanan tütün ürünleriyle karşılaştırıldığı zaman daha az sıklıkta olmakla beraber elektronik sigaraya bağlı ortaya çıkan sağlık sorunları da rapor edilmeye başlanmıştır. En sık görülen semptom ağız ve boğaz kuruluğudur. Bu semptomların *propilen glikol* ve gliserolün su emici özelliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca hipertansiyon, astım, KOAH, *lipoid pnömoni*, kardiyak aritmiler, eozinofilik pnömoni, konjestif kalp hastalığı, *dezoryantasyon* ve hipotansiyon elektronik sigara kullanımı ile ilişkili olabilir (83).

2.9. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Mevzuatı:

Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasıyla birlikte daha önce tütün imalatı Reji Şirketi’nden devralındı. Reji Şirketi iç tüketime ayrılan tütünleri satın almak, imal etmek ve satmak ve sigara üretimi ile satışını gerçekleştirme hakkına sahipti. 1932 yılında tütün, alkollü içkiler, tuz, barut ve patlayıcı maddelerle ilgili "İnhisar" hizmetlerini yürütme görevi 1932 yılında kurulan inhisarlar Umum Müdürlüğü’ne verildi. Böylece TEKEL kurulmuş oldu. Yabancı sigaraların ithal ve satışı yetkisini TEKEL’e veren yasa 1984 yılında çıkarılmıştır. Devlet tekeline kaldıran bir yasa 1986 yılında çıkarılmış, böylece yabancı sigara ithali ve satışı serbest bırakılmıştır. Buna paralel olarak sigara reklamları ve sigara kullanımı hızla artmıştır. *Tütün Mamullerinin Önlenmesine Dair Kanun* 1991 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde (TBMM) kabul edilmiş fakat Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiştir. Aynı yıl yabancı sigara şirketlerinin ülkede fabrika kurmasına olanak veren yasa kabul edilmiştir. Ülkede sigara mücadelesi konusunda çaba gösteren ve sayıları 60’ın üzerinde olan kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşlarını bir araya getiren ve 1995 yılında kurulan Ulusal Komite, daha önce veto edilmiş olan yasanın yeniden hazırlanarak TBMM’ye sevk edilmesi yönünde çaba göstermiştir. Bu çabaların sonucunda 4207 sayılı “*Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*” TBMM’de 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 günü Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasadaki başlıca maddeler tütün mamullerinin her türlü

reklam ve tanıtımının ve 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, sigara paketleri üzerine sağlığa zararlı olduğuna işaret eden uyarı yazılması, toplu olarak bulunan başlıca yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, spor ve eğitim tesislerinde sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Yasa ayrıca bütün televizyon kanallarına tütün kullanımının zararları ve korunma yolları konularında ayda en az 90 dakika süreli eğitici yayın yapma yükümlülüğü de getirmiştir. Uluslararası tütün firmaları yasanın reklamları kısıtlayan maddesinin Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesi ile bu maddenin iptali için dava açmış, ancak Anayasa Mahkemesi “kamu yararının ve genel sağlığın korunması” bakımından Anayasa'ya aykırılık bulmamış ve tütün firmalarının itirazını reddetmiştir. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunun uygulanması ile ilgili bazı güçlükler olmakla birlikte ülkemizde özellikle bu yasanın yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sigara kullanımı ile ilgili olarak çeşitli kısıtlamalar gündeme gelmiştir. Örneğin; toplu taşıma araçlarında ve toplu bulunan pek çok ortamda sigara içilmemesi bir sosyal norm olarak benimsenmiştir (10,34,84).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan TKÇS'nin Genel Kurul'da kabul edilmesinden sonra Sağlık Bakanlığı 28 Nisan 2004 tarihinde sözleşmeyi imzalamış, daha sonra sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde de TBMM tarafından kabul edilmiştir (13,14,45).

4207 sayılı kanunda 2008 yılında yapılan değişiklikle Madde 2'de; Taksilerde dâhil toplu taşıma araçlarında, okul öncesi eğitim kurumları, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dâhil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumları ile kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında, özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde sigara tüketilmesi yasaklanmış, tütün ürünü tüketilmesi için ayrı odalar tahsis edilmesi yasal zorunluluk haline gelmiştir. Madde 3'te; Tütün ürünlerinin her türlü televizyon, radyo, yazılı basında reklam faaliyetleri yasaklanmıştır. Madde 4'te; Tütün ürünlerinin kullanılmasının yasak olduğu yerlere afiş asılması, yine tütün ürünlerinin satışının yapıldığı yerlere uyarı afişlerinin asılmasına, Madde 6'da; Kanun hükümlerine

uymayanlara kişi ve işletmelere para cezası uygulanmasına başlanmıştır. 4207 sayılı Kanun'da 2013 yılında değişiklik yapılarak “Tütün içermeyen ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara, tütün ürünü kabul edilir.” Hükümü getirilmiştir. Elektronik sigaralar da yasak kapsamına alınmıştır (10,84).

2.10. Dünyada ve Türkiye’de Kontrol Programları:

Sigara akciğer kanseri ilişkisinin 1950’li yıllarda gösterilmeye başlanması ile sigaranın sağlığa zararları fark edilmeye başlanmıştır. *Surgeon General Raporu* 1964 yılında sigaranın ilk defa sağlığa zararlı olduğunu bildirmiştir. Bunu 1965 yılında İngiltere’de televizyonda sigara yasağı, 1966’da ABD’de sigara paketleri üzerine uyarı yazısı konulması izlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü Konferansında, 1970 yılında, sigaranın sağlığa zararlı olduğu bildirilmiştir. Televizyon ve radyoda reklam yasağı ABD’de 1971 yılında başlamıştır. *1971 AIR Canada* firması uçaklarda sigara içilmeyen bölüm oluşturmuştur (1989’da iç hatlar, 1994 bütün uçuşlarda). Sigara bırakmak için kullanılan nikotin sakızları 1979 yılında piyasaya çıkmıştır. “Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin” sloganıyla DSÖ 1980 yılında konuyu tekrar gündeme getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, 1988 yılında, 31 Mayıs gününü “Dünya Sigarasız Günü” ilan etmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi DSÖ tarafından 2003 yılında kabul edildi. Ve nihayet, 2008 yılında DSÖ tarafından tütün kontrol politikalarının baş harflerini içeren MPOWER (*Monitor*; sigara kullanımını ve koruyucu uygulamaları izle, *Protect*; toplumu tütün dumanından koru, *Offer*; sigarayı bırakmaya yardım et, *Warn*; tütünün zararları konusunda uyar, *Enforce*; tütün reklam, sponsorluk ve tanıtımını yasakla, *Raise*; tütün vergilerini artır.) paketi yayınlanmıştır (2,14,40).

3. GEREÇ ve YÖNTEM:

3.1. Araştırmanın Türü:

Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma, İzmir İli Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerinde **11 Ocak -2 Mart 2018** tarihleri arasında yapılmıştır. 3

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem:

Çalışmanın evreni İzmir İli Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerinden hizmet alan hastalardır. Bu çalışma için minimum örneklem büyüklüğü 194 kişi olarak hesaplanmıştır (Sigara içenler içinde tütün benzeri ürün kullanım yüzdesi %15, Güven Aralığı %95 ve hata payı %5 kabul edilerek) 11 Ocak – 2 Mart 2018 tarihleri arasında Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerine ilk başvuru ve kontrol nedeniyle hizmet almaya gelen toplam hasta sayısı 328 (Çalışma yapılan süre içinde aynı hastalar birden fazla kez kontrol başvurusu yaptı) idi. Çalışma süresince polikliniklere başvuranlardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve sorulara cevap verecek *mental* düzeyde olan toplam 210 kişi çalışma grubunu oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları:

3.4.1. Anket formlar:

Bu çalışmada kullanılmak üzere literatüre uygun üç kısımdan oluşan bir anket form geliştirildi. Anketin birinci kısmında kişinin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer vb., kronik hastalık, engellilik durumu, sportif faaliyetlere katılım durumu, çay ve kahve tüketimi) ilgili bilgiler vardı (18, 32). Medeni durum “evli”, “bekar”, “dul” ve “boşanmış” olarak işaretlenebilmekte olup analiz için evli ve evli olmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Öğrenim durumu “okuryazar”, “ilkokul”, “ortaokul”, “lise”, “yüksekokul”, “üniversite ve üzeri” olarak soruldu ve analiz için ortaokul ve altı, lise ve üzeri olarak iki gruba ayrıldı. Çalışma durumu

“herhangi bir işte çalışıyor”, “işsiz”, “emekli” ve “ev hanımı” seçenekleriyle soruldu. İşsiz, emekli ve ev hanımı seçenekleri çalışmıyor altında toplanarak, çalışıyor ve çalışmıyor olarak bölündü. Sosyal güvence durumu herhangi bir sosyal güvencesi var ve yok olarak iki seçenek olarak soruldu. Algılanan gelir düzeyi çok kötü-çok iyi arasında değişen beşli likert ölçeği ile değerlendirildi. Çok kötü ve kötü, kötü; iyi ve çok iyi ise iyi altında birleştirildi, orta seçeneği aynı bırakıldı. Kronik hastalık öyküsü var (Hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği vd.) ve yok olarak iki seçenek olarak soruldu. Sportif faaliyetlere katılma durumu “evet, düzenli”, “düzensiz” ve “hayır” seçenekleriyle soruldu. Herhangi bir engel durumu (Görme, işitme, ortopedik vd.) var ve yok seçenekleriyle soruldu. Çay ve kahve tüketimi evet ve hayır seçenekleriyle soruldu.

Anketin ikinci kısmı **sigara içme alışkanlığı ile ilgili bilgileri içermektedir**. (Sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, sigara içme sıklığı ve ortalama sigara içme sayısı, sigarayı geçmişte bıraktıysa bırakma zamanı (11,18,32), daha önce sigara bırakmayı deneyen hastaların kullandıkları yöntemin ne olduğu (11,18,32), sigara içerken ya da içmeye başladıktan sonra hissettiği rahatsızlıkların neler olduğu (83).

Anketin son kısmını ise **sigara dışı tütün ürünleri kullanma alışkanlığının değerlendirmesi ile ilgili sorulardan** oluşmaktadır. İlk soruda sigara dışı tütün ürünü kullanma alışkanlığı sorulmakta ve “Evet” ve “Hayır” seçenekleri işaretlenebilmektedir (25). Birinci soruya “Hayır” cevabı verenler için anket tamamlanmaktadır. “Evet” cevabını verenlere hangi tütün ürünü kullandığı soruldu. Tütün benzeri ürün kullanımı nedeni sorgulandı (25,43). “Tütün benzeri ürünlere sigaranın yerine ikame olarak mı başladınız?” sorusu yöneltildi. Bu soruya “Evet” yanıtını verenlere bu görüşünüzü hâlâ devam ettirip ettirmediği soruldu. Katılımcılara sigara ve diğer tütün ürünlerinin zararlarını karşılaştırması istendi (15,25,34,40). Cevaplar üçlü Likert ölçeği ile oluşturuldu. Son soru kapalı alanlarda e-sigara içilebilirliği hakkında oluşturuldu (85,86)

3.4.2. Ölçekler ve Tanımlar:

“Sigara içiyor musunuz?” sorusuna “Evet” cevabı verenler “sigara içiyor” olarak kabul edildi. Sigara içenler için ne kadar yıldır, ne sıklıkta ve miktarda içtikleri ve sigarayı bırakanların ne kadar zaman önce bıraktığı soruldu. Bu çalışmada Nikotin Bağımlılığı ve derecesinin değerlendirilmesi için Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi kullanıldı. Test, sigara içtiğini bildirenlere uygulandı. Bu test, 1990 yılında Fagerstrom ve arkadaşları (Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assesment. Ear Nose Throat J. 1990 Nov; 69 (11): 763-5) tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(87)). Test, esas olarak 6 sorudan oluşmaktadır. Tüm soruların 2-4 cevabı vardır. Bazıları “Evet-Hayır” şeklinde, bazıları ise seçmeli cevap şeklindedir. Her cevabın 0-3 arası puanı vardır. Toplam puan 0 ila 10 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça nikotin bağımlılık düzeyi de artmaktadır. testten 0-3 arasında puan alanlar düşük düzeyde, 4-6 arasında puan alanlar orta düzeyde, 7-10 arasında puan alanlar ileri düzeyde nikotin bağımlısı olarak değerlendirilir (87).

Çalışmamızda alkol bağımlılığının değerlendirilmesinde cage alkol bağımlılık testi kullanıldı. Alkol kullanma alışkanlığı “Alkol kullanıyor musunuz?” sorusu ile değerlendirildi. Soruya “Evet” cevabı verenlerden ne sıklıkla, ne miktarda kullandıkları sorularına cevap vermeleri; **Ayrıca CAGE Alkol Bağımlılık Testini kendilerine uygulamaları istendi.** “Bıraktım” cevabı verenlerden ise ne kadar zaman önce bıraktıkları sorusunu cevaplamaları istendi. Cage Alkol Bağımlılık Anketi (*Cut down= Kesme, Annoyed: Eleştirir, Guilty=Suçluluk ve Eye opener= Gözü açıldığında*) kelimelerinin baş harflerinden oluşur. Anket 4 sorudan ibarettir. Her soruya verilen “Evet” cevabına 1 puan verilir. Anketten alınacak puanlar 0 ila 4 arasında değişir ve 2 veya daha fazla puan alanlarda “Alkol Bağımlılığı Şüphesi” tanısı konulur. Cage testi Ewing tarafından 1984’de geliştirilmiş, Türkiye’de güvenilirlik çalışması Arıkan ve arkadaşları tarafından 1991’de yapılmıştır. Ayrıca alkol kullanımı ile ruhsal sağlık

durumları ilişkisini ortaya koyabileceği düşünülerek; alkol kullanımında kendisini nasıl bir içici olarak ifade ettiği (sosyal içici, genelde zevk ve eğlenmek için içen, genelde üzüntü-sıkıntıyı unutmak için içen) sorgulandı (88, 89).

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:

Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin onamları alındıktan sonra önceden hazırlanmış olan anket formlarıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplandı.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Çalışma grubunun anket verilerinden elde edilen tanımlayıcı bulgular için frekans değerler hesaplandı.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında ibm spss (versiyon 22.0) istatistik paket programında (*statistical package for the social sciences*) değerlendirildi. İstatistiksel analizler için ki-kare testi ve student t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü:

Bu çalışmanın yapılabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 04.10.2017 tarihli ve 221 sayılı karar numarası ile çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmada veri toplanabilmesi için ise 21.12.2017 tarihinde 59403238 sayılı başvuru ve 2018/2 karar no ile İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzinleri Değerlendirme Komisyonu'ndan izin alınmıştır.

4. BULGULAR:

Çalışma grubunu oluşturanların %58.1'i (n: 122) erkek, %41.9'u (n: 88) kadındı. Yaşları 18-78 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 42.53 ± 12.98 yıl idi. Erkeklerin yaş ortalaması (39.82 ± 12.12), kadınların yaş ortalamasından (46.58 ± 13.25) daha düşüktü (t: 3.609; $p < 0.05$). Çalışma grubundakilerin %17.1'i (n: 36) 18-29 yaş grubunda; %71.0'ı (n: 149) 30-59 yaş grubunda; %11.9'u (n: 25) ise 60 ve üzeri yaş grubundadır.

Çalışma grubundakilerin hepsi (%100.0) kentsel alanda yaşadığını bildirdi. Evliler %67.1 (n: 141), lise ve üzeri öğrenim düzeyinde olanlar %79.0 (n: 166), herhangi bir işi olanlar %63.3 (n: 133), herhangi bir sosyal güvencesi olanlar %94.3 (n: 198), orta gelir düzeyinde olanlar %41.9 (n: 88) sıklıkta idi.

Herhangi bir kronik hastalığı olanlar 61 (%29.0), herhangi bir engeli olanlar sadece 3 (%1.4) kişiydi. Sportif faaliyetleri düzenli yapanlar %12.9 (n: 27), düzensiz yapanlar %28.1 (n: 59) ve hiç sportif faaliyet yapmayanlar %59.0 (n: 124) idi. Çay içme alışkanlığı olanlar %97.1 (n: 204) ve kahve içme alışkanlığı olanlar %97.6 (n: 205) idi.

Çalışma grubunu oluşturanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma grubunu oluşturanların bazı sosyodemografik özellikleri

Özellikler	n	%
Cinsiyeti		
Erkek	122	58.1
Kadın	88	41.9
Yaş grubu (yıl)		
18-29	36	17.1
30-59	149	71.0
60 ve üzeri	25	11.9
Medeni Durumu		
Evli	141	67.1
Evli değil	69	32.9
Öğrenim düzeyi		
Ortaokul ve altı	44	21.0
Lise ve üzeri	166	79.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	133	63.3
Çalışmıyor	77	36.7
Sosyal güvence		
Var	198	94.3
Yok	12	5.7
Algılanan aylık gelir düzeyi		
İyi	83	39.5
Orta	88	41.9
Kötü	39	18.6
Hekim Tanılı Herhangi Bir Kronik Hastalık Öyküsü		
Var	61	29.0
Yok	149	71.0
Engellilik Durumu		
Var	3	1.4
Yok	207	98.6
Düzenli Sportif Faaliyet Yapma Durumu		
Yapıyor	27	12.9
Yapmıyor	183	87,1
Çay Tüketme alışkanlığı		
Var	204	97.1
Yok	6	2.9
Kahve Tüketme alışkanlığı		
Var	205	97.6
Yok	5	2.4
Toplam	210	100,0

Çalışma grubundakilerin sigara içmeye başlama yaşı 8-55 arasında değişmekte olup, ortalama 18.62 ± 5.47 yıl olarak saptandı. Erkeklerde ortalama sigara içmeye başlama yaşı, (17.30 ± 3.82 yıl) kadınlara göre (20.44 ± 6.77 yıl) daha düşüktü ($p < 0.05$). Ortalama sigara içme süresi 23.46 ± 12.02 yıl idi. günde içilen ortalama sigara sayısı 24.03 ± 12.05 adet / gün olarak bulundu. Katılımcıların %30.5'i (n: 64) 15 yaşından önce, %61.8'i (n: 130) 18 yaşından önce sigaraya başlamıştır.

Sigarayı daha önce bırakmayı deneyenler 117 (%55.7) kişiydi. Bunların %95.7'si (n: 112) kendi kendine, %30.8'i ilaç tedavisi ile (n: 36) ve %18.8'i (n: 22) ise Sigara Bırakma Polikliniğinden hizmet almak suretiyle sigarayı bırakmayı denediklerini bildirmişlerdir.

Sigara içilirken hissedilen en sık iki rahatsızlığın %24.8 ile nefes darlığı ve %18.6 ile ağız kuruluğu olduğu saptandı.

Çalışma grubundakilerin sigara içme alışkanlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışma grubundakilerin sigara içme alışkanlığı ile ilgili bazı özellikleri

Özellikler		İstatistiksel analiz t; p	
Sigaraya başlama yaşı (yıl) ($\bar{X} \pm SD$)			
Erkek	17.30 \pm 3.82	3.923; p<0,05	
Kadın	20.44 \pm 6.77		
Toplam	18.62 \pm 5.47		
Sigara kullanma süresi (yıl) ($\bar{X} \pm SD$)			
Erkek	22.19 \pm 12.16	1.816; 0.710	
Kadın	25.21 \pm 11.68		
Toplam	23.46 \pm 12.02		
Sigara kullanma sıklığı (adet / gün)			
Erkek	24.66 \pm 11.28	0.879; 0.381	
Kadın	23.15 \pm 13.08		
Toplam	24.03 \pm 12.05		
Sigarayı daha önce bırakmayı deneyenler ne kadar zaman önce bıraktı? (ay) (n: 117) ($\bar{X} \pm SD$)			
47.90 \pm 42.73 (min: 1; max: 216)			
Sigarayı bırakmayı deneyenlerde kullanılan yöntemler* (n: 117), (n, %)			
İlaç tedavisi	36	30.8	
Sigara Bırakma Polikliniğine Gitme	22	18.8	
Kendi kendine	112	95.7	
*Birden fazla yöntem kullananlar olduğu için toplam yüzde %100'ü aşmaktadır.			
Sigara kullanılırken hissedilen rahatsızlıklar* (n: 210), (n, %)			
Ağız kuruluğu	39	18.6	
Çarpıntı	25	11.9	
Tansiyon düşmesi	12	5.7	
Tansiyon yükselmesi	13	6.2	
Nefes darlığı	52	24.8	
*Birden fazla rahatsızlık bir arada bulunanlar olduğu için toplam yüzde %100'ü aşmaktadır.			

Çalışma grubunda sigara dışında tütün ürünü kullananların sıklığı %21.9 (n: 46) idi. Elektronik sigara 35 (%16.7), nargile 16 (%7.6), sarma tütün 12 (%5.7) kişi tarafından kullanılıyordu. Puro, pipo, maraş otu ve diğer tütün benzeri ürünlerini ise kullanan yoktu.

Bu çalışmada sigara dışı tütün ürünlerine başlama nedenleri arasında en çok %43.5 (n: 20) ile sigarayı bırakmak, %21.7 (n: 10) ile sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünmek ve %10.9 (n: 5) ile merak olduğu saptandı. Sigara dışı tütün ürünlerine sigaranın yerine ikame olarak başladığını bildirenlerin sayısı 23 (%50.0) idi. Bu 23 kişinin sadece 3'ü (%13.0) Sigarayı Bırakma Polikliniği hizmeti aldıktan sonra da sigara dışı tütün ürünlerinin sigara yerine ikame edildiği fikrine sahipti.

Çalışma grubunda sigara dışı tütün ürünlerini kullanan 46 kişi Puro, pipo, maraş otu ve diğer tütün ürünleri kullanmadıkları için bu ürünlerin sigaraya göre sağlığa zararları sorulduğunda cevap vermedi. Elektronik sigara için 35, Nargile için 16 ve Sarma tütün için 12 kişiden cevap alındı. Elektronik sigara için; sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünenler %51.4, benzer olduğunu düşünenler %37.2 sıklıktaydı. Nargilenin sigaradan daha çok zararlı olduğunu düşünenler %43.8, daha az zararlı olduğunu düşünenler %25.0, benzer zararda olduğunu düşünenler ise %31.2 sıklığa sahipti. Çalışma grubundakilerin %58.3'ü sarma tütünün sigaraya benzer zararlı olduğunu, %41.7'si daha çok zararlı olduğunu düşünüyordu. Sarma tütünün sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünen ise yoktu.

Sigara dışı tütün ürünlerini kullananların sigaraya göre sağlığa zararları üzerine verdikleri cevapların dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Sigara dışı tütün ürünlerini kullananların sigaraya göre sağlığa zararları üzerine verdikleri cevapların dağılımı

Sigara dışı tütün ürünlerinin sigaraya göre sağlığa zararları	n	%
Elektronik sigara (: 35)		
Daha az zararlı	18	51.4
Benzer	13	37.2
Daha çok zararlı	4	11.4
Nargile (N: 16)		
Daha az zararlı	4	25.0
Benzer	5	31.2
Daha çok zararlı	7	43.8
Sarma Tütün (N: 12)		
Daha az zararlı	0	0.0
Benzer	7	58.3
Daha çok zararlı	5	41.7

“Sigara içme yasağı olan yerlerde sizce elektronik sigara içilebilir mi?” sorusuna cevap veren 35 kişiden 24’ü (%68.6) “Evet, içilebilir” cevabını vermiştir. Cevap verenlerden 11’i (%31.4) “Hayır, içilemez” demiştir.

Çalışma grubunda 117 (%55.7) kişi alkol alışkanlığı olduğunu bildirdi. CAGE testine göre; Alkol Bağımlılığı Şüphesi olanlar 11 (%5.2) kişiydi.

Bu çalışmada Nikotin Bağımlılığı ve derecesi Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ile değerlendirilmiş olup, 30 kişide (%14.3) düşük düzeyde, 81 kişide (%38.6) orta düzeyde, 99 kişide (%47.1) ise yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olduğu saptandı.

Yaş arttıkça nikotin bağımlılığı düzeyi de artmaktaydı ($p<0.05$). Öğrenim durumu lise ve üzeri olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi, öğrenim durumu ortaokul ve altında olanlara göre daha düşüktü ($p<0.05$). Kahve alışkanlığı olanlarda nikotin bağımlılığı düzeyi daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum, çalışma

durumu, sosyal güvence, algılanan aylık gelir düzeyi, kronik hastalık, sportif faaliyet, çay alışkanlığı ve alkol bağımlılığı ile nikotin bağımlılık düzeyi arasında herhangi bir ilişki bulunamadı (her biri için; $p>0.05$). Çalışma grubundakilerde saptanan nikotin bağımlılık düzeylerinin bazı sosyodemografik ve sigara bırakma ile ilgili özelliklerine göre dağılımını tablo 4' verilmiştir.

Tablo 4. Çalışma grubundakilerde saptanan nikotin bağımlılık düzeylerinin bazı sosyodemografik ve sigara bırakma ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	NİKOTİN BAĞIMLILIK DÜZEYİ			İstatistiksel analiz X ² ; p
	Düşük n (%)	Orta n (%)	Yüksek n (%)	
Cinsiyet				
Erkek	19 (15.6)	46 (37.7)	57 (46.6)	0.406; 0.816
Kadın	11 (12.5)	35 (39.8)	42 (47.7)	
Yaş grubu (yıl)				
18-29	12 (33.3)	13 (36.1)	11 (30.6)	14.005; 0.007
30-59	16 (10.7)	59 (39.6)	74 (49.7)	
60 ve üzeri	2 (8.0)	9 (36.0)	14 (56.0)	
Medeni Durum				
Evli	18 (12.8)	52 (36.9)	71 (50.4)	1.951; 0.377
Evli değil (Bekâr, dul, boşanmış)	12 (17.4)	29 (42.0)	28 (40.6)	
Öğrenim düzeyi				
Ortaokul ve altı	6 (13.6)	8 (18.2)	30 (68.2)	11.242; 0.004
Lise ve üzeri	24 (14.5)	73 (44.0)	69 (41.6)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	19 (14.3)	54 (40.6)	60 (45.1)	0.705; 0.703
Çalışmıyor	11 (14.3)	27 (35.1)	39 (50.6)	
Sosyal güvence Durumu				
Var	29 (14.6)	78 (39.4)	91 (46.0)	Fisher's Exact test: p<0.001
Yok	1 (8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)	
Algılanan aylık gelir düzeyi				
İyi	13 (15.7)	36 (43.4)	34 (41.0)	5.780; 0.216
Orta	11 (12.5)	36 (40.9)	41 (46.6)	
Kötü	6 (15.4)	9 (23.1)	24 (61.5)	
Kronik Hastalık Öyküsü				
Var	11 (18.0)	16 (26.2)	34 (55.7)	5.587; 0.061
Yok	19 (12.8)	65 (43.6)	65 (43.6)	
Düzenli Sportif Faaliyet Yapma Durumu				
Yapıyor	7 (25.9)	10 (37.0)	10 (37.0)	3,629; 0.163
Yapmıyor	23 (12.6)	71 (38,8)	89 (48.6)	
Çay Tüketme Alışkanlığı				
Var	29 (14.2)	80 (39.2)	95 (46.6)	Fisher's Exact test: p>0.05
Yok	1 (16.7)	1 (16.7)	4 (66.7)	
Kahve Tüketme Alışkanlığı				
Var	27 (13.2)	80 (39.0)	98 (47.6)	Fisher's Exact test: p: 0.030
Yok	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	
Alkol bağımlılık durumu				
Alkol kullanmıyor	16 (13.7)	40 (34.2)	61 (52.1)	Fisher's Exact test: p>0.05
Alkol bağımlılık şüphesi yok	14 (17.1)	35 (42.7)	33 (40.2)	
Alkol bağımlılık şüphesi var	0 (0.0)	6 (54.5)	5 (45.5)	
TOPLAM	210			

5. TARTIŞMA:

Çalışma grubumuz orta yaşlı (yaş ortalaması yaklaşık 43 yıl), üçte ikisi evli, büyük çoğunluğu lise ve üzeri öğrenim düzeyine (%79.0) ve orta ve üzeri düzeyde aylık gelire sahip (%81.4), tamamı kentsel alanda yaşayan insanlardan oluşmaktadır. Bu sosyodemografik özellikleriyle sigarayı bırakma polikliniğine başvuran kişilerden oluşan çalışma grubumuzun, Türkiye ve İzmir'in erişkin genel popülasyonuna göre öğrenim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi daha yüksek bir grup olduğunu söylememiz mümkün görünmektedir.

Çalışma grubumuzda erkeklerin başvuru sayısının (n:122, %58.1) sigara bırakma polikliniğine kadınlardan (n:88, % 41.9) daha fazla başvuru yaptığı görülmüştür. Yapılan birçok araştırmada da erkeklerin sigara bırakma polikliniğine daha fazla başvuru yaptığı gözlenmiştir (32,90–92). *Walker* ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada kadınların sayısının erkeklerin sayısından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (93). Çalışmamızda erkeklerin daha fazla başvuru yapmasının nedeni, ülkemizde erkekler arasında sigara içme prevalansının daha yüksek olmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin yaş ortalaması 42.53 ± 12.98 yıl idi. *Velioğlu* ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 38,4 yıl, *Argüder* ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada 44 yıl olarak rapor edilmiştir (18, 91).

Kişiler genellikle adölesan çağ ve genç yetişkin iken sigaraya başlamakta ve genellikle bırakmaya meyilli olmamakta ve sigarayı bırakmak için profesyonel yardım talep etmemektedirler. Sigaraya genç yaşlarda başlamak ileriki yaşlardaki günlük sigara içme miktarını, yoğunluğunu, nikotin bağımlılık düzeyini, sigara bırakmada zorluk gibi sigara içme davranışlarını etkilemektedir. Yaş arttıkça sigaranın zararları hakkında bilgi düzeyi artmakta ve sigara bırakma eğilimi ve bırakmak için yardım alma davranışı da artmaktadır(94,95). Araştırmamızda sigara bırakma polikliniğine yapılan başvuruların en çok 30-59 (%71.0) yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Çeşitli araştırmalarda da benzer sonuç bildirilmektedir (11, 94, 95).

Çalışmamızda kadınların yaş ortalamasının (46.58 ± 13.25), erkeklere (39.82 ± 12.12) göre daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). *Smith* ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada yine kadınların yaş ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (96). Kadınların daha ileri yaşlarda sigara bırakma nedenleri arasında kilo almaktan kaçınmaları ve erkeklere göre daha zor sigara bırakmaları sayılabilir.

Öğrenim düzeyi yükseldikçe sigaranın zararlarına yönelik farkındalığın ve sigara bırakma eğiliminin artması beklenebilir. Çalışma grubundakilerin %79.0'ı lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahipti. *Velioğlu* ve arkadaşlarının 2018 yılında Diyarbakır'da yaptığı çalışmada sigara bıraktırma polikliniğine başvuranların %30.5'inin lise mezunu olduğu, %30.5'inin ise üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (18). *Güzel*'in 2017 yılında İzmir'de yaptığı tez çalışmasında ise olguların %78.8'inin, kontrollerin ise %71.9'unun lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olduğu rapor edilmiştir(96). *Wu* ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptığı çalışmada lise ve üzeri öğrenime sahip olanlar %88.7 olarak bildirilmiştir (90). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarına benzerdir.

Çalışma grubunda ortalama sigara içmeye başlama yaşı 18.62 ± 5.47 yıl olarak saptandı. Erkeklerde ortalama sigara içmeye başlama yaşının (17.30 ± 3.82) kadınlara göre (20.44 ± 6.77 yıl) daha düşük olduğu saptandı ($p < 0.05$). Katılımcıların %30.5'i (n: 64) 15 yaşından önce, %61.8'i (n: 130) 18 yaşından önce sigara içmeye başlamıştır. Çalışmamızda sigara içmeye başlama yaşının en düşük 8, en yüksek ise 55 olduğu bulundu. Türkiye'de 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre erkeklerin %61.8'inin, kadınların ise %49'unun sigara içmeye 18 yaşından önce başladığı bildirilmiştir (43). *Filippidis* ve arkadaşlarının 27 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada sigaraya içmeye başlama ortalama yaşının 16.6 olduğu bildirilmiştir (99). Bu sonuçlar sigaraya içmeye başlama yaşının oldukça düşük olması yönünden çalışmamızın sonuçlarıyla benzerdir. Erken yaşlarda sigaraya başlamak açısından dünya genelinde yaşanan sorun ülkemizde de devam etmektedir. Türkiye'de yapılan çalışma sonuçları, 1996 yılından itibaren 18 yaş altı kişilere tütün ürünü satışı 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" ile

yasaklanmış olmasına rağmen, ergen ve çocukların sigaraya kolayca ulaşabildiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, günlük ortalama içilen sigara sayısı erkeklerde 24.66 ± 11.28 adet ve kadınlarda 23.15 ± 11.68 adet ve toplamda 24.03 ± 12.05 adet olduğu tespit edildi. *Erturhan*'ın Cumhuriyet Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniği'nde gerçekleştirdiği tez çalışmasında günde içilen ortalama sigara sayısının erkeklerde 23.54 ± 9.96 , kadınlarda ise 21.03 ± 10.39 olarak bildirilmiştir (11). Bu çalışmanın sonucu bizim sonucumuzla benzerdir. Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısı açısından erkeklerle kadınlar arasında bir fark bulunamadı ($p > 0.05$). *Banks* ve arkadaşlarının 2015 yılında, 45 yaş ve üzeri 204.953 kişiden oluşan bir Avustralya kohort çalışmasında erkeklerde günlük içilen ortalama sigara sayısının 18.9 ± 10.4 olduğu, kadınlarda ise 16.6 ± 8.6 olduğu rapor edilmiştir (100). Buna göre bizim çalışmamızda ortalama sigara sayısının *Banks* ve arkadaşlarının çalışmasından daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum, bizim çalışma grubumuzun sigara bırakma polikliniğine başvuracak düzeyde sigara içicisi olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda, sigarayı daha önce herhangi bir yöntem veya yöntemlerle bırakmayı deneyenler 117 (%55.7) kişi ve son denemeden itibaren geçen süre 47.90 ± 42.73 ay idi. Bunların hemen hemen tamamı (%95.7) kendi kendine, üçte birine yakını (%30.8) ilaç tedavisi ve %18.8'i ise sigara bırakma polikliniğine başvurarak sigarayı bırakmayı denediklerini bildirmişlerdir. Daha önceki sigara bırakma girişimlerinde sigara bırakma polikliniğine başvurunun yaklaşık beşte bir olması, öncelikle ilk denemelerde bağımlılığın daha düşük seviyede olmasına ve sigara bırakma polikliniklerinde verilen hizmetlerin yeterince bilinmemesine bağlanabilir. Literatür tarandığında çeşitli çalışmalarda sigarayı bırakma girişimi sıklıklarının farklılıklar gösterdiği görülmektedir. *Thrasher* ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada sigara içenlerin %42'sinin son 4 ayda sigarayı bırakma girişiminde buldukları rapor edilmiştir(101). *Fidan* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin daha önceki sigarayı bırakma girişimi sıklığının %78.3 bulunduğu bildirilmiştir (92). *Bauermeister* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içenlerin %53.3'ünün son bir yıl içinde

sigarayı bırakmayı denedikleri rapor edilmiştir (102). *Sağlam*'ın 2012 yılında yaptığı çalışmada, sigara bırakma polikliniğine başvuranların %81.0'ının başvurmadan önce sigarayı bırakmayı denedikleri bildirilmiştir (103). Bu çalışma sonuçları, sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin yarısından fazlasının daha önce sigara bırakma girişiminde bulunduğunu göstermektedir ki bu sonuçların bizim çalışma sonucumuzla uyumlu oldukları söylenebilir.

Sigara içmek nefes darlığı, öksürük, efor dispnesi gibi solunumsal şikayetleri artırdığı bildirilmektedir. İçilen sigara miktarıyla ilişkili olarak sigara içicilerinde kronik öksürük, kronik balgam, hışırtı ve dispne gelişmesi için güçlü bir risk faktörüdür. Sigara içilmeye devam edilmesi durumunda KOAH gelişim riski de artmaktadır. (104–106). Bizim çalışmamızda, sigara içenlerde hissedilen rahatsızlık hissi %24.8 ile nefes darlığı ve %18.6 ile ağız kuruluğu olarak saptandı. *Liu* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içenlerin %11.2'sinin devamlı nefes darlığı hissettiklerini ve %16.7'sinin ise fiziksel aktivitede nefes darlığı hissettiklerini rapor etmişlerdir (104). *Cibella* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise nefes darlığı hissetme sıklığı %34.8 bulunmuştur (105). *Rad* ve arkadaşlarının uzun süreli sigara içiminin tüm ağız tükürük akış hızı ve ağız sağlığı üzerine etkisi çalışmasında ağız kuruluğu semptomu sıklığının %39 olduğu bildirilmiştir (107). Bizim çalışmamızda nefes darlığı görülme sıklığının *Liu* ve arkadaşları ile *Cibella* ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalardan elde edilen sıklıktan daha düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca bizim çalışmamızda ağız kuruluğu görülme sıklığı, *Rad* ve arkadaşlarının çalışmasına göre düşüktür. Çeşitli çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesinde; sigara içme süresi, günlük içilen ortalama sigara sayısı, nikotin bağımlılığı seviyesi ve katılımcıların çeşitli hastalıklarının varlığı gibi pek çok etken etkili olmuş olabilir. Bu çalışmada sigara dışında tütün ürünü kullanma sıklığı %21.9 olarak saptandı. çalışma grubundakilerden 35'İ (%16.7) Elektronik sigara, 16'Sİ (%7.6) nargile, 12'Sİ (%5.7) ise sarma tütün kullanılıyordu. Puro, pipo, maraş otu ve diğer tütün benzeri ürün kullanan ise yoktu. Elektronik sigara kullanım sıklığı hakkında literatürü taradığımızda Türkiye'de yapılmış bir çalışmaya rastlanılamamıştır. *Huang* ve arkadaşlarının 2017 yılında ABD'de yaptığı çalışmada halen sigara kullananlar arasında elektronik sigara kullanma prevalansı %20.8 olarak bildirilmiştir (19).

Farsalinos ve arkadaşlarının 28 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada halen sigara içenler arasında elektronik sigara kullanım sıklığının %10.8 bulunduğu rapor edilmiştir (44). Elektronik sigara kullanım sıklığı açısından çalışma sonucumuz ABD'deki çalışma ile benzer, Avrupa'da yapılan çalışma sonucundan daha yüksek olduğu söylenebilir.

Türkiye'de, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın 2012 yılı Raporu'nda sigara dışında çeşitli tütün ürünlerinin kullanım sıklığı; nargile kullanımı için %0,8, sarma sigara kullanımı için %2,6 ve diğer tütün ürünleri kullanımı için %0,4 olarak bildirilmiştir (43). Bizim çalışmamızda nargile ve sarma tütün kullanma sıklıklarının Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın sonuçlarından daha yüksek olması, çalışma grubunun genel popülasyondan değil, Sigarayı Bırakma Polikliniğine başvuran kişilerden oluşmasına bağlanabilir.

Ülkemizde nargile kullanımı ile ilgili çalışmaların çoğunun gençlere yönelik olarak yapıldığı görülmektedir(108–110). Tunç'un 2007 yılında yaptığı "Edirne'de öğretmenlerin sigara içme ile bırakma davranışları ve etkileyen faktörler" isimli uzmanlık tezinde sigara içen öğretmenlerin %4,13'ü nargile, %2,3'ü puro, %0,8'ide pipo içmekteydi(111). Nargile ve elektronik sigara kullanımı genç yaşlarda artış gösterdiği bilinmektedir ve tütün kontrol politikalarının bir parçası olan vergi artırım sonucunda sarma tütün kullanımının artışı dikkat çekicidir (109).

Çalışmamızda, sigara dışı tütün ürünü kullanan 46 kişide, sigara dışı tütün ürünlerine başlama nedenleri içinde en sık rastlanan üç neden sırasıyla şöyleydi: Sigarayı bırakmak (n:20, %43.5), sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünmek (n:10, %21.7) ve merak etmek (n:5, %10.9). Sigara dışı tütün ürünlerine sigaranın yerine ikame olarak başladığını bildirenlerin sayısı 23 (%50) idi. Bu 23 kişinin sadece 3'ü (%13) sigara bırakma polikliniği hizmeti aldıktan sonra da sigara yerine ikame ettiği fikrine sahipti. Sigara dışı tütün ürünleri kullanan 46 kişiye sigaraya göre sağlığa zararları sorulduğunda; elektronik sigara için 35, nargile için 16 ve sarma tütün için 12 kişiden cevap alındı. Elektronik sigara kullanan 35 kişiden %51.4'ü elektronik sigaranın sigaradan daha az zararlı olduğunu, %37.2'si ise sigara ile benzer olduğunu düşünmektedirler. Nargile içen 16 kişiden

nargilenin sigaradan daha çok zararlı olduğunu düşünenler %43.8, daha az zararlı olduğunu düşünenler %25.0, benzer zararda olduğunu düşünenler ise %31.2 sıklığa sahiptir. Sarma tütün kullanan 12 kişiden ise sigaraya benzer zararlı olduğunu düşünenler %58.3, daha çok zararlı olduğunu düşünenler %41.7 sıklık bildirdiler. “Sigara içme yasağı olan yerlerde sizce elektronik sigara içilebilir mi?” sorusuna cevap veren 35 kişiden 24’ü (%68.6) “Evet, içilebilir” cevabını vermiştir. Cevap verenlerden 11’i (%31.4) “Hayır, içilemez” demiştir. *Vickerman* ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada elektronik sigaraya başlama nedeni olarak katılımcılar diğer tütün ürünlerini bırakma (%51.3), diğer tütün ürünlerinin yerine koyma (%15.2), merak/denemek için (%9.9), diğer tütün ürünlerinin zararını azaltmak için (%7), davranışsal ikame (%6.2), tütünün kapalı alanda yasak olması (%5.2), aşırma, stres ve sinirlilikle baş etme (%5.1) ve daha az zararlı olduğu için (%4.5) cevaplarını verdikleri bildirilmiştir (112). *Pepper* ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı elektronik sigaraya başlama ve bırakma nedenleri çalışmasında, katılımcıların elektronik sigaraya başlama nedenleri merak (%53), bir arkadaş veya aile üyesi, bir elektronik sigara kullandı, verdi veya teklif etti (%34), sigarayı bırakmak ya da kesmek (%30), sigaranın normal sigaralardan daha az zararlı olduğunu düşünmek (%29), sigaranın yasak olduğu yerlerde kullanılabilmesi (%26) ya da diğer tütün ürünlerine göre daha az zararlı olması (%23) olarak belirtilmişti. Aynı çalışmada elektronik sigaraya başlayanların %65’i daha sonra kullanmayı bırakmışlardı. Elektronik sigarayı bırakmanın en sık sebebi denemek için (%49), sigara gibi hissettirmediği (%15), sigara gibi tat alamadığı (%14), elektronik sigara pahalı olduğu (%13) için elektronik sigarayı bırakmışlardı. Katılımcıların %11’i aşırma ya da sigara bırakmaya etkisi olmadığı (%11) ve %12’si neden bıraktıklarını bilmedikleri için bırakmıştı. Sadece %3’ü sigarayı bıraktığı için bıraktığını bildirmiştir (113). *Subaşı* ve arkadaşlarının çalışmasında kişilerin nargileye başlama nedenleri incelenmiş; katılımcıların %60.4’ü merak etmelerini, %34.1’i arkadaş etkisini, %1.8’i ise sigara yerine nargile içme durumunu, nargileye başlamalarında rol oynayan faktör olarak belirtmişlerdir. Nargileye başlama konusunda etkili olan diğer faktörler arasında özenti, hoşça gitme, stres, iş ortamı, hobi, sosyal ortam, nargilenin aromasının hoşça gitmesi gibi nedenler olarak bulunmuştur (108).

Türkiye dışında yapılan çalışmalara baktığımızda; *Braun* ve arkadaşlarının *Midwest* Üniversitesi'nden kolej öğrencileri arasında nargile kullanımı çalışmasında nargileye başlamak için ilk üç neden sosyalleşme (%29), akran etkisi (%27), rahatlama (%25) olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %88'i zararlı olduğunu bildiğini, %98'i ise istediği zaman bırakabileceğini belirtmiştir (114). Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızın sonucuna benzer olarak elektronik sigara kullanmaya başlayan kişilerin daha çok, merak etmeleri, sigarayı bırakmak için ve sigaradan daha az zararlı olduğunu düşündüğü için başladığını görüyoruz. Henüz elektronik sigaranın sigara bırakma ve zararları konusunda yeterli çalışma olmayıp sigarayı bırakmak isteyenlerin doğru danışmanlık ve destek alması önemlidir. Nargileye başlama sebebi olarak daha çok, merak, sosyalleşme ve akran etkisini görmekteyiz. Sarma tütün ise daha çok artan vergilerden dolayı sigaradan daha ucuz olduğu için tercih edilmektedir. Genel olarak, sigara dışı tütün ürünlerine başlama nedenleri ve bu ürünlerin sigaraya göre zararları hakkında alınan cevaplar açısından bizim çalışma sonuçlarımız ile literatürün uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Bu çalışmada alkol kullanım sıklığı %44.2 bulunmuştur. Alkol kullananlar CAGE testi ile değerlendirilmiş olup, alkol bağımlılığı şüphesi sıklığı %5.2 (n: 11) olarak tespit edildi. Fidan ve arkadaşlarının Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları çalışmasında alkol kullanım sıklığı %20.2, *Uludağ*'ın 2015 yılında yaptığı çalışmada sigara içenlerin %10'unun alkol bağımlısı olduğu bildirilmiştir (92,115). Sigara içenler içmeyenlere göre daha sık ve yüksek miktarda alkol kullanmaktadır. Yapılan araştırmalarda alkol kullanımının sigara bırakma başarısını düşürdüğü gösterilmiştir(116). Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar, çalışma gruplarının birbirinden farklı olan özellikleriyle ilişkili görünmektedir. Alkol bağımlılığı şüphesinin %5 civarında olması yüksek olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda nikotin bağımlılığının varlığı ve düzeyi Fagerström Testi ile değerlendirilmiş olup, çalışma grubundakilerin 30'unda (%14.3) düşük derecede, 81'inde (%38.6) orta derecede ve 99'unda (%47.1) yüksek derece nikotin bağımlılığına sahip olduğu saptandı. *Velioğlu* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların %9,2'sinde çok düşük düzeyde, %22,4'ünde düşük düzeyde, %16,4'ünde orta düzeyde, %31,3'ünde yüksek düzeyde, %20,7'sinde ise çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı oldukları rapor edilmiştir (18). *Çelepkolu* ve arkadaşlarının Diyarbakır'da yaptığı çalışmada katılımcıların %22.5'inde düşük düzeyde, %17.6'sında orta düzeyde,, %45.8'inde yüksek düzeyde, %14.1'inde ise çok yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olduğu bildirilmiştir (117). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre orta derece bağımlılık sıklığı biraz daha yüksek, yüksek derece bağımlılık ise biraz daha düşük bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamız ve diğer çalışmaların, sigara bırakma polikliniğine başvurma ihtiyacı duyan kişilerin yaklaşık yarısında, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının olması sağlık hizmeti planlaması açısından ilgi çekicidir.

Kadınların ortalama içtiği sigara miktarının erkeklere göre daha düşük olmasına bağlı olarak, nikotin bağımlılık düzeyinin de daha düşük olması beklenebilir. Yapılan birçok çalışmada erkeklerin kadınlardan daha yüksek nikotin bağımlılığına sahip olduğu bulunmuştur (115–118). Ancak çalışmamızda, erkek ve kadınlar arasında nikotin bağımlılığı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Okutan ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer sonuç bildirilmiştir (121). Örsel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada erkekler arasında nikotin bağımlılık düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (122). Çeşitli çalışmalarda bildirilen farklı sonuçlar, çalışma gruplarının farklı özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Sigara içme genellikle adölesan çağlarda ve az miktarda sigara ile başlamaktadır. Tolerans geliştikçe içilen sigara miktarı ve bağımlılık düzeyinin de arttığı bildirilmektedir (18). Bu çalışmada, yaş ilerledikçe nikotin bağımlılık düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). *Prokhorov* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışma sonucumuza benzer olarak, yetişkinlerin adölesanlara göre daha yüksek nikotin bağımlılığına sahip olduğu gösterilmiştir (120).

Çalışma grubunda medeni durum ile nikotin bağımlılığı düzeyi arasında bir ilişki gösterilemedi ($p>0.05$). Türkiye'de yapılan iki çalışmada da medeni durum ile nikotin bağımlılığı arasında bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir (121,122).

Pennanen ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise yalnız yaşayanlarda nikotin bağımlılık düzeylerinin daha yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (123).

Bu çalışmada, öğrenim düzeyi düşük olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). *Brathwaite* ve arkadaşları ile *Courtney-Long* ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda öğrenim düzeyi ile nikotin bağımlılığı arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (124,125).

Çalışmamızda, sosyoekonomik düzey göstergelerinden çalışma durumu, sosyal güvence ve aylık gelir değerlendirildi. Gelir getirici herhangi bir işte çalışanlarla çalışmayanlar arasında nikotin bağımlılığı düzeyi açısından bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Sosyal güvenceye sahip olmayanlarda yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının sosyal güvencesi olmayanlardan daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Algılanan gelir düzeyi ile nikotin bağımlılığı arasında ise bir ilişki saptanamadı ($p>0.05$). Sosyal güvencenin olmamasının, Türkiye için düşük sosyoekonomik düzeyi göstermede daha önemli olduğu düşünülebilir. *Meijer* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyoekonomik durumu kötü olanlarda yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının daha fazla bulunduğu bildirilmektedir (126).

Çalışma grubunda kronik hastalık öyküsü olanlarla olmayanlar arasında nikotin bağımlılık düzeyi açısından bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). *Phillips* ve arkadaşlarının çalışmasında; Sigara ile ilişkili hastalığı olanların, sigara ile ilişkili hastalığı olmayanlara ve hiç hastalığı olmayanlara göre daha çok sigara içmeye devam ettiği gösterilmiştir (39). Bizim çalışmamızda kronik hastalık ve nikotin bağımlılığı arasında bir fark gösterilememesinde, çalışma grubunda sadece 61 kişinin herhangi bir kronik hastalığının olması bir etken olabilir. Ayrıca bu kronik hastalıkların henüz ilerlemiş hastalıklar ve sigara ile ilişkili hastalıklar olmadığı da düşünülebilir.

Sigara içmenin gerek neden olduğu hastalıklar gerekse akciğer kapasitesini azaltma yoluyla fiziksel aktiviteyi düşürdüğü, ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin sigara bırakma sürecine olumlu etkisi bulunduğu bilinmektedir(119). Bu çalışmada, düzenli sportif faaliyetler yapanlarla yapmayanlar arasında nikotin bağımlılık düzeyi açısından bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). *Azagba* ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada fiziksel aktivitesi düşük olanlarda nikotin bağımlılık düzeyinin yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (119). Bizim çalışmamızda düzenli spor faaliyetlerde bulunanların sayısının sadece 27 olması ve bunların da ne düzeyde spor faaliyetinde bulunduğunu objektif olarak ölçemememiz sportif faaliyet ve nikotin bağımlılığı arasındaki olası ilişkinin ortaya çıkmamasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda çay içme alışkanlığı olanlarla olmayanlar arasında nikotin bağımlılığı düzeyi açısından bir fark saptanamadı ($p>0.05$). Literatür taramamızda da çay ve nikotin bağımlılığı arasında bir ilişki bildiren herhangi bir çalışmaya rastlanılamamıştır.

Bu çalışmada, Kahve içme alışkanlığı olanlarda nikotin bağımlılığı düzeyinin kahve içme alışkanlığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$). *Marshall* ve arkadaşlarının kahve ve sigara içimi: kahve, kafein ve sigara içme davranışı çalışmasında kahve ve sigara içimi arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir(127). Sigara tiryakileri sigara ile birlikte genellikle çay ve/veya kahve de içmektedirler. Kahve ile nikotin bağımlılığı arasında gösterilen ilişkinin birlikte içilmeye bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, alkol bağımlılığı şüphesi olanlarla olmayanlar arasında nikotin bağımlılığı düzeyi açısından bir fark saptanamadı ($p>0.05$). *Batel* ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkol bağımlılarında sigara içme sıklığının yüksek olduğu ve nikotin bağımlılığı olanlarda alkol tüketme sıklığının yüksek olduğu gözlenmiş olup, tüketilen alkol ve tütün miktarı arasında bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (128). Çalışma grubumuzda alkol ve nikotin bağımlılığı arasında herhangi bir ilişkinin gösterilememiş olmasında, çalışma grubunda sadece 11 kişide alkol bağımlılığı şüphesi saptanmasının etkisi olabilir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Güçlü yanlar; Elektronik sigara kullanımı hakkında ülkemizde yapılan yayınlar kısıtlıdır ve çok yenidir. Araştırmamız bu konuda literatüre katkıda bulunarak bu konuda yapılacak yayınlar için yol gösterici olacaktır.

Kısıtlılıklar; Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırma olması nedeni ile sonuçları topluma genellenemez ve neden-sonuç ilişkileri gösterilemez. Tütün benzeri ürünlere başlama nedenleri sosyal ve ekonomik yönden incelenebilirdi. İleride bu husus ta dikkate alınarak daha kapsamlı prospektif ve klinik çalışmalar yapılabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen başlıca sonuçlar şöyle özetlenebilir:

- Sigara Bırakma Polikliniğine başvuranlardan oluşan çalışma grubumuz orta yaşlı, üçte ikisi evli, büyük çoğunluğu lise ve üzeri öğrenim düzeyine ve orta ve üzeri düzeyde aylık gelire sahip, tamamı kentsel alanda yaşayan insanlardan oluşmaktadır. Çalışma grubu, Türkiye ve İzmir'in erişkin genel popülasyonuna göre öğrenim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi daha yüksek bir gruptur.
- Ortalama sigaraya içmeye başlama yaşı 18.62 ± 5.47 yıl olarak saptandı.
- Erkeklerde ortalama sigara içmeye başlama yaşı kadınlara göre daha düşüktür.
- Ortalama sigara içme süresi 23.46 ± 12.02 yıl olarak saptandı.
- Günlük ortalama içilen sigara 24.03 ± 12.05 adet / gün olarak bulundu.
- Katılımcıların %30.5'i 15 yaşından önce, %61.8'i 18 yaşından önce sigara içmeye başlamıştır.
- Sigarayı daha önce bırakmayı deneyenler 117 (%55.7) kişiydi. Bunların %95.7'si (n: 112) kendi kendine, %30.8'i ilaç tedavisi (n: 36) ve %18.8'i (n: 22) Sigara Bırakma Polikliniğine Gitme ile sigarayı bırakmayı denemişlerdi.
- Sigara içenlerde hissedilen en sık iki rahatsızlık %24.8 ile nefes darlığı ve %18.6 ile ağız kuruluğu olarak saptandı.
- Sigara dışında tütün ürünü kullanma sıklığı %21.9 (n: 46) idi. Elektronik sigara 35 (%16.7), nargile 16 (%7.6), sarma tütün 12 (%5.7) kişi tarafından kullanılıyordu.
- Sigara dışı tütün ürünü kullananlarda bu ürünlere başlama nedenlerinin %43.5 ile sigarayı bırakma, %21.7 ile sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünme ve %10.9 ile merak olduğu görüldü.
- Çalışma grubundakilerin %51.4'ü elektronik sigaranın sigaradan daha az zararlı olduğunu, %37.2'Sİ ise benzer olduğunu düşünmektedir.

- Çalışma grubundakilerden %47.1'inde yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olduğu saptandı.
- Yaş ilerledikçe nikotin bağımlılığı düzeyi de artmaktadır.
- Öğrenim düzeyi ortaokul ve altı olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi daha yüksekti.
- Kahve alışkanlığı olanlarda nikotin bağımlılığı düzeyi daha yüksek bulundu.

Öneriler:

Tütünle mücadelede, ülkemizde son yıllarda önemli mesafe kat edilmiş olsa da elektronik sigara ve nargile gibi yeni tütün ürünleri özellikle gençler arasında giderek yaygınlaşmakta ve normalleşmektedir. Elektronik sigaralar internet üzerinden kontrolsüzce satılmakta, içeriği ve kullanıcı sayısı tam olarak bilinmemektedir. Tütün ve tütün benzeri ürünler hakkında toplumun bilgi düzeyi yeterli değildir. Bu nedenlerle, toplum tütün ve tütün ürünlerinin zararları konusunda eğitilmeli ve farkındalığı artırılmalıdır.

Mevcut yasal düzenlemeler ile nargile ve elektronik sigara gibi tütün ve tütün benzeri ürünler sigara ile aynı mevzuata tabii olsalar da satışı ve kullanımı daha iyi denetlenmeli, toplum katılımının da olduğu, yeni tütünle mücadele politikaları geliştirilmelidir.

Tütün ürünlerine başlanmasının engellenmesi öncelikli koruma önlemi olmakla birlikte, sigarayı bırakma polikliniklerinin hizmetlerinin etkinleştirilmesi de tütün ile mücadelede etkili olacaktır. Toplum içinde yer etmiş, sigara dışı tütün ürünlerinin sigaradan daha az zararlı olduğu ve sigara yerine ikame edilebileceği algısının yenilmesinde, sigarayı bırakma polikliniklerinin yapacağı çalışmaların faydalı olacağı önerilir.

7. ÖZET ve İNGİLİZCE ÖZET:

İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Tütün ve tütün ürünleri önlenabilir hastalık ve ölümlerin önde gelen sebeplerindedir. Sigara içicilerinin önemli bir kısmı sigarayı bırakmayı istemekte, sigara dışı tütün ürünlerine zararı azaltmak, sigarayı bırakmak gibi nedenlerle başlamaktadır. Çalışma; İzmir’de iki sigara bırakma polikliniğine, 2018 yılında üç aylık periyod içerisinde başvuracak olan hastaları kapsamaktadır. Bu çalışmanın amacı; İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranlarda sigarayı ve diğer tütün ürünlerini bırakma ile ilişkili bazı özelliklerin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu çalışmanın evreni İzmir İli Karşıyaka ve Konak Sigara Bırakma polikliniklerinden Ocak – Mart 2018 tarihleri arasında hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Sigara kullananlar içinde tütün benzeri ürün kullanım yüzdesi %15, Güven Aralığı %95 ve hata payı %5 kabul edilerek örneklem hacmi 194 olarak hesaplanmıştır. İlk başvuru ve kontrol hastaları içinden çalışmaya katılmayı kabul eden ve sorulara cevap verecek mental düzeyde olan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Çalışma grubu 210 katılımcı ile oluşturuldu. Bu çalışmada, “*Sigara Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi*” ve “*Sigara Dışı Tütün Ürünleri Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi*” kullanıldı. Nikotin bağımlılığı, *Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi* ile değerlendirildi. CAGE Alkol Bağımlılık Testi ile alkol bağımlılığı değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versiyon 22.0 kullanıldı. İstatistiksel analizler için ki kare testi ve student t testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık için kabul edildi.

Bulgular: Ortalama sigaraya başlama yaşı 18.62 ± 5.47 yıl, sigara bırakma polikliniğine başvurmadan önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin sıklığı %55.7’ydi. Sigara dışı tütün ürünü kullanım sıklığı %21.9 olup en sık kullanılan ürün elektronik sigaradır (%16.7). Sigara dışı tütün ürünü kullanan 46 kişinin %43.5’i sigarayı bırakmak için, %21.7’si sigaradan daha az zararlı olduğunu düşündüğü için başlamıştır. Elektronik sigara için; sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünenler %51.4, nargile için sigaradan daha çok zararlı olduğunu düşünenlerin sıklığı %43.8’di. Fagerström testi ile nikotin bağımlılığı değerlendirilmiş olup 99 (%47.1) kişi ileri derece nikotin bağımlılığına sahip bulundu. Yaş arttıkça nikotin bağımlılığı düzeyi artmaktaydı ($p < 0.05$). Lise ve üzeri öğrenim düzeyinde ortaokul ve altı öğrenim düzeyine göre nikotin bağımlılık düzeyi daha düşüktü ($p < 0.05$). Kahve alışkanlığı olanlarda nikotin bağımlılığı düzeyi daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Tütün benzeri ürün kullanım sıklığı %21.9 olup, katılımcıların tütün ürünleri konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir. Tütün ürünlerine başlanmasının engellenmesi öncelikli koruma önlemi olmakla birlikte, sigarayı bırakma polikliniklerinin hizmetlerinin etkinleştirilmesi de tütün ile mücadelede etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Elektronik Sigara, Sigara Dışı Tütün Ürünü Kullanımı, Sigara Bırakma

İNGİLİZCE ÖZET

Evaluation of Some Characteristics Related to Smoking and Other Tobacco Products Cessation Among Applicants in Smoking Cessation Polyclinics in Izmir

Introduction and Aim: Tobacco and tobacco-like products are leading causes of preventable diseases and deaths. Significant number of the smokers attempt to quit smoking, they start to use tobacco-like products to reduce harm to smoking tobacco and smoking cessation. This study includes patients who apply two smoking cessation clinics within three months period in 2018. The aim of this study was evaluation of some characteristics related to smoking and other tobacco products cessation among applicants in smoking cessation polyclinics in Izmir.

Method: The type of the study is case – control. The study population consists of who applied to Karşıyaka and Konak Smoking Cessation Clinics in Izmir between January and March 2018. Percentage of tobacco-like products used among smokers %15, the confidence interval was 95% and the error margin was 5%; the sample size was calculated as 194. First applicant and control patients who have mental level to able to answer questions and accepted to join study were included the study. Total study population was 210. In this study, "Smoking Assessment Questionnaire" and "Tobacco-like Product Evaluation Questionnaire" were used. Nicotine dependence was assessed by the Fagerström Nicotine Dependence Test. Alcohol dependence was assessed by the CAGE Alcohol Dependence Test. Statistical analyzes were performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0. Chi square test and student t test were used for statistical analysis. A value of $p < 0.05$ was accepted for statistical significance.

Results: The average age of starting smoke was 18.62 ± 5.47 year. The frequency of those who attempted to quit smoking before applying to the smoking cessation clinic was 55.7%. The frequency of using tobacco-like products is 21.9% and the most frequently used product is electronic cigarette (16.7%). 43.5% of the 46 people using tobacco-like products started to quit smoking and 21.7% thought it was less harmful than smoking. For electronic cigarettes; 51.4% think they are less harmful than cigarettes, and 43.8% think they are higher harmful than cigarettes for water pipe. Nicotine dependence was evaluated by the Fagerstrom test and 99 (47.1%) subjects were found to have severe degree of nicotine dependence. As age increased, nicotine addiction level increased ($p < 0.05$). The level of nicotine dependence was lower in collage and upper education level than secondary and lower education level ($p < 0.05$). Nicotine addiction was found to be higher in coffee habitants ($p < 0.05$).

Conclusion: The frequency of using tobacco-like products is 21.9%, and participants' knowledge levels on tobacco-like products are insufficient. Preventing the initiation of tobacco-like products is a priority protection measure, while enabling the services of the quit smoking outpatient clinics will be effective in fighting tobacco.

Keywords: Electronic Cigarettes, Tobacco-like Product Use, Smoking Cessation

8. KAYNAKLAR

1. World Organization. World Heart Federation. World Stroke Organization. Global Atlas on Cardiovascular disease prevention and control [Internet]. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. 2011. 155 s, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ (Erişim Tarihi 21 Haziran 2018)
2. Organization WH, Control R for IT. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. World Health Organization; 2008, <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/> (Erişim Tarihi 21 Haziran 2018)
3. Türkiye Sağlık Araştırması , 2016 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854> (Erişim Tarihi 18.05.2018)
4. Benowitz N. Nicotine Addiction. *N Engl J Med.* 2010;362(24):2295–303.
5. Özden Üneri, Ümit Tural NM. Şizofreni ve Sigara İçimi : Biyolojik Bağlantı Nerede ? *Türk Psikiyatı Derg.* 2006;17(1):55–64.
6. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C Ü Tıp Fakültesi Derg.* 2003;25(4):157–64.
7. Ashmead GG. Smoking and pregnancy. *J Matern Neonatal Med* 2003;14(5):297–304.
8. Håkonsen L, Ernst A, Ramlau-Hansen C. Maternal cigarette smoking during pregnancy and reproductive health in children: a review of epidemiological studies. *Asian J Androl* 2014;16(1):39.
9. Augood C, Duckitt K, Templeton a a. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 1998;13(6):1532–9.
10. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Policies of tobacco control in Turkey [Internet]. WHO Regional Office for Europe. 2010. 1-98 s. Available at: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TurkiyedeTutunKontroluPolitikalari.pdf (Erişim Tarihi 26 Mayıs 2018)
11. Erturhan S. Cumhuriyet Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniği'nin "Sağlık

- Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı - 2011” Uygulamasının Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi], Cumhuriyet Üniversitesi; 2013.
12. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, vd. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. *N Engl J Med*. 2015;372(7):631–40.
 13. World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. C. 1, WHO Press. 2005 [Erişim Tarihi 30 Mayıs 2018].
 14. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde ? Level of Tobacco Control in Turkey. *Turkish Thorac J* 2009;(10):31–4.
 15. Navas-Acien A. Global Tobacco Use: Old and New Products. *Ann Am Thorac Soc* 2018;15(Supplement 2):S69–75.
 16. Tuncer M. TÜRKİYE Kanser Kontrol Planı 2013 - 2018. C. 1, T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savas Dairesi Başkanlığı. 2015. [Internet] http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf (Erişim tarihi: 21.06.2018).
 17. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146.
 18. Velioglu U, Sönmez CI. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi Relationship of Nicotine Dependence with Sociodemographic Characteristics and Depression in The Patients Admitted to Smoking Cessa. *Dicle Tıp Derg*. 2018;45(1):35–41.
 19. Huang J, Kim Y, Vera L, Emery SL. Electronic Cigaretts Among Priority Populations: Role of Smoking Cessation and Tobacco Control Policies. *Am J Prev Med*. 2016;50(2):199–209.
 20. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2016;4(2):116–28.
 21. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye’de Tütün (*Nicotiana tabacum* L.) Yetiştiriciliğinin

- Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. *Doğu Coğraf Derg.* 2013;18(30):71–102.
22. Hajdu SI, Vadmal MS. A note from history: The use of tobacco. *Ann Clin Lab Sci.* 2010;40(2):178–81.
 23. Öztürk S. Osmanlı İmparatorluğu'nda Kamusal Alanın Dinamikleri. İletişim, Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayını. 2005;21:95–124.
 24. Algan E. Eskişehirde Lületaşı. *Sanat ve Tasarım Derg.* 2015;5(8):1–31.
 25. TAŞDEMİR ZA. Tütün Ürünleri. Güncel Göğüs Hast Serisi [Internet]. 2016;4(1):27–31.
 26. Carlos Iribarren, Irene Tekawa SS and GF. Effect of Cigar Smoking on the Risk of Cardiovascular Disease , Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cancer in Men. *N Engl J Med.* 1999;340(23):1773–80.
 27. Sajid KM, Akhter M. Carbon Monoxide Fractions in Cigarette and Hookah (Hubble Bubble) Smoke. *J Pakistan Med Assoc.* 1993;43.
 28. Kilinc M, Okur E, Kurutas EB, Guler FI, Yildirim I. The effects of Maras powder (smokeless tobacco) on oxidative stress in users y. *Cell Biochem Funct.* 2004;22(4):233–6.
 29. Znaori A, Brennan P, Gajalakshmi V, Mathew A, Shanta V, Varghese C, vd. Independent and combined effects of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking on the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancers in Indian men. *Int J Cancer.* 2003;105(5):681–6.
 30. Benowitz NL. Pharmacology of Nicotine: Addiction and Therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1996;36(1):597–613.
 31. Drobes DJ. Cue reactivity in alcohol and tobacco dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002;26(12):1928–9.
 32. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Derg* 2004;52(1):63–8.
 33. Nguyen M-AH, Reitzel LR, Kendzor DE, Businelle MS. Perceived cessation treatment effectiveness, medication preferences, and barriers to quitting among light and moderate/heavy homeless smokers. *Drug Alcohol Depend.*

- 2015;153:341–5.
34. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. *Toraks Derg.* 2006;7(1):51–64.
 35. Gilbert HA. Smokeless non-tobacco cigarette. Google Patents; 1965.
 36. HON, Lik. Electronic cigarette. U.S. Patent No 8,375,957, 2013.
 37. Borekci S, Bilir N, Karlıkaya C, TUSAD. A new area to fight: electronic cigarette. *Eurasian J Pulmonol.* 2015;17(2):80–4.
 38. Joossens L, Lugo A, Vecchia C, Gilmore A, Clancy L, Gallus S. Illicit Cigarettes And Hand-Rolled Tobacco In 18 European Countries: A Cross-Sectional Survey. *Tob Control.* 2011;52(2):162–5.
 39. Phillips E, Wang TW, Husten CG. Great American Smokeout — Tobacco Product Use Among Adults — United States , 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66(44):1209–15.
 40. Bilir N. Successes and Challenges in Tobacco Control—Turkish Experience of 20 Years. *Eurasian J Pulmonol.* 2017;19(3):119–23.
 41. Altan ONAT, Mustafa ŞENOCAK EÖ, Yavuz GÖZÜKARA, Günsel ŞURDUM-AVCI YK et al. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 5. Hipertansiyon ve Sigara içimi (Türk Kardiyoloji Derneği ve T .C. Sağlık Bakanlığı Ortak Taraması). *Türk Kardiyol Derneği Arşivi.* 1991;19(3):169–77.
 42. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyat Derg.* 2001;12(1):47–52.
 43. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 [Internet]. Available at: http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf (Erişim tarihi: 21.06.2018)
 44. Farsalinos KE, Poulas K, Voudris V, Houezec J Le. Electronic cigarette use in the European Union : analysis of a representative sample of 27460 Europeans from 28 countries. *Addiction.* 2016;111(11):2032–40.
 45. Reid JL, Rynard VL, Czoli CD, Hammond D. Who is using e-cigarettes in

- Canada ? Nationally representative data on the prevalence of e-cigarette use among Canadians. *Prev Med (Baltim)* 2015;81:180–3
46. Lee S, Grana RA, Glantz SA. Electronic cigarette use among Korean adolescents: A cross-sectional study of market penetration, dual use, and relationship to quit attempts and former smoking. *J Adolesc Heal* 2014;54(6):684–90.
 47. Huang J, Kim Y, Vera L, Emery SL. Electronic cigarettes among priority populations: role of smoking cessation and tobacco control policies. *Am J Prev Med.* 2016;50(2):199–209.
 48. Proctor RN. The history of the discovery of the cigarette-lung cancer link: evidentiary traditions , corporate denial , global toll. *Tob Control* 2012;21(2):87–91
 49. WYNDER EL, GRAHAM EA, Ochsner, A., and DeBakey M, Kenneway, N. M., and Kenneway EL, Kenneway, E. L., and Kenneway NM, Adler I, vd. Tobacco Smoking As a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma. *J Am Med Assoc.* 1950;143(4):329.
 50. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. *Br Med J.* 1950;2(4682):739.
 51. Auerbach O, Gere JB, Forman JB, Petrick TG, Smolin HJ, Muehsam GE, vd. Changes in the Bronchial Epithelium in Relation to Smoking and Cancer of the Lung. *N Engl J Med.* 17 Ocak 1957;256(3):97–104.
 52. Parascandola M, Weed DL, Dasgupta A. Two Surgeon General ’ s reports on smoking and cancer : a historical investigation of the practice of causal inference. *Emerg Themes Epidemiol.* 2006;3(1):1–11.
 53. Tatlıcioğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2007;55(3):303–18.
 54. S.Hecht S. Tobacco Smoke Carcinogens and Lung Cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1999;91(14):1194–210.
 55. Jemal A, Thun MJ, Ries LAG, Howe HL, Weir HK, Center MM, vd. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung

- cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(23):1672–94.
56. Türkiye kanser istatistikleri [Internet]. 2017. Available at: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf (Erişim tarihi: 21.06.2018)
 57. Smart J, Daly AK, Papers JBC, Nebert DW, Dalton TP, Okey AB, vd. Genetic susceptibility to tobacco-related cancer. *Oncogene* 2005;23(2):7435–51.
 58. Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, Znaor A, Jemal A, Bray F. Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. *Eur Urol* 2017;71(1):96–108.
 59. Cumberbatch MG, Rota M, Catto JWF, La Vecchia C. The Role of Tobacco Smoke in Bladder and Kidney Carcinogenesis: A Comparison of Exposures and Meta-analysis of Incidence and Mortality Risks. *Eur Urol* 2016;70(3):458–66.
 60. Islami F, Moreira DM, Boffetta P, Freedland SJ. A systematic review and meta-analysis of tobacco use and prostate cancer mortality and incidence in prospective cohort studies. *Eur Urol* 2014;66(6):1054–64.
 61. Iodice S, Gandini S, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Tobacco and the risk of pancreatic cancer: A review and meta-analysis. *Langenbeck's Arch Surg.* 2008;393(4):535–45.
 62. Vaughan TL, Davis S, Kristal A, Thomas DB. Obesity, Alcohol, and Tobacco as Risk-Factors for Cancers of the Esophagus and Gastric Cardia - Adenocarcinoma Versus Squamous-Cell Carcinoma. *Cancer Epidem Biomar Cancer Epidem Biomar.* 1995;4(2):85–92.
 63. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(2):87–108.
 64. Haenszel W, Berg JW, Segi M, Kurihara M, Locke FB. Large-bowel cancer in Hawaiian Japanese. *J Natl Cancer Inst.* 1973;51(6):1765–79.
 65. Haire-Joshu D, Glasgow RE, Tibbs TL. Smoking and diabetes. *Diabetes Care.* 1999;22(11):1887–98.

66. FA L, GR J, SE W, Al E. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. *Ann Intern Med.* 15 Mart 1997;126(6):441–9.
67. Siroux V, Pin I, Oryszczyn MP, Le Moual N, Kauffmann F. Relationships of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. *Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma. Eur Respir J.* 2000;15(3):470–7.
68. JM S, WC W, FE S, SE H. A prospective study of cigarette smoking and age-related macular degeneration in women. *JAMA.* 09 Ekim 1996;276(14):1141–6.
69. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, vd. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol* 2016;15(9):913–24.
70. Willson T, Nelson SD, Newbold J, Nelson RE, LaFleur J. The clinical epidemiology of male osteoporosis: A review of the recent literature. *Clin Epidemiol.* 2015;7:65–76.
71. Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A. Cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis: a dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014;16(2):R61.
72. Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, Schaumberg DA, Buring JE, Hennekens CH, vd. Smoking cessation and risk of age-related cataract in men. *JAMA J Am Med Assoc* 2000;284(6 PG-713-716 4p):713–716 4p.
73. Alcaide J, Altet MN, Plans P, Parron I, Folguera L, Salto E, vd. Cigarette smoking as a risk factor for tuberculosis in young adults: A case-control study. *Tuber Lung Dis.* 1996;77(2):112–6.
74. Farr BM, Bartlett CLR, Wadsworth J, Miller DL. Risk factors for community-acquire pneumonia diagnosed upon hospital admission. *Respir Med.* 2000;94(10):954–63.
75. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(6):399–406.

76. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull.* 2003;129(2):270.
77. Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP, Helgason AR. Parental divorce and adolescent cigarette smoking and alcohol use: Assessing the importance of family conflict. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2009;98(3):537–42.
78. Ott A, Slooter A, Hofman A, van Harskamp F, Witteman J, Van Broeckhoven C, vd. Smoking and risk of dementia and Alzheimer’s disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *Lancet* 1998;351(9119):1840–3.
79. Agarwal A, Makker K, Sharma R. Clinical relevance of oxidative stress in male factor infertility: An update. *Am J Reprod Immunol.* 2008;59(1):2–11.
80. Aitken R, Smith T, Jobling M, Baker M, De Iuliis G. Oxidative stress and male reproductive health. *Asian J Androl* 2014;16(1):31.
81. Lintsen AME, Pasker-de Jong PCM, de Boer EJ, Burger CW, Jansen CAM, Braat DDM, vd. Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF. *Hum Reprod.* 2005;20(7):1867–75.
82. Keskinoglu. P, Aksakoğlu G. Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri. *Türk Pediatr Arşivi* 2007;42(4):136–41.
83. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: Human health effects. *Tob Control.* 2014;23(SUPPL. 2):36–40.
84. 4207 Sayılı TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ HAKKINDA KANUN [Internet]. 7/11/1996. Available at: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207> (Erişim tarihi: 21.06.2018)
85. Schripp T, Markewitz D, Uhde E, Salthammer T. Does e-cigarette consumption cause passive vaping? *Indoor Air.* 2013;23(1):25–31.
86. Flouris AD, Chorti MS, Poulianiti KP, Jamurtas AZ, Kostikas K, Tzatzarakis MN, vd. Acute impact of active and passive electronic cigarette smoking on serum cotinine and lung function. *Inhal Toxicol.* 2013;25(2):91–101.
87. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom

- test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115–21.
88. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama*. 1984;252(14):1905–7.
89. Arıkan Z, Özdemir YD, Candansayar S. SMAST ve CAGE tarama testlerinin alkolizmin tanısal önemi üzerine bir çalışma. 27. Ulus Psikiyatr Kongresi, Antalya. 1991
90. Wu PC, Hsueh KC, Mar GY, Hsueh SC, Tu MS, McRobbie H, vd. Gender Differences in Outcome of an Attempt to Stop Smoking Among Smokers Attending a Smoking Cessation Clinic in Taiwan: 3-Year Follow-Up Study. *Eval Heal Prof*. 2016;39(3):317–25.
91. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, vd. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Derg* 2013;14(14):81–7.
92. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z, Kocatepe A, vd. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Derg* 2005;6(3):27–34
93. Walker NJ, Van Woerden HC, Kiparoglou V, Yang Y, Robinson H, Croghan E. Gender difference and effect of pharmacotherapy: findings from a smoking cessation service. *BMC Public Health* 2016;16(1):1–8
94. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav*. 1999;24(5):673–7.
95. Husten CG. Smoking cessation in young adults. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1354–6.
96. GÜZEL MG. Bir sigara bırakma merkezine başvuran kişi lerde algılanan sosyal desteğin sigara bırakma üzerine etkisi [Uzmanlık Tezi] DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ; 2017.
97. Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavilerinin Sonuçlarına Etkileri. *Toraks Derg*. 2007;8(2):110–4.
98. Smith PH, Kasza KA, Hyland A, Fong GT, Borland R, Brady K, vd. Gender

- differences in medication use and cigarette smoking cessation: Results from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res.* 2014;17(4):463–72.
99. Filippidis FT, Agaku IT, Vardavas CI. The association between peer, parental influence and tobacco product features and earlier age of onset of regular smoking among adults in 27 European countries. *Eur J Public Health.* 2015;25(5):814–8.
 100. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, vd. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: Findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Med.* 2015;13(1):1–10.
 101. Thrasher JF, Swayampakala K, Cummings KM, Hammond D, Anshari D, Krugman DM, vd. Cigarette package inserts can promote efficacy beliefs and sustained smoking cessation attempts: A longitudinal assessment of an innovative policy in Canada. *Prev Med (Baltim)* 2016;88:59–65
 102. Bauermeister JA, Youatt EJ, Pingel ES, Soler JH, Johns MM. Psychosocial Obstacles to Smoking Cessation Attempts Among Young Adult Sexual Minority Women Who Smoke. *Behav Med* 2018;44(2):123–30
 103. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turk J Med Sci.* 2012;42(3):515–22.
 104. Liu Y, Pleasants RA, Croft JB, Wheaton AG, Heidari K, Malarcher AM, vd. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history. *Int J COPD.* 2015;10:1409–16.
 105. Cibella F, Campagna D, Caponnetto P, Amaradio MD, Caruso M, Russo C, vd. Lung function and respiratory symptoms in a randomized smoking cessation trial of electronic cigarettes. *Clin Sci* 2016;130(21):1929–37
 106. Rosi E, Scano G. Cigarette smoking and dyspnea perception. *Tob Induc Dis* 2004;2(1):35–42.
 107. Rad M, Kakoie S, Brojeni FN, Pourdarnghan N. Effect of long-term smoking on whole-mouth salivary flow rate and oral health. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2011;4(4):110–4.

108. Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M, vd. Nargile İçenlerin Nargile İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Türk Toraks Derg* (Turkish Thorac Journal). 2005;6(2):137–43.
109. Hassoy H, Ergin I, Davas A, Durusoy R, Karababa AO. Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Sigara , Nargile , Sarma Tütün Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Öğrencilerin Sigara , Nargile , Sarma Tütüne Başlama ve Sürdürme Konusundaki Görüşleri Determining the Factors Effecting the Cigaret. *Solunum Derg*. 2011;13(2):91–9.
110. Özcebe H, Doğan BG, İnal E, Haznedaroğlu D, Bertan M. Üniversite Öğrencilerinin Nargile İçme Davranışları ve İlişkili Sosyodemografik Özellikleri. *TAF Prev Med Bull*. 2014;13(1).
111. Tunç Z. Edirne’de öğretmenlerin sigara içme ile bırakma davranışları ve etkileyen faktörler [Uzmanlık Tezi] TRAKYA ÜNİVERSİTESİ; 2008.
112. Vickerman KA, Carpenter KM, Altman T, Nash CM, Zbikowski SM. Use of electronic cigarettes among state tobacco cessation quitline callers. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(10):1787–91.
113. Pepper JK, Ribisl KM, Emery SL, Brewer NT. Reasons for starting and stopping electronic cigarette use. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10345–61.
114. Braun RE, Glassman T, Wohlwend J, Whewell A, Reindl DM. Hookah use among college students from a Midwest University. *J Community Health*. 2012;37(2):294–8.
115. Uludağ YT, Güleç G. Bir Psikiyatri Kliniğine Başvuran Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Alkol-Madde Kullanımının Değerlendirilmesi. 2015;
116. D. Falk, Y. Hsiao-Ye SH-S. An Epidemiologic Analysis of Co-Occurring Alcohol and Tobacco Use and Disorders. *Alcohol Res Heal*. 2006;29(3):162–71.
117. Tahsin Çelepkolu, Abdullah Atli, Yılmaz Palancı, Ahmet Yılmaz, Süleyman Demir, Aslıhan Okan İbiloğlu SE. Sigara kullanıcılarında nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır örnekleme. *Dicle Med J*. 2014;41(4):712–6.

118. Pirie PL, Murray DM, Luepker R V. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults. *Am J Public Health*. 1991;81(3):324–7.
119. Azagba S, Asbridge M. Nicotine dependence matters: Examining longitudinal association between smoking and physical activity among Canadian adults. *Prev Med (Baltim)* 2013;57(5):652–7
120. Prokhorov A V., Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addict Behav*. 1996;21(1):117–27.
121. Okutan O, Taş D, Kaya H. Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tuberk Toraks* 2007;55(4):356–63
122. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Fırat Güven S, Şipit T, vd. Sigara Bırakmada Nikotin Bağımlılık Düzeyleri. *Solunum Hast* 2005;16:112–8.
123. Pennanen M, Broms U, Korhonen T, Haukkala A, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, vd. Smoking, nicotine dependence and nicotine intake by socio-economic status and marital status. *Addict Behav* 2014;39(7):1145–51.
124. Brathwaite R, Smeeth L, Addo J, Kunst AE, Peters RJG, Snijder MB, vd. Ethnic differences in current smoking and former smoking in the Netherlands and the contribution of socioeconomic factors: A cross-sectional analysis of the HELIUS study. *BMJ Open*. 2017;7(7):1–12.
125. Courtney-Long EA, Romano SD, Carroll DD, Fox MH. Socioeconomic factors at the intersection of race and ethnicity influencing health risks for people with disabilities. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2017;4(2):213–22.
126. Meijer E, Gebhardt WA, Van Laar C, Kawous R, Beijl SCAM. Socio-economic status in relation to smoking: The role of (expected and desired) social support and quitter identity. *Soc Sci Med*. 2016;162:41–9.
127. Marshall WR, Epstein LH, Green SB. Coffee drinking and cigarette smoking: I. coffee, caffeine and cigarette smoking behavior. *Addict Behav*. 1980;5(4):389–94.
128. Batel P, Pessione F, Maître C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction*. 1995;90(7):977–80.

9. EKLER

9.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Retrospektif Çalışmalarda Doldurulmayacak*)

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZI!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı:

İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği:

Bu çalışma; İzmir’de üç sigara bırakma polikliniğine, 2018 yılında altı aylık periyod içerisinde başvuran gönüllülerde sigarayı ve diğer tütün ürünlerini bırakma ile ilişkili bazı özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı İzmir’de sigarayı bırakma polikliniklerine başvuranlarda sigarayı ve diğer tütün ürünlerini bırakma ile ilişkili bazı özelliklerin değerlendirilmesidir.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 Ay.

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: En az 500 hasta.

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Bu çalışmada size sosyodemografik özellikleri (medeni durum, yaş cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer vb.), kronik hastalık, engellilik durumu, sportif faaliyetlere katılım durumu, çay ve kahve kulanıma yönelik sorular içeren bir

anket form ile “Sigara Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi” ve “Sigara Dışı Tütün Ürünleri Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi” uygulanacaktır.

Sizden “Fagerstörn Nikotin Bağımlılık Testi” ile “CAGE Alkol Bağımlılık Testi”ni kendi kendinize uygulamanız istenecektir.

Anket form ile ölçeklerin üzerine kimliğinizi belirten ad veya okul numaranız yazılmayacaktır. Vücudunuza ne bir ilaç ne de başka bir kimyasal madde verilmeyecektir. Vücudunuzdan kan veya başka bir madde, araştırma numunesi olarak alınmayacaktır.

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Araştırmaya katılmanız halinde sigara kullananlarda sigara bırakmaya neen olabilecek bazı özellikler hakkında yeni bilimsel bilgilere ulaşılacaktır. Sigara sısı tütün ürünleri kullanımının sigaranın kullanımı ve bırakılmasıyla ilişkisi değerlendirilecektir.

3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Bu çalışmaya katılmanız halinde sağlığınızla ilgili hiçbir risk ve rahatsızlığın oluşması beklenmemektedir.

4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Araştırmanın sonuçları; sigara bırakma polikliniklerine başvuran gönüllülerde sigarayı bırakmayla ilişkili yeni koruyucu önlemler alınmasının yolu açılacaktır.

5. GEBELİK Aşağıdaki yazının bold karakter ile yazılmaması gerekiyor

Bu çalışmada gebelik ile ilgili bir risk yoktur.

6. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Bu çalışma; sağlıklı kişiler üzerinde yürütülen ve bir hastalığın tedavisine yönelik amaç içermeyen, koruyucu tıba yönelik bir araştırmadır.

7. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma grubunun dışında tutulacaktır. Bununla birlikte anket formlarına cevap veremeyecek mental sorunları olanlar çalışma grubuna dahil edilmeyecektir.

8. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŐILANMASI

Çalışma kapsamında yapılacak iŐlemler için size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluŐa ödetilmeyecektir.

9. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Doç.Dr. Mustafa TÖZÜN 1.Telefon:05325956271.

11. ZARARLARIN KARŐILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirileceği, uygulanan iŐleme bağlı olarak geliŐebilecek her tür tıbbi zarara karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN tarafından karŐılanacaĐı bana bildirildi.

12. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu

çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13. GİZLİLİK:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, ilgili yöneticilere ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin ya da ilacın kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14. ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

9.2. Anket Form ve Ölçekler:

İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi Anketi

Bu anket formdaki sorular sigara bırakma polikliniğine başvuranlarda sigarayı ve diğer tütün ürünlerini bırakma ile ilişkili bazı özelliklerin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Anketlerde isminiz ve kişisel bilgileriniz yer almayacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1.	Yaş:	<input type="checkbox"/>			
2.	Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Erkek		<input type="checkbox"/> Kız	
3.	Medeni Durum:	<input type="checkbox"/> Bekâr	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Dul
4.	Yaşanılan yer:	<input type="checkbox"/> Kırsal		<input type="checkbox"/> Kentsel	
5.	Öğrenim düzeyi	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> Okuryazar	<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Üniversite
		<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Yüksekokul	
6.	Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Herhangi bir iş’te çalışıyor		<input type="checkbox"/> İşsiz	
		<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Ev hanımı		
7.	Sosyal güvence	<input type="checkbox"/> Var		<input type="checkbox"/> Yok	
8.	Sizce aylık gelir durumunuz	<input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Kötü
				<input type="checkbox"/> Çok Kötü	
9.	Herhangi bir kronik hastalığınız (Hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği vd.) var mı?	<input type="checkbox"/> Var (Varsa belirtiniz:)		<input type="checkbox"/> Yok	
10.	Herhangi bir engelliliğiniz (Görme, işitme, ortopedik vd.) var mı?	<input type="checkbox"/> Var (Varsa belirtiniz:)		<input type="checkbox"/> Yok	
11.	Sportif faaliyetlere katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet, düzenli		<input type="checkbox"/> Evet, ama düzensiz	<input type="checkbox"/> Hayır

12.	Çay içer misiniz? (a)Hayır <input type="checkbox"/> Kupa (b)Evet/Bazen <input type="checkbox"/> Çay Bardağı <input type="checkbox"/> Su Bardağı Şeker → (a)Evet (b)Hayır
13.	Kahve içer misiniz? (a)Hayır <input type="checkbox"/> Kupa (b)Evet/Bazen <input type="checkbox"/> Çay Bardağı <input type="checkbox"/> Su Bardağı Şeker → (a)Evet (b)Hayır

Sigara Kullanma Alışkanlığı Değerlendirme Anketi

Aşağıdaki sorular sigara alışkanlığını değerlendirmek içindir. Fagerstörn testi sigara bağımlılığını ölçmek için uygulanır. Ülkemiz için önemli bir sağlık ile ilişkili sorun olan sigara kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmalara cevaplarınız ışık tutacaktır.

Sigaraya başlama yaşıınız nedir?	
Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?
Ne sıklıkta ve ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?	Gündeadet
	Haftada adet
Sigarayı daha önce bıraktıysanız ne kadar zaman önce bırakmıştınız? yılay önce
(Sigarayı bırakmayı deneyenler cevaplayacaktır.) Sigarayı bırakmak için daha önce hangi yöntemleri denediniz? (Birden çok işaretlenebilir.)	<input type="checkbox"/> İlaç Tedavisi <input type="checkbox"/> Sigara Bırakma Polikliniği <input type="checkbox"/> Kendi Kendine
Sigara kullanırken ya da kullanmaya başladıktan sonra rahatsızlık hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>

Sizece sizi Sigara Bırakma Polikliniğine getiren en önemli nedenler nelerdir? (Açık uçlu soru)
--	--

FAGERSTÖRM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

1. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	a) 10 veya daha az	
	b) 11 - 20	
	c) 21 - 30	
	d) 31 ve üzeri	
2. İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?	0-5 dakika	
	6-30 dakika	
	31-60 dakika	
	60 dakikadan sonra	
3. Sigara içmenin yasak olduğu (örneğin hastane, sinema gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	Evet	
	Hayır	
4. Sabah saatlerinde, günün diğer saatlerine göre çok sigara içer misiniz?	Evet	
	Hayır	
5. Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir?	Sabah ilk sigara	
	Diğer herhangi biri	
6. Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?	Evet	
	Hayır	

Alkol Alışkanlığı Değerlendirme Anketi

Aşağıdaki sorular alkol alışkanlığını değerlendirmek içindir. 1. Soruya **Hayır** cevabı vererseniz testi **bitirmiş** olursunuz. **Bıraktım** Cevabı vererseniz kaç yıl önce bıraktınız sorusuna cevap veriniz. Cevabınız **Evet** ise diğer soruları cevaplayınız. CAGE testi alkol bağımlılığını değerlendirmek için uygulanır. Ülkemiz için önemli bir sağlık ile ilişkili sorun olan alkol kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmalara cevaplarınız ışık tutacaktır.


Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	Bıraktım
Cevabınız evet ise kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?		
Alkol kullanıyorsanız ne sıklıkta ve miktarda alkol kullanıyorsunuz? (Genelde, Size en çok uyanı işaretleyiniz)	Her gün birkaç kadeh veya daha fazla		
	Her gün, 1 kadeh		
	Haftada bir –iki defa, bir kadeh		
	Haftada bir –iki defa, birkaç kadeh veya daha fazla		
	Ayda bir –iki defa, bir kadeh		
	Ayda bir, birkaç kadeh veya daha fazla		
	Ayda birden az, çok az miktarda		
Alkolü bıraktıysanız ne kadar zaman önce bıraktınız? yılay önce		
Kendinizi nasıl bir alkol içicisi olarak görüyorsunuz?	Ortama uyarım, sosyal içiciyimdir.		
	Genelde eğlenmek ve zevk almak için içerim.		
	Genelde üzüntü ve sıkıntımı unutmak için içerim.		

CAGE ALKOL BAĞIMLILIK TESTİ		
1. İçkiyi kesme gereksinimi duyarım	Evet	Hayır
2. İçme konusunda başkalarının eleştirilerinden sıkılırım	Evet	Hayır
3. İçme ile ilgili suçluluk duygusu duyarım	Evet	Hayır
4. Sabah ilk iş olarak alkol alma gereksinimi duyarım	Evet	Hayır
SİGARA DIŞI TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANMA ALIŞKANLIĞI DEĞERLENDİRME ANKETİ		
<p>Aşağıdaki sorular sigara dışı tütün ürünleri alışkanlığını değerlendirmek içindir. 1. Soruya Hayır cevabı vererseniz testi bitirmiş olursunuz. Cevabınız Evet ise diğer soruları cevaplayınız. Ülkemiz için önemli bir sağlık ile ilişkili sorun olan tütün ve tütün benzeri ürünlerin kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmalara cevaplarınız ışık tutacaktır.</p>		
Sigara dışı başka bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Yukarıdaki soruya evet cevabı verenler ankete devam edeceklerdir.		
Hangi tütün ürününü kullanmaktasınız?	<input type="checkbox"/> Elektronik sigara <input type="checkbox"/> Nargile <input type="checkbox"/> Püro <input type="checkbox"/> Pipo <input type="checkbox"/> Sarma Tütün <input type="checkbox"/> Maraş Otu <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Tütün benzeri ürünlerine başlama nedenleriniz sizce nelerdir? (En önemli nedeni belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Merak <input type="checkbox"/> Sigarayı bırakmak için <input type="checkbox"/> Sigaradan daha az zararlı olduğunu düşündüğüm için onun yerine <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Tütün benzeri ürünlere sigaranın yerine ikame olarak mı başladınız?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Cevabınız evet ise, bu görüşünüzü hâlâ	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

sürdürüyor musunuz?	
<p>Diğer tütün ürünlerinin sizce sigaraya göre sağlığa zararı nasıldır?</p>	<p>Elektronik sigara</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p> <p>Nargile</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p> <p>Püro</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p> <p>Pipo</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p> <p>Sarma Tütün</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p> <p>Maraş Otu</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p> <p>Diğer...</p> <p><input type="checkbox"/> Daha az zararlıdır</p> <p><input type="checkbox"/> Benzerdir</p> <p><input type="checkbox"/> Daha çok zararlıdır</p>
<p>Sigara içme yasağı olan yerlerde sizce Elektronik sigara içilebilir mi?</p>	<p><input type="checkbox"/>Evet, içilebilir</p> <p><input type="checkbox"/>Hayır, içilemez</p>

9.3. Etik Kurul İzni:





**İZMİR
KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ**

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700074698
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu
Kararı

24/10/2017

Sayın Doç. Dr. Mustafa Tözün


İzmir'de Sigarayı Barakma Polikliniklerine Başvurularında Sigarayı ve diğer Tütün Ürünlerini Barakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurumumuzun **04.10.2017 tarihli ve 221 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmza
Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

Bilgi: DoğrulamaKısmı: <http://bilgi.izmir.ku.edu.tr/FRMS/ResearchConfirmationPage.html> adresinden MHDSEED koda girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.



<small>Adres : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çiftlik Ana Yerleşkesi 35030 Çiftlikler - TÜRKİYE</small>	<small>Bilgi İçin/Notlar : Bilimsel Merak - Merak Telefon : (0 232) 5203535 (Sesli) Belge No : (0 232) 3804808 İnternet Adresi : www.izmir.ku.edu.tr</small>
--	---



24.10.2017 tarihli ve 1700074698 numaralı belge, 9370 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Orhan Gökalp tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/1

9.4. Kurum İzni:

 T.C. Sağlık Bakanlığı	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ ARAŞTIRMA, GELİŞTİRME VE SAĞLIK İNOVASYONU BİREGE R00120101711-77597247_000_001  0001990071
Sayı : 77597247-619 Konu : Araştırma İzin Talebiniz		İADELİ TAARİHÖTLÜ
Sayın Mustafa TÖZÜN Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D		
<p>Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı olarak hazırlanmış olduğunuz, " İzmir'de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve Diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi" adlı araştırma başvuru dosyası incelenerek çalışmanın gerçekleştirilmesinde Müdürlüğümüzce sakınca bulunmamaktadır. Gereğini rica ederim.</p>		
e-İmzalıdır. Uzm. Dr. Bediha SALNUR İl Sağlık Müdürü		
EKLER: 1 Adet Komisyon Raporu		
Faks No: e-Posta:zeynep.sofuoğlu@saglik.gov.tr İnt.Adresi:		Bilgi için:ZEYNEP SOFUOĞLU Unvan:DOKTOR Telefon No:
Evsikin elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden ad4aa4b1-7c0e-4b46-a2dc-489226627eaa kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/2	21.12.2017 59403238	04.01.2018	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı " Doç. Dr. MUSTAFA TÖZÜN " tarafından kurulumuza sunulan " İzmir'de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve Diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi" adlı araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyeleri oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye

Adı Soyadı

Uzm.Dr.Leyla Sündüs
ARSLAN

Komisyon Başkanı

Adı Soyadı

Dr. Zeynep SOFUOĞLU

Kurum Yöneticisi

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Bediye SALNUR



İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konak/ İZMİR
Tel: (0232) 441 81 11 Faks : (0232)483 36 39
E-posta adresi : argn@izm.gov.tr

Bilgi için Dr. Zeynep SOFUOĞLU
Dahili :325