****

**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HSH-2020-0003**

**SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**ÜMMÜHAN SÖZER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. SafiyeÖZVURMAZ**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-19013 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN–20****20**

****

**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HSH-2020-0003**

**SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**ÜMMÜHAN SÖZER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ**

**Dr. Seyfi DURMAZ (2. DANIŞMAN)**

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-19013 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2020**

**KABUL VE ONAY SAYFASI**

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Ümmühan SÖZER tarafından hazırlanan “Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Transteoretik Modele Göre Bulunduğu Değişim Aşaması ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/02/2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Üye T.D | Doç. Dr. Safiye Özvurmaz | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ……….. |
| Üye | Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu | Ege Üniversitesi | ……….. |
| Üye | Doç. Dr. Filiz Adana | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ………... |

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ……………..……..… tarih ve ………………………… sayılı oturumunda alınan …………………… nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

**TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitim ve öğrenimimde ilgi, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danışmanım Doç. Dr.Safiye ÖZVURMAZ’a ve ikinci danışmanlığımı yürüten Dr. Seyfi DURMAZ’a,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve becerileriyle beni yönlendiren, destekleyen, eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Filiz ADANA’ya, Dr. Öğr. Üyesi Belgin YILDIRIM’a, Dr. Öğr. Üyesi Nükhet KIRAĞ’a, ve Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN’a

Yaşamımda her zaman sevgi ve desteklerini hissettiğim canım annem Raziye SÖZER’e ve babam Mehmet SÖZER’e

Daima yanımda olan, aldığım her kararda beni destekleyen yol arkadaşım Mert ATAR’a sonsuz teşekkür ederim.

# 

İÇİNDEKİLER

[KABUL VE ONAY SAYFASI i](#_Toc23602956)

[TEŞEKKÜR ii](#_Toc23602956)

[İÇİNDEKİLER iii](#_Toc23602957)

[SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ](#_Toc23602957) v

[ŞEKİLLER DİZİNİ vi](#_Toc23602958)

[EKLER DİZİNİ vii](#_Toc23602959)

[TABLOLAR DİZİNİ viii](#_Toc23602959)

[ÖZET ix](#_Toc23602960)

[ABSTRACT xi](#_Toc23602961)

[1. GİRİŞ 1](#_Toc23602961)

[1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1](#_Toc23602961)

[1.2. Araştırmanın Amacı 2](#_Toc23602961)

[1.3. Araştırma Soruları 2](#_Toc23602961)

[2. GENEL BİLGİLER 3](#_Toc23602963)

[2.1. Sigara İçme Kavramı](#_Toc23602965) 3

[2.2. Sigara İçme Sıklığı](#_Toc23602967) 3

[2.2.1. Dünyada Sigara İçme Sıklığı](#_Toc23602968) 4

[2.2.2. Türkiye’de Sigara İçme Sıklığı](#_Toc23602969) 6

[2.3. Türkiye’de Sigara Trendi](#_Toc23602973) 9

[2.4. Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Durumu](#_Toc23602973) 9

[2.5. Sigara Bırakma Kavramı 1](#_Toc23602974)0

[2.6. Tütün ve Tütün Ürünlerini Bırakma 1](#_Toc23602975)1

[2.6.1.Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi 1](#_Toc23602976)1

[2.6.2. MPOWER ve Kuvvet Politikaları 1](#_Toc23602979)2

[2.6.3. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikalarının Uygulanması 1](#_Toc23602982)4

[2.7. Tütün Kullanımının Riskleri 1](#_Toc23602984)5

[2.8.Sigara Bırakma İle Gelen Kazançlar](#_Toc23602985) 17

[2.9.Tütün Bağımlılığı](#_Toc23602986) 18

2.10. Nikotin 18

[2.11. Yoksunluk](#_Toc23602987) 19

2.12. Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörler 20

[2.13. Sigara Bırakmada Hazıroluşluk 2](#_Toc23602988)1

[2.13.1.Transteoretik Model (TTM) 2](#_Toc23602989)2

[2.13.2. Sigara Bırakmada Hazıroluşluğu Etkileyen Faktörler 2](#_Toc23602990)4

[3.GEREÇ VE YÖNTEM 2](#_Toc23603019)5

[3.1.Araştırmanın Tipi 2](#_Toc23603020)5

[3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 2](#_Toc23603021)5

[3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi 2](#_Toc23603022)5

[3.4.Araştırmaya Katılma Kriterleri 2](#_Toc23603023)5

[3.5.Araştırma Soruları](#_Toc23603024) 26

[3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları](#_Toc23603025) 26

[3.6.1. Anket Formu](#_Toc23603026) 26

[3.6.2. Transteoretik Model’e Göre Değişim Aşamaları Algoritması](#_Toc23603027) 26

[3.6.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği](#_Toc23603027) 27

[3.6.4. Beck Depresyon Ölçeği](#_Toc23603028) 27

[3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması](#_Toc23603029) 28

[3.8. Araştırmanın Uygulama Planı](#_Toc23603030) 28

[3.9. Değişkenler](#_Toc23603031) 29

[3.9.1. Bağımlı Değişkenler](#_Toc23603031) 29

[3.9.2. Bağımsız Değişkenler](#_Toc23603031) 29

[3.10. Araştırmanın Analizi](#_Toc23603031) 29

[3.11. Araştırmanın Etik Yönü 3](#_Toc23603031)0

[3.12. Sınırlılıklar. 3](#_Toc23603031)0

[3.13. Araştırmanın Uygulama Takvimi 3](#_Toc23603031)0

[4. BULGULAR 3](#_Toc23603032)1

[5. TARTIŞMA](#_Toc23603033) 39

[6. SONUÇ VE ÖNERİLER 4](#_Toc23603035)3

[6.1. Sonuçlar](#_Toc23603036) 43

[6.2. Öneriler](#_Toc23603037) 45

[KAYNAKLAR](#_Toc23603038) 46

[EKLER 5](#_Toc23603039)3

[ÖZGEÇMİŞ](#_Toc23603044) 68

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ABD** | **:**Amerika Birleşik Devletleri |
| **ARK** | **:** Arkadaşları |
| **BDÖ** | **:**Beck Depresyon Ölçeği |
| **DSÖ** | **:**Dünya Sağlık Örgütü |
| **FNBÖ** | **:**Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği |
| **KGTA** | **:**Küresel Gençlik Tütün Araştırması |
| **KOAH** | **:**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı |
| **KYTA** | **:**Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaı |
| **MPOWER** | **:** Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise  İzle, Koru, Öner, Uyar, Yasakla, Vergilendir |
| **TAPDK** | **:**Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu |
| **TKÇS** | **:**Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi |
| **TTM** | **:**Transteoretik Model |
| **TÜİK** | **:** Türkiye İstatistik Kurumu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Şekil 1.** | Sigara İçenlerin Ülkelere Göre Oranı…………………………………….... | 4 |
| **Şekil 2.** | Türkiye’de Erişkinlerde Sigara Kullanım Prevalansının Zamanla Değişimi.. | 6 |
| **Şekil 3.** | Sigara İçenlerde Hastalık Riski…………………….……………………… | 16 |
| **Şekil 4.** | Değişim Aşamaları Modeli…………………….…….……………….……. | 23 |

**EKLER DİZİNİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ek 1.** | Transteoretik Model’e Göre Değişim Aşaması Algoritması……………… | 58 |
| **Ek 2.** | Anket Formu……………………………………………………………….. | 59 |
| **Ek 3.** | Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği…...………………………………... | 61 |
| **Ek 4.** | Beck Depresyon Ölçeği……………………………………………………. | 62 |
| **Ek 5.** | Etik Kurul İzin Yazısı……………………………………………………… | 66 |
| **Ek 6.** | Kurum İzin Yazısı…………………………………………………………. | 68 |
| **Ek 7.** | Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu……………………………………… | 70 |

**TABLOLAR DİZİNİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tablo 1.** | TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012, 2014, 2016…………….………. | 7 |
| **Tablo 2.** | Değişim Aşamaları Modeli’nin Yapısı…………………………………….. | 22 |
| **Tablo 3.** | Tez Çalışma Planı……………………………..…….................................. | 30 |
| **Tablo 4.** | Katılımcıların Transtoretik Modele Göre Bulunduğu Değişim Aşamasına İlişkin Özellikleri…………………………………………………………... | 31 |
| **Tablo 5.** | Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri…………..………………….. | 32 |
| **Tablo 6.** | Katılımcıların Sigara Kullanımına İlişkin Özellikleri……………..………. | 33 |
| **Tablo 7.** | Katılımcıların Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine İlişkin Özellikleri… | 34 |
| **Tablo 8.** | Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Özellikleri……………… | 35 |
| **Tablo 9.** | Katılımcıların Hazır Olma Durumu İle Sosyoydemografik Değişkenlerin İlişkisi……………………………………………………………………… | 35 |
| **Tablo 10.** | Katılımcıların Hazır Olma Durumu İle Sigara Kullanımına İlişkin Değişkenlerin İlişkisi……………………………………………………… | 36 |
| **Tablo 11.** | Katılımcıların Hazır Olma Durumu İle Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği İlişkisi……………………………………………………………… | 37 |
| **Tablo 12.** | Katılımcıların Hazır Olma Durumu İle Beck Depresyon Ölçeği İlişkisi….. | 37 |
| **Tablo 13.** | Katılımcıların Çoklu Değişken Analizine Göre Hazır Olma Durumu İle İlişkili Faktörler……………………………………………………………. | 38 |

**ÖZET**

**SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**SözerÜ. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans** **Tezi, Aydın, 2020.**

Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde 2019-2020 arasında çalışmaktaolan sigara içen ve son altı ay içinde bırakma çabasında olan 182 kişi oluşturmaktadır.Araştırmacı tarafından ilgili kurumda uygun görüşme ortamı sağlanarak katılımcılarla yüz yüze görüşülerek anketler uygulanmıştır.

Veri toplama aracı olarak “Transteoretik Model’e (TTM) göre Değişim Aşamaları Algoritması”, araştırmacı tarafından lit1eratür taranarak geliştirilen “Anket Formu”, “Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır.

Toplanan veriler SPSS21.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı bulgular için ortalama ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile ilişkisini sorguladığımız özelliklerin ortaya çıkarılmasında KiKare ve student t testleri uygulanmış ve ilişkili bulunan faktörler çoklu değişkenli lojistik regresyon testi ile tekrar değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Çalışmamızda araştırmaya katılanların %55,5’i (n=101) kadın, %44,50’i (n=81) erkek bireyden oluşmakta ve 145 (%79,67) kişi 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9 (±7,8)’dir.

Katılımcıların Transteoretik Model’e göre bulundukları değişim aşamaları sırasıyla; düşünmeyenler 70 (%38,46) kişi, düşünenler 24 (%13,19) kişi, hazır olanlar 68 (%37,36) kişi, harekete geçenler 20 (%10,99) kişiden oluşmaktadır.

Fagerström Nikotin Bağımlılık testine göre 92(%50,50) kişinin bağımlılığı çok düşük düzeyde, 37 (%20,30) kişinin bağımlılığı düşük düzeyde, 16 (%8,80) kişinin bağımlılığı orta düzeyde, 22 (%12,10) kişinin bağımlılığı yüksek düzeyde, 15 (%8,20) kişinin bağımlılığı çok yüksek düzeydedir. Beck Depresyon Skalasına göre 108 (%59,30) kişi minimal depresyonda, 38 (%20,90) kişi hafif depresyonda, 32 (%17,60) kişi orta depresyonda, 4 (%2,20) kişi şiddetli depresyonda bulunmuştur.

Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,5 (%95 GA 1,9-10,6) kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 (%95 GA 1,2-6,8 ); üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 (%95 GA 1,2-6,1) kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeninde tekli değişken analizlerinde destek almışlar yönünde (p=0,028) anlamlı ilişki tespit edilmişken, çoklu analizlerde müdahaleye hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir (p>0,05).

Kişilerin sigara bırakmaya hazırloşluğu ile sosyodemografik özellikleri, diğer sigaraya ilişkin özellikleri, fagerström nikotin bağımılık düzeyi ve beck depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Bu veriler doğrultusunda bireyin sigara bırakmaya hazıoluşluğu ile günlük içilen sigara miktarı, sigara bırakmayı deneme sayısı ve sigarayı en son ne zaman bırakmayı denediği arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.Tütün kontrolünde önemli rolüolan ve topluma rol model olabilecek sağlık personelleri için sigarayı bırakmaya yönelik destek programlarının geliştirilmesi bu bulgular sonucunda tekrar değerlendirilebilir.

**Anahtar kelimeler:**Sigara, sağlık çalışanı, transteoretik model

**ABSTRACT**

**THE CHANGE PHASE THAT SMOKING HEALTHCARE WORKERS EXPERIENCE AND RELATED FACTORS ACCORDING TO THE TRANSTEORETICAL MODEL**

**Sözer Ü. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Public Health Nursing Program, Master’s Thesis, Aydın, 2020.**

This study was conducted cross-sectionally at the Practice and Research Hospital in Aydın Adnan Menderes University to ascertain the stage of change and related factors of smoking healthcare workers according to the transtheoretical model.

The universe of the research consists of 182 people who have been trying to quit smoking in the last six months and working at the Practice and Research Hospital in Aydın Adnan Menderes University between 2019 and 2020. A questionnaire was administered by the researcher by providing a suitable interview environment in the aforementioned institution and by meeting face-to-face with the participants.

According to the "Transtheoretical Model" (TTM), the "Phases of Change", the "Questionnaire Form" produced by the researcher, "Fagerström Nicotine Dependency Scale" and "Beck Depression Scale" were employed as data collection tools. The collected data were assessed in the SPSS 21.0 statistical package program. Average and percentage values were used for descriptive findings in the assessment of the data. Chi-square and student t-tests were applied to reveal the features which we questioned the relationship with the dependent variable, and the related factors were re-assessed with the multivariate logistic regression test. The significance level was accepted as 0.05.

In the study, 55.5% (n=101) of the participants were female and 44.50% (n=81) were male and 145 (79.67%) were under the age of 40, and the average age of the participants was 30.9 (±7.8).

The change phases of the participants according to the Transtheoretical Model are respectively; those not considering quitting are 70 (38.46%), the ones considering are 24 (13.19%), those who are ready to quit are 68 (37.36%), and the ones who take action are 20 (10.99%).

According to the Fagerström Nicotine Addiction test; 92 (50.50%) individuals have very low dependency, 37 (20.30%) have low dependency, 16 (8.80%) have low level of addiction; for 22 (12.10%), addiction is at a high level, and 15 (8.20%) have a high level of addiction.

According to the Beck Depression Scale, 108 (59.30%) were in a minimal depression, 38 (20.90%) were in mild depression, 32 (17.60%) were in a moderate depression and 4 (2.20%) were in severe depression.

In multivariate analyses, individuals who consumed 1-10 cigarettes daily were found 4,5 times more likely to be ready for intervention than those who consumed 11 or more cigarettes daily (95% CI 1.9-10.6). Individuals who have tried to quit smoking in the past year were 2.8 times more ready for intervention than those who have tried to quit for more than a year (95% CI 1.2-6.8); on the other hand, individuals with three or more quitting experiences were 2.7 times more ready for intervention (95% CI 1.2-6.1) compared to those with 2 or fewer attempts. There was a significant relationship (p = 0.028) in the single variable analysis of the suggestion variable (p = 0.028), while it lost its relevance with the readiness to intervene in multiple analyses (p>0,05).

No significant relationship was found between the readiness of quitting smoking and sociodemographic characteristics of individuals, other smoking-related features, Fagerström nicotine addiction level and beck depression level.

Following these data, it was concluded that there exists a relationship between individuals' readiness to quit smoking and the number of cigarettes smoked daily, the number of attempts to quit smoking, and the last time of the attempt.It can be reevaluated on these findings, which are important in tobacco control and have support programs for smoking cessation in the role model of the society.

Thanks to these findings, the development of smoking cessation support programs for healthcare professionals who have an important role in tobacco control and could be a role model for the society can be re-evaluated.

**Key words:** Smoking, healthcare workers, transtheoretical model

**1. GİRİŞ**

**1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

Sigara kullanımı hastalıkların ve erken ölümlerin en önemli etkenidir, neden olduğu hastalıklar ve ekonomik yükünün büyüklüğü sebebiyle sadece ülkemizin değil tüm dünyanın ortak halk sağlığı problemidir (Şahbaz, 2005; Çalışkan, 2015; Güngörmüş, 2008). Sigara bağımlılığı kolay ulaşılabilir olması, tüketiminin yasal olması, farklı bağımlılık yapıcı maddelere geçiş niteliği taşıması nedeniyle en sık görülen bağımlılık tipi olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, sigara bağımlığını kronik ve nükslerle seyreden bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır. Sigara kullananların beklenen yaşam süresi sigara kullanmayanlardan on yıl daha kısadır ve sigara kullananların %50’si yirmi yıllık yaşam süresi kaybından sonra sigara ile ilişkili hastalık nedeniyle kaybedilmektedir(WHO, 2008).

Yirminci yüzyılda tütün ve mamullerinin kullanımı 100 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. 21’nci yüzyılda bu sayının 1 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir (Çalışkan ve Metintaş, 2018).Yılda 8 milyondan fazla birey tütün kullanımı sebebiyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2019).Mevcut seyire müdahale edilmediği takdirde 2030’da ölüm oranının yılda 10 milyona çıkması beklenmektedir. Sigara kullanımının %50 azaltılması ile 2050 yılına kadar 200 milyondan fazla kişinin sigara kaynaklı ölümünün engellenmesi beklenmektedir (Ergüder, 2008).

Sigara kullanımının en sık görüldüğü on ülkeden biri olan Türkiye’de 16 milyon kişisigara kullanmaktadır.Tütün ve tütün mamulleri Türkiye’de can kaybının %23’üne etki etmektedir vebir senede100 000 insanın ölümünesebep olmaktadır. (Çalışkan ve Metintaş, 2018).Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’na göre ülkemizde 15 yaş ve üstü bireylerin sigara kullanım oranı %31,6’dır. 15 yaş ve üstü sigara içen bireyler günlük ortalama 18,0 adet sigara tüketmektedir. Sigara içen 15 yaş üstü bireylerin %32,9’u sigarayı bırakmak istemektedir (KYTA, 2016).

Sigara bırakma konusunda kişinin hazır olması sigara bıraktırma programlarından etkin faydalanabilmek için öncelikli olarak gereklidir (Karadağlı, 2009).Sigara bırakmada hazıroluşluk en iyi şekilde James Prochaska ve Diclemente’nin 1982 senesinde geliştirdiği Transteoretik Model (TTM) ile açıklanmaktadır (Samancı Tekin, 2010). TTM ilk önce sigara bıraktırma çalışmalarında kullanılmıştır sonrasında farklı bağımlılık davranışlarına ve sağlığı geliştirme programlarına uyarlanmıştır (Koyun, 2013; Taş ve ark, 2016).

Sağlık çalışanları tütün kontrolünde önemli role sahiptir, sigara içen bireylere bir kez sigara bırakmasını teklif etmek bırakma ihtimalini arttırmaktadır, karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (Fidan ve ark, 2005; Alışkın ve ark, 2015).Ancak ülkemizde araştırmalara bakıldığında hekim, ebe ve hemşireler de sigara kullanma sıklığı topluma oranla daha yüksektir (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Sağlık çalışanlarının topluma karşı özellikle sağlık kurumlarında sigara kullanmaması sigara ile mücadelenin inandırıcılığı için ve rolleri gereği önemlidir (Aslan ve ark, 2008; WHO, 2012).

Hemşireler bireyin sigara içme durumunu değerlendirerek, sigaranın sağlık üzerine olan etkilerini anlatarakdavranış değişim aşamalarında destekleyici görevler üstlenmelidir. Halk sağlığı hemşiresi bu yaklaşım ile sigara bırakma ve daha sağlıklı toplum oluşumu açısından önem taşımaktadır (Güngörmüş, 2008; Karadağlı, 2009).

**1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**1.3. Araştırma Soruları**

1. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşamasının dağılımı nasıldır ve ilişkili faktörler nelerdir?
2. Sigarayı bırakmada transteoretik modele göre bulunan değişim aşaması ve bazı kişisel özellikler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması durumuyla nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**2. GENEL BİLGİLER**

**2.1. Sigara İçme Kavramı**

Dünya Sağlık Örgütü, “günlük düzenli sigara içicisi” tanımını son otuz günde her günbir veya daha fazla sarma ya da imal edilmiş sigara içen kişi olarak yapmaktadır. Son otuz günde her günden daha seyrek sigara içen kişiler, “seyrek içen” kişiler şeklindetanımlanmaktadır. Her gün ve ara sıra sigara kullananları “mevcut sigara içicisi” olarak kabul etmektedir. Sigara içmeyenler tanımını, ömür boyu hiç sigara içmemiş ya da sigara içmeöyküsü olup sigarayı bırakmış kişiler oluşturmaktadır (WHO, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2010).Aktif sigara içen kişi dışında dumanın başka bireyler tarafından solunması pasif içicilik olarak tanımlanmaktadır (Samancı Tekin, 2010).Ömür boyu total 100 tane sigara içmiş birey “yaşamı boyunca sigara içicisi” (life time smoker) şeklinde isimlendirilir (Ünüvar, 2016).

Sigara içmenin başlangıç, devam ettirme, ara verme, bırakma, tekrar başlama gibi evreleri vardır (Sayın, 2013).Sigara içimi değişime yüksek direnç gösteren, tekrarlamaihtimali yüksek olan bir eylemdir(Şahbaz,2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nikotinin bağımlılığı ve tiryakiliği sınıflandırmıştır;

* Günlük içici: Günde bir ya da üzeri sigara içen.
* Ara sıra içici: Günde bir adetten az sigara içen.
* Eski içici: Geçmişte 6 ay ve üzeri sürede günde bir tane sigara içmiş, artıkiçmeyen.
* Hafif içici: Günde10 adetten az sigara içen.
* Sigara İçmeyen: Hiç sigaraiçmeyen (WHO, 2011).

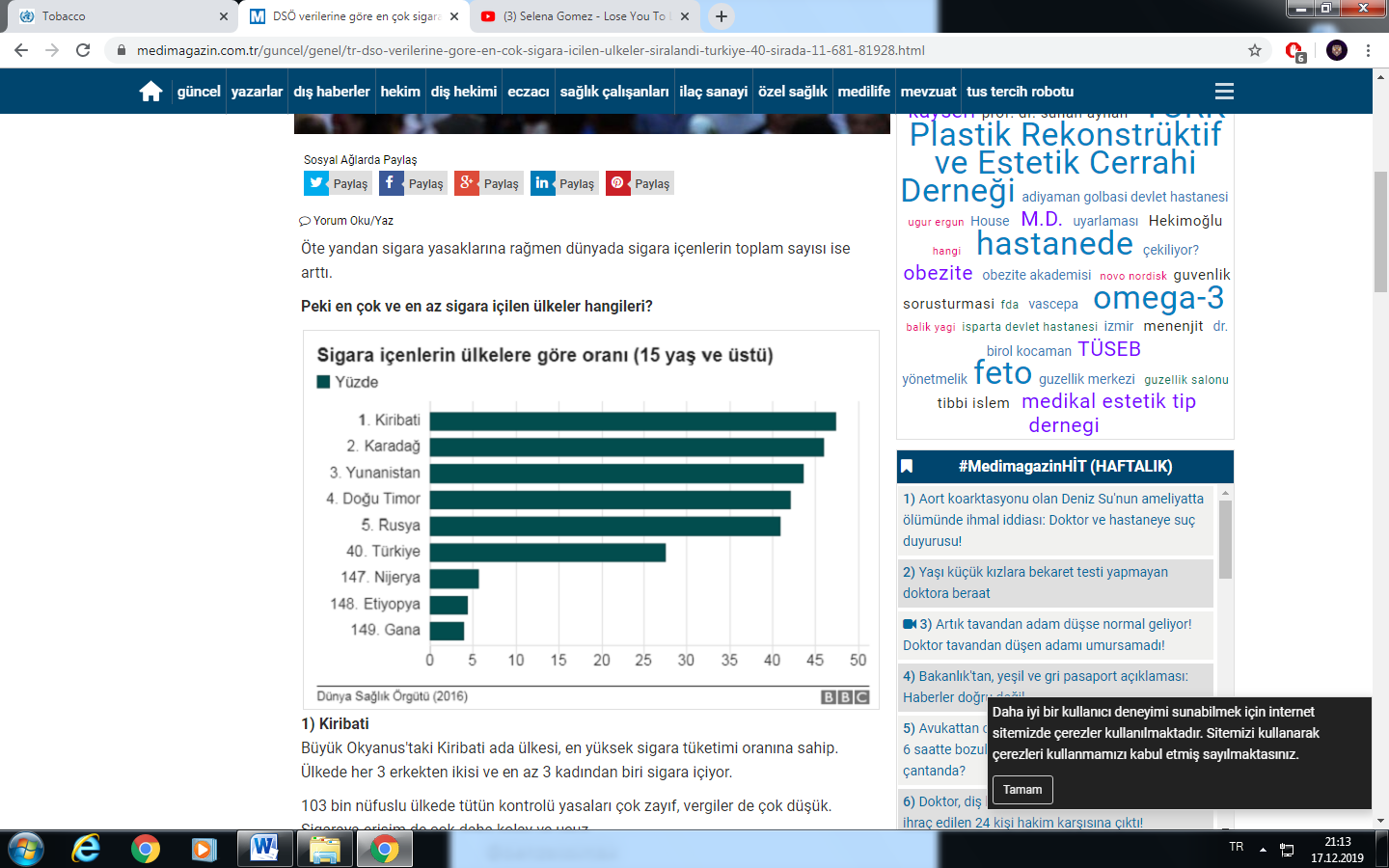
**2.2. Sigara İçme Sıklığı**

Tütün zararlarının bilinmesi ve tütün kontrolü uygulamarınedeniyle gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalma gösterirken, sigara üreticilerinin hedef aldığı bu konuda bir hareket planı uygulamayan az gelişmiş aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde sigara içme sıklığı artış göstermiştir. Bu artışlar daha çok gençlerde ve kadınlarda olmaktadır (Karatay, 2007; Ergüder, 2008).

**2.2.1. Dünyada Sigara İçme Sıklığı**

Dünyada sigara kullananların üçte ikisi Rusya, Brezilya, Çin, Japonya, Hindistan, Endonezya, Bangladeş, Almanya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), ve Türkiye’de yaşamaktadır. (Çalışkan ve Metintaş, 2018)Dünyada sigara kullanma miktarı yetişkinlerde 2007 yılında %24 oranında iken, 2015’te %21 oranına gerilemiştir (Durmaz, 2018). Sigara kullanma sıklığı erkeklerde 2007 yılında %39 oranında iken, 2015’te %29’a gerilemiştir. Kadınlarda sigara kullanma sıklığına bakıldığında 2007 yılında %8 oranında iken, 2015’te %6 oranına gerilemiştir (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

**Şekil 1.** Sigara İçenlerin Ülkelere Göre Oranı



Şekil1. Kaynak: DSÖ, 2016.

DSÖ verilerinde dünyada 1,3 milyar birey sigara içmekte ve %84’ü Türkiye’nin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkelerdedir (Çalışkan,2015). Bu ülkelerde yaşayan erkek sigara kullanıcıları, tüm sigara kullanıcılarının %68’idir. Dünyada kadın sigara kullanıcılarının neredeyse yarısına denk gelen 85 milyon birey yüksek gelirli ülkelerde bulunmaktadır. 15 yaş üstü erkek bireylerde sigara kullanımı %76,2 ile Endonezya da en fazladır.

İkinci sırada %70,2 oranı ile Ürdün, üçüncü sırada %63,9 oranı ile Kribati gelmektedir. Kadın sigara kullanıcılaında ise birinci sırada %52 oranıyla Nauru, ikinci sırada %40,9 oranıyla Kribati, üçüncü sırada ise %39,7 oranıyla Sırbistan gelmektedir (WHO, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre küresel anlamda 15 yaş üstü kişilerin sigara içme sıklığı 2007 yılında %23,5 oranındayken 2015 yılında %20,7 oranına gerilemiştir. Dünya genelinde sigara kullanma oranında azalma görülse de tüm ülkelerde azalma gerçekleşmediğini de açıklamıştır (WHO, 2017).

Tütün kullanımında ülkeler belli basamaklardan geçmektedir. Dört aşamalı modele göre birinci aşamada gelişmekte olan ülkeler yer almaktadır (Koyun, 2013). Bu ülkelerde tütün kullanımı düşük oranlardadır (Özer, 2014). Sigara kullanım oranı erkeklerde hızla artmaktadır. Bu ülkelerde kültürel özellikler nedeniyle kadınların sigara içme oranı daha düşüktür (Koyun, 2013).

Sigara kullanımının ikinci aşamasından geçen Güney Avrupa, Batı Pasifik ülkeleri ve Asya ülkeleri vardır (Koyun, 2013). Tütüne kaynaklı sağlık problemleri görülmeye başlanır. (Özer, 2014) Sigara kullanma sıklığı erkeklerde %50-80 civarında değişiklik göstermekte ve sigara kullanma sıklığı kadınlarda artış göstermektedir.(Koyun, 2013).

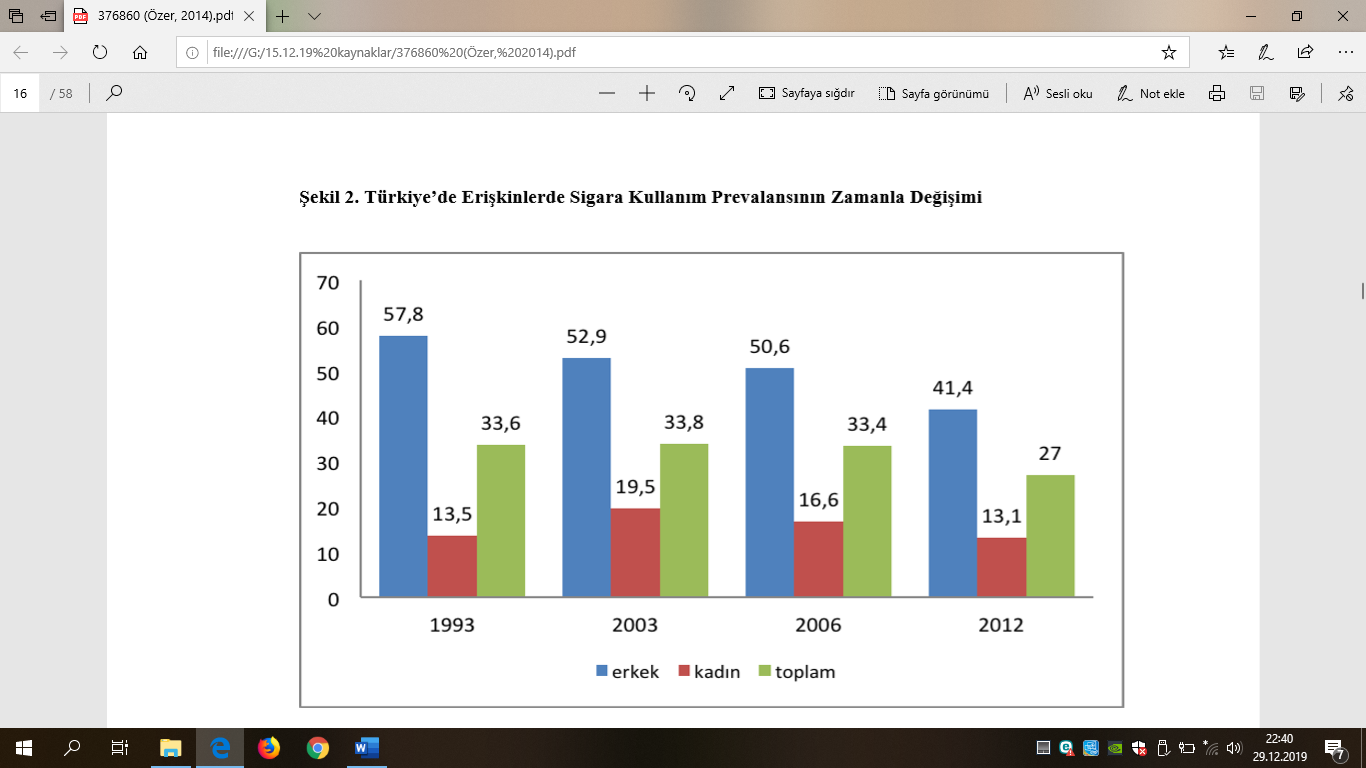
Güney, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri üçüncü aşamadan geçen ülkelerdir. Uzun süreli sigara kullanma geçmişi vardır (Koyun, 2013). Sağlık problemlerine daha sık rastlanır ve tütün kullanımı nedenli erkeklerin ölüm oranlarında artış görülür (Özer, 2014). Erkeklerde sigara kullanma sıklığı azalma eğilimindedir. Buna karşılık kadınlarda artış görülmektedir. Kadınların sigara kullanma sıklığı %35-45 gibi yüksek oranlara sahiptir (Koyun, 2013).

Dördüncü aşamada olan Amerika, İngiltere, Kanada, Finlandiya gibi ülkelerde sigara içme oranları, tüm toplumda cinsiyet ayırmaksızın azalmaktadır. Kadın ile erkeklerin sigara kullanma oranları birbirine epey yakındır. Dördüncü aşama ülkelerinde sigara kullanma oranının genç kızlarda daha yüksek olduğu ve sigara bırakma oranlarının da erkeklere göre daha az olduğu belirtilmektedir. Bu ülkelerde, sigara kullanımı toplumun fakir ve dezavantajlı kısmında daha fazladır. (Koyun, 2013)

**2.2.2. Türkiye’de Sigara İçme Sıklığı**

Türkiye sigara kullanma sıklığının yüksek olduğu ülkelerdendir ve en yaygın on ülke içinde bulunmaktadır (Doğanay ve ark, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2012).Sağlık bakanlığının 2012raporlarınabakıldığında ülkemizde 16 milyon kişinin sigara kullandığı belirtilmiştir.

KYTA 2012 verilerine göre günlük sigara tüketimi 19,2 adettir. KYTA 2016 verilerine göre günlük sigara tüketimi 18,0 adettir ve 15 yaş üstü nüfusun %31,6 sı sigara kullanmaktadır. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye’de sigara kullanma oranı erkeklerde %44,1’e kadınlarda ise %17,4’e yükselmiştir.Sigara içenlerin %32,9’u sigarayı bırakmak istemektedir.

**Şekil 2.**Türkiye’de Erişkinlerde Sigara Kullanım Prevalansının Zamanla Değişimi

Şekil 2. Kaynak: Özer, 2014.

Bireysel sigara kullanımında Avrupa Ülkelerine bakıldığında Yunanistan birinci Türkiye ise ikinci sıradadır(Kılınç, 2010).Türkiye’de sigara içenlerin ciddi bölümü 20 yaş öncesi sigara içmeye başlamıştır. Sigara kullananların yaş ortalaması zamanla düşüş göstermektedir (Yılmaz, 2010). Erkeklerde sigaraya başlama yaşı 16,8 kadınlarda 17,8 dir (Durmaz, 2018).

Sigara kullanma sıklığı 2008 yılından 2012 yılına kadar yakın olarak %13’lük bir azalma göstermiştir. Erkeklerde sigara kullanımındaki azalma daha fazladır (Çalışkan, 2015).

Sigara kullananlar yaşa göre kategorize edildiğinde en fazla 25-34 yaş grubu kullanmaktadır. Bununsonucunda sigaraile mücadelede 15-24 yaşın hedef alınması önemlidir. Bu yaşlardaki bireylerin sigara kullanmaya başlaması önlenir ya da sigarakullananların bırakması sağlabilirseiyi bir sonuca ulaşılabilir. Kadınların sigara kullanım sıklığı yaşa göre en sık 35-44 yaşlar iken erkeklerde en sık 25-34 yaş aralığındadır (Çalışkan, 2015).

**Tablo 1.** TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012, 2014, 2016.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tütün ve Ürünleri Kullanma | Yaş | 2012 | | | 2014 | | | 2016 | | |
| Erkek | Kadın | Toplam | Erkek | Kadın | Toplam | Erkek | Kadın | Toplam |
| Her Gün Kullanan | 15-24 | 24,1 | 4,6 | 14,3 | 31,4 | 5,7 | 18,5 | 28,2 | 7,8 | 18,1 |
| 25-34 | 45,9 | 14,9 | 30,5 | 51,2 | 18,8 | 35,1 | 49,6 | 16,6 | 33,2 |
| 35-44 | 44,4 | 17,3 | 30,9 | 49,9 | 19,7 | 34,9 | 50,6 | 19,6 | 35,2 |
| 45-54 | 42,0 | 13,4 | 27,7 | 48,7 | 16,5 | 32,7 | 45,3 | 17,7 | 31,6 |
| 55-64 | 27,9 | 7,4 | 17,4 | 38,2 | 10,2 | 24,0 | 35,0 | 10,9 | 22,8 |
| 65-74 | 17,8 | 3,8 | 10,1 | 22,4 | 3,4 | 12,1 | 24,2 | 4,4 | 13,5 |
| 75+ | 12,6 | 0,8 | 5,6 | 8,9 | 2,4 | 5,0 | 10,7 | 1,0 | 4,8 |
| Türkiye | 35,9 | 10,8 | 23,2 | 41,8 | 13,1 | 27,3 | 40,1 | 13,3 | 26,5 |
| Ara Sıra Kullanan | 15-24 | 4,3 | 1,5 | 2,9 | 6,1 | 3,7 | 4,9 | 3,6 | 3,0 | 3,3 |
| 25-34 | 4,6 | 4,9 | 4,8 | 6,9 | 6,5 | 6,7 | 5,1 | 6,1 | 5,6 |
| 35-44 | 4,9 | 4,4 | 4,6 | 6,4 | 6,8 | 6,6 | 5,0 | 5,9 | 5,4 |
| 45-54 | 4,1 | 3,1 | 3,6 | 4,4 | 4,8 | 4,6 | 4,1 | 4,1 | 4,1 |
| 55-64 | 4,1 | 0,5 | 2,3 | 3,6 | 3,3 | 3,4 | 2,5 | 2,3 | 2,4 |
| 65-74 | 2,7 | 0,9 | 1,7 | 5,2 | 2,2 | 3,6 | 1,9 | 1,3 | 1,6 |
| 75+ | 2,9 | 1,2 | 1,9 | 2,9 | 1,4 | 2,0 | 2,8 | 2,0 | 2,3 |
| Türkiye | 4,3 | 2,9 | 3,6 | 5,6 | 4,8 | 5,2 | 4,0 | 4,1 | 4,1 |

**Tablo 1.** TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012, 2014, 2016. (devamı)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tütün ve Ürünleri Kullanma | Yaş | 2012 | | | 2014 | | | 2016 | | |
| Erkek | Kadın | Toplam | Erkek | Kadın | Toplam | Erkek | Kadın | Toplam |
| Daha Önce Kullanan | 15-24 | 6,5 | 5,0 | 5,7 | 10,2 | 7,5 | 8,8 | 3,4 | 2,1 | 2,7 |
| 25-34 | 11,7 | 11,2 | 11,5 | 12,6 | 12,8 | 12,7 | 9,3 | 6,6 | 8,0 |
| 35-44 | 18,2 | 9,8 | 14,0 | 20,6 | 13,0 | 16,8 | 16,6 | 8,2 | 12,4 |
| 45-54 | 26,3 | 10,6 | 18,5 | 29,6 | 14,1 | 21,9 | 24,5 | 8,7 | 16,7 |
| 55-64 | 38,0 | 10,1 | 23,8 | 43,4 | 14,5 | 28,8 | 39,5 | 9,0 | 24,1 |
| 65-74 | 44,9 | 7,4 | 24,4 | 51,8 | 10,9 | 29,7 | 47,4 | 7,7 | 26,0 |
| 75+ | 42,2 | 5,7 | 20,4 | 58,7 | 8,4 | 28,4 | 47,3 | 5,4 | 22,0 |
| Türkiye | 19,8 | 8,9 | 14,3 | 23,8 | 11,8 | 17,7 | 19,3 | 6,7 | 12,9 |
| Hiç Kullanmayan | 15-24 | 65,1 | 88,9 | 77,1 | 52,3 | 83,2 | 67,7 | 64,9 | 87,0 | 75,9 |
| 25-34 | 37,8 | 69,0 | 53,3 | 29,3 | 61,8 | 45,5 | 36,0 | 70,7 | 53,3 |
| 35-44 | 32,5 | 68,5 | 50,5 | 23,1 | 60,4 | 41,7 | 27,8 | 66,3 | 47,0 |
| 45-54 | 27,6 | 72,9 | 50,2 | 17,2 | 64,6 | 40,8 | 26,1 | 69,5 | 47,7 |
| 55-64 | 30,0 | 82,0 | 56,5 | 14,8 | 72,1 | 43,8 | 22,9 | 77,8 | 50,7 |
| 65-74 | 34,5 | 88,0 | 63,8 | 20,5 | 83,5 | 54,6 | 26,5 | 86,6 | 58,9 |
| 75+ | 42,3 | 92,3 | 72,1 | 29,5 | 87,8 | 64,6 | 39,2 | 91,6 | 70,9 |
| Türkiye | 40,0 | 77,3 | 59,0 | 28,7 | 70,3 | 49,8 | 36,6 | 75,9 | 56,5 |

Tablo 1. Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012, 2014, 2016.

Ülkemizde sigara içme sıklığı öğrenim seviyesi ve yaş ile birlikte artış göstermektedir. Okuma yazması olmayan yetişkin bireylerde sigara içme oranı en az iken; lise ve üstü öğrenim seviyesi olanlarda sigara içme oranı en yüksektir (Koyun, 2013). Ünüvar 2016 çalışmasında sigara kullananların %26,7’sinin üniversite mezunu, %11’inin ise eğitimsiz olduğu bildirilmiştir. Bu bilgi doğrultusunda ülkemizde maalesef eğitim düzeyinin artmasıyla sigara kullanımının da artttığı sonucuna ulaşılmaktadır (Ünüvar, 2016).

**2.3. Türkiye’de Sigara Trendi**

Türkiye’de 25 yaş üstü erkeklerin sigara kullanma oranı 1997’de %42’den fazla iken kadınların sigara kullanma oranı %10’un altındaydı. Sigara kullanımının1997’den 2010senesine kadar erkeklerin bir senede%1.33’lük azalma gösterdiği, kadınların oranın neredeyse aynı kaldığıbelirlenmiştir. Erkeklerde sigara kullanma oranı 1988–2010 yılları arasında %27.5–63.8, kadınlarda ise %8.4–27.8 arasında farklılık göstermektedir(Doğanay ve ark, 2012).

Ülkemizde sigara tüketme oranı 2008-2012 seneleri arasında %31,2 oranından % 27,1 oranına gerilemiştir. Tütün piyasası bu gerileme karşısında kazançlarını devam ettirebilmek için ürünleri çeşitlendirmiş, satış stratejileri geliştirmiştir, tanıtım ve üretim giderlerini azaltma yoluna gitmiştir. Tütün fonunun kaldırılması nedeniyle seksen milyon dolar kar etmiştir. Karlılığı devam ettirebilmek için tütün üreticileri kıyılmış tütün, aromalı veya ince sigaralar pazarlanması ile satışlarda artış sağlamışlardır (Durmaz, 2018).KYTA 2016 verilerine göre 15 yaş üstü bireylerin %31,6 sı sigara kullanmaktadır. TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye’de sigara kullanma oranı erkeklerde %44,1’e kadınlarda ise %17,4’e yükselmiştir.

**2.4. Sağlık Çalışanlarında Sigara İçme Durumu**

Sağlık çalışanları tütün kontrolünde önemli role sahiptir, sigara içen bireylere bir kez sigara bırakmasını teklif etmek bırakma ihtimalini arttırmaktadır, karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (Fidan ve ark, 2005; Alışkın ve ark, 2015). Ancak ülkemizde araştırmalara bakıldığında hekim, ebe ve hemşireler de sigara kullanma sıklığı topluma oranla daha yüksektir (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Sağlık çalışanlarının topluma karşı özellikle sağlık kurumlarında sigara kullanmaması sigara ile mücadelenin inandırıcılığı için ve rolleri gereği önemlidir (Aslan ve ark, 2008; WHO, 2012).

Türkiye’de 2007 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık çalışanlarında yapılan araştırmadameslek gruplarında farklı oranlar görülse desigara içme sıklığı ülke profilinden yüksek tespit edilmiştir. Pratisyen hekimlerin %39.3’ü, uzman hekimlerin %30.9’u, ebe-hemşirelerin %40.7’si, sağlık teknisyenlerinin ise %43.3’ü ara sıra ya da düzenli olarak sigara kullanmaktadır,çalışmada sigara içen sağlık çalışanlarında güçlü bağımlılık düzeyi saptanmasına rağmen sigara bırakma isteği ve girişiminin de fazla olduğu ortaya konmuştur (Aslan ve ark, 2008; Alışkın ve ark, 2015).

Atılgan ve arkadaşlarının 2008 yılı İstanbul Alman Hastanesi’nde yaptığı araştırmada çalışmaya katılan personelin %39,8' inin sigara kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Atılgan ve ark, 2008).

Günay ve arkadaşlarının askeri sağlık personelinde 2010 yılında yaptığı çalışmada sigara kullanım sıklığının %53.4 olduğu tespit edilmiştir (Günay ve ark, 2010).

Günaydın’ın 2018’de Konya ilinde yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %31,7’sinin sigara kullandığı (hergün ve arasıra içen); %58,0’ı sigaraya 16-20 yaşarasında başladığı, %33,3’ünün sigaranın sağlık üzerine muhtemel zararlı etkilerini düşündüğü, sigaraya başlama nedeni olarak %56,0’ısosyal çevre ve arkadaşın en önemli etken olduğu, %44’4’ünün genellikle arkadaşları ile beraberken sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır (Günaydın, 2018).

**2.5. Sigara Bırakma Kavramı**

Sigara bırakma; sigara ve diğer tütün ürünlerinden en az 6 ay, tercihen bir yıl süre yoksun kalmak şeklinde tanımlanmaktadır (Şahbaz, 2005).

Sigara bırakma aşamasında sigaradan birkaç nefes içmek ya da bir adet sigara içmek “kayma” şeklinde tanımlanır. Sigara içiminin son yedi gün içinde beş adetten az olması “hata” şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin eskiden içtiği sıklıkta sigara içmesine “nüks” denmektedir (Durmaz, 2018).

Ülkemizde sigara bırakma durumu %27,2 şeklinde bildirilmiştir. Erkeklerin %26,9, kadınların %28,3 şeklinde belirtilmiştir.65 yaş üstü popülasyonda sigara bırakma oranı en fazladır. 45 yaşından sonra sigara bırakma oranı hızlı biçimde artış göstermektedir. Genç bireylerde ise bu oran maalesef %10 dan daha düşüktür.Tükiye’de 15 yaş üstü sigara kullanıcılarının yaklaşık %50’si son 1 yıl içinde sigarayı bırakmayı denemiştir (Ünüvar, 2016).

**2.6. Tütün ve Tütün Ürünlerini Bırakma**

Sigara bırakma konusunda davranış tedavisi ve destek tedavisi ile ilaçla tedaviden oluşan yaklaşımlar bulunmaktadır. İki yaklaşımın birlikte kullanılması en iyi sonuçları vermektedir. Bireye bir kez sigara bırakmasını teklif etmek dahi bırakma ihtimalini artırmaktadır. Karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır (Fidan ve ark, 2005). Tütün ve ürünlerini bırakmak motivasyon, bağımlılık düzeyi, psikolojik ve çevresel faktörler, sosyodemografik özellikler gibi bir çok faktöre bağlıdır (Selçuk ve Kayhan Tetik, 2016).

Dünya genelinde tütün kontrolü ile ilgili kaynaklar mücadelenin tıbbi önlemler ve bireysel davranış değişimlerinden ziyade bütüncül yaklaşım ile sosyal ve kültürel çevrenin değişimini sağlayacak politikalara ihtiyaç olduğunu desteklemektedir (Ardıç Çobaner, 2013).

Küresel tütün ve tütün ürünlerinin mücadelesi konusundaDSÖ , 2003senesinde Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’ni (TKÇS) gündeme getirerekbu konuda temelmaddelerioluşturmuştur. TKÇS, tütün kontrolütedbirlerini uygulamaya geçirmekamacıyla 179 ülke veMart 2017’den itibaren Avrupa Birliği’nin eklenmesiyle 180 muhatabıbulunan bir antlaşmadır. TKÇS, DSÖ bünyesinde herkesintütünsüzmaksimum sağlık standartlarında yaşamasınıdestekleyen ve sigara arzı beraberinde sigara talebininde azaltılmasına yöneliktek anlaşmadır. Bu antlaşmadanbeşsene sonrasında 2008’de DSÖ MPOWER ismindeki paket uygulamasınıbildirmiştir. (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

Sigara bıraktırma faaliyetlerinde yapılan vergilerin artmasının en etkin yol olduğu bilinmektedir. Sigara fiyatının %70 artması sigara nedenli ölümleri küresel anlamda %25 oranında azaltmaktadır. Verginin %10’luk artışı ile yüksek gelirli ülkelerde %4, düşük gelirli ülkelerde %7 sıklıkta sigara kullanımında azalma görülmektedir (Selçuk ve Kayhan Tetik, 2016).

**2.6.1. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi**

Gelişmekte olan ülkelerde tütün üreticilerinin piyasa oluşturma eylemlerine karşı oluşturulan tütün kontrolü hakkında ilk uluslararası anlaşma “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”dir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde 21 Mayıs 2003 tarihinde Cenevre’de kabul görmüştür (Çalışkan, 2015).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini ülkemiz 28 Nisan 2004’de imzalamıştır. Sözleşme Türkiye Büyük Millet Meclisinin onayının ardından 30 Kasım 2004’deyayınlanmıştır ve 27 Şubat 2005’de yürürlüğe girmiştir (Kuş, 2013).Ülkemizde 2008 senesindeuygulamaya koyulan“Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” kapsamı 2009 yılında “Tütün Maddelerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” ile genişletilmiş ve kapalı yerlerde (kafe, restoran,dinlenme tesisleri, vb.) sigara kullanmak yasaklanmıştır. Ülkemiz bu anlayışı uygulayan Avrupa’da 3. ülke, dünyada ise6. ülkedir (Çalışkan, 2015).

Tütün Kontrol Çerçevesi Sözleşmesi özellikle şu noktaları vurgulamıştır:

1. Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne bakıldığında, “çocuk” tanımı 18 yaş altı kişilerdir.

2. Sigara ve sonucunda ortaya çıkan problemler halk sağlığı sorunudur.

3. Sigara kullanan kadın bireyler çoğaldığından cinsiyete özgü denetleme sistemi gereklidir.

4. Tütün ve mamülleri bağımlılık yaptığı için bir hastalık sayılmalıdır.

5. Pasif sigara dumanına maruz olanlar için koruyucu tedbirler alınmalıdır.

6. Tütün endüstrisine karşı TKÇS boyutunda kampanyalar organize edilmelidir.

7. Tütün endüstrisinin destekleyicilerinin önüne geçilmelidir.

8. Tütün kontrolünün etkinliği için kültürel, siyasi, sosyal, yerel, ekonomik ve hukuki özelliklerin göz önünde bulunması gerekmektedir.

9. Tütün mücadelesinde sektörler arası birlik gerekmektedir (Altuntaş, 2014).

Sigara yasağı ile ilgili çalışmaların arttırılmasından ziyade günümüzde sigaranın tamamen yasaklanması için çalışmalar artık gündemdedir. Ülkelerden bazıları sigaranın yasaklanacağı tarihi duyurmaya başlamıştır. Yeni zelanda 2030 yılını, finlandiya 2050 yılını sigara kullanımının yasaklanacağı tarih olarak bildirmiştir. Avustralya’nın 2023 senesinde yasaklama olmadan sigara kullanımını sıfıra indireceği tahmin edilmektedir (Çalışkan, 2015).

**2.6.2. MPOWER ve Kuvvet Politikaları**

Tüm dünyada tütün ve ürünlerinin kullanımını azaltmak için yasal, sosyal ve ekonomik içeriği olan küresel anlamda tütünsüz yaşamı destekleyen maddeleri açıklayan bir pakettir. Bu paket yetişkin ve çocukların sigara dumanı maruziyetini engellemeyi amaçlamaktadır(Başol ve Can, 2015).

Bu paket ile dünyanın %40’ının oluşturduğu yaklaşık 2,9 milyar birey ile 76 ülkede tütün kullanımı konusunda iyi bir izlem yapılmaktadır.DSÖ 2017 raporuna göre neredeyse 3,2 milyar birey iki ya da daha çok MPOWER uygulaması dahilindedir (Durmaz, 2018).

**MPOWER paketinde bulunan 6 politika;**

**Monitor(M)/İzle:** Tütün kullanım verileri takibi (Başol ve Can, 2015)Koruyucu önlem politikalarının ve sonuçlarının izlemi (Durmaz, 2018) Sigara bırakma konusunda destekuygulamalarının izlemi.Sigaranın zararları hakkında çalışmalarının izlemi.Tanıtım, sponsorluk ve özendirmenin yasaklanma çalışmalarının izlemi. Satış fiyatını ve vergilerinin arttırılması hakkında uygulamaların izlemi (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

**Protect(P)/Koru:** Pasif sigara dumanı maruziyetinin önlenmesi (Durmaz, 2018)

Okul, hastane gibi alanlarda sigara içmenin önlenmesi uygulamaları (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

**Offer(O)/Öner:** Bırakmak isteyen bireylere yardım uygulamalarının sunulması (Durmaz, 2018) Sigara bırakma eğitimleri, telefon hatları, farmakolojik tedaviler gibi çalışmalar (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

**Warn(W)/Uyar:** Tütün ürünlerinin risk ve zararları konusunda uyarı yapılması (Durmaz, 2018). Mecburi yayın, sigara paket üzerindeki uyarıcı metinler ve resimlergibi çalışmalar (Çalışkan ve Metintaş, 2018)

**Enforce(E)/Yasakla:** Sigara reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama çalışmaları (Durmaz, 2018). Yaş sınırı ile sigara satışı yapılması (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

**Raise(R)/Vergilendir:** Talebi azaltmaya yönelik Sigara vergilerinin arttırılması (Durmaz, 2018)

Ülkemiz, talep azaltıcı MPOWER stratejilerinin tamamını maksimum düzeyde uygulayan tek ülkedir (Erol, 2015). Diğer ülkeler de MPOWER’ı maksimum seviyede uygulamayı gerçekleştirirse sigara tüketiminin kişi başı %13.8 azalması beklenmektedir (Çalışkan ve Metintaş, 2018).

**2.6.3. Türkiye’de Tütün Kontrol Politikalarının Uygulanması**

Tütün kontrolüne yönelik ilk çalışmalar 1987 senesinde Sağlık Bakanlığınca sigara kullanımı kontrolü konusunda başlatılmıştır. 1991 senesinde “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair” kanun mecliste kabul görmüştür ve yabancı ülkelere ülkemizde sigara üretimi yapma izni verilmesi de ortaya zıt iki durum çıkarmıştır (Dilek, 2011).

Ülkemizde 1996 senesinde Ulusal Tütün Kontrol Programı ortaya koyulmuştur (Özvurmaz ve Yavaş, 2018).2004 senesinde TKÇS ile tütün kontrolü konusunda etkili politikalar oluşturulmuştur, 2006 senesinde Ulusal Tütün Kontrol Programı uygulanır duruma gelmiş ve 2007 senesinde 81 ilde İl Tütün Kontrol Kurulları meydana getirilmiştir (Başol ve Can, 2015). Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS)’nin taraflarından biri olmuş ve 2008 senesinde yasanın içeriğini genişleterek 2009 senesindenbu yana kapalı yerlerdetütün kullanımını yasaklamaya başlamıştır (Özvurmaz ve Yavaş, 2018).Yasanınhedefi; toplumu tütün ve ürünlerinin ziyanından, özendirici reklam, promosyonhareketlerinden korumak için önlemler almak ve temiz havaya kavuşmasını sağlamakiçin düzenlemeler yapmaktır (Koyun, 2013).

Tütün kontrolü konusunda 2008 senesindenbu yana uygulamalar özetlenirse;

* 2008 senesinden sonra halka açık tüm kapalı mekanlarda, 2009 senesindensonrasında ise özel iş yerlerinin kapalı yerlerinde tütün ve ürünlerininkullanımı yasaklanmıştır.
* 2010 senesinden sonra sigara paketlerine resimli uyarılar koyulmaya başlanmış, 2012’densonratütün ürünlerinin paketleri ve nargile şişelerinin bir tarafının en az %65’inde uyarının bulunması zorunlu hale gelmiştir.
* 18 yaş altındaki kişilere Tütün mamullerininsatışı yasaklanmıştır.
* 2010 senesinde sigarayı bırakmakonusunda telefon hattı ve poliklinikler açılmıştır.
* Sigara bıraktırma polikliniklerinde gerekli durumlarda farmakolojik tedaviler uygulanmıştır.
* 2013’de tütün ürünü kullanımı kişisel araçların sürücü koltuğunda yasaklanmıştır.
* Sigaraya uygulanan vergi 2013 itibariyle %81.79 oranınayükseltilmiştir.
* Halkı bilgilendirmek için“Dumansız Hava Sahası” ve “Havanı Koru”adlı kampanyalaruygulanarak kamu spotları, broşürler, afişler ve reklamlaryoluylatütün ürünlerinin zararları aktarılmıştır.
* Tütün ve ürünlerinin reklam ve sponsorluğu yasaklanarak görünütüsü televizyonlarda engellenmiştir (Başol ve Can, 2015).

2014-2018 Tütünle Mücadele Eylem Planına göre:

* Sigaralar siyah paket uygulamasıyla tek renk ve sade şekilde paketlenecek ve marka, amblem gibi işaretler olmayacak.
* Sigaralar marka isimi yerine kod satılacak
* Açık alanlarda sigara içme yerleri%25oranı ile sınırlandırılacak
* Sigara denetleme eylemi valiliklerde olacak ve kontrolü polislerin elinde olacaktır(Başol ve Can, 2015).

**2.7. Tütün Kullanımının Riskleri**

Sigara içmek çok karşılaşılan bağımlılık türü olmasının yanında tütün ve dumanındaki sağlığa zararlı maddeler sebebiyle dünyada ve ülkemizde ikinci büyük ölüm nedenidir (Karadağlı, 2009).Tütün ve tütün ürünlerinedenli mortalite AIDS, sıtma, tüberküloz nedenli toplam mortaliteden daha yüksektir. (Örsel, 2016). Sigara kaynaklı kayıplar dolaylı yoldan ve uzun süreçte ortaya çıktığından sigaranın zararı yeterince ciddiye alınmamaktadır. (Durmaz, 2004).

Üç kanserden birinin nedeninin tütün tüketimi olduğu düşünülmektedir (Başol ve Can, 2015).Ergenlik yaşlarında sigara kulllanmaya başlayan ve düzenli uzun süre sigara içenlerin %50 si sigaraya bağlı hastalıklardan ölmektedir ve bu kişilerin de %50’si orta yaş dolaylarında hayatını kaybetmektedir. Bu bireylerin yaşam süresi içmeyenlerden 20-25 sene daha azdır (Samancı Tekin, 2010).

Sigaranın yaygın kullanıldığı toplumlarda, 65 yaş altında koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık kaynaklı ölümlerinin neredeyse%50’sinin, akciğer kanseri kaynaklı ölümlerin % 85-90’ının, KOAH nedenli ölümlerin neredeyse % 80’inin sigara kullanımınedenli olduğu savunulmaktadır (Karadağlı, 2009). Sigara kullananlar, kullanmayanlarla kıyaslandığında 1,5-3 misli daha çok beyin damar hastalığına yakalandığı sonucuna varılmaktadır (Erol, 2015).

Tütün kullanımı, ağızda oluşan kanserlerinin en az %80’nin temel nedenleri içindedir, sigara formunu tüketmek hastalık olasılığını senede 4-12 kat arttırmaktadır. (Samancı Tekin, 2010). Sigara kullanımı kronik akciğer hastalıklarının % 80-90’ının temelidir. Kronik bronşit, amfizem tarzı hastalıklar sebebiyle ölüm oranı sigara içenlerde, içmeyenlere oranla2.5 kat yüksektir.Akciğer kanserlerinin % 90'ının sigara ile ilişkilidir ve sigara içenlerin, içmeyenlere göre yakalanma riskleri 15-20 kat daha fazladır. Yemek borusu kanserlerinde sigara kullanımı ciddi risk faktörüdür. Sigara içenlerde mesane ve pankreas kanseri, içmeyenlerle karşılaştırıldığında 2 kat daha çok karşılaşılmaktadır. Böbrek kanserleri riski sigara içenlerde 5 kat yüksektir. Erkeklerde Sigara kullanımı ejekülasyon oranını ve spermlerin hareketliliğini azaltmaktadır. (Karadağlı, 2009)

**Şekil 3.**Sigara İçenlerde Hastalık Riski



Şekil 3. Kaynak: Yeşilay, 2020.

Sigara içenlerde akciğer kanseri olma riski 22, rahim ağzı kanserini 16 kat artmaktadır.

(Şekil 3. Yeşilay, 2020)

Katarakt, glokom, mide kanseri, pankreas kanseri, pnömoni, lösemi, serviks kanseri, abdominal aort anevrizması gibi hastalıklar da sigara kullanımı kaynaklı hastalıklar listesindedir (Koyun, 2013).

Tüm ölümlerin 1/4’inin tütün ve ürünleri kaynaklı hastalıklar nedenli olduğu, sigara tüketenlerin %33’ü ile %50’sinin beklenenden önce hayatını kaybettiği tespit edilmiştir (Durmaz, 2004).

Kadınlarda sigara kullanımı düzensiz menstrual siklusa neden olabilmektedir. Dismenore oranı, içmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında % 50 daha fazladır. Bebeklerin erken doğum ihtimali içmeyenlerle kıyaslandığında 1.5- 2 kat oranında artmaktadır.

Hamileliğin ilk aylarında sigara kullanılması spontan düşük ihtimalini artırmaktadır. Kadınlarda sigara içmek spontan düşük riskini % 50 arttırmaktadır (Karatay, 2007).

Sigara dolaylı yollardan ölümle sonuçlanabilecek 50’ye yakın kronik hastalıkla, yaklaşık olarak da 20 ölümcül hastalıkla bağlantılıdır. Kadınların sigaradan daha çok zarar görme ihtimallerinin olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Sigara kullanmak kronik akciğer hastalıklarının %80’inden, kalp hastalığı ve kanser nedenli ölümlerin ise üçte birinin nedeni olduğu tespit edilmiştir. (Kökten, 2008).

Çalışmalarda gebelikte sigara kullanan kadınların bebeklerinin içmeyen annelere göre

ortalama kilosunun 200 gr daha az olduğu ve boyunun 1 cm daha kısa olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kökten, 2008).

Dünya Bankası verileriyle sigaranın neden olduğu ekonomik zarar yılda 200 milyar dolardır (Kökten, 2008). Türkiye’ye verdiği yıllık ekonomik zararın ise 8-10 milyar dolar civarında olduğu düşünülmektedir (Kılınç, 2010).Ülkemizde sigara kullananların bir yılda sigara satın almada harcadıkları para miktarı sağlık bakanlığı bütçesinin 4 katı civarındadır. Sigaranın neden olduğu sağlık problemlerinin tanı tedavisinde harcanan miktar da dikkate alınırsa ekonomik yük daha fazla artacaktır (Bilir, 2009).Tütün nedenli erken doğum ölümlerinin, hastalıkların, randıman kaybının ve sağlık giderlerinin global maliyeti 1,4 trilyon dolar olduğu açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

**2.8. Sigara Bırakma İle Gelen Kazançlar**

Sigarayı bırakmak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır (Durmaz, 2004).Sigarayı bırakan bir bağımlıda ; ilk 20 dakikada; kan basıncı ve nabız normale döner, dolaşım düzeldiği için eller ve ayaklarısınır. 8 saatte; soluma şekli normale döner. Kandaki karbon monoksit seviyesi geriler ve oksijen normal aralığa döner. 1 günde;Akciğerde sekresyon ve diğer artıklar temizlenmeye başlar, kalp krizi riski azalmaya başlar.2 günde; nikotin vücuttan atılır. Tat ve koku duyusunda artış görülür, sinir uçları yenilenmeye başlar (Yılmaz, 2010; Samancı Tekin, 2010).

Birkaç ayda;Akciğer fonksiyonları %5’e yakın oranda düzelir (Kökten, 2008).2-3 ayda; dolaşım normale döner ve yürüyüş kolaylaşır. 1-9 ayda; öksürük, yorgunluk ve dispne azalır. Akciğerdekisiliyalar gelişir, mukusu tutma, akciğerleri temizleme gücüartar ve enfeksiyon riski azalır. 1 yılda, koroner kalp hastalığı riski %50 düşer (Sabancı Tekin, 2010; Kökten, 2008).

1-5 yılda; kalp krizi ihtimali sigara içenlere göre yarıyadüşer (Yılmaz, 2010).

5 yılda akciğer kanseri riski %30 oranında düşer, soluk borusu, yemek borusu ve mesane kanserleri riski %50 düşer. 10-15 yıl sonra inme, kanser ve ölüm riski sigara içmeyen bireylerin düzeyine düşer (Sabancı Tekin, 2010; Kökten, 2008).

Bir tek tütün kullanımının kontrolü ülkemizde bir senede neredeyse 40000 akciğer kanserinin önüne geçmek demektir (Başol ve Can, 2015).

**2.9. Tütün Bağımlılığı**

Tütün bağımlılığı DSÖ tarafından bir hastalık olarak kabul görmüştür “Dünyada en hızlı yayılan en uzun hastalık” şeklinde tanımlamıştır. Sigara bağımlılığı tütün kullanımı nedenli problemler ortaya çıkmasına rağmen sürdürülen davranış ile beraber bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtileri kapsayan psikiyatrik bozukluk şeklinde açıklanmıştır (Yılmaz, 2010).

Tütün kullanımının en yaygın türü standart sigaralardır, insanların kullanım sıklığı en fazla bu formdadır ve bağımlılık yapıcı maddeler arasında birinci sıradadır (Dilek, 2011).Bağımlılık nüksleri olan kronik bir hastalıktır. Madde bağımlılığında iki süreç vardır. biri madde alındığındaoluşan keyiftir. Diğeri ise madde alınmadığındagörülen hoşa gitmeyen sonuçlarınıengellemek amaçlı kişinin maddeyi kullanmaya devam etmesidir (Özer, 2014).

**2.10. Nikotin**

Nikotin sigara bağımlılığına neden olan maddedir (Samancı Tekin, 2010). Sürekliliği olan sigara içme davranışı nikotin bağımlılğı şeklinde adlandırılmaktadır (Yılmaz, 2010).

DSÖ, Amerikan İlaç Dairesi ve Amerikan Psikiyatri Birliği gibi sağlık birlikleri nikotin bağımlılığını hastalık olarak tanımlamaktadır (Güngörmüş, 2008).

Nikotinin kişi üzerinde fiziksel, psikolojik durumu ve doz oranı ile ilişkili olarak uyarıcı ya da sakinleştirici etkisi olabilir. Sigara içmeyi deneyen 4 kişiden 3’ü bağımlı olarak içiciliğe devam etmektedir (Yılmaz, 2010).

Sigaradan çekilen ilk nefesten kısa süre sonra nikotin beyne ulaşır. Kişide rahatlık, kaygıazalması gibi etkileri olur. Sanılanın aksine sigara içmenin verdiği bi rahatlamadan ziyade yoksunluk durumda kişinin maddeye ulaşması nedeniyle oluşan iyilik halidir (Yılmaz, 2010).

Sigarada bulunan nikotininsinir sisteminde uyaran ve yatıştıran etkisibulunmaktadır. Sigaradan alınan nefes sonrasında kısa bir hareketlilik dönemi ve algıda açılma, ilişkilerde artış görülmektedir. Daha sonra yatıştıran etkisi görülmektedir. Nikotin az alındığında uyarıcı etkiye, çok alındığında depresif etkiyle sonuçlanır. Sigara kullanımıyla beyinde ödül gibi algılanan değişiklikler meydana gelir bu da kullanım isteğini arttırmaktadır (Durmaz, 2004).

Nikotin bağımlılığı tanımında: Kişi, en az 30 gündür ve düzenli olarak sigara içmektedir ve ek olarak, altttaki üç maddeden birinibulundurmaktadır.

1. Kişi, sigara kullanımını azaltmak ya da bırakmak için denemelerde bulunmuş, ama başaramamıştır.
2. Sigara kullanımını bırakma denemelerinde yoksunluk belirtileri gözükmüştür.
3. Birey, hastalık varlığında ve artan şikatyetlerinerağmen sigara kullanmaya devam etmektedir (Durmaz, 2004).

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Fidan ve ark, 2005). EMASH’a (European Medical Association On Smoking or Health) tanımıyla birey 24 saatte 15 adet ya da fazla sigara kullanıyorsa ve günün ilk sigarasını uyandığı ilk 30 dakikada kullanıyorsa kişi nikotin bağımlısıdır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ise nikotin bağımlılığı tanımı için her gün 1 adet sigara içmenin yeterli olacağı şeklinde yapmıştır (Samancı Tekin, 2010).

**2.11. Yoksunluk**

Nikotin yoksunluğu; “en azından birkaç haftadan beri her gün sigara kullanan birinde, nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içinde” aşağıdaki maddelerin en az 4 tanesiningörülmesi durumudur.

1. Şiddetli sigara kullanma (nikotin alma) arzusu

2. Çabuk öfkelenme, huzursuzluk

3. Anksiyete (kaygı hissetme)

4. Konsantrasyon güçlüğü

5. Hareketsiz duramama (restlessness)

6. Yeme isteği ve kiloda artma

7. Nabızsayısında azalma

8. İnsomnia ya da uyku bozuklukları

9. EEG’de (elektroensefalografi)beynin elektriksel faaliyetlerinde yavaşlama (Yılmaz, 2010).

Yoksunluk semptomları 1-3 günde en şiddetli seviyededir (Sayın, 2013).

Nikotin yoksunluk belirtileri nedeniyle sigarayı bırakan 100 kişiden 70’i tekrar sigaraya başlamaktadır. İlk 7-14 günde birey bu belirtileri çok belirgin yaşayabilir (Dilek, 2011).

3-4. haftalarda bu yoksunluk semptomları sonlanır (Sayın, 2013).

**2.12. Sigara İçmeyi Etkileyien Faktörler**

Sigara kullanımı hakkında 4 psikososyal teori bulunmaktadır. Birincisi sigara içmenin alışkanlık olmasıdır. İkincisi sigara kullanınımın çocukluk yaşlarında bilinçaltında olan ve akla yatan bir duruma çevrilemeyen istekler kaynaklı olduğudur. Üçüncüsü düşük öz kontrole sahip bireylerin yenilik, heyecan arayışı ile ortaya çıkmasıdır. Dördüncüsü sigara içmenin bireyin tercihi olduğudur ve kişi zararını bilmesine rağmen davranışı sürdürmektedir (Bilgiç, 2013).

Sigara içmeye başlamada sigaranın fiyatı, kişinin yaşı, gelir seviyesi, meslek, cinsiyet, eğitim seviyesi, ailede sigara kullanan olması, sigaranın zararları konusunda yeterli bilgi sahibi olmama gibi durumlar etkilidir (Çalışkan, 2015).

Ailede sigaraya olan tepki, sosyoekonomik özellikler, öğrenim durumu sigara kullanmayı etkileyen maddelerdir. İtalya’da en yakın arkadaşı sigara içen bireylerin sigara içmeye daha eğilimli olduğu ve sigara içen ebeveynlerin çocuklarının sigara içme olasılığının sigara içmeyen ebeveynlerin çocuklarına göre 4 kat fazla olduğu bilinmektedir (Yılmaz, 2010).

Sigara kullanan genç bireylerin karakteristik özelliklerine bakıldığında duygusal dengesizlik, düzene karşı gelme, hazza ulaşma, özentilik, gerçeklerden kaçma, heycan arayışı tarzında değişik özellikler görülmektedir. Anne ve babanın sigara içiyor olması genç bireyin sigara kullanma ihtimalini 2 kat artırmaktadır. Merak etme, stres, öz güven eksikliği, büyüdüğünü kanıtlama istedği, kilo kontrolü, popülerliği arttırmak gibi sebebler de sigaraya başlamaya neden olan faktörlerdendir. (Kılınç, 2010)

Kentleşme ile sigara kullanımı azaltmaktadır (Çalışkan, 2015).

Bazı toplumlarda kadınların sigara içmesi uygun görülmediği için sigara içme sıklığının daha düşük olduğu düşünülmektedir(Çalışkan, 2015)

Çalışkan’ın verilerine bakıldığında kadın olmanın sigara içme sıklığını %14 azalttığı sonucuna varılmaktadır. (Çalışkan, 2015)

Gençler, sigara kullanan arkadaş varlığında grupta var olabilmek, kendini ispatlamak ya da çoğunluğun etkisi nedeniyle sigara kullanmaya başlamaktadır. En önemli neden ise özenilen arkadaşın sigara içmesidir (Çalışkan, 2015)

Sigaraya başlama olasılığı gençlerde daha fazladır ve bu ihtimal yaş ilerledikçe düşmektedir (Çalışkan, 2015).

Genç yaşlarda sigarada yapılan fiyat artışlarına tepki daha fazladır. Yaş arttıkça tepkinin azaldığı bilinmektedir (Çalışkan, 2015)

**2.13. Sigara Bırakmada Hazıroluşluk**

Sigara bırakma konusunda kişinin hazır olması sigara bıraktırma programlarından etkin faydalanabilmek için öncelikli olarak gereklidir (Karadağlı, 2009).

Kılıç’ın 2010’da öğrencilerin bağımlılık düzeyini karşılaştırdığı çalışmada, bağımlılık düzeyinin sigarayı bırakabileceğine inanan öğrencilerin, inanmayan öğrencilerden daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Sigara bırakmayı daha fazla deneyen öğrencilerin, sigara bırakmayı hiç denemeyen ya da bir kez deneyen öğrencilere oranla bağımlılık düzeyi daha düşük bulunmuştur (Kılınç, 2010).

Sigara bırakma konusunda hazıroluşluk en iyi şekilde Transteoretik Model (TTM) ile diğer bir adıyla da Kuramlar üstü model ileizah edilmiştir (Karadağlı, 2009).

Her bireyin sigara bırakabileceği fakat öncelikli olarak motivasyon seviyesinin ve bırakmak için hazıroluşluk durumunun belirlenmesinin kullanılacak olan programların sonuç vermesi için önemli olduğu savunulmaktadır. Sigara bıraktırma programlarının başarısızlıklarında bireylerin hazıoluşluk durumuna dikkat edilmeden düzenlenmesi ve uygulanması önem taşımaktadır (Karadağlı, 2009).

Fidan ve ark 2005 da yaptıkları araştırmada Sigarayı bırakma konusunda kararlı olmanın başarıyı pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Fidan ve ark, 2005).

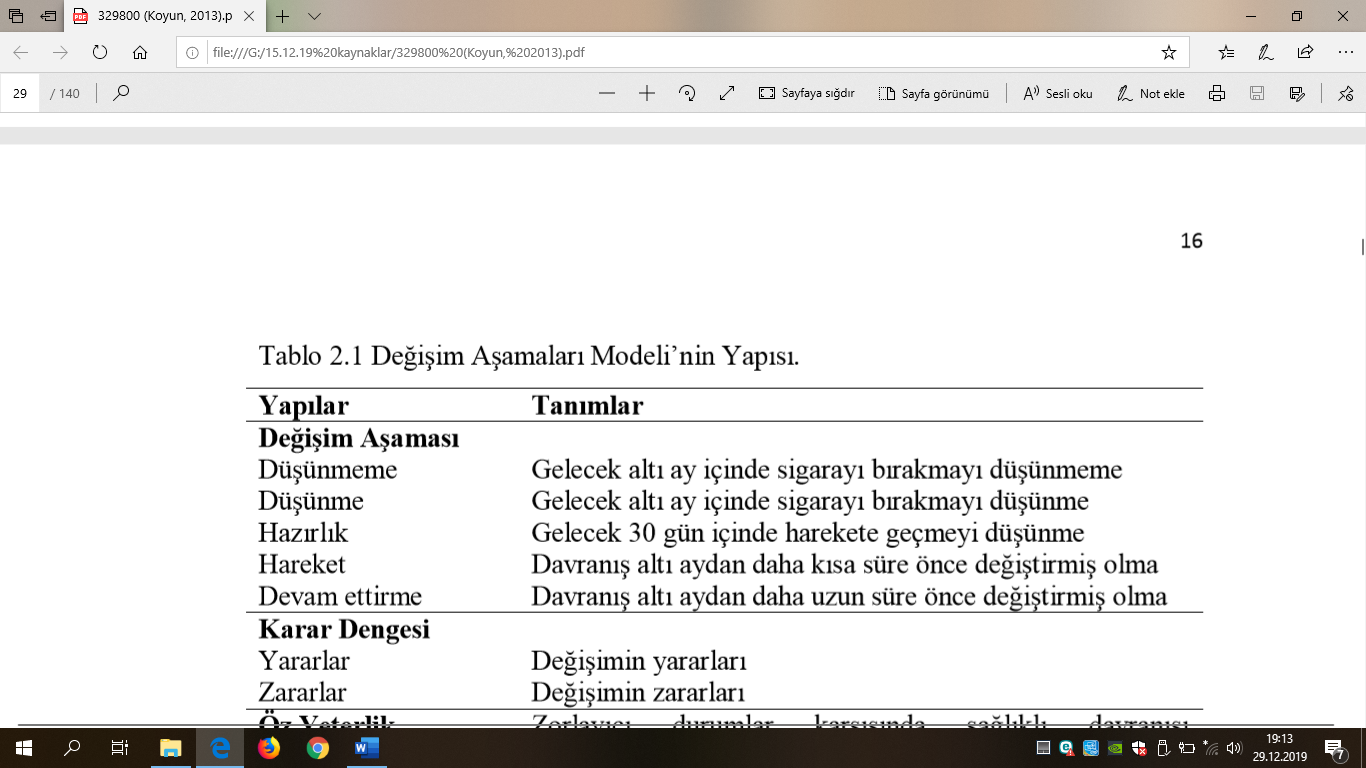
Hazıroluşluğu etkileyen faktörler araştırıldığında yaş, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, günde tüketilen sigara sayısı, sigara bırakma girişimi sayısı önemli bulunmuştur (Karadağlı, 2009)

Yurt içinde ve yurt dışında araştırmalara bakıldığında günlük içilen sigara sayısının 10 ve altında olması ile sigara bırakma girişimi sayısının 2’den fazla olması kişinin sigara bırakmaya daha hazır olduğu belirlenmiştir (Karadağlı, 2009).

Sigara kullanan bireylerden %70’i her yıl bırakmayı düşünmektedir. 1/3’ü de sigarayı bırakmayı denemektedir. İzleyen bir sene içinde desteksiz sigara bırakmayı denetenlerin %98’i yeniden sigara içmeye başlamaktadır (Sayın, 2013)

**2.13.1. Transteoretik Model**

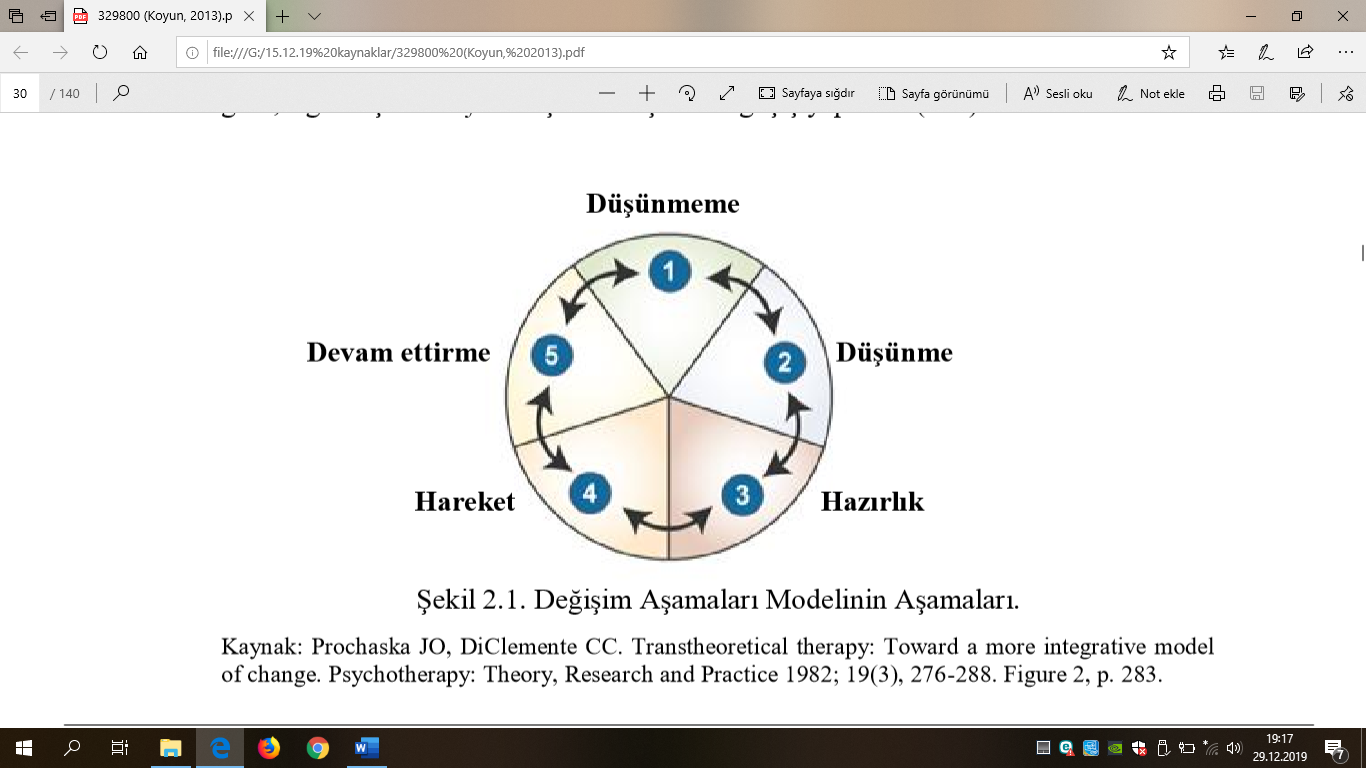
Sigara bırakma konusunda hazıroluşluk en iyi şekilde James Prochaska ve Diclemente’nin 1982 senesinde geliştirdiği Transteoretik Model (TTM) ile açıklanmaktadır (Samancı Tekin, 2010).Transteoretik modelin değişim aşamaları ile kişinin ard arda basamakları ilerleyerek davranış değiştirmesi planlanmaktadır. TTM’nin avantajı değişiminin neticeden çok süreç olmasından kaynaklanmaktadır (Güngörmüş, 2008).Transtoretik Model’e göre değişim aşamaları ve tanımları tablo 3. de gösterilmektedir.

**Tablo 2.** Değişim Aşamaları Modeli’nin yapısı

Tablo 2. Kaynak: Koyun, 2013.

Kişi değişim aşamaları arasında döngüsel bir yol izlemektedir. Şekil 4.de görüldüğü gibi herhangi bir aşamaya geri dönebilir(Erol ve Erdoğan, 2007; Taş ve ark, 2016).Davranış değişiminde kişilerin sistemli şekilde aşamadan aşamaya geçmedikleri fakat sıklıkla ilerleme gösterdikleri ve önceki bir aşamaya tekrar dönebilecek oldukları (relaps) bilinmektedir.Hareket ve sürdürme aşamasındaki bireyler için relaps sık görülmektedir. Düşünme evresindeki bireylerden ortalama %5’i relaps olmadan sürdürme aşamasına varmaktadır. Relapsların %15’i düşünmeme, kalan %85’i düşünme ve hazırlık evrelerine dönüş yaşamaktadır (Koyun, 2013).

**Şekil 4.** Değişim Aşamaları Modeli

****

TTM ilk önce sigara bıraktırma çalışmalarında kullanılmıştır sonrasında farklı bağımlılık davranışlarına ve sağlığı geliştirme programlarına (stresle baş etme, aşırı yeme ve ağırlık kontrolü, madde bağımlılığı gibi) uyarlanmıştır. (Koyun, 2013; Taş ve ark, 2016)

TTM’nin avantajının başarılı davranış değişikliği için kişinin bulunduğu değişim basamağına uygun girişimlerin uygulanması olduğu belirtilmektedir (Koyun, 2013). Yapılan girişimlerin kişisel ve hangi değişim aşamasında olduğuna bağlı olması nedeniyle kişilerin eski davranışlarına gerilemeleri daha az görülmektedir. Bu model değişimin kolay olması için kişinin bulunduğu değişim aşamasına uygun girişimlerin seçilmesini vurgulamaktadır (Koyun, 2013).

Erol'un 2005 yılıbulgularında TTM’nin, toplum için elverişli olduğu, davranış değişikliğinisürdürme oranının epey yüksek olduğu ve uygulamalarınkişilerin ihtiyaçlarına yönelik planlanmasısayesinde relapsların daha az gerçekleştiği açıklanmaktadır.

Her bireye aynı rutin bilgilendirme yapılması zaman kaybı ve davranış değişimine direnç ile sonuçlanabilir. Örneğin sigara bırakmayı henüz düşünmeyen kişiye nikotin yoksunluk semptomları ile başetme eğitimi verilmesi direnç oluşmasına neden olabilir. Kişi davranış değişimi için bir sonraki basamağa hazırlanmalıdır (Koyun, 2013).

Bu modele göre Tablo 3’de görüldüğü gibi sigara içen bireyler beş farklı aşamada geçiş yaparlar (Koyun, 2013).

**Değişim aşamaların özellikleri;**

Sigara bırakmanın düşünülmediği aşama: Kişi sigara ile ilgili değişikliğe hazır değildir. Davranış değişikliğini ve sigaranın zararları hakkında bilgilendirilmek istemez. Bu aşamadazorlayıcı tavır göstermeden sigaranın zararları ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.

Bırakmanın düşünüldüğü aşama: Kişi sigaranın zararlarını bilse de bırakmak için zamansaptayamamıştır. Harekete geçmesi için cesaretlendirilmeli, motivasyon artırmak için görüşmeler düzenlenmelidir.

Bırakmaya hazırlanılan aşama: kişi bırakmaya yönelik bir planoluşturmuştur. Bu aşamada davranış desteği tedavisi vefarmakoterapi uygulanabilir.

Bırakmanın denendiği aşama: kişi sigarayı bırakmıştır ama 6 ayı tamamlamamıştır. Bu evrede sıkı takip yapılmalıdır.

Bırakmayı sürdürme aşaması: kişinin sigarayı bıraktığı süre 6 ayı geçmiştir, nüks riski taşımaktadır. En az bir yıl izlenmelidir (Sayın, 2013).

**2.13.2. Sigara Bırakmada Hazıroluşluğu Etkileyen Faktörler**

Bireyin yaşı, eğitim seviyesi, gelir-gider durumu, günde içtiği sigara miktarı ve sigarayı ilk kullanma zamanı, sigara bırakma konusunda hazıroluşluğu etkileyen faktörler olarakaçıklanmaktadır (Karadağlı, 2009).

Karadağlı’nın 2009 yılında İstanbul ilinde sigara içen bireylerde yaptığı çalışmada: sigara bırakmaya hazıroluşluk durumunuolumlu yönde etkileyen faktörlerin bireyin çalışmıyor olması, hasta olması, iki ve üzerinde sigara bırakma girişimi olması ve nikotin bağımlısı olmaması olduğu sonucuna ulaşılmıştır(Karadağlı, 2009).

Yılmaz’ın 2010 yılında yaptığı araştırmaya göre 5 yıldan daha az sigara içen, ailesi ya da arkadaşları sigara kullanımına karşı olan, nikotin bağımlılığı düşük olan, ara sıra sigara kullanan, yurtta ya da evde arkadaş ile kalan, sigarayı geç deneyen ve başlayan öğrencilerin sigara bırakmayı daha sık düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz, 2010).

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır.

**3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Çalışma, Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Şubat 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

**3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışmanın yapıldığı dönemde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde 1037 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Araştırmanın evreniçalışmaya katılmaya gönüllü sigara içen ve son altı ay içinde bırakma çabasında olan toplam 182 bireyden oluşmaktadır.

**3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri**

* 18 yaş ve üzeri olmak
* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sağlık çalışanı olmak
* Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
* Günde en az bir sigara içmek veya haftada beş ve daha az sigara içmek veya son altı ay içerisinde sigara bırakma çabasında olan ama henüz altı ayı tamamlamamış sağlık çalışanı olmak.

**3.5. Araştırma Soruları**

1. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ile ilişkili faktörler nelerdir?
2. Sigarayı bırakmada transteoretik modele göre bulunan değişim aşaması ve bazı kişisel özellikler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması durumuyla nikotin bağımlılık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Sigara içen sağlık çalışanlarında transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

**3.6.1. Anket Formu**

Anket formu sosyo-demografik özellikler ve sigara içen sağlık çalışanlarının sigaraya ilişkin davranışlarını ve değişim aşamalarını belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür (Karadağlı, 2009; Bilgiç, 2013; Argüder ve ark, 2013; Taş ve ark, 2016; Özvurmaz ve Yavaş, 2016; Dişçigil ve Ünüvar, 2017; Güzel, 2017; Kıdık, 2017; Kaya, 2017; Avcı, 2018; Şen, 2018; Kanık, 2018; Durmaz, 2018) taranarak geliştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının anket formu sosyodemografik özellikleri kapsayan 10 soru, sigaraya ilişkin özellikler 12 sorudan oluşmaktadır(Ek 2).

Anket soruları alanyazın doğrultusunda üç uzman görüşü alınarak (2 Doçent, 1 Dr. Öğr. Üyesi) hazırlanmıştır.

Veri toplama süreci yüz yüze görüşme ile beyana dayalı olarak anket yanıtama ile gerçekleşmiştir. Bilgilendirme ve onay alındıktan sonra anket uygulamasına geçilmiştir. Her bir görüşme 7-15 dakika sürmüştür.

**3.6.2. Transteoretik Model’e(TTM) göre değişim aşamaları algoritması**

Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilen Transteoretik Model’e göre Davranış Değişim Aşamaları algoraitması (DDA) İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılmıştır. Bu modeli diğer davranış değişikliği için kullanılan modellerden ayıran en önemli özelliği, davranış değişiminin bir süreç olduğunu savunmasıdır. Bu model sonraki zamanlarda sağlığı geliştirme programlarından fiziksel aktivite, aşırı yeme ve ağırlık kontrolü, stresle baş etme, madde bağımlılığı gibi farklı sağlık davranışlarına yönelik kullanılmış ve insanların olumsuz davranışlarını nasıl değiştirdiğini ortaya koyan ortak noktalar vurgulanmıştır. (Miller ve Rollnick 1991, Armstrong ve ark. 2011, Özdemir ve Taşçı 2013, Taş ve ark. 2016). Bu çalışmada, transteoretik model değişim aşamalarını, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanmıştır ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmaya düşünmüyor olarak tanımlanmıştır (Ek 1).

Transteoretik model değişim aşamalarını, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanarak ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır, 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmaya düşünmüyor olarak tanımlanmıştır; bu iki grup hazır ve hazır değil olarak kategorize edilmiştir (Taş ve ark, 2016).

**3.6.3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği**

Üçüncü aşamada nikotin bağımlılık düzeyini tespit etmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği kullanılmıştır. (Ek 3) 1978 Fagerström, Fagerström nikotin tolerans testini önermiş, 1991’de Heatherton ve ark. Tarafından ele alınıp faerström nikotin bağımlılık testi ortaya çıkmıştır. Testin Türkçe geçerliliği Uysal ve ark. Tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark, 2004).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 6 sorudan oluşmakta olup altı her cevap için ayrı puan bulunmaktadır, yanıtlarla elde edilen skorun 4’ün üstünde olması bağımlılık olasılığını göstermektedir. Bu testin kapsamlı değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az 0-2 puan, az 3-4 puan, orta 5 puan, yüksek6- 7 puan, çok yüksek 8-10 puan şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir. (Uysal ve ark, 2004; Pomerlau ve ark, 1994)

**3.6.4 Beck Depresyon Ölçeği**

Dördüncü aşamada bireyin depresyon düzeyini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği (21 madde) kullanılmıştır (Ek 4).

BDÖ, Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek için 1961 yılında geliştirilmiştir (Beck ve ark, 1961). 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir (Guy, 1976).Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Hisli, 1989).

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak belirlenmiştir. (Aydemir ve Köroğlu, 2009)

Şiddet olarak 1-10 arası puan normal, 11-16 hafif ruhsal sıkıntı, 17-20 sınırda klinik depresyon, 21-30 orta depresyon, 31-40 ciddi depresyon, 40 ve üzeri çok ciddi depresyon şeklinde yorumlanmaktadır.

**3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanı ön uygulaması Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde sağlık çalışanlarında yapılmış ve anket formu üzerinde gerekli düzenlemeler sağlanmıştır.

**3.8. Araştırmanın Uygulama Planı**

Araştırmanın uygulaması Şubat 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında planlanmıştır.Birinci ay ve ikinci ayda araştırma yapılacak kuruma ve etik kurula izin başvurusu yapılmış, örneklem grubu belirlenmiş ve araştırma yapılacak kurumla görüşülmüştür. Üçüncü ayda kurum izni ve etik kurul izni alınmıştır; dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci aylarda sağlık çalışanlarına kişisel özellikler ve sigaraya ilişkin özelliklerin bulunduğu anket formu, Transteoretik Modele göre davranış değişim algoritması, Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış literatür taramaya devam edilmiştir. Sekizinci ayda veri girişi yapılmış literatür taraması devam edilmiştir. Dokuzuncu, onuncu, on birinci aylarda literatür taraması, verilerin analizi, bulgular yazılmıştır. On ikinci ay ve sonrasında danışmanlar incelemiş tez yazımı ve basımı ilgili kurum-kuruluşlara sunumu yapılmıştır.

**3.9. Değişkenler**

**3.9.1. Bağımlı Değişkenler**

Transteoretik model değişim aşamalarını, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanarak ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır, 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmaya düşünmüyor olarak tanımlanmıştır; bu iki grup hazır ve hazır değil olarak kategorize edilmiştir (Taş ve ark, 2016).

**3.9.2. Bağımsız Değişkenler**

Cinsiyet (Kadın /Erkek), Yaş (40 ve altı/ 41 ve üzeri), Medeni durum (Evli/Evli değil), Eğitim durumu (Lise ve altı/Üniversite ve üzeri), Meslek (Hekimlik/Hemşirelik/Diğer), Çalışma şekli (Vardiyalı/Vardiyasız), Gelir durumu beyanı (İyi/Kötü), Gelir durumu algısı (İyi/Kötü),Evde yaşanan kişi sayısı (Yalnız/Yalnız değil), Çocuk varlığı (evet/hayır), Sağlık algısı (iyi/kötü), Kronik hastalık varlığı (evet/hayır), Ailede sigara ile ilgili hastalık varlığı (evet/hayır), Ailede sigara içen varlığı (evet/hayır), Ailede sigara içmeyen varlığı (evet/hayır), Günlük tüketilen sigara miktarı (1-10/10 ve üzeri), Sigara kullanma yılı (1-10 yıl/11 yıl ve üzeri), Paket yıl (1-10 yıl/11 yıl ve üzeri), Sigara bırakmayı deneme durumu (denememiş/denemiş),Sigara bırakmayı deneme sayısı (iki ve altı/üç ve fazla), Son sigara bırakma denemesi (0-365 gün içinde/366 gün ve öncesi), En uzun sigara bırakma süresi (0-60gün/61 gün ve üzeri), Sigara ile ilgili kanun ve yasal düzenlemelerden haberdar olma (haberi yok/ haberi var), Sigara bırakmada profesyonel bir sağlık çalışanından öneri destek almış olma (evet/hayır), Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği (düşük/yüksek), Beck Depresyon Skalası (düşük/yüksek) bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

**3.10. Araştırmanın Analizi**

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Tanımlayıcı bulgular için ortalama ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile ilişkisini sorguladığımız özelliklerin ortaya çıkarılmasında KiKare ve student t testleri uygulanmış ve ilişkili bulunan faktörle, yaş ve cinsiyet eklenerek çoklu değişkenli lojistik regresyon testi ile tekrar değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

**3.11. Araştırmanın Etik Yönü**

Etik kurul izni, kurum izni (50107718-050.99/18886 Tarih: 21.03.2019) ve sağlık çalışanlarından onam alınmıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan resmi izinler alınmıştır. Gönüllülerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-19013 proje numarası ile desteklenmiştir.

**3.12. Sınırlılıklar**

Kesitsel olarak planlanmış olan çalışmada uygulanan anketin beyana dayalı olması yanlılık içermiş olabilir. Sigara içme beyanı özellikle kadınlarda kültürel özelliklerin etkisinde kalmış olabilir. Kesitsel çalışmaların yapısından kaynaklanan nedensellik ilişki zayıflığı çalışmanın daha geniş grupları temsiliyetini sınırlamaktadır.

**3.13. Araştırma Uygulama Takvimi**

**Tablo 3.** Tez çalışma planı

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAMAN** | **UYGULAMA** |
| **1. ay ve 2. Ay** | Kurum izni/ Etik kurul izin başvurusu  Örneklem grubunun belirlenmesi  Araştırma yapılacak kurum ile görüşülmesi |
| **3. ay** | Kurum izni/ Etik Kurul izni alınması |
| **4.ay - 5.ay -6.ay - 7. Ay** | Anket uygulaması  Literatür taranması. |
| **8. ay** | Veri girişi yapılması  Literatür taranması |
| **9.ay - 10. ay - 11. Ay** | Literatür taranması  Verilerin analizinin yapılması  Bulguların yazılması |
| **12. ay ve sonrası** | Danışmanın incelemesi  Tez yazımı ve basımı  İlgili kurum-kuruluşlara sunumun yapılması |

**4. BULGULAR**

Sigara içen sağlık çalışanlarının Transteoretik Model’e göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörler adlı çalışmamıza 182 kişi katılmıştır. Katılımcıların Transteoretik Model’e göre bulundukları değişim aşamaları sırasıyla; düşünmeyenler 70 (%38,46) kişi, düşünenler 24 (%13,19) kişi, hazır olanlar 68 (%37,36) kişi, harekete geçenler 20 (%10,99) kişiden oluşmaktadır.

**Tablo 4**. Katılımcıların transtoretik modele göre bulunduğu değişim aşamasına ilişkin özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** | | **n** | **%** |
| Değişim aşaması | Düşünmüyor | 70 | 38,46 |
| Düşünüyor | 24 | 13,19 |
| Hazır | 68 | 37,36 |
| Harekete geçmiş | 20 | 10,99 |

Araştırmaya katılanların 101’i (%55,50) kadın, 81’i (%44,50) erkek bireyden oluşmakta ve 145 (%79,67) kişi 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9 (±7,8)’dir. Katılımcıların 92’si (%50,55) evli, 83’ü (%45,60) bekâr, 1’i (%0,55) eşi vefat etmiş ve 6’sı (%3,30) boşanmıştır. Eğitim durumuna göre 5 (%2,70) kişi ilkokul, 5 (%2,70) kişi ortaokul, 43 (%23,60) kişi lise, 29 (%15,90) kişi ön lisans, 68 (%37,40) kişi lisans, 24 (%13,20) kişi yüksek lisans, 8 (%4,40) kişi doktora mezunudur. Çalışmayı 105 (%57,70) hemşire, 34 (%18,70) hekim, 43 (%23,60) diğer sağlık çalışanları oluşturmakta ve 131’i (%72) vardiyalı, 51’i (%28) vardiyasız çalışmaktadır. Katılımcılardan 32 (%17,60) kişi gelirin giderden az, 60 (%33,00) kişi gelirin gidere eşit, 90 (%49,50) kişi gelirin giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların gelir ortalaması 4369,12 (±1862,43) TL iken, gelir-gider fark ortalaması ise 374,61 (±1275,20) TL’dir. Gelirini 8 kişi (%4,40) çok kötü, 25 kişi (%13,70) kötü, 104 kişi (%57,10) orta, 42 kişi (%23,10) iyi, 3 kişi (%1,60) çok iyi algılamaktadır. Araştırmaya katılanların 31’i (%17) yalnız yaşamakta, 151’i (%83) yalnız yaşamayanları temsil etmektedir, 67 kişinin (%36,80) çocuğu vardır, 115 kişinin (%63,20) çocuğu yoktur (Tablo 1). Bireylerden 5 (%2,70) kişi sağlığını kötü, 56 (%30,80) kişi sağlığını orta, 95 (%52,20) kişi sağlığını iyi, 26 (%14,30) kişi sağlığını çok iyi olarak algılamaktadır ve 34’ünün (%18,70) kronik hastalığı vardır.

**Tablo 5.**Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** | | **n** | **%** |
| Yaş | 40 yaş altı | 145 | 79,67 |
| 40 ve üzeri | 37 | 20,33 |
| Cinsiyet | Kadın | 101 | 55,50 |
| Erkek | 81 | 44,50 |
| Medeni durum | Evli | 92 | 50,55 |
| Bekar | 83 | 45,60 |
| Eşi vefat etmiş | 1 | 0,55 |
| Boşanmış | 6 | 3,30 |
| Eğitim durumu | İlkokul | 5 | 2,70 |
| Ortaokul | 5 | 2,70 |
| Lise | 43 | 23,60 |
| Ön lisans | 29 | 15,90 |
| Lisans | 68 | 37,40 |
| Yüksek lisans | 24 | 13,20 |
| Doktora | 8 | 4,40 |
| Meslek | Hekimlik | 34 | 18,70 |
| Hemşirelik | 105 | 57,70 |
| Diğer | 43 | 23,60 |
| Çalışma şekli | Vardiyalı | 131 | 72,00 |
| Vardiyasız | 51 | 28,00 |
| Gelir durumu beyanı | Gelir giderden az | 32 | 17,60 |
| Gelir gidere eşit | 60 | 33,00 |
| Gelir giderden fazla | 90 | 49,50 |
| Gelir algısı | Çok kötü | 8 | 4,40 |
| Kötü | 25 | 13,70 |
| Orta | 104 | 57,10 |
| İyi | 42 | 23,10 |
| Çok iyi | 3 | 1,60 |
| Evde yalnızlık durumu | Yalniz | 31 | 17,00 |
| Değil | 151 | 83,00 |
| Çocuk var mı | Yok | 115 | 63,20 |
| Var | 67 | 36,80 |
| Sağlık algısı | Kötü | 5 | 2,70 |
| Orta | 56 | 30,80 |
| İyi | 95 | 52,20 |
| Çok iyi | 26 | 14,30 |
| Kronik hastalık varlığı | Hayır | 148 | 81,30 |
| Evet | 34 | 18,70 |

Katılımcılardan 36’sının (%19,80) ailesinde sigara ile ilişkili hastalık bulunmaktadır. Katılımcılardan 122 (%67) kişinin ailesinde sigara içen bulunmaktadır. Ailesinde sigara içmeyen birey varlığı sorusuna yanıt verenler ise 167 (%91,80) saptanmıştır. Katılımcılardan günlük 1-10 adet sigara içenler (%44,50) 81 kişi, 11-20 adet sigara içenler (%46,70) 85 kişi, 21-30 adet sigara içenler (%7,10) 13 kişi, 31 ve fazla sigara içenler (%1,60) 3 kişidir. Sigara günlük tüketim ortalaması 14,80 (±8,72) bulunmuştur. Katılımcılardan 52 kişi (%28,60) daha önce sigarayı bırakmayı denememiş, 130 kişi (%71,40) daha önce sigara bırakmayı denemiştir, sigara bırakmayı bir kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, iki kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, üç ya da daha fazla kez deneyenler 32 (%34,10) kişiden oluşmaktadır. Bireylerde paket/yıl sigara kullanımı 1-10 yıldır kullananlar (%73,60) 134 kişidir, 11-20 yıl kullananlar (%18,70) 34 kişidir, 21 yıl ve üzeri kullananlar (%7,70) 14 kişidir. Katılımcıların ortalama sigara kullanım süresi 9,86 (±6,86) yıldır. Katılımcılardan son bir yılda sigara bırakmayı deneyenler 88 (%48,40) kişidir, sigara bırakma denemesi bir yılı geçenler 42 (%23,10) kişidir. En uzun bırakma süresi 0-60 gün olanlar 107 (%58,80) kişiden, 61-180 gün olanlar 25 (%13,70) kişiden, 181 gün ve üzeri olanlar 50 (%27,50) kişiden oluşmaktadır. Yürürlükte olan kanun/yasalardan hiç haberdar olmayan katılımcı sayısı %11 oranı ile 20’dir, biraz bilgili olanların sayısı %50 oranı ile 91’dir, oldukça bilgili olanların sayısı %39 oranı ile 71 kişidir. Daha önce sigara bırakma konusunda öneri destek alanlar (%16,50) 30 kişi, almayanlar (%83,50) 152 kişidir (Tablo 1).

**Tablo 6.**Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** |  | **n** | **%** |
| Ailede sigara ile hastalık varlığı | Hayır | 146 | 80,20 |
| Evet | 36 | 19,80 |
| Ailede sigara içen varlığı | Evet | 122 | 67,00 |
| Hayır | 60 | 33,00 |
| Ailede sigara içmeyen varlığı | Evet | 167 | 91,80 |
| Hayır | 15 | 8,20 |
| Günlük sigara miktarı | 1-10 adet | 81 | 44,50 |
| 11-20 adet | 85 | 46,70 |
| 21-30 adet | 13 | 7,10 |
|  | 31 ve fazla | 3 | 1,60 |

**Tablo 6.** Katılımcıların sigara kullanımına ilişkin özellikleri (devamı)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** |  | **n** | **%** |
| Bırakmayı deneme durumu | Denememiş | 52 | 28,60 |
| Denemiş | 130 | 71,40 |
| Bırakmayı deneme sayısı | Hiç denememiş | 52 | 28,60 |
| Bir kez | 34 | 18,70 |
| İki kez | 34 | 18,70 |
| Üç ya da daha fazla kez | 62 | 34,10 |
| Paket yıl | 1-10 yıl | 134 | 73,60 |
| 11-20 yıl | 34 | 18,70 |
| 21 yıl ve üzeri | 14 | 7,70 |
| Son bırakma denemesi | 0-365 gün içinde | 88 | 48,40 |
| 366 gün ve öncesi | 42 | 23,10 |
| En uzun bırakma süresi | 0-60 | 107 | 58,80 |
| 61-180 | 25 | 13,70 |
| 181 ve üzeri | 50 | 27,50 |
| Yasalardan haberdar olma | Hiç haberdar değilim | 20 | 11,00 |
| Biraz bilgiliyim | 91 | 50,00 |
| Oldukça bilgiliyim | 71 | 39,00 |
| Öneri destek almış olma | Evet | 30 | 16,50 |
| Hayır | 152 | 83,50 |

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testine göre (%50,50) 92 kişinin bağımlılığı çok düşük düzeyde, (%20,30) 37 kişinin bağımlılığı düşük düzeyde, (%8,80) 16 kişinin bağımlılığı orta düzeyde, (%12,10) 22 kişinin bağımlılığı yüksek düzeyde, (%8,20) 15 kişinin bağımlılığı çok yüksek düzeydedir.

**Tablo 7.**Katılımcıların fagerström nikotin bağımlılık testine ilişkin özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** |  | **n** | **%** |
| Fagerstrom Nikotin Bağımlılık | Çok düşük | 92 | 50,50 |
| Düşük | 37 | 20,30 |
| Orta | 16 | 8,80 |
| Yüksek | 22 | 12,10 |
|  | Çok yüksek | 15 | 8,20 |

Beck Depresyon Skalasına göre (%59,30) 108 kişi minimal depresyon, (%20,90) 38 kişi hafif depresyon, (%17,60) 32 kişi orta depresyon, (%2,20) 4 kişi şiddetli depresyon olarak bulunmuştur. Katılımcıların özelliklerinin dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

**Tablo 8.** Katılımcıların beck depresyon ölçeğine ilişkin özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** |  | **n** | **%** |
| Beck Depresyon Skalası | Minimal | 108 | 59,30 |
| Hafif | 38 | 20,90 |
| Orta | 32 | 17,60 |
| Şiddetli | 4 | 2,20 |

Yapılan tekli değişken analizlerinde müdahaleye hazır olma durumu ile günlük sigara tüketimi arasında az sigara içme yönünde (p=0,001), bırakmayı deneme durumu ile denemiş olma yönünde (p=0,001), bırakmayı deneme sayısı ile üç ve fazla bırakma deneyimi yönünde (p=0,002), son bırakma denemesi ile son bir yıl içinde olma yönünde (p=0,004), en uzun bırakma süresi ile 61 ve üzeri olma yönünde (p=0,044), destek almış olma durumu ile destek almışlar yönünde (p=0,028) anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamızda müdahaleye hazır olma durumu ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p>0,05). Hazır olma durumu ile değişkenlerin ilişkisi Tablo 6’de gösterilmektedir.

**Tablo 9.**Katılımcıların hazır olma durumu ile sosyoydemografik değişkenlerin ilişkisi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** | | **Hazır** | | **Hazır değil** | | **p** |
| **n** | **%\*** | **n** | **%\*** |
| Yaş | 40 yaş altı | 70 | 48,30 | 75 | 51,70 | 0,968 |
| 40 ve üzeri | 18 | 48,60 | 19 | 51,40 |
| Cinsiyet | Kadın | 49 | 48,50 | 52 | 51,50 | 0,961 |
| Erkek | 39 | 48,40 | 42 | 51,60 |
| Medeni Durum | Evli değil | 40 | 44,40 | 50 | 55,60 | 0,297 |
| Evli | 48 | 52,20 | 44 | 47,80 |
| Eğitim Durumu | Lise ve altı | 25 | 47,20 | 28 | 52,80 | 0,838 |
| Üniversite ve üzeri | 63 | 48,80 | 66 | 51,20 |
| Meslek | Hekimlik | 14 | 41,20 | 20 | 58,80 | 0,561 |
| Hemşirelik | 51 | 48,60 | 54 | 51,40 |
| Diğer | 23 | 53,50 | 20 | 46,50 |
| Çalışma Şekli | Vardiyalı | 65 | 49,60 | 66 | 50,40 | 0,584 |
| Vardiyasız | 23 | 45,10 | 28 | 54,90 |
| Gelir Durumu Beyanı | Kötü | 45 | 48,90 | 47 | 51,10 | 0,878 |
| İyi | 43 | 47,80 | 47 | 52,20 |
| Gelir Algısı | Kötü | 67 | 48,90 | 70 | 51,10 | 0,794 |
| İyi | 21 | 46,70 | 24 | 53,30 |
| Evde Yalnızlık Durumu | Yalnız | 18 | 58,10 | 13 | 41,90 | 0,235 |
| Yalnız değil | 70 | 46,40 | 81 | 53,60 |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | Yok | 57 | 49,60 | 58 | 50,40 | 0,668 |
| Var | 31 | 46,30 | 36 | 53,70 |
| Sağlık Algısı | Kötü | 28 | 45,90 | 33 | 54,10 | 0,639 |
| İyi | 60 | 49,60 | 61 | 50,40 |
| Kronik Hastalık Varlığı | Yok | 75 | 50,70 | 73 | 49,30 | 0,191 |
| Var | 13 | 38,20 | 21 | 61,80 |

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

**Tablo 10.**Katılımcıların hazır olma durumu ile sigara kullanımına ilişkin değişkenlerin ilişkisi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** | | **Hazır** | | **Hazır Değil** | | **p** |
| **n** | **%\*** | **n** | **%\*** |
| Ailede Sigara İçmeye Bağlı Hastalık Varlığı | Yok | 71 | 48,60 | 75 | 51,40 | 0,880 |
| Var | 17 | 47,20 | 19 | 52,80 |
| Ailede Sigara İçen | Yok | 28 | 46,70 | 32 | 53,30 | 0,750 |
| Var | 60 | 49,20 | 62 | 50,80 |
| Ailede Sigara İçmeyen | Yok | 4 | 26,70 | 11 | 73,30 | 0,079 |
| Var | 84 | 50,30 | 83 | 49,70 |
| Günlük Sigara Miktarı | 1-10 adet | 50 | 61,70 | 31 | 38,30 | **0,001** |
| 11 ve üzeri | 38 | 37,60 | 63 | 62,40 |
| Sigara Kullanma Yılı | 1-10 yıl | 62 | 49,60 | 63 | 50,40 | 0,618 |
| 11 ve üzeri | 26 | 45,60 | 31 | 54,40 |
| Paket Yıl | 1-10 yıl | 68 | 50,70 | 66 | 49,30 | 0,280 |
| 11 ve üzeri | 20 | 41,70 | 28 | 58,30 |
| Bırakmayı Deneme Durumu | Denememiş | 12 | 23,10 | 40 | 76,90 | **0,001** |
| Denemiş | 76 | 58,50 | 54 | 41,50 |
| Bırakmayı Deneme Sayısı | İki ve altı | 31 | 54,40 | 37 | 45,60 | **0,002** |
| Üç ve fazla | 45 | 72,60 | 17 | 27,40 |
| Son Bırakma Denemesi | 0-365 gün içinde | 59 | 67,00 | 29 | 33,00 | **0,004** |
| 366 gün ve öncesi | 17 | 40,50 | 25 | 59,50 |
| En Uzun Bırakma Süresi | 0-60 | 24 | 46,20 | 28 | 53,80 | **0,044** |
| 61 ve üzeri | 36 | 65,50 | 19 | 34,50 |
| Yasalardan Haberdar Olma | Haberi yok | 54 | 48,60 | 57 | 51,40 | 0,920 |
| Haberi var | 34 | 47,90 | 37 | 52,10 |
| Sigara Bırakma Konusunda Öneri Destek Alma | Hayır | 68 | 44,70 | 84 | 55,30 | **0,028** |
| Evet | 20 | 66,70 | 10 | 33,30 |

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

**Tablo 11.**Katılımcıların hazır olma durumu ile fagerström nikotin bağımlılık ölçeği ilişkisi

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** | | **Hazır** | | | **Hazır Değil** | | | **p** |
| **n** | | **%\*** | **n** | | **%\*** |
| Fagerström Skala | Düşük | 71 | 49,00 | | 74 | 51,00 | | 0,743 |
| Yüksek | 17 | 45,90 | | 20 | 54,10 | |

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

**Tablo 12.**Katılımcıların hazır olma durumu ile beck depresyon ölçeği ilişkisi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler (N=182)** | | **Hazır** | | **Hazır Değil** | | **p** |
| **n** | **%\*** | **n** | **%\*** |
| Beck Depresyon Skalası | Düşük | 68 | 46,60 | 78 | 53,40 | 0,334 |
| Yüksek | 20 | 55,60 | 16 | 44,40 |

\*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Çoklu değişken analizine göre hazır olma durumu ile ilişkili faktörler Tablo 3’te gösterilmektedir. Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı 11- ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,5 (%95 GA 1,9-10,6) kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 (%95 GA 1,2-6,8 ); üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 (%95 GA 1,2-6,1) kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeni çoklu analizlerde müdahaleye hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir (p>0,05). Tablo 7’de gösterilmektedir.

**Tablo 13.**Katılımcıların çoklu değişken analizine göre hazır olma durumu ile ilişkili faktörler\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | | **OR** | **%95 GA** | | **P** |
|
| Yaş |  | 1,006 | 0,955 | 1,06 | 0,818 |
| Cinsiyet | Kadın | 0,693 | 0,297 | 1,615 | 0,396 |
| Erkek | 1 | | |
| Günlük Sigara Tüketimi | 1-10 adet | 4,468 | 1,877 | 10,632 | 0,001 |
| 11 ve fazlası | 1 | | |
| Sigarayı En Son Bırakmayı Deneme Zamanı | 0-365 gün içinde | 2,817 | 1,169 | 6,789 | 0,021 |
| 366 ve sonrası gün | 1 | | |
| Sigara Bırakma Konusunda Öneri Destek Alma | Almış olma | 1,711 | 0,591 | 4,959 | 0,322 |
| Almamış olma | 1 | | |
| Sigara Bırakmayı Deneme Sayısı | 3 ve üzeri deneme | 2,696 | 1,192 | 6,100 | 0,017 |
| 2 ve altı deneme | 1 | | |

\*Nagelkerke R Square: 0,330

**5. TARTIŞMA**

Sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi’nde yürütülmüştür. Günde1-10 adet sigara içen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri sigara içenlerden 4,5 kat fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 ; üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat müdahaleye hazır bulunmuştur.

**Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Tartışılması**

Çalışmamızda katılımcıların %55,5’i kadın bireyden oluşmakta ve %79,7’si 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9’dur. Sayan ve arkadaşlarının 2009’da GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi’nde hemişirelerde yaptığı çalışmada yaş ortalaması bu çalışmanın yaş ortalamasına benzer niteliktedir ve 28,0±5,1 dir (Sayan, 2009).Özvurmaz ve Yavaş’ın Aydın ili 2018 yılında hekim dışı sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmanın %86,7’si kadınlardan oluşmaktadır (Özvurmaz ve Yavaş, 2018). Yine Talay ve ark.’nın 2007’deİstanbul’un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmadakadın oranı %67 ile çalışmamızda olduğu gibi erkeklerden fazladır (Talay ve ark, 2007). Katılımcıların çoğunluğunun hemşire olması ve araştırmanın eğitim araştırma hastanesinde yapılıyor olması bu benzerliklerin sebebi olabilir.

Yalçınkaya’nın 2019 çalışmasında Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %34,5’i lise ve altı, %65,4’ü lise üstü eğitim düzeyindedir Bu çalışmada benzer özelliklerdedir lise ve altı %29,12 önlisans ve üzeri %70,88’den oluşmaktadır (Yalçınkaya, 2019).Velioğlu’nun 2017 çalışmasına katılanların eğitim düzeyi; %22,8 üniversite ve üstü, %30,5 lise mezunu, %12,6) ortaokul mezunu, %33,5 ilkokul mezunu olup, %0,06 kişi okur-yazar değildir (Velioğlu, 2017). Farklı yaş ve eğitim düzeyinde gruplara yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bunun nedeninin sağlık çalışanlarının farklı meslek grupları içeriyor olması ve araştırmanın yapıldığı kurumunun özellikleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

**Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Transteoretik Modele Göre Bulunduğu Değişim Aşamasının Tartışılması**

Katılımcıların Transteoretik Model’e göre bulundukları değişim aşamaları; hazır olanlar %37,36, harekete geçenler %10,99 oranındadır.Yalçınkaya’nın 2019’da bir aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yaptığı çalışmada, bu araştırmadan farklı oranlarda sonuçlara ulaşmıştır. Bulgularında sigara içen bireylerin %20,9’unun sigara bırakmaya hazırlık aşamasında olduğu saptanmıştır (Yalçınkaya, 2019). Bu durum çalıştığımız grubun sağlık çalışanı olması nedeniyle farkındalığın yüksek olmasından kayaklanıyor olabilir. Karadağlı kişinin sigara bıraktırma programından etkili biçimde yararlanabilmesi için öncelikli olarak sigara bırakmaya hazır olmasının gerektiğini savunmaktadır (Karadağlı, 2009). Bireye uygun sigara bıraktırma müdehalesinin seçilmesi için davranış değişim aşamasının belirlenmesi bu nedenle önem taşımaktadır.

**Sigara İçen Sağlık Çalışanlarının Sigara BırakmayaHazır Olma Durumunun Tartışılması**

**Günlük Sigara Tüketimi**

Bu çalışmada günde 1-10 adet sigara içen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri sigara içenlerden 4,5 kat fazla bulunmuştur. Karadağlı’nın 2009 yılı İstanbul ilinde sigara içen bireylerde yaptığıçalışmada benzer şekilde günde 11 adet veüstüne göre 10 ve daha az sayıda sigara içenlerde hazıroluşluk durumu daha fazlabulunmuştur (Karadağlı, 2009).Lipkus ve ark. 2005’te Amerika’da gençlerin sigara bırakma isteklerini değerlendirdikleri çalışmada, az sayıda sigara içenler sigara bırakmaya daha hazır bulunmuştur (Lipkus ve ark, 2005). Argüder ve arkadaşlarının 2013 de yaptığı araştırmasında ulaşılan veriler de bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Sigarayı bırakamayan grubun günde içilen sigara sayısı daha fazla tespit edilmiştir (Argüder ve ark, 2013). Yine John ve ark. 2003’de çalısmalarına benzer şekilde bu çalışmada da günlük olarak 11 adet ve üstüne göre 10 ve daha az sayıda sigara içenlerde hazıroluşluk durumu daha fazla bulunmuştur (John ve ark, 2003).Bununla birlikte Karaman devlet hastanesi çalışanlarında 2019’da yapılan araştırmada gün içerisinde tüketilen sigara sayısının sigara bırakma durumuna etki etmediği bulunmuştur (Yaşar, 2019).

Günlük tüketilen sigara sayısı nikotin bağımlılığı ile doğru orantılıdır bu nedenle günlük sigara tüketiminin az olması ile bırakmaya hazırolma arasında olumlu sonuç beklenir. Nikotin bağımlılığı ile bu çalışmada anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ancak fagerström nikotin bağımlılık ölçeğinde farklı değişkenlerin olması bunun nedeni olabileceğini düşündürmektedir. Kişinin tükettiği sigara sayısı sigaraya atfettiği değer olarak düşünülürse daha az kullanan bireyin sigara bırakmaya daha hazırolması beklenir bir sonuç olarak düşünülmektedir.

**Sigarayı En Son Bırakmayı Deneme Zamanı**

Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 kat müdahaleye hazır bulunmuştur.

Çalışmamızın diğer araştırmalarda çok karşılaşılmayan bu verisi doğrultusunda bireylerin yakın zamanlı tecrübelerinin önemli olabileceği ve her bırakma girişiminin hazıroluşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuda daha çok araştırma yapılması literatüre katkı sağlayabilir.

**Sigara Bırakmayı Deneme Sayısı**

Üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Yaşar’ın 2019’da çalışmasında sigara bırakmayı tekrar tekrar denemenin sigara bırakmada etkili olduğu bulunmuştur(Yaşar, 2019). Yine bu çalışmaya benzer Aday Avcı’nın 2018 çalışmasında daha önce bırakma deneyimi olanlar olmayanlardan 3,3 kat daha fazla sigarayı bırakmayı düşünmekteydi (Aday Avcı, 2018).Yalçınkaya’nın 2019’da bir aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yaptığı çalışmada sigarayı bırakma deneme sayısı fazla olan kişiler bırakmaya daha çok hazır bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı hiç denemeyenlerin sigara bırakmayı düşünmeme aşamasında olma oranı, 1-2 kez ve 3 ve daha fazla deneyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sigarayı bırakmayı 1-2 kez deneyenlerin sigara bırakmaya hazırlık aşamasında olma oranı, 3 ve daha fazla deneyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.Katılımcıların sigara bırakmayı deneme sayısı grupları arasında sigara bırakmaya hazır olma durumu dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır , Sigarayı bırakmayı 1-2 kez deneyenlerin bırakmaya hazırlık aşamasında olma oranı (%20), 3 ve daha fazla deneyenlerden (%37.8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Yalçınkaya, 2019). Yine bu bulguları destekler nitelikte Karadağlı’nın 2009’da yaptığı araştırmaya göre sigarayı bırakma deneme sayısının hazıroluşluk durumunu etkileyen faktör olduğu belirlendi. Buna göre sigara bırakmaya hazır olma olasılığının, iki ve daha fazla sayıda sigara bırakmayı deneyenlerde 2,6 kat arttığı saptanmıştır (Karadağlı, 2009). Çalışmalarda ulaşılan sonuçlar bu çalışma verileri ile benzer özelliklerdedir.Bireyin sigara bırakma denemesinin motivasyon kaybından ziyada olumlu tecrübe olışturduğu düşünülmektedir.

**Sigara Bırakma Konusunda Öneri Destek Alma**

Yalçınkaya’nın 2019’da İstanbul ili aile hekimliği polikliniğinde sigara bırakma önerisi alan kişiler sigara bırakmaya daha çok hazır bulunmuştur. Sigara bırakma önerisi alanların sigara bırakmayı düşünme aşamasında olma oranı %25, bırakma önerisi almayanlardan %12.7 istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Yalçınkaya, 2019). Bu çalışmada benzer bulgulara ulaşılmıştır tekli değişken analizlerindeöneri almış olanların daha hazırolduğu sonucuna ulaşılırken çoklu analizlerde hazırolma ile olan ilişkisini yitirmiştir. Sigara bırakma konusunda öneri almanın, bırakmaya hazır olma konusunda önemli bir faktör olduğu söylenebilir

**6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

**6.1. Sonuçlar**

Çalışmamızda araştırmaya katılanların %55,5’i (n=101) kadın, %44,50’i (n=81) erkek bireyden oluşmakta ve 145 (%79,67) kişi 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9 (±7,8)’dir.Eğitim durumuna göre 5 (%2,70) kişi ilkokul, 5 (%2,70) kişi ortaokul, 43 (%23,60) kişi lise, 29 (%15,90) kişi ön lisans, 68 (%37,40) kişi lisans, 24 (%13,20) kişi yüksek lisans, 8 (%4,40) kişi doktora mezunudur.

Çalışmayı 105 (%57,70) hemşire, 34 (%18,70) hekim, 43 (%23,60) diğer sağlık çalışanları oluşturmakta ve 131’i (%72) vardiyalı çalışmaktadır.

Katılımcılardan 32 (%17,60) kişi gelirin giderden az, 60 (%33,00) kişi gelirin gidere eşit, 90 (%49,50) kişi gelirin giderden fazla olduğunu belirtmiştir. Gelir ortalaması 4369,12 (±1862,43) TL iken, gelir-gider fark ortalaması ise 374,61 (±1275,20) TL’dir.

Araştırmaya katılanların 151’i (%83) yalnız yaşamamaktadır.

Katılımcılardan 95 (%52,20) kişi sağlığını iyi, olarak algılamaktadır ve 34’ünün (%18,70) kronik hastalığı vardır, 36’sının (%19,80) ailesinde sigara ile ilişkili hastalık bulunmaktadır. Katılımcılardan 122 (%67) kişinin ailesinde sigara içen bulunmaktadır, 167’sinin (%91,80) ailesinde sigara içmeyen birey bulunmaktadır.

Katılımcılardan günlük 1-10 adet sigara içenler (%44,50) 81 kişi, 11-20 adet sigara içenler (%46,70) 85 kişi, 21-30 adet sigara içenler (%7,10) 13 kişi, 31 ve fazla sigara içenler (%1,60) 3 kişidir. Sigara günlük tüketim ortalaması 14,80 (±8,72) bulunmuştur. Katılımcılardan 130 kişi (%71,40) daha önce sigara bırakmayı denemiştir, sigara bırakmayı bir kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, iki kez deneyenler 34 (%18,70) kişi, üç ya da daha fazla kez deneyenler 32 (%34,10) kişiden oluşmaktadır.

Bireylerde paket/yıl sigara kullanımı 1-10 yıldır kullananlar (%73,60) 134 kişidir, 11-20 yıl kullananlar (%18,70) 34 kişidir, 21 yıl ve üzeri kullananlar (%7,70) 14 kişidir. Katılımcıların ortalama sigara kullanım süresi 9,86 (±6,86) yıldır. Katılımcılardan son bir yılda sigara bırakmayı deneyenler 88 (%48,40) kişidir.

En uzun bırakma süresi 0-60 gün olanlar 107 (%58,80) kişiden, 61-180 gün olanlar 25 (%13,70) kişiden, 181 gün ve üzeri olanlar 50 (%27,50) kişiden oluşmaktadır.

Yürürlükte olan kanun/yasalardan hiç haberdar olmayan katılımcı sayısı %11 oranı ile 20’dir, biraz bilgili olanların sayısı %50 oranı ile 91’dir, oldukça bilgili olanların sayısı %39 oranı ile 71 kişidir. Daha önce sigara bırakma konusunda öneri destek alanlar (%16,50) 30 kişidir.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık testine göre (%50,50) 92 kişinin bağımlılığı çok düşük düzeyde, (%20,30) 37 kişinin bağımlılığı düşük düzeyde, (%8,80) 16 kişinin bağımlılığı orta düzeyde, (%12,10) 22 kişinin bağımlılığı yüksek düzeyde, (%8,20) 15 kişinin bağımlılığı çok yüksek düzeydedir. Beck Depresyon Skalasına göre (%59,30) 108 kişi minimal depresyon, (%20,90) 38 kişi hafif depresyon, (%17,60) 32 kişi orta depresyon, (%2,20) 4 kişi şiddetli depresyon olarak bulunmuştur.

Katılımcıların Transteoretik Model’e göre bulundukları değişim aşamaları sırasıyla; düşünmeyenler 70 (%38,46) kişi, düşünenler 24 (%13,19) kişi, hazır olanlar 68 (%37,36) kişi, harekete geçenler 20 (%10,99) kişiden oluşmaktadır.

Sigara içen sağlık çalışanlarının müdahaleye hazır olma durumu ile günlük sigara tüketimi arasında az sigara içme yönünde, bırakmayı deneme durumu ile denemiş olma yönünde, bırakmayı deneme sayısı ile üç ve fazla bırakma deneyimi yönünde, son bırakma denemesi ile son bir yıl içinde olma yönünde, en uzun bırakma süresi ile 61 ve üzeri olma yönünde, destek almış olma durumu ile destek almışlar yönünde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmamızda müdahaleye hazır olma durumu ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,5 katfazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 ; üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat müdahaleye hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeninde tekli değişken analizlerinde destek almışlar yönünde anlamlı ilişki tespit edilmişken, çoklu analizlerde müdahaleye hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir.

**6.2. Öneriler**

Konuya ilişkin niteliksel araştırmalar yardımıyla derinlemesine bilgi edinilebilir.

Sigara kullanıcısı olan sağlık çalışanlarının sigarayı bıraktırmaya yönelik profesyonel yardım almaları sağlanabilir.

Bu araştırma bulguları farklı araştırmalar ile karşılaştırılıp doğrulanması ile farkındalık oluşması ve sonrasında halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında girişimsel programların geliştirilmesine rehberlik edebilir.

Transteoretik modele göre bulunulan değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesine yönelik farklı örneklem gruplarında çalışmalar yapılabilir ve elde edilecek sonuçlar üzerinden karşılaştırmalar yapılabilir.

Günde 10 adet ve daha az sigara içenler, son bir yılda sigara bırakmayı denemiş olanlar, üç ve üzeri sayıda sigara bırakma denemesi olanlar için sigara bırakma konusunda programlar düzenlenip, uygulanabilir.

**KAYNAKLAR**

**Aday Avcı B.**Aydın İli Efeler ilçesinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerde Sigara İçme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Uzmanlık Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın 2018.

**Alışkın Ö, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A.**Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi,* 2015, 6(24), 32-42.

**Altuntaş Ö.** Daha Önce Psikiyatrik Bir Hastalık Tanısı Almış Olan Kişilerde Sigara Bıraktırma Programıyla Kısa ve Orta Vadede Sigara Bırakmadaki Başarı Oranları, Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun 2014.

**Ardıç Çobaner A.** Hak Temelli Sağlık Yaklaşımı Bağlamında Tütün Kontrolü Haberlerinin Basında Çerçevelenmesi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Anabilim Dalı, Ankara 2013.

**Argüder E, Karalezi A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P.**Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 2013, 14, 81-87.

**Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Compbell TS, Hemmelgarn BR.** Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Review*, 2011, 12, 709-723.

**Aslan D, Bilir N, Özcebe H.** –T.C. Sağlık Bakanlığı– “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Etkileyen Faktörler” Sağlık Bakanlığı Araştırma Raporu, Ankara, 2008, 11-47.

**Atılgan Y, Gürkan S, Şen E.**Hastanemizde çalışan personelin sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi,* 2008, 9(4), 160-166.

**Avcı E.** Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Sigara Bağımlısı Kişilere Sigara Bırakma Çalışması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara 2018.

**Aydemir Ö, Köroğlu E.** Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 4. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2009, 93-335.

**Başol E, Can S.** Tütün tüketiminin ekonomik etkileri ve tütün kontrol politikaları üzerine bir inceleme. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi,* 2015, 7 (4).

**Beck AT, Ward CH. Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry, 1961,4(6), 561–571.

**Bilgiç N.** Lise Öğrencileri Üzerinde Sigara Konusunda Yürütülecek Olan Akran Eğitiminin Sigara Kullanma Davranışı Üzerindeki Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013.

**Bilir N.** Türkiye tütün kullanımında dünyanın neresinde? *Türk Toraks Dergisi,* 2009, 10, 4-31.

**Çalışkan S, Metintaş S.** Dünyada tütün kontrol uygulamalarının küresel ölçekte değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi,* 2018, 3(1), 32-41.

**Çalışkan Ş.** Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler (Ekonometrik bir yaklaşım). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 2015, 8(2), 23-48.

**Dilek A.** Isparta İl Merkezi ve Merkeze Bağlı Köy ve Kasabada Görev Yapan Müftülük Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta 2011.

**Doğanay S, Sözmen K, Kalaça S, Ünal B.** Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,* 2012, 10(2), 93-115.

**Durmaz A.** Üniversitelerde Hemşirelik Eğitimi Alan Öğrencilerin Sigara Kullanımı ve Kişilik Özelliklerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2004.

**Durmaz S.** Sigara Bırakma Polikliniği’ne Eklemlenmiş Sosyal Medya Kullanımının Sigara Bırakma Başarısına Etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2018.

**Ergüder T.** Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2008.

**Erol S, Erdoğan S.** Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanıması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2007, 10(2), 86-94.

**Ersoy Ö.** Kahramanmaraş İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Madde Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana 2015.

**Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z.** Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi,* 2005,6, 27-34.

**Guy W.** Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology, revised edition. National Institute of Mental Health, Dept. of Health, Education and Welfare Publication (ADM), 1976, 218-22.

**Günay E, Şimşek Z, Kutucularoğlu G, Metinyurt G.** Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti askeri sağlık personelinde sigara içme sıklığı, nikotin bağımlılığı ve ucuz sigara satışının etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi,* 2010, 58(4), 393-400.

**Günaydın H.** Sağlık Çalışanlarında Sigara Kullanımı, Depresyon Semptomatolojisi ve Premenstruel Sendrom Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi,Selçuk ÜniversitesiSağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2018.

**Güngörmüş Z.** Sigara Bıraktırmaya Yönelik Lise Öğrencilerine Verilen Transteoretik Model Temelli Eğitimin Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum 2008.

**Güzel MG.** Bir Sigara Bırakma Merkezine Başvuran Kişilerde Algılanan Sosyal Desteğin Sigara Bırakma Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir 2017.

**Hisli N.** Beck Depresyon Envanteri’nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi,* 1989, 7 (23), 3-13.

**John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U.** Relation among stage of change, demographic characteristics, smoking history, and nicotin dependence in an adult German population. *Preventive Medicine*, 2003, 37(4), 368-374.

**Kanık MK.** İzmir’de Sigarayı Bırakma Polikliniklerine Başvuranlarda Sigarayı ve Diğer Tütün Ürünlerini Bırakma ile İlişkili Bazı Özelliklerin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir 2018.

**Karadağlı F.** Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009.

**Karatay G.**Sigara Bırakma Aşamalarına Odaklı Motivasyonel Görüşmelerle Gebelerde Sigara Bıraktırma, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2007.

**Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O.** Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi,* 2006, 7 (1), 51-64.

**Kaya M.** Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu, Etkileyen Faktörler ve İkincil Sigara Dumanı ile İlgili Farkındalık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2017.

**Kıdık E.** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların 1-3 Yıllık Süreçteki Sigara Bırakma Durumları, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara 2017.

**Kılınç NÖ.** Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etkililik ve Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Elazığ 2010.

**Koyun A.** Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) ile Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013.

**Kökten R.** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniği Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne 2008.

**Kuş S.** Tütün Kontrolü Kapsamında Uluslararası Ticaret Antlaşmalarının Halk Sağlığı Politikaları ile Olan Boyutları ve İthafları, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu 2013.

**Lipkus IM, Pollak KI, McBride CM, Schwartz-Bloom R, Lyna P, Bloom PN.** Assessing attitudinal ambivalence towards smoking and its association with desire to quit among teen smokers. *Psychology and Health,* 2005, 20 (3), 373–387.

**Miller WR, Rollnick S.** What motivates people to change? In Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior, New York, Guilford Press, 1991, 14-29.

**Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z.** Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi,* 2007, 55 (4), 356–363.

**Örsel O.**Tütün kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü önerileri (MPOWER 2015). *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi,* 2016, 4 (1), 13-21.

**Özdemir H, Taşçı S.** Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2013, 1, 41-47.

**Özer A.** Sigara Bıraktırma Yöntemlerinde Başarı Oranları, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2014.

**Öztürk M.** Sigara Paketleri Üzerindeki Uyarı Amaçlı Resim ve Metinlerin Sigara İçme Davranışı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2015.

**Özvurmaz S, Yavaş S.** Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2018, 11(2), 157-166.

**Pomerlau CS, Carton SM, Lutzke ML, Flessland KA, And Ovıde F.** Reliability of the Fagestrom Tolerance Questionnaire and Fagestrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors,* 1994, 19(1), 33-39.

**Prochaska JO, Velicer WF.** The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion,* 1997, 12(1), 38–48.

**Sağlık Bakanlığı.** Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin), Ankara 2010.

**Samancı Tekin Ç.** Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Bırakmada Motivasyonun Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak 2010.

**Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M.** Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi, *Genel Tıp Dergisi,* 2009, 19(1), 9-15.

**Sayın E.** Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Bırakma Yöntemlerinin Etkinliği, Uzmanlık Tezi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara 2013.

**Selçuk EB, Kayhan Tetik B.** Sigara bırakma başarısı üzerine etki eden faktörler, başarı ölçütleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics,* 2016, 7 (5), 69-73.

**Şahbaz S.** Sigara İçmeye Başlamadan Önceki Çevresel Tütün Dumanı Maruziyeti, Sigara İçme ve Demografik Özelliklerin Sigara Bırakma Tedavisine Etkileri, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir 2005.

**Şen Ş.** Anksiyete Duyarlılığının Nikotin Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce 2018.

**Talay F, Altın S, Çetinkaya E.** İstanbul’un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi,* 2007, 55(1), 43-50.

**Taş F, Seviğ ÜE, Güngörmüş Z.** Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2016, 8 (4), 380-393.

**TÜİK.** Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı,2010, 2012, 2014, 2016. 2016.

**Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.** Sağlık istatistikleri yıllığı 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2017:55-56-57-58.

**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. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004:52(2):115-121.

**Ünüvar EM, Dişçigil G.** Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği. *The Journal of Turkish Family Physician,* 2017, 8(3), 57-65.

**Ünüvar ME.** Tıp Öğrencilerinde Tütün Bağımlılığı ve Bırakma Girişimleri: Engeller ve Başarıyı Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Tıp Anabilim Dalı, Aydın 2016.

**Velioğlu U.** Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyodemografik Özellikler ve Depresyon ile İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce 2017.

**WHO.** Global Adult Tobacco Survey Collaborative Groups. Tobacco Questions for Survey: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition, Atlanta, GA, Centersfor Disese Control and Prevention, 2011.

**Yalçınkaya M.** SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Herhangi Bir Nedenle Başvuran ve Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazır Olma Durumu ve Bununla İlişkili Faktörlerin Saptanması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul 2019.

**Yaşar H.** Karaman Devlet Hastanesinde Sigara İçen Çalışanların Sigara İçme Davranışının ve Bırakma İsteğinin Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya 2019.

**Yılmaz N.** Sigara İçen Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışının ve Bırakma İsteğinin Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak 2010.

**WEB\_1.** (2017). Küresel Gençlik Tütün Araştırması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017\_pdf.pdf (06.08.2019).

**WEB\_2.** (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf (18.08.2019).

**WEB\_3.** (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf (12.08.2019).

**WEB\_4.** (2010). Global Adult Tobacco Survey (GATS). Fact Sheet Turkey 2008.https://www.who.int/tobacco/surveillance/en\_tfi\_gats\_turkey\_factsheet\_2009.pdf?ua=1 (02.08.2019).

**WEB\_5.** (2010). Türkiye İstatistik Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. http://www.tuik.gov.tr/ (22.08.2019).

## WEB\_6. (2017). 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-tütün-kontrolü-strateji-belgesi-ve-eylem-planı.html (03.09.2019).

**WEB\_7.** (2018). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması; Türkiye 2016 Verileri.http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf (01.09.2019).

**WEB\_8.** (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları.http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/115787/turkiyede-tutun-kontrolucalismalari.html (20.09.2019).

**WEB\_9.** (2016). World Health Organization Prevalence of Tobacco Smoking.http://gamapserver.who.int/gho/interactive\_charts/tobacco/use/atlas.html (09.10.2019).

**WEB\_10.** (2019). World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global\_report/en/ (09.10.2019).

**WEB\_11.** (2017). World Health Organization, Tobacco. https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\_1 (22.08.2019).

**WEB\_12.** (2017). World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2017. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1 (09.10.2019).

**WEB\_13.** (2019). World Health OrganizationWorld Health Statistics. 2012, 2016.

https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics (05.10.2019).

**WEB\_14.** (2019).World Health Organization Fact sheet on the SDGs: Tobacco control 2019. http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/fact-sheets/2019/fact-sheet-on-the-sdgs-tobacco-control-2019 (18.10.2019).

**WEB\_15.** (2019). Yeşilay, Bağımlılık. https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/sigara-ve-tutun-bagimliligi (16.10.2019).

**WEB\_16.** (2012). Dünya Sağlık Örgütü Tütüne Bağlı Ölüm Raporu 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434\_eng.pdf (29.09.2019).

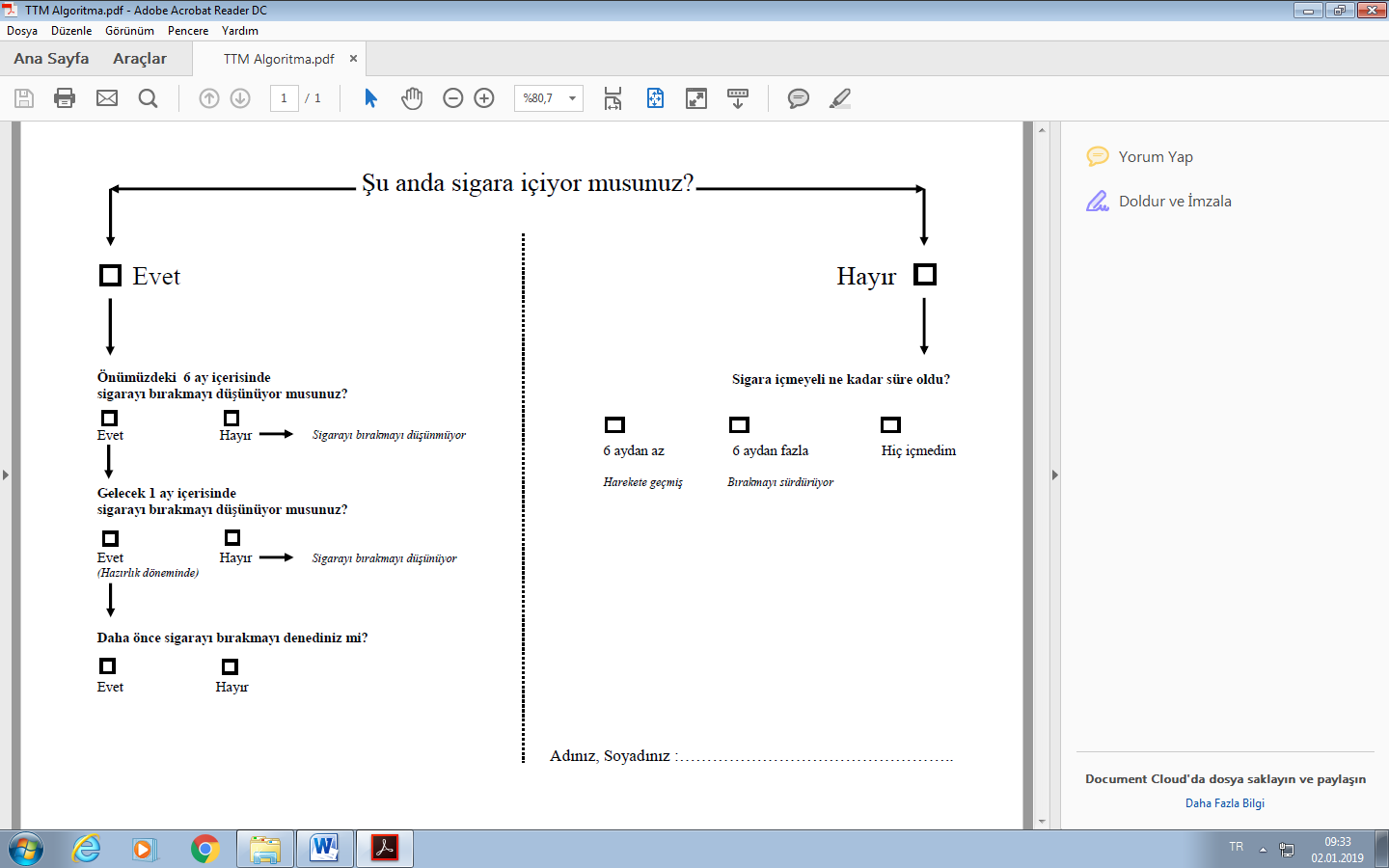
**EKLER**

**Ek 1. Transteoretik Model’e Göre Değişim Aşaması Algoritması**

SİGARA İÇEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TRANSTEORETİK MODELE GÖRE BULUNDUĞU DEĞİŞİM AŞAMASI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Aşağıda sizin için Transteortik Modele göre bulunduğunuz değişim aşaması ve ilişkili faktörlerinin incelenmesi amacıyla sorular hazırlanmıştır. Bu konuda sizden öğreneceğimiz bilgiler sigara konusunda çalışan sağlık profesyonellerine yol göstermesi, sigarayı bırakmaya yönelik daha etkin programların geliştirilmesine katkı yapması açısından yol gösterici olacaktır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu ankete vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacak ve size ait bilgiler bilimsel amaçlar dışında hiçkimseyle paylaşılmayacaktır. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 15-20 dakika olabilir. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Ümmühan Sözer

****

**Ek 2. Anket Formu**

1. Yaşınız ………

2. Cinsiyetiniz

( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni durumunuz

( )Evli ( )Bekâr ( )Eşi vefat etmiş ( )Boşanmış

4. Eğitim Durumunuz

( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Ön Lisans

( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora

5. Mesleğiniz?

( )Uzman Doktor ( )Pratisyen Hekim ( ) Uzman Hemşire ( )Hemşire

( )Uzman Ebe ( ) Ebe ( )Sağlık Memuru ( )Eczacı ( )Diyetisyen ( )Psikolog ( )ATT ( )Laborant

( )Tıbbi Sekreter ( )Radyoloji Teknisyeni ( )Diğer yazınız ……......

6. Çalışma şekliniz?

( )Sürekli gündüz ( )Sürekli gece ( )Gündüz/Gece

7. Gelir durumunuz? Gelir ……………...TL (net gelir)

Gider..................….TL (net gider)

Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok İyi

8. Evde birlikte yaşadığınız kişi sayısı .................

9. Çocuk sayısı......................

10. Çocuğunuz ile birlikte yaşıyor musunuz (Varsa)? ( )Evet ( )Hayır

11. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

( )Çok kötü ( )Kötü ( )Orta ( )İyi ( )Çok iyi

12. Kronik bir hastalığınız var mı?

( )Hayır ( )Evet yazınız ................

13. Ailenizde sigara ile ilişkili olduğunu düşündüğünüz ciddi bir hastalık var mı ?

( )Hayır ( )Evet yazınız.................

14. Ailenizde sigara içen var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

15. Ailenizde sigara içmeyen var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

16. Günlük tüketilen sigara miktarınız? yazınız ..................adet/gün

17. Paket/Yıl (kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz..................günde kaç adet..........)

18. Sigara bırakmayı (en kısa bir gün olmak üzere) kaç kez denediniz ?

( ) Hiç denemedim ( ) Bir kez denedim

( ) İki kez denedim ( ) Üç ya da daha fazla kez demedim

19. Sigarayı en son ne zaman bırakmayı denediniz / bıraktınız?

..............gün önce ...........ay önce ...........yıl önce

20. Sigarayı en uzun ne kadar sure bıraktınız?

.............gün ..........ay .............yıl

21. Sigara ile ilgili yürürlükte olan kanunlardan / yasal düzenlemelerden ne kadar haberdar ya da bilgili olduğunuzu düşünüyorsunuz ?

( )Hiç haberdar değilim ( )Biraz bilgiliyim

( )Oldukça bilgiliyim ( )Diğer yazınız ................

22. Sigara bırakma konusunda profesyonel bir sağlık çalışanından öneri/destek aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

**Ek 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği**

1. İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar süre sonra içiyorsunuz?

( ) Uyandıktan sonraki ilk beş dakika içinde (3 puan)

( ) 6-30 dakika içinde (2 puan)

( ) 31-60 dakika içinde (1 puan)

( ) 1 saatten fazla (0 puan)

2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

( ) Evet(1 puan)

( ) Hayır (0 puan)

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

( ) Sabah içtiğim ilk sigara (1puan)

( ) Diğer herhangi bir zamanda içtiğim sigara (0 puan)

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

( ) 10 adet veya daha az (0 puan)

( ) 11-20 adet (1 puan)

( ) 21-30 adet (2 puan)

( ) 31 veya daha fazla adet (3 puan)

5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?

( ) Evet (1 puan)

( ) Hayır (0 puan)

6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

( ) Evet(1 puan)

( ) Hayır (0 puan)

Verilen cevapların toplamında 0-2 puan çok düşük bağımlılık, 3-4 puan Düşük bağımlılık, 5 puan orta bağımlılık, 6-7 puan yüksek bağımlılık, 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak tanımlanmaktadır.

**Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1.(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum

2.(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

(1) Gelecek için karamsarım.

(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.

(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4.(0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5.(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.(0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgınım.

(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7.(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8.(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3)Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11.(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12.(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13.(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankisinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2)Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15.(0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16.(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17.(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum

18.(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19.(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermektezorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum

20.(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21.(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

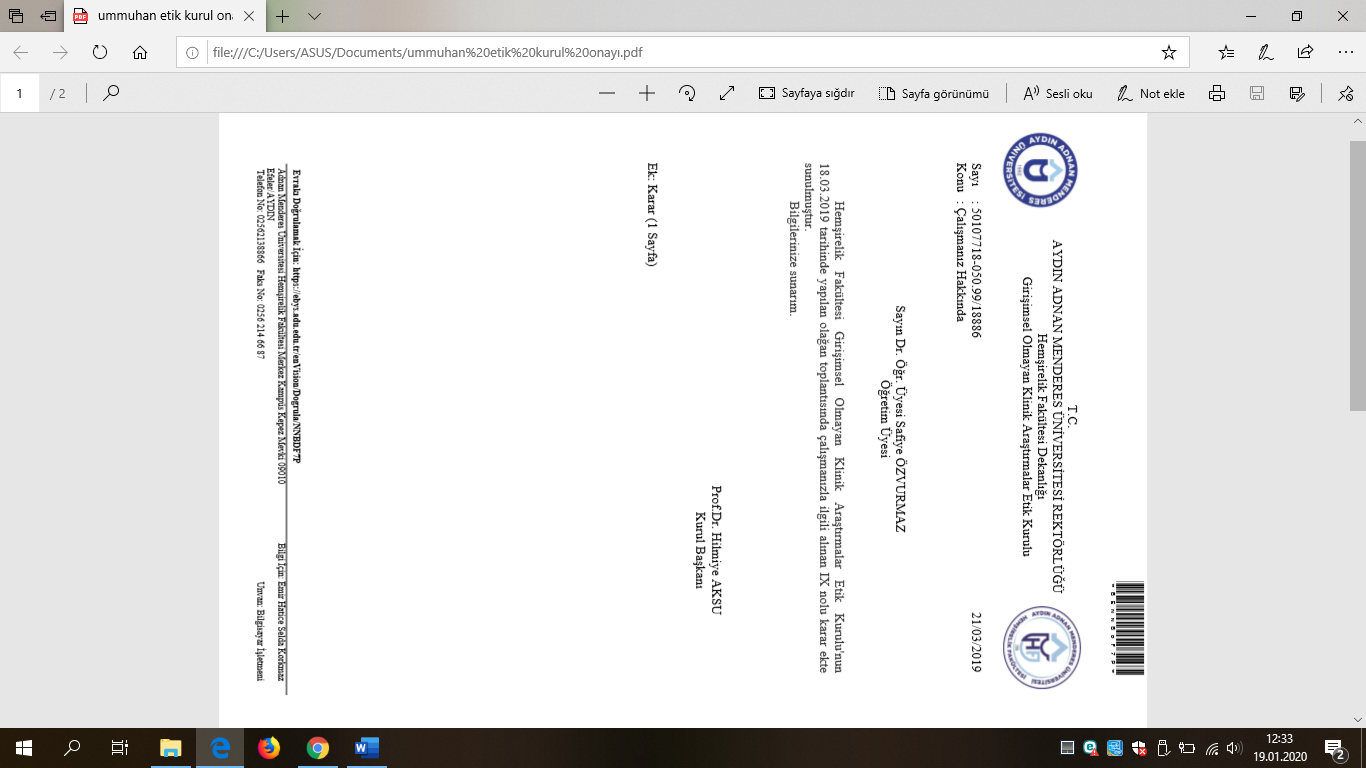
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.

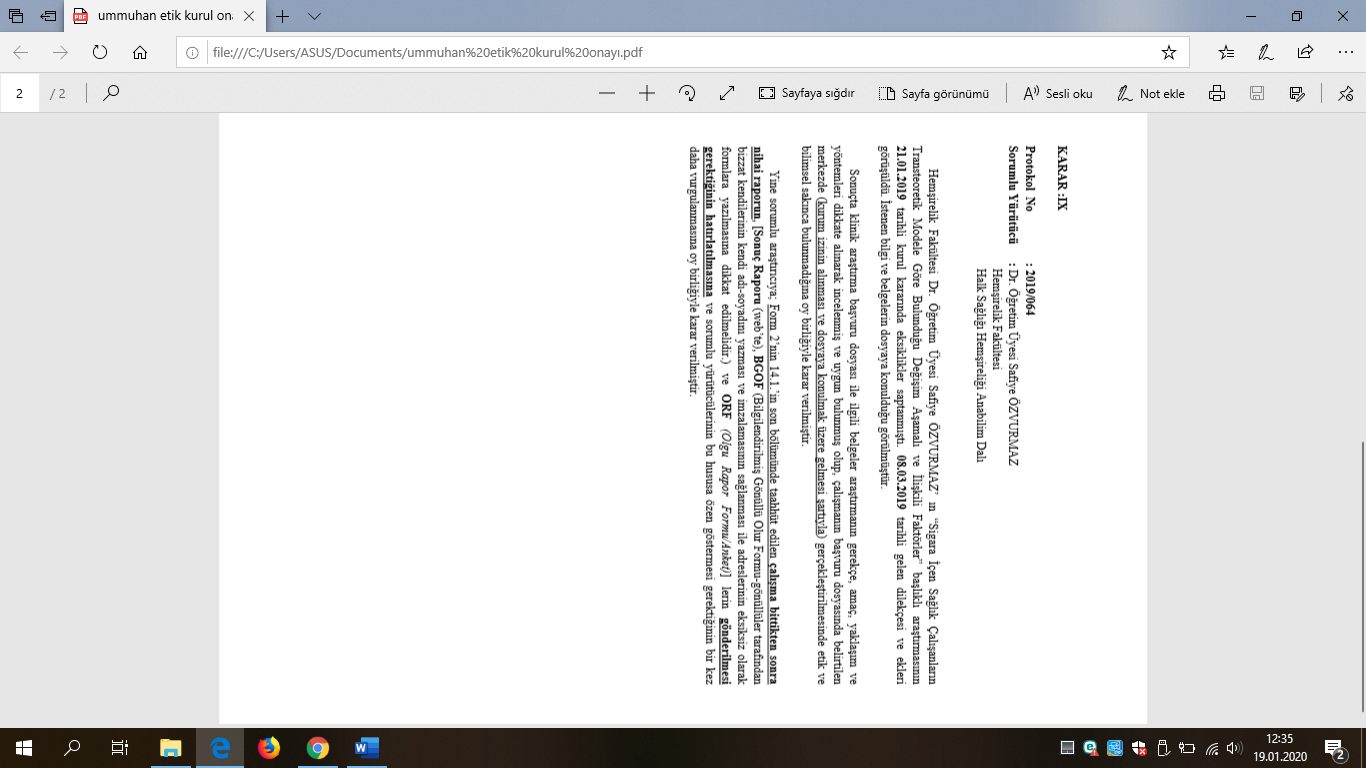
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

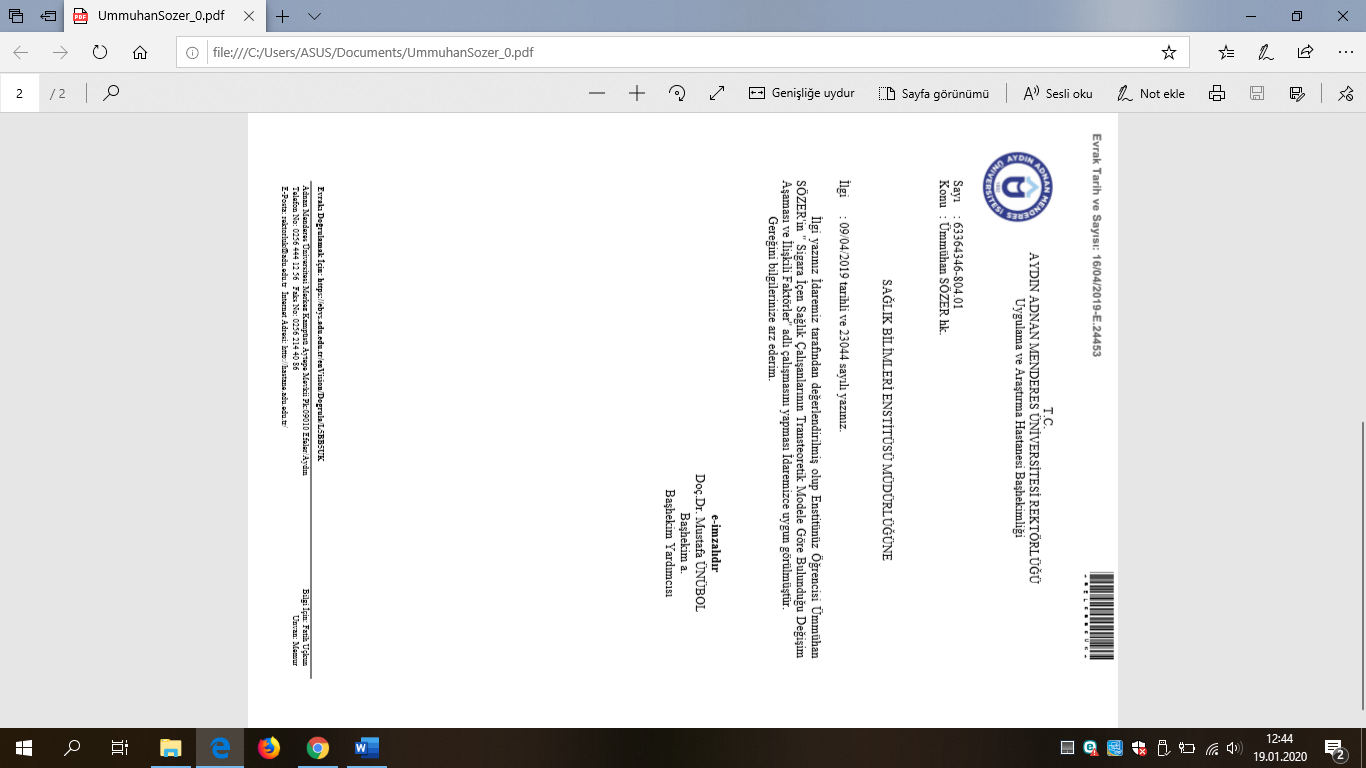
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

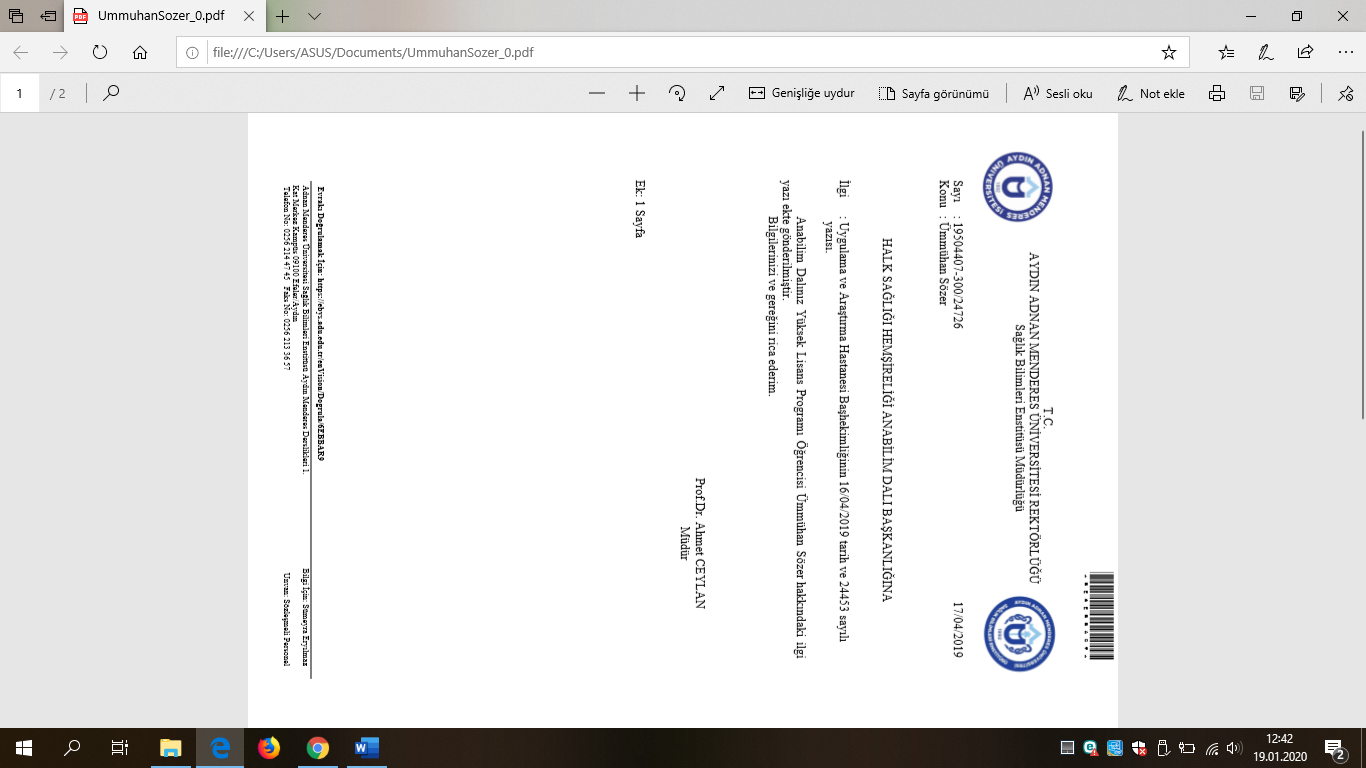
Şiddet olarak 1-10 arası puan normal, 11-16: hafif ruhsal sıkıntı, 17-20: sınırda klinik depresyon, 21-30: orta depresyon, 31-40: ciddi depresyon, 40 ve üzeri çok ciddi depresyon şeklinde yorumlanmaktadır.

**Ek 5. Etik Kurul İzin Yazısı**

****

****

**Ek 6. Kurum İzin Yazısı**



**Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)**

**ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR ?**

**LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

18 yaş ve üzeri olmak

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde sağlık çalışanı olmak

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Günde en az bir sigara içmek veya haftada beş ve daha az sigara içmek veya son altı ay içerisinde sigara bırakma çabasında olan ama henüz altı ayı tamamlamamış sağlık çalışanı olmak.

**NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Araştırma öncesinde etik kuruldan ve kurumdan izin alınacaktır. Araştırma sırasında katılımcılara Transteoretik Model’e Göre Değişim Aşaması Algoritması,Anket formu, Fagerström nikotin bağımlılık ölçeği ve Beck depresyon ölçeği uygulanacaktır. Anketlerin doldurulması 15-20 dakika süre alacaktır. Anket uygulaması araştırmacı tarafından yapılacaktır.

**SORUMLULUKLARIM NELERDİR?**

Anket formunu yanıtlamak sizin sorumluluğunuzdur.

**KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Aydın adnan menderes üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan 1037 sağlık çalışanı.

**ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu çalışma için planlanan süre 12 aydır.

**GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada öngörülen zaman 15-20 dakikadır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Olası risk öngörülmemektedir.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİR?**

Bireyin araştırmadan çıkmak istemesi durumunda araştırma dışı bırakılabilir.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Araştırmacı Ümmühan SÖZER’e başvurabilirsiniz. İletişim Tel: 0 506 616 36 14

Mail: ummuhansozer@hotmail.com

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Biriminden destek alınması planlanmaktadır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ayrılmanız durumunda araştırmacıya bilgi vermeniz yeterlidir.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR ?**

Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Ankette verdiğiniz bilgiler sadece araştırmada kullanılacaktır. Araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan bilgilendirmeyi okudum veya sözlü olarak dinledim. Araştırmaya katılma konusunda bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya katılmayı gönüllülük ile kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

**Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GÖNÜLLÜNÜN** | | **İMZASI** |
| **ADI & SOYADI** |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİ BİR ARAŞTIRMACININ** | | **İMZASI** |
| **ADI & SOYADI** |  |  |
| **TARİH** |  |

**ÖZGEÇMİŞ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soyadı, Adı** | : SÖZER Ümmühan |
| **Uyruk** | : T.C. |
| **Doğum yeri ve tarihi**  **Telefon** | : Aydın / 05.01.1994  : 05066163614 |
| **E-mail** | :ummuhansozer@hotmail.com |
| **Yabancı Dil** | : İngilizce |

**EĞİTİM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | | **Mezuniyet tarihi** |
|  | |
| Y. Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği | | ……. |
| Lisans | Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek  Okulu Hemşirelik Bölümü | | 2016 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Ünvan** |
| 2017-Halen | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi | Hemşire |