



**ANKARA’DA ASKERİ BİR FABRİKADA SİGARA İÇME SIKLIĞI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Eren Ekrem AKSU

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

OCAK 2022

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Eren Ekrem AKSU

07.01.2022

ANKARA'DA ASKERİ BİR FABRİKADA SİGARA İÇME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Eren Ekrem AKSU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ocak 2022

ÖZET

Bu araştırmada askeri bir fabrikada çalışanların sigara içme sıklığı ve kişilerin eğitim durumları ile sigara kullanımları ve sigaraya başlama yaşları arasındaki bağlantıyı saptamak amaçlanmış ve fabrikada çalışan toplam 260 çalışana, nicel araştırma yöntemlerinden biri olan anket tekniği uygulanmıştır. Araştırmada, fabrikada çalışan 153 kişinin (%61,3) sigara içtiği saptanmıştır. Sigara kullanımı ile fabrikadaki çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; fabrikada 60 aydan fazla çalışanlarda sigara kullananların sıklığı kullanmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Sigara kullanımı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre orta öğretim, önlisans/lisans olanlarda, ailesinde sigara kullanımı olanlarda, yalnız yaşayan çalışanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışanlar büyük oranda (%50) sigara karşıtı kanun ve yaptırımları desteklemektedirler ve %42,4'ü sigarayı bırakma konusunda yasağının kapsamının geliştirilebilir olduğunu düşünmektedir. Sigaraya başlama nedenleri sıklıkları %20 stres, %54,5 özenti, %25,5 ise merak olarak belirtilmiştir. Halen sigara kullanan çalışanlardan 93'ü (%60) son bir yıl içerisinde sigarayı bırakmayı denemiş, 62'si (%40) ise denememiştir. Sigara kullanan ve ankete cevap veren kişilerin 13'ünün (%27,7) sigara kullanımının bağımlısı olduğu, 22'sinin (%46,8) alışkanlık nedeniyle, 12'sinin (25,5) ise stres nedeniyle devam ettiği ortaya çıkmıştır. Sigaraya başlamada ve bu davranışı sürdürmede aynı ortamda bulunma ve meslekteki kıdem süresi etkisi ön planda olduğundan sigarayı bırakma kampanyaları bireysel değil çalışma gruplarına yönelik olarak planlanmalıdır. Ayrıca fabrika bünyesindeki iş sağlığı ve güvenliği uzmanları tarafından sigarayı bırakmak isteyenlere destek sağlanması önemlidir.

Bilim Kodu : 1029.2

Anahtar Kelimeler : Askeri Fabrika, Sigara, Sigara içme sıklığı.

Sayfa Adedi : 65

Danışman : Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN

SMOKING FREQUENCY AND RELATED FACTORS IN A MILITARY FACTORY IN ANKARA

(M. Sc. Thesis)

Eren Ekrem AKSU

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

January 2022

ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine the relationship between the smoking frequency of the employees in a military factory and the educational status of the people, their smoking and the age of starting smoking, and a questionnaire technique, which is one of the quantitative research methods, was applied to a total of 260 employees working in the factory. In the research, it was determined that 153 people (61.3%) working in the factory smoked. There is a statistically significant relationship between smoking and working time in the factory. According to this; The rate of smokers who work in the factory for more than 60 months is significantly higher than those who do not. There is a statistically significant relationship between smoking and educational status. Accordingly, it was found to be significantly higher in those with secondary education, associate degree/undergraduate degree, those with a family history of smoking, and those working alone. Employees strongly (50%) support anti-smoking laws and sanctions, and 42.4% think that the scope of the smoking cessation ban could be improved. The reasons for starting smoking were stated as 20% stress, 54.5% wannabe, 25.5% curiosity. Of the current smokers, 93 (60%) tried to quit smoking in the last year, while 62 (40%) did not try. It was revealed that 13 (27.7%) of the smokers and respondents who responded to the questionnaire were addicted to smoking, 22 (46.8%) continued due to habit, and 12 (25.5%) due to stress. Since the effect of being in the same environment and seniority in the profession is at the forefront in starting smoking and maintaining this behavior, smoking cessation campaigns should be planned for working groups rather than individuals. In addition, it was important to provide support to those who want to quit smoking by the occupational health and safety experts within the factory.

Science Code : 1029.2

Key Words : Military Factory, Smoking, Frequency of smoking.

Page Number : 65

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince destek ve emeklerini esirgemeyen, deneyimleri, görüş ve önerileri ile yol gösterici olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN'e; yüksek lisans eğitimimin başlangıcından sonuna kadar ufkumu açan ve bana vizyon katan değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN'a; paylaştıkları engin bilgiler ile yolumuzu kolaylaştıran değerli hocalarım Prof. Dr. Fatma Nur BARAN AKSAKAL'a ve Prof. Dr. Seçil Özkan'a; çalışmanın uygulama sürecinde yardımlarını esirgemeyen sayın İklim Altınok ve Zehra Uygun'a, anketimi uygulamamda desteği olan bütün fabrika personeline, arkadaşlarıma, dostlarıma ve katkısı olan herkese teşekkürü bir borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca bana her zaman destek olan, aldığım kararları her zaman destekleyen, beni cesaretlendiren ve moral veren annem F.Sevil AKSU'ya ve ağabey'im E. Emre AKSU'ya sonsuz şükranlarımı sunar ve teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sigara Hakkında Genel Bilgiler	5
2.1.1. Tütün ve içeriği	5
2.1.2. Tütünün Dünyada ve Türkiye’de tarihçesi.....	5
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi	5
2.3. Sigaranın İçeriği	6
2.4. Sigaranın Zararları	7
2.4.1. Fiziksel	7
2.4.2. Ekonomik	8
2.4.3. Psikolojik	9
2.5. Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler	9
2.5.1. Psikolojik faktörler.....	10
2.5.2. Sosyo kültürel faktörler.....	10
2.6. Sigara Bırakma Yöntemleri.....	11
2.6.1. Davranış terapileri.....	12
2.6.2. Farmakolojik yöntemler	12
2.7. 4207-5727 No’lu Kanunlar (Yaptırımlar)	14

	Sayfa
2.8. Fabrikalarda Etkin Bir Sigara Bırakma Politikası Oluşturmak.....	20
2.8.1. Askeri fabrikada iş sağlığı ve güvenliği politikası (uygulamaları)	20
2.8.2. Çalışanların sigara kullanımı hususunda farkındalık çalışmaları ve iletişim kanalları	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Kapsamı	25
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	25
3.3. Araştırmanın Tipi	25
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı	25
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	25
3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri	25
3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	25
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı	26
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	26
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	26
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	27
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	49
EKLER.....	59
EK-1. Çalışma Anketi.....	60
EK-2. Etik Kurul Onayı	63
ÖZGEÇMİŞ	65

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Sigarada bulunan kimyasal maddeler	6
Çizelge 2.2. Birinci seçenek sigara bırakma ilaçları.....	13
Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.....	29
Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.....	31
Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili tutum ve davranış özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.	32
Çizelge 4.4. Katılımcıların aktif sigara tüketimine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.....	34
Çizelge 4.5. Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.....	35
Çizelge 4.6. Katılımcıların fabrikada sigara konusunda daha dikkatli olunması gerektiğini düşünme durumuna göre aylık hane halkı geliri karşılaştırılması, Ankara, 2022.....	37
Çizelge 4.7. Katılımcıların sigaraya başlama durumuna göre sigara bilgilerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.....	37
Çizelge 4.8. Katılımcıların son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunma göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.....	38
Çizelge 4.9. Katılımcıların ilk sigara içme zamanı etkileyen sigara bilgisi durumu faktörünün dağılımı, Ankara, 2022.....	38
Çizelge 4.10. Katılımcıların Son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunma etkileyen medeni durum faktörünün dağılımı, Ankara, 2022.	39
Çizelge 4.11. Katılımcıların fabrikada sigara konusunda dikkatli olunması düşüncesini etkileyen aylık hane halkı geliri faktörünün dağılımı, Ankara, 2022.	39

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
DALY	Disability Adjusted Life Years,
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KKD	Kişisel koruyucu donanımların
LDL	Düşük Molekül Ağırlıklı Kolesterol
MPOWER	Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise
NET	Nöroelektrik Tedavi
NRT	Nikotin Replasman Tedavileri
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
UTKPEP	Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı

1. GİRİŞ

Bağımlılık yapan maddelerden biri olan ve yaygın bir şekilde kullanılan sigara, günümüzde ciddi bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır [1]. Mortalite ve morbiditesinin yüksek seyrettiği bilindiği halde tüm dünyada sigara kullanımı yaygın bir biçimde devam etmektedir. Sigara kullanan 1,3 milyar insanın %80 kadarı gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde hayatını devam ettirmektedir [2]. Dünyada her yıl yaklaşık ortalama bir milyon kişinin sigaraya bağlı sebeplerden dolayı, 1,2 milyon kişinin ise sigara dumanı ile teması sebebiyle yaşamını yitirdiği bilinmektedir [2, 3]. Gelişmemiş ülkelerde sigaradan kaynaklı ölüm yükü ve hastalık yükü gelişmiş olan ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye’de 2019 senesinde gerçekleştirilen bir sağlık araştırmasına göre erkeklerin %41’i, kadınların %14’ü ve tüm nüfusun %28’i sigara kullanmaktadır [4].

Gerçekleştirilen çalışmalar neticesinde en fazla morbidite ve mortalite sebep olan riskler arasında yer alan sigara Türkiye’de ve dünyada ilk sırada yerini almış olup, erkeklerin yüzde 12’si kadınların yüzde 7’si sigara kaynaklı ölümlerden yaşamını yitirmiştir [5, 6, 7,8]. Dahası mortalitesi gitgide yükselen bulaşıcı olmayan hastalıkların pek çoğunun risk unsuru arasında yerini almış ve bu hastalıkların progresyonlarını hızlandırmıştır [6,7]. Türkiye’de sigara sebebiyle ölen kişi sayısının trafik kazaları sebebiyle ölen kişi sayısından yaklaşık 10 kat fazla olduğu ifade edilmektedir [9,10]. Türkiye’de ortalama 16.000.000 kişi sigara kullanmakta olup sigaraya bağlı sebeplerden dolayı bir yılda ölen kişi sayısının 100.000 kişi olduğu belirtilmektedir. Herhangi bir tedbir alınmadığı sürece; 2030 senesinde yıllık ortalama 8 milyondan fazla kişinin öleceği, bu ölümlerin ise yüzde 80’inin gelişmekte olan ülkelere yaşanacağı ve 21. Yüzyıl süresince 1 milyardan fazla insanın bu nedenle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir [11]. Bu sebeple risk faktörleri içerisinde önlenabilir bir düzeyde olan tütün kullanımının kontrol altına alınması çalışmalarına çok büyük önem verilmekte ve ortaya çıkardığı morbidite ve mortaliteyi düşürmenin yanında sebep olduğu ekonomik yük en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Sigara içerisindeki yüksek oranda bulunan zararlı kimyasal maddelerle birey yaşamını ciddi manada tehdit eden sigaranın, bireyde bulunan hücreler üstünde kanserojenik mutajenik, inflamatuvar ve toksik pek çok etkisi bulunmaktadır [12]. Bu ve benzeri etkileri sebebiyle diyabet, solunum yolları problemleri, beyin damar hastalıkları, kanser,

kardiyovasküler hastalıklar ve erken ölüm riskini yükselttiğini görülmektedir. İşyeri ortamlarındaki maruziyetler de benzer etki göstermektedir. Bu yüzden işyerinde kullanılan sigara sağlık açısından daha riskli hale gelmektedir. Sigara tüketimine bağlı meydana gelen tüm bu hastalıklar ve ölümlerin tedbir alınarak önlenabilir olması, sigara bağımlılığının kendisinin başlı başına bir hastalık olması ve dünya genelinde salgın kategorileri arasında kabul edilmesi; problemin çok daha ciddi şekilde ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Tüm bu sebeplerle, sigara kullanımı ile mücadelede Türkiye'de ve dünyada birtakım tedbirler alınmıştır. Bu tedbirler kapsamında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tütün kontrolü ve çerçeve sözleşmesini hazırlayarak üye ülkelerin oybirliğiyle kabul etmesi neticesinde 2003 senesinde kabul edilmiştir. 2014 senesinde Türkiye Bu sözleşmeye taraf olmuştur. 1996 yılında yürürlüğe giren tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanun ile tütün kontrolü çalışmaları sürdürülmüş, 2008 senesinde kanunda gerçekleştirilen bir değişiklik neticesi ile çok daha kapsamlı bir biçimde uygulamaya geçilmiştir. Bununla beraber Türkiye bu mücadele kapsamında küresel bir önemi bulunan MPOWER ilkelerini ilk önce tamamlayan ülkeler arasında yerini almıştır [13, 14]. Ancak tüm bunlara rağmen 2025 yılında nüfusun yaklaşık olarak %19'unun sigara kullanıcısı olacağı öngörülmektedir [15]. Bundan dolayı sigara kullanımı ile mücadeleye etkin bir biçimde devam edilmelidir. Bu mücadele kapsamında sigara kullanımının yoğun olduğu işyeri ortamları da gözardı edilmemelidir.

Literatürde ulusal ve uluslararası pek çok araştırma göstermektedir ki bilhassa işçiler arasında sigara tüketiminin oranı ve bu konudaki göstermiş olduğu davranış ve tutumları içerisinde yaşadıkları toplumun sigara tüketme alışkanlığı doğrudan etkilemektedir [16]. İşçiler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada sigara içme prevalansı %38,0 olarak tespit edilmiş ve sigaraya başlama yaş ortalaması ise $18,82 \pm 4,01$ yıl olarak bulunmuştur. Türkiye'de 2001 yılı içinde Sivas'ta bir fabrika işçileri üzerinde [17] gerçekleştirilen bir çalışmada işçilerin %67,8'inin sigara kullandığı, yine 2001 yılında İstanbul'da bir tütün fabrikasında çalışan işçilerin %63,7'sinin sigara içtiği tespit edilmiştir [18]. 2002 yılında Zonguldak ilinde bir maden işletmesinde [19] çalışan işçilerin sigara içme prevalansı %66,3 olarak tespit edilmiş 2004 yılında Adana'da tek el fabrikasında çalışan işçilerde ise bu oran %56,0 olarak tespit edilmiştir [20].

Disiplini ve yapılanması sebebi ile çok daha stresli şartları olan askerlik sürecinde ise sigara kullanımı ile alakalı olarak yapılmış araştırma sayısı çok fazla değildir. ABD'de gerçekleştirilen bazı araştırmalarda, askeri şartlarda çalışmaya bağlı stresin sigaraya başlama noktasında çok önemli bir etken olduğu doğrultusunda bulgular elde edilmiştir (21). Öte yandan, farklı çalışmalarda da fazla sigara kullanımının askerlerin eğitim başarılarını etkilediği ortaya konulmuştur (22). Bunların yanında, 1980'de %51 olan ve sivil sigara tüketim oranlarına göre çok daha yüksek olan sigara içme oranlarının 1992 yılında %35'e kadar düştüğü (23), ancak 2010 yılı sonrasında yine %75'lik bir yükseliş gösterdiği bildirilmiştir (24).

Bu araştırmada, askeri fabrika çalışanları ve askerler arasında, sigara tüketme sıklığı ve bu sıklığı etkileyebilecek etkenler tespit edilmeye çalışılmış ve bu konuda durum tespiti yapılarak sigara ile mücadele etme stratejilerine bir katkı sağlanması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sigara Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1. Tütün ve içeriği

Bitkiler sistematğinde patlıcangiller familyasında (solanaceae) yer alan tütün (nicotiana) anavatanı Güney Amerika olan bir bitki türüdür [25]. Ticari olarak bitkinin en değerli bölgesi yaprağıdır, bununla birlikte bitkinin en çok yararlanılan kısmıdır. Tütün yaprağının kimyasal yapısında bulunan organik azotlu bir madde olan “nikotin”dir [25].

2.1.2. Tütünün Dünyada ve Türkiye’de tarihçesi

Amerika’nın keşfinden sonra ilk önce İspanya ve Portekiz, sonra da diğer Avrupa ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Bilim insanları tütünün bazı hastalıkları iyi gelebileceğini varsayarak hem tütün yetiştirmişler hem de kendileri tütün tüketmişlerdir. Bilim insanlarının bu yaklaşımı tütünün tüm Avrupa’da kullanımının yaygınlaşmasında önemli bir işlev görmüşlerdir. Amerika’nın keşfinden sadece asır sonra tütün tüm Avrupa’nın tamamına, Uzak Doğu, İç Asya, Sibirya, Hindistan ve Afrika’ya kadar yayılmış ve yaygın ticareti yapılan bir bitki haline almıştır. Osmanlı topraklarına ise ilk olarak İngiliz, Venedik ve İspanyol tüccarlar tarafından getirilmiş. Takip eden yıllar içerisinde Osmanlı topraklarında tütün yetiştiriciliği ilk olarak Makedonya, Yenice ve Kırcaali’de başlamıştır [26]. 1874 yılında tütün kıyma imalathaneleri kurulmuş, sigara yapımı da devlet tekeline olmuştur. İlk sigara fabrikası İstanbul’da Cibali semtinde kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde tütün serbestisi tütün tekeli kurulması ile sona ermiştir, 1938 senesinde de sigara fabrikaları tamamen devlet tarafından kurulup geliştirilen bir sanayi haline almıştır. Bu kapsamda birçok şehirde sigara fabrikaları açılmıştır, 1986 yılından çıkarılan yasa ile sigara devlet tekeline çıkarılarak üretim ve pazarlaması serbest piyasa ekonomisine uygun hale getirilmiştir [27].

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Tütün Epidemiyolojisi

Dünyada 5 milyon civarında insanın doğrudan ve dolaylı olarak ölümünden sigara sorumludur. Önlem alınmazsa 2030 yılında bu sayının 8 milyon civarına olacağı tahmin

edilmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı düşünülmektedir [28]. Dünya genelinde 15 yaş üstü nüfusta tütün kullanan sayısı yaklaşık 942 milyon erkek ve 175 milyon kadın olduğu ve bunların büyük çoğunluğu orta ve düşük gelirli ülkelere aittir [29]. Orta gelir grubu ülkelerdeki tütün kullanan erkek nüfusu en büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Dünyada en yüzde olarak en çok sigara içilen ilk beş ülke sırasıyla Kiribati, Karadağ, Yunanistan, Doğu Timur ve Rusya'dır. Türkiye bu sıralamada kırkıncıdır [30]. Türkiye'de 2012 yılında yapılan küresel yetişkin tütün araştırma sonucuna göre Türkiye'de 15 yaş üzeri tütün kullanım miktarı oranı 27,1 iken bu oran erkeklerde 41,5 ve kadınlarda 13,1 olduğu tespit edilmiştir [31]. Ülkemizde yapılan çeşitli epidemiyolojik araştırmalarda üniversite öğrencilerinde tütün kullanım oranı %23-48 Aralığında lise öğrencilerinde %20 civarında ortaokul öğrencilerinde %9 civarında bulunmuştur [32]. Yıllar içinde sigara içme oranı azalmasına rağmen ciddi sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

2.3. Sigaranın İçeriği

Sigaranın ve sigara dumanının içinde birçok kimyasal madde bulunmaktadır. Bunların başlıca etki ve özellikleri şöyle sıralanabilir [33];

Çizelge 2.1. Sigarada bulunan kimyasal maddeler

Partikül fazı	Başlıca etki	Gaz fazı	Başlıca etki
Tar (katran)	Mutajenik/karsinojenik	Karbonmonoksit	Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar
Nikotin	Doza-bağımlı uyarıcı	Nitrojen oksitler	İrritan, pro- inflamatuvar, siliotoksik
Aromatik hidrokarbonlar	Mutajenik/karsinojenik	Aldehitler	İrritan, pro- inflamatuvar, siliotoksik
Fenol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Hidroksisialik asit	İrritan, pro- inflamatuvar, siliotoksik
Kresol	İrritan, Mutajenik/karsinojenik	Akrolein	İrritan, pro- inflamatuvar, siliotoksik
b-naftilamin	Mutajenik/karsinojenik	Amonyak	İrritan, pro- inflamatuvar, siliotoksik
benzopiren	Mutajenik/karsinojenik	Vinil kloride	Mutajenik/karsinojenik
Ketakol	Mutajenik/karsinojenik	Nitrozaminler	Mutajenik/karsinojenik
İndol	Tümör hızlanması	Hidrazin	Mutajenik/karsinojenik
Karbazol	Tümör hızlanması		

2.4. Sigaranın Zararları

2.4.1. Fiziksel

Sigaranın sistemler üzerine bilinen en sık etkileri kardiyovasküler sistem üzerinedir ve kardiyovasküler hastalık riskini iki kat artırır. Sigara kan basıncını yükseltir ve kalp hızını artırır. Periferik damar direnci ve katekolamin salınımını artırır. LDL (Düşük Molekül Ağırlıklı Kolesterol) kolesterolünü okside ederek arterlerde aterosklerotik inflamatuvar süreci başlatır [34].

Nikotin sinir sistemini etkileyen maddelerden biridir. Solunum yollarından emilmesiyle damarlar sayesinde çok kısa sürede santral sinir sistemine geçer [35]. Sigara dumanının solunmasıyla alınan nikotin yaklaşık %25.7 saniye içinde santral sinir sistemine geçer ve etkisini göstermeye başlar. Nikotin santral sinir sisteminde dopamin salınımını artırır ve keyif ve dikkat artışına yol açar [36]. Bunun birlikte nikotin bağımlı oluşması ve azalması durumunda yoksunluk belirtileri görülür [35].

Sigara gastrointestinal sistemde gastroözefageal reflü, peptik ülser, inflamatuvar bağırsak hastalıklarına zemin hazırlarken; özefagus kanseri, pankreas kanseri, hepatocellüler karsinom gibi kanserlere neden olmaktadır [25]. Sigara dil, dudak ve ağız kanserleriyle yakından ilgili olduğu gösterilmiştir [37].

Sigara alt solunum yollarının tamamında; peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitelyal yapıların fonksiyonel değişiklikler, müköz bez hipertrofisi, goblet hücrelerinin çoğalması vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyet gibi patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Solunum yoluyla alınan maddelerin klirensinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışı ise sigaranın neden olduğu fonksiyonel bozukluklardır [38].

Diğer sistemlerden farklı olarak solunum sisteminde direkt maruziyet nedeniyle sigara dumanı silyatoksik etki gösterir ve silyaların sayısı ile frekansında azalma yapar. Bu etkiden dolayı akciğerlerimizde toksik maddeler birikir. Biriken bu maddeler önce squamoz metaplaziye sonra karsinoma insitu dönüşerek invaziv bronkojenik karsinoma dönüşmesine neden olur [39]. Akciğer ve larinks kanserlerinin yüzde 94 sigara ile

ilişkilidir. Sigara içenlerde içmeyenlere göre akciğer kanseri gelişme sıklığı 24 ila 36 kat arasında artış vardır [40].

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebeklerinde SGA gelişimi ve erken doğum olma olasılığı yüksektir. Ayrıca sigara içen anne bebeklerinde ölü doğum, doğum sonrası ani bebek ölümü sendromu ve gelişme geriliği riski sigara içmeyenlere göre daha yüksek gözlenmiştir. Sigara içme emzirmeyi olumsuz etkilemekte ve nikotin emziren annenin sütü ile bebeğe geçebilmektedir. Annenin sigara içmesiyle bebek ve küçük çocuklarda görülen astım alerji atopi ve eozonofili görülme ihtimali artmıştır [41].

Sigara içen kadınlarda amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz gibi durumlar daha sık görülür. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1-2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmakta, sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç sigara içmemişlere göre daha azdır. Sigara içen kadınlarda hiç sigara içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır [41].

2.4.2. Ekonomik

Tütün endüstrisi istihdam oluşturmak ve vergi geliri sağlamak gibi ülke ekonomisine katkı sağladığı gibi iddialarının aksine; tütün endüstrisinin girdiği tüm ülkeler hastalıklar, ölümler ve ekonomik kayıplar nedeniyle sorun yaşamaktadır [42]. Tütün kullanımı nedeniyle oluşan hastalıkların artışı ve buna bağlı sağlık bütçesinde bu hastalıklara ayrılan bütçe artışı ve iş gücü kaybı gibi sebeplerden dolayı ciddi sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açar [43].

Dünya sağlık örgütü tarafından yayınlanan raporda dünyada yeti yitimine uyarlanmış yaşam yıllarının (Disability Adjusted Life Years, DALY) 57 milyonuna (tüm DALY'lerin %3,7'si) tütün kullanımı neden olduğu belirtilmiştir [29].

Sigaranın Türkiye'deki ekonomik açıdan değerlendirildiğinde yaklaşık 9 milyar dolar civarında olduğu öngörülmektedir [41]. Türkiye'de 2017 yılında tütün mamulleri satın almak için kullanılan para 57 milyar liradır [44]. Bu miktar maliyenin bakanlığının sağlık bakanlığına ayırdığı bütçeye eşittir [45]. Türkiye'de yeti yitimine uyarlanmış yaşam yıllarının (DALY) amacıyla yapılan "Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi"

isimli çalışmada, tütün kullanımının en sık neden olduğu kronik obstruktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalıkları, kanserler DALY sıralamasında ilk on içinde yer almaktadır. Ülkemizde her yıl yaklaşık 1 milyon DALY tütün nedeniyle oluşmaktadır [46].

2.4.3. Psikolojik

Sigaraya kulağının fiziksel bağımlılık olduğu kadar sigara içme arzusu ve psikolojik bağımlılık da büyük önem arz etmektedir. Tütün ve sigara içeren diğer ürünlerin içerisinde bulunan nikotin, kişilerde bağımlılık meydana getirmektedir. Bu bağımlılık kronik bir rahatsızlık olarak kabul görmüş ve nikotinin davranışsal ve mental hastalıklara sebep olan psikoaktif bir madde olduğu tespit edilmiştir [47]. Nikotinden kaynaklı fiziksel bağımlılığı tespit etmek için pek çok test yapılmaktadır bunlar arasında en fazla Fagerström Testi kullanılır. Bağımlılık seviyesini tespit etmek için 6 sorudan oluşan bu testin (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nin) (FNBT) sigara bırakma kliniklerinde uygulanabileceği neticesine ulaşılmıştır [48].

Sigara alışkanlığı bıraktıktan sonra ilk başlarda ortaya çıkan belirtiler nikotin yoksunluğu olarak isimlendirilmektedir. Konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, anksiyete, iştah artması ve eşliğinde kilo alımı, asabiyet, huzursuzluk ve tütüne aşırme belirtileri en çok görülen nikotin yoksunluk semptomları arasındadır [49]. Hezer ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışmada sigara bırakma tecrübesi olan hastaların %67'sinde aşırı bir biçimde sigara içme isteği, %58'inde sinirlilik hali ve son olarak %40'ında depresyon ve duygu durum bozuklukları görülmüştür [50]. Sigara bırakma konusunda başarılı olamayan hastalarda başarılı olan hastalara oranla sigara içme konusundaki arzu, puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır [51]. Sigara bırakma konusunda sigara içme arzusunu ve sigara bağımlılığının etkisi çok belirgindir [52,53]. Sigara bıraktırma klinikleri ne başvuru yapan hastaların çoğunlukla nikotine bağlı oluşan fiziksel bağımlılıkları göz önüne alınarak değerlendirilmemektedir. Sigara bırakmak isteyen kişilerde sigara içme arzusunun ve psikolojik bağımlılığın beklenmesi de önemli olabilir.

2.5. Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler

Tütün kullanımının hem bireyin kendisinin hem de çevresindeki kişilerin sağlığını riske ettiği bilinmektedir. Sigara tüketmenin başlamasına sebep olan pek çok faktör

bulunmaktadır. Bu faktörlerin en başında yaşanan toplum içerisinde sigara tüketmeye ait normlar ve tutumlar, medyada sigara kullanımına yönelik yer alan mesajlar, sigara kullanma davranışındaki yaygınlık, sigaraya erişebilme durumu ve ülkenin bu konuda almış olduğu politik tavırlar gelmektedir. Bu faktörlerin olması toplumsal anlamda sigara kullanım sıklığını doğrudan etkiler [48,53].

2.5.1. Psikolojik faktörler

Childs ve Wit Gerçekleştirilen araştırmada psiko-sosyal stresin sigara içme isteğini yükselttiğini dair pek çok Kanıt sunulmuştur [54]. Sigara bıraktırma klinikleri ne başvuru yapan hastaların çoğunlukla nikotine bağlı oluşan fiziksel bağımlılıkları göz önüne alınarak değerlendirilmemektedir. Sigara bıraktırma klinikleri ne başvuru yapan hastaların çoğunlukla nikotine bağlı oluşan fiziksel bağımlılıkları göz önüne alınarak değerlendirilmemektedir. Sigara bırakmak isteyen kişilerde sigara içme arzusunun ve psikolojik bağımlılığın beklenmesi de önemli olabilir.

2.5.2. Sosyo kültürel faktörler

Kişilerin sosyal yapısından daha ziyade, toplumun değerleri ve normları, toplumun sigara kullanımı konusundaki davranışları tütün kullanımına destekler biçimde ise bu durum sigara kullanma sıklığının artışına sebep olur. Bundan dolayı toplumsal anlamda sigara tüketmeye ait norm ve değerlerin sigara tüketimine engel olacak şekilde desteklenmesi ve geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Örneğin; sigara tüketiminin erkekleri çok güçlü ve kadınları da bağımsız olarak göstermesi tarzındaki bakış açısı ve inanışlar sigara tüketiminin artmasına sebep olabilmektedir. Sigara tüketimine ait normları etkileyen faktörler içerisinde en önemli faktörlerden birisi de toplumda sigara içme sıklığıdır [55, 56, 57].

Sigara tüketim alışkanlığı ne kadar fazla ise, sigara kullanımının da bu doğrultuda toplumsal olarak daha fazla kabul gören bir davranış olma olasılığı da artmaktadır. Bunların yanında, toplumun farklı kesimleri tarafından sigara kullanım sıklığının çok fazla olması, bir hasta o gruba ait mensupların sigara kullanımının artmasına sebep olabilir. Örneğin; erkek yoğun olarak çalışan bir işyerinde sigara tüten bireylerin çoğunlukta olması, orada çalışan diğer çalışanların sigara kullanmaya başlamasına sebep olabilecektir.

Toplumsal alanda örnek teşkil eden kişilerin sigara kullanma tutumlarının, toplumda yaşayan diğer pek çok kişinin davranış değişikliğine sebep olmaktadır. Bir hasta çocukların ve gençlerin yaşamış olduğu aile ortamından etkilendiği ifade edilmektedir. Ergenlerin çocukluk çağında ailelerinden etkilenmeleri görülürken, daha sonraları ise çevresindeki ve medyadaki rol model olarak gördükleri kişilerle (sporcu, sanatçı, manken, politikacı vb.) Kişilerden de büyük oranda etkilenmektedirler. Arkadaş grubu içerisinde sigara tüketen bir genç bu grubun içerisine girebilmek için benzer tutum ve davranışlarda bulunması gerektiği düşüncesine kapılabilir. Bu davranış grup üyeleri tarafından da beklenen ve istenilen bir davranış olabilmektedir [58].

2.6. Sigara Bırakma Yöntemleri

Son yıllarda sigaraya bağlı ölümlerin sıklığındaki artış nedeniyle nikotin bağımlılığı ile mücadele çok önem kazanmıştır. Bu bağımlılık ile mücadelede pek çok etkin yöntem geliştirilmiştir ve bu konuda çalışmalar hala devam etmektedir. Günümüzde bir hastalık olarak kabul edilen nikotin bağımlılığının tedavisi hekimlerimizin sorumluluğundadır.

Hekimler hastalarının tütün kullanımını sorgulamalı, kullananları tespit ettikten sonra ise bu kişileri sigara kullanımını bırakmaları yönünde uyarmalı ve teşvik etmelidir. Hastalara sözlü olarak tıbbi açıklamalar ve sigaranın zararları ile ilgili bilgi verilmesi ilk basamakta ‘kısa hekim müdahalesi’ şeklinde tanımlanmaktadır. Son derece kolay ve uygulanabilir olan bu girişim yüzde yüz başarı sağlamasa da sigara bırakma oranını belirgin bir şekilde artırmaktadır [59].

Hekim desteği olmadan kullanıcıların sigara bırakma girişimlerinin %90’ı başarısız olurken destek alan bireylerin %50’si ilaç tedavilerini uygulamakta ve başarıya ulaşabilmektedir. Bu sebeple hekimlerin sigarayı bırakma çabası olan hastalarını cesaretlendirmeleri büyük önem arz etmektedir [60].

Sigara içmenin başlama, sürdürme, bırakma, aralıklı içme gibi birçok davranışsal şekli vardır. Günümüzde sigara bırakma tedavileri bu davranışsal farklılıklar göze alınarak düzenlenmektedir [61].

2.6.1. Davranış terapileri

Davranış terapileri kişinin sigara rutinlerinden uzaklaşmasını, sigara içme isteğiyle başa çıkabilme becerisi kazanmasını ve sigaraya yönelik olumsuz tepki geliştirmesini sağlamaya yönelik yöntemlerden oluşur. Bu yöntemlerin başlıcaları şöyledir [60];

Kendini izleme: Hasta sigara içme davranışını anlattığı bir günlük tutar. Böylece gün içinde hastanın sigara içme isteğini uyandıran, bu davranışını tetikleyen durumlar tespit edilir. Bu durumları ve kişinin sigara kullanımı üzerindeki etkilerini değiştirme yönünde çalışmalar yapılır.

Doyurma yöntemi: Hastanın midesi bulanana kadar sigara sayısını ve hızını artırması, sonunda ise hastada sigaraya karşı tikslenme hissi uyanması amaçlanan bir yöntemdir.

Kendi kendini yönetme teknikleri: Terapist eşliğinde bazı ters güdüleme yöntemlerinin kullanılmasını içerir.

Grup tedavileri: Davranış terapilerine ek olarak uygulanan grup terapilerinin sosyal destek almadan sigarayı bırakamayacağını belirten birçok hastada faydalı olduğu görülmüştür.

Davranış terapileri mümkün olduğunca kolay uygulanabilir önerilerden oluşmalıdır. Hastaların yoksunluk belirtileri nedeniyle en çok zorluk yaşadığı dönem olan ilk 3 ay boyunca hastalara kendilerinde sigara içme isteği uyandıracak ortamlardan uzak durmaları, aktif olmaları, derin nefes alma egzersizleri yapmaları önerilmelidir. Hastalar bu üç ayda depresyon ve kilo alma ihtimaline karşı bilgilendirilmeli, egzersiz ve düşük kalorili diyet tavsiye edilmelidir.

2.6.2. Farmakolojik yöntemler

Sigarayı bıraktırma tedavilerinde kullanılan 3 temel ilaç grubu bulunmaktadır; nikotin replasman tedavileri (NRT), vareniklin ve bupropion. Bunlar arasında NRT'nin birkaç kullanım yöntemi bulunmakta ve çeşitli yollarla dolaşım sistemine belli miktarda nikotin salınımı sağlayarak çekilme semptomlarını azaltmak amaçlanmaktadır [62]. NRT ile oluşan plazma nikotin konsantrasyonu sigara ile elde edilen konsantrasyondan daha düşük olmakla beraber, kullanılan yöntemle göre değişiklik göstermektedir [63]. Bu amaçla

kullanılan nikotin dozları, ortalama 6-8 hafta olmak üzere azaltılarak kullanılmakta ve kişinin yoksunluk semptomlarının giderek azalması beklenmektedir. En sık kullanılan NRT yöntemleri ise nikotin bandı ve nikotin sakızdır, bunlar dışındaki yöntemler; nazal sprey, sublingual tablet, nikotin pastil ve nikotin inhalerdir. Bu yöntemlerden nikotin bandı ve nikotin sakızı gerekli vakalarda birlikte kullanılabilir [64].

Bupropion, antidepresan özelliği olan bir preparattır ve aynı zamanda sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır. Nöroepinefrin ve dopaminin geri alımının zayıf inhibitörüdür ve nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına yardımcı olur. Yapılan çalışmalarda depresyon tanısı olan ve olmayan bireylerde sigara bırakma üzerinde eşit etki göstermesi, bu etkisinin antidepresan özelliğinden kaynaklanmadığını göstermektedir. Vareniklin, nöronal nikotinik reseptörlerin parsiyel agonistidir ve yarışmalı olarak nikotinik reseptörleri aktive ederek dopamin salınımına neden olur. Böylece vareniklin kullanılan dönemde sigara kullanılsa dahi dopamin artışı olmaz ve sigaranın sağladığı keyif verici etkiler elde edilemez. Bu nedenle vareniklin, sigara bağımlılığını ve yoksunluk semptomlarını azaltmaktadır [65, 66].

Sigarayı bırakmak isteyen tüm bağımlılar, tıbbi tedaviden yararlanabilmelidir. Bu tedavi hekim gözetiminde olmalıdır. Günde 15 adetten daha fazla sigara içen ve/veya sabah kalktıktan sonra ilk yarım saat içinde sigara içme ihtiyacı duyan bağımlılara standart dozda tedavi başlanmalıdır. Günlük sigara adedi 15 ile 10 arasında olan hafif bağımlılarda düşük doz nikotin replasman tedavisi kullanılması daha uygun olacaktır. Eğer Bupropion kullanılacaksa doz ayarlamasında gerek yoktur. İçilen sigara adedi günde 10 taneden daha az ise kişinin fiziksel bağımlılık durumu değerlendirilmelidir. Olgu, sigara içmediğinde yoksunluk bulguları yaşıyorsa medikal tedavi başlanabilir [67].

Birinci seçenek sigara bırakma ilaçları Çizelge 2.2’de özetlenmiştir [67,68,69].

Çizelge 2.2. Birinci seçenek sigara bırakma ilaçları

İlaç	Doz	Kullanım Süresi ve Şekli	Kontranedike olduğu durumlar
Nikotin sakızı	<25 sigara/gün ise 2 mg	İlk 6 hafta : Her 1-2 saatte 1 adet	Geçirilmiş kardiyak olay öyküsü
		7-9. hafta: Her 2-4 saatte 1 adet	Unstabil anjina
	≥25 sigara/gün ise 4 mg	10-12. hafta: Her 4-8 saatte 1 adet	Ağır kardiyak aritmi
		Günde en fazla 24 adet	

Çizelge 2.2. (devam) Birinci seçenek sigara bırakma ilaçları

Nikotin bandı	21mg/24 saat	4 hafta	Son 1 ay içinde MI öyküsü
	14mg/24 saat	2 hafta	Unstabil angina ve aritmi
	7mg/24 saat	2 hafta	Gebeler ve emziren kadınlar
	(Azaltma şeması ile)	10 sigaradan az içiyor ise daha düşük doz ile başlanır.	18 yaş altı içiciler,
			Yaygın deri hastalığı varlığı
Bupropion	150 mg oral tablet	150 mg/ gün oral tablet günde 1 kez ilk üç gün	Nöbet öyküsü
		150 mg/gün oral tablet günde 2 kez iki ay	Nöbet eşliğini düşüren ilaç kullanımı
		Dozlar arasında minimum 8 saat olmalıdır.	Kontrolsüz hipertansiyon,
		Süre: 3 ay	Ağır karaciğer nekrozu,
			18 yaş altı Sensitivite,
Vareniklin	0.5 mg/gün	0.5 mg/gün ilk 3 gün	Varenikline alerjik durum
	1mg/gün	0.5mg/gün S/A* 4-7 gün	Son dönem böbrek yetmezliği
		1mg/gün: S/A* 8.günden sonra	18 yaş altı sigara içimi ve
		(Toplam tedavi 12 hafta)	gebeler için yeterli çalışma yoktur.

*: S/A: sabah-akşam

Sigara bırakma tedavisinde alternatif tedavi yöntemleri olarak akupunktur, psikoterapi ve eğitim gibi seçenekler denenmektedir. Kanıtların yetersiz olmasına rağmen; homeopati, hipnoz, nöroelektrik tedavi (NET), transkranial elektroterapi ve elektroakupunktur (EA) gibi yöntemlerinin sigara bırakma tedavisinde giderek yaygın bir şekilde uygulandığı dikkat çekmektedir. Bir çalışmada, NET 10 gün boyunca uygulanmış ve yoksunluk belirtilerini düzelttiğine dair veriler sunulmuştur. Bazı çalışmalarda ise klasik akupunktur ve motivasyonel görüşmenin beraber uygulanması durumunda sigara bırakma tedavisinde başarılı sonuçlar alınabileceği bildirilmiştir [69].

2.7. 4207-5727 No'lu Kanunlar (Yaptırımlar)

Sigara tüketimi konusunda günümüzde alınmış olan kararlar, geçmişten bugüne kadar alınan kararlar içerisinde görülen kanun boşlukları ve yaptırım konusundaki yetersizlikler

göz önüne alınarak daha da etkin hale getirilmiştir. Sigara tüketimi konusundaki alınan tedbirler konusunda bugün geline aşamanın alt yapısına bakıldığında, kararların alındığı dönem her ne kadar uygulama aşamasına geçilmesi de 1986'dan bu yana oluşturulmaya başlanmıştır [70]. Türkiye kapsamında tütün kontrolü mevzuatında çok önemli bir yeri bulunan 4207 Sayılı Kanun'un amacı; bireyleri sigara ve tütün mamullerinin olası zararlarından, özendirici bir biçimde yapılan tanıtım, reklam ve teşvik kampanyalarından koruyarak bu doğrultuda önlemler almak olarak görülmektedir. Bunların yanı sıra sigara tüketilmesi yasaklanan yerler kapsamında kamu kurumlarında, 5 ve 5 kişinin üzerinde çalışılan yerlerde sigara tüketilmesi yasaklanmıştır [71]. Yasalar gereği 18 yaşın altında olanlara tütün ve tütün mamullerinin satışı yasaklanmak ve beraber, bu tür ürünlerin markasını bulunduran her türlü reklam çalışmaları da yasak hale getirilmiştir. Yasaklanan yerlerde herkesin görebileceği bir biçimde, tütün ve tütün kullanımının yasak olduğu ve kullanım sonucu cezai yaptırımların uygulanacağına içeren uyarı levhaları asılması uygun hale getirilmiştir. Türkiye'de üretimi yapılan veya ithal edilen tütün ve tütün ürünlerinin paketleri üzerinde; 'yasal uyarı: sağlığa zararlıdır' ibaresi zorunlu kılınmıştır [72].

Bu uyarı niteliğinde olan yazıyı belirtme yani markalar için satış yaptırmamakta ve ithalatı ya saklanmaktadır [73].

4207 sayılı mevzuatta ilk kez kısıtlı da olsa kapalı mekanlarda sigara içilmesi yasaklanmış ve bunun yanında tütün ve tütün mamullerinin de reklamı yasak hale getirilmiştir. Toplum tarafından çok fazla kullanılan toplu taşıma araçlarında bu kanun ile beraber sigara kullanımı yasaklanmıştır. 5 ve 5'ten fazla kişinin çalıştığı işyerlerinde sigara içmeme yiyeceğine dair ibare bu anlamda pasifi çitleri koruma altına almaktadır. Mevzuat, bireysel özgürlükler kapsamında birtakım tartışmalara sebep olsa da sigara tüketimine karşı verilen bu mücadelenin çok önemli bir adımıdır. "Fakat bu yasal mevzuat maddeleri ilgili alanda uygulanması bakımından yeterli görülmemektedir. Mevzuatta yer alan müeyyideler nedeni ile yalnızca 49 kişi ceza ödemeye çarptırılmıştır" [74].

TKÇS taraf ülke durumunda olunmasının arkasından sigaraya karşı verilen mücadele küresel işbirliği vasıtasıyla daha disiplinli bir biçimde uygulanır hale gelmiştir. bu süreç içerisinde 1996 yılında uygulamaya konulan 4207 sayılı yasada söz konusu eksiklikler fark edilerek mevzuatta yer alan maddelerin biraz daha genişletilmesi ile, "...ülkemizi

dünyada tütünle mücadelede örnek ülke yapacak olan Trabzon Milletvekili Cevdet Erdöl'e ait olan teklif TBMM'de kabul edilerek yasalaşmıştır (5727 Sayılı Kanun)" [74].

1996'da kabul edilen 4207 sayılı kanun cezai yaptırımlar noktasında belirsizlikler yaşandığı için kısıtlı kalmıştır. Ardından Cevdet Erdöl'e ait olan kanun teklifi kabul görerek ismi değiştirilmiş ve görülen eksiklikler giderilmiştir. "4207 sayılı Kanun, 2008 yılında 5727 ve 5752 sayılı Kanunlar ile güçlendirilmiş, adı 'Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun' olarak değiştirilmiştir" [75].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) mevzuatında bu kanun biraz daha uygun hale getirilmiş, problemin yalnızca sigara değil bütün tütün ve tütün ürünlerinin olduğu görüşürüz ağırlık kazanmıştır. 2008 yılı içerisinde kabul edilen yasa, 1996'da kabul edilen yasaya göre iki ana farklılık barındırmaktadır. 1996 yılında kabul edilen yasa Kapalı mekanlarda sigara tüketimini yasaklarken bunun ihlal edilmesi durumunda yapılacak yaptırımlar noktasında belirsizlikler yaşamaktadır. 2008 de kabul edilen "tüm kamusal kapalı alanlar" Sigara kullanımını yasaklayarak cezai yaptırımlar ve ihlal edilmesi durumundaki yaptırımlar açık bir biçimde ifade edilmiştir [76].

DSÖ sigara üzerindeki vergilerin artırılmasının tek basına sigara kullanımının azaltılmasında en etkili yol olduğunu belirtmektedir. Yapılan hesaplamalara göre sigara üzerindeki vergilerin %70 dolaylarında artırılması, dünyada sigara kaynaklı ölümleri %25 azaltabileceğini ifade etmektedir (Jha ve ark., 2006). Sigaranın, vergiyle ülke ekonomisine katkısının, sebep olduğu sağlık harcamalarından daha az olduğu ifade edilmektedir. DSÖ tarafından 56. Dünya Sağlık Genel Kurulu'nda tütün kontrolü için 2003 yılında "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)" kabul edilmiştir. Sözleşme, 11 bölüm içinde yer alan 38 maddeden oluşmaktadır. Birinci ve ikinci bölümde amaç, ilkeler ve genel yükümlülükler, üçüncü bölümde tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler, dördüncü bölümde tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler yer almaktadır. Diğer bölümler çevrenin korunması, sorumluluklar, bilimsel ve teknik işbirliği, kurumsal düzenlemeler ve mali kaynaklar, uyuşmazlıkların çözümü, sözleşmenin geliştirilmesi konularını ele almaktadır [77]. Tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemleri inceleyen maddeler ele alındığında; fiyat ve vergilendirme artışı yapılması, fiyat dışı konularda da yasal düzenlemelerin yapılması, ortak kullanılan kapalı alanlarda tütün ürünü kullanımının yasaklanarak tütün dumanından korunulması, tütün ürünlerinin içeriklerinin düzenlenmesi,

tütün ürünlerinin zararlarının anlatılması, tütün ürünlerinin paketlenmesinde aldatıcı yanıltıcı özendirici ifadelerin bulunmasının önlenmesi, her türlü aracın kullanılarak eğitim ve toplumsal bilincin sağlanması, tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarının yasaklanmasıdır. Sözleşmenin 14. Maddesi tütün bağımlılığı ve tütün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler hakkındadır. Sağlık hizmeti veren kurumlarda tütün kullanımının bırakılmasını özendirici etkin programların oluşturulması ve uygulanması; sağlık çalışanlarının katılımıyla, tütün bağımlılığının teşhis ve tedavisinin ve tütün kullanımının bırakılması için danışma hizmetlerinin ulusal sağlık ve eğitim programlarına, plan ve stratejilerine dahil edilmesi; tütün bağımlılığının teşhisi, danışma, önleme ve tedavisi için sağlık kurumlarında ve rehabilitasyon merkezlerinde programlar oluşturulması bu 14. madde dahilinde sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarını kapsayan görevlerdir. Dördüncü bölümdeki tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler; tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin engellenmesi kontrolünün sağlanması, çocuklara ve çocuklar aracılığı ile satışın engellenmesi, satışlarının uygun yerlerde yapılması, tütün üreticileri ve sektör çalışanları için ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetlere destek sağlanması maddelerini içermektedir [78].

TKÇS, DSÖ tarafından kabul edilen ilk uluslararası sözleşmedir. TÇKS'ye taraf ülkelerin bu sözleşme kapsamında kendi ülkelerinde yasal düzenlemeler getirmeleri gerekmektedir. TKÇS'nin kabulünden sonra 2008 yılında uygulama rehberi olarak MPOWER paketi yayınlanmıştır. Tütün kontrolü için gerekli olan stratejileri bas harfleriyle ifade edilmektedir. M harfi "Monitor tobacco use and and prevention policies" yani "Tütün kullanımı ve koruma politikalarını izleme", P harfi "Protect people from tobacco smoke" yani "İnsanları pasif sigara dumanı etkileniminin zararlarından koruma", O harfi "Offer help to quit tobacco use" yani "Tütün kullanımının bırakılmasına uygun yardım önerme", W harfi "Warn about the dangers of tobacco" yani "Tütün kullanımının zararları hakkında uyarma", E harfi "Enforce ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship" yani "Tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama", R harfi "Raise taxes on tobacco" yani "Tütün ürünlerinden alınan vergileri arttırma" stratejilerini sembolize etmektedir [79].

MPOWER politika paketinin uygulanmasında gereken basamaklar altı tanedir:

- Tütün kullanımını izlemek
- İnsanları pasif sigara dumanının zararlarından korumak
- Tütün kullanımından vazgeçmeleri için yardım önermek
- Tütünün zararları hakkında uyarmak
- Tütün reklam ve promosyon yasaklarını uygulamak
- Tütün ürünlerinin vergilerini artırmak [79].

Türkiye'de, ilk tütün kontrol yasası, 1996 yılında 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlı Etkilerinin Önlenmesi Kanunu ile kabul edilmiştir [78].

2008 yılında ilk kanun değiştirilmiş ve ikinci tütün kontrol yasası 5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu ile kabul edilmiştir. 4207 sayılı Kanuna göre, tütün ürünlerinin tüketilebileceği yerlere ilişkin sınırlama, sigara içmeyenlerin korunması, tütün kullanımını teşvik eden reklamlar ve promosyonların yasaklanması, tütün kullanımının azaltılmasına ilişkin düzenlemeler yapıldı. Kabahatler Kanunu'nda cezalar getirildi[80].

2006 yılında yayınlanan resmi gazeteye göre Türkiye'de yıllık sigara tüketiminin 5.5 milyar paket civarında olduğu belirtilmiştir. Nüfus açısından Türkiye'ye benzer bir nüfusa sahip olan İngiltere'de ise 1 yıl içerisinde 3,7 milyar Fransa'da 4 milyar, Almanya'da 7,1 milyar civarında sigara tüketimi bulunmaktadır. Sigarada bulunan vergi yükü ortalaması Türkiye'de %73,25'tir. Açıklanan uluslararası tecrübeler tütün ve tütün ürünlerine olan ilginin azaltılmasında, tütün ürünlerinin fiyatının yükseltilmesinde çok etkili bir faktör olduğunu göstermektedir [71].

Vergi artışı yolu ile tütün ürünlerinin fiyatını yükseltilmesi, düşük gelir grupları ve gençler arasında Tüketimin azaltılmasını sağlamakta, kamu gelirlerinde ise bir artışa neden olmaktadır. Dünya Bankası'ndan elde edilen verilere göre sigara fiyatlarına konulan %10'luk bir artış tüketim noktasında %4 azalmaya sebep olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde bu değişim oranı %2,5-5 oranında düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %5-10 oranında değişmektedir [72].

Türkiye'de 2002'de gerçekleştirilen bir araştırmada 1960- 2000 yılları arasında sigaraya yapılan yüzde onluk artışın tüketim oranında %2 azalmaya sebep olduğu tespit edilmiştir. Gümrüksüz satış mağazalarında yapılan vergisiz satış, gelen yolcuların sigaraya olan talebini artırmaktadır [70].

Türkiye'de sigara üzerindeki vergi yükünü 2010 yılına kadar %80'nin üzerine çıkarmak sekinde sigara fiyatlarının tüketimi caydırıcı biçimde artırılması' seklinde belirtilmiştir. Vergilerin arttırılmasıyla birlikte sigara kaçakçılığına ilişkin gerekli önlemlerin alınmasına yönelik çalışmalar yapılması gerektiği resmi gazetede yer almaktadır. Ayrıca resmi gazetede sigarada yaklaşık 4700'den fazla zehirli madde bulunmakta, 1400 değişik katkı maddesi kullanılmaktadır ifadesine yer verilmiştir. 4207 sayılı kanunun adı 3/1/2008 tarihli ve 5727 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle 19/5/2008 tarihinden geçerli olmak üzere "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" olarak değiştirilmiştir. TKÇS ve uygulama rehberi olan MPOWER ilkelerine göre yeniden düzenlenmiştir. Kanunun amacı ise "kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır." olarak değiştirilmiştir. Eski kanuna göre bu kanunda tütün ürünü tüketiminin yasaklandığı alanlar genişletilmiştir. Bütün kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında, eğlence hizmeti veren işletmelerde, birden çok kişinin faydalandığı ikamet konutu hariç olan binaların kapalı alanlarında tütün ürünü kullanımı tamamen yasaklanmıştır [76].

Böylelikle Türkiye tam dumansız hava sahasını sağlamıştır. 2013 yılında getirilen bir değişiklik ile hususi araçların sürücü koltukları, taksiler ve karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında da tütün ürünü kullanımına yasak getirilmiştir. Eski 4207 sayılı yasanın bütün maddeleri TKÇS'ye göre güncellenmiştir. Yasaya maddelerine yapılan temel değişiklik 2008 yılında yapılmakla birlikte ihtiyaçlar doğrultusunda 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 ve son olarak da 2018 yılında vergi artışı yapılmış ve düz paket uygulaması eklenerek güncellemeler yapılmıştır. 2013 yılında DSÖ'nün hazırladığı "Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Protokol" imzalanmıştır. "2015-2018 dönemini kapsayan Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı" 27 Ocak 2015 tarihli ve 29249 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir ve Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi yayımlanmıştır (Ulusal Tütün

Kontrol Programı Eylem Planı, 2015). 2016 yılında “Tütünle Mücadele Gençlik Eylem Planı” hazırlanmıştır. “Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018-2023” 30 Mayıs 2018’de imzalanmıştır. “Tütün Mamullerinin Üretim Sekline, Etiketlenmesine ve Denetlenmesine ilişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” 1 Mart 2019 tarihli ve 30701 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir [81]. Sigara firmaları, sigara nedeniyle ölen ya da sakat kalanlara ve ailelerine tazminat öder. Bununla ilgili özellikle yurtdışında çeşitli dava sonuçlarının olduğu ifade edilmektedir.

2.8. Fabrikalarda Etkin Bir Sigara Bırakma Politikası Oluşturmak

2.8.1. Askeri fabrikada iş sağlığı ve güvenliği politikası (uygulamaları)

İş Sağlığı ve Güvenliği alanında gerçekleştirilen araştırmalar kişilerin işten kaynaklanan risklerden uzaklaştırılmasını sağlamak maksadı ile hem psikolojik hem de beden sağlıklarının muhafaza edilmesini ifade etmektedir [82]. Bunun yanında iş ortamının güvenlik ve sağlığının çok daha yüksek seviyeye çıkarılması çok daha verimli bir çalışma ortamı sunacaktır. Bundan dolayı bilhassa kalkınmakta olan ülkelerde iş güvenliği toplumsal temelli kalkınmada ana unsur olarak görülmektedir [83]. İş güvenliği kavramından bağımsız olarak, iş sağlığı ve güvenliği kavramı tehlikelerin bertaraf edilmesinin yanında muhtemel risklerin tahmin edilmesini, bu risklerin değerlendirilerek yok edilmesini ya da risk neticesinde meydana gelebilecek zararların asgari düzeye çekilmesini sağlayan işlemlerin hepsini içermektedir [83].

Çok daha geniş manası ile iş sağlığı ve güvenliği, henüz ortada bir tehdit unsuru yokken, iş yerinde problemler ortaya çıkmamışken bile meydana gelebilecek muhtemel risk ve tehditlerin tahmin edilmesi ve bu risklerin makul düzeyde bulunup bulunmadıklarına karar verilebilmesi konularını da içeren bir kavram şeklinde değerlendirilebilir [84].

İş sağlığı ve güvenliği, iş görenlerin işyerlerinde ve işleri ile alakalı olarak iş yerleri haricindeki uygulamalarını da içerdiğinden geniş ve çok boyutlu araştırmaları mecbur kılan bir konu olarak değerlendirilmelidir [83]. Mevzu bahis araştırmaların kapsamı, mühendislik, tıp, kimya, fizik, matematik, biyoloji, ergonomi, istatistik, sosyoloji gibi birden fazla bilim dalı ile bağlantılı araştırmaları kapsamaktadır [85]. Bunların yanında iş hukuku, çalışma ilişkileri, istihdam politikaları, iş psikolojisi, sosyal güvenlik, makro

iktisat, iş sosyolojisi, eğitim, bilim şemsiyesi altına alınabilecek çoğu alan da iş sağlığı ve güvenliği araştırmalarının içeriğine dahil edilmektedir [81].

Türkiye’de bu konunun önemine binaen iş hayatı çoğu değişik, yönetmelik, yasa ve tüzükler kapsamında düzenlenerek bunun haricinde olan uygulamaların takibinin yapılabilmesi maksadı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı şekilde İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur [86].

İş sağlığı ve güvenliği konusunu incelerken iş kazası kavramının da detaylı bir şekilde ele alınması gerekmektedir [87]. İş kazalarına hangi durumların neden olduğu kavramsal bakımdan kaza, risk, tehlike gibi faktörlerin ne şekilde tanımlandığı, güvenlik açıklarının nitelik durumu ve tehlikeli hallerin kimler tarafından oluşturulduğu ve risk analizleri gerektiren durumların nelerden oluştuğu konuları iş sağlığı ve güvenliği konusunu anlamak için çok önemlidir.

Türkiye’deki iş sağlığı ve güvenliği ile alakalı yasal mevzuatlardan söz edilmesi de yerinde olacaktır. İş sağlığı ve güvenliği ile alakalı gerçekleştirilen yasal düzenlemelerde sorumluların kime ait olduğu sorumlulukların nelerden oluştuğu, bir sonraki seviyede gerçekleştirilecek analizlerin kaynağını oluşturmaktadır. Son olarak ise iş sağlığı ve güvenliği kavramının ana özellikleri üstünden risk analizinin hangi teknik ve yöntemlerle nasıl yapılacağının belirlenmesi gelmelidir [86].

İşçi sağlığı ve iş güvenliği ülkemizde ve dünyada ciddi sorunlardan biridir. Devlet-işveren-işçi üçgenindeki ilgili tarafların fikir birliği yaparak kararlı bir şekilde çalışmalarıyla çözülür.

Devlet; yasal düzenlemeleri ve uyulması için her türlü denetimi yaparken, işveren; yasal düzenlemelerin gereğini yaparak, bu düzenlemeler ile birlikte teknolojik gelişmeler ışığında her türlü gereken ya da ileri safhada gerekebilecek olan önlemi alacak, devlet ve işveren üzerine düşen bu yükümlülükleri yerine getirirken işçiler de devletin sunmuş olduğu yasal düzenlemelere yani işverenin aldığı tüm önlemlere uyması gerekmektedir. Çalışan işçi ve işverenlerin görüşlerinden elde edilen bilgilere göre daha sağlıklı ve çalışılabilir bir ortamın oluşturulabilmesi için şunların yapılmasında yarar görülmektedir:

- Hizmet içi eğitimlerin uygulanması: Çalışanların yapılan iş ve alınması gereken önlemler hakkında bilgilendirilmesi
- Güvenli çalışma ortamını bozanlara yaptırım uygulanması: İş güvenliği kurallarına uymayan işçi veya kurumların belli denetim organları tarafından cezai yaptırıma tabi tutulması.
- Öngörülü davranma: İş kazalarına sebep olabilecek muhtemel faktörlere karşı acil eylem planı ve risk değerlendirmesine göre gerekli önlemlerin alınması.
- KKD: Kişisel koruyucu donanımların sağlanması ve işçilerce kullanımının takip edilmesi.
- İş temposunun yüksek oluşu örneğin iki veya üç vardiyalı çalışan işyerlerinin iş kazası geçirme riski çok daha fazla böyle olan iş yerlerine bir düzenleme getirilmeli.
- Çok önem arz eden Öneri Sistemleri dediğimiz çalışandan işverene her kesimden herkesin bir önerisinin olabileceği bir sistemdir. Bu İSG Kurullarına artı bir dinamizm katar.

Teşvik ve motive edici bir uygulama da şöyledir: İSG adına tüm kurallarına uyan çalışana "Aydın İSG Elemanı " seçip puan verip ve bu puanlara göre ödül verilerek teşvik edilir. Bu durum diğer çalışanlara da iyi bir teşvik edici uygulamadır.

2.8.2. Çalışanların sigara kullanımı hususunda farkındalık çalışmaları ve iletişim kanalları

Ülkemizde tütün kontrolü çalışmaları 1996 yılında kabul edilen Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile yasal dayanak bulmuştur. 2009 Temmuz ayından itibaren Türkiye “Tam Sigara Dumansız” ülke olmuştur. Bütün kapalı mekanların sigara dumanından arındırılması, tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı ile tütün endüstrisi tarafından sponsorluk yapılmasının yasaklanması, televizyon kanallarında tütün kullanımının zararları konusunda eğitici yayınlar yapılması şeklinde kapsamlı bir tütün kontrolü yasasına sahip olarak bu başarının temelini oluşturmuştur [88]. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) ile 2018 yılına kadar çeşitli amaçlar belirlenmiştir: Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının sağlık, ekonomik ve sosyal yönden zararları hususunda halkı eğitmek, bilgilendirmek, bilinçlendirmek; sigarayı bırakmayı yaygınlaştırmak, tütün bağımlılığı tedavisinde ve tekrar başlamayı önlemede başarı oranını

artırmak; vergiyi fazlalaştırarak fiyat artırımını sağlamak ve ürünlere talebi azaltmak; pasif etkilenimin önüne geçmek; reklam, promosyon ve sponsorluğu önlemekle alakalı mevzuatın etkili uygulanmasını sağlamak; tütün ve tütün ürünlerinin içeriğindeki kanserojen maddeleri ve zehirli bileşenleri bilimsel olarak değerlendirmek; tütün ve tütün ürünlerinin içerikleri hususunda halkı bilgilendirmek; yasadışı ticaretle etkin olarak mücadele etmek; 24 yaş altındaki bireyleri kullanımdan korumak ve 18 yaşını doldurmamış kişilerin ürünlere ulaşmasını engellemek; tütün üretiminin kontrolü ve izlenmesi, tütün üretiminde ve işleminde çevre ve insan sağlığını korumak, tütün üretiminden vazgeçen üreticilere ekonomik varlıklarını sürdürebilecekleri alternatif politikalar geliştirmek ve desteklemek [89].

Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023) ile 2023 yılına kadar çeşitli yeni amaçlar hedeflenmiştir. Çocuk ve gençler başta olmak üzere toplumun tütün ürünü kullanımına başlamalarını önlemek ve kullananların bırakmalarını sağlamak. Çocuk ve gençlerin tütün ürünlerine erişimini ortadan kaldırmak ve toplumun tütün ürünlerine kolay erişimini önlemek. Tütün kontrolü alanında iş birliği ve koordinasyonu güçlendirmek, yürütülen çalışmaların süreç ve çıktılarını izlemek, sonuç ve etkilerini değerlendirmek. Bu eylem planında öncelikle hedeflenen gençlerin sigaranın zararları hakkındaki bilgi düzeylerinin artırılması için özellikle eğitimlerin yapılmasıdır. Zorunlu eğitim süreçlerinde sık sık sigara ve diğer tütün ürünlerinin zararları hakkında hatırlatma eğitimleri düzenlenmesidir. Sigara kullanan bireylerin etkin bir sigara bırakma yaklaşımına ulaşabilmeleri önemsenmiştir [90].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ilinde bir askeri fabrikada çalışan 18 yaş üstü bireyleri katılımı ile yürütülmüştür. Araştırmaya; Subay, Astsubay Uzman Erbaş Sivil Memur ve İşçiler dahil edilmiştir.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma Ankara'da bir askeri fabrikada (isminin bu çalışmada geçmesine izin vermemektedir) gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Askeri fabrikada çalışan kişi sayısı (çalışma evreni) 330 kişidir. Araştırma için örneklem hesaplanmamış olup, tüm çalışanlara ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırmaya 260 kişi katılım sağlamıştır. Ulaşım durumu %78,7'dir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Sigara kullanım durumu

3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu

- Yaşadığı yer

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten kişi tarafından hazırlanmıştır. Anket 35 sorudan oluşmaktadır. Anketin ilk 16 sorusu demografik değişkenlerden oluşmakta olup diğer maddeler sigara ile ilgili maddelerden oluşmaktadır. Kullanılan anket formu ektedir (Ek-1)

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu oluşturulduktan sonra 2020 yılı Mart ayında 10 kişiye ön uygulama yapılmış, aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilmiş ve uygulama öncesi son halini almıştır.

Anketler katılımcılara Mayıs-Kasım 2020 tarihleri arasında ve yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bir anketin uygulama süresi ortalama 10-15 dakikadır.

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Anket verileri SPSS-22 programında analiz edilmiştir. Kategorik yapıdaki tüm anket soruları sayı (n) ve yüzde (%) değerleri ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasındaki-kare testi (Pearson Chi-square Test) uygulanmıştır. Sürekli veriler için normal dağılım kontrolü Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. İki bağımsız grup karşılaştırmaları için Mann Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmaları için ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda farklılık gösteren grupları tespit etmek için çoklu karşılaştırma testlerinden Dunn testi kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalar için istatistik anlamlılık düzeyi (p) <0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulaması araştırmacının ulaşabildiği kişilerle sınırlı kalmış, ulaşamadığı veya ulaştığı halde katılmak istemeyen kişiler çalışmanın dışında kalmıştır.
- Anket uygulaması esnasında, anketin süresinin uzun değerlendirilmesi ve sorulara bir süre sonra katılımcının ilgisini kaybetmesi sebebiyle, ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olmuştur.
- Veri toplama aşaması pandemi sürecine denk geldiği için yüzyüze anket uygulamada güçlükler yaşanmıştır.



4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı (%)*
Yaş (s=260) (Ort±SS)		37,21±8,8
Cinsiyet (s=260)	Erkek	243 (93,5)
	Kadın	17 (6,5)
Eğitim Durumu (s=260)	İlköğretim	7 (2,7)
	Ortaöğretim	68 (26,2)
	Önlisans/Lisans	159 (61,2)
	Lisansüstü	26 (10,0)
Medeni Durum (s=260)	Evli	156 (60,0)
	Bekar	104 (40,0)
İşyerinde Çalıştığı Görev (s=260)	İşçi	133 (51,2)
	Sivil memur	39 (15,0)
	Uzman Onbaşı/Çavuş	34 (13,1)
	Astsubay	42 (16,2)
	Subay	12 (4,6)
Aylık Hane Halkı Geliri (s=260)	5000 TL altı	43 (16,5)
	5000TL – 7000 TL	128 (49,2)
	7000TL – 9000TL	42 (16,2)
	9000 TL üzeri	47 (18,1)
İkame Edilen Yer (s=260)	Aile	210 (80,8)
	Misafirhane	13 (5,0)
	Arkadaş	4 (1,5)
	Tek başına	31 (11,9)
	Akraba	2 (0,8)
Aylık Gelir Durumu (s=260)	5000 TL altı	43 (16,5)
	5000TL – 7000 TL	128 (49,2)
	7000TL – 9000TL	42 (16,2)
	9000 TL üzeri	47 (18,1)
Fabrikada Çalışma Süresi (s=258)	60 aydan fazla	148 (57,4)
	60 aydan az	110 (42,6)
Dengeli Beslenme (s=260)	Evet	194 (74,6)
	Hayır	66 (25,4)
Düzenli Fiziksel Aktivite (s=260)	Evet	116 (44,6)
	Hayır	144 (55,4)
Kronik Hastalık Varlığı (s=260)	Evet	56 (21,5)
	Hayır	204 (78,5)

*: Sütun yüzdesi

Araştırmaya 260 kişi katılmıştır. Çizelge 4.1’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $37,21 \pm 8,8$ ‘dir. Bu bireylerin %93,5’i erkek, %6,5’i kadındır. Araştırmaya katılan bireyler eğitim durumlarına göre incelendiğinde %2,7’si ilköğretim, %26,2’si ortaöğretim, %61,2’si ön lisans/lisans ve %10,0’ı ise lisansüstü mezunudur. Araştırmadaki bireylerin medeni durumuna bakıldığında %60,0’ı evli ve %40,0’ı bekardır. Kişilerin işyerinde çalıştığı görevlere bakıldığında %51,2’si işçi, %15,0’ı sivil memur, %13,1’i uzman onbaşı/çavuş, %16,2’si astsubay ve %4,6’sı subay olarak görev yapmaktadır. Kişilerin aylık hane halkı gelirine bakıldığında %16,5’i 5000 TL altı, %49,2’si 5000TL-7000 TL, %16,2’si 7000TL-9000TL ve %18,1’i 9000 TL üzeri gelire sahiptir. Araştırmaya katılan bireylerin %80,8’i ailesinin yanında, %5,0’ı misafirhanede, %1,5’i arkadaşında, %11,9’u tek başına ve %0,8’i akrabasında ikame etmektedir. Fabrikada çalışma süresine bakıldığında bireylerin %57,4’ü 60 aydan fazla ve %42,6’sı 60 aydan az süredir fabrikada çalışmaktadır. Bireylerin %74,6’sı dengeli beslenirken %25,4’ü dengeli beslenmediğini ifade etmiştir. Bireylerin %44,6’sı düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, %55,4’ü düzenli fiziksel aktivite yapmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin %21,5’i kronik hastalığa sahipken, %78,5’i kronik hastalığa sahip değildir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı	%*
Herhangi Bir Zamanda Sigara Tüketimi(s=256)	Evet	157	61,3
	Hayır	99	38,7
İlk Sigara Tüketim Zamanı	Fabrikada çalışmaya başlamadan önce	129	86,0
	Fabrikada çalışmaya başladıktan sonra	21	14,0
Sigaraya Başlama Nedeni	Özenme	30	54,5
	Merak	14	25,5
	Stres	11	20,0
Günlük Sigara Tüketimi	10 adetten az	91	55,8
	10–20 adet	52	31,9
	20–30 adet	20	12,3
Aktif Sigara Tüketimi	Evet	105	57,7
	Hayır	77	42,3
Sigara Tüketimine Devam Nedeni	Alışkanlık	22	46,8
	Bağımlılık	13	27,7
	Stres	12	25,5
Son 1 yılda Sigara Bırakma Denemesi	Evet	93	60,0
	Hayır	62	40,0
Sigara Bırakma Etkeni	Sağlığa Zararı	167	74,9
	Çevre Baskısı	7	3,1
	Masraf	10	4,5
	Kötü koku/ Duman	18	8,1
	Diğer**	21	9,4
Ailede Sigara Kullanımı	Evet	138	53,1
	Hayır	122	46,9
Sigara Bırakmada Kullanılan Yöntem	Sigara bırakma polikliniklerine gitme	56	39,7
	ALO 171 arama	3	2,1
	Nikotin preparatları kullanma	9	6,4
	İlaç Kullanma(Bupropion, vareniklin)	9	6,4
	Elektronik Sigara	2	1,4
	Diğer***	62	44,0

*: Sütun yüzdesidir **Diğer:

***Diğer:

Tablo 2’de araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %61,3’ü herhangi bir zamanda sigara tükettiğini belirtirken, %38,7’si herhangi bir zamanda sigara tüketmediğini belirtmiştir. Herhangi bir zamanda sigara tüketen bireylerin %86,0’ı fabrikada çalışmaya

başlamadan önce, %14,0'ı fabrikada çalışmaya başladıktan sonra ilk sigarayı tükettiklerini ifade etmiştir. Bireylerin sigaraya başlama nedenlerine bakıldığında %54,5'i özenme, %20,0'ı stres ve %25,5'i merak nedeniyle sigaraya başladıklarını belirtmiştir. Bireylerin günlük sigara tüketimine bakıldığında %55,8'i 10 adetten az, %31,9'u 0-20 adet arası ve %12,3'ü 20-30 adet arası günlük sigara tükettiklerini ifade etmiştir. Bireylerin %57,7'si aktif sigara tüketirken, %42,3'ü aktif sigara tüketmemektedir. Bireylerin sigara tüketimine devam etme nedenlerine bakıldığında %27,7'si bağımlılık, %46,8'i alışkanlık ve %25,5'i stres sebebi ile sigaraya devam ettiğini belirtmiştir. Bireylerin %60,0'ı son 1 yılda sigara bırakma denemesinde bulunduğunu belirtirken, %40,0'ı sigara bırakma denemesinde bulunmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %74,9'u sağlığa zararlı olması, %3,1'i çevre baskısı, %4,5'i masraf, %8,1'i kötü koku/duman ve %9,4'ü diğer nedenleri sigara bırakma etkeni olarak ifade etmiştir. Katılımcıların ailesinde sigara kullanım durumuna bakıldığında %53,1'i ailede sigara kullanımı olduğunu ve %46,9'u ailede sigara kullanımı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların sigara bırakmada kullandıkları yöntemlere bakıldığında %39,7'si sigara bırakma polikliniklerine gitmeyi, %2,1'i ALO 171 aramayı, %6,4'ü nikotin preparatları kullanmayı, %6,4'ü ilaç kullanmayı (bupropion, vareniklin), %1,4'ü elektronik sigarayı ve %44,0'ı diğer yöntemleri sigara bırakmada kullandıkları yöntem olarak ifade etmiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili tutum ve davranış özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.

		Sayı (%)*
Sigaranın etkileri, başlamayı önleme ve bırakma yöntemleri hakkında bilginizi yeterli mi	Evet	164 (63,1)
	Hayır	96 (36,9)
Sigara ile ilgili kanunlarını biliyor musunuz	Evet	154 (59,2)
	Hayır	106 (40,8)
4207 ve 5727 Sayılı kanunları biliyor musunuz	Evet	100 (38,5)
	Hayır	160 (61,5)
Kapalı alanda sigara yasağı hakkındaki düşünceniz nedir	Gerekli	224 (86,2)
	Gereksiz	14 (5,4)
	Fark etmez	22 (8,5)

Çizelge 4.3. (devam) Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili tutum ve davranış özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2022.

Yasağın kapsamı hakkındaki görüşünüz nedir	Faydalı	33 (50,0)
	Geliştirilebilir	28 (42,4)
	Çok katı	5 (7,6)
	İlgilenmem	49 (18,8)
	Rahatsız olurum	53 (20,4)
Sigaranın yasak olduğu yerde ihlale tanık olursanız ne yaparsınız	Mekân hakkında olumsuz düşünürüm	19 (7,3)
	Görevliye bildiririm	110 (42,3)
	Sigara ihbar hattını ararım	29 (11,2)
Sigaranın yasak olduğu yerde ihlalle tanık oldunuz mu	Evet	157 (60,4)
	Hayır	103 (39,6)
Kapalı alan yasağı sigara kullanımını azalttı mı	Evet	136 (52,3)
	Hayır	124 (47,7)
Fabrikada çalışanlar sigara konusunda daha dikkatli olmalı mı	Evet	214 (82,3)
	Hayır	46 (17,7)

%%: Sütun yüzdesidir

Çizelge 4.3'te araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanımı ile ilgili tutum ve davranış özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin %63,1'i sigaranın etkileri, başlamayı önleme ve bırakma yöntemleri hakkında bilgisinin yeterli olduğunu belirtirken, %36,9'u bilgisinin yeterli olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %59,2'si sigara ile ilgili kanunlarını bildiğini belirtenlerin iken, %40,8'i kanunları bilmediğini belirtmiştir. Katılımcılardan %38,5'i 4207 ve 5727 Sayılı kanunları bildiğini ifade ederken %61,5'i kanunları bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların kapalı alanda sigara yasağı hakkındaki düşüncelerine bakıldığında %86,2'si gerekli bulduğunu, %5,4'ü gereksiz bulduğunu ve %8,5'i fark etmeyeceğini bildirmiştir. Bireylerin yasağın kapsamı hakkındaki görüşleri incelendiğinde %50,0'ı faydalı olduğunu, %42,4'ü geliştirilebileceğini %7,6'sı ise çok katı olduğunu söylemiştir. Bireylere sigaranın yasak olduğu yerde ihlale tanık olduklarında ne yapacakları sorulduğunda %18,8'i ilgilenmeyeceğini, %20,4'ü rahatsız olacağını, %7,3'ü mekân hakkında olumsuz düşüneceğini, %42,3'ü görevliye bildireceğini ve %11,2'si sigara ihbar hattını arayacağını

belirtmiştir. Bireylere daha önce sigaranın yasak olduğu yerde ihlale tanık olup olmadığı sorulduğunda %60,4'ü tanık olduğunu, %39,6'sı ise daha önce tanık olmadığını ifade etmiştir. Katılımcılara kapalı alan yasağının sigara kullanımını azaltması hakkındaki düşünceleri sorulduğunda %52,3'ü sigara kullanımını azalttığını ve %47,7'si azaltmadığını söylemiştir. Katılımcıların %82,3'ü fabrikada çalışanların sigara konusunda daha dikkatli olmaları gerektiğini belirtirken, %17,7'si daha dikkatli olmalarının gerekmediğini bildirmiştir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Katılımcıların aktif sigara tüketimine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.

Değişkenler		Aktif Sigara Tüketen Grup (s=105)	Aktif Sigara Tüketmeyen Grup (s=77)	p*
Cinsiyet, s (%)				
	Kadın	8 (61,5)	5 (38,5)	0,771
	Erkek	97 (57,4))	72 (42,6)	
Eğitim durumu, s (%)				
	İlköğretim	4 (66,7)	2 (33,3)	0,195
	Ortaöğretim	30 (56,6)	23 (43,4)	
	Önlisans/Lisans	62 (43,1)	47 (43,1)	
	Lisansüstü	9 (64,3)	5 (35,7)	
Medeni durum, s (%)				
	Evli	61 (54,0)	52 (46,0)	0,410
	Bekâr	44 (63,8)	25 (36,2)	
Anne mesleği, s (%)				
	Ev hanımı	91 (59,1)	63 (40,9)	0,019
	İşsiz	1 (33,3)	2 (66,7)	
	İşçi	1 (20,0)	4 (80,0)	
	Emekli	11 (84,6)	2 (15,4)	
	Memur	1 (16,7)	5 (83,3)	
Kronik hastalık varlığı, s (%)				
	Hayır	88 (62,9)	52 (37,1)	0,024
	Evet	17 (41,5)	24 (58,5)	
Son 1 yılda bırakma denemesinde bulunma, S (%)				
	Hayır	48 (82,8)	10 (17,2)	0,005
	Evet	54 (59,3)	37 (40,7)	
Kapalı alan yasağı hakkında düşünce, s (%)				
	Gerekli	83 (53,9)	71 (46,1)	0,046
	Gereksiz	8 (72,7)	3 (27,3)	
	Fark Etmez	14 (82,4)	3 (17,6)	

*Ki-kare Testi

Katılımcıların aktif sigara tüketimi; cinsiyet, medeni ve eğitim durumu açısından incelendiğinde aralarında istatistiksel bir farklılık olmadığı saptanmıştır (sırasıyla, $p=0,771$, $p=0,410$ ve $p=0,195$). Katılımcıların anne mesleklerin incelendiğinde annesi ev hanımı olanların %59,1'inin, işsiz olanların %33,3'ünün, işçi olanların %20'sinin, emekli olanların %84,6'sının, memur olanların %16,7'sinin aktif sigara tükettiğini ve aktif sigara kullanma durumu açısından anne mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,019$). Katılımcılar kronik hastalık varlığı açısından incelendiğinde aktif sigara kullananların %41,5'inin ve aktif sigara kullanmayanların %58,5'inin kronik hastalığı olduğu ve iki grup arasında istatistiksel farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,024$). Son 1 yılda bırakma denemesinde bulunanların %59,3'ünün aktif sigara kullandığı ve Son 1 yılda bırakma denemesinde bulunmayanların %40,7'sinin aktif sigara kullandığı saptanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,005$). Katılımcıların kapalı alan yasağı hakkında düşünceleri incelendiğinde gerekli olduğunu düşünenlerin %53,9'unun, gereksiz olduğunu düşünenlerin %72,7'sinin, fark etmeyeceğini düşünenlerin %82,4'ünün aktif sigara içicisi olduğu ve aktif sigara tüketimine göre kapalı alan yasağı hakkında düşünce durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.

Değişkenler	Sigara Kullanma (s=157)	Hiç Sigara Kullanmama (s=99)	p
Cinsiyet, s (%)			
Kadın	10 (58,8)	7 (41,2)	0,826*
Erkek	147 (61,5)	92 (38,5)	
Medeni durum, s (%)			
Evli	56 (36,6)	97 (63,4)	0,407*
Bekâr	43 (41,7)	60 (58,3)	
Anne eğitim durumu, s (%)			
Okuryazar olmama	29 (63,0)	17 (37,0)	0,017*
İlköğretim	88 (67,2)	43 (32,8)	
Ortaöğretim	23 (42,6)	31 (57,4)	
Önlisans/Lisans	16 (66,7)	8 (33,3)	

Çizelge 4.5. (devam) Katılımcıların sigara kullanma durumuna göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.

Anne mesleği, s (%)				
	Ev hanımı	133 (63,9)	75 (36,1)	0,030*
	İşsiz	4 (66,7)	2 (33,3)	
	İşçi	1 (11,1)	8 (88,9)	
	Emekli	13 (65,0)	7 (35,0)	
	Memur	4 (44,4)	5 (55,6)	
	Serbest Meslek	1 (33,3)	2 (66,7)	
Fabrikada çalışılan süre, s (%)				
	60 aydan az	98 (67,6)	47 (32,4)	0,013*
	60 aydan fazla	57 (52,3)	52 (47,7)	
Fabrikada sigara konusunda hassasiyet gösterilmeli mi, s (%)				
	Hayır	36 (78,3)	10 (21,7)	0,009*
	Evet	121 (57,6)	89 (42,4)	

*Pearson Ki-kare Testi

Katılımcıların sigara kullanmaları; cinsiyet ve medeni durum açısından incelendiğinde aralarında istatistiksel bir farklılık olmadığı saptanmıştır (sırasıyla, $p=0,826$ ve $p=0,407$). Katılımcılar anne eğitim durumuna göre incelendiğinde okuryazar olmayanların %63'ünün, ilköğretim olanların %67,2'sinin, ortaöğretim olanların %42,6'sının, önlisans/lisans olanların %66,7'sinin daha önce kullandığı ve hiç kullanmayan grup ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,017$). Katılımcıların anne mesleklerin incelendiğinde annesi ev hanımı olanların %63,9'unun, işsiz olanların %66,7'sinin, işçi olanların %11,1'inin, emekli olanların %65'inin, memur olanların %44,4'ünün ve serbest meslekte olanların %33,3'ünün sigara kullandığı ve hiç sigara kullanmayan ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,030$). Katılımcılar fabrikada çalışılan süre açısından incelendiğinde 60 aydan az çalışanların %67,6'sı sigara kullanırken, %32,4'ünün hiç sigara kullanmadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,013$). Aktif sigara kullanmayanların %65,8'i sigara kullandığını, aktif sigara kullanmayanların %34,2'si daha önce hiç sigara kullanmadığını beyan etmiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara bırakma kullanılan yöntem açısından sigara bırakma polikliniklerine gidenlerin %69,6'sı, nikotin preparatları kullananların %88,9'u ve diğer yöntemleri kullananların %95,9'u sigara kullandığı bulunmuştur. Sigara kullanım durumu açısından Sigara bırakma kullanılan yöntemleri

incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Fabrikada sigara konusunda hassasiyet gösterilmesi gerektiğini düşünenlerin %57,6'sı sigara kullanırken, %42,4'ü sigara kullanmamaktadır. Fabrikada sigara konusunda hassasiyet gösterilmesi gerektiğini düşünme durumu incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,009$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Katılımcıların fabrikada sigara konusunda daha dikkatli olunması gerektiğini düşünme durumuna göre aylık hane halkı geliri karşılaştırılması, Ankara, 2022.

Değişkenler	Dikkatli Olma Düşüncesi (s=214)	Dikkatli Olmama Düşüncesi (s=46)	p
Aylık Hane Halkı Geliri, s (%)			
5000 TL altı	10 (62,5)	6 (37,5)	0,039*
5000-7000 TL	101 (88,6)	13 (11,4)	
7001-9000 TL	42 (77,8)	12 (22,2)	
9000 TL üzeri	61 (80,3)	15 (19,7)	

*Pearson Ki-kare Testi

Katılımcılardan aylık hane halkı geliri 5000 TL altı olanların %62,5'i, 5000-7000 TL arasında olanların %88,6'sının, 7001-9000 TL arasında olanların %77,8'inin, 9000 TL üzeri olanların %80,3'ünün fabrikada sigara konusunda daha dikkatli olunması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Katılımcılar aylık hane halkı geliri durumu ve fabrikada sigara konusunda hassasiyet gösterilmesi gerektiğini düşünme durumları açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,039$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Katılımcıların sigaraya başlama durumuna göre sigara bilgilerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.

Değişkenler	Fabrikadan Önce (s=129)	Fabrikadan Sonra (s=21)	p
Sigara Bilgisi Durumu, s (%)			
Biliyor	99 (89,2)	12 (10,8)	0,040*
Bilmiyor	48 (76,2)	15 (23,8)	

* Ki-kare Testi

Katılımcılar sigara ile ilgili bilgisi olanların %89,2'sinin fabrikada çalışmaya başlamadan önce sigaraya başladığı, %10,8'inin fabrikada çalışmaya başladıktan sonra sigaraya

başladığı bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür($p=0,040$) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Katılımcıların son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunma göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması, Ankara, 2022.

Değişkenler	Bırakmayı Deneme (s=93)	Bırakmayı Denememe (s=62)	p
Medeni Durum, s (%)			0,039*
Evli	51 (53,1)	45 (46,9)	
Bekar	42 (71,2)	17 (28,8)	
Aylık Hane Halkı Geliri, s (%)			0,003*
5000 TL altı	10 (83,3)	2 (16,7)	
5000-7000 TL	48 (65,8)	25 (34,2)	
7001-9000 TL	22 (66,7)	11 (33,3)	
9000 TL üzeri	13 (35,1)	24 (64,9)	

*Pearson Ki-kare Testi

** Fisher Ki-kare Testi

Katılımcılardan evli olanların %53,1'i son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunmuş, bekar olanların ise %71,2'si denemiştir ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,039$). Katılımcılardan aylık hane halkı geliri 5000 TL altı olanların %83,3'ü, 5000-7000 TL arasında olanların %65,8'i, 7001-9000 TL arasında olanların %66,7'sinin, 9000 TL üzeri olanların %35,1'inin 1'i son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunduğu saptanmıştır. Katılımcılar aylık hane halkı geliri durumu 1'i son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunma durumları açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,003$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Katılımcıların ilk sigara içme zamanı etkileyen sigara bilgisi durumu faktörünün dağılımı, Ankara, 2022.

Değişkenler	β	SE	OR*	95% CI**	p
Sigara bilgisi durumu	0,947	0,425	2,578	1,120–5,934	0,026

Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde katılımcıların ilk sigara içme zamanı üzerinde sigara bilgisi durumunun etkili bir faktör olduğu (OR: 2,578) bulunmuştur ($p=0,026$) (Tablo 9).

Çizelge 4.10. Katılımcıların son 1 yıl içinde sigarayı bırakma denemesinde bulunma etkileyen medeni durum faktörünün dağılımı, Ankara, 2022.

Değişkenler	β	SE	OR*	95% CI**	<i>p</i>
Medeni durum	0,440	0,150	1,552	1,156–2,083	0,003

Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde katılımcıların son 1 yılda sigara bırakma denemesi üzerinde bekar olmanın etkili bir faktör olduğu (OR: 1,552) bulunmuştur ($p=0,003$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.11. Katılımcıların fabrikada sigara konusunda dikkatli olunması düşüncesini etkileyen aylık hane halkı geliri faktörünün dağılımı, Ankara, 2022.

Değişkenler	β	SE	OR*	95% CI**	<i>p</i>
Aylık hane halkı geliri	1,118	0,545	3,060	1,052–8,898	0,040

Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde katılımcıların fabrikada sigara konusunda dikkatli olunması düşüncesi üzerinde aylık hane halkı geliri durumunun (5bin-7bin arası) etkili bir faktör olduğu (OR: 3,060) bulunmuştur ($p=0,040$) (Çizelge 4.11).



5. TARTIŞMA

Katılımcıların büyük bölümü erkeklerden (%93,5) oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre katılımcıların çoğunluğu (%60) evlidir. Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde en fazla katılımcının önlisans/lisans mezunu olduğu (%61,2) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların işyerindeki görev dağılımları incelendiğinde işçi sayısının 133 (%51) katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Aylık hane halkı gelir düzeylerine bakıldığında 5000-7000 TL arasında gelire sahip katılımcı sayısının (%49,2) diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür. Katılımcıların kiminle yaşadıkları ile ilgili olarak verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde ailesi ile yaşayanların 210 (%80,8) büyük çoğunlukta olduğu görülmüştür. Aylık tek başına gelirlerine göre değerlendirildiğinde 5000-7000 TL arası gelire sahip katılımcı sayısının 128 (%49,2) olduğu görülmüştür. Katılımcıların fabrikada ne kadar süredir çalıştıklarına dair veriler değerlendirildiğinde 60 aydan fazla çalışanların (%57,4) çoğunlukta olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğu (%61,3) sigara kullandıklarını belirtmiştir. Ulusal ve uluslararası literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde sigara kullanım oranların yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye’de Sivas’ta yer alan bir fabrikada gerçekleştirilen çalışmada [91], çalışanların %67,8’inin sigara kullandığı ve yine İstanbul’da bulunan bir fabrikada çalışan işçiler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada çalışanların %63,7’sinin sigara tükettikleri görülmüştür [92]. Zonguldak’ta çalışan maden işçilerinin sigara içme alışkanlıkları araştırma sonuçlarına göre [93] %66,3 olarak bulunmuştur. Adana’da bir tekel fabrikasında çalışanların sigara içme oranlarına bakıldığında %56,0 sonucunun çıktığı görülmektedir [94]. Uluslararası yayınlara göre ise; Çin’de yaşayan erkek çalışanların sigara içme oranları [95,96] %60,0-65,0 arasında olduğu, Kuveytli erkek çalışanlarda %34,8 [16], Hindistan’daki erkek çalışanlarda %92,0 [97] olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızdan ulaşılan sonuçlara göre Türkiye ve Türkiye dışında bulunan erkek çalışanların sigara içme oranlarına kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan 4207 ve 5727 Sayılı kanunları bilmeyenlerin oranı (%61,5) bilenlere göre daha fazladır. Katılımcıların kapalı alanda sigara yasağı hakkındaki yasağı gerekli görenlerin oranı (%86,2) gerekli görmeyenlerin oranına göre daha yüksektir. Sigara yasağının kapsamını faydalı bulanların oranı (%50) olarak görülmüştür. Sigarının yasak olduğu yerde ihlalle tanık olduklarında “mekandaki görevliye durumu bildiririm” diyenler 110 (%42,3) olarak çoğunluktadır. Sigaranın yasak olduğu yerde ihlale tanık olanların

oranı (%60,4) tanık olmayanların oranına göre daha fazladır. Bu durum karşısında “Mekandaki görevliye bildirdim” diyenlerin oranı diğerlerine göre (%32,1) çoğunluktadır. Kapalı alan yasağı sigara kullanımını azalttı diyenlerin oranı (%52,3) azaltmadı diyenlerin oranına göre çoğunluktadır. Fabrikadakiler sigara konusunda daha dikkatli olmalı diyenlerin oranı (%82,3) bu soruya hayır diyenlerin oranına göre daha yüksektir. Katılımcılardan sigara ile ilgili kanunlar hakkında bilgi sahibi olanların sayısı (%59,2) bilgi sahibi olmayanların sayısına göre daha çoğunluktadır. Ülke genelinde sigara tüketme miktarlarında yıllara göre düşüş eğiliminde olduğu ifade edilebilir. Bunun 2009 yılından bugüne kadar uygulanan 5727 sayılı kanun kapsamında kapalı alanlarda sigara içme kısıtlamaları ve tütün politikasının uygulanmaya konulmasının göstergesi olduğu ifade edilebilir.[98]

Katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde (%21,5)’inin kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Dengeli beslenen katılımcı oranı (%74,6) şeklindedir. Düzenli fiziksel aktivite yapmayanların oranı (%55,4) olarak görülmüştür. Katılımcıların büyük çoğunluğu düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır.

Katılımcıların ilk sigaraya başlama zamanı ile ilgili soruya fabrikada çalışmaya başlamadan evvel başlayanların oranı (%86) olarak görülmüştür. Sigaraya başlama nedeni olarak katılımcılar (%54,5), stres (%20) ve merak (%25,5) olarak belirtmişlerdir. Literatürde yer alan çalışmalarda ise stresin sigara tüketme alışkanlığı ile doğrudan ilişkili olduğunu kanıtlayan, sigara içme alışkanlığı kazanmada ve bunun devam ettirilmesinde etkili olduğunu tespit eden araştırmalar bulunmaktadır [99, 100, 101, 102].

Günlük sigara tüketimi olarak kullanıcıların çoğunluğu (%55,8)’i 10 adetten az sigara tükettiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışma bulgularına göre, çalışanlardan (sigara kullananlardan) her dört kişiden birinin yüksek düzeyde bağımlı olduğu ortaya konulmuştur. Ulaşılan bu netice çalışanların replasman tedavisine ihtiyaç duyan gurubun çoğunlukta olduğuna işaret etmektedir. Bunun yanı sıra çalışanların 1/3’ünün düşük seviyede bağımlı olduğunu ifade edebiliriz. Bu bulguya göre bu çalışanların bağımlılık seviyelerinin artmasına engel olacak çalışmaların süratle başlatılması gerektiğine işaret etmektedir. Türkiye’de farklı sektörlerde görev yapan çalışanlar üzerinde yapılan araştırmalarda sigara bağımlılık oranlarının yüksek olduğu görülmektedir [93, 94, 103].

Çalışanların sigara bağımlılık seviyelerinin günlük tüketilen fazla sayıdaki sigara ile bağlantılı olduğunu bu çalışma bize göstermektedir.

Mevcut sigara kullanımı ile ilgili soruya hayır diyenlerin sayısı 77 (%42,3) olarak görülmüştür. Sigara kullanımını sürdürme nedeni olarak alışkanlık diyenler (%46,8) olarak görülmüştür. Çalışanların sigara tüketmeye devam etmelerinde “sigara içerek yalnızca kendime zarar veriyorum”, “sigara içmek hoşuma gidiyor”, “kilo alırım”, “gelecekte bırakırım”, “istediğim halde bırakamıyorum”, gibi sigaranın bırakılmasına engel olan düşüncelerinin etken olduğu ifade edilmektedir [104].

Son bir yıl içinde sigara bırakmayı deneyenlerin sayısı (%60) olarak görülmüştür. Sigara içmemedeki ve sigara bırakmadaki en önemli neden sorulduğunda zararlı olduğunu belirtenler büyük çoğunlukta olup (%74,9) olarak görülmüştür. Çalışmamızdan elde edilen sonuç çalışanların toplumsal ve bireysel sağlık bakımından sigaranın negatif/zararlı etkilerinin farkındalığının yüksek olduğu ifade edilebilir. Bu sonuç ise sağlığın bozulması ile ilgili endişe duyarak sigaranın bırakılması yönünde istekli olma fikri ile örtüşmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü sigara tüketenlerin yaklaşık olarak %70,0’inin sigarayı bırakma konusunda hevesli olduklarını fakat bunların arasından yalnızca %30,0’unun bırakmak için denediğini ve bunların arasından da %3-5’inin sigarayı bırakmayı başardığını belirtmiştir [105]. Bizim yaptığımız çalışma ile bu sonucun örtüştüğü görülmektedir. Sigarayı bırakmak için kullandıkları yöntemler değerlendirildiğinde sigara bıraktırma polikliniklerine gitmek diyenler (%39,7), çoğunluktadır. Sigara üzerine yapılan araştırmalarda işyeri hekiminin verdiği danışmanlık ve terapiler vasıtası ile sigara tüketmeyi bırakan çalışanların oranında önemli artışlar yaşanmıştır [106, 107].

Ailede sigara kullananların sayısı (%53,1), kullanmayanlara göre daha fazladır. Ailede sigaradan kaynaklı hastalık olmadıklarını ifade edenler (%88,5) sigaradan kaynaklı hastalık olanlardan çoğunluktadır. Sigara kullanımı ile ilgili davranışlara ait dağılım değerlendirildiğinde sigaranın etkileri, sigaraya başlamayı önleme ve sigarayı bıraktırma yöntemleri hakkında bilginiz yeterli diyenler (%63,1), yeterli bulmayanlara göre daha fazladır.

Beklenen bir şekilde kronik hastalık tanısı olmayan katılımcılarda sigara içme sıklığı daha fazladır. Fiziksel aktivite yapma alışkanlığı ile sigara kullanma arsında ilişki bulunmamıştır.

Sigara tüketim miktarı ile; medeni durum, günde ortalama içilen sigara, işyerindeki görev-, fabrikada meslekteki yıl, aylık tek başına gelir, son1yıl da sigarayı bırakmayı arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Sayılan tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonucu destekleyen bazı araştırmalara göre sigarayı bırakma ile sosyoekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulamamıştır [108, 109, 110, 111].

Aylık hane halkı gelir ile; sigaraya başlama nedeni arasındaki ilişki, sigara içmeyi sürdürme nedeni durum, son 1 yıl içinde sigara bırakmayı deneme, sigarayı bırakmak için hangi yöntemleri kullandıkları ve sigaraya başlama nedeni arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Sayılan tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Dünyadaki çalışmalarda gelir düzeyi arttıkça sigara içme alışkanlığının azaldığı, sigara içme alışkanlığının en fazla düşük gelirli kesimde olduğu görülmüştür. [108]. Ülkemizde Denizli çevresinde yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça sigara içme alışkanlığının arttığı görülmüştür [109].

Aylık tek başına elde edilen gelir ile; sigara içmeyi sürdürme nedeni arasındaki ilişki, sigarayı son 1 yıl içinde bırakmayı deneme ve sigarayı bırakmak için kullanılan yöntemler arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Sayılan tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonucu destekleyen bir araştırmaya göre sigarayı bırakma ile sosyoekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulamamıştır [110, 111,112, 113, 114].

Cinsiyet ile; sigaraya başlama nedeni, sigara içmeyi sürdürme nedeni, son 1 yıl içinde sigarayı bırakmayı deneme, sigarayı bırakmak için kullanılan yöntemler arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Sayılan tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde erkek cinsiyet anlamlı olarak daha fazla sigara içmektedir [115, 116, 117, 118]. Bunu ülkemizin geleneksel yapısı ile açıklamak mümkündür.

Ailede sigara kaynaklı hastalık durumu ile; sayılı 4207 5727 kanunları bilip bilmeme durumu, son 1 yıl içinde sigarayı bırakmayı deneme, sigarayı bırakma önleme bilgileri, sigara ile ilgili kanunlar hakkında bilgi sahibi olma, yasağın kapsamı hakkındaki görüş ve fabrikadakilerin sigara konusundaki düşünceleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Belirtilen tüm değişkenler ailede sigara kaynaklı hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) Sigara içmek, başta kanser, koroner kalp hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi 20'ye yakın ölümcül hastalıkla ve direkt ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik hastalıkla ilişkili bulunmuştur [119]. Ebeveynlerin sigara alışkanlığı, sosyal çevre, medeni durum, öğrenim durumu, ikamet edilen yer ve yaşam yeri gibi pek çok etken, genç bireylerin sigara içme alışkanlığı kazanmasında önemli yere sahiptir [120].

Sigara kullanımı fabrikadaki çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. ($p<0,05$). Buna göre; fabrikada 60 aydan daha az çalışanlarda sigara kullanım yüzdesi fazladır. Bu durum gençlerin özentisi ile sigara kullanımına başlamasıyla körele bir durum olabilir.

Kapalı alanlara konulan yasaklar için fark etmez veya gereksiz olduğunu düşünen katılımcılar beklenilen gibi daha fazla sigara tüketmektedirler.

Gelir durumu ile sigara konusunda dikkatli davranma durumu karşılaştırıldığında, orta gelir düzeyi (5bin-7bin TL)ne sahip olan katılımcıların daha dikkatli davrandığı bulunmuştur. Daha düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların ise, minimal tarzı bir hayat yaşamaya adapte oldukları ve bu yüzden dikkat etmedikleri veya sigarayı bırakamadıkları için olduğu gibi devam ettikleri düşünülmüştür.

Sigara hakkında bilgi sahibi olanlar 2,5 kat daha erken sigaraya başlamaktadır. Bu beklenilenin tersi bir durumdur. Bu noktada da kişilerin bildiğini sandığı sigara bilgisinin, reklamlar gibi bir bilgi olduğu ve sigara reklamlarının başlamaya katkısı olabileceği düşünülmüştür.

Sigarayı bırakmayı deneme incelendiğinde ise, bekarların 1,5 kat ve 5 bin TL'den düşük geliri olanların 3 kat daha fazla bırakmayı denedikleri görülmüştür.

Netice olarak bu araştırmada Askeri fabrika alışanlarında sigara içme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra çalışanlar sigaranın birey ve topluma verdiği zararların bilincindedir. Sigarayı bırakmak isteyen çalışanlar olduğu gibi bu konuda kararsız olan çalışanlar da dikkat çekmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara ilinde bir askeri fabrikada sigara içme sıklığı ve ilişkili faktörler araştırılmıştır. Bu çalışanlarda topluma göre daha fazla sigara kullanımı olduğu görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Tütün kontrolü programları doğrultusunda fabrikanın çalışan güvenliği ilkesi olarak sigara konusunda çalışma yapılması,
- Fabrikada sigara bırakmaya yönelik farkındalık çalışmalarının yapılması,
- İşyerinde görevli hekim ve hemşire işbirliği ile belirli aralıklarla sigaranın bırakılması yönünde danışmanlık ve eğitimlerin düzenlenmesi,
- İşçilerin sigara bağımlılık düzeylerine göre polikliniklere yönlendirilmesi,
- Sigarayı bırakmanın günlük hayattaki önemine dikkat çekilmesi, çalışanların molalarında sigara içme yerine daha farklı fiziksel aktivite yapabileceği alanların oluşturulması,
- Bu konuda ileride yapılacak çalışmalar için, katılımcıların değerlendirilmesinin daha niteliksel çalışmalara dayandırılması önerilebilir.
- Sigaraya başlamada ve bu davranışı sürdürmede aynı ortamda bulunma ve meslekteki kıdem süresi etkisi ön planda olduğundan sigarayı bırakma kampanyaları bireysel değil çalışma gruplarına yönelik olarak planlanmalıdır.
- Ayrıca fabrika bünyesindeki iş sağlığı ve güvenliği uzmanları tarafından sigarayı bırakmak isteyenlere destek sağlanması önemlidir.



KAYNAKLAR

1. İnternet: Nikotin (Sigara) Bağımlılığı. (2008, Apr). Türkiye Psikiyatri Derneği, Web: <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik> adresinden 19 Kasım 2020’de alınmıştır.
2. İnternet: World Health Organization, Tobacco. (2020, July)Web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> adresinden 9 Kasım 2020’de alınmıştır.
3. World Health Organization. (2012).: Global Report Mortality Attributable to Tobacco 2012, WHO, 9789241564434, Geneva. 16-396.
4. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu, *Türkiye Sağlık Araştırması*, 2019, 2020. Web: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-SaglikArastirmasi-2019-33661> adresinden 10 Kasım 2021’de alınmıştır.
5. Freeman, M. K., Fleming, T. D., Robinson, M., Dwyer-Lindgren, L., . Thomson, B., Wollum, A. and Sanman, E., (2014). Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 nries, 1980-2012, *JAMA*, vol. 311, pp. 183–192, 01.
6. Murray, C. J. L., Aravkin A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., K. Abbasi, M. and Kangevari, M. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019, *The Lancet*, vol. 10258, no. 396, pp. 1223–1249.
7. World Health Organization (2014).; Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO, 9789241564854, Geneva, 10-280.
8. İnternet: Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization, (2014). Web: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en/> 01 Ağustos 2021’de alınmıştır.
9. Doğan L. ve Mevsim V., (2020). Anksiyete, Depresyon ve Sigara Bağımlılığı, *Türkiye Klinikleri Journal Intern Med*, 5(1), 22-26.
10. Tür A. (1995). *Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri*. Tür A (ed.), Logos Yayıncılık, 195-211.
11. İnternet: WHO (2021). report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization, 2008. Web: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/> 01 Ağustos 2021’de alınmıştır.
12. Öztuna F. (2004). *Sigaranın Hücresel Etkileri*. Akciğer Arşivi, 2, 111-116.
13. Dünya Sağlık Örgütü. (2008). Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi. 9789241596282 DSÖ, Geneva, 7-328.
14. Bilir N ve Özcebe H. (2013). Türkiye MPOWER koşullarını ne kadar karşılamaktadır? *Turkish Armed Forces Preventive Medicine Bulletin*. 12(1), 85.

15. İnternet: WHO (2015). Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. World Health Organization, 2015. Web: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>. 01 Ağustos 2021'de alınmıştır.
16. Özdemir, İ. İ., (2001). *Denizli İli Sınırları İçerisindeki Hekimlerin Sigara İçme Durumları ve Sigara İçme Prevalansı*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 11-69.
17. Demirel, Y., Güler, N., Sezer, H. ve Sezer, R.E., (2001). Sivas çimento fabrikasında çalışanların sigara içme durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 37-42.
18. Gökmen, N., Yıldız, A., Deniz, Ö., (2007). Tütün fabrikasında çalışan işçilerin tütüne bağlı sağlık risk algıları ve uygulamaları. *Koruyucu Hekimlik*, 6, 465-474.
19. Ünalacak, M., Altın, R. ve Kart L. (2004). Smoking prevalence, behaviour and nicotine addiction among coal workers in Zonguldak, Turkey. *Journal of Occupational Health and Safety*, 46, 289-295.
20. Aksakal, A. ve Khorshid, L. (2006). Adana tek el fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 57-64.
21. Kroutil, L.A., Bray, R.M. and Marsden, M.E. (1994). Cigarette smoking in the U.S. military: findings from the 1992 Worldwide Survey. *Preventive Medicine*. 23(4), 521-528.
22. Blake, G.H. and Parker, J.A. Jr., (1991). Success in basic combat training: the role of cigarette smoking. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 33(6), 90-688.
23. Hepburn, M.J., Johnson, J.M., Ward, J.A. and Longfield, J.N. (2000). A survey of smoking cessation knowledge, training and practice among U.S. Army general medical officers. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4), 4-300.
24. Sanchez, R.P. and Bray, R.M. (2001). Cigar and pipe smoking in the U.S. military: prevalence, trends and correlates. *Military Medicine*. 166(10), 903-908.
25. Ersan, A. (2004). *Tütün Sektör Profili*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası, Etüt ve Araştırma Şubesi, 3-22.
26. Güzel, A. (2005). Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu? *Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri*, 22-26.
27. Yılmaz, F. (2000). *Tütünün Macerası II*. [The Adventure of Tobacco], Tombak, 2000, 34.
28. Mathers, C.D. and D. Loncar, (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Public Library of Science medicine*, 3(11), 442.
- 29- İnternet WHO (2019).; Report on the global tobacco epidemic 2019. Offer help to quit tobacco use. World Health Organization. Web:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>. 01 Ağustos 2021'de alınmıştır.

30. Kurumu, H.S. (2012) *Aralığında Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA)*. Ankara.12-51
31. Çan, G. (2002). Sigara ve Sağlık., N. Özyard(Editör). Sigara epidemiyolojisi. Bursa. s. 15-38.
32. Behr, J. and Nowak, D. (2002). *Tobacco smoke and respiratory disease*. 12, 162-179.
33. Dülek, H., Vural, Z.T. and Gönenç, I. (2018) *Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri*, 9(2), 53-58.
34. Küçükavruk, E. (2002). *Atatürk Sağlık Yüksek Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 59-67.
35. Türkcan, A. (2004). *Sigara Bırakma Rehberi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 114.
36. Pişkinpaşa, N. and Pişkinpaşa, M.E. (2015). *Polis Hastalarda Sigara İçme Alışkanlığı İle İrritable Barsak Sendromu İlişkisi*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. 4(1), 24-26.
37. Bilir, N. (2008). *Sigara ve kanser*. Ankara: Klasmat Matbaacılık,15.
38. Yıldız, L. and Kılıç, H. (2000). *Sigaranın klinik ve biyokimyasal etkileri*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 20(5), 306-312.
39. Derneği, T.T. (2006). Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu. Akkoçlu A, Savaş İ, Göksel T. ve Yılmaz U. (Editörler). Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi. *Toraks Dergisi*, 7(6), 33-59.
40. Karlıkaya, C. (2006). Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, 7(1),51-64.
41. Guindon, G.E. (2006). *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva, World Health Organization. 188-194
42. Edis, E.C. and Karlıkaya, C. (2007). The cost of lung cancer in Turkey. *Tuberkuloz ve Toraks Dergisi*, 55(1), 51-58.
43. Tuncay, E. (2016). Tütün Raporu, *Toraks Derneği*,4(6), 4-18
44. Sağlık Bakanlığı (2018). *2017 Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 29-30.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü(2004). Türkiye Hastalık Yüku Çalışması. Ankara, Türkiye Aralık 2006Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüku Final Raporu-(2004-2013). 26-29

46. Fiore M.C., Bailey W.C. and Dorfman S.F. (2000). The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service Report. *JAMA* 283(24),3244-3254.
47. Uysal, M.A., Kadakal F. ve Karşıdağ, Ç. (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 5(6),115-121.
48. İnternet: Sağlık Bakanlığı.(2010). Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) YayınNo:796;63
Web:<https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimlilik-el-kitabi-hekimler-icin.pdf>. 11 Aralık 2019'da alınmıştır.
49. Hezer, H. ve Karalezli, A. (2019). Sigaraya psikolojik bağımlılığın sigara içme arzusu ve nikotin yoksunluk semptomlarına etkisi. *Ankara Medical Journal* 19(4),700-707.
50. Esen, A.D. ve Arıca S. (2018). Sigarayı bırakmak için başvuranlarda nikotin bağımlılık düzeyi ve sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi *Ankara Medical Journal*, 3,328-336.
51. Demirezen M., Kurçer M.A. (2017). Effect of smoking cessation on anxiety and urge for smoking. *J of Dependence* 2017,18(2),53-58.
52. Henry S.L., Jamner L.D. and Whalen C.K. (2012). I (should) need a cigarette: Adolescent social anxiety and cigarette smoking. *Ann Behaviour Medicine*, 43(3),383-393.
- 53- Childs E. (2010). Effects of acute psychosocial stress on cigarette craving and smoking. *Nicotine Tob Res*, 12(4),449-453.
54. İnternet: Still S. (April, 2020). *Veterans helps Veterans get hired*, Web: <http://www.ssv.org.tr> adresinden 25 Mayıs 2021'de alınmıştır.
55. İnternet: Maring E.F and Braun B. (2021). *Drug, Alcohol and Tobacco Use in Rural, Low-Income Families: An Ecological Risk and Resilience Perspective*. Web: <http://www.marshall.edu/> adresinden 1 Haziran 2021'de alınmıştır.
56. Bakır, B., Güleç, M., Tümerdem, N., Özer, M. ve Kılıç, S. (2003). İstanbul Ve Ankara'daki Bir Grup Asker Arasında Sigara İçme Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (1) , 53 – 57.
57. Çuhadar, D. Ve Bahar, A. (2007). Farklı Sosyoekonomik Çevreden İki İlköğretim Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2(5), 40-50.
58. Eray, İ. K. (2016). Nikotin Bağımlılığında Kısa Hekim Müdahalesi ve 5A-5R Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 7(5),39-43.

59. Sayın, E. (2013). *Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler Ve Bırakma Yöntemlerinin Etkinliği*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.69-77.
60. İnternet: Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. (2014). Ankara Web: (<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-BirakmaTani--ve-Tedavi-Uzlası-Raporu-2014.pdf>).
61. Molyneux, A. (2004). Nicotine replacement therapy, *BMJ*, 328(7437), 454–456.
62. Demir, T. (2010). Farmakolojik Tedavi I – Nikotin Yerine Koyma Tedavileri, Tütün ve Tütün Kontrolü, *Türk Toraks Derneği*, 3(6), 460–467,
63. Ozge, Z. A., Aytemur, N., Bilir, H., Boztaş, G. ve Çan, Elbek (2014). Sigaranın Bırakılmasında Farmakolojik Tedavi, *Türk Toraks Derneği*, 3(5), 35– 41.
64. Jiloha, R. (2014). Pharmacotherapy of smoking cessation, *Indian Journal of Psychiatry*, 56(1), 87–95.
65. Uslu, M. (2019). Sigara Bağımlılığı. *Tüm Yönleriyle Bağımlılık*. 4(62), 204-237.
66. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı İle Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin) (2010). *Anıl Matbaacılık*, 89. Web: <https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayınlar/tutun-bagimlilik-el-kitabi-hekimler-icin.pdf> 01 Ağustos 2021’de alınmıştır.
67. Özge, C., Aytemur, Z.A. ve Bilir, N. (2014). Türk Toraks Derneği Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaş raporu. *Published online* 5(4),26-44.
68. Bılıcı M, Güven S, Köşker S, Şafak A ve Semiz Ü. B. (2016). Electroacupuncture therapy in nicotine dependence: A double blind, sham-controlled study. *Noropsikiyatri Ars*. 53(1),s. 26-30.
69. Elbek, O. (2010). Tütün Kontrolünde Ulusal Mevzuat, İstanbul, Sayı 10, Aves Yayıncılık,s. 52-80.
70. Ergüder, T. (2014). Dünyada ve Türkiye’de Tütünle Mücadelede Gelişmeler, H. V. Mercimek ve İ. E. Akçiçek(Editörler). *Mucizeden Belaya Yolculuk Tütün*, İstanbul. Tarihçi Kitabevi, s.469-486.
71. Ergüder, T. (2018). Küresel Tütün Kullanımı Salgını ve Kontrolü, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(4), 301-306.
72. İnternet: TBMM, Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun.(1996) Web:https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc080/kanuntbmmc080/kanuntbmmc08004207.pdf, s.114. 08 Ekim 2021’de alınmıştır.
73. Erdöl, C. (2019); *Geçmişten Günümüze Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele Yolculuğu*,Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yayınları, 48-67.

74. Mutlu, E. İ. ve Seydioğulları, M. (2014) Tütün Kontrolü ve Hukuk Mücadelesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 5(2),12-17.
75. İnternet: Resmi Gazete (2008), Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Web: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/01/20080119-1.htm>, 10 Ekim 2021’de alınmıştır.
76. Jha, P., Chaloupka, F.J. and Moore, J., Tobacco Addiction. In: Jamison DT, (2006). *The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*; 2006. Chapter 46. Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11741/> Copublished by Oxford University Press, New York.
77. İnternet: World Health Organization, (2015). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Raising Taxes on Tobacco. Geneva, Switzerland. Web: https://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/. 08 Mayıs 2021’de alınmıştır.
78. İnternet: World Health Organization and Research for International Tobacco Control, (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. World Health Organization. Web: <https://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/> 8 Ekim 2021’de alınmıştır.
79. İnternet: Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018). 27.01.2015 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 2015/1 Sayılı Genelge. Web: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/420,ulusal-tutun-kontrol-programieylem-planı.pdf> . 8.Kasım 2021’de alınmıştır.
80. İnternet: Türkiye’de Tütünle Mücadele Süreci. (2019) Web: <http://havanikoru.saglik.gov.tr/sureci> 01 Mart 2019’da alınmıştır.
81. Demircioğlu, M., ve Centel, T. (2010). *İş hukuku*, 14. Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi,606.
82. Tozkoparan, G., ve Taşoğlu, J. (2011). İş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ile ilgili iş görenlerin tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(1), 181-209
83. Özkılıç, Ö. (2005). İş sağlığı ve güvenliği, yönetim istemleri ve risk değerlendirme metodolojileri. *Türk-İş Yayını*,86-109.
84. Yüksel, Ö. (2000). *İnsan kaynakları yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi,6-417.
85. Fişek, A. G. (2009). *Çalışma yaşamında sağlık güvenlik*, İstanbul: Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Yayınları
86. Akman, A. (2015) Kimya sektöründe tehlike ve işletilebilirlik (HAZOP) analizi. *Çalışma Dünyası Dergisi*, 3(2), 59-74
87. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. (2011). Türkiye’de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi. Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirilmesi, *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Proje Raporu*. Ankara,1-10.

88. Elbek O. (2018). Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planı (2015-2018) “Değerlendirme ve Öneriler”. Yayın Kurulu.36.
89. Sağlık Bakanlığı (2018). *Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı(2018-2023)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1-28.
90. Demirel Y, Güler N, Sezer H ve Sezer R.E. (2001). Sivas çimento fabrikasında çalışanların sigara içme durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 4(6),37-42.
91. Gökmen N, Yıldız A ve Deniz Ö. (2007). Tütün fabrikasında çalışan işçilerin tütüne bağlı sağlık risk algıları ve uygulamaları. *Koruyucu Hekimlik* 6(6), 465-474.
92. Ünalacak M, Altın, R ve Kart, L. (2004). Smoking prevalence, behaviour and nicotine addiction among coal workers in Zonguldak, Turkey. *Journal Occupational Health*, 46, 289-295.
93. Aksakal, A. ve Khorshid L. (2006). Adana tekel fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* 7(4), 57-64.
94. Zhang ,W.S., Jiang, C.Q. and Lam, T.H. (2008). A cross-sectional study on self-reported health and intention of quitting smoking of smokers in Guangzhou factory workers. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi* 8(26),733-737.
95. Mou, J, Fellmeth, G. And Griffiths, S. (2013). Tobacco smoking among migrant factory workers in Shenzhen, China. *Nicotine Tob Res*,15, 69-76.
96. Gaafar M.A. and Basiony L.A. (2013). Pattern of smoking habit, quit attempts among industrial workers in Kuwait. *Occupational Medical Health Affairs* 7(1), 1-6.
97. Palo, Subrata,K. (2012). Tobacco use among coir factory workers working near Amalapuram town of Pradesh- A cross-sectional study. *Journal of Community Medicine* 6(8), 28- 32.
98. Vatan İ, Ocakoğlu H. ve Irgil E. (2009). Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *Turkish Armed Forces Preventive Medicine Bulletin*, 8, 43-48.
99. Yılmazel G, Çetinkaya F. ve Naçar M. (2014). Fabrika işçilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve sigara bırakma konusundaki düşünceleri. *Dicle Tıp Dergisi* 7(41), 717-723.
100. Yılmaz N. (2010). *Sigara içen eğitim fakültesi öğrencilerinin sigara içme davranışının ve bırakma isteğinin belirleyicileri*. Yüksek Lisans Tezi, Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, 48-56.
101. Kılınç N.Ö. (2012). *Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre öz-etkililik ve bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 66-79.
102. Güneş G, Genç M. ve Pehlivan E, (2001), Sigara bağımlılık düzeyleri ve bırakmaya ilişkin tutumları. *Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi* 7(4),73-80.

103. Kamışlı, S., Karatay, G., Terzioğlu, F. ve Kubilay, G. (2008). *Sigara ve ruh sağlığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara: 7-14.
104. İnternet:World Health Organization. Treatment of tobacco dependence and smoking cessation methods. In: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence, Geneva, (2003) Web: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/ 11 Kasım 2021 'de alınmıştır.
105. Lancaster, T. and Stead, L.F. (2005). Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(2),1-23.
106. Lang, T., Nicaud,V. and Slama K. (2000). Smoking cessation at the workplace. Results of a randomized controlled intervention study. *J Epidemiol Community Health* 4(54),349-354.
107. Vijayaraghavan, M. and Pierce, J.P. (2014). Differential use of other tobacco products among current and former cigarette smokers by income level. *Addict behaviour*, 39(10),1452-8.
108. Başer, S., Hacıoğlu, M. and Evyapan, F. (2007). Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri. *Toraks*, 8(3),179-84.
109. Aksakal, A. ve Khorshid L. (2006). Adana tek el sigara fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* 6(7), 57-64
110. Yılmaz, N. (2010). *Sigara içen eğitim fakültesi öğrencilerinin sigara içme davranışının ve bırakma isteğinin belirleyicileri*. Yüksek lisans tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
111. İlhan F, Aksakal F.N., İlhan M.N. ve Aygün R. (2005). *Gazi üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4, 188-198.
112. Türker T, Koçak N. ve Aydın İ. (2013). Seçilmiş bir grup tıp fakültesi öğrencisinde sigara içme yaygınlığı ve sigarayı bırakmaya etki eden faktörlerin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 6(55), 207-213.
113. Talay, F., Altın, S. ve Çetinkaya, E. (2007). İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 6(55), 43-50.
114. Yeltekin D., Güler, N. ve Sezer, H. (2001). Sivas Çimento Fabrikasında Çalışanların Sigara İçme Durumu, 2001. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23 (1),37-42.
115. Güneş G, Genç M, Pehlivan E, Eğri M. ve Kurçer M.A. (1998). *Malatya Sümerbank ve Tekel Fabrikalarında çalışan işçilerde sigara içme davranışları, bağımlılık düzeyleri bırakmaya ilişkin tutumları*. Ankara, III. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Kitapçığı;5(65),6-7.

116. Bakırcı N. ve Okuşluk T. (2007). İstanbul’da bir grup işyerinde sigara içme yasakları ve bu yasakların çalışanların sigara içme durumlarına etkisi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(1), 19-24.
117. Başer, S., Hacıoğlu, M. ve Evyapan, F. (2007). Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri. *Toraks*, 8(3), 179-84.
118. Erbaycu, A.E., Aksel, N., Cakan, A. ve Ozsoz,A. (2004). İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 6(5), 6-12.
119. İnternet: Ash Smoking Statistics Illness and Death. (2016). Web: http://ash.org.uk/files/documents/ASH_107.pdf 07 Haziran 2021’de alınmıştır.
120. Atılğan Y., Gürkan S. ve Şen E. (2008). Hastanemizde Çalışan Personelin Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Dergisi* 9(4), 160-166.







EKLER

EK-1. Çalışma Anketi

ANKARA'DA BİR ASKERİ FABRİKADA SİGARA İÇME SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek
3. Öğrenim durumunuz nedir?
1. İlkokul mezunu 3. Lise mezunu
2. Ortaokul mezunu 4. Yüksekokul/Üniversite mezunu
4. Medeni durumunuz nedir?
- 0 evli 1.bekar
5. İş yerindeki göreviniz nedir?
1. işçi 2.Sivil Memur
- 3.Uzman Çavuş 4.Astsubay 5.Subay
6. Aylık hane halkı geliriniz ne kadardır?
1. 5000 TL'nin altında 3. 7000-9000 TL arası
2. 5000-7000 TL arası 4. 9000 TL ve üzeri
7. Şu an ikamet ettiği yer:
- 1)Ailesiyle birlikte evde 2)Misafirhanede 3)Arkadaş ile evde
- 4)Tek başına evde 5)Akraba yanında
8. Aylık sizin tek başınıza geliriniz ne kadardır?
1. 5000 TL'nin altında 3. 7000-9000 TL arası
2. 5000-7000 TL arası 4. 9000 TL ve üzeri
9. Annenizin Öğrenim durumu nedir?
1. Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Yüksekokul/Üniversite mezunu
10. Annenizin mesleği nedir?
1. Ev hanımı 3. İşçi 5. Memur 7. Diğer.....
2. İşsiz 4. Emekli 6. Serbest meslek
11. Babanızın Öğrenim durumu nedir?
1. Okur yazar değil 3. İlkokul mezunu 5. Lise mezunu
2. Okur yazar 4. Ortaokul mezunu 6. Yüksekokul/Üniversite mezunu

EK-1. (devam) Çalışma Anketi

12. Babanızın mesleği nedir?

1. Memur 3. İşçi 5. Serbest meslek
2. İşsiz 4. Emekli 6. Diğer.....

13. Meslekte kaçınıcı yılınız? (ay olarak giriniz)

14. Tanı almış herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 0. Hayır 1. Evet.....

15. Dengeli ve düzenli beslenmeye dikkat eder misiniz? 0. Hayır 1. Evet

16. Düzenli fiziksel aktivite yapar mısınız? 0.Hayır 1. Evet

17. Hiç sigara kullandınız mı?

- 0.Hayır (25.soruya geçiniz) 1. Evet

18. İlk kez tam olarak bir sigarayı ne zaman içtiniz?

1. Fabrikada/ iş yerine çalışmaya başlamadan önce (Yaş.....)

2. Fabrikada/ iş yerine başladığımda

19. Sigaraya başlama nedeniniz nedir?

.....

20. Şu an sigara kullanıyor musunuz?

0. Hayır (.....yıl önce bıraktım) (24. Soruya geçiniz) 1.Evet

21. Sigara içmeyi sürdürme nedeniniz nedir?

.....

22. Ayda ortalama kaç paket sigara içiyorsunuz?

1. 5 paketten az 3. 10-15 paket 5. 20 paketten fazla
2. 5-10 paket 4. 15-20 paket

23. Son bir yıl içerisinde hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- 0.Hayır (23.soruya geçiniz) 1. Evet

24. Sigarayı bırakmak için hangi yöntemleri kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Sigara bıraktırma polikliniklerine gitmek
2. ALO 171 sigara bıraktırma hattını aramak
3. Nikotin içeren preparatlar kullanmak
4. İlaç kullanmak (Bupropion, vareniklin)
5. Elektronik sigara kullanmak
6. Diğer(.....)

EK-1. (devam) Çalışma Anketi

25. Sigara içmemenizdeki veya sigarayı bırakmanızdaki en önemli etken nedir?

1. Sağlığa zararı 2. Çevre baskısı 3. Masraflı olması
4. Kötü koku ve duman 5. Diğer.....

26. Sigaranın etkileri, sigaraya başlamayı önleme ve sigarayı bıraktırma yöntemleri hakkında bilginizi yeterli buluyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

27. Ailenizde sigara içen var mı ?

28. Ailenizde sigara ilişkili hastalığı olan birey var mı?

0. Hayır 1. Evet (kim?).....(hastalık?).....

29. Sigara içme ile ilgili kanun düzenlemelerini biliormusunuz?

- 0 hayır 1 evet

30. 4207 ve 5727 sayılı kanunlar ile ilgili bir bilginiz var mı ?

- 0 hayır 1 evet

31. Kapalı alanlarda sigara içme yasağı ile ilgili düşünceniz nedir?

1. Gerekli 2. Gereksiz 3. Fark etmez

32. Yasağın kapsamı hakkındaki görüşünüz nedir?

.....

33. Sigara içmenin yasak olduğu bir yerde, yasağın ihlal edildiğine tanık olsanız, nasıl davranırsınız?

1. İlgilenmem

2. Rahatsız olurum ancak, müdahale etmem. Yalnızca ,mekan ve mekan sahibi hakkında olumsuz düşünürüm.

3. Yasağı çiğneyerek sigara içen şahsı kibarca uyarır, o kişiye yasağı hatırlatırım.

4. Durumu o mekandaki herhangi bir görevliye iletirim ve çözüm üretmesini beklerim.

5. Sigara ihbar hattını arar, cezai işlem uygulanmasını talep ederim.

34. Kapalı alanlarda sigara içme yasağının, sigara kullanımını azaltabileceğini düşünüyor musunuz?

0. Düşünmüyorum (neden?).....

1. Düşünüyorum

35. Fabrikada çalışanların sigara içme konusunda diğer bireylerden daha dikkatli ve hassas olması gerektiğini düşünüyor musunuz?

0. Hayır.....

1. Evet



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..