T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

PANDEMİ SÜRECİNDE RİZE'DE KAMU ÇALIŞANLARINDA TÜTÜN KULLANIM DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Demet KARAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

Rize-2022

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

PANDEMİ SÜRECİNDE RİZE'DE KAMU ÇALIŞANLARINDA TÜTÜN KULLANIM DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Dr. Demet KARAGÖZ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU

RİZE 2022

BEYANNAME

Tarafımdan hazırlanan “Pandemi sürecinde Rize’de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörler” başlıklı bu tezi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesindeki hususlara uygun olarak hazırladığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal işlemi kabul ettiğimi beyan ederim. 23/12/2022

Dr.Demet KARAGÖZ

Uyarı: Bu tezde kullanılan özgün ve/veya başka kaynaklardan sunulan içeriğin kaynak olarak kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında emeğini, özverisini ve rehberliğini esirgemeyen, değerli danışmanım ve hocam Prof. Dr. Leyla Karaoğlu'na en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca bilgilerinden yararlandığım Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Tahsin Gökhan Telatar'a teşekkür ederim.

Eğitimim süresinde rotasyon yaptığım ve bilgilerinden yararlandığım Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalları Başkanları ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Eğitimim süresinde saha eğitimi yaptığım ve bilgilerinden yararlandığım Rize İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü yöneticileri ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Tez çalışmasını yürütmemde sağladıkları katkılardan dolayı Rize Valiliği, Rize Adalet Sarayı, Rize Belediyesi, Rize İl Sağlık Müdürlüğü, Rize İl Emniyet Müdürlüğü, Rize İl Tarım Orman Müdürlüğü yöneticilerine ve çalışanlarına teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sonsuz desteklerini ve güvenlerini hep yanımda hissettiğim annem, babam ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Emeği, özverisi ve desteği ile her zaman olduğu gibi uzmanlık eğitimim ve tezim süresince de yanımda olan sevgili eşim Dr. Emre Karagöz'e en içten duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Demet KARAGÖZ

Rize 2022

İÇİNDEKİLER

EK-1 TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI ... iii
BEYANNAME ... iv
TEŞEKKÜR ... v
TABLO DİZİNİ ... ix
ŞEKİL DİZİNİ ... xii
KISALTMALAR ... xiii
ÖZET ... xv
SUMMARY ... xvii
BÖLÜM 1 ... 1
GİRİŞ ... 1
GENEL BİLGİLER ... 4
2.1. Tütün, tütün ürünleri ve kullanımı ... 4
2.1.1. Dünyada tütün üretimi ve kullanımının tarihçesi ... 4
2.1.2. Türkiye'de tütün üretim ve kullanım tarihçesi ... 6
2.1.3. Tütün Ürünleri ... 7
2.2. Tütün kullanım epidemiyolojisi ... 14
2.2.1.Dünyada tütün kullanım epidemiyolojisi ... 15
2.2.2. Tütün kullanımıyla ilişkili faktörler ... 18
2.2.3. Türkiye'de tütün kullanım epidemiyolojisi ... 20
2.3. Tütün kullanımının sağlık ve sosyoekonomik zararları ... 21
2.3.1. Aktif sigara içiciliğinin zararları ... 22
2.3.2. Pasif içicilik ve zararları ... 24
2.3.3.Tütünün ekonomik zararları ... 26
2.4. Tütün kontrolü ... 27
2.4.1. Tarihçe ... 27
2.4.2. Türkiye'de tütün kontrolü ... 34
2.5. Pandemi ve tütün kullanımı ... 38
2.6. İş sağlığı, kamu çalışanları ve tütün kontrolü ... 40
2.6.1.İş sağlığı ve tütün kullanımı ... 40
2.6.2.Kamu kurumları ve tütün kullanımı ... 41
GEREÇ VE YÖNTEM ... 44
3.1. Rize ili hakkında genel bilgiler ... 44

3.2. Araştırmanın Tipi 44
3.2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem 45
3.2.2. Araştırmaya dahil edilme/dışlanma kriterleri 46
3.2.3. Araştırmanın değişkenleri 46
3.2.4. Alınan resmi izinler ve etik kurul onayı 47
3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi 48
3.3.1. Veri Toplama 48
3.3.2. Anket Formunun Düzenlenmesi 48
3.3.3. Veri Girişi ve Analiz 50
3.4. Takvim ve Bütçe 51
3.5.Araştırmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri 51
BULGULAR 53
4.1. Araştırma kapsamına giren çalışanların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular 53
4.2.Çalışanların COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulgular 58
4.3 Çalışanların tütün ve sigara kullanımına ilişkin bulgular 60
4.3.1. Tütün kullanım prevalansları 60
4.3.2. Çalışanların bağımlılık düzeyi 71
4.3.3. Çalışanların sigara içme yaşına ilişkin bulgular 74
4.3.4. Çalışanların sigara için yaptıkları harcamaya ilişkin bulgular 76
4.4. Çalışanlarda ikinci el sigara dumanına ilişkin bulgular 77
4.5.Çalışanların tütün karşıtı mesajlar ve tütünü teşvik eden durumlarla karşılaşmalarına ilişkin bulgular 81
4.6. Çalışanların tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular 89
4.7. Çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme davranışındaki değişiklik ve bırakma girişimine ilişkin bulgular 95
TARTIŞMA 109
5.1. Araştırma kapsamına giren çalışanların kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışması 109
5.2. Araştırma kapsamına giren çalışanların COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulguların tartışması 110
5.3. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütün kullanımına ilişkin bulguların tartışması 112
5.4 Araştırma kapsamına giren çalışanlarda ikinci el sigara dumanıyla ilgili bulguların tartışması .. 121
5.5. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütün karşıtı mesajlar ve tütünü teşvik eden durumlarla karşılaşmalarına ilişkin bulguların tartışması 122
5.6. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışması 124

5.7. Araştırma kapsamına giren çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme davranışında değişiklik ve bırakma girişimine ilişkin bulguların tartışması 126
SONUÇ VE ÖNERİLER 133
KAYNAKLAR 141
EK 2: Anket Formu 166
EK-3 Etik Kurul İzni 177
EK 4: Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu 178
EK-5 Sağlık Bakanlığı onayı 181
EK-6 Vilayet Makam Onayı 183
EK-7 Cumhuriyet Başsavcılığı Onayı 184
EK-8 Belediye Onayı 185
EK-9 İl Sağlık Müdürlüğü Onayı 186
ÖZGEÇMİŞ 187

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo i: Nikotin salıveren sistemler..... 8
Tablo ii: Tütün kullanımının ve dumanına maruziyetin sebep olduğu hastalıklar..... 24
Tablo iii: Tütün kontrolü ve sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda 5A Stratejileri 32
Tablo iv: Tütün kontrolü ve sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda 5R (TeRKET) stratejileri 32
Tablo v: Transteorik modele göre sigarayı bırakma aşamaları 32
Tablo vi: Evren ve örnekleme giren personel sayılarının dağılımı 46
Tablo vii: Araştırmanın zaman çizelgesi..... 51
Tablo 1: Çalışanların kişisel özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı 54
Tablo 2: Çalışanların çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı..... 55
Tablo 3: Çalışanların kronik hastalık durumunun cinsiyete göre dağılımı 56
Tablo 4: Çalışanların halen tedavi altında oldukları kronik hastalıkların dağılımı…..…...57
Tablo 5: Çalışanların COVID-19 deneyimlerinin cinsiyete göre dağılımı..... 58
Tablo 6: Çalışanların çay tüketme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı 59
Tablo 7: Çalışanların kahve tüketme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı 60
Tablo 8: Çalışanların cinsiyete göre ayrıntılı tütün kullanım prevalanslarının yüzde dağılımı..... 61
Tablo 9: Çalışanların tütün kullanım durumunun kişisel özelliklerine göre dağılımı..... 62
Tablo 10: Çalışanların cinsiyete göre ayrıntılı sigara içme durumunun yüzde dağılımı..... 64
Tablo 11: Çalışanların sigara içme durumunun kişisel özelliklerine göre dağılımı..... 66
Tablo 12: Halen sigara içme prevalansının cinsiyete ve bazı kişisel özelliklere göre dağılımı..... 68
Tablo 13: Her gün sigara içen çalışanlarda günlük içilen ortalama sigara sayısının kişisel özelliklere göre dağılımı..... 72
Tablo 14: Her gün sigara içen çalışanlarda günün ilk sigarasını içme zamanının cinsiyete göre dağılımı..... 73
Tablo 15: Çalışanlarda sigara bağımlılık düzeyinin cinsiyete göre dağılımı 73

Tablo 16: Hayatı boyunca sigara içmiş olan çalışanlarda ortalama ilk sigara içme yaşının cinsiyete göre dağılımı 74
Tablo 17: Hayatı boyunca sigara içmiş olan çalışanlarda ilk sigara içme yaşının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı 75
Tablo 18: Her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki çalışanlarda her gün düzenli sigara içmeye başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı 75
Tablo 19: Her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki çalışanlarda düzenli sigara içmeye başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı 76
Tablo 20: Her gün sigara içenlerde günlük ortalama harcamanın (TL) kişisel özelliklere göre dağılımı 77
Tablo 21: Çalışanlarda sigara dumanından pasif etkilenimin cinsiyete göre dağılımı 78
Tablo 22: Halen sigara içen çalışanlarda kapalı ortamlarda sigara içmenin cinsiyete göre dağılımı 79
Tablo 23: Çalışanlar arasında, sigara dumanından pasif etkilenimin sigara içme durumuna göre dağılımı 80
Tablo 24: Sigara paketi üzerindeki resimli uyarıları fark etme düzeyinin kişisel özelliklere göre dağılımı 82
Tablo 25: Sigara paketi üzerindeki resimli uyarıların sigara içmeyi önlemedeki etkisine ilişkin görüşlerin kişisel özelliklere göre dağılımı 84
Tablo 26: Halen sigara içen çalışanlarda, son bir ay içinde sigara paketi üzerinde gördüğü resimli uyarı nedeni ile sigarayı bırakmayı düşünmenin kişisel özelliklere göre dağılımı . 86
Tablo 27: Çalışanların sigarayı teşvikle karşılaşma durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı 88
Tablo 28: Sigara içmeyi teşvik eden durumla karşılan çalışanların karşılaştığı teşvik biçimi 89
Tablo 29: Çalışanların sigara konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının cinsiyete göre dağılımı 90
Tablo 30: Sigara konusundaki bilgi, tutum, davranışların sigara içme durumuna göre dağılımı 92
Tablo 31: Düz paket uygulaması hakkında son bir aydaki görüşlerin kişisel özeliklere göre dağılımı 94

Tablo 32: Çalışanlarda sigara ve koronavirüs hastalığı arasındaki ilişkiye dair bilgi kaynaklarının dağılımı……95
Tablo 33: Hayatının herhangi bir döneminde sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin kişisel özelliklere göre dağılımı 96
Tablo 34: Sigara bırakma girişiminde bulunan çalışanlarda bırakmada kullanılan yöntemler 97
Tablo 35: Halen sigara içen çalışanların sigara bırakma durumunun dağılımı 98
Tablo 36: Sigarayı bırakan çalışanların bırakma nedenleri 99
Tablo 37: Sigara içen çalışanlarda sigarayı bırakmada desteğe ihtiyacı olup olmadıklarının cinsiyete göre dağılımı..... 100
Tablo 38: Sigara bırakmak için desteğe ihtiyacı olan çalışanların belirttikleri destek türleri 100
Tablo 39: Çalışanlarda, son bir yılda doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaret etme durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı 101
Tablo 40: Çalışanlarda, son bir yıl içinde doktor ziyareti sırasında tütün kullanımının sorgulanma durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı..... 103
Tablo 41: Son yıldaki doktor ziyaretinde bırakmanın önerilmesinin kişisel özelliklere göre dağılımı..... 103
Tablo 42: Çalışanlarda sigarayla ilgili yakınmaların her gün ve ara sıra sigara içme durumuna göre dağılımı 105
Tablo 43: Halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içmedeki değişimin kişisel özelliklere göre dağılımı..... 106
Tablo 44: Halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde halen sigara içme düzeyine etki eden primer bağımsız değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)..... 107
Tablo 45: Halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara bırakma girişiminde etkili olan primer bağımsız değişkenler (lojistik regresyon analizi) 108

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Ana akım dumanı, yan akım dumanı, ekshale edilen ana akım dumanı 9
Şekil 2: Kreteks, Bidi, Puro, Pipo..... 11
Şekil 3: Nargile..... 11
Şekil 4: Elektronik sigara 12
Şekil 5: Isıtılmış tütün ürün 13
Şekil 6: Snus, çiğneme tütün, Maraş otu 14
Şekil 7: Dünyada tütün salgını evreleri 16
Şekil 8: Dünya'da 15 yaş ve üzeri yetişkin nüfusta son yirmi yıldaki tütün kullanım prevalansları..... 17
Şekil 9: Her gün tütün kullanan bireylerin yıllara ve cinsiyete göre dağılımı, Türkiye 21
Şekil 10: Çalışanların tütün kullanım durumunun kullanılan tütün ürünü ve cinsiyete göre dağılımı..... 65
Şekil 11: Halen sigara içme prevalansının yaş ve cinsiyete göre dağılımı..... 69
Şekil 12: Halen sigara içme prevalansının çalışma süresi ve cinsiyete göre dağılımı 70
Şekil 13: Halen sigara içme prevalansının eğitim düzeyi ve cinsiyete göre dağılımı 71
Şekil 14: Son bir ayda fark edilen tütün karşıtı mesajların ve kaynaklarının cinsiyete göre dağılımı..... 81

KISALTMALAR

5A : Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

5Ö : Öğren, Öner, Ölç, Örgütle, Önderlik et

5R : Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı'nın /Coronavirus Disease-19

DALY: Disability Adjusted Life Year

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Food and Drug Administration

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

GA: Güven Aralığı

GATS: Global Adult Tobacco Survey

GTSS: Global Tobacco Surveillance System

IARC: The International Agency for Research on Cancer

ILO: International Labour Organization

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KGTA: Küresel Gençlik Tütün Araştırması

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MPOWER: İzle, Koru, Öner, Uyar, Yasakla, Vergilendir

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health (ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü)

OR: Odds Oranı/Odds Ratio

Ort±SH: Ortalama±Standart Hata

PAH: Poliaromatik Hidrokarbonlar

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SSUK: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

STEPS: STEPwise approach to NCD risk factor surveillance

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

SVO: Serebro Vasküler Olay

TAPDK: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu

TERKET: Tüm etkiler ilişkilendirilir, Riskler, Kazançlar, Engeller, Tekrar

TEKEL: Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğü

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

UTKP: Ulusal Tütün Kontrol Programı

ÖZET

Pandemi sürecinde Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörler

Rize il merkezindeki kamu kurumu çalışanlarında, pandemi sürecinde, tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yürütülen kesitsel araştırmada örnek büyüklüğü %95 güven düzeyi, %50 prevalans, %5 sapma ve %15 yanıtlamama oranı ile 365 personel olarak belirlenmiştir. Kurumlar tabakalandırılmış, her tabakadan örneğe girecek personel sayısı belirlenmiş, önceden randevu alınarak kurumlara gidilmiştir. Ziyaret gününde kurumda mevcut olan personele belirlenen tabaka sayısına ulaşılıncaya kadar gönüllük esasına göre ve pandemi kurallarına uyularak gözlem altında anket uygulanmıştır. Ankette tütün ve ürünleri kullanımı, COVID-19 deneyimleri, sigara ağırlık indeksi, ikinci el sigara içme, tütün ve tütün kontrolüyle ilgili bilgi, tutumlar ve sigara bırakma girişimlerine yönelik soruları yer almıştır. İstatistiksel analizlerde Student t testi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare, lojistik regresyon testleri kullanılmıştır. Araştırma için gerekli etik ve idari izinler alınmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 37.9±0.4 yıldır, %58.9'u erkektir, %74.0'ı üniversite mezunudur, %76.2'si evlidir. Çalışanların %31.2'si COVID-19 tanısı almıştır. Katılımcılarda halen tütün, halen sigara ve her gün sigara kullanım prevalansları sırasıyla %30.4, %30.1 ve %26.3'tür. Her gün sigara içme prevalansının erkeklerde (%34.9), İl Emniyet Müdürlüğü çalışanlarında (%35.6) ve dul/boşanmışlarda (%57.1) en yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Katılımcıların %66.0'ı sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıları fark etmiştir. Uyarıları fark etme tütün ürünü kullanımı, her gün sigara içme, kadın cinsiyet ve çalışılan kurumla ilişkili bulunmuştur. Pasif sigara içme ile ilgili olarak, katılımcıların %74.2'si sigara içenlerle bir arada bulunmakta, %38.0'ı özel aracında sigara içmekte, %20.8'inin her gün evinde sigara içilmekte, %21.0'ı işyerinde kapalı alanda sigara içmektedir. Katılımcıların %32.1'i iş yerinde kapalı alanda sigara içen çalışan görmüştür. Katılımcıların %30.8'i pandemi sürecinde sigara içmeyi azaltmış, %18.7'si artırmıştır, %50.5'inde sigara içme sıklığı aynı kalmıştır. Azaltma, ara sıra sigara içenlerde anlamlı olarak yüksektir (%60.0). Pandemide, ailesinde COVID-19 nedeniyle ölüm olanlar sigara içmeyi en çok artıranlardır (%42.1). Katılımcıların %30.5'i pandemi sürecinde sigarayı bırakma girişiminde bulunmuştur. Halen sigara içenler arasında bırakması önerilenlerin

%62.5’i sigara girişiminde bulunmuşken, önerilmeyenlerin %25.5’i bırakma girişiminde bulunmuştur(p=0.003). Doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilenlerin %77.8’i bırakma girişiminde bulunurken, önerilmeyenlerin %26.6’sı bırakma girişiminde bulunmuştur (p=0.001). Bırakma girişimi COVID-19 tanısı alanlarda belirgin olarak yüksek saptanmıştır (%46.7) (p=0.026). COVID-19 tanısı alanların %16.7’sine, almayanların %8.0’ına doktor tarafından tütün dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilmiştir (p=0.012). Pandemi sürecinde sigara içmeye etki eden primer bağımsız değişkenler erkek olma (OR=4.7), boşanmış olma (OR=5.8), evde her gün sigara içilmesi (OR=5.4), koronavirus hastalığı açısından risk altında olmadığını düşünme (OR=1.6) ve sigara içenlerle bir arada bulunmadır (OR=6.9). Halen sigara içenler arasında pandemide sigara bırakma girişiminde etkili olan primer bağımsız değişkenler doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmamanın önerilmesi (OR=7.2), doktor tarafından sigaranın bırakılmasının önerilmesidir (OR=3.8).

Sonuç olarak Rize ili kamu kurumlarında pandemi döneminde kapalı ortamda sigara içildiği, kamu çalışanlarında tütün kullanımı ve pasif içiciliğin yaygın olduğu saptanmıştır. Pandemi sürecinde sigara içme davranışında azalma olduğu ancak sigara içenlere yönelik danışmanlık yaklaşımının yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışanların sigara içmesini azaltmak, hatta sıfırlamak için dumansız iş yeri programlarının başlatılması, MPOWER (İzle, Koru, Öner, Uyar, Yasakla, Vergilendir) önlemlerinin kapsamlı olarak uygulanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: tütün, sigara, kamu kurumu, çalışan, pandemi, sigarayı bırakma

SUMMARY

Tobacco use and related factors among public institute employees in Rize during the pandemic

This cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of tobacco use and the related factors in public institution employees in Rize city center during the pandemic. Sample size was determined as 365 personnel with a 95% confidence level, 50% prevalence, margin of error 5% and 15% non-response rate. After stratification of the institutions, the number of employees needed from each strata was determined. The questionnaire application was continued until the specified number of personnel in each strata was reached. The institutions were visited by making an appointment. On the day of the visit, a questionnaire was applied to the personnel present in the institution according to the voluntary basis and in accordance with the rules of pandemic. The questionnaire included questions about the use of tobacco and products, COVID-19 experiences, the heaviness of smoking index, second-hand smoking, knowledge and attitudes towards tobacco and tobacco control measures, and smoking cessation attempts. In statistical analysis, Student t test, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Chi-square, logistic regression tests were used. Necessary ethical and administrative permissions were obtained for the research.

The average age of the participants was 37.9±0.4 years. Of them, 58.9% were men, 74.0% were university level educated, 76.2% were married. Of the employees, 31.2% were diagnosed with COVID-19. The prevalence of tobacco, current cigarette and daily smoking among the participants was 30.4%, 30.1% and 26.3%, respectively. The highest daily smoking prevalence was among males (34.9%), followed by Provincial Police Department officers (35.6%) and widowed/divorced participants (57.1%). Pictorial warnings on the cigarette packages were noticed by 66.0% of the participants. Noticing was associated with tobacco product use, daily smoking, female gender, and the institution. Regarding passive smoking, 74.2% of the participants lived together with smokers, 38.0% smoked in their private car, 21.0% smoked in a confined space in the workplace, 32.1% saw some employees who smoked in a confined space in the workplace. Daily smoking at home by residents was reported by 20.8% of the employees. Of the employees, 30.8% decreased their smoking while 18.7% increased it, and the frequency of smoking remained the same in 50.5% during

the pandemic. Those who decreased their smoking were mostly occasional smokers (60.0%). The participants who increased their smoking were mostly those who had death in their family due to COVID-19. Of the participants, 30.5% attempted to quit smoking during the pandemic period. The rate of attempts to quit smoking was significantly higher among current smokers who were advised to quit it by a physician (62.5%) than those who were not given advise (25.5%) ($p=0.003$). The rate of attempts to quit smoking among current smokers who were advised by a physician not to be in places where there was smoke was (77.8%) higher than those who were not given the advice (26.6%) ($p=0.012$). Quit attempt was found to be significantly higher among those who were diagnosed with COVID-19 (46.7%). Of the participants diagnosed with COVID-19, 16.7% were advised not to be together with smokers by a physician (16.7%) while only 8.0% of those of those who were not diagnosed with COVID-19 ($p<0.05$). The primary independent variables affecting smoking were being male (OR=4.7), being divorced (OR=5.8), daily smoking at home by residents (OR=5.4), low risk perception of COVID-19 (OR=1.6), and being together with smokers (OR=6.9). The primary independent variables that were effective in attempting to quit smoking during the pandemic among current smokers were being advised not to be together with smokers by a physician (OR=7.2), and being advised to quit smoking by a physician (OR=3.8).

In conclusion, the study showed that smoking in confined spaces in the workplace, and both tobacco smoking and passive smoking were common among public employees in Rize during the pandemic. The smoking behavior of employees was decreased during the pandemic. However, smoking cessation counselling services towards smokers was insufficient. In the study, it was suggested to launch smoke-free public institution programs in Rize in order to decrease even to finish smoking among public employees, and to implement MPOWER (Watch, Protect, Suggest, Warn, Ban, Tax) measures comprehensively.

Keywords: tobacco, cigarette, public institute, employee, pandemic, quit smoking

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Tütün ve ürünlerinin kullanımı, diyet, inaktivite ve alkolle birlikte önlenebilir ölüm nedenleri içinde en ön sırada yer alan davranışsal bir risk faktörüdür (1). Dünyada her beş yetişkinden biri sigara içmektedir. Tütün, tarımı, üretimi, ticareti, tüketimi, fizik ve sosyoekonomik çevre üzerindeki olumsuz etkileriyle değerlendirildiğinde halkın sağlık ve esenliğini ciddi şekilde tehdit eden bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların hemen hepsinde etken olan tütünün on altı farklı kansere yol açtığı, akciğer kanserlerinin %95'inden sorumlu olduğu bilinmektedir (1–3). Dünya Sağlık örgütü (DSÖ), her yıl 8 milyon insanın tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle öldüğünü ve bunların 1.3 milyonunun kendisi tütün kullanmayan pasif içici olduğunu bildirmektedir (4,5). Türkiye'de her yıl yaklaşık olarak 100-110.000 kişi sigaraya bağlı hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmektedir (6).

Amerika kıtasının keşfiyle Avrupa ülkelerinde yaygınlaşan tütün kullanımı, 1880 yılından sonra makineleşme ile artan sigara üretimi, yirminci yüzyılda tütün ticaretinin küreselleşmesi ile bir salgın hatta pandemi haline gelmiştir. Günümüzde elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünü, çiğneme tableti, pastil şeklinde de görülebilen tütün kullanımı, etkisi kanıtlanmış önlemlerle hızla azaltılmazsa, prevalanslar aynı kalsa bile hem artan nüfus hem uzun latent dönemiyle gelecek kuşaklar için de büyük boyutlu bir hastalık, sakatlık ve erken ölüm nedeni olabilecektir (1,7–9).

Doll ve Hill'in 1950 yılında sigara içme ile akciğer kanseri arasındaki nedensel ilişkiyi gösteren epidemiyolojik araştırmalarıyla birlikte dünyada tütün kullanımı ve arzının kontrol edilmesi gerektiği anlaşılmış, tütün kontrol mücadelesi başlatılmıştır. İlk müdaheleler tütün reklamlarının kısıtlanması ve tütünün sağlığa zararlı olduğunun şirketlerce belirtilmesi şeklinde olmuştur. Tütün kontrolünde önemli ilerleme kazanılmış, kullanım son yüzyılda azalmış, ancak eşitsizlik ortaya çıkmıştır. Önemli eşitsizlik alanları düşük sosyoekonomik gruplarda, tütün şirketlerinin agresif satış taktiklerini uygulaması, bu gruplarda sigara içme düzeylerinin daha yüksek olması, daha düşük bırakma oranları ve tedaviye daha az erişim imkanıdır. Yüksek gelirli ülkelerde yeni tütün ürünlerinin piyasaya arzı daha yüksek düzeydedir (10–12).

DSÖ, 2003 yılında halkın sağlığını korumaya yönelik ilk uluslararası sözleşme olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesini" kabul etmiştir. Sahip olduğu genç nüfusla tütün endüstrisinin hedefinde olan ve kullanımın yaygın olduğu ülkelerden biri olan Türkiye bu sözleşmeyi 2004 yılında imzalayarak tütün mücadelesine katılmıştır. TKÇS'nin amacı, tütünün yıkıcı sağlık, sosyoekonomik, çevresel zararlarından, pasif içicilik ve yol açtığı ölümcül sonuçlardan şimdiki ve gelecek nesilleri korumak olarak açıklanmıştır. Bu amaçlarla tütün talebi ve arzını yerel, ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde azaltmak hedeflenmiştir. Hedefe ulaşmak için ülkelere önerilen uygulamalar; kapalı alanlarda tütün kullanım yasağı, tütünü bırakmada destek sağlama, tütünün zararları ve kontrol yöntemleri hakkında halkın eğitimi, tütün şirketlerine yönelik reklam, tanıtım ve sponsorluk yasakları, tütün vergilerini ve satış fiyatlarını artırarak alımı azaltmadır (10,13,14).

Türkiye, 2008 yılında 5727 sayılı kanunla özel konutlar haricinde tüm kapalı alanlarda tütün kullanımını yasaklamış, 2013 yılında DSÖ bölgeleri içinde önlemleri tamamen uygulayan ilk ülke olmuştur (15,16). Türkiye, otuz beş Avrupa ülkesi içinde 2016 yılında tütün kontrolünde en başarılı ilk dokuz ülke arasında iken, 2019 yılında on yedinci sıraya gerilemiştir (17–20). KYTA 2016 verilerine göre %31.6 olan tütün kullanım prevalansının 2023 yılında % 24'e düşürülmesi ulusal hedef olarak belirlenmiştir (9,21).

DSÖ, 11 Mart 2020'de COVID-19 pandemisini ilan etmiştir. Tütün kullanımı COVID-19 açısından risk faktörüdür. Pandemi sürecinde sosyal izolasyon ve evde kalma önlemleri nedeniyle stres ya da ruhsal sorunlar geliştiği, tepki olarak tütün kullanımında azalma, artma, bırakma, nüks etme ya da ilk kez başlama şeklinde davranış değişiklikleri görüldüğü literatürde belirtilmiştir. DSÖ, pandemi sürecinde kontrol önlemlerinin sürdürülmesini, COVID-19 hastalarında ve toplumda tütün kullanımının izlenmesini, davranış ve tutum değişikliklerinin izlenmesini önermektedir (22).

İş yerinde tütün kullanma bir iş sağlığı ve güvenliği sorunudur. İş yerinde tütün dumanının, ikinci el sigara içme kaynaklı hastalıklara, yangın, patlama ve iş kazalarına neden olduğu bilinmektedir. Tütün kullanma sigara içen ve içmeyen çalışanlar arasında iletişimi bozmakta, çatışma nedeni olabilmekte, iş verimini düşürmekte, işe devamsızlığı, sağlık harcamalarını ve sigorta primlerini artırmaktadır. Bu durum hem işçinin, hem işverenin hem de ülke ekonomisine zarar vermektedir. İş yerinde tütün kullanımı aynı zamanda düşük gelirli ülkelerde daha yaygın olan bir sağlıkta eşitsizlik konusudur (23).

Kamu çalışanlarının tütün kullanım düzeyi hem çalışan sağlığına verilen önemin hem de tütün kontrolündeki başarının bir göstergesi olduğundan, periyodik araştırmalarla saptanması eylem planlarında önerilmektedir. Polis, asker, öğretmen, sağlık çalışanı gibi kamu çalışanları, nispeten büyük nüfusları, yüksek eğitim düzeyleri, genellikle ebeveyn olmaları, mesleki açıdan yüksek statüleri ve tütün denetim ekiplerinde yer almaları nedeniyle toplumda hem rol model hem görevli konumdadırlar (9,21). Bu grubun tütün zararları ve kontrolü konusunda eğitilmesine önemle vurgu yapılmaktadır. Kamu çalışanlarını kapsayan özel araştırmalarla, daha doğru sonuçlar alınabilecek, pasif etkilenim değerlendirilebilecek, pandemi döneminde risk iletişiminin derecesi saptanabilecek, eksiklikler belirlenip programların iyileştirilmesi için yeni uygulamalar önerilebilecektir (9,24). Türkiye'de kamu çalışanları üzerinde yürütülen araştırma sayısı yetersizdir. Yapılan çalışmalar bu grupta sigara içme sıklığının genel toplumla benzer ya da daha yüksek olduğunu göstermiştir (%46.9-%38.5) (25). Rize'de daha önce bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Yukarıdaki bilgilerden yola çıkarak araştırmanın amacı, Rize il merkezindeki kamu kurumu çalışanlarında pandemi sürecinde tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörleri saptamak olarak belirlenmiştir.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün, tütün ürünleri ve kullanımı

Kişisel davranışlar sağlığı direk etkileyen faktörlerden biridir. Sigara içme, hastalığa neden olan kişisel davranışlardan biridir. Ancak bu davranışın altında yatan ve sağlığı etkileyen dolaylı faktörler söz konusudur. Sigaranın yapıldığı tütünün, yasa ya da yasadışı olmak üzere tarımı, endüstri tarafından çeşitli şekillerde üretimi, uluslararası ticareti, ya da reklamı, sigara içme davranışını etkileyen altta yatan faktörlerdir. Günümüzde sağlığı olumsuz etkileyen bazı yaşam biçimleri ve davranışlar uluslararası ticaretle tüm dünyada salgın hatta pandemi şeklinde yayılmıştır. Bunlardan biri olan sigara içme salgınını sonlandırmaya yönelik olarak başlatılan tütün kontrol mücadelesi altta yatan dolaylı faktörleri de kapsamaktadır (7).

2.1.1. Dünyada tütün üretimi ve kullanımının tarihçesi

Tütün, solanales familyasından (Patlıcangiller ya da itüzümü) "nicotiana" cinsi içerisinde yer almakta, dünya genelinde yetmişten fazla türü bulunmaktadır. Keyif verici olarak dünyada ve ülkemizde yaygın olarak tarımı yapılan tütün türü 120 ülkede ticari olarak yetiştirilen, gıda dışı ürün olarak tanımlanan Nicotiana tabacum'dur. Nicotiana tabacum ilk ticari tütün olarak Avrupa'ya Amerika'nın Virjinya eyaletinden getirilen tütündür ve bu nedenle Virjinya tütünü olarak da isimlendirilmektedir. Ülkemizde Nicotiana rustica türü de yetişmektedir (Maraş otu) (13,26–30).

Amerika kıtasına özgü bir bitki olan tütünün MÖ 5000-3000 yıllarında Güney Amerika'da yetiştirildiği arkeolojik çalışmalarla gösterilmiştir (28,31). İnsanlık tarihinde ilk kez Mayalar tarafından kullanıldığı düşünülmektedir. On beşinci yüzyılda Christopher Columbus ve arkadaşları keşif sırasında kurutulmuş tütün yapraklarını yakarak dumanını içine çeken yerlilerle karşılaşmış, kendilerine tütün ikram edilmiş ve kullanımı öğrenmişlerdir. Amerika yerlilerinin o tarihte tütünü çubuk (Pipo-sigara), yuvarlak halde sarılmış yakılan yaprak (Puro) ve enfiye şeklinde keyif verme amaçlı ve böcek ısırığı, yara, yanık, mide-barsak sorunlarında tedavi amaçlı kullandıkları literatürde yer almaktadır (13,26,32,33). Colombus'un mürettabatından Rodrigo de Jerez, ilk tütün tiryakisi olarak anılmaktadır. Jerez, yerlilerden öğrendiği tütün yaprağı tüttürmeyi İspanya'da devam ettirdiğinden İspanyol Engizisyonu tarafından günahkarlıkla suçlanarak yedi yıl hapis

cezasına çaptırılmıştır. Ancak Jerez hapisten çıktığında tütün kullanımı Avrupa'da çoktan yaygın bir alışkanlık haline gelmiştir. Portekiz'de Fransa büyükelçisi olarak görev yapan Jean Nicot de Villemain, 1559 yılında tütün bitkisi ve tohumlarını Fransız kraliyetine tanıtarak enfiye şeklinde kullanımının öksürük, astım, baş ağrısı, mide ve kadın hastalıkları açısından faydalarından bahsetmiştir. Jean Nicot'a ithafen tütünün botanik adı Fransa'da Nicotiana tabacum olarak, 1828 yılında bulunan alkaloidi ise "nicotin" olarak tanımlanmıştır. Jean Nicot'un sağlığa faydalı olduğuna ikna etmesi üzerine Avrupalılar Orta Amerika'da tütün bitkisi yetiştirmeye başlamıştır. Tütün tarımı yapılan yerler arasına daha sonra Havana, Filipinler ve Türkiye girmiştir (29,34–36).

On yedinci yüzyılın başında Amerika'dan Avrupa'ya tütün ithalatı şeklinde tütün ticareti başlamıştır. Phillip Morris isimli girişimci 1847 yılında Londra'da tütün ve sigaraların satıldığı ilk dükkanı açmıştır. Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında askerler arasında elle kağıda sarılarak tütün içme yaygınlaşmış, savaş şartlarının yarattığı stres kullanımı artırmış ve savaş sonrasında askerler cephede edindikleri alışkanlıklarını ülkelerine taşımışlardır. ABD'de 1864'te ilk sigara fabrikası açılmış, 1874'te JB Duke isimli girişimci ilk özel fabrikayı açmıştır. Bonsack isimli endüstriyel sigara makinelerinin 1880'de patent almasıyla tütün mamülü üreten makine teknolojisi gelişmiştir. Takip eden yıllarda sektöre giren şirket sayısının, pazara arz edilen ürün miktarının artması ile sigara ve diğer tütün ürünleri kolay ulaşılabilir hale gelmiştir (36,37). Birinci ve İkinci Dünya Savaşında cephede asker kumanyalarına tütün eklenmiş, sigara silah ve mühimmat kadar önem kazanmış, savaş sonrasında tütün tüketiminde artış devam etmiştir (38). İkinci Dünya Savaşı ile birlikte dünyada yetişkin nüfusun % 60-80'i sigara içer hale gelmiştir (39). İkinci Dünya Savaşından sonra, sigara içmedeki artışa paralel olarak 1940-1960 yılları arasında kardiyovasküler hastalık prevalansında artış görülmüştür (36).

Sigara tüketimin artması sonucunda toplumda kardiyovasküler hastalıklar yanında sigaraya bağlı diğer hastalıkların morbidite ve mortalitesinde yükselme gözlenmiştir. Bu durum tıp dünyasının, tütün ve hastalıklar arasında ilişki olabileceği varsayımıyla araştırmalar başlatmasına yol açmıştır. Tütün ve ürünlerinin hastalık ve ölüm nedeni olduğu yirminci yüzyılın ortalarında bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Kanıtlarla birlikte, topluma sağlık eğitimi verme ve kullanımı kısıtlama uygulamaları şeklinde az sayıdaki ülkede başlayan tütün kontrolü müdahaleleri günümüzde tüm dünya ülkelerinde yaygınlaşmıştır (34).

2.1.2. Türkiye'de tütün üretim ve kullanım tarihçesi

On altıncı yüzyılın sonlarında Cenevizli gemiciler Osmanlı İmparatorluğu'na tütün bitkisini getirerek, tütünü hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç olarak tanıtmışlardır. Tütün içme şeklinde başlayan tanışıklık sonrası 1600'lü yıllardan itibaren tütün üretimine başlanmıştır. Osmanlı topraklarında ilk tütün üretimi Makedonya, Kırcaali ve Yenice'de yapılmıştır. Bu dönemde Anadolu'da tütün üretimi başlamış, Bursa, Çanakkale, Söke, Foça ve Akhisar'da üretim yapılmıştır. Osmanlı döneminde yaygın olan kahvehanelerde tütün kullanımı da yaygınlaşmıştır. Padişah I. Ahmet esnafın tütün kullanmak için bir araya gelmesi ve bu durumun çalışmayı olumsuz etkilediği, tembelliğe sürüklediği gerekçesiyle tütün içimine kısıtlama getirmiştir. Tütün kullanımının yaygınlaşması üzerine hem Osmanlı'da hem Avrupa'da din adamları tütün aleyhine açıklamalar yapmaya başlamışlardır. İstanbul'da çıkan büyük yangınlar üzerine IV. Murat 1633 yılında kahvehaneleri yıktırmış, tütünü yasaklamış hatta tütün kullananların idam edilmesini emretmiştir. Tütün kullanımı IV. Murat'ın ölümünden altı yıl sonra IV. Mehmet zamanında tekrar serbest bırakılmıştır. İthal edilen tütünlerden gümrük vergisi ve ülke içinde satılan tütünlerden vergi alınmaya başlanmıştır. Tütün gelir getirmeye başlayınca halk tütün üretimine teşvik edilmiştir. Kırım savaşı sırasında (1853-1856) hazineye gelir kazandırmak amacıyla tütünden alınan vergi artırılmıştır (13,40,41). Tütün ithalatı 1861 yılında yasaklanmış, 1862 yılında TEKEL (Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğü) kurulmuştur. Sigara ve paket üretimi yapan fabrikalar 1874 yılında açılmıştır. Tütün TEKEL'ini işletme hakkı Osmanlı'nın dış borçları karşılığında 1881 yılından sonra yabancı ülkelere devredilmiştir (İngiltere, Fransa, Almanya, Hollanda, Avusturya, İtalya ve Bankerlerden oluşan Duyunu Umumiye'ye). Yerli üreticiden tütün alımı ve satış işlemleri 1883 yılında, Duyunu Umumiye'ye bağlı Reji idaresi adı ile oluşturulan yabancı sermayeli çok uluslu şirkete devredilmiştir (42)**.** Cumhuriyet'in ilanıyla tütün üretimi ve ticareti yabancı ülkelerden alınarak Türkiye Cumhuriyeti Devleti'ne geçirilmiş, 1925 yılında Atatürk tarafından devlet tekeli şeklinde millileştirilmiştir. Askerlere ücretsiz sigara verilmesi uygulaması Türkiye'de 1934 yılında çıkarılan bir Kanun ile başlatılmış, İkinci Dünya Savaşında kumanyalara sigara eklenmiş, bu uygulama 2007 yılında sonlandırılmıştır (14). TEKEL 1983 yılında Kamu İktisadi Kuruluşu haline getirilerek sigara ithalatı yapmaya başlamıştır. Devlet tekeli 1986 yılında sonlandırılarak yerli ve yabancı sermayenin TEKEL ile ortaklık kurmasına izin verilmiştir. Yabancı tütün endüstrisinin ülkeye girmesiyle 1985-

1995 yılları arasında çok uluslu sigara fabrikaları açılmış, buna bağlı olarak piyasaya arz edilen sigara sayısı artmış, 1980'li yıllara kadar nüfus artışına paralel şekilde artan sigara içme prevalansı 1980-2000 yılları arasında nüfus artışından daha hızlı bir şekilde artmaya başlamıştır (43,44). Tütün üretimi ve satışı ile ilgili düzenlemeler 2002'den itibaren özel sektöre devredilmiş, devletin tütün üretiminde desteği sonlandırılmış, özel sektörle sözleşmeli tarım dönemi başlamıştır. Bu düzenlemeyle Türkiye'de tütün üretimi azalmaya başlamıştır (16,17). TEKEL'in görevleri Ocak 2002 tarihinde bağımsız idari bir kurum olan Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Üst Kurulu'na (TAPDK) devredilmiş, 2008 yılında TEKEL sigara fabrikaları yabancı sigara şirketlerine satılmıştır. Aralık 2017 tarihinde TAPDK, KHK ile kapatılarak Tarım ve Orman Bakanlığı, Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı tütünle ilgili görevleri devralmıştır (8).

Tütün kontrolü uygulamaları arasında tütün üretiminin ve arzının azaltılması da yer almaktadır. Türkiye'de tütün üretiminin yaklaşık %86'sı Ege, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılmaktadır. Bir önceki yıla göre 2020 yılında tütün üretimi %10 oranında artmıştır. Türkiye'de 1930 yılında 7.2 milyar sigara satılmakta iken bu miktar 2000 yılında 117.7 milyar adete ulaşmıştır. Satılan sigara sayısı 2000 yılından 2015 yılları arasında 91-95 milyar adet arasında sabitlenirken, 2015 yılından sonra artarak 2020 yılında tekrar 117.9 milyar adete çıkmıştır (8).

2.1.3. Tütün Ürünleri

Tütün mamullerinin üretim ve ticaretine ilişkin usul ve esaslar hakkındaki yönetmeliğin 4/1-n maddesinde tütün mamulü, tütün yaprağının ve/veya tütün bitkisi parçalarının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile üretilen, tüttürme, burna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler olarak tanımlanmıştır. Aynı yönetmeliğin 4/1-d maddesinde, diğer tütün mamulleri puro, sigarillo, nargilelik tütün mamulü, sarmalık kıyılmış tütün, enfiye, çiğneme tütünü ve pipo tütünü gibi sigara dışındaki tütün mamulleri olarak tanımlanmıştır. Avrupa Parlementosu'nun, 03 Nisan 2014 tarih ve 2014/40/AB sayılı Avrupa Parlementosu ve Konseyi Direktifi'nin tanımlar başlıklı 2. Madde 14.cü fıkrasında, yeni tütün mamulü; sigara, sarma tütün, pipo tütünü, nargile tütünü, puro, sigarillo, çiğneme tütünü, enfiye veya ağızdan kullanım için tütün kategorilerinden hiçbirine girmeyen tütün ürünleri ve piyasaya 19 Mayıs 2014 tarihinden sonra sunulan tütün ürünleri şeklinde tanımlanmıştır (45).

Tütün ürünlerinin sınıflandırılması dumanlı ve dumansız tütün ürünleri, geleneksel ve yeni nesil tütün ürünleri şeklinde yapılmaktadır (Tablo i). Son yıllarda nikotinin zararlı ve bağımlılık yapıcı etkisini vurgulamak amacıyla nikotin içeren geleneksel ya da yeni tüm ürünler, nikotin salıveren sistemler şeklinde tanımlanmaktadır (46).

Tablo i: Nikotin salıveren sistemler

Geleneksel tütün ürünleri	**Dumanlı tütün ürünleri**	**Dumansız tütün ürünleri**	**Yeni nesil tütün ürünleri**
Sigara Sarma sigara Pipo Puro Çiğneme tütün Enfiye	Sigara Endüstriyel sigara Sarma sigara Pipo Puro Nargile Kreteks Bidi Elektronik sigara Isıtılmış tütün ürünleri (IQS)	Ağızdan kullanılan Çiğneme tütün Maraş otu Nemli enfiye (Snus) Eriyebilen tütün Pastil, çubuk, küre Burundan kullanılanlar Kuru enfiye (Snuff) Nikotin nazal sprey	Elektronik sigara Isıtılmış tütün ürünleri (IQS)

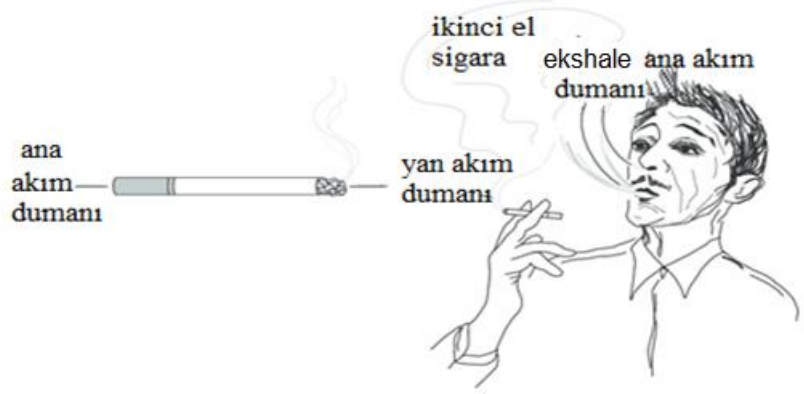
Dünyada halen kullanılmakta olan tütün ürünleri aşağıda özetlenmiştir:

1.Dumanlı tütün ürünleri:

Sigara: Kurutulmuş ve kıyılmış tütünün fabrikada ya da elde silindir şeklinde kağıda sarılarak filtreli ya da filtresiz üretilen, bir yanma sürecinde duman oluşturup (Tüttürme), oluşan dumanı ağızdan içe çekerek tüketilen üründür. Tüttürme ile oluşan duman hem içenler hem içmeyenler açısından zararlıdır. Dumanlı tütün ürünleri çevresel tütün dumanına neden olur. Çevresel tütün dumanı ekshale edilen ana akım (~%10) ve yan akım (~90%) dumanının kombinasyonundan oluşmaktadır. Çevresel tütün dumanına ikinci el sigara dumanı da denir. Şekil 1'de görüldüğü gibi ana akım olarak tanımlanan duman sigara içen tarafından sigara içme sırasında inhale edilen dumandır. Bu dumanın az bir kısmı sigara kağıdınca emilir. Sigara içen kişi sigaradan içine nefes çekip dışarı üfleme sırasında, ana akım dumanını ekshale eder ve çevreye yayar. Yan akım dumanı sigaranın kendi kendine yanması ile oluşan dumandır. Sigara içme sırasında sigaranın yanan ucu yan akım dumanını çevreye yaymaktadır (47).

Her iki duman da antijenik, karsinojenik, mutajenik ve sitotoksik özellikler içermektedir. Her iki duman özel araçlarla toplanarak içeriğindeki nikotin metabolitleri ve

diğer kimyasallar laboratuvarda ölçülür ve analiz edilir. Tütün dumanı, en az 69'u karsinojenik olmak üzere 7000'den fazla toksik kimyasal madde içermektedir (45,47,48). Bir sigaranın 10 mg nikotin içerdiği, 5 dakika içinde yaklaşık 10 nefes çekerek içildiği belirtilmektedir (20).



Şekil 1: Ana akım dumanı, yan akım dumanı, ekshale edilen ana akım dumanı

Filtreli sigara: Tütün endüstrisinin tütün ürünlerinin zararını azaltma çalışmalarının ilk örneği sigaralara filtre takılmasıdır. Sigara içmenin sağlık üzerindeki zararları konusunda bilimsel kanıtların ortaya konmaya başlandığı 1950'li yıllarda toplumda sigara içme konusunda korku başlamış, sigara içme düzeyi azalmıştır. Filtrenin bu zararlı etkileri önleyeceği düşüncesi ile 1952 yılında sigaralara filtre takılması uygulaması başlatılmıştır. Sigaralara filtre takılması sigara içimini kolaylaştırdığı ve "daha güvenli" algısı yarattığı için o dönemde sigara içmede artışa neden olmuştur. Filtre, ana akımdaki partikül madde miktarını azaltabilmektedir ancak katran, nikotin ve partikül maddenin vücuda alımı içme şekline göre değişebilmektedir. Filtre, daha çok nikotin almak için daha derin nefes çekmeye ya da daha sık nefes çekmeye yol açabilmektedir. Yıllar içinde yapılan çalışmalar ile sigaralara filtre takılmasının koruyucu etkisinin olmadığını göstermiştir (14,49–51).

Sarma sigara: Kişinin kurutulmuş ve kıyılmış tütünü sigara kağıdına kendi sararak kullandığı üründür. Sigara içme tarihsel süreçte, tütünün sarma sigara şeklinde içilmesinden endüstriyel sigara içmeye doğru bir değişim göstermiştir. Türkiye'de özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde filtresiz sarma sigara içimi yaygındır. Bir kilo tütünden 1000 adet sigara sarılabilmektedir. Sarma sigara içmenin en önemli sebebi daha ucuz

olmasıdır. Avrupa ve Yeni Zelanda'da kullanımı yaygındır. Sarma sigara içenler daha yüksek düzeyde katran, partikül madde, nikotin ve nitrozamine maruz kalırlar. Bu kişilerde ağız, farinks, larinks, akciğer ve özefagus kanserleri daha çok görülür (52,53). Gözlemlerimize göre ülkemizde yabancı kıyılmış tütün içeren paketlenmiş sarmalık tütün satışı alışveriş merkezlerinde ve bakkallarda yapılmaktadır.

Hafif sigara (Light, mild, ultra light, low-tar): Tütün ürünleri tipik olarak yakılarak kullanılır. Tütünün yanması ile oluşan katran kanserojendir. Nikotin ise bağımlılık yapmaktadır. Bu etkileri önlemek için katran ve nikotin miktarı azaltılmış sigaralar üretilmiş ve bunlar hafif sigara olarak tanımlanmıştır. Hafif sigaralarda katran miktarı 6-15 mg, ultra hafif sigaralarda 1-6 mg'dır. Hafif sigaralarda tütünün sarıldığı sigara kağıdının üzerinde ve sigaranın filtresinde bulunan delikler (Gözenek) daha fazladır bu deliklerden toksik kimyasallar dışarı verilir. Dumanın hava tarafından seyreltilmesi için filtrenin ucunda hava delikleri mevcuttur. Ancak hafif sigara içenler daha fazla nikotin alabilmek için daha sık, daha derin nefesler çekerek daha fazla zarar görebilmektedir (14,54–56).

Pipo: Pipo, tütün içmeye yarayan, ahşap, taş, metal, cam, kil benzeri malzemeden yapılan araçtır. İçine tütün konularak tutuşturulan yanma haznesi ve ağızlıktan oluşur. Dünya çapında yaygın kullanılmaktadır (53,56,57).

Puro: Silindir şeklinde yuvarlatılmış, fermente tütün yapraklarından oluşan bir tütün ürünüdür. Çeşitli büyüklüklerde yuvarlanmaktadır. Sigara kalınlığında olanlara sigarella denir. Puro inhale edilmez ve dumanı alkalidir. Alkali dumanın oral mukozadan absorbsiyonu daha kolaydır. Puro kullanımı oral kavite, özefagus kanser riskinde, kalp hastalıkları riskinde artış olmaktadır (53,56,57).

Kreteks: Tütün ve karanfil tomurcuklarının kağıda sarılmadan önce diğer tatlandırıcılarla birleştirildiği Endonezya kökenli sigaraya benzer üründür. Endonezya'da yaygın kullanılmaktadır. Kreteks %40 karanfil, %60 tütün içermektedir. İçeriğinde anestezik madde bulunmaktadır. Kreteks kullanıcıları, karanfilin tütünün irritan etkisini azaltmasından ve karanfil yağından elde edilen anestezik yağdan dolayı daha sık ve daha derin inhalasyon yapmakta ve daha fazla zarar görebilmektedirler (53,56,57).

Bidi: Bidiler, az miktarda güneşte kurutulmuş tütün yaprağı içeren, hurma benzeri meyve yapraklarına elle sarılan ve bir iple bağlanan ürünlerdir. Sigaradan daha fazla miktarda katran ve karbonmonoksit içerir. Hindistan'da en çok kullanılan dumanlı tütün ürünüdür. Güney Asya'da kullanımı yaygındır (53,56,57)



Şekil 2: Kreteks, Bidi, Puro, Pipo

Nargile: Nargile bazı Afrika ve Asya ülkelerinde yerli halk tarafından yüzyıllardan beri kullanılmaktadır. Nargilede tütün dolaylı olarak ısıtılır ve su dolu bir şişeden geçirilerek inhale edilir. Dumanı sudan geçtikten sonra içene ulaştığı için duman içindeki "zararlı" maddelerin su içinde kaldığı, bu sebepten nargilenin sağlığa daha az zararlı olduğu düşünülmektedir. Nargilede, doğal nargilelik tütün ve aromalı nargilelik tütün olarak iki tür tütün kullanılır. Aromalı ürünlerin geliştirilmesinin ve sigaraya kıyasla daha az zararlı olduğunun düşünülmesi nedeniyle dünyada kullanımı nargile epidemisi tanımı alacak kadar artmıştır (58,59). Nargile kullanımı Kuzey Afrika, Akdeniz ve Asya ülkelerinde yaygındır (53).



Şekil 3**:** Nargile

Elektronik sigara: E-sigaralar, "e-nargile", "mod", "vape kalemler", "tank sistemleri" ve "elektronik nikotin dağıtım sistemleri" şeklinde birçok farklı isimle anılmaktadır. Elektronik sigara, şarj edilebilir bir batarya, ısıtıcı ve nikotin içeren sıvıyı içinde bulunduran bir kartuştan oluşur. Nefes çekildiğinde batarya aktive olur ve kartuş içinde bulunan sıvı haldeki nikotin ısınarak gaz formuna geçer. İçinde tütün yoktur. Kişi cihazdan nefes çektiğinde buharı ve içindeki nikotini solunumla akciğerlerine alır. Cihazın kullanımı sırasında katran oluşmadığı için elektronik sigara piyasaya ilk sürüldüğünde "sigara bırakma aracı" olarak tanıtılmış fakat yapılan çalışmalar elektronik sigara içmenin sigarayı bırakmada etkili olmadığını göstermiştir. Elektronik sigara buharında da birçok toksik madde bulunmaktadır. Buharda cihazın metalik parçasından kaynaklanan nikel,

kadmiyum, kurşun gibi ağır metaller saptanmıştır. Buharda saptanan kanserojen maddeler arasında toluen, formaldehit ve nitrozaminler sayılabilir (53,56,57,60). Dünya çapında on dört ülkeyi kapsayan bir çalışmada 18.3 milyon kişinin e-sigara içtiği saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde kullanım daha yaygındır, en yüksek kullanım prevalansı Rusya federasyonunda, en düşük prevalans Hindistan'da saptanmıştır (61).



Şekil 4**:** Elektronik sigara

Isıtılmış tütün ürünleri (IQOS): Isıtılmış tütün ürünleri, elektronik bir ısıtma sistemi ile tütünü yakmadan nikotini açığa çıkaran cihazlardır. Bu cihazlar ilk kez 2014 yılında Japonya'da piyasaya sunulmuştur. IQOS ısıtılmış tütün ürünü cihazı olup Philip Morris International (PMI) tarafından geliştirilmiş ve 2014 yılında uluslararası piyasaya sürülmüştür (IQOS açılımı: I Quit Ordinary Smoking, Türkçe açılımı: Sıradan sigara içmeyi bıraktım). Mayıs 2020 tarihi itibarıyla sonra 51 ülkede satışı yapılmaktadır (62). Sigara gibi tutularak içilebildiğinden psikolojik olarak tatmin sağlamakta ve tercih edilmektedir. Bu cihaz kartuş, batarya ve ısıtıcı çubuklardan oluşmaktadır. Mekanizması elektronik sigaraya benzese de elektronik sigaradan farklı olarak cihazda sigara ya da puro şeklinde tütün kullanılmakta, bu tütün cihaza yerleştirildiğinde ısıtıcı çubuklarla 240-340 derece civarında ısıtılmaktadır. Isıtmayla oluşan buhar kullanıcıya nikotinin yanı sıra tütün kokusu da sağlanmaktadır. Isıtılma, yanmadan daha düşük sıcaklıkta olduğundan (600-800 derece) katranlaşmanın olmadığı ve bu ürünlerin sigaraya göre daha az zararlı olduğu şirketlerce iddia edilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar bu ürünlerin dumanında sigaraya kıyasla yirmiden fazla zararlı kimyasalın bulunduğunu ve bu maddelerin insan için karsinojen olduğunu göstermiştir (62–64).



Şekil 5**:** Isıtılmış tütün ürün

2.Dumansız tütün ürünleri:

Dumansız tütün ürünleri, tütün yapraklarının ince bir şekilde kıyılarak tablet, toz veya pudra haline getirildiği ürünlerdir. Snus, çiğnemelik tütün, Maraş otu, enfiye tütün gibi çeşitleri bulunmaktadır. Ağız yolundan alınan ürünler ağız, yanak veya dudak içine yerleştirilerek, çiğnenerek ya da emilerek kullanılır. Enfiye (Snuff) şeklinde burun yolundan kullanılan ürünlerde ise tütün partikülleri nazal pasajdan inhale ve absorbe edilir. Dumansız tütün ürünlerinin nikotin içeriği sigaraya göre daha yüksektir. Nikotin mukozalardan emilerek dolaşıma katılır ve beyne ulaşır (53,56,57). ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı 1979 yılında dumansız tütün ürünlerinden çiğneme tütün ve enfiyenin kanserojen olduğunu raporunda bildirmiştir.

Dumansız tütün ürünleri ağızdan ve burundan kullanılanlar olarak ikiye ayrılır:

Ağızdan kullanılanlar:

Çiğnemelik Tütün: Bir parça tütün veya tütün ürününün mandibular oluğa yerleştirilerek belli bir süre çiğnenip dışarı atılması veya emilmesi şeklinde kullanılan tütün ürünüdür. Hindistan'da kullanımı yaygındır (53,56,57).

Maraş otu: Hasankeyf tütünü, Türk tütünü, Aztek tütünü ya da Doğu Hindistan tütünü olarak ülkemizin özellikle güney bölgesinde üretilmekte ve tüketilmekte olan dumansız tütün ürünüdür. Bu tütün çeşidinin yaprağı kurutulup toz haline getirilir, asma, meşe veya ceviz çubuğundan elde edilen kül ile 1/2 veya 1/3 oranında karıştırılıp ardından su ile hafif nemlendirildikten sonra ağız yolu ile kullanılır. Maraş otu hazırlanmasında kullanılan tütün miktarı sigaraya göre 6-10 kat fazladır. Kullanan kişiler, yakılmadan kullanılması nedeniyle polisiklik aromatik hidrokarbonlar (Katran, zifir) oluşmayacağı dolayısı ile akciğer kanserine yol açmayacağını düşünmektedirler ancak çalışmalar ağız boşluğu kanserine yol açtığını göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2000'li yıllarda dumansız tütün ürünü kullanımının yaygınlaşması nedeniyle, farkındalığı artırmak için 2004 yılının 31

Mayıs'ında Tütünsüz Dünya Günü sloganı olarak "Tütün Ürünlerinin Tümü Öldürücüdür, Kılığına Aldanmayın" cümlesini belirlemiştir (14,65–68).



Şekil 6**:** Snus, çiğneme tütün, Maraş otu

İsveç Snus: Aromatik maddeler, sodyum klorür ile karıştırılmış ve nemlendirilmiş ince öğütülmüş kuru tütünden (Kentucky ve Virginia tütününden) oluşur. Kullanıma hazır küçük kese ya da poşetlerde satılır. Bir çimdik ya da kese diş eti ile üst dudak arasına yerleştirilir. Salınan tükürük yutulabilir ya da tükürülür (53,56,57). Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 22 Ekim 2019 tarihi itibarıyla ilk kez riski azaltılmış bir tütün ürünü olarak İsveç snus markasının pazarlanmasına izin vermiştir (69).

Eriyebilen tütün ürünleri: Çözünebilir maddeler, tabletler, çubuklar veya şeritler gibi şekil verilmiş ince öğütülmüş tütün ürünleridir. Çözünebilir tütün ürünleri ağızda yavaş yavaş çözülür, ürünler çoğunlukla şeker benzeri ve aromalıdır. Bu ürünler çekici ambalajlarda, şeker veya küçük nane şekeri gibi göründükleri ve gizlenebildikleri için gençlere hitap etmektedir (70).

Burundan kullanılanlar:

Enfiye: Kuru ve nemli enfiye çeşitleri bulunmaktadır. Yüksek nikotinli, toz haline getirilmiş tütünlerin bergamot, karanfil, tarçın ve karbonat gibi maddelerle karıştırılmasıyla elde edilen ürünlerdir. Kuru enfiye buruna çekilerek kullanır, içeriğindeki nikotin burun mukozasından emilir. Kuru enfiye kullanımı Avrupa'da, nemli enfiye kullanımı tüm dünyada yaygındır

2.2. Tütün kullanım epidemiyolojisi

Tütün kontrolünde, tütün ve ürünlerinin kullanım eğilimlerinin izlenmesi önerilen uygulamalardan biridir. Tütün kullanımı dünyada oldukça yaygın görülen ve bağımlılık potansiyeli yüksek önlenebilir bir davranıştır. Dünya genelinde 1.5 milyar dolayında insan tütün ve ürünlerini kullanmaktadır. Kullanım prevalansları ve kontrol önlemleri ürün

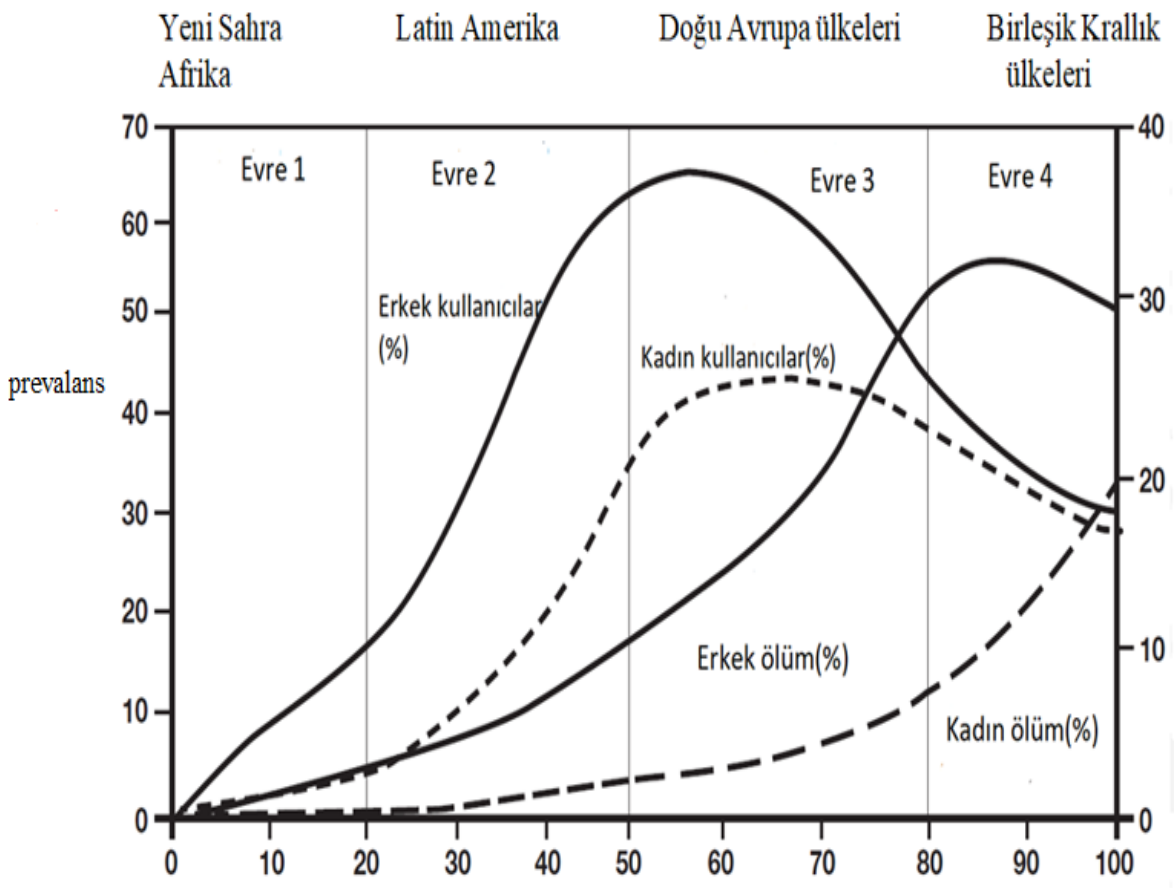
çeşidine, ekonomik, sosyal ve demografik özelliklere göre, kıtalar ülkeler ve bölgeler arasında farklılık göstermektedir (53,56,57).

2.2.1.Dünyada tütün kullanım epidemiyolojisi

Dünya, en büyük halk sağlığı tehditlerinden biri olarak tütün salgını ile karşı karşıyadır. İlk kez 1964 yılında, ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı Raporu'nda sigaraya bağlı hastalık salgını ile mücadeleden bahsedilmiş, raporda sigara içmenin önlenmesiyle akciğer kanserinden ölümlerin %32'sinin önlenebileceği belirtilmiştir. ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı'nın 2012 yılındaki raporunda tütün epidemisini sonlandırma vizyonu başlığı altında, kanıta dayalı strateji ve araçlarla gençlerin tütüne başlamasının engellenebileceği ve toplumda tütün kullanımının azaltılabileceği belirtilmiştir (71,72).

Konakçı, etken ve çevreden oluşan epidemiyolojik üçlü göz önüne alındığında, tütün epidemisi, etkeni tütün olan bir epidemi olarak tanımlanmaktadır. Tütün epidemisi sigara içme salgını olarak da ifade edilmektedir. Sigara içme eylemi, oluşturduğu dumanla çevredeki sigara içmeyen sağlam kişilere de zarar vermektedir. Tütün epidemisinde etken olan tütün ve konakçı olan sigara içiciler suçlu olarak, pasif içiciler ise kurban olarak ele alınmaktadır. Aslında tütün salgını, tütün endüstrisi salgınıdır. Endüstri tarafından tütün ve ürünleri çok miktarda üretilmekte, konakçının üretilen tütünü içmesi şiddetle teşvik edilmekte ve toplumsal kontrol önlemleri çevresel vektör olan tütün endüstrisi tarafından şiddetle engellenmektedir. Ortamda tütün endüstrisi yoksa tütün epidemisi ya da pandemisi oluşmaz (7).

Lopez ve arkadaşları 1994 yılında, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Avusturya gibi gelişmiş ülkelerde tütün salgınının son yüzyılda dört evreden geçtiğini öne sürmüştür. Bugün dördüncü evrede olan ülkeler yıllar önce birinci evreyi yaşamıştır. Son yüzyıldaki tütün salgını evreleri Şekil 7'de açıklamalarıyla birlikte sunulmuştur (73,74). Birinci evrede tütün kullanım prevalansı 1900'lü yıllardan itibaren hızla artmaya başlamıştır. Prevalans, erkeklerde 1950 yılında pik yapmış, kadınlarda erkekleri takiben iki dekat sonra erkekler kadar yüksek olmayan bir pik oluşmuş, 1960-1970 yılları arasında ise sigara içenlerin çoğu sigara içmeyi bırakmaya başlamıştır. Tütün kullanımı pikinden yaklaşık otuz yıl sonra 1980 yıllarında erkeklerde tütün kullanımına bağlı ölümlerde artış başlamış, kadınlarda ise bu dönemde sigara bırakma eğiliminde artış başlamıştır (7).



Şekil 7: Dünyada tütün salgını evreleri

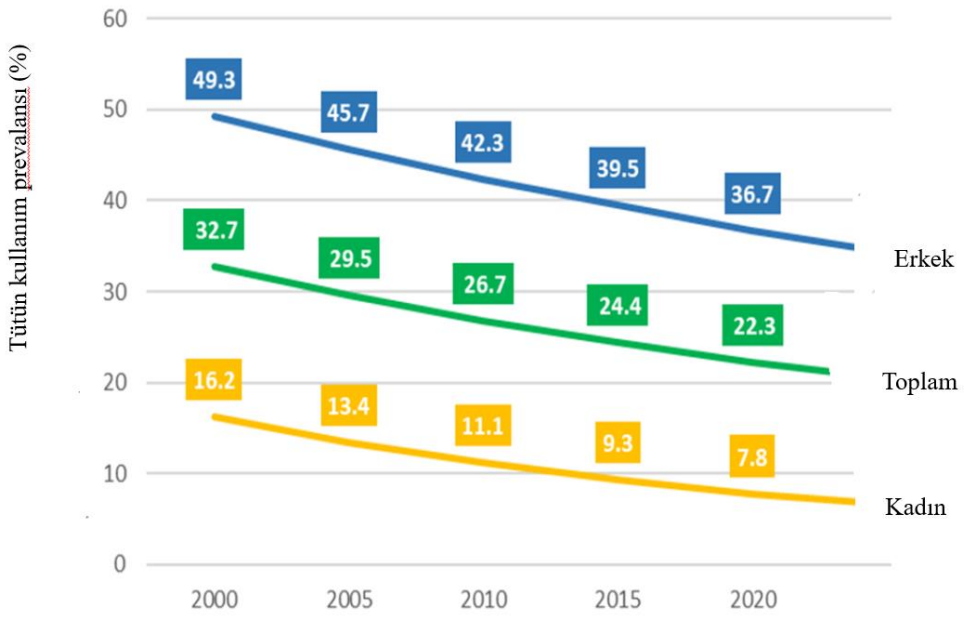
Birinci Evre: Bu evre toplumda tütün kullanım prevalansının düşük düzeyde olduğu, zaman içinde artmasının beklendiği evredir. Bu evrede kadınlarda sigara içme çok düşük düzeydedir, prevalans artışı önce erkeklerde gözlenecektir (7,14,73).

İkinci Evre: Bu evre tütün kullanım prevalansında hızlı bir artışın yaşandığı evredir. Hızlı prevalans artışı temel olarak erkekler arasında yaşanmıştır. Kadınlar arasında da sigara içme prevalansı artmaya başlamıştır. Bu evrede tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının düzeyi de artmıştır (7,14,73).

Üçüncü Evre: Bu evre tütün kullanımına bağlı sağlık sorunlarının çok yüksek düzeyde görüldüğü evre olup evrenin sonunda sigara içme prevalansında azalma başlamıştır. Sigara içme prevalansındaki azalma önce erkeklerde daha sonra kadınlarda gözlenmektedir. Bu dönemde sigaraya bağlı ölümler tüm ölümlerin %10-30'unu oluşturmaktadır. Ölümler esas olarak erkeklerde hızla bir artış göstermiştir. Bu evrede sigaraya bağlı ölümlerin dörtte üçü

erkekler arasındadır. Kadınlarda ise sigaraya bağlı ölümlerde artma başlangıç aşamasındadır (7,14,73).

Dördüncü Evre: Tütün salgınının son evresidir. Bu evrede hem erkeklerde hem de kadınlarda tütün kullanım prevalansı azalmıştır. Sigaraya bağlı ölümler erkeklerde en yüksek düzeye ulaşmış ve azalma eğilimine girmiştir. Kadınlarda ise sigaraya bağlı ölümler %20-25 oranında artmıştır. Gelişmiş ülkeler bugün, hem erkek hem kadınlarda sigara içme prevalanslarının azaldığı dördüncü evrededirler (7,14,73,75).



Şekil 8**:** Dünya'da 15 yaş ve üzeri yetişkin nüfusta son yirmi yıldaki tütün kullanım prevalansları (4)**.**

Şekil 8'de görüldüğü gibi dünya genelinde tütün kullanım prevalansları düşme eğilimindedir. Şekil 8'de görüldüğü gibi dünyada 15 yaş üzeri nüfusun 2000 yılında %32.7'si tütün kullanırken bu prevalans 2020 yılında %22.3'e düşmüştür. 2020 yılında erkeklerin %36.7'sinin, kadınların ise %7.8'inin tütün kullandığı saptanmıştır. Prevalanslar böyle devam ederse 2025 yılında toplam nüfusun %20.4'ünün tütün kullanacağı kestirilmektedir. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS çalışmasında 15 yaş üzeri katılımcılarda en düşük ve en yüksek olmak üzere halen tütün kullanımı, halen sigara içme ve her gün sigara içme prevalansları sırayla %8.6-30.7, %12.9-

30.0, %18.1-20.0 arasında değişmektedir (76–94). Bazı gelişmiş ülkelerde sigara içme prevalansları daha düşüktür, 2016 yılında Kanada %14.3, Yeni Zelanda %16.0, İsveç %18.9, Norveç %20.2, Finlandiya %20.5'tir (95). Çin, Hindistan ve Endonezya tütün kullanım prevalansları en yüksek ülkelerdir. Çin dünyadaki tütünün üçte birini üretmekte ve dünyadaki tüm sigaraların %30'unu tüketmektedir (96,97). Tütün kullanım prevalansı Avrupa'da 2019 yılında Rusya Federasyonunda %60, İzlanda'da ise %14 saptanmıştır (19).

Dünyada dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı 2020 yılında erkeklerde %8.5, kadınlarda %3.4 olmak üzere %6.0 olarak hesaplanmıştır. En yüksek dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı DSÖ'nün Güneydoğu Asya bölgesinde, en düşük kullanım ise Batı Pasifik bölgesinde saptanmıştır. Dünyada adolesan grupta (13-15 yaş) dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı erkeklerde %3.2, kadınlarda %1.9 olmak üzere %2.6 olarak saptanmıştır. Adolesan grupta en çok kullanım Doğu Akdeniz bölgesinde gözlenmiştir.

Elektronik sigara 18 yaş üzerinde en yüksek düzeyde İzlanda'da (%8.0) bildirilmiştir. Romanya'da ise 15 yaş üzerinde kullanım bildirilmemiştir. Adolesanlarda (15-16 yaş) elektronik sigaranın en çok kullanıldığı ülkeler Monaco, Litvanya ve Polonya olarak saptanmıştır (%30.0-%40.0). Bu yaş grubunda en düşük elektronik sigara içme Vietnam, Çin ve Kırgızistan'da saptanmıştır (%2.6-%2.8) (4).

2.2.2. Tütün kullanımıyla ilişkili faktörler

Tütün kullanımıyla ilişkili faktörlerin saptanması kontrol mücadelesinde yol gösterici olmaktadır.

Cinsiyet: Tüm dünyada sigara tüketimi erkeklerde daha yüksektir. Erkeklerde 2000 yılında tütün kullanımı kadınların 3 katı iken, 2020 yılında 4 katına çıkmıştır (4).

Yaş: Dünyada en çok tütün ve ürünü kullanan yaş grubu erkeklerde 45-54, kadınlarda 55-64 olarak tespit edilmiştir. Genç insanlar (15-24) arasındaki tütün kullanımı 2000 yılında %20.8 iken 2020 yılında %19.2'ye düşmüştür. 2020 yılında 15-24 yaş erkeklerde tütün kullanımı %23.3, kadınlarda %4.4 olarak tespit edilmiştir (4).

Araştırmalar sigara içenlerin %90.0'ının 15-25 yaş arasında sigaraya başladığını bildirmektedir (98). Türkiye 2016 KYTA araştırmasında sigaraya başlama yaşı tüm katılımcılarda 17.0, erkeklerde 16.7, kadınlarda 17.7'dir (89).

Coğrafi dağılım: 2020 yılında tütün kullanımı en yüksek Güney Doğu Asya bölgesinde, en düşük Afrika bölgesinde saptanmıştır. Avrupa bölgesinde 15 yaş üzeri

kadınlarda sigara içme prevalansı diğer DSÖ bölgelerine kıyasla en yüksek düzeydedir (%18.0). Kadınlar arasında en az sigara içilen DSÖ bölgeleri Afrika, Orta Doğu ve Batı Pasifik bölgeleridir (%3.0-%4.0) (4).

Sosyoekonomik düzey: Uluslararası düzeyde, sigara içme prevalansları özellikle uzun işsizler, evsizler, ruhsal sorunları olanlar, mahpuslar, göçmenler ve etnik azınlıklar arasında yüksektir. Bunların hepsi sosyoekonomik dezavantajlı gruplardır. ABD'de yoksulluk sınırının altındakilerin, işsizlerin ve sağlıkta güvencesi olmayanların daha fazla sigara içtiği saptanmıştır. Bu grupların sosyal destek eksikliği nedeniyle sigara bırakma hizmetlerinden de yararlanamadığı belirtilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bile düşük sosyoekonomik düzeyde olanların daha yüksek düzeyde tütün ürünü kullandığı belirlenmiştir (99). Çoğu ülkede, sigara içme prevalansı ile eğitim düzeyi düşüklüğü, yoksulluk, stres, ruhsal sorunlar, alkol ve madde kullanımı arasında güçlü ilişki gözlenmiştir (100).

İş stresi gibi faktörlerin sigara içme ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Sigara bırakma ile ilgili yürütülen çok uluslu bir çalışmada, lise ve daha düşük düzeyde eğitim almış ve yıllık geliri 30.000 dolar civarında olan çalışanların eğitim düzeyi daha yüksek ve yıllık geliri 70.000 dolar olanlara kıyasla sigarayı bırakma girişimlerinin ve sigarayı bırakma girişiminde başarılı olma düzeylerinin daha düşük bulunmuştur (101).

Tütün şirketlerinin tütün kullanımında sosyoekonomik farklılıkların etkili olduğunun farkında oldukları ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlara yönelik fiyat indirimi gibi pazarlama taktikleri uyguladıkları bilinmektedir. Tütün şirketlerinin, çeşitli sponsorluklar, satış noktasında reklam, promosyon ile birlikte işçi sendikalarına finansal destek sağlamak gibi yöntemlerle satışlarını artırdıkları literatürde belirtilmektedir (99).

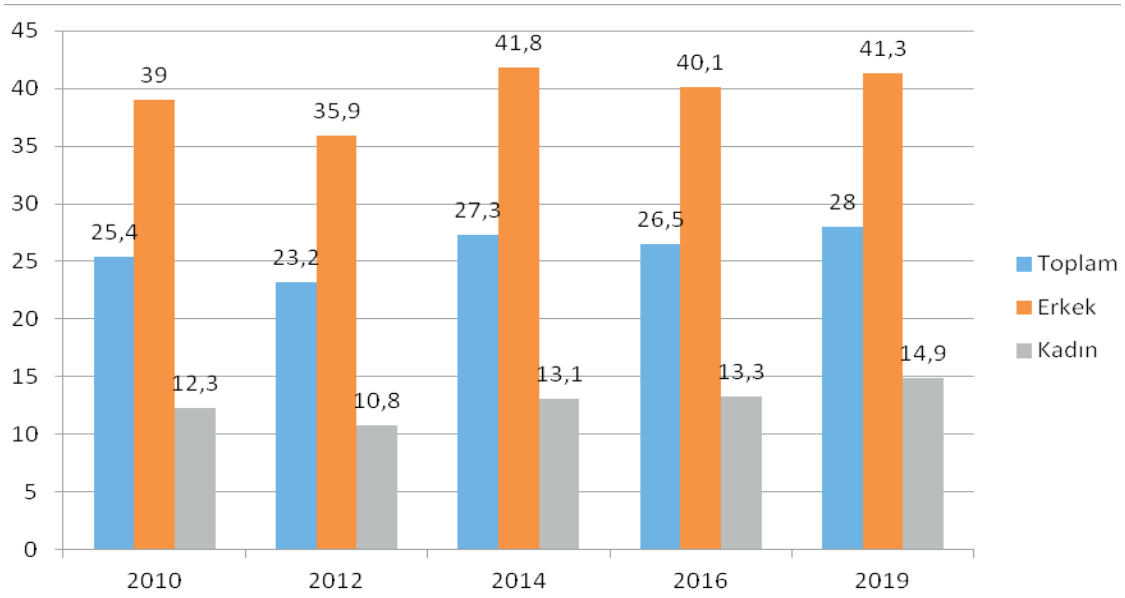
Batı toplumlarında sigarayı ilk kez denemede etkili faktörler, sigara içen arkadaş veya ebeveyne sahip olmak, düşük sosyoekonomik düzey, ırk/etnisite, ruh sağlığı sorunlarına eğilim ve dürtüsellik olarak belirlenmiştir. Ailede sigara içilmemesi, aile bağlarının güçlü olması sigaraya başlamayı önleyici önemli faktör olarak vurgulanmaktadır. İlk kez denemeden sonra düzenli sigara içmeye geçişle ilişkili faktörler, sigara içen arkadaşlara sahip olmak, düşük akademik başarı, ebeveyn ilgisizliği, alkol kullanımı ve düşük sosyoekonomik düzey olarak sıralanmaktadır (100,102).

Medeni durum: Evliler daha az sigara içmektedir. Bu durum evlilerin sosyal desteklerinin, sorunlarla başa çıkma kaynaklarının daha iyi olmasıyla açıklanmaktadır (103). Birleşik Krallık'ta 2.426.370 kişiye sigara içme prevalansı ve ilişkili faktörleri saptamaya yönelik çevrim içi yapılan çalışmada, sigara içmenin toplum desteğinin az olduğu, arabaya erişimi olmayan, düşük akademik başarı, yüksek TV izleme davranışına sahip ve tek ebeveynli ailelerde yüksek, evlilerde düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar sigarayı bırakmanın evlilerde daha yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir (104).

2.2.3. Türkiye'de tütün kullanım epidemiyolojisi

Türkiye'de halen 19.2 milyon kişi tütün ürünü, 18 milyon dolayında kişi her gün tütün ürünü kullanmaktadır. Bu sayılarla Türkiye tütün kullanımında dünyada en çok sigara içen ilk on ülke arasında yer almaktadır. Ortalama günlük içilen sigara sayısı 18 olarak bildirilmiştir. Türkiye 2016 KYTA çalışmasında halen tütün kullanım prevalansı %31.6, her gün sigara içme prevalansı %29.5 saptanmıştır. Erkeklerde her gün sigara içme prevalansı %41.8, kadınlarda %17.4'tür (18,76).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı araştırma sonuçlarına göre, 2010 ve 2019 yılları arasındaki dönemde, 15 yaş üzeri yetişkinlerde her gün tütün kullanım sıklığı %25.4'ten %28.0'a çıkmıştır (Şekil 9). Bu sıklık erkeklerde %39.0'dan %41.3'e, kadınlarda %12.3'ten %14.9'a kadar yükselmiştir. Tütün ürünleri kullanım sıklığı 2010 yılında %25.4 iken 2012 yılında %23.2'ye düşmüştür. Dünya genelinde tütün kullanım sıklığında 2000 yılından itibaren hem erkeklerde hem de kadınlarda kararlı bir azalma olurken Türkiye'de 2012 yılına kadar olan dönemde sigara içme sıklığında azalma, sonraki yıllarda ise artış olduğu saptanmıştır. Türkiye'de son yıllardaki artış dikkat çekici olarak daha çok kadınlar arasında olmuştur (64,105,106).



Şekil 9: Her gün tütün kullanan bireylerin yıllara ve cinsiyete göre dağılımı, Türkiye (105)

Türkiye'de her yıl 100 bin kişi tütün ve tütün ürünleri kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu sayı ülkedeki yıllık ölümlerin yaklaşık %41.6'sını oluşturmaktadır (107).

TÜİK 2016 verilerine göre Türkiye'de sigaraya başlamada en çok belirtilen nedenler sırasıyla özenti, arkadaş etkisi, merak, kişisel sorunlar, ailevi sorunlar ve eğlence amaçlı kullanım olarak belirlenmiştir (107).

2.3. Tütün kullanımının sağlık ve sosyoekonomik zararları

Tütün, 16-19 yüzyıl aralığında ön planda tıbbi amaçlarla kullanılmıştır. Ancak daha sonra zararlı etkileri olduğu anlaşılmıştır. Londra'da 1601 yılında "Baca-Süpürücüler için Çalışmak" adlı broşürde tütün bir zehir olarak tanımlanmış, tütünün erkeklerin spermlerini azalttığı ve hamile kadınların tütünden uzak durması gerektiğinden bahsedilmiştir (108,109). İngiltere Kralı I. James, tütün kullanımının göz, burun, beyin ve akciğerlere zarar verdiğine dair bir yazı yayınlamıştır. Daha sonra 1761 yılında bir İngiliz hekim, Dr. John Hill "Enfiyenin Ölçüsüz Kullanımına Karşı Uyarılar" adlı yazısında enfiye şeklinde tütün kullanan kişilerin burnunda ülserli kanserler olduğunu rapor etmiştir (74,110).

2.3.1. Aktif sigara içiciliğinin zararları

Sigara içme ile akciğer kanserinin ilişkilendirilmesi gözlemsel analitik araştırmalarla başlamıştır. İngiliz bir doktor olan Austin Bredford Hill 1951 yılında akciğer kanserlerini araştırmak için görevlendirilmiştir. Meslektaşı Dr.Richard Doll ile birlikte bir vaka kontrol çalışması düzenleyerek akciğer kanseri olanların geçmişte ortak olarak neye maruz kalmış olduklarını saptamaya çalışmış ve ortak maruziyetin sigara içme olduğunu göstermiştir. Ancak tıp dünyası bu sonuca güvenmemiştir. Bunun üzerine Hill ve Doll, sigara içme ve akciğer kanseri arasındaki ilişkinin doğruluğunu göstermek amacıyla 1964 yılında bir kohort araştırması planlamıştır. Sigara içen ve içmeyen doktorları on iki yıl süreyle izlemişler ve sigara içenlerde daha yüksek akciğer kanseri insidansı saptamışlardır. Sigara içme, akciğer kanserinin önde gelen bir nedenidir sonucuna varmışlardır (12). Hill'in emekli olmasından sonra Dr. Richard Doll tarafından doktorları kapsayan kohort araştırması 2001 yılına kadar sürdürülmüş, İngiltere'de 35 bin erkek doktorun izlenerek yürütüldüğü araştırmada ara raporlar on yıl aralıklarla sunulmuştur. Akciğer kanserine yakalanma ve akciğer kanseri nedeni ile ölme olasılığı, sigara içen doktorlar arasında sigara içmeyen doktorlara kıyasla doza bağlı olmak üzere 7–25 kat fazla bulunmuştur. Grubun elli yıl izlenmesi sonucunda yayınlanan son raporda sigara içenlerin en az yarısının sigaraya bağlı bir nedenle öldüğü bilgisi ortaya konmuştur. Hammond ve Horn tarafından ABD'de yapılan, 50-69 yaşlarında 200 bine yakın kişinin 4 yıl izlenmesi sonucunda sigara içenler arasında akciğer kanseri nedeni ile ölümler, sigara içmeyenlere göre 6–22 kat fazla bulunmuştur (11,28,111).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (IARC) 1986 ve 2002 yılı raporlarında tütün içimi ve dumanına maruziyet Grup 1 karsinojen olarak sınıflanmıştır (7). Sigaradaki nikotin alkaloidi tek başına karsinojen değildir. Ana akım sigara dumanı, içinde 10^{10} partikül/ml içeren bir aerosoldür. Ana akım dumanının %95'i azot, oksijen ve karbondioksitten oluşan gaz yapısındadır. Tütün dumanındaki, Poliaromatik hidrokarbonlar (PAH), nitrözamin ve alfa dalgası salınımı yapan polonyum 210 biyolojik olarak tehlikeli bileşiklerdir. Tütün dumanındaki kanserojenler DNA ile etkileşime girerek DNA hasarına sebep olmaktadır. Hasarlanmış olan DNA, apopitozis ve Tumor Supresor Geni inhibe edip onkogenleri aktive ederek akciğer kanserine sebep olmaktadır. Farelerde yapılan deneylerde tütün dumanındaki poliaromatik hidrokarbonlar, benzopiren ve tütüne özgü 4-nitrozamin-1-(3-piridil)-1-butanolün akciğer kanserine sebep olduğu saptanmıştır (112,113).

Sigara dumanın aktif ya da pasif olarak solunması vücutta hem lokal hem de sistemik inflamasyon meydana getirir. Damar duvarında artan lökositler endotel hasarı ve disfonksiyonuna sebep olarak ateroskleroz gelişmesine sebep olur. Damar duvarında meydana gelen hasar kalp-damar hastalığı gelişim riskini 2-4 kat, periferik damar hastalığı riskini 10 kat, inme riskini 2 kat artırmaktadır (114–116). Tütün kullanımının kalp hastalığına neden olduğu 1964 ve 1967 ABD Halk Sağlığı Servisi raporlarında yer almıştır. 1940'lı yıllarda başlayan Framingham Kalp Çalışması ile kardiyovasküler hastalıklar için yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterolü, sigara, obezite, diyabet ve fiziksel aktivite azlığı gibi birçok risk faktörü belirlenmiştir (117).

Sigara içme tüm dünyada akciğer kanserlerinin %95'inden, KOAH etiyolojisinin %40-70'inden, kalp-damar hastalıklarının ise %10'nundan sorumludur. Tüm dünyada erkek ölümlerinin %12'sinden, kadın ölümlerinin %6'sından tütün kullanımı sorumludur (7,26,118).

Tablo ii'de tütün kullanımının ve dumanına maruziyetinin neden olduğu hastalıklar sistemlere göre sunulmuştur:

Tablo ii: Tütün kullanımının ve dumanına maruziyetin sebep olduğu hastalıklar

<table>
<tr>
<td>Kardiyovasküler sistem
Koroner Arter Hastalığı
Periferal Vasküler Hastalık
Serebro Vasküler Hastalık
Aort anevrizması
Kalp kası dejenerasyonu
Ateroskleroz
Trombozis
Makro – mikrovasküler komplikasyon</td>
<td>Solunum sistemi
KOAH
Pnömoni
Solunum yolu enfeksiyonu
Rinosinüzit, larinks ödemi
Astım
Asbest
Spontan Pnömotoraks
İntertisyel Akciğer hastalığı</td>
</tr>
<tr>
<td rowspan="2">Kanserler
Akciğer kanseri
Oral kavite, nazofarinks, orofarinks kanseri
Larinks kanseri
Sinüs kanseri
Özefagus kanseri
Mesane kanseri
Böbrek kanseri
Üreter kanseri
Servix kanseri
Over kanseri
Mide kanseri
Pankreas kanseri
Primeri bilinmeyen tümör
Lösemi
Karaciğer kanseri
Böbrek kanseri
Meme kanseri</td>
<td>Üreme Sistemi
Kısırlık
Erken doğum
Ölü doğum
Düşük doğum ağırlığı
Prematür ejakülasyon
Erektil disfonksiyon</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer
Mide ve duodenal ülser
Osteoporoz
Femur fraktürü
Ani bebek ölümü
Çocuklarda hepatoblastom,
Orta kulak iltihabı
Beyin kanaması
Diş kaybı, diş eti hastalıkları</td>
</tr>
</table>

2.3.2. Pasif içicilik ve zararları

Pasif içicilik ikinci el dumanı ve üçüncü el dumanı olarak iki kısımda ele alınmaktadır.

2.3.2.1. İkinci el sigara dumanı ve zararları

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı tarafından 1972 yılında istemsiz sigara içme ya da pasif içicilik olumsuz sağlık sonuçlarına neden olan bir risk faktörü olarak tanımlanmış, 1986 yılında hangi sağlık sorunlarına neden olduğu açıklanmıştır (119). İkinci el sigara dumanı ya da çevresel tütün dumanı, dünya çapında yılda 1.2 milyondan fazla erken ölüm, inme, ciddi kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıklarına neden olmaktadır.

Çevresel tütün dumanına 30 dakika maruz kalmak, uzun süreli sigara içenlerde görülen fiziksel etkileri oluşturup sigara içmeyenlerde de kalp hastalığı riskini arttırmaktadır. İkinci el sigara dumanı bebeklerde prematür doğum ve ölüme, düşük doğum ağırlığına, ani bebek ölümü sendromuna, gebelerde spontan abortus, ölü doğum ve komplikasyonlara yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarla ebeveynleri sigara içen çocuklarda alt solunum yolu hastalıklarının, özellikle astımın arttığı gösterilmiştir. IARC tarafından 2009'da ebeveynlerin sigara içmesinin çocuklarda hepatoblastom riskini artırdığı rapor edilmiştir (63,89,107,109,120,121). Pasif etkilenimi önlemek amacıyla 18 yaş altı çocuk ve gebelerin bulunduğu ev ve özel araçlarda tütün ürünü kullanımının önlenmesine yönelik yasal düzenlemeler yapılması düşünülmektedir (9).

Türkiye'de 1996 yılında toplu ulaşım araçlarında sigara içme yasaklanmıştır. Bugünün gençleri toplu taşıma araçlarında sigara içildiği dönemi bilmemekte, içilmemesini normal durum olarak algılamaktadırlar. Bu durum yasanın sağladığı destektir ve yasanın başarısını göstermektedir (81). Temmuz 2009'da, Türkiye'de 5727 sayılı yasa kapsamında özel ikamet konutları dışındaki tüm kapalı ortamlarda pasif sigara dumanından korunulması amacıyla sigara içme yasağı uygulaması başlamıştır. Yasağa uyulup uyulmadığını denetlemek amacıyla sağlık personeli, emniyet personeli, milli eğitim personeli, belediye zabıtası, kolluk kuvvetleri ve diğer kamu kurumları personelinden oluşan il denetim ekipleri oluşturulmuştur. Ancak yasağın uygulanmaya başlamasından sonra yapılan araştırmalar hala ikinci el sigara dumanına maruz kalındığını göstermiştir (98). Türkiye 2016 KYTA'da, yetişkinlerin %26.7'sinin evde, %28.0'ının kafelerde, %12.7'sinin restoranlarda, kapalı ortamlarda çalışanların %10.6'sının işyerinde tütün dumanına maruz kaldığı saptanmıştır. İkinci el sigara dumanına evde maruz kalma erkeklerde %27.4, kadınlarda %25.9'dur. İkinci el sigara dumanına iş yerinde maruz kalma erkeklerde %12.2, kadınlarda %5.7 olarak bildirilmiştir (89,122).

Türkiye 2016 KYTA bulgularına göre ikinci el sigara dumanının sigara içmeyenlerde ciddi hastalıklara sebep olduğuna tüm katılımcıların %83.3'ü, sigara içenlerin %83.4'ü, içmeyenlerin %83.2'si inanmaktadır. Aynı araştırmaya göre, ikinci el sigara dumanının çocuklarda ciddi akciğer hastalıklarına sebep olduğuna tüm katılımcıların %95.4'ü, sigara içenlerin %94.9'u, içmeyenlerin %95.7'si inanmaktadır (89).

2.3.2.2. Üçüncü el sigara dumanı ve zararları

Üçüncü el sigara dumanı nispeten yeni bir tanımdır. Üçüncü el dumana maruz kalma, çevresel tütün dumanının uzun süre saç, elbise, halı, mobilya gibi yüzeylerde birikmesi, biriken dumandaki bileşenlerin okside olması ve yeni metabolitlerin oluşması, oluşan yeni bileşiklerin partikül madde olarak inhale edilmesi şeklinde olmaktadır. Üçüncü el dumana maruz kalma soluma yanında yutma veya deri yoluyla da olabilmektedir. Maruz kalma genellikle yeniden havalanan partiküllerin yutulması veya solunması şeklindedir. Üçüncü el duman oksidanlarla reaksiyona girerek kanserojenlerin oluşmasına neden olmaktadır (9,91,123).

Bebek ve çocuklar evde daha çok vakit geçirdikleri, gelişim basamaklarına göre eşyaları ağızlarıyla keşfettikleri için üçüncü el sigara dumanına daha çok maruz kalmaktadırlar. Drehmer ve arkadaşları, 2017 yılında yaptıkları çalışmada çocukların vücudunda erişkinlere oranla üçüncü el sigara dumanına ait kimyasalları daha yüksek konsantrasyonda tespit etmiş ve bu kimyasalların DNA'ya zarar verdiğini belirtmişlerdir (7,124). Pasif etkilenim, kan, idrar, tükürük ve diğer dokularda kotinin düzeyi ya da ortam havasındaki partikül ölçümü ile de gösterilebilmektedir.

2.3.3.Tütünün ekonomik zararları

Tütün kullanımı sağlık zararları yanında, sosyal ve ekonomik zararlara neden olmaktadır. Dünya bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. ABD'de sigara içmeye bağlı gelişen hastalıkların oluşturduğu maliyetin toplam sağlık harcamaları içerisindeki yeri %6 olarak hesaplanmıştır. Sigaranın Türkiye'de yıllık 8-10 milyar dolar civarında ekonomik kayba neden olduğu tahmin edilmektedir (10,125,126).

Türkiye 2016 KYTA araştırmasına aylık sigara için harcanan para 269.4 TL'dir (89).

Her insan bir değerdir ve iyi yetişmiş bireyler toplumların sosyal sermayesidir. Erken ölüm, kronik hastalık ve sakatlıklar iş gücü kaybı ve ekonomik kayıptır. DSÖ verilerine göre dünyada tütün kullanımı nedeniyle her yıl 8 milyondan fazla insan hayatını kaybetmektedir ve hayatını kaybedenlerin yaklaşık 1.3 milyonunu, tütün ürünü kullanmadığı halde tütün dumanına maruz kalanlar oluşturmaktadır. Tütünle ilişkili ölümlerin çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Bunun nedeni bu ülkelerin yoğun bir şekilde tütün endüstrisinin etkisi altında olmasıdır (5). Yapılan bir sistematik analiz sonucuna göre,

dünyada spesifik olarak tütün kullanımı, tüm ölümlerinin %13.6'sını ve tüm DALY'lerin %7.89'unu oluşturmaktadır. Tütün kullanımı, 7.69 milyon kişinin ölümüne ve 200 milyon DALY'ye (Erken ölüm ve sakatlıkla kaybolan yıl sayısı) yol açmıştır (127). Türkiye Ulusal Hastalık Yükü 2010 araştırmasında toplam hastalık yükünün (DALY) %12'si tek başına sigara içmeye atfedilmiştir (128).

2.4. Tütün kontrolü

Bulaşıcı olmayan hastalıklara, sakatlık ve erken ölüme neden olan risk faktörleriyle mücadele etmek halk sağlığı esas görevlerindendir. Bu risk faktörlerinin başında gelen tütün salgınını sonlandırma çalışmalarında başlangıçtan bugüne önemli aşamalar kaydedilmiştir. Bu aşamaların en önemlilerinden biri 191 ülke tarafından kabul edilmiş olan TKÇS'dir. Yeni Zelanda 2025 yılına kadar tamamen dumansız ve sigarasız bir Yeni Zelanda politikası yürütmektedir. Finlandiya tütün kullanımını sona erdirmeyi planlamaktadır, Bhutan tütün satışının tamamen ortadan kaldıracak yasalar yapmaktadır. Dünyada gelişmiş ve güçlü siyasi kararlılık gösteren ülkeler başarıya yaklaşmakta ve diğer ülkelere örnek olmaktadır. Tütün kontrolü uluslararası düzeyde ve tüm paydaşlarla başarılabilecek bir mücadeledir (7).

2.4.1. Tarihçe

İngiltere ve ABD'de sigaranın zararları hakkında 1950 yılından itibaren yapılan araştırmalar ve elde edilen bilimsel bilgiler, tütün epidemisinin durdurulması ve tütün kullanımının kontrol edilmesi gerektiği düşüncesini ortaya çıkarmıştır. DSÖ ve gönüllü kuruluşlar, 1970'li yıllardan itibaren hükümetleri tütün karşıtı aktivitelere yöneltmeye başlamıştır. 1971 yılında "tütün sağlığa zararlıdır" cümlesinin sigara paketleri üzerinde yer alması önerilmiştir. Fransa 1972 yılında tütün reklamlarını yasaklayan ilk yasayı çıkarmıştır. DSÖ, 1976 yılında tütün kontrolünde yasal düzenlemeler başlıklı araştırmayı yayımlamış, 1978 yılında tütünden alınan vergiyi artırma, tütün reklam ve promosyonunu kısıtlama ve tütün yerine alternatif tarım ürünü geliştirmeyi önermiştir. DSÖ 1986 yılında daha geniş bir halk sağlığı yaklaşımı benimsenmiş, çocuk sağlığını korumak, çocuk ve gençlerin bağımlılar haline gelmesini önlemek, sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşlarında sigara içmesini önlemek, sigaranın zararlarıyla ilgili halk eğitimi yapmak, toplumda tütün kullanımı gözetimi yapmak gibi önlemler almıştır. Farkındalık yaratmak amacıyla 1987 yılında 31 Mayıs gününü tütün bırakma günü olarak ilan etmiştir. DSÖ, 1990 yılından itibaren pasif içiciliği önleme amacıyla toplu taşıma araçlarında tütün kullanımına yasak getirilmesini

ülkelere önermiştir. Bu yasal düzenlemeler, 1989 yılından beri sigara şirketleri tarafından özgürlüklerin kısıtlanması, ticari girişim hakkının, kişisel seçim hakkının (Sigara içmek ya da içmemek) ve basın özgürlüğünün (Reklam yasağı) kısıtlanması olarak protesto edilmiştir. Hükümetlerin insan haklarına ve özgürlüğüne müdahale ettiği, aslında hükümetlerin amacının tütün şirketlerinden yüksek vergi almak olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Buna rağmen tütün endüstrisi varlığını sürdürebilmek için hükümetlerle uzlaşmayı kabul etmiş, bazı reklamları sonlandırmış, paketlere uyarı yazıları yazmayı kabul etmiştir. İlk yasal düzenlemeler tütün reklam yasağı, 16 yaşından küçüklere sigara satma yasağı, indirimli tütün ürünü satışı yasağı olarak çeşitli ülkelerde başlamış, 1990 yılında Yeni Zelanda toplu taşıma araçlarında tütün kullanma yasağını kabul etmiştir (7,9).

Kanada 2001 yılında, resimli uyarıları sigara paketleri üzerinde ilk kez kullanan ülke olmuştur. DSÖ tarafından 1999 yılından beri üzerinde çalışılan Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) 2003 yılında tütün salgınını kontrol etmek ve halkın sağlığını korumak amacıyla kabul edilen ilk uluslararası anlaşmadır. 2018 yılı itibarıyla 181 ülke tarafından imzalanmıştır (129). Avrupa'da Lihtenştayn, Monako ve İsviçre TKÇS'Yİ imzalamayan üç ülkedir (19). TKÇS'nin 5. yılında DSÖ, acımasız ve güçlü tütün endüstrisinin karşısında TKÇS ile artık halkın ve kamunun da güçlendiğini açıklamıştır. Tütün epidemisinde tütün endüstrisinin çevresel vektör konumda olduğunu ve tütün kontrolünde tütün endüstrisinin kontrol altına alınması gerektiğini deklare etmiştir. Sigara içenlerin sigarayı bırakması, içmeyenlerin, özellikle kadın ve çocukların içmeye başlamaması tütün endüstrisine karşı eylemlerdir. Tütün endüstrisi etkili kurallarla kontrol altına alınmadıkça, farkındalık yaratmada önemi olan sigara bırakma kampanyalarının halk sağlığını korumada etkisinin sınırlı olacağı dile getirilmiştir.

Tütün endüstrisini kontrol etmede başarı kriterleri belirlenmiştir. Bunlar; toplumda sigarayı bırakanların oranının artması, bırakanlarda daha az relaps görülmesi ve daha az sigara satın alınmasıdır. Bu anlamda toplumda etkili olabilecek altı tütün kontrol yöntemi 2008 yılında DSÖ tarafından MPOWER başlığı altında hükümetlerin uygulaması için önerilmiştir (7,14,126,129). Bu altı yöntem aşağıda özetlenmiştir.

1. M-Monitor (Takip et): Tütün kullanımı ve koruyucu uygulamaları izlemek

Toplumlarda tütün kullanımını ve tütün kontrolü için yapılanları uygun yöntemlerle izlemek ve değerlendirmek her sağlık sorununda olduğu gibi sorunun boyutunu, zaman içinde nasıl bir değişim gösterdiğini, hangi tütün ürünlerinin tüketildiğini, farklı gruplarda

kullanım düzeyinin nasıl dağıldığını, kullanımın nedenlerini, hangi kontrol programlarının ne düzeyde etkili olduğunu anlamak açısından önemli ve gerekli uygulamadır. İzleme, ulus içinde ve uluslararası düzeyde farklılıkları, ihtiyaçları, eşitsizlikleri ve iyi uygulamaları saptamak açısından da önemlidir. Dünyada, 2021 yılı itibarıyla 78 ülke tütün surveyansı yapmaktadır. Bu kapsamda dünyada Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) (GATS: Global Adult Tobacco Survey), Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA), STEPS (STEPwise approach to NCD risk factor surveillance) gibi epidemiyolojik araştırmalar yapılmaktadır. KYTA, 2008 yılından sonra, dünya yetişkin nüfusunun %61'ini ve dünyadaki sigara içenlerin %63'ünü kapsayan 22 ülkede yürütülmüştür. CDC, Küresel Tütün Gözetim Sistemi (GTSS) aracılığıyla izleme ve gözetim yapmaktadır. GTSS, ülkelerin tütün kontrol politikalarını tasarlama, uygulama, izleme ve değerlendirme kapasitesini izlemektedir (130).

2.P-Protect (Koru): Toplumu pasif sigara dumanı etkileniminden korumak

Tütün dumanına maruziyetin güvenli bir düzeyi yoktur, kısa süreli maruziyet bile zarar verebilir. Sigara içmeyenlerin ve içenlerin sigara dumanından korunması işyerlerinde, kamusal alanlarda, okullarda, toplu ya da özel taşıma araçlarında hatta özel konutlarda tamamen dumansız ortamlar oluşturmakla mümkündür. Kapalı alanlarda sigara içilen alanlar ya da odalar oluşturulması kapalı alanlarda sigara içme yasağını zayıflatan uygulamalar olarak değerlendirilmektedir. Tamamen dumansız ortamlar, çocuk ve gençler için sağlıklı davranışların sosyal öğrenme yoluyla öğrenildiği destekleyici çevre sağlaması açısından da önemlidir. Ayrıca, sigara içenlerin daha az sigara içmesini sağlamakta ve bırakma girişiminde bulunmasını artırmaktadır. Dumansız ortamların oluşturulması mümkün ve ucuzdur. Tütün endüstrisinin iddia ettiğinin aksine dumansız ortamlar ticari kazancı olumsuz etkilememekte, hatta turizm sektöründe konaklamada sigara yasağı uygulanan oteller tercih edilmekte ve daha fazla kazanç elde etmektedirler. Halen dünyada 67 ülkede dumansız ortamlar uygulaması başarıyla uygulanmaktadır (130).

3. O-Offer (Uygun yardım öner): **Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek**

Tütün kullananları bırakmaya teşvik etmek ve tütün bağımlılarının uygun tıbbi tedavisini yapmak yapılması önerilen yardımdır. Tütün kullanımın bırakılmasının teşviki için kişiye ve topluma yönelik olarak kullanılabilecek her tür eğitim tekniği, davranışsal tedavi yöntemleri, sigara bırakma hatları ya da poliklinikleri gibi farklı yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Bu amaçla öncelikle sağlık çalışanları danışmanlık eğitiminin nasıl verileceği konusunda eğitilmeli ve danışmanlık uygulaması yaygınlaştırılmalıdır (131).

Sigarayı bırakmanın olumlu sonuçları hızlı bir şekilde ortaya çıkar. Bir gün içinde kalp hızı, kan basıncı, kan karbonmonoksit düzeyi normale döner. Üç ay içinde dolaşım ve akciğer fonksiyonları iyileşir, bir ile dokuz ay içinde öksürük ve nefes darlığı azalır. Sigarayı bırakanlarda tütün kaynaklı hastalıklar ve ölümler azalır. On yıl içinde sigara nedenli akciğer kanseri ölümü %30-50 oranında azalır. Gerçekte sigara içenlerin %50.0'ı sigara nedeniyle ölmektedir. Bu %50.0'ın %25.0'ı ileri yaşta, %25.0'ı genç yaşta ölmektedir. Bu nedenle sigara içenlerin sigarayı bırakması daha fazla sayıda kişinin ölümünü daha hızlı bir şekilde engelleyebilmektedir (7).

Sigaranın o derece yüksek bağımlılık yapıcı etkisi vardır ki üç-dört sigara içen adolesandan dörtte biri, beş paket sigara içmiş olanların %60'ı bağımlı hale gelir. Bağımlılık, bir maddenin ruhsal, fiziksel ya da sosyal sorunlara yol açmasına rağmen, alımına devam edilmesi, bırakma isteğine karşılık bırakılamaması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması şeklinde tanımlanmaktadır. Psikoaktif ve keyif verici bir madde olan nikotinin bağımlılık yapıcı özellikte olduğunu ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı 1988 yılındaki raporunda bildirmiştir (119). Sigara içme veya dumanının inhalasyonu maruziyet süresi ile de ilişkili olarak kuvvetli psikolojik ve zayıf fiziksel bağımlılık oluşturabilmektedir. Nikotin bağımlılığından nikotinik reseptörler sorumludur. Nikotinik reseptörlerin uyarılmasıyla dopaminerjik nöronlar aktive olmakta ve dopamin düzeyi yükselmektedir. Sigara içildikten saniyeler sonra nikotin kan beyin bariyerini geçmekte ve keyif verici etkiler oluşmaya başlamaktadır. Sigara içilmesi sonlandırılınca dopamin düzeyi düşmekte ve tekrar sigara içme isteği ortaya çıkmaktadır. Kısa süren keyif verici etkinin devam etmesini sağlamak, fiziksel ve psikolojik olarak tatmin olmak için kişinin içtiği sigara sayısını sürekli artırması gerekmektedir. Başka deyişle kişide sigaraya karşı tolerans gelişmektedir. Sigara bağımlılığının belirlenmesinde yaygın olarak Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT) kullanılmaktadır. Bağımlılık tanısı koyma ve bağımlılığın derecesini belirlemede günlük tüketilen sigara sayısı ile uyandıktan sonra günün ilk sigarasının içildiği zaman önemli kriterlerdir (132–134).

Sigara bırakma yardımı olmadan içenlerin sadece %4'ü kendi kendine bırakabilmektedir. Etkisi kanıtlanmış ilaçlar ve profesyonel destekle içenlerin bırakma olasılığının iki kat arttığı gösterilmiştir. Sağlık kuruluşlarında hekimlerin önermesi, telefonla aralıklı araması, ücretsiz telefon hatlarıyla destek olma ve hatta son yıllarda telefon mesajları ile bırakmanın faydalarına yönelik mesaj göndermenin bırakmada etkili olduğu belirtilmektedir.

Farmakoterapide nikotin replasman tedavisi (Nikotin bandı, sakızı, pastili, inhaler şeklinde), Bupropion ve Vareniklin kullanılmaktadır. İlaç olarak tek bir tip nikotin replasman tedavisiyle bırakma hızı %6'ya çıkmaktadır (135).

Dünyada halen 16 ülke kapsamlı sigara bırakma danışmanlığı vermektedir. Bunların çoğu yüksek gelirli ülkelerdir. Sigara bırakma danışmanlığı, sigara içen veya henüz bırakmış olan kişilerin bırakmayı sürdürmesi için davranışsal teknikler ve/veya farmakoterapi uygulanarak sigara içmeyi bırakmalarını ve bu durumu devam ettirmelerini sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetidir. Kapsamlı sigara danışmanlığı davranışsal tedavi yöntemleri yanında sigara bırakma hatlarının kullanılması ve medikal ilaçların sosyal güvence kapsamında olması ya da ücretsiz verilmesini ifade etmektedir (7,130). Sigara içen bir kişinin herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvurması sigara bırakma danışmanlığı için bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Başvuran kişi hasta ya da sağlam olsun sigara içip içmediği sorulmalı ve kaydedilmelidir. Sorgulama birinci, ikinci, üçüncü basamak, kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında, hekim, hemşire, diş hekimi, eczacı dahil tüm disiplinlerden sağlıkçılar tarafından yapılmalıdır. Başvuranlardan sigara içmeyenler tebrik edilmeli, sigara içenlere ise etkili bir şekilde bırakması önerilmeli, sigarayı bırakma düşüncesi değerlendirilmeli ve eğer bırakmayı isterse kendisine bırakması için yardım edilebileceği bildirilmeli, bırakma planı kişiyle birlikte oluşturulmalıdır. Sigara içtiği halde bırakmayı düşünmeyenler herhangi bir hastalıkları olmasa bile neden bırakmaları gerektiği konusunda proaktif olarak eğitilmeli, hatta ara sıra telefonla aranarak bırakması hatırlatılmalı, bırakmaya teşvik edilmelidir. Hasta olan sigara içiciler ise kesinlikle bırakmaya yönlendirilmelidir. Tütün kullanıcıları temel olarak bırakmak isteyenler, bırakmak istemeyenler ve yakın zamanda bırakmış olanlar şeklinde üç gruba ayrılmaktadır. CDC'nin 2015-2018 yılları arasındaki verilerine göre, sigara içen yetişkinlerin çoğu (%68.0, 22.7 milyon içici) sigarayı bırakmak istemekte, %55.1'i (21.5 milyon) yıl içinde bırakmayı denemekte, %57.2'si (18.8 milyon) sağlık kuruluşuna başvurduğunda bırakma tavsiyesi almaktadır (89).

Sigara bırakma danışmanlığın etkililiği, sigara içen olgunun sigara bırakma isteği bakımından doğru evrelendirilmesine bağlıdır. Sigarayı bırakmayı düşünmeyenlere verilen danışmanlık hizmetinin başarılı olmadığı belirtilmektedir (136). Prochaska ve arkadaşları tarafından tanımlanan "Transteorik Model" bireyin sigarayı bırakmaya hazır olup olmadığını belirleyen değişim aşamalarını kapsamaktadır (41,137). Sağlık çalışanlarına

yönelik olarak yeni bilgiler ışığında güncellenen sigara bırakma danışmanlığı rehberleri ve akış şemaları hazırlanmıştır. ABD'de kullanılan rehberde danışmanlık hizmeti 5Ö olarak kısaltılan "Öğren, Öner, Ölç, Önderlik et ve Örgütle" yaklaşımıyla özetlenmiştir (41,138). Sigara bırakmayı düşünmeyenler için ise TERKET şeklinde kısaltılan "**T**üm **e**tkiler ilişkilendirilir, **R**iskler, **K**azançlar, **E**ngeller, **T**ekrar**"** yaklaşımının uygulanması önerilmektedir. Sigara bırakma danışmanlığı rehberindeki 5Ö ve TERKET yaklaşımı ile transteorik modele göre başvuranın değerlendirilmesi aşağıdaki tablolarda sunulmuştur:

Tablo iii: Tütün kontrolü ve sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda 5A Stratejileri (138)

Öğren **(Ask):** Her başvuruda tütün kullanım durumunu öğren **Ö**ner **(Advise):** Tütün kullanıcısına bırakmayı kesin dille öner **Ö**lç **(Asses):** Bırakma düşüncesini ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendir **Ö**nderlik et **(Assist):** Bırakma sürecini planla, seçenekleri sun, tedaviyi düzenle **Ö**rgütle **(Arrange):** Bırakma sonrası dönemi düzenle, nüksü önlemek için izle

Tablo iv: Tütün kontrolü ve sigara bırakma ile ilgili çalışmalarda 5R (TeRKET) stratejileri (41,138)

Tüm **e**tkileri ilişkilendir **(Relevance):** Sigaranın tüm olumsuz etkileri ile kişisel ve çevresel özellikler ilişkilendirilir **R**iskler **(Risks):** Sigara içmenin kısa ve uzun dönemde yaratacağı kişisel ve çevresel riskler vurgulanır **K**azançlar **(Rewards):** Sigara bırakıldığında oluşacak yararlar anlatılır **E**ngeller **(Roadblocks):** Bırakmadaki engeller ve başa çıkma yolları belirlenir **T**ekrar **(Repetition):** Bırakmayı düşünmeyenler her karşılaşmada bırakmaya teşvik edilir

Tablo v: Transteorik modele göre sigarayı bırakma aşamaları

Bırakmayı düşünmeme (Pre-contemplation): Kullanıcı gelecekteki en az 6 ay içinde bırakmayı düşünmemektedir. Bu aşamada yapılan danışmanlık etkili olmaz **Bırakmayı düşünme (Contemplation):** Kullanıcı, gelecek 6 ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünmektedir, **Bırakmaya hazırlanma (Preparation):** Kullanıcı, risklerin oldukça farkındadır, gelecek 1 ay içinde bırakmayı planlamaktadır, **Bırakmayı deneme (Action):** Kullanıcı, sigarayı bırakma adımını atmış, bırakalı henüz 6 ay olmamıştır. Bu aşama, nükslerin en sık gerçekleştiği aşamadır. **Bırakmayı sürdürme (Maintenance):** Bu evredeki kişi, 6 aydan fazladır sigara içmeyi bırakmış durumdadır. Nüksten kaçınmaya çalışmaktadır.

4. W-Warn (Uyar): Tütünün tehlikeleri konusunda halkı uyarmak

Sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıları zorunlu kılmak etkili başka bir tütün kontrol stratejisidir. Uyarı etiketleri dramatik görüntüler şeklinde ve büyük olmalı, sağlık uyarılarını içermeli ve belirli aralıklarla değiştirilmelidir. Sigara içenlerin yarısından fazlası sigara içmenin sağlığa etkileri hakkındaki görüşlerinin bu uyarılar nedeniyle değiştiğini ve yaklaşık %70'i uyarılar etkisiyle sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir. Sigara paketlerinin ve markanın çekiciliğini ortadan kaldırmak için tüm renk ve görüntüleri kaldıran sade, standart ambalajı benimseyen ilk ülke Aralık 2012'de Avustralya olmuştur. Paket üzerinde uyarı uygulamasını 2020 yılında 100 ülke yapmıştır. Medya kampanyaları ile tütün ve ürünlerinin zararları konusunda halkta farkındalık yaratılabilmektedir. Birçok iletişim kanalıyla (Televizyon, radyo, sosyal medya, gazeteler gibi) kamu spotu, resimli uyarılar, drama şeklinde farklı yöntemler kullanılarak yapılan ve en az üç hafta süren kampanyaların tütün kullanımını önlemede etkisi olabileceği belirtilmektedir. Bazı ülkeler yeni medya kampanyaları geliştirmiştir. Örneğin Tayland'da "dumansız ev" kampanyası sürdürülmektedir. Halkın ve risk gruplarının her tür eğitim aracıyla her ortamda tütün ve dumanının kişi ve sosyoekonomik çevreye yönelik zararları konusunda sistemli olarak eğitilmesi asıl yapılması gereken aktivite olarak önerilmektedir (130,136,139).

5. E-Enforce (Yasakla): Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak

Tütün reklamlarının, fiyat indirimi ya da diğer şekillerdeki promosyonların ve sponsorluk faaliyetlerinin yasaklanması tütün ürünlerinin kullanımını azaltabilmektedir. Yasakların uygulandığı ülkelerde uygulamadan sonraki 10 yıl içinde sigara tüketiminin %9 oranında, bu tür yasakların olmadığı ülkelerde ise tütün kullanımının %1 oranında azaldığı gösterilmiştir. DSÖ bu yasakların tüm tütün ürünleri için televizyon, internet ve sosyal medya dahil her alanda kapsamlı olarak uygulanmasını önermektedir. Sigara kaynaklı ölümleri azaltmanın en önemli yöntemi gençlerin sigaraya başlamasını engellemektir (7). Çocuk ve gençlerin bu ürünleri ve kullanımını görerek normal bir davranış olarak algılamalarının bu yasaklarla önlenebileceği vurgulanmaktadır. Dünyada yasakları uygulayan ülke azdır, 57 ülke kapsamlı yasak uygulaması yapmaktadır. Sınır komşusu olan ülkelerin yasak uygulamalarına riayet etmeleri önerilmektedir. Uzakdoğu ülkelerinde yasaklar daha az uygulanmaktadır. Yasakları uygulayanların çoğu üst gelir düzeyindeki ülkelerdir. Düşük ve orta gelirli ülkelerin üçte biri bu yasakları uygulamaktadır

(130,136,139). Tütün endüstrisi reklam yasağına direnmektedir. Daha düşük katran düzeyli, daha düşük nikotin içeren zararı azaltılmış ürünlerin halka tanıtılması gerektiğini iddia etmektedir. İnsanların yaşam biçimlerini seçme hakkı olduğunu belirterek kullanmak isteyenlere satmak istemektedir (14,140,141).

5. R-Raise (Vergiyi arttır): Tütün vergilerini artırmak

Tütünü vergilendirmek tütün kullanımını azaltmada en maliyet etkin strateji olarak değerlendirilmektedir. Tütün vergilerini artırmak tütün ürünlerinin tüketici fiyatını da artırmaktadır. Fiyattaki her %10'luk artış, tüketimde tahmini olarak %4-7'lik bir düşüş meydana getirmektedir. Tütün fiyat artışının tüketim üzerindeki azaltıcı etkisi tüm dünyada tespit edilmiştir. DSÖ, toplam sigara fiyatının en az %75'ine tekabül eden bir vergi oranına ulaşılmasını veya bu oranın aşılmasını önermektedir. Ancak vergi bu düzeyde olduğunda tütün ürünlerinin satın alınabilirliğinin azalacağı belirtilmektedir. Yüksek ya da düşük gelirli ülkelerde benzer olmak üzere 2010 yılından beri 84 ülkede tütün vergisi uygulamaları nedeniyle sigaraya ekonomik olarak ulaşım ya da satın alabilirlik düzeyi azalmıştır. Türkiye, tütüne %78 ve daha yüksek oranlarda vergi uygulamakta, periyodik olarak vergileri ve fiyatları artırmaktadır (130,136,139).

Yukarıda belirtilen yöntemlerin toplumda tütün kullanımını azalttığı ve en iyi uygulamalar olduğu kanıtlanmıştır.

Son zamanlarda dumansız üniversite kampüsü, hastane çevresi, kamu binaları çevresi, havuz plaj, otel gibi turizm tesisleri, dumansız çocuk parkı, yürüyüş yolu, ev içinde dumansız hava sahası gibi bazı uygulamalar bazı ülkelerde başlamış ve tüm dünyada yaygınlaştırılması önerilmektedir (9,21).

2.4.2. Türkiye'de tütün kontrolü

Türkiye'de tütün üretim ve denetimi 1980 öncesinde devlet tekelinde yürütülmüştür. Uluslararası tütün endüstrisi 24 Ocak 1980 kararlarıyla ülkeye girmiş ve takip eden yıllarda endüstrinin reklam ve promosyon faaliyetlerinin sonucunda tütün satışları ve kullanımı artmıştır. Mayıs 1995'te gönüllü kuruluşların da katkısıyla Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) kurulmuştur. Bu kurul tütün kontrol programlarının oluşturulmasında, konuyla ilgili ulusal kanunların çıkarılmasında ve TKÇS'nin Türkiye tarafından imzalanmasında önemli rol oynamıştır (18).

Türkiye'de tütün ürünleriyle mücadeledeki ilk ulusal mevzuat, 26 Kasım 1996 tarihli 4207 sayılı kanundur. Bu kanunla, sağlık ve eğitim kurumları başta olmak üzere tüm kamu kurumlarında ve beş kişiden fazla sayıda kişinin çalıştığı özel işyerlerinde, toplu taşıma araçlarında, kültür ve spor faaliyetlerinde tütün ve ürünlerinin kullanılması ve 18 yaş altındaki kişilere tütün ürünü satışı yasaklanmış, medya aracılığıyla ayda en az 90 dakika tütünün zararları ile ilgili halk eğitimi yapılması zorunlu hale getirilmiştir (123).

Türkiye TKÇS sözleşmesini 25 Kasım 2004 yılında imzalamıştır. TKÇS'nin imzalanması sonrasında Bakanlıklar, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütlerinden uzmanların iş birliği ile hazırlanan, 2006-2010 yıllarını kapsayan ilk "Ulusal Tütün Kontrol Programı" (UTKP) 07 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. UTKP kapsamında tütünle mücadelenin yerel düzeyde yürütülmesini koordine etmesi amacıyla 2007 yılında 81 ilde İl Hıfzıssıhha Meclisi kararı ile "İl Tütün Kontrol Kurulları" oluşturulmuş, illerde bulunan tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversite ve sivil toplum örgütlerine kurullarda yer verilmiş, böylece tüm toplum tütün mücadelesine dahil edilmiştir. Kurul vali başkanlığında, tüm taşra teşkilatı ve sivil toplum örgütü temsilcileri katılımı ile ayda en az bir kez toplanarak çalışmaları gözden geçirmekte, aksaklıklara yönelik tedbirler almaktadır. Kurul sekreterliğini İl Sağlık Müdürlüğü yapmaktadır (142,143).

Sağlık Bakanlığı tarafından tütünle mücadele çalışmalarının etkin bir biçimde ve koordinasyon içerisinde sürdürülmesi amacıyla Aralık 2007'de Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur (143).

Tütün ürünlerinin, hususi konutlar hariç, her türlü kapalı ortamda tüketimi 2008 yılında 4207 sayılı kanunda ek düzenlemeler yapılarak, "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" adlı 5727 sayılı Kanun ile yasaklanmıştır. Yeni kanun kapsamında kapalı alanlar tanımlanmış, kanunla pasif içicileri korumak amaçlanmış ve uygulama "Dumansız Hava Sahası" ve "Havanı Koru" sloganlarıyla kampanya şeklinde kamuoyuna tanıtılmıştır (142). Kanunun kamuya açık kapalı alanları ile ilgili hükümleri 19 Mayıs 2008, özel hukuk kişilerine ait olan lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerle ilgili hükümleri 19 Temmuz 2009'da tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Kanun'un ilk yıllarında kamu binalarında da sigara içme için ayrı yerler tahsis edilmesi kararlaştırılmış, 2009 yılında bu uygulama kaldırılmıştır. Kanun maddelerine uymayan kişi, işyeri, tütün şirketi, medya ve kamu kurum/kuruluşlarına hangi cezaların hangi birimler tarafından verileceği belirlenmiştir. Özel işyerleri ve esnaf bu

uygulamaya karşı çıkarak dava açmış ancak kaybetmiştir (143). İllerde kanuna uyumun denetimi amacıyla tüm kamu kurum ve kuruluşlarından (Sağlık Müdürlüğü, Emniyet Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü, Belediyeler, Jandarma) yetkilendirilmiş personelden oluşan il denetim ekipleri kurulmuştur. İl denetim ekipleri periyodik aralıklarla gerekli ve detaylı hizmet içi eğitimleri almaktadır (142). İhbar ve şikayetlerin yapılması için 2012 yılında ALO 184 hattı kurulmuştur. Şubat 2017 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı ve Türk Yeşilay'ı iş birliğinde "Yeşil Dedektör" mobil uygulaması ile denetimler yürütülmektedir. Bu sistem coğrafi bilgi sistemleri üzerinden çalışan vatandaşların da akıllı telefonlar aracılığı ile kullanabileceği bir ihbar, şikayet ve denetim uygulamasıdır (107).

Toplumu, tütün ürünlerinin zararlarına ilişkin bilgilendirmek ve kanuna sahip çıkmak amacıyla 2013 yılında havanikoru.org web sitesi hizmete açılmıştır. Aynı amaçlarla Milli Eğitim Bakanlığı ve Yeşilay işbirliğinde öğrenci ve öğretmenlere yönelik "Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM)" yürütülmektedir.

Türkiye, 19 Temmuz 2009 yılı itibarıyla tütün kontrolüne yönelik en geniş kapsamlı yasaya sahip, Bermuda, Yeni Zelanda, Uruguay, İngiltere ve İrlanda'dan sonra dünyadaki altıncı Avrupa'daki üçüncü ülke konumuna gelmiştir (142).

Türkiye'de, 31 Aralık 2009 tarihinde TAPDK kararı doğrultusunda sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları kullanılmaya başlanmıştır. Resimli sağlık uyarılarının sigara paketinin %65'ini kaplaması kararlaştırılmıştır (143).

Türkiye genelinde özel eğitim alan hekimler tarafından 2010 yılından itibaren sigara bırakma hizmetleri sunulmaktadır. Halen 577 tane sigara bırakma polikliniği hizmet vermektedir. Ayrıca ALO 171 mobil uygulaması ile sigara bırakma danışmanlığı hizmeti sunulmaktadır. Danışmanlık için interaktif bir web sitesi olan alo171.saglik.gov.tr, 2016 yılında erişime açılmıştır. Sigara bırakma tedavisinde, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış ilaçlar ve nikotin replasman tedavisi ücretsiz olarak hastalara sunulmaktadır (125,144). Vareniklin içeren Champix adlı ilaç içindeki nitrozaminin kanserojen olabileceği üzerine piyasadan çekilmiştir (135).

Düz ve standart paket uygulaması, sigara paketlerinde markanın görülmemesi, markanın sadece bir yüzeyde ve yüzeyin %5'ini aşmayacak standart bir boyutta ve yazı karakterinde yer alması şeklinde tanımlanmış bir uygulamadır. Türkiye, Mart 2019'dan itibaren sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları paketin en az %85'ini kaplayacak şekilde düzenlenerek, düz paket uygulaması 5 Ocak 2020 tarihinden sonra tamamen uygulanmaya

başlanmıştır. Türkiye düz ve standart paket uygulamasına geçen yedinci ülke konumundadır (18,145,146).

Tütün ürünlerine talebin azaltılması amacıyla, Türkiye'de 2012 yılında Bakanlar kuruluna tütün ürünlerinde vergi yoluyla fiyat artışı sağlanması için yılda iki kez düzenleme yapma yetkisi vermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tütün ürünlerinde en az %75 olarak uygulanmasını istediği vergi oranı, ülkemizde 2019 yılı itibarıyla %82.25 olarak uygulanmaktadır. 27.05.2022 Tarihli 31848 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5614 sayılı "Özel Tüketim Vergisi kanunu vergi tutarı hakkında karar" ile sigara, enfiye ve çiğneme tütüne %63 oranında vergi artışı getirilmiş, sigara fiyatları artırılmıştır (147).

DSÖ, 2012 yılında Türkiye'nin MPOWER paketindeki önlemlerin tümünü uygulayan ilk ve tek ülke olduğunu açıklamıştır (148). Avrupa Bölgesi 2040 yılı için dumansız Avrupa hedefini benimsemiştir. Avrupa'da, ülke düzeyinde tütün kontrol politikalarının uygulanması "Tütün Kontrol Ölçeği" ile izlenmekte ve rapor olarak sunulmaktadır. Türkiye 2009 "Tütün Kontrolü Ölçeği Raporu"nda üçüncü sırada iken, 2010 yılında dört, 2013 yılında beş, 2016 yılında dokuz ve 2019 raporunda on yedinci sıraya gerilemiştir (19,20).

Türkiye'de 2017 yılında oluşturulan uyuşturucu ile mücadele yüksek kurulu, 2019 yılında Cumhurbaşkanlığı genelgesi ile bağımlılıkla mücadele yüksek kuruluna dönüştürülmüş. Alkol, tütün, uyuşturucu, kumar, teknoloji bağımlılığı ve diğer davranışsal bağımlılıkların koordinasyonu bu kurul tarafından yürütülmektedir. Kurulda 11 Bakanlık temsil edilmektedir ve her ilde bağımlılıkla mücadele kurulu oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı Nisan 2022 tarihinde 81 ilde eş zamanlı "Bağımlılıkla Mücadele- Ben Olsaydım" çalıştayı gerçekleştirmiştir.

Türkiye'de 2020 Şubat tarihinden itibaren elektronik sigara, elektronik nargile ve ısıtılmış tütün mamulleri ve bu mamullerin tüketiminde kullanılan elektronik cihaz, aksam, yedek parça ve solüsyonların ithali yasaklanmıştır (20). Tütün kontrolü çok paydaşlı bir mücadeledir. Paydaşlardan Jandarma ve Emniyet gibi kolluk kuvvetleri hem denetimlerde hem de kaçakçılıkla mücadelede görev yapmaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü 2021 verilerine göre Türkiye'de sigara paketi kaçakçılığında azalma görülürken makaron (İçinde tütün olmayan sigara kağıdı) kaçakçılığında artma görülmüştür (149).

Türkiye, "Tütün Kontrolü 2018-2023 Strateji Belgesi ve Eylem Planı"nda nihai amaç, toplumdaki tüm bireyleri, tütün ürünlerinin sağlık, ekonomik, çevresel ve sosyal

zararlarından korumak olarak belirlenmiştir. Eylem planında, 15 ve üzeri yaş grubunda KYTA 2016 verilerine göre halen %31.6 olan tütün ürünü kullanım sıklığının (Ara sıra ve her gün kullananların toplamı) ise 2023 yılında %24'e kadar düşürülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca %16.4 olan sigara bırakma poliklinikleri başarı oranını (Bıraktığı günden itibaren en az 1 yıl boyunca sigara içmemiş kişilerin oranı) %36'ya, doktora başvuranlarda sigara içme durumu sorulanların oranını %46'dan %90'a çıkarmak hedefler arasındadır (9,21). Tütün kontrolü 2018-2023 eylem planında, 18 yaş altı çocuk ve gebelerin bulunduğu ev ve özel araçlarda tütün ürünü tüketiminin önlenmesine yönelik yasal düzenlemelerin yapılması planlanmıştır. Eylem planında, Türkiye'nin sahip olduğu genç nüfus nedeniyle tütün endüstrisinin hedefinde olduğu, tütün endüstrisinin ülkede agresif satış politikaları uygulamaya çalıştığına yer verilmiş ve halk sağlığı politikalarının tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkarlarından korunmasına yönelik önlemler alınması vurgulanmıştır (9).

2.5. Pandemi ve tütün kullanımı

Yeni Coronavirus hastalığı bir başka adıyla COVID-19, 29 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır. Hastalardan alınan örneklerin incelenmesi ile 7 Ocak 2020'de salgının etkeni SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Mart 2020 tarihinde COVID-19 pandemisini ilan etmiştir. Türkiye'de ilk vaka 11 Mart 2020'de bildirilmiştir (150–152).

Covid-19 hastalığı esas olarak damlacık yoluyla ve yaklaşık iki metreden yakın mesafede insandan insana bulaşmaktadır. Hasta bireylerin öksürme, hapşırma yoluyla ortama saçtıkları damlacıkları ortamdaki kişilerin soluması ile bulaşmaktadır. Bir diğer bulaş yolu, virüs ile yüklü damlacıklarıyla kontamine olmuş yüzeylere kişilerin elleriyle temas etmesi ve daha sonra ellerini ağız, burun veya göz mukozasına temas ettirmesi şeklindeki direk temastır. COVID-19 hastalığı için risk faktörleri; ileri yaş, erkek cinsiyet, tütün ve ürünleri kullanımı, diabetes mellitus, hipertansiyon, obezite, malignite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, immün yetmezlik ve gebelik olarak saptanmıştır (153–155).

Tütündeki nikotinin, SARS-CoV-2'nin reseptör olarak kullandığı ACE-2 reseptörlerinin ekspresyonunu arttırdığı ve bu yolla hem enfeksiyon riskini hem de şiddetli hastalık riskini arttırdığı düşünülmektedir. Sigara içenlerin ellerini sıklıkla ağızlarına götürdükleri için Dünya Sağlık Örgütü SARS-CoV-2 virüsü ile daha çabuk enfekte

olabileceklerini, akciğer kapasitelerinin sigara içmeye bağlı olarak azalmış olması nedeniyle de hastalığı daha ciddi geçirebileceklerini belirtmektedir. Sigara içen ve SARS-CoV 2 virüsü ile enfekte olan kişiler, sigara dumanı ile hastalığı başkalarına bulaştırma riskini de arttırmaktadırlar. Tütün ve ürünlerinin kullanımı, vücudun bağışıklık yanıtını zayıflattığından COVID-19 enfeksiyonu geçirme, COVID-19 hastalığının ağır ve komplikasyonlu seyretmesi, entübe edilme ve COVID-19'dan ölüm için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (156–158).

Pandeminin kontrolü için uygulanan eve kapanma, sokağa çıkmama, işyerlerinin geçici süreyle kapatılması gibi kısıtlamaların hem evde geçirilen süreyi arttırarak, hem de iş kayıplarına, ekonomik kayıplara neden olarak stres ve anksiyete nedeni olabileceği ve tütün, alkol kullanımı gibi zararlı davranışları artırabileceği öngörülmüştür. Anksiyete düzeyi yüksek olanlarda sigara içme prevalansının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Anksiyete, depresyon veya diğer madde kullanımı gibi ruhsal sorunları olan kişiler genellikle sigara içmenin stresi azaltma veya kontrol etmede kendilerine yardımcı olabileceğini düşünmektedirler. Pandemide tütün kullanıcılarının bir kısmının tütünü bırakma mücadelesine girebileceği, bir kısmının ise artırabileceği öngörülmüş ve bu dönemde kullanım düzeyine yönelik prevalans araştırmaları yürütülmesi DSÖ tarafından önerilmiştir. İtalya'da eve kapanma döneminde 6003 yetişkini kapsayan çevrimiçi bir çalışmada, katılımcıların %8.6'sının sigara içmeyi azalttığı, %15.0'ının bıraktığı, %0.7'sinin tekrar sigara içmeye başladığı ve %36.3'nün günlük kullandığı sigara miktarını artırdığı saptanmıştır. Türkiye'de Tetik ve arkadaşları 2020 yılında, pandemi döneminde sigarayı bırakma başarısının geçmiş dönemlere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Evde geçirilen sürenin uzaması ve tütün kullanımının artması ikinci ve üçüncü el kullanımı da artıracağı için tütünün zararlı etkisinin daha da artabileceği belirtilmiştir (159,160).

Sağlık kuruluşlarının COVID-19 kontrolüne ağırlık verip sigara bırakma poliklinikleri, diyet poliklinikleri gibi diğer koruyucu uygulamaları ertelemesi de tütünle mücadelede aksamalara neden olmuş, durumun fark edilmesiyle pandeminin ilerleyen dönemlerinde tele-tıp yöntemleriyle danışmanlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Bazı ülkeler pandemiyi tütünle mücadelede bir fırsat olarak değerlendirip kapanma döneminde uzunca bir süre tütün ve ürünü satışlarını yasaklamış, parklarda sigara içme, açık havada nargile kullanımını yasaklamış, sigara bırakma hizmetlerini artırmıştır. Türkiye'de önlemler kapsamında tütün kullanımının COVID-19 riskini artırdığına ilişkin kamu spotları ve diğer

yöntemlerle eğitim yapılmıştır. Mart 2020'den itibaren nargile kafe ve salonları ile kahvehaneler kapatılmıştır. Kasım 2020'den itibaren trafiğe kapalı kalabalık cadde ve sokaklarda, toplu taşıma araçlarının duraklarında sigara içme yasağı getirilmiş, iş yerlerinde sigara içme alanları oluşturulmaması vurgulanmıştır (160).

Öte yandan pandemi sürecinde tütün endüstrisi TKÇS'ye aykırı olarak reklam ve satış taktiklerini sürdürmüş, bazı ülkelerde respiratör, temizlik malzemesi, yiyecek ve aşı yardımı gibi sosyal sorumluluk çalışmaları yürütmüştür. Türkiye'de pandemi döneminde düzenlenen bir ödül töreninde TKÇS'ye aykırı olarak bir tütün şirketi yöneticisi ile bir bakanın birlikte yer aldığı gazetelerde yer almıştır (160).

Sonuç olarak tütün mücadelesinin önemi pandemi döneminde açıkça görülmüş, dünyada bir tütün pandemisi de olduğu ve devam ettiği vurgulanmış, TKÇS önlemlerinin özenle devam etmesi gerektiği anlaşılmıştır (160).

2.6. İş sağlığı, kamu çalışanları ve tütün kontrolü

İş yerinde sigara içme yalnız sağlık açısından değil, aynı zamanda iş güvenliği ve sosyoekonomik açıdan önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir.

2.6.1.İş sağlığı ve tütün kullanımı

İnsanlar hayatlarının büyük bir bölümünü iş yerlerinde geçirmektedirler. Tütün dumanı, iş yerinde çalışanların sağlığını tehdit eden solunabilir ve önlenebilir tehlikeli bir ortam faktörü olarak ele alınmaktadır. Temiz hava solumak ve dumansız ortamda çalışmak, çalışanların en doğal hakkıdır. Sigara dumanına maruz kalınan ya da tütün kullanımına izin verilen iş yerlerinde yangın ya da patlamalar daha sık görülmektedir. Tütün kullanan çalışanlar yakma sırasında dikkatlerinin dağılması nedeniyle daha sık iş kazası geçirmektedirler. Tütün kullanma sigara içen ve içmeyen çalışanlar arasında iletişimi bozmakta, çatışma nedeni olabilmektedir. İş yerinde sigara içme, iş verimini düşürmekte, işe devamsızlığı artırmakta, sağlık harcamalarını ve sigorta primlerini artırmaktadır. Bu durum hem işverenin hem ülkenin ekonomisini zor duruma düşürmektedir. İş yerinde sigara içme düşük gelirli ülkelerde daha yaygın olduğundan sağlıkta eşitsizlikleri artırmaktadır.

Çalışma yasaları işverenler ve yöneticileri, çalışanların sağlığının gözetiminden sorumlu tutmaktadır. İşveren veya yöneticilerin işyerlerinde sigara içilmesini önlemeleri ve kendileri sigara içmeyerek rol model olmaları gerekmektedir. Çalışanlar da meslektaşlarının sağlığını korumakla görevlidirler. Dolayısıyla hem işverenler hem çalışanlar hem iş sağlığı

açısından iş yerinde tütün kullanımı ile ilgili yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmuş ve gerek özel gerekse kamusal alanda tütünsüz kurum veya dumansız işyeri politikaları gündeme gelmiştir (161).

Tütünsüz kurumun amacı, tüm kurum ve kuruluşlarda, tütün ve tütün ürünlerinin zararları hakkında farkındalık oluşturmak, insanları pasif tütün dumanı etkileniminden korumak, tütün ürünleri kullanımına yeni başlayışları engellemek ve tütün bağımlılığından kurtulmak isteyenlere sosyal destek sağlamaktır (162). Tütünsüz kurum politikaları hem işverenlere hem de işçilere önemli faydalar sağlamaktadır. Bunların arasında başta tütün kullanımının azalması, ikinci ve üçüncü el içiciliğin azalması sonucunda akut ya da kronik sağlık sorunlarının daha az görülmesi, sigorta primlerinin azalması, sağlık harcamalarının azalması, işe devamsızlığın azalması, iş yeri ortamının temizliği, makine bakım maliyetlerinin azalması, iş veriminin ve üretimin artması ve çalışan sağlığının geliştirilmesi sayılabilir. İş yerinde tütün kontrolünün hiyerarşik denetimlerle iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları kapsamında ele alınması önerilmektedir. Konuyla ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin, çalışma kanununda yer aldığı gibi kolay ulaşılabilen bir grup olan çalışanların eğitiminin bir parçası olması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine çalışanların ailelerinin de dahil edilmesi vurgulanmaktadır. Sigara içenlerin çoğunun bırakmak istediği bilindiğinden, ILO (International Labour Organization) işyerinde sigara bırakma danışmanlığı verilmesini önermektedir. Birkaç gelişmiş ülkedeki işyeri tütün kontrolü politikaları çalışanlar arasında toplam tütün tüketimini yaklaşık %29 oranında azaltmıştır (163,164).

2.6.2.Kamu kurumları ve tütün kullanımı

Bir kamu kuruluşunda atama yoluyla istihdam edilen personele kamu görevlisi denir. Kamu personeli, memur, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçi şeklinde istihdam edilir. Strateji ve Bütçe Bakanlığından edinilen bilgiye göre, Türkiye'de 2022 yılında kamu çalışanı sayısı 3 milyon 5 bin 543 kişidir. Nüfus olarak büyük bir gruptur. Kamu çalışanları, yüksek eğitim düzeyleri, mesleki açıdan yüksek statüleri ve tütün denetim ekiplerinde yer almaları nedeniyle topluma rol model olması gereken bir gruptur (9,107).

Türkiye'de kamu binalarında sigara içilmez uyarılarının asılı olması, uyarı yazıları üzerine yetkilendirilen personelin iletişim bilgilerinin yazılması, personeli kanun hakkında bilgilendirme, tütün hakkında eğitim verilmesi, varsa sigara odalarının kapatılması, varsa odalardaki kül tablalarının kaldırılması, kanun hükümlerinin uygulanıp uygulanmadığının

ciddiyetle denetlenmesi, kurumlarda görülebilir yerlere "Dumansız Hava Sahası" afişlerinin asılması önerilen uygulamalar arasındadır (142).

İçişleri, Maliye ve Sağlık Bakanlıkları tarafından "Kamu kurum ve kuruluşlarına ait yer, araç, bina ve tesislerde tütün ürünü tüketenlere verilecek idari yaptırım kararlarının uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" 27 Mayıs 2008 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Tebliğde belirtilen yerlerde tütün ürünü tüketenlere yönelik amirin görevlendirdiği personelce idari para cezası ve disiplin cezası verileceği belirtilmektedir (165).

Kamu çalışanlarının tütün kullanım düzeyinin izlenmesi ve değerlendirilmesi hem çalışan sağlığına verilen önem hem de ülkedeki tütün kontrol politikalarının izlenmesi açısından önemlidir ve eylem planlarında yapılması önerilmektedir. Araştırmalar ile, kamu çalışanlarında doğru sonuçlar alınabilecek, kamu çalışanlarının kurallara uyması tütün kontrol programının iletişim gücünü gösterebilecek, eksikliler, ihtiyaçlar saptanabilecek ve programların iyileştirilmesi yönünde kamu çalışanlarının da katılımlarıyla yeni fikirler oluşabilecektir (9,24).

Konya'da 2018 yılında kamu çalışanlarında yapılan bir araştırma kamu çalışanlarının %59.7'sinin halen tütün ürünü, %36.5'inin halen sigara ve %7'sinin sarma tütün kullandığını bildirmiştir (166). Türkiye 2016 KYTA'da kamu binalarında sigara dumanına maruz kalma prevalansı tüm çalışanlarda %4.7, erkeklerde %4.2, kadınlarda %5.5 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, kamu kurumlarında ve işyerlerinde kapalı yerlerde sigara içenlere ceza uygulanmasını tüm katılımcıların %90.4'ü, sigara içenlerin %82.1'i, içmeyenlerin %94.2'si desteklemiştir (89).

Koç ve arkadaşlarının 2014 yılında hastanelerde dumansız hava sahası uygulaması ile ilgili olarak, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık personellerine yönelik yürüttükleri araştırmada, sigara içen personelin %30.1'i kapalı alanlarda sigara içmenin pasif içicilik nedeniyle kişilik haklarına bir saldırı olduğunu, %51.9'u yasa sonrası sigara bırakmada artış olduğuna inandıklarını, %70.7'si yasanın uygulanması gerektiğini, %53.3'ü yasakları ihlal edenlerin para cezası ile, %48.1'i idari ceza ile cezalandırılması gerektiğini belirtmişlerdir (167). Bakırcı ve arkadaşlarının 2007 yılında İstanbul'da dördü kamu kurumu dördü özel kuruluş olmak üzere sekiz iş yerinde yaptıkları araştırmada, çalışanların yasanın sigarayı bırakmalarına veya içtikleri sigara sayısını azaltmalarına yol

açtığını bildiren çalışanların sıklığı, yasakların tam uygulandığı iş yerlerinde daha yüksek saptanmıştır (168).

Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 hedefleri arasında aday memurların ve işe yeni alınan diğer kamu personelinin işe başlangıç aşamasında tütün ürünlerinin zararları ve pasif etkilenim konularını içeren uyum eğitimi alma durumunun saptanması ve tütün kontrolüyle ilgili tüm kamu personelinin eğitim almasının sağlanması, programı hayata geçiren kurum ve kuruluş sayısında %50 artış sağlanması, sigara içmeyen personellere yönelik pozitif ayrımcılık uygulamalarının hayata geçirilmesi (İşten erken ayrılma, sigara içmeyen personellere yönelik pozitif ayrımcılık uygulamalarının hayata geçirilmesi gibi), 15 ve üzeri yaş grubunda kamu binalarında pasif dumana maruz kalma oranının %4.7'den %1'e düşürülmesi, kamu binaları gibi yoğun olarak kullanılan yerlerin giriş ve çıkış kapılarının önlerinde tütün ürünü kullanımının önlenmesine yönelik oluşturulmuş dumansız alan tanımının kanunla güçlendirilmesi, yılda en az 3 defa denetlenen kamu kurumu yüzdesinin %100'e çıkarılması, tütün endüstrisinin tüm bilgi ve belgelerinin (Sponsorluk, toplantı, konferans faaliyetleri, vb) şeffaflık ilkesi kapsamında altı ayda bir izlenmesi ve sonuçların web sitesinde vatandaşlarla paylaşılması, rol model olan meslek gruplarında (Polis, asker, öğretmen ve sağlık çalışanı vb.) tütün ürünü kullanımının önüne geçilmesi ve bırakmanın teşvik edilmesine yönelik programların düzenlenmesi, eğitim ve sağlık kurumları başta olmak üzere bütün kurumlarda "Sigarasız Kurum" uygulamasının teşvik edilmesi, erbaş ve erlerin eğitimlerinde tütün ürünlerinin zararları ve pasif etkilenim hakkında bilgilendirmenin yapılması ve iş sağlığı ve güvenliği eğitim modüllerinde tütün ürünlerinin zararları ve pasif etkilenim hakkında bilgilerin yer almasının sağlanması planlanmıştır. Tütünle mücadele çalışmalarında belirlenen hedeflere ulaşmak için belirlenen stratejilerin, siyasi iradenin, kamu otoritesinin, yerel yönetimlerin, sivil toplum kuruluşlarının, akademisyenlerin ve medyanın iş birliğinde büyük bir kararlılıkla sürdürülmesi gerektiği vurgulanmıştır (9).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Rize ili hakkında genel bilgiler

Rize, 20 Nisan 1924'de il olmuştur. Doğu Karadeniz kıyı şeridinin doğusunda yer almaktadır. Yazları serin, kışları ılıman ve her mevsimi yağışlı bir iklimi mevcuttur. Sık ve gür bir bitki örtüsüne sahiptir. Nüfusu 2021 yılında TÜİK verilerine göre 345.662'dir. Rize merkez ilçesinin erkek nüfusu 72.025 ve kadın nüfusu 75.386 olmak üzere toplam nüfusu 147.411'dir. İlçe sayısı on bir, belediye sayısı on sekizdir.

Rize'deki taşra teşkilatı içinde mevcut Müdürlükler: Afet ve Acil Durum İl Müdürlüğü, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Kültür ve Turizm İl Müdürlüğü, Milli Eğitim İl Müdürlüğü, Sağlık İl Müdürlüğü, Tarım ve Orman İl Müdürlüğü, 112 Acil Çağrı Merkezi İl Müdürlüğü, Karayolları Genel Müdürlüğü 103. Şube Şefliği, Milli Parklar Şube Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Tapu, Sicil ve Kadastro Müdürlüğü, Çay İşletmeleri Genel Müdürlüğü'dür (169,170).

Rize'de yakın zamanlara (1999) kadar tütün tarımı yapılmıştır. Kaliteli puro tütünü Rize'nin Pazar ilçesinde yetiştirilmiştir. Meclisin 1924 yılında onaylamasıyla çay tarımı başlamış, 1947 yılında ilk çay fabrikası kurularak çay tarımı ve endüstrisi temel geçim kaynağı haline gelmiştir (171).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel analitik tiptedir.

Bu araştırma Rize il merkezindeki kamu kurumu çalışanlarında, pandemi sürecinde, tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma hipotezleri aşağıdaki şekilde kurulmuştur:

1. Hipotez: Rize'deki kamu çalışanlarında tütün/sigara kullanım düzeyi Türkiye tütün kullanım düzeyinden düşüktür.

2. Hipotez: Pandemi, kamu çalışanlarında tütün/sigara kullanım davranışında değişikliğe neden olmuştur.

3.2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırma evreni: Rize merkezde bulunan Bakanlıkların taşra teşkilatı arasında otuzdan fazla çalışanı olan kurumlar ve çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evreni oluşturan taşra teşkilatları ve çalışan sayıları: Vilayet binası içinde 220 kişi (İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 120, İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü'nden 40 ve Vilayete bağlı çalışan 60 personel olmak üzere), İl Sağlık Müdürlüğü'nde 345 kişi, İl Emniyet Müdürlüğü'nde 400 kişi, İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde 170 kişi, Adalet Sarayı'nda 185 ve Rize Belediyesi'nde 280 kişidir. Araştırma evreni 1600 çalışandan oluşmaktadır.

Örnekleme yöntemi: Örneklem seçilmeden önce kurumlar özelliklerine göre tabakalandırılmıştır. Her kurumdaki çalışan sayısı resmi yazışmalarla elde edilmiştir. Kurumda çalışan kişi sayıları evren büyüklüğüne bölünerek tabaka ağırlığı bulunmuş ve bu tabaka ağırlığı örneklem büyüklüğü ile çarpılarak örnekleme alınacak personel sayıları saptanmıştır. Tabakalar Vilayet binası, Adliye Sarayı, Belediye binası, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Tarım ve Orman Müdürlüğü ve İl Emniyet Müdürlüğü olarak belirlenmiştir. İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Nüfus Müdürlüğü Vilayet binasında olduğundan Vilayet tabakası içinde yer almıştır. İl Sağlık Müdürlüğü hem ayrı binada bulunduğundan hem Sağlık Bakanlığı'ndan onay alındığından hem de sağlık çalışanı ağırlıklı olduğundan ayrı bir tabaka yapılmıştır. Adliye, belediye ve emniyet kendi içinde homojen ve diğerleriyle farklı özellikte ve ayrı yerleşim yerlerinde olduğundan ayrı tabaka olarak ele alınmıştır. Anket uygulama sırasında Adliye Sarayı çalışanlarından hakim ve savcılar araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir. Adliye çalışanlarını katip, mübaşir ve diğer memurlar olarak değerlendirmek gerekmektedir. İl Tarım ve Orman Müdürlüğü Vilayet makam onayı ile araştırmaya izin vermiş, ancak hem çalışanların farklı özellikleri hem ayrı binada bulunması nedeniyle ayrı tabaka olarak ele alınmıştır.

Ağırlıklandırma işleminden sonra her tabakada örneğe çıkan çalışan sayısı şu şekildedir: İl Milli Eğitim Müdürlüğü (27 kişi), İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü (9 kişi), Vilayet binası çalışanları (14 kişi), İl Sağlık Müdürlüğü (79 kişi), İl Emniyet Müdürlüğü (91 kişi), İl Tarım ve Orman Müdürlüğü (39 kişi), Adalet sarayı (42 kişi), Rize Belediyesi (64 kişi).

Evrendeki her bir kurumda ve araştırma sırasında örnekleme giren personel sayılarının dağılımı Tablo vi'de sunulmuştur. Evren ve örneğe çıkan personel sayılarının dağılımı benzerdir (p=0.157).

Tablo vi: Evren ve örnekleme giren personel sayılarının dağılımı

Tabakalar	Evren		Örnekleme alınan	
	Sayı	%	Sayı	%
Vilayet	220	13.8	44	12.1
Adliye	185	11.6	32	8.8
Belediye	280	17.5	73	20.0
İl Sağlık Müdürlüğü	345	21.6	76	20.8
İl Emniyet Müdürlüğü	400	25.0	87	23.8
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	170	10.6	53	14.5
Toplam	1600	100.0	365	100.0

p=0.157, Ki-kare

Örneklem büyüklüğü: Örnek büyüklüğü OpenEpi programında, %95 güven düzeyi, prevalans %50, sapma %5 ve 1600 kişilik evren büyüklüğü ile 310 personel olarak hesaplanmıştır. Yanıt alamama oranı %15 olarak öngörülerek örneklem büyüklüğü 365 kişi olarak düzeltilmiştir [310/(1-0.15)]. Veri toplama sırasında 367 anket toplanmış, 2 anket sigara içme ile ilgili sorular eksik yanıtlandığı için analiz dışı bırakılmış ve 365 anket değerlendirmeye alınmıştır. Planlanan örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır.

3.2.2. Araştırmaya dahil edilme/dışlanma kriterleri

Seçilen kamu kurumlarında çalışmakta olan 18 yaş üzerindeki kamu çalışanları örnekleme alınmıştır. Herhangi bir dışlama kriteri yoktur.

3.2.3. Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- Tütün ve ürünleri kullanım prevalansları
    - Sigara içme prevalansı
    - Dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı
    - Nargile kullanım prevalansı

    - Elektronik sigara içme prevalansı
- Sigara ağırlık indeksi ortalaması
- Sigara bırakma girişimi yüzdesi

Bağımsız değişkenler

1. Katılımcıların kişisel özellikleri (yüzde ve ortalama olarak)

    - Yaş: Yıl olarak bitirilen yaş
    - Cinsiyet: Erkek, kadın
    - Medeni durum: Evli, bekâr, boşanmış, dul (Eşi vefat etmiş)
    - Eğitim düzeyi: En son diploma alınan okul
    - Çocuk sayısı
    - Kiminle birlikte yaşadığı
    - Algılanan gelir düzeyi: Çok iyi, iyi, orta, kötü, çok
    - Özel araç: Var, yok

2. Katılımcıların çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri (yüzde ve ortalama olarak)

- İstihdam şekli: sözleşmeli personel, işçi, devlet memuru
- Meslek
- Çalışma süresi: Kamu çalışma hayatında tamamlanan yıl
- Çalışma düzeni: Kurum içi kapalı alan, saha (Açık alan)

3. Katılımcıların sağlık özellikleri (yüzde olarak)

- Tanı almış ve tedavi altında oldukları hastalık varlığı: On iki aydan daha uzun süredir devam eden ve doktor tarafından tanılanmış durumlar
- Ailesinde ya da kendisinde COVID-19 pozitifliği, karantinaya alınma, aile bireylerinde vefat, aşı olup olmama

3.2.4. Alınan resmi izinler ve etik kurul onayı

Araştırmanın yürütülmesi için alınan etik kurul onayı ve beş farklı resmi kurumdan alınan onaylar aşağıda tarih ve sayıları ile sunulmuştur:

1. RTEÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul'u Onayı, 17.06.2021 Tarih ve 108 karar numaralı (EK-2).

2. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-3).
3. COVID-19 döneminde zorunlu olan Sağlık Bakanlığı Onayı, 07 Ağustos 2021 Tarihli, Online e-mail adresine (Ek-4).
4. Vilayet Makam Onayı, 31.05.2021 Tarih ve 3110 sayılı (Ek-5).
5. Rize Cumhuriyet Başsavcılığı Onayı, 22.04.2021 Tarih ve 2147 sayılı (Ek-6)
6. Belediye Başkanlığı Onayı, 22.04.2021 Tarih ve 182996 sayılı (Ek-7).
7. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı, 09.09.2021 Tarih ve 799 sayılı (Ek-8).

3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

3.3.1. Veri Toplama

Kurum yöneticileri ile görüşülerek anket uygulama günü için randevu alınmıştır. Ayrıca yöneticilere e-posta yolu ile çalışmanın amacı, anket için ayrılması gereken tahmini süre hakkında bilgi verilmiş ve alınan etik kurul onayı ile resmi izinler iletilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından Eylül 2021-Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Önceden belirlenen tarihlerde kamu kurumları ziyaret edilmiştir. Ziyaret gününde kurumda mevcut olan personele anket uygulanmıştır. Veri toplamada binanın en üst katındaki odalardan başlanarak, doldurmayı kabul eden personele anket verilmiş, tüm katlarda anket dağıtımı bittikten yaklaşık 45-60 dakika sonra tekrar en üst kattan başlanarak anketler toplanmış, toplama sırasında kontrol edilmiş ve eksik sayfaların yerinde doldurulması sağlanmıştır. Veri toplama gönüllük esasına göre ve pandemi kurallarına uyularak gerçekleştirilmiştir. Veri toplamadan önce bilgilendirilmiş gönüllü olur formu gönüllüye okutulmuş ve sözlü onayı alınmıştır. Kurum izinleri ve etik kurul onayı personele gösterilmiş. Anketin cevaplanması yaklaşık yirmi beş dakika sürmüştür. Ankete isim ve diğer kimlik bilgileri yazılmamış ve böylece katılımcı bilgilerinin gizliliği sağlanmıştır. Doldurulan anket formları karışık şekilde ayrı bir kapalı çantaya konulmuştur. Tabaka büyüklüğüne ulaşılıncaya kadar veri toplama sürdürülmüş, bazı kurumlarda gerekli tabaka büyüklüğüne ulaşılamadığı için kurum tekrar ziyaret edilerek aynı şekilde veri toplama işlemi yapılmıştır.

3.3.2. Anket Formunun Düzenlenmesi

Anket formunda kişisel özellikler, küresel yetişkin tütün kullanım araştırması soruları, tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyi, COVID- 19 deneyimleri, sigara ağırlık indeksi kullanılmıştır. Sorular literatürden yararlanarak hazırlanmıştır. Anketin cevaplanma süresini tespit etmek ve soruların işlerliğini saptamak için ön deneme amacıyla örnekleme

alınmayan bir grup çalışana anket uygulanmıştır. Ön deneme sonuçlarına göre ankette gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Küresel yetişkin tütün kullanımı araştırması soru formu: Küresel Yetişkin Tütün Anketi (KYTA), Şubat 2007'de devam eden Küresel Tütün Gözetim Sistemin (GTSS) yeni bir bileşeni olarak başlatılan uluslararası düzeyde kullanılan bir hane halkı anketidir. KYTA'dan elde edilen sonuçlar, etkili tütün kontrol müdahalelerinin saptanması, izlenmesi ve uygulanmasında ülkelere yardımcı olmaktadır. Ülkeler anketlerinin sonuçlarını diğer ülkelerden gelen sonuçlarla karşılaştırabilmektedir. Tütün kullanımının yaygınlığı (Sigara ve dumansız tütün ürünleri), ikinci el tütün dumanına maruz kalma, politikalar, bırakma, bilgi, tutum ve algılar, medya ve ekonomi ile ilgili temel olarak 20 sorudan oluşmaktadır. Sigara içme sıklığına göre sigara içme tanımları aşağıdaki gibidir (172,173).

Her gün sigara içen: Hayatı boyunca en az 100 sigara içmiş ve şimdi her gün sigara içen yetişkin.

Eskiden sigara içen: Hayatı boyunca en az 100 sigara içmiş ancak görüşme sırasında sigarayı bırakmış yetişkin.

Hiç sigara içmeyen: Hayatı boyunca hiç sigara içmemiş veya 100'den az sigara içmiş yetişkin.

Bırakma girişiminde bulunma: Halen ya da eski içiciler arasında bırakma niyeti ile 12 aydan kısa süredir bir gün veya daha uzun süre sigarayı bırakmış içici.

Sigarayı bırakmış olan: Önceden içmiş olup halen içmeyen kişiler.

Halen sigara içen: Her gün ve ara sıra içenlerin toplamı.

Ara sıra sigara içen: Hayatı boyunca en az 100 sigara içmiş, şimdi sigara içen, ancak her gün sigara içmeyen yetişkin.

Sigara ağırlık indeksi: Fagerström Nikotin bağımlılık testinde var olan birinci ve dördüncü sorudan oluşan iki soruluk bir indeks olup büyük popülasyonlarda yapılacak olan çalışmalarda veya zaman kısıtlılığı olduğu durumlarda hekimler tarafından kullanılabilecek pratik bir nikotin bağımlılığı değerlendirme testidir.

Puanlama ve puanın değerlendirmesi aşağıda açıklanmıştır:

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
   a. İlk 5 dakika içinde 3 puan
   b. 5-30 dakika içinde 2 puan
   c. 31-60 dakika içinde 1 puan
   d. 61 dakika ve sonra 0 puan
2. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
   a. 31 ve daha fazla 3 puan
   b. 21-30 adet 2 puan
   c. 11-20 adet 1 puan
   d. 10 ve daha az 0 puan

Gruplama: 1- 2 = çok düşük bağımlılık
3 = düşük-orta bağımlılık
4 = orta bağımlılık
5 + = yüksek bağımlılık

3.3.3. Veri Girişi ve Analiz

Veri girişi tez öğrencisi tarafından üniversitede mevcut olan SPSS 23.0 programında yapılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde ve ortalama kullanılmış, veriler frekans tablosu ve grafik şeklinde sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi, histogram ve boksör grafikleri ile değerlendirilmiştir. Parametrik test varsayımlarını karşılayan değişkenlerin tek yönlü analizlerinde Student t testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımlarını karşılamayan değişkenlerin tek yönlü analizlerinde Mann-Whitney U, Kruskall Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskall Wallis testinden sonra farkı oluşturan grupların belirlenmesi için gruplar ikişerli olarak Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (Bonferroni düzeltmesi). Bu karşılaştırmalarda Tip I hataya yol açmamak için alfa düzeyi 0.05 yapılan karşılaştırma sayısına bölünerek, 0.05'den daha düşük düzeyde olmak üzere yeni istatistiksel anlamlılık düzeyi belirlenmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-kare ve Fisher Ki-kare testi kullanılmıştır. Pearson Ki-kare analizinde farkı oluşturan grup, Ki-kare değeri en yüksek bulunan grubun çıkarılması ve kalan gruplarda analizin tekrarlanması yoluyla belirlenmiştir. Analizlerde $p<0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Tek yönlü hipotez testlerinde $p<0.10$ düzeyinde anlamlı bulunan bağımsız değişkenlerin tümü, pandemi döneminde halen sigara içme ve sigara bırakma girişimine olan bağımsız etkilerini saptamak amacıyla Backward Stepwise Lojistik Regresyon testi ile incelenmiştir.

3.4. Takvim ve Bütçe

Anket ve gönüllü olur formunun 390 adet basımı ile ulaştırma giderleri yaklaşık 1000 Türk Lirasına mal olmuştur. Araştırma giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Tablo vii: Araştırmanın zaman çizelgesi

Yıllar	Aşamalar	01 Ocak	01 Şubat	01 Mart	01 Nisan	01 Mayıs	01 Haziran	01 Temmuz	01 Ağustos	01 Eylül	01 Ekim	01 Kasım	01 Aralık
2021	Planlama/Literatür taraması	■	■										
	Anket hazırlama/İzinler		■	■									
	Ön deneme/anket basımı				■	■	■	■	■				
	Veri toplama									■	■		
	Veri analizi											■	■
2022	Veri analizi	■	■	■									
	Rapor yazımı		■	■	■	■	■	■	■				
	Rapor teslim									■			

3.5.Araştırmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri

Araştırmadan elde edilen bulgular sadece bu araştırmanın evrenine genellenebilir. Rize'deki veya Türkiye'deki tüm kamu çalışanlarına genellenemez.

Çalışma, gönüllük esasına göre yürütülen kesitsel bir araştırmadır. Kesitsel araştırmaların doğasından kaynaklanan hafıza faktörü, temporalite, seçim yanılgısı gibi hata kaynaklarının bu araştırmada da geçerli olduğu dikkate alınmalıdır. Pandemi döneminde 60 yaş üstünde ve kronik hastalığı ya da gebelik nedeniyle idari izinde ya da izolasyon veya karantinada olduğundan kurumda bulunmayan çalışanlar araştırmaya katılamamışlardır.

Araştırma için alınan etik kurul onayı ile kurumlardan alınan resmi onaylar arasında geçen süre uzun olmuştur. Vilayet makamının onay vermiş olmasına rağmen, bazı kurumlar alınan Vilayet makamı onayı ile araştırmanın yürütülmesine izin vermemiştir. İzin alınması daha da uzayacağından bazı kurumlar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Savunma Bakanlığı'ndan izin alınmasını şart koyan İl Jandarma Komutanlığı ve Bakanlıktan izin alınmasını şart koyan Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü kapsam dışı bırakılan

kurumlardır. İl Sağlık Müdürlüğü, COVID-19 adı geçmesi nedeniyle Sağlık Bakanlığı iznini şart koymuş ve Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınmıştır.

Araştırma uygulaması sırasında bazı kurumlardan personel listesi alınamamış, başka bir deyişle örneklem çerçevesi elde edilememiştir. Bu durum personelin basit rastgele ya da sistematik örnekleme yöntemiyle seçilememesine neden olmuştur. Bu nedenle araştırmada her bir personelin araştırmaya eşit olasılıkla seçimi söz konusu değildir. Ancak ankete katılım, ziyaret gününde binada bulunan bütün katılımcılara teklif edildiğinden ve gönüllü katılım gösteren herkesten veri toplandığından eşit olasılıklı olmasa bile rastgelelik sağlanmıştır. Personelin anket formlarını kendi kendine yanıtlaması başka bir kısıtlılık nedenidir. Yanıtlanmayan sorular nedeniyle iki kişinin kaydı analize dahil edilmemiştir.

Anket formunda bazı bilgilerin eksik toplanmış olması da bir kısıtlılıktır. Örneğin ziyaret edilen kamu kurumlarında kurum amirlerinin tütün kontrolü uygulamalarıyla ilgili eğitim verip vermedikleri, kurumda denetim ekibi olup olmadığı sorulmamıştır. Pandemiden önce ve sonra içilen sigara sayısındaki değişim adet olarak sorulmamıştır. İkinci el ve üçüncü el dumanı tanımları anket formunda yapılmış olduğundan bilgi düzeyinin yüksek çıkma olasılığı mevcuttur.

Bu kısıtlılıklara rağmen araştırmanın güçlü yanları mevcuttur. Rize'de bu konuda ilk kez gerçekleştirilen orijinal bir çalışmadır. Analiz sırasında verilerin kendi içinde tutarlı olduğu anlaşılmış ve dikkat çekici bulgular elde edilmiştir. Bulgular, İl Tütün Kurulu toplantılarında ve ildeki "Ben Olsaydım" çalıştayında sunularak kurumlara geri bildirim yapılmış, sonuçlar ve öneriler Vilayet düzeyinde paylaşılmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Araştırma bulguları yedi başlık altında sunulmuştur:

4.1. Araştırma kapsamına giren çalışanların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.Çalışanların COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulgular

4.3 Çalışanların tütün ve sigara kullanımına ilişkin bulgular

4.4. Çalışanlarda ikinci el sigara dumanıyla ilgili bulgular

4.5. Çalışanların tütün karşıtı mesajlar ve tütünü teşvik eden durumlarla karşılaşmalarına ilişkin bulgular

4.6. Çalışanların tütünle ilgili bilgi, tutum ve algılarına ilişkin bulgular

4.7. Çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme davranışında değişiklik ve bırakma girişimine ilişkin bulgular

4.1. Araştırma kapsamına giren çalışanların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırma kapsamına giren kamu çalışanlarının %58.9'u erkek, %41.1'i kadındır. Çalışanların yaş ortalaması 37.9±0.4 yıldır. Çalışanların %22.2'si 30 yaş ve altı, %36.4'ü 30-39 yaş, %30.7'si 40-49 yaş, %10.7'si 50 yaş üstü gruptadır. Çalışanların %10.1'i lise, %74.0'ı ön lisans/lisans, %13.4'ü lisansüstü düzeyinde eğitim almıştır. Çalışanların %76.2'si evli, %20.0'ı bekar, %3.8'i boşanmış ya da duldur (Tablo 1). Çalışanların %69.6'sının en az bir çocuğu vardır (254 kişi), çocuğu olanların ortalama çocuk sayısı 2.0'dır. Çocuğu olanların %26.0'ının bir çocuğu, %51.2'sinin 2 çocuğu vardır.

Tablo 1: Çalışanların kişisel özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Kişisel özellikler	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare
	Erkek		Kadın				
	N	%	N	%	N	%	p
Yaş grubu							
<30	49	22.8	32	21.3	81	22.2	
30-39	78	36.3	55	36.7	133	36.4	0.437
40-49	61	28.4	51	34.0	112	30.7	
>50	27	12.6	12	8.0	39	10.7	
Eğitim düzeyi							
<Lise	8	3.7	1	0.7	9	2.5	
Lise	20	9.3	17	11.3	37	10.1	
Ön lisans	29	13.5	25	16.7	54	14.8	0.271
Lisans	126	58.6	90	60.0	216	59.2	
Lisansüstü	32	14.9	17	11.3	49	13.4	
Medeni durum							
Evli	163	75.8	115	76.7	278	76.2	
Bekâr	44	20.5	29	19.3	73	20.0	0.959
Boşanmış/Dul	8	3.7	6	4.0	14	3.8	
Algılanan Gelir Düzeyi							
İyi	64	29.8	50	33.3	114	31.2	
Orta	121	56.3	93	62.0	214	58.6	0.015
Kötü	30	14.0[1]	7	4.7	37	10.1	
Toplam	215	58.9*	150	41.1*	365	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.
[1] Farkı yaratan grup

Çalışanların yaş, eğitim düzeyi ve medeni durumu cinsiyete göre benzer dağılmaktadır. Katılımcıların %31.2'si gelirini iyi, %58.6'sı orta ve %10.1'i kötü olarak değerlendirmiştir. Gelir düzeyi algısının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel farklılık saptanmıştır. Erkekler arasında gelir düzeyini kötü olarak değerlendirenler (%14.0), kadınlardan (%4.7) anlamlı olarak yüksektir (p=0.015).

Tablo 2'de çalışanların çalışma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 2: Çalışanların çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare p
	Erkek		Kadın				
	N	%	N	%	N	%*	
Çalışma süresi							
≤5 yıl	61	62.9	36	37.1	97	26.6	
6-10 yıl	36	48.6	38	51.4	74	20.3	0.126
>10 yıl	118	60.8	76	39.2	194	53.2	
İstihdam şekli							
Yönetici	18	72.0	7	28.0	25	6.8	
Memur	158	57.0	110	43.0	268	73.4	0.477
İşçi	25	53.1	22	46.9	47	12.9	
Sözleşmeli personel	14	56.0	11	44.0	25	6.8	
Meslek							
Öğretmen	24	85.7[1]	4	14.3	28	7.7	
Sağlık çalışanı	21	33.8	41	66.2[1]	62	17.0	
Mühendis	29	56.8	22	43.2	51	14.0	0.001
Polis	48	82.7[1]	10	27.3	58	15.9	
Teknisyen	52	65.8	27	34.2	79	21.6	
İktisatçı	14	77.7[1]	4	22.3	18	4.9	
Yönetici	8	50.0	8	50.0	16	4.4	
Büro elemanı	13	32.5	27	67.5[1]	40	11.0	
Diğer (basın yayın, halkla ilişkiler, gazeteci)	6	46.1	7	53.9	13	3.6	
Çalışılan kurum							
İl Sağlık Müdürlüğü	29	38.1	47	61.9[1]	76	20.8	
İl Emniyet Müdürlüğü	72	82.7[1]	15	17.3	87	23.8	
Vilayet binası	24	54.5	20	45.5	44	12.1	0.001
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	30	56.6	23	43.4	53	14.5	
Adalet Sarayı	19	59.3	13	40.7	32	8.8	
Rize Belediyesi	41	56.1	32	43.9	73	20.0	
Çalışılan yer							
Kapalı ortam	118	51.5	111	48.5	229	62.7	0.001
Kapalı ortam + açık hava	97	71.3	39	28.7	136	37.3	
Toplam	215	58.9	150	41.1	365	100.0	

*Sütün yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

Araştırma kapsamına giren katılımcıların %26.6'sı 5 yıl ve altında, %20.3'ü 6-10 yıl arasında, %53.2'si 10 yıldan uzun süredir çalışmaktadırlar. Ortalama çalışma süresi 12.7±0.47 yıldır. Çalışanların %73.4'ü memur, %12.9'u işçi, %6.8'i yönetici, %6.8'i sözleşmeli personel olarak çalışmaktadır. İstihdam şeklinin cinsiyete göre dağılımı benzerlik göstermektedir (p=0.477).

Çalışanların %7.7'si öğretmen, %17.0'ı sağlık çalışanı, %14.0'ı mühendis, %15.9'ı polis, %21.6'sı teknisyen, %4.9'u iktisatçı, %4.4'ü yönetici, %11.0'ı büro elamanıdır, %3.6'sı diğer meslek gurubundadır. Mesleklerin cinsiyete göre dağılımında farklılık saptanmıştır (p=0.001). Sağlık çalışanları ve büro elemanları arasında kadın çalışanlar erkeklere kıyasla daha yüksek sıklıkta iken (sırayla %66.2 ve %67.5), polisler (%82.7), iktisatçı (%77.1) ve öğretmenler arasında (%85.7) erkek çalışanlar kadınlardan anlamlı olarak yüksek sıklıkta gözlenmiştir.

Araştırma kapsamına giren çalışanların %20.8'i İl Sağlık Müdürlüğü'nde, %23.8'i İl Emniyet Müdürlüğü'nde, %12.1'i Vilayet Binasında, %14.5'i İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde, %8.8'i Adalet Sarayı'nda, %20.0'ı Belediye'de çalışmaktadır. Çalışılan kurumların cinsiyete göre dağılımında farklılık saptanmıştır (p=0.001). İl Sağlık Müdürlüğü'nde kadın çalışan daha fazla iken (%31.3), İl Emniyet Müdürlüğü'nde çalışanların çoğu erkektir (%33.5).

Çalışanların %62.7'si kapalı ortamda, %37.3'ü hem kapalı ortam hem de açık havada çalışmaktadır. Çalışma ortamı cinsiyetle ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Sadece kapalı ortamda çalışma kadınlar arasında erkeklere göre daha yüksek düzeyde gözlenmiştir (%74.0). Hem kapalı ortamda hem açık havada çalışanların çoğu erkektir (%45.1).

Tablo 3'te çalışanların halen tedavi altında oldukları kronik hastalık durumunun cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 3: Çalışanların kronik hastalık durumunun cinsiyete göre dağılımı

	Kronik hastalık				Toplam	
	Var		Yok			
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%*
Kadın	31	20.7	119	79.3	150	41.1
Erkek	53	24.7	162	75.3	215	58.9
Toplam	84	23.0	281	77.0	365	100.0

p=0.374, Ki-kare
*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

Katılımcıların %23.0'ı (84 katılan) halen tedavi altında olduğu bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalık varlığı cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 4'te çalışanların halen tedavi altında oldukları kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4: Çalışanların halen tedavi altında oldukları kronik hastalıkların dağılımı

Son bir yıldır tedavi görülen kronik hastalıklar*	Toplam (84)	
	N	%
Hipertansiyon	22	26.2
Kalp hastalığı	12	14.3
Diyabet	10	11.9
Endokrin hastalıklar	10	11.9
Romatizmal hastalıklar	8	9.5
Kronik akciğer hastalığı	7	8.3
Ruhsal hastalık	7	8.3
Diğer	4	4.8

*Yüzdeler yanıt veren toplam N üzerinden hesaplanmıştır (84 katılımcı).
Diğer: B12 eksikliği, Hemofili A, Alerji, kronik böbrek hastalığı

Katılımcıların halen tedavi altında olduğu kronik hastalıklar sırası ile hipertansiyon (%26.2), kalp hastalıkları (%14.3), diyabet (%11.9), endokrin sistemi hastalıkları (%11.9), romatizmal hastalıklar (%9.5), kronik akciğer hastalığı (%8.3) ve ruhsal hastalıklardır (%8.3).

4.2.Çalışanların COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulgular

Tablo 5'te çalışanların COVID-19 deneyimlerinin cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 5: Çalışanların COVID-19 deneyimlerinin cinsiyete göre dağılımı

COVID-19 deneyimleri	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare
	Erkek		Kadın				
	N	%	N	%	N	%	p
COVID-19 tanısı alma							
Almış	66	30.7	48	32.0	114	31.2	0.792
Almamış	149	69.3	102	68.0	251	68.8	
Aile bireylerinde COVID-19 tanısı alma							
Evet	132	61.4	97	64.7	229	62.7	0.525
Hayır	83	38.6	53	35.3	136	37.3	
Karantinaya alınma							
Evet	85	39.5	53	35.3	138	37.8	0.415
Hayır	130	60.5	97	64.7	227	62.2	
Ailede COVID-19'dan ölüm							
Var	43	20.0	28	18.7	71	19.5	0.752
Yok	172	80.0	122	81.3	294	80.5	
Aşılanma durumu							
Evet	175	81.4	134	89.3	309	84.7	0.030
Hayır	40	18.6	16	10.7	56	15.3	
COVID-19 risk algısı							
Yüksek risk altında	101	47.0	77	51.3	178	48.8	
Orta düzeyde risk altında	76	35.3	51	34.0	127	34.8	0.645
Risk altında değil	38	17.7	22	14.7	60	16.4	
COVID-19 endişe düzeyi							
Çok endişeli	58	27.0	49	32.7	107	29.3	
Orta düzeyde endişeli	84	39.1	56	37.3	140	38.4	0.479
Hiç endişeli değil	73	34.0	45	30.0	118	32.3	
Toplam	215	58.9*	150	41.1*	365	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Erkek katılımcıların %30.7'si, kadın katılımcıların %32.0'ı olmak üzere çalışanların %31.2'si COVID-19 tanısı almıştır. Erkek katılımcılarda %61.7, kadın katılımcılarda %64.7 olmak üzere çalışanların %62.7'sinin aile bireylerinden en az biri COVID-19 tanısı almıştır. Erkek katılımcıların %39.5'i, kadın katılımcıların %35.3'ü olmak üzere çalışanların %37.8'i COVID-19 nedeniyle karantinaya alınmıştır.

Erkek katılımcılarda %20.0, kadın katılımcılarda %18.7 olmak üzere çalışanların %19.5'inin ailesinden biri COVID-19 nedeniyle vefat etmiştir. Erkek katılımcıların %81.4'ü, kadın katılımcıların %89.3'ü olmak üzere, toplam olarak çalışanların %84.7'si COVID-19'a karşı aşı olmuştur. COVID-19 aşısı olma cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Kadın katılımcılar arasında aşı olanlar (%89.3), erkeklerden (%81.4) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0.03).

COVID-19 risk algısı incelendiğinde, erkek katılımcılarda %47.0, kadın katılımcılarda %51.3 olmak üzere çalışanların toplam %48.8'i koronavirus hastalığı açışından yüksek risk altında olduğuna inanıyordu (p>0.05). Erkek katılımcılarda %27.0, kadın katılımcılarda %32.7 olmak üzere, çalışanların toplam %29.3'ü son bir yıldır koronavirus hastalığına yakalanacağı için çok endişeli duyduğunu belirtmiştir (p>0.05).

Tablo 6'da çalışanların çay tüketim alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 6: Çalışanların çay tüketme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı

Çalışanların çay tüketme alışkanlıkları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	N	%	N	%	N	%
Çay						
Hiç içmiyor	3	1.4	2	1.3	5	1.4
Bir-iki fincan	36	16.8	46	30.9	82	22.6
Üç-dört fincan	85	39.7	59	39.6	144	39.7
Beş fincan ve üzeri	90	42.1	42	28.2	132	36.4
Toplam	214	51.0*	149	49.0	363[1]	100.0

[1]İki kişi cevap vermemiştir.
*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.
p=0.006, Ki-kare

Katılımcıların %39.7'si üç-dört fincan, %36.4'ü beş fincan ve üzeri, %22.6'sı bir-iki fincan çay içtiğini, %1.4'ü hiç çay içmediğini belirtmiştir. Çay içme alışkanlığı ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.006). Beş fincan ve daha fazla çay içenler erkek çalışanlarda daha yüksek düzeyde iken (%42.1) bir-iki fincan çay içenler kadınlar arasında daha yüksek düzeyde (%30.9) saptanmıştır.

Tablo 7'de çalışanların kahve tüketme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 7: Çalışanların kahve tüketme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı

Çalışanların kahve tüketme alışkınlıkları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	N	%	N	%	N	%
Kahve tüketimi						
Hiç içmem	95	45.2	47	31.8	142	39.7
Bir fincan	97	46.2	81	54.7	178	49.7
İki fincan ve üzeri	18	8.6	20	13.5	38	10.6
Toplam	210	58.7[1]	148	41.3[1]	358*	100.0

p=0.027, Ki-kare testi
*Yanıt vermeyen 7 katılımcı mevcuttur.
[1] Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Katılımcıların %39.7'si hiç kahve içmediğini, %49.7'si bir fincan, %10.6'sı iki fincan ve üzerinde kahve içtiğini belirtmiştir. Kahve içme alışkanlığı ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadın çalışanlar arasında hiç kahve içmeyenler daha düşük düzeyde iken (%31.8), bir fincan (%54.7) ile iki fincan ve daha fazla kahve içenler (% 13.5) erkeklerden daha yüksek düzeyde saptanmıştır (p=0.027).

4.3 Çalışanların tütün ve sigara kullanımına ilişkin bulgular

4.3.1. Tütün kullanım prevalansları

Tablo 8'de çalışanların cinsiyete göre ayrıntılı tütün kullanım prevalanslarının yüzde dağılımı sunulmuştur.

Tablo 8: Çalışanların cinsiyete göre ayrıntılı tütün kullanım prevalanslarının yüzde dağılımı

Tütün kullanma prevalansları	Erkek (N=215)			Kadın (N=150)			Toplam (N=365)		
	Sayı	%	%95 Güven Aralığı	Sayı	%	%95 Güven Aralığı	Sayı	%	%95 Güven Aralığı
Halen tütün kullanımı	6	40.0	33.4-46.5	25	16.7	10.7-22.6	111	30.4	25.6-31.1
Her gün	75	34.9	28.5-41.2	22	14.7	9.0-20.3	97	26.6	22.0-31.1
Ara sıra	11	5.1	2.1-8.0	3	2.0	0.0-4.2	14	3.8	1.8-5.8
Ara sıra kullanan, önceden her gün kullanan	9	4.2	1.5-6.8	3	2.0	0.0-4.2	12	3.3	1.4-5.1
Ara sıra kullanan, önceden her gün kullanmayan	2	0.9	0.0-2.2	0	0.0	0.0-0.0	2	0.5	0.0-1.3
Halen tütün ürünü kullanmayan	129	60.0	53.4-66.5	125	83.3	77.3-89.3	254	69.6	64.8-74.3
Eskiden kullanan	24	11.2	6.9-15.3	8	5.3	0.1-8.9	32	8.8	5.8-11.6
Eskiden her gün kullanan	15	7.0	3.5-10.3	4	2.7	0.0-5.2	19	5.2	2.9-7.4
Eskiden ara sıra kullanan	9	4.2	1.5-6.8	4	2.7	0.0-5.2	13	3.6	1.6-5.4
Hiç tütün ürünü kullanmamış olan	105	48.8	42.1-55.5	117	78.0	71.3-84.6	222	60.8	55.8-65.8

Katılımcılarda halen tütün kullanım prevalansı %30.4 (GA:25.6-31.1)'tür. Bu prevalans erkekler için %40.0 (GA:33.4-46.5), kadınlar için %16.7'dir (GA:10.7-22.6). Katılımcılarda her gün tütün kullanım erkeklerde %34.9 (GA.:28.5-41.2), kadınlarda %14.7 (GA: 9.0-20.3) olmak üzere tüm katılımcılarda %26.6'dır (GA:22.0-31.1). Ara sıra kullanım hem erkeklerde hem de kadınlarda her gün kullanımdan daha düşüktür. Ara sıra tütün ürünü kullanım prevalansı erkeklerde %5.1 (GA:2.1-8.0), kadınlarda %2.0 (GA:0.0-4.2), katılımcıların tümü için %3.8'dir (GA: 1.8-5.8). Halen ara sıra tütün kullanmakta olup geçmişte her gün kullananların prevalansı %3.3'tür (1.4-5.1).

Katılımcıların %69.6'sı halen tütün ürünü kullanmamaktadırlar (GA: 64.8-74.3). Halen tütün kullanmayan katılımcıların içinde eskiden her gün kullananların prevalansı %5.2'dir (GA:2.9-7.4). Eskiden her gün içen katılımcıların sıklığı erkeklerde (%7.0) kadınlara göre (%5.2) daha yüksek düzeydedir. Erkeklerde %11.6 ve kadınlarda %3.2 olmak üzere halen tütün ürünü kullanmayan katılımcıların içinde geçmişte her gün kullananların sıklığı %7.4'tür (19/254). Katılımcıların %60.8'i (GA:55.8-65.8) hayatı boyunca hiç tütün ürünü kullanmamıştır. Yaşamı boyunca hiç kullanmayanların sıklığı kadınlarda (%78.0), erkeklere (%48.8) göre daha yüksek düzeydedir.

Tablo 9'da çalışanların tütün kullanım durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 9: Çalışanların tütün kullanım durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Tütün kullanım durumu				Toplam N	Ki-kare p
	Halen kullanan		Kullanmayan			
	N	%*	N	%*		
Cinsiyet						
Erkek	86	40.0	129	60.0	215	0.001
Kadın	25	16.7	125	83.3	150	
Yaş grubu						
<30	31	38.3	50	61.7	81	
30-39	37	27.8	96	72.2	133	0.354
40-49	33	29.5	79	70.5	112	
>50	10	25.6	29	74.4	39	
Eğitim düzeyi						
<Lise	3	33.3	6	66.7	9	
Lise	17	45.9	20	54.1	37	
Ön lisans	17	31.5	37	68.5	54	0.276
Lisans	61	28.2	155	71.8	216	
Lisansüstü	13	26.5	36	73.5	49	
Medeni durum						
Evli	78	28.1	200	71.9	278	
Bekâr	25	34.2	48	65.8	73	0.051
Boşanmış/Dul	8	57.1	6	42.9	14	
Çalışılan kurum						
İl Sağlık Müdürlüğü	16	21.1	60	78.9	76	
İl Emniyet Müdürlüğü	36	41.4	51	58.6	87	
Vilayet binası	12	27.3	32	72.7	44	0.044
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	11	20.8	42	79.2	53	
Adalet Sarayı	11	34.4	21	65.6	32	
Rize Belediyesi	25	34.2	48	65.8	73	
Meslek						
Öğretmen	12	42.9	16	57.1	28	
Sağlık çalışanı	11	17.7	51	82.3	62	
Mühendis	10	19.6	41	80.4	51	
Polis	24	41.4	34	58.6	58	
Teknisyen	25	31.6	54	68.4	79	0.069
İktisatçı	6	33.3	12	66.7	18	
Yönetici	5	31.3	11	68.8	16	
Büro elemanı	12	30.0	28	70.0	40	
Diğer	6	46.2	7	53.8	13	
Toplam	111	30.4	254	69.6	365	

*Satır yüzdesidir.

Erkek katılımcıların %40.0'ı, kadın katılımcıların %16.7'si tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım düzeyinin cinsiyete göre dağılımı istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p=0.001).

Otuz yaş altındaki katılımcıların %38.3'ü, 30-39 yaş arasındaki katılımcıların %27.8'i, 40-49 yaş arasındaki katılımcıların %29.5'i, 50 ve üzeri yaştaki katılımcıların %25.6'sı tütün ürünü kullanmaktadır. Yaş ve tütün kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır (p=0.354).

Lise altında eğitim almış olan katılımcıların %33.3'ü, lise öğrenimini tamamlamış olan katılımcıların %45.9'u, ön lisans düzeyinde eğitim alan katılımcıların %31.5'i, lisans düzeyinde eğitim almış olan katılımcıların %28.2'si, lisansüstü eğitimli olan katılımcıların %26.5'i tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanımı eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.276).

Tütün kullanımı çalışılan kurumla ilişkili bulunmuştur (p=0.044). İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %21.1'i, İl Emniyet Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %41.4'ü, Vilayet Binası'nda çalışan katılımcıların %27.3'ü, İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %20.8'i, Adalet Sarayı'nda çalışan katılımcıların %34.4'ü, Rize Belediye'sinde çalışan katılımcıların %34.2'si tütün ürünü kullanmaktadır.

Meslek grupları ve tütün kullanımı durumu arasında ilişki bulunmamıştır (p=0.069). Öğretmenlerin %42.9'u, sağlık çalışanlarının %17.7'si, mühendislerin %41.4'ü, polislerin %41.4'ü, teknisyenlerin %31.6'sı, iktisatçıların %33.3'ü, yöneticilerin %31.3'ü, büro elemanlarının %30.0'ı, diğer meslek gruplarından olan katılımcıların %46.2'si tütün ürünü kullanmaktadır.

Tablo 10'da çalışanların cinsiyete göre ayrıntılı sigara içme durumunun yüzde dağılımı sunulmuştur.

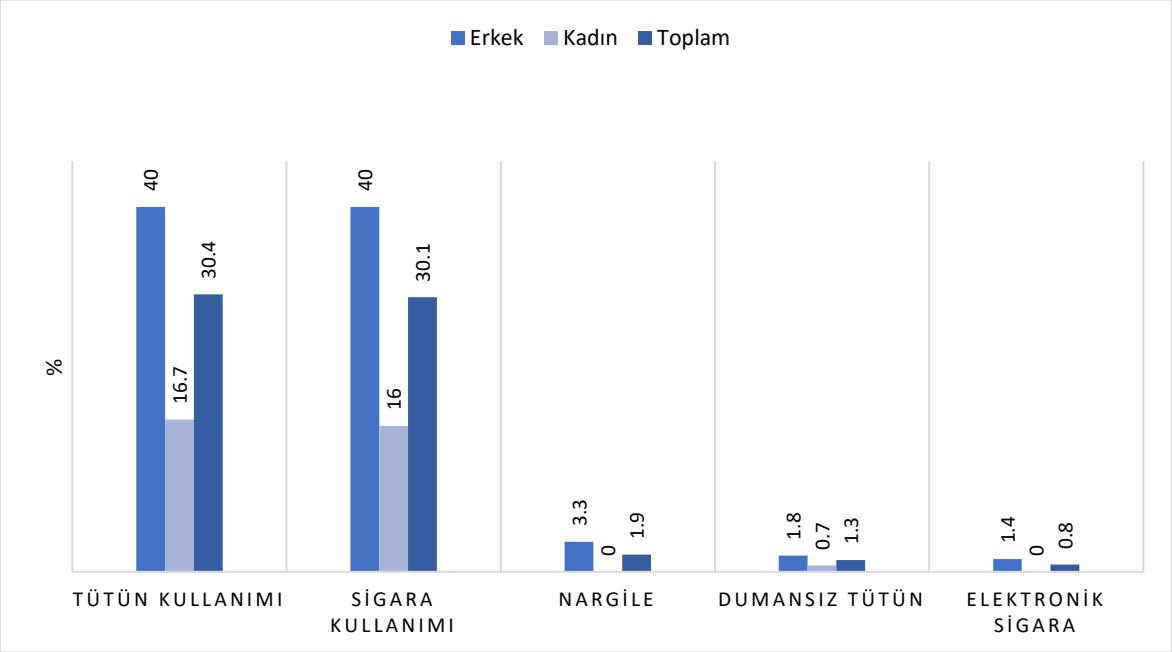
Tablo 10: Çalışanların cinsiyete göre ayrıntılı sigara içme durumunun yüzde dağılımı

Sigara içme durumu	Erkek (N=215)			Kadın (N=150)			Toplam (N=365)		
	Sayı	%	%95 Güven Aralığı	Sayı	%	%95 Güven Aralığı	Sayı	%	%95 Güven Aralığı
Halen sigara içen	86	40.0	33.4-46.5	24	16.0	10.1-21.8	110	30.1	25.4-34.8
Her gün	75	34.9	28.5-41.2	21	14.0	8.4-19.5	96	26.3	21.7-30.8
Ara sıra	11	5.1	2.1-8.0	3	2.0	0.0-4.2	14	3.8	1.8-5.8
Ara sıra içen, önceden her gün içen	10	4.6	1.8-7.4	3	2.0	0.0-4.2	13	3.5	1.6-5.4
Ara sıra içen, hiç her gün içmeyen	1	0.6	0.0-1.3	0	0.0	0.0-0.0	1	0.3	0.0-0.8
Halen sigara içmeyen	129	60.0	53.4-66.5	126	84.0	78.1-89.8	255	69.9	65.1-74.5
Eskiden içen	24	11.2	6.9-15.3	9	6.0	2.2-9.8	33	9.0	6.1-11.9
Eskiden her gün içen	15	7.0	3.5-10.3	5	3.3	0.4-6.2	20	5.4	3.1-7.8
Eskiden ara sıra içen	9	4.2	1.5-6.8	4	2.7	0.0-5.2	13	3.6	1.6-5.4
Hiç sigara içmemiş olan	105	48.8	42.1-55.5	117	78.0	71.3-84.6	222	60.8	55.8-65.8

Katılımcılarda halen sigara içme prevalansı %30.1 (GA:25.4-34.8)'dir. Bu prevalans erkekler için %40.0 (GA:33.4-46.5), kadınlar için %16.0'dır (GA:10.1-21.8). Katılımcılarda her gün sigara içen erkeklerde %34.9 (GA:28.5-41.2), kadınlarda %14.0 (GA: 8.4-19.5) olmak üzere tüm katılımcılarda %26.3'tür (GA:21.7-30.8). Ara sıra içme hem erkeklerde hem de kadınlarda her gün içmeden daha düşüktür. Ara sıra sigara içme prevalansı erkeklerde %5.1 (GA:2.1-8.0), kadınlarda %2.0 (GA:0.0-4.2), katılımcıların tümü için %3.5'tir (GA: 1.6-5.4). Halen ara sıra sigara içmekte olup geçmişte her gün içenlerin prevalansı %3.5'tir (1.6-5.4).

Katılımcıların %69.9'u halen sigara içmemektedir (GA: 65.1-74.5). Halen sigara içmeyen katılımcıların içinde eskiden her gün içenlerin prevalansı %5.4'tür (GA:3.1-7.8). Eskiden her gün içen katılımcıların sıklığı erkeklerde (%7.0) kadınlara göre (%3.3) daha yüksek düzeydedir. Erkeklerde %5.8 ve kadınlarda % 1.9 olmak üzere halen sigara içmeyen katılımcıların içinde geçmişte her gün içenlerin sıklığı %7.8'dir. Katılımcıların %60.8'i (GA:55.8-65.8) hayatı boyunca hiç sigara içmemiştir. Yaşamı boyunca hiç içmeyenlerin sıklığı kadınlarda (%78.0), erkeklere (%48.8) göre daha yüksek düzeydedir. Katılımcıların %9.0'ı eski içicidir. Halen sigara içmeyenlerin %12.9'u geçmişte içmiştir, %87.1'i ise hayatı boyunca hiç sigara içmemiştir (Tablo 10).

Çalışanların tütün kullanım durumunun tütün ürünleri ve cinsiyete göre dağılımı Şekil 10'da sunulmuştur.



Şekil 10: Çalışanların tütün kullanım durumunun kullanılan tütün ürünü ve cinsiyete göre dağılımı

Şekil 10'da görüldüğü üzere, katılımcılarda toplam sigara içme prevalansı %30.1'dir. Erkeklerde sigara içme (%40.0) kadınlardan (%16.0) daha yüksektir (p=0.001).

Katılımcılarda nargile kullanım prevalansı %1.9'dur (7 kişi). Nargile kullanım prevalansı cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Erkeklerde nargile kullanımı %3.3'tür. Kadınlar arasında nargile kullanan saptanmamıştır (%0.0) (Fisher's Ki-kare=0.044).

Katılımcılarda dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı %1.3'tür (5 kişi Dumansız tütün ürünü kullanımı cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır. Prevalanslar, erkeklerde %1.8 (4 kişi), kadınlarda %0.7'dir (1 kişi) (p=0.476).

Katılımcılarda elektronik sigara içme prevalansı %0.8'dir (3 kişi). Elektronik sigara içme prevalansı cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır. Erkeklerin %1.4'ü elektronik sigara içmektedir. Kadınlar elektronik sigara içmemektedir.

Tablo 11'de çalışanların sigara içme durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 11: Çalışanların sigara içme durumunun kişisel özelliklerine göre dağılımı

Kişisel özellikler	Sigara içme durumu						Toplam N	Ki-kare p
	Her gün		Ara sıra kullanan		Kullanmayan			
	N	%	N	%	N	%		
Cinsiyet								
Erkek	75	34.9	11	5.1	129	60.0	215	0.001
Kadın	21	14.0	3	2.0	126	84.0	150	
Yaş grubu								
<30	29	35.8	2	2.5	50	61.7	81	
30-39	32	24.1	5	3.8	96	72.2	133	0.312
40-49	28	25.0	4	3.6	80	71.4	112	
>50	7	17.9	3	7.7	29	74.4	39	
Eğitim düzeyi								
<Lise	2	22.2	1	11.1	6	66.7	9	
Lise	14	37.8	2	5.4	21	56.8	37	
Ön lisans	16	29.6	1	1.9	37	68.5	54	0.617
Lisans	52	24.1	9	4.2	155	71.8	216	
Lisansüstü	12	24.5	1	2.0	36	73.5	49	
Medeni durum								
Evli	65	23.4	12	4.3	201	72.3	278	
Bekâr	23	31.5	2	2.7	48	65.8	73	0.045
Boşanmış/Dul	8	57.1	0	0.0	6	42.9	14	
Çalışılan kurum								
İl Sağlık Müdürlüğü	16	21.1	0	0.0	60	78.9	76	
İl Emniyet Müdürlüğü	31	35.6	5	5.7	51	58.6	87	
Vilayet Binası	8	18.2	4	9.1	32	72.7	44	0.027
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	8	15.1	3	5.7	42	79.2	53	
Adalet Sarayı	10	31.3	1	3.1	21	65.6	32	
Rize Belediyesi	23	31.5	1	1.4	49	67.1	73	
Gelir düzeyi								
İyi-orta	81	24.7	11	3.4	236	72.0	328	0.028
Kötü	15	40.5	3	8.1	19	51.4	37	
Toplam	96	26.3*	14	3.8*	255	69.9*	365	

[1] Gözlerdeki sayılar yeterli olmadığından, medeni durumla sigara içme ilişkisini saptamak için sigara içme durumu ara sıra ve her gün içenler ile hiç içmeyenler şeklinde gruplandırılmıştır.
*Satır yüzdesidir.

Katılımcıların %26.3'ü her gün, %3.8'i ara sıra sigara içmektedir, %69.9'u sigara içmemektedir. Sigara içme cinsiyet ile ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Erkek katılımcıların

%34.9'u her gün sigara içip, %60.0'ı içmezken kadın katılımcıların %14.0'ı her gün, %84.0'ı içmektedir.

Sigara içme yaş (p=0.312) ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır (p=0.617).

Sigara içenleri halen sigara içenler ve içmeyenler şeklinde iki grupta sınıflandırılarak medeni durumla ilişkisi incelendiğinde anlamlı fark saptanmıştır (p=0.045). Dul ve boşanmış olanların, evli ve bekarlardan daha yüksek düzeyde sigara içtikleri gözlenmiştir (%57.1).

Sigara içmede kurumlara göre anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0.027). Her gün sigara içmenin en yüksek İl Emniyet Müdürlüğü'nde (%35.6), en düşük İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde (%15.1) olduğu görülmüştür. Katılımcıların meslekleri ile sigara içme prevalansları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0.178).

Sigara içme gelir düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Gelir grubunu kötü olarak değerlendirenlerin %40.5'i her gün, %8.1'i ara sıra sigara içerken, iyi ve orta olarak değerlendirenlerin %24.7'si her gün, %3.4'ü ara sıra sigara içmektedir (p=0.028).

Çalışma süresi ile sigara içme prevalansı değerlendirildiğinde, 5 ve daha kısa süre çalışanların %39.2'si halen sigara içmekte iken, 6 yıl ve üzerinde çalışanların %26.9'u halen içmektedir (p=0.024). Her gün ve ara sıra sütunları birleştirilerek halen sigara içen grubu oluşturulmuştur. Halen sigara içen ve sigara içmeyen şeklinde iki grup yapılarak analiz edilmiştir ve sonuçlar, Tablo 12'de sunulmuştur.

COVID-19 tanısı alma ve karantinaya alınma ile halen sigara içme prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Sırayla p=0.118 ve 0.286). (Tablo 12'de cinsiyete göre ayrı ayrı sunulduğundan Tablo 11'de sunulmamıştır).

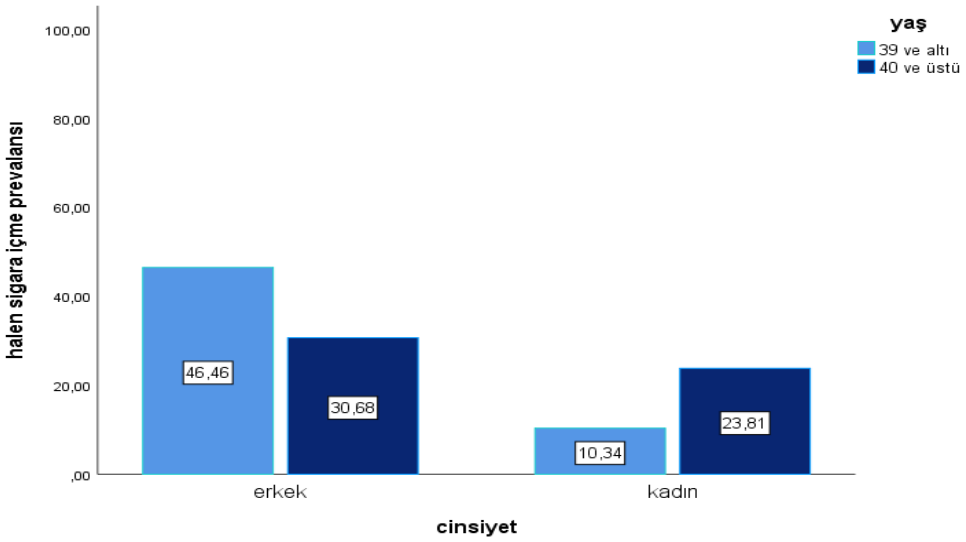
Tablo 12'de halen sigara içme prevalansının cinsiyete ve bazı kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 12: Halen sigara içme prevalansının cinsiyete ve bazı kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Erkek (N=215)				Ki-kare p	Kadın (N=150)				Ki-kare p
	Halen sigara içen		İçmeyen			Halen sigara içen		İçmeyen		
	Sayı	%*	Sayı	%*		Sayı	%*	Sayı	%*	
Yaş										
< 40	59	46.5	68	53.5	0.020	9	10.3	78	89.7	0.026
≥40	27	30.7	61	60.3		15	23.8	48	76.2	
Çalışma süresi										
İlk 5 yıl	34	55.7	27	44.3	0.003	4	11.1	32	88.9	0.359
6 ve üzeri yıl	52	33.8	102	66.2		20	17.5	94	82.5	
Eğitim düzeyi										
Lise ve altı	13	46.4	15	53.6	0.457	6	33.3	12	66.7	0.032
Ön lisans ve üzeri	73	39.0	114	61.0		18	13.6	114	86.4	
COVID-19 tanısı alma										
Almış	19	28.8	47	71.2	0.026	9	18.8	39	81.3	0.529
Almamış	67	45.0	82	55.0		15	14.7	87	85.3	
Karantinaya alınma										
Evet	26	30.6	59	69.4	0.023	9	17.0	44	83.0	0.809
Hayır	60	46.2	70	53.8		15	15.5	82	84.5	
Toplam	86	40.0	129	60.0		24	16.0	126	84.0	

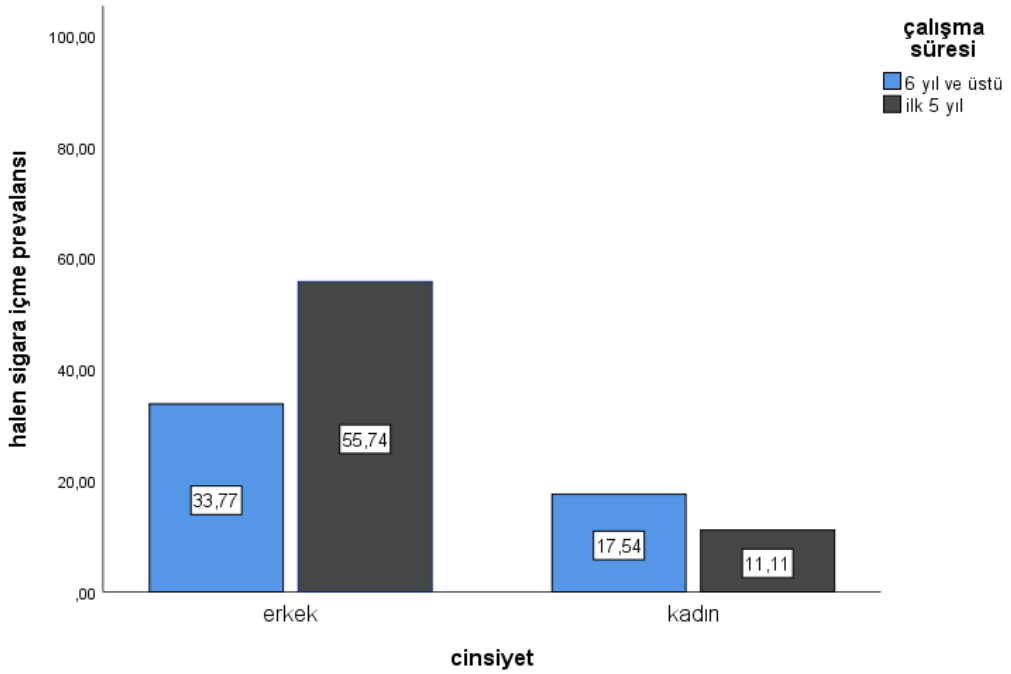
*Satır yüzdesidir.

Yaş grubu 40 yaş altı ve 40 ve üzeri yaş olarak iki grup şeklinde, sigara içme durumu ise halen sigara içen ve içmeyen olarak iki grup halinde sınıflandırılarak kadın ve erkeklerde ayrı ayrı karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda hem erkeklerde hem kadınlarda halen sigara içme prevalansları yaş grubu ile ilişkili bulunmuştur. Şekil 11'de görüldüğü gibi, halen sigara içme prevalansı kırk yaş altındaki erkeklerde (%46.5) 40 ve üzeri yaştaki erkeklere kıyasla daha yüksek düzeydedir (%30.7) (p=0.020). Kadınlarda ise erkeklerden farklı olarak halen sigara içme prevalansı, 40 ve üzeri yaş grubunda (%23.8), 40 yaş altı gruptan (%10.3) daha yüksek düzeyde saptanmıştır (p=0.026).



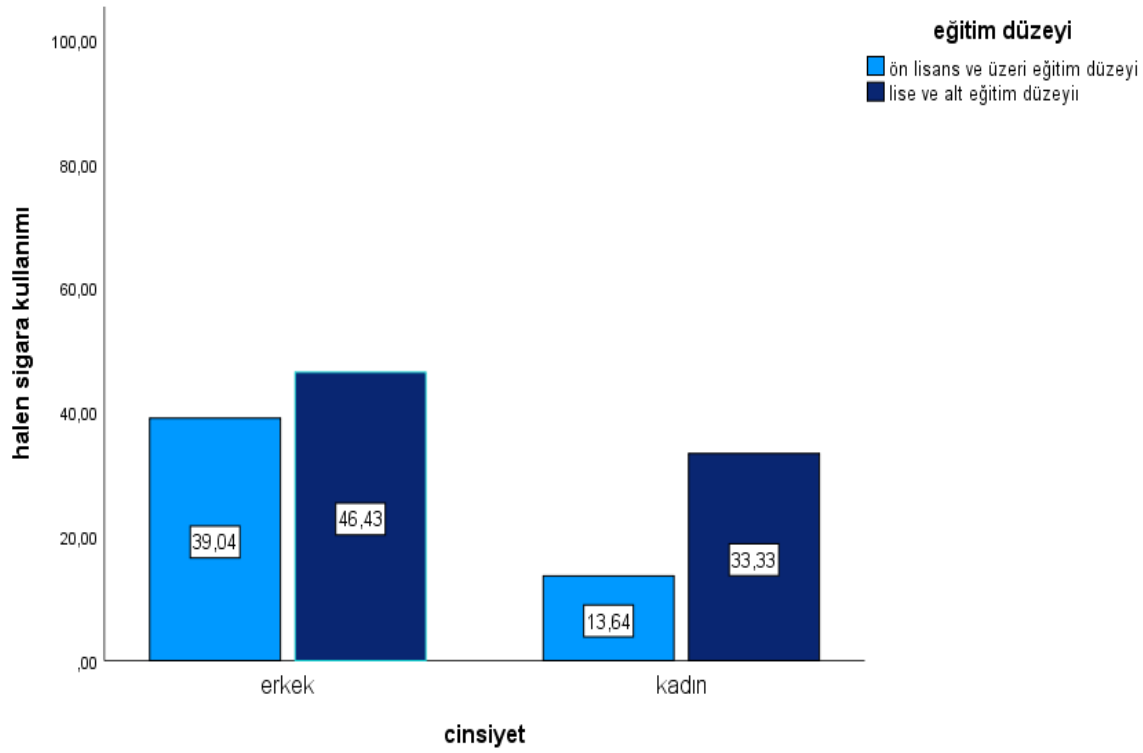
Şekil 11: Halen sigara içme prevalansının yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Çalışma süresi ile sigara içme prevalansı kadın ve erkeklerde ayrı ayrı incelendiğinde; beş ve daha az süre çalışan erkeklerde sigara içme prevalansının (%55.7) 5 yıldan uzun süre çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu (%33.8) görülmüştür (p=0.003). Kadınlarda ise çalışma süresi ile sigara içme prevalansı ilişkili bulunmamıştır. Şekil 12'de görüldüğü gibi, erkeklerin aksine, anlamlı olarak farklı olmasa da, kadınlarda altı yıl ve daha uzun süre çalışanlarda halen sigara içme prevalansı (%17.5) altı yıldan kısa süre çalışanlara kıyasla (%11.1) daha yüksek düzeydedir (p=0.359).



Şekil 12: Halen sigara içme prevalansının çalışma süresi ve cinsiyete göre dağılımı

Eğitim düzeyi ön lisans ve üzeri, lise ve altı şeklinde iki grup yapılarak cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınlarda halen sigara içme prevalansının ön lisans ve üzerinde eğitim almış olanlarda (%13.6) lise ve altı düzeyde eğitim almış olanlara (%33.3) kıyasla daha düşük düzeyde saptanmıştır (Şekil 13) (p=0.032). Erkeklerde halen sigara içme prevalansı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.457).



Şekil 13: Halen sigara içme prevalansının eğitim düzeyi ve cinsiyete göre dağılımı

Kadın ve erkeklerde ayrı ayrı incelendiğinde halen sigara içme prevalansı, erkeklerde COVID-19 tanısı alma ve karantinaya alınma ile ilişkili bulunmuştur. Tablo 12'de görüldüğü gibi, halen sigara içme prevalansı, COVID-19 tanısı alanlarda (%28.8) almayanlara kıyasla (%45.0) daha düşük düzeyde saptanmıştır (p=0.026). Halen sigara içme prevalansı karantinaya alınanlarda (%30.6) alınmayanlara kıyasla (%46.2) daha düşük düzeyde saptanmıştır (p=0.023). Aynı karşılaştırmalar kadınlarda yapıldığında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Sırayla p=0.529 ve p=0.809)

Halen sigara içme prevalansı ile diğer kişisel özellikler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

4.3.2. Çalışanların bağımlılık düzeyi

Bağımlılık düzeyi, bir günde ortalama içilen sigara sayısı ve sabah uyandıktan sonra ilk sigaranın içildiği zaman kullanılarak hesaplanan sigara ağırlık indeksine göre belirlenmiştir.

Tablo 13'te her gün sigara içen çalışanlarda günlük içilen ortalama sigara sayısının kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 13: Her gün sigara içen çalışanlarda günlük içilen ortalama sigara sayısının kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Günlük içilen ortalama sigara sayısı±SH	N	İstatistik p
Cinsiyet			
Erkek	16.4±1.0	75	Mann-Whitney U
Kadın	10.0±1.1	21	0.001
Medeni durum			
Evli	13.7±0.9	65	Kruskal Wallis
Bekar	17.0±1.6	23	0.079
Dul/boşanmış	19.4±4.1	8	
Gelir düzeyi			
İyi	15.2±1.6	29	Kruskal Wallis
Orta	15.1±1.1	52	0.988
Kötü	14.3±2.2	15	
Kronik hastalık			
Var	15.2±2.2	17	Mann-Whitney U
Yok	14.9±0.9	79	0.767
Çay tüketim sıklığı			
≤2 fincan	15.0±0.9	90	Mann-Whitney U
>2 fincan	15.0±2.3	6	0.866
Kahve tüketim Sıklığı			
İçen	15.4±1.1	61	Mann-Whitney U
İçmeyen	14.3±1.2	35	0.638
Toplam	15.0±0.8	96	

Katılımcıların günde ortalama 15.0±0.8 adet sigara içtiği belirlenmiştir. Günlük içilen ortalama sigara sayısı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Erkek katılımcılarda ortalama içilen sigara sayısı (16.4±1.0), kadın katılımcılardan (10.0±1.1) daha yüksek bulunmuştur (p=0.001).

Anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, kronik hastalığı olan katılımcılar arasında (15.2±2.2), günlük içilen ortalama sigara sayısı kronik hastalığı olmayan katılımcılardan (14.9±0.9) daha fazla saptanmıştır (p=0.767).

Günlük içilen ortalama sigara sayısının diğer kişisel özellikler yönünden benzer olduğu gözlenmiştir (p>0.05).

Tablo 14'te her gün sigara içen çalışanlarda günün ilk sigarasını içme zamanının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 14: Her gün sigara içen çalışanlarda günün ilk sigarasını içme zamanının cinsiyete göre dağılımı

Günün ilk sigarasını içme zamanı	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
İlk 5 dakika	10	13.3	1	4.8	11	11.5
5-30 dakika	10	13.3	5	23.8	15	15.6
31-60 dakika	19	25.3	5	23.8	24	25.0
61 dakika ve üzeri	36	48.0	10	47.6	46	47.9
Toplam	75	100.0	21	100.0	96	100.0

p=0.528, Ki-kare
*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Her gün sigara içen katılımcılardan %11.5'i günün ilk sigarasını uyandıktan sonra ilk 5 dakika, %15.6'sı 5-30 dakika, %25.0'ı 31-60 dakika içinde, %47.9'u 61 dakika ve daha uzun süre sonra içmektedir. Günün ilk sigarasını içme zamanı ile cinsiyet arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0.528).

Tablo 15'te çalışanlarda sigara bağımlılık düzeyinin cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 15: Çalışanlarda sigara bağımlılık düzeyinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sigara bağımlılık düzeyi								Toplam N
	Çok düşük düzeyde bağımlı		Düşük-orta düzeyde bağımlı		Orta düzeyde bağımlı		Yüksek düzeyde bağımlı		
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	
Erkek	52	69.3	11	14.7	7	9.3	5	6.7	75
Kadın	18	85.7	2	9.5	1	4.8	0	0.0	21
Toplam	70	72.9	13	13.5	8	8.3	5	5.2	96

p=0.434, Ki-kare testi
*Satır yüzdesidir.

Her gün sigara içen katılımcıların %72.9'unun çok düşük düzeyde, %13.5'inin düşük-orta düzeyde, %8.3'ünün orta düzeyde ve %5.2'sinin yüksek düzeyde sigara bağımlısı olduğu saptanmıştır. Erkeklerde yüksek düzeyde bağımlıların sıklığı kadınlardan

daha fazla ve kadınlarda çok düşük düzeyde bağımlıların sıklığı erkeklerden daha fazla olmasına rağmen cinsiyet ile sigara bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0.434). Diğer kişisel özellikler ile sigara bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadığından tablo olarak sunulmamıştır (p>0.05).

4.3.3. Çalışanların sigara içme yaşına ilişkin bulgular

Tablo 16'da hayatı boyunca sigara içmiş olan çalışanlarda ortalama ilk sigara içme yaşının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 16: Hayatı boyunca sigara içmiş olan çalışanlarda

ortalama ilk sigara içme yaşının cinsiyete göre dağılımı

	Ortalama ilk sigara içme yaşı (Deneme)	N
Erkek	16.7±0.3	105
Kadın	20.3±0.9	30
Toplam	17.5±0.3	135[1]

p=0.001, Mann-Whitney U

[1]8 katılımcı cevap vermemiştir (N=143 kişi)

Hayatı boyunca sigara içmiş olanlarda, ilk sigara içme yaşı ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). Erkek katılımcılar (16.7±0.3), kadın katılımcılardan (20.3±0.9) daha genç yaşta ilk sigarasını içmiştir.

Tablo 17'de hayatı boyunca sigara içmiş olan çalışanlarda ilk sigara içme yaşının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 17: Hayatı boyunca sigara içmiş olan çalışanlarda ilk sigara içme yaşının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	İlk sigara içme yaşı								Toplam
	<15 yaş		15-17 yaş		18-20 yaş		≥21 yaş		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Erkek	27	25.7	37	35.2	30	28.6	11	10.5	105
Kadın	0	0.0	11	36.7	8	21.1	11	36.7	30
Toplam	27	20.0	48	35.6	38	28.1	22	16.3	135[1]

p=0.001, Ki-kare testi
[1]8 katılımcı cevap vermemiştir (143 kişiden)

Hayatının herhangi bir döneminde sigara içmiş olan katılımcıların %20.0'ı 15 yaş altında, %35.6'sı 15-17 yaş aralığında, %28.1'i 18-20 yaş aralığında, %16.3'ü 21 yaş ve üzerinde ilk sigarasını içmiştir (Sigarayı ilk deneme yaş ortalaması). Erkeklerin %25.7'si 15 yaş altında ilk sigarasını içmişken, kadın katılımcıların hiç biri ilk sigarasını 15 yaş altında içmemiştir. Kadın katılımcıların %36.7'si, erkek katılımcıların %10.5'i 21 yaş ve üzerinde ilk sigarasını içmiştir. İlk sigarayı içme yaşı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001).

Tablo 18'de her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki çalışanlarda her gün düzenli sigara içmeye başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 18: Her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki çalışanlarda her gün düzenli sigara içmeye başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Her gün düzenli sigara içmeye başlama yaşı	N
Erkek	19.7±0.8	33
Kadın	21.5±1.4	4
Toplam	19.9±0.7	37

p=0.731, Student t-testi

Her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki erkek katılımcılar her gün düzenli sigara içmeye (19.7±0.8), kadın katılımcılardan (21.5±1.4) daha erken başlamışlardır. Her gün sigara içen katılımcılarda düzenli sigara içmeye başlama yaş ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0.731).

Tablo 19'da her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki çalışanlarda düzenli sigara içmeye başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 19: Her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki çalışanlarda düzenli sigara içmeye başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Düzenli sigara içmeye başlama yaşı								Toplam
	<15 yaş		15-17 yaş		18-20 yaş		≥21 yaş		
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	
Erkek	4	12.1	6	18.2	8	24.2	15	45.5	33
Kadın	0	0.0	0	0.0	1	25.0	3	75.0	4
Toplam	4	10.8	6	16.2	9	24.	18	48.6	37

p =0.266, Fisher Ki-kare
*Satır yüzdesidir.

Her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki katılımcıların %10.8'i 15 yaş altında, %16.2'si 15-17 yaş aralığında, %24.3'ü 18-20 yaş aralığında, %48.6'sı 21 yaş ve üzerinde düzenli sigara içmeye başlamıştır. Erkeklerin %10.8'i düzenli sigara içmeye 15 yaş altında başlamışken, kadın katılımcıların hiçbiri 15 yaş altında başlamamıştır. Kadın katılımcıların %75.0'ı, erkek katılımcıların %45.5'i 21 yaş ve üzerinde düzenli sigara içmeye başlamıştır. Yaş grubu 18 yaş altı ve üzeri iki grup olarak sınıflandırıldığında cinsiyetle düzenli sigara içme yaşı ilişkili bulunmamıştır. On sekiz-otuz beş yaş arasındaki katılımcıların %27.0'ı düzenli sigara içmeye 18 yaş altında başlamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, bu sıklık erkeklerde %30.3, kadınlarda %0.0'dır (p=0.731).

4.3.4. Çalışanların sigara için yaptıkları harcamaya ilişkin bulgular

Tablo 20'de her gün sigara içen çalışanlarda sigara için bir günde ortalama yapılan harcamanın (TL) kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 20: Her gün sigara içenlerde günlük ortalama harcamanın (TL) kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Sigara için günlük ortalama harcama (TL)± SH	Medyan (Q1,Q3)	N	İstatistik p
Cinsiyet				
Erkek	14.4±0.9	13.9 (8.0,17.0)	75	Mann-Whitney U 0.001
Kadın	8.3±0.9	8.0 (5.2,18.0)	21	
Medeni durum				
Evli	11.7±0.9	11.2 (7.2,15.0)	65	Kruskal Wallis 0.037
Bekar	15.4±1.7	13.5 (8.5,19.5)	23	
Dul/boşanmış	17.3±3.5	15.5 (9.1, 27.3)	8	
Gelir düzeyi				
İyi	13.5±1.6	12.0 (7.2,17.0)	29	Kruskal Wallis 0.968
Orta	13.1±1.1	11.3 (8.0,15.9)	52	
Kötü	12.1±1.6	12.0 (7.8,16.0)	15	
Kronik hastalık				
Var	12.5±2.1	10.4 (7.5,15.3)	17	Mann-Whitney U 0.431
Yok	13.1±0.9	12.0 (8.0,16.0)	79	
Toplam	13.0±0.8	11.8 (8.0,16.0)	96	

Her gün sigara içen katılımcılar sigara için günlük ortalama 13.0±0.8 TL harcamaktadırlar (Medyan: 11.8 (Q1:8, Q3:16), Mod: 8, Minimum: 1.6, Maximum:43.5). Bu ortalama erkeklerde 14.4±0.9 TL (Medyan: 13.9 (Q1: 8.0, Q3: 17), kadınlarda 8.3±0.9 TL (Medyan: 8.0 (Q1: 5.2,Q3: 18.0) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sigara için günlük ortalama harcamaları cinsiyet ile ilişkili saptanmıştır (p=0.001).

Günlük ortalama harcama, her gün sigara içen evli katılımcılarda 11.7±0.9 TL, bekar katılımcılarda 15.4±1.7 TL, dul ve boşanmış katılımcılarda 17.3±3.5 TL olarak hesaplanmıştır. Sigara için yapılan günlük ortalama harcama medeni durumla ilişkili bulunmuş (p=0.037), diğer kişisel özelliklerle ilişkili bulunmamıştır (p>0.05).

4.4. Çalışanlarda ikinci el sigara dumanına ilişkin bulgular

Tablo 21'de çalışanlarda sigara dumanından pasif etkilenimin cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 21: Çalışanlarda sigara dumanından pasif etkilenimin cinsiyete göre dağılımı

Kapalı ortamlarda sigara içimi ve pasif etkilenim (n=365)	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare p
	Erkek		Kadın				
	N	%*	N	%*	N	%*	
Evde sigara içilme sıklığı							
Her gün	40	18.6	36	24.0	76	20.8	
Ara sıra	6	2.8	5	3.3	11	3.0	0.421
Hiç	169	78.6	109	72.7	278	76.2	
Sigara içenlerle bir arada bulunma (n=325)							
Evet	175	81.4	96	64.0	271	74.2	0.001
Hayır	40	18.6	54	36.0	54	25.8	
Yasak olan yerlerde sigara içildiğinin görülmesi (Restoran, kafeterya, otel, vb)							
Evet	78	36.3	29	19.3	107	29.3	0.001
Hayır	137	69.7	121	80.7	258	70.7	
İş yerinde kapalı alanlarda sigara içen görme							
Evet	85	39.5	32	21.3	117	32.1	0.001
Hayır	130	60.5	118	78.7	248	67.9	

*Sütun yüzdesidir.

Katılımcıların %23.8'inin evinde sigara içilmekte, %74.2'si sigara içenlerle bir arada bulunmakta, %29.3'ü ise sigara içilmesinin yasak olduğu kapalı alanlarda sigara içildiğini görmüştür. Sigara içenlerle aynı ortamda bulunma, sigara içilmesinin yasak olduğu yerlerde sigara içildiğini görme ve işyerinde kapalı alanda sigara içildiğini görme ile erkek cinsiyet ilişkili bulunmuştur.

Erkek katılımcıların %81.4'ü, kadın katılımcıların %64.0'ı sigara içenlerle aynı ortamda bulunduğunu belirtmiştir (p=0.001). Farklılık saptanmamakla birlikte erkek katılımcıların %18.6'sının, kadınların %24.0'ının evinde her gün sigara içilmektedir (p>0.05). Erkek katılımcıların %36.3'ü, kadın katılımcıların %19.3'ü sigara içmenin yasak olduğu kapalı ortamlarda sigara içenleri görmüştür (p=0.001). Erkek katılımcıların %39.5'i, kadın katılımcıların %27.4'ü çalıştığı işyerinde kapalı ortamda sigara içenleri görmüştür (p=0.001).

Tablo 22'de halen sigara içen çalışanlarda kapalı ortamlarda sigara içmenin cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 22: Halen sigara içen çalışanlarda kapalı ortamlarda sigara içmenin cinsiyete göre dağılımı

Çalışanların kapalı alanlarda sigara içme durumu	Cinsiyet				Toplam		İstatistik p
	Erkek		Kadın				
	N	%*	N	%*	N	%*	
Özel araçta sigara içme (N=83)							Ki-kare
Evet	33	52.4	5	25.0	38	38.0	0.032
Hayır	30	47.6	15	75.0	45	62.0	
İşyerinde kapalı alanda sigara içme (N=105)							Ki-kare
Evet	20	24.4	2	8.7	22	21.0	0.102
Hayır	62	75.6	21	91.3	83	79.0	
Sigara içme nedeniyle ceza ödeme (N=104)							Fisher
Evet	3	3.7	0	0.0	3	2.9	Ki-kare
Hayır	78	96.3	23	100.0	101	97.1	1.000

*Sütun yüzdesidir

Halen sigara içen katılımcıların %38.0'ının özel aracında sigara içilmekte, %21.0'ı işyerinde kapalı alanda sigara içmekte ve %2.9'u yasak olan yerlerde sigara içme nedeniyle ceza ödemiştir. Özel araçta sigara içilmesi cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Erkek katılımcıların %43.4'ünün, kadın katılımcıların %20.8'inin özel aracında sigara içilmektedir (p=0.047).

Tablo 23'te çalışanlar arasında, sigara dumanından pasif etkilenimin sigara içme durumuna göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 23: Çalışanlar arasında, sigara dumanından pasif etkilenimin sigara içme durumuna göre dağılımı

Pasif etkilenim	Sigara içme durumu				Toplam		Ki-kare
	Halen içen		İçmeyen				
	N	%	N	%	N	%	p
Evde sigara içme sıklığı							
Her gün	44	40.0	32	12.5	76	20.8	
Ara sıra	4	3.6	7	2.7	11	3.0	0.001
Hiç	62	56.4	216	84.7	278	76.2	
Sigara içenlerle bir arada bulunmak							
Evet	105	95.5	166	65.1	271	74.2	0.001
Hayır	5	4.5	89	34.9	94	25.8	
Yasak olan yerlerde sigara içildiğinin görülmesi							
Evet	33	30.0	74	29.0	107	29.3	0.850
Hayır	77	70.0	181	71.0	258	70.7	
İş yerinde kapalı alanlarda sigara içen görme							
Evet	43	39.1	74	29.0	117	32.1	0.059
Hayır	67	60.9	181	71.0	248	67.9	
Toplam	110	30.1*	255	69.8*	365	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

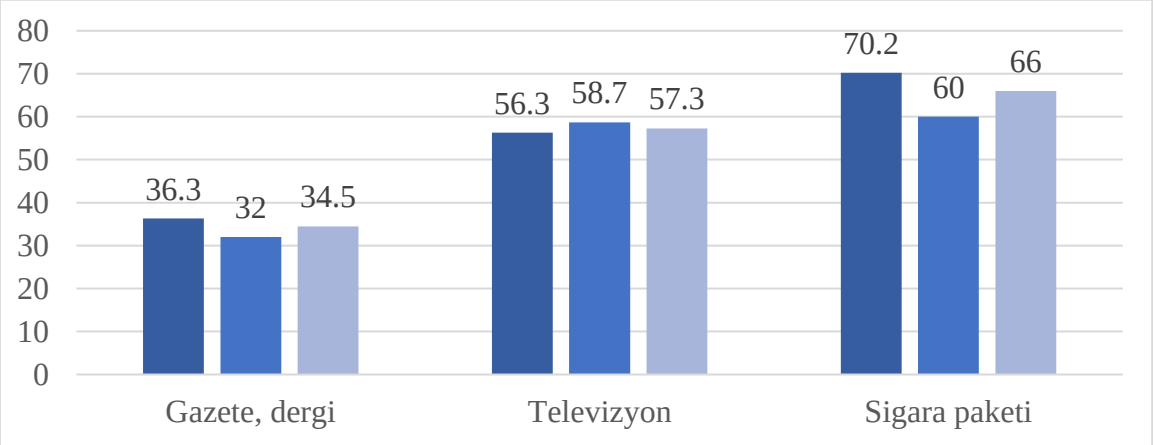
Evde sigara içme ve sigara içenlerle bir arada bulunma sıklığı sigara içme durumu ile ilişkili saptanmıştır (p=0.001).

Katılımcıların %20.8'inin evinde her gün, %3.0'ının evinde ara sıra, %76.2'sinin evinde hiç sigara içilmemektedir. Sigara içmeyen katılımcıların %84.7'sinin, sigara içen katılımcıların %15.2'sinin evinde sigara içilmemektedir (p=0.001). Halen sigara içenlerin %84.5'i iş yerinde sigara molası vermektedir. Sigara molası veren 83 kişinin %71.1'i bina dışında, %25.3'ü bina balkonunda, %3.6'sı yangın merdiveninde sigara içtiğini belirtmiştir. Kamu binalarında yangın merdiveni ve balkonda sigara içme 5727 sayılı yasa ve 2009/44 sayılı genelge ile yasaklanmıştır. Kamu binalarında sigara odalarına aynı mevzuatla izin verilmemektedir.

Sigara içmeyen katılımcıların %65.1'i, sigara içen katılımcıların %95.5'i sigara içenlerle bir arada bulunmaktadır (p=0.001).

4.5.Çalışanların tütün karşıtı mesajlar ve tütünü teşvik eden durumlarla karşılaşmalarına ilişkin bulgular

Bu bölümde görsel, işitsel ve diğer yöntemlerle yapılan tütün karşıtı iletişim uygulamalarının katılımcılar tarafından fark edilme düzeyine ilişkin bulgular değerlendirilmiştir.



Şekil 14: Son bir ayda fark edilen tütün karşıtı mesajların ve kaynaklarının cinsiyete göre dağılımı

Şekil 14'te son bir ayda fark edilen tütün karşıtı mesajların ve kaynaklarının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur. Katılımcılar tarafından son bir ayda en çok sigara paketleri üzerindeki uyarılar (%66.0), ikinci olarak televizyondaki (%57.3) kamu spotları ve en az sıklıkla gazete ve dergilerdeki uyarılar (%34.5) fark edilmiştir. Sigara paketi üzerindeki mesajları fark etme düzeyi erkeklerde (%70.2), kadınlardan (%60.0) anlamlı olarak yüksektir (p=0.04).

Tablo 24'te sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıları fark etmenin kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 24: Sigara paketi üzerindeki resimli uyarıları fark etme düzeyinin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıları fark etme				Toplam	Ki-kare p
	Fark eden		Fark etmeyen			
	N	%*	N	%*	N	
Herhangi bir tütün ürünü kullanımı						
Kullananlar	96	86.5	15	13.5	111	0.001
Kullanmayanlar	145	57.1	109	42.9	254	
Cinsiyet						
Erkek	151	70.2	64	29.8	215	0.042
Kadın	90	60.0	60	40.0	150	
Yaş grubu						
<30	60	74.1	21	25.9	81	
30-39	83	62.4	50	37.6	133	0.359
40-49	73	65.2	39	34.8	112	
>50	25	64.1	14	35.9	39	
Medeni durum						
Evli	180	64.7	98	35.3	278	
Bekâr	48	65.8	25	34.2	73	0.095
Boşanmış/Dul	13	92.9	1	7.1	14	
Eğitim						
Lise ve altı eğitim düzeyi	29	63.0	17	37.0	46	
Ön lisans	39	72.2	15	27.8	54	0.732
Lisans	140	64.8	76	35.2	216	
Lisansüstü	33	63.7	16	32.7	49	
Çalışılan kurum						
İl sağlık müdürlüğü	50	65.8	26	34.2	76	
İl emniyet müdürlüğü	66	75.9	21	24.1	87	
Vilayet binası	22	50.0	22	50.0	44	0.022
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	29	54.7	24	45.3	53	
Adalet sarayı	24	75.0	8	24.0	32	
Rize belediyesi	50	68.5	23	31.5	73	
Kronik hastalık						
Evet	49	58.3	35	41.7	84	0.090
Hayır	192	68.3	89	31.7	281	
Sigara içme durumu						
Her gün	84	87.5	12	12.5	96	
Ara sıra	12	85.7	2	14.3	14	0.001
İçmeyen	145	56.9	110	43.1	255	
Toplam	241	66.0*	124	34.0*	365	

*Satır yüzdesidir.

Tütün ürünü kullanan katılımcıların %86.5'i, tütün ürünü kullanmayanların %57.1'i olmak üzere katılımcıların %66.0'ı, sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıları fark etmiştir. Tütün ürünü kullananlar sigara paketi üzerindeki uyarıları kullanmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde fark etmiştir (p=0.001)

Erkek katılımcılar sigara paketi üzerindeki uyarıları (%70.2) kadın katılımcılara (%60) kıyasla daha yüksek düzeyde fark etmiştir (p=0.042).

Her gün sigara içen katılımcıların %87.5'i, ara sıra içeren sigara içen katılımcıların %85.7'si, sigara içmeyen katılımcıların %56.9'u sigara paketlerinin üzerindeki uyarıları fark etmiştir (p=0.001).

Çalışılan kurumla paket üzerindeki uyarıları fark etme ilişkili bulunmuştur. İl sağlık Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %65.8'i, İl Emniyet Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %75.9'u, Adalet Sarayı'nda çalışan katılımcıların %75.0'ı, Vilayet binasında çalışan katılımcıların %50.0'ı, İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %54.7'si, Belediyede çalışan katılımcıların %68.5'i sigara paketleri üzerindeki uyarıları fark etmiştir (p=0.022).

Yaş, eğitim düzeyi ve meslek gibi kişisel özellikler ile sigara paketi üzerindeki uyarıları fark etme ilişkili bulunmamıştır (p >0.05).

Tablo 25'te sigara paketi üzerindeki uyarıların sigara içmeyi önlemedeki etkisine ilişkin görüşlerin kişisel göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 25: Sigara paketi üzerindeki resimli uyarıların sigara içmeyi önlemedeki etkisine ilişkin görüşlerin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Sigara paketi üzerindeki resimlerin sigara içmeyi önlemedeki etkisine dair görüşler				Toplam N	Ki-kare p
	Etkili		Etkisiz			
	N	%	N	%		
Herhangi bir tütün ürünü kullanımı						
Kullananlar	54	48.6	57	51.4	111	0.866
Kullanmayanlar	126	49.6	128	50.4	254	
Cinsiyet						
Erkek	119	55.3	96	44.7	215	0.033
Kadın	66	44.0	84	56.0	150	
Yaş grubu			118			
39 yaş ve altı	96	44.9	62	55.1	214	0.008
40 yaş ve üzeri	89	58.9		41.1	151	
Medeni durum						
Evli	134	48.2	144	51.8	278	
Bekâr	40	54.8	33	45.2	73	0.536
Boşanmış/Dul	6	42.9	8	57.1	14	
Eğitim						
Lise ve altı eğitim düzeyi	19	41.3	27	58.7	46	
Ön lisans	29	53.7	25	46.3	54	0.312
Lisans	112	51.9	104	48.1	216	
Lisansüstü	20	40.8	29	59.2	49	
Kronik hastalık						
Evet	44	52.4	40	47.6	84	0.522
Hayır	136	48.4	145	51.6	281	
Sigara içme durumu						
Her gün		46.1	51	53.9	96	
Ara sıra	45	57.1	6	42.9	14	0.743
İçmeyen	8	49.8	128	50.2	255	
	127					
Toplam	185	50.7 *	180	49.3*	365	

*Satır yüzdesidir.

Katılımcıların %50.7'si sigara paketleri üzerindeki resimleri uyarıları sigara içmeyi önlemede etkili bulurken, %49.3'ü etkisiz bulmaktadır. Sigara paketi üzerindeki resimlerin etkisi konusunda cinsiyete göre fark saptanmıştır (p=0.033). Erkek katılımcıların %55.3'ü, kadın katılımcıların %44.0'ı sigara paketi üzerindeki resimli uyarıların sigara içmeyi önlemede etkisiz olduğunu düşünmektedir.

Sigara paketi üzerindeki resimli uyarıların sigara bırakmada etkisi yaşla ilişkili saptanmıştır (p=0.008). Otuz dokuz yaş ve altındaki katılımcıların %44.9'u, 40 ve üzeri yaştaki katılımcıların %58.9'u sigara paketi üzerindeki resimli uyarıları sigara bırakmada etkili bulmaktadır. Sigara paketi üzerindeki uyarıların sigarayı bırakma üzerindeki etkisinin diğer kişisel özelliklere göre dağılımı benzer bulunmuştur (p >0.05).

Tablo 26'da halen sigara içen çalışanlarda, son bir ay içinde sigara paketi üzerinde gördüğü resimli uyarı nedeni ile sigarayı bırakmayı düşünmenin kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 26: Halen sigara içen çalışanlarda, son bir ay içinde sigara paketi üzerinde gördüğü resimli uyarı nedeni ile sigarayı bırakmayı düşünmenin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Paket üzerinde resimli uyarı görme nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünme				Toplam		Ki-kare p
	Evet		Hayır				
	N	%	N	%	N	%*	
Yaş grubu							
<30	6	20.0	24	80.0	30	27.5	
30-39	11	29.7	26	79.3	37	33.9	0.001
40-49	23	71.9	9	28.1	32	29.4	
>50	3	30.0	7	70.0	10	9.2	
Medeni durum							
Evli	36	46.8	41	53.2	77	70.6	
Bekâr	6	25.0	18	75.0	24	22.0	0.044
Boşanmış/Dul	1	12.5	7	87.5	8	7.3	
Çalışılan kurum							
İl sağlık müdürlüğü	3	18.8	13	81.3	16	14.7	
İl emniyet müdürlüğü	13	37.1	22	62.9	35	32.1	0.022
Vilayet binası	10	83.3	2	16.7	12	11.0	
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	4	36.4	7	63.6	11	10.1	
Adalet sarayı	5	45.5	6	54.5	11	10.1	
Rize belediyesi	8	33.3	16	66.7	24	22.0	
Meslek							
Öğretmen	8	72.7	3	27.3	11	10.1	
Sağlık çalışanı	3	27.3	8	72.7	11	10.1	
Mühendis	2	20.0	8	80.0	10	9.2	
Polis	6	25.0	18	75.0	24	22.0	0.014
Teknisyen	9	37.5	15	62.5	24	22.0	
İktisatçı	3	50.0	3	50.0	6	5.5	
Yönetici	4	80.0	1	20.0	5	4.6	
Büro elemanı	3	25.0	9	75.0	12	11.0	
Diğer	5	83.3	1	16.7	6	5.5	
Kronik hastalık							
Evet	10	47.6	11	52.4	21	19.3	0.394
Hayır	33	37.5	55	62.5	88	80.7	
Sigara içme							
Her gün	34	35.4	62	64.6	96	88.1	0.001
Ara sıra	9	69.2	4	30.8	13	11.9	
Toplam	43	39.4	66	60.6	109	100.0	

[1] Bir kişi yanıtlamamıştır.

* Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

Katılımcıların %39.4'ü (43/109 kişi) sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıların kendisini sigarayı bırakmayı düşünmeye sevk ettiğini belirtmiştir. Resimli uyarılar nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünme yaş, medeni durum, çalışılan kurum, meslek, sigara içme ile ilişkili bulunmuştur. Paket üzerindeki resimler nedeniyle, 30 yaş altı katılımcıların %20.0'ı, 30-39 yaş arası katılımcıların %29.7'si, 40-49 yaş arası katılımcıların %71.9'u, 50 yaş üstü katılımcıların %30.0'ı sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (p=0.001).

Evli katılımcıların %46.8'i, bekar katılımcıların %25.0'ı, boşanmış/dul katılımcıların %12.5'i sigara paketleri üzerindeki resimli uyarılar nedeniyle sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (p=0.044).

İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan katılımcıların %18.8'i, İl Emniyet Müdürlüğü'nde çalışan katılımcılarının %37.1'i, Vilayet Binası'nda çalışan katılımcılarının %83.3'ü, İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde çalışan katılımcılarının %36.4'ü, Adalet Sarayı'nda çalışan katılımcılarının %45.5'i, Rize Belediyesi'nde çalışan katılımcılarının %33.3'ü sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıların sigarayı bırakmayı düşünmeye sevk ettiğini belirtmiştir (p=0.022)

Mesleklere göre incelendiğinde, öğretmenlerin %72.7'si, sağlık çalışanlarının %27.3'ü, mühendislerin %20.0'ı, polislerin %25.0'ı, teknisyenlerin %37.5'i, iktisatçıların %50.0'ı, yöneticilerin %80.0'ı, büro elemanlarının %25.0'ı, diğer meslek sahiplerinin %83.3'ü sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıların sigarayı bırakmaya yönlendirdiğini belirtmiştir (p=0.014).

Cinsiyet, eğitim düzeyi ve kronik hastalık sahibi olma ile resimli uyarıların sigarayı bırakmaya yönlendirmesi ilişkili bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 27'de çalışanların sigarayı teşvikle karşılaşma durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 27: Çalışanların sigarayı teşvikle karşılaşma durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Sigarayı teşvik eden bir durumla karılaşma				Toplam		Ki-kare p
	Evet		Hayır				
	N	%	N	%	N	%*	
Cinsiyet							
Erkek	22	10.2	193	89.8	215	58.9	0.595
Kadın	18	12.0	132	88.0	150	41.1	
Yaş grubu							
<30	9	11.1	72	89.9	81	22.2	
30-39	12	9.0	121	91.0	133	36.4	0.750
40-49	15	13.4	97	86.6	112	30.7	
>50	4	10.3	35	89.7	39	10.7	
Medeni durum							
Evli	35	12.6	243	87.4	278	76.2	
Bekâr	4	5.5	69	94.5	73	20.0	0.201
Boşanmış/Dul	1	7.1	13	92.9	14	3.8	
Eğitim							
Lise ve altı eğitim düzeyi	7	15.2	39	84.8	46	12.6	
Ön lisans	6	11.1	48	89.9	54	14.8	0.342
Lisans	19	8.8	197	91.2	216	59.2	
Lisansüstü	8	16.3	41	83.7	49	13.4	
Kronik hastalık							
Evet	8	9.5	76	90.5	84	23.0	0.631
Hayır	32	11.4	249	88.6	281	77.0	
Sigara içme							
Her gün	6	6.3	90	93.8	96	26.3	
Ara sıra	2	14.3	12	85.7	14	3.8	0.223
İçmeyen	32	12.5	223	87.5	255	69.9	
Toplam	40	11.0	325	60.0	365	100.0	

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

Katılımcıların %11.0'ı (40 kişi) sigarayı teşvik eden bir durumla karşılaştığını belirtmiştir. Sigarayı teşvik eden bir durumla karşılaşma kurum ve meslek dahil olmak üzere kişisel özelliklerle ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 28'de sigara içmeyi teşvik eden durumla karşılan çalışanların karşılaştığı teşvik biçimleri sunulmuştur.

Tablo 28: Sigara içmeyi teşvik eden durumla karşılan

çalışanların karşılaştığı teşvik biçimleri

Sigara içmeyi teşvik eden durumlar (N=6)	Sayı	%
E-posta ile sigara reklamı	2	33.2
Bedava sigara dağıtılması	1	16.6
Sigara logolu eşya	1	16.6
Sigara satışı	1	16.6
Okul etrafında sigara içilmesi	1	16.6

Sigara içmeyi teşvik eden durumla karşılaşan katılımcıların çoğunluğu e-posta yoluyla sigara reklamıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (%33.2). Karşılaşılan diğer teşvik biçimleri bedava sigara dağıtılması (%16.6), sigara logolu eşyadır (%16.6). Katılımcılardan bir kişi sigara satışını teşvik olarak değerlendirmiştir. Bir kişi de okul etrafında sigara içilmesini teşvik olarak belirtmiştir.

4.6. Çalışanların tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular

Tablo 29'da çalışanların sigara konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 29: Çalışanların sigara konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının cinsiyete göre dağılımı

Bilgi-tutum-davranış	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare p
	Erkek		Kadın				
	N	%	N	%	N	%	
Sigara içmek zararlı mı							
Evet	207	96.3	149	99.3	356	96.5	0.064
Hayır	8	3.7	1	0.7	9	3.5	
Sağlığa zararı olmayan tütün ürünleri var mı							
Hayır	208	96.7	139	92.7	347	95.1	0.077
Evet	7	3.3	11	7.3	18	4.9	
Sigara içenlerde koronavirus hastalığı ne sıklıkla görülür							
Bilmiyorum	101	47.0	91	60.7	192	52.6	
Daha çok görülür	67	31.2	38	25.3	105	28.8	0.053
Daha az görülür	22	10.2	12	8.0	34	9.3	
Aynı sıklıkla görülür	25	11.6	9	6.0	34	9.3	
Düz paket uygulamasının sigara içmeyi önlemede etkisini değerlendirme							
Duymadım	62	28.8	84	56.0	146	40.0	
Etkili	68	31.6	26	17.3	94	25.8	0.001
Faydasız ve gereksiz	85	39.5	40	26.7	125	34.2	
Aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye çalışma							
Çalışıyor	133	61.9	113	75.3	246	67.4	0.007
Çalışmıyor	82	38.1	37	24.7	119	32.6	
Sigara bırakma polikliniği varlığını bilme							
Evet	106	49.3	86	57.3	192	52.6	0.131
Hayır	109	50.7	64	42.7	173	47.4	
Kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan cezaya karşı tutum							
Olumlu	195	90.7	147	98.0	342	93.7	
Fikri yok	11	5.1	2	1.3	13	3.6	0.018
Olumsuz	9	4.2	1	0.7	10	2.7	
Toplam	215	58.9*	150	41.1*	365	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Katılımcıların %96.5'i sigara içmenin zararlı olduğunu, %4.9'u sağlığa zararlı olmayan tütün ürünlerinin mevcut olduğunu, %52.6'sı koronavirus hastalığı ile sigara içme

arasında bir ilişki olup olmadığını bilmediğini, %28.8'i sigara içenlerde koronavirus hastalığının daha çok görüldüğünü, %9.3'ü daha az görüldüğünü, %9.3'ü aynı düzeyde görüldüğünü belirtmiştir.

Erkeklerde %73.0, kadınlarda %78.0 olmak üzere katılımcıların %75.1'i ikinci el sigara içme tanımı bilmektedir ($p>0.05$). Üçüncü el sigara içme tanımını erkeklerin %58.6'sı, kadınların %56.7'si, tüm katılımcıların %57.8'i bildiğini belirtmiştir. Rize'de sigara bırakma polikliniğinin olduğunu cinsiyet farkı olmaksızın katılımcıların %52.6'sı bilmektedir.

Katılımcıların %40.0'ı düz paket uygulamasını duymadığını, %25.8'i düz paket uygulamasının etkili, %34.2'si faydasız olduğunu belirtmiştir. Düz paket uygulaması hakkındaki görüşler cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Erkek katılımcıların %39.5'i faydasız olduğunu dile getirirken, kadın katılımcıların ise %56.0'ı bu uygulamayı duymadığını belirtmiştir ($p=0.001$).

Katılımcıların %67.4'ü aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye çalışmaktadır. Cinsiyet ve aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye çalışma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.007$). Vazgeçirmeye çalışma kadınlarda daha yüksek düzeydedir. Erkek katılımcıların %61.9'u, kadın katılımcıların %75.3'ü aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye çalışmaktadırlar.

Katılımcıların %93.7'si kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan cezayı olumlu karşılamakta, %3.6'sının fikri yoktur, %2.7'si ise olumsuz karşılamaktadır. Kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan ceza hakkındaki görüşler ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.018$). Erkek katılımcıların %90.7'si, kadın katılımcıların %98.0'ı cezayı olumlu bulmaktadır.

Tablo 30'da sigara konusundaki bilgi, tutum, davranışların sigara içme durumuna göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 30: Sigara konusundaki bilgi, tutum, davranışların sigara içme durumuna göre dağılımı

Bilgi, tutum ve davranışlar	Sigara içme durumu				Toplam		Ki-kare p
	Halen içen		İçmeyen				
	N	%	N	%	N	%	
Sigara içmek zararlı mı							
Evet	105	95.5	251	98.4	356	96.5	0.092
Hayır	5	4.5	4	1.6	9	3.5	
Sağlığa zararı olmayan tütün ürünleri var mı							
Hayır	103	93.6	244	95.7	347	95.1	0.407
Evet	7	6.4	11	4.3	18	4.9	
Sigara içenlerde koronavirüs hastalığı ne sıklıkla görülür							
Bilmiyorum	50	45.5	142	55.7	192	52.6	
Daha çok görülür	30	27.3	75	29.4	105	28.8	0.041
Daha az görülür	16	14.5	18	7.1	34	9.3	
Aynı sıklıkla görülür	14	12.7	20	7.8	34	9.3	
İkinci el sigara içme tanımını bilme							
Evet	85	77.3	189	74.1	274	75.1	0.523
Hayır	25	22.7	66	25.9	91	24.9	
Üçüncü el sigara içme tanımını bilme							
Evet	73	66.4	138	54.1	211	57.8	0.030
Hayır	37	33.6	117	45.9	154	42.2	
Düz paket uygulamasının sigara içmeyi önlemede etkisi							
Duymamış	25	22.7	121	47.5	146	40.0	
Olumlu	26	23.6	68	26.7	94	25.8	0.001
Faydasız ve gereksiz	59	53.6	66	25.9	125	34.2	
Aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye çalışma							
Evet	46	41.5	200	78.4	246	67.4	0.001
Hayır	64	58.2	55	21.6	119	32.6	
Kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan ceza hakkındaki görüş							
Olumlu	97	88.2	245	96.1	342	93.7	0.014
Fikri yok	8	7.3	5	2.0	13	3.6	
Olumsuz	5	4.5	5	2.0	10	2.7	
Toplam	110	30.1*	255	69.9*	365	100.0	

*Satır yüzdesi, diğerleri sütun yüzdesidir.

Sigara içen katılımcılar, sigara içmenin koronavirus hastalığına yol açmayacağına daha fazla inanmaktadırlar (p=0.041). Sigara içen katılımcıların %14.5'i, sigara içmeyen

katılımcıların %7.1'i sigara içenlerde daha az koronavirus hastalığı görüldüğünü belirtmiştir. Daha az görülür ve aynı düzeyde görülür diyen çalışanlar bu bilgiyi çevrelerinden duyduklarını veya kendi gözlemlerinden çıkardıklarını belirttiler. Az sayıda da olsa sigara içmenin bağışıklık sistemini uyarıp bağışıklığı artırdığını belirten çalışanlar saptanmıştır (4 kişi).

Sigara içip içmeme durumu ile üçüncü el sigara içme tanımını bilme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.030). Sigara içen katılımcıların %66.4'ü, sigara içmeyen katılımcıların ise %54.1'i üçüncü el sigara tanımını bilmektedir.

Sigara içip içmeme durumu ile düz paket uygulaması hakkındaki görüşler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). Sigara içen katılımcıların %53.6'sı, sigara içmeyen katılımcıların %25.9'u düz paket uygulamasını faydasız bulmaktadır.

Sigara içip içmeme durumu ile sigara içen aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). Sigara içen katılımcıların %41.5'i, sigara içmeyen katılımcıların %78.4'ü sigara içen aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye çalışmıştır.

Sigara içme durumu ile sigara içenlere uygulanan ceza hakkındaki görüşler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.014). Sigara içen katılımcıların %88.2'si, sigara içmeyen katılımcıların %96.1'i sigara içenlere uygulanan cezayı olumlu bulmaktadır.

Rize'de sigara bırakma polikliniğinin olduğunu bilme sigara içme ile ilişkili bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 31'de düz paket uygulaması hakkında son bir aydaki görüşlerin kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 31: Düz paket uygulaması hakkındaki görüşlerin kişisel özeliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Düz paket uygulaması hakkındaki görüş						Toplam		Ki-kare p
	Duymamış		Olumlu		Olumsuz (Faydasız)				
	N	%	N	%	N	%	N	%*	
Yaş grubu									
40 yaş ve üzeri	69	45.7	45	29.8	37	24.5	151	41.4	0.004
<40	77	36.0	49	22.9	88	41.1	214	58.6	
Tütün ürünü kullanımı									
Her gün	21	21.4	20	20.4	57	58.2	98	26.8	
Ara sıra	4	30.8	6	46.2	3	23.1	13	3.6	0.001
Kullanmayan	121	47.6	68	26.8	65	25.6	254	69.6	
Toplam	146	40.0	94	25.8	125	34.2	365	100.0	

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

Tablo 31'de görüldüğü gibi 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların %45.7'si düz paket uygulamasını duymamıştır. Katılımcıların %29.8'i düz paket uygulamasının etkili olduğu düşünerek olumlu bulmakta, %24.5'i faydasız olduğunu düşünerek faydasız bulmaktadır. Düz paket uygulaması hakkındaki görüşler ile yaş grubu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.001). Kırk yaş altındakilerde duymayanların sıklığı %36.0, etkili olduğunu düşünenlerin sıklığı %22.9, faydasız olduğunu düşünenlerin sıklığı ise %41.1'dir. Tütün ürünü kullanımına göre düz paket uygulamasına ilişkin görüşler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Her gün tütün ürünü kullananların %58.2'si faydasız olduğunu belirterek olumsuz görüş bildirirken, ara sıra kullananların %46.2'si etkili olduğunu belirterek olumlu görüş bildirmiştir. Hiç tütün kullanmayanların ise %47.6'sı bu uygulamayı duymamış, %25.6'sı ise olumsuz görüş bildirmiştir (p=0.001).

Tablo 32'de çalışanlarda sigara ve koronavirüs hastalığı arasındaki ilişkiye dair bilgi kaynaklarının dağılımı sunulmuştur.

Tablo 32: Çalışanlarda sigara ve koronavirüs hastalığı arasındaki ilişkiye dair bilgi kaynaklarının dağılımı

Sigara ve koronavirüs hastalığı arasındaki ilişkiye dair bilgi kaynakları (N=173)	Sayı	%
Televizyon	94	54.4
Bilimsel makale	37	21.4
Gazete	23	13.3
Aile, çevre, arkadaş vb.	13	7.5
Radyo	10	5.8
Gözlem	8	4.6
Kendi fikri	6	3.5

Katılımcıların %54.4'ü sigara ve koronavirüs arasındaki ilişkiyi televizyondan, %21.4'ü bilimsel makalelerden, %13.3'ü gazeteden, %7.5'i aile, arkadaş gibi sosyal çevreden, %5.8'i radyodan duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %3.5'i kendi gözlemlerine dayanarak sigara ve koronavirüs arasındaki ilişkiyi tanımladığını belirtmiştir.

4.7. Çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme davranışındaki değişiklik ve bırakma girişimine ilişkin bulgular

Hayatının herhangi bir döneminde sigara içen çalışanlarda, pandemi sürecinde sigara bırakmayı deneyenlerin kişisel özelliklere göre dağılımı Tablo 33'te sunulmuştur.

Tablo 33: Hayatının herhangi bir döneminde sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigarayı bırakmayı deneyenlerin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Pandemi sürecinde sigara bırakma deneyimi				Toplam N	Ki-kare p
	Evet		Hayır			
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Erkek	30	32.6	62	67.4	92	0.351
Kadın	6	23.1	20	76.9	26	
Eğitim düzeyi						
Lise ve altı eğitim düzeyi	11	55.0	9	45.0	20	
Ön lisans	2	10.5	17	89.5	19	0.014
Lisans	21	31.8	45	68.2	67	
Lisansüstü	2	15.4	11	84.6	13	
Kronik hastalık						
Evet	12	44.4	15	55.6	27	0.073
Hayır	24	26.4	67	73.6	91	
Çalışılan kurum						
İl sağlık müdürlüğü	4	23.5	13	76.5	17	
İl emniyet müdürlüğü	11	28.9	27	71.1	38	
Vilayet binası	7	53.8	6	46.2	13	0.190
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	6	42.9	8	57.1	14	
Adalet sarayı	4	36.4	7	63.6	11	
Rize belediyesi	4	16.0	21	84.0	25	
Meslek						
Öğretmen	6	50.0	6	50.0	12	
Sağlık çalışanı	2	16.7	10	83.3	12	
Mühendis	4	40.0	6	60.0	10	
Polis	7	28.0	18	72.0	25	0.630
Teknisyen	8	26.7	22	73.3	30	
İktisatçı	1	14.3	6	85.7	7	
Yönetici	2	40.0	3	60.0	5	
Büro elemanı	3	27.3	8	72.7	11	
Diğer	3	50.0	3	50.0	6	
COVID-19 pozitif olma						
Evet	14	46.7	16	53.3	30	0.026
Hayır	22	25.0	66	75.0	88	
Toplam	36	30.5*	82	69.5*	118[1]	

*Satır yüzdesidir.

[1] Hayatı boyunca sigara içmiş olan 143 kişiden 118'i soruyu yanıtlamıştır.

Katılımcıların 143'ü hayatının herhangi bir döneminde sigara içmiştir. Tablo olarak gösterilmemekle birlikte bu katılımcıların %67.8'i hayatları boyunca en az bir kez sigara bırakmayı denemiştir. Hayatının herhangi bir döneminde sigara içmiş olan katılımcılara pandemi sürecinde sigara bırakma girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulmuştur. Bu katılımcıların 118'i soruyu yanıtlamıştır. Yanıtlayan katılımcıların %30.5'inin pandemi sürecinde sigara bırakma deneyimi olmuştur. Eğitim düzeyi ve pandemi döneminde sigara bırakma deneyimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.014). Lise ve altı düzeyde eğitimi olan katılımcıların %55.0'ı, ön lisans eğitimi olan katılımcıların %10.5'i, lisans eğitimi olan katılımcıların %31.8'inin, yüksek lisans düzeyinde eğitimi olan katılımcıların %15.4'ünün pandemi döneminde sigara bırakma deneyimi olmuştur.

COVID-19 pozitifliği ile pandemi sürecinde sigara bırakma deneyimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.026). COVID-19 pozitif saptanan katılımcıların %46.7'sinin, negatif olan katılımcıların %25.0'ının pandemi sürecinde sigara bırakma deneyimi olmuştur.

Diğer kişisel özellikler ile pandemi sürecinde sigara bırakma deneyimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Halen sigara içen 110 katılımcıdan 104 katılımcının cevapladığı sigara bırakma girişimi sıklığı %31.7'dir.

Tablo 34'te çalışanların sigara bırakmak için kullandığı yöntemlerin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 34: Sigara bırakma girişiminde bulunan çalışanlarda bırakmada kullanılan yöntemler

Sigara bırakmada kullanılan yöntemler	Sayı	%*
Yardım almamış	17	47.2
Sigara bırakma danışmanlığı polikliniği	2	5.6
Nikotin bandı	2	5.6
Reçeteli ilaç (Zyban)	1	2.8
Alo 171	1	2.8
Geleneksel	2	5.6

*Yüzdeler bırakma girişimi olan 36 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Pandemi sürecinde sigara bırakma girişiminde bulunan 36 katılımcının %47.2'si hiçbir yardım almadan, %5.6'sı sigara bırakma polikliniğinden, %2.8'i Alo171 destek hattından yardım alarak, %5.6'sı nikotin bandı, %2.8'i reçeteli ilaç, %5.6'sı geleneksel yöntemleri kullanarak (Ada çayı, diğer bitki çayları) sigarayı bırakmayı denemişlerdir.

Tablo 35'te halen sigara içen çalışanların sigara bırakma durumunun dağılımı sunulmuştur.

Tablo 35: Halen sigara içen çalışanların sigara bırakma durumunun dağılımı

Bırakma düşüncesi (N=110)	Sayı	%
Düşünmeyen (Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeyen)	73	66.3
Düşünme aşamasında olan (Gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünen)	12	10.9
Hazırlık aşamasında olan (Gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünen+son bir yılda bırakma girişimi olan)	13	11.8
Hareket aşamasında olan (Sigara içme davranışı altı aydan kısa süre süredir değiştirmiş olan)	18	16.3
Devam etme aşamasında olan (N=33) (En az 6 aydır bırakmış olanlar arasında bırakmayı sürdürenler)	14	42.4

Halen sigara içen katılımcıların %66.3'ü sigarayı bırakmayı hiç düşünmemektedir. Katılımcıların %10.9'u düşünme aşamasında (Gelecek altı ay içinde bırakmayı düşünmekte), %11.8'i hazırlık aşamasında (30 gün içinde sigarayı bırakmayı düşünmekte ve son bir yıl içinde bırakma deneyimi olmuş), %16.3'ü hareket aşamasındadır (Sigara içme davranışını altı aydan kısa süredir değiştirmiştir). Sigarayı bıraktığını belirten 33 katılımcının %42.4'ünün en az altı aydır sigarayı bırakmış durumda olduğu başka bir deyişle devam etme aşamasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 36'da sigarayı bırakan çalışanların bırakma nedenlerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 36: Sigarayı bırakan çalışanların bırakma nedenleri

Bırakma nedenleri (N=33)*	Sayı	%
Kişisel sağlık ile ilgili kaygılar	16	48.5
Sigara fiyatlarının artması ve ekonomik nedenler	11	33.3
Eş ve çocuklarının isteği	11	33.3
Sigara karşıtı medya uyarıları ve kampanyalar (TV, sigara üzerindeki resimler, vb)	5	15.0
Yakınlarının sağlık sorunları	3	9.1
Sigara zararları ile ilgili alınan eğitim	3	9.1
Sigara içecek yer bulmada zorluk	1	3.0
Anlık bırakmayı düşüncesi/isteği	1	3.0
Askerlik	1	3.0

*Devam aşamasında olanlar

Sigara içmeyi bırakan katılımcılar sırayla kendi kişisel sağlığı ile ilgili kaygılar (%48.5), eşi ve çocuklarının isteği (%33.3), sigara fiyatlarının artması ve ekonomik nedenler (%33.3) ve sigara karşıtı medya uyarıları (%15.0) nedeniyle bıraktıklarını belirtmişlerdir. Kişisel sağlık ile ilgili kaygılar nedeniyle bırakma, cinsiyet, kronik hastalık ve COVID-19 pozitifliği ile ilişkili bulunmamıştır. Diğer bırakma nedenleri ile ilişkili kişisel değişkenler sayı azlığı nedeni ile analiz edilememiştir.

Tablo 37'de sigara içen çalışanlarda sigarayı bırakmada destek ihtiyacı olup olmadıklarının cinsiyete göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 37: Sigara içen çalışanlarda sigarayı bırakmada desteğe ihtiyacı olup olmadıklarının cinsiyete göre dağılımı

	Sigarayı bırakmada destek ihtiyacı				Toplam N
	Var		Yok		
	N	%	N	%	
Cinsiyet					
Erkek	20	25.3	59	74.7	79
Kadın	6	27.3	16	72.7	22
Toplam	26	25.7*	75	74.3*	101[1]

p=0.853, Ki-kare,
*Satır yüzdesidir.
[1]Halen sigara içen 110 kişiden cevap veren 101 kişi

Halen sigara içen çalışanların (26 katılımcı) %25.7'si sigarayı bırakmak için desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Destek ihtiyacı cinsiyetle ilişkili bulunmamıştır. Kadın katılımcıların %27.3'ü, erkek katılımcıların %25.3'ü sigarayı bırakmak için desteğe ihtiyacı olduğunu belirtmiştir (p=0.853).

Tablo 38'de sigara bırakmak için desteğe ihtiyacı olan çalışanların belirttikleri destek türlerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 38: Sigara bırakmak için desteğe ihtiyacı olan çalışanların belirttikleri destek türleri

Belirtilen destek türleri (N=13)	Sayı	%
Tıbbi destek	6	45.6
Psikolojik destek/stresin azaltılması	4	30.4
Sosyal/çevresel destek	1	7.6
Maddi yardım	1	7.6
Unutturacak ne olursa	1	7.6

Sigarayı bırakmak için desteğe ihtiyacı olduğunu belirten katılımcılara hangi destek türüne ihtiyaç duydukları sorulduğunda; en çok ihtiyaç duyulan destek türünün tıbbi destek olduğu (%45.6) saptanmıştır (Sigara bırakma danışmanlığı, nikotin bandı, vb.). İkinci sıklıkta psikolojik destek ihtiyacı belirtilmiştir (%30.4). Sosyal destek, maddi yardım belirtilen diğer destek türleridir (%7.6 düzeyinde).

Tablo 39'da son bir yılda çalışanların bir doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaret etme durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 39: Çalışanlarda, son bir yılda doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaret etme durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Son bir yılda doktor veya sağlık kuruluşu ziyareti				Toplam N	Ki-kare p
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Erkek	167	77.7	48	22.3	215	0.491
Kadın	121	80.7	29	19.3	150	
Yaş grubu						
<30	65	80.2	16	19.8	81	
30-39	105	78.9	28	21.1	133	0.437
40-49	84	75.0	28	25.0	112	
>50	34	87.2	5	12.8	39	
Eğitim düzeyi						
Lise ve altı eğitim düzeyi	35	76.1	11	23.9	46	
Ön lisans	43	79.6	11	20.4	54	0.412
Lisans	167	77.3	49	22.7	216	
Lisansüstü	43	87.8	6	12.2	49	
Medeni durum						
Evli	223	80.2	55	19.8	278	
Bekâr	54	74.0	19	26.0	73	0.508
Boşanmış/Dul	11	78.6	3	21.4	14	
Kronik hastalık						
Evet	79	94.0	5	6.0	84	0.001
Hayır	209	74.4	72	25.6	281	
Çalışılan kurum						
İl Sağlık Müdürlüğü	63	82.9	13	17.1	76	
İl Emniyet Müdürlüğü	66	75.9	21	24.1	87	
Vilayet binası	32	72.7	12	27.3	44	0.181
İl Tarım ve Orman Müdürlüğü	47	88.7	6	11.3	53	
Adalet Sarayı	27	84.4	5	15.6	32	
Rize Belediyesi	53	72.6	20	27.4	73	
COVID-19 pozitif saptanma						
Evet	103	90.4	11	9.6	114	0.001
Hayır	185	73.7	66	26.3	251	
Toplam	288	78.9*	77	21.1*	365	

*Satır yüzdesidir.

Katılımcıların %78.9'u son bir yılda bir doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaret etmiştir. Kronik hastalığa sahip olma ile son bir yılda bir doktoru veya sağlık kuruluşunu ziyaret etme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). Kronik hastalığı olanların %94.0'ı, olmayanların %74.4'ü son bir yılda bir doktoru veya sağlık kuruluşunu ziyaret etmiştir.

Koronavirus hastalığını geçirme ve son bir yılda bir doktoru veya sağlık kuruluşunu ziyaret etme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.001). Koronavirus hastalığı geçiren katılımcıların %90.4'ü, geçirmeyenlerin %73.7'si son bir yılda bir doktoru veya sağlık kuruluşunu ziyaret etmiştir.

Diğer kişisel özellikler ve son bir yılda bir doktoru veya sağlık kuruluşunu ziyaret etme arasında farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 40'da çalışanlarda, son bir yıl içinde doktor ziyareti sırasında tütün kullanımının sorgulanma durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 40: Çalışanlarda, son bir yıl içinde doktor ziyareti sırasında tütün kullanımının sorgulanma durumunun kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Son bir yılda doktor ziyaretinde tütün kullanımının sorulması				Toplam N	Ki-kare p
	Sorulmuş		Sorulmamış			
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Erkek	59	27.4	156	72.6	215	0.065
Kadın	30	20.0	120	80.0	150	
Yaş grubu						
<30	23	28.4	58	71.6	81	
30-39	29	21.8	104	78.2	133	0.664
40-49	26	23.2	86	76.8	112	
>50	11	28.2	28	71.8	39	
Eğitim düzeyi						
Lise	15	32.6	31	67.4	46	
Ön lisans	13	24.1	41	75.9	54	0.279
Lisans	46	21.3	170	78.7	216	
Lisansüstü	15	30.6	34	69.4	49	
Medeni durum						
Evli	75	27.0	203	73.0	278	
Bekâr	11	15.1	62	84.9	73	0.105
Boşanmış/Dul	3	21.4	11	78.6	14	
Kronik hastalık						
Evet	27	32.1	57	67.9	84	0.043
Hayır	62	22.1	219	77.9	281	
COVID-19 pozitif saptanma						
Evet	34	29.8	80	70.2	114	0.103
Hayır	55	21.9	196	78.1	251	
Toplam	89	24.4*	276	75.6*	365	

*Satır yüzdesidir.

Katılımcıların %24.4'üne, son bir yıldaki doktor ziyareti sırasında tütün kullanımı sorulmuştur. Kronik hastalığa sahip olma ve tütün kullanımının sorulması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.043). Kronik hastalığa sahip olan katılımcıların %32.1'inin, olmayanların %22.1'nin tütün kullanımı sorgulanmıştır.

Son bir yılda bir doktor ziyaretinde tütün kullanım sorgulanmasının diğer kişisel özelliklere göre dağılımı benzer bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 41'de son bir yıldaki doktor ziyaretinde bırakmanın önerilmesinin kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 41: Son yıldaki doktor ziyaretinde bırakmanın önerilmesinin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Son bir yıldaki doktor ziyaretinde tütün kullanmayı bırakmanın önerilmesi				Toplam N	Ki-kare p
	Önerilmiş		Önerilmemiş			
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Erkek	28	13.0	187	87.0	215	0.004
Kadın	6	4.0	144	96.0	150	
Yaş grubu						
<30	5	6.2	76	93.8	81	
30-39	10	7.5	123	92.5	133	0.064
40-49	11	9.8	101	90.2	112	
>50	8	20.5	31	79.5	39	
Eğitim düzeyi						
Lise ve altı eğitim düzeyi	10	21.7	36	78.3	46	
Ön lisans	3	5.6	51	94.4	54	0.016
Lisans	16	7.4	200	92.6	216	
Lisansüstü	5	10.2	44	89.8	49	
Medeni durum						
Evli	30	10.8	248	89.2	278	
Bekâr	2	2.7	71	97.3	73	0.088
Boşanmış/Dul	2	14.3	12	85.7	14	
Kronik hastalık						
Evet	26	9.3	255	90.7	281	0.940
Hayır	8	9.5	76	90.5	84	
COVID-19 pozitif saptanma						
Evet	14	12.3	100	87.7	114	0.132
Hayır	20	8.0	231	92.0	251	
Toplam	34	9.3*	331	90.7*	365	

*Satır yüzdesidir.

Katılımcıların %9.3'üne son yıldaki doktor ziyaretinde tütün kullanımının bırakılması önerilmiştir. Tütün kullanımının bırakılmasının önerilmesi cinsiyetle ilişkili bulunmuştur (p=0.001). Erkek katılımcıların %13.0'ına, kadın katılımcıların %4.0'ına son bir yılda doktora yaptıkları ziyarette tütünü bırakmaları önerilmiştir.

Tütün kullanımının bırakılmasının önerilmesi eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (p=0.016). Lise ve altı düzeyde eğitim alanların %21.7'sine, ön lisans düzeyinde eğitim

alanların %5.6'sına, lisans düzeyinde eğitim alanların %7.4'üne, yüksek lisans düzeyinde eğitim alanların %10.2'sine tütün içmeyi bırakması önerilmiştir.

Diğer kişisel özelliklerle tütünü bırakmayı önerme arasında ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 42'de çalışanlarda sigarayla ilgili yakınmaların her gün ve ara sıra içme durumuna göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 42: Çalışanlarda sigarayla ilgili yakınmaların her gün ve ara sıra sigara içme durumuna göre dağılımı

	Sigara içme				Toplam		Ki-kare p
	Her gün		Ara sıra				
	N	%	N	%	N	%	
Öksürük, balgam							
Evet	26	86.7	4	13.3	30	27.3	0.907
Hayır	70	87.5	10	12.5	80	72.7	
Hırıltılı solunum							
Evet	8	100.0	0	0.0	8	7.3	0.262
Hayır	88	86.3	14	13.7	102	92.7	
Nefes darlığı							
Evet	13	92.9	1	7.1	14	12.7	0.502
Hayır	83	86.5	13	13.5	96	87.3	
Göğüste sıkışma hissi							
Evet	7	100.0	0	0.0	7	6.4	0.206
Hayır	89	86.4	14	13.6	103	93.6	
Toplam	96	87.3*	14	12.7*	110	100.0	

*Satır yüzdesidir.

Sigara içen katılımcıların %27.3'ü öksürük ve balgam, %12.7'si nefes darlığı, %7.3'ü hırıltılı solunum, %6.4'ü göğüste sıkışma hissi olduğunu belirtmiştir. Yakınmalar her gün ve ara sıra sigara içme durumuna göre benzerdir (p>0.05).

Tablo 43'te halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içmedeki değişimin kişisel özelliklere göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 43: Halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içmedeki değişimin kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Pandemi sürecinde sigara içmedeki değişim						Toplam		İstatistik p
	Azaltmış		Artırmış		Aynı kalmış				
	N	%	N	%	N	%	N	%*	
Cinsiyet									
Erkek	25	30.1	15	18.1	43	51.8	83	77.6	0.874
Kadın	8	33.3	5	20.8	11	45.8	24	22.4	
Yaş grubu									
<30	8	26.7	6	20.0	16	53.3	30	28.0	
30-39	9	25.0	8	22.2	19	52.8	36	33.6	0.195
40-49	9	29.0	6	19.4	16	51.6	31	29.0	
>50	7	70.0	0	0.0	3	30.0	10	9.3	
Koronavirus risk algısı									
Yüksek risk	13	32.5	8	20.0	19	47.5	40	37.4	
Orta risk	15	35.7	5	11.9	22	52.4	42	39.3	0.455
Risk altında değilim	5	20.0	7	28.0	13	52.0	25	23.4	
Koronavirus endişe düzeyi									
Çok endişelendim	10	37.0	7	25.9	10	37.0	27	25.2	
Orta düzeyde endişelendim	15	38.5	6	15.4	18	46.2	39	36.4	0.179
Hiç endişelenmedim	8	19.5	7	17.1	26	63.4	41	38.3	
COVID-19 pozitifliği									
Evet	8	30.8	8	30.8	10	38.5	26	24.3	0.160
Hayır	25	30.9	12	14.8	44	54.3	81	75.7	
Ailede COVID-19 pozitifliği									
Evet	17	26.2	14	21.5	34	52.3	65	60.7	0.366
Hayır	16	38.1	6	14.3	20	47.6	42	39.3	
Sigara içme									
Her gün	27	27.8	18	18.6	52	53.6	97	90.7	0.025
Ara sıra	6	60.0	2	20.0	2	20.0	10	9.3	
Ailede koronavirus hastalığı nedeniyle vefat olması									
Evet	4	21.1	8	42.1	7	36.8	19	17.8	0.015
Hayır	29	33.0	12	13.6	47	53.4	88	88.2	
Toplam	33	30.8	20	18.7	54	50.5	107[1]	100.0	

*Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir.

[1] Halen sigara içen 110 kişiden 107'si yanıt vermiştir.

Katılımcıların %30.8'i pandemi sürecinde sigara içmeyi azaltmış, %18.7'si artırmıştır, %50.5'inde aynı kalmıştır. Pandemi sürecinde sigara içmedeki değişim her gün ve ara sıra sigara içme durumu ile ilişkili saptanmıştır (p=0.025). Ara sıra sigara içen katılımcıların %60.0'ı, her gün sigara içen katılımcıların %27.8'i pandemi sürecinde sigara içmeyi azalttığını belirtmiştir.

Ailede koronavirus kaynaklı vefat olması ve pandemi sürecinde sigara içmede değişiklik olması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0.015). Ailesinde koronavirus hastalığından vefat eden katılımcıların %42.1'i sigara içmeyi artırdığını belirtmiştir.

Pandemi sürecinde sigara içmedeki değişim diğer kişisel özellikler ile ilişkili bulunmamıştır (p>0.05).

Pandemi sürecinde sigara kullanan katılımcıların %5.8'i nargile kullanımını azaltmış, %1.9'u artırmıştır. Bir katılımcı pandemiden sonra dumansız tütün ürünü kullanmaya başlamıştır.

Tablo 44'te halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme düzeyine etki eden primer bağımsız değişkenler sunulmuştur (Lojistik regresyon analizi sonuçları).

Tablo 44: Halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde halen sigara içme düzeyine etki eden primer bağımsız değişkenler (Lojistik regresyon analizi sonuçları)

Primer bağımsız değişkenler	B	Wald	p	OR	%95 Güven Aralığı
Cinsiyet (Erkek)	1.540	22.735	0.001	4.660	2.477-8.790
Medeni durum (Boşanmış)	1.766	4.844	0.028	5.840	1.213-28.199
Evde sigara içilmesi (Her gün içilen)	1.689	24.033	0.001	5.410	2.756-10.633
Koronavirus hastalığı risk algısı (Risk altında olmadığını düşünme)	0.699	4.123	0.042	1.593	2.756-10.633
Sigara içenlerle bir arada bulunma (Bulunan)	1.931	14.567	0.001	6.895	2.558-18.583

Analiz dışı kalan değişkenler: Eğitim düzeyi, gelir algısı, memuriyet süresi, koronaviruse yakalanma endişesi, sigara içenlerde koronavirus hastalığının daha az görüldüğüne inanma, kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan cezayı olumlu bulma, çalıştığı iş yerinde kapalı alanda sigara içildiğini görme, yaş.

Pandemi sürecinde sigara içmeye etki eden primer bağımsız değişkenler erkek olma (OR=4.7), boşanmış olma (OR=5.8), evde her gün sigara içilmesi (OR=5.4), koronavirus

hastalığı açısından risk altında olmadığını düşünme (OR=1.6) ve sigara içenlerle bir arada bulunmadır (OR=6.9).

Pandemi sürecinde halen sigara içen katılımcılarda sigara bırakma girişimi; lise ve altında eğitim düzeyine sahip olanlarda (%61.1), kronik hastalığı olanlarda (%52.4), COVID-19 pozitif saptananlarda (%48.1), pandemide sigarayı azaltanlarda (%53.1), evinde sigara içilmeyenlerde (%39.4), doktor tarafından sigara içme durumu sorulanlarda (%43.8), doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilenlerde (%77.8) ve doktor tarafından sigarayı bırakılması önerilenlerde (%62.5) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 45'te halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara bırakma girişiminde etkili olan primer bağımsız değişkenler sunulmuştur.

Tablo 45: Halen sigara içen çalışanlarda pandemi sürecinde sigara bırakma girişiminde etkili olan primer bağımsız değişkenler (Lojistik regresyon analizi)

Primer bağımsız değişkenler	B	Wald	p	OR	%95 Güven Aralığı
Doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunulmamasının önerilmesi (Önerilen)	1.974	5.277	0.022	7.200	1.336-38.812
Doktor tarafından sigaranın bırakılmasının önerilmesi (Önerilen)	1.337	5.054	0.025	3.800	1.187-12.207

Analiz dışı kalan değişkenler: Doktor tarafından sigara içiminin sorgulanması, pandemide sigara içmeyi azaltma, eğitim düzeyi, COVID-19 pozitif saptanma, kronik hastalığa sahip olma.

Son bir yılda sigara bırakma girişiminde etkili olan primer bağımsız değişkenler doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmamanın önerilmesi (OR=7.2) ve doktor tarafından sigaranın bırakılmasının önerilmesidir (OR=3.8).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Kamu hizmeti yapan kurum ve kuruluşlardan, beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekanlarda tütün ve tütün mamullerinin kullanılması 4207 sayılı yasayla yasaklanmış, 2008 yılında 5727 sayılı genişletilmiş yasa ile özel konutlar haricindeki tüm kapalı alanlarda tütün kullanılması yasaklanmıştır. Genel topluma kıyasla eğitim düzeyi yüksek olan, tütün denetimlerinde görev alan kamu çalışanlarının yasalara uyumda öncü ya da rol model olması beklenmektedir. Rize merkezde çalışmakta olan kamu personelinin tütün kullanım düzeyini, pandemide tütün kullanım davranışındaki değişimi ve ilişkili faktörleri irdeleyen bu çalışmada araştırmanın bulguları yedi başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Araştırma kapsamına giren çalışanların kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

5.2. Araştırma kapsamına giren çalışanların COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulguların tartışması

5.3 Araştırma kapsamına giren çalışanların tütün kullanımına ilişkin bulguların tartışması

5.4. Araştırma kapsamına giren çalışanlarda ikinci el sigara dumanıyla ilgili bulguların tartışması

5.5. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütün karşıtı mesajlar ve tütünü teşvik eden durumlarla karşılaşmalarına ilişkin bulguların tartışması

5.6. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışması

5.7. Araştırma kapsamına giren çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme davranışında değişiklik ve bırakma girişimine ilişkin bulguların tartışması

5.1. Araştırma kapsamına giren çalışanların kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

Türkiye'de kamu personelinin çoğunluğu erkeklerden oluşmakla birlikte, kadınların oranı azımsanacak seviyededir. Aralık 2016 yılı itibarıyla kamuda çalışan personelin %37.27'sini kadınlar, %62.73'ünü erkekler oluşturmaktadır (174). Benzer olarak bu araştırmada katılımcıların %41.1'i kadın, %58.9'u erkek çalışandır.

Katılımcılarda en düşük yaş 18'dir, yaş ortalaması 37.9'dur, katılımcıların büyük çoğunluğu üniversite düzeyinde eğitim almıştır (%87.5), dörtte üçü evlidir, yaklaşık dörtte üçünün en az bir çocuğu vardır (%69.6), yarıdan çoğu gelirini orta düzeyde tanımlamaktadır (%58).

Türkiye'de kamu yönetiminin insan unsuru olan ve yönetim yapısı içinde bulunan kamu kuruluşlarında görev yapan herkes geniş anlamda "kamu görevlisi" olarak tanımlanmaktadır (174). Türkiye'de devlet memuru olmak için yasal sınır 18 olduğundan, kamu görevlisinde genellikle belli bir eğitim düzeyi arandığından, memuriyete başlamadan önce mesleki eğitim aldıklarından, araştırmamızdaki yüksek eğitim düzeyi ve yaş ortalaması, yaş ortalamasına paralel olarak ortalama çalışma süresinin yaklaşık on üç yıl olması beklenen bir durumdur (175,176).

Kamu çalışanlarının statüsü siyasi, sosyal ve ekonomik koşullara göre farklılık gösterebilmektedir. Öğretmen, polis, sağlık görevlisi gibi memur statüsünde çalışma ile birlikte işçi statüsünde çalışma da görülmektedir. Türkiye'de 3.341.358 kamu personelinin %73.3'ü memur statüsündedir (107). Benzer şekilde bu araştırmada da kamu çalışanlarının %73.4'ünün memur, %12.9'unun işçi, %6.8'inin sözleşmeli personel statüsünde olduğu gözlenmiştir.

Yönetici, bir kurum veya kuruluşun başında bulunan, emrinde personel çalışan, personeli idare eden, yönetimin tüm fonksiyonlarını (Planlama, örgütleme, yönetme, koordinasyon ve denetleme) kendi veya yardımcıları eliyle yerine getiren kişidir. Literatürde, Türkiye'de kamu yönetiminde, kadın yönetici oranının oldukça düşük olduğu, 1990 yılında kadınların sadece %3.9'unun yönetici olduğu belirtilmektedir (174). Bu araştırmada da benzer şekilde kadın katılımcıların sadece %4.7'sinin yönetici olduğu saptanmıştır.

Çalışanların %23.0'ının halen tedavi altında olduğu bir kronik hastalığı mevcuttur. Çalışanların belirttikleri kronik hastalıklar sırası ile hipertansiyon (%6.0), kalp hastalıkları (%3.3), diyabet (%2.7), endokrin sistemi hastalıkları (%2.7), romatizmal hastalıklar (%2.5), kronik akciğer hastalığı (%1.9) ve ruhsal hastalıklardır (%1.9).

5.2. Araştırma kapsamına giren çalışanların COVID-19 deneyimlerine ilişkin bulguların tartışması

Aileden birinin ya da bir arkadaşın ölümü, ciddi bir hastalık, boşanma, işten çıkarılma, tutuklanma gibi olaylar stresli yaşam olayları içinde ele alınmaktadır. Stresli yaşam olayları sağlık davranışları üzerinde etkili olabilmekte, stresle başa çıkma için sigara, alkol gibi maddelere yönelme ortaya çıkabilmektedir (177). Mart 2020'de ilan edilen pandemi başlı başına bir stresli yaşamsal olay olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda bu

stresli olayın sigara içmede nasıl bir etki yaptığı incelenmek istenmiş ve çalışanlara COVID-19 deneyimleri sorulmuştur. Çalışanlar önemli ölçüde pandemiden etkilenmişlerdir. Çalışanların %31.2'sinin kendisi, %62.7'sinin aile bireylerinden en az biri COVID-19 tanısı almış, %37.8'i COVID-19 nedeniyle karantinaya alınmış, yaklaşık beşte birinin (%19.5) ailesinden biri COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Kadın katılımcılarda (%89.3) erkeklerden (%81.4) anlamlı olarak yüksek olmak üzere, katılımcıların %84.7'si COVID-19'a karşı aşı olmuştur. Hizmet sektöründe çalışan kamu görevlilerinin kendilerinden beklenen davranışı aşı konusunda sergiledikleri anlaşılmıştır. Türkiye'de 3 Temmuz 2021 itibari ile birinci doz aşılanma yüzdesi %93.2, ikinci doz aşılanma yüzdesi %85.53'tür (178). Çalışmamızda katılımcıların aşılanma yüzdesi Türkiye geneline yakındır.

Londra İmperial Koleji tarafından dünya genelinde 31 Aralık 2020-12 Haziran 2021 tarihleri arasında yapılan anket araştırmasında, aile üyesi ya da arkadaşın COVID-19 tanısı alma ve COVID-19'dan ölme sıklığı sırasıyla %4-71, %2-47 arasında bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgular aynı aralıktadır (Tanı alma %62.7 ve ölme %19.5). Yakınlarından birini COVID-19 nedeniyle kaybetme sıklığı en yüksek olan ülke Meksika'dır (%47) (179).

Katılımcıların yarıya yakını (%48.8) COVID-19 açışından kendisini yüksek risk altında gördüğünü (%83.6'sı orta-yüksek risk altında) ve yaklaşık üçte biri (%29.3) COVID-19 olma endişesi yaşadığını belirtmiştir. Ölçüm biçimi aynı olmamakla birlikte Osmangazi Üniversitesi çalışanlarında yapılan bir araştırmada çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların çoğunluğu (%74.7) COVID-19'a yakalanma açısından orta-yüksek risk altında olduklarını belirtmişlerdir (180). Nijerya'da 2020 yılında yetişkinlerde yürütülen bir araştırmada katılımcıların çoğunda (%61.9) COVID-19'a karşı yüksek risk algısı ve %37.2'sinde yüksek düzeyde hasta olma endişesi tespit edilmiştir (181). Singapur'da Mart-Nisan 2020'de, 21 yaş üzeri bireyleri kapsayan çevrim içi bir çalışmada katılımcıların %23'ü virüs kapma yönünden orta-yüksek düzeyde endişeli olduğunu, %30'u hastalandığı takdirde ölüm riski olduğunu bildirmiştir (182).

Çalışmamızda kadınlarda COVID-19 risk algısı ve endişe düzeyi erkeklerden yüksek saptanmıştır. Bu farklılığın nedeni kadınların ailelerini koruma endişesi nedeniyle daha hassas olmaları şeklinde yorumlanmıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Arpacıoğlu ve arkadaşlarının COVID-19 pandemi sürecinde sağlık alanında aktif olarak çalışan tüm sağlık meslek gruplarında çevrim içi yapmış olduğu çalışmada da

kadınların erkeklerden daha yüksek seviyelerde COVID-19 korku-kaygı düzeyi mevcut olduğu saptanmıştır (183).

5.3. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütün kullanımına ilişkin bulguların tartışması

Araştırmamızda kamu çalışanlarında pandemi sürecinde herhangi bir tütün ürünü kullanım prevalansı %30.4, halen sigara içme prevalansı %30.1, her gün sigara içme prevalansı %26.3 olarak, ara sıra sigara içme prevalansı %3.8 belirlenmiştir. Türkiye 2016 KYTA'da halen tütün kullanım prevalansı %31.6, halen sigara içme prevalansı %29.6 saptanmıştır (89). Türkiye Sağlık Araştırması 2019'da her gün tütün kullanan 15 yaş ve üzeri bireylerin sıklığının 2016 yılında %26.5 olduğu 2019 yılında %28.0'a yükseldiği belirtilmiştir. Bu çalışmada her gün tütün kullanım sıklığı erkeklerde %41.3, kadınlarda ise %14.9 saptanmıştır (184). Bizim çalışmamızda tütün kullanım sıklığı erkeklerde daha düşük (%40.0), kadınlarda daha yüksek (%16.7) düzeydedir. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında 15 yaş üzeri katılımcılarda en düşük ve en yüksek olmak üzere halen tütün kullanımı, halen sigara içme ve her gün sigara içme prevalansları sırayla %8.6-30.7, %12.9-30.0, %18.1-20.0 arasında değişmektedir. Bazı gelişmiş ülkelerde sigara içme prevalansları daha düşüktür, 2016 yılında Kanada'da %14.3, Yeni Zelanda'da %16.0, İsveç'te %18.9, Norveç'te %20.2, Finlandiya'da %20.5'tir (95). Rize'deki kamu çalışanlarında tütün kullanma, sigara içme prevalansları, 2016 yılı Türkiye KYTA bulguları ve dünyada diğer ülkelerde yürütülmüş çalışmalarla benzer düzeyde bulunmuştur. Ancak bu düzey hem kamu görevlisi olmaları, hem pandemi döneminde olunması hem de KYTA 2016'dan altı yıl sonra yapılmış olması gibi nedenlerle genel toplumdan daha düşük düzeyde beklendiğinden olumsuz bir durum olarak değerlendirilmiştir. Kamu personeli arasında pandemi ile birlikte tütün epidemisi sorunu da yaşandığı sonucuna varılmıştır.

Kamu çalışanlarında yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde; Kutlu ve arkadaşları tarafından yapılan ve 2018 yılında Konya ilindeki kamu çalışanlarını kapsayan araştırmalarında, çalışanların %59.7'sinin halen tütün ürünü, %36.5'inin halen sigara içtiğini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada sarma tütün kullanım prevalansı %7.0 olarak bildirilmiştir (166). Tülücü ve arkadaşlarının 2011 yılında Malatya'da il tütün kontrol kuruluna üye gönderilen kurumları kapsayan araştırmalarında, çalışan personel arasında aktif sigara içme

oranı %58.4 olarak tespit edilmiştir (185). Yukarıda belirtilen araştırmalarda kamu çalışanlarında tütün kullanımı ve sigara içme düzeyi bizim çalışmamızdan daha yaygın olarak saptanmıştır. Bu yüksek düzeyler il tütün kurullarında yer alan kamu çalışanlarında istenmeyen düzeylerdir.

Araştırmamızda literatürle paralel olarak nargile kullanım prevalansı %1.9 saptanmıştır. Her gün nargile kullanan katılımcı yoktur, nargile ara sıra kullanılmaktadır. Kadınlar nargile kullanmadıklarını belirtmiştir. Dünyada ve Türkiye'de en yaygın kullanılan tütün ürünü sigara olmakla birlikte nargile kullanımı da son yıllarda giderek artmıştır (186). Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında halen nargile kullanım prevalansı %0.7-%6.7 arasında değişmektedir. Prevalanslar, erkeklerde (%1.1-%13.7) kadınlardan (%0.1-%1.1) daha yüksek düzeylerde gözlenmiştir. Bu çalışmalarda en yüksek prevalansın tüm katılımcılarda ve erkeklerde Vietnam'da olduğu, kadınlarda ise Pakistan'da olduğu belirtilmiştir (82–84,90). Jawad ve arkadaşları tarafından 2018 yılında ülkelerin halen nargile kullanım prevalansları en yüksekten en düşüğe doğru, Lübnan'da %37.2, Litvanya'da %22.7, İran'da %12.5, Umman'da %2.5, Romanya'da %2.2, Amerika Birleşik Devletlerinde %1.0-%11.4 şeklinde sıralanmıştır (187). Kutlu ve arkadaşlarının 2018 yılında Konya kamu çalışanlarını kapsayan araştırmalarında çalışanların %9.4'ünün halen nargile kullandığı saptanmıştır (166). Türkiye 2010 KYTA'da yetişkin bireylerde nargile kullanım prevalansının %2.3 (Erkeklerde %4.0, kadınlarda %0.7) olduğu bulunmuştur (188). Türkiye 2016 KYTA araştırmasında nargile kullanımı ile ilgili soruya 15 yaş ve üstü 8760 katılımcıdan 19 kişi evet şeklinde cevap vermiştir, bu da %0.2'lik bir prevalansa tekabül etmektedir. Nargile kullanan bu 19 kişinin %56.5'i nargileyi, nargile kafe de kullandığını belirtmiştir (81). Topçu ve arkadaşları, 2019 yılında sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada nargile kullananların %60.4'ünün nargileyi, nargile kafede kullandığını belirtmiştir (189). Pandemi sürecinde nargile kafelerin kapalı olması gerçekte Rize kamu çalışanlarında nargile kullanım prevalansının daha yüksek olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir. Pandemi sonrasında katılımcıların %1.6'sı nargile kullanımını azalttığını, %0.5'i artırdığını belirtmiş. Nargile konusunda pandemiden sonra ileri araştırmaların yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS çalışmalarında dumansız tütün ürünü kullanımı prevalansı, erkeklerde %0.1-33.7, kadınlarda %0.1-24.8, tüm katılımcılarda %0.1-25.1 arasında değişmektedir (77,78,80,83,84,87,88,91–94). En

yüksek düzeyde dumansız tütün ürünü tüketen ülke erkeklerde Hindistan (%33.0), kadınlarda ise Bangladeş'tir (%28.0) (86). Dumansız tütün ürünlerinin İsveç ve Norveç'te daha yaygın olduğunu, nedeninin ise yasal olarak satılması olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (190). Her gün dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı 2017 yılında Norveç'te %12.0, İsveç'te %20.0 olarak saptanmıştır (191). Türkiye, 2017 yılı Hanehalkı Sağlık Araştırmasında tüm nüfusta dumansız tütün ürünü kullanma prevalansı %0.3, erkeklerde %0.6 ve kadınlarda %0.1 olarak belirlenmiştir (192). Bizim araştırmamızda dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı erkeklerde %1.8, kadınlarda %0.7 olmak üzere tüm çalışanlarda %1.3 olarak saptanmış ve literatürün geneliyle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Maraş otu Türkiye'nin Güneydoğu ve Akdeniz bölgelerinde özellikle de Kahramanmaraş ve Gaziantep illerinde yaygın bir şekilde kullanılan dumansız bir tütün ürünüdür. Kafas ve arkadaşlarının 2011 yılında Kahramanmaraş ilinde yaptıkları bir araştırmada, katılımcıların %16.8'inin Maraş otu kullandığı saptanmıştır (193). Bizim çalışmamızda çiğneme tütünden başka bir dumansız tütün ürünü kullanan katılımcı saptanmamıştır.

Araştırmamızda hayat boyu elektronik sigara içme prevalansı %0.8 olarak saptanmıştır. Bir katılımcı pandemiden sonra dumansız tütün ürünü kullanmaya başladığını belirtmiştir. On dört ülkenin katılımıyla 2016-2017 yılında, halen tütün kullananlar ve tütün kullanıp bırakmış olanlar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hayat boyu en az bir kez elektronik sigara içme prevalansı Güney Kore'de %94.8'den Kanada'da %62.1'e kadar değişen düzeylerde saptanmıştır (194). Literatürde, Yeni Zelanda'da yıllara bağlı olarak sigara içme prevalansı azalırken elektronik sigara içme prevalansının arttığı belirtilmektedir. Her gün elektronik sigara içme prevalansı 2015-2016 yılında %0.9 iken, 2019-2020 yılında %3.5, 2020-2021 yılında %6.2 saptanmıştır. Prevalans %15.3 olarak en yüksek 18-24 yaş grubunda gözlenmiştir (195). Halen elektronik sigara içme prevalansının incelendiği uluslararası düzeyde 2016 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye'de prevalans %1.3 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada en yüksek prevalansın Rusya Federasyonu'nda (Erkeklerde %6.3, kadınlarda %2.7, tüm katılımcılarda %4.4), en düşük prevalansın Hindistan'da (Erkeklerde %0.03, kadınlarda %0.01, tüm katılımcılarda %0.02) olduğu saptanmıştır (61). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, 2008 yılında elektronik sigaranın satışına izin verilmeyeceğine dair karar almıştır. Bizim çalışmamızda elektronik sigara prevalansının düşük saptanmasının

nedeni satışın yasal olmaması olarak ve olumlu bir bulgu şeklinde değerlendirilmiştir. Kadınlar arasında elektronik sigara içen katılımcı saptanmamıştır.

Rize ili kamu kurumu çalışanlarında sigara içme prevalansları cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ve çalışılan kurumla ilişkili saptanmıştır. Araştırmamızda erkeklerin %34.9'unun, kadınların %14.0'ının her gün sigara içtiği tespit edilmiştir. Dünyada sigara içme prevalansı araştırmamızla uyumlu olarak genellikle erkeklerde kadınlardan yüksek saptanmaktadır. Türkiye 2016 KYTA'da her gün sigara içme prevalansı her iki cinsiyette bizim araştırmamızdan yüksek olmak üzere, erkeklerde (%41.8) kadınlarda (%17.5) bulunmuştur (89). Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında halen tütün kullanımı, halen sigara içme ve her gün sigara içme prevalansları erkeklerde sırayla %14.2-68.5, %7.0-67.0, %6.0-57.0 aralığında, kadınlarda %0.4-27.0, %0.2-26.0, %6.9-24.3 yer almaktadır (78,87–94). Kamu çalışanlarında sigara içmeyi cinsiyete göre değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; Koç ve arkadaşları 2015 yılında bir çalışmada, erkeklerin %35.6'sı, kadınların ise %26.5'i olmak üzere tüm katılımcıların %29.6'sının halen sigara içtiği saptamıştır. Adıgüzel ve arkadaşları Bornova belediye çalışanlarında cinsiyet açısından fark saptamamış, kadınlarda sigara içme prevalansını (%49.0), erkeklerden yüksek bulmuştur (%48.6) (196,197). Aydın ilinde yaşayan kadınları kapsayan bir araştırmada, tütün ürünü kullanım sıklığı %23.2, halen sigara içme sıklığı %20.9, nargile kullanım sıklığı %4.8, sarma sigara içme sıklığı %3.3, pipo içme sıklığı %0.1 ve elektronik sigara içme sıklığı %0.1 saptanmış olup, bu değerler bizim araştırmamızdan daha yüksek düzeyde değerlendirilmiştir (184). Bizim araştırmamızda kadınlarda nargile kullanımı ve elektronik sigara içme saptanmamıştır. Ancak tütün endüstrisi toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusuyla kadınları hedef almakta ve kadınlarda tütün ürünleri kullanımını artırmak için çalışmalar yürütmektedir (198). Literatür incelendiğinde kadınlar arasında son yıllarda sigara veya tütün ürünü kullanımının arttığı görülmektedir (199).

Çalışmamızda halen sigara içme prevalansı genel olarak katılımcılarda yaşla ilişkili saptanmamıştır, ancak erkeklerde halen sigara içme prevalansı yaşla ilişkili bulunmuştur. Prevalans, kırk yaş altındaki erkeklerde (%46.5), 40 ve üzeri yaştaki erkeklere kıyasla (%30.7) daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Ayrıca erkekler arasında 5 yıl ve daha kısa süre çalışan erkeklerde halen sigara içme prevalansının (%55.7) 6 yıl ve daha uzun süre

çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu (%33.8) olduğu gözlenmiştir. Özetle hem daha genç yaştakiler hem de daha kısa süre çalışanlar daha fazla sigara içmektedirler. Bu durum sigara surveyansı, sigara eğitimi ve sigara bırakma müdahalelerinin işe yeni başlayan genç erişkin erkeklere yönlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda kadınlarda da halen sigara içme prevalansı yaşla ilişkili saptanmıştır. Erkeklerin aksine 40 ve üzeri yaştaki kadınlar (%23.8) daha genç yaştakilere (%10.3) kıyasla daha yüksek düzeyde sigara içmektedir. Daha genç yaştaki kadınların daha düşük düzeyde sigara içmesi olumlu ve umut verici bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Genel olarak katılımcılarda halen sigara içme eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmamışken, kadınlarda eğitim düzeyi azaldıkça halen sigara içme prevalansının arttığı saptanmıştır. Lise ve altı düzeyde eğitim almış kadınlarda halen sigara içme prevalansı %33.3 olarak saptanmıştır, ön lisans ve üzerinde eğitim almış olanlarda ise prevalans belirgin olarak düşüktür (%13.6). Benzer şekilde, Adıgüzel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim ve sigara içme arasında anlamlı ilişki saptanmış, eğitim seviyesi arttıkça sigara içme prevalansının azaldığı bildirilmiştir (196). Sigara müdahalelerinin kadınlar söz konusu olduğunda daha az eğitimli ve 40 yaş üzerindekilere yönelmesinin uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Medeni durumun sağlıkla ilgili davranışlar üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda her gün sigara içme prevalansının en yüksek saptandığı grup dul/boşanmış grubunda olan katılımcılardır (%57.1). Benzer şekilde, ABD'de 2015 Ulusal Sağlık Araştırması'nda halen sigara içme prevalansının en yüksek boşanmış/dul (%20.0) grubunda olduğu bildirilmiştir (103). Köksal'ın 2021 yılında Aydın ilinde yaptığı tez çalışmasında da en fazla sigara içen grubun dul/boşanmış grubu (%32.1) olduğu bildirilmiştir (184). Dilbaz ve arkadaşları'nın 2001 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada en fazla sigara içme oranı (%72.7) boşanmış/ayrı yaşayan/dul grubunda saptanmıştır (200). Çalışmamızdaki %57.1'lik prevalans Dilbaz ve arkadaşlarının çalışmasından düşük ancak literatürdeki diğer çalışmalardan oldukça yüksek düzeydedir. Bu prevalansı değerlendirirken pandemi döneminde elde edildiği ve strese tepki nedenli olabileceği göz önüne alınmalıdır.

Araştırmamızda gelir düzeyini kötü olarak değerlendirenlerin (%48.6), iyi olarak değerlendirenlerden (%28.1) daha yüksek düzeyde sigara içtiği saptanmıştır. Araştırma bulgularımız literatürle uyumludur. Casetta B. ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan

meta-analiz çalışmasında gelir düzeyi düşük olan grupta sigara içme prevalansının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (201). Durmuş ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile günlük içilen sigara miktarı arasında negatif bir korelasyon olduğu, gelir düzeyi düştükçe içilen sigara miktarının arttığı bulunmuştur (121). Gilani ve arkadaşlarının 2013 yılında Pakistan'da ülke çapında yaptığı çalışmada, gelir düzeyi düşük bireylerde sigara tüketimi yüksek saptanmıştır (202). Yüksek sigara fiyatlarına rağmen, gelir düzeyi düşük olan katılımcıların daha yüksek düzeyde sigara içiyor olması stres faktörü, problem çözme davranışının sigara ile aşılmaya çalışılıyor olması ve bağımlılıkla açıklanabilir. Bu grup bağımlılık yönünden değerlendirilmeli ve ücretsiz sigara bırakma müdahaleleri için öncelikli grup olarak ele alınmalıdır.

Çalışmamızda halen sigara içme prevalansı çalışılan kamu kurumu ile ilişkili bulunmuştur. Sigara içme prevalansı en yüksek İl Emniyet Müdürlüğü (%35.6), en düşük İl Tarım ve Orman Müdürlüğü (%20.8) personelinde gözlenmiştir. İl Emniyet Müdürlüğü'nde çalışanların çoğunun erkek olmasının bir neden olabileceği düşünülmüştür. Ancak, Emniyet Müdürlüğü'nde prevalansın diğer kurumlara göre daha yüksek olmasının bir nedeni de çalışanların çoğunun polis olması ve polislerin nöbet, devriye şeklinde stresli bir ortamda çalışmaları olabilir. Kutlu ve arkadaşlarının kamu çalışanları üzerinde Konya'da yaptıkları araştırmada, sigara içme prevalansı bizim araştırmamızla benzer şekilde en yüksek (%54.4) İl Emniyet Müdürlüğü personelinde saptanmıştır (166). Deveci ve arkadaşları, 2004 yılında, 4207 sayılı yasa öncesi Elazığ Emniyet Müdürlüğü çalışanlarında sigara içme prevalansını %62.3 saptanmışlardır (203). Bizim araştırmamızda emniyet müdürlüğü çalışanlarında saptadığımız daha düşük prevalans 4207 sayılı yasanın etkisi olarak değerlendirilebilir. Durusoy ve arkadaşları 2016 yılında İzmir Bornova Belediyesi çalışanlarında sigara içme prevalansını %48.8 olarak saptamışlardır (196). Bizim çalışmamızda belediye çalışanlarında sigara içme prevalansı daha düşük saptanmıştır (%31.5).

Literatürde çay veya kahve kullanma alışkanlığı sigara içmeyi uyarıcı davranışlar olarak yer almaktadır. Fırat ve arkadaşlarının 2019 yılında sigara bırakma polikliniğine başvuranları kapsayan araştırmasında katılımcılar çay, kahve ve alkolle birlikte sigara içme isteğinin arttığını belirtirmişlerdir (204). Çelik ve arkadaşları, 2006 yılında yaptıkları hayvan deneyinde, sigara ile çay veya kahvenin birlikte alınmasının, ayrı ayrı alınmasına kıyasla daha çabuk ve şiddetli bir bağımlılığa neden olduğunu ve nikotin ile kafeinin bağımlılık

yapıcı etki yönünden birbirlerinin yerine geçtiğini saptamışlardır (205). Çalışmamızda katılımcıların %98.6'sı her gün en az bir fincan çay, %60.3'ü her gün en az bir fincan kahve içtiklerini belirtmişlerdir. Yaygın çay ve kahve kullanımına rağmen literatürün aksine çalışmamızda sigara içme, çay ya da kahve alışkanlığı ile ilişkili bulunmamıştır.

Araştırmamızda günlük ortalama içilen sigara sayısı ve sabah ilk sigaranın içildiği zaman değişkenleri kullanılarak katılımcıların bağımlılık indeksi hesaplanmıştır. Her gün sigara içen katılımcılar günde ortalama 15.0±0.8 adet içmektedirler. Günün ilk sigarasını uyandıktan sonra ilk 30 dakikada içen katılımcı sıklığı %27.1 bulunmuştur. Bu iki değişkenin toplanması ile bağımlılık indeksi değerlendirildiğinde; her gün sigara içen katılımcıların %72.9'unun çok düşük düzeyde, %13.5'inin düşük-orta düzeyde, %8.3'ünün orta düzeyde ve %5.2'sinin yüksek düzeyde bağımlı olduğu saptanmıştır. Erkeklerde yüksek düzeyde bağımlıların sıklığı kadınlardan daha fazla ve kadınlarda çok düşük düzeyde bağımlıların sıklığı erkeklerden daha fazla olmasına rağmen, cinsiyet ile bağımlılık düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında uyandıktan sonra ilk 30 dakikada sigara içme sıklığı araştırmamızla benzer şekilde %26.0-%69.2 aralığında saptanmıştır (79,80,82–85,92,206). Uyandıktan sonraki ilk 30 dakikada sigarasını içme sıklığı en fazla olan ülke Vietnam, en az olan ülke Arjantin'dir (86). Özcebe ve arkadaşları 2013 yılında kamu çalışanları üzerinde yürüttükleri araştırmada ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içenlerin sıklığını bizim çalışmamızdan yüksek olarak %46.7 saptamışlardır (207). Köksal 2021 yılında kadınları kapsayan araştırmasında, ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içenlerin sıklığını bizim çalışmamızdan yüksek olarak %43.3 saptamıştır (42). Türkiye 2016 KYTA'da bizim çalışmamızdan daha düşük olmak üzere, katılımcıların %21.0'ının günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakikada içtiği saptanmıştır (76).

Çalışmamızda günlük içilen sigara sayısı cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Erkekler günde ortalama 16.4±1.0, kadınlar 10.0±1.1 adet sigara içmektedir. Kesler'in 2020 yılında yaptığı tez çalışmasında erkeklerin kadınlardan adet olarak daha fazla sigara içtiği gösterilmiştir (208). Sigara bırakma polikliniğine başvuranlarda yürütülen çalışmalarda da erkeklerin kadınlardan adet olarak daha fazla sigara içtiği tespit edilmiştir (209,210). Çalışmamızla benzer şekilde dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve

STEPS araştırmalarında günlük içilen sigara sayısı toplam olarak 7.8-17.1, erkeklerde 6.3-21.2, kadınlarda 2.2-17.3 adet aralığında değişmektedir (79,80,82–85,92,206). Türkiye 2016 KYTA'da günlük içilen ortalama sigara sayısı bizim çalışmamızdan daha yüksek olmak üzere; tüm katılımcılarda 18.0, erkeklerde 18.9, kadınlarda 15.8 adet bulunmuştur (76). Köksal, Aydın ilinde yaptığı çalışmada kadınların bizim araştırmamızdan daha yüksek olarak günde ortalama15 adet sigara içtiğini saptamıştır (184). Sonuç olarak erkeklerin sigara içme prevalansı da içtikleri sigara sayısı da kadınlardan daha fazladır.

Çalışmamızda ilk sigara deneme yaş ortalaması erkeklerde 16.7±0.3, kadınlar da 20.3±0.9 olmak üzere katılımcıların genelinde 17.5±0.3 saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak erkeklerde ilk sigara içme yaş ortalaması kadınlardan daha düşüktür. İnce ve arkadaşlarının 2016 yılında kamu çalışanlarında (211) yaptığı bir çalışmada katılımcıların ilk kez sigarayı deneme yaşı ortalaması çalışmamızla benzer şekilde 17.30 bulunmuştur ancak bu çalışmada erkek ve kadınların sigarayı deneme yaş ortalaması farklı bulunmamıştır (Erkeklerde 17.45, kadınlarda 17.10 yaş). Perinçek tarafından 2018 yılında Hakkari'deki öğretmenler üzerinde yürütülen bir çalışmada ilk sigarayı deneme yaşı 17.5±3.5 ve düzenli sigaraya başlama yaş ortalaması 19.6±3.3 saptanmıştır (212). Hezer ve arkadaşlarının 2018 yılında sigara bırakma polikliniğine başvuran yetişkinlerde yaptığı çalışmada ilk sigara deneme yaş ortalaması erkeklerde 15.90±4.61, kadınlarda 16.61±3.63 olmak üzere bizim yaş ortalamamızdan daha düşük saptanmıştır (213).

Çalışmamızda her gün sigara içen 18-34 yaş arası katılımcıların sigarayı düzenli içmeye başlama yaş ortalaması erkeklerde 19.7±0.8, kadınlarda 21.5±1.4 olmak üzere tüm katılımcılarda 19.9±0.7 olarak saptanmıştır. Erkek katılımcılar kadınlardan daha erken yaşta düzenli sigara içmeye başlamıştır. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yürütülen KYTA ve STEPS araştırmalarında 15-34 yaş arası her gün sigara içenlerin düzenli sigara içmeye başlama yaş ortalaması bizim çalışmamızdan daha düşük olmak üzere erkeklerde 16.5-18.7, kadınlarda 17.7-19.2 ve tüm katılımcılarda 16.8-18.9 aralığında değişmektedir (79,80,82–85,92,206). Türkiye 2016 KYTA'da 15-34 yaş arasındaki katılımcıların düzenli sigara içmeye başlama yaş ortalaması erkeklerde 16.7, kadınlarda 17.7 ve tüm katılımcılarda 17.0 olmak üzere bizim bulgularımızdan daha düşük saptanmıştır (89). Bizim araştırmamızda düzenli sigaraya başlama yaş ortalamalarının daha yüksek saptanmış olmasının nedeni katılımcılardaki en düşük yaşın 18 olması ve katılımcıların hem daha eğitimli hem de kamu görevlisi olmaları şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda her gün sigara içen 18-34 yaş aralığındaki katılımcıların %10.8'i 15 yaş altında, %27.0'ı 18 yaş altında düzenli sigara içmeye başlamıştır. Türkiye 2016 KYTA'da her gün sigara içen 15-34 yaş arasındaki katılımcıların %15.0'ı 15 yaş öncesinde, %57.5'i 18 yaş öncesinde düzenli sigara içmeye başlamışlardır (89). Bizim bulgularımız Türkiye 2016 KYTA ile karşılaştırıldığında hem 15 yaş öncesi hem 18 yaş öncesi düzenli sigara içmeye başlayanların sıklığı daha düşük düzeydedir (89). Bu durum yine katılımcıların kamu görevlisi olması, 4207 ve 5727 sayılı yasaların etkisi, daha genç kuşaklarda sigara içmemenin daha normal bir davranış olarak algılanması ile açıklanmış ve olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda her gün sigara içen katılımcıların sigara için günde ortalama 13.0±0.8 TL harcadıkları saptanmıştır. Bu ortalama erkeklerde 14.4±0.9 TL, kadınlarda 8.3±0.9 TL olarak bulunmuştur. Buna göre bir aylık sigara masrafı 390 TL olarak hesaplanmıştır. Avcı'nın 2018 yılında yaptığı tez çalışmasında aylık sigara masrafının ortalama 242.89±139.231 TL (Min=20, Maks=900) olduğu ve erkeklerin aylık sigara masrafının kadınlarınkinden fazla olduğu tespit edilmiştir (214). Avcı'nın çalışmasında aylık ortalama masrafın daha düşük olmasının nedeni bizim çalışmamızdan iki yıl kadar önce yapılmış olması ile açıklanabilir. Araştırmamızda günlük ortalama sigara için harcanan para evlilerde en düşük düzeyde (11.7 TL), dul/boşanmışlarda en yüksek düzeyde (17.3 TL) ve bekarlarda 15.4 TL olarak diğer iki grubun arasında saptanmıştır. Araştırmamızla uyumlu olarak literatürde sigara için yapılan günlük ortalama harcamanın erkeklerde ve dul/boşanmışlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda erkekler ve dul/boşanmış katılımcıların her gün sigara içme prevalansları daha yüksek saptandığından bu grupların sigara için yaptıkları ortalama harcamanın daha yüksek düzeyde olması araştırma bulgularının tutarlılığını gösteren ve beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Türkiye 2016 KYTA'da endüstriyel sigara için yapılan aylık ortalama harcama 269.4 TL hesaplanmıştır. Bu miktarın bizim bulgumuzdan düşük olmasının nedeni araştırmamızın 2021 yılında yapılmış olması şeklinde açıklanmıştır. Türkiye'de periyodik aralıklarla sigara fiyatlarının arttığı bilinmektedir. Eylül 2021 tarihinde net asgari ücret 2.825 TL'dir buna göre katılımcılar her ay net asgari ücretin %13.8'i kadar ciddi boyutta bir miktarı sigara tüketimine harcamaktadırlar.

5.4 Araştırma kapsamına giren çalışanlarda ikinci el sigara dumanıyla ilgili bulguların tartışması

İkamete mahsus konutlar hariç tüm kapalı alanlarda tütün ürünü kullanma yasağı ile başta çocuk ve gençler olmak üzere tüm toplumu tütün dumanına maruziyetten korumak amaçlanmıştır (143). Sigara yasağının temel nedeni pasif içiciliğin önlenmesidir.

İkinci el sigara dumanına maruz kalma evde (%23.8), özel otomobilde (%38.0) ve herhangi bir yerde sigara içenlerle bir arada bulunma (%74.2) şeklinde gerçekleşmiştir. Sigara içenlerle aynı ortamda bulunduklarını (%81.4) ve özel araçta sigara içtiklerini halen sigara içen erkekler (%52.4) daha yüksek düzeyde bildirmiştir. Araştırmamızla benzer olarak Türkiye 2016 KYTA'da evde sigara dumanına maruz kalma %26.7 olarak belirlenmiştir (76). Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında evde sigara dumanına maruz kalma tüm katılımcılarda bizim bulgumuzu da içeren %7.3- %44.9 aralığında saptanmıştır (76,79–85,92,188).

Çalışmamızda kamu görevlilerinin önemli bir kısmının tütün yasağına uymadığı saptanmıştır. Belirgin farklılık olmamakla birlikte, erkeklerde %24.4, kadınlarda %8.7 olmak üzere tüm çalışanların %21.0'ı işyerinde kapalı alanda sigara içmiştir. Erkeklerde (%39.5), kadınlardan (%21.3) daha yüksek düzeyde olmak üzere katılımcıların %32.1'i iş yerinde kapalı alanda sigara içildiğini görmüştür. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında kamu binalarında sigara dumanına maruz kalma erkeklerde %3.1-%21.2, kadınlarda %2.8-%22.8 olmak üzere toplamda %2.9-%31.1, aralığında saptanmıştır (76,79–85,92,188). Bizim araştırmamızda, iş yerinde kapalı ortamda sigara içen ve sigara içen kişi görme oranları dünya genelindeki 2016 yılı ve sonrasında KYTA ve STEPS araştırmaları ile karşılaştırıldığında genelde daha yüksek, erkeklerde üst sınıra yakındır. İş yerinde, kamu binalarında ve evde sigara dumanına maruz kalma oranı en yüksek olan ülke Çin'dir. İşyerinde sigara dumanına maruz kalma oranı %60 ve üzeri olan ülkeler Mısır, Çin ve Bangladeş'tir (86).

Sigara içenlerle aynı ortamda bulunma (%95.5) ve evinde sigara içildiğini belirtme, (%43.6) halen sigara içenlerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Katılımcıların %29.3'ü iş yeri dışında, sigara içmenin yasak olduğu kapalı ortamlarda sigara içenleri görmüştür. İş yeri dışında restoran, kafeterya, otel gibi kapalı ortamlarda sigara içildiğini görme erkeklerde kadınlardan yüksek düzeyde bulunmuştur (Sırayla %36.3 ve %19.3). Sigara içme düzeyi

daha yüksek olan ve yasak olan yerlerde de daha yüksek düzeyde sigara içen erkeklerin, sigara içmenin yasak olduğu ortamlarda sigara içildiğine daha yüksek düzeyde tanık olması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Halen sigara içen erkeklerin %3.7'si kapalı alanda sigara içtikleri için ceza ödemiştir. Kadınlar ceza ödememiştir. Katılımcıların %93.7'si sigara içenlere uygulanan cezayı olumlu karşılamaktadır. Kadınlar (%98.0) kapalı ortamlarda sigara içenlere uygulanan cezayı erkeklere (%90.7) kıyasla daha olumlu karşılamaktadırlar. Halen sigara içmeyen katılımcılar (%96.1), içenlere (%88.2) kıyasla cezayı daha olumlu karşılamaktadır. Bizim araştırmamızla benzer şekilde dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA-STEPS araştırmalarında sigara içenlere uygulanan cezayı katılımcıların %83.2-%92.6'si, erkeklerin %65.2-%84.7'si, kadınların %88.3-%94.8'i desteklemektedir (78,92). Araştırmamızla benzer şekilde Türkiye 2016 KYTA'da katılımcıların %90.4'ü (Erkeklerde %82.1, kadınlarda %94.2) sigara içenlere uygulanan cezayı desteklemişlerdir (76).

5.5. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütün karşıtı mesajlar ve tütünü teşvik eden durumlarla karşılaşmalarına ilişkin bulguların tartışması

Görsel-işitsel yöntemlerle tütün ürünlerinin zararları konusunda toplumun uyarılması ve tütün reklamlarının yasaklanması tütün kontrolü uygulamaları arasındadır. Sigara üzerindeki resimli uyarıların sigaranın zararları ile ilgili farkındalık yaratmada ve kullanımı azaltmada maliyet etkin olduğu literatürde yer almaktadır (7). Çalışmamızda katılımcılar tarafından son bir ayda en çok sigara paketleri üzerindeki uyarılar (%66.0), ikinci olarak televizyondaki kamu spotları (%57.3) ve en az sıklıkla gazete ve dergilerdeki uyarılar (%34.5) fark edilmiştir. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında televizyon ve radyodaki uyarıları fark etme prevalansı %52.7-%76.0 aralığında değişmektedir (76,79–85,92,179). Türkiye 2016 KYTA'da tütün ürünlerinin zararları konusundaki uyarıları herhangi bir kanaldan fark etme sıklığı %75.6, radyo ve televizyondan fark etme sıklığı bizim araştırmamızdan daha yüksek, %73.7 olarak belirlenmiştir (76). Tütün ürünlerinin zararları konusundaki uyarıları fark etme sıklığı ve kaynaklar ülkelere göre veya zaman içinde değişebilmektedir. Dünya genelinde yapılan araştırmalarda sigara karşıtı mesajları televizyonda fark etme sıklığı yüksek olan ülkeler arasında Türkiye, Vietnam ve Malezya yer almaktadır (86).

Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında sigara içenlerin sigara paketi üzerindeki uyarıları fark etme sıklığı %83.0-%97.5'i aralığında değişmektedir (76,79–85,92,179). Türkiye 2016 KYTA araştırmasında halen sigara içenlerin %83.3'ü paket üzerindeki uyarıları fark etmiştir (76). Bizim çalışmamızda da benzer olarak halen sigara içenlerin %86.6'sı paket üzerindeki uyarıları fark etmiştir. Araştırmamızda paket üzerindeki resimli uyarıları fark etme cinsiyet, çalışılan kurum, tütün kullanımı ilişkili bulunmuştur. Fark etme erkeklerde (%70.2), İl Emniyet Müdürlüğü'nde (%75.9), tütün ürünü kullananlarda (%86.5) ve her gün sigara içenlerde belirgin olarak yüksek saptanmıştır (%87.5). Tütün kullanımı ve sigara içme prevalanslarının daha yüksek olduğu gruplarda fark etmenin yüksek saptanması beklenen bir bulgudur.

Katılımcıların %50.7'si sigara paketleri üzerindeki resimlerin sigara içmeyi önlemede etkili olduğunu düşünmektedir. Paket üzerindeki resimleri uyarıların sigara içmeyi önlemede etkisine ilişkin düşünceler cinsiyet ve yaşla ilişkili bulunurken, sigara ya da tütün kullanımı ile ilişkisiz bulunmuştur. Erkekler (%56.0) ve 40 yaş üzerindeki katılımcılarda (%55.1) etkili bulma daha yüksek düzeydedir. Bizim bulgularımızın aksine Bilir ve arkadaşlarının 2017 yılında üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada sigara paketleri üzerindeki yazılı ve görsel uyarıları kız öğrencilerin ve sigara içmeyenlerin daha etkili buldukları saptanmıştır (215).

Halen sigara içen katılımcıların yaklaşık %39.4'ü sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıların kendilerini sigarayı bırakmaya yönelttiğini belirtmiştir. Resimli uyarılar nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünme, 40 ve üzeri yaştakilerde (%61.9), evlilerde (%46.8), Vilayet binasında çalışanlarda (%83.3), yöneticilerde (%80.0), ara sıra sigara içenlerde (%69.2) daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında resimli sağlık uyarıları nedeni ile sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade edenlerin sıklığı %17.9-%75.6 aralığında değişmektedir (76,79–85,92,179). Türkiye 2012 KYTA'da resimli sağlık uyarıları nedeni ile sigarayı bırakmayı düşünme %53.0 iken Türkiye 2016 KYTA'da bu sıklık %31.0'a düşmüştür (76). Çalışmamızda resimli uyarıları fark etme yüksek düzeyde iken resimli uyarılar nedeni ile sigarayı bırakmayı düşünmenin daha düşük olması ve Türkiye 2016 KYTA araştırması ile benzer düzeyde olması zaman içinde resimli uyarılara karşı duyarsızlaşma olduğunu akla getirmektedir. Paket üzerindeki resimli uyarıların yöneticilerde sigarayı bırakmayı daha fazla düşündürmesi, hem kurumda içmeyi önlemenin görevi olması hem de çalışanlara örnek olma gerekliliğiyle açıklanmıştır.

Katılımcıların %11.0'ı son bir ayda sigara içmeyi teşvik eden bir durumla karşılaşmıştır. En çok karşılaşılan teşvik yöntemleri ilk sırada e-posta yoluyla sigara reklamı (%33.2), daha sonra bedava sigara dağıtılması (%16.6) ve sigara logolu eşyadır (%16.6). Sigara şirketlerinin kupon tanıtımı, web sayfası tanıtımı, tütün ürünleri tanıtma amacıyla (Örneğin mentollü sigara, hafif sigara) e-postalara reklam gönderdiği literatürde yer almaktadır (216). Katılımcılardan bir kişi sigaranın satılıyor olmasını, bir kişi de okul etrafında sigara içilmesini teşvik olarak değerlendirmiştir. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında yetişkinlerin %18.3 ile %28.9'u sigara teşvikine sigaranın satıldığı dükkanlarda rastladığını, %2.4 ile %28.8'i dükkan dışında sigara reklamlarına rastladıklarını belirtmişlerdir (76,79–85,92,179). Türkiye 2016 KYTA'da katılımcıların %6.2'si sigaranın satıldığı dükkanlarda sigara reklamlarına rastladıklarını, %16.2'si ise dükkanlar haricinde sigara reklamı/promosyonu veya spor etkinliği sponsorluğu fark etmiştir (76). Dünya genelinde yapılan çalışmalarda sigara teşviki ile karşılaşmanın %40.0 ve üzerinde saptandığı ülkeler, reklam yasağı olmayan Arjantin, Endonezya, Filipinler, Rusya Federasyonudur (86). Reklam yasağı olan ülkelerde teşvikle karşılaşma sıklığı daha düşük düzeydedir. Türkiye'de tütün ürünlerinin reklam ve tanıtımı ile sigara firmaları tarafından sponsorluk yapılması 4207 sayılı yasanın 4.cü maddesi ile engellenmiştir (217). Çalışmamızda teşvik sıklığı (%11.0) Türkiye genelinden düşük, teşvik çeşitleri daha farklı bulunmuştur. Farklılığın nedeni, çalışmanın daha güncel olması ve tüm toplumu değil özel bir grubu kapsaması ile açıklanmıştır.

5.6. Araştırma kapsamına giren çalışanların tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışması

Katılımcıların %96.5'i sigara içmenin zararlı olduğunu bilmektedir, %4.9'u zararsız tütün ürünü olduğunu belirtmiştir. Yasağın temel nedeni olan ikinci el (%74.1) ve üçüncü el sigara içme tanımlarını (%57.8) bilmenin düşük düzeyde olduğu değerlendirilmiştir. Üçüncü el sigara içme tanımını halen sigara içenler (%66.4) daha yüksek düzeyde bilmektedir.

Sigara paketleri üzerinde ilgi çekici renk ya da görselin bulunmaması tek tip düz paket uygulaması olarak tanımlanmakta ve bu tip paketlerin daha az satın alındığı literatürde yer almaktadır (218). Katılımcıların %40.0'ı düz paket uygulamasını duymadığını, %25.8'i düz paket uygulamasının etkili, %34.2'si faydasız ve gereksiz olduğunu belirtmiştir. Düz

paket uygulaması hakkındaki görüşler cinsiyet, yaş, sigara ve tütün kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Kadın katılımcılar (%56.0) erkeklere (%28.8) kıyasla düz paket uygulamasını daha fazla duymamışlardır. Erkek katılımcılarda ise kadınlara kıyasla düz paket uygulamasını etkili bulma ve faydasız olduğunu düşünme kadınlardan daha yüksek düzeydedir. Kırk yaş ve üzerindeki katılımcıların %29.8'i etkili olduğunu düşünürken, kırk yaş altındakilerin %22.9'u etkili olduğunu düşünmektedir. Sigara içenlerin %53.6'sı, içmeyenlerin %25.9'u düz paket uygulamasının faydasız olduğunu düşünmektedir. Kazi A. ve arkadaşlarının çalışmasında, Bangladeş'te yetişkinlerin %6.5'i düz paket uygulamasını sigara reklamını önleyeceği için ve çekiciliği azaltacağı için olumlu bulduklarını belirtmişlerdir (219). Avrupa'da 2017'de yapılan araştırmada, katılımcıların %46'sı düz paketi onaylamış, %37'si uygulamayı olumsuz bulmuştur (220).

Türkiye'de ve dünyada tütün ve ürünlerinin koronavirüs hastalığına duyarlılığı veya hastalığın şiddetini artırabileceği pandeminin başından beri halka medya yoluyla anlatılmıştır (160). Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının (%52.6) sigara içme ile koronavirus hastalığı ilişkisine dair bilgisi olmadığı saptanmıştır. Yalnızca %28.8'i sigara içenlerde koronavirus hastalığının daha çok görüldüğünü, %9.3'ü daha az ve yine %9.3'ü aynı düzeyde görüldüğünü belirtmiştir. Halen sigara içenler arasında, sigara içenlerde koronavirus hastalığının daha az görüldüğüne inananların sıklığı (%14.5) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Daha az görülür ve aynı düzeyde görülür diyen çalışanlar bu bilgiyi çevrelerinden duyduklarını veya kendi gözlemlerinden çıkardıklarını belirtmişlerdir. Az sayıda da olsa sigara içmenin bağışıklık sistemini uyarıp bağışıklığı artırdığını belirten çalışan saptanmıştır (4 kişi). Katılımcıların %1.6'sı kendi gözlemlerine dayanarak sigara ve koronavirus arasındaki ilişkiyi tanımladığını, %26.2'si televizyondan, %10.1'i bilimsel makalelerden, %6.3'ü gazeteden, %6.0'ı aile, arkadaş gibi sosyal çevreden ve %2.7'si radyodan duyduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular medya yoluyla yapılan eğitimin çalışanlar üzerinde yeterince etkisi olmadığını göstermesi açısından düşündürücüdür.

Sigara bırakma polikliniklerinin varlığı çalışanlar tarafında yeterince bilinmemektedir. Rize'de hem eğitim araştırma hastanesi hem toplum sağlığı merkezinde sigara bırakma polikliniği olmasına rağmen çalışanların %52.6'sı poliklinik olduğunu bilmektedir.

Katılımcıların %67.4'ü aile üyelerini sigara içirmekten vazgeçirmeye çalışmaktadır. Bu davranış kadınlarda (%75.3) ve sigara içmeyenlerde (%78.4) daha yüksek düzeydedir. Bu bulgu kadınların eğitimci, sağlık bakımı veren, koruyucu geleneksel rolüne uygun olarak değerlendirilmiştir (221). Sigara içmeyenlerin içenleri bıraktırmaya çalışması hem kendi sağlıkları açısından hem karşısındakinin sağlığını düşünme açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

5.7. Araştırma kapsamına giren çalışanlarda pandemi sürecinde sigara içme davranışında değişiklik ve bırakma girişimine ilişkin bulguların tartışması

Hayatının herhangi bir döneminde sigara içen katılımcıların %67.8'i hayatları boyunca en az bir kez sigara bırakmayı denemiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Barış ve arkadaşlarının 2009 yılında Kocaeli ilini temsil eden araştırmasında sigara içenlerin %67.7'sinin daha önce sigarayı bırakmayı denediği saptanmıştır (222). Çalışmamızda hayatının herhangi bir döneminde sigara içen katılımcıların %30.5'inin (36 katılımcı) pandemi sürecinde sigara bırakma girişimi olduğu belirlenmiştir. Dünya genelinde 2016 yılı ve sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında son on iki ayda sigara bırakma girişimi sıklığı %16.1-%90.1 aralığında değişmektedir (79,80,82–85,92,206). Türkiye 2016 KYTA'da halen sigara içenlerin %24.6'sının son on iki ayda sigara bırakma girişimi olmuştur. Birch ve arkadaşlarının pandeminin erken döneminde yaptığı bir çalışmada son üç ayda sigara içenlerin %12.2'sinin sigara bırakma girişimi olmuştur (223). Gravely ve arkadaşlarının Şubat-Haziran 2020 tarihlerinde yürüttükleri bir araştırmada katılımcıların %1.1'inin bırakma girişimi olduğu saptanmıştır (224). Bizim araştırma bulgumuz literatürdeki çalışmalarla aynı aralıktadır ancak pandemi döneminde yurtdışı kaynaklı araştırmalardaki bırakma girişimi bizim araştırmamızdan düşük düzeydedir, bu farklılığın nedeni yurtdışı kaynaklı çalışmaların pandeminin erken dönemindeki iki-üç aylık süreyi kapsaması bizim araştırmamızın ise pandeminin başlangıcından sonraki on sekiz aylık süreci kapsamasıdır. Literatürde pandeminin başlangıcından beri sigara bırakma girişimini sorgulayan çok sayıda araştırma bulunmamaktadır. Pandemi döneminde sigara bırakma girişiminde bulunanların çok daha yüksek düzeyde olması beklenirdi. Pandemi henüz sona ermemiştir ve bu süreçte sigara bırakma girişimine ilişkin ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızda pandemi döneminde sigara bırakma girişimi eğitim düzeyi ve COVID-19 pozitif tanısı alma ile ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve altında olan katılımcıların

bırakma girişimi %55.0'dır. Lise ve altında eğitim görmüş katılımcılar diğer eğitim düzeylerine göre sigara içme prevalansı daha yüksek olan katılımcılardır. Bundan yola çıkarak daha çok sigara içenlerde pandemi döneminde sigara bırakma girişiminin de daha fazla olduğu söylenebilir. COVID-19 pozitif tanısı alanların %46.7'sinde pandemi döneminde bırakma girişimi saptanmıştır. Pozitif tanı alanlarda çok daha yüksek düzeyde bırakma girişimi beklenirdi. Çıtak, 2021 yılında 18-65 yaş arası kişileri kapsayan çalışmasında, yakın çevresinde COVID-19 pozitif tanısı alanlarda, sigara bırakma başarısının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (225). Pozitif tanı alanlarda bağımlılık ölçeğinin uygulanması ve bırakma danışmanlığı verilmesi önemle vurgulanmaktadır. Salgın sürecinde bireylerin kaygı düzeyleri arttıkça sigarayı bırakma başarılarının düştüğü tespit edilmiştir. Bu nedenle salgın dönemlerinde psiko-sosyal destek verilerek sigara bırakma davranışının arttırılması önerilmektedir (225).

Çalışmamızda pandemi sürecinde sigara bırakma girişiminde bulunan 36 katılımcının %47.2'si hiçbir yardım almadan, %5.6'sı sigara bırakma polikliniğinden, %2.8'i Alo171'den destek alarak, %5.6'sı nikotin bandı, %2.8'i reçeteli ilaç, %5.6'sı geleneksel yöntemleri kullanarak (Ada çayı, diğer bitki çayları) sigarayı bırakmayı denediklerini belirtmişlerdir. Sigara bırakma polikliniğinden yardım alarak ve ilaç kullanarak bırakma girişiminin düşük olma nedeni araştırmanın yapıldığı dönemde Rize'de sigara bırakma polikliniklerinin kapalı olmasına bağlanabilir. Öte yandan araştırmamız Rize'de sigara bırakma polikliniği olduğunu bilen katılımcı oranın düşük düzeyde olduğunu da ortaya koymuştur. Bırakma girişiminde bulunanların yaklaşık yarısının hiçbir yardım almaması dikkat çekici bir bulgudur. Özellikle prevalansın düşük olduğu durumlarda, sigara içmeyi azaltmada, sigara bırakma danışmanlığının sigaraya zam yapmaktan daha etkili olduğu literatürde yer almaktadır (225). Stead ve arkadaşlarının 2012 yılında 15.000'den fazla katılımcı ve 38 çalışma ile yaptıkları bir meta-analizde, sigara bırakma girişiminde bulunan kişilere farmakoterapi ile davranışsal destek sağlamanın, sigarayı bırakma başarısını yaklaşık %16 artırdığı tespit edilmiştir (226). Çalışmamızda sigara içme prevalansı yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu durumda fiyat artışı ile birlikte sigara danışmanlığının da daha yaygın uygulanması önerilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların pandemi sürecinde doktora başvuru durumu kronik hastalık ve COVID-19 pozitifliği ile ilişkili bulunmuştur. Son bir yılda bir doktor veya sağlık

kuruluşunu ziyaret etme sıklığı %78.9'dur. Son bir yılda bir doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaret edenlerin çoğu kronik hastalığı olanlar (%94.0) ve COVID-19 pozitif (%90.4) tanısı alanlardır. Çalışmamızda halen sigara içen katılımcıların %27.3'ü öksürük ve balgam, %12.7'si nefes darlığı, %7.3'ü hırıltılı solunum, %6.4'ü göğüste sıkışma hissi olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların son bir yılda bir doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaretinde tütün kullanımının sorgulanma oranı %24.4'tür. Bu sıklık Türkiye 2016 KYTA'da bizim saptadığımızdan daha yüksek düzeyde (%46.0) saptanmıştır. Çalışmamız pandemi döneminde yapıldığından sorgulamanın daha yüksek düzeyde olması beklenirdi. Kronik hastalığı olanlara (%32.1) tütün kullanıp kullanmadığı daha fazla sorulmuştur. Literatürde hekimin sigara içme durumunu sormasının ve bırakmayı önermesinin sigara bırakmada etkisi olduğu net bir şekilde gösterilmiştir (131,138,227,228). Çalışmamızda doktorun sigara içme durumunu sormasının düşük olması yanında bırakmayı önermesinin de düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sadece %9.3'üne son bir yıl içinde yaptıkları sağlık kuruluşu ziyaretinde sigara/tütün içmeyi bırakması önerilmiştir. Dünya genelinde yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında son bir yılda sağlık kuruluşlarında sigaranın bırakılmasının önerilmesi bizim araştırmamızdan daha yüksek düzeyde, %43.7 ile %72.0 aralığında değişmektedir (79,80,82–85,92). Sigarayı bırakması önerilenlerin sıklığı cinsiyet ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Doktorun sigarayı bırakmayı önerdiğini erkeklerin %13.0'ı, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanların %21.7'si belirtmiştir. Erkekler ve lise altında eğitim görmüş olanların daha fazla sigara içtiği saptandığından, hafıza faktörünün etkisi ile sorgulamayı daha fazla hatırlıyor olabilecekleri düşünülmüştür.

Çalışmamızda her gün sigara içen 110 katılımcının %66.3'ü sigarayı bırakmayı düşünmemektedir, %10.9'u düşünme aşamasındadır, %11.8'i hazırlık, %16.3'ü hareket aşamasındadır. Sigarayı bıraktığını belirten 33 katılımcının 14'ünün (%42.4) en az altı aydır sigarayı bırakmış durumda olduğu başka bir deyişle devam etme aşamasında olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda halen sigara içenler arasında en az 6 aydır bırakmış olanların sıklığı %12.7'dir. Dünya genelinde 2016 yılı sonrasında yapılan KYTA ve STEPS araştırmalarında son on iki ayda sigarayı bıraktığını belirtenlerin sıklığı bizim araştırma bulgumuz da içeren %7.0-29.3 aralığında değişmektedir (79,80,82–85,92,206). Türkiye 2016 KYTA'da sigara bırakmayı düşünme bizim bulgumuzdan daha yüksek saptanmış

(%32.8), sigarayı bırakanların sıklığı ise bizimkine benzer düzeyde saptanmıştır (%13.6) (76). Sözer ve arkadaşlarının 2020 yılında Aydın üniversitesi sağlık çalışanlarında yapmış olduğu araştırmada altı aydan uzun süre bırakma deneyimi olan ya da devam etme aşamasında olan katılımcıların sıklığı bizim çalışmamızdan daha düşük düzeyde %27.5 saptamıştır (229). Deniz'in, 2019 yılında yaptığı tez çalışmasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sigarayı Bırakma Polikliniğine başvurup, bir yıl sonra sigara içmeye devam edenlerde harekete aşamasında olanlar %49.3, düşünüyor olanlar %28.8, düşünmüyor olanlar ise %21.9 bulunmuştur (230). Düşünme ve hazırlık aşamasında olanların sıklığının bizim çalışmamızdan yüksek çıkmasının, çalışmanın sigara bırakma polikliniğinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda her gün sigara içen katılımcıların %25.7'si sigarayı bırakmak için desteğe ihtiyacını olduğunu belirtmiştir. En çok belirtilen destek türleri sırayla tıbbi destek (%45.6), psikolojik destek (%30.4), sosyal/çevresel destek (%7.6) ve maddi yardımdır (%7.6). Araştırmada sigarayı bırakanların yarıya yakını kendi kendine bıraktığını belirtmiştir. Bunun nedeni olarak pandemi döneminde sigara bırakma polikliniklerinin kapalı olması düşünülmüştür. Çalışmamız, özellikle pandemi gibi halk sağlığı acillerinde, kamu kurumlarında uzaktan tele-sağlık ya da yerinde mobil hizmet şeklinde sigara bırakma müdahalelerinin yapılmasının gerekliliğini ortaya koymuştur. Gözlemlerimize göre sigara bırakma danışmanlığı sırasında davranışsal ve sosyal çevresel destek şeklindeki uygulamalara özen gösterilmemekte farmakoterapiye ağırlık verilmektedir. Bu nedenle bırakma danışmanlığı sırasında kapsamlı psikososyal müdahalelere özen gösterilmesi önerilmiştir.

Sigara içmeyi bırakan katılımcılar (N=33) sırayla kendi kişisel sağlığı ile ilgili kaygılar (%48.5), eşi ve çocuklarının isteği (%33.3), sigara fiyatlarının artması gibi ekonomik nedenler (%33.3) ve sigara karşıtı medya uyarıları (%15.0) nedeniyle bıraktığını ifade etmiştir. Özcebe ve arkadaşlarının 2013 yılında Hacettepe Erişkin Hastanesi'nde yaptığı çalışmada, sigara içmeyi bırakanların %86.3'ü sigaranın sağlığa zararlı olması, %40.0'ı çocuklara kötü örnek olması, %34.7'si çevresi tarafından hoş karşılanmaması ve %24.2'si ekonomik yükü nedeniyle bıraktığını belirtmiştir (231). Fırat ve arkadaşlarının 2019 yılında sigara bırakma polikliniği'nde yapmış oldukları araştırmada bireylerin sigarayı bırakma nedenleri incelendiğinde ilk sırada hasta olmamak için bıraktıkları (%69.8), ikinci

sırada hasta oldukları için sigarayı bıraktıkları (%50.0) ve üçüncü sırada ekonomik nedenlerle (%39.7) sigarayı bıraktıkları saptanmıştır (204). Çalışmamızda pandemi döneminde sigara bırakma deneyimi ile COVID-19 pozitifliği arasında ilişki saptanmıştır. Bırakma girişimi COVID-19 tanısı alanlarda belirgin olarak yüksek saptanmıştır (%46.7) (p=0.026). COVID-19 tanısı alanların %16.7'sine, almayanların %8.0'ına doktor tarafından tütün dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilmiştir (p=0.012). Halen sigara içenler arasında doktor tarafından bırakması önerilenlerin %62.5'i sigara bırakma girişiminde bulunmuşken, önerilmeyenlerin %25.5'i bırakma girişiminde bulunmuştur (p=0.003). Doktor tarafından tütün dumanı olan yerlerde bulunmaması önerilenlerin %77.8'i bırakma girişiminde bulunurken, önerilmeyenlerin %26.6'sı bırakma girişiminde bulunmuştur (p=0.001).

Kamu çalışanlarına, herhangi bir tütün ürünü tüketmenin, varsa mevcut hastalığı kötüleştireceği, yakın çevresine olumsuz örnek oluşturacağı, ikinci el duman nedeniyle çevresindekilere zarar vereceği ve karşılaşabileceği diğer olası sorunlar anlatılarak bırakmanın tüm bu olumsuz durumları sona erdireceği vurgulanmalı ve bırakmada destek sağlanmalıdır (138). Yine ikinci sırada eş ve çocukların isteğinin bırakmada etkili olması danışmanlık sırasında sosyal destek ve aile desteğinin önemine işaret etmektedir. Ekonomik kaygıların ve sigara karşıtı uyarıların etkili olması ise toplumsal düzeyde sigaranın azaltılmasına yönelik M-POWER uygulamalarının önemine işaret etmektedir. Arpacıoğlu ve arkadaşlarının 2020 yılında çevrimiçi yaptıkları çalışmada sigara içen katılımcıların %37.1'inin sigarayı azalttığı ya da bıraktığı tespit edilmiş, pandemi döneminde sigara içenlerde enfeksiyona yakalanma ve ölüm riskinin sigara içmeyi azaltma/bırakma davranışına yol açtığı düşünülmüştür (232).

Araştırmamızda, halen sigara içme prevalansı, COVID-19 tanısı alan erkeklerde (%28.8) almayanlara kıyasla (%45.0) ve karantinaya alınan erkeklerde (%30.6) alınmayanlara kıyasla (%46.2) belirgin olarak düşük düzeydedir. Bu düşük düzeyler COVID-19 endişesi ve risk algısı nedeniyle olsa bile hala oldukça yüksek düzeylerdir.

Çalışmamızda pandeminin sigara içme davranışı üzerinde etkileri olduğu gözlenmiştir. Kendi ifadelerine göre, halen sigara içen katılımcıların %30.8'i pandemi sürecinde sigara içmeyi azaltmış, %18.7'si artırmış, %50.5'i davranışını değiştirmemiştir. Pandemi sürecinde sigara içme davranışındaki değişiklik, sigara içme sıklığı ve ailede

COVID-19 nedenli ölüm olması ile ilişkili bulunmuştur. Hollanda'da 2020 yılında yapılan bir çalışmada sigara içenlerin %18.5'i koronavirüs nedeniyle daha az, %13.8'i daha fazla sigara içtiğini, %67.7'si pandeminin günlük içtiği sigara sayısını etkilemediği belirlenmiştir (233). Avusturalya'da 2020 yılında yapılan bir çalışmada sigara içenlerin %16.3'ünün sigarayı azalttığı, %49.9'unun artırdığı, %38.4'ünün değiştirmemiş olduğu saptanmıştır (234). İtalya'da 2020 yılında yetişkinlerde yapılan araştırmada pandemide sigara içenlerin %15.0'ı azaltmış, %36.0'ı artırmış %0.7'si sigara içmeye yeni başlamıştır. Aynı çalışmada kadınların erkeklere kıyasla daha fazla artırdığı belirtilmiştir (159). İsveç'te 2020 yılında pandeminin hem birinci hem de ikinci dalgasında meydana gelen yaşam değişikliklerini inceleyen bir çalışmada, tütün kullanım alışkanlıklarının büyük oranda salgın öncesine benzer şekilde sürdüğü rapor edilmiştir (235). Yeni Zelanda'da 2021 yılında toplumu temsil eden bir örnekte, pandemi ile birlikte her gün sigara içenlerin %45'inin kullandıkları sigara miktarını artırdığı, %39'unun değiştirmediği ve %16'sının da azalttığı belirlenmiştir (236). Gravely ve arkadaşlarının yaptığı dört ülkeyi kapsayan bir çalışmada, katılımcıların %14.2'si pandemi döneminde sigara içmeyi azaltmış, %14.6'sı arttırmış, %70.2'si davranışını değiştirmemiştir (224). Arpacıoğlu ve arkadaşları, 2021 yılında yaptıkları çevrimiçi çalışmada (N= 4156) katılımcıların %11.3'ünün sigara içmeyi azalttığını veya bıraktığını, %4.6'sının sigara içmeyi arttırdığını, %14.6'sının sigara içme alışkanlığında değişiklik olmadığını saptamışlardır (232). Aydın ve arkadaşının 2021 yılında pandemi döneminde yaptığı çalışmada, katılımcıların %40.2'si sigara içmeyi artırmış, %8.0'ı azaltmış, %51.8'i davranışı değiştirmemiştir (237). Gamsızkan ve arkadaşlarının Haziran 2020-Ocak 2021 tarihlerinde yaptıkları araştırmada katılımcıların %17.2'si sigarayı azaltmış, %10.4'ü artırmış, %63.8'i aynı düzeyde sigara içmiştir (238). Sigara davranışındaki değişim ile ilgili olarak literatürde kamu çalışanlarını kapsayan bir araştırma tespit edilmemiştir. Çalışmamızda azaltanların yurtdışındaki ve yurtiçindeki çalışmalardan daha yüksek düzeyde olması ve pandemi sürecinde ilk kez sigara içmeye başlayan katılımcı tespit edilmemesi olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda sigara içmeyi artıranların sıklığının literatürde bildirilen sıklıklar arasında olduğu ve COVID-19 nedeniyle yakınını kaybedenlerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (%42.1). Artırmanın COVID-19 nedeniyle oluşan stresle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ara sıra sigara içenler arasında azaltmanın daha yüksek düzeyde saptanması (%60.0) COVID-19'un olumlu bir etkisi olarak değerlendirilmiştir.

Tek yönlü analizlerde sigara içmeyle ilişkili saptanan değişkenler lojistik regresyon analizine sokularak pandemi döneminde halen sigara içmeye ve halen içicilerde sigara bırakma girişimine etkili olan primer bağımsız değişkenler tahmin edilmeye çalışılmıştır. Analiz sonucuna göre pandemi sürecinde halen sigara içme olasılığının erkeklerde kadınlara kıyasla 4.7 kat, boşanmış olanlarda evli ve bekarlara kıyasla 5.8 kat, evinde her gün sigara içilenlerde ara sıra içilen ve hiç içilmeyenlere kıyasla 5.4 kat, koronavirus hastalığı açısından risk altında olmadığını düşünenlerde olduğunu düşünenlere kıyasla 1.6 kat ve sigara içenlerle bir arada bulunanlarda bulunmayanlara kıyasla 6.9 kat daha fazla saptanmıştır. Sigara içme prevalansı daha yüksek olan erkek cinsiyetin, bulunulan sosyal ortamlarda sigara içiliyor olmasının, hastalıkla ilgili düşük risk algısının pandemi sürecinde sigara içmede primer etkili bulunması beklenen bulgular şeklinde yorumlanmıştır. Evli olmanın sigara içmeyi azaltıcı bir faktör olduğu literatürde yer almaktadır (237). Evli olmak sosyal destek açısından bireylerin sorunlarla başa çıkmasını kolaylaştırıcı bir özelliktir. Evlilik yalnızlığa karşı destekleyici bir unsur olarak görülmekte, ruhsal yönden koruyucu olarak kabul edilmektedir (239). Boşanmanın bir stres faktörü olarak sigara içmede etkili olabileceği ve medeni durumla ilgili ileri araştırmalar yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Lojistik regresyon analizine göre pandemi sürecinde halen sigara içen katılımcılarda sigara bırakmayı deneme davranışı doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmama önerisi verilenlerde verilmeyenlere kıyasla 7.2 kat ve doktor tarafından sigara içmenin bırakılması önerilenlerde önerilmeyenlere kıyasla 3.8 kat daha fazla saptanmıştır. Doktor önerisinin sigarayı bırakmada etkili olduğu yapılan randomize klinik çalışmalarla kanıtlanmıştır (240). Çalışma bulgularımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiş ve pandemi sürecinde de sigara bırakma girişiminde en etkili faktörün doktor önerisi olduğu görülmüştür.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Rize İl Merkezi'nde, Vilayet, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, İl Tarım ve Orman Müdürlüğü, Adliye Sarayı ve Belediye olarak tabakalanan kurumlarda, rastgele seçilen 365 kamu çalışanı üzerinde Ekim-Kasım 2021 tarihinde yürütülen kesitsel araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur

Araştırma grubunun yaş ortalaması 37.9±0.4 yıldır, %58.9'u erkek, %41.1'i kadındır. Çalışanların dörtte üçü evlidir, dörtte üçü üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Çalışanların ortalama çalışma süresi 12.7 yıldır, dörtte üçü memur statüsünde ve çoğunluğu kapalı ortamda çalışmaktadır. Çalışanlar arasında teknisyen (%21.6), sağlık çalışanı (%17.0), polis (%15.9), mühendis (%14.0) ve büro elemanları çoğunluktadır. Kurum ve mesleklere göre cinsiyet dağılımı farklıdır. İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışanların çoğu kadın, İl Emniyet Müdürlüğü'nde ise erkektir. Kadınlarda daha yüksek olmak üzere, çalışanların yalnızca üçte biri gelirini iyi olarak değerlendirmektedir. Sağlık çalışanı ve büro elemanlarının çoğunluğu kadın, polis ve iktisatçıların çoğu erkektir. Çoğu kalp damar hastalığı olmak üzere (%9.9), katılımcıların yaklaşık dörtte birinin tedavi altında oldukları kronik bir hastalığı mevcuttur.

Kamu çalışanlarında tütün kullanımı yaygındır. Çalışanların yaklaşık üçte biri (%30.4) halen herhangi bir tütün ürünü, üçte biri (%30.1) halen sigara, %1.9'u ara sıra nargile, %1.3'ü ara sıra dumansız tütün ürünü, %0.8'i ara sıra elektronik sigara içmektedir. Her gün ve ara sıra sigara içme prevalansları sırayla %26.3 ve %3.8'dir. Sigara haricindeki ürünlerin hiçbiri her gün kullanılmamaktadır. Nargile ve elektronik sigarayı yalnızca erkekler kullanmaktadır. Sadece bir kadın dumansız tütün ürünü kullanmaktadır. Sigara haricindeki tütün ürünlerinin kullanımının yaygın olmaması pandemiyle de ilişkili olabilecek olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Tütün ve ürünlerinin kullanımı erkeklerde daha yaygındır. Her gün ve ara sıra sigara içme prevalansları erkeklerde sırayla %34.9 ve %5.1, kadınlarda sırayla %14.0 ve %2.0'dır.

Halen sigara içme prevalansı:

- Beş ve daha kısa süredir çalışanlarda (%39.2), 6 yıl ve daha uzun süredir çalışanlardan (%26.9) yüksektir.
- Erkeklerde (%40) kadınlardan (%16.0) yüksektir.

- Erkekler arasında, 40 yaş altında daha yüksektir (%46.5).
- Erkekler arasında, 5 ve daha kısa süredir çalışanlarda en yüksek düzeydedir (%55.7).
- Erkeklerin aksine kadınlarda kırk yaş üzerinde daha yüksektir (%23.8).
- Lise ve daha düşük düzeyde eğitimi olan kadınlarda daha yüksek düzeydedir (%33.3).

Her gün sigara içme prevalansı:

- Dul veya boşanmışlarda (%57.1) evlilerden (%23.4) yüksektir.
- İl Emniyet Müdürlüğü'nde en yüksek (%35.6), İl Tarım ve Orman Müdürlüğü'nde en düşük (%15.1) düzeydedir.
- Gelir algısı kötü olanlarda (%40.5), orta veya iyi olanlardan (%24.7) yüksektir.

Kamu çalışanları günde ortalama 15.0 adet sigara içmektedir. Erkek katılımcılarda ortalama günde içilen sigara sayısı (16.4±1.0), kadın katılımcılardan (10.0±1.1) yüksektir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%47.9) günün ilk sigarasını uyandıktan sonra ilk bir saat içinde içmektedir. Her gün sigara içen katılımcıların çoğu çok düşük düzeyde (%72.9), %5.2'si yüksek düzeyde bağımlıdır.

İlk sigarayı deneme ortalama yaşı halen sigara içenlerde 17.5'tir. İlk sigarayı deneme yaş ortalaması erkeklerde (16.7), kadınlardan (20.3) belirgin olarak düşüktür.

Çalışanlarda her gün düzenli sigara içmeye başlama yaşı ortalama 19.9 olup, erkeklerde (19.7) kadınlardan (21.5) daha düşüktür.

Her gün sigara içenler sigara için günde ortalama 13 TL harcamaktadır. Harcama düzeyi, erkeklerde (14.4 TL) kadınlardan daha yüksektir (8.3 TL). En çok harcamayı dul\veya boşanmış olanlar yapmaktadır (Günlük ortalama 17.3 TL).

Çalışma grubunun yaklaşık üçte ikisi (%60.8) hayatı boyunca hiç bir tütün ürünü ya da sigara içmemiştir. Hayat boyunca tütün ya da sigara içmeme kadınlarda (%78.0) erkeklerden (%48.8) daha yüksek düzeydedir. Halen sigara içmeyip geçmişte kullananların sıklığı tüm katılımcılar arasında %9'dur.

Çalışanlarda pasif sigara içmenin yaygın olduğu görülmüştür. Çalışanların %74.2'si sigara içenlerle bir arada bulunmakta, %38.0'ı özel aracında sigara içmekte, %20.8'inin her gün evinde sigara içilmekte ve %21.0'ı işyerinde kapalı alanda sigara içmektedir. Katılımcıların %32.1'i iş yerinde kapalı alanda sigara içen çalışan görmüştür. Pasif sigara

içme cinsiyet ve sigara içme ile ilişkili bulunmuştur. Sigara içenlerle bir arada bulunma, özel araçta sigara içme, sigara yasağı olan yerlerde sigara içen kişi görme, iş yerinde kapalı alanlarda sigara içen kişi görme erkeklerde kadınlardan yüksek düzeydedir. Evinde her gün sigara içilmesi ve sigara içenlerle bir arada bulunma halen sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla daha yüksek düzeydedir. Halen sigara içip iş yerinde sigara molası veren çalışanların %25.3'ü bina balkonunda, %3.6'sı yangın merdiveninde sigara içmektedir.

Çalışanlar, son bir ayda en çok sigara paketleri üzerindeki uyarıları (%66.0), ikinci olarak televizyondaki kamu spotlarını (%57.3) ve en az sıklıkla gazete ve dergilerdeki uyarıları (%34.5) fark etmiştir. Paket üzerindeki resimli uyarıları fark etme, her gün sigara içenlerde (%87.5), tütün ürünü kullananlarda (%86.5), İl Emniyet Müdürlüğü'nde çalışanlarda (%75.9) ve erkeklerde (%70.2) belirgin olarak daha yüksektir.

Katılımcıların yarısı sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıları sigara içmeyi önlemede etkili bulmaktadır. Resimli uyarıları etkili bulma erkeklerde (%55.3) kadınlardan (%44.0) daha yüksek düzeydedir. Paket üzerindeki resimli uyarıları etkili bulma, kırk yaş ve üzerindeki çalışanlarda (%58.9) daha genç yaştakilere kıyasla (%44.9) belirgin olarak yüksek düzeydedir.

Katılımcıların yaklaşık beşte ikisi (%43) sigara paketleri üzerindeki resimli uyarıların sigara bırakmayı düşünmeye sevk ettiğini belirtmiştir. Resimli uyarılar nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünme; 40-49 yaş grubundakilerde (%71.9), evlilerde (%34.4), Vilayet binasında çalışanlarda (%83.3), yöneticilerde (%80.0), ara sıra sigara içenlerde (%69.2) belirgin olarak daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Resimli uyarıların bırakma düşüncesi oluştursa da bırakmayı denemede etkili olmadığı anlaşılmıştır.

Katılımcıların %11.0'ı (40 kişi) sigara içmeyi teşvik eden bir durumla karşılaşmıştır. Sigara içmeyi teşvik eden durumla karşılaşan katılımcılardan teşvik şeklini belirtenler 6 kişidir. Bunların ikisi e-posta yoluyla sigara reklamı, biri bedava sigara dağıtımı ve biri sigara logolu eşya şeklinde teşvikle karşılaşmıştır. Katılımcılardan bir kişi sigaranın satılıyor olmasını, bir kişi de okul etrafında sigara içilmesini teşvik olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%30.5) pandemi sürecinde sigarayı bırakmayı denemiştir. Sigara bırakma deneyimi COVID-19 tanısı alma ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Lise ve daha düşük düzeyde eğitimli olanların yaklaşık yarısı (%55), COVID-19 pozitif tanısı alanların yarıya yakını (%46.7) pandemi sürecinde sigarayı bırakmayı denemiştir. Deneyenlerin yarıya yakını (%47.2) hiç bir yardım almadan, %5.6'sı sigara

bırakma polikliniğine başvurarak, %2.8'i Alo171'den destek alarak, %5.6'sı nikotin bandı, %2.8'i reçeteli ilaç, %5.6'sı geleneksel yöntemleri kullanarak (Ada çayı, diğer bitki çayları) sigarayı bırakmayı denemiştir.

Her gün sigara içen katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%66.3) sigarayı bırakmayı hiç düşünmemekte, %10.9'u gelecek altı ay içinde bırakmayı düşünmekte, %11.8'i hazırlık aşamasında (Gelecek 1 ay içinde bırakmayı düşünüyor) ve %16.3'ü hareket aşamasındadır. Sigarayı bıraktığını belirten 33 katılımcının (%9) yarıya yakını (%42.4) en az altı aydır sigarayı bırakmış durumda başka bir deyişle devam etme aşamasındadır. Sigara içmeyi bırakan çalışanların (33 kişi) yarıya yakını (%48.5) kendi kişisel sağlığı ile ilgili kaygılar, üçte biri eşi ve çocuklarının isteği, üçte biri sigara fiyatlarının artması ve ekonomik nedenlerle, %15'i sigara karşıtı kampanyalar, %9'u yakınlarının sağlık sorunları nedeniyle bırakmıştır. Çalışanlar sigarayı bırakmak için öncelikle sigara bırakma danışmanlığı, nikotin bandı gibi tıbbi desteğe, ikinci sıklıkta psikolojik desteğe (%30.4) ihtiyaç duymaktadır.

Katılımcıların dörtte üçünden çoğu (%78.9) pandemi sürecinde bir doktor veya sağlık kuruluşunu ziyaret etmiştir. Kronik hastalığı olanlarda (%94.0) ve COVID-19 tanısı alanlarda (%90.4) ziyaret düzeyi belirgin olarak yüksektir. Doktor tarafından tütün kullanımının sorgulanması düşük düzeydedir. Pandemide bir doktor ya da sağlık kurumunu ziyaret edenlerin yalnızca dörtte birine (%24.4) sağlık çalışanı tütün kullanımını sormuştur. Kronik hastalığa sahip olan katılımcıların yaklaşık üçte birinin, olmayanların ise yaklaşık beşte birinin (%22.1) tütün kullanımı sorgulanmıştır. Ziyaret sırasında, katılımcıların %9.3'üne tütün içmeyi bırakması önerilmiştir. Önerilme cinsiyet ve eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Erkek katılımcıların %13.0'ına, kadın katılımcıların %4.0'ına tütün kullanımının bırakılması önerilmiştir. İçme düzeyi yüksek olan lise ve altında eğitimli olanlar bırakmanın en yüksek düzeyde önerildiği gruptur. Bu grubun yaklaşık beşte birine (%21.7) hekim bırakmayı önermiştir. Halen sigara içen katılımcıların %27.3'ünün öksürük ve balgam, %12.7'sinin nefes darlığı, %7.3'ünün hırıltılı solunum, %6.4'ünün göğüste sıkışma hissi gibi yakınmaları mevcuttur.

Tütünle ilgili bilgi, tutum ve davranışlar cinsiyet ve sigara içme durumu ile ilişkili bulunmuştur. Çalışanların dörtte üçü (%75.1) ikinci el, yarıdan çoğu (%57.8) üçüncü el sigara içme tanımını bilmektedir. Üçüncü el sigara tanımını bilme halen sigara içenlerde daha yüksek düzeydedir (%66.4). Çalışanların yaklaşık yarısı Rize'de sigara bırakma polikliniği olduğunu bilmemektedir (%47.4). Kadın katılımcılar (%75.3), erkek katılımcılara

(%61.9) kıyasla aile üyelerini sigara içmekten vazgeçirmeye daha fazla çalışmaktadır. Vazgeçirmeye çalışma sigara içmeyenlerde de daha yüksek düzeydedir. Katılımcıların %93.7'si kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan cezayı olumlu bulmaktadır. Olumlu karşılama kadınlarda (%98.0), erkeklerden (%90.7) daha yüksek düzeydedir.

Düz paket uygulamasını duymuş olma ve etkili bulma düzeyi düşük saptanmıştır. Katılımcıların %60.0'ı düz paket uygulamasını duymuştur, %25.8'i düz paket uygulamasının etkili, %34.2'si faydasız olduğunu düşünmektedir. Faydasız bulma erkeklerde (%39.5) kadınlardan (%26.7) daha yüksek düzeydedir.

Pandemi sürecinde çalışanların yaklaşık üçte ikisinin (%62.7) ailesi ya da arkadaşlarından biri, yaklaşık üçte birinin kendisi (%30.7) COVID-19 tanısı almış, üçte birinden çoğu (%37.8) karantinaya alınmış, yaklaşık beşte birinin (%19.5) ailesinde COVID-19 nedenli vefat olmuştur. Kadınlar arasında daha yüksek olmak üzere çalışanların çoğu COVID-19'a karşı aşı yaptırmıştır (%85). Pandemi döneminde çalışanların %29.3'ü yüksek düzeyde COVID-19'a yakalanma endişesi yaşamıştır.

Erkeklerde halen sigara içme prevalansı COVID-19 tanısı alma ve COVID-19 nedeniyle karantina alınmayla ilişkili bulunmuştur. Halen sigara içme, tanı almayanlar (%45) ve karantinaya alınmayanlarda (%46.2) alanlara kıyasla daha yüksek düzeydedir. Katılımcıların yaklaşık yarısı sigara içme ile koronavirus arasındaki ilişkiyi bilmemekte, %28.8'i sigara içenlerde daha fazla görüldüğünü, %9.3'ü sigara içenlerde koronavirus hastalığının daha az görüldüğünü ve %9.3 her iki grupta da aynı sıklıkta görüldüğünü düşünmektedir. Daha az görüldüğü inancı, halen sigara içenlerde (%14.5) içmeyenlere kıyasla (%7.1) daha yüksek düzeydedir.

Katılımcıların %26.2'si, sigara ve koronavirus arasındaki ilişkiyi televizyondan, %10.1'i bilimsel makalelerden, %6.3'ü gazeteden, %6.0'ı aile, arkadaş gibi sosyal çevreden, %2.7'si radyodan duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %1.6'sı kendi gözlemlerine dayanarak sigara ve koronavirus arasındaki ilişkiyi tanımladığını belirtmiştir. Dört katılımcı sigara içmenin bağışıklığı uyararak COVID-19'a yakalanmayı önlediğini dile getirmiştir. Bu bulgular pandemi sürecinde risk iletişiminin yetersiz olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Katılımcıların %30.8'i pandemi sürecinde sigara içmeyi azaltmış, %18.7'si artırmıştır, %50.5'inde sigara içme sıklığı aynı kalmıştır. Pandemi sürecinde sigara içmedeki değişim, sigara içme durumu ve ailede koronavirus kaynaklı vefat olması ile ilişkili saptanmıştır. Pandemi döneminde sigara içmeyi azaltanların çoğu ara sıra kullananlar (%60),

artıranlar ise ailesinde koronavirus hastalığından vefat eden katılımcılardır (%42.1). Pandemi sonrasında katılımcıların %5.8'i nargile kullanımını azalttığını, %01.9'u artırdığını belirtmiş. Bir kişi pandemiden sonra dumansız tütün ürünü kullanmaya başlamıştır.

Son bir yıldaki pandemi sürecinde halen sigara içmeye etki eden primer bağımsız değişkenler erkek olma (OR=4.7), boşanmış olma (OR=5.8), evde her gün sigara içilmesi (OR=5.4), koronavirus hastalığı açısından risk altında olmadığını düşünme (OR=1.6) ve sigara içenlerle bir arada bulunmadır (OR=6.9).

Pandemi sürecinde halen sigara içenlerde sigara bırakma girişiminde etkili olan primer bağımsız değişkenler doktor tarafından sigara dumanı olan yerlerde bulunmamanın önerilmesi (OR=7.2) ve doktor tarafından sigaranın bırakılmasının önerilmesidir (OR=3.8).

Pandeminin yarattığı kısıtlılıklara rağmen, araştırma Rize'de alanında ilk olması ve evrenini temsil edecek güçte olması nedeniyle önemlidir ve dikkat çekici bulguları ortaya koymuştur. Özetlemek gerekirse, araştırma Rize'deki kamu çalışanlarında tütün kullanım prevalansının varsayılanın aksine genel toplumla benzer düzeyde ve yüksek olduğunu göstermiştir. Rize'de kamu çalışanları arasında pandemi ile birlikte tütün epidemisinin de yaşandığı anlaşılmıştır. Kamu çalışanları sigara içme davranışlarını değiştirmeleri gereken problemli bir davranış olarak görmemekte, iş yerinde kapalı ortamda ve bina önlerinde sigara içmektedirler. Varsayıldığı gibi, COVID-19 pandemisi sigara içenlerin yarısında bir değişikliğe yol açmıştır. Davranışını değiştirenlerin çoğu azaltmış, önemli bir kısmı ise artırmıştır. Gerek pandemiye gerek tütün kullanımına yönelik risk iletişimi ve risk yönetiminin toplumun önde gelen, rol model olan bu grubunda etkisiz kaldığı anlaşılmıştır. Araştırma bulgularından yola çıkarak pandemi sırasında ve sonrasında, ülke genelinde ve yerel düzeyde, risk faktörlerini saptamak ve ortadan kaldırmak, belirlenmiş sağlık hedeflerine ulaşmak için, aşağıdaki önerilerin yapılması uygun görülmüştür:

1. Benzer araştırmaların farklı kamu çalışanlarında ya da ulusal düzeyde yapılarak tütün kullanımının boyutunun ve nedenlerinin tam olarak ortaya konması
    - Kamu çalışanlarını kapsayan ileri niteliksel araştırmalarla tütün kullanımın nedenlerinin derinlemesine incelenmesi
    - Türkiye'de yıllara göre kadınlarda prevalansı artan tütün kullanımının kadın çalışanlar açısından da izlenmesi ve nedenlerinin incelenmesi,

- Tütünün zararlarına dair eğitim verilirken, eğitim düzeyi düşük ve yaşı 40'tan büyük kadınların, yaşı 40'ın altında erkeklerin hedef kitle olarak belirlenmesi,
- Kamu kurumlarında yasaların uygulanma durumunu saptama amaçlı niteliksel ve niceliksel araştırmalar yürütülmesi,

2. Tütün kullanmayan personelin ödüllendirilerek diğer çalışanların da bırakmaya teşvik edilmesi

3. Yüksek kullanım düzeyi nedeniyle daha fazla sayıda kişinin daha erken ve daha hızlı hastalanmasını önleyeceğinden halen tütün ürünü kullananların saptanarak bırakma düşüncelerinin değerlendirilmesi, proaktif hatırlatma ve motivasyonel yöntemlerle bırakmaya yönlendirilmesi, danışmanlık ve tedavi hizmetlerinin sağlanması,

4. Kamu kurumlarında ve kurum binaları önünde tütün kullanımının yasaklanması, binalarının 10 metre yakınında sigara içmeye izin verilmemesi,

5. Rol model konumunda olan her düzeydeki kamu çalışanlarının her tür interaktif tekniklerle eğitiminin sağlanması, eğitimlerde tütünün zararlarının fizyopatolojik mekanizmalarıyla, tütün yasasının tek tek gerekçeleriyle ve tütün endüstrisinin tarihçesi ve taktikleriyle anlatılması, aday memur eğitimi ve memuriyete yeni başlayan personelin uyum eğitimine tütün zararları ve pasif etkilenim konusunun eklenmesi,

6. Tüm basamaklarda çalışan bütün sağlık personelinin her başvuran hastaya tütün kullanımını sormasının ve bırakmayı önermesinin sağlanması,

7. Sigara bırakma danışmanlığı veren merkezlerin çeşitlendirilmesi, sayısının artırılması, bu merkezlerde görevlendirilecek personelin yetiştirilmesi, bu merkezlerde danışmanlık kalitesinin artırılması, davranışçı teknikler ve sosyal destek çalışmalarına özen gösterilmesi,

8. Belli sayıda çalışanı olan kamu kurumlarında ve özel kuruluşlarda sigara bırakma danışmanlık merkezlerinin açılması,

9. Tele-tıp tekniklerinin yaygın kullanımının sağlanması için alt yapı düzenlemelerin yapılması,

10. Dumansız Rize hedefinin belirlenmesi, bu amaçla sigara satış yaşının yükseltilmesi,

- Dumansız üniversite kampüsü, hastane çevresi, kamu binası çevresi, havuz, plaj, otel gibi turizm tesisleri, tütünsüz iş çevresi, dumansız çocuk parkı, yürüyüş yolu, ev içinde

dumansız hava sahası gibi uygulamaların hayata geçirilerek sağlığı geliştiren sosyal çevrenin yaratılması (9,21)

- Rize ilindeki tüm kamu kurumlarında "dumansız kurum" programının kampanya şeklinde başlatılması, konuyla ilgili İl Hıfzısıhha Kurulu ya da İl Tütün Kurulu kararı alınması
- Gelir düzeyi düşük olanlara yönelik danışmanlık hizmetlerinin ve tıbbi ilaçların ücretsiz sağlanması

11. Satışların azaltılması için esnaftan alınan verginin yükseltilmesi,

12. Tütün şirketlerinin esnafa stand dağıtımının yasaklanması ve tütün ürünlerinin kilitli kapalı dolaplarda satışının başlatılarak görünürlüğünün azaltılması,

13.Tütün kontrolü strateji belgesi ve eylem planındaki (2018-2023) stratejilerin hayata geçirilmesi.

KAYNAKLAR

1. Reddy KS. Prevention and control of non-communicable diseases. In: Detels Roger , Gulliford Martin , Abdool Karim Quarraisha CCT, editor. Oxford Textbook of Global Public Health [Internet]. sixth edit. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 1476–83. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=_ehcBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Oxford+Textbook+of+Global+Public+Health.+sixth+edition&ots=WBMcb6H3yP&sig=l453aqGbNsExIKAjHpNpJ8Cz9zk&redir_esc=y#v=onepage&q=Oxford Textbook of Global Public Health. sixth edition&f=falsefile(Alıntı tarihi:24.10.2022)

2. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. 2014;1–5. Available from: https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-2012-TR-25-07-2014.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

3. Goodwin R, Giovenco D, Streck J, Sheffer C, Platt J, Delnevo C. Tobacco Use and Tobacco Use Disorder. In: Boulton ML WR, editor. Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine [Internet]. 16.edition. McGraw Hill; 2022. Available from: https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3078&sectionid=257530523(Alıntı tarihi:24.10.2022)

4. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 [Internet]. Fourth edi. Geneva; 2021. 1–42 p. Available from: http://apps.who.int/iris. (Alıntı tarihi:24.10.2022)

5. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco(Alıntı tarihi:24.10.2022)

6. Çalışkan S, Metintas S. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları. Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg [Internet]. 2018;3(1):32–41. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/546061(Alıntı tarihi:24.10.2022)

7. Lam HT, Ho YS. Tobacco. In: Detels Roger , Gulliford Martin , Abdool Karim Quarraisha CCT, editor. Oxford Textbook of Global Public Health [Internet]. sixth edit. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 1217–49. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=_ehcBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Oxford+Textbook+of+Global+Public+Health.+sixth+edition&ots=WBMcb6H3yP&sig=l453aqGbNsExIKAjHpNpJ8Cz9zk&redir_esc=y#v=onepage&q=Oxford Textbook of Global Public Health. sixth edition&f=false(Alıntı tarihi:24.10.2022)

8. Tütün Eksperleri Derneği. Tütün Raporu 2020 [Internet]. Available from: http://www.tutuneksper.org.tr/files/sidebar/Tutun_Raporu_3f8e8dbgv7uo8.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

9. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 [Internet]. 2018. Available from:

https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/2018-2023-tütün-kontrolü-strateji-belgesi-ve-eylem-planı.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

10. Çalışkan S, Metintaş S. Dünyada tütün kontrol uygulamalarının küresel ölçekte değerlendirilmesi. Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Dergisi [Internet]. 2018;3(1):32–41. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/546061(Alıntı tarihi:24.10.2022)

11. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ [Internet]. 2004 Jun 26;328(7455):1519. Available from: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.38142.554479.AE(Alıntı tarihi:24.10.2022)

12. Abboud C. Austin Bradford Hill (1897-1991) [Internet]. 2017. Available from: https://embryo.asu.edu/pages/austin-bradford-hill-1897-1991(Alıntı tarihi:24.10.2022)

13. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye'de tütünün tarihçesi, üretimi, ticareti ve temel politikaları. In: Tütün ve tütün kontrolü [Internet]. Ankara; 2009. p. 3–20. Available from: http://www.tutuneksper.org.tr/files/diger-yayin-ve-raporlar/Dunyada-ve-Turkiyede-tutunun-tarihcesi-min.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

14. Bilir N. Tütün kontrolü ve yeni tütün ürünleri [Internet]. 1.baskı. Ankara: Genç ofset; 2018. 7–73 p. Available from: https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/TUTUN-KONTROLU-VE-YENI-TUTUN-URUNLERI.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

15. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019 [Internet]. Available from: https://www.who.int/tobacco/global_report/en(Alıntı tarihi:24.10.2022)

16. Karabacak K. Türkiye'de Tütün Tarımı ve Coğrafi Dağılışı. Coğrafi Bilim Derg [Internet]. 2017;15(1):27–48. Available from: https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Menu/22/Tutun-Ve-Tutun(Alıntı tarihi:24.10.2022)

17. Elbek O, Kılınç O, Aytemur ZA, Akyıldız L, Küçük ÇU, Özge C, et al. Tobacco Control in Turkey. Turkish Thorac J [Internet]. 2015;16(3):141–50. Available from: https://turkthoracj.org/en/tobacco-control-in-turkey-13336(Alıntı tarihi:24.10.2022)

18. Saraçoğlu S, Öztürk F. Türkiye'de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme. Polit Ekon Kuram [Internet]. 2020;4(1):20–44. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.30586/pek.730271(Alıntı tarihi:24.10.2022)

19. Willemsen MC, Mons U, Fernández E. Tobacco control in Europe: progress and key challenges. Tob Control [Internet]. 2022;31(2):160–3. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/lookup/doi/10.1136/tobaccocontrol-2021-056857(Alıntı tarihi:24.10.2022)

20. Öztek Z. Halk Sağlığı Kuramlar Uygulamlar [Internet]. Ankara: Sağlık ve sosyal yardım vakfı; 2020. Available from: https://docplayer.biz.tr/217948354-Halk-sagligi-kuramlar-ve-uygulamalar.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

21. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Tütünle Mücadale Faaliyet Raporu 2018 [Internet]. 2018. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/tutun/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

22. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameele S, et al. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. Eur Addict Res [Internet]. 2020;26(6):309–15. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/510822(Alıntı tarihi:24.10.2022)

23. Tobacco-free workplace [Internet]. Available from: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_117691/lang--en/index.htm(Alıntı tarihi:24.10.2022)

24. U.S. office of personal management. Federal Employee Benefits Survey: Federal Employee Tobacco Use [Internet]. 2013. Available from: https://www.opm.gov/policy-data-oversight/data-analysis-documentation/employee-surveys/2013-tobacco-use.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

25. Özdener N. Tütünsüz İşyeri Yaklaşımları. In: Okyay P, Üner S, editors. Türkiye Sağlık Raporu 2020 [Internet]. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020. p. 1051–4. Available from: https://docplayer.biz.tr/200846519-Turkiye-saglik-raporu-2020.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

26. Mishra S, Mishra M. Tobacco: Its historical, cultural, oral, and periodontal health association. J Int Soc Prev Community Dent [Internet]. 2013;3(1):12. Available from: http://www.jispcd.org/text.asp?2013/3/1/12/115708(Alıntı tarihi:24.10.2022)

27. Nawaz Z, Kakar KU, Ullah R, Yu S, Zhang J, Shu Q-Y, et al. Genome-wide identification, evolution and expression analysis of cyclic nucleotide-gated channels in tobacco (Nicotiana tabacum L.). Genomics [Internet]. 2019 Mar;111(2):142–58. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0888754318300247(Alıntı tarihi:24.10.2022)

28. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. Respirology [Internet]. 2003 Sep;8(3):286–90. Available from: http://doi.wiley.com/10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x(Alıntı tarihi:24.10.2022)

29. Jennings J. A Practical Treatise On The History, Medical Properties And Culvitation Of Tobacco [Internet]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=yopIAAAAYAAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=jennings+james+cultivation+tobacco+history&ots=QB_me8nuJT&sig=2wufpM-RukPbzZmrG1SL-J36sSA&redir_esc=y#v=onepage&q=jennings james

cultivation tobacco history&f=false(Alıntı tarihi:24.10.2022)

30. Guzel A. Tobacco Plant and Pharmacological Properties; Is it Really Devil Weed? Güncel Göğüs Hast Serisi [Internet]. 2017;4(1):22–6. Available from: http://ghs.asyod.org/konular/2016-1-3.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

31. Hansen HH. Tobacco and Public Health: Science and Policy. Ann Oncol [Internet]. 2005 Mar;16(3):520. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S092375341947885X(Alıntı tarihi:24.10.2022)

32. Izzettin B. Sigara ve sağlık. MEB yayınları [Internet]. 1994;1.baskı:11–4. Available from: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/86ad10267f109b37238501d804b463f495eb7d73137f2fa942ba031a6f0b0057.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

33. Yılmaz F. Osmanlı İmparatorluğu'nda tütün: Sosyal, Siyasi Ve Ekonomik Tahlili:(1600-1883) [Internet]. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü, Marmara Üniversitesi; 2005. Available from: https://katalog.marmara.edu.tr/veriler/yordambt/cokluortam/E/B/A/B/D/T0051999.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

34. Fidanci I, Unal M, Oruc MA, Selcuk MY, Ozturk O, Gumus Y. Tobacco Missions in Societies. Turkish J Addict [Internet]. 2020 May 20;6(Supp4):426–31. Available from: http://www.addicta.com.tr/en/tobacco-missions-in-societies-13166(Alıntı tarihi:24.10.2022)

35. Haas LF. Jean Nicot 1530-1600. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. 1992 Jun 1;55(6):430–430. Available from: https://jnnp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jnnp.55.6.430(Alıntı tarihi:24.10.2022)

36. Filion KB, Luepker R V. Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease: Lessons from Framingham. Glob Heart [Internet]. 2013 Mar 1;8(1):35. Available from: https://globalheartjournal.com/article/10.1016/j.gheart.2012.12.005/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

37. Tobacco Timeline [Internet]. Available from: https://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history2.htm#Introduction(Alıntı tarihi:24.10.2022)

38. Taşdemir Atam Z. Tütün ürünleri. Güncel Göğüs Hast Serisi [Internet]. 2016;4(1):27–31. Available from: http://ghs.asyod.org/Dosyalar/GHS/2016/1/bb8b5a85-30ae-4886-b55f-7b981b787269.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

39. Halıcı Ş. II. Dünya savaşı sırasında Türkiye'den Yunanistan'a uzanan dostluk köprüsü: Kurtuluş ve Dumlupınarın yardımları. Belgi Derg [Internet]. 2015;(9):1196–217. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/belgi/issue/35050/388803(Alıntı tarihi:24.10.2022)

40. Zabun S. Osmanlı Devletinde Tütün Ticareti: Aslıoğlu Serahim'e Ait Adana Tütün Fabrikası Örneği. Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Mesl Yüksekokulu Derg [Internet]. 2021 Nov 30;24(2):622–34. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.29249/selcuksbmyd.995203(Alıntı tarihi:24.10.2022)

41. Bilir N, Ozcebe H. Tobacco Dependence and Control: Individual, Community and Social Marketing Approach. Eurasian J Pulmonol [Internet]. 2014;16(2):63–8. Available from: https://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=eurasianjpulmonol&plng=eng&un=SOLUNUM-43925(Alıntı tarihi:24.10.2022)

42. Aydın M, Hazel Kaya P, Karaçor Z. Osmanlı imparatorluğu'nda özelleştirme faaliyetlerine örnek olarak reji tütün idaresi. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2019;1(3):18–28. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/888866 (Alıntı tarihi:24.10.2022)

43. T. C. Sağlık Bakanlığı. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı (Hekimler İçin). 1.Baskı. Ankara: Anıl Matbaacılık; 2010. 17–77 p. https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimliligi-el-kitabi-hekimler-icin.pdf (Alıntı tarihi:24.10.2022)

44. Bilir N. Tütün Kontrolü ve Yeni Tütün Ürünleri [Internet]. 1.baskı. Ankara: Genç ofset; 2018. 7–73 p. Available from: https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/TUTUN-KONTROLU-VE-YENI-TUTUN-URUNLERI.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

45. Kavak A. T.C. Tarım Ve Orman Bakanlığı Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı, Yeni Tütün Mamulü [Internet]. 2019. Available from: https://abmevzuat.com/wp-content/uploads/2019/05/GGM-TOB-03.05.2019.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

46. Koç E, Güler S, Aslan D. Nikotin Salıveren Sistemler: Terminolojide Neden Değişim Gereksinimi Var? sted [Internet]. 2017;26:1–5. Available from: http://www.tutuneksper.org.tr/files/mevzuat/STED_Tutunsuz_Bir_Dunya_Gunu_Ozel_Sayisi_Mayis-Haziran_2017.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

47. Repace J. Exposure to Secondhand Smoke. In: Ott WR, Steinemann AC, Wallace LA, editors. Exposure Analysis [Internet]. 1st ed. CRC Press; 2006. p. 201–35. Available from: http://www.crcnetbase.com/doi/10.1201/9781420012637.ch9(Alıntı tarihi:24.10.2022)

48. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/biomonitoring/tobacco.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

49. Gang S, Xiaoming W, Junfeng W, Shufang L, Zhuowen L, Wang X. Analysis of the information management system in the manufacturing process of cigarette enterprises using fuzzy AHP. Sanjuán Martínez O, Fenza G, Gonzalez Crespo R, editors. J Intell Fuzzy Syst [Internet]. 2021 Apr 12;40(4):8257–67. Available from: https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JIFS-189648(Alıntı tarihi:24.10.2022)

50. Pearson J, Giovenco DP, Lewis MJ, Moran M, Ganz O. Natural American Spirit launches “Sky”, the brand’s first commercial organic cigarette with a charcoal filter. Tob Control [Internet]. 2021;tobaccocontrol-2021-056731. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34593613(Alıntı tarihi:24.10.2022)

51. Song M-A, Benowitz NL, Berman M, Brasky TM, Cummings KM, Hatsukami DK, et al. Cigarette Filter Ventilation and its Relationship to Increasing Rates of Lung Adenocarcinoma. J Natl Cancer Inst [Internet]. 2017;109(12). Available from: https://academic.oup.com/jnci/article/doi/10.1093/jnci/djx075/3836090(Alıntı tarihi:24.10.2022)

52. Yanık M, Gencer M, Altındağ A. Şanlıurfa’da kırsal alanda sarma tütün kullanımı. Bağımlılık Derg [Internet]. 2006;7(2):80–3. Available from: https://docplayer.biz.tr/18972209-Sanliurfa-da-kirsal-alanda-sarma-tutun-kullanimi.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

53. World Health Organization. Types of tobacco use [Internet]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-09/Chapter 1. Types of tobacco use_1.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

54. Gilpin E, Emery S, White M, Pierce J. Does tobacco industry marketing of “light” cigarettes give smokers a rationale for postponing quitting? Nicotine Tob Res [Internet]. 2002 Dec 1;4(4):147–55. Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-lookup/doi/10.1080/1462220021000032870(Alıntı tarihi:24.10.2022)

55. Cohen JE, Yang J, Donaldson EA. Impact of the removal of light and mild descriptors from cigarette packages in Ontario, Canada: Switching to “light replacement” brand variants. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2014 Dec;69:120–5. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743514003363(Alıntı tarihi:24.10.2022)

56. Karalezli A. Tütün kontrolü. In: Mirici A, Babaoğlu E, Mutlu P, editors. Göğüs Hastalıkları [Internet]. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği; 2019. p. K21–51. Available from: https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/853/107202017932-bolum14.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

57. Koç E, Aslan D. Tütün Kontrolünde “Yeni” Mücadele Alanları: Nikotin Salıveren Sistemler [Internet]. HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi. Available from: http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

58. Maziak W. The global epidemic of waterpipe smoking. Addict Behav [Internet]. 2011 Jan;36(1–2):1–5. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/lookup/doi/10.1136/tobaccocontrol-2014-051903(Alıntı tarihi:24.10.2022)

59. Dağlı Z, Demirezen D. Kamu politikası bağlamında nargile kullanımı üzerine bir değerlendirme. Int J Manag Econ Bus [Internet]. 2020 Jun 29;16(2):310–25. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17130/ijmeb.756928(Alıntı

tarihi:24.10.2022)

60. Etter J-F. Electronic cigarettes: a survey of users. BMC Public Health [Internet]. 2010 Dec 4;10(1):231. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-231(Alıntı tarihi:24.10.2022)

61. Pan L, Morton J, Mbulo L, Dean A, Ahluwalia IB. Electronic cigarette use among adults in 14 countries: A cross-sectional study. eClinicalMedicine [Internet]. 2022;47:101401. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589537022001316(Alıntı tarihi:24.10.2022)

62. Gülensoy ES, Yüksel A, Ogan N, Umudum H, Akpınar E. Subacute Lung Injury Associated with Heated Tobacco Products. Düzce Tıp Fakültesi Derg [Internet]. 2021;23:218–20. Available from: https://dergipark.org.tr/en/doi/10.18678/dtfd.896093(Alıntı tarihi:24.10.2022)

63. Bialous SA, Glantz SA. Heated tobacco products: another tobacco industry global strategy to slow progress in tobacco control. Tob Control [Internet]. 2018 Nov;27(1):111–7. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/lookup/doi/10.1136/tobaccocontrol-2018-054340(Alıntı tarihi:24.10.2022)

64. Bilir N, Özcebe H. Elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri [Internet]. Ankara: Sağlık ve sosyal yardım vakfı; 2022. 21–24 p. Available from: https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2022/05/Elektronik-Sigara-ve-Isitilmis-Tutun-Urunleri.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

65. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

66. Oztuna F, Aytemur ZA, Elbek O, Kilinc O, Uyanusta Kucuk C, Akcay S, et al. Can the Use of Smokeless Tobacco Products Be Accepted as a Harm Reduction Method in Tobacco Addiction? Türk Toraks Derg [Internet]. 2014 Oct 9;15(4):136–41. Available from: https://turkthoracj.org/en/can-the-use-of-smokeless-tobacco-products-be-accepted-as-a-harm-reduction-method-in-tobacco-addiction-13294(Alıntı tarihi:24.10.2022)

67. Keten HS, Ölmez S, Üçer H, Işık O, Yıldırım F, Çelik M. Maraş otu (dumansız tütün) kullanımının kan basıncı ve kalp hızı üzerine akut etkileri. Cukurova Med J (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi) [Internet]. 2017 Jun 30;42(2):210–210. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17826/cutf.322861(Alıntı tarihi:24.10.2022)

68. Gürbüz O. Oral Mukozanın Kanser Öncüsü Lezyonları. Turkderm [Internet].

2012;46(2):86–9. Available from: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=turkderm&plng=tur&un=TURKDERM-55823(Alıntı tarihi:24.10.2022)

69. FDA grants first-ever modified risk orders to eight smokeless tobacco products [Internet]. Available from: https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smokeless-tobacco-products(Alıntı tarihi:24.10.2022)

70. Centers for Disease Control and Prevention. Smokeless Tobacco: Products and Marketing [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/smokeless/products_marketing/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

71. Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's Report: Commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and Updating the Evidence on the Health Consequences of Cigarette Smoking. Am J Epidemiol [Internet]. 2014 Feb 15;179(4):403–12. Available from: https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwt335(Alıntı tarihi:24.10.2022)

72. Proctor RN. The Global Smoking Epidemic: A History and Status Report. Clin Lung Cancer [Internet]. 2004 May;5(6):371–6. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525730411701899(Alıntı tarihi:24.10.2022)

73. Brock T, Taylor D, Wuliji T. Curbing the Tobacco Pandemic: The Global Role for Pharmacy [Internet]. London: The School of Pharmacy, University of London; 2007. p. 9–11. Available from: https://www.fip.org/files/fip/news/curbing_global_pandemic.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

74. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanimi epidemiyolojisi. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editors. Tütün ve Tütün Kontrolü [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı,Türk toraks derneği; 2011. p. 21–34. Available from: http://ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17062010.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

75. Ali AYM, Safwat T, Onyemelukwe G, Otaibi MA Al, Amir AA, Nawas YN, et al. Smoking Prevention and Cessation in the Africa and Middle East Region: A Consensus Draft Guideline for Healthcare Providers – Executive Summary. Respiration [Internet]. 2012;83(5):423–32. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/337726(Alıntı tarihi:24.10.2022)

76. Global Adult Tobacco Survey report Turkey [Internet]. 2016. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/2016-gats-fact-sheet-turkey(Alıntı tarihi:24.10.2022)

77. The Republic Of Kazakhistan. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet Kazakhstan [Internet]. 2019 Available from: https://www.who.int/publications/m/item/2019-

gats-fact-sheet-kazakhstan(Alıntı tarihi:24.10.2022)

78. Romanian Ministry of Health. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet Romania [Internet]. 2018. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/871(Alıntı tarihi:24.10.2022)

79. Ministry of Public Health. STEPS Report Afganistan [Internet]. 2018. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/782(Alıntı tarihi:24.10.2022)

80. Ministry of Health & Family Welfare Government of India. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet India [Internet]. 2016. Available from: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_India_2016-17_FactSheet.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

81. Global Adult Tobacco Survey Public Use Data File Codebook, Turkey [Internet]. 2016. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872(Alıntı tarihi:24.10.2022)

82. Ministry of Health & Family Government of India. Global Adult Tobacco Survey Country Report India [Internet]. 2016. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/861/related-materials(Alıntı tarihi:24.10.2022)

83. Ministry of Public Health of Pakistan. Global Adult Tobacco Survey Report Pakistan [Internet]. 2014. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/257(Alıntı tarihi:24.10.2022)

84. Ministry Of Health Of Viet nam. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet Viet Nam [Internet]. Available from: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/viet_nam_2018_annex-1_GATS_2015.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

85. Ministry of Public Health of China. Global Adult Tobacco Survey Report China [Internet]. 2018. Available from: https://ustr.gov/sites/default/files/files/Press/Reports/China 2017 WTO Report.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

86. GATS Countries. Global Tobacco Surveillance System [Internet]. 2013. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/index.htm(Alıntı tarihi:24.10.2022)

87. Ministry of Public Health. STEPS Survey Fact Sheet Afghanistan [Internet]. 2018. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/782(Alıntı tarihi:24.10.2022)

88. Ministry of Public Health of Algeria. STEPS Survey Fact Sheet Algeria [Internet]. 2016. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/91(Alıntı

tarihi:24.10.2022)

89. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet Turkey [Internet]. 2016. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872(Alıntı tarihi:24.10.2022)

90. Ministry of Health of Russian Federation. GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY FACT SHEET Russian Federation [Internet]. 2016. Available from: https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/838(Alıntı tarihi:24.10.2022)

91. Botswana Ministry of Health and Wellness. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet Botswana [Internet]. 2017. Available from: https://www.afro.who.int/publications/global-adult-tobacco-survey-gats-report-2017-botswana(Alıntı tarihi:24.10.2022)

92. Ministry Public Health of Ukraine. Global Adult Tobacco Survey Report Ukraine [Internet]. 2017. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/2017-gats-country-report-ukraine(Alıntı tarihi:24.10.2022)

93. Ministry Public Health of Uruguay. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet Uruguay [Internet]. 2017. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/2017-gats-fact-sheet-uruguay(Alıntı tarihi:24.10.2022)

94. Ministry of Public Health of China. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet China [Internet]. 2018. Available from: https://ustr.gov/sites/default/files/files/Press/Reports/China 2017 WTO Report.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

95. World Health Statistics data visualizations dashboard [Internet]. Available from: https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en(Alıntı tarihi:24.10.2022)

96. Zhang J, Ou J-X, Bai C-X. Tobacco smoking in China: Prevalence, disease burden, challenges and future strategies. Respirology [Internet]. 2011 Nov;16(8):1165–72. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1843.2011.02062.x(Alıntı tarihi:24.10.2022)

97. Karadoğan S, Akbulut A, Pesen SF. Dünyada ve Türkiye de Tütün Kullanımı ve Tütün Kontol Politikalarına Genel Bir Bakış. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Derg [Internet]. 2021 Dec 2;3(2):191–6. Available from: http://saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/article/view/38/51(Alıntı tarihi:24.10.2022)

98. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. Nat Rev Dis Prim [Internet]. 2022 Dec 24;8(1):19. Available from: https://www.nature.com/articles/s41572-022-00346-w(Alıntı tarihi:24.10.2022)

99. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and

smoking: a review. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2012 Feb;1248(1):107–23. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x(Alıntı tarihi:24.10.2022)

100. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. Psychol Health [Internet]. 2017 Aug 3;32(8):1018–36. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08870446.2017.1325890(Alıntı tarihi:24.10.2022)

101. Syamlal G, Mazurek JM, Hendricks SA, Jamal A. Cigarette Smoking Trends Among U.S. Working Adult by Industry and Occupation: Findings From the 2004-2012 National Health Interview Survey. Nicotine Tob Res [Internet]. 2015 May 1;17(5):599–606. Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-lookup/doi/10.1093/ntr/ntu185(Alıntı tarihi:24.10.2022)

102. Corona R, Turf E, Corneille MA, Belgrave FZ, Nasim A. Risk and protective factors for tobacco use among 8th- and 10th-grade African American students in Virginia. Prev Chronic Dis [Internet]. 2009 Apr;6(2):A45. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19288988(Alıntı tarihi:24.10.2022)

103. Ramsey MW, Chen-Sankey JC, Reese-Smith J, Choi K. Association between marital status and cigarette smoking: Variation by race and ethnicity. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2019;119:48–51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30576684/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

104. Sharma A, Lewis S, Szatkowski L. Insights into social disparities in smoking prevalence using Mosaic, a novel measure of socioeconomic status: an analysis using a large primary care dataset. BMC Public Health [Internet]. 2010 Dec 7;10(1):755. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-755(Alıntı tarihi:24.10.2022)

105. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması [Internet]. 2019. p. 4–5. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1(Alıntı tarihi:24.10.2022)

106. Saka G. Türkiye'de Yetişkinlerde Tütün Kullanımı. In: Okyay P, Üner S, editors. Türkiye Sağlık Raporu 2020 [Internet]. Ankara: hipokrat yayınevi; 2020. p. 1025–35. Available from: https://docplayer.biz.tr/200846519-Turkiye-saglik-raporu-2020.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

107. T.C Kalkınma Bakanlığı. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), Kamuda insan Kaynakları Çalışma Grubu [Internet]. Ankara; 2018. Available from: https://www.memurlar.net/common/news/documents/934574/kamuda-insan-kaynaklari-calisma-grubu-raporu-2019-2023.pdf?ysclid=l7qn6g17o7765721177(Alıntı tarihi:24.10.2022)

108. Mullett CF. Tobacco as a Drug in Earlier English Medicine. Ann Med Hist [Internet]. 1940 Mar;2(2):110–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33943802(Alıntı tarihi:24.10.2022)

109. Hajdu SI, Vadmal MS. The use of tobacco. Ann Clin Lab Sci [Internet]. 2010;40(2):178–81. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20421631(Alıntı tarihi:24.10.2022)

110. Redmond DE. Tobacco and Cancer: The First Clinical Report, 1761. N Engl J Med [Internet]. 1970 Jan;282(1):18–23. Available from: http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM197001012820105(Alıntı tarihi:24.10.2022)

111. Hammond EC. Smoking and death rates—Report on forty-four months of follow-up of 187,783 men. J Am Med Assoc [Internet]. 1958 Mar 8;166(10):1159. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1958.02990100047009 (Alıntı tarihi:24.10.2022)

112. Hecht SS. Tobacco Smoke Carcinogens and Lung Cancer. JNCI J Natl Cancer Inst [Internet]. 1999 Jul 21;91(14):1194–210. Available from: https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/91.14.1194(Alıntı tarihi:24.10.2022)

113. Hecht SS. Lung carcinogenesis by tobacco smoke. Int J Cancer [Internet]. 2012 Dec 15;131(12):2724–32. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.27816(Alıntı tarihi:24.10.2022)

114. Guindon GE. The impact of tobacco prices on smoking onset: a methodological review. Tob Control [Internet]. 2014 Mar;23(2):e5–e5. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/lookup/doi/10.1136/tobaccocontrol-2012-050496(Alıntı tarihi:24.10.2022)

115. World Health Organization. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [Internet]. World Health; 2009. 1–63 p. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203(Alıntı tarihi:24.10.2022)

116. Ross R. Atherosclerosis — An Inflammatory Disease. Epstein FH, editor. N Engl J Med [Internet]. 1999;340(2):115–26. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199901143400207(Alıntı tarihi:24.10.2022)

117. Temel F, Basi TB. Bir kohort çalışması örneği: Framingham Kalp Çalışması. Sağlık ve Toplum. 2007;17(4):28–40. (Alıntı tarihi:24.10.2022)

118. Gürbüzel A. Sigara içme davranışı ve sigara bırakma sürecinin multifaktöriyel analizi. Tıpta Uzmanlık Tezi,Gazi üniversitesi,Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Göğüs Hastalıkları,Ankara; 2019. https://avesis.gazi.edu.tr/yonetilen-tez/dffac2c6-a89e-4d24-8952-5ec3a79065a4/sigara-icme-davranisi-ve-sigara-birakma-surecinin-multifaktoriyel-analizi(Alıntı tarihi:24.10.2022)

119. Roemer R. Legislative action to combat the world tobacco epidemic [Internet]. Second edi. World Health Organization, editor. Geneva; 2013. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37823/9241561572_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y(Alıntı tarihi:24.10.2022)

120. Sharifi H, Sadr M, Emami H, Ghanei M, Eslaminejad A, Radmand G, et al. Prevalence of tobacco use and associated factors in Tehran: Burden of Obstructive Lung Disease study. Lung India [Internet]. 2017;34(3):225. Available from: https://journals.lww.com/10.4103/0970-2113.205323(Alıntı tarihi:24.10.2022)

121. Durmuş B, İşçi Güneri Ö, İncekırık A. Bireylerin Sigara Alışkanlıklarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Negatif Binom Regresyon Analizi. Yönetim ve Ekon Derg [Internet]. 2021;28(4):717–30. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.18657/yonveek.902532(Alıntı tarihi:24.10.2022)

122. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu [Internet]. 2008. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_tur.pdf;jsessionid=7418FFDA36C2CF63ADA6F80BCE04D2D6?sequence=6(Alıntı tarihi:24.10.2022)

123. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında 4207 sayılı kanun [Internet]. T.C. Resmi Gazete, 22829 1996. Available from: https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4207&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5(Alıntı tarihi:24.10.2022)

124. Drehmer JE, Walters BH, Nabi-Burza E, Winickoff JP. Guidance for the Clinical Management of Thirdhand Smoke Exposure in the Child Health Care Setting. J Clin Outcomes Manag [Internet]. 2017 Dec;24(12):551–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29217965(Alıntı tarihi:24.10.2022)

125. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 31 Mayıs 2022 Dünya Tütünsüz Günü [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/31-mayıs-dünya-tütünsüz-günü.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

126. Başol E, Can S. Tütün Tüketiminin Ekonomik Etkileri Ve Tütün Kontrol Politikaları Üzerine Bir İnceleme. Balk Sos Bilim Derg [Internet]. 2015;4(7). Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/43828/538862(Alıntı tarihi:24.10.2022)

127. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2021 Jun;397(10292):2337–60. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621011697(Alıntı tarihi:24.10.2022)

128. GBD Profile:Turkey. Global Burden Of Diseases, Injuries, Ans Risk Factors Study 2010 [Internet]. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_turkey.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

129. Ergüder T. Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control. Turkish J Fam Med Prim Care [Internet]. 2018 Oct 12;301–6. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.21763/tjfmpc.465777(Alıntı tarihi:24.10.2022)

130. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. Geneva; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053(Alıntı tarihi:24.10.2022)

131. T.C sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Tütün Bağımlılığı İle Mücadale El Kitabı (Hekimler İçin) [Internet]. Ankara; 2010. Available from: https://docplayer.biz.tr/68093362-Tutun-bagimliligi-ile-mucadele-el-kitabi.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

132. Hezer H, Karalezli A. The Effect of Psychological Dependence on Smoking Urge and Nicotine Withdrawal Symptoms. Ankara Med J [Internet]. 2019;19(4):700–7. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.651955(Alıntı tarihi:24.10.2022)

133. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara Bağımlılığı ve Hekimler. Toraks Derg [Internet]. 2000;1(1):90–5. Available from: http://www.evreninsirlari.net/dosyalar/153_s03_01.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

134. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Derg [Internet]. 2004;52(2):115–21. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Nazan-Bayram/publication/8466900_Fagerstrom_test_for_nicotine_dependence_reliability_in_a_Turkish_sample_and_factor_analysis/links/02bfe513f0138ba772000000/Fagerstrom-test-for-nicotine-dependence-reliability-in-a-Turki(Alıntı tarihi:24.10.2022)

135. FDA Updates and Press Announcements on Nitrosamine in Varenicline (Chantix) [Internet]. Available from: https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-updates-and-press-announcements-nitrosamine-varenicline-chantix(Alıntı tarihi:24.10.2022)

136. World Health Organization. WHO report on the global tobacco edpidemic,2021 Addressing new and emerging product [Internet]. Geneva; 2021. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/343287(Alıntı tarihi:24.10.2022)

137. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Am Psychol [Internet]. 1992;47(9):1102–14. Available from: http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.47.9.1102(Alıntı tarihi:24.10.2022)

138. Yıldırım Erkmen G. Tütün Bağımlılığı ve Tedavisinde Hekim Sorumluluğu ve 5A 5R Yaklaşımı. Güncel Göğüs Hast Serisi [Internet]. 2016;4(1):90–6. Available from: http://ghs.asyod.org/Dosyalar/GHS/2016/1/5ac351b6-ae86-49d5-abcf-4e668a12f3bd.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

139. CDC Grand Rounds: Global Tobacco Control. Morbidity and Mortality Weekly

Report (MMWR) [Internet]. Vol. 63. 2014. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6313a1.htm(Alıntı tarihi:24.10.2022)

140. Tabuchi T, Shinozaki T, Kunugita N, Nakamura M, Tsuji I. The Japan "Society and New Tobacco" Internet Survey (JASTIS): A Longitudinal Internet Cohort Study of Heat-Not-Burn Tobacco Products, Electronic Cigarettes, and Conventional Tobacco Products in Japan. J Epidemiol [Internet]. 2019 Nov 5;29(11):444–50. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/29/11/29_JE20180116/_article(Alıntı tarihi:24.10.2022)

141. Dagli E. Yeni Nesil Tütün ve Nikotin Ürünleri. sted [Internet]. 2016;25:2–6. Available from: http://www.tutuneksper.org.tr/files/mevzuat/STED_Tutunsuz_Bir_Dunya_Gunu_Ozel_Sayisi_Mayis-Haziran_2016.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

142. T.C sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 4207 sayılı kanunun uygulanması [Internet]. 2009. Available from: https://www.tdb.org.tr/tdb/reklam/sigara_yasagi.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

143. Gümüştekin T. Ülkemizdeki tütün kontrol çalışmaları bilgi notu [Internet]. Available from: https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

144. Arguder E, Karalezli A, Hezer H, Kilic H, Er M, Hasanoglu HC, et al. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation. Turkish Thorac Journal/Türk Toraks Derg [Internet]. 2013;14:81–7. Available from: https://turkthoracj.org/en/factors-affecting-the-success-of-smoking-cessation-13326(Alıntı tarihi:24.10.2022)

145. Aslan D. Tütün Kontrolünde Düz Paket Uygulaması Neden Gerekli? sted [Internet]. 2015;24:50–3. Available from: http://www.tutuneksper.org.tr/files/mevzuat/STED_Tutunsuz_Bir_Dunya_Gunu_Ozel_Sayisi_Mayis-Haziran_2015.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

146. Elbek O, Kilinc O, Aytemur ZA, Akyildiz L, Uyanusta Kucuk C, Ozge C, et al. Tobacco Control in Turkey. Turkish Thorac Journal/Türk Toraks Derg [Internet]. 2015;16(3):141–50. Available from: https://turkthoracj.org/en/tobacco-control-in-turkey-13336(Alıntı tarihi:24.10.2022)

147. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Kombine Taşımacılık Yönetmeliği [Internet]. 5614 2022. Available from: https://abmevzuat.com/kombine-tasimacilik-yonetmeligi-27-05-2022/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

148. Bilir N, Özcebe H. Türkiye'de tütün kontrolü uygulamaları. Türkiye Halk Sağlığı Derg [Internet]. 2015;11(2):96–96. Available from: https://dergipark.org.tr/en/doi/10.20518/tjph.173019(Alıntı tarihi:24.10.2022)

149. KOM Daire Başkanlığı. Kaçakçılık ve organize suçlarla mücadele raporu 2021 [Internet]. Ankara: KOM yayınları; 2022. Available from: https://www.egm.gov.tr/kurumlar/egm.gov.tr/IcSite/kom/YAYINLARIMIZ/TÜRKÇE/2021-KOM-Raporu-Turkce.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

150. T.C.İç İşleri Bakanlığı. Koronavirüs ile Mücadele Kapsamında - Yeni Kısıtlama ve Tedbirler Genelgeleri [Internet]. 2020. Available from: https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadele-kapsaminda-sokaga-cikma-kisitlamalari---yeni-kisitlama-ve-tedbirler-genelgeleri(Alıntı tarihi:24.10.2022)

151. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji Ve Tanı [Internet]. Ankara; 2020. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

152. Varol G, Tokuç B. Halk Sağlığı Boyutuyla Türkiye'de Covid-19 Pandemisinin Değerlendirmesi. Namık Kemal Tıp Derg [Internet]. 2020;8(3):579–94. Available from: https://docplayer.biz.tr/201682832-Halk-sagligi-boyutuyla-turkiye-de-covid-19-pandemisinin-degerlendirilmesi.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

153. Şenyiğit A. COVID-19 Pandemisi. Klinik, Tanı, Tedavi ve Korunma. Dicle Tıp Derg [Internet]. 2021;48:176–86. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.5798/dicletip.1005418(Alıntı tarihi:24.10.2022)

154. Türken M, Köse Ş. COVID-19 Transmission and Prevention. J Tepecik Educ Res Hosp [Internet]. 2020;30(2):36–42. Available from: https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdir=terh&plng=tur&un=TERH-02693&look4=(Alıntı tarihi:24.10.2022)

155. Tekin S, Demirturk N. COVID-19: Risk Factors Increasing Disease and Scoring. Klimik Dergisi/Klimik J [Internet]. 2021 Dec 27;34(3):150–5. Available from: https://www.klimikdergisi.org/tr/2021/12/27/covid-19-risk-factors-and-scoring(Alıntı tarihi:24.10.2022)

156. Çetinkaya PD, Bostan P, Dilektaşlı AG, Salepçi B, Küçük FÇU, Arpaz S, et al. Pandemi ve Tütün Kontrolü. sted [Internet]. 2021;30:46–8. Available from: https://ttb.org.tr/STED/images/file/2021_3.pdf?ysclid=l7qmq4fx76330284027(Alıntı tarihi:24.10.2022)

157. Alqahtani JS, Aldhahir AM, Oyelade T, Alghamdi SM, Almamary AS. Smoking cessation during COVID-19: the top to-do list. npj Prim Care Respir Med [Internet]. 2021 Dec 6;31(1):22. Available from: http://www.nature.com/articles/s41533-021-00238-8(Alıntı tarihi:24.10.2022)

158. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Sohal SS. Smoking Upregulates Angiotensin-Converting Enzyme-2 Receptor: A Potential Adhesion Site for Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). J Clin Med. 2020 Mar 20;9(3):841. (Alıntı tarihi:24.10.2022)

159. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R, et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. Tob Control [Internet]. 2021;31(5):615–22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782199/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

160. Okyay P, Üner S. Halk sağlığı bakış açısıyla COVID-19, pandeminin ilk

yılı :yapılanlar-yapıl(a)mayanlar,-yapılması gerekenler [Internet]. Ankara: hipokrat yayınevi; 2021. Available from: https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Tutun-Ile-Mucadele-Calisma-Grubu.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

161. Tekin M. Türkiye'de Kamu İnsan Kaynakları Yönetiminin Gelişiminin Kamu Çalışanlarının Sendikalaşması Bağlamında İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü,İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı,İstanbul; 2019. http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/ET001424.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

162. Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü. Tütünsüz Kurum Uygulama Rehberi 2014 [Internet]. p. 2–13. Available from: https://docplayer.biz.tr/3571253-Tutunsuz-kurum-uygulama-rehberi.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

163. Afanuh S, Lee M, Hudson H, Cincinnati O. Using Total Worker Health™ Concepts to Enhance Workplace Tobacco Prevention and Control [Internet]. Department of health and human services. 2015. p. 2015–202. Available from: https://www.cdc.gov/niosh/docs/wp-solutions/2015-202/pdfs/2015-202.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

164. İnternational Labour Organization. Tobacco-free workplace [Internet]. Available from: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_117691/lang--en/index.htm(Alıntı tarihi:24.10.2022)

165. T.C.Mevzuat Bilgi Sistemi. Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina Ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararları [Internet]. 2008. Available from: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=12161&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5(Alıntı tarihi:24.10.2022)

166. Kutlu R, Marakoglu K, Demirbas N, Yesildag K, Cavdarci F. Use of Tobacco and Tobacco Products By Public Employees in Konya Province and the Support Status of the Tobacco Control Law. ADDICTA Turkish J Addict [Internet]. 2021;8(1):1–7. Available from: https://www.addicta.com.tr/Content/files/sayilar/29/1-7.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

167. Koç EM, Başer DA, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Alsancak AD, et al. Determining smoking level of hospital employees and the evaluation of the smoke-free air zone applications. J Clin Exp Investig [Internet]. 2015;6(1):33–9. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/104474(Alıntı tarihi:24.10.2022)

168. Bakırcı N, Okuşluk T. İstanbul'da bir grup işyerinde sigara içme yasakları ve bu yasakların çalışanların sigara içme durumlarına etkisi. Toplum Hekim Bülteni. 2007;16(1):19–24. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2007/sayi_1/baslik4.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

169. Rize İl Özel İdaresi. T.C. Rize İl Özel İdaresi Stratejik Plan 2020-2024 [Internet].

Available from: http://www.rizeozelidare.gov.tr/kurumlar/rizeozelidare.gov.tr/FAALİYET RAPORLARI/2020_2024-STRATEJIK-PLANI.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

170. Rize Belediyesi. Rize Belediye Başkanlığı Stratejik Plan 2020-2024 [Internet]. Available from: http://www.rize.bel.tr/uploads/dosya/2020/07/08c88e07b119994df850d2910243b8568e48ce6f.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

171. Şahin G, Taşlıgil N. Türkiye'de Tütün (Nicotiana Tabacum L.) Yetiştiriciliğinin Tarihsel Gelişimi ve Coğrafi Dağılımı. Doğu coğrafya Derg [Internet]. 2013;30(18):71–102. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/27018(Alıntı tarihi:24.10.2022)

172. Centers for Disease Control and Prevention. Adult Tobacco Use Information [Internet]. 2017. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_glossary.htm#:~:text=Smoking status%3A A recoded variable,smoked%2C and smoking status unknown. (Alıntı tarihi:24.10.2022)

173. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions. [Internet]. GA: Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta; 2020. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/gats/06_gats_corequestionnairewithoptionalquestions.pdf?sfvrsn=3b5ca226_15(Alıntı tarihi:24.10.2022)

174. Tunç A. Türk Kamu Personel Yönetiminde Yönetici Kadınların Oranı: Devlet Üniversiteleri Açısından Bir İncelem. Yasam Derg [Internet]. 2015;32:64–80. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1115395(Alıntı tarihi:24.10.2022) (Alıntı tarihi:24.10.2022)

175. Doğan Burtan B, Çelik Mat G. Kadının kamudaki yeri: türkiye istatistik kurumu örneği. Dicle üniversitesi Iktis ve idari Bilim fakültesi Derg [Internet]. 2017;7(13). Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/374249(Alıntı tarihi:24.10.2022)

176. Kocaoğlu M, Özmen ZN. Türkiye'deki kamu yönetimi eğitimi ve personel istihdam etme usullerinin kamu personeli seçme sınavı (kpss) üzerinden değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg XLVI. 2019;1:241–66. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/748787 (Alıntı tarihi:24.10.2022)

177. Tamers SL, Okechukwu C, Marino M, Guéguen A, Goldberg M, Zins M. Effect of stressful life events on changes in smoking among the French: longitudinal findings from Gazel. Eur J Public Health [Internet]. 2015;25(4):711–5. Available from: 10.1093/eurpub/ckv036(Alıntı tarihi:24.10.2022)

178. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu [Internet]. 2022. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

179. YouGov - Direct impact COVID-19 [Internet]. Available from: https://docs.cdn.yougov.com/3bpmb51tu3/YouGov - Direct impact of COVID-19 international.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

180. Gölbaşı Koç SD, Metintaş S, Kılınç A, Sungur S, Ünsal A, Arslantaş D, et al. Assessment Of The Level Of Risk Perceptions And Related Parameters For The COVID-19 Pandemic. Int J Heal Serv Res Policy [Internet]. 2022;7(1):91–101. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2173905(Alıntı tarihi:24.10.2022)

181. Oyetunji TP, Ogunmola OA, Oyelakin TT, Olorunsogbon OF, Ajayi FO. COVID-19-related risk perception, anxiety and protective behaviours among Nigerian adults: a cross-sectional study. J Public Health (Bangkok) [Internet]. 2021;11:1–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33728257/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

182. Chetna M, Isha C, Ozdemir S, Teo I, Finkelstein EA. Anxiety and perceived risk during COVID-19 outbreak [Internet]. medRxiv. 2020. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.24.20161315v1(Alıntı tarihi:24.10.2022)

183. Arpacıoğlu MS, Baltacı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. Cukurova Med J [Internet]. 2021;46(1):88–100. Available from: https://acikerisim.kent.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12780/525(Alıntı tarihi:24.10.2022)

184. Köksal Yasin Y. Aydın İlinde Yaşayan Kadınlarda Tütün Kullanım Sıklığı, Davranışı Ve İlişkili Faktörler: Kantitatif Ve Kalitatif Bir Çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi,Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabili Dalı,Aydın; 2021.

185. Tulucu F, Aytemur ZA, Hacievliyagil SS, Gunes G. Attitude of Employees in the Institution of Malatya Provincial Tobacco Control Committee Towards Content and Being in Force of the 4207 of Law. Turkish Thorac Journal/Turk Toraks Derg [Internet]. 2012;13(3):99–110. Available from: https://turkthoracj.org/en/attitude-of-employees-in-the-institution-of-malatya-provincial-tobacco-control-committee-towards-content-and-being-in-force-of-the-4207-of-law-13395(Alıntı tarihi:24.10.2022)

186. Çağlak U. Boş zaman alışkanlıklarında nostaljik bir trend: yeni nargile kültürü ve nargile mekânları. Uluslararası Sos Bilim Derg [Internet]. 2018;2(13):67–83. Available from: http://www.sobider.net/FileUpload/ep842424/File/yeni_nargile_kulturu_ve_nargile_mekanlari.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

187. Jawad M, Charide R, Waziry R, Darzi A, Ballout RA, Akl EA. The prevalence and trends of waterpipe tobacco smoking: A systematic review. Shahab L, editor. PLoS One [Internet]. 2018;13(2):e0192191. Available from: https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0192191(Alıntı tarihi:24.10.2022)

188. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu [Internet]. 2010. p. 17–25. Available from: https://havanikoru.saglik.gov.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/KYTA-Turkiye-Raporu-2010-TR.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

189. Topçu M, Zorlu S. Sağlık Çalışanlarının Nargile İçme Profilleri, Nargilenin Sağlığa Olan Etkilerine Yönelik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Bağımlılık Derg [Internet]. 2021;22(4):432–46. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/bagimli/issue/62976/930902(Alıntı tarihi:24.10.2022)

190. Leon ME, Lugo A, Boffetta P, Gilmore A, Ross H, Schüz J, et al. Smokeless tobacco use in Sweden and other 17 European countries. Eur J Public Health [Internet]. 2016;26(5):817–21. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27048433/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

191. Clarke E, Thompson K, Weaver S, Thompson J, O'Connell G. Snus: a compelling harm reduction alternative to cigarettes. Harm Reduct J [Internet]. 2019;16(1):62. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31775744/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

192. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması [Internet]. 2017 p. 43–6. Available from: https://docplayer.biz.tr/104817656-Turkiye-hanehalki-saglik-arastirmasi-bulasici-olmayan-hastaliklarin-risk-faktorleri-2017.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

193. Akbay C. Kahramanmaraş il Merkezinde Tüketicilerin Sigara ve Maraş Otu Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Analizi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Doğa Bilim Derg [Internet]. 2017;20(3):276–82. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ksudobil/issue/27505/289471(Alıntı tarihi:24.10.2022)

194. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M, Öztürk M. Elektronik Sigara ve Sağlığı Etkileri. Arşiv Kaynak Tarama Derg [Internet]. 2021;30(2):94–100. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1509356(Alıntı tarihi:24.10.2022)

195. Ministry of Health. New Zealand Health Survey [Internet]. 2021. Available from: https://www.health.govt.nz/publication/annual-update-key-results-2020-21-new-zealand-health-survey(Alıntı tarihi:24.10.2022)

196. Adıgüzel İ, Durusoy R, Çakır N, Mandıracıoğlu A, Öcek Z. Smoking prevalence and related factors among workers of Bornova Municipality in Izmir, Turkey. Tob Induc Dis [Internet]. 2018;16(3):A59. Available from: http://www.journalssystem.com/tid/,94907,0,2.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

197. Koç EM, Başer DA, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Alsancak AD, et al. Determining smoking level of hospital employees and the evaluation of the smoke-free air zone applications. J Clin Exp Investig [Internet]. 2015;6(1). Available from: http://www.jceionline.org/article/determining-smoking-level-of-hospital-employees-and-the-evaluation-of-the-smoke-free-air-zone-3652(Alıntı tarihi:24.10.2022)

198. Günay T. Türkiye'de Kadınlar Tütün Endüstrisinin Hedefinde mi? In: Üner S,

Okyay P, editors. Türkiye Sağlık Raporu 2020 [Internet]. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2020. p. 1037–9. Available from: https://docplayer.biz.tr/200846519-Turkiye-saglik-raporu-2020.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

199. Öztoprak SD, Günay T. Sağlık açısından toplumsal cinsiyet ve tütün kontrolü. Turk J Public Heal [Internet]. 2013;11(3):198–206. Available from: https://docplayer.biz.tr/22053660-Saglik-acisindan-toplumsal-cinsiyet-ve-tutun-kontrolu.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

200. Dilbaz N, Apaydın L. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Arasındaki Sigara İçme, Bırakma Sıklığı Ve Sigara İçme Davranışının Özellikler. Bağımlılık Derg [Internet]. 2002;3(2):73–83. Available from: https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/17114/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

201. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nicotine Tob Res [Internet]. 2017;19(12):1401–7. Available from: https://academic.oup.com/ntr/article-lookup/doi/10.1093/ntr/ntw266(Alıntı tarihi:24.10.2022)

202. Gilani SI, Leon DA. Prevalence and sociodemographic determinants of tobacco use among adults in Pakistan: findings of a nationwide survey conducted in 2012. Popul Health Metr [Internet]. 2013;11(1):16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24004968/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

203. Deveci SE, Güler H, Deveci F, Açık Y, Muz MH. Elazığ Emniyet Teşkilatı Personelinin Sigara İçme Davranışları, Bağımlılık Düzeyleri ve Sigara-Sağlık İlişkisine Yaklaşımları. Solunum Hast [Internet]. 2005;(16):12–7. Available from: https://docplayer.biz.tr/9236334-Elazig-emniyet-teskilati-personelinin-sigara-icme-davranislari-bagimlilik-duzeyleri-ve-sigara-saglik-iliskisine-yaklasimlari.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

204. Firat M, Ayran G, Kanbay Y. Characteristics of Individuals Applying to a Smoking Cessation Clinic Regarding Smoking Initiation, Regular Smoking, and Smoking Cessation. ADDICTA Turkish J Addict [Internet]. 2020;6(4):244–56. Available from: https://www.addicta.com.tr/en/characteristics-of-individuals-applying-to-a-smoking-cessation-clinic-regarding-smoking-initiation-regular-smoking-and-smoking-cessation-13178(Alıntı tarihi:24.10.2022)

205. Celik E, Uzbay IT, Karakas S. Caffeine and amphetamine produce cross-sensitization to nicotine-induced locomotor activity in mice. Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry [Internet]. 2006;30(1):50–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16084635/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

206. South African Research Medical Council. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet South Africa [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/2021-gats-fact-sheet-south-africa(Alıntı tarihi:24.10.2022)

207. Ozcebe H, Attila S, Bolat R, Forous A, Kocyigit K, Ozkan O, et al. Some Opinions

of Governmental Employees about Anti-Tobacco Advertisement Movies on TV. Turkish Thorac Journal/Türk Toraks Derg [Internet]. 2013;14(2):64–71. Available from: https://www.semanticscholar.org/paper/Some-Opinions-of-Governmental-Employees-about-on-TV-Ozcebe-Attila/524adcbab1a5229e6682e0ad9b4ee0acaf76a290(Alıntı tarihi:24.10.2022)

208. Kesler Ü. Sigara Bağımlılığı Tedavi Birimine Başvuran Hastaların Sigara Bağımlılık Düzeyleri, Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi , Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aile Hekimliği, Sivas; 2020.

209. Pawlina MMC, Rondina RDC, Espinosa MM, Botelho C. Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. Rev Psiquiatr Clínica [Internet]. 2014;41(4):101–5. Available from: https://scite.ai/reports/nicotine-dependence-and-levels-of-xE0XRW(Alıntı tarihi:24.10.2022)

210. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. Kocatepe Tıp Derg [Internet]. 2005;6(3):27–34. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/kocatepetip/issue/17424/182474(Alıntı tarihi:24.10.2022)

211. İnce M. Kamu Kurumlarında Çalışan Personelin Sigara Kullanma Alışkanlıkları. J Turkish Stud [Internet]. 2017;12(13):335–56. Available from: https://turkishstudies.net/turkishstudies?mod=makale_ing_ozet&makale_id=20515(Alıntı tarihi:24.10.2022)

212. Perinçek G. Evaluation of the teachers' attitudes and thoughts on smoking: a Cross-sectional study. Acibadem Univ Saglik Bilim Derg [Internet]. 2020;12(1):38–43. Available from: http://journal.acibadem.edu.tr/tr/pub/issue/58146/831910(Alıntı tarihi:24.10.2022)

213. Hezer H, Karalezli A. The Effect of Psychological Dependence on Smoking Urge and Nicotine Withdrawal Symptoms. Ankara Med J [Internet]. 2019;19(4):700–7. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/amj/issue/50345/651955(Alıntı tarihi:24.10.2022)

214. Avcı E. Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Sigara Bağımlısı Kişilere Sigara Bırakma Çalışması. Tıpta Uzmanlık Tezi,Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aile Hekimliği,Ankara; 2018.

215. Özpulat F, Bilir N. Opinions of university students regarding pictorial warnings on cigarettes packs Üniversite öğrencilerinin sigara paketleri üzerindeki resimli uyarılar hakkındaki görüşleri. J Hum Sci [Internet]. 2017;14(1):987. Available from: https://www.researchgate.net/publication/315984570_Opinions_of_university_students_regarding_pictorial_warnings_on_cigarettes_packsUniversite_ogrencilerinin_sigara_paketleri_uzerindeki_resimli_uyarilar_hakkindaki_gorusleri(Alıntı

tarihi:24.10.2022)

216. Brock B, Carlson SC, Moilanen M, Schillo BA. Reaching consumers: How the tobacco industry uses email marketing. Prev Med Reports [Internet]. 2016;4:103–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27413669/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

217. Bilir N. Türkiye Tütün Kontrolünde Dünyanın Neresinde? Türk Toraks Derg [Internet]. 2009;10(31):4. Available from: https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/87659/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

218. T.C. Sağlık Bakanlığı. Neden Düz Paket? [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele-haberler/neden-düz-paket.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

219. Ahmed K, Bukht M, Hossain S, Ahmad S. Attitude towards plain packaging of tobacco products among the adult population in Bangladesh: a mixed method approach. Tob Induc Dis [Internet]. 2018 Mar 1;16(1). Available from: http://www.journalssystem.com/tid/Attitude-towards-plain-packaging-of-tobacco-products-among-the-adult-population-in,83885,0,2.html(Alıntı tarihi:24.10.2022)

220. Commission TE. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes [Internet]. 2017. Available from: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/ebs_458_sum_en.pdf(Alıntı tarihi:24.10.2022)

221. Şanlıer N, Bölükbaşı H. Kadının Aile Beslenmesi ve Sağlığındaki Rolü. Turkiye Klin J Nutr Diet-Special Top [Internet]. 2015;1(1):85–90. Available from: https://www.semanticscholar.org/paper/Kadının-Aile-Beslenmesi-ve-Sağlığındaki-Rolü-Şanlıer-Bölükbaşi/084d312941929dd94f81cd6fd06f47df1f1b2d2c(Alıntı tarihi:24.10.2022)

222. Argun Baris S. Smoking prevalence in Kocaeli. Tuberk ve Toraks Derg [Internet]. 2011;59(2):140–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21740388/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

223. Tattan-Birch H, Perski O, Jackson S, Shahab L, West R, Brown J. COVID-19, smoking, vaping and quitting: a representative population survey in England. Addiction [Internet]. 2021;116(5):1186–95. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32918300/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

224. Gravely S, Craig L V., Cummings KM, Ouimet J, Loewen R, Martin N, et al. Smokers' cognitive and behavioural reactions during the early phase of the COVID-19 pandemic: Findings from the 2020 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey. PLoS One [Internet]. 2021;16(6):e0252427. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34086706/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

225. Çıtak Ş. Bireylerin Covid-19 Sürecindeki Sigara Bırakma Başarılarının Bazı Değişkenler Bağlamında İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2021;10(4):850–60. Available from:

https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/67427/887762(Alıntı tarihi:24.10.2022)

226. Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. In: Stead LF, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. 1465–858. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23235680/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

227. Bilir N, Özcebe H. Tütün Bağımlılığı ve Kontrolü: Bireysel, Toplumsal ve Sosyal Pazarlama Yaklaşımları. Eurasian J Pulmonol [Internet]. 2014;16(2):63–8. Available from: https://www.abstractagent.com/home/jvi.asp?pdir=eurasianjpulmonol&plng=tur&un=SOLUNUM-43925(Alıntı tarihi:24.10.2022)

228. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008;16(2):CD000165. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23728631/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

229. Sözer Ü, Ozvurmaz S, Durmaz S. Sağlık Çalışanlarının Sigara Bırakmaya Yönelik Desteğe Hazır Olma Durumu ve İlişkili Faktörler. Turkish J Fam Med Prim Care [Internet]. 2021;15(2):286–93. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjfmpc/issue/62567/782565(Alıntı tarihi:24.10.2022)

230. Deniz A. Bir Üniversite Sigara Bırakma Polikliniğinde Sigarayı Bırakamayan Bireylerin Yeniden Bırakmaya Hazır Olma Durumları Ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi,Aydın Adnan Menderes Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı, Aydın; 2021.

231. Kaplan B, Özcebe H, Atilla S, Ertan E, Kılıçaslan B, Kanmaz S, et al. Evaluation of smoking cessation services approaches of the patients applying to Hacettepe Adult Hospital. Tuberk ve Toraks Derg [Internet]. 2013;61(4):312–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24506747/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

232. Arpacıoğlu S, Ünübol B. Investigation of Changes in Alcohol-Smoking Usage and Related Situations in the Coronavirus Outbreak. Cyprus Turkish J Psychiatry Psychol Derg [Internet]. 2020;2(3):128–38. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktppdergisi/article/835594(Alıntı tarihi:24.10.2022)

233. Elling J, Crutzen R, Talhout R, De Vries H. Tobacco smoking and smoking cessation in times of COVID-19. Tob Prev Cessat [Internet]. 2020;6(39):1–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33083672/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

234. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(11):4065. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32517294/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

235. Blom V, Lönn A, Ekblom B, Kallings L V., Väisänen D, Hemmingsson E, et al. Lifestyle Habits and Mental Health in Light of the Two COVID-19 Pandemic Waves in Sweden, 2020. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(6):3313. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33806951/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

236. Gendall P, Hoek J, Stanley J, Jenkins M, Every-Palmer S. Changes in Tobacco Use During the 2020 COVID-19 Lockdown in New Zealand. Nicotine Tob Res [Internet]. 2021;23(5):866–71. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33515223/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

237. Aydin N, Celikay Soyler H. The Relationship between Alcohol Use–Smoking and Psychological Resilience in the COVID-19 Pandemic. ADDICTA Turkish J Addict [Internet]. 2022;9(2):126–36. Available from: https://www.addicta.com.tr/en/the-relationship-between-alcohol-use-smoking-and-psychological-resilience-in-the-covid-19-pandemic-13277(Alıntı tarihi:24.10.2022)

238. Gamsızkan Z, Kaya A, Sungur MA, Tuncel MC, Özdemir F, Baştan GG, et al. Effects of the COVID-19 Pandemic on Smoking. Konuralp Tıp Derg [Internet]. 2013;S1:468–73. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktd/issue/64699/973971(Alıntı tarihi:24.10.2022)

239. Bektaş M, Özben Ş. Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyodemografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sos Bilim Derg [Internet]. 2016;14(1):215–40. Available from: https://www.semanticscholar.org/paper/EVLİ-BİREYLERİN-PSİKOLOJİK-DAYANIKLILIK-BAZI-Bektaş-Özben/e86854aa90e50618b91baffcaa860462bb7f7508(Alıntı tarihi:24.10.2022)

240. Kottke TE. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA J Am Med Assoc [Internet]. 1988;259(19):2883–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3367456/(Alıntı tarihi:24.10.2022)

EK 2: Anket Formu
Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanımı anket formu

Sayın Katılımcı,

Rize merkezde kamu kurumlarında çalışan yetişkinlerin tütün kullanımı davranışı ile ilgili olarak, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından "Pandemi sürecinde Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörler" başlıklı bir araştırma planlanmıştır. Bu araştırma bir uzmanlık tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırmada, sigara/tütün ürünü kullanma durumunuz, sigara tütün kullanımı ve yasal düzenlemeler ile ilgili düşünceleriniz ve COVID-19 pandemi sürecinin sigara/tütün ürünü kullanımınıza etkileri de incelenecektir. Bu araştırmaya katılmak için seçilmiş bulunmaktasınız. Seçilen tüm katılımcılar bilimsel bir yöntemle rastgele seçilmiştir ve katılımcıların tümünün anketleri yanıtlaması araştırmanın başarısı için çok önemlidir. Toplanan tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacak, adınız-soyadınız, kimlik numaranız ve diğer kimlik bilgileriniz alınmayacaktır. Araştırmada toplanan verileri sadece araştırmacılar görecektir. Araştırma tamamlandığında genel olarak Rize'deki kamu çalışanlarının sigara/tütün kullanım durumu ve önlemeye yönelik ihtiyaçları, fikirleri ortaya konacak, bulgular halk sağlığı çalışanları için yol gösterici olacaktır.

Katkılarınız ve katılımınız için teşekkür ederiz.
Dr. Leyla Karaoğlu, Dr. Demet Karagöz

Soruları cevaplarken, altında şıklar olan sorularda sizin için doğru olan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1.Çalıştığınız kurum:

Tarih: ……../……../2021

1. İl Milli Eğitim Müdürlüğü
2. İl Sağlık Müdürlüğü
3. İl Emniyet Müdürlüğü
4. İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü
5. Vilayet binası
6. İl Jandarma Komutanlığı
7. İl Tarım ve Orman Müdürlüğü
8. Adalet sarayı
9. Rize Belediyesi

2.Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3. Yaşınızı **yazınız**…….

4. En Son Hangi Okulu Bitirdiniz? [Sadece Bir Yanıt Seçiniz]

1. İlkokul (5 yıllık)
2. İlköğretim (8 Yıllık)
3. Ortaokul veya mesleki ortaokul
4. Lise ve dengi okullar
5. İki yıllık yüksekokul (ön lisans)
6. Dört yıllık yüksekokul/ fakülte (Lisans)
7. Dört yıllık fakülte ya da yüksekokuldan daha yüksek eğitim (Yüksek lisans, doktora/uzmanlık)

5. Medeni durumunuz nedir:

1. Evliyim 2. Bekarım 3. Dulum (eşim öldü) 4. Boşandım

6. Kimlerle yaşıyorsunuz?

1. Tek başına 2. Anne, baba, kardeş ile 3. Arkadaş ile

4. Eşimle ya da eşim ve çocuklarımla 4. Diğer, yazınız …….

7. Çocuk sayınız (0, 1, 2,3 şeklinde rakam olarak yazınız) …….

8. Kaç yıldır memur olarak çalışıyorsunuz? Yıl ya da ay olarak yazınız ……..…yıl ……..ay

9. İstihdam şekliniz:

1. Yönetici 2. Memur 3. İşçi 4. Sözleşmeli personel 5. Diğer, yazınız……..

10. Mesleğiniz (bitirdiğiniz lise ya da yüksekokul-üniversiteye göre) nedir?

1.Öğretmen 2.Hemşire/Ebe 3.Çevre sağlık teknisyeni 4. Hekim 5.Savcı 6.Hakim 7.Katip 8.Veteriner hekim 9.Diş hekimi 10.Ziraat mühendisi 11.Orman mühendisi 12.Biyolog 13.Polis 14.Jandarma 15.Çevre mühendisi 16.İnşaat mühendisi 17.Mimar 18.Bilgisayar işletmeni, veri işletmeni 19. Tekniker/teknisyen 20. Diğer, yazınız……..…

11. Bütün gelir kaynaklarınız dahil olmak üzere değerlendirirseniz (maaş, ekstralar, çay geliri vs) aylık gelirinizle ilgili aşağıdaki cümlelerden size uygun olanı işaretleyiniz.

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4.kötü 5. Çok kötü

12. Özel arabanız var mı?

1.Evet 2.Hayır

13. Doktor tarafından takip edilip tedavi altında olduğunuz herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Hayır, kronik hastalığım yok

2. Evet, kronik hastalığım var (Aşağıdaki hastalıklardan hangisi ya da hangileri için tedavi alıyorsanız işaretleyiniz)

2.1. Hipertansiyon
2.2.Kalp hastalığı
2.3.Şeker hastalığı
2.4. Kronik akciğer hastalığı/astım
2.5.Obezite
2.6. Ruhsal hastalık (Depresyon, panik atak, anksiyete, vb)
2.7. Romatizmal hastalık (Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit, vb)
2.8. Kronik böbrek hastalığı
2.9.Diğer, yazınız……..

14. Günde kaç bardak çay içersiniz (150-200 cc'lik büyük çay bardağı) ?

1. Yarım Fincan 2. Bir fincan 3. İki fıncan 4. Üç fincan 5. Dört fincan 6. Beş ve daha fazla

15. Günde kaç fincan kahve içersiniz (Türk kahvesi ya da filtre kahve), (150-200 cc'lik büyük fincan, Türk kahvesi içiyorsanız ise büyük fincan ölçüsü üzerinden düşünerek ölçüyü belirtiniz.

1. Yarım Fincan 2. Bir fincan 3. İki fincan 4. Üç fincan 5. Dört fincan 6. Beş ve daha fazla 7.içmem

Stres yaratan hayati olaylar ölçeği:

Her bir cümle için size uyan duruma göre evet ya hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız.

Salgın başladığından beri aşağıdakiler gibi olumsuz veya rahatsız edici olaylar yaşadınız mı?	**Evet**	**Hayır**
16.Ailenizden biri ya da yakın bir arkadaşınız vefat etti mi?	Evet	Hayır
17.Ailenizden biri koronavirus pozitif (COVİD-19) tanısı aldı mı?	Evet	Hayır
18. Ailenizden biri ya da yakın bir arkadaşınız koronavirus hastalığından (COVİD-19) vefat etti mi?	Evet	Hayır
19. Size koronavirus pozitif (COVİD-19) olduğunuz doktor tarafından söylendi mi?	Evet	Hayır
20. Koronavirus pozitifliği (COVİD-19) nedeniyle karantinaya alındınız mı?	Evet	Hayır
21. Evlendiniz mi?	Evet	Hayır
22. Boşandınız mı ya da eşinizden ayrıldınız mı?	Evet	Hayır
23.Eşiniz ya da sevgilinizle tekrar bir araya geldiniz mi?	Evet	Hayır
24. Ailenizden kimse ciddi bir kaza ya da hastalık geçirdi mi?	Evet	Hayır
25. Ailenizde siz dahil herhangi biri alkolü kötüye kullandı mı? (Aşırı dozda alkol aldı mı)	Evet	Hayır
26. Ailenizde siz dahil herhangi biri madde ya da bağımlılık yapan ilaçları kötüye kullandı mı? (Aşırı dozda madde/ilaç/uyuşturucu aldı mı)	Evet	Hayır
27. Ailenizde herhangi biri işinden geçici olarak çıkarıldı mı?	Evet	Hayır
28. Ailenizden herhangi biri işini kalıcı olarak kaybetti mi?	Evet	Hayır
29. Çocuğunuz koruyucu bakıma ya da başkalarının bakımına verildi mi?	Evet	Hayır

30. Koronavirüs için aşı yaptırdınız mı?

1. Evet→→→Kaç doz: 1) 1 2) 2 3) 3
2. Hayır

31. Koronavirus hastalığı açısından yüksek risk altında olduğunuza inanıyor musunuz?

1. Çok yüksek risk altındayım 2. Risk altındayım 3. Orta derecede risk altındayım
4. Risk altında değilim 5. Hiç risk altında değilim

32. Son bir yıl içinde koronavirus hastalığına yakalanacağım diye ne kadar endişelendiniz?

1. Çok endişelendim
2. Epey endişelendim
3. Orta derecede endişelendim
4. Az endişelendim
5. Hiç endişelenmedim

33. Çalıştığınız bu kurumda, genellikle kapalı ofis ortamında mı çalışırsınız?

1.Hep kapalı ofis ortamında çalışırım
2. Bazen kapalı ofis dışında açık havada da çalışırım

34. Son 30 gün içinde çalıştığınız kapalı alanlarda (mesai saati içinde ya da dışında) sizin dışınızda sigara içen/herhangi bir tütün ürünü kullanan oldu mu?

1.Evet 2.Hayır

SİGARA/ TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANIM DURUMUNUZ (Sigara, elektronik sigara, sarma sigara, pipo, puro, nargile, Çiğneme tütün, Maraş otu, kuru enfiye, sıvı enfiye tütün ürünlerini düşünerek cevaplayınız. Nikotin sakızı hariç olmak üzere).

35.Şu anda sigara içme durumunuz nedir?

1.Her gün (Her gün içiyorsanız 36.cı soruya geçiniz)

2.Her günden az/Ara sıra → **35.2. Geçmişte her gün sigara kullandınız mı?**
1.Evet 2.Hayır

3.Hiç içmiyorum → **35.3. Geçmişte her gün sigara kullandınız mı?**
1.Her gün
2.Her günden daha az/Ara sıra
3.Hiç içmedim

36. Şu anda günlük olarak dumansız tütün ürünü kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız ne sıklıkla kullanıyorsunuz (Çiğneme tütün, Maraş otu, keyp, kuru/toz enfiye, sıvı enfiye gibi)?

1.Her gün (Her gün içiyorsanız 39.cu soruya geçiniz)

2.Her günden az/Ara sıra → **37. Geçmişte her gün kullandınız mı?**
1.Evet 2.Hayır

3.Hiç içmiyorum → **38. Geçmişte ne sıklıkla kullandınız?**
1.Her gün
2.Her günden daha az/Ara sıra
3.Hiç içmedim

39. Şu anda günlük olarak nargile kullanıyor musunuz?

1.Her gün (Her gün içiyorsanız 42.ci soruya geçiniz)

2.Her günden az/Ara sıra → **40. Geçmişte her gün kullandınız mı?**
1.Evet 2.Hayır

3.Hiç içmiyorum → **41. Geçmişte ne sıklıkla kullandınız?**
1.Her gün
2.Her günden daha az/Ara sıra
3.Hiç içmedim

42. Şu anda günlük olarak elektronik sigara içiyor musunuz?

1.Her gün(Her gün içiyorsanız 45.ci soruya geçiniz)

2.Her günden az/Ara sıra → **43. Geçmişte her gün kullandınız mı?**
1.Evet 2.Hayır

3.Hiç içmiyorum → **44. Geçmişte ne sıklıkla kullandınız?**
1.Her gün
2.Her günden daha az/Ara sıra
3.Hiç içmedim

45.Sigara içenlerle bir arada bulunuyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

46. Evinizin içinde ne sıklıkla sigara içiliyor? (Herhangi biri)

1. Her gün
2. Haftada bir
3. Ayda bir
4. Ayda birden az, birkaç ayda bir
5. Hiç içilmiyor.

47. Son 1 ay içinde sigara içmenin yasak olduğu lokanta, kafeterya, dolmuş, otel gibi kapalı ortamlarda sigara içildiğini gördünüz mü?

1.Evet 2. Hayır

48. Sigara içenler de Koronavirus hastalığı ne sıklıkla görülür?

1. Bilmiyorum
2. Daha çok görülür.
3. Daha az görülür.
4. Aynı sıklıkta görülür

Bu bilgiyi nerden duydunuz: 1. Televizyon 2.Radyo 3.Gazete 4. Bilimsel makale 5. Diğer, yazınız…

49.Koronavirus pandemi sürecinde sigara içenlere bırakmayı önerdiniz mi?

1.Evet 2.Hayır

50. Son 12 ayda bir doktoru veya başka bir sağlık kuruluşunu ziyaret ettiniz mi?

1.Evet 2.Hayır

51. Son 12 ay içerisinde, doktor veya diğer sağlık personeli ziyaretinizde tütün kullanımınız hakkında size soru sordu mu?

1.Evet 2.Hayır

52. Son 12 ayda bir doktora veya sağlık uzmanına yaptığınız herhangi bir ziyarette sigara/tütün içmeyi bırakmanız önerildi mi?

1.Evet 2.Hayır

53. Son 12 ayda bir doktora veya sağlık uzmanına yaptığınız herhangi bir ziyarette sigara dumanı olan yerlerde bulunmamanız önerildi mi?

1.Evet 2.Hayır

54. Son 30 gün içinde gazetelerde veya dergilerde, sigara içmenin tehlikeleri ve bırakmayı teşvik eden bilgiler dikkatinizi çekti mi?

1.Evet 2..Hayır 3.Hatırlamıyorum

55. Son 30 gün içinde televizyonda, sigara içmenin tehlikeleri ve bırakmayı teşvik eden bilgiler var mıydı?

1.Evet 2.Hayır 3.Hatırlamıyorum

56. Son 30 gün içinde sigara paketlerinde herhangi bir sağlık uyarısı fark ettiniz mi?

1.Evet 2.Hayır 3.hiç sigara paketi görmedim

57. Son 30 gün içinde sigara paketlerinin üzerindeki uyarı etiketlerinin olması sizi bırakmak için düşünmeye sevk etti mi?

1.Evet 2.Hayır 3.Sigara içmiyorum

58. Son 30 gün içinde, sigara satılan marketlerde /bayilerde sigara içmeyi teşvik eden herhangi bir reklam veya resim/işaret gördünüz mü?

1.Evet 2.Hayır

59. Son 30 gün içinde sigarayı içmeyi/ tütün kullanmayı teşvik eden aşağıdaki herhangi bir durumla karşılaştınız mı?

1. Hayır karşılaşmadım
2. Bedava sigara dağıtımı (numune olarak)
3. İndirimli fiyatlı sigara satışı
4. Sigara için kupon verilmesi
5. Sigara satın alırken hediye olarak bedava ürün verilmesi veya özel indirimli ürün teklif edilmesi
6. Sigara markalı giysiler veya sigara logosu yapıştırılmış diğer eşyalar
7. E-posta yoluyla sigara reklamı
8. Diğer, yazınız …….

60. Rize il Sağlık Müdürlüğü binası içinde ve Recep Tayyip Erdoğan Eğitim Araştırma Hastanesinde sigara bırakma polikliniği olduğunu biliyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

61.Sigara paketleri üzerindeki resimler hakkında ne düşünüyorsunuz? Birden fazla cevap seçeneği seçebilirsiniz.

1.Korkutucu
2.Sigara zararlarını açıklama konusunda etkili
3. Sigara paketi almayı ya da sigara içmeyi önlemede caydırıcı
4.Sigara paketi almayı ya da sigara içmeyi önlemede etkili değil
5. Sigara içmeyen için korkutucu ama içen için etkili değil
6. Sigara markasının görünmemesi açısından olumlu buluyorum
7. Diğer, yazınız ……

62. Düz paket uygulamasının sigara paketi almayı ya da sigara içmeyi önlemede kullanılması hakkındaki düşünceniz nedir?

1. Duymadım/bilmiyorum
2. Olumlu buluyorum
3. Faydasız ve gereksiz buluyorum

63. İkinci el sigara içme ya da pasif sigara içme tanımını biliyor musunuz (pasif içici)?

1.Evet 2.Hayır

64. Üçüncü el sigara dumanına maruz kalma ya da üçüncü el sigara içme tanımını biliyor musunuz (etrafa, eşyalara sigara dumanının çökmesi, sinmiş olması ve bu sinmiş dumanın zarar vermesi)?

1. Evet 2.Hayır

65. Aile üyelerinizi ve akrabalarınızı sigara içmekten caydırmaya çalışıyor musunuz?

1. Evet 2.Hayır

66.Kapalı alanlarda sigara içenlere uygulanan para cezası uygulamasını nasıl karşılıyorsunuz?

1. Olumlu Karşılıyorum 2.Fikrim Yok 3.Olumsuz karşılıyorum

67.Sizce sigara içmek zararlı mı? 1. Evet 2. Hayır

68. Sizce sağlığa zararlı olmayan tütün ürünleri var mıdır (nargile, Maraş otu, elektronik sigara gibi)?

1.Hayır 2. Evet→ Nelerdir, yazınız…….

69. Etrafınızda dumansız tütün ürünü kullanan kimse gördünüz mü (Çiğneme tütün, Maraş otu, kuru enfiye, sıvı enfiye)? 1.Evet 2.Hayır

Şimdi ya da geçmişte hiç tütün ürünü kullanmayanlar için anket sona ermiştir.

Teşekkür ederiz

Sigara ya da diğer tütün ürünlerini her gün ya da arasıra kullanıyorsanız ya da geçmişte her gün ya da arasıra kullandıysanız lütfen ankete devam ediniz.

70. İlk sigaranızı içtiğiniz yaşı yazınız? ……..

71. İlk kez sigara içmeye başlamanızda aşağıdakilerden hangisi etkili oldu?

1. Koronavirüs hastalığı salgını
2. Arkadaşlarım
3. Anne-babamın içmesi
4. Uzak akrabalarım/ahbaplarımın içmesi

72. Ne kadar zamandır kesintisiz "her gün düzenli" sigara içiyorsunuz (Günde en az 1 tane), yazınız …….aydır ……yıldır

73. Ne kadar zamandır her gün değil "ara sıra" sigara içiyorsunuz, yazınız …….aydır ……yıldır

74. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

1. İlk 5 dakika içinde
2. 5-30 dakika içinde
3. 31-60 dakika içinde
4. 61 dakika ve sonra

75. Aşağıdaki sigara ya da tütün ürünlerinden şu anda her gün ya da ara sıra içiyorsanız her gün ortalama kaç adet, adet değilse kaç kez, ara sıra içiyorsanız haftada ortalama kaç adet, adet değilse kaç kez tükettiğinizi yazınız. Kullandığınız her bir tütün ürünü için yanda kesik çizgi şeklindeki boşluğa kaç adet içtiğinizi yazınız. Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

Sigara ve tütün ürünleri	Her gün içiyorsanız günde kaç adet/kaç kere içtiğinizi yazınız	Ara sıra içiyorsanız haftada kaç adet/kaç kere içtiğinizi yazınız
1. Sigara	……	……
2.Sarma tütün	……..	……..
3. Elektronik sigara	……	…….
4.Nargile (kaç kere)	……	……..
5.Dumansız sigara (Çiğneme tütün, Maraş otu, keyp, kuru/toz enfiye, sıvı enfiye gibi)	……..	……
6.Puro (Tam dolu)	……..	……..
7.Pipo		
8.Uzak doğudan ithal edilmiş elle sarılmış ince kokulu/karanfilli sigara (kretek)	…….	…….
10.Diğer yazınız, ……..	……	……

76.Aşağıdaki semptomlardan son 2 yıldır hangisini yaşamaktasınız? Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.

1.Öksürük,balgam
2.Hırıltılı solunum
3.Nefes darlığı
4.Göğüste sıkışma hissi
5.Diğer, yazınız……..

77. Son 30 gün içinde çalıştığınız ofis kapalı alanında sigara ya da başka bir tütün ürünü kullandınız mı?

1.Evet 2.Hayır

78. En son kendinize sigara aldığınızda kaç tane sigara satın aldınız? Ya da kaç paket, karton aldınız? (Bir tek şık işaretleyin)

1. Hiç sigara satın almadım
2. Sigara aldım..... Kaç adet……
3. Paket aldım ..... Her pakette kaç tane sigara vardı?.....
4. Karton aldım.....her kartonda kaç sigara vardı?.....
5. Diğer Belirtin:……..

79. Bu en son satın alma işleminde (adet, paket ya da karton) toplamda ne kadar para ödediniz?.....TL

12 Mart 2020 tarihinde koronavirus pandemisi nedeniyle okulllar kapatıldı, eve kapanma dönemleri yaşandı. Bu tarihten itibaren (Koronavirüs pandemisi süresinde) sigara içme durumunuz nasıl oldu? Aşağıdaki sorular bu durumla ilgilidir:

80.Son bir yıldaki koronavirus pandemisi nedeniyle yaşanan eve kapanma döneminde sigara ya da tütün ürünü kullanımını sonlandırmayı düşündünüz mü?

1. Sigara içmiyorum
2. Hayır düşünmedim
3. Evet düşündüm ama sigara içmeyi veya diğer tütün ürünlerini kullanmayı sürdürdüm
4. Evet düşündüm ve sigara veya diğer tütün ürünlerini kullanmayı bıraktım

81.Son bir yıldaki koronavirus pandemisi nedeniyle yaşanan eve kapanma döneminde günde içtiğiniz sigara sayısını azalttığınızı ya da arttırdığınızı düşünüyor musunuz?

1.Azalttım 2. Artırdım 3. Aynı kaldı 4. Kullanmıyordum

82.Son bir yıldaki koronavirus pandemisi nedeniyle yaşanan eve kapanma döneminde, nargile kullanımını artırdınız ya da azalttınız mı?

1. Azalttım 2. Artırdım 3. Aynı kaldı 4. Kullanmıyorum

83. Kapanma döneminde nargileyi nasıl kullandınız?

1. Kullanmadım 2.Evime nargile aldım 3. Arkadaşımın evinde kullandım
4. Nargile kafede kullandım 5. Diğer, yazınız……..

84.Son bir yıldaki koronavirus pandemisi nedeniyle yaşanan eve kapanma döneminde dumansız tütün ürünlerini kullanmaya başladınız mı? (Çiğneme tütün, Maraş otu, keyp, kuru/toz enfiye, sıvı enfiye gibi)

1. Evet, kuru enfiye kullanmaya başladım
2. Evet, çiğneme tütün (snuf) kullanmaya başladım
3. Evet, sıvı enfiye kullanmaya başladım
4. Hayır başlamadım
5. Diğer, yazınız…….

85. Dumansız tütün ürünlerini nasıl temin ediyorsunuz? (Çiğneme tütün, Maraş otu, keyp, kuru/toz enfiye, sıvı enfiye gibi)

1. Dumansız tütün ürünü kullanmıyorum
2. İnternetten alıyorum
3. Yurtdışından getirttiriyorum
4. Diğer yazınız…….

86.Çalıştığınız işyerinde sigara molası veriyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

87.Çalışma saatleri içinde işyerinde nerede sigara içiyorsunuz?

1. İçmiyorum
2. Açık havada, bina dış kapısının önünde
3. Açık havada, binanın balkonunda
4. Diğer, yazınız…….

88. Özel otomobiliniz içinde sigara içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3) Özel otomobilim yok

89.Hiç sigara içtiğiniz için ceza ödediniz mi?

1.Evet 2. Hayır

TÜTÜN KULLANMAYI BIRAKMA DENEYİMİNİZ

90.Hiç sigarayı/tütün ürünlerini bırakmayı denediniz mi?

1.Evet 2.Hayır 3. Ara sıra kullandığım için denemedim

91. Koronavirus pandemisi süresi içerisinde tütün kullanımını bırakmayı denediniz mi?

1.Evet 2.Hayır

92. Koronavirus pandemisi nedeniyle yaşanan eve kapanma döneminde, bıraktığınız halde yeniden sigara içmeyi düşündünüz mü?

1. Hayır düşünmedim
2. Evet düşündüm ama sigara içmeye veya diğer tütün ürünlerini kullanmaya başlamadım
3. Evet düşündüm ve başladım

93. En son niyet ederek /kararlı olarak sigara ya da tütün ürünü kullanmayı bırakmanızın üzerinden ne kadar zaman geçti?

1. Bir yıldan fazla
2. Bir yıl
3. ……Ay
4. ……..Hafta
5. …….Gün
6. Bir Günden Az (24 Saat)
7. Hatırlamıyorum

94. En son sigarayı/tütün ürününü bırakmaya niyet ederek bırakmaya çalıştığınız dönemi düşünerek cevaplayınız, en son karar vererek bıraktığınızda sigara/ tütün ürünü kullanmayı ne kadar süreyle bıraktınız?

1)……. gün
2)……hafta
3)……ay
4)……yıl

95. Koronavirüs pandemisi süresince, tütün kullanımını bırakmak için aşağıdakilerden herhangi birini kullandınız/denediniz mi? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

1. Bırakmadım
2. Hiçbir yöntem denemedim
3. Sigara bırakma danışmanlığı/kliniği dahil olmak üzere danışmanlık aldım
4. Nikotin bantı veya sakı**zı** gibi nikotin destekleyici tedavi aldım
5. Reçeteli ilaç, örneğin; zyban, champix aldım
6. Sigara bırakma hattı veya telefon destek hattını kullandım
7. Yardım almadan bıraktım
8. Geleneksel yöntemler/bitkisel ilaçlar kullandım?
   Kullandıysanız neler kullandığınız yazınız (Akupunktur, bitki çayı, dua, vs)
   ….....
9. Bunların dışında yöntemler kullandım, yazınız……..

96. Sigara/tütün kullanımını bırakma konusundaki düşüncenizi aşağıdakilerden hangisi en iyi açıklar?

1. Bırakmayı planlamıyorum
2. Önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı planlıyorum,
3. Önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı planlıyorum
4. Önümüzdeki 12 ay içinde bırakmayı planlıyorum
5. Bırakmayı planlıyorum ama önümüzdeki 12 ay içinde değil
6. Tütün ürünü kullanmıyorum, 6 ay ya da daha uzun süredir bırakmış durumdayım.

97.Sigara içmeyi bıraktıysanız bırakmanızda en etkili olan faktörleri işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Bırakmadım
2. Koronavirüs pandemisi
3. Kişisel sağlığım ile ilgili kaygılar
4. Yakınlarınızın sağlık sorunları
5. Tütün kullanımı ile ilgili yapılan kanuni düzenleme ve yaptırımlar (Para cezası gibi)
6. Sigara içecek yer bulmaktaki zorluk
7. Sigara paketleri üzerindeki resim ve uyarılar
8. Sigara içmeme yönündeki kampanyalar
9. Televizyondaki kamu spotları
10. Sigara fiyatlarının artması
11. Ekonomik nedenler
12. Eşimin, çocuklarımın isteği
13. Sigaranın zararları konusunda katıldığım kurs, aldığım eğitim
14. Diğer……..

98. Sigara bırakmak için desteğe/yardıma ihtiyacınız var mı?

1. Hayır
2. Evet, nasıl bir destek/yardım yazınız……

EK-3 Etik Kurul İzni

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

K - Q
TSE-ISO-EN
9000

Sayı : E-40465587-050.01.04-139 17.06.2021
Konu : Etik Kurul (Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU)

Sayın Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz **"Pandemi Sürecinde Rize'de Kamu Çalışanlarında Tütün Kullanım Düzeyi ve İlişkili Faktörler"** isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 10.06.2021 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2021/108 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : ff2215b8a7fe Belge Takip Adresi: http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama

Fener Mah. Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Rize / TÜRKİYE
Telefon No :+90 (464) 223 61 26 Faks No :+90 (464) 223 53 76
e-Posta : İnternet Adresi:http://www.erdogan.edu.tr/
Kep Adresi:
Bilgi için : BURAK HANKAYA

EK 4: Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Pandemi sürecinde Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörler

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** *Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Bu çalışma Rize merkezdeki kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyini, çalışanların tütün kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek ve pandemi sürecinin tütün kullanımı üzerine etkilerini saptamak amacıyla planlanmıştır.
- *COVID-19 pandemisi sürecindeki sosyal izolasyon ve eve kapanma dünyada tütün kullanımında artma, azalma, sonlandırma, ilk kez başlama ya da kullanılan tütün ürününü değiştirme gözlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü bu süreçte tütün kullanımının izlenmesini önermektedir.*

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma anket araştırmasıdır. En çok 30 dakikanızı alacaktır. Katılımcıya verilecek anketi katılımcı kendisi dolduracaktır. Araştırmacı anketi doldurması sırasında katılımcının yanında bekleyerek varsa sorularını yanıtlayacaktır. Anketin doldurulmasından sonra araştırmacı katılımcının kan basıncını kolundan ölçecektir. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük üzerinedir. İstemezseniz katılmak zorunda olmayacaksınız. Araştırmaya katılıp istediğiniz zaman sonlandırabilir, ya da istemediğiniz sorulara yanıt vermeyebilirsiniz.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırmada yer alarak bildireceğiniz cevaplar halk sağlığı politikaları açısından yol gösterici olacaktır. Bu tür araştırmalar bütün insanlara ulaşmak mümkün olmadığından küçük örneklemler üzerinde yapılmaktadır. Siz de 350 kişilik bir örnekleme seçilmiş bir bireysiniz. Verdiğiniz yanıtlar bütün kamu çalışanlarını temsil edecektir. Bu nedenle anketi tam olarak doldurmanız ve cevaplarınızın doğru olması araştırmanın bir sonuca varabilmesi açısından önemlidir. Kamu politikaları kişilerin tutum ve davranışlarını etkilediği gibi, kişilerin tutum ve davranışları da kamu politikalarını yönlendirmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışanların ihtiyaçları belirlenecek, gerekli programlar başlatılacak, eğitim faaliyetleri planlanabilecektir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR? (Bu bölüm aynen korunacaktır) Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, sizin için bir sakıncası olmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Araştırmacılar cevaplarınızı ve bulgularınızı, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

ADI : Arş.Gör.Dr.Demet KARAGÖZ
GÖREVİ :Asistan Dr
TELEFON : 0553 746 68 27

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		*Tarih ve İmza:*
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:	Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU	*Tarih ve İmza:22.02.2021*
Telefon:	+90 464 2123009/3513	

1: *Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi*

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-5 Sağlık Bakanlığı onayı

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

Leyla Karaoglu <leyla.karaoglu@erdogan.edu.tr>

Bilimsel Araştırma Başvurusu
3 ileti

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr> 7 Ağustos 2021 14:05
Yanıtlama Adresi: noreply@portal.saglik.gov.tr
Alıcı: leyla.karaoglu@erdogan.edu.tr

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.
Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.
Açıklama :
Form Adı : Leyla Karaoğlu-2021-08-04T23_36_20
Başvuru Formu için tıklayınız.

Başvuru Formunuzu https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/ adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:
Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:
This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

Leyla Karaoglu <leyla.karaoglu@erdogan.edu.tr> 9 Ağustos 2021 16:11
Alıcı: ESRA NUR ŞENTÜRK <esranur.senturk@saglik.gov.tr>

Esra Hanım,
Bakanlık araştırmama onay verdi, siz görebiliyor musunuz?

Dr.Leyla Karaoğlu
[Alıntılanan metin gizlendi]

ESRA NUR ŞENTÜRK <esranur.senturk@saglik.gov.tr> 23 Ağustos 2021 09:49
Alıcı: Leyla Karaoglu <leyla.karaoglu@erdogan.edu.tr>

leyla hanım merhaba,bakanlık onayınız ile ekte göndermiş olduğum formu düzenleyerek birimimize başvurmanız gerekmektedir.

Gönderen: Leyla Karaoglu <leyla.karaoglu@erdogan.edu.tr>
Gönderildi: 9 Ağustos 2021 Pazartesi 16:11:14

Kime: ESRA NUR ŞENTÜRK
Konu: Fwd: Bilimsel Araştırma Başvurusu

[Alıntılanan metin gizlendi]

Önemli Duyuru: Bu elektronik postadaki bilgiler ve ekteki dosyalar sadece ilgili alıcılar içindir. Eğer bu e-postanın ilgili alıcısı ya da ilgililere ulaştırmakla yükümlü kişi değilseniz, içindekileri başka bir tarafla paylaşmadan, e-postayı sisteminizden hemen silmeniz ve e-postayı yanıtlayarak ya da e-postada belirtilen numarayı arayarak göndereni bilgilendirmeniz gerekmektedir. Gönderildikten sonra e-postada değişiklik yapılması, virüsten dolayı e-postanın hasar görmesi ya da kaybolması durumlarında sorumluluk kabul edilmemektedir. Bu e-postada yer alan görüşler yazara ait olup, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi'ni bağlamamaktadır.

Important Notice: The information in this email and any attachments is for the sole use of the intended recipient(s). If you are not an intended recipient, or a person responsible for delivering it to an intended recipient, you should delete it from your system immediately without disclosing its contents elsewhere and advise the sender by returning the email or by telephoning a number contained in the body of the email. No responsibility is accepted for loss or damage arising from viruses or changes made to this message after it was sent. The views contained in this email are those of the author and not necessarily those of Recep Tayyip Erdoğan University.

[Alıntılanan metin gizlendi]

Rize sağlık Müdürlüğü-Araştırma Başvuru Formu.docx
76K

EK-6 Vilayet Makam Onayı

T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı :E-17023102-000-3110 31.05.2021
Konu :İzin Talebi

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğü'nün 20.04.2021 tarih ve 170 sayılı yazısı.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğü'nün ilgi yazısı gereği, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Demet KARAGÖZ'ün "Pandemi sürecinde Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ile ilişkili faktörler" konulu anket çalışması yapması Valiliğimizce uygun görülmüş olup, gerekli kolaylığın sağlanması hususunda; bilgi ve gereğini rica ederim.

Bayram SAĞIR

Ek: İlgi Yazı ve Anket Formu (11 sayfa)
Dağıtım:

Gereği:
Rize İl Emniyet Müdürlüğüne
Rize İl Jandarma Komutanlığına
Rize Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne
Rize İl Milli Eğitim Müdürlüğüne
Rize İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü
Rize İl Sağlık Müdürlüğüne
Rize İl Tarım ve Orman Müdürlüğüne İç Birimlere

Bilgi:
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: rLe71H-DeCwl1-zb1AZ8-wv8F7q-jEOk/HHs Doğrulama Linki:
https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-ebys

EK-7 Cumhuriyet Başsavcılığı Onayı

T.C.
RİZE
CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞI
Bakanlık Muhabere Bürosu

Sayı : B.M. 2021/2147 22/04/2021
Konu : İzin

RİZE RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 20/04/2021 tarih ve E-55568171-044-170 sayılı yazılarınız;

" Pandemi sürecinde Rize de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ile ilişkili faktörler " başlıklı anket çalışmasının kurumumuz personeline uygulanması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica olunur.

Mehmet PATLAK
Rize Cumhuriyet Başsavcısı
e-imzalıdır

Bu evrak e-imza ile imzalanarak DYS üzerinden gönderilmiş olup, ayrıca fizikî ortamda gönderilmeyecektir.

EK-8 Belediye Onayı

T.C.
RİZE BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Özel Kalem Müdürlüğü

Sayı : 92310515-010.99-E.182996 22.04.2021 Konu : İZİN

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 20.04.2021 tarih ve E.55568171-044-170 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Demet KARAGÖZ'ün tez çalışması kapsamında "Pandemi sürecinde Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ile ilgili faktörler" başlıklı anketin kurumumuz personeline uygulanabilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Rahmi METİN
Belediye Başkanı

Bu belgenin kontrolü 1619088123928#1 belge takip no ile http://www.rize.bel.tr e-belediye uygulaması üzerinden sağlanabilir.

Adres: Rize Belediyesi Piriçelebi Mah Menderes Bulv. No:182 Merkez\RİZE Bilgi İçin : BERRİN CÜCE
Tel : 444 50 53 Faks: (0464)2130193 Dahili : 3105
Elektronik Ağ: www.rize.bel.tr, KEP Adresi: rizebelediyesi@hs01.kep.tr

ÖZGEÇMİŞ

Eğitim

Lisans: RTEÜ Tıp Fak. 2015.

Mesleki deneyim

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Arş.gör	Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	2017-2018
Arş.gör.	RTEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	2018-2022

Yayınlar

1. Karaoğlu L., Telatar T. G., Karagöz D**.** (2019). Rize'de bir aile sağlığı merkezine başvuran menapozal dönemdeki kadınlarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler**.** 3.Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 26 - 30 Kasım 2019, 909-911.https://uhsk.org/2019/images/KONGRE2019.pdf

2. Karaoğlu L., Telatar T. G., Karagöz D. (2019). Rize'de bir aile sağlığı merkezine başvuran 45-65 yaş grubu erkeklerde orta yaşa spesifik semptom düzeyi ve etkileyen faktörler. 3.Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 26 - 30 Kasım 2019, 845-847. https://uhsk.org/2019/images/KONGRE2019.pdf

3. Karaoğlu L., Telatar T. G., Harbawi Z. K. , Okur A., Baykal M. H. , Karagöz D., et al. (2020). Bir Köydeki Covid 19 Salgını ve Sosyal Toplantılarla Ilişkisinin Retrospektif Olarak İncelenmesi**.** 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 Aralık 2020, 280-281. https://uhsk.org/2020/kongre-kitabi.pdf

4. Karagöz D., Karaoğlu L. (2021). Rize'de kamu çalışanlarının pandemi sürecinde tütün ürünleri ile ilgili uyarı mesajlarını fark etme düzeyi ve ilişkili faktörler. 1.Uluslararası Tıp, Sağlık ve iletişim Bilimleri Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 09-12 Aralık 2021,302-303.

5. Karagöz D., Karaoğlu L. (2021). Pandemi sürecinde Rize'de kamu çalışanlarında tütün kullanım düzeyi ve ilişkili faktörler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 – 18 Aralık 2021, 836-838.

https://hasuder.org/Kongreler/EKitapIndir/318c950a-30a7-51e0-d5cc-3a0307b48d3c

6. Telatar T. G., Alpdoğan S. M., Karagöz D., Güray A., Tomakin H. B., Hatipoğlu H. İ., Bülbül A. B., Kenal M., Karaoğlu L. (2021). Rize'de tıp fakültesi öğrencilerinde COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum, davranış düzeyi ve ilişkili faktörler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 – 18 Aralık 2021, 751-753. https://hasuder.org/Kongreler/EKitapIndir/318c950a-30a7-51e0-d5cc-3a0307b48d3c

7. Telatar T. G., Karagöz D., Güray A., Tomakin H. B., Alpdoğan S. M., Hatipoğlu H. İ., Bülbül A. B., Kenal M., Karaoğlu L. (2021). Rize'de tıp fakültesi öğrencilerinin COVID-19'a yönelik korku düzeyleri ve ilişkili faktörler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 13 – 18 Aralık 2021,753-755

https://hasuder.org/Kongreler/EKitapIndir/318c950a-30a7-51e0-d5cc-3a0307b48d3c

8.Karagöz D., Karaoğlu L. (2022). Pandemide kamu çalışanlarında pasif ve aktif sigara içme ve bırakma deneyimleri. 2.Uluslararası Tıp, Sağlık ve iletişim Bilimleri Kongresi, Çevrimiçi, Türkiye, 05-08 Ekim 2022, 304-305.

9. Karaoğlu L., Karagöz D. (2022). Pandemi Sürecinde Kamu Çalışanlarında Stresli Yaşam Düzeyi Ve İlişkili Faktörler. 4.Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi. Bilimsel özet kitapçık. Türkiye, 30 Kasım-03 Aralık 2022, 39.

Ödüller

En iyi araştırma ikincilik ödülü.

Karaoğlu L., Karagöz D. (2022). Pandemi Sürecinde Kamu Çalışanlarında Stresli Yaşam Düzeyi Ve İlişkili Faktörler. 4.Uluslararası Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi. Bilimsel özet kitapçık. Türkiye, 30 Kasım-03 Aralık 2022, 39.

Katıldığı kongreler:

1. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2019, Antalya
2. 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2020, Çevrimiçi
3. 1.Uluslararası Tıp, Sağlık Ve İletişim Kongresi, 2021, Çevrimiçi
4. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2021, Çevrimiçi
5. 2.Uluslararası Tıp, Sağlık Ve İletişim Kongresi, 2022, Çevrimiçi

Katıldığı kurslar

TARİH	**KENT**	**ETKİNLİK**
2019	Rize	Sağlıkta Araştırma Yöntemleri Kursu (SAK)-HASUDER
2020	Çevrimiçi	Sağlık profesyonellerine yönelik tütün kontrolünde toplum liderliği için kapasite geliştirme çevrimçi kursu
2021	Çevrimiçi	32. Gezici Eğitim Semineri: Pandemiye Sahadan Bakış, Yanıt Kapasitesini Geliştirme Dinamiklerinde Değişim TTB.
2021	Çevrimiçi	İş Sağlığı Epidemiyolojisi Kursu
2021	Çevrimiçi	Geriatri alanında bilimsel araştırmalar kursu
2022	Çevrimiçi	Temel Biyoistatistik kursu