T.C.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANINA MARUZİYET İLE İLGİLİ FARKINDALIĞIN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatmanur YILDIZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Pınar Çelik

Manisa, 2024

TAAHHÜTNAME

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dr. Fatmanur YILDIZ

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübesi ile asistanlık eğitimimin tüm zorlu aşamalarında maddi manevi her yönden yardımcı olan, tecrübeleri ile beni aydınlatan ve desteğini hiç eksik etmeyen, kendilerini tanımaktan büyük onur duyduğum başta danışman hocam Prof. Dr. Pınar Çelik'e ve sevgili hocalarım Sayın Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu, Prof. Dr. Ayşın Şakar Coşkun, Prof. Dr. Yavuz Havlucu ve Doç. Dr. Deniz Kızılırmak'a, asistanlık eğitimim sırasında ve çalışmam sırasında desteği ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Beyhan Özyurt'a,

Zor günlerimizde sırt sırta verdiğimiz, sevincimi ve üzüntümü paylaştığım, hastaneyi benim için bir yuva haline getiren sevgili asistan arkadaşlarıma ve sevgili solunum fizyoterapistimize,

Bir üyesi olmaktan mutluluk duyduğum göğüs hastalıkları kliniği ve cerrahi yoğun bakımın tüm hemşire ve personeline,

Her zaman yanımda olan sevgili anne, baba, ablalarım ve kardeşime,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Fatmanur YILDIZ

Manisa, 2024

İÇİNDEKİLER

TAAHHÜTNAME i

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

ÖZET iv

ABSTRACT vii

ŞEKİLLER DİZİNİ ix

TABLOLAR DİZİNİ x

SİMGELER VE KISALTMALAR xii

1.GİRİŞ VE AMAÇ 1

2.GENEL BİLGİLER 3

2.1.TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ 3

2.2.SİGARA KULLANIMININ ZARARLARI 5

2.3.ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI 7

2.3.1.Üçüncü El Sigara Dumanının Tanımı ve Tarihçesi 7

2.3.2.Üçüncü El Sigara Dumanının Önemi 9

2.3.3.İkinci ve Üçüncü El Sigara Dumanının Karşılaştırılması 10

2.3.4.Üçüncü El Sigara Dumanının Zararları 12

3.GEREÇ VE YÖNTEM 14

3.1.Çalışmaya dahil edilme kriterleri 15

3.2.Çalışma Protokolü 15

3.3.Veri Toplama Gereçleri 16

3.3.1.Üçüncü El Sigara Kullanımı İle İlgili Anket Formu 16

3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi..... 16
3.3.3 BATHS–T Formu 17
3.4.İstatistiksel Analiz 18

4.BULGULAR 18

4.1.Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı .18
4.2.Araştırma Grubunun Sigara Kullanım Davranışlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular 27
4.3.Üçüncü El Sigara Dumanı Maruziyetine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular 34
4.4. Araştırma Grubunun ÜESD Duyma Durumuna Göre Değerlendirilmesi.....37
4.5. Araştırma Grubunun ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....43

5.TARTIŞMA 53

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER 58

7.KAYNAKLAR 60

8.EKLER..... 70

8.1. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI MARUZİYETİNE YÖNELİK ANKET FORMU.....70
8.2. BATHS-T ÖLÇEĞİ.....81
8.3. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ SORULARI ..83

ÖZET

Amaç: Sigara ya da herhangi bir tütün ürünü kullanıldıktan sonra yüzeylerde ya da toz içinde kalan rezidüel tütün kirleticileri ortama tekrar gaz fazında salınır veya oksidanlar ve diğer çevresel bileşiklerle reaksiyona girerek ikinci kirleticileri oluşturur. Bu duruma üçüncü el sigara dumanı(ÜESD) denilmektedir. Sağlık çalışanları tütün ile mücadelede önemli bir konumdadır. Bu nedenle çalışmamızda ÜESD maruziyeti ile ilgili tıp fakültesi hastanesi çalışanlarının farkındalığını ölçmek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmamız tek merkezli, tanımlayıcı, kesitsel, anket çalışmasıdır. Bu araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde görev alan toplam 1984 kişi (238 öğretim görevlisi ve üyesi, 503 araştırma görevlisi, 779 sağlık personeli ve 464 idari personel) oluşturmaktadır. Uygulanan ankette sosyodemografik özellikler, kişinin ve yakınlarının sigara içme durumu ile ilgili sorular, ÜESD maruziyeti ile ilgili bilgi soruları, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve ÜESD maruziyet farkındalığını ölçmek amacıyla BATHS-T ölçeği bulunmaktadır.

Bulgular: Çalışmamızda hastane çalışanlarının sigara ve tütün kullanım oranı %35,8 ve tütün kullanıp bırakma oranı %14,4 olarak saptanmıştır. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden alınan puanlara göre sigara içenlerin %43,9'unun çok az bağımlılık düzeyinde, %28,4'ünün az bağımlılık düzeyinde, %8,4'ünün orta bağımlılık düzeyinde, %12,9'unun yüksek bağımlılık düzeyinde, %6,5'inin ise çok yüksek bağımlılık düzeyinde olduğu görülmüştür. Üçüncü el sigara dumanını daha önce duymayanlar katılımcıların %65,8'ini oluşturmaktadır. Çalışmamızda sosyodemografik değişkenlere bakıldığında ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına göre cinsiyet ve medeni durum ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (sırasıyla p=0,316, p=0,168).

Sonuç: Sigara ile mücadele etmede önemli rol oynayan hastane çalışanlarının ÜESD farkındalıklarının arttırılması önemlidir. Üçüncü el sigara dumanı konusunun

kapsamlı bir şekilde ele alınması, ÜESD'nin tüm bireylerin sağlığına zarar verebileceği, maruziyet yolları gibi detayların önemle üzerinde durulması, özellikle sağlık çalışanlarına düzenli danışmanlık verilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle toplum genelinde ÜESD farkındalığının yaygınlaştırılması sigarayla mücadelede önemli rol alacaktır.

Anahtar kelimeler: sigara, tütün, üçüncü el sigara dumanı, sigara bağımlılığı, sağlık çalışanları

ABSTRACT

Aim: After using a cigarette or any tobacco product, residual tobacco pollutants remaining on surfaces or in dust are released back into the environment in the gas phase or react with oxidants and other environmental compounds to form secondary pollutants. This situation is called third hand smoke. Health workers are in an important position in the fight against tobacco. Therefore, our study aimed to measure the awareness of medical faculty hospital professionals regarding THS exposure.

Material-method: Our research is a single-center, descriptive, cross-sectional, survey study. The population of this research consists of a total of 1984 people (238 lecturers, 503 research assistants, 779 medical personnel and 464 administrative personnel) working at Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital. The applied survey includes sociodemographic characteristics, questions about the smoking status of the person and his/her relatives, information questions about THS exposure, Fagerström Nicotine Addiction Questionnaire and BATHS-T scale to measure awareness of exposure to THS.

Results: In our study, the cigarette and tobacco use of hospital professionals' rate was found to be 35.8% and the quit rate was 14.4%. Those who have not heard of THS before constitute 65.8% of the participants. According to the scores obtained from the Fagerström Nicotine Dependency Test, 43.9% of smokers have a very low addiction level, 28.4% have a low addiction level, 8.4% have a medium addiction level, and 12.9% have a high addiction level, and 6.5% were found to be at a very high level of addiction. Non-smokers' awareness of THS was found to be higher than smokers. When we look at the sociodemographic variables in our study, comparing the mean scores of the UESD Awareness Scale, no statistically significant difference was found between gender and marital status and the scale total score averages ($p=0.316$, $p=0.168$, respectively).

Conclusion: It is important to increase the awareness of THS among hospital staff, who play an important role in combating smoking. It is important to comprehensively address the issue of THS, to emphasize details such as the fact that THS can harm the health of all individuals, ways of exposure, and to provide regular consultancy, especially to healthcare professionals. More studies on THS awareness are needed. It has been observed that as awareness of THS increases, the tendency to not smoke, to think about quitting, and to try to quit increases. For this reason, spreading awareness of THS throughout society will play an important role in the fight against smoking.

Keywords: cigarette, tobacco, third-hand smoke, tobacco addiction, medical worker

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma akış diyagramı 15

Şekil 3. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı..... 19

Şekil 4. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı..... 20

Şekil 5. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı..... 21

Şekil 6. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı 22

Şekil 7. Katılımcıların medeni hale göre dağılımı 23

Şekil 8. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre dağılımı 24

Şekil 9. Katılımcıların kronik hastalık türüne göre dağılımı 24

Şekil 10. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımı..... 25

Şekil 11. Katılımcıların 12 yaşına kadar yaşadıkları yerlerin dağılımı . 26

Şekil 12. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre dağılımı..... 27

Şekil 13. Evde sigara içme durumuna göre dağılım 28

Şekil 14. Evde sigara içilen yerin evin hangi alanı olduğuna göre dağılı 29

Şekil 15. İş yerinde sigara içme durumuna göre dağılım..... 30

Şekil 16. Katılımcıların hastanede sigara içme durumuna göre dağılımı 31

Şekil 17. Katılımcıların sigarayı bırakmayı deneme durumu 32

Şekil 18. Katılımcıların sigara içen biri ile yaşama durumunun dağılımı 33

Şekil 19. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre dağılımı..... 34

Şekil 20. Üçüncü el sigara dumanına maruziyet kavramını daha önce duyma oranı 35

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri 26

Tablo 2. Mesleklere göre üçüncü el sigara dumanını duyma durumu .. 35

Tablo 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Anket Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı 36

Tablo 4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden Alınan Puanlara Göre Sınıflandırmaa 37

Tablo 5. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Etki Eden Etmenler 38

Tablo 6. Bağımlılık Durumunun ÜESD Kavramını Duyma Üzerine Etkisi 39

Tablo 7. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Etki Eden Etmenler-2 39

Tablo 8. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Etki Eden Etmenler-3 41

Tablo 9. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Yaşın Etkisi 43

Tablo 10. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtlar 43

Tablo 11. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 45

Tablo 12. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-2 46

Tablo 13. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Sağlık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 47

Tablo 14. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Kalıcılık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 50

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ TKÇS: Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

HNSCC: Baş ve boyun kanseri

HONO: Nitröz asit

KAH: Koroner Arter Hastalığı

NOC: N nitroso bileşikleri

ÖTV: Özel Tüketim Vergisi

THS: Third hand smoke

TSNA: Tütüne özgü nitrozaminler

ÜESD: Üçüncü El Sigara Dumanı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önlenebilir ölüm nedenlerinden biridir. Sigara içimi ve pasif içicilik (ikinci el sigara dumanı maruziyeti) 20. yüzyıla gelindiğinde gelişmiş ülkelerde oldukça yaygınlaşmıştır. Sigara içiminin artması ile birlikte sigara içimi ile ilgili akciğer kanseri ve diğer kanserler, koroner kalp hastalığı ve kronik akciğer hastalığı gibi hastalıklarda epidemik artışlar görülmüştür.

Günümüzde dünya nüfusunun bir milyondan fazlası sigara içmektedir. Üçte ikilik içmeyen erişkin ve çocuk nüfus ise pasif olarak sigara dumanından etkilenmektedir. Bebekler, çocuklar, adolesanlar özellikle evde olmak üzere çeşitli çevrelerde ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktadırlar. Amerika Birleşik Devletlerin'de her yaştan yaklaşık 58 milyon kişi ikinci el sigara dumanından etkilenmektedir.

Sigara dumanı maruziyeti ikinci el ve üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) maruziyeti ile elektronik sigara dumanına maruziyeti kapsamaktadır.

Üçüncü el sigara dumanı kavramı ilk defa 2006 yılında tanımlanmış olup son yıllarda önemi gittikçe artan bir konu haline gelmiştir. Üçüncü el sigara dumanı; sigara ya da herhangi bir tütün ürünü kullanıldıktan sonra yüzeylerde ya da toz içinde kalan rezidüel tütün kirleticilerinin ortama tekrar gaz fazında salınması veya oksidanlar ve diğer çevresel bileşiklerle reaksiyona girerek ikinci kirleticiler oluşturmasıdır. Bu oksidasyon ve yeniden yapılanma nedeniyle ÜESD'nin sigara içimi ve ikinci el sigara dumanı maruziyetinden daha toksik olabileceği ileri sürülmektedir. İkinci el sigara dumanının bazı bileşikleri kapalı alandaki yüzeylere yapışırken bazı bileşikler yeniden oda havasına salınır ve atmosferdeki bileşiklerle etkileşerek orijinal dumanda bulunmayan yeni kirleticileri oluşturur. Bu kimyasal reaksiyonlar sigara içimiyle başlar ve haftalarca devam eder.

Son yıllarda yapılmış olan çalışmalar göstermektedir ki ÜESD sağlığa ciddi zararlar vermektedir. Literatürde sağlık çalışanlarının ÜESD ile ilgili farkındalığının arttırılması ve bu konu hakkında bilgi ve davranışları etkileyen değişkenlerin belirlenmesinin ÜESD zararının azaltılmasına katkı sağlayacağı öngörüsünde bulunulmuştur (1).

Üçüncü el sigara dumanı ve oluşturduğu riskler konusunda bilgiler henüz kısıtlıdır.

Sağlık çalışanları tütün ile mücadelede önemli bir konumdadır. Hekimler; sigara kullanımını önleme ve tedavi etmede, halkı bilinçlendirmede, sigaraya başlanmanın önlenmesinde aktif rol oynamaktadır. Hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personelinin de sigaraya karşı mücadelede rol model olması toplumun bilinçlenmesinde önemlidir. Bu nedenle çalışmamızda görece yeni bir kavram olan ÜESD maruziyeti ile ilgili sağlık çalışanlarının farkındalığını ölçmek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.TÜTÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün kullanımı tüm dünyada önlenebilir sağlık sorunları arasında en önemlilerinden biridir. Dünyada 1.3 milyar kişinin sigara içtiği düşünülmektedir. Bu sayının en büyük bölümü Çin, Hindistan ve Endonezya'da bulunmaktadır. Dünyada sigara içenlerin üçte ikisi , Türkiye'nin de aralarında olduğu 10 ülkede yaşamaktadır (2).

Tütün ürünleri kullanım sıklığı bakımından ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Gelişmiş ülkelerde tütün ürünü kullanımı çok düşük düzeylerde görülürken, gelişmekte olan ülkelerde genellikle yüksek değerler söz konusudur. Ancak gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı bakımından erkekler ve kadınlar arasında büyük farklılıklar olmasına karşılık gelişmiş ülkelerde erkek ve kadınlar arasında sigara kullanım sıklığı birbirine çok yakın değerlerdedir (3).

Ülkeler arasında tütün ürünü kullanımı bakımından bazı özellikler de dikkat çekmektedir. Örneğin Hindistan'da en fazla kullanılan tütün ürünleri çiğneme tütünü ve bidi adlı bir üründür. Toplumun %40'ı tarafından kullanılan bidi, kokulandırılmış bir tütün ürünü olup sosyal olarak da çok benimsenen bir kullanım şeklidir. Bu sosyal kabulün yanı sıra ülkede özellikle kırsal kesimde yaşayanların eğitim düzeyinin çok düşük olması, tütün ürünleri kullanımının kontrolü bakımından önemli bir engel oluşturmaktadır (4).

Türkiye'de tütün ürünleri üretimi ve kullanımı 1980'li yıllardan başlayarak belirgin şekilde artmıştır. Bu artış 2000 yılına kadar sürmüş, bu yıldan sonra tütün ürünü tüketiminde hafif de olsa bir azalma meydana gelmiştir. Türkiye'de 1993- 2003

ve 2006 yıllarında 18 ve üzeri yaş grubunda yapılan sigara prevalans çalışmalarının sonuçları da sigara kullanımındaki azalmayı ortaya koymaktadır. Sigara kullanımındaki azalmanın erkeklerde gözlendiği, kadınlarda ise önemli bir değişme olmadığı görülmektedir (5).

Türkiye'de yetişkinlerde sigara kullanımına ilişkin ilk çalışma 1988 yılında ülkeyi temsil eden 2500 kişilik bir örnek grupta yapılmıştır. Bu çalışmada sigara kullanım sıklığı %44 olarak saptanmıştır (erkeklerde %63, kadınlarda ise %24) (6). Bu çalışmadan sonra bu alanda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Örneğin 1995 yılında Ankara'da, toplumda rol modeli olan bazı gruplarda yapılan çalışmada sigara kullanım sıklığı öğretmenlerde %50.8, doktorlarda %43.9 ve sanatçılarda ise %34.9 olarak saptanmıştır. Ülke çapında 1998 ve 1999 yıllarında toplam olarak 12500 kişiyi kapsayan iki çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda çeşitli meslek gruplarında sigara içme sıklığının %25.1 ile %74.3 arasında değiştiği ortaya konmuştur. En düşük sigara içme sıklığı imam ve müezzinler arasında, en yüksek sıklık ise şoförlerde saptanmıştır (7).

Çalışmalarda sağlık personeli arasında sigara kullanımının genel toplum değerleri ile benzer olduğu bulunmuştur. Doktorların yaklaşık yarısı (%41-50), hemşire ve ebelerin yarısı (%50.8) ve diş hekimlerinin (%68.2) ve sağlık teknisyenlerinin yarısından çoğu (%54.2) sigara içmektedir. Sigara kullanım sıklığı bütün gruplarda kadınlarda erkeklere göre daha düşük bulunmaktadır.

Adolesan dönem sigara kullanımı açısından özel bir dönemdir ve adolesanlar tütün endüstrisi için de özel bir hedef gruptur. Bu grupta sigara kullanım sıklığının araştırılması özel önem taşımaktadır. Bu nedenle bu grupta sigara kullanımı konusunda çok araştırma yapılmaktadır. Adolesanlar arasında yapılan çalışmalar çoğunlukla okullarda yapılır ve çoğu çalışmada da 7. sınıf öğrencileri (13-15 yaşlar) ve 10. sınıf öğrencileri (15-19 yaşlar) çalışmaya dahil edilir. Bu çalışmalarda sigara içme sıklığı 7. sınıf öğrencilerinde %0.9 ile %9.1 arasında, 10. sınıf öğrencilerinde de %15.9 ile %41.2 arasında bulunmuştur (8).

2.2.SİGARA KULLANIMININ ZARARLARI

Sigara hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önlenebilir ölüm nedenlerinden biridir. Sigara içerisinde nikotin bulunmasından dolayı bağımlılığa neden olur. Sigara başta kardiyovasküler ve solunum sistemini olumsuz etkilemektedir. Sigara içmek koroner arter hastalığı (KAH) için bir risk faktörüdür ve KAH'ın şiddetini ve şeklini etkilediği bilinen bir faktördür. Sigara içen kişilerde immun sistem zayıflar, diyabet, depresyon, başta akciğer ve larenks kanserleri olmak üzere 50'den fazla hastalığa yakalanma ve ölüm riski artar. Küresel olarak tütün her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Bu ölümlerin 7 milyonu doğrudan tütün kullanımından kaynaklanırken; 1,2 milyon ölüm ikinci el dumana maruz kalmaktan kaynaklanır.

Hem tütün dumanında hem de dumansız tütünde, kanserojen *N* -nitroso bileşiklerinin (NOC), solunum-sindirim sistemi ve pankreas kanserlerinde DNA'ya zarar veren ajanlar olduğu düşünülmektedir. *N*- nitrosoprolin testi kullanılarak sigara içmenin endojen nitrozasyona katkıda bulunduğu ve muhtemelen in vivo NOC oluşumunu arttırdığı gösterilmiştir (9).

En yaygın olarak betel quid'in (BQ) tütünle birlikte çiğnenmesi şeklinde kullanılan dumansız tütünün, çiğneme alışkanlıklarının kanserle nedensel olarak ilişkili olduğu bir bölge olan ağız boşluğunda endojen nitrozasyonu özellikle arttırdığı gösterilmiştir. Kötü ağız hijyeninin ağız boşluğunda nitrozamin oluşumuna katkıda bulunduğu bulunmuştur. Şu ana kadar biriken kanıtlar, tütün alışkanlıklarının endojen NOC oluşumunu arttırdığını, dolayısıyla tütün ürünlerinde önceden oluşmuş kanserojen NOC'a maruz kalma yükünü artırdığını göstermektedir (9).

Yüzeye bağlı nikotin, iç mekanda yanmalı cihazlardan ve sigaradan yayılan yaygın bir atmosferik tür olan nitröz asit (HONO) ile reaksiyona girerek NNA (4-(Metilnitrosamino)-4-) dahil olmak üzere tütüne özgü nitrozaminler (TSNA'lar) üretir

(10,11). Sigara içen kişinin evindeki yüzeylerde, araçlarda, derilerde, giysilerde önemli düzeyde TSNA tespit edilir ve bu düzeyler sıklıkla sigara içilmesiyle zamanla artar (10, 11, 12).

Sigara, mitokondriyal fonksiyon bozukluğu ve mitofaji değişikliği ile ilişkili olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın (KOAH) ana nedenidir (13).

Birincil risk faktörü olarak sigara, erken koroner aterosklerozda ve düşük yoğunluklu lipoproteinin (LDL) oksidasyonunu artırarak ve koroner endotelyal vazodilatasyona zarar vererek aterosklerozun hızlanmasında önemli bir rol oynar (14). Erken ve hızlanmış koroner ateroskleroz, KAH'a neden olmanın yanı sıra, damar tıkanıklığının ciddiyeti ve kapsamının da belirleyicileridir (15).

Tütün ana bileşeni olan nikotin, merkezi sinir sistemini uyararak güçlü ve hızlı bir şekilde bağımlılık yapar. Nikotin, proteinlerin ve nükleik asitlerin metabolizmasını ve savunma ve onarım sisteminin işleyişini bozar. Tütün dumanı ağız içindeki ısıyı arttırıp dokuları yaktığı için fiziksel hasarlara da neden olur. Klinik muayenede tütün kullananlarda aşağıdaki belirtiler görülür: hiperpigmentoz, siyah kıllı dil, yüzeysel glossit, periodontit, löködem, nikotinik stomatit, lökoplaki veya neoplazm. Hastalar sıklıkla ağız kokusu, kötü tat veya ağız kuruluğu şikayetinde bulunurlar (16).

Baş ve boyun kanseri (HNSCC) tütün kullanımıyla güçlü bir şekilde ilişkili olan birçok kanserden biridir. Sigara içenlerde HNSCC riski, hiç sigara içmeyenlere göre yaklaşık 10 kat daha yüksektir ve yeni HNSCC tanılarının %70-80'i tütün ve alkol kullanımıyla ilişkilidir (17).

Tütün içmek, HIV hastalığı (PWH) olan kişilerde bilişsel eksiklikler ve daha büyük beyaz madde (WM) anormallikleri ile bağlantılıdır. PWH sigara içenlerde daha fazla beyin atrofisi, daha fazla nöronal hasara veya çeşitli beyin bölgelerindeki miyelin kaybına bağlı olabilir ve bu da onların zayıf bilişsel performanslarına yol açabilir. Bu nedenle, tütün içmek HIV ile ilişkili nörobilişsel bozuklukların riskini şiddetlendirebilir veya artırabilir (18).

Maternal tütün dumanının fetal büyüme üzerindeki endişe verici etkileri otuz yılı aşkın süredir iyi bir şekilde bildirilmiş olmasına rağmen, bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde fetal büyüme kısıtlamasının önde gelen önlenebilir nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (19, 22). Simpson'ın raporunda, günde 10 veya daha fazla sigara içen annelerin, sigara içmeyen annelerden doğan yenidoğanlara kıyasla doğum ağırlığında yaklaşık 200 gramlık bir azalma olan bebek doğurduğu bildirilmiştir (23).

Sigara içmek kemik mineral yoğunluğunu, lomber disk dejenerasyonunu, kalça kırığı vakalarını, kemik ve yara iyileşme dinamiklerini olumsuz etkilemektedir. Klinik çalışmalar ve demografik çalışmalar biyokimyasal analizlerden daha yaygın olup sigara içen kırık hastalarında prognozun kötü olduğunu bildirmektedir (24).

Sigara içmek hastalık ve ölümlerin en önlenebilir nedeni haline gelmiştir ve 21. yüzyılda bir milyar insanın sigara nedeniyle öleceği düşünülmektedir (25).

2.3.ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI

2.3.1.Üçüncü El Sigara Dumanının Tanımı ve Tarihçesi

Üçüncü el sigara dumanı terimi ilk kez 2006 yılında Szabo'nun makalesinde yer almıştır (26). 2006-2009 arasında pek çok bilimsel araştırma yapılmıştır ancak 2009'da Winickoff ve arkadaşlarının makalesinin yayınlanmasına kadar ÜESD terimi yine kullanılmamıştır (27). Rezidüel tütün, eskimiş tütün olarak ifade edilse de 2011'de ÜESD kavramında karar kılınmıştır.

Üçüncü el sigara dumanı; sigara ya da herhangi bir tütün ürünü kullanıldıktan sonra yüzeylerde ya da toz içinde kalan rezidüel tütün kirleticilerinin ortama tekrar gaz fazında salınması veya oksidanlar ve diğer çevresel bileşiklerle reaksiyona girerek ikinci kirleticiler oluşturmasıdır (28).

Bu oksidasyon ve yeniden yapılanma nedeniyle ÜESD'nin, sigara içimi ve ikinci el sigara dumanından daha toksik olabileceği ileri sürülmüştür (29). İkinci el sigara dumanının bazı bileşikleri kapalı alandaki yüzeylere yapışır, bazıları yeniden oda havasına salınır ve atmosferdeki bileşiklerle etkileşerek orijinal dumanda bulunmayan yeni kirleticileri oluşturur. Kimyasal reaksiyonlar sigara içimiyle başlar ve haftalarca devam eder (30).

Üçüncü el ve ikinci el sigara dumanı birbirleriyle yakından ilişkilidir. Üçüncü el sigara dumanı oluşumunun başladığı ilk periyotta ikisine birden maruziyet varken sonraları ikincil sigara dumanı havalandırma ile ortamdan çekilmektedir. Üçüncü el sigara dumanı kirleticileri ise günlerce hatta aylarca ortada kalabilmektedir (31).

Üçüncü el sigara dumanı ürünlerinin tozlarda, havada ve yüzeylerde bulunması çeşitli maruziyet yollarına yol açmaktadır (32). Kapalı ortamda bulunan toz ve yüzeylerdeki ÜESD bileşikleri sindirim sistemi yoluyla, inhale edilerek ya da deriden emilerek alınabilmektedir (31,32). Başka bir deyişle ÜESD içindeki daha az uçucu bileşikler dermal ve oral alınırken yüzeylerden tekrar salınan komponentler de inhalasyonla alınabilmektedir (31).

Özellikle çocuklar kapalı ortamlarda daha fazla bulunduklarından potansiyel zararlı etkilerine erişkinlerden daha hassastırlar ve ikinci el ve üçüncü el sigara dumanından da kaçamamaktadırlar. Ayrıca maruziyet, pediatrik popülasyon için karakteristik olan elini ağzına götürme, emekleme ve emme gibi çeşitli davranış özellikleri nedeni ile artmaktadır. Bu durum bebekleri ÜESD'ye hassas hale getirmektedir (33).

Üçüncü el sigara dumanının temel bileşenleri nikotin, 3-ethenilpridin, fenol, formaldehit ve tütün spesifik nitrözaminler (TSNA)'dir. Tütün dumanı kirleticilerinin fiziksel ve kimyasal dönüşümleri dumanla ortama salınmalarından sonra başlamaktadır. Bu reaksiyonlar birkaç saniyede oluşabildiği gibi haftalarca, aylarca sürebilmektedir (31).

Nikotin sigara içimi sırasında en çok salınan organik bileşik olarak bilinmektedir. Yüzeylerde haftalar ve aylar boyunca depolanmaktadır. Tütündeki diğer bileşiklere göre yüzeylere yapışma eğilimi fazladır (28).

Nikotin, iç ortamda normal olarak bulunan ozon ve nitröz asit gibi oksidan gazlarla reaksiyona girmektedir. Tütüne spesifik TSNA olan NNK (4 metilnitrözamin-1-3-pridinil-1 butanol) vücutta NNAL'ye (1-N-methil-N-nitrözamin-1-3-pyridinyl-4-butanal) dönüştürülmektedir. Bu bileşikler akciğer kanserojenleri olarak sınıflandırılmışlardır (31). Bu maddeler düşük uçuculuk özellikleri nedeni ile iç ortamlarda ve insan derisinde uzun süre kalabilmektedirler.

Ayrıca nikotin formaldehit içeren uçucu bileşiklerle de reaksiyona girmektedir. Bu yüzden kapalı alanlardaki yüzeyler ÜESD için gizli bir kaynaktır. Aktif sigara içimini takiben tütün kullanan kaynak ortamdan uzaklaşsa dahi uzun süre tekrar ortama ÜESD zararlıları salınmaktadır (28).

Üçüncü el sigara dumanının ana maddesi olan yüzeydeki nikotinin iç ortamda en sık bulunan kirletici nitröz asit ile reaksiyona girdiğinde mutajenik ve karsinojenik TSNA'lara dönüşebilmektedir (34). Ramirez ve arkadaşları TSNA'ları evdeki tozları ölçmüşler ve TSNA'nın ana yayılım yolunun ÜESD olduğunu farketmişlerdir (35).

TSNA'lardan en önemlisi NNA (N-metil-N-Nitrozamino butanal)'dır. DNA iplikçiğine zarar verebilmektedir. Onarıcı genlerde oksidatif hasara yol açabilmektedir. Aynı zamanda DNA iplikçiklerini oluşturmaktadır. Bunlar da DNA baz mutasyonuna ve hücrelerin anormal çoğalmasına yol açmaktadır (36).

2.3.2.Üçüncü El Sigara Dumanının Önemi

Son yıllarda tütün dumanına maruz kalma riskinin tütün ürünü söndürüldüğünde sona ermediği, tütün ürünü olmadığında da devam ettiği fark edilmiştir. Bu durumda ÜESD yeni bir kavram olarak ortaya çıkmıştır.

Üçüncü el sigara dumanına maruziyet, ikinci el dumandan daha düşük bir konsantrasyona sahiptir, ancak daha uzun süre maruz kalmaya neden olur. Üçüncü el

sigara dumanına maruziyet, tütün ürünlerinin kullanımından sonra çevredeki duman kirleticilerini ve yan ürünlerini ifade eder. Üçüncü el sigara dumanı, tütün ürünlerinin kullanımından sonra çevrede kalan tütün dumanının kirleticiler ve yan ürünleri dahil olmak üzere zehirli kalıntısıdır. Tütün içildiğinde içindeki partiküller yüzeylere yerleşir. Saç, giysi, halı, mobilya, duvar süsü gibi yüzeylerde emilir. Hem hücresel hem de hayvan modeli çalışmalarından elde edilen sonuçlar, üçüncü el sigara dumanının insan sağlığına potansiyel bir tehlike olduğunu göstermektedir (37). Son araştırmalar farelerde erken yaşta ÜESD'ye maruz kalmanın vücut ağırlığını, bağışıklığı ve akciğer kanseri gelişimini etkileyebileceğini göstermiştir (38).

Bir çalışmada pan-tümör insidansı, fare başına tümör yükü, organ tümör spektrumu ve 18 aylık olana kadar tümörsüz sağkalım ölçülmüş; popülasyon düzeyinde, kontrole kıyasla ÜESD ile tedavi edilen farelerde fare başına pan-tümör insidansının ve tümör yükünün önemli ölçüde arttığı gözlemlenmiştir (39). Bir başka çalışmada ise ÜESD bileşeninin, mast hücreleri yoluyla farelerde astım modelini şiddetlendirebileceği gösterilmiştir (40). Martins-Green M, Adhami N, Frankos M ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ÜESD'ye maruz bırakılan farelerin birden fazla organda hasara, yara iyileşmesinde bozulmaya ve davranış değişikliklerine sahip olduğu rapor edilmiştir (41).

Üçüncü el sigara dumanına maruz kalmak insan akciğer hücrelerinde replikasyon stresine ve bozulmuş transkripsiyona neden olmaktadır. Hem replikasyon hem de transkripsiyon üzerindeki olumsuz etki, ÜESD'ye maruz kalmanın bir sonucu olarak genotoksik stresi destekler; bu da hem kanser hem de diğer hastalıklar için önemli sonuçlar doğurur (37).

2.3.3.İkinci ve Üçüncü El Sigara Dumanının Karşılaştırılması

İkinci el sigara dumanı maruziyeti (pasif içicilik), kişinin kendi istemi dışında çevresinde içilen sigara dumanına maruz kalmasıdır.

İkinci el sigara dumanının havadaki pek çok bileşeni evde, işyerinde vb. iç ortamdaki hava kirliliğini göstermek üzere ölçülebilir. Sigara dumanındaki komponentlerin çevredeki konsantrasyonu ortamda sigara içen sayısı, kişilerin sigara içme özellikleri, ortamın büyüklüğü ve havalandırma olanaklarına bağlı olarak değişebilmektedir.

İkinci ve üçüncü el sigara dumanı maruziyeti ve aktif içicilik birbirinden farklı kavramlardır. Maruziyet süreleri, düzeyleri, kirleticileri ve bunların konsantrasyonları, maruziyet yolları birbirinden farklıdır. Bu nedenle ÜESD'ye bağlı sağlık riskleri diğerleriyle birebir aynı değildir.

Üçüncü el sigara dumanı, ikinci el sigara dumanı temizlendikten sonra nesnelerin yüzeyinde kalan kirliliği ifade etmektedir. Başka bir ifade ile ilk elden duman, sigara içen kişinin ciğerlerine çektiği dumandır. İkinci el sigara dumanı, sigara içen kişi tarafından dışarı verilen ana dumanın, yanan sigaralardan havaya karışan, solunmak veya yutulmak suretiyle akciğerlere ve mideye geçen yan dumandan kaynaklanan maddelerle karışımıdır. Üçüncü el sigara dumanı, sigara içildikten sonra kıyafet, duvar, saç, cilt, halı vb. yüzeylerde ve tozda kalan duman kirleticilerini ifade eder. Bu yapışan kirleticiler gaz fazına yeniden yayılabilir veya iç ortamda yaygın olarak bulunan oksidanlar ve diğer kirleticilerle reaksiyona girerek kanserojen bileşikler de dahil olmak üzere ikincil kirleticiler oluşturabilir (42).

Yapılan araştırmalar ikinci el sigara dumanı maruziyetinin sigara içmeyenlerde kalp hastalığı, akciğer kanseri ve felç riskini artırdığını göstermektedir.

İkinci el sigara dumanı dağıldığında zamanla yüzeylerde birikebilecek zararlı kimyasallar içerir ve biriken bu kimyasal kalıntılar ÜESD'yi oluşturmaktadır. Üçüncü el sigara dumanı, iç mekan kirliliği olarak uzun vadeli ve birikimlidir. Üçüncü el sigara dumanının toksisitesi zaman geçtikçe kademeli olarak artmaktadır. İkinci el sigara dumanına maruz kalmanın ana yolu solunum yoludur ve maruz kalma süresi kısadır. Buna karşılık, ÜESD yalnızca solunmakla değil, aynı zamanda sigara içen kişinin

giysileri ve vücut parçaları da dahil olmak üzere kontamine yüzeylerle cilt teması yoluyla da emilebilmektedir. Bu da ÜESD'nin ikinci el sigara dumanı ile aynı tehlikelere ve insan sağlığına zarar verme potansiyeline sahip başlıca iç mekan ikincil kirleticilerinden biri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ÜESD, çocukların ve yetişkinlerin sağlığı açısından risk oluşturan bir kavramdır ve bu kavramın araştırılması gerekmektedir.

Doğrudan solunan tütünle karşılaştırıldığında ikinci el sigara dumanı, normal dumandan 5 kat daha fazla karbon monoksit (CO), 3 kat daha fazla nikotin, 4 kat daha fazla BaP ve 50 kat daha fazla nitrozamin içerir. Üçüncü el sigara dumanı, ikinci el sigara dumanının oluşması ile aynı anda oluşturulur ancak ikinci el sigara dumanının gaz fazı bileşeni zamanla ve hava hareketi ile uzaklaştırıldıktan sonra, ÜESD birincil maruziyet haline gelmektedir. Bu nedenle çalışmalar ÜESD toksisitesinin zamanla arttığını göstermektedir. Üçüncü el sigara dumanındaki nikotin, havadaki HONO ile reaksiyona girerek kanserojen nitrozaminler üretebilmektedir. Bu da ÜESD'de ikinci el sigara dumanına göre çok daha yüksek nitrozamin içeriğine neden olur (43).

2.3.4.Üçüncü El Sigara Dumanının Zararları

Üçüncü el sigara dumanına maruz kalmanın üç ana yolu solunum, sindirim ve deridir. Deri, ÜESD ile temas eden en büyük organdır ve en fazla maruziyete maruz kalmaktadır.

Yapılan bir çalışmada ÜESD'ye maruz kalan hayvanların akciğerlerinde respiratuar bronşiollerde alveollerin duvarlarında kalınlaşma gösterilmiştir. Başka bir çalışmada akciğerde proinflamatuar sitokinler artmış, inflamatuar sitokinler azalmış bulunmuştur. Bu da ÜESD'nin akciğerlerde proinflamatuar bir durumu uyardığı ve uzun sürede akciğer fibrozisine yol açabileceğini düşündürmektedir (44).

Son zamanlarda birçok çalışma, in vitro ve in vivo modellerde karaciğer hasarı da dahil olmak üzere ÜESD'nin sağlık tehlikelerine dair yadsınamaz kanıtlar sunmuştur (45).

Yapılan bir araştırmada farelerin ÜESD'ye maruz kalması, karaciğerde anormal lipit metabolizmasına neden olmuş ve oksidatif stresin neden olduğu daha yüksek trigliserit konsantrasyonları ile hepatositlerde daha büyük lipit damlacıkları halinde lipitlerin birikimini arttırmıştır (45). Bu sonuçlar ışığında, ÜESD'ye maruz kalmanın hepatik steatoz gelişimi için yeni bir risk faktörü olabileceği söylenebilmektedir.

İn vitro çalışmalar, fare nöral kök hücrelerinde ve insan embriyonik kök hücrelerinde stres kaynaklı mitokondriyal hiperfüzyon ve değiştirilmiş mitokondriyal gen ekspresyonu dahil olmak üzere ÜESD'ye maruz kalmanın çok sayıda zararlı etkisini göstermiştir (46). Bir çalışmada ÜESD'ye maruz kalan farelerde trombosit agregasyonunda ve hiperaktivitede artış görüldüğü, bunun da tromboz riskini arttırdığı gösterilmiştir (47). Yine farelerde 4 haftalık ÜESD maruziyetinin, akciğer kanseri görülme riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (48). Başka bir çalışmada ise ÜESD'ye maruz kalan farelerde oksidatif stres kaynaklı olduğu düşünülen karaciğer hasarı görülmüştür (49).

Yapılan bir çalışmada ÜESD'nin akut inhalasyonunu takiben burun epitelindeki gen ekspresyonunu analiz edilmiş; etkilenen genler, artan mitokondriyal aktivite, oksidatif stres, DNA onarımı, hücre sağkalımı ve hücre ölümünün inhibisyonu ile ilişkilendirilmiştir (50).

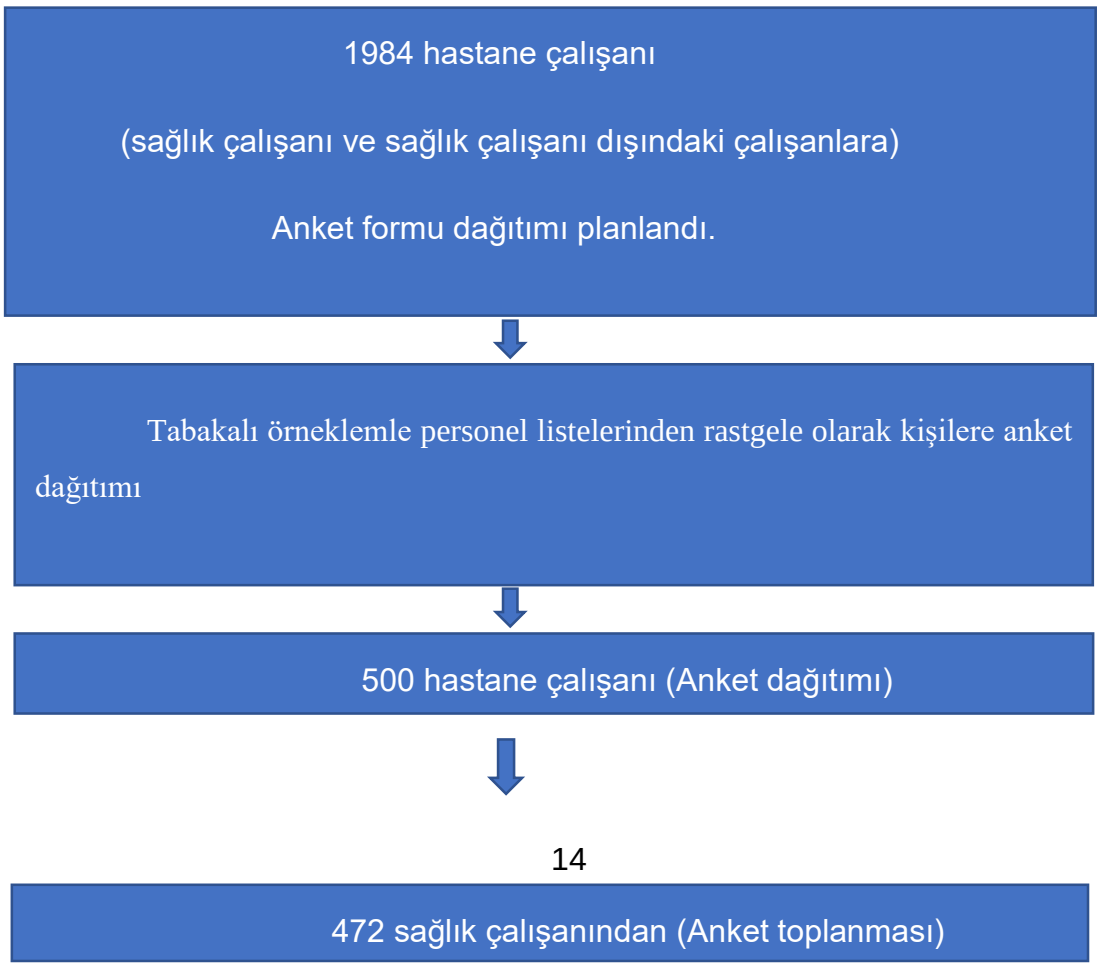
3.GEREÇ VE YÖNTEM

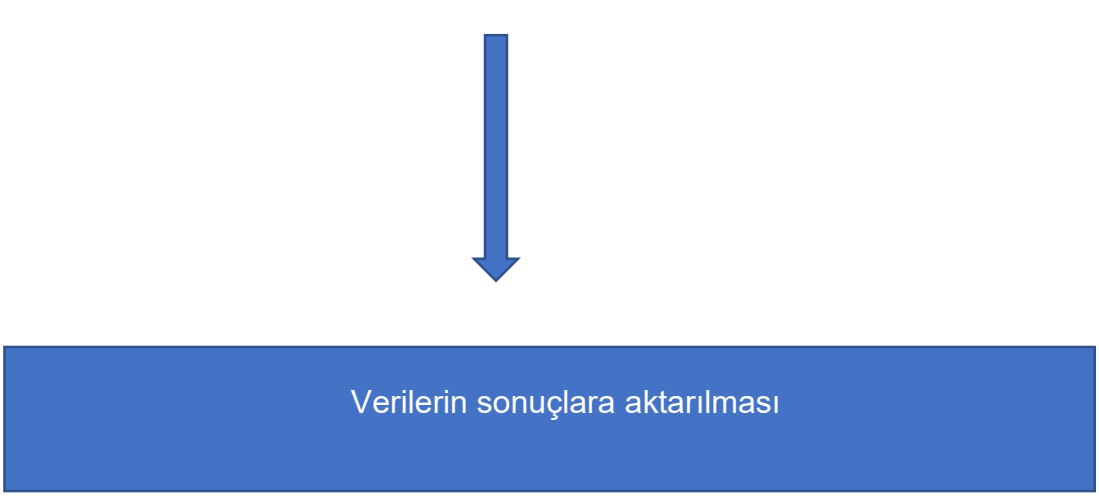
Çalışmamız Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde 01.09.2023-30.03.2024 tarihleri arasında uygulanmış olan kesitsel tipte bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesinde görev yapan toplam 1984 kişi (238 öğretim görevlisi ve üyesi, 503 araştırma görevlisi, 779 sağlık personeli ve 464 idari personel) oluşturmaktadır.

Hastane çalışanlarının ÜESD maruziyeti hakkındaki inanışlarının ve farkındalıklarının incelenmesi ve ilişkili faktörlerin ortaya çıkarılması amacıyla üçüncü basamak bir hastanede çalışan 472 hastane çalışanının (hekim, hekim dışı sağlık çalışanı, sağlık dışı personel) verisi incelenerek analiz edilmiştir.

Bu çalışma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Etik Kurulu'nun 31.08.2023 tarihli 20.478.486/1975 karar numaralı onayı ile yürütülmüştür.





Şekil 1. Çalışma akış diyagramı

3.1.Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaşından büyük olmak

3.2.Çalışma Protokolü

Çalışmamızda Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi çalışanları arasında 01.09.2023-30.03.2024 tarihleri arasında 9 aylık süre içinde dahil edilme kriterlerini karşılayan kişilere çalışmanın amacı ve niteliği ile ilgili bilgi verildikten sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu uygulanmıştır.

Çalışmaya alınacak kişiler tabakalı örneklemle etik kurul onayı sonrasında hastane başhekimliğinden izinle elde edilecek personel listelerinden rastgele olarak belirlenmiştir. Çalışmada 39 öğretim üyesi, 82 araştırma görevlisi, 126 sağlık personeli, 75 idari personel olmak üzere toplam 322 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmamızda 47 öğretim üyesi, 100 araştırma görevlisi hekim, 10 uzman hekim, 89 hemşire, 23 yardımcı sağlık personeli, 33 tıbbi sekreter, 29 biyolog/sağlık teknisyeni/laboratuar teknisyeni, 78 idari personel ve 38 diğer meslek gruplarına ulaşılmıştır. Çalışmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formları örneğe alınacak kişilere araştırmacı tarafından ulaştırılmış, 1 gün sonra geri toplanmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler, kişinin ve yakınlarının sigara içme durumu ile ilgili sorular, 3. el sigara maruziyeti ile ilgili bilgi soruları, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve 3. el sigara dumanına maruziyet farkındalığını ölçmek amacıyla BATHS-T ölçeğinden oluşmaktadır.

3.3.Veri Toplama Gereçleri

3.3.1.Üçüncü El Sigara Kullanımı ile İlgili Anket Formu

Çalışmada kullanılan anket formu literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Anketin ilk kısmı; hastane çalışanlarının sosyodemografik verilerini sorgulayan cinsiyet, yaş, meslek, çalışılan birim, gelir durumu, eğitim durumu, medeni durum, kiminle yaşanıldığı, alkol kullanma durumu ve kronik hastalık sorularından oluşmaktadır. Anketin devamında sigara kullanım durumunu ve davranışlarını öğrenebilmek amaçlı sigara kullanma durumu, evde sigara kullanımı, evde sigara içilen alan, işyerinde sigara içilen alan, sigarayı bırakma düşüncesi, sigara bırakma denemesi, birlikte yaşanılan kişilerde sigara kullanım durumu ve çalışma arkadaşlarının sigara kullanma durumu soruldu. Daha sonrasında katılımcıların ÜESD maruziyeti farkındalık ve tutumları ile ilgili içilen sigara dumanından kimlerin etkilendiği algısı, çevresel sigara dumanından sağlığın etkilenmesi algısı, evde sigara içilmesine izin verilmesi durumu, ÜESD duyma durumu, ÜESD'nin nerelerde birikebileceğine ilişkin sorular soruldu.

3.3.2. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström Nikotin Bağımlılık testi 6 sorudan oluşmaktadır. Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. Nikotine olan fiziksel bağımlılığın düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu 6 soruya verilen cevaplar doğrultusunda alınan puanlar toplanır ve bağımlılık düzeyi hesaplanır.

Puanlama aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

0-2: Çok az bağımlılık

3-4: Az bağımlılık

5: Orta derecede bağımlılık

6-7: Yüksek bağımlılık

8-10: Çok yüksek bağımlılık

3.3.3 BATHS–T Formu

BATHS-T ölçeği 9 sorudan oluşmaktadır. BATHS-T ölçeğini geliştiren sorumlu araştırmacı Haardörfer ve ark.'dır (51). BATHS ölçeği ÜESD hakkında farkındalığı ölçmek amacıyla 2017 yılında Amerika'da geliştirilmiş bir ölçektir (52).

Süleyman Demirel Üniversitesinde 2019 yılında Özgür ÖNAL, Fatma Yağmur EVCİL, Hande Nur EROĞLU, Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU tarafından ölçeğin güvenirlik ve geçerliği ile ilgili çalışma yapılmış, ölçek geçerli ve güvenilir saptanmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan 19 maddelik ölçekle bir pilot çalışma yapılmıştır (53). Çalışma sonucunda açıklayıcı faktör analizi ile "ÜESD'nin Çevredeki Kalıcılığı" ve "ÜESD'nin Sağlığa Etkisi" olmak üzere iki faktör ortaya konmuştur. Gereken çalışmalar sonucunda ölçek 9 maddeye indirgenmiş ve bu maddeler iyi derecede iç tutarlılık göstermiştir. Ölçek alt maddelerine baktığımızda; ÜESD'nin sağlığa etkisi ile ilgili 5 yönerge, ÜESD'nin çevredeki kalıcılığı ile ilgili 4 yönerge bulunmaktadır (54).

Ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.91 olup, güvenilirliği güçlüdür. Beşli likert kullanılan ölçek puanlamasında; 5: kesinlikle katılıyorum, 4: katılıyorum, 3: emin değilim, 2: katılmıyorum, 1: kesinlikle katılmıyorum şeklinde kodlanmıştır. Ölçek toplam puanı madde sayısına bölünerek skor elde edilmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek skor 5, en düşük skor ise 1'dir. Ölçekten alınan skor 5'e yaklaştıkça bireyin ÜESD'nin çevreye ve sağlığa etkilerine inandığı, 1'e yaklaştıkça ise bireyin ÜESD'nin çevreye ve sağlığa etkilerine inanmadığı şeklinde yorumlanmaktadır.

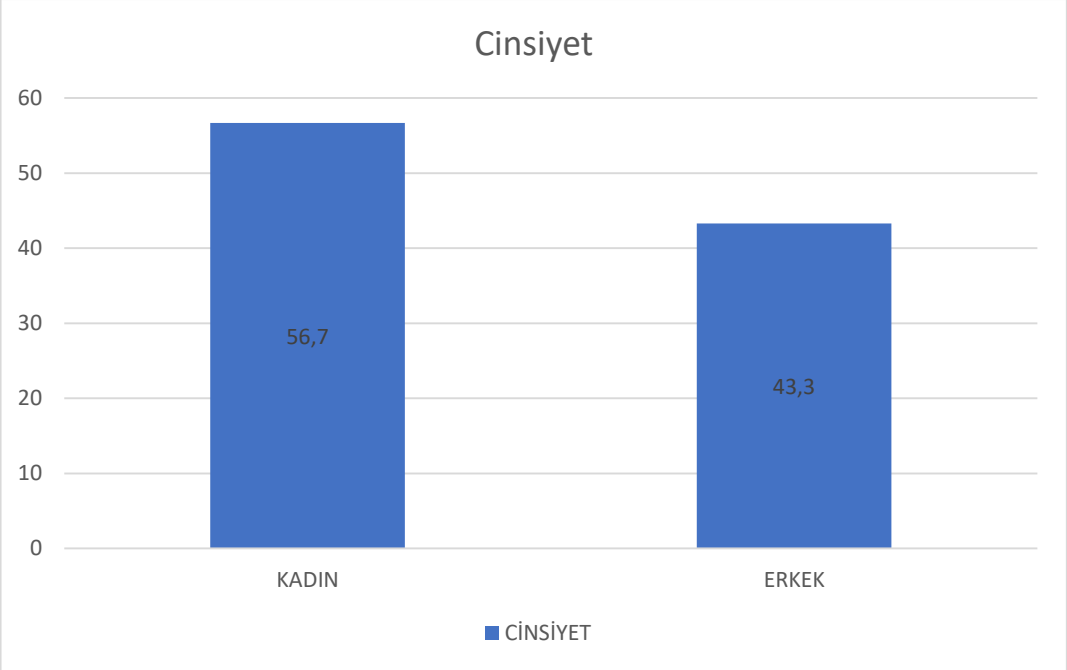
3.4.İstatistiksel Analiz

Veriler istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, min-max değerleri), ikili grupların sürekli veriler açısından karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi (Normal dağılım olmazsa Mann Whitney U testi), 3 veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) (Normal dağılım olmazsa Kruskall Wallis testi), çoklu grupların ikili karşılaştırılmalarında posthoc Tukey ve Tukey HSD testi ve kategorik verileri ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

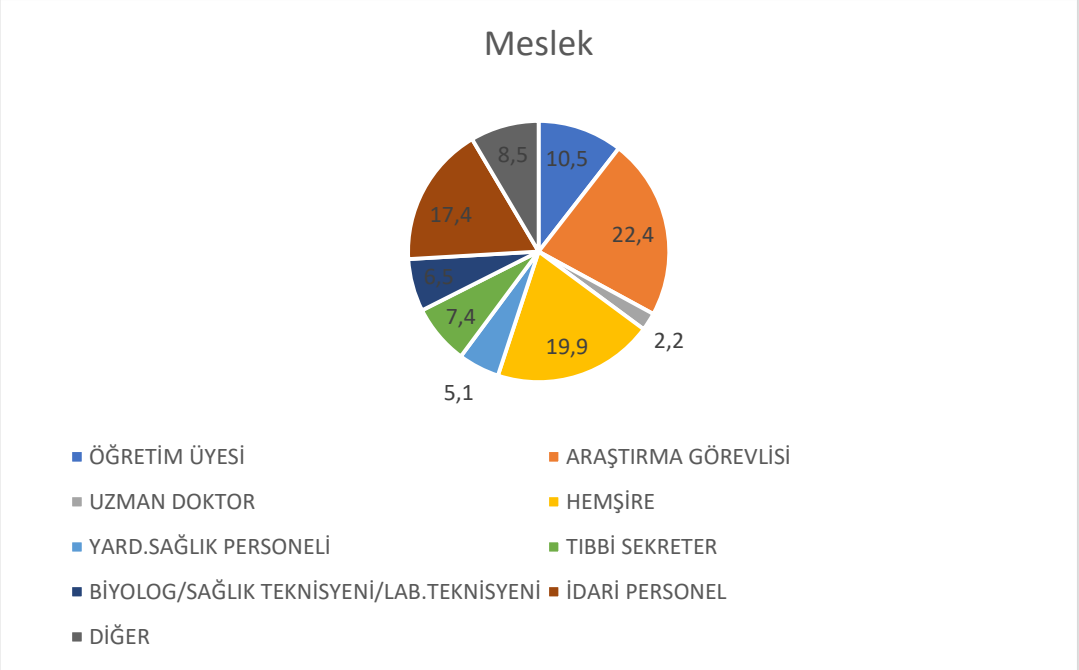
4.1.Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Araştırma grubunun %56,7'si kadın, %43,3'ü erkek olup, yaş ortalaması 35,31±10,06 (min:20; maks:70) yıl olarak bulunmuştur (Şekil-2).



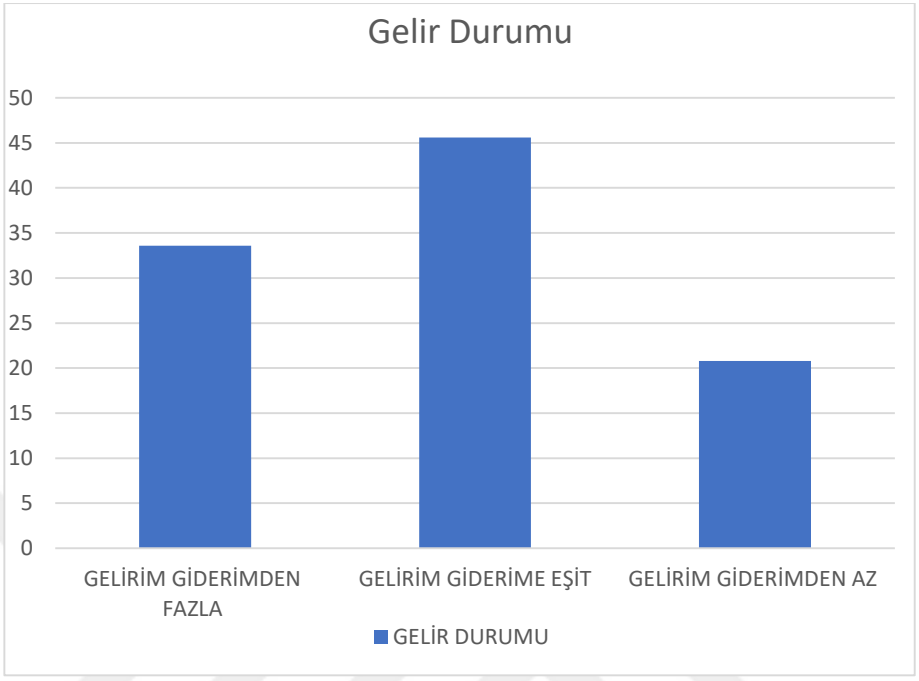
Şekil 2. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı

Meslek gruplarının dağılımına bakıldığında öğretim üyesi %10,5, araştırma görevlisi %22,4, uzman doktor %2,2, hemşire %19,9, yardımcı sağlık çalışanı %5,1 , tıbbi sekreter %7,4, biyolog vb. %6,5, idari personel %17,4 ve diğer %8,5'tur (Şekil-3).



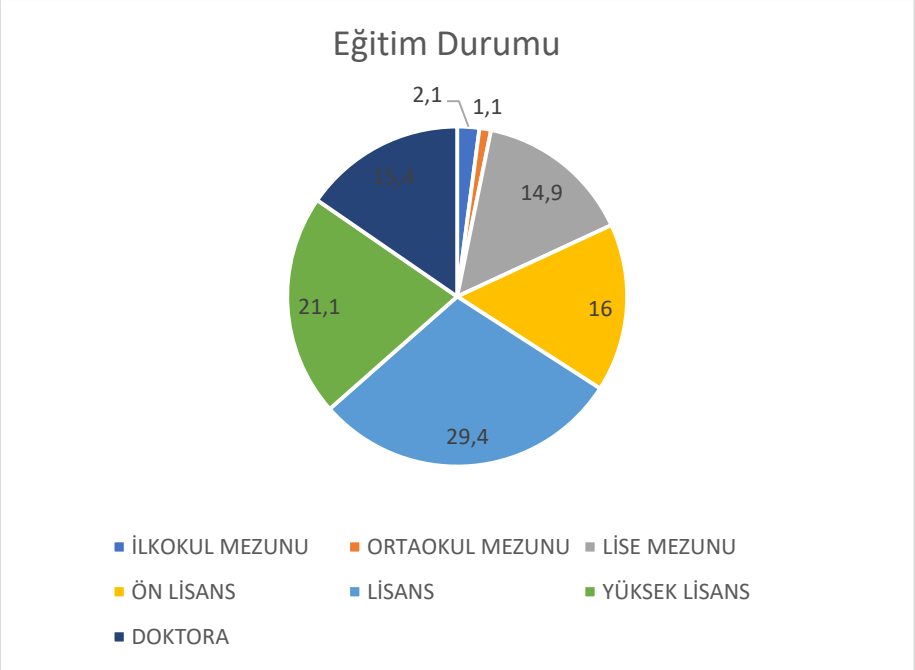
Şekil 3. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı

Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde %45,6'sı gelirinin giderine eşit, %33,6'sı gelirinin giderinden fazla, %20,8'i ise gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir (Şekil-4).



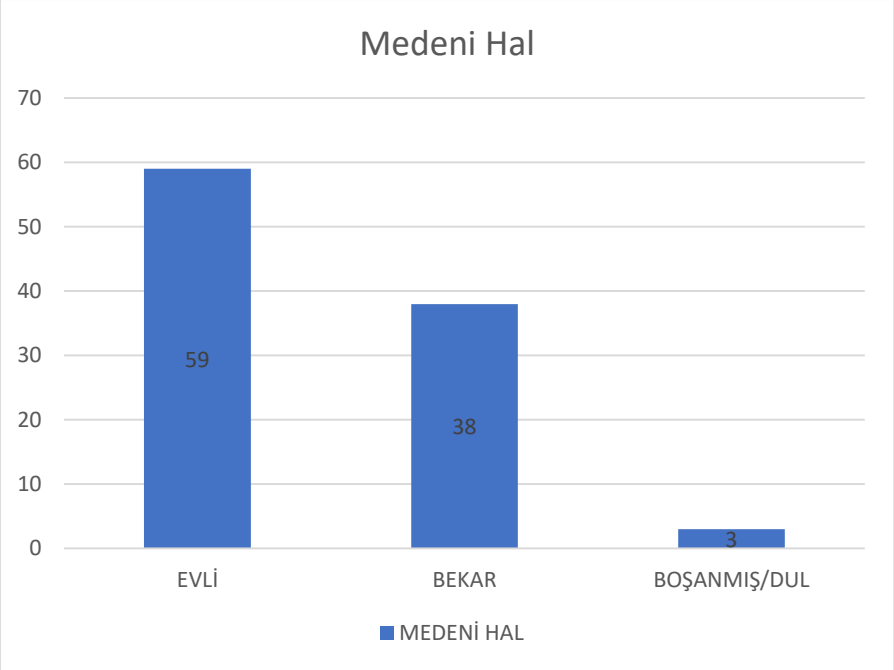
Şekil 4. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı

Eğitim durumuna bakıldığında araştırma grubunun %29,4'ü lisans mezunu, %21,1'i yüksek lisans mezunu, %16'sı ön lisans mezunu, %15,4'ü doktora mezunu, %14,9'u lise mezunu, %2,1'i ilkokul mezunu ve %1,1'i de ortaokul mezunudur (Şekil-5).



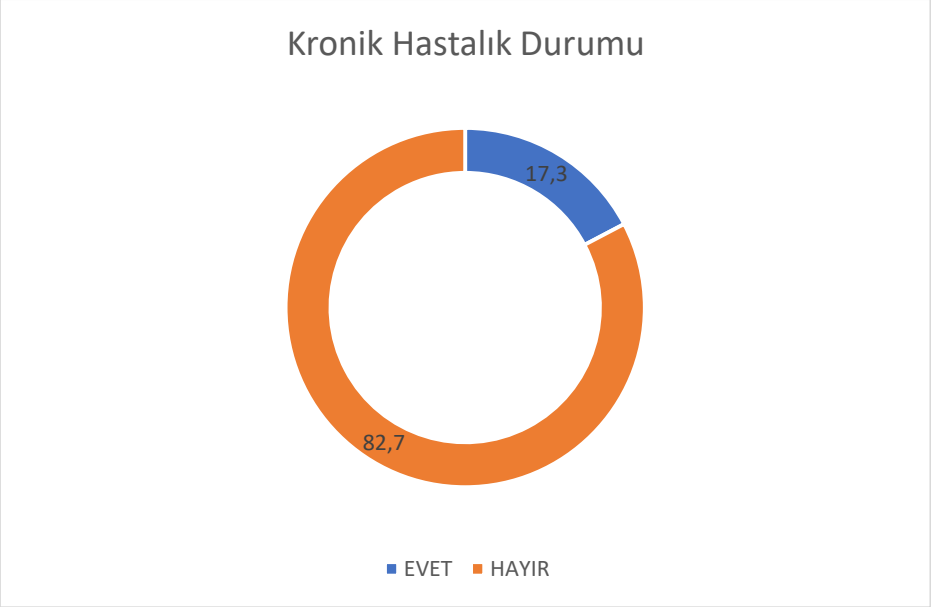
Şekil 5. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

Grubun %59'u evli, %38'i bekar ve %3'ü dul/boşanmıştır (Şekil-6).

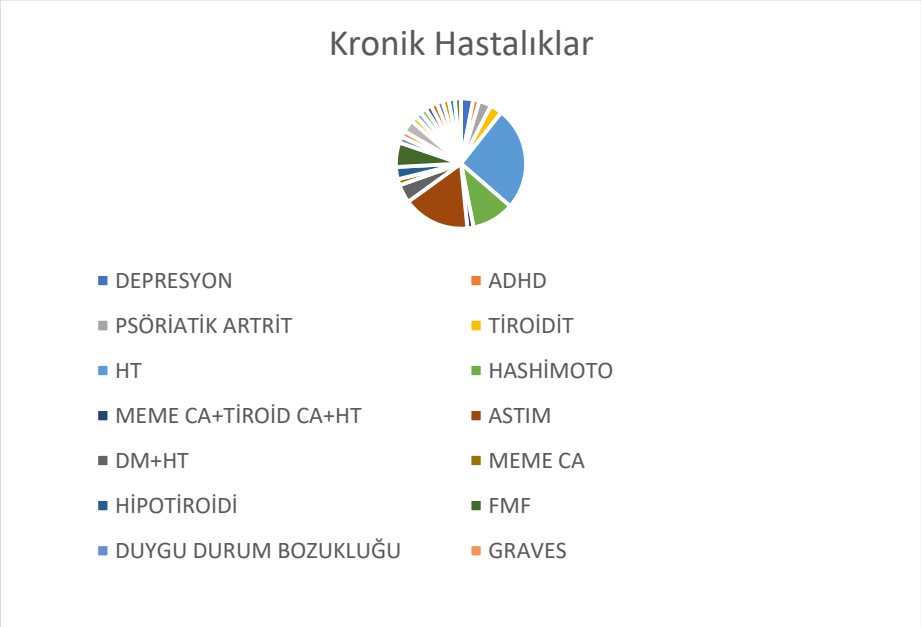


Şekil 6. Katılımcıların medeni hale göre dağılımı

Araştırma grubunun %82,7'sinde kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalığı olanların oranı %17,3 ve %25,4 hipertansiyon, %16,4 astım ve %10,4 Hashimoto hastalığına sahip katılımcı saptanmıştır (Şekil-7, Şekil-8).

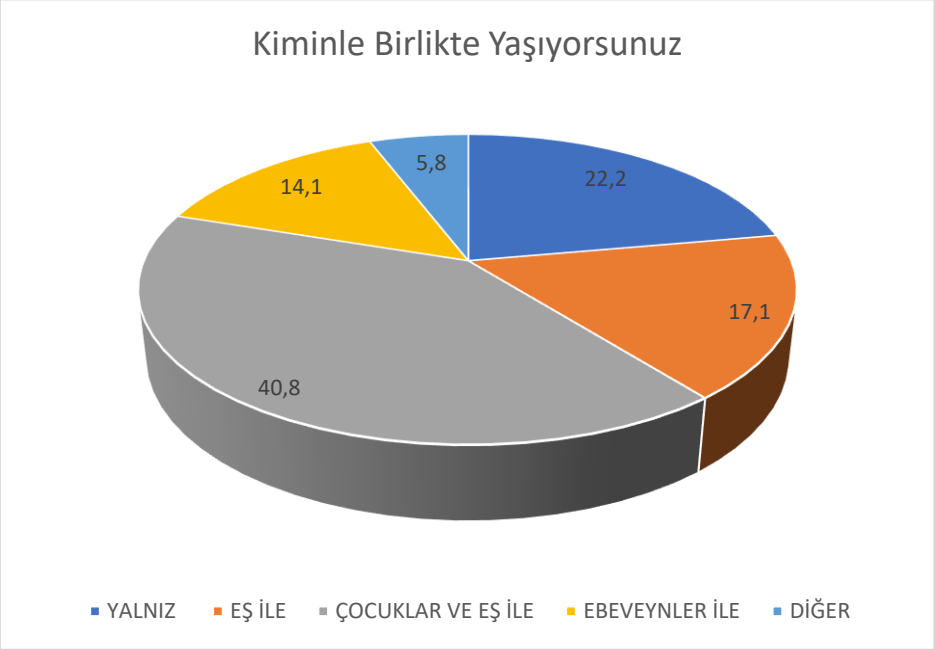


Şekil 7. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre dağılımı



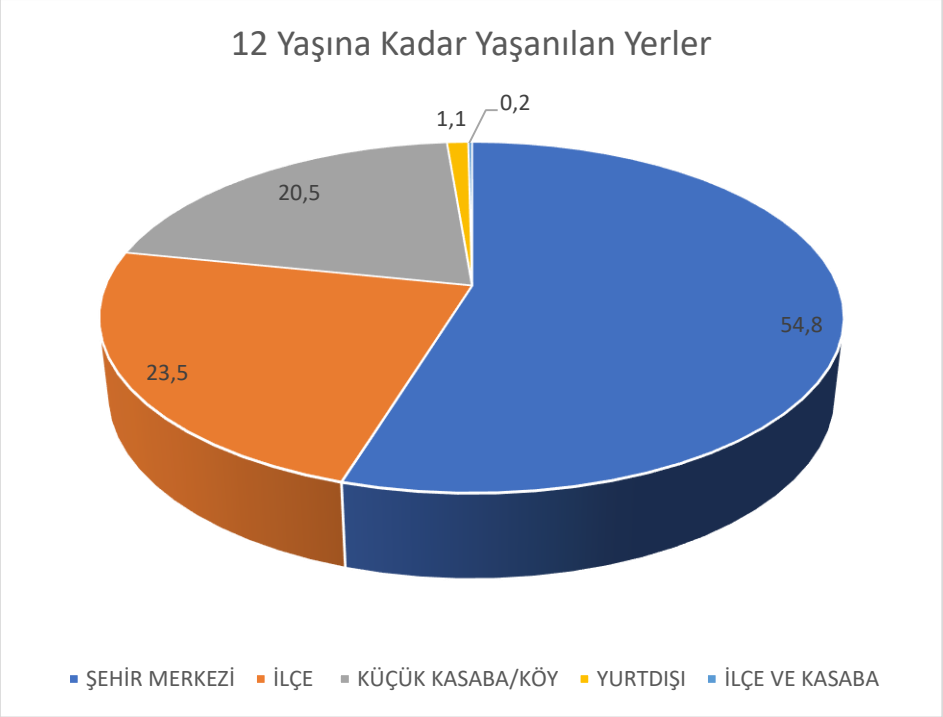
Şekil 8. Katılımcıların kronik hastalık türüne göre dağılımı

Araştırma grubunun %40,8'i çocukları ile birlikte yaşarken, %22,2'si yalnız yaşamaktadır (Şekil-9).



Şekil 9. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımı

Araştırma grubunun %54,8'i 12 yaşına kadar şehir merkezinde, %23,5'u ilçe de ve %20,5'i küçük kasabada yaşamıştır (Şekil-10).



Şekil 10. Katılımcıların 12 yaşına kadar yaşadıkları yerlerin dağılımı

Sosyodemografik veriler Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

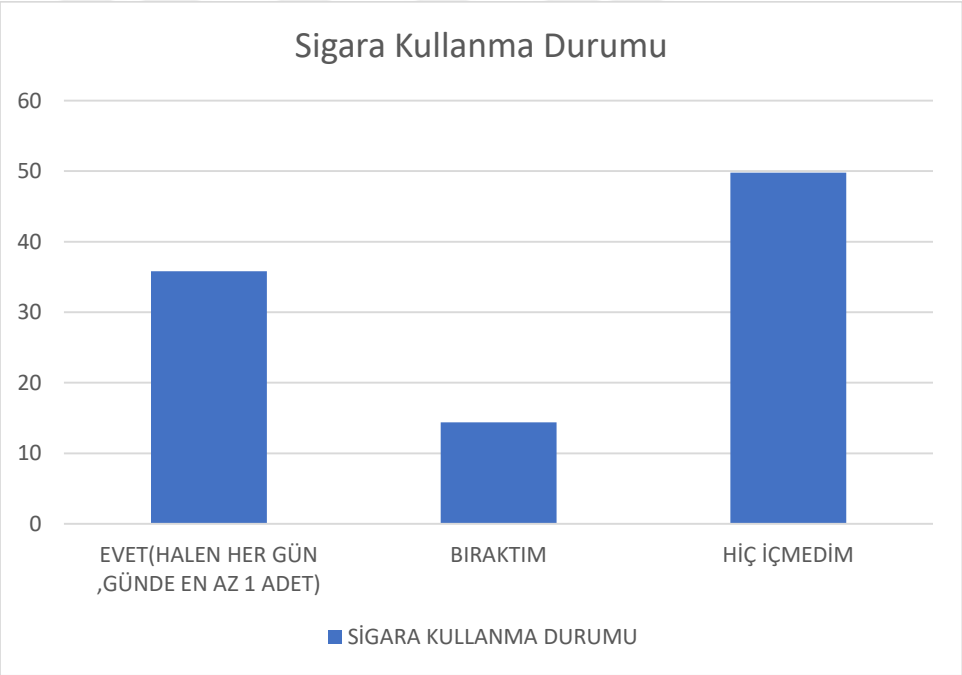
Özellik **Cinsiyet**	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	267	56.7
Erkek	204	43.3
Gelir durumuna göre		
Gelirim giderimden fazla	157	33.6
Gelirim giderime eşit	213	45.6
Gelirim giderimden az	97	20.8
Medeni hal		
Evli	276	59.0
Bekar	178	38.0
Boşanmış/dul	14	3.0

Kronik hastalık durumu		
Evet (var)	80	17.3
Hayır (yok)	383	82.7

%: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran

4.2.Araştırma Grubunun Sigara Kullanım Davranışlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular

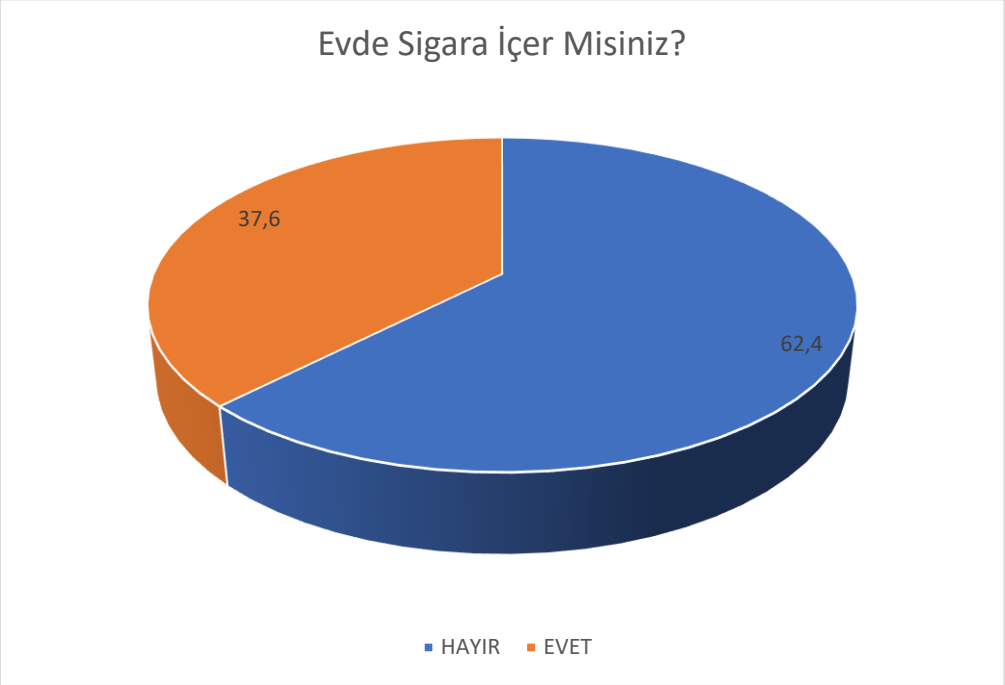
Araştırma grubunun sigara kullanım davranışlarına göre tütün ürünü kullanım durumuna bakıldığında katılımcıların %35,8'i tütün ürünü kullanırken, %14,4'ü bıraktığını ve %49,8'i ise kullanmadığını söylemiştir (Şekil-11).



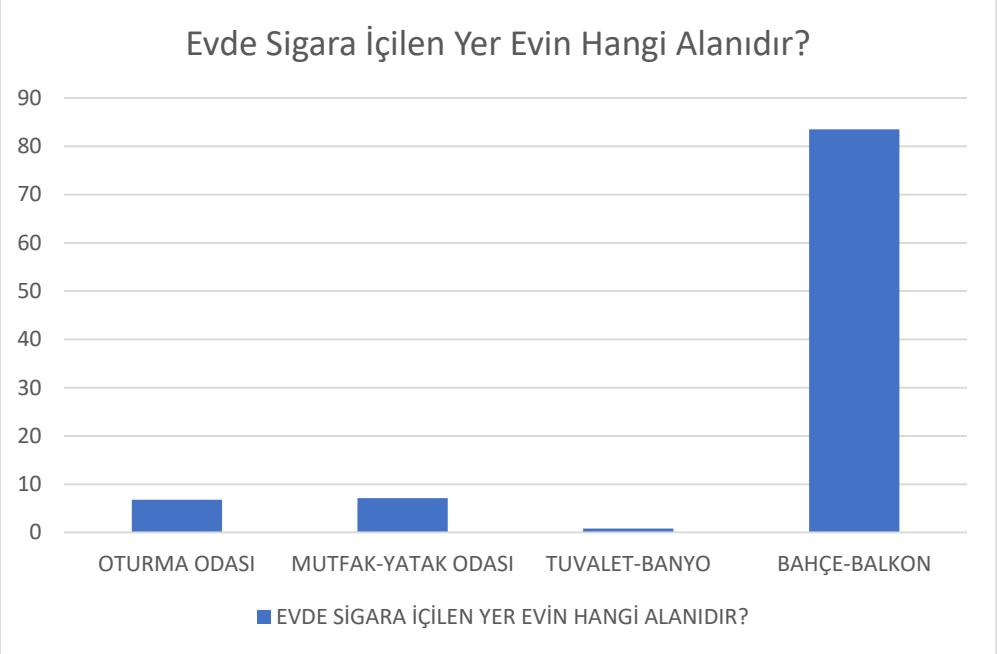
Şekil 11. Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Araştırma grubunda evde sigara kullanım oranı %62,4, kullanmayanların oranı da %37,6'dır (Şekil-12). Evde sigara içilen bölümlere bakıldığında, katılımcıların

%83,5'i balkon-bahçe, %7,1'si mutfak-yatak odası, %6,8'i oturma odası ve %0,8'i tuvalet-banyo cevabını vermiştir (Şekil-13).



Şekil 12. Evde sigara içme durumuna göre dağılım

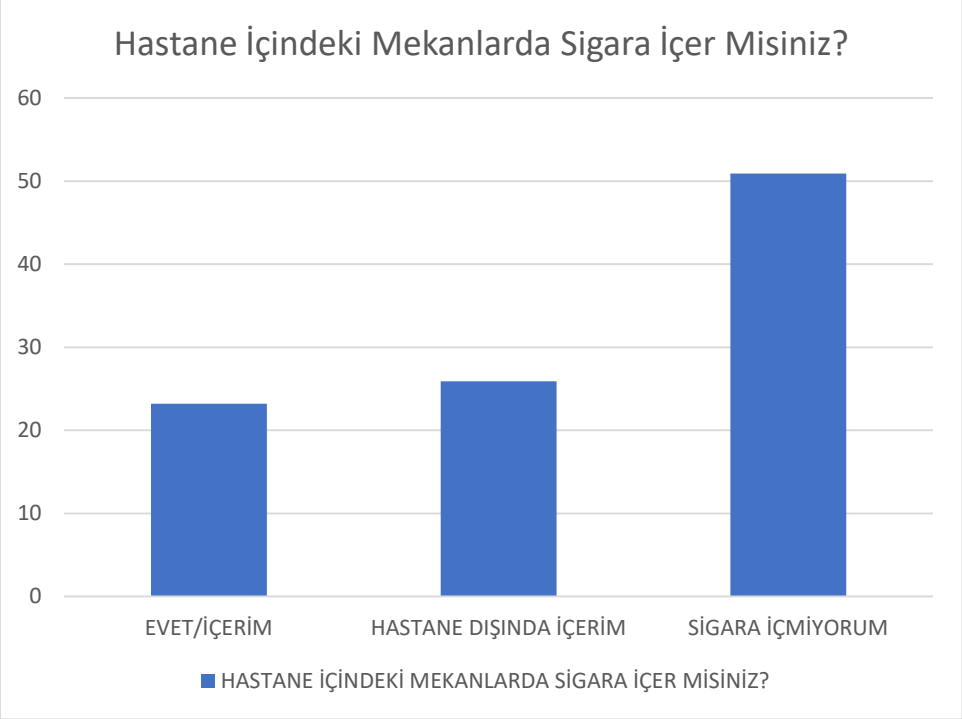


Şekil 13. Evde sigara içilen yerin evin hangi alanı olduğuna göre dağılım

İşyerinde sigara içilmesi ile ilgili soruya % 56,2 kişi işyerinde sigara içmediği ve % 43,8 kişi işyerinde sigara içtiği cevabını vermiştir (Şekil-14). Hastane içinde sigara kullanımı ile ilgili soruya %50,9 kişi sigara içmediği, %25,9 kişi hastane dışında sigara içtiği ve %23,2 kişi sigara içtiği yanıtını vermiştir (Şekil-15).

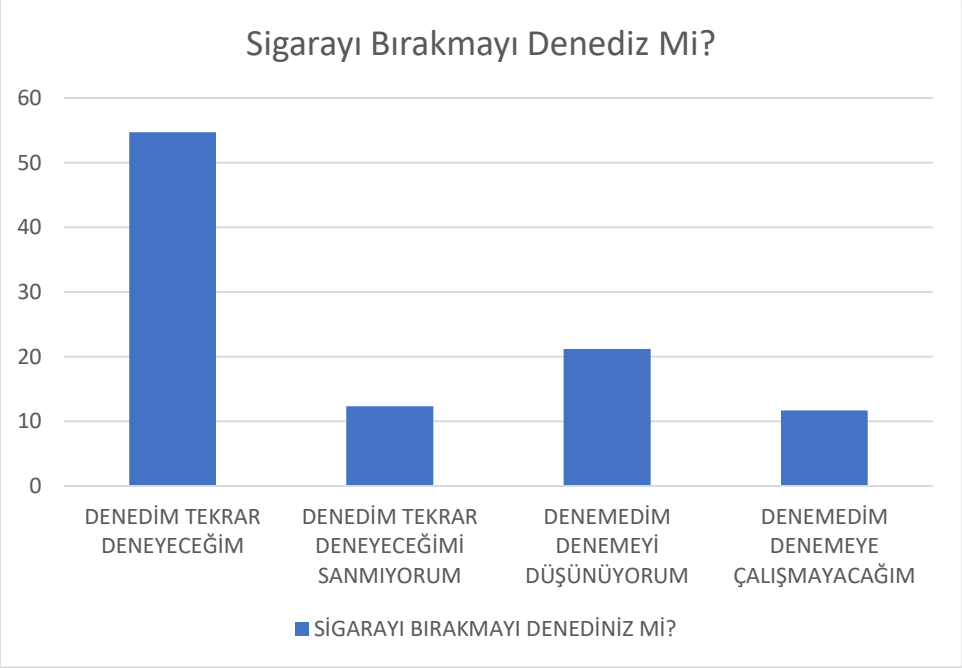


Şekil 14. İş yerinde sigara içme durumuna göre dağılım



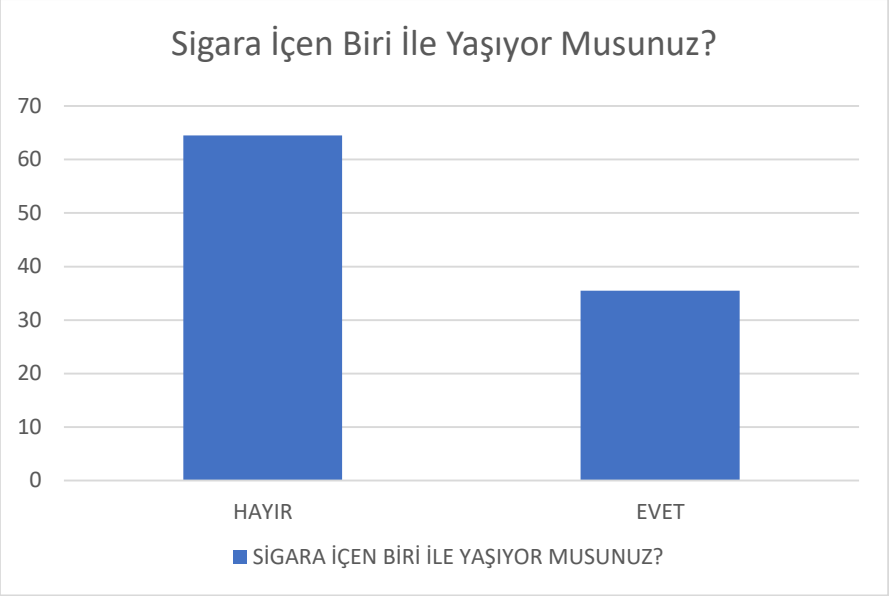
Şekil 15. Katılımcıların hastanede sigara içme durumuna göre dağılımı

Araştırma grubunun %54,7'si sigara bırakmayı denediğini ve tekrar deneyeceğini, %12,3'ü sigara bırakmayı denediğini ve tekrar deneme planı olmadığını, %21,2'si denemediğini ancak deneme planı olduğunu ve %11,7'si ise denemediğini ve deneme planı da olmadığını belirtmiştir (Şekil-16).



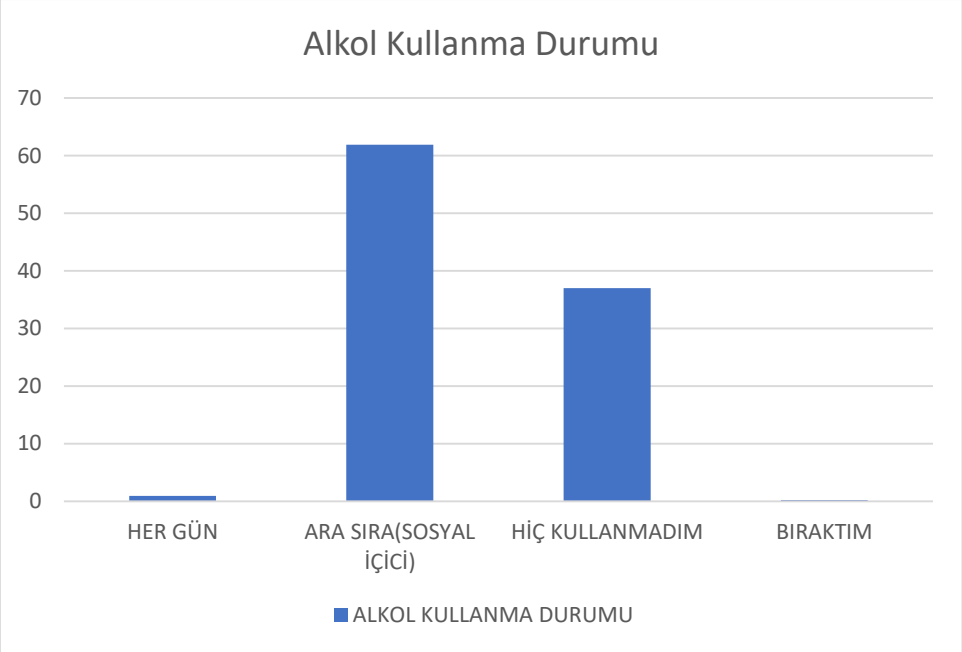
Şekil 16. Katılımcıların sigarayı bırakmayı deneme durumu

Araştırma grubunun birlikte yaşadıkları bireylerde sigara kullanım sıklığı %35,5 olarak tespit edilmiştir (Şekil-17).



Şekil 17. Katılımcıların sigara içen biri ile yaşama durumunun dağılımı

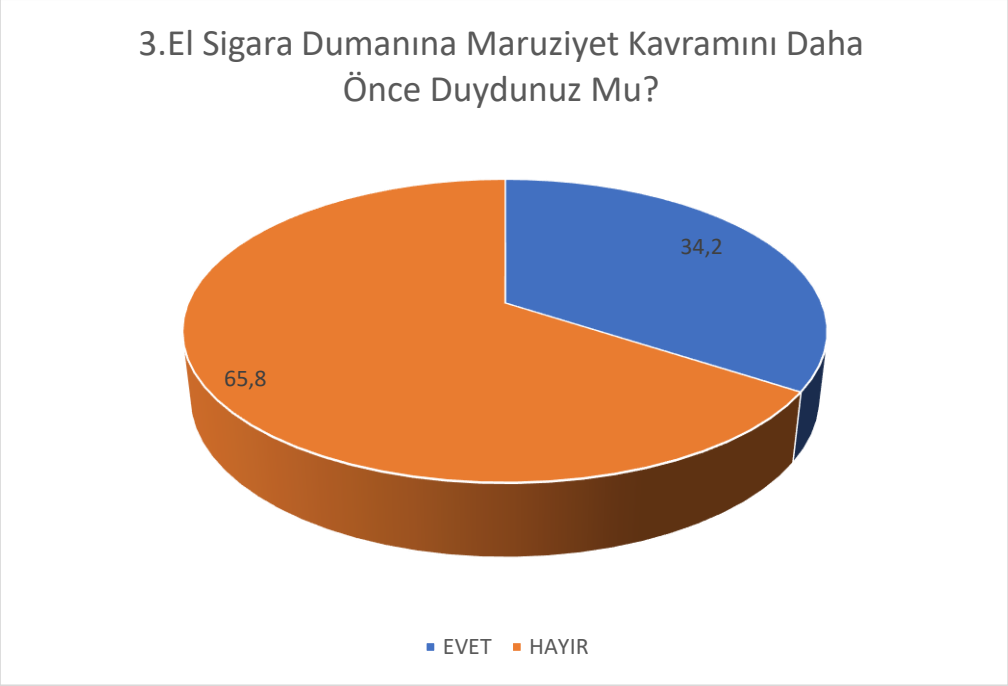
Alkol kullanım durumuna bakıldığında katılımcıların %0,9'u her gün ve %61,9'u ara sıra (sosyal içici) alkol kullanmaktadır; kullanmayanların oranı %37 ve bırakanların oranı ise %0,2'dir. (Şekil-18)



Şekil 18. Katılımcıların alkol kullanım durumuna göre dağılımı

4.3.Üçüncü El Sigara Dumanı Maruziyetine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada ÜESD'yi duyma durumu değerlendirildiğinde %65,8'ünün duymadığı söylenmiştir (Şekil-19).



Şekil 19. Üçüncü el sigara dumanına maruziyet kavramını daha önce duyma oranı

ÜESD'yi duyma ve meslek ilişkisi Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Mesleklere göre üçüncü el sigara dumanını duyma durumu

	3.el sigara maruziyetini duyma	
	Evet n (%)	Hayır n (%)
Meslek		
Öğretim üyesi/görevlisi (doktor) (n=39)	21 (53.8)	18 (46.2)
Dr.araştırma görevlisi (n=96)	24 (25.0)	72 (75.0)
Uzman doktor (n=9)	4 (44.4)	5 (55.6)
Hemşire –ebe (n=79)	26 (32.9)	53 (67.1)
Yardmımcı saglık personeli (n=20)	7 (35.0)	13 (65.0)
Tıbbi sekreter (n=27)	6 (22.2)	21 (77.8)
Biyolog/sağlık teknisyeni/lab.teknisyeni/diyetisyen(n=27)	11 (40.7)	16 (59.3)
İdari personel (n=68)	25 (36.8)	43 (63.2)
Diğer (n=14)	6 (42.9)	8 (57.1)
İntörn (n=35)	11 (31.4)	24 (68.6)

Total (n=414)	141 (34.1)	273 (65.9)

n: katılımcı sayısı %: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran

Araştırma grubundan sigara içen katılımcıların FNBT sorularına verdikleri yanıtlar Tablo 3'de sunulmuştur. Buna göre "Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?" sorusuna verilen en sık yanıtlar %55,4 oranında "1 saatten sonra" ve %17,3 oranında "5-30 dakika içinde" şeklindedir. "Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?" sorusuna katılımcıların %39,2'si evet, %60,8'i hayır cevabını vermiştir. 'Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?' sorusuna ise katılımcıların %30,5'i "sabah içilen ilk sigara" cevabını verirken, %69,5'i "diğer zamanlarda içilen sigaralar" demiştir. Sigara içenlerin %45,8'i 10 veya daha az, %36,7'si 11-20 adet, %15,3'ü 21-30 adet sigara içtiğini belirtmiştir. "Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?" sorusuna katılımcıların %16,2'si evet, %83,8'i hayır cevabını vermiştir. "Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?" sorusuna katılımcılar %36,4 oranda evet, %63,6 oranda hayır cevabı vermiştir.

Tablo 3. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Anket Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

		n (%)
Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	İlk 5 dk içinde 5-30 dk içinde 30-60 dk içinde 1 saatten sonra	19(11,3) 29(17,3) 27(16,1) 93(55,4)
Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?	Evet Hayır	76(39,2) 118(60,8)
Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?	Sabah ilk içilen sigara Diğer zamanlarda içilen sigaralar	53(30,5) 121(69,5)
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	31 ve daha fazla 21-30 adet 11-20 adet 10 veya daha az	4(2,3) 27(15,3) 65(36,7) 81(45,8)

Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?	Evet Hayır	30(16,2) 155(83,8)
Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?	Evet Hayır	68(36,4) 119(63,6)

n:katılımcı sayısı %: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran

Araştırma grubunun FNBT sonucunda alınan puanlara göre sınıflandırılması Tablo 4'te sunulmuştur. Buna göre FNBT'den alınan puanlara göre sigara içenlerin %43,9'unun çok hafif bağımlılık, katılımcıların %6,5'inin ise çok yüksek bağımlılık düzeyinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinden Alınan Puanlara Göre Sınıflandırmaa

	n(%)
Çok az düzeyde bağımlılık	68(43,9)
Az düzeyde bağımlılık	44(28,4)
Orta düzeyde bağımlılık	13(8,4)
Yüksek düzeyde bağımlılık	20(12,9)
Çok yüksek düzeyde bağımlılık	10(6,5)

n: katılımcı sayısı %: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran

4.4. Araştırma Grubunun ÜESD Duyma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Üçüncü el sigara dumanı kavramını duyma durumuna etki eden etmenler Tablo 5'de sunulmuştur. Kadınların %32,6'sı, erkeklerin %36,5'i ÜESD kavramını duyduğunu ifade etmiştir. Kadınlar ve erkekler arasında ÜESD kavramını duyma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.409). Gruplar arasında eğitim durumuna göre kıyaslama yapıldığına ÜESD kavramını duyma açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.755). Medeni duruma göre ÜESD kavramını duyma açısından gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0.838). Mesleklere göre gruplar kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.129).

Tablo 5. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Etki Eden Etmenler

Özellik	**3.el sigara maruziyetini duyma**				
	Evet		**Hayır**		**P**
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	
Kadın	77	32.6	159	67.4	0.409
Erkek	65	36.5	113	63.5	
Eğitim durumu					
Lise ve altı	22	31.4	48	68.6	0.755
Ön lisans-lisans	64	33.9	125	66.1	
Yüksek lisans-doktora/uzmanlık	56	36.4	98	63.6	
Medeni durum					0.838
Evli	80	33.5	159	66.5	
Bekar	55	34.4	105	65.6	
Boşanmış/dul	5	41.7	7	58.3	
Meslek					0.129
Öğretim üyesi/görevlisi(doktor) (n=39)	21	53.8	18	46.2	
Dr.araştırma görevlisi (n=96)	24	25.0	72	75.0	
Uzman doktor (n=9)	4	44.4	5	55.6	
Hemşire–ebe (n=79)	26	32.9	53	67.1	
Yardmımcı sağlık personeli (n=20)	7	35.0	13	65.0	
Tıbbi sekreter (n=27)	6	22.2	21	77.8	
Biyolog/sağlık teknisyeni/lab.teknisyeni/diyetisyen (n=27)	11	40.7	16	59.3	
İdari personel (n=68)	25	36.8	43	63.2	
Diğer (n=14)	6	42.9	8	57.1	
İntörn (n=35)	11	31.4	24	68.6	

n:katılımcı sayısı %: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran p:anlamlılık oranı

Bağımlılık durumunun ÜESD kavramını duyma üzerine etkisi Tablo 6'da sunulmuştur. Bağımlılık düzeyine göre gruplar kıyaslandığında en fazla orta düzeyde

bağımlı olan grubun ÜESD kavramını duyduğu sonucuna varılmıştır (%41,7). En az ÜESD kavramını duyan grup ise az düzeyde bağımlı olan gruptur (%27,3). Gruplar ÜESD kavramını duyma açısından birbirleri ile kıyaslandığında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.865).

Tablo 6. Bağımlılık Durumunun ÜESD Kavramını Duyma Üzerine Etkisi

Özellik	**3. el sigara maruziyetini duyma**				
Bağımlılık durumuna göre	**Evet**		**Hayır**		**P**
	Sayı	%	Sayı	%	
Çok az bağımlılık(n=68)	24	35.3	44	64.7	0.865
Az bağımlılık(n=44)	12	27.3	32	72.7	
Orta bağımlılık(n=12)	5	41.7	7	58.3	
Yüksek bağımlılık(n=19)	6	31.6	13	68.4	
Çok yüksek bağımlılık(n=10)	3	30.0	7	70.0	

%: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran n:katılımcı sayısı p:anlamlılık oranı

Gruplar ÜESD kavramını duyma açısından 12 yaşına kadar yaşanılan yer ile ilgili olarak kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.737) (Tablo 7). ÜESD kavramını duyma açısından gruplar gelir durumuna göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.393).

Tablo 7. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Etki Eden Etmenler-2

Özellik	**3.el sigara maruziyetini duyma**				
12 yaşına kadar yaşanılan yer	**Evet**		**Hayır**		**P**
	Sayı	%	Sayı	%	
Şehir merkezi (n=236)	80	33.9	156	66.1	

İlçe (n=96)	34	35.4	62	64.6	
Küçük kasaba/köy (n=77)	26	33.8	51	66.2	0.737
Yurtdışı (n=3)	2	66.7	1	33.3	
İlçe ve kasaba (n=1)	0	0	1	100.0	
Birlikte yaşanılan kişi	**Evet**		**Hayır**		**P**
	Sayı	%	Sayı	%	
Yalnız (n=89)	34	38.2	55	61.8	
Eşiniz ile (n=71)	29	40.8	42	59.2	
Çocuklarınız ve eşiniz ile birlikte (n=166)	51	30.Tem	115	69.3	0.493
Ebeveynlerinizle (n=61)	20	32.8	41	67.2	
Diğer (n=25)	7	28.0	18	72.0	
Gelir durumuna göre	**Evet**		**Hayır**		**P**
	Sayı	%	Sayı	%	
Gelirim giderimden fazla (n=142)	44	31.0	98	69.0	
Gelirim giderime eşit (n=188)	71	37.8	117	62.2	
Gelirim giderimden az (n=81)	26	32.1	55	67.9	0.393

%: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran, n: hasta sayısı p:anlamlılık oranı

Üçüncü el sigara dumanı kavramını duyma açısından sigara kullanma durumuna göre gruplar kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.187). İş yerinde sigara içmeyen grubun %36,3'ü ÜESD kavramını duymuş olup, iş yerinde sigara içen ve içmeyen gruplar birbiri ile kıyaslandığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.188). Hastanede sigara içme durumuna göre ÜESD kavramını duyma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.307). Çocuğunun yanında sigara içen grupta ÜESD kavramını duyma oranı %26,9 olup, çocuğunun yanında sigara içmeyen grupta ÜESD kavramını duyma oranı %34.2 olarak saptanmıştır. Gruplar birbiri ile kıyaslandığında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.451). Evde sigara içmeyen grupta ÜESD kavramını duyma oranı %33,3'tür. Evde sigara içen grupta ÜESD kavramını duyma oranı ise %33,1'dir. Gruplar birbiri ile kıyaslandığında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.960). Kronik hastalığa sahip olanların ÜESD kavramını duyma oranı %34,8 iken kronik hastalığı olmayan grupta ÜESD kavramını duyma oranı ise %33,8'dir. Gruplar birbiri ile kıyaslandığında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.872).

Tablo 8. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Etki Eden Etmenler-3

Özellik	**3.el sigara maruziyetini duyma**				
Sigara kullanma durumuna göre	**Evet**		**Hayır**		**p**
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet (halen her gün,günde en az 1 tane) (n=162)	48	29.7	114	70.4	
Bıraktım (n=59)	25	42.4	34	57.6	
Hiç içmedim (n=190)	67	35.3	123	64.7	0.187
İş yerinde sigara içer misiniz?	**Evet**		**Hayır**		**p**
	Sayı	%	Sayı	%	
Hayır	69	36.3	121	63.7	0.188

Hastane içinde sigara içme durumu	**Evet**		**Hayır**		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet,içerim	21	26.6	58	73.4	
Hastane dışında içerim	30	34.9	56	65.1	
Sigara içmiyorum	61	36.3	107	63.7	0.307
Çocuğunuzun yanında sigara içer misiniz?	**Evet**		**Hayır**		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Hayır	88	34.2	169	65.8	
Evet	7	26.9	19	73.1	0.451
Evde sigara içer misiniz?	**Evet**		**Hayır**		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Hayır (n=204)	68	33.3	136	66.7	
Evet (n=124)	41	33.1	83	66.9	0.960
Kronik hastalık	**Evet**		**Hayır**		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet	23	34.8	43	65.2	
Hayır	116	33.8	227	66.2	0.872

n:katılımcı sayısı %: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran p:anlamlılık oranı

Üçüncü el sigara dumanı kavramını duyma durumuna yaşın etkisine bakıldığında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.021). Üçüncü el sigara dumanı kavramını duyanlar ort 36.25±11.30 (SS) yaşında, ÜESD kavramını duymayanlar ort 33.93±8.67 yaşındadır. Yaş arttıkça ÜESD kavramını duyma oranı artmaktadır.

Tablo 9. Üçüncü El Sigara Dumanı Kavramını Duyma Durumuna Yaşın Etkisi

Özellik	**3.el sigara maruziyetini duyma**		
	Evet **Ort±ss**	**Hayır** **Ort±ss**	P
Yaş	36.25±11.30	33.93±8.67	0.021

p:anlamlılık oranı ort±ss:ortalama±standart sapma

4.5. Araştırma Grubunun ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Üçüncü el sigara dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği sorularına verilen yanıtlar Tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre en yüksek puan alan ölçek sorusu "Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, bebeklerin ve çocukların sağlığına zarar verebilir" sorusudur, en sık kesinlikle katılıyorum cevabı verilmiş (%53.9) olup yanıtlardan alınan ortalama puan (SS) 4,20± 1,03 olarak belirlenmiştir. En düşük puan alan ölçek sorusu ise "Sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deriden vücuda girebilir." sorusudur; %34.8 oranda en sık kararsızım cevabı verilmiş olup yanıtlardan alınan ortalama puan (SS) 3,43±1,42 olarak belirlenmiştir.,

Tablo 10. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkında Farkındalık Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtlar

ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği soruları	**Ort ±ss**	Kesinlikle katılmıyorum%	Katılmıyorum %	Kararsızım %	Katılıyorum %	Kesinlikle katılıyorum %
Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, bebeklerin ve	**4.2±1.03**	5.3	2.3	4.5	34.0	53.9

çocukların sağlığına zarar verebilir						
Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir	4.12±**1.10**	**5.9**	**3.8**	**8.7**	**35.2**	**46.3**
Dün insanların sigara içtiği odalardaki partiküller kansere neden olabilir	**3.90±1.12**	**5.1**	**5.3**	**21.7**	**29.6**	**38.3**
Sigara dumanı partikülleri günlerce odada kalabilir.	4,00±**1.08**	**5.3**	**3.8**	**14.7**	**37.2**	**38.9**
Sigara dumanı partikülleri haftalarca odada kalabilir.	3,62±**1.14**	**5.3**	**9.4**	**31.1**	**25.4**	**28.8**
Sigara dumanı partikülleri mobilyalar ve duvarların içine işler.	**4.14±1.02**	**4.9**	**2.8**	**8.9**	**40.3**	**43.1**
Sigara içtikten sonra deride, saçta ve kıyafetlerde kalan sigara dumanı partikülleri temas ile başkalarına geçebilir.	**3.66±1.14**	**5.1**	**10.0**	**27.2**	**29.1**	**28.7**
Sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deriden vücuda girebilir	**3.43±1.12**	**5.9**	**12.5**	**34.8**	**25.7**	**21.0**
Camları açmak veya klimaları çalıştırmak bir odadaki tüm sigara dumanı partiküllerini yok etmez.	**3.99±1.04**	**5.3**	**3.2**	**13.4**	**43.2**	**34.9**

%: tüm katılımcılar arasındaki yüzdelik oran ort±ss:ortalama±standart sapma

Sosyodemografik değişkenlere ait gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili veriler Tablo 11 ve 12'de sunulmuştur. Buna göre cinsiyet ve medeni durum açısından gruplar karşılaştırıldığında ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0,316, p=0,168). Meslek açısından gruplar karşılaştırıldığında ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.000). Eğitim durumuna göre gruplar arasında toplam ölçek

puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,000). Evli ve bekar gruplar arasında ortalama ölçek puanı açısından anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,168). Bağımlılık durumuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.472). Sigara içme durumuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.242).

Tablo 11. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellik **Cinsiyet**	**Baths toplam puan** Ort ±ss	P
Erkek	34.75±8.94	0.316
Kadın	35.52±7.47	
Medeni durum		
Evli	25.58±7.78	
Bekar	35.10±8.18	0.168
Boşanmış/dul	31.50±10.69	
Meslek		
Öğretim üyesi/görevlisi(doktor) (n=39)	37.0±5.67	0.000
Dr.araştırma görevlisi (n=96)	36.53±7.11	
Uzman doktor	35.20±10.30	
Hemşire -ebe	35.78±7.42	
Yardımcı saglık personeli	27.65±12.78	
Tıbbi sekreter	32.03±10.95	
Biyolog/sağlık teknisyeni/lab.teknisyeni/diyetisyen	37.16±5.35	
İdari personel	35.41±8.08	
Diğer	32.44±8.91	
İntörn	35.36±5.77	
Öğrenim durumu		
Lise ve altı	31.85±10.81	0.000
Ön lisans-lisans	35.33±7.55	
Yüksek lisans-doktora-uzmanlık	36.66±6.91	
Bağımlılık durumuna göre		
Çok az bağımlılık	35.05±8.63	
Az bağımlılık	34.62±8.79	0.472
Orta bağımlılık	36.38±6.07	
Yüksek bağımlılık	32,05±8.85	
Çok yüksek bağımlılık	37.40±8.04	
Sigara içme durumu		

Evet (halen her gün,günde en az 1 tane)	34.86±7.99	0.242
Bıraktım	34.54±8.55	
Hiç içmedim	35.99±7.62	

n:katılımcı sayısı ort±ss:ortalama±standart sapma p:anlamlılık oranı

Gelir durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.635). Birlikte yaşanılan kişiye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.778). Kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.231). İşyerinde sigara içme durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.044). Üçüncü el sigara dumanı maruziyetini duyma durumuna göre gruplar arasında Baths-T toplam puanında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.855).

Tablo 12. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-2

Özellik **Gelir durumuna göre**	**Baths toplam puan** **Ort±ss**	 **P**
Gelirim giderimden fazla	35.54±7.70	
Gelirim giderime eşit	35.40±8.10	0.635
Gelirim giderimden az	34.59±8.53	
Birlikte yaşanılan kişiye göre		
Yalnız	34.61±8.91	0.778
Eşiniz ile	35.71±8.60	
Çocuklarınız ve eşiniz ile birlikte	35.67±7.49	
Ebeveynleriniz ile	34.65±8.42	
Diğer	35.33±5.73	
Kronik hastalık		
Evet	36.35±6.83	0.231

Hayır	35.18±8.11	
İş yerinde sigara içme durumuna göre		
Hayır	35.97±7.79	
Evet	34.20±8.80	0.044
Hastane içinde sigara içme durumuna göre		
Evet içerim	35.19±8.56	
Hastane dışında içerim	33.85±8.56	0.316
Çocuğunun yanında içme durumuna göre		
Hayır	35.51±8.36	
Evet	35.23±5.10	0.867
Evde sigara içme durumuna göre		
Hayır	35.92±7.26	
Evet	34.12±9.32	0.050
3. el sigara maruziyetini duyma durumuna göre		
Evet	35.18±9.02	
Hayır	35.33±7.37	0.855

p:anlamlılık oranı ort±ss:ortalama±standart sapma

Sosyodemografik değişkenlere ait gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği sağlık alt grubu puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili veriler Tablo 13'de sunulmuştur. Bu değişkenlere ait gruplar ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği sağlık alt grubu puan ortalamaları açısından kıyaslandıklarında meslek açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.000)

Tablo 13. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Sağlık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	Ort ±ss	P
Cinsiyet	**Kadın**	266	19,48±4,29	0,082
	Erkek	203	19,33±5,13	
Meslek	**Öğretim üyesi/görevlisi(doktor)**	47	20,44±3,14	0,000

	Dr.araştırma görevlisi	102	20,00±4,32	
	Uzman doktor	10	19,00±5,71	
	Hemşire/ebe	90	19,96±4,21	
	Yardımcı sağlık personeli	23	15,17±7,14	
	Tıbbi sekreter	33	17,48±6,15	
	Biyolog/sağlık teknisyeni/lab.teknisyeni/diyetisyen	30	20,50±3,28	
	İdari personel	78	19,78±4,56	
	Diğer	18	17,88±4,47	
	İntörn	38	19,26±3,62	
Gelir durumu	**Gelirim giderimden fazla**	157	19,60±4,51	0,756
	Gelirim giderime eşit	211	19,49±4,63	
	Gelirim giderimden az	97	19,16±4,84	
Eğitim durumu	**İlkokul mezunu**	9	15,88±7,60	0,000
	Ortaokul mezunu	4	14,25±9,06	
	Lise mezunu	70	17,98±5,71	
	Ön lisans mezunu	75	18,57±5,00	
	Lisans mezunu	138	20,07±3,79	
	Yüksek lisans mezunu	99	19,97±4,58	
	Doktora/uzmanlık	72	20,45±3,39	

Medeni durum	**Evli**	275	19,65±4,45	0,209
	Bekar	177	19,33±4,69	
	Boşanmış/dul	14	17,50±6,21	
Kronik hastalık durumu	**Evet**	79	20,00±3,94	0,308
	Hayır	383	19,42±4,67	
Birlikte yaşama	**Yalnız**	103	18,97±5,22	0,707
	Eşiniz ile	80	19,77±4,90	
	Çocuklarınız ve eşiniz ile	190	19,68±4,31	
	Ebeveynleriniz ile	66	19,21±4,76	
	Diğer	27	19,55±3,06	
Bağımlılık durumuna göre	**Çok az bağımlı**	68	19,44±4,79	0,407
	Az bağımlı	44	18,88±5,22	
	Orta bağımlı	13	20,00±3,69	
	Yüksek bağımlı	20	17,70±4,91	
	Çok yüksek bağımlı	10	21,00±4,32	
ÜESD'yi duyma durumuna göre	**Evet**	142	19,36±5,12	0,758
	Hayır	273	19,51±4,28	
Evde sigara içme durumuna göre	**Hayır**	208	19,73±4,29	0,103
	Evet	126	18,86±5,28	

n:katılımcı sayısı p:anlamlılık oranı

Sosyodemografik değişkenlere ait gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği kalıcılık alt grubu puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili veriler Tablo

14'te sunulmuştur. Meslek gruplarına bakıldığında biolog/sağlık teknisyeni/laboratuar teknisyeni/diyetisyen puan ortalaması 16,66±2,33'dir ve diğer meslek alt gruplarından anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,000). Eğitim durumuna bakıldığında doktora/uzmanlık yapmakta olanların puan ortalaması 16,98±2,69'dır ve diğer gruplardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,000). Diğer değişkenlere ait gruplar arasında ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği kalıcılık alt grubu puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 14. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği Kalıcılık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	ort±ss	P
Cinsiyet	Kadın	265	16,01±3,49	0,128
	Erkek	203	15,42±4,05	
Meslek	Öğretim üyesi/görevlisi(doktor)	47	16,55±2,86	0,000
	Dr.araştırma görevlisi	102	16,52±3,12	
	Uzman doktor	10	16,20±4,68	
	Hemşire/ebe	90	15,82±3,49	
	Yardımcı sağlık personeli	23	12,47±5,79	
	Tıbbi sekreter	33	14,54±5,07	
	Biyolog/sağlık teknisyeni/lab.teknisyeni/diyetisyen	30	16,66±2,33	
	İdari personel	77	15,54±3,80	
	Diğer	18	14,55±4,68	
	İntörn	38	16,10±2,59	

Gelir durumu	Gelirim giderimden fazla	156	15,89±3,55	0,544
	Gelirim giderime eşit	21	15,90±3,70	
	Gelirim giderimden az	97	15,43±3,98	
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	9	13,44±6,87	0,000
	Ortaokul mezunu	4	11,00±6,00	
	Lise mezunu	70	14,57±4,59	
	Ön lisans mezunu	75	15,05±4,17	
	Lisans mezunu	137	16,15±3,11	
	Yüksek lisans mezunu	99	16,12±3,39	
	Doktora/uzmanlık	72	16,98±2,69	
Medeni durumu	Evli	275	15,93±3,59	0,160
	Bekar	176	15,73±3,81	
	Boşanmış/dul	14	14,00±4,75	
Kronik hastalık	Evet	79	16,35±3,24	0,174
	Hayır	382	15,74±3,72	
Birlikte yaşama	Yalnız	102	15,58±3,94	0,817
	Eşiniz ile	80	15,93±3,94	
	Çocuklarınız ve eşiniz ile	190	15,98±3,45	
	Ebeveynleriniz ile	66	15,43±4,00	
	Diğer	27	15,77±3,23	
Bağımlılık durumuna göre	Çok az bağımlı	68	15,61±4,05	0,571
	Az bağımlı	43	15,60±3,91	
	Orta bağımlı	13	16,38±2,90	
		20	14,35±4,20	

	Yüksek bağımlı Çok yüksek bağımlı	10	15,56±3,92	
ÜESD'yi duyma durumuna göre	Evet Hayır	142 272	15,81±4,16 15,79±3,42	0,960
Evde sigara içme durumuna göre	Hayır Evet	208 125	16,19±3,26 15,20±4,26	0,018

n:katılımcı sayısı p:anlamlılık oranı ort±ss:ortalama±standart sapma

5.TARTIŞMA

İkinci el sigara dumanının insan sağlığı üzerine etkileri ile ilgili uzun yıllardır çalışmalar yapılmakla birlikte üçüncü el sigara dumanının yeni bir kavram olması nedeni ile ÜESD ile ilgili az sayıda çalışma olup toplum düzeyinde farkındalığı da düşüktür.

Çalışmamızda Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi çalışanlarının sigara ve tütün ürününü halen kullananların oranı %35,8, önceden kullanıp bırakanların oranı ise %14,4 olarak saptanmıştır. TÜİK verilerine göre ülkemizde sigara ve tütün ürünü kullananlarının oranı %32,1 iken, önceden kullanıp bırakanların oranı ise %8,8 olarak saptanmıştır (55). Üzer'in çalışmasında hastane çalışanlarının sigara kullanma oranı %30,04, sigarayı bırakanların oranı ise %5,37 olarak saptanmıştır (56). Aycan ve ark. yaptıkları çalışmada hastane çalışanlarında sigara veya tütün ürünü kullanma oranı %33,1, önceden kullanıp bırakanların oranı ise %14,5 olarak saptanmıştır (57). Literatür ile karşılaştırdığımızda bizim çalışmamızda sigara kullanan sağlık çalışanlarının oranı benzer olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların %62,4'ünün evde sigara içilmesine izin vermediği saptanmıştır. Evde sigara içilmesine izin veren katılımcıların %83,5'i balkonda, %7,1'i mutfakta, %6,8'i oturma odasında izin verdiklerini belirtmişlerdir. Önal ve ark. metodolojik, üçüncü el sigara dumanı hakkında farkındalık ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında katılımcılara yaşadıkları evin neresinde sigara içilebileceğine müsaade ettikleri sorulduğunda %53,3'ü evlerinin sadece balkonunda, %6'sı evin her yerinde sigara içebileceğini belirtirken, %20,6'sı ise evlerinin hiçbir yerinde sigara içilemeyeceğini belirtmişlerdir (58).

Çalışmamızda hastane çalışanlarının FNBT'ye göre bağımlılıkları incelendiğinde; %43,9'unun çok hafif düzeyde, %28,4'ünün hafif düzeyde, %8,4'ünün orta düzeyde, %12,9'unun yüksek düzeyde, %6,5'inin çok yüksek

düzeyde bağımlı oldukları bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Alışkın ve ark. yaptıkları çalışmada sağlık çalışanları arasında FNBT'e göre sigara içenlerin %37.7'si çok az, %18'i az, %14.8'i orta, %18'i yüksek ve %11.5'i de çok yüksek bağımlı bulunmuş, Okutan ve ark. çalışmasında sigara içenlerin %40.9'u çok düşük, %24.9'u düşük, %9.3'ü orta, %17.3'ü yüksek, %7.6'sı ise çok yüksek bulunmuş, Sezer ve ark. çalışmasında ise %54.5'i çok az, %25.6'sı az, %6.6'sı orta, % 9.1'i yüksek ve %4.1'i çok yüksek düzeyde bağımlı bulunmuştur (59-61). Sağlık çalışanlarında yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlı olanların oranı düşük bulunmuştur.

Kutlu ve ark. polislerde yaptıkları 'Sigara içme sıklığı ve depresyon ilişkisi' adlı çalışmada katılımcıların FNBT'ye göre bağımlılıkları incelendiğinde; %42,2'sinin çok hafif düzeyde,%21,8'inin hafif düzeyde, %9,8'inin orta düzeyde, %13,1'inin yüksek düzeyde, %13,1'inin çok yüksek düzeyde bağımlı oldukları saptanmıştır (62). Bu sonuca göre polislerde çok yüksek bağımlılık oranı hastane çalışanlarına kıyasla daha yüksektir.

Çalışmamızda hastane çalışanlarının ÜESD'yi duyma durumu değerlendirildiğinde %34,2'sinin ÜESD terimini duyduğu, %65,8'inin duymadığı belirlenmiştir. Hastane çalışanlarının ÜESD'yi duyma durumu ile ilgili olarak ÜESD'yi duyanların sağlık çalışanlarının 1/3'ünü oluşturduğu görülmektedir. Darlow ve ark hastane çalışanları ile yaptıkları çalışmada katılımcıların ÜESD'yi duyma durumu değerlendirildiğinde, %43,8'i duyduğunu, %8,9'u emin olmadıklarını; Quispe-Cristobal ve ark. yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %34,8'inin ÜESD terimini önceden duyduklarını belirtmişlerdir (63,64). Çalışmamızda literatüre benzer şekilde ÜESD'yi duyma oranının hastane çalışanlarında düşük olduğu gözlenmiştir. Bunun ÜESD'nin literatürde yeni yer edinen bir konu olmasından ve çalışma grubumuzun hastanede çalışan tüm grupları sayısal büyüklüklerine uygun olarak temsil edecek örnekleme yöntemi kullanmış olmamızdan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ÜESD duyma oranı doktor öğretim üyesi olanlarda %53,8, araştırma görevlisi olanlarda %25,0, uzman hekim olanlarda %44,4, hemşire ebelerde %32,9, yardımcı sağlık personeli olanlarda %35,0, tıbbi sekreter olanlarda %22,2, biyolog, sağlık teknisyeni olanlarda %40,7, idari personel olanlarda %36,8, diğer gruplarda %42,9 olarak tespit edilmiştir. Araştırma görevlilerinin duyma oranının diğer gruplardan düşük olması şaşırtıcı bir sonuç olmuştur. Ancak sonuç olarak meslek açısından ÜESD'yi duyma açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Eğitim durumuna göre bakıldığında anlamlı farklılık saptanmasa da öğrenim düzeyi yüksek olanların bu kavramı duyma oranı daha yüksektir. Lise altında ÜESD duyma oranı %31,4, ön lisans lisans grubunda %33,9, yüksek lisans/doktora/uzmanlık grubunda ise %36,4 olarak tespit edilmiştir. Grup içinde kadınlarda ÜESD duyma oranı %32,6, erkeklerde %36,5 olarak tespit edilmiş olup kadın ve erkekler benzer oranlarda duymuşlardır.

Çalışmamızda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği sorularına verilen cevaplar incelendiğinde 'dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, bebeklerin ve çocukların sağlığına zarar verebilir' sorusuna en sık kesinlikle katılıyorum cevabı verilmiş, 'sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deriden vücuda girebilir' sorusuna ise en az sıklıkta kesinlikle katılıyorum cevabı verilmiştir. Literatürde aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında en sık kesinlikle katılıyorum cevabının verildiği sorunun 'dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, bebeklerin ve çocukların sağlığına zarar verebilir' sorusu olduğu; en az sıklıkta kesinlikle katılıyorum cevabının verildiği sorunun ise; 'sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deriden vücuda girebilir' sorusu olduğu saptanmıştır (65-68). Buna göre çalışmamızda literatürle benzer olarak ÜESD'nin bebek ve çocukların sağlığına zarar verebilmesi katılımcıların en çok katıldığı bilgi iken, sigara dumanı partiküllerinin deriden vücuda girebilmesi katılımcıların en az katıldığı bilgi olmuştur. Sigara dumanının primer olarak solunması ve çevresel dumanının solunması uzun zamandır konuşulan bir bilgi

iken deri yoluyla vücuda girebilmesi henüz yeni konuşulan bir bilgi olmasından dolayı, kişilerin bu bilgiye daha az katıldıkları söylenebilir.

Çalışmamızda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması kadınlarda (35,52±7,47), erkeklere (34,75±8,94) göre daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Shehab ve ark. Kuveyt'teki ebeveynlerin ÜESD farkındalığını ve bunun evde sigara içme kurallarıyla ilişkisini araştırdıkları kesitsel çalışmada kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmazken, benzer olarak literatürde bazı çalışmalarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (65-67,69). Ayrıca literatürde bazı çalışmalarda ise ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (17,35,36). Bu konuda literatürde ortak bir sonuç bulunmaması daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmekle birlikte çalışmamızda literatürün geneline benzer şekilde kadınların ve erkeklerin farkındalıklarının benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması eğitim düzeyine göre incelendiğinde; lise ve altı mezunlarında (31,85±10,81), ön lisans ve lisans mezunlarında (35,33± 7,55) ve yüksek lisans-doktora-uzmanlık mezunlarında (36,66 ± 6,91) olarak saptanmış olup eğitim düzeyi arttıkça farkındalığın anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Lisans eğitimi almış olmak Baths-T puanını arttırmaktadır. Akbal ve ark. üniversite öğrencilerinde ÜESD maruziyeti ve farkındalığını araştırdıkları bir çalışmada Baths-T puanının eğitim düzeyi ile doğru orantılı olarak arttığını bulmuşlar, benzer şekilde Xie Z ve ark Çin'de ilkokul öğrencilerinin ailelerinde ÜESD farkındalığı ile ilgili yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça Baths-T skorunun arttığını tespit etmişlerdir (70,71). Daha önce yapılan çalışmalarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve eğitim düzeyi arttıkça farkındalığın arttığı saptanmıştır (70,71).

Baths-T skorlamasının kalıcılık alt boyutu soruları 4, 5, 6 ve 9. Maddelerin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır.

Çalışmamızda sosyodemografik değişkenlere ait gruplarda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği kalıcılık alt grubu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına göre; eğitim durumuna bakıldığında doktora/uzmanlık yapmakta olanların puan ortalaması 16,98±2,69'dır ve diğer gruplardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,000).

Baths-T skorlamasının sağlık alt boyutu soruları ise 1, 2, 3, 7 ve 8. maddelerin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır.

ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği sağlık alt grubu puan ortalamaları açısından sosyodemografik değişkenler kıyaslandığında da benzer şekilde meslek açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Beklendiği üzere buna göre en düşük puan ortalamasına (15,17±7,14) sahip meslek grubu yardımcı sağlık personelleridir. Yine beklendiği üzere eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında ise sağlık alt grubuna göre en yüksek puan ortalamasına (20,45±3,39) sahip grup doktora/uzmanlık yapmakta olanlardır.

Çalışmamızda ÜESD Hakkında Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması meslek grupları arasında değerlendirildiğinde yardımcı sağlık personellerinin puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır.

Hastane çalışanlarının ÜESD maruziyeti hakkındaki farkındalık ve inanışlarının incelendiği çalışmamızın kısıtlılığı, bu konu hakkında farkındalığın yeni bir kavram olmasının yanında tek merkezde yapılmış olmasının tüm sağlık/hastane çalışanlarına genellemeyecek olmasıdır .

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Üçüncü el sigara dumanı ile ilgili çalışmalar henüz yeterli sayıda değildir ve toplum düzeyinde farkındalığı düşüktür. Çalışmamızda topluma sağlıkta rol model olan sağlık çalışanlarının ve diğer hastane çalışanlarının ÜESD hakkındaki farkındalıklarını ve inanışlarını etkileyen faktörlerin ortaya konduğu önemli sonuçlar elde edilmiştir.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde çalışmakta olan kişilerde yapılmış olan bu çalışmaya göre; sigara ve tütün kullanım oranı %35,8 ve bırakma oranı %14,4 ile toplumdaki kullanma ve bırakma oranlarına benzer olduğu görülmüştür. Erkeklerde sigara kullanım oranı kadınlardan fazla bulunmuştur. Sigara kullananlarda çok yüksek bağımlı olanların, katılımcıların %10'undan daha azını oluşturduğu görülmüştür. Çalışmamızda hastanemizdeki çalışanların %65,8'inin üçüncü el sigara kavramını duymadıkları görülmüştür. Katılımcıların en çok katıldıkları bilgi bebek ve çocukların sağlığına zarar verdiği düşüncesi, en az katıldıkları bilgi sigara dumanı partiküllerinin deriden vücuda girebilmesi olmuştur. Sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre ÜESD farkındalığı daha yüksek bulunmuştur. Evde sigara içilmesine izin verenlerin en sık balkonda içilmesine izin vermesine rağmen ÜESD balkonda da etki ederek sağlığı olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak, dumansız hava sahalarına ek olarak evlerde ve hastanelerde de dumansız hava politikaları yürütülmesine ağırlık verilmesi gerekmektedir. Sigara ile mücadele etmede önemli rol oynayan hastane çalışanlarının ÜESD farkındalıklarının arttırılması önemlidir. Üçüncü el sigara dumanı konusu kapsamlı bir şekilde ele alınması ve ÜESD'nin tüm bireylerin sağlığına zarar verebileceği ve maruziyet yolları gibi detayların önemle üzerinde durulması ve kişilere özellikle sağlık çalışanlarına, sağlık çalışanları arasında da özellikle yardımcı sağlık personellerinde düzenli danışmanlık

verilmesi önem arz etmektedir. Öğretim üyelerinden uzman hekimlere, öğrencilerden yardımcı sağlık personeline kadar tüm sağlık çalışanlarına ÜESD ile ilgili eğitim verilmesi bu konuda farkındalığı arttıracaktır. Her hekimin hasta ile her karşılaşmasında hastasının sigara kullanım durumunu ve ÜESD hakkındaki farkındalığını sorgulama ve gerekli bilgileri vermesi bu konudaki bilgi eksikliği olan hastaların gözden kaçmasını engellemeye yarayacaktır.

7.KAYNAKLAR

1. Wnickoff JP,Friebely J,Tanski et.al. Belief's about the health effects of 'thirdhand smoke' and home smoking bans.Pediatrics,2009;123(1):e74-9.

2. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi, İçinde: Aytemur ZA & Akçay Ş & Elbek O (ed.) Tütün ve Tütün Kontrolü Kitabı, Toraks Kitapları, Ocak 2010, Birinci Basım, Sayfa: 21- 35.

3. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS), Overview of Historical Trends, Statistics Canada, 1999-2006.

4. Tobacco control efforts: where is India now? The Lancet 2007; 370:134-14

5. S. Doğanaya, K. Sözmen, S. Kalaça ve ark. Türkiye'de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor?, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2)

6. PİAR. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırma Raporu. İstanbul; 1988

7. Bilir N, Güçiz B, Yıldız AN. Smoking Behaviors and Attitudes, Ankara, Hacettepe Public Health Foundation, International Development Research Centre, Ankara, 1997

8. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, et al. Prevalence and Determinants of Adolescent Smoking in Ankara. Turkish Journal of Cancer 2006; 36:49-56

9. J Nair , H Ohshima, et al. Endogenous formation of nitrosamines and oxidative DNA-damaging agents in tobacco users. Critical reviews in toxicology. 1996;26(2):149-61

10. Jacob III P, Benowitz NL, Destaillants H, et al. (2017) Üçüncü El Duman: Yeni kanıtlar, zorluklar ve geleceğe yönelik yönler . Chem Res Toxicol 17 ; 30 [1] 270–294

11. Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, et al.(2010) Nikotinin nitröz asitle yüzey aracılı reaksiyonları yoluyla iç mekanlarda kanserojen oluşumu, potansiyel üçüncü el duman tehlikelerine yol açar . Proc Natl Acad Sci ABD .Nisan 13; 107 [15]: 6576–81.

12. Whitlatch A, Schick S (2019) Philip Morris'te Üçüncü El Duman . Nikotin Tob Res .Kasım 19; 21 [12]:1680–1688.

13. KP Maremanda, IK Sundar, I Rahman 'Role of inner mitochondrial protein OPA1 in mitochondrial dysfunction by tobacco smoking and in the pathogenesis of COPD'. Redox biology. v.45; 2021 Sep.

14. Barua RS, Ambrose JA, Srivastava S, et al. Reaktif oksijen türleri, nitrik oksit biyosentezinin sigara kaynaklı disfonksiyonunda ve endotel nitrik oksit sentazının yukarı regülasyonunda rol oynar: insan koroner arter endotel hücrelerinde in vitro bir gösteri . 2003; 107 : 2342–2347.

15. Sadeghi M, Pourmand K, Sanei H, et al. Hangi majör ateroskleroz risk faktörleri koroner arter hastalığının yaygınlığını temsil eder? ARYA Ateroskleroz. 2012; 7 : 63–69.

16. E Michalak, A Halko-Gąsior, M Chomyszyn-Gajewska. The impact of tobacco on oral health - based on literatüre. Przegląd lekarski. 2016;73(7):516-9.

17. AR Jethwa, SS Khariwala Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. Cancer Metastasis Rev. 2017 Sep; 36(3): 411–423.

18. Hua-Jun Liang , Thomas Ernst, Eric Cunningham, et al. Contributions of chronic tobacco smoking to HIV-associated brain atrophy and cognitive deficits. AIDS. 2022 Mar 15; 36(4): 513–524.

19. Suter MA, Aagaard-Tillery KM. Epigenetik profiller üzerinde çevresel etkiler. *Semin Reprod Med.* 2009 Eylül; 27 (5):380–90.

20. Suter M, Abramovici A, Aagaard-Tillery K. Rahim içi tütün maruziyeti nedeniyle intrauterin büyüme kısıtlamasıyla ilişkili genetik ve epigenetik etkiler. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2010 Aralık; 8 (2):94–102. [PMC ücretsiz makalesi] [PubMed]

21. Cnattingius S. Gebelikte sigara içmenin epidemiyolojisi: sigara içme prevalansı, anne özellikleri ve gebelik sonuçları. Nikotin Tob Res. 2004 Nisan; 6 (Ek 2):S125.

22. Butler NR, Goldstein H, Ross EM. Gebelikte sigara içimi: doğum ağırlığı ve perinatal mortalite üzerine etkisi. Br Med J. 1972 Nisan 15; 2 (5806):127–30.

23. Simpson WJ. Sigara içimi ve prematüre görülme sıklığı hakkında bir ön rapor. Ben J Obstet Gynecol. 1957 Nisan; 73 (4):807–15.

24. J Am Acad Orthop Surg, The musculoskeletal effects of smoking 9 (1) (2001 Jan–Feb), pp. 9-17

25. H. Wipfli, J.M. Samet Global economic and health benefits of tobacco control: part 1. Clinical pharmacology and therapeutics. 2009 Sep;86(3):263-71

26. Szabo L. Babies may absorb smoke residue in home. 2006. Available at: https:// usatoday30.usatoday.com/news/health/2006-08-06-thirdhand-smoke-usat_x.htm. Accessed Sep 19, 2024.

27. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, et al. Beliefs about the health effects of "thirdhand" smoke and home smoking bans. Pediatrics 2009; 123: 74-9.

28. Matt GE, Quintana PJE, Destaillats H, et al. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. Environ Health Perspect 2011; 119: 1218-26.

29. Quintana PJE, Matt GE, Chatfield D, et al. Wipe sampling for nicotine as a marker of thirdhand tobacco smoke contamination on surfaces in homes, cars, and hotels. Nicotine Tob. Res 2013; 15: 1555-63.

30. Bahl V, Shim HJ, Jacob P, et al. Thirdhand smoke: chemical dynamics, cytotoxicity, and genotoxicity in outdoor and indoor environments. Toxicol Vitr 2016; 32: 220- 31.

31. Ferrante G, Simoni M, Cibella F, et al. Third-hand smoke exposure and health hazards in children. Monaldi Arch Chest Dis 2013; 79: 38-43.

32. Acuff L, Fristoe K, Hamblen J, et al. Third-hand smoke: Old smoke, new concerns. J Community Health 2016; 41: 680-7.

33. Díez-Izquierdo A, Cassanello-Peñarroya P, Lidón-Moyano C, et al. Update on thirdhand smoke: A comprehensive systematic review. Environ Research 2018; 167: 341–71.

34. Matt GE, Quintana PJE, Zakarian JM, et al. When smokers quit: exposure to nicotine and carcinogens persists from thirdhand smoke pollution. Tob Control 2016; 26: 548-56.

35. Ramirez N, Ozel MZ, Lewis AC, et al. Exposure to nitrosamines in thirdhand tobacco smoke increases cancer risk in non-smokers. Environ Int 2014; 71: 139-47.

36. American Chemical Society. (2014). Major 'third-hand smoke' compound causes DNA damage—and potentially cancer. Available at:http://www.acs.org/content/acs/en/pressroom/newsreleases/2014/March/major-third-hand-smoke-compound-causesdna- damage-and-potentially-cancer.html. (Accessed 2024 sep 10)

37. Altaf H Sarker, Kelly S Trego, Weiguo Zhang, etl al. Thirdhand smoke exposure causes replication stress and impaired transcription in human lung cells. Environ Mol Mutagen. 2020 Jul; 61(6): 635–646.

38. Bo Hang, Jian-Hua Mao, Antoine M Snijders. Genetic Susceptibility to Thirdhand-Smoke-Induced Lung Cancer Development. Nicotine Tob Res. 2019 Aug 19;21(9):1294-1296

39. Hui Yang, Xinzhi Wang, Pin Wang, et al. Thirdhand tobacco smoke exposure increases the genetic background- dependent risk of pan-tumor development in Collaborative Cross mice. Environment international. 2023 Apr:174:107876.

40. Mang Yu, Kaori Mukai, Mindy Tsai, et al. Thirdhand smoke component can exacerbate a mouse asthma model through mast cells. J Allergy Clin Immunol. 2018 Nov; 142(5): 1618–1627.e9.

41. Martins-Green M, Adhami N, Frankos M, et al. 2014. Yüzeylerde biriken sigara dumanı toksinleri: İnsan sağlığına etkileri . PLoS One , 2014, 9 , e86391.

42. Winickoff JP, Friebely J., Tanski SE, Sherrod C., Matt GE, Hovell MF, McMillen RC "Üçüncü el" duman ve evde sigara içme yasaklarının sağlık üzerindeki etkilerine dair inançlar. Pediatri. 2009; 123 :e74–e79.

43. Schick SF, Farraro KF, Perrino C et al. Deney odasında üçüncü el sigara dumanı: Nikotin ve nitrozaminlerin yüzeyde birikmesinin kanıtı ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve NNK'nin yeni oluşumu. 2014; 23 :152–159.

44. Martins-Green M, Adhami N, Frankos M, et al. Cigarette smoke toxins deposited on surfaces: implications for human health. PLoS ONE 2014; 9: e86391.

45. Flores C, Adhami N, Martins-Green M (2016) THS Toxins Induce Hepatic Steatosis by Altering Oxidative Stress and SIRT1 Levels. J Clin Toxicol 6: 318.

46. Bahl V, Johnson K, Phandthong R, et al. Kapaktan: üçüncü el sigara dumanı strese bağlı mitokondriyal hiperfüzyona neden olur ve kök hücrelerin transkripsiyonel profilini değiştirir. Toksikol Sci. 2016; 153 (1):55–69

47. Karim ZA, Alshbool FZ, Vemana HP, et al. Üçüncü el duman: hemostaz ve trombogenez üzerindeki etkisi. J Kardiyo İlaç. 2015; 66 (2):177–182.

48. Hang B, Wang Y, Huang Y, et al. Üçüncü el sigara dumanına kısa süreli erken maruz kalma, farelerde akciğer kanseri vakasını artırıyor. Clin Sci. 2018; 132 (4):475–488..

49. Torres S, Samino S, Ràfols P, et al. Üçüncü el dumanın neden olduğu karaciğer hasarındaki metabolik değişikliklerin çözülmesi. Çevre Uluslararası 2021; 146

50. Pozuelos GL, Kagda MS, Schick S, et al. Üçüncü el dumana deneysel akut maruz kalma ve insan burun epitelyal transkriptomundaki değişiklikler: randomize bir klinik çalışma. JAMA Netw Açık. 2019; 2 (6)

51. Haardörfer R, Berg CJ, Escoffery C, Bundy LT, Hovell M, Kegler MC. Development of a scale assessing Beliefs About ThirdHand Smoke (BATHS). Tob Induc Dis. 2017;15(4):1-8.

52. Taber KS. The use of Cronbach's Alpha when developing and reporting research instruments in science education. Research in Science Education. 2018;48(6):1273-96

53. Önal Ö, Evcil FY, Eroğlu HN et al. The Validity and Reliability of the Beliefs about Thirdhand Smoke (Baths) Turkish Form. Med J SDU 2021; 28(3): 499-506.

54. Odacı N., Kitiş Y. Üçüncü El Sigara Dumanına Yönelik İnançlar Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(3): 269-276. DOI: 10.31125/hunhemsire.1050335

55. TUİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 Raporu. https://data.tuik.gov.tr/bulten/ındex?p=turkiye-saglik-arastirmasi-2022-49747 Erişim ve Adresi: Erişim Tarihi: 10.09.2024

56. Üzer F. Devlet Hastanesi Çalışanlarının Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Bakış. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(2):92-9.

57. Aycan M, Yeşiltaş A. Bir Devlet Hastanesi Çalışanlarının ve Hastalarının Tütün Ürünleri Kullanma Durumu ve Tütün Yasasına Uyumları: Karşılaştırmalı Bir Araştırma. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2023;11(2):1400-1415.

58. Önal Ö, Evcil FY, Eroğlu HN, et al. The Validity and Reliability of The Beliefs about Thirdhand Smoke (Baths) Turkish Form. Med J SDU. 2021;28(3):499-506.

59. Alışkın O, Savaş N, İnandı T, ve ark. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg 2015; 6:32-42

60. Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. Sigara İçen Sağlık Personelinde Nikotin Bağımlılık Düzeyini Etkileyen Faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007;55: 356- 63.

61. Sezer R, Marakoğlu K, Sezer H, ve ark. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakülteleri Öğretim Elemanlarının Sigara Kullanım Durumu ve Sigara ile Bağlantılı Görüşler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2001,23:25-36.

62. Kutlu R, Çivi S, Karaoğlu O. Polislerde Sigara İçme Sıklığı ve Depresyon Arasındaki İlişki. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7(1):31-38.

63. Darlow SD, Heckman CJ, Munshi T, et al. Thirdhand Smoke Beliefs and Behaviors among Healthcare Professionals. Psychology, Health & Medicine. 2017;22(4):415-424.

64. Quispe-Cristóbal B, Lidón-Moyano C, Martín-Sánchez et al. Knowledge and Opinions of Healthcare Professionals about Thirdhand Smoke: a Multi-National, Cross-Sectional Study. Healthcare. 2022;10(5): 945.

65. Shehab K, Ziyab AH. Beliefs of Parents in Kuwait about Thirdhand Smoke and Its Relation to Home Smoking Rules: a Cross-Sectional Study. Tob Induc Dis. 2021;19(August):66.

66. Çoşğun İG, Çilekar Ş, Balcı A, et al. The Beliefs of Medical Faculty Students about Thirdhand Smoke. Tob Induc Dis. 2023;21:17.

67. Guan Q, Mai J, Teng K, Liu Z, et al. Thirdhand Smoke Beliefs, Exposure Status and Associated Factors among Young People in China: a Cross-Sectional Study. Tob Induc Dis. 2023;21:132.

68. Drehmer JE, Ossip DJ, Rigotti NA, et al. Pediatrician Interventions and Thirdhand Smoke Beliefs of Parents. American Journal of Preventive Medicine. 2012;43(5):533-536.

69. Mercan Y, Dönmez M, Pancar N. İç Ortam Hava Kirliliğinde Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığı: Aktif İçicilikten Pasif Maruziyete. Ahi Evran Medical Journal. 2023;7(3):260-268.

70. Akbal E, Egemen Ü, Gökler ME, et al. Evaluation of Third Hand Cigarette Smoke Exposure and Awareness in University Students. Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg. 2023; 14 (4): 610-620.

71. Xie Z, Chen M, Fu Z, et al. Thirdhand Smoke Beliefs and Behaviors among Families of Primary School Children in Shanghai. Tob Induc Dis. 2021;19(February);10.

72. Horata ET, Ertürk A, Eraslan U, et al. Üniversite Öğrencilerinde Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalığının İncelenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma. Mersin Univ Saglık Bilim Derg. 2023;16(2):170-179.

8.EKLER

8.1. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI MARUZİYETİNE YÖNELİK ANKET FORMU

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz? 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni haliniz? 1. Evli 2.Bekar 3. Boşanmış/dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. İlkokul mezunu

2. Ortaokul mezunu

3. Lise mezunu

4. Ön lisans mezunu

5. Lisans mezunu

6. Yüksek lisans mezunu

7. Doktora/Uzmanlık

5.Eşinizin Eğitim Durumu Nedir?

1. İlkokul mezunu

2. Ortaokul mezunu

3. Lise mezunu

4. Ön lisans mezunu

5. Lisans mezunu

6. Yüksek lisans mezunu

7. Doktora/Uzmanlık

6.İşiniz/Mesleğiniz Nedir?

1)Öğretim üyesi/görevlisi(Doktor)

2)Dr. Araştırma görevlisi

3)Uzman doktor

4)Hemşire

5)Yardımcı sağlık personeli(hasta bakım hizmeti veren, temizlik hizmeti veren)

6)Tıbbi sekreter

7)Biyolog/Sağlık Teknisyeni/Laboratuvar Teknisyeni

8)İdari personel

9)Diğer……

7. 12 yaşınıza kadar yaşadığınız yeri belirtiniz?

1. Şehir merkezi 2. İlçe 3. Küçük kasaba/Köy 4.Yurtdışı

8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız

2. Eşiniz ile

3. Çocuklarınız ve eşiniz ile birlikte

4. Ebeveynleriniz ile

5. Diğer

9. Gelir durumunuz nedir?

1. Gelirim giderimden fazla

2. Gelirim giderime eşit

3. Gelirim giderimden az

10. Sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet ise belirtiniz…… 2. Hayır

11. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet(halen her gün, günde en az 1 tane

2. Bıraktım

3. Hiç içmedim

12. Alkol tüketim durumunuz nedir?

1. Hergün 2. Ara sıra(sosyal içici) 3. Hiç kullanmadım

13. Sigara içmeyi ilk denediğinizde kaç yaşındaydınız?.....

14. Sigaraya başlama nedeninizi belirtir misiniz?

Merak

Özenti

Üzüntü

Diğer …….

15. Sigara içmeyi denedikten sonra belli bir süre sigara içtiniz mi?

Evet, belli bir süre sigara içtim/halen içiyorum

Hayır, birkaç kez denedim ancak sigara kullanmaya başlamadım

16. Halen sigara içiyor musunuz?

1 Hayır, içmiyorum, bıraktım

2. Evet, halen sigara içiyorum

17. Cevabınız evet ise kaç yıldır sigara içiyorsunuz?.....

18. Şu anda ne sıklıkla sigara içiyorsunuz?

Her gün içiyorum

En az haftada bir defa, ama her gün değil

Haftada bir defadan daha az

19. Genellikle bir haftada ne kadar sigara içiyorsunuz?

Haftada……..sigara

20. Haftada bir sigaradan daha az içiyorsanız, bir ayda kaç sigara içtiğini belirtir misiniz?

Ayda……sigara

21. Sigara kullandığınız dönemde ne sıklıkla sigara içiyordunuz?

Her gün içiyordum

En az haftada bir defa, ama her gün değil

Haftada bir defadan daha az içiyordum

22. Sigara kullandığınız dönemde genellikle bir haftada ne kadar sigara içiyordunuz?

Haftada…….sigara

23. Sigara kullandığınız dönemde haftada bir sigaradan daha az içtiyseniz bir ayda kaç sigara içtiğinizi belirtir misiniz?

Ayda……sigara

24. Sigarayı bırakmaya denediniz mi?

Denedim, tekrar deneyeceğim

Denedim ,tekrar deneyeceğimi sanmıyorum

Denemedim, denemeyi düşünüyorum

Denemedim, denemeye çalışmayacağım

25. S igarayı bırakmayı kaç kez denediniz?

……..kez sigarayı bırakmayı denedim

26. En son ne zaman bıraktınız?

En son……..ay önce bıraktım

27. En son sigarayı bıraktığınızda kaç gün sigara içmediniz?

…….gün içmedim

28.Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı içiyorsunuz?

Bir saat sonra

30-60 dk içinde

5-30 dk içinde

İlk 5 dakikada

29. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek zor geliyor mu? (örn: okul, hastane, sinema, otobüs vb.)

Evet

Hayır

30. Hangi sigarayı bırakmak sizin için daha zor, yani hangi sigara sizin için daha değerli?

Sabah ilk sigara

Diğerleri

31. Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?

10 veya daha az

11-20

21-30

31+

32. Uyandığınız ilk saatlerde, gün içinde içtiğinizden daha çok sigara içiyor musunuz?

Hayır

Evet

33. Hasta olduğunuz ve yatakta yatmak zorunda olduğunuz günlerde dahi sigara içer misiniz?

Evet

Hayır

34. Bir sigara içme gereksinimi hissetmeden ne kadar süre dayanabilirsiniz?

1 saatten daha az dayanabilirim

1-3 saat dayanabilirim

3 saatten çok ama bir günden daha az dayanabilirim

Bir hafta dayanabilirim

Bir haftadan daha uzun süre dayanabilirim

35. Sigara içen biri ile yaşıyor musunuz?

Hayır

Evet

36. Aşağıdaki kişilerden sigara içen var mı?

	HER GÜN	BAZEN İÇER	SİGARA İÇMEZ	BİLMİYORUM	BU KİŞİYE SAHİP DEĞİLİM/GÖRMÜYORUM
Annen					
Baban					
Eşin					
Kardeşin/Kardeşlerin					
En iyi arkadaşların					

37. İşyerinde sigara içer misiniz?

Hayır

Evet

38. Hastane içindeki mekanlarda sigara içer misiniz?

Evet /içerim

Hastane dışında içerim

Sigara içmiyorum

39. Çocuğunuzun yanında sigara içer misiniz?

Hayır

Evet

40. Evde sigara içer misiniz?

Hayır

Evet

41. Evde sigara içilen yer evin hangi alanıdır?

Oturma odası

Mutfak-yatak odası

Tuvalet-banyo

Bahçe-balkon

42. 3. el sigara dumanına maruziyet kavramını daha önce duydunuz mu?

Evet

Hayır

Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olan şıkkı işaretleyiniz…

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
43. Dün sigara içilmiş bir odada bugün hava solumak, bebek ve çocukların sağlığına zarar verebilir					

44. Dün sigara içilmiş bir odada bugün hava solumak, yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir					
45. Dün sigara içilmiş odadaki duman partikülleri kansere yol açabilir					
46. Sigara içilen bir odada duman partikülleri günlerce kalabilir					
47. Sigara içilen bir odada duman partikülleri haftalarca kalabilir.					
48. Sigara içilen odada duman partikülleri mobilya ve duvarların içine işler					

49. Sigara içtikten sonra deri, saç ve elbiselerin üzerinde kalan duman partikülleri diğer insanlara dokunarak geçebilir.					
50. Sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra, parçacıklar vücudumuza deri yoluyla girebilir.					
51. Camları açmak veya klima kullanmak bir odadaki tüm duman partiküllerini ortadan kaldırmaz.					

Anketi cevapladığınız için çok teşekkür ederiz.

8.2. BATHS-T ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Dün sigara içilmiş bir odada bugün hava solumak, bebek ve çocukların sağlığına zarar verebilir					
2. Dün sigara içilmiş bir odada bugün hava solumak, yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir					
3. Dün sigara içilmiş odadaki duman partikülleri kansere yol açabilir					
4. Sigara içilen bir odada duman partikülleri günlerce kalabilir					

5. Sigara içilen bir odada duman partikülleri haftalarca kalabilir.					
6. Sigara içilen odada duman partikülleri mobilya ve duvarların içine işler					
7. Sigara içtikten sonra deri, saç ve elbiselerin üzerinde kalan duman partikülleri diğer insanlara dokunarak geçebilir.					
8. Sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra, parçacıklar vücudumuza deri yoluyla girebilir.					

9. Camları açmak veya klima kullanmak bir odadaki tüm duman partiküllerini ortadan kaldırmaz.					

8.3. FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ SORULARI

1. Uyandıktan ne kadar sonra ilk sigaranızı ne zaman içiyorsunuz?

-Bir saat sonra

-31-60 dakika içinde

-5-30 dakika içinde

-İlk 5 dakikada

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde, sigara içmemek zor geliyor mu? (Örneğin okul, hastane, sinema, otobüs, toplantı vb)

-Hayır -Evet

3. Hangi sigarayı bırakmak sizin için daha zor, yani hangisi sizin için daha değerli?

-Diğerleri

-Sabah ilk sigaram

4. Her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?

-10 veya daha az

-11 ile 20 arası

-21 ile 30 arası

-31 ve üstü

5. Uyandığınız ilk saatler içinde, gün içinde içtiğinizden daha çok sigara içiyor musunuz?

-Hayır -Evet

6. Hasta olduğunuz ve yatakta yatmak zorunda olduğunuz günlerde dahi sigara içer misiniz?

-Hayır -Evet