

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN BİREYLERİN SİGARA BIRAKMA  
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU DURUMLARININ  
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIKLARI  
İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Büşra AKARSU**

**UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA  
2023**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜTÜN ÜRÜNÜ KULLANAN BİREYLERİN SİGARA BIRAKMA  
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU DURUMLARININ  
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIKLARI  
İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Büşra AKARSU**

**UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER**

**ANKARA  
2023**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden her zaman yararlandığım, aynı zamanda tez çalışmamda gece gündüz iletişimde olduğum, her koşulda destek veren, bilimsel araştırma yapmayı sevdiren hayatın her alanında örnek aldığım saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Duygu AYHAN Başer'e;

Mesleki bilgi ve tecrübelerinden uzmanlık eğitimim süresince her zaman yararlandığım, deneyimleriyle yol gösteren saygı ve sevgiyle hatırlayacağım değerli hocalarım Doç. Dr. Hilal Aksoy'a ve Doç. Dr. İzzet Fidancı'ya;

Asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum, dostluklarını ve yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşlarıma;

Hayatımın her evresinde sevgi ve desteklerini hissettiğim, iyi bir hekim olma yolculuğumda emeklerini asla ödeyemeyeceğim canım annem ve babam ve kardeşime;

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Büşra Akarsu

## ÖZET

**Akarsu B., Tütün Ürünü Kullanan Bireylerin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Durumlarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ile İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023.** Günümüzde dünyada 1 milyar kişi tütün ürünü kullanmaktadır ve tüm ölümlerin %12'si tütün kullanımı ile ilişkilendirilmektedir. Dünyada ölümlerin %32'si kardiyovasküler hastalıklar nedeniyledir; kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölümlerin ise %30 kadarı sigaradan kaynaklanmaktadır ve aralarında kuvvetli bir doz bağımlı ilişki bulunmaktadır. Sigarayı bırakanların %62,4'ü bir sağlık problemi sebebiyle bıraktığını ifade etmiştir. Sağlığı koruma isteğinin sigara bırakmada en önemli motivasyon kaynağı olduğu anlaşılmaktadır. Tütün ürünü kullanan ve hiç sigara bırakma polikliniği başvurusu olmayan kişiler ile sigara bırakma polikliniğine başvurusu olan kişilerin kardiyovasküler hastalıklar açısından risk farkındalıkları arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla planladığımız bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte olup araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği polikliniklerine ve sigara bırakma polikliniğine 05.04.2023-22.06.2023 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü ve tütün ürünü kullanan 183 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme (KHFRD) ölçeği anket formunda uygulanmıştır. Elde edilen veriler çalışma hipotezimizle uyumlu olmuştur. Çalışma grubu olan sigara bırakma polikliniğine başvuran grubun, kontrol grubu olan tütün ürünü kullanan ancak hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olmayan gruba göre anlamlı düzeyde kardiyovasküler hastalık risk farkındalık düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. KHFRD ölçek toplam puanı ortalaması çalışma grubunda 41,57 ( $\pm 4,46$ ), kontrol grubunda 37,65 ( $\pm 7,40$ ) idi ve aralarındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır. ( $p < 0,001$ ). Bu çalışmadan elde edilen bulgular, bireylerin belirli kişisel KVH risk faktörleri hakkında bilgilendirilmesinin, koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesini kolaylaştırabileceği fikrini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak, aile hekimliği, sigara bırakma, yaşam tarzı değişikliği, halk sağlığı, kalp hastalığı risk faktörleri

## ABSTRACT

**Akarsu B., The Relationship Between Cardiovascular Disease Risk Awareness and Application Status of Smoking Cessation Clinics of Individuals Using Tobacco Product, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Thesis, Ankara, 2023.** Today, one billion people in the world use tobacco products. 12% of all deaths in the world are associated with tobacco use. 32% of deaths in the world are from CVD; About 30% of CVD-related deaths are caused by smoking, and there is a strong dose-dependent relationship between them. 62.4% of those who quit smoking stated that they quit because of a health problem. It is understood that the desire to protect health is the most important motivation source for quitting smoking. This study, which we planned to determine whether there is a difference by measuring the cardiovascular disease risk awareness of people who use tobacco products and have never applied to a smoking cessation outpatient clinic and who have applied to a smoking cessation outpatient clinic, is a descriptive cross-sectional type. The research was applied to 183 participants who applied Hacettepe University Family Medicine outpatient clinics and smoking cessation clinic between 05.04.2023-22.06.2023, aged 18 and over and using tobacco products, were included. The cardiovascular disease risk awareness assessment scale was applied to the participants in a questionnaire form. The data obtained in our study were compatible with our research hypothesis. It was observed that the study group, which used tobacco products and applied to the outpatient clinic for smoking cessation, had a significantly higher level of cardiovascular disease risk awareness compared to the control group, which used tobacco products but did not apply to the outpatient clinic for smoking cessation. The total mean score of Cardiovascular Disease Risk Awareness Assessment Questionnaire was 41.57 ( $\pm 4.46$ ) in the study group and 37.65 ( $\pm 7.40$ ) in the control group, and the difference between them was found to be significant ( $p < 0.001$ ). Findings from this study support the idea that informing individuals about certain personal CVD risk factors may facilitate the adoption of preventive health behaviors.

**Key Words:** Primary care, family practice, smoking cessation, lifestyle changing, public health, heart disease risk factors

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	xi
GRAFİKLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Tütün Ürünleri Tarihçesi	5
2.2. Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi	8
2.3. Sigaranın İçindeki Zararlı maddeler ve Vücuda Etkileri	10
2.4. Sigaranın İlişkili Olduğu Hastalıklar	12
2.5. Sigara Kullanmayı Bırakanlarda Vücutta Görülen Değişiklikler	16
2.6. Sigara Bağımlılığı, Nedenleri ve Klinik Olarak Değerlendirme	17
2.7. Türkiye'de ve Dünyada Tütün Kontrolü	18
2.8. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi	20
2.8.1. Psikososyal Tedaviler	22
2.8.2. Farmakolojik Tedaviler	23
2.9. Sigara Bırakmada Sağlık Okuryazarlığının Önemi	24
2.10. Sigara ve Kardiyovasküler Hastalıkların ilişkisi	25
2.10.1. KVH Epidemiyolojisi	25
2.10.2. KVH Başlıca Risk Faktörleri	26
2.10.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Belirleme Yöntemleri	28
2.10.4. Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkileri	29
3. GEREÇ – YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yeri	32
3.3. Araştırmanın Zamanı	32

3.4. Araştırmanın Evreni, Örnekleme, Araştırma Grubu	32
3.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	33
3.6. Verilerin Toplanması	35
3.7. Verilerin Analizi	36
3.8. Etik ve İzinler	37
4. BULGULAR	38
4.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Bazı Sağlık Özellikleri	38
4.2. Çalışma ve kontrol gruplarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ), Ölçek Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi (SAİ) Puan Dağılımları ve İlişkisi	42
4.3. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki	45
4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki	47
4.4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki	47
4.4.2. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu Arasındaki İlişki	49
4.4.3. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu Arasındaki İlişki	51
4.4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu Arasındaki İlişki	53
4.5. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile Sigara Ağırlığı İndeksi Arasındaki İlişki	55
4.6. Bireylerin Bazı Niceliksel Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Alt Boyutlarının ve Sigara Ağırlığı İndeksinin Korelasyonu	57
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	68



7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	80
EK-1: Anket formu	80

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ABCD</b>	: Attitudes and Beliefs about Cardiovascular Disease
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>BOH</b>	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
<b>BY</b>	: Bağımlılık Yapıcı
<b>Cm</b>	: Santimetre
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>FDA</b>	: Food and Drug Administration
<b>FNBT</b>	: Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi
<b>Gr</b>	: Gram
<b>HDL</b>	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
<b>IARC</b>	: The International Agency for Research on Cancer
<b>IQR</b>	: Çeyrekler Arası Aralık
<b>KA</b>	: Kanserojen
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KG</b>	: Kilogram
<b>KHRFDÖ</b>	: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalık Değerlendirme Ölçeği
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>KT</b>	: Kardiyovasküler sisteme Toksik Madde
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>LDL</b>	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
<b>MAKS</b>	: Maksimum
<b>MG</b>	: Miligram
<b>Mİ</b>	: Miyokard İnfarktüsü
<b>MİN</b>	: Minimum
<b>N</b>	: Sayı
<b>NIH</b>	: Ulusal Sağlık Enstitüleri
<b>NRT</b>	: Nikotin Replasman Tedavileri
<b>RH</b>	: Respiratuar Hastalıklar

<b>RT</b>	: Respiratuar Sisteme Toksik Madde
<b>SAİ</b>	: Sigara Ağırlığı İndeksi
<b>SCORE</b>	: Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>SVO</b>	: Serebrovasküler Olay
<b>STEPS</b>	: Stepwise Approach to Surveillance
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TKÇS</b>	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi
<b>TTM</b>	: Transteoretik Model
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>ÜGT</b>	: Üreme sistemi veya Gelişim için Toksik Madde
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü

**ŞEKİLLER**

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 1.</b> Dünyada (Özellikle ABD ve Avrupa’da) Türk Tütünlerinden İmal Edilen “Turkish Cigarette” Vurgusuyla Satışı Yapılan Tütün Ürünlerine Birkaç Örnek	7
<b>Şekil 2.</b> Avrupa ülkelerinde 2016 yılında 15 yaş üstü (yaşa göre standardize edilmiş) halen / günlük tütün içenlerin tahmini yaygınlığı	9
<b>Şekil 3.</b> Tütün sağlık etkileri hedefleri, ölüm oranları ve Avrupa ülkelerinde sigaraya bağlı temel hastalıklar için tahmini atfedilebilir fraksiyon	15
<b>Şekil 4.</b> Yaşa göre ayarlanmış tütün kaynaklı ölüm oranı - ilişkili ölüm nedenleri ve bunların nüfusa atfedilebilir oranı, bir diğer deyişle tütün kullanımını ortadan kaldırarak azaltılabilecek hastalık riski oranı	16
<b>Şekil 5.</b> Türkiye’nin de içinde bulunduğu Yüksek Risk Grubu Ülkeler İçin SCORE2 KVH Risk Skalası	29

**GRAFİKLER**

	<b>Sayfa</b>
<b>Grafik 1.</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	41
<b>Grafik 2.</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Bazı Sağlık Özellikleri	41
<b>Grafik 3.</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Yaş, BKİ, Sigara İçilen Paket/yıl Ortalamaları	42
<b>Grafik 4.</b> Sigara Bırakma Polikliği Başvuru Durumuna Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ), Ölçek Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi(SAI) Puan Dağılımları ve İlişkisi	45

## TABLOLAR

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA-food and drug administration) tarafından yayımlanan tütün ürünlerinde ve tütün dumanında zararlı ve potansiyel olarak zararlı bileşenlerin listesinde yer alan bazı bileşikler ve etkileri	12
<b>Tablo 2.</b> Sigara Ağırlığı İndeksi	18
<b>Tablo 3.</b> Sigara bıraktırmada 5A yaklaşımı	20
<b>Tablo 4.</b> Sigara bıraktırmada 5R yaklaşımı	21
<b>Tablo 5.</b> Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	39
<b>Tablo 6.</b> Çalışma ve kontrol grubunun ve katılımcıların bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması	40
<b>Tablo 7.</b> Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması	40
<b>Tablo 8.</b> Çalışma ve kontrol gruplarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ), Ölçek Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi (SAİ) Puan Dağılımları ve İlişkisi	44
<b>Tablo 9.</b> Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki	46
<b>Tablo 10.</b> Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki	47
<b>Tablo 11.</b> Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki	48
<b>Tablo 12.</b> Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki	49
<b>Tablo 13.</b> Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu Arasındaki İlişki	50
<b>Tablo 14.</b> Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu Arasındaki İlişki	51

<b>Tablo 15.</b> Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu Arasındaki İlişki	52
<b>Tablo 16.</b> Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu Arasındaki İlişki	53
<b>Tablo 17.</b> Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KVHRFÖ Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu Arasındaki İlişki	54
<b>Tablo 18.</b> Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu Arasındaki İlişki	55
<b>Tablo 19.</b> Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile sigara ağırlığı indeksi arasındaki ilişki	56
<b>Tablo 20.</b> Bireylerin bazı sağlık özellikleri ile sigara ağırlığı indeksi arasındaki ilişki	57
<b>Tablo 21.</b> Bazı Niceliksel Özellikler ile KHRFDÖ Alt Boyutlarının ve SAİ'nin Korelasyonu	59

## 1. GİRİŞ

Günümüzde dünyada 1 milyar kişi tütün ürünü kullanmaktadır[1]. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre Türkiye'de erkeklerin %44,1'inin, kadınların %19,2'sinin ve toplamda yaklaşık on dokuz milyon kişinin (%31,6) hâlihazırda tütün ürünü kullandığı tespit edilmiştir[2]. TÜİK verilerine göre ise 2022 yılı itibariyle Türkiye'de 15 yaş ve üstünde her gün tütün ürünü kullanma sıklığı erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 toplamda %28,3'tür[3]. Tütün kullanımı doğrudan ve pasif duman maruziyetiyle pek çok morbiditeye ve dolayısıyla ölüme yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur[4]. Yirminci yüzyıl boyunca 100 milyon insan ölümüne neden olan sigara bağımlılığının yirmi birinci yüzyılda bir milyar insanın ölmesine sebep olacağı tahmin edilmektedir [5]. Dünya çapında tüm ölümlerin %12'si tütün kullanımı ile ilişkilendirilmektedir[6]. Tüm dünyadaki sigara kullanımının %80'i, Türkiye'nin de dahil olduğu gelişmekte olan ülkelerdedir[7]. Sigaranın ilişkili olduğu pek çok hastalık vardır. Bunlardan öne çıkanlar respiratuar hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kanserlerdir.

- Sigara içenlerin kardiyovasküler hastalık, inme ve akciğer kanseri geliştirme riski daha yüksektir, akciğer kanseri vakalarının önde gelen nedeni sigara içiciliğidir[8].
- Sigara içmek aterosklerotik koroner arter hastalığı riskini tahminen 2-4 kat, inme riskini 2-4 kat, akciğer kanserine yakalanma riskini erkeklerde 25 kat, kadınlarda 25,7 kat arttırmaktadır[8].
- Günlük beş veya daha az sigara içenlerde bile erken dönemde kardiyovasküler hastalık belirtileri ortaya çıkabilir[8].
- Sigarayla ilişkili akciğer hastalıkları arasında en başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) yer alır. Sigara içenlerin KOAH 'tan ölme olasılığı içmeyenlere göre 12-13 kat daha fazladır[8].
- Sigara içmek genel sağlık ve iyilik halinin azalmasına, iş devamsızlığının ve sağlık hizmeti ihtiyacının ve maliyetlerinin artmasına neden olur[8].

Sigara içicilerinin kendilerine verdiği hasarın yanında pasif içicilikle çevredeki insanlara da zarar verdikleri bilimsel bir gerçektir. Pasif dumana maruz kalmanın güvenli bir düzeyi yoktur hatta kısa süreli maruz kalma bile kişilere zarar verebilir [9].



Kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kanser dahil olmak üzere ciddi ve ölümcül hastalıklar, pasif sigara dumanına maruz kalmaktan kaynaklanabilir[10, 11]. Sigara içenlerle yaşayan sigara içmeyenler, bu tür hastalıklar ve erken ölüm için daha büyük risk altındadır [10-12]. Çocuklar ve bebekler özellikle hassastır ve solunum yolu hastalıkları, orta kulak problemleri ve ani bebek ölümü sendromu açısından yüksek risk altındadır [13-18]. Pasif sigara dumanına maruz kalan hamile kadınların ölü doğum yaşama riski daha yüksektir ve fetüslerinde konjenital malformasyonlar ve düşük doğum ağırlığı olma riski daha yüksektir [18].

Sigara, KVVH gelişmesi açısından önemli ve bağımsız bir risk faktörüdür. KVVH' lar 2019'da tahminen dünyada ölümlerin %32'sine, 2021'de de Türkiye'de ölümlerin %33,4 'üne neden olmuştur [19, 20]. Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre sigara, dünyada 30-44 yaş arası kardiyovasküler hastalık sebepli ölümlerin %38'inden sorumludur[6]. Ülkemizde de sigara içen bireyler çoğunlukla 30-44 yaş aralığındadır [7]. KVVH' lar küresel olarak önde gelen ölüm nedeni olmasıyla beraber, yüksek oranda önlenebilir. KVVH ile ilişkili mortalite ve morbiditenin yaklaşık %80'i egzersiz yaparak, sağlıklı beslenerek, sağlıklı vücut ağırlığını koruyarak ve sigara içmeyerek önlenebilir[21]. KVVH risk faktörlerinin erkenden sistematik bir şekilde taranmasında ve riskli davranışların (diyet, sigara vb.) değiştirilmesi konusunda danışmanlık sağlanmasında birinci basamak sağlık çalışanlarının rolü çok önemlidir. Hastalarla birinci basamakta karşılaşılır karşılaşmaz KVVH riski belirlenerek risk düzeyini azaltacak müdahalelerde bulunulmalıdır [22].

Dünya sağlık örgütünün, STEPS (Stepwise approach to surveillance) Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017" çalışmasına göre, Türkiye'de tütün ürünleri kullanımının sebep olduğu sağlık sorunlarından iki veya daha fazlasını bilenlerin yüzdesi 76,2'dir [23]. Tütün ürünlerinin kullanımı nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ile ilgili çoğunluk bilgi sahibi olsa da henüz bilgi sahibi olmayanların varlığı da gözler önüne serilmektedir. Hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesinde etkili olan faktörleri ortaya koymak için yapılan çalışmalarda bazı araştırmacılar, risk faktörü farkındalığını sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkilendirmiştir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Duncan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kilolarını yanlış algılayan bireylerin, doğru kilo algılarına sahip olanlara göre daha

düşük olasılıkla kilo vermeye çalıştıklarını bulmuşlardır[24]. Bireyin koruyucu sağlık davranışlarını benimsemesinde birçok faktör etkili olsa da kişinin KVH riskinin farkında olması önemli etkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de tütün kontrolü kapsamında halka sigara bırakma konusunda tıbbi yardım sunmak amacıyla ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı kurulmuştur ve sigara bırakma poliklinikleri aracılığıyla hizmet verilmektedir [25]. Sigara bırakma polikliniklerinde işlemler, 23 Kasım 2011 tarih ve 28121 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik” hükümleri kapsamında yürütülmektedir. Sigara bırakma poliklinikleri doktorlar tarafından yönetilmektedir ve Türkiye’de 2018 yılının bitiminde 501 olan 2022 yılı itibariyle 577’ye ulaşan sigara bırakma poliklinikleriyle halka tıbbi yardım ve psikolojik destek hizmeti sunulmaktadır[25].

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre Türkiye’de halen tütün kullananların %32,8’inin bırakma planı veya düşüncesi vardır[2]. Halen tütün kullananlardan ve son bir yıl içinde kullanmayı bırakanlardan son 12 ay içinde bir sağlık kuruluşuna başvurusu olanların %40,1’ine sigarayı bırakması önerilmiştir[2]. Bu sonuç hekimlerin konu hakkındaki farkındalıklarının artırılması gerektiğini göstermektedir. Her doktor, mesleki faaliyetlerini yürütürken hastayla karşılaştığı anda, tütün ürünü kullanımını sorgulamak, eğer kullanıyorsa bırakmayı önermek ve hasta onayını alarak onu sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmek mecburiyetindedir. Sigara bırakmaya yönelik işlemlerin bir sistematik program ile Sigara Bırakma Polikliniklerinde yürütülmesi bağımlılıktan kurtulmada başarı şansını artıran bir faktör olacaktır.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 çalışmasında Türkiye’de sigara bırakmada en önemli motivasyon kaynağının sağlık ile ilgili olduğu ortaya konmuştur. Sigarayı bırakanların %62,4’ü bir sağlık problemi sebebiyle bıraktığını ifade etmiştir[26]. Aynı çalışmaya göre, aile bireylerinin isteğinin %23,7, sigara fiyatlarının %5,3 ve sigara karşıtı kampanyalarının %1,6 oranlarında bireylerin sigara bırakma kararında etkisi olmuştur[26]. Çalışma sonucunda da görüldüğü üzere sigara bırakmış bireylerin bırakma nedeni olarak en sık sundukları gerekçe sağlık sorununa sahip olmaktır. Bu sonuç, sağlık sorununun farkına varan kişilerin motivasyonlarının daha yüksek olabileceği şeklinde de yorumlanabilir. Sigara kullanımı ile ilişkisi

kanıtlanmış olan KVH sahibi ya da KVH riskine sahip kişilerin de sigara bırakma motivasyonlarının daha yüksek olması beklenmektedir. Bu konuda yapılan literatür taramasında sigara kullanan bireylerin kronik hastalık sıklıkları, kronik hastalık endişelerinin, bilgi düzeylerinin değerlendirildiği görülmüştür. Ancak tütün ürünü kullanan bireylerin kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarının sigara bırakma polikliniklerine başvurusuyla ilişkisi ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma hipotezi; Sigara kullanan ve sigara bırakma poliklinik başvurusu, sigara bırakma polikliniğine başvuranlara göre kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarının düşük olması beklenmektedir. Bu çalışmada birinci amacımız sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını ölçmektir. İkinci amacımız ise sigara içen ve sigara bırakma polikliniğine başvurusu olmayan kişilerin de kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını ölçerek 2 grup arasında farklılık olup olmadığını ve kardiyovasküler hastalıklarla ilgili risk farkındalığının sigara bırakma davranışı üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymak, böylece elde edilen veriler ışığında sigara bırakma çalışmalarına yeni perspektif ayrıca sigara bırakma poliklinik başvurularının artmasını sağlayacak yeni yaklaşımlar kazandırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tütün Ürünleri Tarihçesi

Tütün (*Nicotiana tabacum* L.), patlıcangiller (*Solanaceae*) ailesindedir ve keyif verici bitkiler sınıfında yer alan tek yıllık bir bitkidir[27]. Milattan Önce 6000 yılında Amerika kıtasında tütün tarımının başladığı ve bu tarihten 4500 yıl sonrasına ait verilerde Orta Amerika'da Mayalar'ın dini toplantı ve şöenlerde tütün kullandıkları ortaya konmuştur[28]. Amerika'da yerliler tütün yapraklarını kurutup sararak veya öğüterek ilkel pipolarda kullanmıştır. Yerli insanlar, dini tören ve şöenlerde kullandıkları tütünü Avrupa'dan gelenlere de sunarak tütünü 'Tobakos' adıyla tanıtmışlardır[28]. Böylece Amerika'ya gelen gemiciler de tütün bağımlısı olmuşlardır [29]. Amerika kıtasından dönen Christopher Columbus aracılığıyla Avrupalılar 1492'de tütünle tanışmıştır, tütün süs veya tıbbi amaçlı şifa bitkisi olarak bir süre kullanılmış ardından daha çok haz alma amaçlı kullanıma geçilmiştir ve giderek kullanımı yaygınlaşmıştır [28]. Tütünle ilgili ilk yazılı metinleri hazırlayan piskopos Romano Pane, getirttiği tütün tohumlarını 1518'de İspanya Kralı Şarlken'e hediye etmiştir[29]. Portekiz'de Fransız elçiliği yapan Jean Nicot, 1559'da baş ağrısından mustarip olduğu bilinen Fransa Kraliçesine şifa aracı olarak tütün tohumları sunmuş ve bahçesine tütün tohumlarını ektiren kraliçenin tütün bitkisinin çiçek açmasıyla şifa bulduğu tarihe geçmiştir, bu sebepten tütün "Kraliçe otu" ya da "Sefir otu" olarak da adlandırılmıştır[30]. Fransa'dan Avrupa ülkelerine yayılmaya başlayan tütüne, Jean Nicot anısına "nicotiana", 1828 yılında keşfedilen alkaloidine de "nikotin" adı verilmiştir [29].

Avrupa ile hemen hemen aynı tarihlerde tütünle tanışan Osmanlı Devleti'nde de tütün yetiştirilmeye ve ticari olarak kullanılmaya başlanmıştır[31]. Venedikliler aracılığıyla 1580'de getirilen tütün, bir süre ithal edilmiş, 1630'lar itibariyle Osmanlı İmparatorluğu'nun farklı bölgelerinde yetiştirilmeye başlanmış ve kullanımı yaygınlaşmıştır, giderek yaygınlaşan tütün tüketimi IV. Murat tarafından 1633'te yasaklanmıştır ve kullananlara idam cezası getirilmiştir [27, 28]. Dördüncü Murat'ın 1640'larda vefatıyla tütün kullanımı yasağı gevşemeye başlamıştır, IV. Mehmet saltanatı döneminde Şeyhülislam Bahaî Efendi'nin fetvası ile 1646'da tütün kullanımı tekrar serbest bırakılmıştır [32].

Tütün zamanla hem Osmanlı İmparatorluğu'nun hem de Türkiye Cumhuriyeti'nin de temel ihracat ürünlerinden biri haline gelmiş olup 1980'li yıllara kadar tütün üretimi artarak devam etmiştir. Tütün kullanımının sağlığa zararları etkilerinin ortaya konması ile 1996'da tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı belirli alanlarda yasaklanmıştır, böylece tütün üretimi de yıllar içinde giderek azalmıştır[27].

En sık tüketilen tütün mamulü kuşkusuz sigaradır. Temel olarak sigara, ince bir kâğıda sarılmış, üzerinde zayıf bir filtre bulunan kurutulmuş tütün yapraklarıdır[1]. Tütünün dumansız olarak kullanım şekilleri: çiğneme, enfiye, nikotin bandı, sakızı, tableti, granülleri ,pastili, spreyi, nikotinli su, nikotinli lolipop ve elektronik sigaradır[33]. Tütünün yanmasıyla açığa çıkan dumanın kullanımına aracı yöntemler ise; tütsü, sigara, puro, pipo ve nargiledir[33]. İlk ticari sigaralar 1865 yılında Kuzey Carolina'da yapılmıştır[34].



**Şekil 1.** Dünyada (Özellikle ABD ve Avrupa’da) Türk Tütünlerinden İmal Edilen “Turkish Cigarette” Vurgusuyla Satışı Yapılan Tütün Ürünlerine Birkaç Örnek[27]

Sigara kullanımı, 1900’lü yılların başından itibaren ticari sigaraların seri üretime geçmesi ve reklam kampanyalarıyla hızla tüm dünyada yaygınlaşmıştır. 1960’lı yıllara gelindiğinde bilimsel araştırmalar sigaranın akciğer kanseri, KOAH ve KVH ile ilişkili olduğunu ortaya koymuş ve böylece tütün kontrolüne yönelik faaliyetler başlamış ve sigara kullanımını azaltmaya yönelik kampanyalar ve sözleşmeler tüm dünyada gündeme gelmiştir[35].

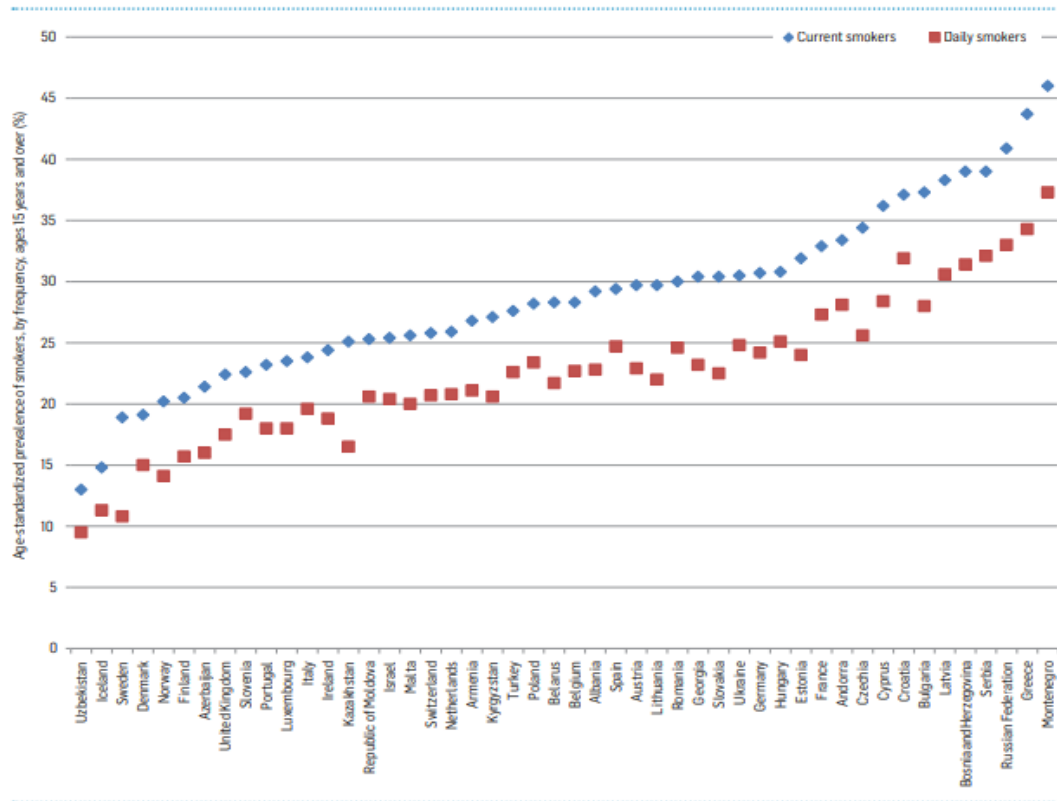
## 2.2. Tütün Kullanımının Epidemiyolojisi

Tütün kullanımı doğrudan ve pasif duman maruziyetiyle pek çok morbiditeye ve dolayısıyla ölüme yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur[4]. Dünya çapında mortalite nedenlerinin yaklaşık %12'si tütün kullanımı ile alakalıdır[6]. Yirminci yüzyılda yaklaşık 100 milyon insan sigara kullanımı nedeni ile ölmüştür, yirmi birinci yüzyılda ise sigara kullanımının bir milyar insanın ölümüne yol açacağı tahmin edilmektedir[5]. Günümüzde dünyada 1 milyar kişi tütün ürünü kullanmaktadır[1]. DSÖ verilerine göre dünya erkek nüfusunun %33,7'si ve kadın nüfusun %6,2'si toplamda dünyanın %19,9'u sigara kullanmaktadır[36]. Sigara tüketimi dünyada azalma trendine girmiştir fakat Afrika ve Doğu Akdeniz ülkelerinde hala aynı oranda seyretmektedir [36]. 1990 ile 2009 yılları arasında Batı Avrupa'da sigara tüketimi yaklaşık %26 oranında azalırken, eş zamanlı olarak Afrika ve bazı Ortadoğu ülkelerinde sigara tüketimi %57 artmıştır[28]. Gelişmekte olan ve geliri düşük ülkelerin yer aldığı tütün kullanımının sık olduğu bu coğrafyaları tütün endüstrisini elinde tutan büyük şirketler özellikle hedeflemektedir. Tüm dünyadaki sigara kullanımının %80'i, gelişmekte olan ülkelerdedir, bu yüzden 2030'a kadar dünyada tütün kullanımı nedeniyle meydana gelecek ölümlerin %80'inin geliri düşük ve orta olan ülkelere olması beklenmektedir [7, 37]. Tütün kullanımının bu ülkelere; yani nüfusu hızla artan, artan nüfusa bağlı sigara kullanma potansiyeli daha fazla olan gelişmekte olan ülkelere kayması sağlık hizmetlerine ulaşmanın zor olması sebebiyle bu ülkelere morbidite artışına ve erken mortalitelere yol açacaktır[5].

Türkiye'de ise Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 verilerine göre erkeklerin %44,1'i, kadınların %19,2'si ve toplamda 19,2 milyon kişi (%31,6) halen tütün ürünü kullanmaktadır[2]. Farklı yıllarda yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre tütün kullanım prevalansı 2008'den 2012'ye %31,2'den %27,1'e gerilemiş, ardından 2016'da %31,6'ya yükselmiştir[2, 4, 26]. TÜİK verilerine göre ise 2022 yılı itibariyle Türkiye'de 15 yaş ve üstünde her gün tütün ürünü kullanma sıklığı erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 toplamda %28,3'tür[3] Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 raporunda, tütün kullananların %92,8'inin tütünü günlük tükettiğinden, toplamda erkek nüfusun %40,4'ünün, kadın nüfusun da %18,2'sinin günlük olarak tütün ürünü kullandığından bahsedilmektedir[2]. Günlük olarak ortalama sigara içmeye başlama yaşı, erkeklerde 17,2 yaş; kadınlarda 20,2 yaş

olmak üzere genel popülasyonda 18,1'dir[2]. Dünya istatistiklerinin tersine ülkemizde tütün kullanım sıklığı kadınlarda eğitim düzeyi ile doğru orantılıdır; eğitimsiz kadınlarda bu sıklık en düşük iken, lise mezunu olan kadınlarda en yüksektir[26]. Ülkemizde tütün kullanım sıklığı 25-44 yaş aralığında en yüksekken, 65 yaş ve üzerinde en düşüktür[38].

Fig. 3.1. Overall age-standardized estimated current and daily tobacco smoking prevalence in European countries, ages 15 years and over, 2016



Şekil 2. Avrupa ülkelerinde 2016 yılında 15 yaş üstü (yaşa göre standardize edilmiş) halen / günlük tütün içenlerin tahmini yaygınlığı[39]

Dünya'da tütün kullanım kontrolü politikalarının yaygınlaşmasıyla 2000 yılında yetişkinlerde tütün kullanım oranı %33 iken 2018'de %23,5'e gerilemiştir, küresel olarak tütün kullanımını azalmaktadır[40]. Sigara içmedeki bu düşüşle eş zamanlı olarak tütün endüstrisini elinde tutan bir avuç küresel şirket nikotinin diğer kullanım şekillerini(elektronik sigara , ısıtılmış tütün ürünleri , oral nikotin ilaçları vb.) dünyada tütün tüketiminin azaldığı gelişmiş ülkelerde pazarlamaya ağırlık vermeye başlamıştır[41]. Bu amaçla 2007'de elektronik nikotin dağıtım sistemleri (Electronic



Nicotin Delivery Systems) adlı (elektronik sigara olarak da adlandırılır), pille çalışan; sıvı bir aerosolün içinde nikotin ve tatlandırıcı içeren yeni bir ürün satışa sunulmuştur[42]. Elektronik sigara şu anda ABD'de %4,5 oranı ile en yaygın ikinci tütün ürünüdür, benzer yaygınlık Avrupa'da gözlemlenmektedir[43, 44]. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki lise öğrencileri arasında 2011'den 2020'ye elektronik sigara kullanımını %1,5'ten %19,6'ya yükselmiştir[1]. Elektronik sigaraların özellikle gençler arasında kullanımının yaygınlaşması son yıllarda dikkat çeken bir mesele haline gelmiştir.

### 2.3. Sigaranın İçindeki Zararlı maddeler ve Vücuda Etkileri

İngiltere kraliçesi I. Elizabeth'in ölümünden birkaç yıl önce 1602 yılında kendisine Philaretos adını veren bir doktor tarafından 'Work for Chimney-Sweepers or A Warning for Tabacconists' başlıklı bir kitapçık yayınlanmıştır ve bu kitapçık tütün kullanımının sağlık açısından riskli olduğunu ortaya koyan ilk yayın olma özelliğine sahiptir[45]. Yüz yıllar sonra yapılan çalışmalar neticesinde Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından, sigara 1985 yılında birinci grup karsinojen olarak kabul edilmiştir[46].

Kurutulmuş tütünde 5700 ayrı bileşen tanımlanmış olup en yoğun içerik karbonhidratlar ve proteinlerdir[47]. Ayrıca alkaloidler, ketonlar, terpenler, polifenoller, aminler, aldehitler, aromatik hidrokarbonlar, pestisitler, azot ve oksijen heterosiklik bileşikler, gibi birçok bileşik içerir[46]. Alkaloid içeriğin %95'i nikotindir. Nikotin tütündeki bağımlılığa yol açan maddedir [46].

Sigaranın içine tütüne ek olarak yaklaşık 1400 kadar katkı maddesi eklendiği bilinmektedir, çeşitli bileşenler adı altında gösterilen bu grupta birçok kimyasal sınıf yer alır: kükürt içeren bileşikler, halojen içeren bileşikler, metaller, iyonlar, radyoaktif ağır metaller bunlardan bir kısmıdır[48]. Sigaranın yanması sonucu heterojen bir aerosol olan sigara dumanı açığa çıkar[49].Tütünün yanmasıyla ortaya çıkan bu dumanda 9000'den fazla farklı kimyasal bileşik yer almaktadır [50].Sigara dumanı, sigaranın yakılması ile çevreye yayılan yan akım dumanı ve sigara içen kişi tarafından solunarak çekilen ana akım dumanı şeklinde ikiye ayrılır[51]. Ana akım; duman-gaz fazı ve partiküler maddeler (parçacıklı kısım, katran) olarak ikiye ayrılır. Filtreler partiküler maddeleri süzerler, bu yüzden yan akım sigara dumanında partiküler madde

konsantrasyonu daha fazladır ve çevresel sigara dumanının %85'i yan akım dumanıdır[46]. Bu nedenle çevresel tütün dumanı maruziyetinde, partiküler madde maruziyeti de daha fazla olur. Çalışmalarda yan akım dumanının karsinojenik etkisinin 2 ila 6 kat, inflamatuvar etkisinin ise 4 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir[52].

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının insanda yaratabileceği toksik etkiler hakkında her geçen gün yeni veriler ortaya çıkmaktadır. Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer – IARC) sigara dumanında bulunan bu kimyasal maddelerden 81'inin karsinojen olduğunu, bunlardan 11'inin Grup 1 (insanlarda karsinojen olduğu bilinen), 14'ü Grup 2A (insanlarda karsinojen etkisi olası), 56'sı Grup 2B (insanlarda karsinojen olabilen) olarak sınıflandırılmıştır[53].

Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA-food and drug administration), Federal Gıda, İlaç ve Kozmetik Yasası'nın gerektirdiği şekilde tütün ürünlerinde ve tütün dumanında zararlı ve potansiyel olarak zararlı bileşenlerin bir listesini oluşturmuştur, bu listede 91 bileşen yer almakla birlikte bir kısmı aşağıda etkilediği sistemlerle birlikte tabloda sıralanmıştır [54]

**Tablo 1.** Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA-food and drug administration) tarafından yayımlanan tütün ürünlerinde ve tütün dumanında zararlı ve potansiyel olarak zararlı bileşenlerin listesinde yer alan bazı bileşikler ve etkileri [54]

<b>Bileşenler:</b>	<b>Etkileri:</b>
Asetaldehit	KA, RT, BY
Asetamit	KA
Aseton	RT
Aflatoksin B1	KA
Akrolein	RT, KT
Uranyum-235	KA, RT
Uranyum-238	KA, RT
Arsenik	KA, BY, ÜGT
Benzen	KA, BY, ÜGT
Benzo [b]floranten	KA, KT
Benzo [k] floranten	KA, KT
Propionaldehit	RT, KT
Propilen oksit	KA, RT
<u>N</u> -Nitrososarkozin (NSAR)	KA
Nornikotin	BY
Fenol	RT, KT
Naftalin	KA, RT
Nikel	KA, RT
Nikotin	ÜGT, BY
Hidrojen siyanür	RT, KT
Kadmiyum	KA, RT, ÜGT
Formaldehit	KA, RT
Krizen	KA, KT
Kobalt	KA, KT

Bağımlılık Yapıcı (BY), Kanserojen (KA), Respiratuar sisteme Toksik Madde (RT), Kardiyovasküler sisteme Toksik Madde (KT), Üreme sistemi veya Gelişim için Toksik Madde (ÜGT),

#### 2.4. Sigaranın İlişkili Olduğu Hastalıklar

Sigara neredeyse vücudun bütün organları ve sistemleri etkiler, ilişkili olduğu pek çok hastalık vardır. Bunlardan öne çıkanlar respiratuar hastalıklar (RH), kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve kanserlerdir.

Güncel verilere göre, sigara ve neden olduğu hastalıkların kanıta dayalı ilişkileri aşağıda listelenmiştir. Sigara ile nedensellik ilişkisi kurmak için yeterli kanıt olanlar[55, 56]:

- Rahim ağzı, böbrek, safra kesesi, akciğer, gırtlak, özofagus, farinks, pankreas, oral kavite, mide kanserleri
- Koroner arter hastalığı
- Abdominal aort anevrizması
- Akut myeloid lösemi
- Subklinik ateroskleroz
- Serebrovasküler Olay (inme)
- İnfantlarda akciğer kapasitesinde azalma
- Çocuklukta ve adolesan çağda akciğer gelişiminin yetersiz kalması
- Çocuklarda ve adolesanlarda, erişkinlerde solunumsal semptomlar; wheezing, öksürük, dispne, balgam
- Akciğer kapasitesinde azalma
- Çocukluk ve adolesan döneminde astım semptomları
- Astımın kontrol altına alınamaması
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ)
- Akut solunum yolu enfeksiyonları, pnömoni
- Doğurganlıkta azalma
- Fetüste gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı
- Plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü
- Erken başlayan doğum eylemi ve erken doğum
- Ani Bebek Ölümü Sendromu
- Katarakt
- Cerrahi sonrası yara iyileşmesinde gecikme ve solunumsal komplikasyonlarla seyreden olumsuz sonuçlar
- Kalça kırıkları
- Menopoz sonrası kadınlarda düşük kemik mineral yoğunluğu
- İş gücü kaybında artış
- Peptik ülser

Bilimsel kanıtlara göre sigarayla bağlantılı olma ihtimali yüksek olan durumlar [55, 56]:

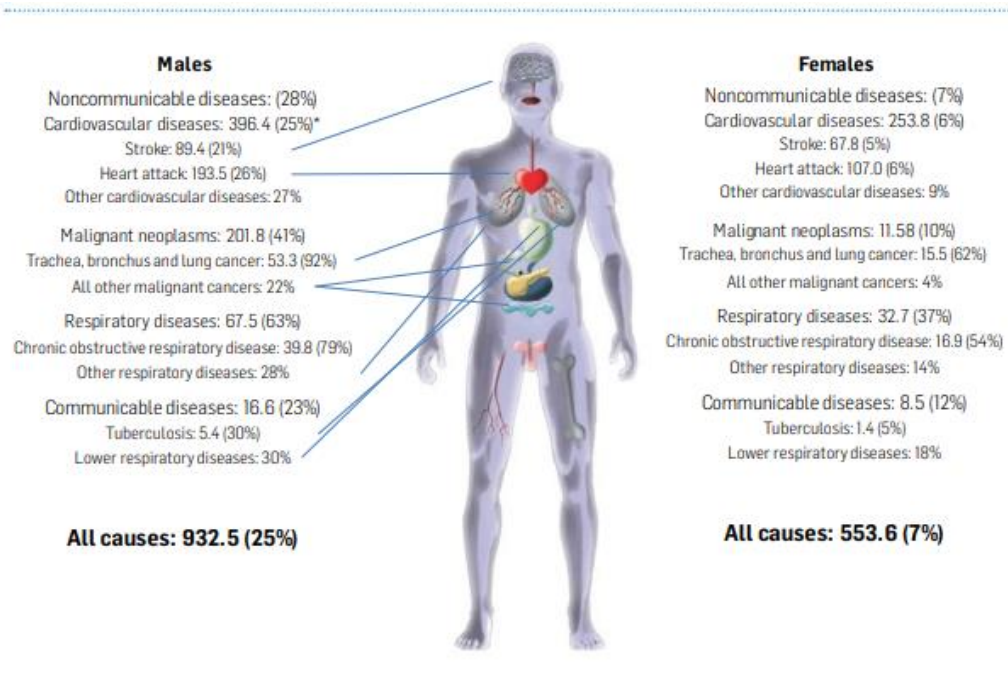
- KOAİ tanılılarda akut solunum yolu enfeksiyonları
- Bebeklik çağında alt solunum yolu hastalıklarında artış

- Yetişkinlik döneminde ve annenin sigara içiciliğine bağlı olarak çocuklukta yetersiz akciğer kapasitesi
- Çocuklarda ve adolesanlarda astımda kötü prognoz
- Bronş duyarlılığında artma
- Karaciğer kanseri
- Kolorektal kanser
- Prostat kanserinde artmış mortalite
- Yarı damak-dudak
- Spontane abortus
- Ektopik gebelik
- Graves hastalığı
- Diş çürükleri
- Maküler dejenerasyon
- Erektile disfonksiyon

Dünya üzerinde her yıl yaklaşık 41 milyon insanın ölümüne neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), tüm dünyada ölümlerin %71'inden, Türkiye'de ise %86'sından sorumludur [23, 57]. Tütün kullanımı başta olmak üzere, fiziksel inaktivite, alkolün zararlı kullanımı, sağlıksız bir diyet BOH'ın 4 ana risk faktörüdür[57]. Kardiyovasküler hastalıklar, dünyada BOH'a bağlı ölümlerin en sık (17,9 milyon kişi/yıl) nedenidir, bunu sırasıyla kanserler (9,3 milyon), kronik respiratuar hastalıklar (4,1 milyon) ve diyabetes mellitus (neden olduğu böbrek yetmezliği ölümleri dahil edilerek 2,0 milyon) takip etmektedir[57].

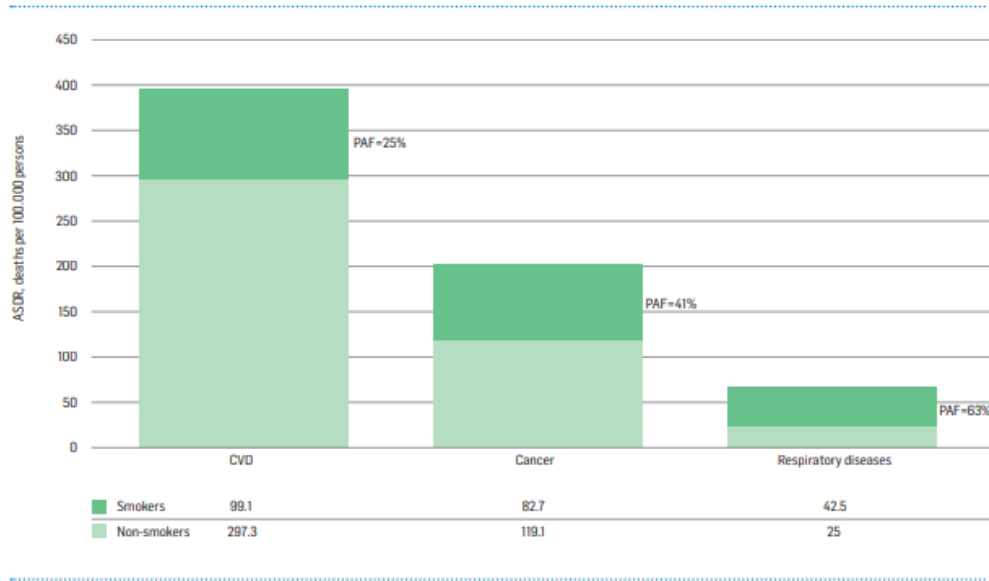
Dünya Sağlık Örgütü'nün "Avrupa'da tütün kullanımı 2019 trendleri" raporuna göre, Avrupa ülkelerinde bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelen ölümlere sigara kullanımının tahmini katkısı erkeklerde %28, kadınlarda %7'dir. Aynı raporda tütünün KVH' a bağlı mortaliteye tahmini katkısının erkeklerde yaklaşık %25, kadınlarda %6; respiratuar hastalıklara bağlı mortaliteye tahmini katkısının erkeklerde %63, kadınlarda %37; malign neoplazmlara bağlı mortaliteye tahmini katkısının erkeklerde %41, kadınlarda %10 olduğu belirtilmiştir[39]. Dolayısıyla Şekil 4'te de görüldüğü gibi tütün kullanımı ortadan kaldırılarak azaltılabilecek hastalık ve mortalite riski respiratuar hastalıklar ve kanserlerde daha yüksektir ( KVH'a bağlı mortalitede %25 , malign neoplazmlara bağlı mortalitede %41, RH'a bağlı mortalitede

%67 azalma beklenir)[39]. Bununla beraber tütün kullanımı bırakılarak mortalite riski azalmasında oransal olarak daha düşük bir paya sahip olsa da kardiyovasküler hastalıklar her 100.000 kişide 400 kişinin ölümüyle ilişkilidir yani diğer gruplara göre daha sık görülür ve daha çok ölüme neden olur[39]. Bu nedenle de %25'lik bu azalış diğer hastalık gruplarına kıyasla daha fazla sayıda insanın hayatta kalması demektir. Bu yüzden en büyük göreceli ve mutlak kazanç, KVH ölümlerinin azalmasından gelmektedir[39]. Bu sonuçlar, sağlık politikası hedeflerini belirleme ve öncelikleri doğru belirleyerek daha uygun maliyetli müdahaleler yapmada dikkate alınması gereken önemli kanıtlar sağlayabilir.



**Şekil 3.** Tütün sağlık etkileri hedefleri, ölüm oranları ve Avrupa ülkelerinde sigaraya bağlı temel hastalıklar için tahmini atfedilebilir fraksiyon [39]

Fig. 2.3. Age - adjusted mortality from tobacco - related causes of death and their population attributable fraction (PAF) from smoking (fraction of disease risk that could be reduced by eliminating tobacco use)



**Şekil 4.** Yaşa göre ayarlanmış tütün kaynaklı ölüm oranı - ilişkili ölüm nedenleri ve bunların nüfusa atfedilebilir oranı, bir diğer deyişle tütün kullanımını ortadan kaldırarak azaltılabilecek hastalık riski oranı[39]

## 2.5. Sigara Kullanmayı Bırakanlarda Vücutta Görülen Değişiklikler

- Sigara bırakıldığı anda derhal ani ölüm riski azalır[58].
- Bıraktıktan sonraki ilk 20 dk'da kan basıncı ve kalp atış hızı düşer[59].
- 12 saat sonra kandaki karbonmonoksit seviyesi normale döner[59].
- 2-12 hafta içinde dolaşım düzelir ve akciğer fonksiyonu artar[59].
- 1-9 ay sürecinde nefes darlığı ve öksürük azalır[59].
- Bıraktıktan 1 yıl sonra koroner arter hastalığı riski sigara içen birinin yarısına düşer[59].
- 5 yıl içinde inme riski, sigara içmeyen birinin riskine geriler[59].
- Bıraktıktan sonraki ilk 10 yıl içinde akciğer kanseri riski sigara içen birinin riskinin yarısına geriler ve oral kavite, farinks, özofagus, mesane, serviks ve pankreas kanseri riski azalır[59].
- 15 yıl içinde koroner arter hastalığı riski sigara içmeyenlerle aynı seviyeye geriler[59].

- Tütün içmeyi bırakanlarda, erken yaşta (<40 yaş) tütün içmeye bağlı artan ölüm riskinde %90 azalma gerçekleşmektedir[60].
- Erkeklerde sigarayı bıraktıktan sonra birkaç yıl içinde MI riski -kardiyak patolojiler açısından aile öyküsü olsa bile- hiç sigara içmemiş insanlarla aynı seviyeye gelir[61].
- Koroner kalp hastalığı riski sigarayı bıraktıktan sonra birinci yılda yarıya düşer ve 15 yıl içinde hiç sigara içmemiş bireylerle aynı seviyeye geriler[62].
- İnme riski sigara bırakıldığında hızla düşer.
- İçilen sigara sayısını günlük 20 adetten 10 adetin altına indirmek akciğer kanserine yakalanma riskini %27 azaltmaktadır[63].

## 2.6. Sigara Bağımlılığı, Nedenleri ve Klinik Olarak Değerlendirme

Tütün kullanımı diğer madde bağımlılıklarına benzer şekilde nikotin bağımlılığına yol açar. Nikotin bağımlılığı, nikotin satın alma ve arama dürtüsü, nikotin alımı üzerinde kontrol kaybı ve nikotine erişim engellendiğinde yoksunluk sendromu olarak tanımlanan olumsuz bir duygusal durumun ortaya çıkması ile karakterize kronik yineleyici bir hastalıktır.[64]. Nikotin nöral yolda, mezokortikolimbik sistemde yer alan spesifik  $\alpha 4\beta 2$  nikotik asetilkolin reseptörleri üzerinden etki etmektedir, bu yolak bağımlılık yapıcı maddelerin kullandığı ortak yolaktır[56]. Nikotin ventral tegmental bölge ve nucleus accumbenste yer alan beyin ödül merkezlerinden dopamin salınımını artırır ve aynı zamanda dopaminin parçalanma hızını da yavaşlatır[56]. Bunun sonucunda öfori , uyarılma ve bilişsel canlılık hissedilir.

Tütün bağımlılarında zamanla nikotin reseptör doygunluk oranı azalmaya başlar ve yoksunluk bulguları ortaya çıkmaya başlar, bu yüzden gece uykusu sonrası bu semptomlardan kurtulmak için yüksek bağımlılar sabah uyanır uyanmaz sigara içerler ve bu sigarayı günün en keyif veren sigarası olarak tanımlarlar[56].

Nikotin bağımlılığının düzeyini belirlemek farmakolojik tedavi seçimi açısından faydalıdır. Nikotin bağımlılığını değerlendirmek için birçok test bulunmaktadır. Sık kullanılan testler Fagerström Tolerans Anketi, Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT), Sigara Ağırlık İndeksidir (SAI).



Sigara Ağırlık İndeksi (SAİ): Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testindeki 1. ve 4. sorulardan oluşan iki soruluk bir testtir. Pratik olması açısından zaman kısıtlılığı olan hekimler kullanabilir veya büyük popülasyonlarda yapılacak olan çalışmalarda tercih edilebilir[65]. Kozlowski ve ark. Sigara Ağırlık İndeksinin; Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi gibi çalıştığını, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi 'ne göre oldukça kısa olmasına rağmen yüksek bağımlılık puanlarında (beş ve üzeri) ayırım için yeterli olmadığını bildirmişlerdir. Bununla beraber FNBT' nin üstün olduğuna dair hiçbir kanıt bulamadıklarını ve bu nedenle pratik, yönetimi kolay ve değerlendirilebilir olduğu için iki sorulu SAİ' nin kullanımını teşvik etmişlerdir.[66].

**Tablo 2.** Sigara Ağırlığı İndeksi

1. Günün ilk sigarasını sabah uandıktan ne kadar sonra içersiniz?	a. İlk 5 dakika içinde b. 5-30 dakika içinde c. 31-60 dakika içinde d. 61 dakika ve sonra	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
2. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	a. 31 ve daha fazla b. 21-30 adet c. 11-20 adet d. 10 ve daha az	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
Puanlama; 1- 2 = çok düşük bağımlılık 2- 3 = düşük-orta bağımlılık 3- 4 = orta bağımlılık 4- 5 + = yüksek bağımlılık		

## 2.7. Türkiye'de ve Dünyada Tütün Kontrolü

Türkiye'de ilk kez 1987 yılında Sağlık Bakanı, tütün kontrolü konusunda çalışmaları olan uzmanları toplantıya davet etmiştir ve sigara kullanımındaki hızlı artışın nasıl kontrol altına alınabileceği ile ilgili görüş alışverişi yapılmıştır. İzleyen dönemde Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun (No.4207) 1996 yılında kabul edilmiştir[31]. Bu kanunla ilk kez tütün ürünlerinin reklamı yasaklanmış

ve sigara kullanımı ile ilgili kısıtlamalar yapılmıştır. 2008 yılına gelindiğinde 4207 sayılı kanun genişletilerek bütün kapalı mekanlarda sigara içilmesi yasaklanmıştır[67].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından gündeme getirilen, tütünle mücadelede kilometre taşı ve tütün kontrolü alanında ilk uluslararası sözleşme olan ve ülkemizin 2004 yılında imzaladığı Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ülkemizde iç hukuk mevzuatı haline gelmiştir. Dünya genelinde 182 ülke bu sözleşmeyi imzalayarak taraf ülke olmuştur. Ülkemizde TKÇS hükümlerinin etkili bir şekilde yerine getirilmesi amacıyla Ulusal Tütün Kontrol Programları oluşturulmuş ve uygulanmıştır, halen 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı yürütülmektedir[68].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ülkelerin tütün kontrol çalışmalarına destek olması amacıyla 2008 yılında geliştirilen M-POWER politika paketi 2003 yılında kabul edilen TKÇS' nin belirli hükümlerinin uygulama rehberi niteliğindedir. DSÖ tarafından hazırlanan ve 10 Temmuz 2013 tarihinde Panama'da açıklanan '2013 Tütün Epidemisi Raporunda', MPOWER kriterlerinin tamamını yerine getiren ilk ülkenin Türkiye olduğu, tütün kontrol çalışmalarında Türkiye'nin resmen tüm dünyaya örnek gösterildiği açıklanmıştır[68]. MPOWER sözcüğü, tütün kontrolü konusundaki kurallara işaret eden cümlelerin ilk harflerinden meydana gelen bir akronimdir [5].

- **Monitor tobacco use and preventive policies**→ Tütün kullanımını ve önleyici politikaları izleyin
- **Protect people from tobacco smoke**→ İnsanları tütün dumanından koruyun
- **Offer help to quit tobacco use**→ Tütün kullanımını bırakmak için yardım önerin
- **Warn about the dangers of tobacco**→ Tütünün tehlikeleri konusunda uyarın
- **Enforce bans on tobacco advertsing, promotion and sponsorship** → Tütün reklam, promosyon ve sponsorluk yasaklarını uygulayın
- **Raise taxes on tobacco**→ Tütün vergilerini artırın

Ülkemizde "Tütün kullanımını bırakmak için yardım önerin" yani "O: Offer" önermesi gereğince, tütün kullananların sigarayı bırakmaları teşvik edilmekte, bırakmak isteyenlere ALO 171 Sigara Bırakma Hattı ve sigara bırakma poliklinikleri aracılığıyla hizmet verilmektedir[25]. Sigara bırakma polikliniklerinde işlemler, 23 Kasım 2011 tarih ve 28121 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik" hükümleri

kapsamında yürütülmektedir. Sigara bırakma poliklinikleri doktorlar tarafından yönetilmektedir ve Türkiye’de 2018 yılının bitiminde 501 olan 2022 yılı itibariyle 577’ye ulaşan sigara bırakma poliklinikleriyle halka tıbbi yardım ve psikolojik destek hizmeti sunulmaktadır[25].

## 2.8. Nikotin Bağımlılığı Tedavisi

Tütün bağımlılığı da kronik bir hastalıktır, bu nedenle bırakmada başarılı olabilmek için çoklu stratejilere ve sürekliliğe gereksinim duyulur. Kendi kendine bırakmaya çabalayan ve tavsiye edilen tedavi yöntemlerini kullanmayanların çoğunun sigaraya 8 gün içinde tekrar başladığı bilinmektedir, oysa kısa hekim tavsiyeleri dahi bırakma oranlarını iki katına çıkarabilmektedir[69]. Aile hekimleri sigara bırakmada hastaları destekleme konusunda çok önemli bir konuma sahiptir, hastalara her ziyarette tütün kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Temas sayısı ve sigaradan uzak kalış arasında bağlantı vardır, bu yüzden her görüşmede tütün kullananlar 5A-5R yaklaşımı baz alınarak teşvik edilmelidir ve bırakmaları tavsiye edilmelidir[70]. Bırakma sürecinde karşılaşılan sorunlar da farmakolojik tedaviler ve psikososyal müdahaleler ile aşılabilmektedir.

### 5A-5R yaklaşımı

Sigarayı bırakmak isteyen hastalara 5A, bırakmak istemeyen ya da bırakmış hastalarda relapsın önlenmesi için 5R teknikleri kullanılabilir.

**Tablo 3.**Sigara bıraktırmada 5A yaklaşımı

5A Yaklaşımı	
ASK	SOR
ADVICE	ÖNER
ASSESS	DEĞERLENDİR
ASSIST	YARDIM ET
ARRANGE	DÜZENLE

(A1) ASK-ÖĞREN: Nedeni ne olursa olsun her başvuruda hastanın tütün kullanım durumu sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.[71]

(A2) ADVİSE-ÖNER: Her tütün ürünü kullanıcılarına sigarayı bırakması tavsiye edilmelidir. Bu öneri açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş olmalıdır. Hastanın mevcut bulguları ve sağlık durumu, tütün ürününün ekonomik yükü, dolaylı da olsa kendisine, çocuklarına ve ailesine verdiği zararlar ve sağlığında yaratacağı önemli iyileşmeden söz edilmelidir. [71].

(A3) ASSESS-DEĞERLENDİR: Her hastaya tütün ürününü bırakmak isteyip istemediği sorulmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (Fagerström testi en sık kullanılan testtir) ve mümkünse karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. [71].

(A4) ASSİST-YARDIM ET: Görüşmeden sonraki iki hafta içinde bir gün belirleyerek hasta ile bir bırakma planı oluşturmak hem gerçekçi olacaktır hem de bu sürece motivasyonla başlamayı sağlar. Nörobiyolojik nikotin bağımlılığı tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ilaçlar (nikotin replasman preparatları, bupropion, vareniklin) olduğu konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. Hastalara ilaçların etki şekli, yoksunluk belirtilerini daha az hissettireceği ancak tedavinin başarısının hastanın kararlılığına ve hekimin önerdiği yöntemlerin uygulanmasına, kişinin uyumuna bağlı olduğu anlatılmalıdır[71].

(A5) ARRANGE-DÜZENLE: Tütün bağımlılığı tedavi sürecinde hastanın görüşme ve takip süreçleri özenle düzenlenmelidir. Bırakma tarihinden sonraki ilk görüşme ilk hafta içinde yüz yüze veya telefon görüşmeleri ile yapılabilir. Hastanın durumuna göre planlama yapılması uygun olmakla birlikte 15. gün, 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yıl kontrolleri planlanır.[71].

**Tablo 4.** Sigara bıraktırmada 5R yaklaşımı

<b>5R Yaklaşımı</b>	
<b>R1 RELEVANCE</b>	<b>İLİŞKİLENDİR</b>
<b>R2 RISKS</b>	<b>RİSKLER</b>
<b>R3 REWARDS</b>	<b>ÖDÜLLER</b>
<b>R4 ROADBLOCKS</b>	<b>ENGELLER</b>
<b>R5 REPETITION</b>	<b>TEKRAR</b>

(R1) RELEVANCE-İLİŞKİLENDİR: Herhangi bir tütün ürünü tüketiminin hastanın mevcut hastalığı ile ilişkili olabileceği, yakın çevresine olumsuz örnek oluşturduğu, pasif içiciliğin verdiği zararlar ve gelecekte karşılaşılabileceği olası

sorunlar ile sigarayı bırakmanın ne gibi olumlu sonuçlar doğuracağı anlatılmalıdır. Tüm bu olumsuz durumların iyileştirilmesi için bırakma konusunda destek sunulmalıdır. [71].

(R2) RISKS-RİSKLER: Hangi tütün ürününü kullanırsa kullansın, güvenli bir doz aralığı olmayan birçok bağımlılık yapıcı ve insan sağlığına zararlı maddeleri vücuduna aldığı ve bunların kısa ve/veya uzun vadeli riskleri hastaya anlatılmalıdır. Hastanın bu risklerden hangilerine sahip olduğunu ifade etmesi sağlanmalıdır[71].

(R3) REWARDS-ÖDÜLLER: Hasta tütün bağımlılığından kurtulmanın olası kazanımları hakkında ve sigarayı bıraktığı andan itibaren sağlık durumunu adım adım nasıl iyileştirebileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Örneğin; tat ve koku alma duyusunda gelişme, ekonomik kazanç, kendini daha iyi hissetme, evde, arabada, giyside ve nefeste daha temiz bir koku, çocuklarına iyi örnek olma, sağlıklı bebek ve çocuklara sahip olma, fiziksel güçte artış, kırıksıklıklarda azalma ve ciltle ilgili olumlu değişiklikler vb.[71].

(R4) ROADBLOCKS-ENGELLER: Hastalar tütün ürünü kullanımını bırakmalarına engel olan bazı etmenleri; yoksunluk belirtileri, başaramama korkusu, kilo alma, destek eksikliği, depresyon, içmeyi sevme, diğer sigara içenlerle bir arada bulunma, tedavi varlığından habersiz olma şeklinde ifade etmektedirler. Bunların her biri için bir veya birden fazla çözüm üretilebileceği, istikrar ve etkin tedavilere uyumun esas olduğu anlatılmalıdır[71].

(R5) REPETITION-TEKRAR: Henüz tam olarak karar vermemiş hastalara her klinik görüşmede tekrar tekrar motivasyon desteği verilmelidir[71].

### **2.8.1. Psikososyal Tedaviler**

Motivasyonel Görüşme: Hastaların tütün kullanma davranışlarını değiştirme hakkındaki çeşitli duygularını tartışmaya yönelik hasta odaklı bir yaklaşımdır[56]. Yoğun danışmanlık ile sigarayı bırakma oranı %'22'dir, hatta minimal danışmanlık bile (<3 dakika) bile %13 sigarayı bıraktırır[72].

Transtoretik model (TTM): Davranış değişikliğinin bir süreç olduğunu savunan, ilk olarak sigara bırakma programlarında kullanılan bir davranış değişikliği modelidir. TTM'ye dayalı motivasyonel görüşmeler, davranış problemini belirleyerek aşamalı bir yaklaşımla gerçekleştirilir. Her aşamada değişim aşamasına uygun farklı

stratejiler kullanılarak bireyin bir üst aşamaya geçmesine yönelik veya değişim aşamasına uygun görüşme planı oluşturulur.[73].

Herhangi büyük davranışsal değişikliğe ya da yaşam biçimi değişikliğine başlayan hastalar sürecin ardışık aşamalarını aşağıda belirtildiği gibi yaşarlar[56].

- Karar öncesi dönem: Hasta yakın gelecekte (6 ay içinde) sigarayı bırakmayı düşünmemektedir.
- Düşünme Aşaması: Hasta önümüzdeki birkaç ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmekte ancak herhangi bir eylemde bulunmamaktadır.
- Hazırlık Dönemi: Hasta önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı planlamaktadır.
- Eylem, Harekete Geçme: Hasta bırakma süreci içindedir veya son 6 aydır sigara bırakmaya ait davranış değişikliği içindedir.
- Sürdürme: Hasta 3 aydan daha uzun süredir sigaradan uzak durmaktadır.

### 2.8.2. Farmakolojik Tedaviler

Bırakma girişiminde bulunan bütün tütün kullanıcılarına, birinci basamak farmakoterapilerden etkili olan bir veya daha fazlası reçete edilmelidir. Reçete edilebilecek birinci basamak ajanlar arasında Nikotin Replasman Tedavileri (NRT'ler)ve diğer ilaçlar ( bupropion ve vareniklin) bulunmaktadır[69].

Nikotin Replasman Tedavileri: Nikotin bandı, nikotin inhaleri, nikotin sakızı, nikotin spreyi, nikotin pastili'ni içerir. Nikotin bandı tedavinin ana dayanak noktasıdır. Genellikle diğer kısa etkili NRT'ler ile ve danışmanlıkla kombine edilir. NRT tedavisi alanların plasebo ile kıyaslandığında 4 ila 8. haftalarda bırakma oranları yaklaşık iki katıdır[56].

Bupropion: Bupropion dopaminin ve norepinefrinin her ikisinin geri alımını inhibe ettiği düşünülen monosiklik bir antidepressandır. Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin antagonizması ve dopaminerjik aktivite sayesinde içme isteğinin hafiflemesi gibi çoklu mekanizmaları kullanıyor olabilir[56]. Plaseboya kıyasla uzun vadede sigarayı bırakmayı ikiye katladığı gösterilmiştir[69].

Vareniklin: Vareniklin  $\alpha 4\beta 2$  nikotinik asetilkolin reseptörlerine selektif bir şekilde bağlanan parsiyel bir agonist ve antagonisttir.Nikotini bloke eder ve nikotinin yaptığından daha düşük düzeyde dopamın salınımını stimüle eder. Bu durum istekte

azalmaya ve yoksunluk semptomlarında azalmaya neden olur. Plaseboya kıyasla bırakma başarısındaki odds oranı 2-3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur[74].

Kombinasyon tedavisi: Tıpkı uzun ve kısa etkili NRT'lerin kombine edilebilmeleri gibi, bırakma başarısını arttırmak için bupropion ve bant veya diğer NRT formlarıyla beraber kullanılabilir. Bupropion ve transdermal nikotinin 9 haftalık kombinasyonunu değerlendiren bir çalışmada tek başlarına kullanımından çok daha etkin olduğu bulunmuştur[75].

## 2.9. Sigara Bırakmada Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Tütünle mücadele hem devlet ve politikalar hem toplumsal olarak hem de kişisel düzeyde olmalıdır. Kişisel olarak tütün kontrolünde en önemli etmenlerden birisi sağlık okuryazarlığıdır. Kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili olarak doğru bilgiye ulaşip bu bilgileri anlayıp kendi hayatlarında kullanmaları anlamına gelen sağlık okuryazarlığının düzeyi arttırıldığında bireylerin zararlı alışkanlıklardan uzaklaşip doğru sağlık davranışları gösterebilmeleri beklenir. Gochman, sağlık davranışını sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili davranışların tümüdür biçiminde tanımlamaktadır [76]. Sağlık davranışı, sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesi için bireylerin inandığı ve uyguladığı eylemlerdir. Sağlık davranışını etkileyen birincil faktör, bireylerin sağlık algısıdır. Sağlık okuryazarlığı genel olarak bireylerin yeteneklerinin sağlık sistemi, eğitim sistemi, toplumdaki sosyal ve kültürel durumlar gibi faktörlerle etkileşimiyle şekillenir [77].

Sağlık okuryazarlığı ve tütün kullanım sıklığı birçok faktörle ilişkili de olsa sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ülkelerde tütün kullanımının daha fazla olduğu görülmektedir [78]. Dünya sağlık örgütünün, STEPS (Stepwise approach to surveillance) Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017" çalışmasına göre, Türkiye'de tütün ürünleri kullanımının sebep olduğu sağlık sorunlarından iki veya daha fazlasını bilenlerin yüzdesi 76,2'dir [23]. Tütün ürünlerinin kullanımı nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ile ilgili çoğunluk bilgi sahibi olsa da henüz bilgi sahibi olmayanların varlığı da gözler önüne serilmektedir. Hastaların sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesinde etkili olan faktörleri ortaya koymak için yapılan çalışmalarda bazı araştırmacılar, risk faktörü farkındalığını sağlıklı yaşam davranışlarıyla

ilişkilendirmiştir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Duncan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kilolarını yanlış algılayan bireylerin, doğru kilo algılarına sahip olanlara göre daha düşük olasılıkla kilo vermeye çalıştıklarını bulmuşlardır[24]. Bireyin koruyucu sağlık davranışlarını benimsemesinde birçok faktör etkili olsa da kişinin KVH risk farkındalığının olması şüphe yok ki sigara bırakmada önemli etkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Diyet, egzersiz, sigara ve alkol tüketimi ile ilgili sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemek için, popülasyonun KVH riskinin farkında olması gerekir. KVH riski, kişinin kalp krizi veya felç geçirme olasılığını ifade ederken, algılanan KVH riski; kişinin KVH riskine ilişkin algısını ifade eder. Yanlış algı, KVH'nın erken başlamasına katkıda bulunan sağlıksız davranışların benimsenmesine ve/veya sürdürülmesine yol açabilir. Yapılan çalışmalarda erkek cinsiyet, şehir merkezinde oturmak ve daha düşük sosyoekonomik düzey düşük KVH risk farkındalığı ile anlamlı ilişki içinde bulunmuştur [79-81]. İngiltere'de kardiyovasküler hastalık riski yüksek olan kişiler arasında KVH risk farkındalığını artırmayı amaçlayan bir kardiyovasküler hastalık risk değerlendirme ve yönetim programı olan The National Health Service Health check sağlık hizmeti, araştırma değerlendirmelerinde kullanılmak üzere hastaların KVH risk farkındalığını inceleyen bir anket geliştirdi[82]. Yirmi altı maddelik bu anket dört ölçekten oluşur: KVH Riski ve Önleme Bilgisi, Algılanan Kalp Krizi/İnme Riski, Algılanan Faydalar ve Davranış Değiştirme Niyeti ve Sağlıklı Beslenme Niyetleri. ABCD (Attitudes and Beliefs about Cardiovascular Disease) risk anketi adı verilen bu anketin hastaların KVH risk anlayışını değerlendirmek için kullanılabileceği belirtilmiştir [82]. Bu anket Vural ve arkadaşları tarafından Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ) adı altında psikometrik özellikleri değerlendirilerek Türk toplumuna uyarlanmıştır[83].

## **2.10. Sigara ve Kardiyovasküler Hastalıkların ilişkisi**

### **2.10.1. KVH Epidemiyolojisi**

Dünya genelinde meydana gelen ölümlerin en önemli nedeni olan bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm sebepleri içinde kalp-damar hastalıkları ilk sırayı alırken, özellikle iskemik kalp hastalıkları ve



serebrovasküler hastalıklar ilk iki ölüm nedenidir, KVH' lar 2019'da tahminen dünyada ölümlerin %32'sine, 2021'de de Türkiye'de ölümlerin %33,4'üne neden olmuştur [19, 20]. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda (2011'de yapılmıştır) Türkiye'de kadınların % 9,8'inde, erkeklerin % 6,4'ünde Rose anjina anketine veya kişinin anamnezine göre anjina pektoris saptanmıştır[84]. Akut miyokard enfarktüsü öyküsü kadınlarda %1,1; erkeklerde %2,3'tür. Hekim tarafından tanı konulmuş koroner kalp hastalığı sıklığı beyana dayalı olarak kadınlarda %2,3; erkeklerde %3,8'dir [84]. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması/Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Çalışması'nda (2017) popülasyonun kalp krizi/ anjina pektoris veya inme (SVO) yaşamış olma sıklığı kadınlarda %4,8; erkeklerde %5,2 olarak ön görülmüştür[7]. Kalp krizi/ anjina pektoris veya inme (SVO) yaşamış olma sıklığı yaşla doğru orantılıdır; 15-29 yaş aralığında %1,3' iken  $\geq 70$  yaş nüfusta %18,8'e ulaşmaktadır[7].

### 2.10.2. KVH Başlıca Risk Faktörleri

1. Tütün kullanımı
2. Yetersiz fiziksel aktivite : Dünya Sağlık Örgütü tarafından yeterli düzeyde fiziksel aktivite, haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapılması olarak tanımlanmaktadır[85]. Fiziksel aktivite ile kardiyovasküler hastalık ve mortalite arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Sedanter yaşam tarzı kan kolesterol seviyesinde ve visseral yağ dokusunda artışa yol açar. Bu duruma hücrel ve doku bazında immünolojik yanıt oluşması eşlik eder ki bu yanıt da aterosklerozun patogenezinde anahtar rol oynayan persistan vasküler inflamasyona yol açar[86]. Sedanter yaşamın mortalite üzerinde etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada günde >7,7 saat televizyon izleyenlerde <1 saat izleyenlere kıyasla kardiyovasküler hastalıklara bağlı ve tüm nedenlerden olan mortalitenin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır[87].
3. Alkol kullanımı: Çok sayıda epidemiyolojik çalışma alkol tüketim miktarı ve paterni ile kardiyovasküler hastalık gelişimi arasında kompleks bir ilişki olduğunu göstermiştir Alkol tüketim miktar ve paterni ile hipertansif kalp hastalığı, kardiyomiyopati, atriyal fibrilasyon ve atriyal flutter, hemorajik ve diğer iskemik olmayan inmeler arasında ilişki bulunmaktadır[88-91].

4. Sağlıksız Beslenme: Gerekli miktarda meyve ve sebze tüketimi KVH, kolorektal kanser ve mide kanseri meydana gelme riskini azaltmaktadır[92]. Günlük olarak tüketilen tuz miktarı, kan basıncı ve kardiyovasküler risk için önemli bir belirleyicidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından kardiyovasküler hastalıklardan korunmak için günlük kişi başı <5gr tuz tüketimi önerilmektedir[93]. Günde en az 400 gr. veya beş porsiyon meyve ve sebze yemek BOH riskini azaltır[94].
5. Obezite: Obezite ile ilişkili kardiyovasküler komplikasyonlar hormon ve peptitleri de içeren farklı mekanizmalarla meydana gelmekte, inflamasyon, insülin direnci, endotel disfonksiyonu, koroner kalsifikasyon, koagülasyon aktivasyonu, renin anjiotensin mekanizması veya sempatik sinir sistemi aktivasyonu gibi olaylar rol oynamaktadır [95]. Obezite kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olup hem çocuk hem de yetişkinlerde dislipidemi, yüksek kan basıncı/hipertansiyon ve ateroskleroza yol açar[96, 97].
6. Hipertansiyon: Vakaların çoğunda hipertansiyona yol açan kesin neden bilinmese de yüksek tuz alımı, aşırı kiloluluk/obezite, zararlı ölçüde alkol tüketimi, fiziksel inaktivite, stres, hava kirliliği ve sigara hipertansiyon meydana gelme olasılığını arttırmaktadır[92]. Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olup engelliliğin dünya genelinde başlıca nedenidir[98]. Kan basıncının >115/75 mmHg olması kardiyovasküler hastalık gelişim riskini arttırmakta ve 40-69 yaş grubunda sistolik kan basıncında her 20 mmHg artış (veya diastolik kan basıncında her 10 mmHg artış) inmeye bağlı ölüm oranında iki kattan fazla, iskemik kalp hastalıklarına ve diğer vasküler nedenlere bağlı ölüm oranında da iki kat farka neden olmaktadır[99]
7. Diyabetes Mellitus: Diyabet, koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörüdür[100]. Tip 2 diyabetli kişilerde koroner arter hastalığı riski, diyabetik olmayanlara göre 2-4 kat daha fazladır. Bu hastaların %60-75'i makrovasküler olaylara bağlı olarak ölmektedir. Ateroskleroz daha erken yaşta, multisegmental tutulumla ortaya çıkar ve diyabetiklerde daha sık görülür.[92] Sigara içenlerde diyabet geliştirme riski %30-40 daha yüksektir[56].
8. Yüksek Kan Kolesterolü: Artmış LDL-C seviyesi aterosklerotik kardiyovasküler hastalık ile nedensel ilişki içerisindedir. LDL ve diğer Apo-B içeren

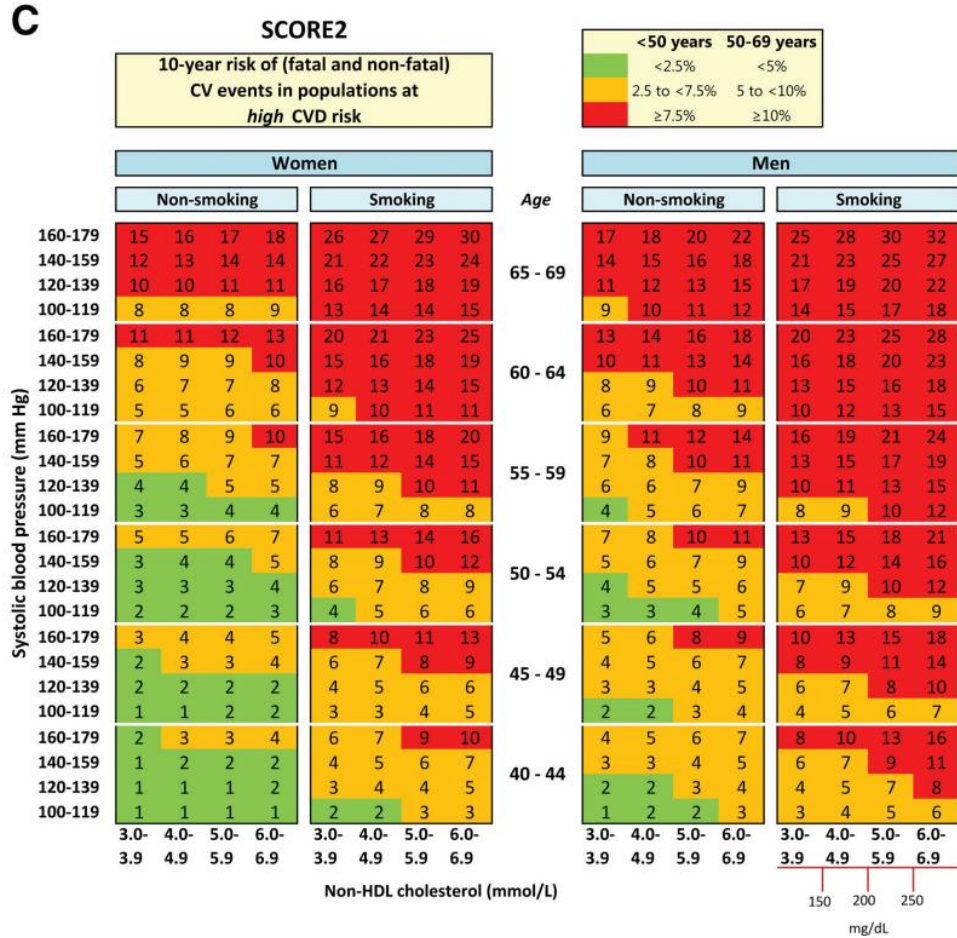
lipoproteinlerin seviyesinin mümkün olduğunca düşürülmesi kardiyovasküler olay riskini azaltmaktadır[101].

9. Birinci derece akrabalarda erken KVH öyküsü (erkeklerde <55, kadınlarda <65 yaşında)[102]
10. HDL-K düşüklüğü (erkeklerde <40 mg/dl, kadınlarda <50 mg/dl)[102]
11. Trigliserid yüksekliği (>150 mg/dl)[102]
12. Bozulmuş açlık kan glukozu ( $\geq 100$  mg/dl, fakat <126 mg/dl) veya bozulmuş glukoz toleransı (oral Glukoz Tolerans Testin'de 2. saatteki glukoz  $\geq 140$  fakat <200)[102]
13. Erken menopoz[102]

### **2.10.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Belirleme Yöntemleri**

Kardiyovasküler hastalık riskinin ön görülmesi koruyucu yaklaşımlar ve tedavi açısından çok önemlidir. Konuya halk sağlığı açısından bakıldığında ölüm ve hastalık yükünün azaltılmasında risk değerlendirmesinin ve risk faktörleriyle mücadelenin önemi anlaşılmaktadır. Bu yüzden KVH riskini ön görmeye yönelik risk faktörlerine dayalı risk hesaplama sistemleri geliştirilmiştir. Başlıca risk hesaplama sistemleri içinde Framingham sistemi, PROCAM, Reynolds Risk Skoru, SCORE, Q-RISK' ten söz edilebilir. SCORE projesi, Avrupa klinik pratiğinde kardiyovasküler riskin yönetiminde kullanılmak üzere bir risk skorlama sistemi geliştirmek için başlatılmıştır[103]. SCORE (Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi) sistemi, 11 Avrupa ülkesinde yürütülen 12 prospektif çalışmaya ve genel popülasyondan 205.000'den fazla kişinin takibine dayanmaktadır, bu yüzden Avrupa Kardiyoloji Derneği klinik pratikte KVH riski hesaplamada SCORE sisteminin kullanılmasını önermektedir[103]. SCORE sistemi yalnızca majör risk faktörlerini içerir bunlar yaş; cinsiyet; sigara; sistolik kan basıncı ve total kolesteroldür ; 40-65 yaş üzerinde uygulanabilir[103]. SCORE 10 yıllık toplam KVH mortalitesi riskini tahmin eder[103]. Toplanan veriler ışığında sistem geliştirilerek Avrupa'nın düşük, orta, yüksek ve çok yüksek riskli bölgeleri için toplam kardiyovasküler olaylara yönelik güncellenmiş, kalibre edilmiş risk tahminleri sağlayan SCORE2'ye çevrilmiştir. SCORE2, non-HDL kolesterol değerinin etkisini de barındırır ve 40-69 yaş

aralığındaki sağlıklı kişilerde 10 yıllık fatal ve non-fatal KVH olayların (miyokard infarktüsü, inme) riskini tahmin eder[104].



**Şekil 5.** Türkiye'nin de içinde bulunduğu Yüksek Risk Grubu Ülkeler İçin SCORE2 KVH Risk Skalası[104]

#### 2.10.4. Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkileri

Tütün içmenin kardiyovasküler sağlık üzerindeki çok sayıda olumsuz etkisi bulunmaktadır. Surgeon General 2014 raporuna göre tütün dumanı maruziyeti (aktif/pasif) inme, aort anevrizması, koroner kalp hastalığı, aterosklerotik periferik arter hastalığı ve erken abdominal aortik ateroskleroza neden olmaktadır[8]. Bu raporda pasif sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak inme riskinde %20-30 artış meydana geldiği belirtilirken dumansız hava sahası politikalarının (kapalı kamusal alanlar ve iş yerlerinde sigara içmenin yasaklanması) pasif sigara dumanı maruziyetini

azaltacağına ve bunun da akut koroner olaylarda azalma ile sonuçlanacağına dair yeterli bilimsel kanıt olduğu vurgulanmıştır[8].

Sigara; akut olarak sistolik kan basıncını, nabızı ve kardiyak output'u artırır, vazokonstrüksiyona neden olur. İnflamasyonu artırır ve damarlarda platelet agregasyonuna ve tromboza yol açar. Trigliserit, LDL kolesterol seviyelerini artırır, HDL kolesterol seviyesini düşürür[105]. LDL oksidasyonunu ve endotel disfonksiyonuna neden olarak aterogenezi artırır, plak stabilizasyonunu bozar. Dolaşıma geçen karbon monoksit hemoglobine 245 kat daha fazla afiniteyle bağlanarak oksijenizasyonu düşürür ve ventriküler fibrilasyon eşiğini düşürür, bu da ani ölümlere neden olur. Nikotin serum katekolamin düzeyini artırarak aritmojenik etki gösterir[56].

Yapılan bir çalışmada sigara içmenin akut koroner trombüs gelişimi için majör risk faktörü olduğu ve akut trombüse bağlı gelişen ani kardiyak ölümlerin çoğunun sigara içenlerde görüldüğü sonucuna ulaşılırken hem aktif hem de pasif sigara dumanı maruziyetinin koroner trombüs ve miyokard infarktüsü (MI) riskini arttırdığı belirtilmiştir[106]. Kalp hastalığı kaynaklı ölümlerin %30 kadarı sigaradan kaynaklanmaktadır ve aralarında kuvvetli bir doz bağımlı ilişki bulunmaktadır[56]. KVH nedeniyle ölüm meydana gelme riski kadınlarda erkeklerden daha yüksek olup kadınlarda koroner kalp hastalığı gelişme riski aynı düzeyde tütün dumanına maruz kalan erkek içicilerden %25 oranında daha fazladır[60]. Günde 1-5 adet sigara içmekte olan bir kadın, içmeyenlere kıyasla 2,5 kat daha fazla koroner arter hastalığı geliştirme riski taşır[56]. Günde 40 veya daha fazla sigara içmekte olan bir kadında risk 75 katın üstüne çıkmaktadır[56]. Elli yaş altı kadınlarda görülen miyokard enfarktüslerinin ¾'ü sigaraya bağlanabilir[107]. Hem sigara içip hem oral kontraseptif kullanan kadınlarda bu risk 10 kata kadar çıkar[56]. MI geçirme riski içilen sigara sayısı ile doğru orantılı olarak artar, günde 1-4 adet sigara tüketimi bile iskemik kalp hastalığından ölme riskini erkeklerde 2.7, kadınlarda 2.9 kat artırır[108]. Günde 35 adet ve üzeri sigara içilmesi MI riskini 20 kata kadar artırır. Koroner artere stent yerleştirilmesinin ardından sigara içmeye devam etmek re-stenoz gelişmesi ve koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası tekrarlayan trombozlar açısından bağımsız bir risk faktörüdür[56].

Sigara inme, abdominal aort anevrizması ve periferik damar hastalıkları gibi diğer kardiyovasküler hastalık türleriyle kuvvetli bir ilişki içindedir. Sigara içenlerde inme insidansı içmeyenlerden 2 ila 4 kat daha fazladır[109, 110]. İnme riski de içilen sigara miktarıyla doğru orantılı artış gösterir. Sigara iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler olay riskini serum kolesterol seviyesinden bağımsız olarak artırır, Güney Kore’de yapılan bir çalışmada düşük serum kolesterol düzeyi sigarayla ilişkili aterosklerotik kardiyovasküler hastalık karşısında koruyucu olamamıştır[111].

KVH ile ilişkili mortalite ve morbiditenin yaklaşık %80'i egzersiz yaparak, sağlıklı beslenerek, sağlıklı vücut ağırlığını koruyarak ve sigara içmeyerek önlenir[21]. KVH risk faktörlerinin erkenden sistematik bir şekilde taranmasında ve riskli davranışların (diyet, sigara vb.) değiştirilmesi konusunda danışmanlık sağlanmasında birinci basamak sağlık çalışanlarının rolü çok önemlidir. Hastalarla birinci basamakta karşılaşılır karşılaşmaz KVH riski belirlenerek risk düzeyini azaltacak müdahalelerde bulunulmalıdır [22].

### 3. GEREÇ – YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın veri toplama bölümü 05.04.2023-22.06.2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. 22.06.2023-30.06.2023 tarihleri arasında veri analizi, raporlama aşamaları tamamlanmıştır.

#### 3.4. Araştırmanın Evreni, Örnekleme, Araştırma Grubu

Araştırmanın evrenini tütün ürünü kullanan ve Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği polikliniklerine başvuran bireyler oluşturmuştur. Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği poliklinikleri, 4 poliklinik ve 1 tane de sigara bırakma polikliniği içermektedir. Araştırmada kontrol grubu olarak ayaktan hasta kliniklerine başvuran, tütün ürünü kullanan ve sigara bırakma poliklinik başvurusu hiç olmayan gönüllüler alınmıştır. Çalışma Grubu olarak da tütün ürünü kullanan ve sigara bırakma polikliniğine başvuran gönüllüler alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiştir ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutulup imzalatılmıştır.

Kontrol grubu dahil etme kriterleri:

1. 18 yaş ve üstü olma
2. Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği polikliniklerine başvurusu olma
3. Tütün ürünü kullanma
4. Sigara bırakma polikliniğine hiç başvuru yapmamış olma
5. Oryante ve koopere olma
6. Gönüllü olma

Çalışma grubu dahil etme kriterleri

1. 18 ve yaş üstü olma
2. Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği sigara bırakma polikliniği başvurusu olma (en az 1 kez)
3. Tütün ürünü kullanma
4. Oryante ve koopere olma
5. Gönüllü olma

Araştırmanın örnekleme için bilinmeyen evrende örneklem hesabı için %28,3 (TÜİK verilerine göre tütün ürünü kullanma sıklığı) sıklık, %95 güven düzeyi, %5 hata payı ile 181 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının her biri için en az 90 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

### 3.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Çalışmamızda, Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği polikliniklerine ve sigara bırakma polikliniğine 05.04.2023-22.06.2023 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü hastalarla görüşülerek tütün ürünü kullanma durumu sorgulanmıştır. Tütün ürünü kullanan ve çalışmaya katılan bireylerin daha önce hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olup olmadığı, yaşı, medeni hali, eğitim durumu, mesleği, kendisine göre maddi gelir düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, kiminle birlikte yaşadığı, sigara içtiği paket/yıl, kilo-boy bilgisi, kronik hastalıkları, bireylerin birinci derece akrabalarında KVH (kardiyovasküler hastalık), KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı), astım, diyabet, kanser tanıları olup olmadığı, sigara içme ağırlığı indeksi ve kardiyovasküler hastalık farkındalık değerlendirme ölçeği önermelerine yanıtları öğrenilmiştir.

Ankette toplam 18 soru, 1 ölçek ve sigara içme ağırlığı indeksi (2 soru) bulunmaktadır (EK-1). Anket soruları literatür taramasına göre araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Ölçek kullanım izinleri alınmıştır (EK-2).

**Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ):** Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından geliştirilen kardiyovasküler hastalık risk değerlendirme formunun ilk hali 65 maddeden oluşmaktadır. Bu form kişilerin on yıl içerisinde KVH ve inmeye bağlı gelişebilecek ölüm riskini düşük, orta, yüksek ve çok yüksek risk düzeyi şeklinde belirtmektedir. Woringer ve ark.[82]



tarafından İngiliz toplumuna uyarlayarak elde edilen ABCD questionare (26 madde) Türk toplumuna Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ) adı altında uyarlanmış ve çalışmamızda bu form kullanılmıştır. Türk toplumuna uyarlanan bu ölçekte orjinalindeki 4 madde (madde 9, 22, 23, 26) çıkarılmış ve ölçek toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ilk 8 madde bilgi sorusudur ve ifadeler doğru, yanlış ya da bilmiyorum şeklinde yanıtlanmaktadır. Her doğru yanıtın değeri 1 puan olup, yanlış ya da bilmiyorum yanıtının değeri 0 puandır. İlk 7 sorunun doğru cevabı “doğru”, 8. sorunun doğru cevabı ise “yanlış” tır (Daha yüksek toplam puan =kalp krizi ya da inme hakkında daha bilgili olduğunu gösterir). Ölçek algılanan kalp krizi/inme riski (7 madde), sağlıklı beslenme niyetleri (5 madde) ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler (2 madde) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 15. ve 16. maddeleri ters puanlanmaktadır. Algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutundan daha yüksek ortalama puan alınması, kalp krizi veya inme riski hakkında algının daha yüksek olduğunu gösterir. Sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutundan daha yüksek ortalama puan alınması sağlıklı beslenme davranışıyla ilgili değişime daha hazır olduğunu gösterir. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutundan daha yüksek ortalama puan alınması diyet ve egzersizin yararlarının daha iyi algılandığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğunu gösterir. Algılanan kalp krizi/inme riski için cronbach alfa değeri  $\alpha=0.91$ , algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler için cronbach alfa değeri  $\alpha=0.79$  ve sağlıklı beslenme niyetleri cronbach alfa değeri  $\alpha=0.68$ ’dir. Ölçek 4’lü likert tipinde olup, 1(kesinlikle katılmıyorum)-4(kesinlikle katılıyorum) arasında puanlandırılmaktadır. Bu çalışmada, KHRFDÖ’ den bireylerin aldıkları toplam puanı temsil eden risk düzeyine göre güvenilirlik katsayısı olarak sınıf içi korelasyon katsayısı 0.809’dir. Ölçekte ve alt boyutlarında puanın yükselmesi kardiyovasküler hastalıklara yönelik farkındalığın arttığını göstermektedir.

### **Bağımlı değişkenler**

Sigara Bırakma Polikliniği Başvuru Durumu

Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği

Sigara Ağırlığı İndeksi

### **Bağımsız değişkenler**

Yaşı,

Cinsiyeti,

Medeni Hali,

Eğitim Durumu,

Mesleği,

Çocuk Sahibi Olma Durumu,

Maddi Gelir Düzeyi Kişisel Değerlendirme,

Kronik Hastalıkları,

Bireylerin Kronik Hastalıkları,

Bireylerin Birinci Derece Akrabalarında KVH, KOAH-Astım, Diyabet, Kanser

Tanıları Varlığı,

BKİ (Beden Kitle İndeksi)

Sigara Ağırlığı indeksi

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Anket Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği polikliniklerine başvuran, tütün ürünü kullanan ve daha önce hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olmamış bireylere ve Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği sigara bırakma polikliniğine başvuranlara yüz yüze olarak uygulanmıştır. Anket formları, katılımcılara bilgilendirilmiş onam formları okunarak, çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara uygulanmıştır. Anketin tamamlanması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

#### **Analiz öncesi kategorize edilen veriler:**

Maddi gelir düzeyi kişinin kendisini nasıl değerlendirdiği üzerinden “düşük”, “orta” ve “yüksek” olarak sorgulanmıştır.

Eğitim durumu, “Okuryazar değil”, “Okuryazar”, “İlköğretim”, “Ortaokul”, “Lise”, “Yüksek Öğrenim” olarak sorgulanmış olup, “İlköğretim ve öncesi” ve “Ortaokul”, “Lise”, “Yüksek Öğrenim” olarak kategorize edilerek analiz edilmiştir.

Kronik hastalık varlığı “Geçirilmiş kalp krizi”, “Geçirilmiş İnme”, “Kalbe stent takılma ve by-pass cerrahisi öyküsü”, “Hipertansiyon”, “Diyabetes Mellitus”, “Hiperlipidemi”, “KOAH”, “Astım”, “Kanser”, “Diğer” olarak sorgulanmış olup

“Geçirilmiş kalp krizi”, “Geçirilmiş İnme”, “Kalbe stent takılma ve by-pass cerrahisi öyküsü”, “Hipertansiyon”, “Diyabetes Mellitus”, “Hiperlipidemi” seçenekleri “KVH ve risk varlığı” başlığı altında birleştirilerek analiz edilmiştir.

### 3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen niceliksel veriler IBM SPSS v23.0 Statistics yazılım versiyonu (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile analiz edildi.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı (n), yüzde (%), ortalama (mean), ortanca (md), çeyrekler açıklığı (IQR), standart sapma (SS) ve minimum (min)-maksimum (maks) değerleri kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile test edilmiştir. Sürekli verilerin ortalama ve standart sapması ile ortanca ve çeyrekler açıklığı da belirtilmiştir.

Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testlerinde  $p=0,05$  olmasına rağmen ortanca ve ortalama değerlerin birbirine çok yakın olması, standart sapma ve çeyrekler açıklığının kapladığı alanın benzer olması, histogram grafiklerinin normal dağılıma uygun olması ve örneklem büyüklüğünün yeterince büyük olması nedeniyle, sürekli değişkenlerin bağımsız gruplardaki karşılaştırılmaları için Bağımsız Gruplarda T Testi kullanılmıştır.

Sıralı ve sayımlı verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Ki-kare testinde herhangi bir hücrenin 5’in altında kalması durumunda Fisher’s exact testi kabul edilmiştir.

İkiden fazla bağımsız gruplar arasındaki niceliksel değişkenler açısından farklılıklar Analysis of Variance (one way ANOVA) testi ile ortaya konmuş ve Post-hoc testlerinden, grupların varyanslarının eşit olması durumunda, örneklemeler eşit olmadığı için Scheffe yöntemi ve varyans eşit bulunmadığı analizlerde ise Tamhane yöntemi kullanılarak, gruplar arasındaki farklılıklar irdelenmiştir.

Niceliksel değişkenler arasında doğrusal ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile test edilmiştir.

Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi (Tip 1 hata olasılığı) 0,05 ve güç düzeyi (Tip 2 hata olasılığı) %80 alınarak, istatistiksel anlamlılıklar belirlenmiştir.

Kaynakça EndNote™ X20.2.0, Clarivate Analytics (US) LLC. Programı ile düzenlenmiştir.

### **3.8. Etik ve İzinler**

Araştırmanın etik onayı 04.04.2023 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan GO 23/287 Araştırma/Proje Numarası ile alınmıştır (EK-3).

## 4. BULGULAR

Bu araştırmaya katılımcı olarak 05.04.2023-22.06.2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, tütün ürünü kullanan ve daha önce hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olmayan 18 yaş üstü 92 ve sigara bırakma polikliniğine başvuran 18 yaş üstü 91; toplamda 183 katılımcı dahil edildi.

### 4.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Bazı Sağlık Özellikleri

Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin Tablo 3'te ve bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması, Tablo 4'de ve Tablo 5'te görülmektedir.

Çalışma grubuna dahil edilen 91 hastanın yaş ortalaması 44,07 yıl ( $\pm$  12,26) (min=22; maks=68), kontrol grubuna dahil olan 92 hastanın yaş ortalaması ise 34,40 yıl ( $\pm$ 10,67) (min=18; maks=67) idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p<0,001$ ) (Tablo 5).

Çalışma ve kontrol grubunda eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, maddi gelir düzeyi, kronik hastalığı olması, KVH ve riskinin varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla p değerleri;  $<0,001/0,01/0,006/<0,001/0,001/0,042$ ) (Tablo 3-Tablo 4). Eğitim düzeyi İlköğretim ve altı olanların tamamı, ortaokul mezunu olanların %82,4'ü, lise mezunu olanların %40'ı, yüksek öğrenim mezunu olanların ise %38,7'si çalışma grubundadır yani sigara bırakma poliklinik başvuruları vardır ( $p<0,001$ ). Katılımcılardan çocuk sahibi olanların %60,4'ünün Sigara bırakma poliklinik başvurusu vardır ( $p=0,01$ ). Maddi gelir düzeyi yüksek olanların %82,4'ü kontrol grubundayken; maddi geliri kendi değerlendirmesine göre düşük olanların %63'ü sigara bırakma polikliniğine başvuru yapmıştır ( $p=0,006$ ). Kronik hastalığı olanların %72,2'sinin ( $p<0,001$ ), KVH ve risk varlığı olanların %73,2'sinin ( $p=0,001$ ), birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların %62'sinin ( $p=0,042$ ) sigara bırakma polikliniğine başvurusu mevcuttur.

Çalışma grubuna dahil edilen 91 hastanın sigara tüketim miktarı ortalaması 30,73 paket/yıl ( $\pm$  23,4) (min=1; maks=120), kontrol grubuna dahil olan 92 hastanın sigara tüketim miktarı ortalaması ise 11,97 paket/yıl ( $\pm$ 10,26) (min=0,03; maks=60) idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p<0,001$ ) (Tablo 5).

Çalışma grubuna dahil edilen 91 hastanın BKİ (beden kütle indeksi) ortalaması 27,02 kg/m<sup>2</sup> (±4,26) (min=18,99; maks=44,08), kontrol grubuna dahil olan 92 hastanın BKİ ortalaması ise 25,37 kg/m<sup>2</sup> (±4,26) (min=18,07; maks=35,49) idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,01) (Tablo 5).

Çalışma ve kontrol grubu arasında cinsiyet, medeni hal, kiminle yaşadığı, birinci derece akrabada KVH-KOAH-Astım-Diyabet varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

**Tablo 5.** Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

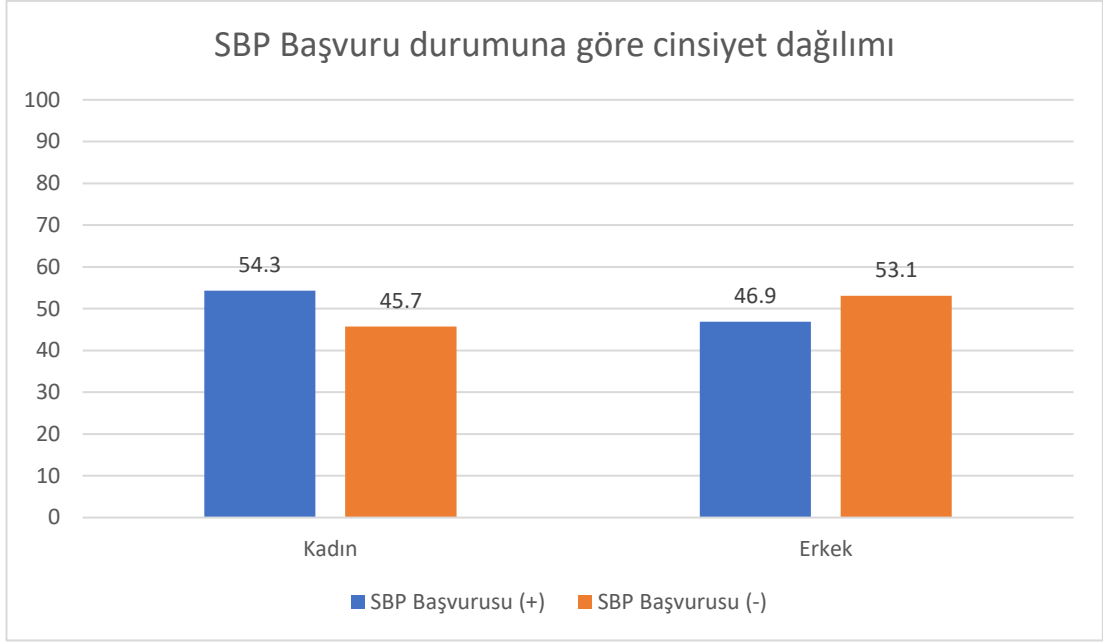
	<b>Sigara Bırakma Polikliniği Başvurusu Durumu</b>				p
	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>		
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					0,332
Erkek	53	46,9	60	53,1	
Kadın	38	54,3	32	45,7	
<b>Eğitim</b>					<b>0,001&gt;</b>
İlköğretim ve altı	20	100	0	0	
Ortaöğretim	14	82,4	3	17,6	
Lise	16	40	24	60	
Yüksek öğretim	41	38,7	65	61,3	
<b>Medeni hal</b>					0,064
Evli	53	56,4	41	43,6	
Bekar	38	42,7	51	57,3	
<b>Çocuk varlığı</b>					<b>0,010</b>
Evet	61	60,4	40	39,6	
Hayır	30	36,6	52	63,4	
<b>Kiminle yaşıyor</b>					0,240
Aile	68	20,7	66	79,3	
Arkadaş	4	28,6	10	71,4	
Yalnız	19	54,3	16	45,7	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>					<b>0,006</b>
Düşük	29	63	17	37	
Orta	59	49,2	61	50,8	
Yüksek	3	17,6	14	82,4	
n: sayı					
<i>Ki-Kare Testi</i>					

**Tablo 6.** Çalışma ve kontrol grubunun ve katılımcıların bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması

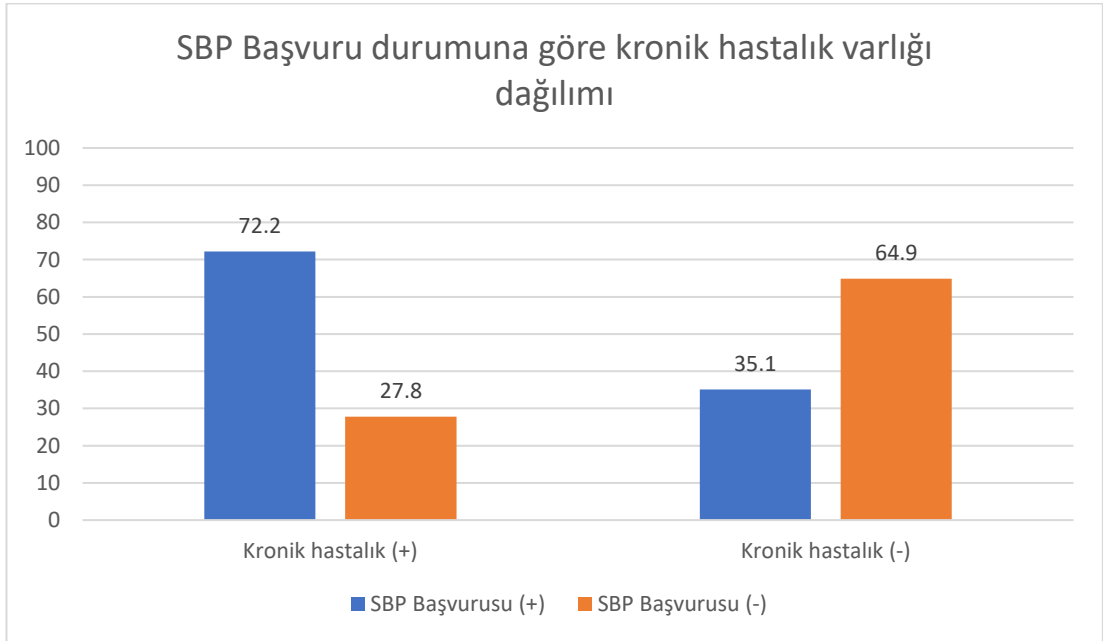
<b>SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİK BAŞVURUSU</b>					p
Evet		Hayır			
n	%	n	%		
<b>Kronik hastalık varlığı</b>					<b>0,001&gt;</b>
Evet	52	72,2	20	27,8	
Hayır	39	35,1	72	64,9	
<b>KVH ve Risk varlığı</b>					<b>0,001</b>
Evet	30	73,2	11	26,8	
Hayır	61	43	81	57	
<b>Birinci derece akrabada KVH varlığı</b>					0,063
Evet	55	56,1	43	43,9	
Hayır	36	42,4	49	57,6	
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>					0,483
Evet	28	53,8	24	46,2	
Hayır	63	48,1	68	51,9	
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>					0,338
Evet	44	53,7	38	46,3	
Hayır	47	46,5	54	53,5	
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>					<b>0,042</b>
Evet	31	62	19	38	
Hayır	60	45,1	73	54,9	
n: sayı, KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus <i>Ki-Kare Testi</i>					

**Tablo 7.** Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik ve bazı sağlık özelliklerinin karşılaştırılması

<b>Sigara Bırakma Poliklinik Başvurusu Durumu</b>		<b>Yaş</b>	<b>BKİ</b>	<b>Sigara içilen paket/yıl</b>
<b>Evet</b>	Ortalama	44.07	27.02	30,73
	SS	12.26	4.26	23,47
	Min	22.00	18.99	1
	Maks	68.00	44.08	120
<b>Hayır</b>	Ortalama	34.40	25.37	11,97
	SS	10.67	3.63	10,26
	Min	18.00	18.07	0,03
	Maks	67.00	35.49	60
p		<b>0,001&gt;</b>	<b>0,01</b>	<b>0,001&gt;</b>
BKİ: Beden kütle indeksi, SS: Standart sapma, Min: Minimum Maks: Maksimum <i>Bağımsız Gruplarda T Testi</i>				

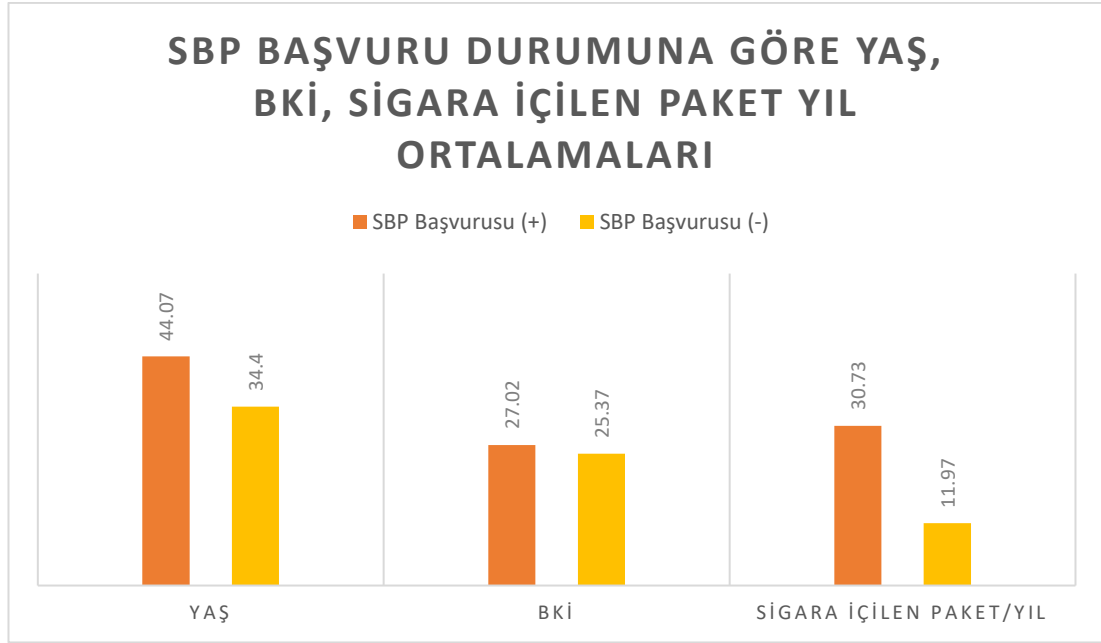


**Grafik 1.** Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri



**Grafik 2.** Çalışma ve Kontrol Grubunun Bazı Sağlık Özellikleri





**Grafik 3.** Çalışma ve Kontrol Grubunun Yaş, BKİ, Sigara İçilen Paket/yıl Ortalamaları

#### 4.2. Çalışma ve kontrol gruplarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ), Ölçek Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi (SAİ) Puan Dağılımları ve İlişkisi

Çalışma ve kontrol gruplarının KHRFD Ölçeği, Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi (SAİ) Puan Dağılımları ve aralarındaki ilişki Tablo 6'da gösterilmektedir.

Ölçeğin puan ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla bilgi alt boyutu çalışma grubunda 5,84 ( $\pm 1,75$ ), kontrol grubunda 5,57 ( $\pm 2,03$ ); algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu çalışma grubunda 17,79 ( $\pm 2,63$ ), kontrol grubunda 15,89 ( $\pm 3,52$ ); sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu çalışma grubunda 11,71 ( $\pm 2,18$ ), kontrol grubunda 10,67 ( $\pm 2,91$ ); algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu çalışma grubunda 6,2 ( $\pm 1,16$ ), kontrol grubunda 5,51 ( $\pm 2,01$ ); KHRFDÖ toplam puanı çalışma grubunda 41,57 ( $\pm 4,46$ ), kontrol grubunda 37,65 ( $\pm 7,40$ ); SAİ puanı çalışma grubunda 2,28 ( $\pm 1,91$ ), kontrol grubunda 2,16 ( $\pm 1,66$ ) idi.

Çalışma ve kontrol grubu arasında ölçeğin bilgi alt boyutu dışındaki alt boyutlarında ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü. Çalışma grubunun kontrol grubuna göre algılanan kalp krizi/inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutlarından

ve ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Sigara bırakma poliklinik başvurusu olanların kalp krizi veya inme riski hakkında algısının daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ), sağlıklı beslenme davranışıyla ilgili değişime daha hazır olduğu ( $p=0,008$ ), diyet ve egzersizin yararlarının daha iyi algılandığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğu ( $p=0,03$ ) ve genel olarak KVVH'a yönelik farkındalığının daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) görülmektedir.

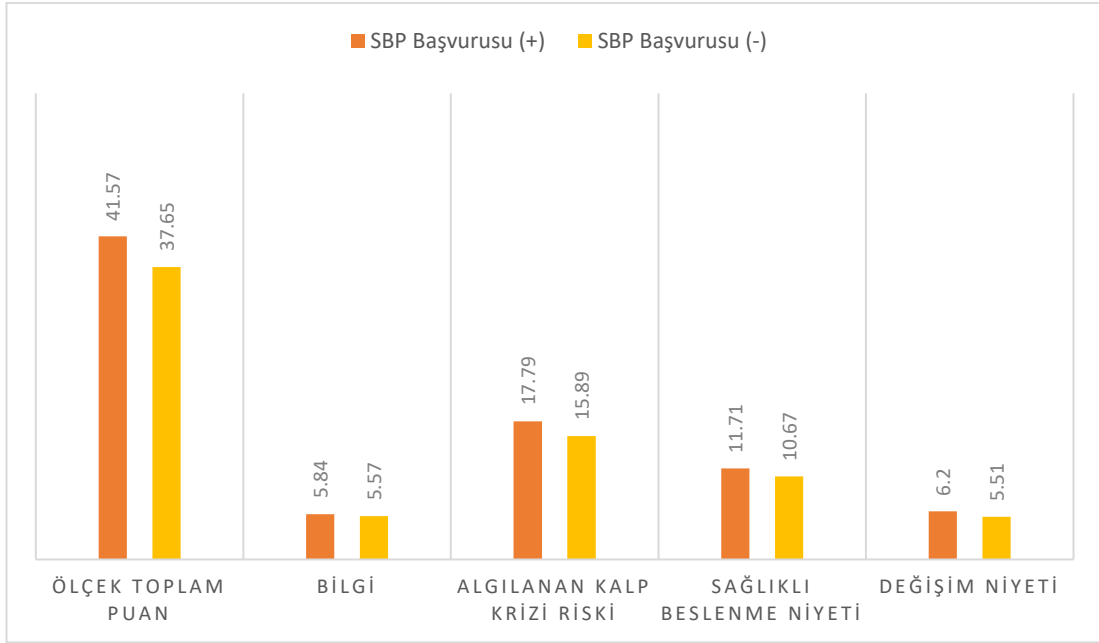
Çalışma ve kontrol grubu arasında bilgi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,51$ ).

Çalışma ve kontrol grubu arasında SAİ ile istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ( $p<0,001$ ). Sigara bırakma polikliniğine başvurusu olanların yani çalışma grubunun sigara içme ağırlığı indeksinden aldıkları puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

**Tablo 8.** Çalışma ve kontrol gruplarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ), Ölçek Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi (SAİ) Puan Dağılımları ve İlişkisi

Sigara Bırakma Poliklinik Başvurusu Durumu		Bilgi	Algılanan Kalp krizi/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan Faydalar ve Değişime yönelik niyetler	Ölçek toplam	SAİ
<b>Evet</b>	<b>Ortalama</b>	5.84	17.79	11.71	6.21	41.57	3.28
	<b>SS</b>	1.75	2.63	2.18	1.16	4.46	1.91
	<b>Min</b>	2.00	9.00	6.00	2.00	31.00	.00
	<b>Maks</b>	8.00	24.00	16.00	8.00	55.00	6.00
<b>Hayır</b>	<b>Ortalama</b>	5.57	15.89	10.67	5.51	37.65	2.16
	<b>SS</b>	2.03	3.52	2.91	2.01	7.40	1.66
	<b>Min</b>	0.00	4.00	1.00	0.00	12.00	0.00
	<b>Maks</b>	8.00	22.00	17.00	8.00	51.00	6.00
	<b>p</b>	0,51	<b>0,001&gt;</b>	<b>0,008</b>	<b>0,03</b>	<b>0,001&gt;</b>	<b>0,001&gt;</b>

SS: Standart sapma, SAİ: Sigara Ağırlığı İndeksi  
Bağımsız Gruplarda T Testi



**Grafik 4.** Sigara Bırakma Polikliği Başvuru Durumuna Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ), Ölçek Alt Boyutları ve Sigara Ağırlığı İndeksi(SAİ) Puan Dağılımları ve İlişkisi

### 4.3. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki

Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki Tablo 7' de ve Tablo 8'de gösterilmektedir. Ölçek toplam puanı ile eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı, birinci derece akrabalarda KVH varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $p=0,004/p=0,001/p<0,001/p=0,034$ ). Lise mezunlarının ortalama ölçek toplam puanı en düşük iken ( $36,60\pm 8,0$ ), ilköğretim mezunlarının ortalama ölçek toplam puanı en yüksektir ( $42,15\pm 4,31$ ). Kronik bir hastalığı olanların ölçek toplam puanı ortalaması ( $41,47\pm 5,38$ ) olmayanlara ( $38,38\pm 6,75$ ) göre daha yüksektir. KVH ve riskli olanların ölçek toplam puanı ortalaması ( $42,63\pm 5,16$ ) olmayanlara ( $38,72\pm 6,49$ ) göre daha yüksektir. Birinci derece akrabalarda KVH varlığı olanların olmayanlara göre ortalama ölçek toplam puanı daha yüksektir.

Cinsiyet, medeni hal, çocuk varlığı, maddi gelir düzeyi, birinci derece akrabada KOAH astım tanısı varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı varlığı, birinci derece akrabada diyabet tanısı varlığı ile KHRFDÖ toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

**Tablo 9.** Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki

	Ölçek toplam Puanı		p
	Ortalama	SS	
<b>Cinsiyet</b>			0,382
<b>Erkek</b>	39,23	6,72	
<b>Kadın</b>	40,20	5,87	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			<b>0,004</b>
<b>İlköğretim ve altı</b>	42,15	4,31	
<b>Ortaöğretim</b>	41,94	6,18	
<b>Lise</b>	36,60	8,00	
<b>Yüksek öğretim</b>	39,87	5,71	
<b>Medeni hal</b>			0,629
<b>Evli</b>	39,81	6,54	
<b>Bekar</b>	39,37	6,30	
<b>Çocuk varlığı</b>			0,239
<b>Evet</b>	39,95	6,77	
<b>Hayır</b>	39,17	5,95	
<b>Kiminle yaşıyor</b>			0,304
<b>Aile</b>	40,02	6,31	
<b>Arkadaş</b>	39,28	7,37	
<b>Yalnız</b>	38,11	6,37	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>			0,559
<b>Düşük</b>	40,26	6,11	
<b>Orta</b>	39,40	6,75	
<b>Yüksek</b>	39,23	4,64	
SS: Standart Sapma <i>Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi</i>			

**Tablo 10.** Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki

	Ölçek toplam puan		p
	Ortalama	SS	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			<b>0,001</b>
<b>Evet</b>	41,47	5,38	
<b>Hayır</b>	38,38	6,75	
<b>KVH ve risk varlığı</b>			<b>&lt;0,001</b>
<b>Evet</b>	42,63	5,16	
<b>Hayır</b>	38,72	6,49	
<b>Birinci derece yakın KVH varlığı</b>			<b>0,034</b>
<b>Evet</b>	40,34	6,49	
<b>Hayır</b>	38,74	6,24	
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>			0,256
<b>Evet</b>	38,96	5,89	
<b>Hayır</b>	39,85	6,61	
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>			0,061
<b>Evet</b>	40,75	5,85	
<b>Hayır</b>	38,66	6,72	
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>			0,198
<b>Evet</b>	40,38	6,58	
<b>Hayır</b>	39,30	6,34	

SS: Standart Sapma, KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus  
Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi

#### 4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişki

##### 4.4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bazı sağlık özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki Tablo 9'da ve Tablo 10'da gösterilmektedir. Ölçek Bilgi alt boyutu puanı ile cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda Diyabet tanısı varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $p=0,001/p=0,003/p=0,034/p=0,021$ ). Kadınların bilgi alt boyutu ort. puanı ( $6,28\pm 1,65$ ), erkeklere ( $5,35\pm 1,96$ ) göre daha yüksektir. Lise mezunlarının ortalama bilgi alt boyutu puanı en düşük iken ( $4,75\pm 1,93$ ), yükseköğrenim mezunlarının ortalama bilgi alt boyutu puanı en yüksektir ( $6,01\pm 1,80$ ).

Kronik bir hastalığı olanların ortalama bilgi alt boyutu puanı ( $6,13 \pm 1,57$ ) olmayanlara ( $5,43 \pm 2,04$ ) göre daha yüksektir. Birinci derece akrabalarda Diyabet tanısı olanların ( $6,04 \pm 1,83$ ) olmayanlara ( $5,43 \pm 1,92$ ) göre ortalama bilgi alt boyutu puanı daha yüksektir.

Medeni hal, çocuk sahibi olma, maddi gelir düzeyi, KVH ve risk varlığı, birinci derece akrabada KOAH astım tanısı varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı varlığı, birinci derece akrabada KVH tanısı varlığı ile ölçek bilgi alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

**Tablo 11.** Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki

	<b>Bilgi Alt Boyutu Puanı</b>		<b>p</b>
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	
<b>Cinsiyet</b>			<b>0,001</b>
<b>Erkek</b>	5,35	1,96	
<b>Kadın</b>	6,28	1,65	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			<b>0,003</b>
<b>İlköğretim ve altı</b>	5,75	1,65	
<b>Ortaöğretim</b>	6,00	2,12	
<b>Lise</b>	4,75	1,93	
<b>Yüksek öğretim</b>	6,01	1,80	
<b>Medeni hal</b>			0,643
<b>Evli</b>	5,68	1,82	
<b>Bekar</b>	5,74	1,99	
<b>Çocuk sahibi olma</b>			0,319
<b>Evet</b>	5,64	1,76	
<b>Hayır</b>	5,79	2,07	
<b>Kiminle yaşıyor</b>			0,774
<b>Aile</b>	5,64	1,94	
<b>Arkadaş</b>	5,85	2,03	
<b>Yalnız</b>	5,91	1,73	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>			0,142
<b>Düşük</b>	5,58	1,55	
<b>Orta</b>	5,65	2,03	
<b>Yüksek</b>	6,47	1,69	
SS: Standart Sapma Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi			

**Tablo 12.** Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu Arasındaki İlişki

	Bilgi Alt Boyutu Puanı		p
	Ortalama	SS	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			<b>0,034</b>
<b>Evet</b>	6,13	1,57	
<b>Hayır</b>	5,43	2,04	
<b>KVH ve risk varlığı</b>			0,054
<b>Evet</b>	6,31	1,29	
<b>Hayır</b>	5,53	2,01	
<b>Birinci derece yakın KVH varlığı</b>			0,126
<b>Evet</b>	5,87	1,93	
<b>Hayır</b>	5,51	1,85	
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>			0,473
<b>Evet</b>	5,42	2,26	
<b>Hayır</b>	5,82	1,73	
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>			<b>0,021</b>
<b>Evet</b>	6,04	1,83	
<b>Hayır</b>	5,43	1,92	
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>			0,383
<b>Evet</b>	5,98	1,60	
<b>Hayır</b>	5,60	1,99	

SS: Standart Sapma KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus  
Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi

#### 4.4.2. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İNme Riski Alt Boyutu Arasındaki İlişki

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bazı sağlık özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İNme Riski Alt Boyutu arasındaki ilişki Tablo 11’de ve Tablo 12’de gösterilmektedir. Ölçeğin Algılanan Kalp krizi/İNme Riski Alt Boyutu puanı ile eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, kiminle yaşadığı, kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı, birinci derece akrabalarda KVH tanısı varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $p=0,007/p=0,016/p=0,034/p=0,05/p=0,001/p=0,017$ ).

Lise mezunlarının ortalama Algılanan Kalp krizi/İNme Riski Alt Boyutu puanı en düşük iken ( $16,15\pm 4,06$ ), ortaokul mezunlarının en yüksektir ( $18,58\pm 2,18$ ). Çocuk sahibi olanların ortalama Algılanan Kalp krizi/İNme Riski Alt Boyutu puanı ( $17,24\pm 3,41$ ), olmayanlara ( $16,32\pm 2,97$ ) göre daha yüksektir. Ailesiyle birlikte



yaşayanların (17,22±3,12) yalnız veya arkadaşıyla yaşayanlara göre ortalama Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı daha yüksektir. Kronik bir hastalığı olanların ortalama Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı (17,61±2,97) olmayanlara (16,33±3,33) göre daha yüksektir. KVH ve riski olanların Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı ortalaması(18,24±2,56) olmayanlara (16,42±3,24) göre daha yüksektir. Birinci derece akrabalarda KVH tanısı olanların (17,27±3,25) olmayanlara (16,32±3,18) göre ortalama Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı daha yüksetir. Cinsiyet, medeni hal, maddi gelir düzeyi, birinci derece akrabada KOAH astım tanısı varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı varlığı, birinci derece akrabada diyabet tanısı varlığı ile Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

**Tablo 13.** Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu Arasındaki İlişki

	Algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu puanı		p
	Ortalama	SS	
<b>Cinsiyet</b>			0,775
<b>Erkek</b>	16,76	3,26	
<b>Kadın</b>	16,95	3,23	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			<b>0,007</b>
<b>İlköğretim ve altı</b>	18,35	2,73	
<b>Ortaöğretim</b>	18,58	2,18	
<b>Lise</b>	16,15	4,06	
<b>Yüksek öğretim</b>	16,52	2,97	
<b>Medeni hal</b>			0,276
<b>Evli</b>	17,09	3,21	
<b>Bekar</b>	16,56	3,27	
<b>Çocuk sahibi olma</b>			<b>0,016</b>
<b>Evet</b>	17,24	3,41	
<b>Hayır</b>	16,32	2,97	
<b>Kiminle yaşadığı</b>			<b>0,034</b>
<b>Aile</b>	17,22	3,12	
<b>Arkadaş</b>	15,78	2,93	
<b>Yalnız</b>	15,77	3,56	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>			0,802
<b>Düşük</b>	17,02	3,32	
<b>Orta</b>	16,83	3,18	
<b>Yüksek</b>	16,35	3,65	

*Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi*

**Tablo 14.** Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu Arasındaki İlişki

	Algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu puanı		p
	Ortalama	SS	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			<b>0,05</b>
<b>Evet</b>	17,61	2,97	
<b>Hayır</b>	16,33	3,33	
<b>KVH ve risk varlığı</b>			<b>0,001</b>
<b>Evet</b>	18,24	2,56	
<b>Hayır</b>	16,42	3,24	
<b>Birinci derece yakın KVH varlığı</b>			<b>0,017</b>
<b>Evet</b>	17,27	3,25	
<b>Hayır</b>	16,32	3,18	
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>			0,567
<b>Evet</b>	16,69	3,10	
<b>Hayır</b>	16,89	3,31	
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>			0,756
<b>Evet</b>	17,00	3,04	
<b>Hayır</b>	16,70	3,41	
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>			0,184
<b>Evet</b>	17,42	2,87	
<b>Hayır</b>	16,61	3,36	
SS: Standart Sapma, KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus <i>Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi</i>			

#### 4.4.3. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu Arasındaki İlişki

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bazı sağlık özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu arasındaki ilişki Tablo 13’de ve Tablo 14’te gösterilmektedir. Ölçeğin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu puanı ile sadece kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $p=0,037/p=0,008$ ). Kronik bir hastalığı olanların ortalama Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu puanı ( $11,66\pm 2,15$ ) olmayanlara ( $10,88\pm 2,85$ ) göre daha yüksektir. KVH ve riskli olanların Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu puanı ortalaması ( $12,07\pm 1,92$ ) olmayanlara ( $10,93\pm 2,74$ ) göre daha yüksektir.

Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal, çocuk sahibi olma, kiminle yaşadığı, maddi gelir düzeyi, birinci derece akrabada KVH tanısı varlığı, birinci derece akrabada KOAH-astım tanısı varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı varlığı, birinci derece akrabada diyabet tanısı varlığı ile Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

**Tablo 15.** Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu Arasındaki İlişki

	Sağlıklı beslenme niyetleri alt Boyutu puanı		p
	Ortalama	SS	
<b>Cinsiyet</b>			0,939
<b>Erkek</b>	11,16	2,68	
<b>Kadın</b>	11,22	2,53	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			0,140
<b>İlköğretim ve altı</b>	11,65	2,41	
<b>Ortaöğretim</b>	11,70	2,33	
<b>Lise</b>	10,40	2,70	
<b>Yüksek öğretim</b>	11,32	2,64	
<b>Medeni hal</b>			0,416
<b>Evli</b>	11,30	2,72	
<b>Bekar</b>	11,06	2,51	
<b>Çocuk sahibi olma</b>			0,217
<b>Evet</b>	11,37	2,52	
<b>Hayır</b>	10,96	2,73	
<b>Kiminle yaşıyor</b>			0,278
<b>Aile</b>	11,34	2,57	
<b>Arkadaş</b>	11,28	3,12	
<b>Yalnız</b>	10,57	2,59	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>			0,647
<b>Düşük</b>	11,47	2,35	
<b>Orta</b>	11,13	2,79	
<b>Yüksek</b>	10,82	2,00	
SS:Standart Sapma Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi			

**Tablo 16.** Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu Arasındaki İlişki

		Sağlıklı beslenme niyetleri alt Boyutu puanı		
		Ortalama	SS	p
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				<b>0,037</b>
<b>Evet</b>	11,66	2,15		
<b>Hayır</b>	10,88	2,85		
<b>KVH ve risk varlığı</b>				<b>0,008</b>
<b>Evet</b>	12,07	1,92		
<b>Hayır</b>	10,93	2,74		
<b>Birinci derece yakın KVH varlığı</b>				0,247
<b>Evet</b>	11,39	2,61		
<b>Hayır</b>	10,95	2,62		
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>				0,637
<b>Evet</b>	11,01	2,61		
<b>Hayır</b>	11,25	2,63		
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>				0,279
<b>Evet</b>	11,46	2,62		
<b>Hayır</b>	10,97	2,61		
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>				0,520
<b>Evet</b>	11,26	2,91		
<b>Hayır</b>	11,16	2,51		
SS: Standart Sapma, KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus				
<i>Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi</i>				

#### 4.4.4. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu Arasındaki İlişki

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bazı sağlık özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu arasındaki ilişki Tablo 15’de ve Tablo 16’da gösterilmektedir. Ölçeğin Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu puanı ile medeni hal, çocuk sahibi olma, birinci derece akrabalarda diyabet tanısı varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $p=0,037/p=0,039/p=0,016$ ). Bekar olanların ortalama Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı ( $6,0\pm 1,8$ ), evlilerden daha yüksektir ( $5,73\pm 1,53$ ). Çocuk sahibi olanların ortalama Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu puanı ( $5,68\pm 1,64$ ), olmayanlara ( $6,08\pm 1,70$ ) göre daha düşüktür. Birinci derece akrabalarda

diyabet tanısı olanların (6,24±1,33) olmayanlara (5,55±1,86) göre ortalama Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu puanı daha yüksektir.

Cinsiyet, eğitim düzeyi, kiminle yaşadığı, maddi gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı, birinci derece akrabada KOAH astım tanısı varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı varlığı, birinci derece akrabada KVH tanısı varlığı ile Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

**Tablo 17.** Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile KVHRFÖ Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu Arasındaki İlişki

	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu puanı		p
	Ortalama	SS	
<b>Cinsiyet</b>			0,298
<b>Erkek</b>	5,94	1,66	
<b>Kadın</b>	5,72	1,70	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			0,072
<b>İlköğretim ve altı</b>	6,40	0,59	
<b>Ortaöğretim</b>	5,64	1,27	
<b>Lise</b>	5,30	2,06	
<b>Yüksek öğretim</b>	6,00	1,67	
<b>Medeni hal</b>			<b>0,037</b>
<b>Evli</b>	5,73	1,53	
<b>Bekar</b>	6,0	1,81	
<b>Çocuk sahibi olma</b>			<b>0,039</b>
<b>Evet</b>	5,68	1,64	
<b>Hayır</b>	6,08	1,70	
<b>Kiminle yaşıyor</b>			0,153
<b>Aile</b>	5,81	1,65	
<b>Arkadaş</b>	6,35	1,98	
<b>Yalnız</b>	5,85	1,66	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>			0,239
<b>Düşük</b>	6,17	1,43	
<b>Orta</b>	5,78	1,75	
<b>Yüksek</b>	5,58	1,73	
SS: Standart Sapma Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi			

**Tablo 18.** Bireylerin Bazı Sağlık Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler Alt Boyutu Arasındaki İlişki

		Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu puanı		
		Ortalama	SS	p
<b>Kronik hastalık varlığı</b>				0,402
<b>Evet</b>	6,05	1,46		
<b>Hayır</b>	5,73	1,30		
<b>KVH ve risk varlığı</b>				0,997
<b>Evet</b>	6,00	1,37		
<b>Hayır</b>	5,82	1,75		
<b>Birinci derece yakın KVH varlığı</b>				0,840
<b>Evet</b>	5,79	1,76		
<b>Hayır</b>	5,94	1,58		
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>				0,618
<b>Evet</b>	5,82	1,60		
<b>Hayır</b>	5,87	1,71		
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>				<b>0,016</b>
<b>Evet</b>	6,24	1,33		
<b>Hayır</b>	5,55	1,86		
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>				0,202
<b>Evet</b>	5,72	1,61		
<b>Hayır</b>	5,91	1,70		

SS: Standart Sapma, KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus  
Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi

#### 4.5. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Bazı Sağlık Özellikleri ile Sigara Ağırlığı İndeksi Arasındaki İlişki

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bazı sağlık özellikleri ile sigara ağırlığı indeksi arasındaki ilişki Tablo 17’de ve Tablo 18’de gösterilmektedir. Sigara ağırlığı indeksi puanı ile eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, maddi gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı, birinci derece akrabalarda kanser tanısı varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $p=0,003/p=0,016/p=0,040/p=0,018/p=0,006/p=0,039$ ). Yüksek öğrenim mezunlarının ortalama sigara ağırlığı indeksi puanı en düşük iken ( $2,35\pm 1,66$ ), ilköğretim ve altı eğitim düzeyi olanların en yüksektir ( $3,75\pm 2,14$ ). Çocuk sahibi olanların ortalama sigara ağırlığı indeksi puanı ( $3,01\pm 1,83$ ), olmayanlara ( $2,35\pm 1,86$ ) göre daha yüksektir. Maddi gelir düzeyi kendisine göre düşük olanların ( $2,95\pm 1,95$ )

orta ( $2,78 \pm 1,81$ ) veya yüksek ( $1,64 \pm 1,83$ ) olanlara göre ortalama sigara ağırlığı indeksi puanı daha yüksektir.

Kronik bir hastalığı olanların ortalama sigara ağırlığı indeksi puanı ( $3,13 \pm 1,93$ ) olmayanlara ( $2,45 \pm 1,79$ ) göre daha yüksektir. KVH ve riski olanların Sigara Ağırlığı İndeksi puanı ortalaması ( $3,43 \pm 1,84$ ) olmayanlara ( $2,51 \pm 1,83$ ) göre daha yüksektir.

Birinci derece akrabalarda kanser tanısı olanların ( $3,18 \pm 1,80$ ) olmayanlara ( $2,54 \pm 1,87$ ) göre ortalama sigara ağırlığı indeksi puanı daha yüksektir.

Cinsiyet, medeni hal, kiminle yaşadığı, birinci derece akrabada KVH tanısı varlığı birinci derece akrabada KOAH-astım tanısı varlığı, birinci derece akrabada diyabet tanısı varlığı ile sigara ağırlığı indeksi arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı.

**Tablo 19.** Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile sigara ağırlığı indeksi arasındaki ilişki

	Sigara Ağırlığı İndeksi		p
	Ortalama	SS	
<b>Cinsiyet</b>			0,770
<b>Erkek</b>	2,75	1,84	
<b>Kadın</b>	2,67	1,93	
<b>Eğitim Düzeyi</b>			<b>0,003</b>
<b>İlköğretim ve altı</b>	3,75	2,14	
<b>Ortaöğretim</b>	3,70	1,79	
<b>Lise</b>	2,75	1,99	
<b>Yüksek öğretim</b>	2,35	1,66	
<b>Medeni hal</b>			0,358
<b>Evli</b>	2,85	1,90	
<b>Bekar</b>	2,58	1,83	
<b>Çocuk sahibi olma</b>			<b>0,016</b>
<b>Evet</b>	3,01	1,83	
<b>Hayır</b>	2,35	1,86	
<b>Kiminle yaşıyor</b>			0,448
<b>Aile</b>	2,80	1,92	
<b>Arkadaş</b>	2,14	1,51	
<b>Yalnız</b>	2,62	1,81	
<b>Maddi gelir düzeyi</b>			<b>0,040</b>
<b>Düşük</b>	2,95	1,95	
<b>Orta</b>	2,78	1,81	
<b>Yüksek</b>	1,64	1,83	
SS: Standart Sapma Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi			

**Tablo 20.** Bireylerin bazı sağlık özellikleri ile sigara ağırlığı indeksi arasındaki ilişki

	Sigara Ağırlığı İndeksi		p
	Ortalama	SS	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			<b>0,018</b>
<b>Evet</b>	3,13	1,93	
<b>Hayır</b>	2,45	1,79	
<b>KVH ve risk varlığı</b>			<b>0,006</b>
<b>Evet</b>	3,43	1,84	
<b>Hayır</b>	2,51	1,83	
<b>Birinci derece yakın KVH varlığı</b>			0,068
<b>Evet</b>	2,95	1,92	
<b>Hayır</b>	2,44	1,78	
<b>Birinci derece akrabada KOAH astım varlığı</b>			0,648
<b>Evet</b>	2,82	1,89	
<b>Hayır</b>	2,67	1,86	
<b>Birinci derece akrabada DM varlığı</b>			0,419
<b>Evet</b>	2,58	1,85	
<b>Hayır</b>	2,83	1,88	
<b>Birinci derece akrabada kanser varlığı</b>			<b>0,039</b>
<b>Evet</b>	3,18	1,80	
<b>Hayır</b>	2,54	1,87	

SS: Standart Sapma, KVH: Kardiyovasküler Hastalık, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, DM: Diyabetes Mellitus  
Bağımsız Gruplarda T Testi ve Tek yönlü Varyans Testi

#### 4.6. Bireylerin Bazı Niceliksel Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Alt Boyutlarının ve Sigara Ağırlığı İndeksinin Korelasyonu

Bireylerin Bazı Niceliksel Özellikleri ile KHRFD Ölçeğinin Alt Boyutlarının Korelasyonu Tablo 19’da gösterilmektedir. Sigara içilen paket/yıl arttıkça Algılanan kalp krizi /inme riski alt boyutu puanı ve Sigara Ağırlığı İndeksi puanı artmaktadır, aralarında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ( $p=0,012/p<0,001$ ). Algılanan kalp krizi /inme riski alt boyutu puanı arttıkça yaş, sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu puanı, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu puanı, ölçek toplam puanı ve sigara ağırlığı indeksi puanı da artmaktadır, pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ( $p=0,018/ p<0,001/p<0,001/p<0,001/p<0,001$ ). Sağlık beslenme niyetleri alt boyutu ile; BKİ, algılanan kalp krizi /inme riski alt boyutu, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu, ölçek toplam puanı pozitif yönde korelasyon göstermektedir ( $p=0,014/ p<0,001/p<0,001/p<0,001$ ). Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ile; bilgi alt boyutu ve ölçeğin diğer alt boyutları arasında



pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ( $p=0,018/p<0,001$ ,  $p<0,001/p<0,001$ ). Ölçek toplam puanı arttıkça BKİ ve ölçeğin tüm alt boyutlarının puanı artmaktadır ( $p=0,041/p<0,001/p<0,001/p<0,001/p<0,001$ ). Sigara ağırlığı indeksi ile; yaş, BKİ, algılanan kalp krizi /inme riski alt boyutu arasında pozitif yönde korelasyon saptandı ( $p<0,001/p=0,01/p<0,001$ ).

Bizim çalışmamızda KHRFD Ölçeğinin bilgi alt düzeyi için cronbach alfa değeri  $\alpha=0,59$ , algılanan kalp krizi/inme riski için cronbach alfa değeri  $\alpha=0,61$ , algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler için cronbach alfa değeri  $\alpha=0,81$ , sağlıklı beslenme niyetleri için cronbach alfa değeri  $\alpha=0,52$ , ölçeğin tamamı için cronbach alfa değeri  $\alpha=0,73$ 'tür.

**Tablo 21.** Bazı Niceliksel Özellikler ile KHRFDÖ Alt Boyutlarının ve SAI'nin Korelasyonu

		Yaş	BKİ	Sigara içilen Paket/yıl	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<b>Bilgi (1)</b>	t	0,026	-0,008	-0,016	1					
	p	0,726	0,916	0,828						
<b>Algılanan kalp krizi/inme riski (2)</b>	t	0,176*	0,127	0,185	0,079	1				
	p	<b>0,018</b>	0,085	<b>0,012</b>	0,286					
<b>Sağlıklı Beslenme niyetleri (3)</b>	t	0,070	0,181*	0,042	0,135	0,380**	1			
	p	0,350	<b>0,014</b>	0,568	0,068	<b>p&lt;0,001</b>				
<b>Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler (4)</b>	t	-0,053	0,061	0,040	0,154*	0,281**	0,470**	1		
	p	0,481	0,411	0,589	<b>0,038</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>			
<b>Ölçek Toplam (5)</b>	t	0,111	0,151*	0,116	0,449**	0,757**	0,763**	0,642**	1	
	p	0,135	<b>0,041</b>	0,117	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>	<b>p&lt;0,001</b>		
<b>Sigara Ağırlığı İndeksi (6)</b>	t	0,274**	0,189*	0,526	-0,057	0,276**	0,076	-0,063	0,136	1
	p	<b>p&lt;0,001</b>	<b>0,010</b>	<b>p&lt;0,001</b>	0,444	<b>p&lt;0,001</b>	0,308	0,398	0,067	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 5. TARTIŞMA

Günümüzde dünyada 1 milyar kişi tütün ürünü kullanmaktadır[1]. TÜİK verilerine göre ise 2022 yılı itibariyle Türkiye’de 15 yaş ve üstünde her gün tütün ürünü kullanma sıklığı erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %15,5 toplamda %28,3’tür[3]. Tütün kullanımı doğrudan ve pasif duman maruziyetiyle pek çok morbiditeye ve dolayısıyla ölüme yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur[4]. Dünyadaki tüm ölümlerin %12’si tütün kullanımı ile ilişkilendirilmektedir[6]. Dünyada ölümlerin %32’si KVH’ lardan ; KVH kaynaklı ölümlerin ise %30 kadarı sigaradan kaynaklanmaktadır ve aralarında kuvvetli bir doz bağımlı ilişki bulunmaktadır[19, 56]. KVH ile ilişkili mortalite ve morbiditenin yaklaşık %80’i egzersiz yaparak, sağlıklı beslenerek, sağlıklı vücut ağırlığını koruyarak ve sigara içmeyerek önlenbilir[21]. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 çalışmasında Türkiye’de sigara bırakmada en önemli motivasyon kaynağının sağlık ile ilgili olduğu ortaya konmuştur. Sigarayı bırakanların %62,4’ü bir sağlık problemi sebebiyle bıraktığını ifade etmiştir[26]. Sağlığı koruma isteğinin sigara bırakmada en önemli motivasyon kaynağı olduğu anlaşılmaktadır.

5 Nisan 2023–22 Haziran 2023 tarihleri arasında, çalışma grubu olarak Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran tütün ürünü kullanan 18 yaş ve üstü 91 hastanın; kontrol grubu olarak da Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran tütün ürünü kullanan ve hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olmayan 18 yaş ve üstü 92 hastanın dahil edildiği ve iki grup arasında kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarının karşılaştırıldığı çalışmamızda sosyodemografik verilerin yanı sıra tıp literatürü için önemli ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen veriler çalışma hipotezimizle uyumlu olmuştur. Çalışma grubu olan tütün ürünü kullanan ve sigara bırakma poliklinik başvurusu olan grubun, kontrol grubu olan tütün ürünü kullanan ancak hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olmayan gruba karşı anlamlı düzeyde kardiyovasküler hastalıklarla ilgili risk farkındalık düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.

### **Sigara Bırakma Poliklinik Başvurusunu Etkileyen Faktörler**

Çalışma grubu ile kontrol grubu arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Sigara bırakma poliklinik başvurusu olanların yaş ortalaması anlamlı olarak daha fazlaydı. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, sigara bırakma girişiminde bulunan içicilerin daha genç olduğu tespit edilmiş, diğer bir çalışmada da yaş ile sigara bırakma girişimi arasında anlamlı fark saptanmamıştı[112, 113] Bu durum sigara bırakma girişiminde etkili olan birçok faktör olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz anlamlı sonuç yaşla birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkışı ve yaşam tarzı değişikliğinin ön plana çıkması ile bağdaştırılabilir.

Çalışma ve kontrol grubunda eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, maddi gelir düzeyi, kronik hastalığı olması, KVH ve riskinin varlığı, birinci derece akrabada kanser tanısı olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Uluslararası literatür taramasında da çalışmamızla aynı yönde sonuçlara rastlanmıştır. Literatürdeki birkaç çalışmada bizim çalışmamızla ters olarak lise ve üzeri eğitimi olanların veya daha yüksek akademik başarıya sahip olanların daha çok sigara bırakma girişimi olduğu ve bu yönde danışmanlık aldığı bulunmuştur[114, 115]. Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi daha düşük olan ilköğretim ve altı mezunları (%100) kendi içlerinde; ortaokul mezunu olanlar (%84) kendi içlerinde anlamlı olarak daha yüksek oranlarda sigara bırakma polikliniğine başvurmuşlardır, yüksek öğrenim ve üzeri eğitimi olanların %38,7’si çalışma grubundadır; bununla beraber sigara bırakma poliklinik başvurusu olanlar içinde en yüksek oran yüksek öğrenim ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlara aittir (n=41, %45,05). Bunun nedeni kontrol grubunun genelde Hacettepe Üniversitesi personeli olması ve buna bağlı olarak eğitim düzeyinin daha yüksek olması olabilir, sigara bırakma poliklinik hastaları ALO 171 tarafından yönlendirilmektedir ve toplumun daha iyi bir projeksiyonu olabilir.

Çalışmamızda maddi gelir düzeyi kendi değerlendirmesine göre yüksek olanların %82,4’ü kontrol grubundayken; maddi geliri kendi değerlendirmesine göre düşük olanların %63’ü sigara bırakma polikliniğine başvuru yapmıştır. Literatürde özellikle ABD’de ve Almanya’da yapılan çalışmalarda maddi gelir düzeyi yüksek ve sigorta sahibi olma sigara bırakma danışmanlığı almayla ilişkili bulunmuştur[116]. Bu durum bazı ülkelerde maddi açıdan zayıf kişilerin bu hizmetten faydalanamadığını göstermektedir, bizim çalışmamızda ise maddi gelir düzeyini düşük olarak

değerlendirenlerin anlamlı ölçüde daha çok sigara bırakma poliklinik başvurusu olduğu tespit edilmiştir; bu sonuç Türkiye’de yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir, sigara bırakma nedenleri arasında sigara fiyatları, sağlık sorunlarından sonra ikinci sıradadır[26]. Bu sonuçlardan sigaradan alınan vergilerin arttırılmasının sigara bırakma üzerinde etkili bir politika olduğu anlaşılabilir, ayrıca sigara bırakma danışmanlığının ve tedavilerinin ücretsiz verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Kronik hastalığı olanların %72,2’sinin, KVH ve risk varlığı olanların %73,2’sinin, birinci derece akrabasında kanser tanısı olanların %62 ‘sinin sigara bırakma polikliniğine başvurusu mevcuttur. Nitekim bizim çalışmamızla uyumlu olarak ABD’de 1. basamak bir sağlık kuruluşunda hasta faktörleri ve sigara bırakma yardımı alma arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada astımı veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hiperlipidemisi olan hastalarda sigara bırakma yardımı alma olasılığı daha yüksek olduğu bulunmuştur[117]. Uluslararası başka bir çalışmada daha kronik bir hastalığa sahip olma sigarayı bırakma tavsiyesi veya yardımı alma olasılığının artmasıyla ilişkilendirilmiştir[115]. Sağlıkla iliği endişelerin sigara bırakmada en etkili faktör olduğu düşünülünce bu sonuç şaşırtıcı değildir, ayrıca hekimlerin kronik hastalıkları olan ve daha sık kontrol ziyaretlerine giden bireylere daha fazla sigara bırakma tavsiyesinde bulunulduğunu gösteren çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir[115]. Kore’de sigara içen erkekler ile yapılan bir çalışmada iskemik kalp hastalığı öyküsü olması daha fazla sigara bırakma niyeti ile ilişkili bulunmuştur[118]. Ailede kanser öyküsü olması, sigara bırakma polikliniği başvurusu arasında anlamlı ilişkiyi incelediğimizde; Türkiye’de yapılan sigara kullanan bireylerdeki kronik hastalık ve malignite endişe düzeyini inceleyen bir çalışmada katılımcıların %92,0’si sigaranın kanserle ilişkili olduğunu bilmekte olduğu ortaya konmuştur ancak birinci derece yakınlarında kanser hastalığı ve tedavi sürecine şahit olmak kişinin konuyla ilgili risk algısını arttırarak sağlıklı yaşam davranışlarını arttırabileceğini düşündürmektedir[119].

Çalışma grubuna dahil edilen hastaların sigara tüketim miktarı ortalaması ile kontrol grubuna dahil olan hastaların ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Yurtdışından bir çalışmada günde daha az sigara içen ve daha az yıldır sigara içenlerin sigarayı bırakma girişiminde bulunma olasılıkları daha yüksek olarak bulunurken başka bir çalışmada her gün sigara içmek sigara bırakma danışmanlığı

alma olasılığının artmasıyla ilişkili bulunmuştur[113, 115]. Bu sonuç daha fazla sigara içenlerde doz bağımlı olarak daha fazla kronik hastalık ve semptomlarının ortaya çıkması ve risk algısının artışı bunun da sigara bırakma polikliniğine başvurma olasılığını arttırmış olmasıyla açıklanabilir. Nitekim Türkiye 'den bir çalışmada kronik hastalık endişe düzeyi daha fazla olan kişilerin sigara paket/yıl ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur[119]. Ayrıca Ayanian ve Cleary'nin yaptığı çalışmada da daha fazla sigara tüketen bireyler kendilerini kronik hastalık ve kanser yönünden daha riskli görmektedir[120].

Çalışma grubuna dahil edilen hastaların BKİ (beden kütle indeksi) ortalaması ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Sağlıklı yaşam davranışıyla ters düşen bu sonuç; yaş faktörüyle ilişkili olabilir, çalışma grubunun yaş ortalaması anlamlı olarak daha fazladır.

Çalışma ve kontrol grubu arasında cinsiyet, medeni hal, kiminle yaşadığı, birinci derece akrabalarda KVH-KOAH-Astım-Diyabet varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Literatür incelendiğinde sigara bırakma danışmanlığı almada bir çalışmada erkek cinsiyetin daha ön plandayken bir başka çalışmada kadın cinsiyetin anlamlı olarak daha fazla ön planda olduğu görülmüştür[114, 117].

Çalışma ve kontrol grubu arasında ölçeğin bilgi alt boyutu dışındaki alt boyutlarında ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü.

Sigara bırakma poliklinik başvurusu olanların kalp krizi veya inme riski hakkında algısının daha yüksek olduğu, sağlıklı beslenme davranışıyla ilgili değişime daha hazır olduğu, diyet ve egzersizin yararlarının daha iyi algılandığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğu ve genel olarak KVH'a yönelik farkındalığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç çalışma hipotezimizi desteklemektedir. Kanada'da yapılan KVH risk algısı ve sağlıklı yaşam davranışlarını inceleyen bir çalışmada Spesifik olarak, KVH risk faktörlerinden en az birini bilmeyen bireylerin haftada 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapma olasılıkları daha düşük, günde en az üç porsiyon meyve ve sebze tüketme olasılıkları daha düşük ve haftada en az bir kez fast-food tüketme olasılıkları daha yüksek; tersine, KVH risk değerlendirmelerinin tamamında doğru olan bireylerin önerilen fiziksel aktivite yönergelerini karşılama, günde en az üç porsiyon meyve ve sebze tüketme olasılıkları

daha yüksek ve haftalık olarak fast-food tüketme olasılığı daha düşük olarak bulunmuş[121].

Bu bulgular, bir sağlık durumuna karşı algılanan riskin, farkındalığın koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesinde önemli bir öncü olduğunu öne süren Sağlık İnanç Modeli ile uyumludur. KVH riskinin farkında olan bireylerin, farkında olmayanlara göre koruyucu sağlık davranışları sergileme olasılıkları daha yüksektir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, bireylerin belirli kişisel KVH risk faktörleri hakkında bilgilendirilmesinin, koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesini kolaylaştırabileceği fikrini desteklemektedir.

Sigara bırakma polikliniğine başvurusu olanların yani çalışma grubunun sigara içme ağırlığı indeksinden aldıkları puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Sigara bırakma başvurusunda bulunanların bağımlılık düzeyi tespitine yönelik aldıkları SAİ puan ortalaması daha yüksektir, bu durum Ayanian ve Cleary'nin yaptığı çalışmada daha fazla sigara tüketen bireylerin kendilerini kronik hastalık ve kanser yönünden daha riskli gördükleri tespitiyle korelasyon göstermektedir, aynı çalışmada günde 1-19 sigara içenlere göre daha ağır sigara içicilerin kalp krizi açısından risk algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur [120]. Bir başka çalışmada sigara içenler bağımlılık düzeylerine göre sıralanmış ve bağımlılık düzeyleri arttıkça bireylerin kişisel kanser risk algılarının arttığı görülmüştür[122]. Risk algısının bağımlılığı yüksek olanlarda fazla olması sigara bırakma poliklinik başvurusunu arttırıyor olabilir, ayrıca sigara bırakmada sigara bağımlılık düzeyi arttıkça başarı oranı düşmektedir, bağımlılığı yüksek kişiler tek başlarına bırakma girişimlerinin başarısız olması nedeniyle yardım ve destek alma ihtiyacı daha çok hissediyor olabilirler.

Literatürde tütün ürünü kullanan bireylerde KVH risk algısı değerlendirmesi yapan çalışmaya rastlanmıştır, ancak sigara bırakma kliniklerine başvuru durumuyla ilişkilendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma ve kontrol grubu bilgi düzeyi arasında anlamlı fark olmaması bilgi sahibi olmanın her zaman sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemeye etkili olmayabileceğini ya da devreye bilgi düzeyi dışında faktörlerin girdiğini gösterebilir. Kişiler KVH ve risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olsalar da bu durum her zaman risk algısına yansımaz, risk algısının ayrıca değerlendirilmesi gerekebilir. Sigaranın KVH riskini önemli ölçüde arttırdığı tütün kullanan her bir bireye açıkça

ifade edilmelidir. Bu durumla tezat olarak Türkiye’den bir çalışmada; sigara bırakma kliniğine başvuran bireylerdeki sağlık okuryazarlığı seviyesi ve sağlık okuryazarlığı puanı, başvurmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur[123].

### **Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Etkileyen Faktörler**

Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı; eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı, birinci derece akrabalarda KVH varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi. Beklenenin aksine ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanları ölçeği tamamından aldıkları puan daha fazlaydı. Çalışmamızla uyumsuz olarak Ayanian ve arkadaşının yaptığı çalışmada lise ve altında eğitim düzeyine sahip olanların Mİ açısından risk algısı daha eğitilmiş olanlara göre daha az saptanmıştır[120]. Diğer bulgular aynı çalışmanın diğer bulguları ile uyumludur; hipertansiyon veya anjina pectoris tanıları olan veya ailede kalp krizi öyküsü olanlar kendilerini kalp krizi açısından daha riskli görmektedirler[120]. Bir başka çalışmada Ammouri ve ark. eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde KVH risk algısının daha yüksek olduğunu bildirmiştir, benzer şekilde Türkiye’den bir çalışmada da eğitim düzeyinin KVH için risk algısını etkilediği ve eğitim düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur[124, 125]

Ölçek Bilgi alt boyutu puanı ile cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, birinci derece akrabalarda Diyabet tanısı varlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bilgi alt boyutu ortalama puanı kadınların erkeklere göre; yükseköğrenim mezunlarının, diğer eğitim düzeylerine göre; kronik bir hastalığı olanların, olmayanlara göre; birinci derece akrabalarda diyabet tanısı olanların olmayanlara göre daha yüksektir. Literatürde de araştırmalar, kadınların kalp hastalıklarının belirtileri ve KVH risk faktörleri hakkında gösterdikleri farkındalığın erkeklerden daha fazla olduğunu göstermiştir[126]. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda bilgi düzeyinin yüksek olması da beklenen bir sonuçtur ve literatürle uyumludur. Kronik hastalığa sahip olanların bilgi alt düzeyinden daha fazla puan almaları muhtemelen algıda seçicilik ve daha fazla doktor ziyaretinde bulunmaları ile ilgili olabilir.

Kendi kategorilerinde sırasıyla ortaokul mezunlarının; Çocuk sahibi olanların, ailesiyle birlikte yaşayanların; kronik bir hastalığı olanların, KVH ve riski olanların;



Birinci derece akrabalarda KVH tanısı olanların ortalama Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı daha yüksektir. Ölçek toplam puanıyla benzer yaklaşımla değerlendirilebilir. Eğitim düzeyi ile ilişkisi literatürle uyumsuz olarak sonuçlanmıştır[120, 124, 125]. Kronik bir hastalığı olma, KVH ve riski olma; Birinci derece akrabalarda KVH tanısı olma ile ilişkisi literatürle uyumludur[120] Bizim çalışmamızın aksine Dayal ve Singh çalışmalarında yalnız yaşayan kadınlarda KVH risk algısının yüksek olduğunu göstermişlerdir[127].

Ölçeğin Sağlıklı Beslenme Niyetleri Alt Boyutu puanı ile sadece kronik hastalık varlığı, KVH ve risk varlığı arasındaki ilişki ölçeğin tamamı ve alt boyutları ile uyumlu olarak istatistiksel açıdan anlamlı idi. Sağlıklı beslenmeye yönelik değişimde sağlık sorunu varlığının önemli bir motivasyon olduğu anlaşılmaktadır.

Bekar olanların ortalama Algılanan Kalp krizi/İnme Riski Alt Boyutu puanı evlilerden daha yüksektir. Bekar kadın ve erkeklerde kardiyovasküler kalp hastalıklarına bağlı ölüm oranlarının evlilere göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar vardır[128]. KVH konusunda daha dikkatli olmasını beklediğimiz bu grubun diyet ve egzersizin yararlarının daha iyi algıladığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğunu söyleyebiliriz.

Sigara Ağırlığı İndeksi nikotin bağımlılık düzeyini gösteren bir sistemdir, puan arttıkça bağımlılık da artar. Bizim çalışmamıza göre çocuk sahibi olanların, maddi gelir düzeyini düşük olarak değerlendirenlerin, ilköğretim ve altı eğitimi olanların, kronik bir hastalığı, KVH ve riski , birinci derece yakınlarında kanser tanısı olanların SAİ indeksinden aldıkları puan ortalamaları kendi alt önermelerine göre daha fazladır, buna bağlı olarak bağımlılık düzeylerinin arttığını da söylemek mümkündür. Türkiye ‘den bir çalışmada da eğitim durumu yüksek kişilerde sigara bağımlılık düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, sayısal olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir[129]. Kronik bir hastalığı, KVH ve riski olanlarda SAİ puanının ortalamasının saha yüksek olmasının nedeni bu hastalıkların sigaraya bağlı ortaya çıkmış olabileceğini düşündürmektedir.

Sigara ağırlığı indeksi ile; yaş, BKİ, algılanan kalp krizi /inme riski alt boyutu arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Literatürde de Fagerstrom toplam skorunun BKİ ile pozitif yönde zayıf bir ilişkisi tespit edilmiştir[129]. Her bir özellik

için neden-sonuç ilişkisi karmaşık ve giriftir. Daha geniş çaplı longitudinal çalışmalarla değerlendirilmelidir.

### **Çalışmanın Üstün Yönleri:**

Literatürde tütün ürünü kullanan bireylerde KVH risk algısı değerlendirmesi yapan çalışmalara rastlanmıştır, ancak sigara bırakma kliniklerine başvuru durumuyla ilişkilendiren çalışmaya rastlanmamıştır.

### **Çalışmanın Kısıtlılıkları:**

Kilo-boy; KVH risk farkındalığı ile ilgili ölçümleri değerlendirirken kişilerin kendi beyanları kullanıldı.

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır, kısıtlı bir popülasyona uygulandı, ilişkilerdeki neden-sonuç ilişkisini araştırmak için gelecekte yapılacak çalışmalarda longitudinal bir tasarım kullanılmalıdır.

Çalışmamızda sigaranın üzerinden herhangi bir sağlık algısı sorgulaması yapılmamıştır.

Saha çalışması sırasında, anketi uygularken algılanan kalp krizi/felç riski ölçek alt boyutundaki bazı maddelerde geçen kalp krizi ve inme geçirme risk algısını sorgulayan soruların “hayatımda bir zaman” ve “gelecekte” şeklinde aynı manaya gelebilecek kelimelerle başlaması, “büyük bir olasılıktır”, “olasılığı çok yüksektir”, “olasıdır” şeklinde benzer şekilde sorgulanması katılımcılarda aynı önermelerin tekrar sorulduğu algısı oluşturmuştur; bu durumun katılımcılarda ölçek sorularını net anlamada güçlük yarattığı fark edilmiştir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

KVH için kendilerini risk altında görmeyen bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip olma olasılığı düşüktür. Tütün ürünü kullanan ve hiç sigara bırakma polikliniği başvurusu olmayan ve sigara bırakma polikliniğine başvurusu olan kişilerin kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarını ölçerek farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla planladığımız bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte olup araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Aile hekimliği ayaktan hasta polikliniklerine(kontrol grubu) ve sigara bırakma polikliniğine (çalışma grubu) 05.04.2023-22.06.2023 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü, tütün ürünü kullanan 181 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılara kardiyovasküler hastalık risk farkındalık değerlendirme ölçeği anket formunda uygulanmıştır.

Çalışmamızda elde edilen veriler çalışma hipotezimizle uyumlu olmuştur. Çalışma grubu olan tütün ürünü kullanan ve sigara bırakma poliklinik başvurusu olan grubun, kontrol grubu olan tütün ürünü kullanan ancak hiç sigara bırakma poliklinik başvurusu olmayan gruba göre anlamlı düzeyde kardiyovasküler hastalıklarla ilgili risk farkındalık düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.

KVH için kendilerini risk altında görmeyen bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına sahip olma olasılığı düşük olduğunu öne süren[124] çalışmalar ve bu çalışmadan elde ettiğimiz veriler dikkate alındığında bireylerin belirli kişisel KVH risk faktörleri hakkında bilgilendirilmesinin, koruyucu sağlık davranışlarının benimsenmesini kolaylaştırabileceği anlaşılmaktadır.

Yetersiz bilgi sahibi olma, gerçek KVH risk ve algılanan risk arasındaki boşluk sağlıklı yaşam tarzı geliştirmede bir engeldir. Bireylerin KVH bilgisini ve risk algısını geliştirmek, sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerinde etkili olabilir. KVH bilgisini ve risk algısını ölçmek; yaşam tarzı değişikliği müdahalesinde bulunmak ve müdahalelerin etkisini değerlendirmek ve izlemek için bir yöntem olarak dikkate değerdir. Geçmişten günümüze sigaranın zararları ile ilgili tütün kullananlara eğitim verilse de sigara içen insanların çoğu hala kendilerini kalp hastalıkları açısından risk altında görmeyebilmektedir.

Doktor danışmanlığı sigara bırakmada en maliyet etkin yöntemlerden biridir, bırakmada güçlük çekenler için yeni stratejiler geliştirilmesi de elzemdir. Sigara

bırakma sürecine çok yönlü yaklaşımın bir parçası olarak doktorlar ve sağlık profesyonelleri tütün ürünü kullanan hastalarını tespit etmeli, hastaların risk algısını gözden geçirmeli ve sigara ilişkili sağlık sorunlarıyla ilgili farkındalığı az olan kişilere daha yoğun danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.

Sigara içenlerin birlikte yaşadığı kişilerin KVH risk farkındalıkları sorgulanarak, kişinin sigara bırakma poliklinik başvurusunda etkisi olup olmadığı başka bir araştırma konusu olabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: addressing new and emerging products 2021 27 Temmuz 2021.
2. WHO. Global Adult Tobacco Survey Turkey Fact Sheet 2016 [updated 6 August 2019; cited 2023 11 mart]. Available from: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/872/download/6190>.
3. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022 2023 [01 July 2023]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747#:~:text=28%2C3%20oldu-,Her%20g%C3%BCn%20t%C3%BCt%C3%BCn%20mamul%C3%BC%20kullanilan%2015%20ya%C5%9F%20ve%20%C3%BCst%C3%BC%20bireyleri%20n,15%2C5%20oldu%C4%9Fu%20tespit%20edildi>.
4. DSÖ. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER – KUVVET-Paketi. . Cenevre, İsviçre: 2008.
5. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, Switzerland: 2008.
6. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco Geneva, Switzerland 2012. 392 p.
7. DSÖ. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS. Ankara: 2018.
8. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
9. Office on S, Health. Publications and Reports of the Surgeon General. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006.
10. Humans IWGotEoCRt. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC MONOGRAPHS ON THE IDENTIFICATION OF CARCINOGENIC HAZARDS TO HUMANS. 2004;83.
11. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG, et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). Tob Control. 2011;20(1):e2. Epub 20101208. doi: 10.1136/tc.2010.035931. PubMed PMID: 21148114.
12. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J, et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. Am J Public Health. 2008;98(4):672-9. Epub 20080228. doi: 10.2105/ajph.2007.126631. PubMed PMID: 18309121; PubMed Central PMCID: PMC2376995.

13. Fantuzzi G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S, et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007;21(3):194-200. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00815.x. PubMed PMID: 17439527.
14. Fantuzzi G, Vaccaro V, Aggazzotti G, Righi E, Kanitz S, Barbone F, et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008;21(9):643-7. doi: 10.1080/14767050802203744. PubMed PMID: 18828056.
15. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax.* 1997;52(11):1003-9. doi: 10.1136/thx.52.11.1003. PubMed PMID: 9487351; PubMed Central PMCID: PMC1758452.
16. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull.* 1996;52(1):22-34. doi: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a011528. PubMed PMID: 8746294.
17. Gilbert SG, Miller E, Martin J, Abulafia L. Scientific and policy statements on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. *J Intellect Dev Disabil.* 2010;35(2):121-8. doi: 10.3109/13668251003717563. PubMed PMID: 20560701.
18. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;127(4):734-41. Epub 20110307. doi: 10.1542/peds.2010-3041. PubMed PMID: 21382949.
19. WHO. Cardiovascular Diseases (CVDs) Fact Sheet [updated 11 June 2021; cited 2023 11 Mart]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
20. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021 2021 [cited 2023 11 Mart]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715>.
21. Buttar HS, Li T, Ravi N. Prevention of cardiovascular diseases: Role of exercise, dietary interventions, obesity and smoking cessation. *Exp Clin Cardiol.* 2005;10(4):229-49. PubMed PMID: 19641674; PubMed Central PMCID: PMC176237.
22. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav.* 2004;31(2):143-64. doi: 10.1177/1090198104263660. PubMed PMID: 15090118.
23. WHO. STEPS Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017 Fact Sheet 2018 [cited 2023 11 Mart]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/factsheet-steps-turkey-tur-08.10.2018.pdf?sfvrsn=6e6c0c0d\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/factsheet-steps-turkey-tur-08.10.2018.pdf?sfvrsn=6e6c0c0d_1&download=true).

24. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:20. Epub 20110322. doi: 10.1186/1479-5868-8-20. PubMed PMID: 21426567; PubMed Central PMCID: PMC3073863.
25. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2018-2023 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. In: Müdürlüğü HSG, editor. 2018.
26. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Tc. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. In: Kurumu THS, editor.: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012.
27. ŞAHİN G, TAŞLIGİL N. TÜRKİYE'DE TÜTÜN (*Nicotiana tabacum L.*) YETİŞTİRİCİLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE COĞRAFİ DAĞILIMI Le Développement Historique et la Dispersion Géographique de la Cultivation de Tabac en Turquie. *Doğu Coğrafya Dergisi.* 18(30).
28. Mackay JL, Eriksen MP. The tobacco atlas/Judith Mackay and Michael Eriksen. The tobacco atlas/Judith Mackay and Michael Eriksen2002.
29. Tütün Eksperleri Yüksek Okulu. Tütüncülüğe giriş. İstanbul: TEYO yayını. 1978:9-18.
30. SEYDİOĞULLARI M. DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ, ÜRETİMİ, TİCARETİ VE TEMEL POLİTİKALARI. Tütün ve Tütün Kontrolü (Eds AZ Aytemur, S Akçay, O Elbek). 2010:3-20.
31. Erdöl C, Ergüder T, Erdöl MA, Konyalıoğlu FS, Al E. Ülkemizde Tütün Kullanımı Tarihi. In: Erdöl C, Ergüder T, editors. Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesi, kontrolü ve tedavisi. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021. p. 448.
32. Yılmaz F. Tütün: TDV İslam Araştırmaları Merkezi; 2012 [cited 2023 10.06.2023]. Available from: <https://islamansiklopedisi.org.tr/tutun#1>.
33. Süner A, Cabioğlu DE, Kaya H, Köroğlu S. Genç erişkinlerde dumansız tütün "Maraş otu" ve sigaranın aort esnekliği üzerine etkileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.* 2014;42(8):741-6.
34. Emmons KM, Kawachi I, Barclay G. TOBACCO CONTROL:: a brief review of its history and prospects for the future. *Hematology/oncology clinics of North America.* 1997;11(2):177-95.
35. Skuladottir H, Olsen JH, Hirsch FR. Incidence of lung cancer in Denmark: historical and actual status. *Lung cancer.* 2000;27(2):107-18.
36. WHO. WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2019. Geneva2019.
37. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine.* 2006;3(11):e442.
38. Berrak Bora Başara, İrem Soytutan Çağlar, Asiye Aygün, Tuğcan Adem ÖZDEMİR, Banu Kulali, Gözde Ünal, et al. Sağlık istatistikleri yılı 2021. Berrak BORA BAŞARA, İrem SOYTUTAN ÇAĞLAR, Asiye AYGÜN,

- Tuğcan Adem ÖZDEMİR, KULALI B, editors: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2021. 274 p.
39. WHO. European tobacco use: Trends report 2019. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019.
  40. WHO. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025: World Health Organization; 2018.
  41. O'Connor R, Schneller LM, Felicione NJ, Talhout R, Goniewicz ML, Ashley DL. Evolution of tobacco products: recent history and future directions. *Tobacco Control*. 2022;31(2):175-82.
  42. Breland A, Soule E, Lopez A, Ramôa C, El-Hellani A, Eissenberg T. Electronic cigarettes: what are they and what do they do? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2017;1394(1):5-30.
  43. Cornelius ME, Wang TW, Jamal A, Loretan CG, Neff LJ. Tobacco product use among adults, United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(46):1736.
  44. Kapan A, Stefanac S, Sandner I, Haider S, Grabovac I, Dorner T. Use of electronic cigarettes in European populations: a narrative review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(6):1971.
  45. Charlton A. Tobacco or health 1602: an Elizabethan doctor speaks. *Health Education Research*. 2005;20(1):101-11.
  46. Örsel O. Tütün içeriği, farmakokinetiği ve tütün ürünleri. Karadağ M, Bilgiç H, Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editors. İstanbul: Aves Yayıncılık; 2010.
  47. Çok İ. Tütün ve Tütün Ürünlerine Toksikolojik Yaklaşım. Erdöl C, Ergüder T, editors. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Basımevi; 2021. 448 p.
  48. Rodgman A, Perfetti TA. The chemical components of tobacco and tobacco smoke: CRC press; 2013.
  49. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. *World*. 2002;58(44):1-20.
  50. Münzel T, Hahad O, Kuntic M, Keaney Jr JF, Deanfield JE, Daiber A. Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. *European heart journal*. 2020;41(41):4057-70.
  51. Güzel A. Tütün Bitkisi ve Farmakolojik Özellikleri; Gerçekten Şeytan Otu Mu. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):22-6.
  52. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco control*. 2005;14(6):396-404.
  53. Smith C, Perfetti T, Garg R, Hansch C. IARC carcinogens reported in cigarette mainstream smoke and their calculated log P values. *Food and Chemical Toxicology*. 2003;41(6):807-17.
  54. FDA. Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products and Tobacco Smoke: Established List [16 June 2023]. Available from:



<https://www.fda.gov/tobacco-products/rules-regulations-and-guidance/harmful-and-potentially-harmful-constituents-tobacco-products-and-tobacco-smoke-established-list>.

55. US Department Of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
56. Rakel R, Rakel D. editör. Saatçi E, çeviri editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı: Elsevier Health Science; 2019.
57. WHO. Noncommunicable diseases fact sheet 2022 [14 June 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
58. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, Boyko V, Matetzky S, Shotan A, et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. Archives of internal medicine. 2003;163(19):2301-5.
59. WHO. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions to TB patients in primary care. 2014.
60. Gallucci G, Tartarone A, Lerosé R, Lalinga AV, Capobianco AM. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. Journal of thoracic disease. 2020;12(7):3866.
61. Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Shapiro S. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. New England journal of medicine. 1985;313(24):1511-4.
62. Prevention CfCD, Smoking HPOo. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers; 1990.
63. Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Smoking reduction is associated with a reduced the risk of lung cancer--a secondary publication. Ugeskrift for Laeger. 2006;168(7):695-7.
64. Koob GF, Le Moal M. Addiction and the brain antireward system. Annu Rev Psychol. 2008;59:29-53.
65. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. British journal of addiction. 1989;84(7):791-800.
66. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. Drug and alcohol dependence. 1994;34(3):211-6.
67. Bilir N. Küresel Tütün Salgını. Erdöl C, Ergüder T, editors. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021. 448 p.

68. Altan P. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve DSÖ TKÇS ve MPOWER Kriterlerinin Uygulanma Süreci. Erdöl C, Ergüder T, editors. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021.
69. Fiore MC, Jaén CR. A clinical blueprint to accelerate the elimination of tobacco use. *Jama*. 2008;299(17):2083-5.
70. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):158-76. doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009. PubMed PMID: 18617085; PubMed Central PMCID: PMC4465757.
71. Yıldırım GE. Tütün Bağımlılığı ve Tedavisinde Hekim Sorumluluğu ve 5A 5R Yaklaşımı. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2016;4(1):90-6.
72. Schroeder SA. What to do with a patient who smokes. *Jama*. 2005;294(4):482-7.
73. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy*. 1995;23(4):325-34.
74. Cahill K, Stead L, Lancaster T. A preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation. *Drug Safety*. 2009;32:119-35.
75. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*. 1999;340(9):685-91.
76. Gochman DS. Health behavior: Plural perspectives. *Health behavior: Emerging research perspectives*. 1998:3-17.
77. Consortium H-E. Comparative report of health literacy in eight EU member states. *The European health literacy survey HLS-EU*. 2012;2.
78. Babacanoğlu M, Özkan S. Tütün Kontrolü ve İletişim Tütün Kontrolü ve Sağlık Okuryazarlığı. In: Erdöl C, Ergüder T, editors. *Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımının önlenmesi, kontrolü ve tedavisi*. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2021. p. 448.
79. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *Cmaj*. 2000;162(9 suppl):S5-S11.
80. Kirkland SA, MacLean DR, Langille DB, Joffres MR, MacPherson KM, Andreou P. Knowledge and awareness of risk factors for cardiovascular disease among Canadians 55 to 74 years of age: results from the Canadian Heart Health Surveys, 1986-1992. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1999;161(8):S10.
81. Webster R, Heeley E. Perceptions of risk: understanding cardiovascular disease. *Risk management and healthcare policy*. 2010:49-60.
82. Woringer M, Nielsen JJ, Zibarras L, Evason J, Kassianos AP, Harris M, et al. Development of a questionnaire to evaluate patients' awareness of cardiovascular disease risk in England's National Health Service Health Check

- preventive cardiovascular programme. *BMJ Open*. 2017;7(9):e014413. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014413.
83. Vural Doğru B, Utli H, Karaman E. Cardiovascular Disease Risk Awareness Assessment Questionnaire: Psychometric Properties of the Turkish Version. *Turk J Card Nur*. 2021;12(27):18-25. doi: 10.5543/khd.2021.05914.
  84. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013;5.
  85. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles. 2020.
  86. Alves AJ, Viana JL, Cavalcante SL, Oliveira NL, Duarte JA, Mota J, et al. Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated. *World journal of cardiology*. 2016;8(10):575.
  87. Matthews CE, George SM, Moore SC, Bowles HR, Blair A, Park Y, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. *The American journal of clinical nutrition*. 2012;95(2):437-45.
  88. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose–response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(12):1981-90.
  89. Iacovoni A, De Maria R, Gavazzi A. Alcoholic cardiomyopathy. *Journal of cardiovascular medicine*. 2010;11(12):884-92.
  90. Kodama S, Saito K, Tanaka S, Horikawa C, Saito A, Heianza Y, et al. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2011;57(4):427-36.
  91. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types-a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2010;10(1):1-12.
  92. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. TÜRKİYE KALP VE DAMAR HASTALIKLARI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI (2021-2026). Ankara2021. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No :1215 p.
  93. WHO. Guideline: Sodium intake for adults and children: World Health Organization; 2012.
  94. WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation: World Health Organization; 2003.
  95. Cercato C, Fonseca F. Cardiovascular risk and obesity. *Diabetology & metabolic syndrome*. 2019;11(1):1-15.
  96. Akil L, Ahmad HA. Relationships between obesity and cardiovascular diseases in four southern states and Colorado. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2011;22(5):61-72.

97. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2012;14(11):792-8.
98. Lamprea-Montealegre JA, Zelnick LR, Hall YN, Bansal N, de Boer IH. Prevalence of hypertension and cardiovascular risk according to blood pressure thresholds used for diagnosis. *Hypertension*. 2018;72(3):602-9.
99. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. *The Lancet*. 2003;361(9366):1391-2.
100. TEMD. TEMD DİABETES MELLİTUS VE KOMPLİKASYONLARININ TANI, TEDAVİ VE İZLEM KILAVUZU. 15. ed. Ankara: TEMD yayınları; Haziran 2022.
101. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011;32(14):1769-818. Epub 20110628. doi: 10.1093/eurheartj/ehr158. PubMed PMID: 21712404.
102. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice. *Heart*. 2005;91 Suppl 5(Suppl 5):v1-52. doi: 10.1136/hrt.2005.079988. PubMed PMID: 16365341; PubMed Central PMCID: PMC1876394.
103. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*. 2003;24(11):987-1003. doi: 10.1016/s0195-668x(03)00114-3.
104. Group Sw, collaboration EC. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal*. 2021;42(25):2439-54. doi: 10.1093/eurheartj/ehab309.
105. Campbell SC, Moffatt RJ, Stamford BA. Smoking and smoking cessation—the relationship between cardiovascular disease and lipoprotein metabolism: a review. *Atherosclerosis*. 2008;201(2):225-35.
106. Barua RS, Ambrose JA. Mechanisms of coronary thrombosis in cigarette smoke exposure. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. 2013;33(7):1460-7.
107. Dunn N, Faragher B, Thorogood M, De Caestecker L, MacDonald T, McCollum C, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart*. 1999;82(5):581-3.
108. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tobacco control*. 2005;14(5):315-20.
109. Leon AS, Connett J, Group MR. Physical activity and 10.5 year mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *International Journal of Epidemiology*. 1991;20(3):690-7.

110. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3 980 359 individuals and 42 401 strokes. *Stroke*. 2013;44(10):2821-8.
111. Jee SH, Suh I, Kim IS, Appel LJ. Smoking and atherosclerotic cardiovascular disease in men with low levels of serum cholesterol: the Korea Medical Insurance Corporation Study. *Jama*. 1999;282(22):2149-55.
112. Geletko KW, Graves K, Lateef H, Harman J. Tobacco Cessation Counseling and Medications Provided by Physicians to Tobacco Users During Primary Care Visits. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221093115. doi: 10.1177/21501319221093115. PubMed PMID: 35619240; PubMed Central PMCID: PMC9150223.
113. Kahende JW, Malarcher AM, Teplinskaya A, Asman KJ. Quit attempt correlates among smokers by race/ethnicity. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(10):3871-88. Epub 20110928. doi: 10.3390/ijerph8103871. PubMed PMID: 22073018; PubMed Central PMCID: PMC3210587.
114. Lubitz SF, Flitter A, Wileyto EP, Ziedonis D, Stevens N, Leone F, et al. History and Correlates of Smoking Cessation Behaviors Among Smokers With Serious Mental Illness. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1492-9. doi: 10.1093/ntr/ntz229. PubMed PMID: 31816049; PubMed Central PMCID: PMC7443595.
115. Valencia CV, Dove M, Tong EK. Factors Associated With Receipt of Smoking Cessation Advice and Assistance by Health Professionals Among Latino and Non-Latino White Smokers With Medicaid Insurance in California. *JAMA Network Open*. 2022;5(1):e2144207-e. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.44207.
116. Kotz D, Batra A, Kastaun S. Smoking Cessation Attempts and Common Strategies Employed. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(1-2):7-13. doi: 10.3238/arztebl.2020.0007. PubMed PMID: 32008606; PubMed Central PMCID: PMC7008148.
117. Bailey SR, Heintzman J, Jacob RL, Puro J, Marino M. Disparities in Smoking Cessation Assistance in US Primary Care Clinics. *Am J Public Health*. 2018;108(8):1082-90. Epub 20180621. doi: 10.2105/ajph.2018.304492. PubMed PMID: 29927641; PubMed Central PMCID: PMC6050829.
118. Lee I, Park YS, Kim JH, Han SH. Factors Associated with the Intention to Quit Smoking in Elderly Korean Men: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2015. *Korean J Fam Med*. 2020;41(4):237-42. Epub 20200424. doi: 10.4082/kjfm.18.0124. PubMed PMID: 32326673; PubMed Central PMCID: PMC7385297.
119. Özmen P. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaları Sigara Bırakmaya Teşvik Eden Etkenler: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi; Uzmanlık Tezi, 2022.
120. Ayanian JZ, Cleary PD. Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Jama*. 1999;281(11):1019-21.

121. Jacobs JC, Burke S, Rouse M, Sarma S, Zaric G. Cardiovascular Disease Risk Awareness and Its Association With Preventive Health Behaviors: Evidence From a Sample of Canadian Workplaces. *J Occup Environ Med.* 2016;58(5):459-65. doi: 10.1097/jom.0000000000000694. PubMed PMID: 27158953.
122. Greillier L, Cortot AB, Viguier J, Brignoli-Guibaudet L, Lhomel C, Eisinger F, et al. Perception of lung cancer risk: impact of smoking status and nicotine dependence. *Current oncology reports.* 2018;20:1-7.
123. Karagöz S. Tütün Bağımlılığı Tedavi Polikliniğine Başvuran Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Durumu. Ankara: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Keçiören Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ugulama, 2019.
124. Ammouri AA, Abu Raddaha AH, Natarajan J, D'Souza MS. Perceptions of risk of coronary heart disease among people living with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Practice.* 2018;24(1):e12610.
125. Topçu S, Ardahan M. Risk perception of cardiovascular disease among Turkish adults: a cross-sectional study. *Primary Health Care Research & Development.* 2023;24:e23. Epub 2023/03/27. doi: 10.1017/S1463423623000117.
126. Zbierajewski-Eischeid SJ, Loeb SJ. Myocardial infarction in women: promoting symptom recognition, early diagnosis, and risk assessment. *Dimens Crit Care Nurs.* 2009;28(1):1-6; quiz 7-8. doi: 10.1097/01.DCC.0000325090.93411.ce. PubMed PMID: 19104242.
127. Dayal B, Singh N. Perception of risk of cardiovascular disease among early adulthood in Lucknow city. *Al Ameen Journal of Medical Sciences.* 2017;10:112-8.
128. Malyutina S, Bobak M, Simonova G, Gafarov V, Nikitin Y, Marmot M. Education, marital status, and total and cardiovascular mortality in Novosibirsk, Russia: a prospective cohort study. *Ann Epidemiol.* 2004;14(4):244-9. doi: 10.1016/s1047-2797(03)00133-9. PubMed PMID: 15066603.
129. Korkut B, Sevinc N. Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Nikotin Bağımlılığı ve Etkili Faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2021;28. doi: 10.17343/sdutfd.804271.

## 8. EKLER

### EK-1: Anket formu

**“Tütün Ürünü Kullanan Bireylerin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Durumlarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ile İlişkisi”**

Sayın katılımcı;

“Tütün Ürünü Kullanan Bireylerin Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Durumlarının Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalıkları ile İlişkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmada amacımız sigara bırakma poliklinik başvurusunda bulunma ve sigara bırakma davranışının “Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak elde edilecek olan kardiyovasküler hastalık risk farkındalık düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesidir. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anketimizde Kardiyovasküler Hastalık Farkındalık Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. İlk 20 soru sosyodemografik ve sağlık ile ilgili bazı özelliklerin sorgulandığı sorulardan oluşmaktadır, 21. soru Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeğidir. Anketin cevaplanması yaklaşık 10-20 dk sürmektedir. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
  - Erkek
  - Kadın
3. Boyunuz: .....cm
4. Kilonuz: .....kg
5. Eğitim düzeyiniz (Sadece birini işaretleyiniz)
  - Okur-yazar değil
  - Okur-yazar
  - İlkokul mezunu
  - Ortaokul mezunu
  - Lise mezunu
  - Yüksek öğrenim
6. Mesleğiniz: .....
7. Medeni haliniz:
  - Bekar
  - Evli
8. Çocuğunuz var mı?
  - Var
  - Yok
9. Sigara içiyor musunuz?
  - Evet
  - Hayır
10. Daha önce sigara bırakma polikliniğine başvurduunuz mu?
  - Evet
  - Hayır
11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? (Ailemle, arkadaşım , yalnız vb.)  
.....
12. Sizce maddi gelir düzeyiniz hangi seçenkle uyumludur?
  - Düşük
  - Orta
  - Yüksek
13. Bilinen kronik hastalığınız var mı?
  - Yok
  - Var (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
  - a) Geçirilmiş kalp krizi
  - b) Geçirilmiş İnme
  - c) Kalbe stent takılma , by-pass öyküsü
  - d) Hipertansiyon (tansiyon yüksekliği)
  - e) Diyabetes mellitus (şeker hastalığı)



- f) Hiperlipidemi (kolesterol yüksekliği)
- g) KOAH
- h) Astım
- i) Kanser
- j) Diğer (lütfen belirtiniz) .....

14. Ailenizde (birinci derece akrabalar) kalp-damar hastalığı olan var mı? (Geçirilmiş kalp krizi, Geçirilmiş İnme, Hipertansiyon vb.)

- Yok
- Var

15. Ailenizde (birinci derece akrabalar) kronik akciğer hastalığı olan var mı? (KOAH, Astım vb.)

- Yok
- Var

16. Ailenizde (birinci derece akrabalar) diyabetes mellitus (şeker hastalığı) olan var mı?

- Evet
- Hayır

17. Ailenizde (birinci derece akrabalar) kanser tanısı olan var mı?

- Yok
- Var

18. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz / içtiniz? Günde ortalama kaç paket içiyorsunuz?

.....

Sigara Ağırlığı İndeksi (2 sorudan oluşmaktadır)

19. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a) İlk 5 dakika içinde
- b) 5-30 dakika içinde
- c) 31-60 dakika içinde
- d) 61 dakika ve sonra

20. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a) 31 ve daha fazla
- b) 21-30 adet
- c) 11-20 adet
- d) 10 ve daha az

<b>Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği</b>						
<b>Ölçek</b>	<b>Maddeler</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>		<b>Bilmiyor</b>	
	Kalp krizi ve inmenin ana nedenlerinden biri strestir.					
	Yürüyüş ve bahçe işleri kalp krizi veya inme riskini azaltabilecek egzersiz türleri olarak kabul edilir.					
	Haftada 2,5 saat orta yoğunlukta aktivite kalp krizi veya inme geçirme riskinizi azaltacaktır.					
	Diyabet hastası olan kişilerde kalp krizi veya inme riski yüksektir.					
	Stres seviyenizi yönetmek kan basıncınızı yönetmenize yardımcı olacaktır.					
	Fazla miktarda alkol kullanmak, kolesterol ve trigliserid seviyenizi artırabilir.					
	HDL 'iyi' kolesterol, LDL ise 'kötü' kolesterolü ifade eder.					
	Ailede kalp hastalığı öyküsü olması yüksek tansiyon için bir risk faktörü değildir.					
		<b>Uygulanamaz*</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
	Gelecekte bir kalp krizi veya inme geçirmem muhtemeldir.					
	Hayatımda, bir zaman, bir kalp krizi veya inme geçirmem olasıdır.					
	Gelecek 10 yıl içinde bir kalp krizi ya da inme geçirmem büyük bir olasılıktır.					
	Gelecek 10 yıl içinde kalp krizi veya inme geçirme olasılığım çok yüksektir.					

	Geçmiş ve/veya mevcut davranışlarım yüzünden bir kalp krizi ya da inme geçirmem olasıdır.					
	Gelecek iki ay içinde haftada en az 2,5 saat egzersiz yaparak sağlıklı kilomu koruyabileceğime eminim.					
	Haftada 2,5 saat egzersiz yapmayı düşünmüyorum.					
	Kalp krizi veya inme geçireceğimden endişelenmiyorum.					
	Yakın gelecekte kalp krizi ya da inme geçirme olasılığım hakkında endişeliyim.					
	Haftada en az 2,5 saat egzersiz yapmayı düşünüyorum.					
	Gelecek iki ay içinde günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketebileceğimden eminim. .					
	Günde en az beş porsiyon meyve ve sebze yemeyi düşünüyorum.					
	Haftada en az 2.5 saat egzersiz yapmak niyetindeyim veya istiyorum					
	Haftada en az 2,5 saat egzersiz yaptığımda, kalp sağlığım için iyi bir şey yapıyorum.					