
Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler

Oğuzhan OKUTAN, Dilaver TAŞ, Hatice KAYA, Zafer KARTALOĞLU

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

ÖZET

Sigara içen sağlık personelinde nikotin bağımlılık düzeyini etkileyen faktörler

Nikotin bağımlılığı sigara içme davranışının sürdürülmesinde ve tedavi girişimlerinin genel başarısızlığında en önemli nedenlerdendir. Çalışmamızda, sigara içen sağlık personelinin nikotin bağımlılık düzeyi (NBD)'ni ve buna etki eden faktörleri araştırdık. Bir eğitim hastanesinde sigara içen sağlık personeline, 24 soruluk demografik özellikler ve sigara konusundaki düşüncelerini değerlendiren bir form ile Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı. Toplam 237 olgunun, %57'si erkek, %65.4'ü evliydi. Bunların %63.7'si üniversite mezunuydu. Ortalama yaş durumu 32.48 ± 5.88 , sağlık sektöründe çalışma süreleri 9.12 ± 9.12 yıl idi. NBD %40.9'unda çok düşük, %24.9'unda düşük, %17.3'ünde yüksek ve %7.6'sında çok yüksekti. NBD'nin cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı ve sağlık sektöründe çalışma süresiyle ilişkili olmadığını saptadık ($p > 0.05$). Günlük içilen sigarayla NBD arasında pozitif korelasyon ($r = 0.71$, $p < 0.001$) saptandı. Sigarayı ilk deneme ve düzenli olarak içmeye başlama yaşıyla NBD arasında ters yönde bir ilişki vardı (sırasıyla $r = -0.16$ ve $p = 0.013$, $r = -0.25$ ve $p \leq 0.001$). Olguların %30'u evin her yerinde sigara içiyordu. Evde her yerde sigara içenlerin NBD'sinin yüksek olduğu saptandı ($p < 0.001$). Sigara içmeyenlerin yanında sigara içme oranı NBD'si yüksek olanlarda daha fazlaydı ($p = 0.003$). NBD'si yüksek olanların sigarayı bırakmayı istemedikleri saptandı ($p = 0.028$). Olgularda, NBD hastanede çalışmaktan etkilenmemekteydi ($p = 0.3$). NBD'si yüksek olanların sigara içme konusunda çevrelerini çok dikkate almadıkları ve sigarayı bırakma konusunda istekli olmadıkları saptandı. Sigaraya karşı mücadelede daha etkili ve etkin rol alabilmeleri için, sigara karşıtı kampanyalarda öncelikle sağlık çalışanlarının hedef kitle olarak seçilmesi gerektiği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Sigara, nikotin bağımlılığı, sağlık personeli, Fagerström nikotin bağımlılık testi.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Oğuzhan OKUTAN, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çamlıca Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Acıbadem, İSTANBUL - TÜRKİYE

e-mail: oguzhanokutan@gmail.com

SUMMARY***Affecting factors of nicotine dependence in the smoker health workers***

Oğuzhan OKUTAN, Dilaver TAŞ, Hatice KAYA, Zafer KARTALOĞLU

Department of Chest Diseases, GATA Haydarpaşa Training Hospital, İstanbul, Turkey.

Nicotine dependence is pointed out as the first reason of smoking behavior continuity and treatment failure. We investigated the nicotine dependence level (NDL) of health worker and the factors which affects it. We carried out the Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) and a questionnaire composed of 24 questions that evaluate demographic characters and the smoker ideas about smoking on health workers who staff at the a training hospital in İstanbul. NDL was not related with sex, age, education, marital status, child number and working time in health area ($p > 0.05$). There was correlation between NDL and daily smoked cigarette number ($r = 0.71$, $p < 0.001$). There was an opposite relationship among initiation age, regular use age and NDL (in order $r = -0.16$ and $p = 0.013$, $r = -0.25$ and $p \leq 0.001$). 30% of the cases who had high NDL were smoking in everywhere of their home ($p < 0.001$). They also had high smoking ratios near surroundings of nonsmoker people ($p = 0.003$). The cases who had high NDL did not want to quit smoking ($p = 0.028$). Working in a hospital increased smoking ratio in 41.77% cases and did not affected the NDL ($p = 0.3$). It was thought that the cases that NDL had high did not take into consideration their surroundings and did not want to quit smoking. Health workers should be considered as a target population during antismoking campaigns, in order to make them willing in the struggle against tobacco.

Key Words: Smoking, nicotine dependence, health worker, Fagerstrom test for nicotine dependence.

Günümüzde toplum sağlığını tehdit eden en büyük tehlikelerden biri sigara alışkanlığıdır. Gelişmiş ülkelerde geçtiğimiz yüzyılın başlangıcında sigara alışkanlığı hızla artmış ve buna paralel olarak sigaraya bağlı hastalık oranları yükselmiştir. Zaman içerisinde gelişmiş ülkeler sigara karşıtı kampanyalarla sigara içme oranlarını azaltmış ve özellikle akciğer kanseri görülme hızlarında azalma başlamıştır. Fakat kadınlarda sigara içme alışkanlığı erkeklere göre biraz geç başlamış ve yaygınlığını devam ettirmektedir.

Nikotin bağımlılığının, sigara içme davranışının sürdürülmesinde ve tedavi girişimlerinin genel başarısızlığında birinci neden olduğu belirtilmektedir (1). Bu nedenle, nikotin bağımlılığını etkileyen faktörlerin bilinmesi bu bağımlılıkla savaşta önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda bir eğitim hastanesinde görev yapan değişik branşlarda sigara içen sağlık personelinin sigara içme alışkanlıkları, sosyal özellik-

leri ve nikotin bağımlılık düzeyleri (NBD) değerlendirildi.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıklarını, sigaraya bakışlarını ve sigara içenlerde NBD'yi değerlendirmeyi hedefledik. Bu amaçla İstanbul'da bir eğitim hastanesi olan ve ağırlıklı olarak askeri personele hizmet veren hastanemizde görev yapan doktor, hemşire, laborant ve hasta bakıcı kadrosunda bulunan personele hazırlanmış olduğumuz 24 soruluk form ile NBD'yi değerlendirmeye yönelik altı sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı. Çalışmaya toplam 264 sağlık çalışanı katıldı. Hastanemizde 800'e yakın sağlık personeli hizmet vermekte olup, sigara içen gönüllü kişiler çalışmamıza katıldı.

Bu testte kişilerin aldıkları skora göre NBD; çok düşük, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek olarak sınıflandırıldı.

Değerlendirme formunda;

- Kişilerin demografik özellikleri,
- Sigaraya başlama yaşı ve nedenleri,
- Sigara içme mekanları ve sigara içmeyenlerin yanında sigara içip içmedikleri,
- Bırakma istekleri ve bırakmak için yardım alıp-almadıkları,
- Sağlık sektöründe çalışmanın sigara içme miktarına etkileri,
- Sigaranın ekonomiye etkileri konusunda düşünceleri kaydedildi.

Elde edilen veriler SPSS 13.0 for Windows programıyla bilgisayar ortamında değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizlerinde, ki-kare, t-testi ve Spearman korelasyon analizleri kullanıldı.

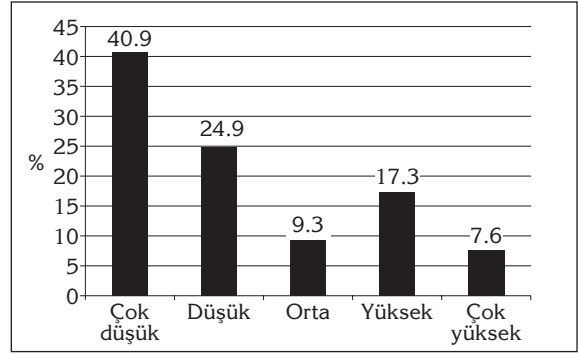
BÜLGÜLAR

Anket uygulamamıza 264 sağlık çalışanı katıldı. Anket formlarındaki yanlış veya eksik doldurma nedeniyle 27 kişi değerlendirme dışı tutuldu. Toplam 237 sigara içen sağlık çalışanı değerlendirmeye alındı. Sigara içenlerin %57 (n= 135)'si erkek, %65.4 (n= 155)'ü evliydi. Bunların %14.3 (n= 34)'ü ilköğretim, %21.9 (n= 52)'ü lise, %63.7 (n= 150)'si üniversite mezunuydu. Tıp fakültesi mezunları genelin %24'ünü oluşturmaktaydı. Ortalama yaş durumu 32.485 ± 5.88 (20-50), sağlık sektöründe çalışma süreleri ise 9.12 ± 9.12 (1-25) yıl olarak saptandı. Çalışmaya katılanların yarısının en az bir çocukları vardı.

Sigara içenlerin FNBT ile yapılan değerlendirmelerinde %40.9'unun çok düşük, %24.9'unun düşük bağımlılık düzeyinde olduklarını, %17.3'ünün yüksek, %7.6'sının ise çok yüksek düzeyde bağımlı olduklarını saptadık (Şekil 1).

Cinsiyete göre NBD'yi değerlendirdiğimizde; erkeklerin %17.8'inin yüksek, %8.1'inin çok yüksek NBD olduğunu, kadınların ise %16.7'sinin yüksek, %6.9'unun çok yüksek NBD olduğunu; cinsiyet farkının NBD'ye etkili olmadığını ($p= 0.52$) saptadık (Tablo 1).

Yaşa göre NBD'ye baktığımızda yüksek ve çok yüksek NBD sırasıyla 20 yaşın altındaki sağlık personelinde %0 ve %20, 21-30 yaşındakilerde



Şekil 1. Nikotin bağımlılığının ağırlığına göre genel dağılım.

%19.6 ve %7.8, 31-40 yaşındakilerde %16 ve %6.6, 41-50 yaşındakilerde %16.7 ve %8.3 bulundu. Yaşın NBD'yi etkileyen bir faktör olmadığı saptandı ($p= 0.65$).

Evli olanlarda NBD'si yüksek olanların oranı %17.4, çok yüksek olanların oranı %4.5 olup, bekarlarda NBD'si yüksek olanların oranı %17.1, çok yüksek olanların oranı ise %13.4 idi (Tablo 1). Evli ve bekarlar arasında NBD açısından farklılık yoktu ($p= 0.12$, yaşa göre düzeltilmiş $p= 0.06$). Ayrıca, NBD'nin çocuk sayısı ile ilişkili olmadığını saptadık ($p= 0.89$).

Olguları branşlarına göre gruplandırdığımızda sigara içenlerin %40.5'i dahili bölümlerde, %45.1'i cerrahi bölümlerde, %14.3'ü de laboratuvar branşlarında çalışmaktaydı. Yüksek ve çok yüksek bağımlılık, dahili grupta sırasıyla %13.5 ve %5.2, cerrahi grupta sırasıyla %20.6 ve %7.5, laboratuvar grubunda ise sırasıyla %17.6 ve %14.7 düzeylerinde idi. Branşlara göre NBD arasında istatistiksel açıdan fark yoktu ($p= 0.53$).

NBD'yi eğitim düzeyine göre değerlendirdiğimizde yüksek ve çok yüksek bağımlılığı olanlar ilköğretim mezunlarında sırasıyla %17.6 ve %5.9, lise mezunlarında %21.2 ve %5.8, üniversite mezunlarında %15.9 ve %8.6, üniversite mezunları arasında geçen doktorları ayrı olarak değerlendirdiğimizde ise sırasıyla %14.3 ve %8.9 olarak bulundu (Tablo 1). Eğitim düzeyi ile NBD arasında istatistiksel açıdan fark yoktu ($p= 0.66$).

Sağlık sektöründe çalışma süreleri dikkate alındığında 10 yıla kadar çalışma süresi olanlarda yüksek ve çok yüksek NBD %27.2, daha uzun süredir çalışanlarda ise %20.3 düzeyindeydi.

Tablo 1. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyine göre nikotin bağımlılığının dağılımı.

	Çok düşük	Düşük	Nikotin bağımlılık düzeyi		Çok yüksek	p
			Orta	Yüksek		
Cinsiyet						
Erkek (n= 135)	%37.8*	%24.4	%11.9	%17.8	%8.1	0.52
Kadın (n= 102)	%45.1	%25.5	%5.9	%16.7	%6.9	
Yaş						
20 ve altı (n= 5)	%40.0	%20.0	%20.0	%0	%20.0	0.65
21-30 yaş (n= 102)	%38.2	%28.4	%5.9	%19.6	%7.8	
31-40 yaş (n= 106)	%40.6	%25.5	%11.3	%16.0	%6.6	
41-50 yaş (n= 24)	%54.2	%8.3	%12.5	%16.7	%8.3	
Medeni durum						
Evli (n= 155)	%44.5	%23.9	%9.7	%17.4	%4.5	0.12
Bekar (n= 82)	%34.1	%26.8	%8.5	%17.1	%13.4	
Eğitim düzeyi						
İlköğretim (n= 34)	%38.2	%23.5	%14.7	%17.6	%5.9	0.66
Lise (n= 52)	%32.7	%26.9	%13.5	%21.2	%5.8	
Üniversite (n= 150)	%44.4	%24.5	%6.6	%15.9	%8.6	

* Yüzdeler paragraf yüzdeleridir.

NBD'nin sağlık sektöründe çalışma süresinden etkilenmediği bulundu ($p= 0.85$).

Olguların %79.8'i sigarayı ilk defa 16 yaşından sonra denemişti. Bunlarda yüksek ve çok yüksek bağımlılık oranı %22.8 idi. Düzenli olarak sigara içmeye ise %57'si 21 yaşından sonra başlamıştı. Yüksek ve çok yüksek bağımlılığı olanların %44.1'inin düzenli sigara içimine 21 yaş ve sonrasında başladığı saptandı. Sigarayı ilk olarak deneme yaşı ve düzenli olarak içmeye başlama yaşı ile NBD arasında ters yönde bir ilişki bulundu (sırasıyla $r= -0.16$ ve $p= 0.02$, $r= -0.25$ ve $p= 0.02$). Günlük içilen sigara miktarı ile NBD arasında pozitif korelasyon ($r= 0.71$, $p= 0.02$) vardı (Tablo 2).

Olguların ancak %11'i evde sigara içmiyor, %30'u ise evin her yerinde sigara içiyordu. Evde sigara içmeyenlerin NBD'sine baktığımızda yüksek ve çok yüksek olanların oranı %7.7 iken, bu oran her yerde içenlerde %34.2'ye çıkmaktadır. Evde her yerde sigara içenlerle NBD arasında pozitif yönde ilişki vardı ($p< 0.001$) (Tablo 3). Evde başka birisinin daha sigara içmesi nikotin bağımlılığına etki etmezken ($p= 0.41$), evde sigara içmeyenlerin yanında da sigara içme ise

NBD'si yüksek olanlarda daha fazla izlenmekteydi ($p= 0.003$). Evde içmeyenlerin yanında içenlerde yüksek NBD oranı %23.8, çok yüksek NBD oranı %12.9 iken; içmeyenlerin yanında içmeyenlerde yüksek NBD oranı %12.5, çok yüksek NBD oranı %3.7 idi (Tablo 3).

Olguların ancak %6.8'i iş yerinde sigara içmiyor, %12.7'si ise hastanenin her yerinde sigara içiyordu. Hastanede sigara içmeyenlerin bağımlılık düzeyine baktığımızda yüksek ve çok yüksek olanların oranı sırasıyla %25 ve %6.3 iken, bu oran her yerde içenlerde yüksek NBD oranı %13.3 ve çok yüksek NBD oranı %16.7 olup NBD ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p= 0.12$).

Olguların %19'u sigarayı bırakmayı en az bir defa denemişti. Bunu başaramama nedeni olarak en sık huzursuzluk (%17.3) gösterilmiştir. Sigarayı bırakmayı deneyenlerde yüksek veya çok yüksek bağımlılığa sahip olanların oranı %20.7 iken, hiç denemeyenlerde bu oran %31.5 olarak saptandı ($p= 0.028$). NBD'si yüksek olanların sigarayı bırakma konusunda çok istekli olmadıkları saptandı.

Sigara içen sağlık personelimizin %65.7'si sigarının zararlarının basın yayın organlarında yete-

Tablo 2. Sigarayı ilk deneme ve düzenli içme yaşı ile günlük içilen sigara sayısına göre nikotin bağımlılığının dağılımı.

	Nikotin bağımlılık düzeyi					p
	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
Sigarayı ilk deneme yaşı						
10 ve altı (n= 8)	%37.5*	%0	%25.0	%12.5	%25.0	
11-15 (n= 40)	%30.0	%30.0	%7.5	%25.0	%7.5	
16-20 (n= 121)	%38.0	%22.3	%12.4	%21.5	%5.8	0.02
21-25 (n= 56)	%51.8	%33.9	%1.8	%5.4	%7.1	
26 ve üzeri (n= 12)	%58.3	%8.3	%8.3	%8.3	%16.7	
Düzenli olarak sigara içme yaşı						
10 ve altı (n= 2)	%0	%0	%50.0	%50.0	%0	
11-15 (n= 16)	%25.0	%25.0	%12.5	%18.8	%18.8	0.02
16-20 (n= 84)	%29.8	%23.8	%15.5	%25.0	%6.0	
21-25 (n= 89)	%47.2	%27.0	%4.5	%13.5	%7.9	
26 ve üzeri (n= 46)	%56.5	%23.9	%4.3	%8.7	%6.5	
Günlük içilen sigara sayısı						
5 ve altında (n= 25)	%96	%4.0	%0	%0	%0	
6-10 arası (n= 51)	%78.4	%15.7	%2.0	%2.0	%2.0	
11-15 arası (n= 45)	%40.0	%40.0	%8.9	%8.9	%2.2	< 0.001
16-20 arası (n= 74)	%18.9	%35.1	%14.9	%28.4	%2.7	
21'den fazla (n= 42)	%2.4	%14.3	%14.3	%35.7	%33.3	

* Yüzdeler paragraf yüzdeleridir.

Tablo 3. Evde ve hastanede sigara içme mekanları ve sigara içmeyenlere karşı gösterilen tutuma göre nikotin bağımlılığının dağılımı.

	Nikotin bağımlılık düzeyi					p
	Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
Hastanede sigara içme mekanları						
İçmiyor (n= 16)	%25.0*	%18.8	%25.0	%25.0	%6.3	
Ayrılmış bölümde (n= 191)	%41.4	%27.2	%7.9	%17.3	%6.3	0.12
Her yerde (n= 30)	%46.7	%13.3	%10.0	%13.3	%16.7	
Evde sigara içme mekanları						
İçmiyor (n= 26)	%73.2	%7.7	%11.5	%3.8	%3.8	
Balkonda (n= 56)	%42.9	%25.0	%12.5	%19.6	%0.0	
Mutfakta (n= 38)	%50.0	%28.9	%5.3	%10.5	%5.3	< 0.001
Çocukların olmadığı yerlerde (n= 46)	%45.7	%28.3	%4.3	%10.9	%10.9	
Her yerde (n= 71)	%19.7	%26.8	%11.3	%28.2	%14.1	
Evde sigara içmeyenlerin yanında sigara içme						
Evet (n= 101)	%29.7	%24.8	%8.9	%23.8	%12.9	0.003
Hayır (n= 136)	%49.3	%25.0	%9.6	%12.5	%3.7	

* Yüzdeler paragraf yüzdeleridir.

rince gündeme getirilmediğini, %93.3'ü sigaranın sağlık harcamalarını attırıldığını düşünüyordu. Sigara karşıtı programlardan %65.4'ü etkilenmiyordu.

Olguların %41.8'inde hastanede çalışma sigara içmeyi artırırken, %8'inde azaltmıştı. Sigara içminde azalma olanlarda yüksek ve çok yüksek nikotin bağımlılığı oranı %24.2 idi. Değişmeyenlerde bu oran %27.7 idi.

TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının, başta hekimler ve hemşireler olmak üzere toplum tarafından örnek alınmaları ve aynı zamanda da sağlık eğitmeni olmaları nedeniyle özellikle sigara içmemeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının sigara içmesi sigaranın sağlığa etkileriyle ilgili mesajlara zarar vermektedir. Sigara içen hekimler ve hemşireler hastalarını sigarayı bırakmaya cesaretlendirmede de gönülsüz davranmaktadır (2). Sigara içen hekimler sigarayı "hastalıklar için bir risk faktörü" olarak görmektense "bir sosyal alışkanlık" olarak görme eğilimindedir (3).

NBD'yi ölçen FNBT'nin, biyokimyasal testlerle uyumlu olduğu, alınan puanla sigara içme ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde etkili olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (4-7).

Araştırmamızda sigara içenlerin FNBT ile yapılan değerlendirmelerinde %17.3'ünün yüksek, %7.6'sının çok yüksek düzeyde bağımlı olduklarını saptadık. İtalyan Göğüs Hastalıkları Uzmanları arasında yapılan araştırmada sigara içme oranı %25 bulunmuş ve sigara içicilerin %33.1'i yüksek derecede bağımlı bulunmuştur. Bu çalışmada sigara içenlerin çoğunluğu 40-50 yaşlarında olan ve 1960-1980 yılları arasında öğrenci olan kişilerdi. Bu yıllarda İtalyan toplumunda sigara ile ilişkili hastalıklar hakkındaki bilgilerin yaygın olmaması nedeniyle 40'lı yaşlardan sonra sigara içiciliğinin fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (8). Aynı şekilde yaşla birlikte nikotin bağımlılığının arttığını ifade eden çalışmalar vardır (9,10). Aşırı ve düzenli miktarda tütün kullanımının nikotin bağımlılığının gelişmesinde önemli rol oynadığı ileri sürülmektedir (11). Çalışmamızda, NBD ile yaş arasında bir ilişki saptayamadık. Yani genç sağlık personelinde de

NBD, yaşlı sağlık personelinde farklı değildi. Bu durum ülkemizde sigara ile ilgili olarak, sağlık kuruluşlarında dahi sigara karşıtı eğitim ve kampanyaların yetersiz veya etkisiz olduğunu düşündürmektedir.

Tıp eğitimi alan kişilerde, sigaraya karşı olumsuz bir yaklaşım beklenir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem I öğrencilerinin sigara içme oranı %14.7 bulunurken; dönem VI öğrencilerinde sigara içme oranı %49.6 bulunmuştur (12). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranı %39 bulunmuştur ve sınıflarıyla orantılı olarak gittikçe artmıştır (13). Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri ve hekimlerin sigara içme oranı toplumla benzerlik göstermektedir (14-19). Bu sonuçlar göz önüne alınarak tıp fakültelerinde ve mezuniyet sonrasında tütün kontrolü ile ilgili daha kapsamlı bir eğitim verilmesi gerektiği kanısındayız.

Koşku ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Toraks Derneği üyelerinin sigara içme oranı %35.3 bulunmuştur (20). Toraks Derneği üyelerinin çoğunluğunun göğüs hastalıkları uzmanı veya uzmanlık öğrencisi olduğu göz önüne alınırsa; bu oran düşündürücüdür. Sigara ve zararları ile ilgili bilgi düzeyinin artmasıyla birlikte sigara içme oranlarının azalacağı beklenebilir. Ancak gelişmiş ülkelerde sağlık personeli olmayanlarda bile, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık personelinde daha düşük oranlarda sigara içilmesi eğitim dışında başka faktörlerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Sigaranın sağlığa zararlarının geniş ölçekte öğretilmesi yanında tütün kullanımının bir sosyal alışkanlık olarak görülmesi önlenmelidir.

Çalışmamızda merak sigaraya başlanma nedenleri arasında en sık olarak (%32.2) bildirildi. Sigaranın merak uyandıracak kadar göz önünde bulundurulmamasının başlamayı azaltacak bir önlem olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca, nikotin bağımlılığı yönünden baktığımızda sigaraya başlama yaşı ile ters yönde bir ilişki saptadık. Bu durum sigarayı bıraktırmada, erken yaşlarda sigaraya başlayan kişilerde başarısızlığa neden olabilmektedir. Bu nedenle tütün kontrolü ile ilgili çalışmalar ilköğretim düzeyinden başlamalıdır. Çalışmamızda sağlık çalı-

şanlarının bir bölümü sigarayı bırakmayı denemiş ve başaramama nedeni olarak en sık, bir yoksunluk semptomu olan huzursuzluğu (%17.3) göstermiştir. Yani sigaraya başlamada merak, bırakamamada ise huzursuzluk en önemli neden olarak saptanmıştır.

Çalışmada saptadığımız bir diğer önemli problem ise sağlık çalışanlarının iş yerlerinde yasaklara uydukları ancak evde yüksek oranda sigara içtikleriydi. Sigara içicilerin %80.6'sı hastanede ayrılmış bölümde sigara içerken, %6.8'i sigara içmediğini belirtti. Sadece %12.7'si hastanede her yerde sigara içtiğini belirtti. Ancak hastanede sigara içme mekanları ile NBD arasında istatistiksel farklılık yoktu ($p= 0.12$). Ev ortamında ise sigara içiciler evin değişik yerlerinde veya her yerinde sigara içebilmektedir. NBD'si yüksek olanlar ev içinde her mekanda sigara içmektedir. Aynı şekilde bu grup evde sigara içmeyenlerin yanında da bu eylemlerine devam etmektedir. Maalesef bu davranışlar sigara içme prevalansını da etkilemektedir. Afyon'da ve İzmir'de yapılan iki çalışmada saptanan eşin ve kardeşin sigara içiyor olmasının sigara içme prevalansını anlamlı şekilde arttırdığı sonucundan yola çıkarak, bu davranışın aile fertlerinin sigara kullanımını arttıracaklarını düşünüyoruz (14,21).

Tütün bağımlılığı kanser, solunum yolu hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini arttırmaktadır. Doğum öncesi ve sonrasında çevresel tütün dumanına maruz kalan çocuklarda solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diğer sağlık sorunları daha sık ortaya çıkmaktadır (22,23). Kısacası bugüne kadar yapılan birçok çalışma sigaranın hastalıklarla ilişkisini, mortalitede artışa neden olduğunu ve sigaraya bağlı hastalıkların sağlık harcamalarında önemli yer tuttuğunu ortaya koymuştur. Birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi ülkemizde de sigara içme prevalansı hem toplum genelinde hem de sağlık çalışanlarında yüksektir. Gelişmiş ülkelerde yürütülen kampanyalardan olumlu sonuçlar alınmış ve sigara içme alışkanlığı bu ülkelerde azalmıştır.

Çalışmamızda öncelikle sigara içenlerde, genel özellikleri dokümanete ettikten sonra NBD ile bu özelliklerin arasındaki ilişkileri araştırmayı

amaçlamıştık. Genel olarak baktığımızda cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyinin NBD'ye etkili olmadığını gözlemledik. Ancak sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara miktarı ve ev içinde kısıtlı mekanlarda sigara içme zorunluluğunun NBD'yi etkileyen faktörler olduğunu saptadık. NBD'si yüksek olanlar özellikle sigara içmeyen kişilerin yanında da sigara içebilmektedir. Ayrıca, bu grubun sigarayı bırakma konusunda çok istekli olmadıklarını saptadık. Çalışma bir sağlık kurumunda yapılmıştı. Bu kişiler sigaranın sağlık üzerindeki etkilerini bire bir gözlemliyor olmalarına rağmen maalesef %41.8'inde sağlık sektöründe çalışıyor olmak sigara içmeyi artırmıştı.

Ülkemizde sigarayla mücadele ve sigarayı bırakmak isteyenlere yardım çalışmalarını yetersizdir. Şu aşamada sigaranın hangi hastalığa ne oranda ve hangi mekanizmayla neden olduğu değil; başta sağlık çalışanları olmak üzere tüm toplumda sigarayla nasıl mücadele edileceği araştırılmalıdır. Sigaraya karşı mücadelede daha istekli ve etkin rol alabilmeleri için, sigara karşıtı kampanyalarda öncelikle sağlık çalışanlarının hedef kitle olarak seçilmesi gerekir. Bu şekilde hem sigaraya bağlı hastalıklar ve bunlara bağlı sağlık harcamaları azalacak hem de gelişmiş ülkeler arasına girmek için bir adım daha atılmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Flore CM. US Public Health Service Support. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
2. Nelson ED, Giovino GA, Emont SL, et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA* 1994; 271: 1273-5.
3. Erbaycu A, Aksel N, Çakan A, Özsoz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004; 5: 6-12.
4. Heathorn TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
5. Kozlowski LT, Porter CQ, Orelans CT, et al. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug Alcohol Depend* 1994; 34: 211-6.

6. Breslau N, Johnson EO. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health* 2000; 90: 1122-7.
7. Haddock CK, Lando H, Klesges RC, et al. A study of the psychometric and predictive properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a population of young smokers. *Nicotine Tob Res* 1999; 1: 59-66.
8. Nardini S, Bertolotti R, Rastelli V, Donner CF. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. *Eur Respir J* 1998; 12: 1450-3.
9. Haddad LG, Malak MZ. Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 793-802.
10. Everette SA. Smoking initiation and smoking patterns among US college students. *J Am Coll Health* 1999; 48: 55-61.
11. Griffin KW, Botwin GJ, Doyle MM, et al. A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking high-school seniors. *J Behav Med* 1999; 22: 271-84.
12. Ögüş C, Özdemir T, Kara A ve ark. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları. *Akciğer Arşivi* 2004; 5: 139-42.
13. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1997; 4: 407-12
14. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2002; 3: 253-6.
15. PIAR Araştırma Ltd. Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu. 1988 İstanbul.
16. Tekbaş ÖF, Açıkkel CH, Erkuvan E ve ark. Genç erişkin erkekler arasında nikotin bağımlılığı, sigara içme sıklığı ve bunları etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5: 105-17.
17. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi* 2000; 1: 90-5.
18. Altın R, Kart L, Ünalacak M ve ark. Tıp fakültesi hastanesinde sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2004; 5: 63-7.
19. Oncel S, Ozer ZC, Efe E, Alimoglu MK. Smoking among health professionals: A review of the national literature. *Prim Care Respir J* 2006; 20: 209 (abstract).
20. Kosku N, Kosku M, Çıkrıkçıoğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi* 2003; 4: 223-30.
21. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara içme alışkanlığını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi* 2001; 2: 49-53.
22. A statement of the joint committee on smoking and health: Physician responsibility. *Special report. Chest.* 1995; 108: 1118-21.
23. Tobacco or Health. *Smoke Free Europe: 4. WHO Regional Office for Europe, the International Agency for Research on Cancer and Commission of the European Communities, 1988.*