



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

115678

HEMŞİRELERDE SİGARA İÇMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

115678

ÖZLEM ALTINBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

DANIŞMAN
Doç.Dr.Nermin OLGUN

İSTANBUL - 2002

I. TEŞEKKÜR

Çalışmanın her aşamasında içten, yapıcı ve destekleyici tarzda yardım eden danışmanım Doç.Dr.Nermin Olgun'a,

Manevi olarak destek olan ve bilimsel anlamda görüşlerini bildirerek yardım eden Yrd.Doç.Dr. Sezgi (Çınar) Menteş'e,

Yine çalışmamda kaynaklara ulaşmamı sağlayan ve bana yol gösteren Prof.Dr.Elif Dağlı'ya,

Çalışmamın her aşamasında beni yalnız bırakmayarak destek olan Araş.Gör.Ayla Keçeci, Özlem Yüksekol, Öğr.Gör.Melek Öz, Funda Temizer ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Anket çalışmamda bana yardımcı olan tüm hemşire arkadaşlarıma,

Tüm yaşantım boyunca ve çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi destek olan aileme,

Her türlü yardım ve desteğinden dolayı nişanlıma TEŞEKKÜR EDİYORUM.

II. İÇİNDEKİLER

	SAYFA
1. ÖZET-SUMMARY.....	1
2. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
3. GENEL BİLGİLER.....	6
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
5. BULGULAR.....	53
6 TARTIŞMA.....	71
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	90
8. EKLER.....	93
9. KAYNAKÇA.....	99
10. BİYOGRAFİ.....	104

1. ÖZET

HEMŞİRELERDE SİGARA İÇMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışma sigaranın sağlığa verdiği zararları bilen, sağlık çalışanları içinde önemli bir grubu teşkil eden hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörleri, sigara içme sıklığını, başlama nedenlerini, halen içme nedenlerini, sigarayı bırakma ve içmeme konusundaki yaklaşımlarını incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışmadır.

Araştırmada; Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık personeline yönelik araştırmalarda kullanılmasını önerdiği standart formun Türkiye özellikleri dikkate alınarak hazırlanmış anket formu ve bu formun uzman görüşünden geçirilmiş şeklinden yararlanılmıştır.

Araştırma İstanbul ilinde Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yer alan tam teşekküllü üniversite; SSK, Devlet ve Özel hastanelerin yatak kapasiteleri en büyük olanlardan basit rastgele yöntemle seçilerek yapılmıştır. Evrende 6496 hemşire bulunmakta, örnekleme ise 736 hemşire oluşturmaktadır.

Elde edilen veriler yüzdeler hesaplama, ki kare yöntemi ve tek yönlü varyans analizi ile bilgisayar kullanarak SPSS programı ile yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %50.1'inin sigara içtiği ailelerinin ise %74.8'inin sigara kullandığı bulunmuştur.

Sigara içmeyenlerin %48.3'ünün sağlığı koruma nedeniyle kullanmadıkları saptanmıştır. Sigara kullananların %40.6'sının özentisi ve hoşlanma nedeniyle sigaraya başladıkları, alışkanlık nedeniyle içmeye devam ettikleri görülmüştür. Çalışma koşullarının sigara içmeyi etkilediği bulunmuştur. Bırakanların ise hastalıktan dolayı sigarayı bıraktıkları ve stres anında tekrar başlamayı düşündükleri saptanmıştır.

Çalışmanın sonucunda sigara içenlerin fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Sigara içmeyi etkileyen faktörlerin, aile çevresi ve çalışma koşulları olduğu saptanmıştır. Sigara içme ile yaş ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yine kanuni düzenlemeler ve sigarayla ilgili tutum ve davranışların birçoğu ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

SUMMARY

EXAMINING THE FACTORS AFFECTING SMOKING IN NURSES

This study, which is planned to analyze the factors affecting smoking of nurses who know the hazards of cigarette to health and constitute an important group among health workers, frequency of smoking, reasons of starting to smoke, reasons of going on smoking and their approaches not to smoke and to give up smoking, is a descriptive and comparative study.

The 'Questionnaire Form', which has been prepared by also taking an expert opinion according to Turkey's characteristics from a standard form suggested being used by World Health Organisation for health personnel in studies, was utilised in this study.

This study was carried out randomly selected from University, SSK, State and Private Hospitals, which have the highest number of bed capacities and are located in Metropolitan Municipality of Istanbul. The populations of the research are 6496 nurses and the subjects of this research are 736 nurses.

In interpreting the statistical data the tests of Percentage, Chi-Square, One Way ANOVA and SPSS software were used.

It has been found that 50.1% of nurses participated in the study and 74.8% of their families have smoked.

It has been determined that 48.3% of nurses have not smoked because of protecting their health. It has been seen that 40.6% of nurses smoking have started to smoke because of affection and liking, besides they have gone on smoking because of their habits. That working conditions have affected their smoking has been found. It has been determined that the nurses, who gave up smoking because of illness, have thought to start smoking in the event of stress.

It has revealed that the number of nurses smoking is high. It has been found out the factors affecting their smoking are family, environment and working conditions. There has been statistically found significant between smoking, age and education status ($p<0.05$). Again there has been statistically found significant between state of smoking legal arrangements and most of the attitudes and behaviors to cigarette.

2. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı 1973-1977 yılları arasında yapılan değerlendirmeler ışığında Dünya Sağlık Örgütü 30. Genel Kurulu 1977 yılında toplanmış ve “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi belirlenmiştir. Buna göre, dünyadaki herkes 2000 yılına kadar içinde bulundukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır denilmiştir. “2000 Yılında Herkese Sağlık” doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa bölgesi için geliştirilen hedeflerden 16 ve 17. hedef maddelerinde tüm üye ülkelerde aşırı sigara kullanımının azaltılması amacı yer almıştır(6,16).

Sigara içimi çeşitli yönleriyle tüm dünyada önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Sigara salgını özellikle gelişmekte olan ülkelerde ülke sağlığını ve bunun yanı sıra ekonomiyi de etkilemektedir. Sigara içme ortalama yaşam süresini kısaltmakta, kalıcı sakatlık sayısını ve işe devamsızlığı arttırmakta, böylece iş gücü kaybına neden olmaktadır. Ayrıca sigara içen kişilerin yıllık tıbbi bakıma gereksinim duyma oranlarının sigara içmeyenlerden fazla olduğu görülmektedir(37).

Araştırma verilerine dayalı bir hesaplama göre tiryakilerin dörtte biri sadece sigara nedeniyle emeklilik yaşına varmadan ölmektedir. İçilen her bir sigara insan ömrünün 5.5 dakikasını almakta yani beklenen yaşam süresini 5-8 yıl kısaltmaktadır(60).

Bu durumda Dünya Sağlık Örgütü’nde sigara tiryakiliği şöyle tanımlanmıştır: “Her gün düzenli bir biçimde en az bir sigara içmek sigara tiryakiliğinin göstergesidir”. Bu tanımın ölçüt alınması durumunda da ülkemizdeki sigara içme oranı yüksek çıkacak, sigaraya bağlı ölüm riski de artacaktır(5).

Sigara içme bireyin vazgeçemediği ve sağlığını bozan alışkanlıklarından en ciddi olanıdır. Sigara içimi bugün tüm dünyada yaygın bir sorundur. Türkiye’de ise

1950 yılından itibaren sigara tüketimiyle nüfus artışı oranlandığında her iki eğrinin son senelere doğru birbirinden uzaklaştığı yani sigara tüketimindeki artışın, nüfus artışından daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır(2,4).

Sigara içme özellikle nedenleri açısından önemli bir psikososyal sorundur. Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli ve tartışmasız kabul gören gerçeklerde, bu alışkanlığın %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur. Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu gösterir. Bunun nedeni de keyif verici birçok maddenin zararlarına gösterilen duyarlılığın sigaranın yaptığı zararlara gösterilmemesi ve sigaranın bir tür meşruluk kazanmasıdır(59).

Sonuç olarak da sigara alışkanlığı, hemen hemen toplumun bütününe ilgilendiren bir davranış kalıbı haline gelmiştir. Toplumların sigara alışkanlığından vazgeçmesi ve sigara içilmeyen bir toplum haline gelmesi toplumu oluşturan tüm bireylerin sigara içmemeleriyle gerçekleştirilebilir. Bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinin, 1988 yılı kasım ayında Madrid'de gerçekleştirdiği 1. Avrupa Tütün Konferansında "Smoke-free Europe" (Dumansız Avrupa), "It Can Be Done" (Başarılabilir) sloganlarıyla içinde Türkiye'nin de dahil olduğu 32 ülke insanların sigara alışkanlığından kurtulmalarını hedeflemiştir(12).

Dünya Sağlık Örgütü'nün almış olduğu kararlar doğrultusunda sigara salgınının kontrolüne yönelik etkinlikler düzenlenmiştir. İşte bunlardan biri de yapılan çalışmaların değerlendirilmesi, yapılacak çalışmaların planlaması açısından toplumdaki bazı özgün grupların sigara içme oranlarının sürekli ve düzenli olarak izlenmesidir. Mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sigara içme durumlarının izlenmesi önerilen özgün gruplar arasında hemşireler de bulunmaktadır(56).

Sağlık davranışları ve yaşam biçimlerini seçme konusunda hemşirelerin, bu davranışları ve yaşam biçimlerini yaygınlaştırmada ise hemşirelik örgütlerinin önemli sorumluluklar taşıdıkları 22-24 Haziran 1988 Avrupa Hemşirelik Konferansının kararlarından birinde yer almıştır. Bu karar, hemşirelerin ve hemşire örgütlerinin "Avrupa'da sigaraya karşı eylem planı ve sigaradan arındırılmış iş yerleri" yaklaşımını destekleyecekleri ifadesini de kapsamıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığın korunmasında ve yük-

seltilmesinde bireylerin olumlu yönde etkilenmelerinde hemşirelerin anahtar rol oynayacaklarını belirtmektedir. Bu rolü üstlenen hemşireler ve diğer sağlık personellerinde ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalar sonucu, sigara içme oranı ortalama %40 olarak kabul edilmiştir(56).

Bu çalışma bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı bir topluma kavuşmada önemli rolleri olan hemşirelerde; sigara içmeyi etkileyen faktörleri, sigara içme sıklığını, başlama nedenlerini, halen içme nedenlerini, sigarayı bırakma ve içmeme konusundaki yaklaşımlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.



3. GENEL BİLGİLER

3.1.TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

3.1.1.TÜTÜNÜN DÜNYADAKİ TARİHÇESİ

Her yıl milyonlarca insanın ölmesine neden olan tütünün geçmişi 4.000 yıl öncesine dayanmaktadır. İlk olarak Meksika, Orta ve Güney Amerika'da kullanıldığı anlaşılmaktadır. Tütün Avrupa'ya 1492 yılında Küba'ya ayak basan Christopher Colombus tarafından getirilmiştir. Colombus adadaki yerlilerin puro haline getirilmiş bitki yapraklarını yakarak içtiklerini görmüştür. Törenlerde kullanılan bu madde Tabaka diye isimlendirilmektedir. Tobacos Nicotiana denilen bitkinin yapraklarından yapılmaktadır. Bu bitki daha sonra Avrupa'ya getirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır(8,14,27,45).

1560 yılında Fransızların Portekiz'de bulunan büyük elçisi Jean Nicot tarafından Fransız kraliçesine sunulmuş ve saray bahçesine dikilmesi sağlanmıştır. Tütünün içindeki en önemli zehirli madde olan Nicotin elçinin isminden gelmektedir. Fransız kraliçesine baş ağrısını gidermek amacıyla sunulan tütün baş ağrısını tedavi etmiştir. Böylece daha önceleri sadece törenlerde keyif verici madde olarak kullanılan tütün baş ağrısı, iyileşmeyen yaralar ve verem hastalığının tedavisinde yarar sağladığı için şifa kaynağı olarak diğer ülkelere yayılmıştır(8,27,45).

Tütünün İngiltere'ye gelişi, tütün tiryakisi olan Amiral Walter Raleigh ile XVI.yy'ın sonunda olmuştur. Zaman içinde İngiltere ve Fransa dışında Almanya ve Avusturya, Macaristan ve İtalya'da tütün endüstrisi gelişmeye başlamıştır. Tütünün ülkelere yayılması daha çok denizciler tarafından olmuştur. Tütün kullanımının Kırım, I. ve II. Dünya savaşlarında askerler tarafından sık kullanıldığı için hızla yayılan bir alışkanlık olduğu görülmüştür. Kırım savaşlarında İngiliz ve Fransız askerleri Osmanlılar'dan kıyılmış tütünün kağıda sarılarak yani sigara şeklinde kullanılmasını öğrenmişlerdir. Tütünün Avrupa'da büyük bir üne kavuşması, değerli bir bitki olması nedeniyle

3.1.2.TÜRKİYE'DE TÜTÜNÜN TARİHÇESİ

Tütün ilk kez Osmanlı'ya 17.yy. sonunda Venedikli ve Cenovalı denizciler tarafından liman şehirleri olan İstanbul ve İzmir'e getirilerek tanıtılmıştır. Bundan sonra Selanik ve İskeçe şehirlerinde üretim başlamıştır. Tütün kullanımına bağlı büyük yangınlar nedeniyle IV. Murat katı önlemler almış, ancak başarılı olamamıştır. Bunun sebebi de devleti yönetenlerin tütün alışkanlığına tutulmuş olmasıdır. Osmanlı tütün ihtiyacını Batı Trakya yöresindeki üretim ile gidermeye çalışmış ve bir süre sonra Avrupa'ya şark tütünü satar duruma gelmiştir. Tütünün üretimi, sigara yapımı ve satışı 1874'te bir kanunla yalnız devlete bırakılmıştır. Ekonomik nedenlerle devletteki tütün tekelinin yarı hissesi 1884 yılında Fransız Reji Şirketine verilmiştir. Böylece İstanbul, İzmir, Samsun ve Adana'da sigara fabrikaları kurulmuştur. Bu şirketle anlaşma süresi bitmesine rağmen, Balkan Savaşı felaketi ve maddi sıkıntılar Osmanlı'yı Fransızlarla yeniden anlaşmaya zorlamıştır. Kurtuluş savaşının hemen başında TBMM 1924'te Reji Şirketi ile anlaşmayı feshetmiş ve ulusal bir politika gereği Tekel kurulmuştur. Artan sigara ihtiyacı karşısında devlet tütün üretimini desteklemiş ve ülkede sigara fabrikalarının sayısı arttırılmıştır. Bitlis, Maltepe, Malatya ve Tokat'ta kurulan sigara fabrikası ile sayı sekize çıkarılmıştır(8,27,42).

3.2.TÜTÜNÜN EPİDEMİYOLOJİSİ

3.2.1.DÜNYADA SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞININ DURUMU

Gelişmiş ülkelerde tütün tüketimi 1920-1960 yılları arasında artış göstermiştir. 1960 yılından sonrada azalma eğilimi içerisinde olmuştur. Avrupalı erkeklerde sigara içme yaygınlığının en yüksek olduğu dönem 1950 yıllarıdır. Kadınlarda sigara içme yaygınlığı 1950-1970 yılları arasında sürekli olarak yükselmiştir. Ancak kadınlarda sigara içenlerin oranı, erkeklere göre daha düşüktür(5,45).

Avrupa ülkeleri bölgelere göre gruplandırıldığında tütün tüketimi Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde erkeklerde yüksek, kadınlarda düşüktür fakat yükselme eğilimindedir. Kuzey Avrupa'da kadınlarda ve erkeklerde sigara içme hızı aynı durumdadır.

Güney Avrupa ülkelerinde tütün tüketimi erkeklerde yüksek, kadınlarda düşük olup giderek yükselmektedir. Batı Avrupa ülkelerinde ABD ve Kanada'da sigara içme oranlarında düşme görülmektedir(5).

Gelişmiş ülkelerde sigara içme hızı, erkek nüfusunun üçte biri ile yarısı arasında değişmektedir. Bu ülkelerin çoğunda kadınların yaklaşık üçte biri (%20-60) sigara içmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek nüfusun %40-60'ı sigara içmekte, kadınlarda ise %2-10 arasında değişmektedir(5,45).

Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda sigara içme eğilimlerinde azalma olurken gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi artmaktadır. Bunun sebebi de sigara üreticilerinin yasal nedenlerle satamadıkları yüksek katranlı ve nikotinli sigaraları geliştirmekte olan ülkelerin pazarlarına sürmesidir(5,45).

Yapılan araştırmalara göre sigaranın yol açtığı yıllık ölüm sayısı 1960 yılında 1 milyon iken bugün üç milyona yükselmiştir. Bu ölümlerin 2 milyonu gelişmiş ülkelerde, 1 milyonu ise gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Ölümler 1965-1990 yılları arasında erkeklerde 2, kadınlarda 5 kat artmıştır. Sigara alışkanlığı bugünkü hızıyla devam ederse 2020 yılına kadar sigaradan ölenlerin sayısının 10 milyona yükselmesi tahmin edilmektedir(5).

3.2.2.TÜRKİYE'DE SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞININ DURUMU

Ülkemiz tütün üretiminde dünyanın 5. ülkesi durumundadır. Yaklaşık 522.000 kişi bu alanda çalışmaktadır. Üretimden satışa kadar olan zincirde yaklaşık 3 milyon kişiye iş imkanı sağlamaktadır(53).

Türkiye, kişi başına düşen sigara tüketimi yönünden Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra 2. sırada yer almaktadır. Toplam yıllık sigara tüketimi 1965 yılında 35 ton civarındayken 1992'de 80 tona çıkmıştır. Son 5 yıldaki yıllık sigara tüketim oranı %1.3 olmuştur. Dünya Sağlık Örgütünün son verilerine göre ülkemizde yılda kişi başına 15- kilo tütün ve 100 paket sigara tüketilmektedir(32,45).

Sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde artmıştır. Sigara tüketimindeki %10'luk artış azımsanamayacak bir durum haline gelmiştir(53).

Türkiye’de sigara alışkanlığının durumuna ilişkin yeterli araştırma yapılmamıştır. Sigara içmenin yaygınlığı konusunda ülkeyi temsil eder nitelikteki tek çalışma sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması olan 1988 PİAR araştırmasıdır. Bu çalışmaya göre 15 yaş üstü nüfusta sigara içme hızı erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3, ortalama %43.6’dır. 15-18 yaş grubunda ise sigara içme hızının %30 olduğu saptanmıştır. Sigara içenlerin %39’u sigara içmeye 15-18 yaşlarda, %20’sinin ise 11-14 yaşlarında başladıkları belirlenmiştir. Tiryakilerin %64’ü günde 1 paket ya da üstünde sigara içtiklerini, %59’u sigarayı bırakmayı denediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca sigara içmeyenlerin %14’ünün bir dönem sigara içip bıraktığı ortaya çıkmıştır(5,18,42,45,53).

PİAR’ın araştırmasında sigara içme ölçütü olarak paket taşıma alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütüne göre sigara tiryakiliğinin tanımı "her gün düzenli olarak sigara içmek" biçiminde yapılmıştır. Bu tanımın ölçüt alınması durumunda ülkemizde sigara içme oranının daha yüksek çıkacağı bir gerçektir(5,18,42,45,53).

Sigara içme alışkanlığı 12-13 yaşlarında başlamakta, 45 yaşına kadar yaşla paralel olarak artmaktadır. Daha sonraki yıllarda oranlar sabit kalmakta 50 yaşından sonra ise azalma eğilimi göstermektedir(42).

Bunun yanında Türkiye’de erkekler, kadınlara göre daha çok sigara içmektedir. Erkekler ve kadınlar arasında sigara içme alışkanlığı yönünden izlenen bu farklılık kırsal yörelerde ve düşük sosyo-kültürel gruplarda daha belirgindir. Kırsal yörelerde oturan kadınlarla, düşük sosyo-kültürel düzeydeki kadınlar arasında sigara içenlerin oranı oldukça düşüktür. Eğitim ve ekonomik düzeyleri yükseldikçe, kadınlar arasında sigara içenlerin sayısı da artmaktadır. Oysa eğitim düzeyi sosyo-kültürel düzey ve oturulan yer gibi etkenler erkeklerin sigara içme davranışını etkilemiyor görülmektedir. Bu durum yaklaşık 400 yıldır, sigara içen kadınları ve çocukları hoş karşılanmayan, fakat bu davranışı erkekler için doğal karşılayan geleneksel kültürümüzün, kent ortamında batılı yaşam tarzı ve kültürü karşısında yenilmesi ile açıklanabilir(42).

Orta dereceli okul öğrencilerinin sigara içme alışkanlığı edinmelerinde yaş, cins ve içinde bulundukları sosyal çevrenin önemli olduğu gözlenmektedir. Kentlerde oturanlar kırsal kesime göre daha fazla sigara kullanmaktadır. Bunlar arasında kız öğrenciler daha az sigara kullanmaktadır. Öğrenciler ortaokul son sınıfta sigara ile tanış-

makta lise yıllarında sigara içme alışkanlığı artmaktadır. Ortaokul öğrencilerinin %6-10'u sigara içerken, lise öğrencilerinde bu oran %25-40'lara çıkmaktadır. Ailede sigara içenlerin varlığı en yakın arkadaşının ve öğretmenin sigara içmesi başlamaya neden olarak gösterilmektedir. Özenti, sıkıntı ve arkadaş etkisi diğer nedenler arasındadır(42).

Üniversite öğrencilerinde aile ve çevrenin denetiminden uzaklaşma, özgür bir ortamda bulunma, sigara içmeyi yaygınlaştırmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda erkek öğrencilerin %47.7'sinin, kız öğrencilerin %35.1'inin sigara içtiği saptanmıştır(5,42).

Sigara içmeyerek topluma, öğrencilerine ve hastalarına karşı örnek olması gereken öğretmenler, doktorlar ve hemşirelerin sigara içme alışkanlığının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Öğretmenlerin %47.5'i, hemşirelerin %51'i ve doktorların %52.5'i sigara içerek toplum ortalamasından farklılık göstermemektedir. Öğrencilerin yanında sigara içen öğretmenlerle, hastaların yanında sigara içen doktorların ve hemşirelerin sayısı oldukça fazladır(42). Ahmet Saltık ve arkadaşlarının 1989'da Edirne'deki ortaöğretim öğretmenleri arasında yaptığı bir çalışmada erkek öğretmenlerde sigara içme hızı %62.4 bayan öğretmenlerde %33.8 bulunmuştu(5).

Erol Sezer'in 1988'de Elazığ'daki hekim ve diş hekimleri arasında yaptığı çalışmada erkeklerin %54.9'unun, kadınların %39.5'inin, sigara içtiği belirlenmiştir. Sigara içenlerin %56.8'inin hasta yanında da sigara içtiği anlaşılmaktadır. Sigara içme hızı diş hekimlerinde daha yüksek olup erkeklerde %71.4 kadınlarda %55.6 bulunmuştur. Önder ve arkadaşlarının Samsun'da yaptıkları araştırmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme sıklığı öğretim üyesi ve uzmanlarda %29.7, araştırma görevlilerinde %27.2 hemşirelerde %46.2, diğer çalışanlarda ise %46.8 olarak bulunmuştur(5,45).

Bir başka üniversitede yapılan araştırmada sigara içme sıklığı, öğretim üyelerinde %40, öğretim görevlilerinde %42, araştırma görevlilerinde %43, hemşire ve sağlık memurlarında %44, memurlarda %49, yardımcı personel arasında %42'dir(53).

Yine yapılan çalışmalar erkek sigara içicilerinin %61'inin kadın sigara içicilerin ise %53'ünün sigarayı bırakmayı ciddi olarak denediklerini göstermektedir. Aynı zamanda çalışmalar Türk toplumunun %88'nin sigara karşıtı bir kampanyayı destekle-

meye hazır olduğunu ve sigara içimine karşı alınacak yasal önlemleri, toplumun %85'inden fazlasının desteklediğini göstermektedir.(42).

Bütün bunlar göz önüne alınacak olursa, sigara alışkanlığının toplumumuzda çok yaygın olduğunu ve sigaranın yarattığı, sağlık sorunlarının yeterince bilinmediği görülmektedir(53).

3.3.SİGARAYA BAŞLAMA NEDENLERİ

Sigaraya başlama yaşı en sık (%40) 15 ile 19 yaşlar arasındadır. Gençlerde sigara içmeye başlama nedenleri genel olarak üç başlık altında toplanabilir(32).

- 1- Bağımlılık-Bağımsızlık çatışması
- 2- Akran baskısı
- 3- Cinsel kimlik

1- Bağımlılık-Bağımsızlık Çatışması: 15 yaştan sonrası insanların biyolojik olgunlaşma ve psikososyal gelişme açısından çocukluktan çıkıp, yetişkinliğe doğru yöneldiği dönemdir. Bu dönemde kişinin insan kimliğini edinme ve toplumda yetişkin insan rolü üstlenme arzusu fazladır. Toplum tarafından bu şekilde görülmeyi isterler. Anne, baba ve yakın çevresindeki büyükler onu erişkin bir insan olarak değil büyüklüğe özenen bir çocuk olarak görme eğilimindedirler. Bu tutum gençleri öfkeliendiren ve başkaldırmaya yöneltten bir durumdur. Bu dönemde kişi yetişkin gibi davranmaya özenir. Büyüklere özgü yaşantılar deneme, böylece kendisine ve yaşlılarına artık büyüdüğüünü kanıtlama gereksinimi içerisinde. Bunun içinde yetişkin gibi giyinmek, konuşmak, ayna karşısına geçip saçlarını onlara benzer şekilde taramak gibi davranışlarda bulundukları görülür. Anne ve babayı kızdıracak şekilde tutumlar içine girerler. Çevrenin değer ve beklentilerine, anne ve babaya karşı aldırılmaz davranışlar sergilerler. İşte bunların başında olan tutum ve davranışlardan biri de sigara ve alkol kullanımıdır. Bu gibi davranışlar bir taraftan aldırılmazlık, diğer taraftan delikanlılık göstergesi olarak algılanır. Önceleri yetişkin gibi sigara içerken daha sonra anne ve babasının sigara içmemesi konusundaki ısrarlı yaklaşımları sigara içmeye olan merakın daha fazla artmasına neden olur(32,45).

Sigara bağımlılığının neden olduğu hastalıklar hakkında gençlerin duyarlılığı azdır. Gençlerin yıllar sonra karşılaşılacak olan söz konusu hastalıklardan etkilenmesi zordur. Burada konunun bir sağlık sorunu olduğu yeteri kadar aktarılmazsa anne ve babayla olan basit bir çatışmaya indirgenirse, sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi başlar(32).

Sigara içilmesine karşı olan anne ve babadan sigara bağımlısı varsa verilen mesajlar yerini bulmamaktadır. Madde bağımlılığı için özel bir insan tipi mevcut değildir. Ancak kişilik yapısı, aile ilişkileri, şartlanmaya yatkınlık, stimullara aşırı duyarlılık vb. gibi pek çok faktör yardımcı etken olabilir(32,43).

Yetişkinlerdeki sigara içme alışkanlığını yaratan nedenlerin daha farklı olduğu saptanmıştır. Yetişkinler sözlü olmayan iletişim için, sıkıntılı anların giderilmesi, kendini daha iyi hissetmek ve sonuç olarak stresin azalması için sigarayı bazen uyarıcı bazen de yatıştırıcı olarak kullanmaktadırlar. Kadınların sosyal ve ekonomik hayatındaki rolleri değiştikçe sigara içme oranları da yükselmektedir. Ayrıca kitle iletişim araçları da sigarayı teşvik yönünden etkili olmaktadır(32,43). Sigara içenler okul döneminde kendini başarısız olarak algılamakta diğer kişilerce de başarısız olarak görülmektedirler.(55).

Bunun yanında ailenin sosyo-ekonomik özelliği, ebeveyn ve kardeşlerin sigaraya ilişkin tutum ve davranışları, okul tipi (yatılı-gündüzlü) ve öğrenimi bırakma yaşı sigara içmeyi etkileyen risk faktörlerinden sayılmaktadır. Sigara içen arkadaş sayısı da önemlidir. Sigara içme ya oral dönemdeki tatminsizliği, ya da mevcut aşağılık kompleksini giderici bir aktivite olarak da ortaya çıkmaktadır(55).

Bir diğer görüşe göre kişiler sigarayı sırf sigara içme işlemini beğendikleri için içmektedirler. Paketi açıp bir sigara yakmak, ya da eldeki sigarayı içe çekip üfle-mek, dumanını seyretmek gibi işlemler ona haz vermektedir(32).

2- Akran Baskısı: Gençlik döneminde aynı yaşta olanların psikolojik ve sosyal yaşantıları açısından daha etkili ve önemli değer yargıları vardır. Gençler yaşantılarıyla beraber olmayı severler. Bu nedenle kendileri gibi olan, onlar gibi yaşayan, onlar gibi algılayan bir grubun davranış kalıplarını kendine örnek alırlar. Çok gizli sırları paylaşırlar, ortak hazları ve yaşantıları birlikte denerler. Bu dönemde gruba dahil olma dürtüsü davranışları etkiler, grup dışında kalmak istenen bir olay değildir. Bir grubun ü-

yesi iken dışlanmak, hor görülmek istenmeyen bir durumdur. Bu nedenle onlara göre çeşitli alışkanlıklar hoşlanılmasa ya da istenilmese de paylaşılmak zorunluluğu vardır. Bu tip alışkanlıkların zararlı sonuçlar doğurabileceği önceden kestirilse bile çoğu kez arkadaş etkisi öne geçer ve bu tür eylemlere katılma konusunda güçlü bir direnç göstermezler. Örneğin akranlar arasında sigara içen birisinin bulunması bağımlılığa yakınlıştırır. Bu nedenle sigara içme davranışının akranlar arasında normal karşılandığı süreçte yeni içmeye başlayan sayısında artış olmaktadır(32,38,45).

3- Cinsel Kimlik: Gençler arasında erişkinliğe geçerken cinsel kimlik önemli bir durumdur. Ayrıca toplumdaki cinsiyete verilen değerde bu önemi artırmaktadır. Ataerkil değerlerin üstün olduğu, geleneksel toplumlarda erkek olmak üstünlük, bu üstünlüğün gereği olarak da bazı tutum ve davranışları sergilemek zorunluluktur. Bunlar arasında sigara ve içki kullanımı erkeksi davranış şekli olarak önemli bir yer almaktadır. Bu nedenle gençler arasında, erkeksi davranışlara yönelmek ne kadar erken olursa, erkeklik gücünün de o denli sağlam olacağı inancı yaygın olmuştur(32,45).

Bu gibi geleneksel toplumlarda, kadınların erkeksi bir davranış olarak görülen sigara içmesi uygun görülmemektedir. Ancak kadınların erkeklerle beraber çalışmaya başlamaları kadınlar arasında önce pasif içici olarak, daha sonra da aktif içici olarak sigara bağımlılığının ve içiciliğinin yaygınlaşmaya başlamasına neden olmuştur. Ülkemizde de çalışan kadınların sayısı arttıkça ve eğitim düzeyi yükseldikçe sigara içme oranı artmaktadır(32,45).

Bunun yanında hemşirelerin sigara kullanımını etkileyen faktörler arasında profesyonel sosyalleşme, rollerindeki karmaşa, iş stresi, hemşirelerin rolü ile ilgili uç beklentiler ve sosyal destek azlığı gelmektedir(32).

3.4.BAĞIMLILIK NEDENLERİ

Madde bağımlılığı; kullanılması yönünde istek doğurucu özellikleri olan psikolojik etkili bir maddenin zararlı etkileri olduğu bilinmesine karşın, kişide zoraki kullanma isteğinin olması, kişide madde kullanımı devam ettiği sürece aynı etkiyi göre-

bilmek için daha fazla madde alma gereksiniminin duyulması ve madde alınmadığında yoksunluğunun hissedilerek madde alma ihtiyacının doğmasına denir(5,45).

Sigara bağımlılığı; uzun süreli olarak, günde yarım paketten fazla sigara ya da eş değeri tütün almak için zorunlu istek ve gereksinim duyulması, doku ve gözeneklerde yaptığı toksik ve kanserojen etki nedeniyle değişik hastalıkların görülmesi, tütün ya da nikotine karşı fizyolojik bağımlılık oluşması ve yoksunluk belirtilerinin görülmesidir(5,45).

Sigara içilmediği zaman bir takım yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Bunlar,

- Tütün içmek için aşırı istek duymak,
- Huzursuzluk, tedirginlik, gerginlik, yerinde duramama, keyifsizlik, neşesizlik, çöküntü, bunalma hissi, çabuk sinirlenme, saldırganlık, tartışma, kavga eğilimi,
- Dikkat dağınıklığı, anımsama güçlüğü, baş ağrısı, sersemlik, bilinç bulanıklığı ve uyku bozukluğu,
- Sindirim sistemi yakınmaları, bulantı, kusma, kabızlık, distansiyon, iştah azalması, hipersalivasyon, öksürük, balgam çıkarma,
- Kan basıncı ve kalp atımlarında azalma gibi belirtilerdir (22,38,45).

Sigara bağımlılığına asıl neden olan madde sigaranın içinde bulunan nikotindir. Bağımlılık bu maddenin kimyasal etkisinden kaynaklanmaktadır. Nikotinin kimyasal özelliklerinin yanı sıra aile yapısı, olgunlaşma düzeyi kişilik özellikleri ve toplumsal olaylar bağımlılığı artırıcı özellik gösterebilir(5,45).

Nikotinin sigarayla alınmasını takiben bir takım değişiklikler oluşur. Bu etkileşimlere nikotin bağımlılığını artırıcı pozitif pekiştirici özellikleri denir. Keyiflenmek, dinlenmek, güncel sıkıntılardan uzaklaşmak, öfkenin yatışması, uyanıklık hali, düşünce yoğunluğunun bir noktaya toplanması, bağımsızlık ispatı, yeni zevkler arama isteği, çevreye özenme ve uyma, kilo artışının engellenmesi gibi etkilerden dolayı bağımlılığın artışı ve devamı söz konusudur(45).

Kültürel yapısı düşük olan aileler, ailesel uyumsuzluk, anne-baba hastalığı, boşanma ya da ölümler, aile içi denetim eksikliği ve şiddetin yoğun olduğu aileler, ergenliğe giriş ,erken cinsel deneyim, okul bitirme, askere gitme, yeni işe başlama, evden

ayrılma, özentî, imrenme, üstün kişilerle özdeşleşme isteği gibi durumlar bağımlılığın sürekliliğini sağlar(29,45).

Kendisi ya da yakın akraba ve arkadaşlarıyla ilgili sağlık ,eğitim, yasal, ekonomik sorunlar, iç ve dış savaş durumları, doğal afetler gibi toplumsal yaşam için zorluklar sigara bağımlılığını etkiler. Sinema ve televizyon gibi iletişim araçlarında gösterilen film kahramanlarının neşeli anlarında sigara içmesini izleyen gençliğin sigara bağımlılığı yönünden etkilendiği görülmektedir. Yine sigara paketlerinin üzerindeki renkler, sigara reklamlarındaki özendirici yaşam modelleri kampanyalar, sigara içindeki tat ve koku veren katkı maddelerinin sigara bağımlılığını artırıcı özelliği vardır(29,45).

3.5.SİGARA DUMANININ ÖZELLİKLERİ

Sigara ve sigara dumanı çok miktarda ve değişik özellikte zararlı madde içermektedir. Yapılan araştırmalar sigara dumanında 4000'den fazla zararlı madde bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Sigara dumanı tütün bitkisi yapraklarının tam yanmaması sonucu oluşur. Sigara dumanının içerdiği maddeler gaz veya tanecik halinde bulunmaktadır. Sigara dumanında bulunan maddelerin büyük bir kısmı kanser yapıcı özelliktedir (1,5,19,31,39).

Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler ve Etkileri

- Aromatik hidrokarbonlar ; kanser yapıcı etkisi vardır
- Nikotin ; sinir sistemini uyarır
- Fenol ; kanser yapıcı etkisi vardır
- Krezol ; kanser yapıcı etkisi vardır
- Beta-Naftilamin ; kanser yapıcı etkisi vardır
- N-Nitrozanarnikotin ; kanser yapıcı etkisi vardır
- Benzopiren; kanser yapıcı etkisi vardır
- Metaller(Nikel Arsenik); kanser yapıcı etkisi vardır
- İndol; kanser yapıcı etkisi vardır
- Karbazol; kanser yapıcı etkisi vardır

- Katezol; kanser yapıcı etkisi vardır
- Karbonmonoksit; oksijen kullanımını etkiler
- Hidrosiyamik asit; silia hareketlerini durdurur
- Asetaldehit; silia hareketlerini durdurur
- Akrolein; silia hareketlerini durdurur
- Amonyak; silia hareketlerini durdurur
- Formaldehit; silia hareketlerini durdurur
- Nitrojen oksitler; silia hareketlerini durdurur
- Nitrozaminler; silia hareketlerini durdurur
- Hidrozin; silia hareketlerini durdurur
- Viril klorür; silia hareketlerini durdurur

Tütün yandığında ana duman ve yan duman denilen iki durum oluşur. Sigaranın ağız kısmında içe çekilme sırasında oluşan duman “ana duman” yanan sigaranın ucundan ve ağız kısmından kendiliğinden çıkan duman ise “yan duman” olarak tanımlanır(5,19,31,39).

3.5.1.SİGARA DUMANINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sigara dumanının ihtiva ettiği maddeler çeşitli faktörler tarafından etkilenir. Bunlar;

a) Tütünün özellikleri: Kullanılan tohumun çeşidi, ekolojik faktörler, yetiştiricilik, kurutma ve fermentasyon olarak görülmektedir. Ayrıca sigara dumanının zararlarını azaltacak maddelerin kullanılması da etkilidir.

b) Sigaranın özellikleri: Sigara kağıtlarının hava geçirgenliği, sigaranın boyu, biçimi, ağırlığı, rutubeti, yanma hızı, filtreli olup olmadığı etkilidir.

c) İçim parametreleri: İçilen bir sigaranın izmarit boyu, nefes hacmi, nefes süresi, nefes aralığının değişmesi etkilidir.

d) Ateş bölgesi temperatürü: Piroliz temperatüründe duman bileşimine etkilidir. Sigaranın ateş bölgesi temperatürü ortalama 900°C’dir.

e) İçim koşulları: Sigaranın içildiği ortamın basıncı, sıcaklığı, bağıl nemi de duman bileşimini etkilemektedir(31,43).

3.5.2.SİGARADA BULUNAN ZARARLI MADDELER

A)NİKOTİN: Sigara dumanında tanecik halinde bulunan ve bağımlılığa yol açan ana maddedir. Berrak, uçucu, alkali bir sıvıdır. Havaya maruz kaldığında rengi kahverengiye dönüşür. Tütünün ortalama 1/3'ünü nikotin oluşturur. Bir sigarada bulunan yaklaşık 20 mg nikotin önemli bölümü yanarak başka maddelere dönüştüğünden her sigara ile insan vücuduna 1-2.5 mg nikotin girer ve bağımlılık yapar(1,18,31,39,58,62).

Organizmaya giren nikotin ağızdan başlayarak bütün gastrointestinal sistemde ve akciğerlerde hızla emilir. Ancak nikotin mide asidi nedeniyle mideden absorbe olmaz, barsaktan emilir. Daha sonra karaciğerde yıkılır bir bölümü değişmeden idrar, ter ve diğer salgılarla vücuttan atılır(18,31,39,58).

Nikotin sempatik ve parasempatik ganglionlar ile sürrenal medullada bulunan kolinerjik reseptörler üzerine etkilidir. Fakat parasempatik sistemde nöroeffektör kavşaktaki reseptörler üzerine, bu reseptörlerin muskarinik tipte oluşu nedeniyle etkisizdir. Sürrenal medulladaki reseptörler üzerine etkisi de buradan adrenalin ve noradrenalin salınmasına yol açmasıdır. Bu nedenle nikotin nabızın ve kan basıncının artmasına yol açarken periferik dolaşım hacmini azaltır. Bu etki sigara içmeyenlerin ilk sigara içiminde ya da sigarayı bırakanlarda yokluk döneminden sonra daha belirgindir. Nikotin çizgili kaslarda gevşemeye de neden olur. Nörohipofizden doza bağımlı bir şekilde ADH salgılanmasına neden olduğu gösterilmiştir. Ayrıca nikotin ACTH salınımını da artırdığı bilinmektedir. Nikotin prostoglandinlerin sentez ve salıverilmesini uyarıcı etkisi de gösterilmiştir. Nikotin merkezi sinir sistemi üzerine etkisi gerginlikte azalma, mutluluk ve haz duygusunda artma, rahatlama, gevşeme, uyanıklık şeklinde olur. Merkezi sinir sistemine etkisi nedeniyle de kişiler sigara içmeyi sürdürürler(1,5,31,39,58,59).

B)KARBONMONOKSİT: Sigara dumanında gaz halinde bulunan zararlı maddelerin en önemlisidir. Tütünün tam yanmaması sonucu ortaya çıkar. Sigara dumanının %2-6'sı karbonmonoksitten oluşmuştur. Sigara içenlerin kanındaki karbonmonoksit düzeyi sigara içmeyenlere göre 2-15 kat daha fazladır. Oksijenden 200 kat daha kolay hemoglobin ile birleştiğinden Oksijenin yerini alır. Artan karbonmonoksit seviyesi kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Bu durum vücuttaki tüm organların çalışmasını kötü yönde etkiler. Kötü yönde etkilenen organlardan en önemlisi beyindir. Bunun yanında arter duvarlarında harabiyete yol açar. Etkilenmiş olan koroner arterlerde myokard infarktüsü riskini arttırır(1,31).

C)KANSEROJEN MADDELER:Sigara dumanında bulunan ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen maddelerden bazıları da kanserojen olanlarıdır. Kanseri yapan ve kanserin meydana gelmesine yardımcı olan maddeler katranda mevcuttur. Duman ağıza alındığında milyonlarca parçacığı da beraberinde getirir. Bunlar soğudukça hava yollarında ve akciğerlerde katran olarak birikir. Katranda bulunan zararlı maddeler hem kanser sürecini başlatıcı hem de bu süreci hızlandırıcı özelliktedir. Sigara katmanında bulunan başlıca kanserojenler polisiklik aromatik hidrokarbonlardır. Bunun içinde en etkin karsinojen madde benzopiren ve nitrozaminler ile β naphtylamine'dir. Kanserin gelişim sürecini hızlandıran maddeler fenoller, yağ asitleri ve bunların esterleridir(1,5,15,31,39).

D)İRRİTAN MADDELER:İrritan maddelerden akrolein başta olmak üzere 10 kadar bileşik vardır. Bu maddeler trekea ve bronşların fizyolojik fonksiyonlarını etkileyerek akciğerlerin kendini koruma mekanizmasını bozarlar. Sigara dumanındaki irritan maddeler, mukus salgısını arttırır ve titretilen tüylü epitelin hareketini kısıtlayarak oluşturduğu silia disfonksiyonu nedeniyle, kanserojenik maddelerin balgam ile uzaklaştırılmasını zorlaştırır. Bu nedenle solunum yolu enfeksiyonları ve doku harabiyetleri görülür(15,31,39).

3.6.SİGARANIN SİSTEMLER ÜZERİNE ETKİLERİ

Her yıl 3.000.000 kişi sigara ile ilgili hastalıklardan ölmektedir. Bu sayı kıtlıktan olan ölümlerden daha fazladır. 2020 yılında sigara tüketiminde artma olmasa da her yıl 10.000.000 kişinin sigaradan öleceği tahmin edilmektedir(26).

Sigara içenlerde toplam ölüm hızı sigara içmeyenlere oranla 2 kat daha fazladır. Şu anda hayatta olan her 10 kişiden 1'i sigara ile ilgili hastalıklardan ölmektedir. ABD'de sigara içimine bağlı fazladan ölüm sayısı 350.000'dir. Bu sayı 1. Dünya Savaşı, Kore Savaşı ve Vietnam Savaşı'nda olan ölümlerden fazla olup 2. Dünya Savaşı'nda olan kayıplar kadardır. Koroner arter hastalığından olan ölümlerin %30'u sigara ile ilişkilidir. Her sigara içimi hayattan 5.5 dk çalmaktadır. Bu da tüm hayat için hesap edilirse 5-8 yıl arasındadır(26).

Akciğer kanserinden olan ölümlerin %80'i sigaradan oluşmaktadır. Sigara içenlerde ağız içi kanserleri 3-30 kat, dişeti kanserleri 5-14 kat, dil kanserleri 4-33 kat, bademcik kanserleri 7-11 kat gırtlak kanserleri ise 16 kat daha fazla görülmektedir. Gırtlak kanserinin %84'ü sigara içimi ile ilişkilidir. Sigara içenlerde ölümcül prostat kanseri 2 misli daha fazla görülmektedir(26).

Spontan düşüklerin %11'i sigara içimine bağlanmaktadır. Ergen nüfusta sigara içimi önemli derecede adet bozukluklarından sorumludur. Sigara içenlerde daha fazla iş kazası, daha çok hastalanma olmaktadır(46).

Kronik akciğer hastalıklarının, yine %80-90'ı sigaradan oluşmaktadır. Kronik bronşit ve amfizem gibi hastalıklardan olan ölümler sigara içmeyenlere göre 2.2-24 kat daha fazladır. İçilen sigaranın miktarı başlama yaşı, dumanın içe çekilmesi ile ölümler arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sigara içenlerde ülser hastalığı daha sık görülmektedir. Erkek ve kadınlarda bu oran yaklaşık 2 mislidir(46).

Dişeti hastalıkları, dişlerde sararma, tat ve doku hissinde olan kayıplar, ağızın yumuşak ve sert dokularında olan değişiklikler çok iyi bilinmektedir. Sigara içimi koroner arter hastalığı gelişmesinde en önemli risk faktördür. 40-59 yaşları arasında 1 paket sigara içen erkeklerde ilk muayenede önemli bir kalp krizi geçirmiş olmak oranı hiç içmeyenlere göre 2.5 misli daha fazladır. Sigara içen ve doğum kontrol hapı kulla-

nan kadınlarda kalp hastalıklarından ölüm oranı içmeyenlere göre 10 kat daha fazladır(26).

Sigara içiminin damar hastalıkları ve beyinde felçlere neden olacak kanama ve damarlarda pıhtı gelişimine yol açtığı çok iyi bilinmektedir. Sigara içen bir kadında bu hastalıklara yakalanma riski yaklaşık 6 kat daha fazla olmaktadır. Bununla beraber doğum kontrol hapı da kullanırsa bu oran 22 kat daha fazla olmaktadır. O halde sigara içilmemesi daha rahat bir yaşam ve hayatlarımızı korumak için atılması gereken en önemli adımlardan biridir(26).

3.6.1.KALP-DAMAR SİSTEMİNE ETKİLERİ

Beyin, kalp ve bacak damarlarının tıkayıcı hastalıkları sigara ile çok yakından alakalıdır. Sigara içenlerde koroner hastalıklar 4 kat, aort anevrizması 5 kat fazla görülmektedir. Buerger hastalığının %95 i sigaraya bağlıdır. Sigara damarlarda kasılmaya, damar sertleşmesine, hipertansiyona ve kanın pıhtılaşma eğiliminin artmasına yol açmaktadır. Beyin kanamaları sigaraya bağlı olarak büyük ölçüde artmaktadır. Miyokart infarktüsü %25 oranında sigaraya bağlanmaktadır. İnfarktüs tehlikesi içilen sigara sayısı ile doğru orantılı olarak artmaktadır(26,38,52).

Sigara ile başka risk faktörleri (Kolesterol, lipit fazlalığı, hipertansiyon, diyabet, doğum kontrol hapları) birlikte olduğunda tehlike çok daha fazla olmaktadır ve kalp hastalıkları riski artmaktadır(26,38,52).

3.6.2.SOLUNUM SİSTEMİNE ETKİLERİ

Sigara dumanından en çok etkilenen organ akciğerlerdir. Nikotin ve katran akciğerlere yerleşerek daralmalara ve solunun zorluğuna neden olurlar. Kronik akciğer hastalıkları ile sigara arasında bu nedenle sıkı bir ilişki vardır. Bronşit ve amfizem solunum kapasitesinin azalması ve nefes darlığı %75 oranında sigaraya bağlıdır. Sigara içenlerde öksürük ve balgam fazla miktardadır. Anne ve babası sigara içen bebeklerde pnomoni ve bronşial astım riski yüksek olmaktadır(26,52).

3.6.3.SİNDİRİM SİSTEMİNE ETKİLERİ

Sigara içenlerde dudaklar ve ağız içerisinde lökopilaki sık görülmektedir. Bu değişiklikler daha sonra kanserleşme zemini oluşturmaktadır. Sigara ile birlikte alkol kullananlarda özefagus kanserleri artmaktadır. Sigaranın mide sfinkter mekanizmasını bozucu etkisi vardır buda sık hava yutmaya neden olmaktadır. Mide ülseri ve duodenum ülseri sigara miktarı ile paralel olarak artış göstermektedir. Ülser iyileşmesi daha geç olmakta, tekrarlama riski artmaktadır. Yine ülseratif kolit sigara içenlerde daha fazla görülmektedir. Crohn hastalığı sigara içenlerde iki kat daha fazla olmaktadır. Safra kesesi taşı oluşma riski de artmaktadır(26,52).

3.6.4.SİGARANIN HORMONLARA ETKİLERİ

Sigara içimi merkezi sinir sisteminde hormonların salınımından sorumlu hipofiz ve hipotalamus ileti sisteminde önemli hasarlara yol açmaktadır. Troid hastalıklarının gelişme olasılığı artmaktadır. Hipertroidi ve Hipotroidi daha sık gelişmektedir, ayrıca sürrenal bezlerden salınan aldosteronun atılımını artırmaktadır. Seks hormonları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır(26,38,52).

3.6.5.SİGARANIN İMMÜN SİSTEM ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigara bütün doku ve organların oksijenlenmesi ve kanlanmasını bozarak sistemik zararlara yol açmaktadır. Buna bağlı olarak vücudun direncinin sağlayan bağışıklık sisteminin işlevi bozulmaktadır. Vücudun savunma mekanizması darbe almakta enfeksiyona yatkınlık artmaktadır(26,38,52).

3.6.6.SİGARANIN HAMİLELİK ÜZERİNE ETKİLERİ

Sigara içimi ile anormal gebelik arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Plesentanın anormal yerlere yerleşmesi doğum zarlarının erken ayrılması yada yırtılması, fetüs ve yeni doğan ölümlerin sigara içen anneler de sık rastlanmaktadır. Bunun ya-

nında erken doğum ve düşük doğum tartılı bebeklerde fazla sayıda görülmektedir(26,38,52).

3.6.7.SİGARA VE KANSER

Sigara içimi tüm kansere bağlı ölümlerin yaklaşık üçte birinden sorumludur. Bunların büyük bölümünü başta akciğer kanseri olmak üzere larenks, oral kavite, farenks, özefagus, pankreas, böbrek, mesane ve serviks gibi organların kanserleri oluşturur.

Sigaranın çeşitli kanser türlerinin gelişmesine olan etkisi, dumanda bulunan çeşitli mutajenler ve karsinojenlerden kaynaklanmaktadır. Bunların başlıcaları benzopiren, dibenzontraseen, nikotin, tütüne özgü nitrozaminler, katezol, nikel, kadmium ve Polonyum 210'dur(13).

3.6.7.1.AKCIĞER KANSERİ

Sigara, akciğer kanserinin majör sebebi olup erkek hastalarda %90, kadınlarda %79 oranında direkt sebeptir. Günlük içilen sigara sayısı ve içim süresi (yıl) ile kanser gelişme riski arasında açık bir ilişki vardır. 20 yıl boyunca günde bir paketten fazla sigara içen bir kişinin akciğer kanserine yakalanma riski içmeyenlere göre 20 kat fazladır. Sigarayı bırakma her ne kadar akciğer kanser riskini azaltırsa da, 25 yıl daha hiç sigara içmemiş olanlara göre risk fazlalığı devam etmektedir.

Akciğer kanseri riskini azaltmak amacıyla sigara firmaları düşük katranlı sigaralar üretmişlerdir. Ancak, inhalasyonun derinliği de bir risk faktörü olduğu için düşük katranlı sigaraların içici tarafından daha derin inhale edilmesi nedeniyle sonuç yine değişmemektedir(5,13,18,33,38,59).

3.6.8.2.LARENKS KANSERİ

Sigara içimi larenks kanserinin başlıca nedenidir. Larenks kanserinden ölüm oranı sigara içenlerde içmeyenlere göre 6-13 kat daha fazladır. Benzer oranlar puro ve

pipo içenlerde de ortaya konmuştur. Akciğer kanserinde olduğu gibi içilen sigara miktarı ile larenks kanser gelişme riski arasında kuvvetli bir ilişki vardır.

Larenks kanseri için sigara ve alkolün sinerjistik etkisi de söz konusudur. Bu, muhtemelen alkolün sigara dumanındaki karsinojenler için iyi bir solvent olarak görev yapmasından veya karaciğer metabolizmasındaki değişikliklerden kaynaklanmaktadır(13,59).

3.6.8.3.ORAL KAVİTE KANSERLERİ

Günlük tüketilen sigara miktarı ile dudak, dil, tükürük bezleri, ağız tabanı, nazofarenks ve hipofarenks kanserleri arasında doz-cevap ilişkisi vardır. Pipo, puro ve çiğneme tütününü gibi değişik şekillerde tüketilen tütünün de etkisi aynı şekildedir. Ülkemizde rastlanmayan bir alışkanlık olan tütün çiğneme ise prekanseröz bir lezyon olan lökoplakinin önemli bir nedenidir(13,59).

3.6.8.4.ÖZEFAGUS KANSERİ

Prospektif ve retrospektif epidemiyolojik çalışmalar hem kadın, hem de erkeklerde özefagus kanserinin başlıca nedeninin sigara içimi olduğunu göstermiştir. Özefagus kanserinden ölüm oranı sigara, puro, pipo içenlerde içmeyenlere göre 10 kat fazladır. Larenks ve oral kanserlerde olduğu gibi alkol tüketimi sigara içimi ile sinerjistik etkiye sahiptir ve özefagus kanseri gelişme riskini %25-50 oranında artırmaktadır(13,59).

3.6.8.5.ÜRİNER SİSTEM KANSERLERİ

Mesane ve böbrek kanseri gelişme riski sigara içenlerde 2-3 kat fazladır. Sigarada bulunan karsinojenlerin ve radyoaktif maddelerin en uzun süre temasta bulunduğu organların mesane ve böbrek olmasının buna yol açtığı düşünülmektedir. Sigara içenlerin mesleki olarak çeşitli boyalar katran ve organik kimyasallarla teması mesane kanseri riskini artırmaktadır(13,59).

3.6.8.6.SERVİKS KANSERİ

Uterus serviksi kanserinin etyolojisinde rol oynayan erken yaşta cinsel ilişki, multipl seksüel partner, obezite ve human papilloma virus gibi faktörlere sigara da eklendiği zaman risk 4 kat artmaktadır. Sigara içen kadınların serviks sekresyonunda bulunan nikotinin mutajenik aktivitesi olduğu öne sürülmüştür.

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda görülen endometrium kanseri, sigara içenlerde %30 daha az görülmektedir. Sigara dumanının antiöstrojenik etkisinin olduğuna inanılmaktadır(13,59).

3.6.8.7.DİĞER KANSERLER

Sigara meme kanseri için de bir risktir. Erken yaşta sigaraya başlayan kadınlarda meme kanseri riski %75 artmaktadır.

Sigara dumanında lösemi etiyolojisinde önemli rolü olan iki faktör bulunmaktadır. Bunlar, özellikle akut myeloblastik lösemi ve akut lenfoblastik lösemi gelişmesinde etkili olduğu bilinen benzen ve iyonize radyasyondur.

Her ne kadar kolon, rektum, karaciğer, anüs, penis, vulva ve over kanserleri ile sigara arasında ilişki olduğuna yönelik bir kanıt yoksa da, bu kanserler sigara içenlerde daha fazla görülmektedir(13,59).

3.7.PASİF İÇİCİLİK

Pasif Etkilenme, Sigara içenlerin nefes verirken çıkardığı “ana duman” ve sigaranın yanarken çıkardığı “yan duman”dan dolayı etkilenecek, sigara kullanmadıkları halde ya da kullanıyorlarsa bile istemedikleri zamanlarda da sigara dumanına maruz kalmalarıdır. Aynı zamanda sigara kullananlarla aynı hava ortamını solumak suretiyle bireysel olarak sigara içiyormuş gibi etkilenme durumu pasif içicilik olarak da adlandırılır(11).

Çevresel tütün dumanının ana duman ve yan duman olmak üzere iki kaynağı vardır. Ana duman, sigara içenin akciğerlerinden filtre edilerek ekspirasyonla dışarı atı-

lan tütün dumanı, yan duman ise ortamda yanmakta olan ve sigaradan çıkan ve doğru-
dan havaya karışan dumandır. Kapalı bir ortamdaki dumanın %85'i yan duman, %15'i
ise ana dumanıdır(11,30,45).

3.7.1.PASİF ETKİLENMENİN ZARARLARI

Akut Etkileri

- Solunum yollarını daraltması,
- Kalp atım hızının artması,
- Astım atakları başlatması,
- Libido kaybı,
- Koku duyusunda bozulmalardır(11,30).

Kronik Etkileri

Solunum Sistemine Etkileri: Üst solunum yollarında kronik farenjit, laren-
jit, tekrarlayan enfeksiyonlara, alt solunum yollarında ise kronik bronşit ve amfizeme
neden olur. Pasif içicilikte akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi gösteren epidemiyolojik
çalışmalarda ortalama göreceli risk oranı 1.24 olarak bulunmuştur(11,30,45).

Sinir Sistemi Üzerine Etkileri: Beyin damarlarında daralma dolayısıyla baş
ağrısı yapar. Sigaranın içerdiği karbonmonoksit beynin işlevselliğini bozar, düşünebil-
me yetisini yavaşlatır(11,30,45).

Gastrointestinal Sistem Etkileri: Gastrit, mide ve duodenum ülserlerine ne-
den olur. Ağız boşluğu, dudak, özefagus, mide, safra kesesi ve pankreas kanseri görül-
me riskini artırır(11,30,45).

Ürogenital Sistem Etkileri: Sigara dumanını soluma kadında ve erkekte
cinsel istekte azalma, yumurtalık ve rahim ağzı kanserleri, erkeklerde prostat kanseri ve
her iki cinsten de mesane ve böbrek kanseri riskinde artışa neden olur(11,30,45).

Kardiyovasküler Sistem Etkileri: Kalp atım hızında artış, koroner periferik
arterlerde daralmalar sigara dumanı solunması nedeniyle oluşan beslenme bozuklukları
sonucunda periferik damarlarda bozulmalar, bacak ağrıları, kramplar görülebilir. Sigara

içmeyenler, içenlere oranla maruz kalınan tütün dumanına kardiyovasküler etki açısından daha duyarlıdırlar(11,30,45).

3.7.2.PASİF İÇİCİLİKTE KANSER RİSKİ

Son yıllarda yapılan çalışmalar pasif içiciliğin akciğer kanseri dışında diğer kanser risklerini de artırabileceğini destekler niteliktedir. Sigara akciğer kanserlerinin %90'ından, diğer kanser çeşitlerinin de %33'ünden sorumludur. Tüm kanser ölümlerinin %30'u akciğer kanseridir. Son yapılan çalışmalarda; sigara dumanına maruz kalan kadınların erkeklere nazaran akciğer kanserine yakalanma riskleri de 3 kat fazla bulunmuştur(30,45).

3.7.3.PASİF ETKİLENME VE ÇOCUKLAR

Bebekler ve çocuklar sigara içen ebeveynleri ile beraber yaşamak zorundadırlar. Sigara içilen ortamlarda, çocuklar bedensel ve ruhsal sağlık açısından yetişkinlere göre sigara dumanından daha fazla etkilenirler. Çocukların akciğerleri yetişkinlere nazaran daha küçüktür ve bağışıklık sistemleri yeterince gelişmemiştir. Çocuklar, akciğer kapasitelerinin az olması ve akciğerlerinin yetişkinlerden daha küçük olması nedeniyle daha sık nefes alıp verirler. Sonuçta yetişkinlerle aynı havayı solumalarına rağmen daha fazla miktarda zararlı maddeyi solurlar ve vücutlarında biriktirirler. Çocuklarda, öğrenme güçlüğü, davranış sorunları, dil gelişiminde sorunlar olabilir. Sosyal öğrenme ve sigara dumanına alışma sonucu sigara içen ebeveynlerin çocukları diğer çocuklara göre sigara içmeye daha yatkındırlar(30,45).

3.7.4.PASİF ETKİLENME VE GEBELİK

Sigara dumanı en çok hamile kadınları ve onların doğmamış çocuklarını etkiler. Sigara dumanının solunması gebelik boyunca kanamalara, düşük riskine, erken doğuma yol açabilir. Anne sigara içtiği ya da sigara dumanına maruz kaldığı zaman,

fetal ve infant ölümler daha yüksek oranda görülür. Sigara içen gebelerde “Ani Bebek Ölümü Sendromu” sigara içmeyen gebelere göre 5 kat yüksektir(11,30,45).

3.7.5.PASİF ETKİLENME SORUNU İÇİN NELER YAPABİLİRİZ

Sigarasız Evler: En iyisi işe evlerden başlamaktır. Kendi sağlığımız, ailemizin sağlığı ve evimize gelen dostlarımız için evimizi sigara dumanından arındırmalıyız.

Sigarasız işyerleri: Çalışan kesimin sigarasız ortamlarda çalışmaya başlaması ile verimlilik artmaya, sağlık harcamalarına ayrılan para ve zaman azalmaya başlar.

Toplum Olarak İşbirliği Yapmak:Öncelikle öğretmenler ve diğer eğitimciler pasif etkilenmenin tehlikeleri konusunda gençleri uyarmalı, gençleri sigara içilen ortamlarda bulunmamaları konusunda onların haklarını savunan kampanyalar düzenlemelidirler. Toplum sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan kişilerin de mesleklerinin bilincinde ve sorumluluğunda olmaları gerekir.

Spor kulüpleri, sporcular, antrenörler de pasif etkilenmenin vücudu nasıl etkilediği, fiziksel performansı nasıl düşürdüğü konusunda tam bir bilgiye sahip olmalıdır.

Ayrıca pasif içicilerde korunmalıdır. Bu konuda devletlere de görev düşmektedir. En azından insanların toplu olarak bulunduğu yerlerde sigara içilmesini engelleyici dolayısıyla pasif içicileri koruyucu caydırıcı yasalar çıkarılmalıdır. Eldeki bütün veriler sigara dumanına maruz kalmanın kötü sonuçlarını ortaya koymaktadır(30,45).

3.8.SİGARA VE ÇEVRE

Sigara ve çevre arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması için şöyle bir sınıflandırma yapabiliriz.

- Sigara ve aile
- Sigara ve toplum
- Sigara ve doğa

Sigara ve Aile: Alkol ve diğer uyuşturucu maddeler gibi sigara da kötü alışkanlıklardan biri olarak kabul edilir. Sigara içimi kişinin kendisine ve dolaylı olarak çevresindekilere verebileceği en büyük zararlardan biridir. Aile içinde sigara içilmesinin yol açtığı sorun iki yönlüdür:

a) Sigara dumanının zararlarından ailenin diğer bireylerinin de etkilenmesi ve bunun sonucunda hastalıkların ortaya çıkması. Belki de sonuçta bu hastalıkların ölümüne neden olması.

b) Duygusal yönden ise aile bireylerinin sigara içen kişi için üzülmeleri ve acı çekmeleri(51).

Sigara ve Toplum: Sigara içen kişi herkes gibi toplumun bir parçasıdır ve toplumla birlikte var olması beklenir. Kişinin toplumdaki yerine en çok zarar veren ve hatta bunu olanaksız kılan şey sigaradır. Genç bir insanın önünde mutlu bir şekilde yaşayabileceği uzun bir yaşamı vardır. Ama bu mutlu yaşam sigara ile bozulabilir; çünkü genç insan sigara nedeniyle hem kendi sağlığını kaybeder hem de arkadaşlarının sağlığına zarar verir.

Sigaranın hiçbir yerde özellikle tren, otobüs, uçak gibi kapalı yerlerde kullanımı hoş karşılanmaz ve yeni çıkan yasa ile de yasaklanmıştır. Daha öncede belirttiğimiz gibi kişi kendi sağlığına zarar verirken aynı zamanda çevredekilerin sağlığını da hiçe saymış olur ve hatta çevreyi de kirletir(51).

Sigara ve Doğa: Doğa milyonlarca yıldır insanlarla birlikte var olmuştur ve onların ayrılmaz bir parçasıdır. Bu eşsiz güzelliğe çeşitli şekillerde zarar verilmektedir; Bunlardan kuşkusuz en çirkin olanlarından biri ağaçların sigara kağıdı yapımında kullanılmasıdır. Bu şekilde hem ağaçlar kesilerek yok edilmekte hem de yapılan sigaraların kullanılması ile çevre, dolayısıyla ormanlar yine zarar görmektedir. Nasıl bir insanın akciğerleri hastalandığında nefesi ile ilgili problemleri olursa, ormanlarda tahrip edildiğinde dünyamız nefes alamaz hale gelir ve problemler ortaya çıkar(51).

3.9.SİGARA VE KADIN

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar sonucunda kadınların erkeklerden daha uzun yaşadığı belirlenmiştir. Bunda son yıllara kadar erkeklerden daha az sigara iç-

melerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Ama son yıllarda sigara içen kadınların sayısındaki artışla birlikte bu durumda değişmeye başlamıştır. Şehirlerde yaşayan kadınlarda bu artış açık bir şekilde gözlenmekle birlikte köylerde hala çok düşüktür. Artışın nedenleri arasında kadınların iş hayatının her alanında yer almaya başlaması, günlük streslerinin artması ve daha da önemlisi ekonomik özgürlüklerini kazanmasıdır(40).

Kadınlarda sigara kullanımındaki artışın bir başka ve en önemli nedeni reklamların özendiriciliğidir. Eskiden kadınların sigara içmeleri hoş karşılanmadığı için reklamlarda daha çok erkekler rol alırdı. Dolayısıyla erkeklerin daha çok sigara kullandığı için sigaranın zararlı etkileri de önce erkeklerde görülmeye başlandı. Bu nedenle özellikle batıda sigaraya karşı bilinçli bir savaş başlatıldı. Bunu fark eden ve artık batıda erkeklere yönelik sigara satışları iyice düşen büyük sigara şirketleri reklamlarını kadınlara, özellikle de genç kızlara yönelik reklamlar yapmaya başladılar. Reklamlarda kadınları kullanarak sigara içmeyi bir tür zerafet göstergesi olarak tanıttılar. Kadınlarda sigara kullanımı batıda yıllarca önce yaygınlaştığı için zararlı etkileri yeni yeni ortaya çıktı ve sigara şirketlerinin satışları yine azaldı. Artık geriye tek hedefleri kalmıştı; gelişmemiş ülkeler. Gelişmiş ülkelerde ise asıl hedef kadınlardı, çünkü şimdiye kadar zaten erkeklere yönelik yeterince reklam yapmışlar ve oldukça da başarılı olmuşlardı. Sonuçta ülkemizde kadınların da rol aldığı sigara reklamları yayınlanmaktadır. Bu da özellikle genç kızlar ve kadınlar da sigara kullanımında belirgin bir artışa neden olmuştur ve kadınlar bilinçleninceye kadar da olacaktır(40).

Sigara kullanım salgını ne aşamada olursa olsun şüphesiz ilerlemesini önlemek için acilen gerekli müdahaleler yapılmalıdır. Temelde her iki cinsiyet içinde kanserler özellikle akciğer kanseri, kalp hastalığı ve kronik bronşiolitis önemli ve tütünle ilişkili hastalıklardır. Bunun yanında sigaranın kullanılması kadınların sağlığını onlara yönelik daha farklı boyutta etkileyebilir. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda sigara içen kadınların kalp hastalığına yakalanma riskinin 10 kat daha fazla olduğu bunun yanında da eğer oral kontraseptifler kullanıyorlar ise artan felç olma riskiyle karşı karşıya oldukları ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda sigara kullanan kadınların diğerlerine göre iki kat daha fazla servikal kanser olma riski vardır. Ayrıca erken menopoz üreme yeteneğinde azalma ve dismenore dahil kadınların üreme sağlıkları üzerine zararlı etkileri görülebilir. Hamilelik döneminde sigara içen kadınların çocuk düşürme riskleri 1/4 ora-

nında perinatal ölüm riski 1/3 oranında artabilir. Prematüre doğum riskini iki kat daha arttırabilir ve üç katı daha fazla düşük doğum kilosuna sahip bebeklere sahip olabilir(3).

Kadınlar arasında sigara epidemisini azaltmak için neler yapılabilir;

- Gelişmiş ülkelerde oldukça yüksek olan sigara içimini azaltmak,
- Gelişmekte olan ülkelerde henüz çok yaygın olmayan kadın içicilerin çoğalmasını engellemek.

Sigara karşıtı kampanyaları arttırmak her ülkenin görevi olmalıdır. Bu kampanyalar ülkelerin kültürlerine, yerel koşullarına uymalıdır. Kampanyalar sigaradan korunma eğitim ve destek şeklinde yürütülmelidir(39,40).

Genç kızlar ve kadınların sigaranın sağlıklarına verecekleri zararlar konusunda bilgilendirilme hakları vardır. Sigaraya özenmemek, sigaraya başlamak konusunda kendi iradeleri de önemlidir. Bütün kadınlar sigaraya başlamamak ya da içiyorlarsa bırakmak için istekli ve kararlı olmalıdırlar. Birçok ülke okul ve okul öncesi sağlık eğitimi programlarında sigara konusuna ağırlık vererek, sigara içme oranını oldukça düşürmüştür. Primer sağlık hizmetleri içinde de sigara konusunda etkin çalışmalar yapılabilir. Buna rağmen bu programlardan yararlanamayan çok sayıda kadın vardır. Sigaranın kadınlar tarafından az tüketildiği ülkelerde kadınların ekonomik durumu ve de eğitimi oldukça kötüdür(39,40).

Kadınlar, sigaraya başlamamaları ve de içmemeleri için sürekli desteklenmelidir. Eğer destek ve eğitim sirkülasyonu bozulursa başarı azalır. Sigara içmeye neden olacak koşulları azaltmak ya da düzeltmek önem kazanır. Kadınları stresten uzaklaştıracak bir etken olarak düşünülen sigaranın gerçekte stresi uzaklaştırmadığı gibi başka sorunlara da yol açtığı kesindir(39,40).

3.10.SİGARA İÇİMİ VE EKONOMİ

Sigaranın ülke ekonomisine büyük zararları vardır. Bunlar

- Erişkin yaşta, çalışan ve üretken nüfusu oluşturan insanların sigara içimi nedeniyle hastalanması ve erken ölümlerin olması,
- Sigaranın neden olduğu hastalıkların bazılarının ölüme neden olmaksızın sakatlıklara yol açması ve iş gücünün kaybolması,

- Maluliyet ve iş görmezlik nedeniyle ödenen primler ve emeklilik aylıklarının devlet bütçesine getirdiği ek bir yük olması,
- Sigara içenlere harcanan sağlık giderlerinin sigara içmeyenlere oranla fazla olması,
- İş yerinde içilen sigaranın hem iş gücü, hem de iş gününde kayıplara yol açması, ayrıca çalışanlara zarar vermesi,
- Sigaranın insan sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle ortaya çıkan ekonomik kayıpların yanında sigarayla ilgili çevresel zararlarda büyük boyutlardadır. Bu zararların başında orman yangınları gelmektedir. Orman yangınlarının yanı sıra sigaranın yol açtığı yangınlar, sanayi patlamaları ve çeşitli kazaların büyük ekonomik kayıplara neden olması,
- Sigaranın yol açtığı bu ekonomik kayıpların yanında sigara içilen yerlerde eşyaların ve havalandırma sistemlerindeki filtrelerin daha sık değiştirilmesinin gerekmesi, sigaranın gerektiğinden çok çöp üretmesidir,

Kısaca çeşitli ülkelerde yapılan birçok araştırma sigaranın yol açtığı kayıpların, tütünün sağladığı ekonomik kazançları çok aştığını göstermektedir(5,7,37,41,47).

3.11. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SİGARA İLE MÜCADELE ÇALIŞMALARI

Uluslararası tütün denetimi politikalarına yönelik ilk adım 1984'de Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesince 38 maddelik "Herkese Sağlık", hedefleri yürürlüğe konularak atıldı. Avrupa bölgesinin 16.hedefinde, "1985'te tüm üye ülkelerde, nüfusun %80'inin sigara içmiyor olması ve 1980-1995 arasında sigara tüketiminin %50 azaltılması" öngörülmüştür. Bu hedefe yönelik Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesi eylemi, 1987'de benimsenen "Tütünle İlgili Avrupa Birinci Eylem Planı" olmuştur(5,10,12,24,25,28).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin 1988 yılı Kasım ayında Madrid'de gerçekleştirdiği I. Avrupa Tütün Konferansında "Smoke-free Europe" (Dumansız Avrupa) "It Can Be Done" (Başarılabilir) sloganlarıyla içinde Türkiye'nin de dahil olduğu

32 lke insanların sigara alışkanlığından kurtulmalarını hedeflemiştir. İsveç, Kanada, Avustralya, Norveç, ABD, İngiltere sigara ile mücadele eden ülkelerden en önemlileridir.

Bu amaca ulaşmak için gösterilmesi gereken çabalar ve stratejiler 10 grupta toplanmıştır. Bunlar

- a) Sigarasız bir yaşamın insan hakkı olduğunun benimsenmesi,
- b) Toplu bulunan yerlerde sigara içilmemesi konusunda yasa desteğı sağlanması
- c) Tütün rnleri reklamlarının engellenmesi ve tütün endüstrisinin yapacağı her türlü desteğın reddedilmesi,
- d) Toplumun bütün bireylerinin sigaranın zararları ve sağlık üzerindeki etkilerinin boyutları konusunda bilgilendirilmesi,
- e) Sigarayı terk etmek isteyenlere yardımın mümkün olduğunun anlatılması,
- f) Sigaradan sağlanan vergi gelirlerinin en az %1'inin sigaraya karşı savaşta kullanılmasının sağlanması,
- g) Parasal caydırıcı uygulamaların giderek artırılması,
- h) Nikotin sunumunda yeni yöntemlerin önlenmesi ve tütün endüstrisinin pazarlama stratejilerinin engellenmesi,
- i) Sigara salgınının etkilerinin izlenmesi ve kontrol çalışmalarının etkisinin değerlendirilmesi,
- j) Toplumda sağlığı geliştirici rolü olan kuruluşlar arasında işbirliğı sağlanması(5,10,12,24,28,).

Dünya Sağlık rgt'nün 1988 yılında başlattığı önemli bir uluslararası etkinlik de "Dünya Sigara İçmeme Günleri"dir. İlki 7 Nisan 1988'de gerçeleştirilmiş ve daha sonrada her yıl 31 Mayıs'ta düzenlenmesi öngörülmüştür. Dünya Sağlık rgt'nün yayınlarından Sigara Alarmı (Tobacco Alert) adlı süreli yayın yılda 3-4 sayı yayınlanmaktadır(5).

Uluslararası düzeyde başka bir etkinlikte "Sigara ya da Sağlık" konulu dünya konferanslarıdır. Son olarak 1992 Nisan ayında Arjantin'in başkenti Buenos Aires'te toplanan Sekizinci Dünya Konferansına Dünya Sağlık rgt'nün yanı sıra pek çok ülkenin "Sigara ve Sağlık" ulusal odakları da katkıda bulunmuştur. Gelişmekte olan bir

ülkede yapılan bu ilk Dünya konferansına “Sigaraya Karşı Kadınlar Uluslararası Örgütü (INWAT) gibi hükümet dışı kuruluşlarda katıldı(5).

Dünya Sağlık Örgütü gibi öteki uluslararası kuruluşlarda sigara alışkanlığı ile savaşta etkili olmakta, özellikle ilgi alanlarına giren toplum kesimlerine yönelik çalışmalar yapmaktadırlar. Bunlardan birkaçı, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Çalışma Konfederasyonu, Sigara ya da Sağlık Avrupa Tıp Topluluğu (EMASH)’dur. Eylül 1992’de yapılan Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Toplantısında Sigarasız Avrupa İçin İkinci Eylem Planı onaylanmıştır. Bu eylem planında ulusal tabip birlikleri daha fazla önderlik etmeye çağırılmaktadır(5,57).

Sigara ile mücadele programlarını amaçlarına ulaştıracak etkinlikler şunlardır:

- 1) Eğitici etkinlikler
- 2) Mevzuat düzenlemeleri
- 3) Sigarayı bırakmak isteyenlere tıbbi yardımın sağlanması
- 4) Araştırmalar
- 5) Sigaranın ihtiva ettiği zararlı madde miktarlarının özellikle zifir miktarının düşürülmesi

1) Eğitici Etkinlikler: Sigara konusunda uygulanacak sağlık eğitimini de, tüm topluma yönelik yaygın bir davranış değiştirme süreci söz konusu olduğundan hem örgün hem de yaygın eğitim şeklinde düşünmek gerekir. Toplumun eğitiminde, uzmanlarca hazırlanmış programların kitle iletişim araçları ile sunulması etkilidir. Ayrıca eğitimde öncelikli hedef gruplara ulaşmakta eğitimin etkinliğini artırır. Örneğin, öğretmen, doktor vs(5).

2) Mevzuat düzenlemeleri: Roemer dünyada sigarayla ilgili mevzuat düzenlemelerini 10 başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- Sigara reklamlarının yasaklanması veya sınırlandırılması,
- Uyarıcı yazıların reklamlarda ve paketlerde yer alması, sigaraların zifir ve nikotin miktarlarının açıklanması,
- Sigaranın ihtiva edebileceği nikotin ve zifir miktarının sınırlandırılması,
- Erişkinlere satışın bazı yerlerde ve koşullarda yasaklanması,

-Toplu bulunulan yerlerde sigara içiminin yasaklanması veya sınırlandırılması,

-İşyerinde sigara içiminin sınırlandırılması veya yasaklanması,

-Gençleri sigaradan koruyucu mevzuatların olması,

-Sigara konusunda zorunlu sağlık eğitimi verilmesi,

-Ekonomik düzenlemelerin yapılması,

-Geniş kapsamlı ve çok amaçlı mücadele yasalarının olmasıdır(5).

3) Sigarayı bırakmak isteyenlere tıbbi yardımın sağlanması: Sigarayı bırakmak isteyenlerin bir kısmı tıbbi tedaviye ihtiyaç duymadığı gibi bir kısmı da tıbbi tedaviye ihtiyaç duyar. Bu nedenle günümüzde birçok kliniğin sigara bıraktırma polikliniği işlerlik kazanmıştır ve isteyenlere hizmet vermektedir(5).

4) Araştırmalar: Sigarayla ilgili birçok uzman tarafından çeşitli gruplar üzerinde çalışmalar yapılmıştır(5).

5) Sigaranın ihtiva ettiği zararlı madde miktarlarının özellikle ziftir miktarının düşürülmesi: Sigara üreticileri, gelişmiş ülkelerde katran oranı düşük sigara üretirlerken, az gelişmiş ülkelere daha fazla katran içeren sigara ithal etmektedirler. Bunlar daha çok katran ve nikotin içerdikleri için daha zararlı sigaralar olmaktadır. Bu nedenle başta Avrupa topluluğu ülkeleri olmak üzere pek çok ülkede katran ürünlerinin üst sınırı yasalarla belirlenmiştir. Sigara paketlerinin üzerinde sigaranın içerdiği katran ve nikotin miktarını yazma koşulu getirilmiştir. Ülkemizde de bu uygulamaların yapılması sigaranın içinde bulunan nikotin ve katran miktarının uygun şekilde olmasını sağlayacaktır(5,10,28,50).

Türkiye’de sigara ile ilgili yapılan araştırmalara göre halkın yasal önlemlere ilişkin tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır. Ancak bugüne kadar sigara ile ilgili mücadeleler kapsamlı yürütülmemiştir. Bunun yanında bazı olumlu gelişmelerde olmuştur. Bunlardan birisi 1988 yılında Sağlık Bakanlığı’nın başlattığı kampanyadır. Bu kampanya 7 ay sürmüş daha sonra yürütülememiştir. Diğer bir gelişme 1990 yılında bir grup milletvekilinin TBMM’ne verdiği kanun teklifidir(5).

Bu kanun teklifinde sigara reklamlarının yasaklanması toplu bulunulan yerlerde, eğitim kurumları ve sağlık kurumlarında sigara kullanımının sınırlandırılması yer almaktadır. Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun 1991

yılında TBMM tarafından kabul edilmiş ancak Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiştir. Bu kararname ile sigara paketleri üzerine sağlığa zararlıdır uyarısının yazılması zorunlu tutulmuştur(5).

23-27 Mart 1992 tarihinde Ankara'da toplanan Birinci Ulusal Sağlık Kongresi kapsamında bir araya gelen Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu Dünya Sağlık Örgütü'nün Sigarasız Avrupa İçin Önerilen 10 Stratejiyi ülkemizde uygulanmasını kararlaştırmıştır(5,50).

7 Kasım 1992'de Ankara'da toplanan Sigara İle Mücadele Birinci Ulusal Kongresi toplumun değişik kesimlerinden temsilci ve uzmanları bir araya getirerek sigara alışkanlığı ile savaşta yeni bir adım atılmasını sağlamıştır.

II. Ulusal Sağlık Kongresi ve Sigara, 12-16 Nisan 1993 yılında Ankara'da toplanmıştır. Kongrenin konusu sağlık reformu ile ilgili kanun tasarıları ve taslaklarının incelenmesi ve tartışılmasıdır. Bu tasarı taslaklarından ilki olan Sağlık Kanun Tasarısı Taslağı sigara ile mücadele açısından önemli maddeler içermektedir. 14 Ekim 1993'te Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele derneği kurulmuştur. Hemşirelik alanında ise Ege Üniversitesi tarafından Sigara ile Savaş konulu I Ulusal Hemşirelik Simpozyumu 28 Mayıs 1993 tarihinde yapılmıştır. 7-8 Kasım 1997'de uluslararası katılımlı Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi İstanbul'da yapılmıştır(5,50).

3.12.SİGARAYI BIRAKTIRMA YÖNTEMLERİ

Sigara ile ilişkili hastalıklar günümüzün önemli sağlık problemlerinden biridir. Sigarayı bırakma konusunda klinisyenlerin tutarlı girişimleri ile caydırıcılığı ve etkili önleme stratejileri geliştirilmiştir. Sigarayı bırakma tedavisi şayet etkili yöntem ve zamanlama içinde yapılırsa sigara ile ilişkili hastalıklardan zarar görme riskini büyük oranda azaltmaktadır(17,54).

Gelişmiş ülkelerde sigarayı bırakma çabaları günümüzde yarışmalı, ödüllü, özendirici ve zevkli uğraşlar haline gelmiş ve bu konuda çok ilerleme kaydedilmiştir. Buna karşın, ülkemizde hala sigara nedeniyle ölen hasta sayısı trafik kazalarında ölenlerin yaklaşık 10 katıdır. Türkiye'de erken ölüme yol açan üç hastalığın (kalp hastalığı, kanser, beyin damarları hastalıkları) temelinde ağırlıklı olarak sigara kullanımı vardır.

Ayrıca sigara içtiği için ölen her dokuz kişi sigara içmeyen fakat dumanı soluyan bir kişiyi de mezara götürmektedir. Bunlar ya sigara içenlerin eş ve çocukları, ya da iş veya kapalı ortam arkadaşları olmaktadır(54).

Türkiye’de hayat sigara salgını ile yanmakta, yakılmakta, yakanlar ve bunlarla işbirliği yapanlar para kazanmanın keyfi ile, önlem alınması gereken tüm kişi ve kuruluşlar ise büyük bir duyarsızlıkla bu yangını seyretmektedirler. Sigara nedeniyle oluşan ölüm ve hastalık sayısının azaltılabilmesi için başlama sayısının düşürülebilmesi, başlama yaşının geciktirilebilmesi gerektiği gibi, bırakma oranlarının yükseltilmesi de gerekmektedir(54).

Çok kişinin sigarayı bırakmada profesyonel bir yardım olmaksızın veya organize bir program kullanmadan başarmasına karşın pek çok içici de bunu kendi kendilerine başaramaz ve yardım ararlar. Bu arayışa çözüm bulabilmek için sigara bırakma yöntemleri geliştirilmektedir(54).

3.12.3.SİGARAYI BIRAKMAKTA BAŞARISIZLIK NEDENLERİ

Sigara, alışkanlık yaratan psikoaktif bir madde olduğu için, sigara içenleri içilen miktara göre iki gruba ayırabiliriz: 1- Sosyal sigara içiciler, 2- Sigara bağımlıları

1- Sosyal sigara içicileri: Ortama ayak uydurmak için haftada ya da ayda bir iki taneyi geçmeyecek şekilde sigara içen kimselerdir. Yalnız oldukları zaman sigara arayışı içerisinde değildirler. Sigarayı da neşelenmek, kaygılarından kurtulmak için bir araç olarak görmezler. Sadece arkadaşlarına uymak için çok seyrek olarak içerler.

2- Sigara bağımlıları: Günde bir-iki paket ya da daha fazla sigara içenler, sigara içmedikleri zaman şiddetle nikotin arayışındadırlar. Düşüncelerini odaklaştırmakta güçlük çekerler. Kaygı, sinirlilik ve öfke içinde olurlar. Sigara nedeniyle ortaya çıkan kalp, solunum ve dolaşım bozukluğu gibi hastalıklardan kurtulabilmek için sigarayı bırakan kişi saydığımız yoksunluk belirtileri ortaya çıkınca bu belirtileri yaşamamak için tekrar sigara içmeyi deneyebilir(38).

3.12.2.SİGARAYI BIRAKMA YÖNTEMLERİ

Son yıllarda geliştirilen sigarayı bırakma yöntemleri çok geniş kapsamlıdır. Bunlardan en yaygın olanı 8 kategoride değerlendirilmektedir. Bunlar

- Kendi kendine bırakma
- Klinikler ve gruplar
- Medikal tedavi
- Davranışçı yöntemler
- Doktor önerileri ve telkinler
- Hipnoz
- Akupunktur
- Kitle iletişim ve toplu programlardır(1,35,36).

3.12.2.1.KENDİ KENDİNE BIRAKMA

Sigarayı başarılı bir şekilde bırakanların çoğu organize bir programdan çok, self care yöntemleri kullanmışlardır. Bu kişiler kitaplar, broşürler, filtreler, teyp kasetleri, bağlantı kursları, dumansız sigaralar, video ve komputer programları kullanırlar. Bu kitap ve broşürler, kendini test etme, sigarayı başlatıcı faktörleri tanıtmaya, ağırlığı kontrol etme, sigarayı ele alma durumları, derin nefes alma ve relaksasyon egzersizlerini anlatan bölümleri içerir. İdame kitapçıları ise bıraktıktan sonra destek verir.

Sigarayı bırakmaya yardım için üretilen filtreler, toz ve nikotin miktarını azaltırlar. Bir defada bir adım adlı dört yeniden kullanılabilir filtre takımı, giderek nikotin içeriğini azaltır.

Diğer kendi kendine yardım yöntemleri, mektupla bırakma, telefon görüşmeleri, telefon mesajları, özel telefon hatları, video teypler ve bilgisayar yöntemleridir. Kendi kendine yardım yöntemlerinin başarılı olabilmesi için psikolojik ve fiziksel sigara bağımlılığının her ikisi de dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda idameyi de içeren yöntemlerle daha uzun süreli başarı şansı artmaktadır(1,35,36,52,54).

3.12.2.KLİNİKLER VE GRUPLAR

Pek çok ülkede, gönüllü bürolar, temsilciler veya ticari kuruluşlar sigarayla mücadelede çok etkin rol oynamaktadır. Bu amaçla Avrupa'da ve Amerika'da resmi bıraktırma yöntemleri geliştirip uygulamak üzere klinik programlar başlatılmıştır. Bu programlar insanların niçin sigara içtiğinin anlaşılmasına, sigara isteme semptomlarının tedavi edilmesine, stres tedavisinin pratiklerinin yapılmasına ve kişisel olarak sigaradan sakınmaya yardım etmek amacındadır. Ayrıca davranışçı modifikasyon prensipleri ve eğitim üzerine kurulu klinik programlar geliştirerek fiziksel sağlık, kahve ve alkol kısıtlaması, egzersiz ve dengeli beslenme, sıcak ve soğuk duşlar, derin nefes alma ve bir arkadaşlık sistemi önerilmektedir. Papazlar, psikologlar, doktorlar konferanslarla dinleyicilere programları anlatarak katılmayı telkin edip bu programlarda katılımcıları broşür ve kitaplar, grup tartışmaları, konferanslar ve video gösterileri ile yardımcı olmaktadır(21,22,54).

3.12.3.TIBBİ TEDAVİ

Sigarayı bırakmada farmakolojik ajanlar iki amaçla kullanılırlar. Birincisi; sigara alışkanlığından kurtulmak için, ikincisi ise yoksunluk semptomların üstesinden gelmek için. Alışkanlıklardan kurtulmaya yardımcı ajanlar lobelin, kolonidin, nikotin cikletleri, nazal nikotin sprey ve solüsyonları, nikotin raporu ve transdermal nikotin preparatlarıdır.

Sigarayı bırakmaya bağlı olarak gelişen fizyolojik ve psikolojik yoksunluk semptomlarını azaltmayı amaçlayan ilaçlar arasında sedatifler, antikolinerjikler, trankilizanlar, semptomimetikler ve antikonvülzanlar yer alır(21,22,54).

A) Nikotin Replasman Tedavisi: Sigaradaki bağımlılık yapıcı maddenin nikotin olması nedeniyle sigara bırakmada nikotinin kullanılabileceği düşünülmüş ve uygulamada görülen başarılı sonuçlar nedeniyle, halen en sık kullanılan ilaç durumuna gelmiştir. Nikotin replasman tedavisinin mantığı, nikotin eksikliğine bağlı olarak gelişen yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırılarak, kişinin başka yönere kanalize edilmesini ve sigarayı daha az sıkıntı ile bırakmasını sağlamaktır. İkinci aşamada ise nikotin

dozu yavaş yavaş azaltılarak, kişi nikotin bağımlılığından tamamen kurtulmaya çalışılır. Nikotin replasman tedavisinde kullanılan nikotin dozu sigara içimiyle alınan dozdan daha düşüktür. Gebeler ve süt veren kadınlar ile akut ya da son bir ay içinde MI, unstable angina ve ciddi aritmileri olanlarda kullanılmamalıdır

Karaciğer, böbrek yetersizliği, hipertiroidi, hipertansiyon, tip I diyabet ve kalp yetersizliği gibi durumlarda ise dikkatli olmalıdır(17,21,22,48,50,54).

- **Nikotin sakızları:** Sigara bırakmada kullanılan en eski nikotin formudur. Nikotin sakızlarının kullanımında hasta kooperasyonu ve eğitimi önemlidir. Bu sakızlar düzenli bir serum nikotin düzeyi sağlamamakta ve kullanım sıklığını hasta belirlemektedir. Hastalar sigara içme gereksinimi duyduklarında sakız çiğnemektedirler. Ayrıca sakızların yavaş çiğnenmesi (yaklaşık 30 dk) ve arada belli bir süre çiğnmeden ağızda tutulması lazım. Hızlı çiğnendiğinde ya da çok sık aralıklarla çiğnendiğinde başta gastrik irritasyon olmak üzere istenmeyen etkiler görülebilir. 2-4 mg'lık formları olan sakızlardan günde 10-15 tanesi yeterli olmaktadır. Sakızlara bağlı görülen en sık yan etkiler ise ağız içi ve midede lokal irritasyon semptomlarıdır(21,22,48,50,54).

- **Transdermal nikotin flasterleri:** 16 ya da 24 saatlik süreli kontrollü salınımlı nikotin formlarıdır. Bunlar gün boyu düzenli nikotin serum düzeyi oluştururlar. Son yıllarda en sık kullanılan nikotin formlarıdır. Ülkemizde bulunan tek nikotin formu olan transdermal flasterleri 24 saat etkilidir ve 21,14 ve 7 mg nikotin içeren (30,20,10 cm²) 3 değişik formu mevcuttur. Yapılan çalışmalarda 24 ve 16 saatlik formların etkinlikleri arasında bir fark bulunamamıştır. Transdermal flasterler sabah kişi uyanınca gövde ya da üst kol derisinin kılsız, kuru ve temiz bir bölgesine yapıştırılır. Genelde 21 mg'lık formla başlanıp 3-4 haftalık sürelerle doz azaltılarak 8-12 haftada kesilir. En sık görülen yan etkileri lokal cilt reaksiyonlarıdır. Ayrıca, baş ağrısı, bulantı, vertigo, grip benzeri yakınmalar, kas ağrısı ve uykusuzluk görülebilir(21,22,48,50).

- **Nikotin Nazal Sprey:** En hızlı plazma nikotin düzeyi sağlayan nikotin formudur. Akut sigara isteğini önlemede çok etkilidir. Uygulamadan yaklaşık 5-10 dk sonra en yüksek plazma düzeyine ulaşır ki bu da içilen bir sigara sonrası ulaşılan değerlerin yaklaşık 2/3'üdür. Her püskürtme 0.5 mg nikotin içerir ve doz her iki burun deliğine birer püskürtme ile 1 mg nikotine karşılık gelir. Saatte 1-2 doz kullanımı önerilir. Kullanım sıklığı yine sakızlarda olduğu gibi sigara gereksinimi kullanan tarafından be-

lirilenir, ancak maksimum doz saatte 5, günde 40 defayı geçmemelidir. Yan etkileri ise, mukozal irritasyon burunda yanma hissi, aksırık ve öksürüktür(21,22,48,50,54).

- **Nikotin inhaler:** En sık kullanılmaya başlanan nikotin formudur. Sigara ağızlığına benzer şekildedir. Akciğerlere ulaşan nikotin miktarı fazla değildir çok derin çekilirse akciğerlere ulaşabilir. Nikotin inhalerin diğerlerinden farkı davranış biçimi olarak sigaraya benzemesidir. Her inhaler 10 mg nikotin içerir ve bunun yaklaşık 5 mg'ı salınır. Klinik kullanımda ise gerçekte alınan nikotin miktarı 1.5-2 mg'dır. Günlük ortalama 5-6 tane kullanılır. Yan etkisi ise boğazda iritasyon ve öksürüktür(21,22,48,50,54).

B) Bupropion: Nikotin replasmanından sonra son yıllarda çok konuşulan ve büyük umutlar bağlanan ilaçtır. Dopamin ve noradrenalin nikotin bağımlılığının gelişmesinde anahtar rol oynarlar. Nikotin ise bu iki nörotransmitterin salınımını uyarır. Nikotin kesildiğinde oluşan noradrenalin eksikliği yoksunluk semptomlarının gelişiminden sorumludur. Bupropion, dopamin ve noradrenalin sinaptik geri salınımının zayıf olarak inhibisyonu yoluyla yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırarak etki eder. Sigara bırakmada en etkili dozun 300 mg/gün olduğu ve ilk 3-4 gün 150 mg ile başlanıp daha sonra 2x150 mg çıkılması önerilmektedir. Kullanım süresi genellikle çalışmalarda 6-8 hafta arasında olsa da 3-4 aya kadar uzatılabileceği bildirilmektedir. Yan etkisi ise ağız kuruluğu ve uykusuzluk olurken kilo alma daha az olmaktadır(21,22).

3.12.4.DAVRANIŞÇI YÖNTEMLER

Davranışçı modifikasyon tedavileri birbirinden ayrı iki yaklaşımı içerir. Birincisi nefret tedavisini içeren cezalandırmayı kullanır. Diğerisi ise pozitif olarak kuvvetlendirmeyi yeğler.

- **Nefret ettirme teknikleri:** Aversiyon terapileri; Elektriksel şok, desensitizasyon eğitimi, nefes tutturma, bayat sigarayı aşırı derecede içirme, hızlı içirerek doyurma ve gizli duyarlılaştırmayı içerir.
- **Kendi kendini yönetme tekniği:** Bunlar genellikle liderler, öncüler ve terapistler tarafından yönetilir.

- *Self monitoring*: Bir günde içilen sigaralar kaydedilir. İçilen sigaranın yeri, zamanı, aktivite, ruh hali ve istek seviyesi kaydedilir.
- *Nikotin Fooding*: Nikotin azaltılmasıdır. Üç haftalık süre içinde nikotin hacminde %30, %60 ve %90 azalma yapılabilir.
- *Multikomponent davranışçı programlar*. Bu programlarda birkaç prosedür birleşir. Motivasyonu arttırmaya, alışkanlığı bırakmaya veya sigaradan uzak durmaya sevk eder. Nikotini azaltma, perhiz çalışmaları, relaksasyon sağlama gibi birkaç kontrol yöntemini içerebilir(21,22,54).

3.12.5.DOKTOR TELKİN VE ÖNERİLERİ

Doktor önerileri ve telkin, pek çok hastayı sigara bırakma konusunda yönlendirir. Doktorlar hastalarının sigarayı bırakmaları konusunda çok etkilidirler. Özellikle gebelerin, pulmoner ve kardiyovasküler problemleri olan hastaların sigarayı bırakmalarında doktorların telkin ve öğütleri önemli rol oynar. Basit öğütler, telkinler ve daha yoğun tedavi gruplarında hastaların 6 ay ile 1 yıllık takiplerinde güçlü mesajlar, ihtarlar, kayıtların tutulması veya ekspirasyonla dışarı verilen CO düzeylerinin gösterilmesi gibi prosedürlerle basit telkinlerin etkisi artırılabilir(21,22,54).

3.12.2.6.HİPNOZ

Hipnoz, sigarayı bırakmak için sık önerilen fakat çok sayıda içiciye ulaşamayan bir yöntemdir. Özellikle diğer yöntemleri deneyen ve başarmak için daha çok kişisel dikkate gereksinim duyanlara yardımcı olabilir. Hipnotik prosedürlerde şu yaklaşımlar amaçlanabilir.

- Sigara içenlere davranışlarını değiştirmeleri için direkt önerilerde bulunulur, öğüt verilir.
- Hipnozu kullanarak davranışları değiştirici bir bakışla hastanın görüşü değiştirilir.
- Psikoterapiye hipnoterapi kullanılarak yardımcı olunur.

- Hipnoversiyon kullanılarak, alışkanlık haline gelen sigara içme davranışına karşı nefret oluşmasına yardımcı olunur.
- Kendi kendini hipnoz etme öğretilir(21,22,54).

3.12.2.7.AKUPUKTUR

Sigarayı bıraktırmak için uygulanan iki tür akupunktur yöntemi vardır. Nazopunktur ve aurikulapunktur. Nazopunkturda, burun yüzeyinde seçilmiş noktalar vardır. Buralara akupunktur yapıldığında solunum yolunda dekonjesyon olur ve kişi tüne karşı tiksinti hisseder. Aurikulopunktur ağırlı olabilir. Kulağa bir staple ile uygulanarak stimulus verilir. Sigara içiminin tedavisinde elektroakupunktur ve lazerde kullanılmaktadır. Lazer propları kulağa bileğe ve buruna uygulanır(21,22,54).

3.12.2.8.KİTLE İLETİŞİM VE TOPLU PROGRAMLAR

Sigara içenlerin büyük bir kısmını bırakmak için şartlandırmanın önemli bir yolu da doğrudan doğruya radyo ve televizyonları kullanmaktır. Kitle iletişim araçları, halkın sigaranın zararlı etkilerinden haberdar olmasını sağlar. Radyo ve televizyon sağlıklı davranışlar hakkında olumsuz ve güçlü bir fikir geliştirilmesine yardımcı olurlar.

Bıraktırma programları genellikle sigaranın riskleri konusunda bilgi, bırakmanın yararları, nikotin bağımlılığından kurtulma üzerine eğitim ve sigarasız hayatın nasıl devam ettirileceğine ilişkin bilgiler içerir(54).

SİGARAYI BIRAKTIRMA YOLLARI VE BAŞARI ORANLARI

- Aniden bırakma %81.5
- Azalarak bırakma %5.7
- Hipnozla bırakma %1.6
- Düşük nikotinli sigara %1.5
- Özel sigara filtreleri %0.5
- Psikolojik tedavi %0.1(1,35,36).

3.12.3. SİGARAYI BIRAKMANIN KAZANDIRACAKLARI

a) Daha Uzun ve Sağlıklı yaşam: Amerika'da tüm kanser ölümlerinin %30'u kalp hastalıklarından ölümlerin %20'si, doğumsal hastalıklardan ölümlerin %15'i, yanıklardan ölümün %50'si, solunum hastalıklarından, ölümlerin %51'i sigaraya bağlanmıştır. Her yıl ülkemizde 120.000 kişi sigaraya bağlı nedenlerden ölmektedir. Bu sayı trafik kazalarından ölen kişilerden 12-13 misli daha fazladır. Sigarayı bırakmakla sigaraya devam edenlere oranla ölüm riskini 15 yılda %50 oranında düşürmek mümkündür(46,54).

b) Sigarayı bırakmakla riskleri yok edebilirsiniz: Sigaranın bırakılması ile onun istenmeyen etkileri yavaş yavaş ortadan kalkar. Nikotin ve karbondioksitin etkisi 12-24 saat gibi kısa bir zamanda kaybolur. Balgam miktarı 2 haftada %50 azalır. Bağışıklığı etkileyici baskı ise 6 haftada ortadan kalkar. Sigaranın solunum yollarını döşeyen ve koruyucu fonksiyon gösteren titretilmiş tüyleri felç edici etkisinden kurtulmak için sigarayı bıraktıktan sonra 3 ay bir zamana ihtiyaç vardır. Sigarayı bırakmakla tat ve koku alma duygunuzda bir gelişme olduğun hemen fark edilir. Sigarayı bırakmakla akciğer kanseri, diğer organ kanserleri, kalp hastalıkları, felç, bronşit, anfiyem gibi risklerden kurtulunabilir(46,54).

c) Daha Sağlıklı Çocuklar: Sigara sadece içenleri değil, diğer aile üyeleri çalışma arkadaşları gibi aynı ortamda bulunan kişileri de olumsuz olarak etkilemektedir. İçilen her 5 sigara etrafta bulunan kişilerin 1 sigara içmesine neden olmaktadır.

Bebeklikten 18 yaşına kadar olan dönemde pasif içicilik her yıl 300.000 bronşit ve pnömoni vakasına neden olmaktadır. Anne ve babası sigara içen çocuklarda orta kulak problemleri, bademcik iltihabı, sinüzit, öksürük ve hırıltı sıklıkla olmakta, astım şikayetleri artmaktadır. Eğer ebeveynler sigara içiyorsa, çocuğun gençlik çağına geldiği zaman sigara içme riski, ebeveynleri sigara içmeyenlere oranla 2 misli fazladır. Sigara içmekle çocuklar pasif olarak zehirlenmenin yanı sıra onun gelecekte aileyi örnek alarak, sigaraya bağlı risklerle yüz yüze kalma riskini de ileri derecede artırmış oluyoruz(46,54,63).

Gebeliği süresince sigara içen kadınların bebekleri düşük doğum ağırlıklı, gelişimi bozuk olarak dünyaya gelmekte, bu çocuklarda ileride alerjik şikayetler ve astım gelişme riski artmaktadır.

d) Daha Kaliteli Yaşam: Sigarayı bırakmakla daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olunur. Birkaç gün içerisinde koku ve tat alma hisleri yerine gelir. İş kapasitesinde artma olur, başkalarına zarar verme hissi yok olur. Ekonomik açıdan sigaradan arttırılacak para başka bir yere harcanabilir. Sigarayı bırakmakla etrafta pis kokan ve çirkin bir görüntü veren kül tablalarından, arabanızda, evinizde, elbisenizde, saçlarınızda sigara kokusundan tamamen kurtulmuş olunur. Dişlerdeki ve parmaklardaki nikotin lekeleri bir süre sonra kaybolarak ciltteki kırışıklıklar azalır. Merdivenleri nefesiniz daralmadan çıkılabilir, kişi kendini hafiflemiş hisseder.

Sonuç olarak sigarayı bırakmakla sadece kendi yaşam sürenizi uzatmak ve olası birçok hastalığın getireceği sağlık problemlerinden kurtulmakla kalmayıp, daha kaliteli bir yaşam süren, etrafına zarar vermeyen ve ekonomik açıdan da daha güçlü biri haline gelir(46,54).

3.12.4. SİGARAYI BIRAKMA SEMPTOMLARI

Bazı insanlarda sigarayı bıraktıklarında çekilme semptomları adı verilen yakınmalar oluşur. Bu semptomlar kişilerin 2/3'ünde görülür ve geçicidirler. Çoğu 7-10 gün içinde hafifleyip kaybolurken, bir kısmı daha uzun sürer. İlk 24 saatte huzursuzluk, gerilim hissi, titremeler, uykusuzluk, kabızlık gibi bazı çekilme semptomları başlar. Kişide aşırı sigara içme isteği vardır. Bu yakınmaların kontrolünde doktordan yardım alınır. Sigarayı bırakan kişilerde iştah artışı ve kilo alma görülebilir(38).

Sigaranın bırakılmasını takiben öksürükte artış olur. Aslında bu bir iyileşme belirtisidir. Bronşları temizleyen titrek tüylerin sigara dumanındaki toksinlerin etkisinden kurtulup çalışmaya başlaması ve solunum yollarındaki katranı dışarı atmaları sonucu olur(38).

3.13. HEMŞİRELERDE SİGARA KONUSUNDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

R.Erol Sezer, Yasemin Açık, Nevzat Bilgin, Eray Horasan, Feray Gökdoğan, Zafer Öztürk, Ferdane Oğuzöncül'ün 1988'de hemşire ve ebelerde sigara konusundaki tutum ve davranışları konulu çalışmadan çıkan sonuçlar şunlardır.

Evren ve aynı zamanda örneklem olarak belirlenen 657 hemşirenin 333 (%50.76)'ünün hergün sigara içtiği 32 (%4.88)'sinin ara sıra sigara içtiği, 38 (%5.79)'unun sigarayı bırakmış olduğu, 253 (%38.57)'ünün sigara içmediği saptanmıştır(49).

Necati Dedeoğlu, Levent Dönmez, Mehmet Aktekin'in 1994'de yaptığı "Antalya'daki sağlık personelinde tütün kullanımı" adlı çalışmasından çıkan sonuçlar şunlardır.

Sağlık kuruluşlarında çalışan 1570 kişide yapılan araştırmada 449 hemşireden 228'inin (%50.8) sigara içtiği, 33'ünün (%7.3) sigarayı bıraktığı, 188'inin (%41.9) sigara içmediği saptanmıştır. Ayrıca en önemli sigara içme nedeni olarak stresi gidermesi, rahatlatması (%48.0) belirlenmiştir. Sigaraya başlama yaşı en çok 18-19 yaşlar arasında (%24.9) bulunmuştur(20).

1997'de Milas ve Bodrum ilçelerinde çalışan sağlık personelinin sigara içme durumları ile ilgili çalışmadan çıkan sonuçlar şunlardır. Sağlık kuruluşlarında çalışan 736 kişiden 307'sine çalışma uygulanmış ve hemşire ebelerin sayısı 134 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerden 79'unun (%58.9) sigara içtiği, 447'sinin (%32.9) sigara içmediği, 11'inin (%8.2) sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Sigaraya başlama nedenleri %37'i çevre, %22'si özentisi, %16'sı stres iken şimdi devam etme nedenleri ise %38.7 alışkanlık, %23.1 bağımlılık, %18.8 zevk almak bulunmuştur.

Nur İnanç, Veliye Yurt'un GATA'da çalışan doktor ve hemşirelerin sigara içme davranışına ilişkin özelliklerin incelenmesi ile ilgili çalışmalarından çıkan sonuçlar şunlardır.

Sağlık kuruluşunda çalışan toplam 182 hemşireden 103'ünün sigara içtiği (%56.6) 79 hemşirenin sigara kullanmadığı (%43.4) saptanmıştır(34).

Alev Dramalı, Ümran Güler, Şenay Özen, Türkan Özbayır, Meryem Yavuz'un 1990 yılında yaptığı hastanelerdeki sağlık personelinin sigara kullanımı ve kullanım anındaki rolünün değerlendirilmesi konulu çalışmasından çıkan sonuçlar şunlardır.

Çalışma kapsamına alınan Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 189 hemşireden 90'ı (%47.62'si) sigara kullandığı, 99'unun (%52.38) sigara kullanmadığı yada bıraktığı saptanmıştır(23).

Yalçın Önder, Celalettin Demircan, Rahime Deniz'in 1993 yılında 19 Mayıs Üniversitesinde yaptığı tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı adlı çalışmada çıkan sonuçlar şunlardır.

Çalışma kapsamına alınan 1010 kişiden 182 hemşireden 84'ünün (%46.2) her gün sigara içtiği, 15'inin (%8.2) ara sıra içtiği, 18'inin (%9.9) bıraktığı, 65'inin (%35.7) sigara içmediği saptanmıştır(49).

Hatice Uysal'ın 1991'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerde sigara içme durumunu ve sigaraya başlama nedenlerinin tespiti konulu Yüksek Lisans tezinden çıkan sonuçlar şunlardır.

Hemşirelerde sigara içme oranı %51.9 olarak bulunmuştur. Bireyin yaşının sigara içmeyi etkilediği ve 25 yaşından sonra arttığı, sigaraya başlama yaşının 19 yaşından küçüklerde %33.3 olduğu bulunmuştur. Çalışma yerlerinden, teknik laboratuvarlarda çalışanlarda içme oranı %57.9, polikliniklerde %66.7 ve sorumlu hemşire olarak çalışanlarda bu oran %80 bulunmuştur. Statülere göre servis hemşirelerinde %48.1, saha teknik ve laboratuvarında çalışanlarda %56.4, kat sorumlusu hemşirelerde %51.7, başhemşire ve yardımcılarda %77.8'i bulunmuştur. Gece vardiyalarında çalışan hemşirelerin %44.7'si gündüz normal mesai saatlerinde çalışanların %58.5'inde sigara içilmektedir. Ailede sigara içme durumlarının sigarayı içmeyi etkileyen faktörlerden olduğu bulunmuştur(55).

Selma Öncel'in 1994 yılında İzmir'de yaptığı İzmir Metropolün de çalışan sağlık personelinin sigara konusundaki tutum ve davranışları konulu yüksek lisans tezinden çıkan sonuçlar şunlardır.

Çalışmada yer alan 273 hemşire-ebeden 124'ünün (%45.42) sigarayı her gün içtiği, 33'ünün (%12.09) ara sıra içtiği, 33'ünün (%12.09) bırakmış olduğu, 83'ünün %30'unun sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içme oranı en çok 15-19 yaşları arasında görüldüğü saptanmıştır. 68 kişi (%35.79) (44).



4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma sigaranın sağlığa verdiği zararları bilen, sağlık çalışanları içinde önemli bir grubu teşkil eden hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörleri, sigara içme sıklığını, başlama nedenlerini, içme nedenlerini, sigarayı bırakma ve içmeme konusundaki yaklaşımlarını incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışmadır.

4.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma İstanbul Büyükşehir belediyesi sınırları içinde yer alan tam teşekküllü Devlet, Üniversite, SSK ve Özel Hastanelerinde, yatak kapasiteleri en büyük olanlardan basit rastgele yöntemle seçilerek yapılmıştır. Basit rastgele yöntemle seçilen hastaneler şunlardır.

- İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
- Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Kartal SSK Hastanesi
- Özel Kadıköy Vatan Hastanesi
- Florance Nightingale Hastanesi

Araştırma 1 Temmuz-30 Eylül 2000 tarihleri arasında yapılmıştır.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul Büyükşehir Belediyesi kapsamındaki tedavi edici sağlık kuruluşlarından tam teşekküllü 14 devlet hastanesi, 3 üniversite hastanesi, 7

SSK hastanesi, 131 özel hastane oluşturmaktadır. Toplam hemşire sayısı 6496 kişi olarak belirlenmiştir. Hastanelerin yatak kapasiteleri ve hemşire sayıları İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden, SSK İstanbul İl Müdürlüğünden ve hastanelerin yöneticilerinden elde edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini olasılıklı örneklem seçim yöntemlerinden basit rastgele örnekleme ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Yapılan araştırma için örneklem 586 hemşire olarak bulunmuştur. Örneklem için belirlenen sayıdan daha fazla hemşireye ulaşılmış olup 736 kişide çalışma uygulanmıştır. Bu sayı çalışmamız için uygun görülmüştür.

Evreni temsil edecek örneklem için başvuru formülü şöyledir.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq} = \frac{6496 (2,59)^2 (0.40) \times (0.60)}{(0.05)^2 (6496-1) + (2,59)^2 (0.40 \times 0.60)} = 586$$

4.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Anket formu geliştirilirken Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık personeline yönelik araştırmalarda kullanılmasını önerdiği standart formun Türkiye özellikleri dikkate alınarak hazırlanmış şeklinden ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır.

Anket formu sigara kullanmayan, sigara kullanan, sigarayı bırakan kişilere yönelik toplam 34 sorudan oluşmuştur. Anket formunda açık uçlu, çoktan seçmeli sorular ve sigara içme davranışına yönelik 10 maddelik bir değerlendirme bölümü bulunmaktadır.

Anket formunda sigara kullanan, kullanmayan ve bırakanların ortak yanıtlayacakları demografik özellikler ile sigara konusunda her grubun ayrı ayrı cevaplandırması gereken sorular vardır. Bu soruların başına gerekli uyarılar konularak kişilerin cevaplandırması kolaylaştırılmıştır.

4.5. ANKET FORMUNUN SINANMASI

Anket formu ön çalışması örneklem içerisinde yer alan üniversite hastanesinde dahiliye servislerinde görevli 20 hemşire üzerinde yapılmıştır. Anket formu ön uygulaması hemşirelere araştırmacı tarafından götürülerek doldurtulmuştur. Anket formu üzerinde anlaşılmayan noktalar değerlendirilmiş, gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Üniversitede uygulamaya alınan 20 hemşire örnekleme dahil edilmiştir.

Anket formu araştırmanın yapılacağı yerlerdeki hemşirelerle yüz yüze görüşülerek formun doldurulması şeklinde uygulanmıştır.

Anket formunun bilimsel uygunluğu 12 uzman tarafından değerlendirilmiş ve son şekline getirilmiştir. 10 maddelik değerlendirme bölümü Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği orjinal maddelerden alınmıştır. Bu maddelerin dil geçerliliği ise İngilizce'den Türkçe'ye Türkçe'den İngilizce'ye çevrilip ifadelerin aynı anlamı verip vermediği konusunda dil bilimcilerin görüşü alınarak yapılmıştır.

Uzman görüşü alınan Öğretim Üyeleri şunlardır:

Prof. Dr. Seçil Aksayan
Doç. Dr. Fatma Eti Aslan
Doç. Dr. Güler Cimete
Doç. Dr. Sema Kuşuoğlu
Doç. Dr. Nermin Olgun
Doç. Dr. Hatice Pek
Yrd. Doç. Dr. Nefise Bahçecik
Yrd. Doç. Dr. Hatice Eryılmaz
Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi Gençalp
Yrd. Doç. Dr. Sezgi Menteş
Yrd. Doç. Dr. Sevim Ulupınar
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız

4.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

- Hemşirelerin sigara kullanma alışkanlıkları ile ilgili tutum ve davranışlar

Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Eğitim
- Çalışılan bölüm
- Çalışma yılı
- Çalışma şekli
- Medeni hali
- Görevi

4.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırma 1 Temmuz - 30 Eylül arasında yapılmıştır.
- Araştırmaya yıllık izinde olanlar, doğum izninde olanlar ve anket doldurmayı kabul etmeyenler dahil edilmemiştir.
- Kalp damar cerrahisi yoğun bakım, yeni doğan yoğun bakım ve bazı hastanelerdeki ameliyathanelere giriş izni verilmediği için anket doldurulamamıştır.

4.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket formundan elde edilen verilerin değerlendirilmesi yüzdellik hesaplaması, ki kare (χ^2) yöntemi ve tek yönlü varyans analizi ile bilgisayar kullanarak SPSS programı ile yapılmıştır.

DENENCELER

- Hemşirelerin çalışma koşulları sigara içimini artırabilir.
- Hemşirelerin yoğun çalışmayı gerektiren bölümlerde çalışması sigara içimini arttırabilir.
- Hemşirelerde, stresli durumlar nedeniyle sigara kullanımı arttırabilir.
- Nöbet ve vardiya ile çalışma sigara içimini artırabilir.
- Ailelerinde sigara içme oranı yüksek olanlarda sigara içme fazla olabilir.

5. BULGULAR

Hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapılan çalışmada bulgular aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

Çalışmaya katılan

- 1- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri
- 2- Hemşirelerde ve ailelerinde sigara içme durumları ile ilgili bulgular
- 3- Sigara kullanmayan hemşirelerin sigarayı kullanmama nedenleri ve sigaraya karşı genel tutumların incelenmesi
- 4- Sigara kullanan hemşirelerin sigara kullanmaya ilişkin özellikleri
- 5- Sigarayı bırakan hemşirelere ilişkin özellikler
- 6- Hemşirelerin sigaraya karşı tutum ve davranışlarının incelenmesi
- 7- Hemşirelerin sigara içme davranışının sosyo-demografik özelliklere göre durumunun incelenmesi
- 8- Hemşirelerde sigara içme durumunun sigarayla mücadelede kullanılacak kanuni düzenlemelere göre incelenmesi
- 9- Hemşirelerin sigaraya karşı tutum ve davranışlarının sigara içme davranışına göre incelenmesi
- 10- Hemşirelerin sigara içme konusundaki düşüncelerinin sigara içme durumuna göre incelenmesi

5.1. ÇALIŞMAYA KATILAN HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRA- FİK ÖZELLİKLER

Tablo 1 : Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Faktörler (n=737)	n	%
YAŞ GRUPLARI		
18-23 yaş	210	28.5
24-29 yaş	231	31.3
30-35 yaş	177	24.0
36 yaş ve üzeri	119	16.2
EĞİTİM DURUMU		
Sağlık Meslek Lisesi	241	32.7
Ön Lisans	355	48.2
Lisans	119	16.1
Yüksek Lisans	22	3.0
MEDENİ DURUM		
Evli	352	47.8
Bekar	367	49.8
Dul	18	2.4
ÇALIŞTIĞI KURUM		
Üniversite Hastanesi	322	43.7
Devlet Hastanesi	157	21.3
SSK Hastanesi	104	14.
Özel Hastane	154	20.9
ÇALIŞTIĞI BÖLÜM		
Yoğun Bakım	129	17.5
Ameliyathane	82	11.1
Servis	369	50.1
Poliklinik	42	5.7
Acil	67	9.1
Hemodiyaliz	18	2.4
Diğer	30	4.1
GÖREVİ		
Klinik hemşiresi	579	78.6
Poliklinik hemşiresi	44	6.0
Yönetici/sorumlu hemşire	107	14.9
Eğitim hemşiresi	7	0.9
ÇALIŞMA ŞEKLİ		
Sadece gündüz	258	35.0
Vardiya	276	37.5
Nöbet	177	24.0
Sadece gece	26	3.5
ÇALIŞMA YILI		
0-5 yıl	314	42.6
6-10 yıl	154	20.9
11-15 yıl	149	20.2
16 yıl e ↑	120	16.3

Sosyo-demografik özelliklerin dağılımı incelendiğinde şu bulgular ortaya çıkmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerde %31.3'lük (231 kişi) oranla 24-29 yaş çoğunluktadır.

Eğitim durumlarına göre %48.2'lik oranla (355 kişi) önlisans mezunları çoğunluğu oluşturmaktadır.

Hemşirelerin %49.8'inin (367 kişi) bekar olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin %43.7'si (322 kişi) üniversite hastanesinde çalışmaktadır.

Çalıştığı bölüm ve görevi incelendiğinde %50.1 (369 kişi) serviste %78.6 (579 kişi) oranla klinik hemşiresi olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Çalışma şekline bakıldığında %37.5'lik (276 kişi)) oranla vardiya çoğunluğu oluşturmaktadır.

Çalışma yılları incelendiğinde %42.6'sının (314) 0-5 yıldır hemşirelik yaptığı saptanmıştır.

5.2. HEMŞİRELERDE VE AİLELERİNDE SİGARA İÇME DURUMLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 2 : Hemşirelerde ve Ailelerinde Sigara İçme Durumlarının Dağılımı (n=737)

Hemşirelerde Sigara İçme Durumu	n	%
Evet	369	50.1
Hayır	316	42.8
Bıraktım	52	7.1
Ailelerinde Sigara İçme Durumu		
Evet	551	74.8
Hayır	186	25.2
Toplam	737	100

Hemşirelerde sigara içme durumlarına göre dağılımında %50.1 oranla (369 kişi) sigara kullananların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin ailelerinde ise sigara içme durumuna göre dağılımda %74.8 oranla (531 kişi) hemşire ailelerin sigara kullandığı belirlenmiştir.

5.3. SİGARA KULLANMAYAN HEMŞİRELERİN SİGARAYI KULLANMAMA NEDENLERİ VE SİGARAYA KARŞI GENEL TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 3: Sigara Kullanmayan Hemşirelerin Sigarayı Kullanmama Nedenleri Ve Sigaraya Karşı Genel Tutumlarının Dağılımı (n=316)

•Sigara Kullanmama Nedenleri	n	%
Sağlığını korumak	303	48.3
Çevre baskısı	14	2.2
Parasal tasarruf	55	8.8
Sigaranın zararları ile ilgili yayınlar	102	16.2
Çocuklara örnek olmak	93	14.8
Hastalara örnek olmak	35	5.6
Hastalığından dolayı	14	2.2
Dinsel nedenlerden dolayı	5	0.8
İhtiyaç duymama, gereksiz bulma	5	0.8
Nefret etme	2	0.3
• Sigaraya karşı genel tutum		
Sigara içmeyi sevmiyorum	149	26.5
Sağlığa zararlıdır	165	29.4
İhtiyaç hissetmiyorum	183	32.6
Çevremdekilere zarar vermek istemiyorum	64	11.3
Nefret ediyorum	1	0.2

•Birden fazla yanıt vardır.

Katılımcıların sigara kullanmama nedenlerinin %48.3'lük oranla (303 kişi) sağlığını korumak için olduğu belirlenmiştir.

Sigaraya karşı genel tutumların dağılımında %32.6'lık oranla (183 kişi) ihtiyaç hissetmeme çoğunlukta olduğu %29.4'lük oranla (165 kişi) sağlığa zararlıdır görüşünün bunu izlediği görülmüştür.

5.4. SİGARA KULLANAN HEMŞİRELERİN SİGARA KULLANMAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Tablo 4: Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigara Kullanmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=369)

Sigara Kullanma Yılları	n	%
1-5 yıl	140	38.1
6-10 yıl	117	31.7
11-15 yıl	63	17.0
16 yıl ve üzeri	49	13.2
Günlük İçilen Sigara Sayısı		
1-10 adet	167	45.2
11-20 adet	173	46.9
21-30 adet	21	5.7
31-40 adet	8	2.2
Sabah İçilen İlk Sigara Zamanı		
Kahvaltı öncesi	87	23.6
Kahvaltı sonrası	230	62.3
Öğleden sonraya kadar olan zaman	52	14.1
Sigara İçmeden Geçirilen En Uzun Süre		
1-6 saat	136	36.9
7-12 saat	39	10.5
13-18 saat	5	1.4
19-24 saat	41	11.1
24 saat ve üzeri	148	40.1
Günlük En Son İçilen Sigara Zamanı		
Yatmadan ½ saat önce	280	75.9
Akşam yemeğinden sonra	58	15.7
Eve gitmeden önce	12	3.3
Belli olmaz	19	5.1
Sigaraya başlama nedenleri		
Özenti-hoşlanma	150	40.6
Kişisel ve ailevi sorunlar	77	20.9
Çevresel etkiler	110	29.8
Bilmiyorum/nedeni yok	32	8.7

Sigaraya Devam Etme Nedenleri		
Alışkanlık	165	44.7
Hoşlanma	94	25.5
Stres-sıkıntı	80	21.7
Bilmiyorum/nedeni yok	30	8.1
Çalışma Ortamının Sigara İçmede Artışa Sebep Olma Durumu		
Evet	193	52.3
Hayır	76	20.6
Bazen	100	27.1
Çalışma Ortamının Sigarayı Etkileyen En Önemli Yönü		
Çalışma arkadaşları	64	21.8
Fiziki ortam	13	4.4
İşi severek yapmama	7	2.4
Çalışma koşulları	171	58.4
Stres	10	3.4
Cevapsız	28	9.6
Gelecekteki Sigara İçme Konusundaki Düşünceler		
Her gün içeceğimi düşünüyorum	16	1.6
Bırakmayı düşünüyorum	201	54.4
Azaltmayı düşünüyorum	84	22.8
Şu an olduğu gibi devam etmeyi	67	18.2
Duruma ve zamana bağlı	11	3.0
Sigarayı bırakma durumu		
Evet	195	52.8
Hayır	174	47.2
Sigarayı Bıraktıktan Sonra Tekrar Başlama Nedeni		
Alışkanlık	80	41
Yoğun stres	62	31.8
Hoşlanma	17	8.7
Çevre, arkadaş ortamı	36	18.5
Sigarayı bırakmada en iyi yöntem		
Birden bırakmak	221	59.9
Yavaş yavaş bırakmak	84	22.8
Gıda maddelerine yönelerek bırakmak	4	1.1
Psikoterapi	30	8.1
Akupunktur	7	1.9
Nikotin bantları	10	2.7
Kişisel irade	13	3.5

Hemşirelerin %38.1'inin (140 kişi) 1-5 yıl zaman aralığında sigara kullandığı görülmektedir.

Günlük içilen sigara sayısı %46.9 oranla (173 kişi) 11-20 adet olduğu bunu %45.2 ile (167 kişi) 1-10 adetin izlediği belirlenmiştir.

Sabah içilen ilk sigaranın %62.3 oranla (230 kişi) kahvaltı sonrasında içildiği görülmektedir.

Sigara içmeden geçirilen en uzun süre %40.1 ile (146 kişi) 24 saat ve üzeri olarak ortaya çıkmıştır. Günlük en son sigaranın %75.9 (280 kişi) yatmadan yarım saat önce içildiği belirlenmiştir.

Sigaraya başlama nedeni %40.6'lık oranla (150 kişi) özenti hoşlanma olarak çoğunluğu oluşturmaktadır.

Sigaraya devam etme nedenlerinin %44.7'sini (165 kişi) ile alışkanlık nedeniyle olduğu görülmektedir.

Hemşirelerde çalışma ortamının sigara içmeyi etkileme durumu için %52.3'ü (193 kişi) evet yanıtı vermiştir. Çalışma ortamının hangi yönünün etkilediğine bakıldığında ise %58.4'ünün (171 kişi) çalışma koşulları olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların gelecekteki sigara içme ile ilgili düşüncelerinde %54.4'ünün (201 kişi) sigarayı bırakmak istediği görülmektedir.

Daha önceden sigarayı bırakıp bırakmadıklarına bakıldığında %52.8'inin (195 kişi) daha önce sigara bırakmış ancak tekrar başlamış olduğu %47.2'inin (174 kişi) sigarayı bırakmayı denemedikleri ortaya çıkmıştır.

Sigarayı bırakanların tekrar başlama nedeni olarak %41 oranla (80 kişi) alışkanlık olduğu görülmüştür. Sigarayı bırakmada en iyi yöntem ise %59.9 ile (221 kişi) birden bırakma olarak belirlenmiştir.

5.5. SİGARAYI BIRAKAN HEMŞİRELERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 5 . Sigarayı Bırakan Hemşirelere İlişkin Özelliklerin Dağılımı (n=52)

Sigarayı bırakma zamanı	n	%
1 aydan az	6	11.5
1-12 ay arası	25	48.1
12 ay ve üzeri	21	40.4
Sigarayı Bırakma Nedeni		
Gelecekteki sağlığını korumak	4	7.6
Çevre baskısından	8	15.4
Maddi yönden tasarruf	7	13.5
Hastalığından dolayı	13	25.0
Çocuklara örnek olmak	13	25.0
Çevreye örnek olmak	7	13.5
Sigarayı Bırakma Yöntemi		
Azaltarak	1	1.9
Birden bire	34	65.4
Yöntem yok	17	32.7
Sigarayı Bıraktıktan Sonra İçmeyi Düşünme Durumu		
Evet	7	13.5
Hayır	19	36.5
Bazen	24	46.1
Yanıtsız	2	3.9
Sigarayı İçmeyi Düşündüren Etmenler		
Yakın çevrenin etkisi	2	3.9
Stres	11	21.2
Keyif hoşlanma	7	13.4
Yanıtsız	32	61.5

Hemşirelerde sigarayı bırakma zamanının %48.1'inin (25 kişi) 1-12 ay arasında olduğu görülmüştür.

Sigarayı bırakma nedenlerine bakıldığında %25.0'lık oranla (13 kişi) hastalığından dolayı ve çocuklara örnek olmak çoğunluğu oluşturmaktadır.

Sigarayı bırakma yönteminde %65.4'lik oranla (34 kişi) birden bire çoğunluktadır.

Sigarayı bıraktıktan sonra tekrar içmeyi düşünme durumunda %46.1'inin (24 kişi)) bazen düşündüğü belirlenmiştir.

Sigarayı düşündüren etmenlere bakıldığında %61.5'i (32 kişi) yanıtsız bırakmış, bunu %21.2 ile (11 kişi) stresin izlediği görülmüştür.

5.6. HEMŞİRELERİN SİGARAYA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Tablo 6: Hemşirelerin Sigaraya Karşı Tutum Ve Davranışlarının Dağılımı (n=737)

• Sigarayla savaş için yapılması gereken kanun ve düzenlemeler	n	%
Sigara paketlerinin üzerinde sağlığa zararlıdır uyarısı olmalı	215	8.7
Sigara reklamlarına yasak konmalı	358	14.5
Toplumsal yerlerde sigara yasaklanmalı	618	25.1
Tütün mamüllerinin fiyatları çok arttırılmalı	212	8.6
Çocuklara sigara satılması yasaklanmalı	590	23.9
Hastanelerde sadece özel alanlarda sigara içilmeli	451	18.3
Sigara üretimi kısıtlanmalı ya da yapılmamalı	23	0.9
• Sağlık çalışanlarının sigarayla ilgili tutum ve davranışları		
İnsanları sigara bırakma konusunda ikna etmek sağlık çalışanlarının görevidir	227	15.2
Sağlık çalışanları sigara içmeyerek iyi bir örnek olmalı	383	25.8
Sağlık çalışanları sigarayı bırakma ile ilgili sağlık eğitimi programlarına aktif katılmalıdır	416	28
Sağlık çalışanlarının iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermelidir	451	30.4
Basın-yayın	9	0.6

• Birden fazla yanıt vardır.

Hemşirelerde sigarayla savaş için yapılması gereken kanun ve düzenlemelerden %25.1'in (618 kişi) toplumsal yerlerde sigara yasaklanmalı görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının sigarayla ilgili tutum ve davranışlarında %30.1'inin (451 kişi) sağlık çalışanlarının iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermelidir seçeneğini işaretlediği görülmüştür.

5.7. HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME DAVRANIŞININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE DURUMUNUN İNCELENMESİ

Tablo 7: Hemşirelerin Sigara İçme Davranışının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=737)

Sosyo-demografik Özellikler		Sigara İçme Durumu			χ^2	P
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Yaş	18-23 yaş	95 (105.1)	105 (90.0)	10 (14.8)	12.78	0.046*
	24-29 yaş	107 (115.7)	103 (99.0)	21 (16.3)		
	30-35 yaş	102 (88.6)	62 (75.9)	13 (12.5)		
	36 yaş ve ↑	65 (59.6)	46 (51.0)	8 (8.4)		
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	130 (120.7)	95 (103.3)	16 (17.0)	13.03	0.042*
	Önlisans	182 (177.7)	146 (152.2)	27 (25.0)		
	Lisans	44 (59.6)	68 (51.0)	7 (8.4)		
	Y.Lisans	13 (11.0)	7 (9.4)	2 (1.6)		
Medeni Durum	Evli	169 (176.2)	154 (150.9)	29 (24.8)	5.28	0.259
	Bekar	188 (183.7)	158 (154.7)	21 (25.9)		
	Dul	12 (9.0)	4 (7.7)	2 (1.3)		
Çalıştığı kurum	Üniversite Hastanesi	153 (161.2)	146 (138.1)	23 (22.7)	9.13	0.166
	Devlet Hastanesi	78 (78.6)	65 (67.3)	14 (11.1)		
	SSK	59 (2.1)	35 (44.6)	10 (7.3)		
	Özel Hastane	79 (77.1)	70 (66.0)	5 (10.9)		

*P< 0.05

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tablo 7 (devam)

Sosyo-demografik Özellikler		Sigara İçme Durumu			χ^2	P
		Evet	Hayır	Bıraktım		
Çalıştığı Bölüm	Yoğun Bakım	67 (64.6)	51 (55.3)	11 (9.1)	12.66	0.393
	Ameliyathane	46 (41.1)	30 (35.2)	6 (5.8)		
	Servis	172 (184.8)	174 (158.2)	23 (26.0)		
	Poliklinik	22 (21.0)	15 (18.0)	5 (3.0)		
	Acil	39 (33.5)	25 (28.7)	3 (4.7)		
	Hemodiyaliz	6 (8.0)	11 (7.7)	1 (1.3)		
	Diğer	17 (15.0)	10 (12.9)	3 (2.1)		
Görev	Klinik hem	277 (289.9)	262 (248.3)	40 (40.9)	12.01	0.061
	Poliklinik hemşiresi	27 (22.0)	12 (18.9)	5 (3.1)		
	Yönetici/servis hem.	63 (53.6)	37 (45.9)	7 (7.5)		
	Eğitim hemşiresi	2 (35)	5 (3.0)	0 (0.5)		
Çalışma şekli	Sadece gündüz	131 (129.2)	111 (110.6)	16 (18.2)	6.22	0.397
	Vardiya	132 (138.2)	128 (118.3)	16 (19.5)		
	Nöbet	91 (88.6)	69 (75.9)	17 (12.5)		
	Sadece gece	15 (130)	8 (11.1)	3 (1.8)		
Çalışma yılı	0-5 yıl	143 (157.2)	149 (134.6)	22 (22.2)	8.42	0.208
	6-10 yıl	75 (77.1)	67 (66.0)	12 (10.9)		
	11-15 yıl	80 (74.6)	60 (63.9)	9 (10.5)		
	16 yıl ve ↑	71 (60.1)	40 (51.5)	9 (8.5)		

Tablo 7 incelendiğinde hemşirelerin yaşlarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2= 12.78$, $p<0.05$). Buna göre en fazla 30-35 yaş grubundaki hemşirelerde sigara içildiği, sigara kullanmayanların ise 18-23 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2= 13.03$, $p<0.05$). Buna göre en fazla sağlık meslek lisesinden mezun hemşirelerde sigara içme görülmektedir. Lisans mezunu hemşirelerde ise sigara kullanmayanların fazla olduğu saptanmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7 incelendiğinde hemşirelerin medeni durumları ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 6.22$, $p>0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 9.13$, $p>0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı bölüme göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 12.66$, $p>0.05$).

Tablo 7'ye bakıldığında hemşirelerin görevlerine göre sigara içme davranışları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 12.01$, $p>0.05$). Buna göre en fazla yönetici ve sorumlu hemşirelerde sigara içme görülmekte klinikte çalışan hemşirelerdeyse sigara kullanmayanların fazla olduğu saptanmaktadır.

Çalışma şekillerine göre hemşirelerde sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2= 6.22$, $p>0.05$).

Çalışma yılı ile hemşirelerde sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 8.42$, $p>0.05$).

5.8. HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME DURUMUNUN SİGARAYLA MÜCADELEDE KULLANILACAK KANUNİ DÜZENLEMELERE GÖRE BE-LİRLENMESİ

Tablo 8: Hemşirelerin Sigara İçme Durumunun Sigarayla Mücadelede Kullanılacak Kanuni Düzenlemelerin Dağılımı (n=737)

Sosyo-demografik Özellikler		Sigara İçme Durumu			χ^2	P
		Evet	Hayır	Bıraktım		
• Sağlığa zararlıdır uyarısı	Katılan	87 (107.6)	111 (92.2)	17 (15.2)	11.32	** 0.003
	Katılmayan	82 (261.4)	205 (223.8)	35 (36.8)		
• Sigara reklamlarına yasak konması	Katılan	151 (179.2)	175 (153.5)	32 (25.3)	18.009	*** 0.000
	Katılmayan	218 (189.8)	141 (162.5)	20 (26.7)		
• Kapalı ve kalabalık yerlerde sigaranın yasaklanması	Katılan	285 (309.4)	287 (265.0)	46 (43.6)	24.08	*** 0.000
	Katılmayan	84 (59.6)	29 (51.0)	6 (8.4)		
• Tütün mamüllerinin fiyatlarının artırılması	Katılan	80 (106.19)	115 (90.9)	17 (15.0)	18.40	*** 0.000
	Katılmayan	289 (262.9)	201 (225.1)	35 (37.0)		
• Çocuklara sigara satılmaması	Katılan	290 (295.4)	260 (253.0)	40 (41.6)	1.79	0.40
	Katılmayan	79 (73.6)	56 (63.0)	12 (10.4)		
• Hastanelerde sadece özel alanlarda sigara içilmesi	Katılan	236 (225.8)	181 (193.4)	34 (31.8)	3.61	0.16
	Katılmayan	133 (143.2)	135 (122.6)	18 (20.2)		
• Basın yayında sigaranın zararları hakkında duyurular yapılması	Katılan	13 (11.5)	8 (9.9)	2 (1.6)	0.65	0.72
	Katılmayan	356 (357.5)	308 (306.1)	50 (50.4)		

• Birden çok seçenek vardır.

** P<0.01

***P<0.001

Tablo 8 incelendiğinde sigara sağlığa zararlıdır uyarısı ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($\chi^2=11.32$, $p<0.01$). Buna göre sigara kullananlar sağlığa zararlıdır uyarısına daha az katılmakta iken, sigara kullanmayanlar ve bırakanlar ise sağlığa zararlıdır uyarısına daha fazla oranda katılmaktadır.

Kanuni düzenlemelerden sigara reklamlarına yasak konması ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=18.00$, $p<0.001$). Buna göre sigara kullananlar sigara reklamlarına yasak konmalı maddesine daha az katılmakta, sigara kullanmayanlar ve bırakanlar ise sigara reklamlarına yasak konmalı maddesine daha fazla oranda katılmaktadır.

Kapalı ve kalabalık yerlerde sigaranın yasaklanması ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=24.08$, $p<0.001$). Buna göre sigara kullananlar bu görüşe daha az katılmakta, sigara kullanmayanlar ve bırakanların ise bu görüşe daha fazla oranda katıldığı görülmektedir.

Tütün mamüllerinin fiyatlarının arttırılması ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=18.40$, $p<0.01$). Buna göre sigara kullananların bu maddeye daha az katıldıkları, sigara kullanmayan ve bırakanlar ise bu maddeye daha fazla katıldıkları saptanmıştır.

Tablo 8'e bakıldığında çocuklara sigara satılmaması ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.79$, $p>0.05$).

Hastanelerde sadece özel alanlarda sigara içilmesi ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=3.61$, $p>0.05$).

Basın yayında sigaranın sağlığa zararları hakkında duyurular yapılması ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($\chi^2=0.65$, $p>0.05$) (Tablo 8).

5.9. HEMŞİRELERİN SİGARAYA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE BELİRLENMESİ

Tablo 9: Hemşirelerin Sigaraya Karşı Tutum Ve Davranışlarının Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı (n=737)

Sigarayla İlgili Tutum ve Davranışlar		Sigara İçme Durumu			χ^2	p
		Evet	Hayır	Bıraktım		
• Sigarayı bırakma konusunda ikna etmek sağlık çalışanlarının görevidir	Katılan	89 (113.7)	124 (97.3)	14 (16.0)	18.65	*** 0.000
	Katılmayan	280 (255.3)	192 (218.7)	38 (36.0)		
• Sağlık çalışanları sigara içmeyerek örnek olmalıdır	Katılan	150 (191.8)	195 (164.2)	38 (27.0)	40.22	*** 0.000
	Katılmayan	219 (177.2)	121 (151.8)	14 (25.0)		
• Sağlık çalışanları sigarayı bırakma konusunda eğitimlere aktif katılmalı	Katılan	188 (208.3)	198 (178.4)	30 (294)	9.52	* 0.085
	Katılmayan	181 (160.7)	118 (137.6)	22 (22.6)		
• Sağlık çalışanlarını iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermeli	Katılan	249 (225.8)	173 (193.4)	29 (31.8)	12.31	* 0.021
	Katılmayan	120 (143.2)	143 (122.6)	23 (20.2)		
• Basın/yayın organları uygun bir şekilde kullanılmalı	Katılan	5 (4.5)	3 (3.9)	1 (0.6)	0.460	0.794
	Katılmayan	364 (36.45)	313 (312.1)	51 (51.4)		

•Birden fazla yanıt vardır.

*P<0.05

***P<0.001

Tablo 9'a bakıldığında sigarayı bırakma konusunda insanları ikna etmek sağlık çalışanlarının görevidir ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=18.65$, $p<0.001$). Buna göre sigara kullananların bu maddeye daha az katıldıkları, sigara kullanmayanların bu maddeye daha fazla katıldıkları saptanmıştır.

Sağlık çalışanları sigara içmeyerek örnek olmalıdır ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=40.22$, $p<0.001$). Buna göre sigara kullananların bu görüşe daha az oranda katıldıkları, sigara kullanmayan ve bırakanların daha fazla katıldıkları görülmektedir.

Sağlık çalışanları sigarayı bırakma konusunda eğitimlere aktif katılmalı ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=9.52$, $p<0.05$). Buna göre sigara kullananların bu görüşe daha az katıldıkları, sigara kullanmayan ve bırakanların daha fazla oranda katıldıkları ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa denemelidir ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=12.31$, $p<0.05$). Buna göre sigara kullananların daha fazla bu maddeye katıldıkları, sigara kullanmayan ve bırakanların daha az katıldıkları görülmektedir.

Basın yayın organlarının uygun bir şekilde kullanılması ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.460$, $p>0.05$).

5.10. HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİNİN SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE İNCELENMESİ

Tablo 10: Hemşirelerin Sigara İçme Konusundaki Düşüncelerinin Dağılımı
(n=737)

Alt Boyutlar	Gruplar	N	Ortalama	S.Sapma	F	P
Güvenli –Tehlikeli	İçen	369	8.91	1.81	14.54	***
	İçmeyen	316	9.58	1.34		0.000
	Bırakan	52	9.03	2.05		
İsteğe bağlı- Kontrol edilemez	İçen	369	4.30	3.16	3.15	*
	İçmeyen	316	3.68	3.33		0.043
	Bırakan	52	4.23	3.17		
Kişisel karardır – Çevrenin etkisiyle oluşur	İçen	369	5.00	3.35	1.21	0.296
	İçmeyen	316	4.09	3.35		
	Bırakan	52	5.34	3.48		
Memnun edici değildir – Genelde memnun edicidir	İçen	369	4.46	3.09	27.17	***
	İçmeyen	316	2.84	2.77		0.000
	Bırakan	52	4.48	3.09		
Sorun çözmede yardımcıdır – Sorun çözmede yardımı yok	İçen	369	8.10	2.76	8.43	***
	İçmeyen	316	8.93	2.53		0.000
	Bırakan	52	8.25	3.04		
Kışkırtıcıdır – Rahatlatıcıdır	İçen	369	6.69	3.12	78.92	***
	İçmeyen	316	3.76	2.99		0.000
	Bırakan	52	5.59	2.80		
Beni daha az çekici – Daha çok çekici gösteriyor	İçen	369	2.85	2.29	1.43	0.238
	İçmeyen	316	2.55	2.43		
	Bırakan	52	2.84	2.19		
Zeki gösteriyor – Aptal gösteriyor	İçen	369	6.26	2.51	12.55	***
	İçmeyen	316	7.16	2.72		0.000
	Bırakan	52	7.51	2.37		
Başarının işaretidir – Başarısızlığın işaretidir	İçen	369	6.69	2.71	20.68	***
	İçmeyen	316	7.95	2.70		0.000
	Bırakan	52	8.03	2.32		

*P<0.05

***P<0.001

Tablo 10’da görüldüğü gibi hemşirelerin sigara içme konusundaki düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde Güvenli-Tehlikeli ($F=14.54$, $p<0.001$), İsteğe bağlı-Kontrol edilemez ($F:3.15$, $p<0.01$), Memnun edici değildir-Genelde memnun edicidir ($F:27.17$, $p<0.001$), Sorun çözmede yardımcıdır-Sorun çözmede yardımı yok ($F: 8.43$, $p<0.0001$), Kışkırtıcıdır-Rahatlatıcıdır ($F: 78.92$, $p<0.001$), Zeki gösteriyor- Aptal gösteriyor ($F: 12.55$, $p<0.001$), Başarının işaretidir-Başarısızlığın işaretidir ($F: 20.68$, $p<0.001$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kişisel karardır-Çevrenin etkisiyle oluşur ($F:1.21$, $p>0.05$), Beni daha az çekici gösteriyor-Beni daha çok çekici gösteriyor ($F: 1.43$, $p>0.05$) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır.

6. TARTIŞMA

Hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan araştırmamız, bulgularımıza paralel bölümler halinde tartışılmıştır.

6.1. ÇALIŞMAYA KATILAN HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Sosyodemografik özelliklerin dağılımının yer aldığı Tablo 1 incelendiğinde şu sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %31.3'lük (231 kişi) oranla 24-29 yaş çoğunluktadır. Bunu %28.5 (210 kişi) ile 18-23 yaş, %24.0 (177 kişi) ile 30-35 yaş grubu, %16.1 (119 kişi) ile 36 yaş ve üstü izlenmektedir (Tablo 1).

Öncel'in "İzmir metropolünde çalışan sağlık personelinin sigara konusundaki tutum ve davranışları" konulu araştırmasında ise 273 hemşire ve ebeden %23.80'inin 25 yaşından küçük, %56.05'inin 25-34 yaş grubunda olduğu görülmektedir(44).

İnanç ve arkadaşlarının "GATA'da çalışan doktor ve hemşirelerin sigara içme davranışlarına ilişkin özelliklerinin incelenmesi" konulu çalışmasında %41.2'lik (75 kişi) oranla 18-25 yaş çoğunluktadır. %2.2'lik (4 kişi) oranla 42-49 yaşta olanlar ise en düşük durumdadır(34).

Çalışmamız İnanç'ın ve Öncel'in çalışması ile gruplandırmada farklılıklar olmasına rağmen hemşirelerin yaş grupları arasında paralellik göstermektedir. Buna göre genç yaş grubu hemşireler çoğunluğu oluşturmaktadır.

Hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında en çok %48.2'sinin (355 kişi) önlisans mezunu, en az ise %30'unun (22 kişi) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Öncel'in çalışmasında ise %54.95'inin Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %6-23'ünün önlisans mezunu olduğu görülmektedir.(44)

Araştırmamızla Öncel'in yaptığı çalışma arasında eğitim durumu karşılaştırıldığında fark bulunmaktadır. Bunun sebebi olarak da; ülkemizde sağlık meslek lisele-
rinin kapanması, sağlık meslek lisesinden mezun olanların açıköğretim şeklinde
önlisans okumaları, birçok üniversiteye bağlı 2 yıllık örgün eğitimle önlisans program-
larının çoğunlukta olması düşünülmektedir.

Hemşirelerin medeni durumu incelendiğinde %49.8'inin (367 kişi) bekar, %47.8'inin (352 kişi) evli olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 1)

Çalışma şekli incelendiğinde hemşirelerin %37.5'si (276 kişi) vardiyalı çalışmaktadır (Tablo 1).

Öncel'in çalışmasında hemşirelerin %59.71'inin gündüz çalıştığı görülmektedir(44). Araştırmamızla diğer araştırmalar arasında çalışma zamanlarının farklı olduğu görülmektedir.

Çalışma yılına bakıldığında %42.6'sının (314 kişi) 0-5 yıldır çalıştığı, hemşirelerin genç bir grubu oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1).

Öncel'in araştırmasında ise %45.79'unun 6-15 yıldır çalıştığı, orta yaş hemşirelerin fazla olduğu bulunmuştur(44).

6.2. HEMŞİRELERDE VE AİLELERİNDE SİGARA İÇME DURUMLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Yapılan çalışmada 737 hemşireden %50.1'inin (369 kişi) sigara içtiği, %42.8'inin (316 kişi) sigara içmediği, %7.1'inin (52 kişi) sigarayı bıraktığı saptanmıştır (Tablo 2).

Hemşirelerde ortaya çıkan %50.1'lik sigara içme oranı ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bunlardan Sezer ve arkadaşlarının "Elazığ'da görev yapan hemşire ve ebelerde sigara kullanımı" konulu yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin %50.76'sının sigara içtiği saptanmıştır(49).

Yine Uysal'ın "Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastanelerinde çalışan hemşirelerde sigara içme durumu ve başlama nedenlerinin tespiti" konulu yaptığı araştırmada hemşirelerin %51.9'unun sigara içtiği bulunmuştur(54).

Öncel'in İzmir'de yaptığı çalışmada hemşirelerin %57.5'inin sigara içtiği saptanmıştır(44).

Dramalı ve arkadaşlarının "hastanelerdeki sağlık personelinin sigara kullanımı ve kullanım anındaki rolünün değerlendirilmesi" konulu yaptığı araştırmada hemşirelerin %47.62'sinin sigara içtiği, %46.98'inin sigara içmediği belirlenmiştir(23).

İnanç'ın GATA'da yaptığı çalışmada hemşirelerin %56.6'sı sigara içtiği ortaya çıkmıştır(34).

Gelişmiş ülkelerde sigara içme hızı, erkek nüfusunun üçte biri ile yarısı arasında değişmektedir. Bu ülkelerin çoğunda kadınların yaklaşık üçte biri (%20-60) sigara içmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek nüfusun %40-60'ı kadınlarda ise %2-10'u sigara içmektedir. Gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı azalırken Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sigara içme oranı artmaktadır(5,45).

Türkiye kişi başına düşen sigara tüketimi yönünden Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra 2. sırada yer almaktadır. Bunun yanında Türkiye'de erkekler, kadınlara göre daha çok sigara içmektedir. Ancak eğitim seviyesi ve ekonomik düzey yükseldikçe kadınlar arasında sigara içme oranı artmaktadır(8,42).

Buna göre yatığımız çalışma diğer araştırmalardaki sigara içme oranları ile benzerlik göstererek desteklenmektedir. Gelişmekte olan ülkeler arasında olan Türkiye'de sigara içme oranı çalışan ve eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelerde yüksek bulunmaktadır. Bu da sağlık personelinin sigara konusunda olumsuz davranışlara sahip olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin ailelerinde sigara içme durumu incelendiğinde %74.8'inin (551 kişi) ailesinin sigara içtiği ortaya çıkmıştır (Tablo 2).

Hemşirelerde ortaya çıkan bu sonuç ile İnanç'ın GATA'da yaptığı çalışma arasında benzerlik bulunmaktadır. Burada hemşirelerin ailelerinde sigara içme oranı %70.9 olarak ortaya çıkmaktadır(34).

Literatüre göre hemşirelerin ailelerinde sigara içme oranının önemli olduğu görülmektedir. Anne ve baba ile gençlerin çatışması içinde olduğu konulardan biri de

madde bağımlılığıdır. Madde bağımlılığı içinde yer alan sigara kullanımı da ailenin karşı çıktığı davranışlardan biridir. Ancak sigara içilmesine karşı olan anne ve babadan sigara bağımlısı varsa verilen mesajlar yerini bulmamaktadır. Kişilik yapısı, aile ilişkileri gibi faktörler yardımcı etken olabilir(32,43).

Baba, anne, kardeşlerin sigara içmesi, ailedeki diğer bireylerin onlara özentı duymasına neden olmaktadır. Ayrıca eşin sigara içmesi yine özentı duyulmasına ya da sigaranın etkilerinden sigara içerek kurtulabileceğini düşünmesine neden olmaktadır(32).

Bu doğrultuda hemşirelerin ailelerinde sigara içme oranının fazla olması hemşirelerde de sigara içme oranının artmasına etken olmaktadır. Bu çalışmada da hemşirelerde sigara kullanımı fazla olduğu gibi ailelerinde de sigara içme oranı fazla çıkmıştır. Ailenin durumu sigara içilmesini etkileyen faktörlerdendir diyebiliriz.

6.3. SİGARA KULLANMAYAN HEMŞİRELERİN SİGARAYI KULLANMAMA NEDENLERİ VE SİGARAYA KARŞI GENEL TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Sigarayı kullanmayan 316 hemşirede kullanmama nedeni olarak %48.3'ünün (303 kişi) sağlığını korumak olduğu ortaya çıkmıştır. Bunu %16.2'si (102 kişi) sigaranın zararları ile ilgili yayınları, %14.2'si ile (93 kişi) çocuklara örnek olmak izlemektedir (Tablo 3)

Sezer'in Elazığ'da yaptığı çalışmada sigara içmeme nedenlerinin sağlığı koruma (%78.38), öz disiplin (%49.39) ve çocuklara iyi örnek olmak (%46.39) olduğu görülmüştür(49).

Öncel'in İzmir'de yaptığı araştırmada ise hemşirelerin sigara içmeme nedenleri sağlığı koruma (%77.58), çocuklara iyi örnek olma (%43.10) öz disiplin (%40.52) olarak ortaya çıkmıştır(44).

Buna göre yaptığımız araştırma Sezer ve Öncel'in çalışması ile benzerlik göstermektedir. Sigara içmeme nedenlerinden sağlığı koruma en önemli faktör olarak saptanmaktadır. O halde sigara kullanmayan hemşireler sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünmekte ve çevresine örnek olmaya çalışmaktadır diyebiliriz.

Çalışmamızdaki hemşirelerin sigaraya karşı genel tutumlarına bakıldığında %32.6'sının (183 kişi) sigaraya ihtiyaç hissetmediği, %26.5'inin (149 kişi) sigara içmeyi sevmediği saptanmıştır (Tablo 3).

Uysal'ın Ankara'da yaptığı çalışmada, sigara içmeme nedenleri olarak sigaranın sağlığa zararlı olması, kokusunun ve tadının sevilmemesi bulunmuştur(54).

İnanç'ın GATA'da yaptığı çalışmada sigarayı sevmeme (%31.2); sağlığa zararlı oluşu (%28.6) ve ihtiyaç duymama (%24.7) sigaraya karşı genel tutum olarak belirlenmiştir(34).

Bu duruma göre çalışmamızdaki sigara kullanmayan hemşirelerin genel tutum ve davranışları ile bu çalışmalardaki sonuçlar ifade farklılığına rağmen benzerlik göstermektedir. Buradan sigara kullanmayan hemşirelerin sigaraya ihtiyaç duymadığı ve sevmedikleri görülmektedir.

6.4. SİGARA KULLANAN HEMŞİRELERİN SİGARA KULLANMAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Sigara kullanan hemşirelerin sigarayı kullanma yıllarına bakıldığında en fazla %38.17'sinin (140 kişi) 1-5 yıl arasında sigara kullandığı saptanmıştır. Bunu %31.7'si (117 kişi) ile 6-10 yıl izlemektedir (Tablo 4).

Dramalı'nın yaptığı çalışmada sigara içme yılı en fazla %72.00 (108 kişi) ile 1-10 yıl olarak belirlenmiştir(23).

Çalışmamız ile Dramalı'nın çalışması arasında benzerlik bulunmuştur. Buna göre çoğunluğun 1-10 yıl arasındaki sürede sigara kullandığı düşünüldüğünde henüz kısa süreli bir kullanımın olduğu görülmektedir. Bu da kadınlarda sigara içme oranının artmaya başladığını göstermektedir.

Sigara kullanan hemşirelerde sigara miktarı incelendiğinde %46.9'unun (173 kişi) günde 11-20 adet %45.2'sinin (167 kişi) günde 1-10 adet sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 4).

Yapılan diğer çalışmalarda Öncel hemşire-ebelerin %28.26'sının (45 kişi) günde 1-4 adet, %22.93'ünün (36 kişi) günde 5-10 adet sigara içtiğini belirlemiştir.(44)

Dramalı çalışmasında %66.99'unun (99) günde 1-10 adet, %29.33'ünün (44 kişi) günde 11-20 adet sigara içtiğini bulmuştur(23).

İnanç'ın çalışmasında ise %58.1'inin (62 kişi) günde 5-15 adet %24.8'inin (26 kişi) günde 5 ve daha az sigara içtiği gösterilmiştir(34).

Buna göre çalışmamız Dramalı ve İnanç'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ortalama günlük içilen sigara sayısı 5-20 arasında değişmektedir. Öncel'in çalışmasında ise günlük içilen sigara sayısı daha az bulunmuş olup çalışmamızla farklılık göstermektedir. Buradan da hemşirelerin günlük sigara içme adedinin fazla olduğu, çalışma saatleri, iş yükü, olumsuz olaylarla sık karşılaşma gibi durumların bununla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Buna göre hemşirelerde hem sigara içme oranı hem de sayısı oldukça yüksek bulunmuştur.

Sigaranın gün içinde ilk ne zaman içildiğine baktığımızda %62.3'ünün (230 kişi) kahvaltı sonrası olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Buna göre güne başlarken kahvaltı sonrası içilen sigara yemeklerden sonra nikotin ihtiyacını gidermek için içildiği düşünülmüştür. Kahvaltı öncesi içilen sigara ise iştahı azalttığı ve kötü tat bıraktığı bilinmektedir. Bu durum aynı zamanda ileri derecede tiryakiliği de düşündürmektedir.

Sigara içmeden geçirilebilen en uzun süre incelendiğinde %40.1'inin (148) 24 saat ve üzeri olduğu, daha sonrasında %36.9 ile (136 kişi) 1-6 saat olduğu bulunmuştur(Tablo 4).

Buna göre sigara içmeden uzun süre geçirebilenlerin sayısı fazladır ve bu durum sigarayı bırakmak istediklerinde onlar için avantajlı bir durum olabilir.

Günlük içilen en son sigaranın zamanına baktığımızda %75.9'unun (280 kişi) yatmadan yarım saat önce sigara içtiği ortaya çıkmıştır. Bu da ciddi bir şekilde sigara tiryakiliğinin olduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda evdeki diğer bireylerin rahatsız edilme oranının ne kadar ciddi boyutlarda olduğu görülmektedir(Tablo 4).

Sigaraya başlama nedenleri incelendiğinde %40.6 ile (150 kişi) özentisi ve hoşlanma ilk sırada yer almaktadır. Bunu %29.8 (110 kişi) ile çevresel etkiler izlemektedir(Tablo 4).

Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Uysal'ın araştırmasında sigaraya başlama nedeni olarak arkadaş etkisi yatılı okul stresi, işyeri sorunları, ailevi ve kişisel problemler, anne, baba ve büyüklere özenme bulunmuştur(54).

İnanç'ın çalışmasında ise neden olarak iş ve günlük yaşamla ilgili stresler ilk sırada yer almaktadır(34).

Bunun gibi birçok çalışmada neden olarak arkadaş ve özenme, ailesinden uzak olma, yalnızlık, sıkıntıyı gidermek nedeniyle hemşirelerin sigaraya başladıkları saptanmıştır(34,44,49,54).

Buradan kişinin çevresinin ve arkadaşlarının ne kadar önemli olduğu, özeninin en önemli neden olduğu ve diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Aynı zamanda hemşirelerin hem annelik hem eşlik, hem ev hanımlığı, hem de çalışan kadın olma rolleri nedeniyle streslerinin arttığı ve sigara içimini etkilediği görülmektedir.

Sigaraya devam etme nedenlerine bakıldığında alışkanlık %44.7 (165 kişi) ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu %25.5 (94 kişi) ile hoşlanma izlemektedir.(Tablo 4)

Sigaraya başlama nedenlerine paralel olarak kişiler alışkanlık nedeniyle sigaraya devam etmektedirler. Bu da sigaranın alışkanlık yapma özelliğinden kaynaklanmaktadır.

Çalışma ortamı sigara içmede etkili mi sorusuna %52.3'ü (153 kişi) evet, %27.5'i (100 kişi) bazen cevabı vermişlerdir. Bunun nedeni incelendiğinde çalışma koşulları %58.4 ile (171 kişi) ilk sırada yer almaktadır. Bunu çalışma arkadaşları %21.8 ile (64 kişi) izlemektedir(Tablo 4).

İnanç'ın çalışmasında iş ve günlük yaşamdaki stresler ile Uysal'ın başlama nedenlerindeki işyeri sorunları çalışma ortamının sigara içimini arttırdığı sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir(34,54).

Hemşirelerin sigara içme konusundaki düşünceleri incelendiğinde %54.4'ü (201 kişi) bırakmayı düşündüğünü söylemiştir(Tablo 4).

Yine İnanç'ın araştırmasında da %60.6'ı sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir(34).

Öncel'in çalışmasında ise hemşire-ebelerin %73.90'ının sigarayı bırakmayı düşündükleri görülmüştür(44).

Çalışmalarda birbirine yakın sonuçlar çıkmış olup benzerlik göstermektedir. Bu da sigarayı içenlerin aslında zararları hakkındaki düşüncelerini ve bırakmak istediklerini göstermektedir.

Sigarayı bırakma durumunda ise %52.8'i (193 kişi) sigarayı bırakmayı denemiştir.

Öncel'in çalışmasında %56.05'i sigarayı bırakmayı denemiş ancak tekrar başlamıştır(44).

İnanç'ın çalışmasında 44 hemşirenin sigarayı bırakmayı denediği ve 42'sinin tekrar başladığı belirlenmiştir(34).

Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin %60.75'i en az bir defa sigarayı bırakmayı denedikleri ortaya çıkmıştır(54).

Sigarayı bıraktıktan sonra neden tekrar başladıkları incelendiğinde %41'inin (80 kişi) alışkanlık ve %31.8'inin (62 kişi) yoğun stres nedeniyle olduğu bulunmuştur.(Tablo 4)

İnanç'ın çalışmasında neden olarak bir öfke anı kötü bir olay, arkadaş ısrarı gösterilmiştir(34).

Buna göre çalışmamız ile İnanç'ın çalışmasının benzer olan yanları olduğu gibi benzer olmayan yanları da vardır. Alışkanlık bizim çalışmamızda en önemli neden iken, İnanç'ın çalışmasında öfke, kötü bir olay ilk sırada yer almıştır. Bu da sigarayı bıraktıktan sonra tekrar başlamamak için önlemlerin alınması gerektiğini, çok çabuk tekrar sigaraya başlanabileceği düşünülmektedir. Uzun süre sigara kullananların sigarayı bırakmasının daha güç olacağı bu durumda nikotin bağımlılığından kaynaklandığı bilinmektedir.

Sigarayı bırakmadaki en iyi yöntem bakıldığında birden bire bırakmak %59.9 ile (221 kişi) birinci sırada yer almaktadır. Bunu %22.8 ile (84 kişi) yavaş yavaş bırakma izlemektedir.

Literatürde de birden bire bırakma %81.5 oranı ile en iyi yöntem olarak gösterilmektedir. %5.7 ile azaltarak bırakma ikinci sırada yer almaktadır. Çalışmamızdan çıkan sonuç ile literatür bilgisi paralellik göstermektedir. Hipnozla bırakma, düşük nikotinli sigara, özel sigara filtreleri, akupunktur ve psikolojik tedavi gibi diğer yöntemler tam olarak bilinmediği ve bu yöntemlerin kullanımı sırasında profesyonel yar-

dım gerektiği için çok kullanılmamaktadır. Ayrıca bu yöntemlerden bazılarının uygulanması için özel birimler ve maddi kaynaklara gereksinim vardır. Bu nedenle kullanımları daha az olabilmektedir.

6.5. SİGARAYI BIRAKAN HEMŞİRELERE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Sigarayı bırakan 52 hemşirenin sigarayı bırakma zamanına bakıldığında %48.1'inin (25 kişi) sigarayı 1-12 ay arasındaki zamanda bıraktığı görülmektedir.(Tablo 5)

Burada sigarayı, başladıktan kısa bir süre sonra bırakmanın vücuda verebileceği zararlarının az olacağı ve sigarayı bırakmanın daha kolay olabileceği düşünülmektedir.

Sigarayı bırakma nedenlerine bakıldığında sigara kullanmayanların kullanmama nedenlerine benzerlik göstermektedir. %25.0 (13 kişi) ile hastalığından dolayı ve %25.0 (13 kişi) ile çocuklara örnek olmak ilk sırada yer almaktadır.(Tablo 5)

Daha önce de sigara kullanmayan hemşirelerin nedenlerinde belirttiğimiz gibi, Sezer'in çalışmasında bırakma nedeni olarak da ilk sıraları %79.38 ile sağlığını korumak, %49.39 ile özdisiplin bulunmaktadır(49). Dramalı ve arkadaşlarının araştırmasında ise %25.8'nin gelecekteki sağlığını korumak, %11.37'sinin ise kendi istediği için sigarayı bıraktığı görülmektedir(23). Öncel'in çalışmasında ise sağlığı koruma (%77.58) ve çocuklara iyi örnek olma %43.10 bırakmaya neden olarak bulunmuştur(44).

Sezer, Dramalı ve Öncel'in çalışması ile yaptığımız çalışma benzerlik göstermektedir. Sigarayı bırakma nedeni olarak sağlığı korumak ve hastalıktan dolayı tekrar sağlığını kazanmak ilk sırada yer almaktadır.

Burada sigarayı bırakan hemşirelerin sağlıklarını kaybetmemek için hastalandığında, sağlığını tekrar kazanmak için sigarayı bıraktığı görülmektedir.

Sigarayı bırakma yöntemine bakıldığında sigara içen hemşirelerin yanıtları ile aynı bulunmuştur. %65.4 (34 kişi) oranla birden bire bırakma ile hemşireler sigara içmeyi bırakmışlardır.(Tablo 5)

Literatürde de belirtilen sigarayı bırakma yöntemlerinden birden bırakma en çok kullanılan ve etkin olan yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır(35,36).

Sigarayı bırakan hemşirelerin tekrar sigara içmeyi düşünme durumlarına bakıldığında %46.1'inin(24) bazen düşündüğü ortaya çıkmaktadır. Bunun sebebi olarak da neden belirtilmemekte, ikinci olarak da %21.2 ile (11 kişi) stres yer almaktadır.(Tablo 5)

Buna göre sigarayı bırakan kişiler ilk dönemlerdeki yoksunluk belirtileri ile uygun şekilde baş etmişlerdir. Bazı zamanlarda günlük olayların ve çalışma ortamının verdiği stres durumlarından kaçmak için sigara içmeyi düşündükleri görülmektedir.

6.6. HEMŞİRELERİN SİGARAYA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Çalışmamıza katılan 737 hemşirenin sigarayla savaş için yapılması gereken kanun ve düzenlemelerden en fazla %25.1'si (618 kişi) toplumsal yerlerde sigara yasaklanmalı ile %23.9'unun (690 kişi) çocuklara sigara satılması yasaklanmalı konularına katıldığı ortaya çıkmıştır.(Tablo 6)

Sezer'in Elazığ'da yaptığı çalışmada ise %92.4 oranında toplumsal yerlerde sigara içilmesi yasaklanmalı görüşü ilk sırada yer almaktadır(49).

Buna göre araştırmamız, Sezer'in araştırması ile benzerlik göstermektedir.

Bir başka araştırmada ise PIAR 1988 yılında Türkiye genelini temsil edecek bir örneklem üzerinde yaptığı kamuoyu araştırmasında "Kapalı yerlerde sigaranın yasaklanması" önerisinin %51.6 oranında kabul gördüğü bildirilmiştir(5).

Bu kamuoyu araştırmasındaki oranın sağlık personelinde çıkan orandan az olduğu görülmektedir. bu da sağlık personelinin sigaranın zararlarını daha iyi bilmesinden kaynaklanmıştır denilebilir.

Ayrıca günümüzde toplu bulunan yerlerde sigara içimi ve 18 yaşından küçüklere sigara satışı da yasaklanmış(7,10).

Sağlık çalışanlarının sigarayla ilgili tutum ve davranışlarda %30.1'inin (451 kişi) "sağlık çalışanlarının iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermelidir" ifadesi ilk sırada gelmektedir. Bunu %28.3 ile (416 kişi) "sağlık çalışanları sigarayı bırakma ile ilgili sağlık eğitimi programlarına aktif katılmalıdır" izlemektedir.(Tablo 6)

Sezer'in çalışmasında ise hemşirelerin %84.84'ünün "sigarayı bırakma ile ilgili sağlık eğitimi programlarına aktif olarak katılmalıdır" görüşünde olduğu, ikinci sırada ise %79.17'sinin sağlık çalışanları sigara içmeyerek iyi bir örnek olmalıdır yer almaktadır(49).

Buna göre araştırmamız ile Sezer'in araştırmasından çıkan sonuç paralellik göstermektedir. Sağlık eğitimi ve hizmetiçi eğitim programlarında sigarayı bırakma konusunda geliştirilecek tutum ve davranışların sağlık personeli tarafından verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

6.7. HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME DAVRANIŞININ SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERE GÖRE DURUMUNUN İNCELENMESİ

Yaş ile sigara içme davranışı değerlendirildiğinde sigara içenlerin 30-35 yaş ve sonrasındaki grupta sigara içmeyenlerin 18-23 yaş grubunda olduğu, bırakanların ise 24-29 yaş ve sonrasında olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2= 12.78$, $p<0.05$) (Tablo 7).

Öncel'in araştırmasında hemşire ve ebelerin en fazla 25-34 yaş (%70.59) grubunda sigara içtiği, en düşük ise 25 yaş ve altı (%35.39) grupta sigara içtiği belirlenmiştir(44).

İnanç'ın çalışmasında ise en çok 26-33 yaş grubunda sigara içildiği görülmektedir(34).

Dramalı ve arkadaşlarının çalışmasında ise en fazla 35-44 yaş (%55.81) grubunda sigara içildiği ortaya çıkmaktadır(34).

Elde edilen bulgular Dramalı ve İnanç'ın çalışmaları ile benzerlik göstermekte, Öncel'in çalışması ile farklılık göstermektedir.

Buna göre hemşirelerin mesleki yaşantılarına başladığı yıllarda sigara içme oranının düşük olduğu bunun daha sonraki yıllarda arttığı görülmektedir. O halde sigara içmeyi etkileyen faktörlerden birinin yaş olduğu ortaya çıkmaktadır.

Eğitim durumu ve sigara içme davranışı incelendiğinde Sağlık Meslek Lisesi ve önlisans mezunu hemşirelerin en fazla sigarayı içtikleri, sigara içmeyenlerin lisans

mezunu hemşirelerde fazla olduğu, sigarayı bırakanların ise önlisans mezunu hemşirelerde fazla olduğu saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2= 13.03$ $p<0.05$) (Tablo 7).

Öncel'in araştırmasında sigara içenlerin %64.71'inin önlisans, mezunu ikinci olarak da %60.66'sının Sağlık Meslek Lisesi mezun olduğu bulunmuştur(44).

Dramalı ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara içenlerin %56-70'inin hemşirelik yüksek okulu mezunu olduğu bunu %44.83 ile sağlık meslek lisesi mezunlarının izlediği görülmektedir(23).

Çalışmamız Öncel'in çalışması ile benzerlik göstermektedir. Sağlık Meslek Lisesi ve önlisans mezunlarının okul hayatından dolayı ve küçük yaşta aileden uzak kalma nedeniyle oranı fazla olduğu düşünülmektedir.

Dramalı ve arkadaşlarının çalışması ile çalışmamız farklılık göstermektedir. Ancak bu çalışma 1990 yılında yapılmıştır. Sonuçlar arasındaki fark hemşirelik yüksek okullarından mezunların sigara içme oranında azalma olduğunu göstermektedir. Lisans eğitiminde sigaranın daha fazla yer alması ve sağlık eğitiminde daha fazla yer almaya başlamalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Medeni durum ile sigara içme davranışı değerlendirildiğinde sigara içenlerin çoğunun bekar ve dul oldukları, içmeyenlerin evli olduğu, bırakanların ise yine evli gruptan olduğu görülmüş ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2= 5.28$, $p>0.05$) (Tablo 7).

Araştırmamızdaki sonuç istatistiksel olarak anlamsız çıksa da evliliğin sigara içmede etkili olduğu düşünülebilir. Bunun nedeninin aile içinde bulunan diğer bireylere zarar vermemek olduğu söylenebilir.

Çalıştığı kurum ve sigara içme durumu incelendiğinde sigara içenlerin SSK ve özel hastanelerde fazla olduğu, kullanmayanların üniversite hastanesinde bırakanların ise devlet hastanesinde fazla olduğu saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=9.13$, $p>0.05$) (Tablo 7)

Çalıştığı bölüm ve sigara içme durumu değerlendirildiğinde sigara içenlerin yoğun bakım, ameliyathane ve acilde, içmeyenlerin servis ve hemodiyalizde olduğu, bırakanların ise yoğun bakım ve poliklinikte fazla olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=12.66$ $p>0.05$) (Tablo 7).

Dramalı ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içenlerin %61-67'sinin yoğun bakım, %50.0'inin ameliyathanede çalıştıkları belirlenmiştir(23).

İnanç'ın çalışmasında ise dahiliye ve cerrahi kliniklerde sigara içme oranının fazla olduğu bulunmuştur(34).

Araştırmamızdan çıkan sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna rağmen diğer çalışmalarla benzerlik göstererek yoğun çalışılan bölümlerde oranın fazla olduğu görülmektedir. Bu bölümlerde çalışan hemşirelerin diğerlerine oranla daha fazla stresle karşı karşıya kalmaları, ölümlerin daha fazla olduğu bölümler olmaları ve yoğun çalışma gerektirdiği için oranın fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışma şekli ve sigara içme durumu değerlendirildiğinde sigara içenlerin gündüz çalışılan ve nöbet tutanlarda, içmeyenlerin vardiyalı çalışanlarda, bırakanların ise nöbet tutan ve sadece gece çalışanlarda olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=6.22$, $p>0.05$)(Tablo 7).

Uysal'ın çalışmasında gündüz çalışanların gece çalışanlardan daha fazla sigara içtiği bulunmuştur(54).

Araştırmamızın sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak Uysal'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Gündüz çalışanlarda sigara içme oranının yüksek olmasının gündüz çalışanların sayısının diğer zamanlarda fazla olması ve sigara içmeye daha fazla zaman ayırabilmesi olarak düşünülmüştür.

Çalışma yılı ve sigara içme durumu incelendiğinde sigara içenlerin 11-15 yıl ve üzerinde çalışanlarda, içmeyenlerin 0-5 yıl arasında çalışanlarda, bırakanların ise 6-10 yıl arasında çalıştığı saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=8.42$, $p>0.05$)(Tablo 7).

Öncel'in çalışmasında sigara içenlerin %64.62'sinin 6-10 yıl arasında çalıştığı görülmektedir(44). İnanç'ın çalışmasında ise, yine 6-10 yıl çalışanlarda sigara içme oranı yüksek oranda bulunmuştur(34). Dramalı ve arkadaşlarının çalışmasında ise 15-20 yıl çalışanlarda (%51.61) sigara içme oranının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır(23).

Araştırmamız ile diğer araştırmalar arasında benzerlikler bulunmaktadır. İlk yıllarda sigara içme oranı daha az iken, 10 yıl ve üzerinde çalışanlarda, sigara içmenin fazla olduğu ve giderek arttığı görülmektedir. Çalışmamızdaki sonuçta ise ilerleyen yıl-

lardaki artışın göstergesi olmuştur. Bununda çalışma koşulları nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

6.8. HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME DURUMUNUN SİGARAYLA MÜCADELEDE KULLANILACAK KANUNİ DÜZENLEMELERE GÖRE BELİRLENMESİ

Kanuni düzenlemelerden “sağlığa zararlıdır uyarısı” olmalı sigara içenler tarafından daha az kabul edilir iken, içmeyenlerde ve bırakanlarda daha fazla kabul görmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11.23$, $p<0.01$) (Tablo 8).

Sezer’in çalışmasında ise yine aynı sonuçlar bulunmuş araştırmamız ile benzerlik görülmüştür(49). Buna göre kullananların bu uyarıyı kabul etmemesi doğaldır ve sağlığa zararlı olduğunu bildikleri halde içtiklerinden daha az kabul ettikleri görülmüştür.

“Sigara reklamlarına yasak konması” sigara içenler tarafından daha az kabul edilir iken içmeyenler ve bırakanlarda ise yine daha fazla kabul etmektedirler. Aralarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=18.00$, $p<0.001$) (Tablo 8).

Sezer’in araştırmasında ise sigara içmeyenler tarafından bu görüş kabul edilmez iken sigara içenler bu görüşe katılmaktadırlar(49). Buna göre sigara kullananların reklamların yasaklanmasını istememeleri doğaldır. Ancak günümüzde sigara reklamı çok azalmıştır ve denetim altındadır.

“Kapalı ve kalabalık yerlerde sigaranın yasaklanması” sigara içenler tarafından daha az kabul edilir iken, sigara içmeyenler ve bırakanlar daha fazla kabul etmektedirler. Bu durumda aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=24.08$, $p<0.001$) (Tablo 8).

Sezer’in araştırmasında sigara içmeyenler tarafından katılma oranı düşükken içmeyenlerin ve bırakanların katılma oranı daha yüksektir(49). Buna göre kalabalık ve kapalı yerlerde sigara içmenin zararlı olduğunu ve orada bulunanlara da zararı bulunduğunu düşünecek olursak bu görüşün önemi ortaya çıkmaktadır ve sigara içenlerin bunu önemsemediği düşünülmektedir.

“Tütün mamüllerinin fiyatlarının artırılması” sigara içenler tarafından daha az kabul edilir iken sigara içmeyenler ve bırakanlar tarafından daha fazla kabul edilmekte ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=18.40$, $p<0.001$) (Tablo 8).

Sezer’in çalışmasında da çalışmamız ile aynı sonuçlar bulunmuştur. Ancak Sezer’in çalışmasında en az destek gören öneri olmuştur(49). Buradan tütün mamüllerinin fiyatının artırılması alım gücü az olan kişiler için sıkıntı yaratarak belki de sigara içmeme ve bırakma konusunda bir fırsat yaratacağı diyebiliriz.

“Çocuklara sigara satılmaması” sigara içenler tarafından daha az kabul edilir iken, içmeyenler ve bırakanlar tarafından daha fazla kabul edilmesine rağmen aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.79$, $p>0.05$) (Tablo 8). Buna göre tüm hemşireler bu öneriye daha fazla oranda katılmaktadır diyebiliriz.

Sezer’in çalışmasında ise bu görüş çok oranda destek almıştır. Bizim çalışmamız ile farklılık göstermemektedir(49). Günümüzde 18 yaşından küçüklere sigara satışı yasak olmasına rağmen uygulamayanlar bulunmaktadır. Bu yasaklamalara uymayanların denetim altına alınarak uygun cezaların verilmesi, toplumun bu konuda daha duyarlı olması ve şikayetlerin yapılabileceği makamların bilinmesi önemlidir.

“Hastanelerde sadece özel alanlarda sigara içilmesine” sigara içenler daha az katılmakta, içmeyenler ve bırakanlar daha fazla bu görüşe katılmaktadırlar. Buna rağmen aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=3.61$, $p>0.05$) (Tablo 8).

Sezer’in çalışmasında ise bu görüş daha fazla destek bulmuştur(49). Hastanelerde özel sigara içmek için alanların ayarlanması çalışanların bu ihtiyaçlarını gidermek, içmeyenlerin ise olumsuz yönde etkilenmelerini önlemek açısından önemlidir. Hastanelerde sigara içme alanlarının belirlenmesi ve uygun zamanlarda sigara içilmesine izin verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

“Basın yayında sigaranın zararları hakkında duyurular yapılması” sigara içenler tarafından daha az kabul edilmekte, içmeyenler ve bırakanlar tarafından daha fazla kabul edilmektedir. Buna karşın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2=0.65$, $p>0.05$) (Tablo 8).

Sezer'in çalışmasında bu öneri yer almamaktadır(49). Ancak basın yayın yoluyla sigaranın zararları anlatılacak olursa görsel ve işitsel olarak yayınlar yararlı olacaktır. Buna göre basın yayın istenilen doğrultuda etkin kullanılmadığı için içmeyenler ve bırakanlar tarafından destek görmemiş ve istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

6.9. HEMŞİRELERİN SİGARAYA KARŞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE BELİRLENMESİ

Sigarayla ilgili tutum ve davranışlardan “sigarayı bırakma konusunda ikna etmek sağlık çalışanlarının görevidir” görüşüne sigara içenler daha az katılırken, içmeyenler ve bırakanlar daha fazla katılmaktadır. Bu değerlendirmeye göre aralarında istatistiksel olarak ilişki bulunmuştur ($\chi^2=18.65$, $p<0.001$) (Tablo 9).

Sigaranın sağlığa zararlarını bilen hemşirelerin diğerlerine örnek olmaları ve bu durumları anlatmaları gerektiği görüşü beklendiği gibi sigara kullanmayanlar tarafından desteklenmiştir. Sigara kullanmayanların ise bu durumun önemli olmadığını düşündüğü görülmüştür.

“Sağlık çalışanları, sigara içmeyerek örnek olmalıdır” görüşüne içenler daha az katılırken, içmeyen ve bırakanlar bu görüşe daha fazla katılmaktadırlar. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=40.22$, $p<0.001$) (Tablo 9).

Sigara içen sağlık personelinin diğer kişilere örnek olmaya çalışması uygun olmamaktadır. Bu nedenle hiç olmazsa hastaların yanında sigara kullanmamasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

“Sağlık çalışanları sigarayı bırakma konusunda eğitimlere aktif katılmalıdır” görüşüne sigara içenler daha az katılmakta, sigara içmeyenler ve bırakanlarda ise bu görüşe daha fazla katılmaktadırlar. Aralarındaki ilişki anlamlı bulunmaktadır ($\chi^2=9.52$, $p<0.05$).(Tablo 9).

Eğitim sigaranın zararlarının vurgulanması ve bırakma konusunda bilgi edinmesinde yardımcı olacağından bu görüşün önemliliği ortaya çıkmaktadır ve kabul görmektedir diyebiliriz.

“Sağlık çalışanları iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermelidir” görüşüne sigara içenler daha fazla katılmakta, içmeyenler ve bırakanlar daha az katılma-

maktadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır. ($\chi^2=12.31$, $p<0.05$). (Tablo 9).

Buna göre sigara içmeyen ve bırakanlar bunun kişisel karar olduğunu düşünmektedirler. “Bütün sigara bırakma yöntemleri kişilere öğretilmeli ve kendine uygun olanı seçerek uygulayabilmelerine yardımcı olmalıdır” görüşü sigara içenlerde kabul görürken, sigara kullanan kişilerin sigara bırakma yöntemleri konusunda bilgi sunması diğerleri tarafından uygun bulunmadığı görülmektedir.

“Basın yayın organları uygun bir şekilde kullanılmalı” görüşüne sigara içenler daha fazla katılmakta, içmeyenler ve bırakanlar ise daha az katılmaktadırlar. Buna rağmen aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.460$, $p>0.005$). (Tablo 9).

Basın yayın organları sigaranın zararları ve bırakma yöntemlerini hem görsel hem de işitsel olarak anlatacağı için uygun kullanılmalıdır görüşü diğer yöntemlere göre tüm hemşireler tarafından daha az kabul görmektedir.

6.10. HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİNİN SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE İNCELENMESİ

Hemşirelerin sigara içme konusundaki düşünceleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde şu sonuçlar görülmektedir.

“Güvenli-Tehlikeli” alt boyutu sigara içenlerde (8.91 ± 1.81), içmeyenlere (9.58 ± 1.34) ve bırakanlara (9.03 ± 2.05) göre daha az tehlikeli olarak değerlendirilmiş olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bu da sigaranın içmeyenler tarafından tehlikeli görüldüğünü göstermektedir. ($F=14.54$, $P<0.001$). (Tablo 10).

“İsteğe bağlı-Kontrol edilemez” alt boyutu sigara içenlerde (4.30 ± 3.16) içmeyenlere (3.68 ± 3.33) ve bırakanlara (4.23 ± 3.17) göre daha fazla kontrol edilemez değerine yakın bulunmuş olup aralarındaki ilişki anlamlıdır. Buna göre sigara kullananların bu davranışı kontrol edemedikleri sonucu ortaya çıkmaktadır. ($F=3.15$, $P<0.05$). (Tablo 10).

“Kişisel karardır - Çevrenin etkisiyle oluşur” alt boyutunda, sigara içenlerde (5.00 ± 3.35), içmeyenlere (4.69 ± 3.35) ve bırakanlara (5.34 ± 3.48) göre çevrenin etkisiyle sigara içmenin olduğu belirlenmiştir. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna rağmen sigara içenlerin sebep olarak daha fazla çevreyi gördüğü, kişisel kararın ikinci planda kaldığı sonucu düşünülmektedir. ($F=1.21$, $P>0.05$). (Tablo 10).

“Memnun edici değildir - Genelde memnun edicidir” alt boyutu sigara içenler (4.46 ± 3.09) tarafından daha fazla memnun edici olarak kabul edilirken, sigarayı bırakanlarda (4.48 ± 3.09) ve sigara içmeyenlerde (2.84 ± 2.77) daha az memnun edici olduğu bulunmuştur. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup bu da sigara kullananların bu durumdan rahatsızlık duymadığını düşündürmektedir. ($F=27.17$, $P<0.001$). (Tablo 10).

“Sorun çözmede yardımcıdır - Sorun çözmede yardımı yok” alt boyutu sigara içenlerde (8.10 ± 2.76) daha fazla, içmeyenlerde (8.93 ± 2.53) ve bırakanlarda (8.25 ± 3.04) daha az sorun çözmede yardımcı olduğu şeklinde değerlendirilmiş olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Sorunlar karşısında sigara içmenin arttığı, sigaranın sorunlara çözüm olarak görüldüğü düşünülmektedir. ($F=8.43$, $P<0.001$). (Tablo 10).

“Kışkırtıcıdır - Rahatlatıcıdır” alt boyutu sigara içenlerde (6.69 ± 3.12) daha fazla, sigara içmeyenlerde (3.76 ± 2.99) ve bırakanlarda (5.59 ± 2.80) daha az rahatlatıcı olduğu belirtilmiştir. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu da sigaranın içenleri rahatlattığı, gevşettiği şeklinde yorumlanmaktadır. ($F=78.92$, $P<0.001$). (Tablo 10).

“Beni daha az çekici gösteriyor - Beni daha çok çekici gösteriyor” alt boyutu sigara içenlerde (2.85 ± 2.29) daha fazla bırakanlarda (2.84 ± 2.19) ve içmeyenlerde daha az (2.55 ± 2.43) çekici gösterdiği ortaya çıkmıştır. Aralarındaki ilişki anlamlı bulunmasa da sigara içimi bayanları çekici gösteren bir madde olarak görülmekte ve buna bağlı olarak kullanımı artmaktadır şeklinde yorumlanmaktadır. ($F=1.43$, $P>0.05$). (Tablo 10).

“Zeki gösteriyor - Aptal gösteriyor” alt boyutu sigara içenlerde (6.29 ± 2.51) daha az içmeyenlerde (7.16 ± 2.72) ve bırakanlarda (7.1 ± 2.37) daha fazla aptal görüldüğü

düşüncesi bulunmaktadır. Aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bu da sigara kullanan kişinin kendine bakış açısını göstermektedir($F=12.55$, $P<0.001$)(Tablo 10).

“Başarının işaretidir - Başarısızlığın işaretidir” alt boyutu sigara içenlerde (6.69 ± 2.71) daha az, içmeyenlerde (7.95 ± 2.70) ve bırakanlarda (8.03 ± 2.32) daha fazla başarının işareti olarak belirtilmiştir. Aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ama yine de kişi sigara içerek başarılı bir kişi olabileceğini düşünmektedir şeklinde değerlendirilmektedir.($F=20.68$, $P<0.001$).(Tablo 10).

Yukarıdaki tutum ve davranışların; sigara içenler tarafından daha az tehlikeli, kontrol edilemeyen , çevrenin etkisiyle daha fazla oluşan, memnun edici, sorun çözmede yardımcı, rahatlatıcı, güven artırıcı ve başarının işareti olarak düşünüldüğü bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin çalışma hayatında kendilerini ifade etmenin bir yolu olarak düşünülebilir.



7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. SONUÇ

Hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörleri incelemek üzere yaptığımız bu çalışmada;

⇒ Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; daha yüksek oranda 24-29 yaş arasında, önlisans ve Sağlık Meslek Lisesi mezunu, bekar, sayı itibarıyla üniversite hastanesinde, servislerde, klinik hemşiresi olarak, vardiyalı ve 0-5 yıl içinde çalışan gruptan oluştuğu görülmüştür.

⇒ Hemşirelerde sigara içme prevalansının %50.1 olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin ailelerinde (%74.8) yüksek oranda sigara kullanıldığı görülmüştür. Buradan da aile ve çevrenin sigara kullanmayı etkileyen faktörlerden olduğu ortaya çıkmıştır.

⇒ Sigara kullanmayan hemşirelerin; sağlığını korumak, sigara ile ilgili yayınlar ve çocuklara örnek olmak nedeniyle sigara kullanmadıkları görülmüştür. Genel tutum ve davranış olarak ihtiyaç hissetmemenin en önemli tutum olduğu saptanmıştır.

⇒ Sigara kullanan hemşirelerde; sigara kullanma süresinin en fazla 1-5 yıl olduğu ve günde 11-20 adet sigara içtikleri, sabah kahvaltıdan sonra sigara içmeye başladıkları ve en son sigarayı yatmadan önce içtikleri belirlenmiştir.

Sigaraya başlama nedenleri arasında özenti-hoşlanma ve çevresel etkilerin önemli olduğu ve başladıktan sonrada alışkanlık nedeniyle devam edildiği saptanmıştır.

Hemşirelerin birçoğunun gelecekte sigarayı bırakmayı düşündüğü ve daha önce bırakmayı denediği bulunmuştur. Bıraktıktan sonra alışkanlık nedeniyle tekrar başladıkları ve en iyi bırakma yönteminin “birden bırakma” olduğu saptanmıştır.

⇒ Sigarayı bırakan hemşirelerin; 1-12 ay arasındaki zaman içinde hastalığından dolayı ve çocuklara örnek olma nedeniyle, “birden bire” sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Bıraktıktan sonra bazen sigara içmeyi tekrar düşündükleri bunun nedeninin de stres olduğu ortaya çıkmıştır.

⇒Sigarayla savaş için yapılması gereken kanuni düzenlemelerden en çok çocuklara sigara satılmasının yasaklanması, en az ise sigara üretiminin kısıtlanması ya da yapılmaması destek görmüştür.

Sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarından sağlık çalışanlarının iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermelidir görüşü önemli bulunmuştur.

⇒Sigara kullanma durumu ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında sigara içenlerin en fazla 30-35 yaş grubu, Sağlık Meslek Lisesi mezunu, bekar, SSK hastanesinde çalışan, yoğun bakım, ameliyathane ve acil ünitelerinde görevli, nöbet usulü ve 16 yıl ve üzeri süredir çalışanlarda olduğu ortaya çıkmıştır.

⇒Sigara içme durumu ile kanuni düzenlemeler karşılaştırıldığında sigara içenlerin kanuni düzenlemelerden en çok sigara reklamlarına yasak konması, kapalı ve kalabalık yerlerde sigara içilmemesi ve tütün mamüllerinin fiyatlarının artırılması destek görmüştür.

⇒Sigara içme durumu ile genel tutum ve davranışlar karşılaştırıldığında sigara içenlerin tutum ve davranışlarında sigarayı bırakma konusunda ikna etmek sağlık çalışanlarının görevidir ile sağlık çalışanları sigara içmeyerek örnek olmalıdır görüşlerinin yaygın olduğu görülmüştür.

⇒Sigara içme durumu ile sigara içme konusundaki düşüncelerin incelenmesinde sigara içenlerin sigara içmeyi daha az tehlikeli, daha az kontrol edilebilir, genelde memnun edici, sorun çözmede yardımcı, rahatlatıcı, kendilerini daha çekici ve aynı zamanda daha zeki gösteren ve başarının işareti bir durum olarak gördükleri ortaya çıkarılmıştır.

Sigara içmeyi etkileyen faktörlerin; aile, çevre, çalışma koşulları olduğu ortaya çıkmıştır.

7.2. ÖNERİLER

- ✓ Hastalarla beraber iken sağlık çalışanlarının sigara kullanmasının önlenmesi,
- ✓ Hemşirelerin sosyal aktivitelere katılmaları konusunda desteklenmesi,
- ✓ Hemşirelere stres, sıkıntı gibi durumlarla başetme yöntemlerinin öğretilmesi ve sigara kullanan hemşirelere profesyonel desteğin sağlanması,
- ✓ Sigara ile ilgili sağlık eğitimleri ve hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi,
- ✓ Hastanelerde sigara içiminin yasaklanması,
- ✓ Çalışanlara sigara içebilmeleri için uygun bir mekan verilmesi,
- ✓ Sigaranın zararları ile ilgili afiş, broşür vs. herkes tarafından görülebilecek yerlere asılması,
- ✓ Sigara bırakma polikliniklerin her hastanede kurularak çalışmalarının yaygınlaştırılması,
- ✓ Hemşirelere uygun çalışma koşullarının oluşturulması; nöbetlerinin uygun şekilde ayarlanması, kreş ve sosyal tesis olanaklarının sağlanmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

8. EK

Değerli meslektaşım;

Bu anket İstanbul ilindeki hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorular sigara içen, içmeyen ve bırakan kişilere yöneliktir. 34 soruyu içeren anket; çoktan seçmeli, açık uçlu ve 10 maddelik bir değerlendirme formundan oluşmaktadır. Ankette bulunan koyu renkli ifadeleri dikkatlice okuyunuz. Size uygun olan yanıtı seçeneklerin başında bulunan parantez içine (X) işareti koyarak belirtiniz. Seçeneği olmayan açık uçlu sorularda " " bulunan yerleri kendiniz yazarak doldurunuz.

Ankete katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Özlem ALTINBAŞ

ANKET FORMU

KOLON NO	DEĞİŞKEN	SORULAR
1-3	-	Anket No:.....
3-4	X	1. Yaşınız:
5	X	2. Eğitim durumunuz ()1. Sağlık meslek lisesi ()2. Ön lisans ()3. Lisans ()4. Yüksek lisans ()5. Doktora
6	X	3. Medeni durumunuz ()1. Evli ()2. Bekar ()3. Dul
7	X	4. Çalıştığınız kurum ()1. Üniversite hastanesi ()2. Devlet hastanesi ()3. S.S.K Hastanesi ()4. Özel hastane
8	X	5. Çalıştığınız bölüm ()1. Yoğun bakım ()2. Ameliyathane ()3. Servis ()4. Poliklinik ()5. Acil ()6. Hemodiyaliz ()7. Diğer.....
9	X	6. Göreviniz ()1. Klinik hemşiresi ()2. Poliklinik hemşiresi ()3. Yönetici / sorumlu hemşire ()4. Eğitim hemşiresi
10	X	7. Çalışma şekliniz ()1. Sadece gündüz ()2. Vardiya ()3. Nöbet ()4. Sadece gece
11-12	X	8. Çalışma yılınız.....
13	X	9. Sigara içiyor musunuz ? ()1. Evet ()2. Hayır ()3. Bıraktım
14	X	10. Ailenizde sigara içen var mı? ()1. Evet ()2. Hayır
15	X	11. Yanıtınız evet ise kim/ kimler sigara içiyor? ()1. Anne ()2. Baba ()3. Kardeş ()4. Diğer.....

KOLON NO	DEĞİŞKEN	SORULAR
16 - 25	X - X 12 21	Eğer sigara kullanmıyorsanız 12 – 13 ve 32 – 34. soruları yanıtlayınız. 12. Sigara içmeme nedeniniz / nedenleriniz <u>nelerdir?</u> (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) () 1. Sağlığımı korumak () 2. Çevre baskısından () 3. Parasal tasarruf () 4. Sigaranın zararları ile ilgili yayınlar () 5. Çocuklara örnek olmak () 6. Hastalara örnek olmak () 7. Hastalığımın dolayısı () 8. Dinsel nedenlerden dolayı () 9. Diğer.....
26 – 30	X - X 22 26	13. Sigaraya karşı genel tutumunuz nedir? () 1. Sigara içmeyi sevmiyorum () 2. Sağlığa zararlıdır () 3. İhtiyaç hissetmiyorum () 4. Çevremdekilere zarar vermek istemiyorum () 5. Diğer.....
31 - 32	X 27	Eğer sigara kullanıyorsanız 14 – 27 ve 32 – 34. soruları yanıtlayınız. 14. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?
33 - 34	X 28	15. Günde kaç adet sigara kullanıyorsunuz?
35	X 29	16. Sabah uyandıktan kaç dakika sonra sigara içersiniz? () 1. Kahvaltı öncesi () 2. Kahvaltı sonrası () 3. Öğleden sonraya kadar olan zaman
36	X 30	17. Sigaraya başlama nedeniniz / nedenleriniz?
37	X 31	18. Sigaraya devam etme nedeniniz/ nedenleriniz?
38	X 32	19. Çalışma ortamı sigara içmenizden artışa neden oluyor mu? () 1. Evet () 2. Hayır () 3. Bazen

KOLON NO	DEĞİŞKEN	SORULAR
39	X 33	20. Yanıtınız evet ise; çalışma ortamının hangi yönü sizce <u>en önemli</u> nedeni oluşturuyor? ☐ 1. Çalışma arkadaşları ☐ 2. Fizik ortam ☐ 3. İş seyerek yapmama ☐ 4. Çalışma koşulları ☐ 5. Diğer.....
40	X 34	21. Sigara içmeden geçirebildiğiniz en uzun süre ne kadardır?
41	X 35	22. Günlük en-son sigaranızı ne zaman içersiniz?
42	X 36	23. Gelecekteki sigara içme alışkanlığınız hakkında ne düşünüyorsunuz? ☐ 1. Hergün içeceğimi düşünüyorum ☐ 2. Bırakmayı düşünüyorum ☐ 3. Azaltmayı düşünüyorum ☐ 4. Şu an olduğu gibi devam edeceğimi düşünüyorum ☐ 5. Diğer.....
43	X 37	24. Sigarayı bırakmayı denediniz mi? ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır
44	X 38	25. Yanıtınız evet ise; <u>neden</u> tekrar başladınız?
45	X 39	26. Sizce sigarayı bırakmada en iyi yöntem nedir? ☐ 1. Birden bırakmak ☐ 2. Yavaş yavaş bırakmak ☐ 3. Gıda maddelerine yönelerek bırakmak ☐ 4. Psikoterapi ☐ 5. Akupunktur ☐ 6. Nikotin bantları ☐ 7. Diğer.....
		Eğer sigarayı bıraktıysanız 27 den 34. soruya kadar olan bölümü Yanıtlayınız.
46	X 40	27. Sigarayı ne zaman tamamen bıraktınız?

KOLON NO	DEĞİŞKEN	SORULAR
47 - 54	X - X 41 47	28. Sigarayı bırakma nedeniniz/ nedenleriniz?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) ☐ 1. Gelecekteki sağlığımı korumak ☐ 2. Çevre baskısından ☐ 3. Maddi yönden tasarruf ☐ 4. Hastalığımın dolay ☐ 5. Çocuklara örnek olmak ☐ 6. Çevreye örnek olmak ☐ 7. Diğer.....
55	X 48	29. Sigarayı hangi yöntemle bıraktınız?
56	X 49	30. Sigarayı bıraktıktan sonra içmeyi hiç düşündünüz mü? ☐ 1.Evet ☐ 2. Hayır ☐ 3. Bazen
57	X 50	31. Yanıtınız evet ise; düşünmenize neden olan etmen/etmenler nelerdir?
58 - 64	X - X 51 57	32. Sigarayla savaş için yapılmış olan kanuni düzenlemelerden size göre hangileri uygundur?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) ☐ 1. Sigara paketlerinin üzerinde "Sağlığa zararlıdır" uyarısı olmalı ☐ 2. Sigara reklamlarına yasak konmalı ☐ 3. Kapalı ve kalabalık yerlerde sigara yasaklanmalı ☐ 4. Tütün mamüllerinin fiyatları çok artırılmalı ☐ 5. Çocuklara sigara satılması yasaklanmalı ☐ 6. Hastanelerde sadece özel alanlarda sigara içilebilmeli ☐ 7. Diğer.....
65 - 69	X - X 58 62	33. Sağlık çalışanlarının aşağıdaki seçeneklerde belirtilen sigarayla ilgili tutum ve davranışlardan hangilerine katılıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) ☐ 1. İnsanları sigara bırakma konusunda ikna etmek sağlık çalışanlarının görevidir ☐ 2. Sağlık çalışanları sigara içmeyerek iyi bir örnek olmalıdır ☐ 3. Sağlık çalışanları sigarayı bırakma ile ilgili sağlık eğitimi programlarına aktif katılmalıdır ☐ 4. Sağlık çalışanlarının iyi bir sigara bırakma yöntemi varsa önermelidir ☐ 5. Diğer.....

KOLON NO	DEĞİŞKEN	SORULAR
		34. Sigara içme konusundaki düşüncelerinizi aşağıdaki seçeneklerden kendinize uygun olan sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.
70	X 63	Güvenli 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tehlikeli
71	X 64	İsteğe bağlı 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kontrol edilemez
72	X 65	Kişisel karardır 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çevrenin etkisiyle oluşur
73	X 66	Memnun edici 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Genelde memnun edicidir
74	X 67	Sorun çözmede Yardımcıdır 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sorun çözmede herhangi bir yardımı yok
75	X 68	Kışkırtıcıdır 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rahatlatıcıdır
76	X 69	Beni daha az çekici 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Daha çekici yapar
77	X 70	Beni zeki gösteriyor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Beni aptal gösteriyor
78	X 80	Başarının işaretidir 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Başarısızlığın işaretidir

9.KAYNAKÇA

1. Akdun H., Yiğit Z. : Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi . Hipokrat Kardiyoloji , Göksu Matbaası , 3 (17): 30-34 , 2001.
2. Akkaynak S. : Tütün ve İnsan Sağlığı . Bilim ve Teknik , 15 , 172 , 1982.
3. Amos A. : Women and Smoking . British Medikal Buletin. 74-89 , 1996.
4. Argon G. : Sigaranın Zararları ve Korunma Yolları , E.Ü.H.Y.O. Dergisi , 4(1): 59-64 ,1988.
5. Aşut Ö. : Hekim ve Sigara . Türk Tabipler Birliği , Maya Yayıncılık , İstanbul , (s:9-10, 45-51, 52-76) 1991.
6. Bahar Z. : Herkes İçin Sağlık Programı . Hemşirelik Dizileri , No:1(Çeviri) , D.S.Ö. Avrupa Bölgesi Ofisi, Copenhagen , 1991.
7. Balcı K.: Göğüs Hastalıkları, 3.Baskı , Atlas Kitabevi, Konya, 1993.
8. Barış İ. :Tütünün Tarihçesi . Sigara ve Sağlık , I.Baskı , 11-14 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994.
9. Barış İ. : Sigara ve Kadın . Sigara ve Sağlık , I. Baskı , 65-69 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994.
10. Barış İ. : Sigara İle Mücadele Yöntemleri . Sigara ve Gençlik , 65-68 , Kültür Bakanlığı Yayınları , Ankara , 1997.
11. Başar E. : Pasif Sigara İçiminin Kardiyak Etkileri . Ed.Onat A. : Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları , 28(4): 239-244 , 2000.
12. Bilir N. : Başarılabilir . Yeşilay Aylık Kültür ve Sağlık Dergisi , 711 , Sel Matbaacılık , 1-2 , İstanbul , 1993.
13. Bilir N. : Sigara ve Kanser . Sigara ve Sağlık , I. Baskı , 32-38 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994.
14. Bilir N. , Doğan B. G. , Yıldız A. N. : Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar . 1-13 , Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları , Ankara , 1997.
15. Bodak Ö. : Elazığ İl Merkezinde Görev Yapan Subay , Astsubay , Yedek Subayların Sigara İçme Davranışı İle Sigara Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları . Fı

- rat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , Elazığ , 1993.
(Danışman: Yrd .Doç. Dr. M. Bostancı).
16. Buzlu S. : Hemşirelik Öğrencilerinde Madde Kullanım Yaygınlığı ve Nedenlerinin Eşdeğer Eğitim Gören Diğer Öğrencilerle Kıyaslamalı Olarak Araştırılması . İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Doktora Tezi , İstanbul , 1995.
(Danışman: Prof. Dr.C. Pektekin)
 17. Ceylan C. A, Yılmaz N. : Sigarayı Bırakma Metodları ve Uygulanacak Stratejiler . Sendrom , Logos Yayıncılık , 12(5): 22-25 , 2000.
 18. Çakmak D. : Tütün ve Sigara , Ed: Çakmak D. , Bağımlılık Yapan Maddeler . 50-63, Üçer Ofset , İstanbul , 2000.
 19. Çöplü N. : Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler . Sigara ve Sağlık , I. Baskı 24-28 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994.
 20. Dedeoğlu N. , Dönmez I. , Aktekin M. : Antalya'da Sağlık Personelinde Tütün Kullanımı . Sağlık İçin Sigara Alarmı , Ocak-1 , 7-11 , 1994.
 21. Demir T. : Sigara Bırakmada Yeni Yaklaşımlar . Solunum , TÜSAD Yayını 1 (2) : 77 - 82 , 1999 .
 22. Demir T . : Sigara Bırakturma Yöntemleri . Ed . Umut S. , Erdinç E. , KOAH , Toraks Derneği Yayınları 1 , 83 - 93 , İstanbul , 2000.
 23. Dramalı A. ve ark . : Hastanelerdeki Sağlık Personelinin Sigara Kullanımı ve Kullanım Anındaki Rolünün Değerlendirilmesi.. E. Ü . H. Y.O. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri , 726- 733 , İzmir , 1990 .
 24. Durna Z. , Memiş S. : Sigara İçmeyen Hekim ve Öğretmenlerin Duyarlılıklarını ve Önlem Önerilerinin Değerlendirilmesi . Hemşirelik Bülteni 7 (29) : 65 - 72 , 1993.
 25. Dünya Sağlık Örgütü'nün Bölge Bürosu Tütün Faaliyet Planı Lisbon 71 - Toplantı , 10 - 14 Eylül 1991.
 26. Emri S. : Sigaranın Yaptığı Hastalıklar . Sigara ve Sağlık , 29 -32 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994 .
 27. Engin H. , Emri S. A. : Dahili Tıp Bilimleri Sigara . Türkiye Tıp Dergisi , Bilimsel Tıp Yayınevi 6 (6) : 322 - 351 , Ankara , 1999.

28. Erdal R. : Sigara ile Mücadele Yöntemleri . Sigara ve Sağlık , I . Baskı , 65 - 69 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994 .
29. Erdoğan S. , Özabacı N. : Sigara İçimine Bireysel Duyarlılık . Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9 (2) , 1993.
30. Erkan F. : Pasif İçicilik . Sigara ve Sağlık , I. Baskı , 45 - 47 MEB Yayınları , İstanbul , 1994 .
31. Fındık S. : Sigara Dumanında Bulunan Zararlı Maddeler . Sigara ve Gençlik , 17 - 22 , Kültür Bakanlığı Yayınları , Ankara , 1997 .
32. Gökcut Ö.: Sigara Salgınının Türkiye ' de Sosyal ve Ekonomik Boyutları . www.sigara.gov.tr.
33. Haydaroglu A . : Sigarasız Yaşam . 16 - 23 , Ege Üniversitesi Basımevi , İzmir , 1998.
34. İnanc N. , Yurt V. : GATA ' da Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Sigara İçme Davranışına İlişkin Özelliklerin İncelenmesi . E. Ü. H. Y. O. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri , 629 - 640 , İzmir , 1990.
35. Kalyoncu F. : Sigarayı Bırakmak . Sigara ve Sağlık , I. Baskı , 75 - 79 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994.
36. Kalyoncu F. : Sigara Nasıl Bırakılır. Sigara ve Gençlik , 69 -77 , Kültür Bakanlığı Yayınları ,Ankara ,1997.
37. Karakovan A. : Sigaranın Ekonomik Yönü . E. Ü. H.Y.O. Dergisi , 4 (1) : 73 - 77 , 1988.
38. Kasatura İ. : Sigara Alışkanlığı . Gençlik ve Bağımlılık 162 - 195 , Evrim Yayınevi , İstanbul , 1998.
39. Kesim Y. : Sigaranın Farmakolojisi . Ed. Tür A. : Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri , 29-57 , Logos Yayıncılık , İstanbul , 1995.
40. Kısacık G. : Sigara ve Kadın . Sigara ve Gençlik , 47-53 , Kültür Bakanlığı Yayınları , Ankara , 1997.
41. Kocabaş A. : Tütünün Türkiye Ekonomisine Etkisi . Sigara ve Sağlık , I. Baskı , 19-22 , MEB Yayınları , İstanbul , 1994.
42. Kocabaş A. : Türkiye'de Sigara İçme Alışkanlığının Yaygınlığı ve Bazı Özellikleri . Solunum Hastalıkları , 5(1) : 133-145 , 1994.

43. Odabaşı G.N. : Sigara Alışkanlığının Türk Toplumunda Dağılım Özellikleri . İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Doktora Tezi , İstanbul , 1991. (Danışman : Prof. Dr. O, Demirhindi).
44. Öncel S. : İzmir Metropolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları . Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , İzmir , 1994. (Danışman : Doç. Dr. Z ,Bahar)
45. Pekşen Y. : Sigara İçiminin Tarihçe ve Nedenleri . Ed. Tür A. : Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri , 1-28 , Logos Yayıncılık , İstanbul , 1995.
46. Sabri H. : Sigarayı Nasıl Bırakabiliriz . Yeşilay Aylık Kültür ve Sağlık Dergisi , 759, Fetih Matbaacılık , 31-32 , 1997.
47. Sezer E. :Sigaranın Ekonomiye Olumsuz Etkileri . Bilim Dergisi , 12 , 22-23 , 1984.
48. Sezer E. : Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi I . Sağlık İçin Sigara Alarmı , 1(2) : 47-51, 1994.
49. Sezer ve ark : Elazığ'da Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde Sigara Kullanımı . Sağlık İçin Sigara Alarmı , Ocak-1 , 12-18 , 1994.
50. Sezer E. : Nikotin Bağımlılığı ve Tedavisi II . Sağlık İçin Sigara Alarmı , 2(1) : 7-11, 1995.
51. Shehu V. : Sigara ve Çevre . Sigara ve Gençlik , 40-47 , Kültür Bakanlığı Yayınları , Ankara , 1997.
52. Somastı M. : Sigara ve Toplum . Yeşilay Aylık Kültür ve Sağlık Dergisi 759 , Fetih Matbaacılık , 13-14 , 1997.
53. Şahin A. : Türkiye'de Sigara İçmenin Boyutu . Sigara ve Gençlik , 80-83 , Kültür Bakanlığı Yayınları , Ankara , 1997.
54. Tür A. : Sigarayı Bırakma Yöntemleri . Ed. Tür A. : Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri , 194-221 , Logos Yayınları , İstanbul , 1995.
55. Uysal H. : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenlerinin Tespitinin Araştırılması . Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi , Ankara , 1991. (Danışman : Doç. Dr. F, Özyurda).
56. Who Smoke Free Europe 6 , Planing For A Smoke Free Generation S: 13 , 1988.

57. Who Regional Office For Europe Nursing , Midwifery in Europe , Vol 7 No.3 1-3 , 1990.
58. Yeğın M. , Ağbaşı A. , Yeğın H. : Sigara Dumanı Biyokimyası . Sigara Raporu , 103-110 , Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Yayınları , 3. Baskı , İstanbul , 1997.
59. Yücel İ. : Sigara ve Kanser . Ed. Tür A. : Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri . 161-165 , Logos Yayıncılık , İstanbul , 1995.
60. The Encyclopedia Americana Tobacco. Vol-26 , P.800-Grolier , USA , 1992.
61. Sigara Alarmı , Türkiye Halk Sağlığı Derneği Sigara ile Mücadele Kolu Yayını , Sayı: 1 , Mart , 1992.
62. Tütün ve Sağlık , Hekimin Sorumluluğu Toraks Bülteni , Toraks Derneği Yayınları , 1 (2): 28-32 , 1996.
63. Tobacco Control and Prevention , A Guide For Low Income Countries , Combined Question are, IUATLO , 1997.

10. BİYOGRAFİ

1977 yılında Bolu’da dünyaya gelen ÖZLEM ALTINBAŞ ilk ve orta öğrenimini burada tamamlamıştır. 1996 yılında Bolu Sağlık Meslek Lisesi’nden 1998 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’ndan okul birincisi olarak mezun olmuştur. 1998 yılında dikey geçiş yaparak Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda öğrenimine devam etmiştir ve 2000 yılında mezun olmuştur.

Çalışma yaşamına Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Acil serviste hemşire olarak başlamış, Marmara Üniversitesi Hastanesinde yoğun bakım ünitesinde devam etmiştir. 2000 yılından itibaren Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksek Okulu’nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksek Lisans öğrencisi Özlem ALTINBAŞ'ın, çalışması jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Nermin OLGUN
Üniversitesi : Marmara

.....N. Olgun

Üye : Yrd.Doç.Dr.Sezgi ÇINAR MENTEŞ
Üniversitesi : Marmara

.....S. Menteş

Üye : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
Üniversitesi : Marmara

.....Ayşe Yıldız

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28. 1.02 / 2002 tarih ve ..06..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....
Prof.Dr.Sevim ROLLAS
Müdür

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**