TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İŞÇİLERİN SİGARAYI BIRAKMASINDA İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

ÖZNUR SEZGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard.Doç.Dr. Ayşe ERGÜN

İSTANBUL
2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Tez Sahibi : **Öznur Sezgin**

Tez Başlığı : **İşçilerin Sigarayı Bırakmasında İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi :10.09.2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Yard.Doç.Dr.Ayşe Ergün	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Yard.Doç.Dr.Sevim Ulupınar Alıcı	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Yard.Doç.Dr.Saime Erol	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22.../10.../2009. tarih ve 47 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nimet GENÇOĞLU

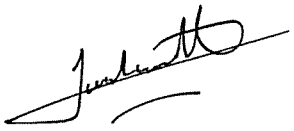
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

22.10.2009

Öznur SEZGİN



TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Tez Sahibi : **Öznur Sezgin**

Tez Başlığı : **İşçilerin Sigarayı Bırakmasında İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi :10.09.2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Yard.Doç.Dr.Ayşe Ergün	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Yard.Doç.Dr.Sevim Ulupınar Alıcı	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Yard.Doç.Dr.Saime Erol	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22.../10.../2009. tarih ve 47 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nimet GENÇOĞLU

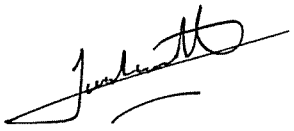
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

22.10.2009

Öznur SEZGİN



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak rehberlik eden değerli hocam ve danışmanım Yard.Doç. Dr. Ayşe ERGÜN'e, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı kadrosuna,

Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Dr. Mehmet Eyüp OĞAN'a,

Her zaman yanımda olan aileme,

Çeviri ve yardımlarıyla tezimin oluşmasına değerli katkılar sağlayan Av. Emin ÖRGEV'e teşekkürlerimi sunarım.

Öznur SEZGİN

İÇİNDEKİLER

SAYFA

I. TEŞEKKÜR.....i

II. İÇİNDEKİLER.....ii

III. KISALTMALAR VE SİMGELER.....iv

IV. ŞEKİL LİSTESİ.....v

V. TABLO LİSTESİ.....vi

1. ÖZET.....1

2. SUMMARY.....2

3. GİRİŞ VE AMAÇ.....3

4. GENEL BİLGİLER.....6

4.1. Dünyada ve Türkiye'de Sigara İçme Prevalansı.....6

4.1.1. Sigara nedenli ölüm oranları.....7

4.1.2. Sigara prevalansı.....7

4.1.3. Ülkemizde sigara kontrolüne yönelik son çalışmalar.....12

4.2. Sigara Bırakma Yöntemleri.....14

4.3. İş Sağlığı ve İşyerlerinde Sigara Kullanımının Kısıtlanması.....23

4.3.1. İş sağlığı tanımı ve amaçları.....23

4.3.2. Çalışma yaşamı ve insan sağlığı.....24

4.3.3. İşyerlerinde sigara kontrolü.....25

4.4. Sağlığın Geliştirilmesi.....29

4.5. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları.....31

4.5.1. Sağlığı geliştirme programlarının iş sağlığı açısından önemi.....31

4.5.2. İşyeri sağlığı geliştirme programlarının tanımı ve düzeyleri.....32

4.5.3. İşyeri sağlığı geliştirme programlarında iş sağlığı hemşiresinin rolleri.....35
4.6. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....36
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....40
5.1. Araştırmanın Türü.....40
5.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Örneklem Seçimi.....40
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....41
5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....41
5.5. Sigara Bıraktırma Programı Uygulaması.....47
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....51
5.7. Araştırma Sınırlılıkları.....51
6. BULGULAR.....52
7. TARTIŞMA.....68
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....74
9. EKLER 77
9.1. Veri Toplama Anketleri.....77
Ek I Değerlendirme Anketi I.....77
Ek II Değerlendirme Anketi II.....80
Ek III Sağlık Eğitim Planı 82
9.2. Sigara Bırakma Programı.....83
Ek IV 1. Oturum Sigara ve İnsan Sağlığı.....83
Ek V 2. Oturum Sigarayı Bırakmaya Hazırlanma.....84
Ek VI Araştırma İzni 113
Ek VII Araştırmanın Yürütülmesi İçin İlaç Firmasından Alınan İzin Dilekçesi.....114
10. KAYNAKLAR 115
11. ÖZGEÇMİŞ.....124

KISALTMALAR VE SİMGELER

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TTM: Transteoretik Model

NRT: Nikotin Replesman Tedavisi

NNS: Nikotin Nazal Sprey

CO: Karbonmonoksit

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi

ETS: Environmental Tobacco Smoke (Çevresel Tütün İçiciliği)

MPOWER: Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforse, Rise

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

OECD: Organisation for Ekonomic and Development (Uluslar arası Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)

ILO: Uluslar arası Çalışma Örgütü

ng/mL: nanogram/mililitre

ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA

Şekil 1. Kotinin Stribi Örneği.....46
Şekil 2. Sigara Bırakma Programı Akış Şeması.....50
Grafik 1. Son Değerlendirme Sigara İçme Durumu.....55
Grafik 2. Ön değerlendirme ve Son Değerlendirmeye Göre
TTM Değişim Aşamaları.....57
Grafik 3. Son Değerlendirmede TTM Aşamalarında Değişim.....59
Grafik 4. Ön değerlendirme ve Son değerlendirme Kotinin Ortalamaları.....63
Grafik 5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Fagerstrom Puan Ortalamaları..... 66

TABLO LİSTESİ

SAYFA

Tablo 1. Strip Düzeyi ve Kotinin Konsantrasyonları.....46
Tablo 2. Gruplara Göre Sigara Bıraktırma Programı Toplantılarının Yer ve Zamanı.....49
Tablo 3. İşçilerin Tanıtıcı Özellikleri.....52
Tablo 4. İşçilerin Sigara İçme İle İlgili Özellikleri.....54
Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubunun Son Değerlendirme Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması.....55
Tablo 6. Sigara Bırakmayı Düşünme Durumu.....57
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubunun Ön Değerlendirmeden 6 Ay Sonra Yapılan Son değerlendirme TTM Aşamaları Arasındaki Değişimi.....59
Tablo 8. Girişim ve Kontrol Grubundaki İşçilerin Sigara Kullanma Miktarı.....60
Tablo 9. Ön Değerlendirme-Son Değerlendirme Kullanılan Sigara Sayısının Karşılaştırması.....61
Tablo 10. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ön Değerlendirme–Son Değerlendirme Kotinin Değerleri.....62
Tablo 11. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ön Değerlendirme ve Son Değerlendirme (6 Ay Sonra) kotinin ortalamalarının karşılaştırılması.....63
Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubunun Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Puan Dağılımları.....64
Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubunda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Durumunun Karşılaştırılması 65
Tablo 14. Girişim ve Kontrol Gruplarının Fagerstrom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 66
Tablo 15. Ön Değerlendirmede-Son Değerlendirmede Fagerstrom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....67

1.ÖZET

Bu çalışma işçilerin sigarayı bırakmasında iş sağlığı hemşiresinin rolünü belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel araştırma olarak yapıldı.

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan bir ilaç fabrikasında çalışan ve sigara kullanan işçiler oluşturdu (N=180). Örnekleme, (yaş ve cinsiyete göre) tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan, 100 işçi alındı. Basit rastgele sayılar tablosu ile 50 kişi girişim ve 50 kişi de kontrol grubuna ayrıldı. Çalışmada veri toplama aracı olarak literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formları Değerlendirme Anketi I ve II kullanıldı. Anketler uygulandıktan sonra girişim ve kontrol grubundaki işçilerin tükürük kotinin düzeylerine bakıldı.

Verilerin istatistiki değerlendirmesinde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik ve ortalama, standart sapma); t testi, ki-kare analizi, Mann-Whitney U testi, Mc Nemar test ve Wilcoxon Test kullanıldı.

Ön değerlendirmeden 6 ay sonra yapılan son değerlendirmede sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde kontrol grubunda 1 kişinin, girişim grubunda 13 kişinin sigarayı bıraktığı belirlendi.

Girişim grubunda sigarayı bırakanlar ortalama 119.84±60.60 (median=142) gün önce bırakmıştı. Kontrol grubunda ki 1 kişi ise 21 gün önce bırakmıştı.

Kontrol grubunda kullanılan sigara miktarına göre ön değerlendirme-son değerlendirme karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Girişim grubunda ise öntest-sontest arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Sontestte 11 ve üstünde sigara içenlerin sayısı azalmıştı.

Ön değerlendirmede işçilerin kotinin ortalamaları girişim grubunda 3.48 ± 0.81, kontrol grubunda 3.44 ± 0.78'idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Son değerlendirmede ise, girişim grubunun kotinin ortalaması (2.50±1.64) kontrol grubundan (3.58 ± 0.88) istatistiksel olarak anlamlı düşüktü.

Araştırma iş sağlığı hemşiresi tarafından uygulanan sigara bırakma programının başarılı olduğunu gösterdi.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, işyeri, sağlığı geliştirme, sigara bağımlılığı, sigara bırakma.

2. SUMMARY

The Role Of Occupational Nurse For The Employees' Smoking Cessation

This study has been carried out to identify the role of occupational nurses with the cessation of smoking of employees through randomized controlled experimental.

The scope of the study consisted of employees who work for a pharmaceutical company and are also smokers (N=180). Sampling group included 100 employee, (according to age and gender), who were volunteers and picked by randomized sampling. By the help of simple randomized figures table, 50 people were selected to intervention group and another 50 to control group. The survey forms Assessment Survey I and II, which were developed by researchers in line with collecting data and references for the study were used. After the surveys were carried out, the level of cotinin in the saliva of the employees for the intervention and control group has been examined. At the statistical analyses, descriptive statistics (number, percentage, mean); t test, $\chi 2$ test, Mann-Whitney U test, Mc Nemar test and Wilcoxon test were used. At the post test which was carried after 6 months of the pre-test, it was found out that 1 person in the control group and 13 people in the intervention group quit smoking.

Those who quit smoking in the intervention group had quit 119.84±60.60 (median=142) days ago. That 1 person in the control group had quit smoking 21 days ago.At the control group, there was no a significant difference when the pre-test and post-test results, according to amount of cigarettes, were compared. As for the intervention group, there was a statistical significant difference between the pre-test and final test results. At the final test, the number of those who smoked 11 and above decreased. At the pre test, average cotinin level of the employees for the intervention group was 3.48 ± 0.81, for the control group 3.44 ± 0.78. There was no a statistical significant difference between the groups. At the final test, the average cotinin level for the intervention group (2.50±1.64) was statistically significantly lower than that of control group (3.58±0.88).

The research proved that the smoking cessation intervention that has been carried out by occupational nurse has been successful.

Key Words: Health promotion, nurse, smoking cessation, smoking dependent, workplace.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara en önlenebilir ölüm nedenlerinden biri ve tüm ülkeler için en önemli halk sağlığı problemidir. Dünyada yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç erişkinden birisi) tütün bağımlısı olup bunların %80'i orta ve gelişmekte olan ülkelerdedir. Dünyada her yıl 4.5 milyon, insan sigara nedeniyle yaşamını yitirmektedir ve bu sayının 2020 yılında 8.5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2025 – 2030 yılları arasında ise 10 milyona ulaşacağı ve 7 milyonunun da gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (4, 30, 32, 69).

Sigara kullanımı gelişmiş ülkelerin bazılarında istikrarlı bir şekilde devam edip bazılarında ise azalma gösterirken; gelişmekte olan ülkelerin çoğunda salgın derecesine varan oranlara yükselmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre, ülkemizde erişkin erkeklerin %59.4' ü, kadınların %18.9'u sigara içicisidir. 2000 yılındaki taramalarında erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir. Ülkemizin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak öngörülmektedir (4, 5, 16, 83).

İşçilerin sigara içme durumları ile ilgili yapılan araştırmalarda ise, çalışanların önemli bir bölümünün sigara içtiği dikkati çekmektedir. Tokat'ın (48) işçiler üzerinde yaptığı araştırmada çalışanların %57'sinin; Sezer ve arkadaşlarının (82) bankalarda yaptıkları çalışmada ise çalışanların %69.5'inin sigara içtiği saptanmıştır.

Türkiye'de her yıl 100 bin kişi erken yaşlarda sigara nedeniyle kaybedilmektedir. Sigaranın yol açtığı ölümler; trafik, terör ve iş kazaları vb tüm ölümlerin toplamından beş kat daha fazladır. Ayrıca erişkin insanların ölümünden sorumlu üç temel hastalık (kalp hastalıkları, kanser, beyin kanaması) doğrudan sigaranın neden olabildiği hastalıklardır. Dolayısıyla sigara içen kişilerin yaşam kalitesi içmeyenlere göre daha düşük olmaktadır (11, 16, 48, 69).

Dünya genelinde sigara kullanımına bağlı hastalık ve sakatlıklar artmaktadır. Dünya Bankası sigaradan kaynaklanan hastalıkların maddi bedellerini, bu hastalıklar yüzünden oluşan iş kaybını, sigara tiryakilerinin kaybettiği iş gücünü, yangın kayıplarını ve sigaraya harcanan parayı hesaplayarak tüm bunların dünya ekonomisine yılda net 200 milyar dolar kaybettirdiğini ve bu kaybın yarısının gelişmekte olan ülkeleri kapsadığını ortaya koymuştur. Sigara kullanımı halen gelişmekte olan ülkeler sınıflamasında yer alan Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak etkin bir mücadeleyi gerektirmektedir. Gelişen halk sağlığı anlayışı, toplumun tüm bireylerine sağlık hizmeti sunan programlar geliştirmeyi ve uygulamayı öngörmektedir (4, 11, 32, 69).

Sigara konusunda son 10 yılda yapılan özel çalışma programları, sigara karşıtı kampanyalar ve hukuki düzenlemeler sonunda, sigara içme oranlarında önemli düşüşler olmuştur. Toplum sağlığını olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden olan sigara kullanımını önlemek için sigara içen kişilerin sigara içme profillerini bilmek ve bu doğrultuda bireylerin tutum ve davranışlarını olumlu yönde sistemli bir şekilde değiştirmek ve dolayısıyla sigaranın zararlarını ve sağlığı korumayı bilen, sigara içmeyen bir toplum oluşturma da oldukça önemlidir (42, 69).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın korunmasında ve yükseltilmesinde, bireylerin olumlu yönde etkilenmelerinde hemşirelerin anahtar rol oynayacaklarını belirtmektedir. Çalışanların sağlığını korumak için işyeri risklerine yönelik alınacak önlemlerin yanı sıra, sigara içmeme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına da önem verilmesi gereklidir. Sigara içenlerin çoğu (%79-%90) sigarayı bırakmak istemekte ve içenlerin %70'i yılda bir kere sağlık bakım profesyoneline başvurmaktadır. Bu doğrultuda iş sağlığı hemşireleri, çalışanlara sigara bırakmanın yararlarını ve bırakma yollarını içeren eğitim programları yaparak, rol model olarak ve gerektiğinde özel yardım olanakları konusunda rehberlik/danışmanlık sağlayarak sigarayla mücadele etkinliklerinde önemli roller üstlenirler (4, 32, 96).

Sigara ile mücadelede başarılı ülkeler incelendiğinde, bu ülkelerde hemşirelerin sigara bıraktırma programlarında aktif olarak yer aldıkları ve sigara içmeyerek örnek oldukları görülmektedir (50, 67, 77).

İşyeri hemşirelerinin yönettiği sağlık programlarının; işçi sağlığını geliştirdiği, üretimi arttırdığı, sağlık giderlerini azalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (35).

Araştırma, sigara bıraktırmada iş sağlığı hemşiresinin rolünü belirlemek amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dünyada ve Türkiye'de Sigara İçme Prevalansı

Tütün herkesin maruz kaldığı, kişilere zarar veren tek yasal ve mevcut tüketici ürünüdür. Onu tasarladığı şekilde kullananların yaklaşık yarısını öldürmektedir. Düşük fiyatlar, yaygın pazarlama teknikleri, tehlikeleri konusunda bilinç eksikliği, kullanıma karşı tutarsız kamu politikaları nedeniyle tütün kullanımı dünya çapında yaygındır (98).

Bir sağlık sorununun halk sağlığı açısından önemini belirleyen üç önemli kriter vardır. Bunlardan birincisi yaygınlık, ikincisi ölüm ve sakatlanmaya neden olma, üçüncüsü ise ekonomik kayıplara neden olmadır. Eğer bir hastalık ya da hastalık etkeni bu üç özellikten birine sahipse önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir. Bu özelliklerin üçüne birden sahip olan sorun ise hem önemli hem de öncelikli bir halk sağlığı sorunudur (2).

Sigarayı halk sağlığı açısından önemli kılan nedenlerden bazıları; kısa sürede alışkanlık yapabilmesi, dünyanın her yerinde kolayca temin edilebilir olması, sadece sigara içenleri değil çevrede bulunanların sağlığını da tehdit etmesidir. Sigaranın bir diğer özelliği; zararlı etkilerinin hemen ya da kısa sürede ortaya çıkmaması nedeniyle sigara içenlerin konuyu önemsememeleridir (90). Sigaraya bağlı zararların ortaya çıkması ortalama 20 yıl sonra olduğundan, çoğu hastalık 35 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Örneğin 25 yaşında ağır bir sigara içicisinin içmeyene göre beklenen yaşam süresi %25 (yaklaşık 23 yıl) daha kısadır (53).

Türkiye'de ve dünyada erişkinlerde en çok ölüme yol açan ilk üç hastalık; koroner kalp hastalığı, kanser ve kronik bronşittir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı, bu ölüm nedenlerinde ciddi bir rol oynamaktadır (53).

4.1.1. Sigara nedenli ölüm oranları

Sigara bugün dünyanın en önlenebilir ölüm nedenidir. 20.yüzyılda tütün salgını 100 milyon insanın ölümüne sebep olmuştur. 2008 yılında 5 milyondan fazla kişinin ölümüne sebep olan tütün, HIV/AIDS, tüberkiloz ve sıtmadan daha fazla kişinin ölüme sebep olmuştur. Eğer acil önlemler alınmazsa 21. yüzyılda 1 milyar insanın tütünden öleceği tahmin edilmektedir. 2030 yılında, tütüne bağlı ölümlerinin %80'den fazlasının gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (60, 98).

DSÖ verilerine göre her sekiz saniyede bir kişi tütün ürünlerinin sonuçlarına bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. 1990'ların başlarında yılda yaklaşık 3 milyon ölümün tütün ürünlerine bağlı olarak geliştiği tespit edilmiştir. DSÖ verilerine göre, 1950 ile 2000 yılları arasında 62 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Uzun süreli tiryakilikte sigarayla ilişkili ölüm oranı 1960'larda 1:4 iken, 1990'larda bu oran 1:2' ye yükselmiştir. DSÖ, eğer acil önlemler alınmazsa 2030 yılında bu sayının 8 milyondan daha fazla olacağı belirtmiştir (7).

Ülkemizde her yıl 100.000 kişi erken yaşlarda sigaradan hayatını kaybetmekte olup, gerekli tedbirler alınmaz ise önümüzdeki 20 yılda bu sayının 250.000'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Sigaranın yol açtığı ölümler trafik kazaları, terör, iş kazaları vb. gibi tüm ölümlerin toplamından 5 kat daha fazladır (7, 15, 98).

4.1.2. Sigara prevalansı

Günümüzde sigara tüketimi küresel bir salgın haline gelmiştir ve tüm ülkeler için en önemli halk sağlığı problemidir. DSÖ sigarayı dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlamaktadır.

Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir. DSÖ, 2003 verilerine göre Dünyada 1.2 milyar kişi tütün bağımlısı olup bunların %80'i orta ve gelişmekte olan ülkelerdedir ve bu rakamın 2025 yılında 1.7 milyara

ulaşacağı tahmin edilmektedir. 1.2 milyar içicinin 800 milyonu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve 700 milyonu erkektir (15, 22, 48, 54, 94, 97).

Dünya genelinde, erkeklerde sigara içme prevalansı kadınlara oranla belirgin şekilde yüksektir. Değişik çalışmalardan elde edilen verilere göre, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %48-50'si, kadınların %7-9; gelişmiş ülkelerde ise erkeklerin %35-42'si, kadınların %22-24'ü sigara içmektedir. Orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşayan erkekler arasında sigara alışkanlığı artış göstermekte; buna karşılık yüksek gelirli ülkelerde yaşayan erkeklerde azalma görülmektedir. Sigara ile mücadele konusunda yapılan bütün çabalara rağmen özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında tütün içme yaygınlığının hızla artmaya başlamış olması, diğer önemli sorunlardan biri olarak görülmektedir (8, 10, 22, 49, 53, 80, 101).

DSÖ'nün Avrupa Tütün Kontrol Raporu 2007'de, Avrupa'da ki 52 ülkenin 41'inden veri alınmıştır. 41 ülkenin içinde Türkiye de yer almaktadır. Raporda belirtilen sigara kullanma kriteri 15 yaş ve üzeri "şu anda günlük sigara kullanan" gurupları tanımlanmaktadır. Veriler 2002 ve 2005 yılları için değerlendirilmiştir. Bu rapora göre, Toplam sigara kullanma yaygınlığı önemli bir değişiklik göstermemiştir (2002'de %28.8 2005'de %28.6). Erkekler arasında küçük bir azalma trendi (2002'de %40.9, 2005'de %40) ve kadınlar arasında küçük bir artma trendi (2002'de %17.8, 2005'deki %18.2) olmasına rağmen erkekler ve kadınlar arasında sigara kullanma yaygınlğı önemli oranda değişmemiştirg. 12 ülkede (çoğunlukla Batı Avrupa) erkekler arasında sigara kullanma prevelansı %30 iken, 14 ülkede (çoğunlukla Doğu Avrupa) erkekler arasında sigara kullanma prevelansı daha yüksektir. Bölgedeki tahmin edilen ortalama sigara kullanma yaygınlığı %18.2'dir: İki Doğu Avrupa ülkesinde yaygınlık oranı %10'un altında iken, 24 ülkede (çoğunluğu Batı Avrupa) yaygınlık oranı daha yüksektir.

İzlanda ve İsveç dışında tüm ülkelerde, erkekler arasında sigara kullanma yaygınlığı kadınlardakinden yüksektir. Cinsiyetler arasındaki en büyük fark Gürcistan'dadır (%46.9). Bunu beş Doğu Avrupa ülkesini (Ermenistan, Beyaz Rusya, Kırgızistan, Moldovia Cumhuriyeti ve Rusya Federasyonu) %40 dan daha fazla olan bir farkla izlemektedir. 18 ülkede (çoğunlukla Batı Avrupa) erkekler ve

kadınlar arasındaki sigara kullanmadaki yaygınlık farkı %10 gibi küçük orana düşmektedir (98).

ABD'de yaklaşık 43.4 milyon yetişkin sigara kullanmaktadır. Her yıl tahminen 443 bin kişi sigaradan dolayı hayatını kaybetmektedir ve 8.6 milyon kişi de sigaranın sebep olduğu ciddi bir hastalığa sahiptir. Sigara kullanmadığı halde çocuk ve yetişkinler de dahil olmak üzere 126 milyondan fazla Amerikalı, düzenli olarak sigara dumanına maruz kalmaktadır. Tüm risklerine rağmen her yıl 3 bin civarında pasif içici olan Amerikalı akciğer kanserinden, 46 binden fazlası kalp hastalıklarından hayatını kaybetmektedir (http://www.cdc.gov / 19.06.2009).

Türkiye'de genel toplumda sigara içme alışkanlıklarının boyutları konusunda yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bölgesel bazı çalışmalar tüm ülkeyi temsil etmemektedir.

1988 yılında yapılan ve Türkiye örneklemini temsil eder nitelikteki PİAR araştırmasında 15 yaş üzerindeki erkeklerin %62.8'i, kadınların %24.3'ü, tüm nüfusun ise %43.6'sının sigara içtiği saptanmıştır (15, 22, 83). Kamuoyu araştırması düzeyinde 1993 yılında yapılan BİGTAŞ araştırmasında sigara içme sıklığı 20 yaş üzerindeki erkeklerde %57.8, kadınlarda %13.5 ve ortalama %33.6 olarak bulunmuştur (22).

1997 yılına ait verilere göre Türkiye'de yetişkin erkeklerin % 51'i, kadınların ise % 49'u günlük düzenli içicidir. Türkiye'de 1998 yılında kişi başına tüketilen sigara sayısı 2.394 adettir (15, 48, 100).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasına göre erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içmektedir. 2000 yılındaki çalışmalarında erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmış; fakat genç kadınlarda ki sigara içme prevalansında artış olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ki sigara içme yaygınlığını belirlemek için 2003'de 12 yaş ve üzeri nüfusta yapılan çalışmada sigara içme sıklığı %32.8 olarak saptanmıştır.

2000 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi (UHYE-ME 2000) çalışmasında, Türkiye genelinde sigara içme; yüksek kan basıncı ve artmış vücut-kitle indeksinden sonra üçüncü olmuş ve yılda 52.905 erkek ile 1.794 kadın ölümünün sigara içilmemesi ile engellenebilecegi öngörülmüştür (http://www.tusak.saglik.gov.tr/ 30.05.2009). Okuşluk (2003) İstanbul'da 4 özel işletmede yaptığı çalışmada, çalışanların %49.9 (480 kişi) oranında sigara içildiğini saptamıştır (69).

Emri ve arkadaşlarının (2002) çalışmasına göre ülke genelinde 15 yaş üzeri erişkin nüfusta sigara içme prevalansı %35.8 (erkekte %50.9, kadında %25.5) bildirilmiştir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'de kadınlarda sigara içme oranı %27.6 olarak bulunmuştur. Ülkemizin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa Bölgesi halen dünyada tütüne bağlı yıllık ölümlerin %25'inden sorumludur ve 2020 yılında bu bölgedeki erişkin erkekler dünyada erken ölüm riski en yüksek grup olarak tahmin edilmektedir (53, 69).

Çan ve arkadaşları (2003 -2005), Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansını erkekler arasında %53.2, kadınlar arasında ise %20.4 olarak tespit etmişlerdir (22).

Toraks Derneği'nin 2005 yılında yaptığı açıklamaya göre; Türkiye'de yetişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. Ülkemizde sigara içen 17 milyon kişi günde 40 milyon doları, yılda ise 15 milyar doları sigaraya vermektedir. Sigaranın yol açtığı hastalıklar nedeniyle ülkemize verdiği yıllık ekonomik zarar ise 2.72 milyar dolardır (58, 80).

1970'li yıllardan bugüne gelişmiş ülkelerde sigara içme oranları azalmakta, ancak gelişmekte olan ülkelerde ise sigara tüketimi, son 20 yılda %80 oranında artmıştır. Örneğin, Hindistan'da sigara içme alışkanlığı 1970-1980 yılları arasında %400 artmıştır. Bunun nedeni, DSÖ raporuna göre, sigara tüketicilerinin gelişmiş ülkelerde yasal nedenlerle satamadıkları yüksek kadranlı ve nikotinli sigaraları, gelişmekte olan ülkelerin pazarlarına sürmesidir ve tütün şirketlerinin gelişmiş

ülkelerdeki kısıtlamalar yüzünden son yıllarda 3. Dünya ülkelerindeki yoğun sigara içimini özendirici reklam ve kampanyalardır (8, 10, 11, 22, 53, 101).

Avrupa Tütün Kontrol Raporu 2007'ye göre Avrupa bölgesinde erkek nüfus arasında sigara içme yaygınlığı İsveç (%16.3'den %14.4'e), İzlanda (%22.8'den %19.4'e) ve İsrail (%31.5'dan %27.4'e) de düşmekle birlikte bölgedeki çoğu ülkede 2002 -2005 arasında önemli bir değişiklik görülmemiştir (99).

Kadın sigara kullanma yaygınlığı İzlanda'da (%22.8'den %19.7'e) kayda değer bir şekilde azalmış, Ukrayna'da (%15.5'dan %18.7'e) artmıştır. Genel olarak bölgede kadın sigara kullanma yaygınlığı konusunda önemli bir değişiklik görülmemiştir (99).

İsveç tütüne karşı savaş konusunda 40 yıllık uzun bir geçmişe sahiptir. DSÖ'nün sigara kullanan nüfusun yaygınlığını %20'nin altına azaltılması hedefini başaran ilk ülke İsveç'dir. Uzun yılları kapsayan bu gelişme, özellikle, sivil toplum kuruluşlarının, sağlık profesyonellerinin başarıları olmak üzere, birçok faktöre dayandırılmaktadır İsveç Dünya'da tütün kontrol girişimlerini finanse eden ilk ülkelerden biridir. 1960 ların başlarından beri kamuoyu bilgilendirilmesi ve eğitim faaliyetleri (1963); sigara kullanmanın riskleri konusunda bilimsel raporlar yayınlama (ilk defa 1957); tütüne karşı savaş da alınacak sorumluluk konusunda politikacıların kararlılığı (1974); sınırlamalar (1975) ve bunu takiben tütün reklam ve promosyonlarında yasaklama; yönetmeliklerde ve tütün ürünlerinin etiketlenmesi (ilk ikazlar 1977 de getirildi); sigara içilmeyen alanlar konusunda yasalar ve sigarayı bırakma kolaylıklarının geliştirilmesini de içeren çok geniş kapsamlı bir program geliştirdi (99).

ABD' de 1971, Kanada ve İngiltere'de de 1972 yılından itibaren, sigara ve tütün içmeyi önleyici girişimler yoğunluk kazanmıştır. ABD'de 1965'de yetişkin erkeklerde %52, yetişkin kadınlarda %32 ile en yüksek seviyede olan sigara prevalansı, 2007 yılı verilerine göre erkeklerde %23.9, kadınlarda %18'e düşürülmüştür. Amerika'nın 2010 için hedefi bu oranı %12'ye düşürmektir (24, http://www.cdc.gov/ 19.06.2009,).

Ülkemiz verileri erişkinler ve adölesanlarda sigara içme prevalansı 2002'den itibaren azalma göstermediğini belirtmektedir. Sigara içimi ve buna karşı önlemler alınmazsa, 2006'da 5 milyon olan sigaraya bağlı ölümlerin 2025'de 10 milyon olacağı tahmin edilmektedir (45).

Sonuç olarak, tütün kullanımı, "gelişmekte olan ülkeler" sınıflamasında yer alan Türkiye'de de önemli bir sağlık sorunu olarak etkin bir mücadeleyi gerektirmektedir (7).

İnsan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkileri nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biri olan sigara içme alışkanlığının kazanılmaması için topluma ve risk altında olan kesimlere yönelik eğitim çalışmaları ve sigara içenlere yönelik sigara kontrol programlarına daha fazla ağırlık verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Toplumda sigara içme sıklığının azaltılması, çeşitli yöntemlerin bir arada kullanıldığı, toplum katılımıyla birlikte özellikle hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin etkili desteğini gerektiren bir mücadele ile olasıdır. (7, 15, 31).

4.1.3. Ülkemizde sigara kontrolüne yönelik son çalışmalar

Sigaradan kaynaklanan sağlık tehdidinin kontrol edilebilmesi amacıyla 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun", 2008 yılında 5727 sayılı Kanun ile değiştirilmiş ve Türkiye bu etkili yasa ile dünyada öncü tütün kontrol yasasına sahip olan ülkelerden biri olmuştur. Bu kanun, sigaradan uzak, dumansız alanları tüm kapalı alanları kapsayacak şekilde genişletmektedir. Birçok anlaşma ile 150'den fazla katılımcının katıldığı WHO Tütün Kontrolü Çerçevesi Sözleşmesi'nde ilk adım, tütün salgınına karşı küresel savaştır. Bu anlaşma ülkelerdeki tütün arz ve talebini azaltmak için bir plan sunmuştur. Bu sözleşme sağlığı koruma ve geliştirmede uluslararası hukuku sağlayan önemli bir yere sahiptir (98).

Tütün kontrolü çalışmalarımız kapsamında, 9-20 Şubat 2008 tarihleri arasında DSÖ ve Bakanlığımız işbirliğinde, Türkiye'nin tütün kontrolünde bulunduğu noktayı değerlendirmek amacıyla "Kapasite Değerlendirme Toplantısı" gerçekleştirilmiştir. Toplantıda Türkiye'nin "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi"ne imza atmasından sonra, tütün kontrolünde kaydettiği aşamalar değerlendirilmiştir. OECD raporunda, Türkiye'nin sürdürmekte olduğu sağlıkta dönüşüm programının aynı coğrafyayı paylaşan çevre ülkeler açısından çok iyi bir uygulama örneği olduğunun ifade edildiğinden bahisle, sağlık konusunda özellikle tütün kontrolünde ülkemizde büyük ilerlemeler kaydedildiğini belirtmiştir (84).

DSÖ'nün önerdiği tütün kontrolünde 6 önemli maddeden oluşan müdahale paketi (MPOWER) ile milyonlarca insanın hayatını kurtarmak mümkündür. Oysa Dünya nüfusunun sadece %5'inden azı kapsamlı tütün kontrol politikalarının uygulandığı ülkelerde yaşamaktadır.

DSÖ'nün önerdiği ve tütün salgınına karşı etkili ve önemli 6 maddeden oluşan tütün kontrol politikaları.

1) Tütün kullanımını ve tütünün zararlarını engelleme politikalarının etkilerini izlenmesi

2) İnsanları çevresel tütün dumanının zararlarından korunması

3) Her sigara kullanıcısına bırakmasının önerilmesi

4) Her bireyin sigaranın zararları konusunda uyarılması ve etkili bir şekilde bilgilendirilmesi. Bunun için,

    a) Güçlü, resimli sağlık uyarıları yapılması

    b) Sürekli kitle iletişim-eğitim kampanyaları yapılması

5) Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu ile "light", "düşük katranlı" veya "hafif" gibi yanıltıcı terim kullanımını yasaklayan yasalar yapılması ve uygulanmasının sağlanması

6) Tütün ürünlerinin ve vergilerinin artırılması (98).

4.2. Sigarayı Bırakma Yöntemleri

Sigarayı bırakmak isteyen ve bu konuda bilgilendirilen her bağımlı sigarayı bırakabilir. Başarı için, bırakma sürecinin zorluklarının ve bunlarla nasıl başaçıkılabileceğinin bilinmesi özellikle önemlidir. Azim, irade ve sabır faktörü bırakma süreci ve teknikleri konusunda bilinçlendirilmiş bağımlının bırakmada başarılı olmasını sağlayacaktır. Sigarayı bırakma yöntemleri bireylerin durum ve davranışlarına göre farklılık gösterir (81). Bir davranış değiştirme modeli olan Transteoretik Model, sigara içme davranışını azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya çalışan bireylerin bir dizi aşamadan geçeceğini belirtir. Değişim aşamaları olarak isimlendirilen bu aşamalar düşünme öncesinden (düşünmeme), sürdürme aşamasına kadar 5 bölümde incelenir;

1. Düşünmeme: Kişilerin gelecek altı ay içerisinde sigara bırakmaya yönelik hiç bir düşüncesinin olmadığı aşamadır.

2. Düşünme: Bu aşama, kişinin gelecek altı ay içerisinde sigarayı bırakma kararı aldığı aşamadır. Bu aşamada, kişi değişimin yararlarının farkına varmıştır, ancak değişimi başlatma konusunda çekingendir çünkü değişimin dezavantajlarının avantajlarını gölgede bırakacağını düşünmektedir.

3. Hazırlık: Bu aşama, kişinin gelecek otuz gün içinde sigarayı bırakmayı planladığı aşamadır. Bu aşamada kararsız durumdan kararlılığa geçilmiştir. Birey artık değişikliğe hazırdır. Bu aşamadaki bireylerin, konu ile ilgili kitap okuma, sağlık profesyonelleri ile konuşma, sağlık eğitimine katılma, danışmanlık hizmeti alma gibi hareket planları vardır.

4. Hareket: Bu aşamada, birey sigarayı bırakmıştır ancak bir önceki aşamaya geri dönme riski taşıdığı (relaps) ilk altı ay içindedir.

5. Devam Ettirme: Bu aşama, kişinin sigarayı altı aydan uzun süre önce bıraktığı dönemdir. Bu noktada bireyler, geri dönüşü engellemek üzerinde çalışırlar (Erol ve Erdoğan 2007).

Son yıllarda geliştirilen sigara bırakma yöntemleri çok geniş kapsamlı olmakla birlikte en sık yararlanılan yöntemler şunlardır:

1. Kendi kendine bırakma
2. Klinikler ve gruplar
3. Nikotin Bağımlılığının İlaçla Tedavisi
4. Davranışsal ve Bilişsel Teknikler
5. Sağlık Profesyonellerinin Önerileri
6. Hipnoz
7. Akupunktur
8. Kitle İletişim Araçları ile Yapılan Programlar

Kendi kendine bırakma

Sigarayı başarı ile bırakanların büyük bir çoğunluğu kendi kendine bırakma yöntemini kullanmışlardır. Kişinin bırakma sürecindeki zorlukları ve bunlarla baş etme tekniklerini bilmesi sigarayı bırakma başarısı için önemlidir. Başarılı olmasını sağlayacak diğer faktörler azim, irade ve sabırdır. Konu ile ilgili bilgi edinen birey ilk adım olarak kendi kendine bırakmayı denemelidir. Kendi kendine sigarayı bırakma tekniğini kullanan bireyler kitaplar, broşürler, teyp-videokasetleri, filtreler, dumansız sigaralar, bilgisayar programları kullanmaktadırlar. Amerika Birleşik Devletleri'nde kendi kendine bırakmayı deneyenlere yardımcı olan kılavuz kitapçıkların önemli bir işlev gördüğü anlaşılmıştır. Bu yöntemle sağlanan başarı oranı, bir yıl sonunda hala içmeyenlerin oranı anlamında, %8-15 olarak saptanmıştır (81, 93).

Klinikler ve gruplar

Yapılan çalışmalar grup danışmanlığının sigarayı bırakmada etkili olduğunu göstermektedir. Birçok ülkede gönüllü sağlık örgütleri, temsilcilikleri ve ticari kuruluşlar tarafından grup tedavilerine yönelik programlar hazırlanmıştır. Amerikan Akciğer Derneği'nin "Sigara Bağımlılığı Olmadan" ve Amerikan Kanser Enstitüsü'nün "Yeni Başlangıç" adlı programları örnek olarak verilebilir. Bu programların içerikleri benzer olup genellikle konferanslar, grup etkinlikleri, sigaranın azaltılarak bırakma gününe karar verilmesine yönelik programlar, aşırı sigara kullanma isteği ile baş etme yöntemleri, sigaraya tekrar başlamasını engellemeye yönelik öneriler ve stres tedavisinin yapılması gibi konuları içerir. Grup tedavileri haftalık ve aylık program şeklinde yapılmaktadır. Bu program dahilinde 30-40 dk süren toplantılar şeklinde uygulanmaktadır. İlk toplantıda hastalarla eğitimcinin tanışmasının ardından hedef belirlenir. Bundan sonraki toplantıda bırakma günü saptanır. Grup tedavilerinin başarısına bakıldığında sigarayı bıraktıktan sonra bir yıl sigara kullanmama oranı %15-30 arasında değişmektedir.

Giderek yaygınlaşan sigara bıraktırma poliklinikleri sigara ile mücadelede önemli bir yere sahiptir. Tekrarlayan denemelere rağmen bırakamayan fakat bırakmayı isteyenlerin, bu birimlere sevkleri veya başvurmaları gerekmektedir. Bu birimlerde tedavi 8-20 hafta sürmekte, bilişsel ve davranışsal müdahaleler ile ilaçla tedavi kullanılmaktadır. Sigara bıraktırma klinikleri olmaksızın bırakma olasılığı %3-5 iken poliklinik yardımı ile bu oran %25 ile %60 arasında değişmektedir. DSÖ Avrupa ofisinin kanıta dayalı tütün tedavi önerilerinde birinci basamak tedavinin yüksek oranda maliyet etkinliği vurgulanarak hem konu hem de özel sigortalarca ödenmesi önerilmektedir. Sigarayı bıraktırma kliniklerine kendi isteği ile başvuran hastaların tedavi sırasında bırakma oranları %80 iken bir yıllık takiplerde bu oran %15-29 lara düşmektedir (19, 53, 60, 61, 71, 89, 93).

Nikotin Bağımlılığının İlaçla Tedavisi

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Amaç; sigaranın kesilmesine bağlı olarak nikotin eksikliği sonucu gelişen nikotin yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırılarak, kişinin başka yönlere odaklanmasını sağlamaktır. Dolayısıyla kişi yoksunluk belirtilerini daha az yaşayacak, sigaranın davranış ve psikolojik alışkanlığı ile ilgili bileşenleriyle mücadele edecektir. Nikotin replasman tedavisinde (NRT) alınan nikotin dozu sigara içerek alınan dozdan daha düşüktür. Nikotin replasman tedavisi hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Nikotin bağımlılığının saptanması için en sık kullanılan yöntem Fagerstrom Tolerans Anketidir. Fagerstrom Tolerans Anketine göre 7 puan ve üzerinde alan bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin replasman tedavisinden yarar görmeleri olanaklıdır. NRT'nde günümüzde kullanılan ve onaylanmış olan 4 tane nikotin formu vardır; transdermal bant, sakız, nazal sprey ve oral inhalerdir (70, 81, 93).

Nikotin Bantları

Deriye yapıştırılan nikotin bantları ile elde edilen başarı %18-77 oranındadır. Bu bant ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü olarak verilmesi sağlanır. Bantın 16 saat ve 24 saat süre ile uygulanan formları vardır. Bant tercihen sabah, üst kola veya gövde ön yüzünde tüysüz bir bölgeye uygulanmalıdır. Nikotin bantından sigara içimi ile alınan nikotin miktarının %50'si organizmaya geçmektedir. Yapılan çalışmalarda her iki form arasında anlamlı bir etkinlik farkı bulunmamıştır. Hastaya göre değişmekle birlikte genelde 21 mg'lık formla başlanıp, 3-4 haftalık aralarla doz azaltılarak 8-12 hafta sürdürülür. Kişi nikotin replasman tedavisi sırasında kesinlikle sigara içmemelidir. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir. En sık görülen yan etkiler; lokal cilt reaksiyonlarıdır (1, 19, 53, 60, 61, 74, 93).

Nikotin Sakızları

Sigara bırakmada sık kullanılan ve en eski NRT formlarından biri olup 2 mg'lık ve 4 mg'lık formları vardır. Günlük maksimum doz 60 mg'dır. Sakızlarda bulunan nikotin, çiğneme sırasında ağız mukozasında emilir. Nikotin emilimi alakali ortamda

daha iyi olduğu için, çiğnemeden 10-15 dakika önce, çiğneme sırasında veya hemen sonra birşey yenilip içilmemeli; özellikle asidik içecekler (kahve, çay, soda v.b.) alınmamalıdır. Nikotin sakızı ile birlikte; davranışsal ve bilişsel sigarayı bırakma yönteminin devam ettirilmesi / sürdürme programlarının 1. yılında %33.3-%49 oranlarında başarı gösterilmektedir Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir. Hızlı çiğnenmesi aşırı tükürük salgısına ve gastrointestinal sistem yan etkilerine yol açar. Sigara içme isteği olduğu zaman sakız alınmalı ve 3-5 kez çiğneyip 30 sn kadar yanak mukozasında bekletilmelidir. Her sakız yaklaşık 30 dk çiğnenmelidir. En sık rastlanan yan etkileri; ağız irritasyonu, çenede ağrı, dispepsi, hıçkırık ve bulantıdır (4, 63, 71, 93, 102).

Nikotin Nazal Sprey (NNS)

Yüksek bağımlılığı olan olgular için uygun NRT olduğu düşünülmektedir. Bir doz, her iki burun deliğine bir püskürtmedir. Her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa biçimindeki NRT formudur. Saatte 1-2, en fazla 5 doz önerilmektedir. NNS vücuda nikotinin en hızlı alınış biçimidir ve bu nedenle farmakokinetik profili sigaranınkine benzer. Tedavi süresi 3-12 ay arasında değişmektedir. En sık görülen yan etkiler ise mukozal irritasyon, burunda yanma hissi, aksırık ve öksürüktür. Nazal mukoza hastalığı olanlarda kullanılmamalıdır (63, 70, 81, 93).

Nikotin İnhaler

Yeni geliştirilen NRT'lerinden biridir. Sigara ağızlığına benzer biçimde olduğundan sigara ile ilgili el ve ağız alışkanlığının yerini doldurması açısından yararlı olabilir. Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermektedir. Ancak efektif olarak alınan nikotin miktarı 1.5-2 mg kadardır. Dolayısıyla nikotin seviyesi düşüktür. Nikotin emilimi akciğerlerden çok ağız mukozasında olmaktadır. Günde 5-6 tane kullanılması önerilmektedir. Genellikle iyi tolere edilir, geçici ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük en sık görülen yan etkileridir (63, 70, 81, 93).

Nikotin Bağımlılığı Tedavisinde Nikotin İçermeyen Diğer İlaçların Kullanılması

Depresyon veya anksiyete belirgin bulgularsa, yoksunluk belirtilerinin hafifletilmesi amacıyla yapılan antidepresif tedavi bırakma başarısını yükseltebilir. Bupropion; antidepresif bir ilaç olmakla birlikte sigaranın bırakılmasında kullanılan nikotin içermeyen tek tedavi yöntemidir. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasını sağlamaktadır. Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır. İlk üç gün 150 mg, dördüncü günden sonra 300 mg dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. En sık görülen yan etkiler ise ağız kuruluğu, uykusuzluk ve baş ağrısıdır. En ciddi yan etkisi ise epilepsidir (81, 93).

Davranışsal ve bilişsel teknikler

Çok etkenli bir sorun olan nikotin bağımlılığının tedavisinde davranışsal ve bilişsel tekniklerin kullanılması önemli bir yere sahiptir. Nikotin bağımlılığının psikososyal tedavisinde ele alınan yaklaşımlarda, bağımlılık davranışıyla bilişsel, davranışsal ve sosyal başa çıkma, bilişsel yapılanma, özetkililik, problem çözme ve sosyal destek gibi konular ele alınmaktadır. Sigara Bıraktırma Klinikleri'nde sağlık personeli psikososyal tedavi açısından nikotin bağımlılılarına yardımcı olur. Tedavi süresi genellikle 8-20 hafta arasında değişmektedir. Başarı oranı ise %25-60 arasındadır (1, 19, 89, 93) .

Sigaraya Karşı Olumsuz Tepki Geliştirmeye Yönelik Teknikler:

a. Sigara alımının elektrik şok gibi bir uyaran ile eşleştirilmesi,

b. Sigara alımının miktarını aşırı düzeyde arttırılmasıyla, sigara alımının hoşa gitmeyen ani belirtilere neden olması,

c. Sigara alımı sırasında sigarayı kanser, miyokard enfarktüsü (kalp krizi) gibi olumsuz zihinsel durumlarla eşleştirmek.

d. Bu tekniklerin hepsi "Hoşa gitmeyen sonuçlara yol açan davranışın yapılma sıklığı azalır" ilkesine dayandırılmaktadır (1, 19, 70).

Bırakma Gününün Saptanması ve Bırakma Sözünün Verilmesi: Sigarayı bırakma günü on gün kadar ileri bir tarih olmalıdır. Bu süre "Sigarayı bırakmaya hazırlık dönemi" olarak adlandırılmaktadır.

Sigarayı bırakma nedenlerinin yazılması: Kişi sigarayı bırakma" önem sırasına göre bir kağıda yazmalı ve zaman zaman gözden geçirilebilecek şekilde yanında taşımalıdır (1, 19, 70).

Ödül ve Ceza Uygulamaları (Contigency Contracting): Bırakacak kişiden tedavi başlangıcında alınacak belli miktardaki para tutarının, bırakmada başarı elde edilmesi ve başarının sürdürülmesi durumunda kişiye geri ödenmesi bu kapsamdaki uygulamalardandır. Başarısızların oluşturduğu kaynağı kullanarak, başarılıları kendi yatırdığı miktardan daha fazlasıyla ödüllendirmek de söz konusu olabilir. Sigarayı bırakma kararı, bırakma kararını uygulamaya sokma, bırakmada ilk başarılı gün gibi bırakmada başarı anlamındaki tüm önemli gelişmeler için kişinin kendini ödüllendirmesi de bu kapsamdaki uygulamalardandır (1).

Sigara İçme Davranışının Kaydedilmesi ve Tanımlanması (Self Monitoring): Bırakmaya hazırlık döneminde bağımlının kendi içme davranışını kaydederek gözlemesi, koşullu ve ayırıcı uyaranların tanınmasını ve kuvvetlerinin belirlenmesini sağlamaktadır. Bu bilgiler ise bırakmayı izleyerek ortaya çıkacak içme isteğinin; ne zaman, nerede, hangi durumlarda ve hangi kuvvette ortaya çıkacağının tahmin edilmesinde yararlı olmaktadır. Dolayısıyla bu uygulama kişinin günlük sigara içme miktarını da düşürebilir (1, 70).

Uyaranların Kontrolü (Stimulus Control, Cue Extinction): Amaç sigara ile bağlantılı görünen çeşitli nesne ve durumların sigara ile olan bağlantısını kesmektir. Bu nesne ve durumlar koşullu ve ayırıcı uyaran olarak görev yapabilmekte ve içme isteğini uyarabilmektedir. Bunların bir bölümü hazırlık döneminde zayıflatılabilir. Örneğin birçok sigara bağımlısı yemek sonrasında veya çay/kahve içerken sigara kullanmaktadır. Bu tür durumlarda bireyin sigarayı bu koşulların dışında ki zamanlarda kullanması istenir. Bir diğer örnek ise kül tablası gibi sigara kullanma davranışını çağrıştıran nesnelerin ortamdan uzaklaştırılmasıdır (1, 55, 70, 89, 93).

Sigara ile İlgili Nesnelerin Evden ve İşyerinden Uzaklaştırılması: Bırakma öncesi içilen son sigaradan sonra sigara paketi, küllük vb tütün alımına aracılık eden her türlü gereç evden ve işyerinden uzaklaştırılmalıdır (1, 70, 81).

İçme İsteği ile Baş Etme Teknikleri: Sigara bırakmayı takiben birkaç dakikalık dalgalar halinde sigara içme isteği gelişebilmektedir. Bu tür sigara içme isteği geldiğinde kişi bunun geçici bir durum olduğunu aklına getirerek en önemli bırakma nedenlerini ve bu isteğin birazdan geçeceğini aklına getirebilir. Ayrıca derin nefes

alma egzersizleri, birkaç dakikalık egzersiz, kısa bir yürüyüşe çıkma, bir kağıda şekiller çizme gibi etkinlikler etkili olabilmektedir. Düzenli spor yapmak yönünde kişinin yönlendirilmesi yoksunluk belirtilerinin hafiflemesine yardımcı olur (1, 55, 70, 89, 93).

Destekleyici Önlemler: Sigarayı bırakma döneminde aile üyelerinin ve yakın arkadaşların destekleyici davranışlarının başarıyı arttırdığı öne sürülmektedir. Ev ve arkadaş çevresi dışında sağlık personelinin bırakmada devreye girmesi, grup terapilerinin uygulanması sağlanabilir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında, sigara bırakma girişimlerinin başarılı olabilmesi için sağlık personeli örnek davranış içinde olmalıdır. Sağlık kuruluşlarında sigaranın neden olduğu sağlık problemlerini ve sigara bırakmanın yararlarını anlatan broşür, kitapçık vb. yayınlar bulunmalıdır. Hatta mümkünse görsel eğitim araçlarından (video filmleri gibi) yararlanılmalıdır (1, 70, 81).

Yeniden Başlamaya karşı önleyici yaklaşım: Kişi kendini zorlayacak durumların farkında olup bunlarla baş etme konusunda eğitilmelidir. Buna rağmen kişi içme isteği karşısında zorlanıp yenik düşebilir. Kişi bunu doğru yorumlamalı ve suçluluk ve güvensizlik nedeni olarak görmemelidir. Bunun yerine sigara içmeme sözünü bozduran duruma karşı direnmeyi yeterince öğrenmeme olarak algılamalı ve kuvvetli bir direnme yeteneğine ulaşmalıdır (1, 70, 81).

Sağlık profesyonellerinin önerileri

Tütün kontrolü çok boyutlu, multi-sektörel bir program gerektirir. Bu program içinde sağlık profesyonelleri bireyleri sigara bırakma konusunda yönlendirebilir. Sağlık profesyonelleri psikosoyal yardım ya da davranış eğitimi ile bireylere yardımcı olmalıdır. Sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler hangi sebeple gelmiş olursa olsunlar sigara içme durumları mutlaka sorgulanmalıdır. Eğer sigara içiyorsa, sigara bırakma polikliniği veya konu ile ilgili sağlık profesyonellerine yönlendirilmelidirler. Ayrıca sağlık profesyonellerinin "sigara içmeyerek" topluma rol model olmalarıda önemlidir (53, 93).

Hipnoz

Başarı oranı değişik çalışmalarda %0-88 arasında bildirilmektedir. Tekli oturum, birkaç kişilik oturum veya bir grup oturumunda uygulanabilir. Bu yöntem özellikle diğer sigara bıraktırma yöntemlerini deneyen ve başarılı olmak için yoğun kişisel dikkate ihtiyaç duyanlara yardımcı olabilir. Hipnoz yöntemleri genellikle hayaller, öneriler, kendini başkasının yerine koyma, kendi kendine gevşeme, nefret etme yöntemleri gibi davranış ilkelerini içerir (74, 81, 101).

Akupunktur

Kimi araştırmacılar akupunkturun başarı oranının çok yüksek olduğunu savunurken çoğunluğu da akupunkturun sigarayı bırakmaya sadece yardımcı bir yöntem olabileceğini ileri sürmektedir. Etkinliği çok tartışmalı olmasına rağmen oldukça popüler bir yöntemdir. Sigarayı bırakmak için kullanılan iki tip akupunktur yöntemi vardır. Nazopunktur ve aurikulopunktur. Solunum yolarında dekonjesyon oluşturup bireyin tütüne karşı tiksinti hissetmesini sağlayan bir yöntemdir. Akupunkturun, vücudun bir yerinde endorfin salgılatarak sigaranın kesilme semptomlarını hafifletebileceği, fakat beraberinde, telkin beceri eğitimi ve diğer tedavilerinde uygulanması gerektiği söylenmektedir. Akupunktur yöntemi ile sigaranın bir yıl bırakılmış olma oranının %8-40 arasında olduğu bildirilmektedir (74, 81, 101).

Kitle iletişim araçları ile yapılan programlar:

Radyo, televizyon gazete gibi kitle iletişimi araçlarının eğitim programları halkın sigaranın zararlı etkilerinden haberdar olmasını sağlayarak halkı aydınlatır. Kitle iletişim programları;

a. Bilgilendirmeyi ve kişileri uyarmayı amaçlar,

b. İnsanları sigarayı bırakmaya yönlendirir,

c. Sigara bıraktırma programlarını sunar (74).

4.3. İş Sağlığı Ve İşyerlerinde Sigara Kullanımının Kısıtlanması

4.3.1. İş sağlığı tanımı ve amaçları

İnsan için iş kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Çalışmak, yaşamın bir parçasıdır. Ancak bazen insanlar yaptıkları işten, çalıştıkları ortamdan kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Oysa, yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır (14).

Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1950 yılındaki toplantısında iş sağlığının tanımı şu şekilde yapılmıştır: "İş sağlığı, bütün çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır". Çalışanların çalışma koşulları yüzünden sağlıklarının bozulmasını önlemek; çalıştırılmaları sırasında sağlıklarına aykırı etmenlerden korumak; fizyolojik ve psikolojik durumlarına en uygun çalışma ortamına yerleştirmek ve bu durumu sürdürmek, özet olarak işin insana ve her insanın kendi işine uyumunu sağlamaktır. Tarımda, sanayide, ticarette ve hizmet sektöründe çalışanların tümü iş sağlığının konusu içinde ele alınırlar (14).

İş/işçi sağlığının başlıca dört amacı vardır:

- Çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye çıkarmak,

- Çalışma ortamındaki sağlık tehlikelerini belirlemek ve bunları ortadan kaldırmaya çalışmak,
- Çalışana fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun iş vermek ve çalıştırmak,
- İş ve işçi arasında uyum sağlamaktır (28, 73).

Bu amaçlardan da anlaşılacağı gibi, iş sağlığı yalnızca çalışma koşullarına bağlı sorunlarla ilgilenmez, işçi ve ailesinin sağlığını bozabilecek diğer sosyal ve ekonomik koşullarla da ilgilenir. Çünkü, sosyal ve ekonomik sorunlar işçinin hastalanmasına ve iş veriminin azalmasına neden olur. Bu durumdaki bir işçi işini kaybedebilir, dolayısıyla, sosyal sorunlar daha ağırlaşabilir. Sonuçta, yalnızca işçinin kendisinin ve ailesinin sağlığı bozulmakla ve iş verimi düşmekle kalmaz, bu durum toplumun genelini ilgilendiren bir sorun olur. Bu boyutu nedeniyle işçi sağlığı toplumun tümünü ilgilendiren bir "halk sağlığı" konusudur (73).

4.3.2. Çalışma yaşamı ve insan sağlığı

İş ve sağlık arasında iki yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bir yandan çalışma yaşamı ve koşulları kişinin sağlığını etkilerken öte yandan çalışan kişinin sağlık durumu da işin niteliğini ve niceliğini etkilemektedir. Sağlıklı bir insan, hastalığı ve sakatlığı olan bir kişiye oranla daha verimli çalışır ve daha nitelikli üretim yapar. İş ve sağlık ilişkisinin diğer yönü olan, çalışma koşullarının iş sağlığı üzerindeki etkileri de sağlığı bozucu olabildiği gibi, sağlığı geliştirici de olabilir. Çalışmak ve üretim içerisinde bulunmak, diğer kişilerle etkileşim halinde olmak bireylerin psikososyal sağlığı üzerinde olumlu etkiler yapar. Ancak işin sağlık üzerindeki etkisi ağırlıklı olarak olumsuz bir etkidir, yani çalışan kişi işyeri ortamında bulunan pek çok faktörle karşılaşır ve bu faktörlerin etkisiyle sağlığı olumsuz etkilenebilir. Sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında bireysel bazı özelliklerin rol oynadığı bilinmektedir. Örneğin kişinin yaşı ve cinsiyeti bir hastalık konusunda son derece belirleyicidir. Çalışma hayatı ile ilgili sağlık sorunlarında da bu nokta çok önemlidir. Çocuklar ve kadınlar çalışma ortamlarında bulunan pek çok faktöre karşı, erişkinler ve erkeklere oranla daha duyarlıdırlar ve bu nedenle özel

olarak korunmaları gerekmektedir. Bu gereklilik yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır (14).

Bireysel özellikler konusunda genel olarak kişinin bireysel sağlık durumundan da söz edilmesi gerekir. Çalışma hayatında herhangi bir sağlık sorunu olmayan sağlıklı kişiler çoğunlukta olmakla birlikte, değişik sağlık sorunları olan kişilerde bulunabilir ve bu sağlık sorunları ile işyeri ortam faktörleri birlikte olduğunda daha olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Örneğin solunum sistemi ile ilgili sorunları olan kişi tozlu ortamda çalışırsa, var olan sağlık sorunu daha da artabilir. Kişinin genel sağlık durumu da, iş yeri riskleri ile etkileşme bakımından önem taşımaktadır (14, 25, 28).

4.3.3. .İşyerlerinde sigara kontrolü

İşyerleri sağlığı koruma ve geliştirme programları bakımından son derece elverişli ortamlardır. Kişilerin organize bir yapı içinde toplu olarak bulunuyor olmaları, kolay ulaşılabilirlik sağladığı için iyi bir zaman yönetimi ile sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programı başarı ile uygulanabilir. Sağlığı geliştirme programları içinde sigara kontrolünün özel bir önemi vardır. Çünkü sigara alışkanlığı bir yandan çeşitli sağlık sorunlarına ve bundan dolayı işgöremezliklere ve ölümlere neden olurken, bir yandan da işyerindeki çeşitli faktörlerle etkileşime girerek, bu faktörlere bağlı olarak meydana gelebilecek sorunların artmasına yol açmaktadır. Bundan dolayı işyerlerinde sigara kontrolüne yönelik çabalar hem çalışanlar açısından hem de işyeri açısından çok yararlı sonuçlar verir. Birçok gelişmiş ülkede bu konuda yapılan programlar, uygulamaların başarılı olduğunu göstermektedir. Ülkemizde de az sayıda olmakla birlikte başarılı uygulama örneklerine rastlanmaktadır (16, 18, 48).

İşyeri sigarayı bırakma ve araştırma konusunda bir ortam olarak birçok avantaja sahiptir.

1. Nüfusun oldukça istikrarlı bir bölümünü oluşturan birçok insana ulaşılmaktadır.

2. İşyeri ortamında olmayanlardan daha çok sigara içen nüfusun çoğunluğuna (işçilerin aileleri gibi) ulaşabilme potansiyeline sahiptir.

3. İşyerleri grup desteği ve sigarayı bırakmak ve sigarasız kalmak için pozitif eşdüzey etkisi sağlama potansiyeline sahiptir.

4. Geleneksel olarak düşük sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarına sahip ve bu yüzden sağlığı koruyucu ve geliştirici aktivitelerinden yararlanma şansı daha az olan genç nüfusu hedeflemek için fırsat sağlamaktadır.

5. Seçilmiş işyerlerinde, işyeri hemşiresi gibi işyeri sağlık çalışanları profesyonel destek vermek üzere hazırdır..

Sonuç olarak, sigarayı bırakma fırsatları ve işyeri programları işçi için bir avantajdır (86).

Sigara içmeyen bir kişinin sigara dumana maruz kalması pasif içicilik (pasif smoking), çevresel tütün içiciliği (environmental tobacco smoke: ETS), ikinci el içicilik (secondhand smoke) ve istemsiz içicilik (involuntary smoking) gibi çeşitli terimlerle anılmakta ve bu terimler sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Çevresel tütün içiciliği, evde, işte ve hatta toplum alanlarında sıklıkla maruz kaldığımız bir durum olup; bu durum ilk olarak genel cerrah C. Everett Koop tarafından tartışılmıştır. Sigaranın yanarken çıkardığı duman ve içicinin üflediği dumandan oluşmaktadır (66).

İşyerlerinde, tütün kontrol programlarının amaçları:

Çevresel tütün içiciliğine maruz kalan bireyler, sağlıklı, sigara içmeyen bireylere göre daha fazla akut ve kronik hastalıklarla karşı karşıya kalırlar. Bireylerin büyük bir kısmı, bu durumdan dolayı rahatsız ve sinirlilik yaşamışlardır. Ancak sigara içmeyen kişilerin büyük bir çoğunluğu çevresel tütün içiciliğine maruz kalmamak için yeterli kişisel önlem alamamaktadır.

İşyerlerinde sigara içimi yasaklandığında, çalışanların daha az hastalandıkları, sigorta masraflarının azaldığı, üretkenliklerinin arttığı fark edilmiştir. İşyerlerinde sigara içilmesine getirilen sınırlandırmalar, sigara içenlerin daha az sigara içmeye

başlaması ya da bırakmasını sağlamaktadır. Sigara içenler, içmeyenlerin sağlıklarından sorumlu olduklarını anlamaktadır. İngiltere'de erişkinlerde sigara içme prevelansı %27'de saplanıp kalmışken genişletilmiş işyeri yasaklarıyla bu oran %23'e düşmüştür (48).

Çeşitli örneklerde de belirtildiği gibi meslekle ilgili pek çok sağlık sorunu sigara içenlerde daha sık görülmektedir. Bu nedenle işyerlerinde sigara mücadelesine önem verilmelidir. Bu konuya dikkat çekmek üzere Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) başta olmak üzere uluslararası 5 kuruluş bir araya gelerek 2000 yılını "Sigarasız İşyerleri Yılı" olarak belirlemişlerdir. Böylelikle, işyerlerinde sigara mücadelesi konusuna özel önem verilmesi amaçlanmıştır (16).

İşyerlerindeki sigara kullanımının kısıtlanmasının asıl amacı hem sigara içenlerin hem de içmeyenlerin sağlığını koruyarak, sigara dumanından pasif etkilenmenin de önüne geçmektir. Bununla birlikte, sigara kullanımının kısıtlanması ile ilgili politikanın uygulandığı işyerlerinde sigara içenlerde daha az sigara içmek durumundadırlar. Böylelikle uygulamalar sigara içenler açısından da yarar sağlayacaktır (18).

İşyerlerinde sigara içiminin kısıtlanması bakımından başlıca iki tür politika vardır:

Sigarasız (smoke-free) işyeri: Bu uygulamada işyerine ait bütün binalarda ve ulaşım araçlarında sigara içiminin tamamen yasaklanması söz konusudur. Bazen kısıtlama, işyerinin bahçesini de kapsayabilmektedir. Bu durumda ise sigara içmek isteyenlerin bahçenin de dışına çıkmaları gerekmektedir. Dolayısıyla sigara içilen alanları azaltarak sigara içenlerin de içtikleri günlük sigara sayısını azaltmaları sağlanmakta ve sigarayı tamamen bırakmalarına destek olunmaktadır. Ancak, sigara içenler açısından önemli davranış değişikliği gerektiren bu yöntemin sigara bağımlıları tarafından benimsenmesi kolay olmamaktadır.

İşyerinde sigara içilmesi için özel alanların ayrılması: İşyerinde bazı alanların sigara içilmesi için ayrılmasını ve sigara içmek isteyenlerin yalnızca bu alanlarda sigara içmesine izin verilmesini içeren bir uygulamadır. İşyerinde bazı alanların sigara içenler için özel olarak belirlenmesi, bu bölümlerin iyi bir şekilde

havalandırılması ve işyerinin diğer bölümlerinden ayrılması gerekmektedir. Bu politika sigara içenler tarafından daha kolay benimsenmektedir.

İşyerinde sigara içiminin kısıtlanması için bu düzenlemeler yapılırken bir taraftan da sigara içenlerin sigara bağımlılığından kurtulmaları için destekleyici programların sağlanması gereklidir. Sigaranın bırakılması konusunda yararlı olduğu kanıtlanmış olan bilimsel yöntemler vardır. Bu amaçla sigara içenlere yönelik eğitim çalışmaları yapılır, sigara içmenin olumsuz etkileri ile sigarayı bırakmanın yararlı ve olumlu yönleri anlatılır. Böylelikle sigarayı bırakmak isteyen ve bu konuda desteğe ihtiyaç duyanlara da yardım sağlanmış olur (18).

Sigara kullanımı ve işyerindeki diğer riskler arasındaki ilişki

Çalışma ortamında bulunan faktörler ile sigara arasındaki etkileşim de çok önemlidir.

İşyerinde karşılaşılan riskler ve sigara arasında ki ilginin nedenleri şöyle sıralanabilir:

Sigara içimiyle meydana gelen toksik maddeler işyerinde de bulunabilirler. Bundan dolayı maruz kalınan toksik madde miktarı artar.

Sigara içmek, işyerinde mevcut toksik maddelerle sinerjistik etkileşime girebilir. Bu da tek başına sigara içimi ya da mesleki tehlikelerin her birinin ayrı ayrı göstereceğinden daha kötü sonuçlar doğurabilir.

İşyerindeki kimyasallar, sigara içimi sırasında yanan tütünün yaydığı ısıdan dolayı zararlı maddelere dönüşebilir.

Sigara taşıyıcı olarak, işyerindeki kimyasalların insanlara bulaşmasına neden olabilir. Örneğin, işçinin parmak uçlarına bulaşmış toksinler sigaraya, oradan da ağıza geçebilir (16, 48).

Sigara içimi mesleki akciğer hastalığı gelişme riskini arttırabilir ve mevcut işle ilişkili akciğer hastalığını tetikleyebilirler. Sigara içen ve kömür, silika, tahıl ve

pamuk tozuna maruz kalan işçilerde içmeyenlere göre kronik bronşit gelişme olasılığı daha fazladır. Riskler birikim göstermektedir. Benzer şekilde sigara dumanı ve pamuk tozu veya silikaya birlikte maruz kalanlarda KOAH riski fazladır.

Asbest, radon, arsenik, dizel eksozu, aromatik aminler ve silikaya maruz kalan sigara içen işçilerde içmeyenlere göre kanser gelişme riski daha fazladır. Örneğin sigara içmeyen asbest yalıtım işçisinde akciğer kanseri riski 5 kat artmışken sigara içen asbest yalıtım işçisinin riski 50 kat fazladır (53).

DSÖ'nün bir yayınında yer alan çalışma sonuçlarına göre asbest işçilerindeki akciğer kanseri riski 5 kat daha fazla bulunurken, sigara içenlerdeki akciğer kanseri riski 11 kat fazladır. Asbest işçisi ayrıca sigara da içiyorsa akciğer kanseri meydana gelme olasılığı 55 kata yükselmektedir. Bunun gibi pek çok işyeri riski ile sigara arasında etkileşim söz konusu olabilir. Böylece, zaten kirli havalı bir ortamda çalışmakta olan işçiler sigara içtikleri için büyük risk altına girmektedirler (16).

4.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik aktiviteleri ifade etmektedir. Bireyin var olan davranışının üst düzeye çıkarılmasıdır. Birincil korumanın temel bileşeni olup sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreçtir (38).

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), DSÖ tarafından insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha iyiye götürme sürecinin bütünü olarak tanımlanmıştır (WHO, 1986). İnsanların davranışlarının değiştirilmesini, dolayısıyla hastalıkların majör faktörlerinin önlenmesini hedef alan topluma dayalı çeşitli stratejiler içermektedir (OECD 2004).

Sağlığı geliştirme aktiviteleri iki bölümde incelenmektedir :

- Bireye, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına yönelik aktiviteler,

- Kazanılan davranışın sürdürülmesini destekleyen çalışmalar (38).

Sağlığı geliştirmenin sağlık politikaları ve uygulamaları içine girişi 1974'te Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde'ın yayınladığı "Lalonde Raporu"na dayanır. Bu Rapor, sağlığı geliştirme yaklaşımının, bir toplumun sağlığını geliştirip güçlendirmenin anahtar stratejisi olarak belirtildiği "ilk" belgedir. Rapor, diğer ülkelerde de sağlığı geliştirme girişimleri için temel oluşturmuştur. 1986 yılında Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı yapılmış ve Ottowa Sözleşmesi yayınlanmıştır. Ottowa Bildirgesi, Sağlığı Geliştirme kavramı çerçevesinde "sağlıklı toplum politikası" ve "sağlığı destekleyen çevre ve ortamlar yaratılması" nın önemini vurgulamıştır.

Ottowa Bildirgesi Sağlığın Geliştirilmesinde beş strateji üzerinde durmuştur. Bunlar:

1. Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak,
2. Yaşanılan çevrenin sağlıklı ve yaşama uygun hale getirilmesi,
3. Toplumun etkinliğinin güçlendirilmesi,
4. Kişisel becerilerin geliştirilmesi ve
5. Sağlık hizmetlerinin değişen koşullara uyarlanmasıdır.

Bu stratejilerin ilk üçü çevre ve yaşam biçimlerine ilişkin etkinliklere odaklanmaktadır. Ottowa Sözleşmesi sağlığı geliştirme uygulamalarının dünya geneline yayılmasını güçlendirmiştir. Ottowa Bildirgesi ile ifade edilen temel nokta "sağlıklı toplum politikası"dır. Sağlığın geliştirilmesi programları topluma dayalı ortamlarda hastane ortamına göre çok daha başarılı sonuçlar vermektedir (13, 59, 68, 75).

1997'de Jakarta'da düzenlenen, Sağlığı Geliştirme konulu dördüncü Uluslararası Konferansta 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme Eylem Planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir. Sigara, Sağlıklı Toplum 2010 kapsamında belirlenen öncelikli alanlardan biridir (Jakarta Deklarasyonu, 1997).

4.5. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları

Günümüzde, pek çok ülkede görülen yıllık ölümlerin en az %50'sinin sağlıksız yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle hem ülkeler, hem de sağlıkla ilgili organizasyonlar bireyin sağlığını geliştiren ve sürdüren stratejiler geliştirmektedirler. Son yıllarda iş sağlığına yönelik yapılan çalışmalarda sağlık sorunlarının büyük bölümünün çalışanların genel sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu ve buna paralel olarak da sağlık bakım giderlerinin tedaviye yönelik gittikçe arttığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar firma yöneticilerinin çalışanın sağlığını geliştirmeye yönelik programları desteklemelerine neden olmuştur.

İş sağlığı hizmetleri gelişmiş ülkelerde 1970'li yıllardan beri firmalar sağlığı geliştirme programlarını uygulamaktadırlar. Bu programların uygulandığı işyerlerinde üretkenliğin ve çalışan memnuniyetinin arttığı, sağlık bakım giderlerinin azaldığını gösteren sonuçlar programlara verilen önemin artmasına neden olmuştur.

İş sağlığı hizmetleri bir ekip çalışmasını gerektirir. İş sağlığı hizmet ekibi; hekim, hemşire iş güvenliği uzmanı, iş hijyenisti, psikolog ve sosyologdan oluşur. Sağlığı geliştirme programlarının yönetiminin hemşirenin görevleri arasında olduğu ve hemşirelerin çalıştıkları iş yerlerinde bu programların geliştirilmesi ve uygulanmasına daha fazla önem vermesi gerektiği belirtilmektedir. İş sağlığı hemşirelerinin yürüttüğü programların; üretim, sağlık bakım giderleri ve çalışanın sağlığı üzerindeki olumlu sonuçlarının gösterilmesi hemşirelik hizmetlerinin gelişimini desteklemiştir (37).

4.5.1. Sağlığı geliştirme programlarının iş sağlığı açısından önemi

İş alanında sağlığı geliştirme programlarının gelişimini etkileyen en önemli faktörün çalışanlara ve ailelerine sağlık bakım harcamalarının tedavi yönünde gittikçe artması olduğu belirtilmektedir. Bu sonuç; çalışanların sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik programların uygulanmaya konmasını gerekli kılmıştır. Bireyin sahip olduğu yaşam biçimi davranışlarının hastalık oluşumu üzerindeki etkisini gösteren araştırmalar da bu sonucu desteklemiştir. Bu araştırmalara örnek olarak;

Paffenberger'in düzenli egzersizin sağlık üzerine olumlu etkisini gösterdiği çalışması ve Framingham'ın kalp hastalığı risk faktörleri ile ilgili çalışması gösterilebilir.

İşyerlerinin sağlığı geliştirme programlarının etkin olarak uygulanabileceği ve başarılı sonuçların alınabileceği yerler olduğu belirtilmiştir. Çalışanların uyku dışındaki yaşamlarının büyük bölümünün işyerlerinde geçmesi, programlara katılımı ve kazanılmış davranışın sürekliliğini saptayabilir. Çalışanların sağlık düzeylerinin geliştirilmesi ile toplumun sağlık düzeyinin de gelişebileceği belirtilmektedir (37).

4.5.2. İşyeri sağlığı geliştirme programlarının tanımı ve düzeyleri

İşyeri sağlığı geliştirme programları; çalışanların iyilik düzeylerini en yüksek sağlık düzeyine çıkarmak ve sağlık risklerini azaltmak amacıyla geliştirilir. En yüksek sağlık düzeyi bireyin, fiziksel, sosyal, entelektüel, duygusal ve inançla ilgili gereksinimlerinin bir denge içinde olmasını gerektirir.

Sağlığı geliştirme programları; stres yönetimi, beslenme ve kilo kontrolü, düzenli egzersiz, sigara bırakma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik planlanabileceği gibi bel ve sırt ağrısı, kişisel koruyucu kullanma vb. iş kaynaklı sorunlara yönelik de planlanabilir. Sağlığı geliştirme programlarının; iyilik, sağlıklı olma ve işçiye yardım programları olmak üzere üç çeşidi vardır. İyilik ve sağlıklı olma programları genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye ve koroner kalp hastalığı risk faktörlerini azaltmaya yönelik düzenlenen programlardır. İşçiye yardım programları ise sigara, alkol vb. sağlığa zararlı alışkanlıkları önleme, bırakma ve stres yönetimi gibi ruhsal sorunların çözümüne yönelik davranış geliştirmeyi amaçlar.

Sağlığı geliştirme programları üç düzeyde ele alınmaktadır. Birinci düzey; bireyin davranışının farkında olmasını sağlama, ikinci düzey davranış değişimi ve üçüncü düzey kazanılan davranışın sürdürülebileceği destekleyici çevrenin oluşturulmasıdır. Birbirini etkilemesi açısından üç aşamanın da uygulanması önerilmektedir (37).

I. Düzey: Bireyin davranışının farkına varmasını sağlama: Davranış değişimini etkileyen bilgi ve inançları değiştirmek temeline dayanır. Bu aşamadaki uygulamalar, bireyin, sağlıksız davranışının sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin farkına varmasını sağlama amacıyla planlanır.

Öncelikle; program yapılacak konuyla ilgili çalışanların toplu olarak bulunduğu yerlere (yemekhane, kafeterya, giriş ve çıkış yerleri ve sağlık servisi gibi) posterler asılarak, afiş, el broşürleri, tek sayfalık bülten gibi araçlar dağıtılarak çalışanların konuya dikkatlerinin çekilmesi sağlanır. Daha sonraki aşamada grup sağlık eğitimleri yapılarak çalışanların daha ayrıntılı bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Bu düzeydeki

uygulamalara sağlık taramaları yaparak da başlanabilir. Taramalar sırasında riskleri belirlenen çalışanların davranış değiştirme sürecine daha istekli katıldıkları belirlenmiştir (37).

II. Düzey: Davranış değiştirme: Sosyodemografik ve kültürel düzeyi ne olursa olsun her insanın yaratıcı ve çözümleyici yeteneğini kullanarak, kendi kendine değişebilme ve sürekliliği sağlama yeterliliği bulunduğu belirtilmektedir. Bireyin davranış değişimini sağlayan yöntemler kendi kendine değişebilme üzerine temellenmiştir. Hemşire, bu yöntemleri bireye tanıtır, uygulaması için yapması gerekenleri öğretir ve davranış ile ilgili değişimleri takip ederek kayıt tutar. Ancak bireyin kendi kendine uygulama sürecine müdahale etmez. İş sağlığı hemşirelerinin davranış değiştirme teknikleri ile ilgili bilgi ve beceri sahibi olmaları gerekli görülmektedir. Bu teknikler aşağıda belirtilmiştir.

Bireyin kendi kendini değerlendirmesi teknikleri

Bireyin bilişsel kapasitesini güçlendirme teknikleri

Model olma

Operant koşullama

Ters koşullama

Uyaran kontrolü (37).

III. Düzey: Destekleyici çevrenin oluşturulması: Bireyin kazanmış olduğu yeni davranışı sürdürebileceği bir çevre yaratmaya yönelik uygulamaları içerir. Örneğin; düzenli egzersiz yapma davranışı kazanan çalışan, işyerinde egzersiz yapacağı bir ortam olursa davranışı sürdürebilir. Kolesterolü yüksek olan bir çalışanın, işyerinde uygun besinler yemesi sağlanırsa kolesterol düzeyi normale dönebilecektir. Kazanılan davranışa yönelik destekleyici çevre oluşturulmazsa davranış alışkanlık haline gelerek yaşamın bir parçası olamaz ve davranış değiştirme süreci başarılı olarak sonuçlanamaz (37).

Sağlığı geliştirme programlarının her düzeyi için katılımı destekleyecek ödüller verilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (37).

İşyeri sağlığı geliştirme program örnekleri

1970 yılından bu yana giderek artan sayılarda çeşitli kuruluş ve firmalar iş sağlığı geliştirme programları hazırlayarak uygulamaya koymaktadırlar. Başarıyla uygulanan programlardan biri, Johnson and Johnson şirketinin 1979 yılında gerçekleştirdiği yaşam için yaşa (Live for Life) programıdır (21, 38).

Program, çalışanların yaşam biçimi davranışlarının sorgulanmasıyla başlar. Kan basıncı, kan-lipid düzeyleri, yağ oranı, kilo ve boy değerleri, vital kapasiteleri belirlenir. Veriler her bir çalışan için değerlendirilir (21, 38).

Programın içeriği, sigara bırakma, kilo kontrolü, stres yönetimi, beslenme, egzersiz, kan basıncı kontrolünden oluşmaktadır. 1983 yılında programın değerlendirmesi yapılmış ve programa katılanların büyük bölümünün sigarayı bıraktığı, kilo kaybettiği, vital kapasitelerinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca sağlık bakım harcamalarının düştüğü belirlenmiştir (21, 38).

Diğer başarılı iş sağlığı geliştirme programlarına örnek olarak; AT and Communications firmasının Bütüncül Yaşam Kavramı Programı, Kimberly-Clark firmasının programı, Control Data firmasının iyi olun adlı programı gösterilebilir. Bu programlar bu alanda geliştirilen ve sonuçları amaca uygun olarak başarılı olan uygulamalardır (21, 38).

4.5.3. İşyeri sağlığı geliştirme programlarında iş sağlığı hemşiresinin rolleri

İş sağlığı hemşireleri sağlığı geliştirme programlarının geliştirilmesinde; liderlik, koordinasyon ve programın yönetilmesini sağlarlar. Davranış değişimi sürecine eğitimci olarak katılabilirler.

Hemşirelerin program geliştirme sürecinde genel olarak aşağıda belirtilen özellikleri dikkate almaları önerilmektedir;

- Programa başlamak için en uygun zaman Eylül ya da Ocak ayıdır. Mart, Nisan, Mayıs ayları uygun zamanlar değildir.
- Seminerler her ay aynı gün ve saat için planlanmalıdır.
- Gün içinde yapılan uygulamalar çalışanların eşleri veya diğer vardiya çalışanları için tekrarlanabilir.
- Programlar konuyla ilgili olan ulusal günlerde başlatılabilir. Örn: kalp haftasında, kanserle savaş günü veya sigara bırakma gününde ilgili programlar başlatılabilir. Böyle bir durumda çalışanlar konuyu görsel ve yazılı medyadan da takip edebileceği için katılım oranı artabilir.
- Programlar yavaş ve uzun bir süreyi kapsamalıdır (8-10 hafta). Aynı gün ve saatte olmasına özen gösterilmelidir.
- Programlarla ilgili sonuçlar haber panolarında duyurulmalıdır.

Programın tanılanması aşamasında; programda görev alacak kişiler, programın tüm aşamaları için gerekli olan araç-gereç, eğitim odası, katılımcılar için izin alınıp alınmayacağı gibi gereksinimler, kurumun olanakları, kurum dışı kaynaklar ve program için gerekli olan bütçe belirlenir.

Programın planlama aşamasında; öncelikle uygulama süresince gerektiğinde destek ve görüş almak için konu ile ilgili kurum içi veya dışından danışmanlar belirlenir. Bu programın güvenilirliğini destekleyecektir. Programın amaç ve hedefleri belirlenir. Bu amaç ve hedeflerin ölçülebilir olması önerilmektedir. Bu durum değerlendirmenin objektif olmasını sağlayacaktır. Kurum politikaları bunları

destekler nitelikte olmalıdır. Amaç ve hedeflere göre uygulanacak programın aşamaları ve zamanları da içeren ayrıntılı uygulama takvimi oluşturulur.

Programın uygulanması aşamasında; planlama aşamasında belirlenen amaç ve hedefler paralelinde davranış değiştirme sürecinin üç aşamasına yönelik ayrıntılı bir içerik geliştirilir. Uygulamanın birey ya da gruba yapılmasına karar verilir.

Programı değerlendirme aşaması; programı çalışan, üretim, maliyet-yarar üzerindeki etkilerini belirlemek ve programın başarısını değerlendirmek açısından önemli bir aşamadır. Bu aşamada yapılması gereken uygulama, amaç ve hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığının değerlendirilmesidir. Bu amaçla; programın uygulama süreci, çalışanlar üzerindeki kısa dönem etkileri, davranışın kazanılıp kazanılmadığı ve maliyet-yarar analizi kriterleri göz önüne alınır.

İş sağlığı hemşireleri yukarıda örneği sunulan programı oluşturur, uygulamayı takip eder, koordinasyonu sağlar, yeterli olduğu konularda eğitimci olarak görev alabilir. Değerlendirme kriterlerine göre programın başarısını değerlendirir.

Programa başlamadan önce programın taslağını firma yönetimine sunar. Uygulamada her aşama ile ilgili rapor verir ve sonuçları takip eder (37).

4.6. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir (36, 38).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları insanların kendi sağlık düzeltme ve kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlık yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasının kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu davranışlar uygulamaları

kaçınılmaz bir gerçektir. Sağlıklı yaşam bilincinin oluşması ile sağlığa ve sağlıklı yaşama verilen değerin artması, ancak bireylerin sağlıklarını kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline sahip olmaları ile mümkün olabilecektir (27, 52).

Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesindeki rolleri

Savunucu – Taraftar Rolü (Advocator)

- Bireyin savunma gücünü arttırır
- Yasaları bilir, kendine güvenir, güven yaratır, riskleri bilir, iyi konuşur, ikna eder, fark gözetmez.
- Uygun çözümler ortaya koyar
- Ekip üyelerinin işbirliğini sağlar
- Bireyi başvuracağı kaynaklardan haberdar eder
- Toplum programları yapar (52).

Bakım Yöneticisi (Care Manager)

Hemşire maliyeti azaltmak amacıyla bir bakım yöneticisi gibi rol alır. Bu yönetim biçimi hemşirelerin etkisiz ve güvensiz bakımlardan kaçınmasına yardımcı olur. Başarılı bir bakım yönetimi diğer gruplarla da iletişime dayanır. Bakım yöneticisi bireysel isteklere ve ailenin isteklerine karşı şeffaf olmak zorundadır (27).

Geliştirilen ‘e-bakım’ sistemiyle internet ortamında daha kısa zamanda ve daha az enerjiyle bulgularımızı araştırabiliriz. Aynı zamanda bireylerle ve sağlık bakım grubunun diğer üyeleriyle iletişim sağlamada bu veri tabanı oldukça yararlıdır (27).

Hemşirenin bakım vermede doğrudan ve dolaylı rolü vardır. Hemşirelik becerileri ya doğrudan bireye uygulanır (ilaç verme, besleme vb.) ya da birey-aile-

grup ile diğer disiplin üyeleri ile, toplumsal kurumlarla işbirliği yaparak bakım gereksinimleri dolaylı yoldan karşılanabilir (52).

Danışman (Consultant)

Danışmanlık insanların nasıl hissettiğini anlamaya ve onlara ne yapacaklarına karar vermede yardımcı olmaya yönelik bir çalışma biçimidir (52).

Danışman hemşire bireyi ve ailelerini dinler, fikirlerini açıklamaları için cesaretlendirir, problem çözümüne yardım eder ve yol gösterir. Gerektiğinde hemşire, uzmanlık alanındaki diğer kişiler ve bireyler arasında arabuluculuk yapar. Uzmanlık alanındaki grubun diğer üyelerinin bilgi gereksinimlerinin farkındadır (27).

Hizmetin Sunucuları (Deliverer of Services)

Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme uygulamalarına katılır, doğrudan hemşirelik bakımı uygulamaları verir. Bu yolla hemşirelik görsel bir nitelik kazanır (27).

Eğitimci (Educator)

Zengin kaynaklara rağmen gereksinimleri olan bir toplumda hemşire bu gereksinimlerin uygulayıcısı olmalıdır. Örneğin; endüstri yada ulaşım güvenliği gibi bir konuda toplum belli yasalara ve literatür bilgisine sahip olabilir ancak bunların sosyal hayatta uygulanması konusunda sıkıntı yaşıyor olabilir. Böyle bir durumda hemşire bu yasalar konusunda toplumu eğitmeli ve öğretici rolünü kullanmalıdır. Hemşire toplumun eğitim gereksinimlerine göre performans göstermelidir. Gerekirse eğitim metodlarına ulaşmak için literatür taraması yapmalıdır. Kişilerin ihtiyaçlarına göre uygun eğitim metodunu kullanmalıdır (27).

İyileştirici (Healer)

Bakımda hemşire önsezilerini kullanarak sağlık bakım grubunun diğer üyelerinin teorik bilgi ile yakalayamadığı bilgilere ulaşabilir. Psikolojik, bilimsel, kliniksel konularda yönetme kabiliyeti sıra dışı bir sanattır (27).

Araştırmacı (Researcher)

Günümüzde sağlık hizmeti veren çevreler arasında hemşireler hizmetin kaliteli olması ve değerini geliştirmek için çaba vermektedir. Hemşireler yeni bulguları araştırdıkça buldukları kanıtlar ile hemşirelik uygulamalarını geliştirebilirler (27).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın türü:

Araştırma işçilerin sigarayı bırakmasında iş sağlığı hemşiresinin rolünü belirlemek amacıyla ön değerlendirme-son değerlendirme kontrol gruplu deneysel araştırma olarak yapıldı. Çalışmada deney grubu yerine girişim grubu terimi kullanıldı. Son değerlendirme uygulaması ön değerlendirmeden 6 ay sonra yapıldı.

Hedefler

1. Sigara kullanan çalışanların sigara içme sıklığını ve sigara içme davranışı ile ilgili özelliklerini belirlemek.
2. Sigara kullanan çalışanların tükürük kotinin (nikotin metaboliti) düzeylerini ve nikotin bağımlılık durumlarını belirlemek.
3. Ön değerlendirme ve son değerlendirme girişim ve kontrol grubu tükürük nikotin düzeylerini karşılaştırmak
4. Girişim ve kontrol grubunun nikotin bağımlılık ölçeğinden aldıkları puanları karşılaştırmak
5. Girişim ve kontrol grubunun sigara bırakma oranlarını karşılaştırmak
6. Girişim ve kontrol grubunun TTM aşamalarında değişim durumunu belirlemek

5.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan bir ilaç fabrikasında çalışan ve sigara kullanan işçiler oluşturdu (N=180). Örnekleme, (yaş ve cinsiyete göre) tabakalı rastgele örnekleme yöntemine göre seçilen ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan, 100 işçi alındı. Basit rastgele sayılar tablosu yardımı ile 50 kişi girişim ve 50 kişi de kontrol grubuna ayrıldı.

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İstanbul'da bulunan bir ilaç fabrikasında Şubat 2008 - Ağustos 2009 tarihleri arasında yürütüldü. Fabrikada İşletme 1, İşletme 2 ve İşletme 3 olarak isimlendirilen 3 ayrı (bağımsız) bölümde toplam 596 kişi çalışmaktadır. Çalışanların 285'i kadın 311'i ise erkektir. Fabrika işyeri sağlık biriminde tam zamanlı olarak çalışan 1 işyeri hekimi ve 1 işyeri hemşiresi bulunmaktadır. İşyeri sağlık birimi hafta içi saat 07:30-17:30 saatleri arasında hizmet vermektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

1. Girişim grubunda olan ve sigara bırakma programına katılan işçilerin sigara bırakma oranı kontrol grubundan daha yüksek olacaktır.
2. Girişim grubunda olan ve sigara bırakma programına katılan işçilerin nikotin bağımlılık puanları kontrol grubundan daha düşük olacaktır.
3. Girişim grubunda olan ve sigara bırakma programına katılan işçilerin tükürük kotinin düzeyi, kontrol grubunda olan işçilerin tükürük kotinin düzeyinden daha düşük çıkacaktır.
4. Girişim grubunda olan ve sigara bırakma programına katılan işçiler, kontrol grubuna göre değişim aşamalarında daha fazla ilerleme göstereceklerdir.

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, ön değerlendirmede Değerlendirme Anketi I, son değerlendirme Değerlendirme Anketi II ile toplandı. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve Değişim Aşamaları Anketi hem ön değerlendirme hem de son değerlendirme de dolduruldu. Veri toplama araçlarının özellikleri aşağıda açıklandı.

5.4.1. Değerlendirme Anketi I (Ön değerlendirme)(Ek I)

Değerlendirme Formu I, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir ve 17 sorudan oluşmaktadır.

Ankette, çalışanın adı soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma şekli, sigaraya başlama yaşı, sigara içme nedeni, evde başka sigara içen olup olmadığı, çalışmadığı günlerde içtiği sigara sayısında bir değişiklik olup olmadığı, şu andaki sağlığını nasıl yorumladığı, son bir yıl içinde solunum sistemi hastalıkları nedeniyle kaç gün raporlu olduğu, kronik hastalık durumu ve ilk kotinin düzeyini içeren sorular yer almaktadır.

5.4.2. Transteoritik Model Değişim Aşamaları Formu (Smoking Stage of Change/Short Form)(Ek I)

Bu form değişimin zaman boyutunu açıklar.1982 yılında James Prochaska ve Carlo DiClemente'nin değişim ne zaman oluşur sorusuna cevap arayan çalışmalarıyla geliştirilmiştir. Sigara içen ve içmeyenlerin "o andaki sigara içme durumlarını ve gelecekte sigaraya başlama veya bırakmayı düşünme aşamalarını" tanımlayan bir formdur.

Bunlar:

Düşünmeme/Ön düşünme: Davranış değişiminin hiç düşünülmediği aşamadır.

Düşünme: Gelecek altı ay içinde davranış değiştirmenin düşünüldüğü aşamadır.

Hazırlık: Gelecek bir ay içinde davranış değişikliğinin düşünüldüğü aşamadır.

Hareket: Kısa süreli değişikliklerin uygulanmaya başladığı aşamadır.

Devam ettirme: Davranış değişimi oluştuktan sonra altı ay ve sonsuz süreyi kapsayan aşamalardır.

Değişim aşamaları; bireyleri gelecek aşamaya ilerletmek için ihtiyaç duyulan girişimler için rehberlik eder.

5.4.3. Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)(Ek I-II)

Bireylerin nikotin bağımlılık düzeyini gösteren bu ölçek, Fagerstrom tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi "0", "1", "2", "3", şeklinde puanlanmıştır ve cevap seçeneklerinden birinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10 ve en düşük puan ise 0'dır.

FNBT'nin Türkçe versiyonu orta derecede güvenilir bulunmuştur (Cronbach alfa: 0.56) (Uysal, 2004) Bu çalışmada alpha güvenilirlik katsayısı 0.60 bulundu.

Çalışmamızda nikotin bağımlılık testinden elde edilen puana göre,
0-2 puan: Çok düşük bağımlılık
3-4 puan: Düşük bağımlılık
5 puan: Orta bağımlılık
6-7 puan: Yüksek bağımlılık
8-10 puan: Ağır bağımlılık olarak değerlendirildi.

5.4.4. Tükürükte nikotin düzeyi testi (Saliva nicotine test)

Araştırmalarda kişinin sigara kullanma davranışını değerlendirmede, kendi bildirimi yanında, biokimyasal göstergelerin kullanımı gittikçe artmaktadır. Bu kapsamda solunumla dışarı verilen karbon monoksit (CO) ölçümü ve serum, idrar, tükürük ve saçta nikotin ve kotinin (nikotin metaboliti) analizleri yapılabilmektedir. Tütünün etkilerinden asıl sorumlu olan madde nikotindir. Nikotinin vücutta yıkılmasıyla oluşan maddeye de "kotinin" denmektedir. İdrar nikotini kısa yarılanma süresine sahip olduğundan ve dolaşım sisteminde hızla metabolizmaya karıştığından sigara kullanma durumunu belirlemede sınırlı bulunmaktadır. Bu nedenle nikotinin ana metabolizma ürünü olan ve yarılanma ömrü 10-40 saat olan kotinin ölçümü daha güvenli bulunur. Kotinin düzeyi sadece son nikotin alımını değil, aynı zamanda yaklaşık 7 günlük alımı da gösterir (51).

Tükürükte kotinin ölçümü sigara kullanma durumu hakkında bilgi veren alternatif yöntemlere nazaran daha az zaman gerektiren ve daha ucuz olan bir yöntemdir (Rebagliato, 2002). Tükürük numunelerinin alınması, idrar numunesi almaya göre daha kolay ve bireyler tarafından daha kabul gören bir yöntemdir (20).

Test, biyolojik herhangi bir risk olmadan tükürükte nikotin değerini ölçerek bireylerin sigara içme durumunu incelemektedir. Tükürük kullanılarak yaklaşık 15 dakikada yarı nicel sonuçlar elde edilebilmektedir. Test kotinine karşı son derece duyarlıdır. Kotinin konsantrasyonu 0 ng/ml'den 2000 + ng/ml'e kadar saptanarak 6 kategoride sınıflandırılmaktadır. Tükürük örneğinde 1 ve üstünde alınan değer sigara kullanımını ya da sigara ürününe maruz kalındığını göstermektedir (64)(Tablo 1).

Sigara bırakma çalışmalarında motivasyonu artırmak için, kotinin düzeyi ölçümü yapılabilmektedir. Tükürük kotinin testi araştırmalarda bireylerin sigara bırakmayı başarıp başarmadığının saptaması amacıyla da kolaylıkla kullanılabilmektedir.

Tükürükte nikotin düzeyi testinin temini:

Türkiye'de tükürükte kotinin değerini gösteren herhangi bir malzemeye ulaşılamadı. Yurt dışından kotinin striplerinin getirilebilmesi için gerekli mali desteği sağlamak üzere araştırma projesi BAPKO'ya sunuldu. BAPKO tarafından yapılan mali destek (7.500 TL) stripler için yeterli değildi. Bu yüzden gümrük işlemleri ve diğer masrafların maliyetinin bir kısmı araştırmacı tarafından karşılandı. Sonuç olarak araştırma için 200 adet (+5 yedek) NicAlert Saliva nicotine test Kanada'dan getirtildi.

Tükrükte kotinin bakmak için gerekli malzemeler:

- Bir kotinin stripi
- Huni, ufak plastik şişe ve kapağı,
- Zaman tutmak amacıyla kronometre veya saat,
- Temiz ve dış yüzeyi emici olmayan ince tabakalı yönerge kağıdı kullanılabilir.

Yöntem ve testi okuma:

1. Yönerge kağıdındaki yerine stripi yerleştirin. Stripi kağıt ya da kağıt mendil gibi emici malzemeler üzerine koymayınız.

2. Tükürük testi takımı paketini açınız ve tükürük haznesi kapağını çıkarınız.

3. Huniyi tükürük haznesinin üzerine yerleştirin, hunide tükürüğü biriktirip tükürük haznesinin en az 1/3'i dolana kadar doldurun ve kapağını kapatın.

4. Stripin ucundaki beyaz ped yapıya, tıpası kapatılmış tükürük tüpündeki tükürükten 8 damla damlatınız.

5. Şeridi üzerindeki kırmızı bölge üzerindeki beyaz bölgeye transfer olana kadar yönerge kağıdının üzerinde beklemeye bırakınız. Şeridin ucundaki mavi şerit iyice gözden kaybolduğunda kırmızı şeritleri okuyunuz (Seviye 0-6). 15-30 dakika sonra eğer mavi şerit kaybolmamışsa daha fazla numune uygulayınız ve oluşma için extra bir 15-30 dakika ilave ediniz (bazı tükürükler çok koyudur ve yukarı hareket etmeleri için daha uzun bir zamana ihtiyaç vardır).

Strip üzerindeki numaralarda, kırmızımsı çizgiler meydana gelmelidir. Şeritte ki kırmızı en düşük seviyedeki çizgi sonucu göstermektedir.

Stripte genellikle 1'den fazla seviye çıkmaktadır. Farklı seviyelerin farklı renkleri ya da tonları olabilir. Sonuç en koyu olan çizgi değil; kırmızımsı çizgilerden en düşük seviye olanıdır (Şekil 1).

Şekil 1. Kotinin Stribi Örneği

Stripteki Düzey 1 **Stripteki Düzey 6**

Tablo 1. Strip Düzeyi ve Kotinin Konsantrasyonları

Stripteki Düzey	Kotinin Konsantasyonu (ng/mL)	Açıklama
0	0-10	Tütün ürünleri kullanmıyor.
1	10-30	Tütün ürünleri kullanıyor.
2	30-100	Tütün ürünleri kullanıyor.
3	100-200	Tütün ürünleri kullanıyor.
4	200-500	Tütün ürünleri kullanıyor.
5	500-2000	Tütün ürünleri kullanıyor.
6	>2000	Tütün ürünleri kullanıyor.

5.4.5. Değerlendirme Anketi II (Son değerlendirme)(Ek II)

Değerlendirme Anketi II, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. 8 sorudan oluşmaktadır.

Çalışanın adı soyadı, halen sigara içip içmediği, son altı ay içinde sigara bırakmayı deneyip denemediği, denediyse kaç kez denediği ve kaç gün sürdüğü, son altı ay içinde içtiği sigara sayısında bir değişiklik olup olmadığı ve son değerlendirmede kotinin değerini içermektedir.

5.5. Sigara Bıraktırma Programı Uygulaması (Ek III-IV-V)

5.5.1. Grupların Oluşturulması ve Oturumların Gerçekleştirilmesi

Araştırma kapsamına alınan ve girişim grubunda bulunan 50 kişi İşletme 1, İşletme 2 ve İşletme 3 çalışanları olarak 3 gruba ayrıldı. Grupların oluşturulmasında ortak gün, saat ve yer planlaması dikkate alındı. Vardiyalı çalışan işçilerin oturumlarının uygulanabilmesi için ortak bir zamanın belirlenmesinde yaşanan güçlük nedeniyle vardiyalı çalışan bu 8 kişiden oluşan grup ayrı bir grup olarak ele alındı. Böylece sigara bıraktırma programı, tüm işçilere toplam 4 grup ve her bir grupla toplam 4 oturum ve 3 tane izlem yapılarak yürütüldü. İşyerinde çeşitli yerlere sigara karşıtı posterler, afişler asılmıştır. Program sonrası işçilere broşür ve kitapçık dağıtıldı. Çevre Sağlık ve Güvenlik (Environmental Health & Safety) toplantısında sigara bıraktırma programı gündeme getirildi ve sigara içme alanları sınırlandırılarak daha önce 4 olan sigara içme alanları 1'e indirildi.

Programın uygulama yeri olarak çalışmanın yapıldığı yer / işçilerin çalıştığı fabrikanın konferans salonu ve toplantı salonları kullanıldı. Programın uygulanması fabrika genel müdürü ve departman şeflerinden alınan izinler doğrultusunda, üretimi de engellememesi açısından, daha çok 1 saatlik öğle tatili ve çay saatleri içinde yapılması için çaba sarfedildi. Vardiyalı çalışan gruptaki işçilerin oturumları ise diğer grupların programından 1 hafta sonra, gündüz çalışmaya başladıklarında uygulandı. Program öncesinde gerekli bilgiler işçilere verilmiş olsa da oturumlardan önce

departman şefleri telefonla aranmış, toplantı yeri ve saati hatırlatıldı. Grup toplanmadan önce toplantı salonunun fizik ortamının ve eğitim araçlarının hazırlığı, araştırmacı tarafından yapıldı. Salonda her bir grup üyesinin birbirleriyle göz teması kurması ve etkileşim içinde bulunabilmesi için sandalyeler daire şeklinde düzenlendi.

Araştırmanın uygulaması, izlemler de dahil olmak üzere, 5 Ocak 2009-7 Ağustos 2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Her bir grubun 4 oturumluk uygulamasının ardından 1., 3. ve 5. aylarda izlem oturumları yapıldı. İzlem oturumlarında işçilerin sigara bırakma durumlarını değerlendirme ve nüksü önleme amacı ele alındı. Bu oturumlarda; işçilerin sigara bırakmanın hangi aşamasında oldukları, sigarayı bırakmış olanların deneyimleri, nüks yaşayanlarda bunun nedenleri ve yapılması gerekenler, yüksek riskli durumların tanımlanması ve yönetilmesi tekrar ele alındı. Bütün bunların yanı sıra işçilerin kendi sigara bırakma durumlarına ilişkin duyguları, düşünceleri ve çabaları grupta paylaşıldı. Her bir izleme oturumu yaklaşık 1 saat sürdü. Ayrıca sigara bırakma programı ile ilgili olarak gereksinim duydukları her zaman iş sağlığı hemşiresine başvuru imkanları olduğu vurgulandı. Eğitim sonrasında danışmanlığa devam edildi. İşçiler program ile ilgili olumlu geri bildirimler verdiler.

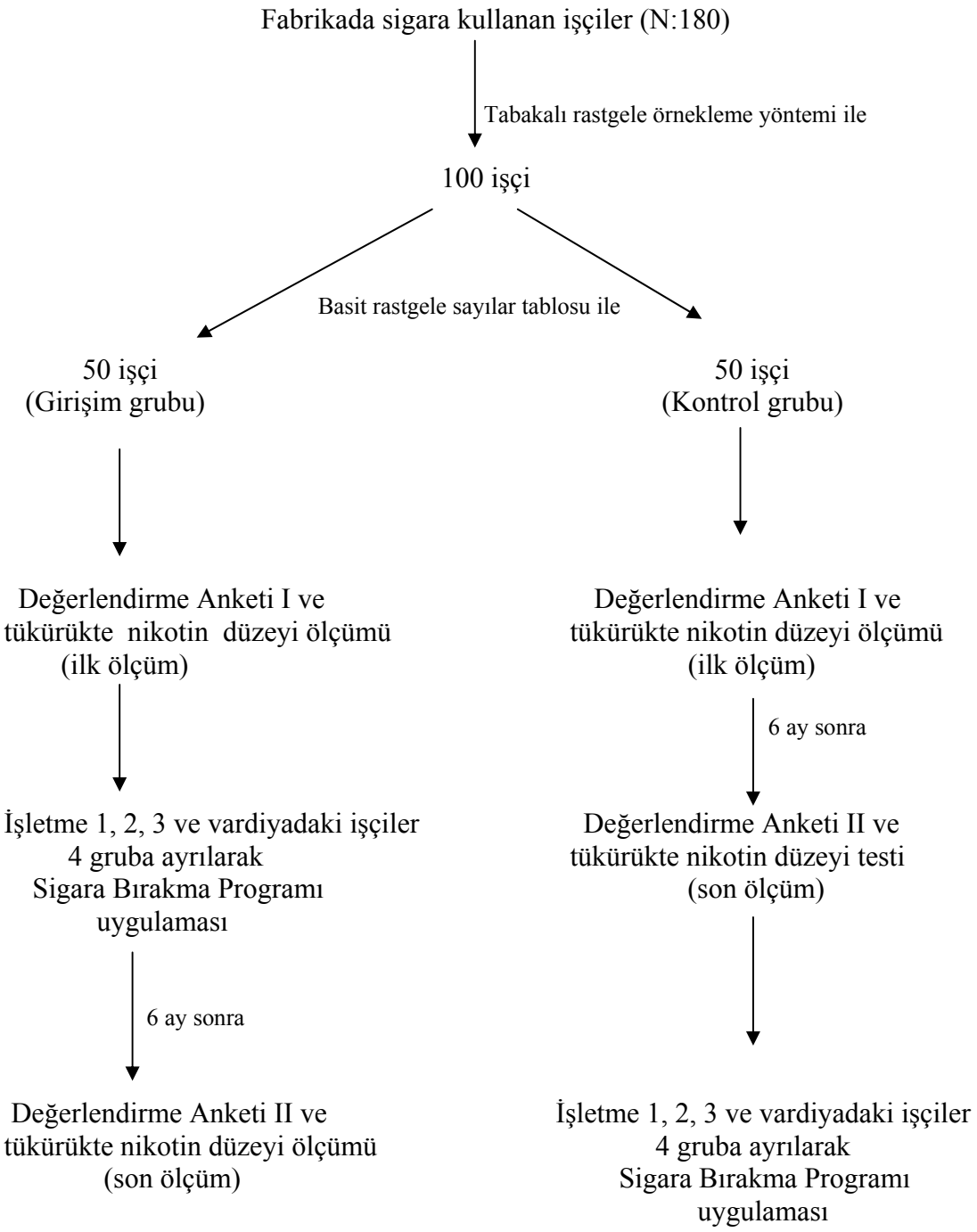
Araştırmanın etik yönü açısından girişim grubuna uygulanan sigara bıraktırma programından 6 ay sonra yapılan son değerlendirmeyi takiben kontrol grubuna da sigara bıraktırma programı uygulandı, danışmanlık yapılıp broşür ve kitapçık dağıtıldı (Tablo 2) (Şekil 2).

1. Oturum- Sigara ve İnsan Sağlığı (25 dakika) Power Point Sunumu-Sigaranın zararları (15 dakika) CD gösterisi
2. Oturum-Sigarayı Bırakmaya Hazırlanma (40 dakika) Power Point Sunumu
3. Oturum-Sigarayı Bırakma ve İlk Günler (40 dakika) Power Point Sunumu
4. Oturum-Nüks Önleme (40 dakika) Power Point Sunumu

Tablo 2. Gruplara Göre Sigara Bıraktırma Programı Toplantılarının Yer ve Zamanı

	Gruplar	Saat	Oturumun Uygulandığı Tarihler	Toplantı Yeri
GİRİŞİM GRUBU	1.Grup (İşletme 1'de çalışan işçiler)	12:15- 13:00	05-06-08 -09 Ocak 2009	Toplantı Salonu (404)
	2.Grup (İşletme 2'de çalışan işçiler)	15:00- 15:45	06-07-08-09 Ocak 2009	Toplantı Salonu (İşletme 2)
	3.Grup (İşletme 3'de çalışan işçiler)	09:00- 09:45	05-07-08-09 Ocak 2009	Toplantı Salonu (İşletme 3)
	4.Grup (Vardiyadaki işçiler)	12:15- 13:00	12-13-14-16 Ocak 2009	Konferans Salonu
KONTROL GRUBU	1.Grup (İşletme 1'de çalışan işçiler)	15:00- 15:45	24-25-28-29 Eylül 2009	Konferans salonu
	2.Grup (İşletme 2'de çalışan işçiler)	12:15- 13:00	23-28-29-30 Eylül 2009	Toplantı Salonu (İşletme 2)
	3.Grup (İşletme 3'de çalışan işçiler)	09:00- 09:45	28-30 Eylül, 01-02 Ekim 2009	Toplantı Salonu (İşletme 3)
	4.Grup (Vardiyadaki işçiler)		01-02-06-07 Ekim 2009	Konferans Salonu

Şekil 2. Sigara Bırakma Programı Akış Şeması



5.6. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin istatistiki değerlendirmesinde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik ve ortalama (standart sapma), t testi, ki-kare analizi, Mann-Whitney U testi, Mc Nemar test, İşaret testi ve Wilcoxon Test kullanıldı.

5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları:

Bu araştırma İstanbul'da bir ilaç fabrikasında çalışan işçilerle sınırlıdır tüm topluma genellenemez.

6. BULGULAR

Girişim grubundaki işçilerin %54'ünü, kontrol grubundakilerin %60'ını erkekler oluşturuyordu. Yaş ortalaması 35.99±6.78'idi. Her iki grupta da işçilerin %76'sı evliydi. Girişim ve kontrol grupları arasında cinsiyet ve medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0.05) (Tablo 3).

Eğitim durumlarına göre dağılım incelendiğinde, girişim grubundaki işçilerin %66'sını (n=33), kontrol grubundaki işçilerin %70'ini (n=35) lise mezunları oluşturuyordu. Eğitim durumu açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($x^2 = 0.34$, $p > 0.05$) (Tablo 3).

Girişim grubundaki işçilerin %64'ü (n=32) sadece gündüz ve haftaiçi, kontrol grubundaki işçilerin %44'ü (n=22) bazen veya sık sık vardiyalı çalışmaktaydı. Çalışma şekilleri açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($x^2 = 10.31$, $p < 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. İşçilerin Tanıtıcı Özellikleri

Özellik	**Girişim Grubu (n=50)**		**Kontrol Grubu(n=50)**		**Toplam**		**İstatistiksel Analiz**	
	n	%	n	%	n	%	Fx^2/x^2	p
Cinsiyet								
Erkek	27	54.0	30	60.0	57	57.0	0.36	0.68
Kadın	23	46.0	20	40.0	43	43.0		
Medeni Durum								
Evli	38	76.0	38	76.0	76	76.0	0.0	1.0
Bekar	12	24.0	12	24.0	24	24.0		
Eğitim Durumu								
İlkogretim	8	16.0	6	12.0	14	14.0	0.34	0.84
Lise	33	66.0	35	70.0	68	68.0		
Üniversite	9	18.0	9	18.0	18	18.0		
Çalısma şekli								
Gündüz ve haftaiçi	32	64.0	16	32.0	48	48.0	10.31	**0.006***
Vardiya	11	22.0	22	44.0	33	33.0		
Mesai	7	14.0	12	24.0	19	19.0		
Toplam	50	100.0	50	100.0	100	100.0		

Fx^2=*Fisher Ki kare

İşçilerin sigara içme ile ilgili özellikleri Tablo 4'de görülmektedir.

Sigaraya başlama yaşının dağılımı incelendiğinde, girişim ve kontrol grubunda eşit oranda olmakla birlikte işçilerin %46'sının (n=23) 20-23 yaş aralığında sigara içmeye başladığı saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede girişim ve kontrol grubunun sigaraya başlama yaşları açısından istatistiksel olarak farklı olmadığı görüldü ($x^2 = 2.60$, $p > 0.05$) (Tablo 4).

Evde sizden başka sigara içen var mı? sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde, girişim grubundaki işçilerin %50'sinin (n=25) kontrol grubundaki işçilerin %44'ünün (n=28) "Evet" yanıtı verdikleri görüldü. Evde başka sigara içen kişiler açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$) (Tablo 4).

Çalışmadığı günlerde içtiği sigara sayısının değişip değişmediği sorusuna, girişim grubundaki işçilerin %44'ünün (n=22), kontrol grubundaki işçilerin %48'inin (n=24) "daha az içiyorum" yanıtı verdiği görüldü. Yapılan istatistiksel değerlendirmede çalışmadığı günlerde içtiği sigara sayısının değişimi açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı görüldü ($x^2 = 0.16$, $p > 0.05$) (Tablo 4).

İşçilerin şu anki sağlık durumunu algılama durumları incelendiğinde, girişim grubundaki işçilerin %68'inin (n=34), kontrol grubundaki işçilerin %84'ünün (n=42) "iyi" yanıtını verdiği saptandı. Şu andaki sağlık durumunu algılama açısından girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü ($x^2 = 5.75$, $p > 0.05$) (Tablo 4).

Girişim grubundaki işçilerin %14'ünün (n=7), kontrol grubundaki işçilerin %12'sinin (n=6) kronik bir hastalığı vardı. Kronik hastalık açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$) (Tablo 4).

Girişim grubundaki işçilerin %88'inin (n=44), kontrol grubundaki işçilerin %62'sinin (n=31) daha önce sigarayı bırakmayı denedikleri saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu($p< 0.05$) (Tablo 4).

Sigaraya başlama nedenleri incelendiğinde işçilerin %75'inin sigara içmeye arkadaş etkisi ile, %63'ünün özenti nedeniyle başladığı belirlendi. İşçilerin %25'inin eşi, %15'inin kardeşi, %14'ünün babası, %7'sinin annesi sigara içiyordu.

Tablo 4. İşçilerin Sigara İçme İle İlgili Özellikleri

Özellik	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Sigaraya başlama yaşı								
13-15	2	4.0	6	12.0	8	8.0		
16-19	20	40.0	18	36.0	38	38.0		
20-23	23	46.0	23	46.0	46	46.0	2.60	0.45
24 ve üstü	5	10.0	3	6.0	8	8.0		
Evde başka sigara içen kişi								
Hayır	25	50.0	28	56.0	53	53.0	-	0.68
Evet	25	50.0	22	44.0	47	47.0		
Çalışmadığı günlerde sigara								
Az içiyor	22	44.0	24	48.0	46	46.0		
Fazla içiyor	17	34.0	16	32.0	33	33.0	0.16	0.92
Değişmiyor	11	22.0	10	20.0	21	21.0		
Sağlık durumunu algılama								
Çok iyi	13	26.0	6	12.0	19	19.0		
İyi	34	68.0	42	84.0	76	76.0		
Kötü	1	2.0	2	4.0	3	3.0	5.75	0.12
Çok kötü	2	4.0	0	0.0	2	2.0		
Kronik hastalık								
Yok	43	86.0	44	88.0	87	87.0	-	1.0
Var	7	14.0	6	12.0	13	13.0		
Daha önce sigarayı bırakmayı deneme								
Evet	44	88.0	31	62.0	75	75.0	-	**0.005***
Hayır	6	12.0	19	38.0	25	25.0		
Toplam	50	100.0	50	100.0	100	100.0		

*p<0,05

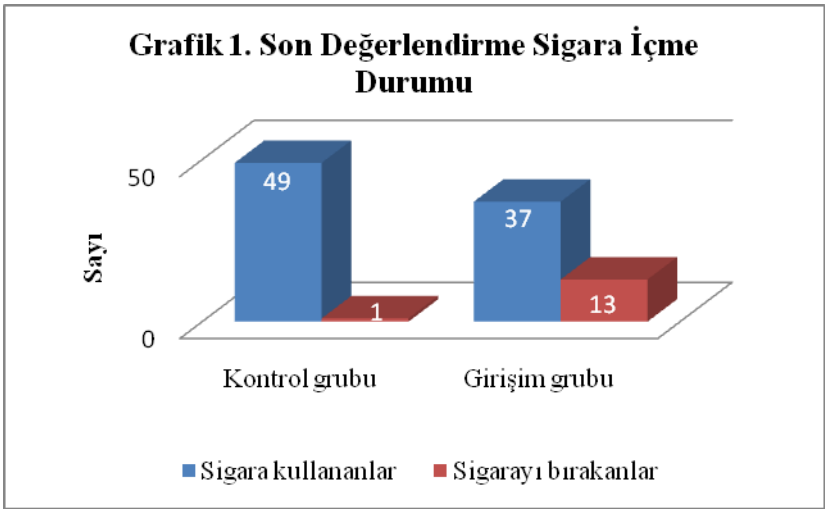
Ön değerlendirmeden 6 ay sonra yapılan son değerlendirmede sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde kontrol grubunda 1 kişinin, deney grubunda 13 kişinin sigarayı bıraktığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.01$) (Tablo 5).

Girişim grubunda sigarayı bırakanlar ortalama 119,84±60,60 (median=142) gün önce bırakmıştı. Kontrol grubunda ki 1 kişi ise 21 gün önce bırakmıştı.

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubunun Son Değerlendirme Sigara İçme Durumunun Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	n	%	X^2	p
Kullanıyor	37	74.0	49	980	86	86.0	**11.96**	**0.001***
Bıraktı	13	26.0	1	2.0	14	14.0		

*p<0.01



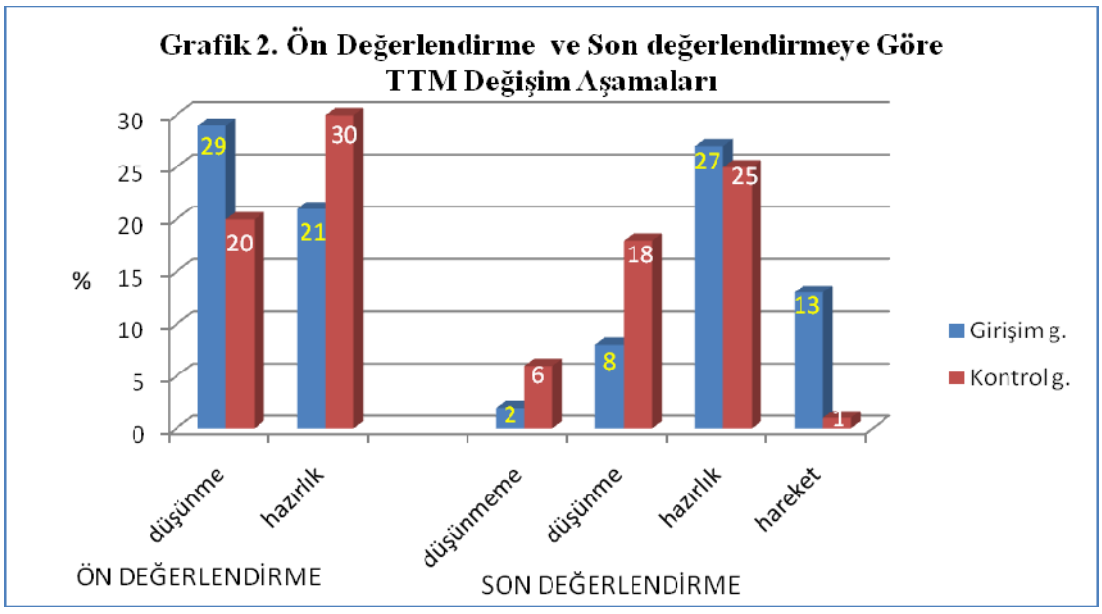
Transteoritik modelin(TTM) değişim aşamalarına göre değerlendirildiğinde;

1. **Düşünmeme:** Ön değerlendirmede düşünmeme aşamasında kimse bulunmazken, son değerlendirmede kontrol grubunda 6 kişi, girişim grubunda 2 kişi sigarayı gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünmediklerini belirtti.
2. **Düşünme:** Girişim grubundaki işçilerin %58'si ön değerledirmede, %16'sı son değerlendirmede; kontrol grubundaki işçilerin %40'ı ön değerledirmede, %36'si son değerlendirmede gelecek **6 ay içinde** sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtti.
3. **Hazırlık:** Girişim grubundaki işçilerin %42'si ön değerledirmede, %54'ü son değerlendirmede; kontrol grubundaki işçilerin %60'ı ön değerledirmede, %50'si son değerlendirmede gelecek **30 gün içinde** sigarayı bırakmayı düşündüklerini belirtti.
4. **Hareket:** Son değerlendirmede kontrol grubunda 1 kişi, girişim grubunda 13 kişi sigarayı bıraktı (Tablo 6).

Ön değerlendirmede sigarayı bırakmayı düşünme (TTM aşaması) açısından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$). Son değerlendirmede ise, girişim ve kontrol grupları arasında fark vardı. İleri analizde farklılığı yaratan grubun hareket aşamasında (6 aydan daha kısa süredir kullanmıyorum) olanlar olduğu belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Sigara Bırakmayı Düşünme Durumu

Sigara bırakmayı düşünme durumu		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik	
		n	%	n	%	X^2	p
Ön değerlendirme	Gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum (Düşünme)	29	58.0	20	40.0	3.24	0.055
	Gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum (Hazırlık)	21	42.0	30	60.0		
Son değerlendirme	Kullanıyorum ama 6 ay içinde bırakmayı düşünmüyorum (Düşünmeme)	2	4.0	6	12.0	16.209	0.001
	Gelecek 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum (Düşünme)	8	16.0	18	36.0		
	Gelecek 30 gün içinde bırakmayı düşünüyorum (Hazırlık)	27	54.0	25	50.0		
	6 aydan daha kısa süredir kullanmıyorum (Hareket)	13	26.0	1	2.0		



Girişim ve kontrol grubunun öntestten 6 ay sonra yapılan son değerlendirmede TTM aşamaları arasındaki değişimi Tablo 7'de görülmektedir.

Değişmeyenler: Kontrol grubunda ön değerlendirmede düşünme aşamasında olanların %16'sı, hazırlık aşamasında olanların %34'ü ve toplamda sigara içenlerin %50'si (n=25) hem ön değerlendirmede hem de son değerlendirmede aynı aşamada kaldı. Bu oranlar girişim grubunda sırasıyla %14, %22 ve toplamda %36'idi (n=18).

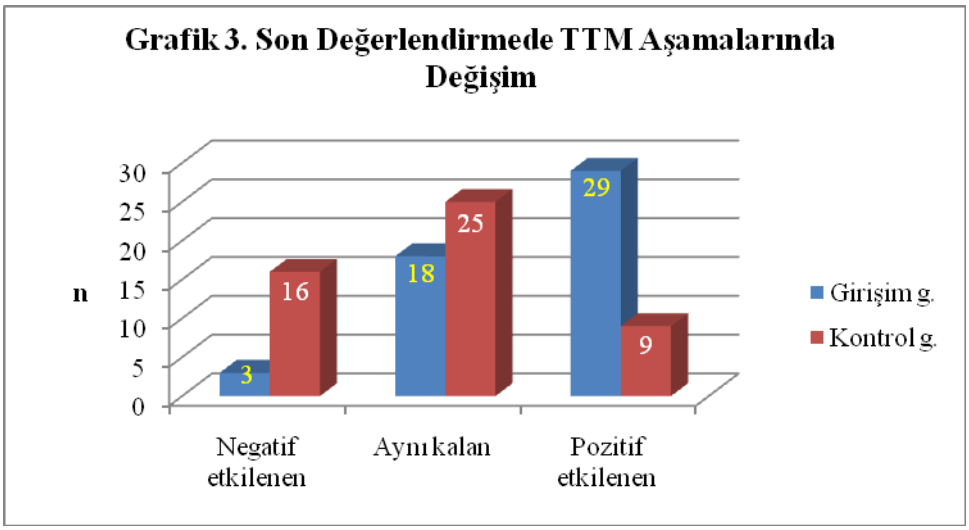
Negatif etkilenenler: Kontrol grubunda ön değerlendirmede hazırlık aşamasında olanların %24'ü, hazırlık aşamasından düşünme ve düşünmeme aşamalarına, düşünme aşamasındakilerin %8'i düşünmeme aşamasına toplamda %32'si (n=16) gerileme gösterdi. Girişim grubunda hazırlık aşamasından düşünmeme aşamasına gerileme oranı %6'idi (n=3).

Pozitif etkilenenler: Kontrol grubunda ön değerlendirmede düşünme aşamasında olanların %16'sı hazırlık aşamasına, hazırlık aşamasında olanların %2'si hareket aşamasına toplamda %18'i (n=9) ilerledi. Girişim grubunda ise, düşünme aşamasında olanların %32'si hazırlık, %12'si hareket aşamasına ve hazırlık aşamasında olanların %14'ü hareket aşamasına, toplamda %58'i (n=29) ilerledi.

Sonuç olarak işçilerin kontrol grubunda %18'i, girişim grubunda %58'i olumlu hareket (gelişme) gösterdi. Girişim grubunun ön değerlendirme – son değerlendirme oranlarını karşılaştırmak için yapılan işaret testinde (sign test) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($z=4.41$; **$p=0.000$**). Kontrol grubunun öntest- sontest oranları arasında fark yoktu($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubunun Ön Değerlendirmeden 6 Ay Sonra Yapılan Son değerlendirme TTM Aşamaları Arasındaki Değişimi

Grup	Ön değerlendirme	Son değerlendirme									
		Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kontrol	Düşünme	4	8.0	8	16.0	8	16.0	0	0.0	20	40.0
	Hazırlık	2	4.0	10	20.0	17	34.0	1	2.0	30	60.0
Girişim	Düşünme	0	0.0	7	14.0	16	32.0	6	12.0	29	58.0
	Hazırlık	2	4.0	1	2.0	11	22.0	7	14.0	21	42.0



Ön değerlendirmede girişim grubunda bulunan işçilerin %26'sı, kontrol grubunda %40'ı, 10 ve daha az miktarda sigara içiyordu. 20'den fazla sigara içen kişi oranı ise, girişim grubunda %18, kontrol grubunda %2 idi. Kullanılan sigara miktarı

yönünden girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Girişim grubunda 20 adetten fazla sigara içen kişi sayısı daha fazlaydı.

Sigarayı bırakan 14 işçinin kapsam dışı kaldığı son değerlendirmede işçilerin kullandıkları sigara miktarı yönünden girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 8). Girişim grubunda kullanılan sigara miktarında azalma dikkat çekiyordu.

Tablo 8. Girişim ve Konrol Grubundaki İşçilerin Sigara Kullanma Miktarı

	Sigara sayısı	Girişim grubu		Kontrol grubu		Toplam		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	x^2	p
Ön Değerlendirme	10 tane veya daha az	13	26.0	20	40.0	33	33.0	7.90	0.019
	11-20 tane	28	56.0	29	58.0	57	57.0		
	21ve daha fazla	9	18.0	1	2.0	1	1.5		
	Toplam	50	100.0	50	100.0	100	100		
Son Değerlendirme	10 tane veya daha az	19	51.4	18	36.7	37	43	1.93	0.379
	11-20 tane	13	35.1	21	42.9	34	39,5		
	21ve daha fazla	5	13.5	10	20.4	15	17,4		
	Toplam	37	100.0	49	100.0	86	100		

Kontrol grubunda kullanılan sigara miktarına göre ön değerlendirme-son değerlendirme karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Girişim grubunda ise ön değerlendirme-son değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.01$). Son değerlendirmede 11 ve üstünde sigara içenlerin sayısı azalmıştı (Tablo 9).

Tablo 9. Ön Değerlendirme-Son Değerlendirme Kullanılan Sigara Sayısının Karşılaştırması

Sigarayı bırakma düşüncesi			SON DEĞERLENDİRME						
			10 ve altı		11 ve üstü		Toplam		p*
			n	%	n	%	n	%	
ÖN DEĞERLENDİRME	Kontrol	10 ve altı	14	70.0	6	30.0	20	100.0	
		11 ve üstü	4	13.8	25	86.2	29	100.0	0.754
		Toplam	18	36.7	31	63.3	49[a]	100.0	
	Girişim	10 ve altı	8	88.9	1	11.1	9	100.0	
		11 ve üstü	11	39.3	17	60.7	28	100.0	**0.006**
		Toplam	19	51.4	18	48.6	37[b]	100.0	

*McNemar Test
[a]Kontrol grubu N=49(1 kişi sigarayı bırakmıştır)
[b]Girişim grubu N=37 (13 kişi sigarayı bırakmıştır)

Girişim ve kontrol gruplarının ön değerlendirme-son değerlendirme kotinin değerleri Tablo 10'da sunuldu.

Araştırmanın örneklemini sigara kullanan işçiler oluşturduğu için ön değerlendirme girişim ve kontrol grubunda ki işçilerden hiçbirinde 0 (1-10 ng/ml) kotinin düzeyi saptanmadı. Ayrıca girişim ve kontrol grubunda en yüksek değer olan 6 (2000 + ng/ml) düzeyinde kotinin de belirlenmedi. Kotinin düzeyi 3 (100-200 ng/ml) olanların girişim ve kontrol grubunda eşit dağılım gösterdiği (%50) ve çoğunluğu oluşturduğu görüldü (x^2=0.22, p>0.05). Grupların ön değerlendirme kotinin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p> 0.05) (Tablo 10).

Son değerlendirmede 1 (10-30 ng/ml) ve 6 (2000+ ng/ml) kotinin düzeyi iki grupta da belirlenmedi. Grupların son değerlendirme kotinin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.01) (Tablo 10).

Tablo 10. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ön Değerlendirme–Son Değerlendirme Kotinin Değerleri

	Stripteki düzey	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu(n=50)	
		n	%	n	%
ÖN DEĞERLENDİRME	1 (10-30 ng/ml)	1	2.0	1	2.0
	2 (30-100 ng/ml)	2	4.0	3	6.0
	3(100-200 ng/ml)	23	46.0	23	46.0
	4 (200-500 ng/ml)	20	40.0	19	38.0
	5 (500-2000 ng/ml)	4	8.0	4	8.0
SON DEĞERLENDİRME	0 (1-10 ng/ml)	13	26.0	1	2.0
	2 (30-100 ng/ml)	5	10.0	2	4.0
	3(100-200 ng/ml)	15	30.0	18	36.0
	4 (200-500 ng/ml)	15	30.0	24	48.0
	5 (500-2000 ng/ml)	2	4.0	5	10.0

*p<0.01

Ön değerlendirmede işçilerin kotinin ortalamaları girişim grubunda 3.48 ± 0.81, kontrol grubunda 3.44 ± 0.78'idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p> 0.05).

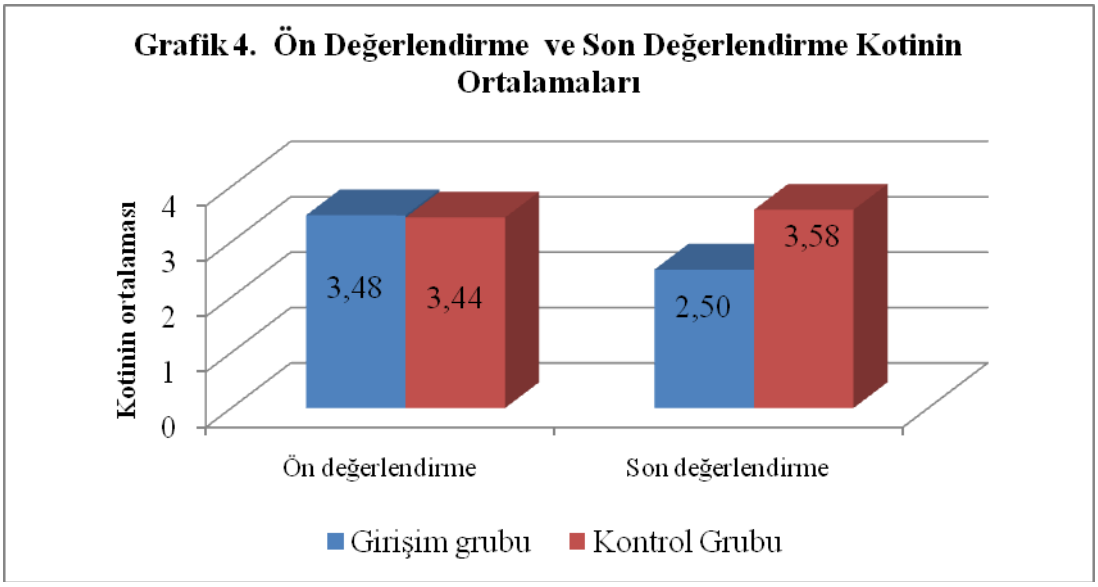
Son değerlendirmede girişim grubunun kotinin ortalaması (3.58 ± 0.88) kontrol grubundan (2.50±1.64) istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0.001) (Tablo 11).

Kontrol grubunda ön değerlendirme-son değerlendirme kotinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Girişim grubunda ise son değerlendirme kotinin ortalaması (2.50±1.64) ön değerlendirmeye (3.48±0.78) göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0.001) (Tablo 11).

Tablo 11. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ön Değerlendirme ve Son Değerlendirme (6 Ay Sonra) Kotinin Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön değerlendirme			Son değerlendirme			Ön değerlendirme-son değerlendirme karşılaştırması	
	Ort.(S)	t_1	p	Ort. (S)	t_1	p	t_2	p
Girişim	3.48 (0.78)	0.250	0.803	2.50(1.64)	4.09	**0.00***	3.92	**0.00***
Kontrol	3.44 (0.81)			3.58(0.88)			1.02	0.31

t_1:bağımsız gruplarda t testi t_2:bağımlı gruplarda t testi
*P<0.001



İşçilerin Fagerstrom nikotin bağımlılık testi puan dağılımları Tablo 11'de verildi.

Ön değerlendirmede girişim grubunun %18'i, kontrol grubunun % 24'ü, orta bağımlılığa sahipti. Son değerlendirmede ise, bu oran sırasıyla %21.6 ve %20.4'dü.

Ön değerlendirmede girişim grubunun %22'sinde, kontrol grubunun % 14'ünde, yüksek Fagerstrom puanı belirlendi. Son değerlendirmede bu oranlar sırasıyla %5.4 ve %18.4'dü.

Ön değerlendirmede girişim grubunun % 8'inde, kontrol grubunun % 6'sında, çok yüksek Fagerstrom puanı belirlendi. Son değerlendirmede bu oranlar sırasıyla %0 ve %8.2'idi (Tablo 12).

Tablo 12. Girişim ve Kontrol Grubunun Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi Puan Dağılımları

Fagerstrom puanı		Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Ön değerlendirme	Çok az bağımlılık (0-2 puan)	6	12.0	10	20.0
	Az bağımlılık (3-4 puan)	20	40.0	18	36.0
	Orta derecede bağımlılık (5 puan)	9	18.0	12	24.0
	Yüksek bağımlılık (6-7 puan)	11	22.0	7	14.0
	Çok yüksek bağımlılık(8-10 puan)	4	8.0	3	6.0
Son değerlendirme	Çok az bağımlılık (0-2 puan)	10	27.0	6	12.2
	Az bağımlılık (3-4 puan)	17	45.9	20	40.8
	Orta derecede bağımlılık (5 puan)	8	21.6	10	20.4
	Yüksek bağımlılık (6-7 puan)	2	5.4	9	18.4
	Çok yüksek bağımlılık(8-10 puan)	0	0.0	4	8.2

İstatistiksel analiz için çok az bağımlılık grubu az bağımlılık grubu ile ve yüksek bağımlılık grubu çok yüksek bağımlılık grubu ile birleştirilmiştir (Tablo 13).

Ön değerlendirmede girişim ve kontrol gruplarının fagerstrom nikotin bağımlılık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$)

Son değerlendirmede ise bağımlılık durumuna göre girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Kontrol grubunda yüksek ve çok yüksek bağımlılık grubunda toplam 13 işçi (%33.3) bulunurken, girişim grubunda sadece 2 (%6.9) işçi vardı. Kontrol grubunda az ve çok az bağımlılığa sahip 26 işçi (%66.7) bulunurken, girişim grubunda 27 kişi (%93.1) bulunmaktaydı.

İkili karşılaştırmalar yapıldığında girişim ve kontrol grupları arasında bu alt gruplar (az ve yüksek bağımlılık) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Girişim grubunda yüksek ve çok yüksek nikotin bağımlılığına sahip olanlar azalmıştı (x^2=6.76, p=0.016) (Tablo 13).

Tablo 13. Girişim ve Kontrol Grubunda Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Durumunun Karşılaştırılması

Bağımlılık durumu		**Girişim Grubu**		**Kontrol Grubu**		**İstatistik**	
		n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p**
Ön değerlendirme	Çok az +az bağımlılık (0-4 puan)	26	52.0	28	56.0		
	Orta derecede bağımlılık (5 puan)	9	18.0	12	24.0	1.50	0.47
	Çok yüksek+yüksek bağımlılık (6-10 puan)	15	30.0	10	20.0		
Son değerlendirme	Çok az +az bağımlılık (0-4 puan)	27	73.0	20	40.8		
	Orta derecede bağımlılık (5 puan)	8	21.6	10	20.4	6.76	**0.03***
	Çok yüksek+yüksek bağımlılık (6-10 puan)	2	5.4	13	26.5		

*p<0.05

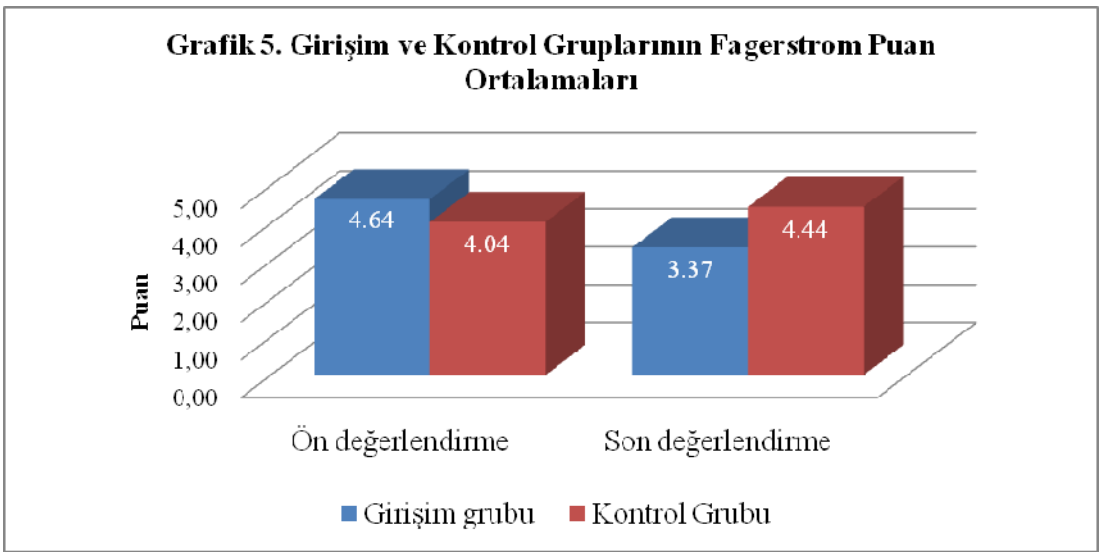
Ön değerlendirmede Fagerstrom (nikotin bağımlılık testi) ortalamaları girişim grubunda 4.64 ± 1.99, kontrol grubunda ise 4.04 ± 2.11 bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p> 0.05).

Son değerlendirmede ise, sigarayı bırakan 13 kişi kapsam dışı kalmasına rağmen girişim grubunun puan ortalaması (3.37±1.78), kontrol grubundan (4.44±2.19) istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0.05) (Tablo 14) (Not: Normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi yapıldı).

Tablo 14. Girişim ve Kontrol Gruplarının Fagerstrom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Ön değerlendirmede			Son değerlendirmede		
	Ortalama±S	z	p	Ortalama±S	t	p
Girişim grubu	4.64±1.99	-1.002	0.316	3.37±1.78	-2.216	**0.027***
Kontrol grubu	4.04±2.11			4.44 ±2.19		

*p<0.05 Z:Mann-Whitney U testi



Kontrol grubunda ön değerlendirme-son değerlendirme **Fagerstrom puan** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Girişim grubunda ise sontest **Fagerstrom puan** ortalaması (3.37±1.78), ön değerlendirmede (4.64±1.99) göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0.001) (Tablo 15).

Bunlara ek olarak, kişinin sigara bırakma sürecinde yapılan değerlendirmede, kendi bildirimi yanında, tükürükte kotinin düzeyinin değerlendirilmesinin sigara bırakmayı olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır.

Tablo 15. Ön Değerlendirmede-Son Değerlendirmede Fagerstrom Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Fagerstrom puanı		n	Min-max	Ortalama±S	z	p
Girişim grubu	Ön değerlendirme	50	2-10	4.64±1.99	**-2.81**	**0.005***
	Son değerlendirme	37	0-7	3.37±1.78		
Kontrol grubu	Ön değerlendirme	50	0-8	4.04±2.11	-1.08	0.280
	Son değerlendirme	49	0-10	4.44±2.19		

*p<0.01 Z: Wilcoxon Test

7. TARTIŞMA

Sigara kullanan işçilerde yürüttüğümüz çalışmanın girişim grubundaki işçilerin %54'ünü, kontrol grubundakilerin %60'ını erkekler oluşturuyordu. Bu sonuç yapılan birçok araştırma sonucunda olduğu gibi erkeklerde sigara içme oranının daha fazla olduğu bilgisi ile paraleldir (17, 44, 57, 69, 82, 88).

Çalışmamızda literatüre paralel olarak, işçilerin büyük çoğunluğunun sigara içmeye arkadaş etkisi ve özenti nedeniyle başladığı belirlendi. Aksakal (2006) ve Ilgar'ın (2005) işçiler üzerinde yaptıkları çalışmalarda, işçilerin sigaraya başlama nedenlerine bakıldığında arkadaş etkisi ilk sırada gelmektedir. Okuşluk'un (2004) çalışmasında da arkadaş etkisinin çoğunluğu oluşturduğu ve bunu özentinin izlediği görülmektedir. Bilir ve arkadaşlarının (1996) işçiler üzerinde yaptıkları diğer bir araştırmada ise en yüksek oranda özenti, daha sonra arkadaş etkisi sigara içme nedeni olarak belirtilmiştir. Türkiye genelini kapsayan bir başka çalışmada ise; arkadaş etkisi ve özentinin sigara içme nedenleri içinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir (57). Birçok alışkanlıkta olduğu gibi arkadaş ve çevre, sigara içme durumunu da etkileyen önemli faktörlerdir (40).

Bu çalışmada sigara içmeye başlama yaşının çoğunlukla 16-23 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. İlgili kaynaklardan birinde 15–24 yaş grubu madde bağımlılığının gelişmesi açısından riskli olarak tanımlanmış ve madde kullanma davranışının sosyalleşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (85). Sağlam ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında örneklem grubunun büyük bir çoğunluğunun sigara içmeye 20 yaşından önce başladığı saptanmıştır.

Girişim grubundaki işçilerin yarıdan fazlası, günde 11-20 tane sigara kullanmaktaydı. Literatürde ülkemizde erişkinler ile yapılan çalışmaların çoğunda içilen sigara sayısı 20'nin altındadır (3, 48). Sezer ve arkadaşlarının (2001) Elazığ il

merkezinde yaptığı bir çalışmada ise bankalarda çalışan erkeklerin %24.2'sinin 20 ve daha çok sayıda sigara içtiği saptanmıştır (82).

Girişim grubundaki işçilerin yarısının ev ortamında kendisinin dışında sigara içen olduğu ve daha çok eş sonra da kardeşlerin sigara kullandığı saptandı. Çalışma grubumuzun çoğunluğu (%76) evli işçilerden oluştuğu ve soru "evde sizden başka sigara içen var mı?" şeklinde sorulduğu için, bu sonucun çıktığı düşünülmektedir. Pek çok araştırmada sigara içme alışkanlığının aile bireylerinin sigara alışkanlıkları ile yakın ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile bireyleri sigara kullanan kişilerin daha çok sigara kullandıkları bildirilmektedir (6, 23, 41, 43, 62). Gökmen (2003) çalışmasında, işçilerin %41.9' unun ev ortamında kendinin dışında sigara içen olduğunu ve daha çok eşlerin içtiğini belirtmiştir. Ergeneilek (2005) çalışmasında ise, ev ortamında daha çok kardeşlerin sonra da eşlerin içtiğini ifade etmiştir. Özşahin ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada, örneklem grubundakilerin %48'inin ev ortamında kendinin dışında sigara içen olduğunu saptamışlardır. Sonuçlarımız çalışma sonuçları ile parelellik göstermektedir (30, 42, 72).

İşçilerin yaklaşık yarısı çalışmadıkları günlerde sigarayı daha az içtiklerini ifade etmişlerdir. Okuşluk'un (2004) çalışmasında bu oran %72.2 ile daha yüksektir. Çalışmamızdaki işçilerin işyerinde daha fazla sigara içiyor olmaları; vardiyalı çalışmaya bağlı olarak fiziksel ve zihinsel açıdan yorulan işçinin bazen bir mola alabilmek için en geçerli yolu sigara molası vererek kullandığını düşündürmektedir.

Girişim ve kontrol grubundaki işçilerin büyük çoğunluğunun sağlığını iyi olarak algıladığı görüldü. Gökmen'in (2003) işçiler üzerinde yaptığı çalışmada da işçilerin çoğu (%83.8) sağlığını iyi olarak yorumlamaktadır. Çalışmamızın sonuçları Gökmen'in sonuçları ile parelellik göstermektedir. Ülkemizde ekonomik krizden dolayı işsizlik oranının çok yüksek olması, işçilerin çalıştığı fabrikanın küçülme politikasını uygulayıp kısa bir süre önce büyük oranda işçiyi işten çıkarması, işçilerin bir işlerinin olması, sosyal güvencelerinin ve özel sağlık sigortalarının olduğunu da düşünerek sağlıklarını iyi yorumluyor olabileceği düşünülmektedir.

Girişim grubundaki işçilerin %14'ünün kontrol grubundaki işçilerin %12'sinin kronik bir hastalığı vardı. Sigaraya bağlı zararların ortaya çıkması ortalama 20 yıl sonra olduğundan, çoğu hastalık 35 yaştan sonra ortaya çıkmaktadır (46). Çalışmamızda yaş ortalaması ise 35.99±6.78'dir. Bundan dolayı ileride kronik hastalıklardaki bu oranların yükselme riski vardır.

Çalışmamızda girişim grubundaki işçilerinin %88'inin, kontrol grubundaki işçilerin %62'sinin daha önce sigarayı bırakmayı denedikleri saptandı. Ilgar (2005) çalışmasındaki işçilerin %70.1' inin, Ergeneilek (2005) çalışmasında örneklem grubundakilerin %57.9'unun daha önce sigarayı bırakmayı denediğini belirtmiştir. Samules (1997) çalışmasında örneklem grubundakilerin %54'ünün daha önce sigarayı bırakmayı denediğini saptamıştır. Rice ve Stead (2006) yaptıkları araştırma sonucunda, sigara içenlerin çoğunun (%79-%90) sigarayı bırakmak istediklerini ve içenlerin %70'i yılda bir kere sağlık bakım profesyoneline başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Ön değerlendirmede ve son değerlendirmede işçilerin çoğunun fagerstrom nikotin bağımlılık düzeyi az ve çok az bağımlı çıkmıştır. Aksakal ve Khorshid'in (2006) işçiler üzerinde yaptıkları araştırma sonucu, çalışmamızla parelel olup %44.7'si çok az bağımlı olarak bulunmuştur. Güneş ve arkadaşlarının (2001) işçilerle yaptıkları çalışmaya göre ise sigara içenlerin %11'inin orta düzeyde, %18.5'inin yüksek düzeyde, %11.5'inin çok yüksek düzeyde sigara bağımlısı oldukları saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki farkın işçilerin çalışma alanlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ön değerlendirmede fark yokken son değerlendirmede, sigarayı bırakan 13 kişi kapsam dışı kalmasına rağmen girişim grubunun puan ortalamasının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düşük olması 2. hipotezimizi doğrulamaktadır.

Son değerlendirmede girişim grubunun %24'ü, kontrol grubunun ise %2' si sigarayı bırakmıştır. Ilgar'ın (2005) benzer bir çalışmasında 6 ay sonunda müdahale grubundaki işçilerin %6'sı, kontrol grubundaki işçilerin %2'si sigarayı bırakmışladır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, bir işyerinde sigara bıraktırma eğitim programı sonucunda örneklem grubunun %11'i sigarayı bırakmıştır (56). Çalışmamızda sigara bırakma oranı işçiler ile yapılan bu çalışmalara göre yüksektir. Japonya'da yapılan bir diğer çalışmada ise, işçilere yapılan 6 oturumluk sigara bıraktırma programı sonucunda sigara bırakma oranı %27.2 olarak sonuçlarımıza benzer bulunmuştur (65). İki özel grup ile sigara bırakma üzerine çalışılan Erol'un (2005) adölesanlar ile ve Kamışlı'nın (2007) hemşireler ile yürüttüğü çalışmalarda 6 ay sonra sigara bırakma oranı %33.3 ve %36.5'i olarak daha yüksektir. Bu sonuçlar arasındaki farklılığın örnekleme bağlı olduğu düşünebilir.

Rice ve Stead'in (2006) 1987-2003 yılları arasında hemşireler tarafından sigara bıraktırma girişimleri yapılan ve en az 6 aylık takibi içeren hemşirelik müdahalelerini inceledikleri 15000'den fazla kişinin katıldığı,18 yaş üzeri yetişkin grubu kapsayan 42 araştırmanın sonucunu içeren, bir çalışma yapmışlardır. 31 araştırma sonucuna göre hemşire tarafından yapılan sigara bıraktırma girişimlerinin sigarayı bırakma olasılığını önemli derecede (%95) arttırdığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda ön değerlendirmede girişim ve kontrol grubunun tükürük kotinin düzeyleri arasında fark yoktu ve çoğunlukla 3 (100-200 ng/ mL) düzeyindeydi. Son değerlendirmede girişim ve kontrol grubunda sigarayı bırakanların tümünün tükürük kotinin sonucu 0 (1-10 ng/ mL) olarak bulundu ve geri kalan işçilerin tükürük kotinin sonucunun 3 ve 4'te yığılma gösterdiği görüldü. Bu sonuç 3. hipotezimizi desteklemektedir. Çalışma bulgularımızla benzer olarak Montalto ve Wells'in (2007) çalışmada sigara kullananların kotinin değeri 3'ten büyük (>150 ng/ mL); sigara kullanmayanlar da ise, kotinin değeri 0 (<10 ng/mL) bulunmuştur. Cooke ve arkadaşları'nın (2008) çalışmasında sigara içenlerin %73'ünün tükürük kotinin sonucu 3 ya da daha yüksek çıkmıştır. Çok sigara kullananların (>10 sigara/günde) tükürük kotinin sonucu 4 ya da üzeri çıktığı, az sigara kullananların hiçbirinin tükürük NicAlert kotinin sonucu 10 ng/mL'den küçük (negatif) çıkmadığı saptanmıştır. Sigarayı bırakan ve çevresel tütüne maruz kalmayan 40 kişinin tükürük

NicAlert kotinin sonucu 0 çıkmıştır. Cooke ve ark.'nın yaptığı bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızın sonuçları ile parellellik göstermektedir.

Çalışmamızda ön değerlendirmede girişim grubunun kotinin ortalaması, kontrol grubu ile benzerken, son değerlendirmede sigara bırakma oranı ve kullanılan sigara miktarında ki azalmaya paralel olarak girişim grubunun kotinin ortalaması kontrol grubundan daha düşük bulundu. Bu sonuç sigara bırakma programı kapsamında 11 ve üstünde sigara içenlerin sayısının azalması ile paralel olarak kotinin düzeyinin de düştüğünü göstermektedir. İşçilerin sigara bırakma sürecinde yapılan değerlendirmede, tükürükte kotinin düzeyinin ölçülmesinin sigara bırakmayı olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır.

Quist- Palsen ve Gallefoss'un (2003) daha önce kalp hastalığı olmayan, miyokard enfarktüsü geçiren 218 hasta ile yaptıkları 1 yıl süren çalışmada, doğruluğu idrarda kotinin testi ile denetlenmiş sigarayı bırakma miktarları müdahale grubunda %57 ve kontrol grubunda %37 olarak bulunmuştur (76). Bu oranın çalışmamızın sonuçlarına göre yüksek olma sebebi, örneklem grubunu hasta bireylerin oluşturmasına bağlanabilir. Hastalık, kişinin sağlığına karşı duyarlılığını arttırmakta ve sigarayı bırakmak için önemli bir motivatör olmaktadır.

Girişim grubunda sigara içenlerin %36'sı hem öntestte hem de son testte aynı aşamada kaldı. Son değerlendirmede girişim grubunun %6'sı, daha önceki aşamalardan birine gerileme gösterdi. Erol' un (2008) çalışmasında aynı aşamada kalanların oranı %20, gerileme oranı %25 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda gerileme (relaps) oranı daha düşük bulunmuştur; girişim grubunda değişim aşamalarında ilerleme oranı %58 olarak Erol'un (2008) %55 olan oranı ile benzerdir. Bununla birlikte bu sonuç 4. hipotezimizi desteklemektedir.

Prochaska ve Diclemente'in önerdiği spiral modeline göre, bireyler değişim aşamalarında ilerlerken bir önceki aşamaya geri dönebilirler (relaps). Çalışmalar bu bireylerin yaklaşık %15'inin "düşünmeme", %85'nin "düşünme/hazırlık" aşamasına geri döndüklerini göstermiştir (33).

İş sağlığı hemşiresi değişim süreci aşamaları arasındaki geçişi hızlandırabilir bu açıdan önemli bir role sahiptir. Bireyin içinde bulunduğu aşamaya göre uyguladığı girişimler ile aşamalarda ilerlemesinde ve sigarayı bırakmasında önemli bir etki yaratabilmektedir. Sonuçlarımız hemşirenin uyguladığı sağlığı geliştirme programları ile davranış değiştirmede önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

İşçilerin sigarayı bırakmasında iş sağlığı hemşiresinin rolünü belirlemek amacıyla toplam 50 girişim ve 50 deney olmak üzere toplam 100 kişi üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

Ön değerlendirmeden 6 ay sonra yapılan sonteste sigara kullanma durumu değerlendirildiğinde kontrol grubunda 1 kişinin, deney grubunda 13 kişinin sigarayı bıraktığı belirlendi.

Girişim grubunda sigarayı bırakanlar ortalama 119.84±60.60 (median=142) gün önce bırakmıştı. Kontrol grubunda ki 1 kişi ise 21 gün önce bırakmıştı.

Ön değerlendirmede sigarayı bırakmayı düşünme (TTM aşaması) açısından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$). Son değerlendirmede ise, girişim ve kontrol grupları arasında fark vardı. İleri analizde farklılığı yaratan grubun hareket aşamasında (6 aydan daha kısa süredir kullanmıyorum) olanlar olduğu belirlendi.

Kontrol grubunda ön değerlendirmede düşünme aşamasında olanların %16'sı, hazırlık aşamasında olanların %34'ü ve toplamda sigara içenlerin %50'si hem ön değerlendirmede hem de son değerlendirmede aynı aşamada kaldı. Bu oranlar girişim grubunda sırasıyla %14, %22 ve toplamda %36'idi.

Kontrol grubunda ön değerlendirmede hazırlık aşamasında olanların %24'ü, düşünme aşamasındakilerin %8'i önceki aşamalardan birine (düşünmeme, düşünme) gerileme gösterdi. Girişim grubunda hazırlık aşamasından düşünmeme aşamasına gerileme oranı %6'idi.

İşçilerin kontrol grubunda %18'i, girişim grubunda %58'i olumlu hareket (ilerleme) gösterdi.

Girişim grubunun ön değerlendirme-son değerlendirme aşamalarda değişme durumunu karşılaştırmak için yapılan işaret testinde (sign test) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (**p=0.000**). Kontrol grubunun değerlendirme-son değerlendirme oranları arasında fark yoktu.

Kullanılan sigara miktarına göre değerlendirme-son değerlendirme karşılaştırması yapıldığında kontrol grubunda anlamlı fark bulunmazken girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardı.

Kontrol grubunda değerlendirme-son değerlendirme kotinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Girişim grubunda ise sontest kotinin ortalaması önteste göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü.

Kontrol grubunda değerlendirme-son değerlendirme **Fagerstrom puan** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Girişim grubunda ise sontest **Fagerstrom puan** ortalaması önteste göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü.

Ek olarak, kişinin sigara bırakma sürecinde yapılan değerlendirmede, kendi bildirimi yanında, tükürükte kotinin düzeyinin değerlendirilmesinin sigara bırakmayı olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- İşyerlerinde işçilere iş sağlığı hemşiresi tarafından sigara bırakma ile ilgili sağlığı geliştirme programları uygulanması,

- İşyerlerinde, tütün kontrolüne yönelik politikalar geliştirilerek uygulanması,

- Sigara bırakma programlarında tükürükte kotinin düzeyi gibi biyokimyasal göstergelerin hem objektif değerlendirme hem de motivasyonu arttırmak için kullanılması,

- Sigara bırakma programlarına bireyin eş, arkadaş, iş çevresi gibi sosyal çevresinin de katılımının sağlanması,

- Sigara bıraktıktan sonra özellikle ilk aylarda başlama oranlarının yüksek olması nedeniyle, yapılan sigara bırakma programlarından sonra izleme çalışmalarının devam ettirilmesi ve sağlık profesyonellerinin desteği ile nüksün önlenmesi,
- Sigarayı bırakmak isteyen işçilerin bırakması için girişim ve gerekli durumda farmakoterapi masraflarının işyeri tarafından karşılanması,

Benzer araştırmaların daha büyük gruplarda yapılarak çalışma kapsamının yeni çalışmalarla geliştirilmesi önerilebilir.

9. EKLER

9.1. VERİ TOPLAMA FORMLARI

Ek I

Bu anket, Marmara Üniversitesi'nde yürütmekte olduğum **"İşçilerin Sigarayı Bırakmasında İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü"** konulu yüksek lisans tezimle ilgili veri toplamak amaçlı uygulanmaktadır. Kişiye ait olan bilgilerin gizliliğinin korunması ilkesine uyularak anket sonucunda elde edilen veriler yalnızca tezde kullanılmak üzere değerlendirilecektir.

Öznur SEZGİN
İş Sağlığı Hemşiresi
Fako Actavis İlaçları A.Ş.

DEĞERLENDİRME ANKETİ I

1. Adınız Soyadınız: Nikotin Düzeyi:.....

2. Doğum tarihiniz (Gün/Ay/Yıl):

3. Cinsiyetiniz:
( ) 1.Kadın
( ) 2.Erkek

4. Medeni durumunuz:
( ) 1.Evli ( ) 3. Boşanmış
( ) 2.Bekar ( ) 4. Eşi vefat etmiş

5. Eğitim Durumunuz:
( ) 1.Okur yazarım
( ) 2.İlkokul mezunuyum
( ) 3.Ortaokul mezunuyum
( ) 4.Lise mezunuyum
( ) 5.Yüksekokul / Üniversite mezunuyum
( ) 6.Yüksek lisans mezunuyum
( ) 7.Diğer:……

6. Çalıştığınız Bölüm:

7. Göreviniz:

8. Çalışma şekliniz:
( ) 1.Sadece gündüz ve hafta içi ( ) 3.Bazen mesaiye kalıyorum
( ) 2.Vardiya ( ) 4.Sık sık mesaiye kalıyorum

9. Bu işyerinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

10. Daha önce başka bir işte çalıştınız mı?

( )Hayır
( )Evet

Çalıştığınız yer	Süresi
…….	..…….
…….	..…….
……..	……

11. Sigara içmeye kaç yaşında başladınız?

12. Sigara içme nedeniniz sizce aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).

( ) 1.Özenti/merak
( ) 2.Ailemden gördüm alıştım
( ) 3.Stres,sıkıntı,kederler
( ) 4.Arkadaş gruplarının/arkadaşların etkisi
( ) 5.Daha sosyal olmak
( ) 6.Büyüdüğümü ispatlamak
( ) 7.Diğer:……..

13. Evde sizden başka sigara içen var mı?
( ) 1.Hayır ( ) 2. Evet

Cevabınız **evet ise** kimler?
( ) 1.Annem ( ) 4.Kardeşim
( ) 2.Babam ( ) 5.Ağbeyim/Ablam
( ) 3.Eşim ( ) 6.Çocuklarım
( ) 7.Diğer:……..

14. Çalışmadığınız günlerde içtiğiniz sigara sayısında bir değişiklik oluyor mu?
( ) 1.Evet oluyor, daha az içiyorum.
( ) 2.Evet oluyor, daha fazla içiyorum.
( ) 3.Hayır olmuyor.

15. Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?
( ) 1.Çok iyi
( ) 2.İyi
( ) 3.Kötü
( ) 4.Çok kötü

16. Son bir yıl içinde kaç gün raporluydunuz? Neden?

……

17. Teşhisi konulmuş kronik (uzun süreli) bir hastalığınız var mı? Nedir?

…….....

Nikotin Bağımlılık Düzeyini Ölçen Fagerström Ölçeği

18. Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içiyorsunuz?

( ) 1. İlk beş dakika içinde
( ) 2. 6-30 dakika içinde
( ) 3. 35-60 dakika içinde
( ) 4. 1 saat içinde

19. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

20. Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi en hoş (en tatmin edici) geliyor? Diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olan hangisi?
( ) 1. Sabah ilk sigara ( ) 2.Diğer:……

21. Günde ne kadar içiyorsunuz?
( ) 1. 10 tane veya daha az
( ) 2. 11-20 tane
( ) 3. 21-30 tane
( ) 4. 31 tane veya daha fazla

22. Sabah günün diğer günlerine göre daha çok içiyor musunuz?

( ) 1. Evet ( ) 2.Hayır

23. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda sigara içiyor musunuz?

( ) 1. Evet ( ) 2.Hayır

24. Daha önce sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

( ) 1.Evet ( ) 2. Hayır

Sigara İçme Durumunu Tanılama Formu (STF)-Short Form

25. Sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünüyor musunuz?

( ) 1.Evet (gelecek 30 gün içinde)
( ) 2.Evet (gelecek 6 ay içinde)
( ) 3.Hayır (bırakmayı hiç düşünmedim)

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ek II

DEĞERLENDİRME ANKETİ II

1. Adınız Soyadınız:

Nikotin düzeyi:.....

2. Çalıştığınız Bölüm:

3. Sigara içiyor musunuz?

( ) 1.Hayır, 6 aydan daha uzun süredir kullanmıyorum.
( ) 2.Hayır, 6 aydan daha kısa süredir kullanmıyorum. Tam olarak……..gün oldu.
( ) 3.Evet, kullanıyorum ama 30 gün içinde bırakacağım.
( ) 4.Evet, kullanıyorum ama 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum.
( ) 5.Evet kullanıyorum ve 6 ay içinde bırakmayı düşünmüyorum

4. Sigarayı bırakma kararını takiben 24 saatten fazla olmak üzere içmemek bir bırakma denemesi sayılır. Bu tanıma göre son altı ay içinde hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?

( ) 1.Evet ( ) 2. Hayır

Eğer cevabınız evet ise kaç kez denediniz?

.....

Bırakma denemeniz kaç gün sürdü? Aşağıdaki boşluğa açık bir biçimde yazınız.

……

……

5. Son altı ayda içtiğiniz sigara sayısında değişiklik oldu mu?

( ) 1.Değişmedi ( ) 2.Arttı ( )3.Azaldı ( ) 4.Sigarayı bıraktım

6. Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?

( ) 1.Çok iyi
( ) 2.İyi
( ) 3.Kötü
( ) 4.Çok kötü

7. Son altı ay içinde teşhisi konulmuş kronik (uzun süreli) bir hastalığınız var mı?

( ) 1. Evet.Nedir?.....
( ) 2. Hayır

(AŞAĞIDAKİ SORULARI SİGARA İÇMEYE DEVAM EDENLER CEVAPLAYACAKTIR)

Nikotin Bağımlılık Düzeyini Ölçen Fagerström Ölçeği

8. Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içiyorsunuz?

( ) 1. İlk beş dakika içinde
( ) 2. 6-30 dakika içinde
( ) 3. 35-60 dakika içinde
( ) 4. 1 saat içinde

9. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

10. Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan hangisi en hoş (en tatmin edici) geliyor? Diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olan hangisi?

( ) 1. Sabah ilk sigara ( ) 2.Diğer:……

11. Günde ne kadar içiyorsunuz?

( ) 1. 10 tane veya daha az
( ) 2. 11-20 tane
( ) 3. 21-30 tane
( ) 4. 31 tane veya daha fazla

12. Sabah günün diğer günlerine göre daha çok içiyor musunuz?

( ) 1. Evet ( ) 2.Hayır

13. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda sigara içiyor musunuz?

( ) 1. Evet ( ) 2.Hayır

14. Daha önce sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

( ) 1.Evet ( ) 2. Hayır

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ek III

SAĞLIK EĞİTİM PLANI

EĞİTİM KONUSU: Sigara ve İnsan Sağlığı, Sigaranın Zararları, Sigarayı Bırakmaya Hazırlanma, Sigarayı Bırakma ve İlk Günler, Nüks Önleme.

AMAÇ: İşçilerin, sağlık açısından sigaranın zararlarının farkına varması ve sigarayı bırakması.

HEDEF GRUP: Araştırma kapsamına alınan basit rastgele sayılar tablosu yardımı ile seçilen girişim grubunda bulunan, sigarayı bırakmak isteyen 50 işçi.

HEDEFLER:

- İşçinin sigara içme nedenlerini fark etmesi ve kendi bağımlılık durumunun psikolojik ve fiziksel yönlerini anlaması,
- Sigara bırakma hazırlığı ile ilgili kendini gözden geçirmesi,
- Sigara içme davranışını kontrol etmeyi öğrenmesi,
- Sigara bırakma süresicinde yaşanan sorunlarla başetmeyi öğrenmesi,
- Sigara bırakma motivasyonunun güçlenmesi,
- Nikotin yoksunluk belirtilerini yönetme bilgilerini yönetme bilgilerini kavraması.

EĞİTİMİN YAPILDIĞI YER: Fabrikanın konferans ve toplantı salonları.

SÜRE: 40 dakika süre ile 4 oturum.

EĞİTİM YÖNTEMLERİ: Takrir, tartışma, soru-cevap, beyin fırtınası.

EĞİTİM MATERYALLERİ: Bilgisayarlı projeksiyon, broşür ve kitapçıklar.

9.2. SİGARA BIRAKMA PROGRAMI

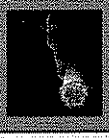
Ek IV

1.OTURUM
SİGARA VE İNSAN SAĞLIĞI
SİGARANIN ZARARLARI - CD gösterisi

actavis
creating value in pharmaceuticals

SİGARA
ve
İNSAN SAĞLIĞI

Özgür SEZGİN
F.A.K.O. Actavis İlaç Sağlık Hizmetleri



TÜTÜN
ZEHİRLİ BİR BİTKİDİR .

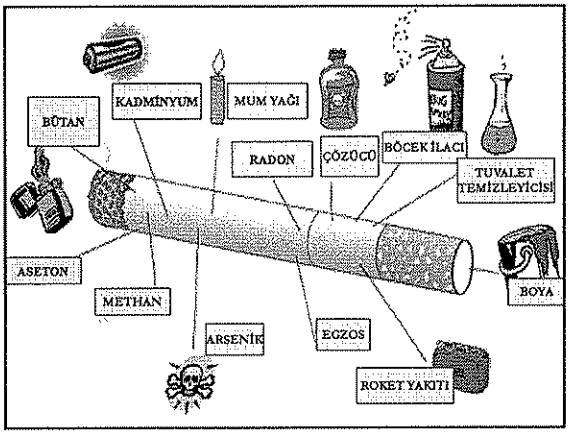
Her 8 saniyede bir kişi sigaradan ölüyor.

Sigara önlenebilir ölüm nedenidir.

Sigara dumanında vücudumuz için zararlı 4.000'den fazla madde bulunur.

Sigaradaki en tehlikeli maddeler:

NİKOTİN
KARBONMONOKSİT
KATRAN



Sigara,
içenlerin yarısını
öldürmektedir.

Yılda 4 Milyon ölüm !

2020' de her üç kişiden biri sigaradan ölecek !

TÜTÜNÜN YOL AÇTIĞI HASTALIKLAR

- Bağımlılık
- Kanserler
- Enfeksiyonlar
- Anatomik ve fizyolojik bozukluklar
- Genetik bozukluklar
- .....

TÜTÜN, ESRAR VE EROİNDEN SEKİZ KAT DAHA FAZLA BAĞIMLILIK YAPAR.

Hiç sigara içmeyenlere göre
Sigara içenlerde
- alkol içme 3 kat
- esrar içme 8 kat
- kokain içme 22 kat fazla görülür.

Sigaraya Bağlı Hastalıklar

Kanserler
- Ağız-dil-yutak-gırtlak-tükrük bezi-diş eti
- Akciğer-bronş
- Yemek borusu-mide-karaciğer- pankreas-bağırsak-anüs
- Böbrek- mesane -penis-vulva-rahim ağzı
- Kan kanserleri

SİGARA VE KANSER

- Sigaradan ülkemizde yılda en az 70.000 kişi ölmekte...

!

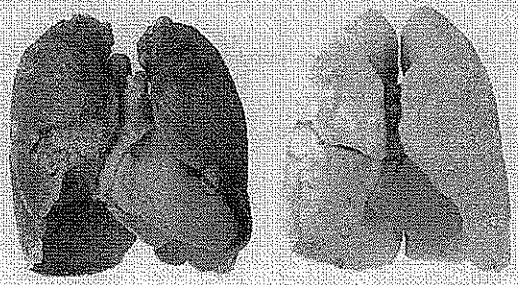
- Akciğer kanseri, dünyada kanser ölümleri arasında birinci sırada yer almaktadır.

Sigaranızdan bir nefes çektiğinizde,
300 milyon ile 3 milyar partikül akciğerlerinize girmektedir.

actavis
creating value in pharmaceuticals

Dünyada en çok rastlanan ve en fazla ölüme yol açan kanser, akciğer kanseridir.

Akciğer kanserlerinin % 95'i sigaraya bağlıdır.



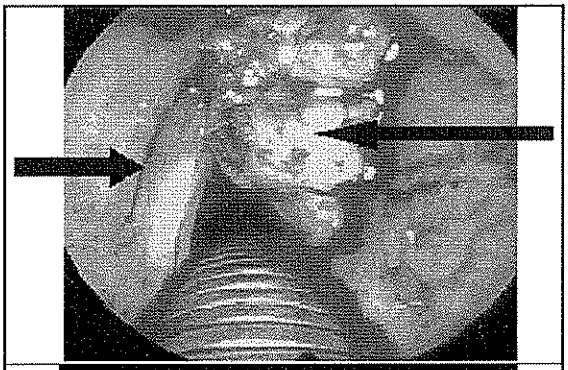
Sigara içenlerin akciğeri

Sigara içmeyenlerin akciğeri

GIRTLAK, YUTAK ve DUDAK KANSERLERİ

Sigara dumanındaki zararlı maddeler ağız yolu ile içeri çekildiği için yanak, dudak,yutak ve gırtlak bölgelerine yapışarak oradaki dokuları zamanla tahrip ederler.

Sonuç olarak sigara, bu bölgelerde ağrılı, tedavisi zor kanserlerin gelişmesini kolaylaştırır.



SES TELLERİNDE KANSER

SİGARA-SİNDİRİM SİSTEMİ KANSERLERİ

Sigara ;
- Yemek borusu kanseri 5-10 kat
- Mide kanseri %20-35 fazla görülür.

Pankreas kanseri için risk faktörüdür.

SİGARA-MESANE KANSERİ

•Sigaranın içindeki maddelerin biriktiği yerlerden biri mesanedir.

•Sigara içenlerde mesane kanseri riski 3-5 kat artar.

İçtiğiniz sigaradan dolayı

- Akciğer kanseri olma riskiniz 13 - 22 kat
- Ağız kanseri olma riskiniz 3 - 30 kat
- Dişeti kanseri olma riskiniz 5 - 14 kat
- Dil kanseri olma riskiniz 4 - 33 kat
- Bademcik kanseri olma riskiniz 7 - 11 kat
- Gırtlak kanseri olma riskiniz 16 kat
- Yemek borusu kanseri olma riskiniz 8 - 10 kat
- Mesane kanseri olma riskiniz 3 - 5 kat
- Pankreas kanseri olma riskiniz 2 kat
- Böbrek kanseri olma riskiniz 5 kat
- Prostat kanseri olma riskiniz 2 kat
- Rahim ağzı kanseri olma riskiniz 17 kat
- Kan kanseri olma riskiniz 2 - 3 kat

Sigara içenler **15-25 kat** daha fazla kanser nedeniyle ölür !

SİGARA VE ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

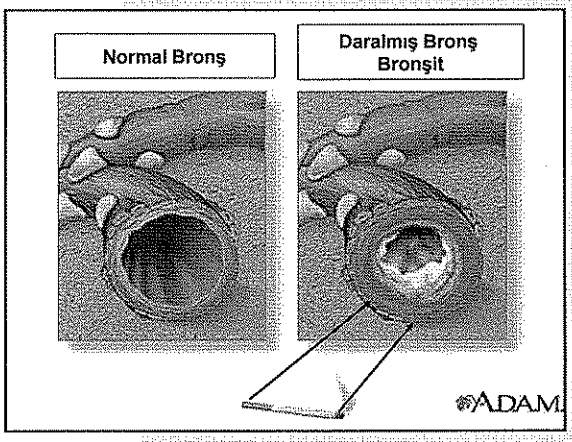
•Bademcik iltihabı
•Diş çürükleri, diş dökülmesi,
•Sinüzit, burun iltihabı
•Orta kulak enfeksiyonları
•İşitme kayıplarına yol açmaktadır.

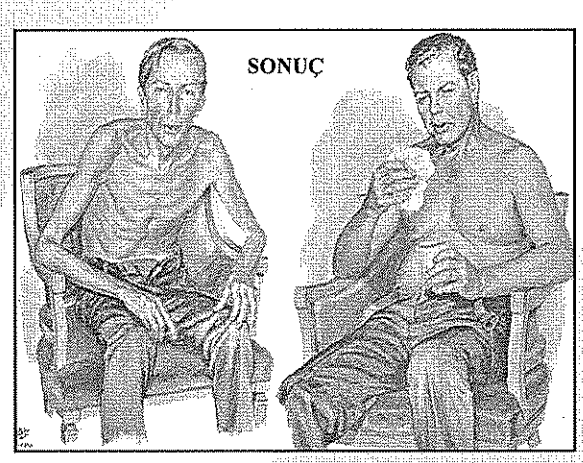
SİGARA VE ALT SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI

Kronik Bronşit- Amfizem gibi hava yolu darlığı yapan hastalıklara sebep olur.

Sigara

•Akciğer fonksiyonlarını bozar,
•Akciğer gelişimini bozar,
•Öksürük, balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı yapar,
•Fiziksel performansı, egzersiz yeteneğini bozar.





ASTIMA ZEMİN HAZIRLAR

ASTIMIN TEDAVİSİNİ ZORLAŞTIRIR

CİDDİ ASTIM KRİZLERİNE YOL AÇAR.

SİGARA VE KALP DAMAR HASTALIKLARI

- Hipertansiyon
- Kolesterol yüksekliği
- Felç
- Damar tıkanıklıkları
- Kalp krizi, kalp yetmezliği
- Kalp ritim problemleri

SİGARA İÇENLERDE:

- Kalp krizi riski 2.5 kat artmaktadır.
- Hipertansiyonun oluşumunu kolaylaştırmaktadır.
- Pasif sigara içimi bile kalp krizi riskinizi arttırır.
- Koroner arter hastalığı riskiniz sigarayı bırakmakla azalmaya başlar.

SİGARA VE NÖROLOJİK HASTALIKLAR

Sigara içenlerde beyin damar hastalıkları;

- Kanama 2 kat,
- İnme (Felç) 3 kat ,
- Beyin sapı kanamaları

4 kat daha fazladır.

actavis
creating value in pharmaceuticals

- Sigara erken bunamaya yol açar,
- Parkinson hastalığının belirtilerinin ortaya çıkmasını geciktirdiğinden geç tanıya sebep olur.

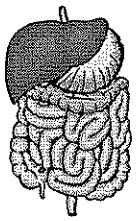
SİGARA VE BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ

Sigara vücudun bağışıklık sistemini baskılar:

- Enfeksiyonlara zemin hazırlar.
- Enfeksiyon hastalıklarının tedavisini zorlaştırır.

SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE SİGARA

- Mide ve on iki parmak barsağı ülserleri,
- Kronik gastrit, reflü, ülserler,
- Karaciğer, yemek borusu kanseri,
- Pankreas ve barsak hastalıkları.



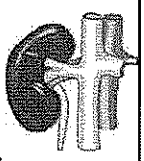
SİGARA

Ayrıca;

- Tükrük salgısını azaltır.
- Yemek borusunun alt ucunun basıncını azalttığı için reflü hastalığına yol açar.
- Ülser iyileşmesini geciktirir.
- Özellikle alkol ile tüketildiğinde bu pankreas ve karaciğer kanserine zemin hazırlar.

SİGARA VE BÖBREK

- Böbreğin kanlanmasını bozar.
- Böbreğin idrar süzmesini olumsuz etkiler.
- İdrarla protein kaybını artırır.
- Böbrek yetmezliğine zemin hazırlar.
- Böbrek naklinde başarısızlığa yol açar.
- Böbrek tümörü için risk faktörüdür.



SİGARA VE KADIN

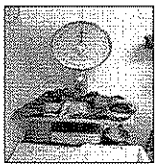
- Adet düzensizlikleri
- Kısırlık
- Erken menopoz
- Kemik erimesi
- Hamilelik sırasında
  - -Dış gebelik,
  - -Erken doğum,
  - -Erken membran rüptürü,
  - -Düşük riskini artırır.

Anne gebelikte sigara içiyorsa

- Erken doğum riski 2 kat fazladır.
- Ölü doğum riski 1/3 kez fazladır.
- Düşük yapma riski 1/4 kez fazladır.
- Bebekte gelişme geriliği, zeka geriliği

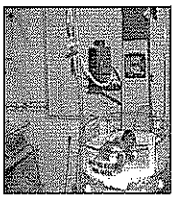
Çocuk Sağlığına Etkileri

Hamilelik süresince sigara içmiş annelerin çocukları içmemiş annelerin çocuklarından 200-250 gr daha düşük ağırlıkla doğmaktadır.



- Ölü doğum
- Yeni doğan döneminde ölüm
- Ani ölüm sendromu oranı

Sigara içen kadınların çocuklarında daha yüksektir.



Sigara İçen Annelerin Çocuklarında

- Büyüme gelişme geriliği
- Ateşli havale
- Davranış bozukluğu
- Alerjik hastalıklar
- Akciğer gelişme bozukluğu
- Solunumsal enfeksiyonlar
- Astım
- Kronik bronşit
- Akciğer kanseri gelişme riski artmıştır

SİGARA VE ERKEK

- Mesane ve prostat kanserine yol açar.
- Cinsel isteksizliğe yol açabilir.
- Sperm kalitesini ve hareketini bozar.

SİGARA VE ENDOKRİN SİSTEM

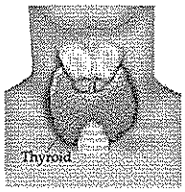
Sigara diyabet hastalarında;

- Kan şeker düzeyinde bozukluklar yapar.
- Diyabete bağlı böbrek yetmezliğine gidişi hızlandırır.
- Kolesterol seviyesinde artış yapar.

actavis
creating value in pharmaceuticals

SİGARA VE ENDOKRİN SİSTEM

•Sigara tiroid hormonlarının kan seviyesinde artış yapar.
•Tiroid bezinin otoimmün hastalıklarını artırır.



SİGARA VE CİLT HASTALIKLARI

•Kalıcı çizgi veya kırışıklıklar,
•Deride renk değişikliği,
•Saçlı deride nikotine bağlı sarı renk değişiklikleri,
•Tırnakta renk değişikliği,
•Ağız yaraları,
•Yara iyileşmesinde gecikme,
•Deri hastalıklarının tedavisinde başarısızlıklara yol açar.
•Sedef hastalığı sigara içenlerde iki kat fazladır.

SİGARA VE GÖZ

Sigaranın birçok göz hastalığına yol açtığı bilinmektedir.
•Katarakt göz merceğinin bulanıklaşmasıdır.
Göze ışığın gelmesini engeller ve körlüğe yol açabilir.
•Günde 20 sigaradan fazla içenlerde katarakt gelişme riski iki kat fazladır.

SİGARA İÇERKEN MASUM GELEBİLİR AMA SİZDEN BİR CANAVAR YARATIYOR.

PASİF İÇİCİLİK

Ev içinde sigara içiliyorsa

•Çocuklar ortalama günde 5 sigara içmiş olmakta,
•Bebekler hastaneye 3 kat daha fazla başvurmakta,
•Ani bebek ölümü riski 2.5 kat artmakta,
•Bebeklerde kolik tarzı karın ağrısı 2 kat artmakta,
•Çocuklarda astım ve solunumsal enfeksiyon riski 2 kat artmakta,
•Çocuklarda akciğer kanseri, kronik bronşit sıklığı artmakta,
•Kocası sigara içen kadınlarda akciğer kanserinden ölüm 2-3 kat artmaktadır.

actavis
creating value in pharmaceuticals

KENDİNİZİ KANDIRMAYIN!
Sigarayı bırakmaya karar verirken şunları göz önüne alın:

- Hayatınızda pek çok problemle karşılaştınız ve bunları kendi iradenizle çözdünüz.
- Hergün pekçok şeye göğüs geriyorsunuz ve başarıyorsunuz.
- Kendi kararlarınızı kendiniz veriyorsunuz, amaçlarınızı kendiniz belirliyorsunuz. Sigaraya da kendiniz başladınız, unuttunuz mu? bırakabilirsiniz.
- Siz zayıf karakterli bir insan değilsiniz. Eğer öyle olsaydı, geçmişteki pek çok olaya dayanamazdınız.
- Sigarayı da işte böyle bırakabilirsiniz. Hayatınız boyunca pek çok insana yardım ettiniz, destek oldunuz. Arkadaşlarınız hep size güvendi. Siz sorumluluk sahibi bir insansınız.

UNUTMAYIN YAPABİLİRSİNİZ...

•Sigara içmek yada içmemek tamamen kendi seçiminiz. Eğer gerçekten istemiyorsanız, başaramazsınız. İlk seferde başaramadınız diyelim, üzülmeyin, bir daha denersiniz.

•Belki çok içtiğiniz bir gecenin ardından sabah hasta kalktınız ve bir daha sigara içmemeye karar verdiniz, ama öğlene doğru kendiniz iyi hissedip yeniden başladınız.

•Akşam yemeğine kadar bir paket sigara içtiniz ve sabah verdiğiniz kararı tamamen unuttunuz. Kendi kendinize asla bırakamayacağınızı söylüyorsunuz. Kesinlikle dürüst davranmıyorsunuz, çünkü yapabileceğinizi biliyorsunuz!

SİGARASIZ SAĞLIKLI GÜNLER DİLEĞİYLE...

Ek V

2.OTURUM
SİGARAYI BIRAKMAYA HAZIRLANMA

Bu oturumda ele alacağımız konular şunlardır:

- İşçilerin Nikotin Bağımlılık Testi sonuçları
- Sigara içme nedenleri
- Motivasyonu artırma
- Günlük sigara kaydı
- Sigarayı azaltma yöntemleri
- Bırakma gününün belirlenmesi

"İnsanlar neden sigara içer?" sorusunu yanıtlayabiliriz. En önemli sigara içme nedenleri şunlardır:

Fiziksel bağımlılık: Nikotin açlığını yatıştırmak için sigara kullanımıdır.

Örnekler: Nikotin yoksunluğu bulgularını gidermek için sabah hemen sigaraya başlanması.

Nikotinin etkileri azalınca tekrar bu etkileri oluşturmak için sigara içilmesi.

Ruhsal bağımlılık: Sıkıntı giderici, rahatlatıcı etkileri için sigara kullanımıdır.

Örnekler: Can sıkıntısı, moral bozukluğu, gerginlik gibi durumlarda sigaranın içilmesi.

Davranışsal bağımlılık: Sigara içmeyle ilgili davranışlara bağımlılıktır.

Örnekler: Bazı durumlarda ki otomatik davranışlar: Otobüs beklerken, tartışırken, bir şeyler atıştırırken içmek.

Bazı koşullayıcılarla birlikte sigara kullanımı: Çay veya kahve içerken sigara içmek.

Bazı jestler: Ağızda tutmak, iki parmak arasında tutmak, içine çekmek, külünü kül tablasına bırakmak gibi.

Sigara içilmesinde rol oynayan etkenler

- Keyif
- Dinlenme
- Sıkıntıdan kurtulma
- Öfkenin yatışması
- Konsantrasyon artışı
- Bağımsızlığın ispatı
- Kilo artışının önlenmesi

Çevresel faktörler:

- Çevrede içenlerin çok olması
- İçmeyi cesaretlendirici ortam
- Çevreye özenme veya uyum
- Yeni zevkler arama

Tuzak düşünce:

Çevremde çok sigara içen var. Bu durumda sigarayı bırakmam zor.

Yanıt:

Bu gibi durumlarda sigara içmeyenlerle daha çok görüşmeye çalışmak, aynı ortamda sigara içenlere karşı (örneğin işyerinde) sigara içilmemesi hakkını savunmanız gerekir. Ayrıca çevrenizde ki sigara içenleri de bırakmaya teşvik etmeye çalışabilirsiniz.

Siz niçin sigara içiyorsunuz?

Uyarıcı etki oluşturmak için sigarayı içiyorsanız, bu durumda nikotinin, konsantrasyon artışına yol açması ve hafif canlılık veren özelliklerinden fazla etkileniyorsunuz demektir. Bu kişilerin bir bölümü sigarayı bıraktıktan sonra, bir süre konsantrasyon problemleri çeker ve derin düşünemediklerini ifade ederler.Böyle

durumlarda bir süre sonra konsantrasyon problemlerinin geçeceğini ve beyninizin normal fizyolojik çalışma düzenine geçişi için biraz zamana ihtiyacınız olduğunu düşünün.

Sigarayı elinizde tutmak hoşunuza gittiği için içiyorsanız, bırakma döneminde bu davranışı engelleyebilmek için, "yerine bir şeyler koyma" stratejisinden yararlanılabilir. Örneğin, kalem, anahtarlık vb. elinde taşıma gibi.

Hoşnutluk veya rahatlama amacıyla sigara içtiğini gören bir sigara içicisi için sigaradan tiksinmesini sağlayan bazı düşüncelerin ve yöntemlerin kullanımı işe yarayabilmektedir.

Bu stratejiler arasında şunlar sayılabilir:

- Sigarayla birlikte hoş olmayan görüntüler veya düşünceleri bir arada hayal etmek. Böylece sigaraya karşı duyarlılık arttırılarak tiksinti veya bulantı hissi oluşabilir.
- Kokusundan tiksinmek için kül tablalarını boşaltmamak.
- Sık sık dişlerini fırçalamak.
- Sigaranın ağız tadını bozduğunu düşünmek.
- Koşu, merdiven çıkma gibi efor gerektiren birkaç egzersizden sonra solunumunun durumunu inceleyerek bunda sigaranın payını düşünmek.
- Çok sık sigarayı içine çekerek sigaradan tiksinme.Bu yönteme "sık sigara içe" diyebiliriz. Örneğin 6 saniyede bir sigara içine çekilir. Kalp veya akciğer hastalığı olanlar için tehlikeli bir yöntemdir.
- Belli bir süre içinde aşırı sigara içme yoluyla kendini tiksindirme. Bu yönteme "sigara kendini doyurma" yöntemi de diyebiliriz. Bu yöntem de kalp veya akciğer hastalığı olanlar için tehlikelidir.
- Sigara içerken dumanı ağzının içinde tutarak kendini irritasyona maruz bırakmak. Bu yöntem de kalp veya akciğer hastalığı olanlar için tehlikelidir.
- Hiç sevmediği marka sigaraları içerek sigaradan nefret hissini arttırmak.

Gerilimin azalması amacıyla sigara içiyorsanız bu gerilimi azaltmak için gevşeme alıştırmaları veya mümkün olduğunca stresi az olan bir yaşam tarzı oluşturmak için stratejiler geliştirmeye çalışın.

Gevşeme alıştırmaları iki şekilde yapılabilir:

1. Sadece nefes egzersizi: Yavaşça nefes alarak içinizden 4'e kadar sayıp yine yavaşça soluğu vermek ve bu sırada tüm kasları gevşetmeye çalışmak.

2. Kasları kasarak ve gevşeterek egzersiz: Sırasıyla "ayak ve bacak" kaslarını, "gövde ve kol" kaslarını ve "boyun ve yüz" kaslarını üç kez kasıp bir süre sonra yavaşça gevşeterek yapılan egzersizlerdir.

Bu iki egzersiz birlikte de uygulanabilir. Ayrıca, duş yapma, masaj gibi yöntemlerin de gevşetici özelliği bulunmaktadır.

SİGARAYI BIRAKMA İSTEĞİNİ (MOTİVASYONU) ARTTIRMA

Sigarayı bırakma motivasyonunu oluşturmak

Sigarayı bırakmada ilk adım "bırakma motivasyonu" oluşturmaktır.

- **Sigara içmenizin avantaj ve dezavantajlarını saptayın.**

Değişim aşaması	**Sigarayı bırakma konusunda duygu ve düşünceleriniz nelerdir?**	**Amaç**	**Amaca yönelik düşünce ve eylem**
Düşünme öncesi /Düşünmeme	"Sigaradan hoşlanıyorum".	Kararsızlıktan kurtulmak	**"Sigarayı bıraktıktan sonra sigarayla ilişkili bazı yakınmalarım düzelecek"**
Düşünme	"Sigaradan hoşlanıyorum ama sigarayı bırakmam gerektiğini de biliyorum."	Kararsızlıktan kurtulmak	**"Sigarayı bıraktıktan sonra yaşam kalitem daha iyi olacak. Bende hoşnutluk duygusu yaratacak başka şeyler bulabilirim."**
Hazırlık	"Sigarayı bırakmaya hazırım."	Bırakma stratejisini oluşturmak.	**"Bir bırakma günü saptamalı ve buna göre bir plan oluşturmalıyım."**
Hareket	"Sigara içmiyorum ama zaman zaman sigara içsem mi diye düşünüyorum."	Nüksü tetikleyebilecek durumlara yönelik çözümler sağlamak	**"Yüksek riskli durumlara ilişkin başa çıkma becerilerini geliştirmeliyim. Yüksek riskli durumlarla başa çıkabilirim."**
Sürdürme	**"Eskiden sigara içerdim."**	**Sigarasız hayata devamı sağlamlaştırmak**	**"Sigarasız hayatın bana kazandırdığı ödülleri görmeliyim. Deneyimlerimi başkalarıyla paylaşmalıyım."**

Eğer bir davranış sürdürülüyorsa avantajları daha fazla görüldüğü için sürdürülüyordur. Eğer bir davranış değişikliği yapılacaksa, kişi değişiklik yapmanın avantajlarının daha çok olduğunu görmüştür ve bu nedenle davranışı değiştirme kararı almıştır.

- **Kararınızı pekiştirin**

Eski düşüncelerin yerine yenileri koymak, eski şartlanmaları aşmak için yararlı olacaktır. Yeni kararınızı güçlendirici bazı yöntemlerden yararlanabilirsiniz:

- **Tekrarlar:** Evde, çeşitli yerlerde, yanınızda yeni kararınızı size hatırlatan küçük notlar bulundurmak ve sık sık bunları okumak ve tekrarlamak.
- **Şifre sözcükler:** Kararınızı size hızla hatırlatan kişisel kısa sözcüklerdir. Örneğin: Sakın "SUY" u unutma. SUY: **S**ağlıklı **U**zun **Y**aşama kararı.

- **Engelleri görüp bunlarla mücadele edin**

Hedefe yönelik davranışlarda başarılı olabilmek için engellerle mücadele etmeyi göze almak gerekir. Gerçekçi tutum, engelleri aşarken zorlanabileceğini kabul etmek, ancak pes etmeden çalışmayı sürdürmektir.

Motivasyonu arttırmanın yolları

Kararsızlıktan kurtulmak

Pek çok sigara kullanıcısı bırakma konusunda kararsızlık içindedir. Sigarayı içen herkes sigarayı bırakabilir. Sigarayı içen herkesin sigarayı

bırakmak için bir nedeni vardır. Kendi sağlığı ve çocuklarının sağlığı en önemli nedenlerdir.

Sigara bırakma nedenleri

-Sağlık
-Bir hastalığın oluşması korkusu
-Anne olma
-Sigara fiyatlarının artışı
-Bağımlılığa gidiş
-Daha iyi bir fizik kondisyona sahip olma

Sizin sigarayı bırakma nedenleriniz hangileridir?

Kendiniz için bırakmada önemli etkenleri belirleyin.
Niçin sigarayı bırakmak istiyorsunuz?

1) ……
2) ……
3) ……
4) ……
5) ……
6) ……
7) ……
8) ……
9) ……
10) ……

Çünkü şunları istiyorum:

-Sağlığımı korumak
-İyi bir fizik kondisyon
-Güzel kokular ve yemeklerin tadını hissetmek
-Para biriktirmek
-Bir çocuğumun olması
-Cildimin güzelleşmesi
-Tütün kokusunun üzerime sinmesinden kurtulmak.

Tütünde sizi rahatsız eden nedir?

-Fiyatı
-Sağlık için tehlikesi
-Çevredekiler için tehlikesi
-Performans ve enerjinin azalması
-Estetik yönden kötüleşme
-Kokusu
-Kendinizi esaret altında hissetmeniz.

Sigarayı bırakmakla kimi memnun edeceksiniz?

-Kendinizi
-Yakınınızı
-Çocuklarınızı
-Ailenizi
-Meslektaşlarınızı
-Arkadaşlarınızı
-Toplumu

Ödüllerin farkına varmak

Çoğu sigara kullanıcısı, sigarayı bırakırsa kazanacağı ödüllerin farkına varamamaktadır. Sigarayı bırakmanın kazandıracağı pek çok ödül vardır.

Bırakmanın ödülleri

Uzun yaşama

Sağlığın iyileşmesi:

-Kalp hastalığı riskinin azalması
-Felç riskinin azalması
-Kronik bronşit riskinin azalması
-Kanser riskinin azalması
-Yemeklerin tadının düzelmesi
-Koku duyusunun düzelmesi
-Para biriktirme
-Kendini iyi hissetme
-Çevrenin temiz kokması
-Çocuklar için iyi örnek olma
-Sağlıklı çocuklar
-Fiziksel aktivitenin artışı
-Cilt yaşlanmasının azalması
-Diğer ödüller

Engellerin belirlenmesi ve bunları yıkmak

- Önceki bırakma dönemlerinde yaşanılan zorluklar
- Yoksunluk bulguları
- Yetersizlik hisleri
- Destek azlığı
- Aşırı sıkıntı-kaygı
- Depresyon

- Sigaradan hoşlanma
- Diğer engeller.

Sizin için bunlardan hangisi veya hangileri tehdit olabilir?

Soru: Sigara içme hakkı diye bir hak yok mu? Niçin sigara yasağı var?

Yanıt: Sigara içmek, bireyin kendisine ve başkasına da zarar veren bir eylemdir. Bireyin başkasına doğrudan veya dolaylı zarar verme hakkı yoktur.Bireyin kendine zarar verme hakkı da başkalarına model olma özendirme gibi kavramlar düşünüldüğünde aslında oldukça sınırlıdır.

Tuzak düşünce: Sigarayı içip içmemem başkalarını ilgilendirmez. Ben başkalarının çok yemek yemelerine karışıyor muyum? Onlar da başkalarına kötü örnek oluyor.

Yanıt: Sigara içmek özendirici etki yaratmakla kalmıyor, aynı zamanda pasif içime neden olarak başkalarına da zarar verme durumu var. Çok yemek yemek de sağlığa zararlıdır. Bu anlamda sigara içenler de aşırı yemek yiyenler de sağlığına zarar veriyorlar.

Tuzak düşünce: Sigarayı içip içmemem başkalarını ilgilendirmez. Param var, içerim, yasağı delersem cezasını da öderim.

Yanıt: Bu tavır toplum karşıtı (anti sosyal) bir tavırdır.

GÜNLÜK SİGARA İZLEMİ

Sigara içme bir davranıştır. Bir gün içinde hangi sigarayı ne zaman ne durumda içtiğinizi görmeniz gerekir. Bu kendinizi izleme yöntemidir. Amaç kendi davranışından haberdar olmak ve gerekli frenleri koyabilmektir.

Şimdi iki günlük sigara kaydınızı yapmanızı sağlayacak, size dağıtacağım izleme cetvelini doldurun lütfen. Bu cetveli akşam üzeri o gün içtiğiniz sigaraları

düşünerek doldurabileceğiniz gibi, yanınızda taşıyıp sigarayı içtikten hemen sonra da doldurabilirsiniz.

Günlük Sigara Kaydı

Sayı	Saat	Gereksinim (Aşağıdaki açıklamalara göre puanlayın)	Yer veya aktivite	Kiminleydiniz	**Ruh hali veya neden**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Gereksinim: O sırada sigara içmeniz sizin için ne kadar önemliydi?

1) Son derece önemliydi (sigara içmemenize olanak yoktu).

2) Önemliydi (sigara içmeseydiniz yapamazdınız).

3) Önemi belirgin değildi (sigaranın gerekli olup olmadığını kesin söyleyemiyorsunuz).

4) Önemsizdi (sigara içmezseniz de olurdu).

5) Öneminin farkında değilim (gerçekten isteyip istemediğimi veya sigara içmeden yapıp yapamayacağımı bilmiyorum).

SİGARAYI AZALTMA YOLLARI

Sigarayı azaltmanın mantığı, alınan nikotin miktarını azaltmak suretiyle sigara kesildiğinde ortaya çıkacak nikotin yoksunluk bulgularının şiddetini azaltmaktır. Bir diğer neden ise sigarayı bırakamayan kişilerin hiç olmazsa yaşadıkları zararın azaltılmasıdır. Bizim hedefimiz öncelikle sigaranın bırakılmasıdır. Burada önemli olan sigara bırakma gününün belirlenmesidir. Bu güne kadar ister sigara miktarınızı kademeli olarak azaltın ister azaltmayın. Bu sizin seçiminizdir. Sigara miktarınızı azaltma gayretiniz, sigara içme davranışınızı daha iyi analiz etmenize ve başa çıkma becerilerini devreye sokmanıza yardımcı olabilir.

Sigarayı azaltmanın bazı yolları şunlardır:

- Sigaranın yarısını içmek.
- İlk sigara içişini 1 saat ertelemek.
- Saat başlarında veya yarımlarında içmek.
- Günde kaç sigara içeceğine karar vermek.
- Sigara içmeyle ilişkili alışkanlıklarını değiştirmek.
- Bir sigara içmek yerine bir şey yemek veya içmek.

- Azaltmak için birer haftalık tüketilecek hedef miktarlar saptamak da bir yöntemdir. “Bir hafta günde 15, sonraki hafta günde 7 sigara içeceğim ve şu günden itibaren artık hiç içmeyeceğim” gibi bir hedef oluşturulabilir.En kısa sürede bir bırakma günü de saptanmalıdır.

Otomatik İçmeyin

- Sadece gerçekten çok istediğiniz sigarayı için. Bir sigarayı yakmadan önce, bunun otomatik bir içiş olup olmadığını sorgulayın.
- Kül tablasını boşaltmayın. Böylece içtiğiniz sigaraların sayısını belirleyebilirsiniz ve varolan kötü kokuyu hissedebilirsiniz.
- Sigarayı farklı bir cepte taşımak, alışmadığınız bir yerde bulundurmak, farklı elle tutmak işe yarayabilir.

Soru: Sigarayı birden bırakırsam çok kötü şeyler yaşar mıyım?

Yanıt: Sigara iki şekilde bırakılır. Ya alınan miktarlar giderek azaltılır. Ya da sigara bırakma günü belirlenir ve o gün birden kesilir. Ancak her iki yöntem içinde başlangıçta ruhsal ve davranışsal yönden bireyin kendisini hazırlaması gerekir. Fazla miktarlardaki sigarayı birden kesenlerin, eğer tıbbi bir yardım almıyorsa, yaşayacakları nikotin yoksunluk bulgularının şiddeti biraz daha fazla olabilir. Ama bu çok acı veren veya dayanılması imkansız bir süreç değildir. Asıl çok kötü şeyler, sigaraya devam edilirse yaşanır.

BIRAKMA GÜNÜNÜN BELİRLENMESİ

Bir sigara bırakma günü belirleyin ve bu tarihi değiştirmeyin. **Sigaradan Kurtuluş Gününüz** kutlu olsun! O güne kadar içtiğiniz sigara miktarını azaltıp azaltmamak sizin kararınıza kalmıştır. Azaltarak bırakmanın bir avantajı, bıraktıktan sonra nikotin yoksunluk bulgularının daha az olmasıdır.

3.OTURUM
SİGARAYI BIRAKMA VE İLK GÜNLER

Bu oturumda ele alacağımız konular şunlardır:

- Nikotin yoksunluk bulguları
- Sigarayı bırakmaya hazırlanma
- Bırakma günü
- Bırakma sonrası yaşanacakların ele alınması
- Kilo almamak için yapılacaklar

NİKOTİN YOKSUNLUĞU

İnsanların sigaradan hoşlanmasında en önemli rolü bu madde oynamaktadır. Sigarayı bıraktığınızda yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Sigara tiryakilerinin belirli bir noktadan sonra zevk almaktan çok, yoksunluk bulgularından kaçınmak için sigara içtikleri varsayılmaktadır.

Tuzak düşünce:

Sigarayı bırakırsam çok sinirli olacağım diye korkuyorum.

Yanıt:

Bu, kişinin hazırlığına bağlıdır. Nikotin yoksunluk bulguları süresince ve sonrasında gevşeme alıştırmaları yapmak, sigarayı bıraktığı için kendini kutlamak, kişinin kendi çabasıyla sakinleşmenin yollarını bulmasının mümkün olduğunu düşünmek ve bu yönde bazı stratejiler geliştirmek sinirliliği azaltacaktır.

Nikotin Yoksunluk Bulguları şunlardır:

-Tütün arayışı

-Huzursuzluk veya karamsarlık

-Uykusuzluk

-Sinirlilik, çabuk öfkelenme

-Sıkıntı

-Düşüncelerini yoğunlaştıramama

-Kalp hızında azalma

-İştah artışı veya kilo alma

Bu yakınmalar; sigara bırakıldıktan sonraki birkaç saat içinde başlar, 1-4 gün içinde en yüksek düzeyine ulaşır, 3-4 hafta sürer. İştah artışı ve kilo alma yakınmaları 6 aya kadar sürebilir. Tatlı yiyeceklere karşı aşırı istek ve dikkat isteyen işlerde performansta azalma olabilir.

Soru:

Nikotin yoksunluğunu bir ilaç kullanarak mı kullanmadan mı geçirmek iyi?

Yanıt:

Nikotin yoksunluk bulguları bireyden bireye ve kullanılan sigara miktarına ve bağımlılık derecesine göre değiştirmektedir. En kolayı doğal yolla herhangi bir ilaç kullanmamaktır. Ancak yapılan araştırmalarda bağımlılık şiddeti fazla olanlarda tıbbi ilaç yardımlarının etkili olabildiğini gösterilmiştir. Burada kişinin kendisi hazırlaması ve seçimi önemlidir. Doğal yolla kendi kendine bırakmakta zorluk çekenlerin de tıbbi yardım almaları iyi olur.

Yoksunluk belirtilerini geçirmenin ilaç dışı yolları:

Ağız kuruluğu, boğaz ağrısı, dil ağrısı	**Soğuk su, meyve suyu yudumlayın. Sakız çiğneyin.**
Baş ağrısı	**Ilık bir banyo veya duş yapın. Gevşeme egzersizi yapın.**
Uyku bozukluğu	**Çay, kahve gibi kafeinli içecekleri 18:00'den sonra içmeyin. Gevşeme egzersizi yapın.**
Beslenmede düzensizlik	**Diyetinize dikkat edin. Günde 6-8 bardak su için.**
Yorgunluk	**Şekerleme yapın. Vücudunuzun birkaç haftada daha iyi olacağını düşünerek zorlamayın.**
Acıkma	**Düşük kalorili sıvılar ve su için. Düşük kalorili yiyecekler için.**
Gerginlik	**Yürüyüş yapın. Sıcak bir banyo yapın. Gevşeme egzersizi yapın.**
Öksürme	**Birkaç yudum ılık bitki çayı için. Bir boğaz pastili kullanabilirsiniz.**

SİGARA BIRAKMAYA HAZIRLANMA

Kendini hazırlama

- Kararınızın pozitif yönünü vurgulayın. Bırakmanın zor olacağına ilişkin düşüncelerden kaçının.
- Bırakma nedenlerinizi sıralayın. Her gece yatmadan önce en az 10 kez yineleyin.
- Özellikle kişisel bırakma nedenlerinizi belirleyin.

- Sağlık dışında sigara içmemenizi gerektiren diğer kişisel nedenleri de saptayın. Örneğin sigara molaları ile harcanan zamanlar, 1 paket sigara almak için koşuşturmalar, bir ateş bulmak için ricalar gibi.
- Kendinizi bedensel olarak hazırlayın: Daha fazla yemek yemek, dinlenmek, yorgunluktan kaçınmak, bir egzersiz programı oluşturmak gibi planlar yapın.
- Sizin için özel bir gün olarak bırakma gününüzü belirleyin. Bu tarihi değiştirmeyin.

Beklentiler

- Gerçekçi olun. Sigarayı bırakmak kolay değil, ancak imkansız da değil. Pek çok kişi sigarayı bırakabiliyor.
- Yoksunluk bulguları 1-2 haftada geçecektir.
- Yeniden başlamanın en sık rastlandığı dönem ilk haftadır. Ancak bu dönemi atlatmak mümkündür.
- Sonraki en sık başlama ilk 3 ayda görülmektedir. Özellikle bu dönemdeki stresli olaylar önemlidir. Ancak stresli olaylarla başa çıkmanın yolu sigara içmek değildir.
- Kendinizi eski bir sigara içicisi olarak düşünün. Daha önce bırakmak ve tekrar başlamak pek çok kişi tarafından yaşanır. Bu bir deneyimdir.
- Yakınlarınızın da tedaviye katılmalarını sağlayın.
- Arkadaşlarınızdan birisiyle/eşinizle birlikte bırakmayı deneyebilirsiniz.
- Aile üyelerinize ve arkadaşlarınıza sigarayı bıraktığınızı veya bırakacağınız zamanı söyleyin. Onlardan destek alabilirsiniz.

Sigarayı bırakmanın yararları

Sigara içmeden geçen her saat organizmanın zaferidir.

- Mukozalar (ağız, burun, gırtlak, yemek borusu, mide) artık irrite (tahriş) olmayacak.
- Kaslara giden oksijen miktarı artacak.
- Kan sistemi daha iyi bir işlev görecek.
- Sinir sistemi tekrar dengesine girecek.
- Estetik bir düzelme sağlanacak.
- Giysiler tütün kokmayacak.
- Fizik kapasite artacak.
- Ciddi hastalık riski azalacak.
- Akciğer kanseri riski azalacak.

Bıraktıktan sonraki gelişmeler

20 dakika sonra kalp hızı ve kan basıncı normale döner.

24 saat sonra akciğerler artıkları atmaya başlar. Hücrelerin oksijenlenmesi normale döner.

2.gün nikotin vücuttan atılmıştır ve tat ile koku duyusu düzelir.

3.gün kan oksijeni normal taşımaya başlar. Nefes alıp verme düzelir.

2 hafta sonra kan dolaşımı en iyi hale gelir.

3 hafta sonra yüz rengi normale döner.

3 ay sonra akciğer kapasitesi %10 artar. Ses düzelir.

BIRAKMA GÜNÜ YAPILACAKLAR

- Sigarayı, kibriti veya çakmakları çevreden uzaklaştırın.
- Kül tablalarını saklayın.
- Mümkünse dişleriniz temzilettirin.
- Kendinize ve yakınlarınıza satın alabileceğiniz şeylerin bir listesini yapın.
- Meşgul olun. Sinemaya gitmek, egzersiz yapmak, uzun yürüyüşler yapmak, bisiklete binmek gibi aktiviteler planlayın ve yapın.
- Arkadaşlarınıza, akrabalarınıza sigarayı bıraktığınızı açıklayın.
- Kendiniz özel birşeyle kutlayın. Kendinizi ödüllendirin.

BIRAKTIKTAN HEMEN SONRA YAPILACAKLAR

- Evde veya işyerinizde temiz, havadar bir çevre düzenleyin. Çiçekler alın.
- Zamanınızı sigara içilmeyen yerlerde geçirin (tiyatro, sinema, mağaza, kütüphane vb.).
- İçtiğiniz su ve meyve suyu miktarını arttırın.
- Alkol, kahve ve çaydan kaçının.
- Elinizde bir şey olmasını özlüyorsanız, bir şeyle oynayın (kalem, anahtarlık vb.)

KİLO ALMAMAK İÇİN YAPILACAKLAR

Tuzak düşünce:

Sigarayı bırakırsam çok kilo alacağım. Sigaranın zararı ya da aşırı kilonun zararı, ikiside aynı şey.

Yanıt:

Sigarayı bıraktıktan sonra fazla kilo almamak kişinin kendi elindedir. Diyet ve spor bunu rahatlıkla sağlar. Bunlara rağmen alınacak 1-2 kilo fazlasıyla, sigaranın getireceği zararların birbirine yakın olduğu düşünülemez. Eğer sorun estetik bir sorunsa, sigaranın cildi bozması, saçları kurutması ve kırılmalarına yol açması gibi daha fazla ve sinsi estetik soruna yol açacağı bilinmelidir.

Sigarayı bırakmak, mutlaka kilo almak anlamına gelmez.

- Yediklerinize dikkat edin.
- Dengeli bir diyet oluşturun. Diyetinizde protein, yağ, karbonhidrat dağılımı dengeli olsun.
- Pes etmeyin, diyetten vazgeçmeyin.
- Yemeklerden önce bir bardak su için.
- Haftada bir kez tartılın.
- Tatlı şeyler yemek istediğinizde şekersiz sakız çiğneyin.
- Yiyeceklerinizdeki kalori miktarını dikkatli bir şekilde hesaplayın.
- Kilo kaybetmeyi değil varolan kiloyu sürdürmeyi hedefleyin.
- Elinizin altında düşük kalorili ve azar azar yiyebileceğiniz şeyler olsun.
- Taze meyve ve sebzeler ile az yağlı peynirleri tercih edin.
- Düzenli egzersiz yapmayı planlayın veya böyle bir gruba katılın.

	Kalori		Kalori
Şekersiz çay	1	1 armut	100
Şekersiz kahve	3-5	1 şeftali	35
1 kesme şeker	15	1 muz	105
1 bardak kola	95	1 portakal	60
1 bardak gazoz	115	1 kap karpuz	50
1 bardak meyve suyu	70	10 kiraz	50
1 bardak domates suyu	25	20 üzüm	30
1 kap patetes cipsi	230	¼ kap kuru üzüm	110
1 kap yağsız patlamış mısır	25	1 kap çilek	45
1 elma	80	1 kuru incir	50
3 kayısı	50	¼ kavun	50

Sigaranın bırakılması bir miktar kilonun alınmasına (3-4 kilo) yol açabilir. Çünkü nikotinin iştahı baskılayıcı, metabolizmayı hızlandırıcı etkileri bulunmaktadır. Sigara içerek zayıf biri olmakla sigarayı bırakarak az bir miktar kilo almak arasındaki yarar ve zarar oranını düşünün.

4.OTURUM

Bu oturumda ele alacağımız konular şunlardır:

- Yüksek risk durumları
- Başa çıkma becerileri
- Hatalı düşünceler ve yanıtlarının oluşturulması
- Kendini izleme
- İstekle başa çıkma
- Yeni alışkanlıklar bulma
- Gelişmeyi belirleme
- Slip veya laps durumunda yapılacaklar

Sigaranın bırakılmasından sonra tek bir sigaranın içilmesi ayağın kayması (slip), birkaç sigara içilmesi hata (laps), tekrar eskisi gibi içmeye başlamak ise nüks (relaps) olarak isimlendirilebilir.

Soru: Sigarayı bıraktıktan sonra günde bir-iki sigara içmek iyi bir strateji olabilir mi?

Yanıt: Bir iki tane sigara içme stratejisi riskli bir stratejidir. Çünkü, hem sigarayla oluşan zararlar devam etmektedir, hem de pozitif pekiştireci etki nedeniyle alınan günlük miktarın artması riski bulunmaktadır. Ayrıca stresli durumlarda da miktarlar rahatlıkla aşılabilmektedir. En uygunu radikal bir yaklaşımla, hiç sigara içmemektir.

Amaç sigarayı bırakma sonrasında, slip, laps veya relapsın olmamasıdır. Eğer slip olursa lapsın, laps olursa relapsın olmamasına çalışmaktır. Eğer relaps olursa en kısa zamanda tekrar bırakma girişiminde bulunmaktır.

Ussalaştırma (Tuzak düşünce)	**Yanıt**
Çok fazla stres altındayım; sigara beni rahatlatacak.	**Vücudunuz nikotine alışkın. Bu nedenle vücudunuza nikotin girince doğal olarak rahatlık hissedeceksiniz; fakat nikotin bir uyarıcı madde. Kalp hızınızı, adrenalin düzeyinizi arttıracak. Pek çok kullanıcı bıraktıktan birkaç hafta sonra daha az sıkıntılı olur.**
Sigara içmek beni işimde daha verimli yapıyor.	**Konsantrasyon zorluğu, bırakmanın kısa süreli bir bulgusudur. Ancak sigara içme, beyin oksijen düzeyini azaltacaktır.**
Kontrollü bir şekilde içebilirim.	**Kontrollü içmek, ilk adım olarak iyi olabilir. Ancak az miktarda içmek ile içmemek arasında büyük bir fark vardır. Ayrıca tekrar başlayanlar sıklıkla daha fazla ve derin içmeye başlarlar. Günde 7 sigara ve civarında içen birisi için artık bırakma zamanı gelmiştir.**
Light sigara içerek tehlikeleri azaltıyorum.	**Bu sigaralar da zararlı maddeler içeriyor. Pek çok içici, nikotin miktarını sürdürmek için bu sigaraları daha sık ve derin içiyor. Bu da karbon monoksit düzeyini yükseltiyor.**
Sigarayı bırakmak için güçlü bir iradeye sahip değilim.	**Sigarayı bırakmak zor olabilir, ancak imkansız değildir. Her yıl pek çok kişi sigarayı bırakmaktadır.**
Sigarayı bırakırsam kilo alırım.	**Sigarayı bıraktıktan sonra kilo almamak kişinin elindedir.**
Ellerimi ne yapacağımı	**Bu yaygın bir yakınmadır.**

bilemiyorum.	**Ellerinizi bir şeylerle meşgul edebilirsiniz.**
Bazen direnemeyeceğim kadar güçlü bir sigara içme isteği duyuyorum.	**İlk 1-3 hafta içinde bu yakınmalar yaygındır. Yüksek riskli durumlarda bunlar artar. Yüksek riskli durumlardan kaçarsanız istek azalabilir.**
Bırakmış olmama rağmen bir sigara içtim ve bu beni yıktı.	**Bir veya birkaç sigara içmek yıkılmanızı gerektirmez. Bu durum, bırakma kararınızı daha da arttırarak tekrar denemeniz gerektiği anlamına gelir. Arada içmediğiniz bir dönem olması, sigaraya gereksiniminiz olmadığını ve bırakmakta başarılı olabileceğinizi gösteriyor.**

KENDİNİ İZLEME

Sigara içme isteğinin nerede, ne zaman, kiminle, neyaparken ve ne düşünürken geldiğine dikkat edin. Böylece sizin için yüksek riskli durumları daha iyi tanımış olacaksınız. Örneğin, baskı altında olmak, çay içmek, televizyon izlemek, yemekten kalkmak, araba kullanmak, iskambil oynamak, kendini kötü hissetmek gibi yüksek riskli durumları belirlemiş olacaksınız.

Sigara içme isteği oluşturan durumlar (Yüksek riskli durumlar= Tetikleyici, ayartıcı, baştan çıkarıcı durumlar, tuzak düşünceler, riskli davranışlar)	**Bu durumlarda sigara içmemek için dikkat etmem gereken şeyler (Uygun başa çıkma yolları, alternatif stratejiler, sigarasız hayatı pekiştiren düşünce ve davranışlar)**

İSTEKLE BAŞA ÇIKMA

Aşırı sigara içme isteği geldiğinde uygulanabilecek bazı başa çıkma stratejileri şunlardır:

1. Niçin bıraktığınızı düşünün. Sigara içmenin yararları ve zararlarını düşünün.

Bu konudaki küçük notlarınızı gözden geçirin.

2. Dikkatinizi başka konulara vermeye çalışın.

3. Ussallaştırmalarınızın farkına varın.

4. Tetikleyicileri (yüksek riskli durumları ve şartlanmaları) tanıyın ve uzaklaştırın:

-Ellerin meşgul olması

-İçenlerden kaçınma

-İçmenin mümkün olmadığı aktivitelere yönelme

-Sigaranın içildiği yerlerden kaçınma

-Alkolü azaltma vb.

5. Olumlu düşünceler kullanın:

-"Sigarayı bırakmak için önemli nedenlerim var".

-"Ben sigara içmeyen biriyim ve bundan ötürü kendimden memnunum".

6. Gevşeme egzersizi:

-Derin soluk alıp 10'a kadar sayın ve bırakın.

Bunu en az 5 kez yineleyin.

-Duş yapın

7. Yerine birşey koymak

-Düşük kalorili birşeyler atıştırın veya şekersiz sakız çiğneyin.

8. Meydan okuyun: “Sigara içme isteğine teslim olmayacağım.” “Bu istek beni yıkamaz.”

9. Sosyal destek sağlamak:

-Arkadaş veya akrabalardan destek almaya çalışın.

-Gergin olduğunuzda onlardan yardım alabilirsiniz.

10. Sigarayı içmemenin kendi tercihiniz olduğunu düşünün: “İstesem sigarayı içebilirim ama içmemeyi tercih ediyorum.

YENİ ALIŞKANLIKLAR BULUN

- Yürüme, koşu, tenis oynama
- Bisiklete binme
- Bahçe işleri
- Bulmaca çözme
- Hayvan besleme
- Mektup / günlük yazma

ve benzeri rahatlatıcı aktiviteler bulmaya çalışın.

GELİŞMEYİ BELİRLEYİN

- Her ay bırakma tarihinize göre özel bir kutlama yapın.
- Sigarayı bırakmanızdan dolayı gurur duyabileceğiniz yeni nedenleri belirleyin.
- İlk 90 gün için bir takvim yapın. İçmediğiniz için biriktirdiğiniz parayı bir yere not edin.
- Biriktirdiğiniz para ile özel birşeyler yapın.

SLİP VEYA LAPS (YOKSUNLUĞUN BOZULMASI ETKİSİ) DURUMUNDA YAPILACAKLAR

Bıraktıktan bir süre sonra bir sigara içme (slip-ayağın kayması) veya birkaç sigara veya birkaç gün az miktarda sigara içme (laps-hata) durumunda cesaretiniz kırılmasın. Bir hata sizin başarısız olduğunuz anlamına gelmez. Hata yapmak ile eskisi gibi yoğun şekilde sigaraya devam etmek arasında fark vardır. Eskisi gibi yoğun sigaraya devam etmeye *nüks* diyoruz. Bir hata yapabilirsiniz ancak bu nüks anlamına gelmez. Hata yaparsanız hemen sigara içmeme yoluna geri dönmeniz gerekir.

Bu durumda;

- Tetikleyicileri belirleyin.
- Başa çıkma becerilerinizi kullanın.
- Kendinizle "sigara içmeyen bir kişi olduğunuza" ilişkin kontrat yapın.
- Gereksiz yere utanç veya suçluluk duygularına kapılmayın.
- Kendinize güveniniz azalmasın.
- Bu hatayı bir öğrenme deneyimi olarak yorumlayın.
- Pes etmeyin ve sigarasız hayata devam edin.
- Unutmayın, sigara bırakma aşamasında pek çok kişi bu tür hatalar, hatta defalarca nüks (yeniden eski yoğunlukta sigara içme) deneyimleri yaşamıştır. Amacımız, hatadan ders almak ve bırakma kararlılığını sürdürmektir.

Pes etmeyin!

Motivasyonu yitirmemek ve tekrar tekrar bırakmayı denemek gerekir (92).

Ek VI

ARAŞTIRMA İZİN YAZISI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/153
Konu : -

28.03.2008

Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayşe ERGÜN

MAR-YÇ-2008-0046 protokol nolu " İşçilerin sigarayı bırakmasında iş sağlığı hemşiresinin rolü " isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Tülin ERGUN
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkan Vekili

Ek VII

ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ İÇİN
İLAÇ FİRMASINDAN ALINAN İZİN DİLEKÇESİ

07.02.2008

T.C.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Yüksek Lisans öğrencisi Öznur SEZGİN'in "İşçilerin Sigarayı Bırakmasında İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü" başlıklı tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Necdet Kurnoğlu
Operasyon Genel Müdürü
Fako - Actavis

10. KAYNAKLAR

1. Akdur H, Yiğit Z. (2001). Nikotin bağımlılığı ve tedavisi. *Hipokrat Kardiyoloji Dergisi*, 3(17):30-35.
2. Akdur R. (1993). Kanser ve Epidemiyolojisi ve Kanserden Korunma İlkeleri, *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*, 3(4):28-37.
3. Aksakal A, Khorshid L. (2006). Adana Tekel Sigara Fabrikasında çalışan bireylerin sigara içme ve nikotin bağımlılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 7:57-64.
4. Aktaş A (2005).Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanımına İlişkin İnanç, Tutum ve Davranışları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi İstanbul, (Danışman:Doç. Dr. T Aştı).
5. Aktaş A, Aştı T (2007). Kadınlarda sigara bırakma tutum anketi'nin (ksbta) dil eşdeğerliği ve güvenirliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,15(58):40-47.
6. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. (2009). Tütün ve Sağlık, Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. *Türk Toraks Dergisi,* 10:20-25.
7. Aşut Ö, Kalaça S. (2005). Türk Tabipleri Birliği Yöneticilerinde Sigara İçme Alışkanlığı. *Sted,* 14(2):38-43.
8. Atılgan Y, Gürkan S, Şen E. (2008). Hastanemizde çalışan personelin sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *Türk Toraks Dergisi,* 9(4),160-166.
9. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F (2005). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2).
10. Aykut M, Günay O. (2009). Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde sigara içme durumunun 1985 - 2005 yılları arasındaki değişimi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*. 31(2):126-134.
11. Ayvaz Şahinoğlu Ö (2005). Lise Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç. Dr. A Yıldız).

12. Bağcı T, Akdağ F, Özbek S, Kılıç F, Yatsı P, Bilir N. (1996). Ankara Yenice Bölgesinde ki iki işyerinde çalışan işçilerin sigara ile ilgili bazı tutum ve davranışları. *Sağlık ve Sosyal Yardım Dergisi*, 6(3):34-39.

13. Barnes D, Eribes C, Juarbe T, Nelson M, Proctor S, Sawyer L, Shaul M, Meleis AI. (1995). Primary health care and primary care: A confusion of philosophies. *Nursing Outlook*, 43(1):7-16.

14. Bertan M, Çağatay G. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitapevi Ltd. Şti., 2. Baskı, Ankara, 266-280.

15. Bilgel N (2002). Türkiye'de sigara içme yaygınlığı. *Sigara ve Sağlık,* 59-73.

16. Bilir N (2005). İşyerlerinde önlenebilir bir risk: Sigara. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 24(5):5-7.

17. Bilir N, Doğan B, Yıldız N. (1997). "Sigara İçme Konusunda Davranışlar ve Tutumlar", Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.

18. Bilir N, Yıldız AN (2008). Çalışma Hayatı ve Sigara. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayını Tütünle Mücadele Serisi, F-7, Şubat 2008, Ankara.

19. Ceylan C, Yılmaz N. (2000). Sigarayı bırakma metodları ve uygulanacak stratejiler. *Sendrom,* 5(12): 22-26.

20. Cooke F, Bullen C, Whittaker R, McRobbie H, Chen M, Walker N. (2008). Diagnostic accuracy of NicAlert cotinine test strips in saliva for verifying smoking status, *Nicotine & Tobacco Research*, 108(4):607–612.

21. Çalışkan M (1999). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerde Sırt Yaralanmaları ve Risk Etkenlerinin İncelenmesi, İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 27-31.

22. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Korkucak M, Çapkın E. (2007). Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*,55(2):141-147.

23. Dağcı T, Dinç G, Özcan C. (1998). Celal Bayar Üniversitesi öğrencilerinin sigara kullanma sıklığı ve sigara kullanımını etkileyen faktörler. *Solunum Hastalıkları*, 4:607-616.

24. DeLucia AJ. (2001). Tobacco abuse and its treatment. *AAOHN Journal*, 49(5):243-259.

25. Dirican R, Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Baskı, Bursa, 430-433.

26. Doğan S. (1998). I. Basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2).60.

27. Edelman CL, Mandle CL. (2002). Health Promotion Throught The Lifespan. 5. Edition, Mosby Inc., Unıted States Of Amerıca.

28. Emiroğlu ON. (1998). İş Sağlığı ve Hemşireliği, (Ed: İnci Erefe) Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 14, İstanbul.

29. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN, İbrikçi S. (1994). Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 8(32):28.

30. Ergeneilek E. (2005). Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçları. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Yard. Doç. Dr. G Öztunç).

31. Ergüden T. (2008). Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. T.C.Sağlık Bakanlığı Tütünle Mücadele Serisi, F-13, Klasmat Matbaacılık, Ankara.

32. Erol S. (2005). Adölesanlarda Sigara İçme Davranışlarını Değiştirmede Motivasyon Görüşmelerinin Etkisi, , İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Semra Erdoğan).

33. Erol S, Erdoğan S. (2007). sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):86-94.

34. Erol S, Erdoğan S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study patient education and counseling. *Patient Educ Couns,* 72(1):42–48.

35. Esin ME.(2008). Türkiye'de İş sağlığı hemşireliği ve gelişmeler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:4-10.

36. Esin MN (1999). 'Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği' nin Türkçe' ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45):87.

37. Esin MN, Bulduk S (2001). İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları ve İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları. II. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu Kitabı, Zonguldak, 55-61.

38. Esin Özabacı MN (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: S Erdoğan).

39. Fielding JE. (1998). Annual review of public health, *California*, 1-15.

40. Flay BR, Hu FB, Richardson J. (1998). Psychosocial predictors of different stages of cigarrette smoking among high school students.*Preventive Medicine*;27:9-18.

41. Gaeta G, Del Castello E, Cuomo S, Effuso L., Pirera M., Boccalatte A. (1998). Personal, familial and environmental factors influencing the inclination of smoking in adolescents: differences between sexes and between city and small-town dwellers. *Cardiologia*, 43:417-426.

42. Gökmen N. (2003). Tütün Fabrikasında Çalışan İşçilerin Tütün Kullanım Durumları, Tütüne Bağlı Sağlık Risk Faktörlerine İlişkin Risk Algılamaları ve Uygulamaları. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç. Dr. A Yıldız).

43. Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü, Saçaklıoğlu F. (1999). Factor associated with smoking among high school students. *The European Respiratory Journal*, 29(14): 217.

44. Güneş G, Genç M, Pehlivan E. (1998-2001). Malatya Sümerbank ve Tekel fabrikalarında çalışan işçilerin sigara içme davranışları, bağımlılık düzeyleri ve bırakmaya ilişkin tutumları. *Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi*, 4:73-80.

45. Hamzaçebi H, Ünsal M, Dabak F, Bilgin S, Aker S. (2008). Samsun Tekkeköy İlçesi ilköğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve etkileyen faktörler, Tütün ve sağlık.*Toraks Dergisi*, 9(1): 34-39.

46. Hasan SU. (1996). ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* ,154:1579-1580.

47. Herken H, Özkan İ, Çilli AS,Telcioğlu M, Kucur R. (2000). Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 1(1): 38-42.

48. Ilgar M. (2005). Malatya İlinde Bir Tekstil Fabrikasında Çalışan İşçilerin Sigara İçme Profilleri ve Sigara Bıraktırmaya Yönelik Bir Eğitim Çalışmasının Etkinliği, İ.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Malatya, (Danışman: Doç. Dr .G Güneş).

49. İlhan F, Aksakal FN, İlhan MN, Aygün R. (2005). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (4):188-198.

50. Jackson G, Bobak A, Chorlton I. et al. (2001). Smoking cessation: a concensus statement with special reference to primary care. *Int J Clin Pract*, 55:385-92.

51. Kamışlı SO. (2007). Psikoeğitimsel Bir Programla Hemşirelerin Sigara Bırakma Durumları. H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. F Öz).

52. Karanisoğlu H (1999). Sağlık için toplumla uzlaşma, dayanışma ve ICN teması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45):71.

53. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA.,Özkan M, Örsel O. (2006) Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi,* 7(1): 51-64.

54. Kaufman N, Yach D. (2000). Tobacco control-challenges and prospects. *Bull World Health Organ,* 78:867.

55. Keleş İ. (2002). Sigarayı Bırakma Tanı/ Tedavi El Kitabı. Yüce A.Ş. ve Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. Ortak Yayını, I.Baskı, İstanbul: 2486-2490.

56. Koffman DM, Lee JW, Hopp JW, Emont SL. (1998). The impact of including incentives and competition in a workplace smoking cessation program on quit rates. *Am J Health Promotion*, 13(2):105-111.

57. Kocabaş A. (1994). Türkiye'de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı ve bazı özellikleri. *Solunum Hastalıkları*. 5(1):133-47.

58. Kutlu R. (2008). Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetus üzerine etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5):445-448.

59. Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: A working document. Ottowa: Departman of Naitonal Helath and Welfare.

60. Lawrence D,Graben JE.,Mills SL., Meissner HI., Warneche R.(2003). Smoking cessation interventions in U.S. Racial/Ethnic minority populations: an assesment of the literature, *Preventive Medicine*, 36:204-216.

61. Marlow SP, Stoller JK (2003). Smoking cessation. *Respiratory Care*, 48 (12):1238-1254.

62. Merakoğlu K, Erdem D. (2007). Konya'da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal*), 29(1):47-55.

63. Metintaş M., Süerdem M.(2004). Sigarayı Bırakma Tedavisi, Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, Turgut Yayıncılık, İstanbul.

64. Montalto NJ, Wells WO. (2007). Validation of self-reported smoking satus using saliva cotinine: a rapid semiquantitative dipstick method. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 16(9):1858-1862.

65. Muto T, Nakamura M, Oshima A. (1998). Evaluation of a smoking cessation program implamented in the workplace. *Ind. Health*; 36(4): 369-371.

66. Nacar A, Ünlükal N. (2008). Sigara dumanının kornea ince yapı üzerine etkilerinin incelenmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 6(1):16-19.

67. Nelson DE. (1994). Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA*, 271(16):1273-1275.

68. OECD (2004). Health technical papers no:6.

69. Okuşluk T. (2004). İşyerlerinde Uygulanan Sigara İçme Yasaklarının Çalışanların Sigara İçmesi üzerine Etkisi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüseklisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. N Bakırcı).

70. Özkan S, Anuk D. (2002). Sigara bağımlılığı. *Hipokrat Aylık Sağlık Meslek Dergisi*, 11(3):46-49.

71. Özkan S, Kulaksızoğlu TB. (1999). Sigara içmek ya da bırakmak? işte bütün mesele bu. *Hipokrat Kardiyoloji*, 2(9):15-17.

72. Özşahin K, Ünsal A , Erdoğan F, Gereklioğlu Ç, Bakar C, Tokalak İ. (2007). Sigara bırakma üzerinde etkili faktörler: Aile hekimliği poliklinik hastaları üzerinde bir çalışma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*,6(3):181-186.

73. Öztek Z,Kubilay G (2005). Toplum Sağlığı Hemşireliği. Palme Yayıncılık.Ankara, 3.Baskı, 276-277.

74. Pekşen Y, Kesim Y. (1995). Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. (Editör: A Tür), Logos Yayıncılık Tic. A.Ş.

75. Poland BD, Green LW, Rootman I. (2000). Settings for health promotion, linking theory and practice. *Sage Publications* , 122-128.

76. Quist- Palsen P,Gallefoss F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ*, 327(1254):1-4.

77. Rice VH, Stead LF. (2006). Nursing interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Collaboration*.1-32.

78. Sağlam L, Kaynar H , Görgüner M, Mirici A. (2000). Erzurum ilinde sigara içme alışkanlığının araştırılması. *Solunum Hastalıkları*, 11:148-153.

79. Samuels N. (1997). Smoking among hospital doctors in Israel and their atitudes regarding anti-smoking legislaton. *Public Health*,111:285-288.

80. Sayan İÖ, Tekbaş F, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M (2009). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19(1), 9-15.

81. Sezer RE. (1995). Nikotin bağımlılığı ve tedavisi, *Sağlık İçin Sigara Alarmı*, 2(1)7-12.

82. Sezer E, Açık Y, Oğuzöncül F , Dinç E, Güngör Y. (2001). elazığ il merkezinde bulunan bazı bankalarda çalışan kişilerin sigara içme sıklıkları ve karbonmonoksit düzeyleri. *Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi.* 4:88-93.

83. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu (Ocak 1988). PİAR.

84. *Sigarasız Günlere Temel Sağlık Bülteni* (Şubat 2009). Sempozyum, 3(27).

85. Simay H. (7-8 Kasım 1997). Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Özet Kitabı. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi, İstanbul.

86. Smedslund G, Fisher KJ, Boles SM, Lichtenstein E. (2004). The effectiveness of workplace smoking cessation programmes: a meta-analysis of recent studies. *Tobacco Control*, 13:197–204.

87. Stampi S, Bergamaschi A, De Luca G, Zanetti F. (1995). Tobacco smoking among the students of professional nursing schools in the province of Bolonga. *Epidemiol Prev,* 19:270-275.

88. Stockton MC, McMahon SD, Jason LA. (2000). Gender and smoking behavior in a worksite smoking cessation program. *Addict Behav.* 25 (3):347-360.

89. Sungur ZM. (1998-2001). Sigarayı bırakmada bilişsel davranışçı yaklaşımlar ve sigarayı bırakma merkezi. *Sağlık İçin Sigara Alarmı*, 4(1-4):18 -22.

90. Tekbaş ÖF, Açıkel CH, Erguvan E, Özkara B, Alp İ, Karademir İ, Kara H, Tunç E. (2006). Genç erişkin erkekler arasında nikotin bağımlılığı, sigara içme sıklığı ve bunları etkileyen faktörler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(2).105-117.

91. Tokat AO. (1998). Metal Eşya Üreitimi Yaapılan Bir İşyerinde Absentizm ve Sigara Kullanımı Dağılımı. H.Ü. Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

92. Türkcan A (2003). Sigara Bırakma Rehberi. Sistem Yayıncılık, İstanbul.

93. Uzaslan E. (2003). Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi ,* 12 (5): 166-171.

94. Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. (2009). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1):43-48.

95. Velioğlu P (1990). 'Herkese sağlık' amacında hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 4(15):1.

96. Walsh D, Jennings S, Mangione T. (1991). Health promotion versus health protection employees perceptions and concerns. *J.Pub.Heal.Pol,* 12;148-164.

97. World Bank (1999). Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control.Washington.

98. World Health Organization (2008), WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The Power Package.

99. World Health Organization Europe (2007). The European Tobacco Control Report, Copenhagen Denmark.

100. Yoldaşcan E, Usal G, Özdemir B, Akdemir Ş. (2002). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Diyarbakır.

101. Yorgancıoğlu A, Esen A. (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi*,1:90-95.

102. Yurdakul AS, Canbakan S, Nadirler F, Başer Y. (2000). Ekspire edilen havadaki nitrik oksit düzeyinin sigara içimi ile ilişkisi, *Solunum Hastalıkları*, 11(2).

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Öznur	**Soyadı**	SEZGİN
Doğum Yeri	Bakırköy / İSTANBUL	**Doğum Tarihi**	23.09.1981
Uyruğu	T.C.	**TC Kimlik No**	58192374256
E-mail	oznursezgin@hotmail.com	**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2005
Lise	Dr. Kemal Naci Ekşi Lisesi	1998

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	İş Sağlığı Hemşiresi	Fako Actavis İlaçları A.Ş. Levent	2007-Devam
2.	Acil Servis Hemşiresi	Florence Nightingale Hastanesi Çağlayan	2005-2007
3.			

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu #

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	54.789	52.285	49.780

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office programları	İyi

Sertifikalar

Şubat 2009 - OHSAS 18001:2007 İş Sağlığı ve Güvenliği Standardı Bilgilendirme ve İç Denetçi Eğitimi Sertifika Programı

Eylül 2008 - EF International Language Schools Course Certificate Cambridge/England

Ekim 2007 - II.İş Sağlığı Hemşireliği Temel Eğitim Sertifika Programı

Ulusal Yayınlar

- Oskay Ü, Can G, Taş D, Sezgin Ö. (2008). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde görülen perimenstrual sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*16(63):157-164.
- Bostancı N, Duruhan Ö, Eyüboğlu Ö, Sezgin Ö, Güvenir Ö. (2007). Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*15(60):165-172.
- Bostancı N, Güvenir Ö, Sezgin Ö, Duruhan Ö, Eyüboğlu Ö. (2007). Üniversite öğrencilerindeki iyimserlik düzeyi ve aile işlevleri arasındaki ilişki. *Çağdaş Eğitim Dergisi*. 32 (342): 42-48.

Ödüller

- 2008 Fako-Actavis Güvenli Eller Kampanyası En İyi Slogan Ödülü.
- 2005-2004 Prof. Dr. Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu Teşvik Ödülü.
- İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Teşekkür Belgesi.