



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ISPARTA İL MERKEZİ VE MERKEZE BAĞLI KÖY VE
KASABADA GÖREV YAPAN MÜFTÜLÜK ÇALIŞANLARININ
SİGARA İÇME DURUMLARI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

AYŞEGÜL DİLEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK**

Tez No: 73

ISPARTA - 2011

KABUL ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı Isparta İl Merkezi ve Merkeze Bağlı Köy ve Kasabada Görev Yapan Müftülük Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 09/ 09/ 2011

Tez Danışmanı :Halk Sağlığı ABD Bölüm Başkanı Doç.Dr.Mustafa ÖZTÜRK

Üye :Doç.Dr.Mustafa ÖZTÜRK

Halk Sağlığı ABD

Üye :Doç.Dr.Ersin Uskun

Halk Sağlığı ABD

Üye :Yard.Doç.Dr Önder ÖZTÜRK

Göğüs Hastalıkları ABD

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr.M.Fehmi ÖZGÜNER
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Halk Sağlığı Yüksek Lisans eğitimimde büyük emeği olan ve her zaman minnet borçlu olduğum hocalarımdan; tezimi hazırlamamda yardımlarını, esirgemeyen, samimiyetiyle her zaman yanımda olan tez danışmanı hocam, Sayın Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK'e, eğitimim boyunca emek veren öğretim üyesi hocalarım Doç. Dr. A. Nesimi KİŞİOğLU'na, Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ'e, Sayın Doç. Dr. Ersin USKUN'a, teşekkürü bir borç bilirim.

En sıkıntılı zamanlarımda hep yanımda olup ilgi ve desteklerini hiç esirgemeyen eşim Erhan DİLEK'e sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak araştırmamın yürütülmesi ve uygulanmasında katkılarından dolayı Isparta Diyanet İşleri Müftüsü ve personeline teşekkür ederim.

Ayşegül DİLEK

ISPARTA - 2011

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Halk Sağlığı Yaklaşımıyla Sigara Sorunu	3
2.2. Tütün ve Tarihçesi	3
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Tüketimi	4
2.3.1. Dünyada Sigara Tüketimi	4
2.3.2. Türkiye’de Sigara Tüketimi	5
2.4. Sigaranın İçeriği	6
2.4.1. Karbonmonoksit	7
2.4.2. Kanserojen Maddeler	8
2.4.3. Tahris Edici Maddeler	8
2.4.4. Nikotin	9
2.5. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri	9
2.5.1. Nikotin Bağımlılığı	9
2.5.2. Nikotin Yoksunluğu	11
2.5.3. Nikotin Toleransı	11
2.5.4. Sigara İçmeye Başlama Nedenleri	12
2.5.5. Sigara Kullanma Davranışını Sürdürme Nedenleri	12
2.5.6. Sigarayı Bırakmayı Deneyip Yeniden Başlama (relaps) Nedenleri	14
2.6. Sigara ve İlişkili Hastalıklar	15
2.6.1. Sigaranın Genel Sağlık Üzerine Etkileri	15
2.6.2. Sigara ve Akciğer Kanseri	15
2.6.3. Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	16
2.6.4. Kardiyovasküler Etkiler	17
2.6.5. Sigaranın Gebe ve Fetüse Etkisi	18

2.6.6. Sigara ile İlişkili Diğer Hastalıklar	19
2.7. Pasif İçicilik	20
2.8. Sigarayı Bırakanlarda Vücutta Görülen Değişiklikler	20
2.9. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları	21
2.9.1. Dünyada Tütün Kontrolü Çalışmaları	21
2.9.2. Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları.....	23
2.10. Tütünle Savaşmada Birinci Basamağın Rolü.....	23
2.11. Sigara İçenlerin Değerlendirilmesi	24
2.11.1.2. Niyetlenme Evresi.....	25
2.11.1.3. Hazırlık Evresi	25
2.11.1.4. Eylem Evresi	25
2.11.1.5. Sürdürme Evresi.....	26
2.11.1.6. Relaps Evresi.....	26
2.11.2. Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi	26
2.11.2.1. İçilen Sigaranın Yazılması ve Sigaranın İçerdiği Nikotin Miktarının Belirlenmesi	27
2.11.2.2. Fagerstrom Tolerans Ölçeği.....	27
2.11.2.3. Bireyin Bir ya da Daha Fazla Başarısız Girişiminin Öyküsü	28
2.11.2.4. Biyolojik Testler	28
2.11.3. Sigara İçmeyi Tetikleyenler ve İçme Nedenleri.....	28
2.11.5. Komorbiditenin Değerlendirilmesi	29
2.12. Tütünle Mücadelede Hekimin Rolü	29
3. GEREÇ – YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Türü.....	31
3.2. Araştırmanın Amacı.....	31
3.3. Araştırmanın Zamanı	31
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	32
3.6. Anket Formunun Uygulanması	33
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
ÖZET	68

SUMMARY	69
KAYNAKLAR	70
EKLER	76
EK 1: Araştırma anketi	76
EK-2: İzin formu	81

KISALTMALAR DİZİNİ

AD	: Anabilim Dalı
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SPSS	: Statistical Package for Social Science
SS	: Standart Sapma
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CO	: Karbonmonoksit
COHb	: Karboksihemoglobin
PAH	: Perifer Arter Hastalığı
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
FEV1	: Zorlu Ekspirasyon Volümü
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
NRT	: Nikotin Replasman Tedavisi
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
FNBT	: Fagerstorm Nikotin Bağımlılık Testi

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Araştırma grubunun temel özellikleri	35
Tablo 4.2. Araştırmaya katılanların sağlık durumu ile ilgili temel özellikleri.....	36
Tablo 4.3. Araştırma grubunun sigara içme ile ilgili durumları	37
Tablo 4.4. Araştırma grubunun temel özelliklerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	38
Tablo 4.5. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili özelliklerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	40
Tablo 4.6. Araştırma grubunun sigara içme deneyiminin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	41
Tablo 4.7. Araştırma grubunda sigara içme deneyimi olanların ilk deneme yaşının halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.8. Araştırma grubunda sigara içenlerin temel özelliklerinin günlük sigara içme sayısı ile karşılaştırılması	42
Tablo 4.9. Araştırma grubunda sigara içenlerin sağlıkla ilgili özelliklerinin günlük sigara içme sayısı ile karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.10. Araştırma grubunda sigara içenlerin sigara ile ilgili özelliğinin günlük sigara içme sayısı ile karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.11. Araştırma grubunun sigara içme konusundaki düşüncelerinin dağılımı	45
Tablo 4.12. Araştırma grubunda başka bir meslek yapıyor olsaydınız sigara kullanma durumunuz nasıl olurdu sorusuna verdiği cevabın halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	45
Tablo 4.13. Araştırma grubunun sigaranın insan vücuduna kaç yılda zarar vermeye başlar sorusuna verdiği yanıtların halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	46
Tablo 4.14. Araştırma grubunun sigara ile bağlantı kurdukları hastalıkların halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	47
Tablo 4.15. Araştırma grubunun temel özelliklerinin sigara bilgi puanı ile karşılaştırılması	48
Tablo 4.16. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili özelliklerinin sigara bilgi puanı ile karşılaştırılması	49
Tablo 4.17. Araştırma grubunun sigara ile ilgili özelliklerin sigara bilgi puanı ile karşılaştırılması	49
Tablo 4.18. Araştırma grubunun buldukları ortamda sigara içilmesine karşı görüşlerin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	50

Tablo 4.19. Araştırma grubunun kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanmasına karşı görüşlerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	51
Tablo 4.20. Araştırma grubunun dinimizde sigara içmenin hükmü hakkındaki görüşlerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	52
Tablo 4.21. Araştırma grubunun cami mensuplarına sigarayı bırakma konusunda telkinde bulunma durumunun halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması	53
Tablo 4.22. Sigara içen çalışanların sigaraya başlama nedenlerin dağılımı	54
Tablo 4.23. Evli ve çocuğu olan sigara içen çalışanların çocuklarının yanında sigara içme durumunun dağılımı	54
Tablo 4.24. Sigara içen çalışanların sigarayı bırakmayı deneme durumunun dağılımı	54
Tablo 4.25. Sigara içen çalışanların sigarayı bırakmada denedikleri yöntemlerin dağılımı	55
Tablo 4.26. Sigara içen çalışanların sigarayı bırakmada uzman desteği tavsiyesine karşı tutumların dağılımı	55
Tablo 4.27. Sigara içen çalışanların Fagerstorm Bağımlılık Testine göre nikotin bağımlılıklarının dağılımı	56

1. GİRİŞ

Tütün bugün tek başına dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinden hala en önemlisidir. Standart sigaralar tütün tüketiminin en yaygın şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre bu yüzyılda sigara içiminin devam etmesi durumunda bir milyar insanın yaşamı tehdit altında bulunmaktadır (Bilgin 1996). Doll ve arkadaşlarının 1950'lerde İngiltere'de doktorlar üzerinde yaptıkları çalışmalardan bu yana sigaranın başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanser türü ve diğer kronik hastalıklar dâhil pek çok hastalığa yol açtığı kesinlik kazanmıştır. Bu bilgiler ışığında yapılan çalışmalar ve alınan önlemler sonucu gelişmiş ülkelerde sigara içme oranlarının düşmeye başladığı görülmektedir (Bilgin 1996). Özellikle gelişmiş ülkelerdeki yüksek sigarayla bırakma oranları ve sigara kullanıcıları arasındaki yüksek ölüm oranları, sigara firmalarını yeni pazar arayışlarına itmiş ve geliştirmekte olan ülkelerdeki gençler bu firmaların hedef kitlesi haline gelmişlerdir (Azkan 2002).

Sigara içmek bir yetişkin alışkanlığı gibi görülmekte ise de yapılan çalışmalar bu alışkanlığın ortaokul ve lise düzeyinde başladığını ortaya koymaktadır. Üniversiteler bilgi beceri kazandıran, özgür ve demokratik düşünme imkânı veren eğitim kurumlarıdır. Geç ergenlik döneminin özelliklerini taşıyan üniversite öğrencilerinde biyolojik değişim hızlanmaktadır. Bu dönemde birçok kişilik çatışması görülebilmekte kuralsızlık ilk gençlik ve orta gençlik dönemlerinin sorunları daha baskın olabilmektedir. Bireyler böyle bir dönemde asosyal özellikler gösterebildiği gibi önemli sağlık sorunlarını beraberinde getiren alışkanlıklar edinebilmektedirler (Küçükavruk 2002). Bu alışkanlıkların en sık görüleni de sigara kullanımınıdır. Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin orta ve yüksek düzeyde sigara bağımlısı olduğu göz önüne alındığında sorunun özellikle gençlik açısından da ne denli önemli olduğu görülmektedir (Asut 1993). Küresel ve ülkeden ülkeye tütün salgınının gözden geçirilmesi ve anlaşılmasında sigara içme durumunu gösteren veriler hayati öneme sahiptir. Bir toplumda gençlerin sigara içme durumlarıyla ilgili elde edilen bilgilerin tüm toplumun özelliklerine ışık tutabilmektedir. Dünyadaki bazı ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sigara içme oranları artmaktadır (Uzunca 2002). DSÖ'nün 2003 yılı

verilerine göre yetişkin erkeklerde sigara içme prevalansı %49.4, kadınlarda ise %17.6'dır (Ergüder 1998). Türkiye'de de mevcut olan bu salgına acil olarak müdahale edilmesi gerekmektedir. İnsanların sigaraya başlamasında en büyük etkenlerden biri özentisi ve merakıdır. Toplum liderlerinin hal ve hareketi bir alışkanlığın başlamasında sözlü olarak söylenmesinden daha çok etkili olduğunu çalışmalar göstermiştir. Bu nedenle toplum liderlerinin sigara kullanması kişilerin sigaraya başlamasında rol model olarak düşünülmektedir. Ancak buna karşılık toplum liderlerinin sigara gibi zararlı maddelerin kullanımının engellenmesine yönelik davranışları da kullanımın azalmasını sağlayacaktır. Bu da özellikle çocuk ve gençlerin sigaraya başlamalarında önleyici bir işlev görecektir.

Türkiye'nin sigara kullanımına yönelik mücadelesinde sosyal ortamlar en önemli alanlardan biri düşünülmelidir (Bilir ve ark. 1997). Bu çalışma sigaranın insan hayatını tehdit eden zararları göz önünde bulundurularak Isparta il merkezi ve merkez köy ve kasabalarında görev yapan diyanet işlerinde çalışanların sigara içme durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Fagerstrom Bağımlılık Testine (FNBT) göre bağımlılık durumlarını belirlemek amaçlarıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Halk Sağlığı Yaklaşımıyla Sigara Sorunu

Sigara içme çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanı sıra, tütünde ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığına yaptığı son derece önemli zararlı etkiler nedeniyle Dünya'nın ve Türkiye'nin en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Bilgin 1996).

20. yüzyılda tütün salgını nedeniyle dünya genelinde 100 milyon insanın öldüğü bildirilmektedir. 21. yüzyılda bir milyar insanın ölebileceği olasılığı ve bu ölümlerin tütünün ortadan kalkması durumunda tamamıyla önlenilebilir olması halk sağlığı tarihinde eşi görülmez bir durumdur. Bu bilgi ışığında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tütün salgınını insanlık tarihinde görülen önlenilebilir en büyük sağlık felaketlerinden biri olarak değerlendirmektedir. İlgili önlemler alınarak bu anlamda gelecek değiştirilebilir. Sorunu ortadan kaldırmak için bir an önce harekete geçilmelidir (World Health Organization, 2008).

2.2. Tütün ve Tarihçesi

Patlıcangiller ailesinden bir bitki türü olan tütün; "Nikotiana Tabacum" denilen bitkinin yapraklarının kurutulup işlendikten sonra kullanıma hazır hale getirilmiş şekline verilen isimdir. Nicotiana Tabacum türü, bulunduğu çevreye uyum sağlayarak birbirinden farklı tütün tiplerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Azkan 2002). Bu bitkinin 65 türü bulunmaktadır (Küçükkavruk 2002). Yurdumuzda fiziksel ve kimyasal özellikleri farklı olan 40 tür tütün yetiştirilmektedir (Azkan 2002).

Tütünün değişik kullanılış biçimleri arasında enfiye, tütün çiğneme, nargile, pipo, puro ve sigara bulunmaktadır. Ancak günümüzde tütünün en yaygın tüketim biçimi "sigara" dır (Asut 1993). Amerika'nın keşfinden yıllar önce Kuzey Amerika'da yaşayan yerlilerin tütünü bildikleri ve kullandıkları yapılan arkeolojik kazı ve bulgulardan anlaşılmaktadır. Amerika'da Yukatan adasında yaşayan Maya'lara ait tarihi taşlar üstündeki resimlerde ve Kuzey Ohio bölgesi höyüklerindeki eserlerde tütün kullanma şekillerine ve pipo resimlerine oldukça sık rastlanmaktadır (Uzunca 2002).

Kristof Kolomp ve arkadaşları tütünle karşılaşan ilk Avrupalılardır (Bilgin 1996). İlk tütün tohumunu 1511'de bir gemici Tobago adası yerlilerinden alarak Avrupa'da Petrus Martin adında bir tüccara gönderir, böylece Portekiz limanlarında tütün tanınmaya başlanır. 1518 yılından itibaren de İspanya ve Portekiz'de tütün üretimine başlanmıştır. 1560 yılında Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot keyif ve derman verdiğini söyleyerek tütünü Fransız Kraliçesi Cathrine De Medici'ne sunmuştur. Bu tarihten itibaren tütün bütün Avrupa'ya ve Asya'ya yayılmıştır (Ergüder 1998). Tütün ülkemize ilk kez 1601 yılında İngiliz gemicileri tarafından getirilmiştir. Tütün önceleri pipo, daha sonra pipo ve nargile şeklinde kullanılırken, 1853–1856 yılları arasındaki Kırım Savaşında Osmanlılar'ın kullandığı kıyılmış tütünün kâğıda sarılarak yani sigara şeklinde kullanılması öğrenilmiştir. İlk sigara fabrikası Londra'da kurulmuş, 1880 yılında bir Amerikalı tütün sarma makinasının patentini almış, bundan sonra tütün kesintisiz kâğıt şeritlere dökülerek otomatik olarak biçimlendirilip sigara haline getirilmeye başlanmıştır (Bilir ve ark. 1997). Sigara üreten makinanın bulunması, sigaranın giderek yaygın tütün kullanım biçimi olmasını sağlamıştır. 1918'de başlayan sigara sanayinin gelişmesiyle, tütün alışkanlığı tüm dünyaya yayılmıştır (Asut 1993).

2.3. Dünyada ve Türkiye'de Sigara Tüketimi

2.3.1. Dünyada Sigara Tüketimi

Dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlanan sigara kullanımı halen akciğer kanseri, kalp hastalığı ve diğer nedenlere bağlı olarak her yıl 5.4 milyon kişiyi öldürmektedir. Kontrol edilmezse 2030 yılına gelindiğinde bu sayının 10 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization 2008).

DSÖ'nün 2008 tahminlerine göre, dünya çapında 1.3 milyar kişi sigara içmektedir; bu sayı 15 yaş ve üzerindeki tüm dünya nüfusunun üçte birini oluşturmaktadır. Sigara içen nüfusun %84'ü ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde olduğu bilinmektedir ve bu nüfusun yine büyük kısmını erkekler oluşturmaktadır (Kutlu ve Çivi 2007). Sigaranın gün geçtikçe kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu yaygınlaşma özellikle gençler arasında hızla olmaktadır (Mackay ve Eriksen 2002). Bunda fiyatının ucuzluğu, yaygın ve saldırgan pazarlama teknikleri, tütün

kullanımının tehlikeleri hakkındaki bilgi yetersizliği ve tütün kullanımına karşı etkili politikaların olmayışı rol oynamaktadır (Beyer ve Brigden 2003).

1990'lı yıllar için sigara içme sıklığı tahminleri gelişmiş ülkelerde erkeklerde %42, kadınlarda %24, gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde %48, kadınlarda %7'dir (Mackay ve Eriksen 2002). 1999 verilerine göre ise dünyada gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi, alınan önlemlerle azalma eğilimi göstermiştir. Örneğin, 1975-90 yılları arasında Finlandiya, İsveç, İngiltere, Belçika, İsviçre ve Hollanda'nın da aralarında bulunduğu 12 Avrupa ülkesinde sigara tüketiminde sürekli bir düşüş gözlemlendiği belirtilmektedir. Aynı şekilde Amerika'da da sigara kullanma oranının %70'lerden %25'lere kadar düştüğü ifade edilmektedir (World Health Organization 1999). Yine DSÖ'nün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde erkeklerin %35'i, kadınların %22'si sigara içerken gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %50'si, kadınların %9'u sigara içmektedir (Mackay ve Eriksen 2002). Gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı giderek azalırken gelişmekte olan ülkelerde artış görülmektedir. Bu da sigarayla ilişkili sağlık sorunlarının ileriki dönemlerde daha çok gelişmekte olan ülkelerin sorunu olacağını göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimindeki bu artışta, gelişmiş ülkelerin kısıtlamalar getirmesi nedeniyle sigara şirketlerinin üçüncü dünya ülkelerine yönelmelerinin etkisi vardır.

2.3.2. Türkiye'de Sigara Tüketimi

Tütün kullanımı, Türkiye'de çok yaygın olduğu kolaylıkla gözlenen bir gerçektir ve öncelikli halk sağlığı sorunlarından biridir. Türkiye sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sıradadır. 2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasına göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki kişilerin %33.4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %50.6 iken, kadınlarda %16.6'dır. Bu oranlara göre, Türkiye'de yaklaşık 17 milyon kişi sigara kullanmaktadır ve her yıl 100-120 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Herhangi bir müdahale yapılmaz ise, 2030 yılında bu sayının 240.000 kişiye yükseleceği öngörülmektedir (Ergüder 2008).

2008 yılında sağlık bakanlığı tarafından yapılan küresel yetişkin sigara araştırmasına göre ise, ülkemizde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %31,3'ü her

gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %47,9 iken, kadınlarda %15,2 olarak gözlenmiştir. Kentsel yerlerde, her gün veya arasına tütün ve tütün mamulü kullananların oranı %33 iken, kırsal yerlerde %27,2'dir. Yaş grubuna göre tütün kullananlar incelendiğinde en çok 25-34 (%40,3) ve 35-44 (%39,6) yaş grubundaki bireyler tütün kullandıklarını beyan etmişlerdir. 15-24 yaş grubunda ise %11,7 bulunmuştur. 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin son 12 ay içerisinde tütün bırakmaya teşebbüs edenlerin yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında ise; 15-24 yaş grubunda; %47.2 iken, 65 ve yukarı yaştaki bireylerde ise; %33.6 olarak tespit edilmiştir (www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi:10.05.2009).

1988 yılında Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada 15-18 yaş arası gençlerde sigara içme sıklığı %30 bulunmuştur (PIAR 1988). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında liseli öğrencilerde yaptığı Gençlik Tütün Araştırması'nda öğrencilerin %9.1'inin halen aktif içici olduğu, %22.3'ünün en az bir kere sigara içmeyi denediği saptanmıştır (www.hm.saglik.gov.tr/pdf Erişim tarihi:21.05.09).

Erişkinlerin %80'inin sigara içmeye 18 yaşından önce başladığı, ergen sigara içicilerinin %20'sinin sigaraya başlama yaşınının 10 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (Williams ve ark.1999).

2.4. Sigaranın İçeriği

Sigara dumanında 4000 kadar parçacık halinde madde türü ve 500'den fazla gaz türü bulunmaktadır. Sigara yakıldığında iki tip duman akımı oluşur. Birincisi sigara kullanıcısı tarafından içe çekilen ana akım dumanı, ikincisi sigaranın yanan ucundan çevreye yayılan yan akım dumanıdır. Ana akım dumanı işlevsel olarak duman-gaz fazı ve tanecikli madde (veya katran) olmak üzere iki kısma ayrılır (Özalp 2002). Ana akım dumanının %92 - 95'i gaz fazındadır ve 1 ml'de 0.3 – 3.3 milyar partikül içerir. Partikül fazının her gramında 1017'den, gaz fazında ise 1015'ten fazla serbest radikal bulunmaktadır (Sezer ve ark.1992). Ana akım dumanının 900oC'lik yüksek yanmanın etkisiyle zararlı gaz ve parçacıkların yok olmasından dolayı yan akım dumanına göre daha az zararlı olduğu, bu nedenle tiryakiler daha az zararlı bir dumanı içlerine çekerken, çevreye daha zararlı bir duman bırakmaları söz konusudur (Kızılkaya, ve Coskun, 1993). Sigaranın çevresel

etkisinin çoğu %85 yan akım dumanından, çok az bir bölümü ise ana akım dumandan oluşmaktadır. Yan akım dumanı ana dumanı ile karşılaştırıldığında çok yüksek seviyede toksik gaz komponenti içermektedir (Demir 1994).

Sigarada bulunan zararlı maddeler;

- a. Karbonmonoksit,
- a. Kanserojen maddeler,
- a. Tahriş edici maddeler,
- a. Nikotin olmak üzere dört grupta toplanabilir (Demir 1994).

2.4.1. Karbonmonoksit

Tütünün kısmi yanması ile oluşan ve sigara dumanının gaz fazında yer alan karbonmonoksit, sigara dumanında mevcut insan sağlığına en zararlı bileşiklerden biridir. Karbonmonoksit (CO) tütünde yer alan organik bileşiklerin kısmi oksidasyonu sonucu oluşur. Renksiz ve kokusuz bir gazdır (Bernstein ve ark 2009). Sigara dumanında yaklaşık %2.9-5.1 oranında yer alır. Karbonmonoksit hemoglobine bağlanarak, karboksihemoglobin (COHb) bileşimini oluşturur. Karbonmonoksitin hemoglobine olan affinite (bağlanma yeteneği) oksijenin affinitesinden 220 kat daha fazladır. Bu nedenle ortamdaki karbonmonoksit hemoglobine bağlanmadan oksijenin hemoglobine bağlanması mümkün görünmemektedir. Bu durum ise hemoglobinin dokuları oksijenlendirme kapasitesini önemli düzeyde azaltır. COHb düzeyinin %20'ye ulaşması akut semptomların ortaya çıkmasına neden olur (Özalp 2002). Beynin yeterli oksijen alamaması sonucu düşünme, karar verme, net görme ve işitme gibi önemli bazı fonksiyonlarında zayıflama olur (Bilir 1996-1997). Özellikle demir eksikliği anemisi gibi hastalığı olan bireylerin sigara içmeleri halinde oksijen eksikliği belirtileri artmaktadır. COHb değerinin %60'ın üzerine çıkması ise öldürücüdür (Özalp 2002). CO nikotinle beraber kan damarı duvarında lipidin hem birbirlerine hem de damar duvarına olan permeabilitesinin artmasına yol açarak damarlarda kolesterol depolanmasına neden olur. Bunlara ek olarak santral hava yollarındaki siliaların üzerine direkt toksik etki göstermektedir (Öztuna 2004).

2.4.2. Kanser Yapıcı Maddeler

Sigara dumanının özel bir filtre üzerinde kalan bölümünün, su ve nikotin dışındaki parçası tütün katran (tütün zifiri, tar)'dır (Asut 1993). Sigarada bulunan kanser yapıcı maddeler tütünün katranında yer almaktadır. Bir sigaradan 3-40 mg. katran elde edilir (Küçükkavruk 2002). Sigaranın katranında hem kanser sürecini başlatan hem de bu süreci hızlandırıcı maddeler vardır (Bilir 1996-1997). Katranda yer alan polisiklik hidrokarbonlar, nitrozaminler kanser oluşturan maddeler, fenoller, yağ asitleri ve bunların esterleri gibi kanser gelişim sürecini hızlandıran maddelerdir (Bilgin 1996). Sigara dumanındaki aktif karsinojenlerden polisiklik aromatik hidrokarbon (PAH)'ların en önemlisi benzo (a)piren maddesidir. PAH'ların kimyasal karsinojen oldukları 18. yüzyılda İngiltere'de gösterilmiştir. PAH'lar mikrozomal enzimler tarafından epoksit türevlerine dönüştürülürler. Epoksit türevleri hücrelerde Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) moleküllerinin arillenmesine neden olur. Tütünün işlenmesi sırasında içindeki nikotin ve diğer alkaloidlerden tütüne özgü N-nitrozonornikotin gibi nitrozaminler oluşur. Nitrozaminler de çok karsinojendir. Deney hayvanlarında sigara dumanının zamanla normal hücreleri habis hale çevirmesi ile karsinogenezisi başlattığı ve ilerlettiği kanıtlanmıştır (Kesim 2004).

2.4.3. Tahriş Edici Maddeler

Sigaranın yanan ucunda 0.2 mikrondan küçük cisimcikler (tozlar), içilen ucunda ise 1 mikrondan küçük cisimcikler oluşur (Sezer ve ark. 1992). Sigara dumanındaki tahriş edici maddeler siliatoksiktir (Kesim 2004). Aldehitler, asitler, acreloin gibi tahriş edici çok sayıda madde mukozalardaki titretilen tüylerin işlevlerini bozar. Daha yapışkan bir sekresyon oluştururlar. Mikroorganizmalarla savaşan makrofajların işlevlerini bozarlar. Bronş direncini azaltırlar (Türkcan 2004). Sigara içenlerde solunum yolu enfeksiyonlarının daha sık görülmesinden ve kronik bronşitten tahriş edici maddeler sorumludur (Bilgin 1996). Tüm bu değişiklikler sigaranın bırakılmasıyla kısmen veya tamamen düzelir (Türkcan 2004).

2.4.4. Nikotin

Bir pyridine ve bir pyrrolidine halkasından oluşan nikotin; hava ile temas ettiğinde kahve rengine dönen ve tütün kokusunu elde eden, renksiz uçucu bir baz olan doğal sıvı alkaloitten biridir. Tütün alkaloitlerinin %90'ını nikotin oluşturur. Tütündeki nikotin miktarı tütünün tipine, yetiştirilme şekline, ıslah işlemine bağlıdır. Tütünün gerçek nikotin içeriği %0.2-5 mgr'dır. Fakat sigara tütününü genelde 1-2 mg nikotin içerir (Çan 2002). Sigaranın bırakılmamasının nedeni, içindeki ana madde nikotinin bağımlılık yapıcı özelliğine bağlanmaktadır (Williams ve ark.1996). Sigarayı içmeyi bir kez deneyen her dört kişiden üçünün sigara tiryakisi olması, sigaranın bağımlılık yapma gücünün önemli göstergesidir (Altıntaş 2002).

2.5. Sigara Bağımlılığı ve Nedenleri

2.5.1 Nikotin Bağımlılığı

Sigara bir dönem sadece psikolojik bağımlılık yapan bir madde olarak düşünülmüş ancak günümüzde içeriğindeki nikotinin bağımlılık yapıcı özelliği kanıtlanmıştır. Tekrarlayan sigara kullanma davranışı artık nikotin bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır. Nikotine ait etkiler; doza ve sigara kullanan kimsenin hem fiziksel hem de psikolojik durumuna bağlı olarak uyarı veya sedasyon şeklinde olabilmektedir. Nikotinin yüksek oranda bağımlılık yapan bir madde olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Kokain, morfin yada alkol kullananlarla karşılaştırıldığında, arada sırada tütün kullananların daha büyük çoğunluğu bağımlılık geliştirmektedir (Ergenelek 2005).

Dünyada en yaygın ve en önemli madde bağımlılığı probleminin sigara bağımlılığı olduğu ifade edilmektedir (World Health Organization 2003). Sigara, toplumda kullanım sıklığı en fazla olan, bağımlılık yapıcı maddeler arasında birinci sıradadır (World Health Organization. 2003). Sigara bağımlılığına yol açan madde nikotindir. Nikotin, duyu durumunu değiştiren ve rahatlatıcı etkisi olan, kokain ve morfin ölçüsünde bağımlılık yapan, beyindeki nikotinik reseptörleri uyaran, psikoaktif bir maddedir (Özyurt 2006). Nikotin bağımlılığı günlük sigara tüketimi ile orantılı olarak gelişir. Her sigara içen bağımlı değildir. Ancak sigarayı deneyen her dört kişiden üçü bağımlı olmaktadır (Özyurt 2006). Sigara bağımlılığı farklı

şekillerde tanımlanmakla birlikte DSÖ'nün tanımına göre her gün düzenli olarak en az bir tane sigara içen kişi "sigara bağımlısı" olarak kabul edilmektedir (World Health Organization 2003).

Vücudumuz üzüldüğümüz, sevindiğimiz, kızdığımız heyecanlandığımız zaman kısacası her ihtiyaç duyduğunda duyguları kontrol altına almak için biyolojik olarak 'endorfin' denilen bir madde salgılar. Bu madde yalnız vücut ihtiyaç duyduğu zaman, ihtiyaç duyduğu kadar salgılanır. Ancak sigara kullanılmaya başlanıldığı andan itibaren bu maddenin salgılanması sigara içimine bağlı olarak gerçekleşmeye başlar. Yani vücut duyguları kontrol altına almak istediğinde gereken endorfinleri elde etmek için, suni bir dış desteğe nikotine ihtiyaç duyar. Fiziksel olarak sigara bağımlılığının tanımı budur (Ergeneilek 2005). Sigaradan ilk nefesin çekilmesi ile nikotin, birkaç saniyede beyne ulaşarak bazı merkezleri uyarmak suretiyle etkisini gösterir. İlk nefesten sonra bir rahatlama, endişe ve sıkıntıların hafiflemesi ve zihnin daha hızlı çalışması gibi etkileri olur. Ancak bu durum tahmin edinilen aksine sigaranın yarattığı bir rahatlama olmayıp, çoğu kez yoksunluk hissedenden kişinin vücudunun aradığı maddeye kavuşması ile duyduğu iyilik hissidir. Diğer taraftan, nikotin alımının kesilmesinden sonra ilk 24 saat içinde yoksunluk bulgularının ortaya çıktığı bilinmektedir. Başka bir deyişle nikotin eksikliği bağımlılarda yoksunluk bulguları olarak bilinen somut belirtilerin görülmesine neden olur (Özyurt 2006).

DSÖ sigara bağımlılığını bir hastalık olarak kabul ederek "Dünyada en hızlı yayılan en uzun hastalık" olarak tanımlamış (World Health Organization 2003) ve psikiyatrik bozuklukların tanı sınıflamasında nikotin bağımlılığının ölçütlerini belirlemiştir. Bu ölçütlere göre sigara bağımlılığı, aşağıdakilerden en az üç belirtinin, en az bir ay boyunca devam etmesiyle seyreden bir rahatsızlık olarak açıklanmıştır. Bu belirtiler:

- Sigara kullanmak için güçlü istek ya da zorlanma yaşanması,
- Sigara kullanma davranışını denetlemede zorlanma yaşanması,
- Sigarayı azaltma ya da kesme döneminde kesilme belirtilerinin (yoksunluk semptomlarının: sigara kullanımı bırakıldığında 24 saat içinde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sorunlardır) ortaya çıkması,
- Tolerans gelişmesi (sigaranın aynı etkiyi göstermesi için giderek daha fazla miktarda kullanılmasıdır),

- Sigara elde etmek ve kullanmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşları, olumsuz etkileyecek şekilde giderek artması,
- Sigaraya bağlı ruhsal ve fiziksel zarara rağmen kullanmaya devam edilmesidir.

2.5.2. Nikotin Yoksunluğu

Tütün bağımlılığı, DSÖ'ye göre bir mental ve davranışsal hastalık olarak kabul edilmektedir. Tütün kullanımı bırakıldıktan sonra yoksunluk semptomları ve şiddetli sigara kullanma arzusunun görüldüğü bir yoksunluk sendromunun ortaya çıkışı biçiminde yansımaktadır (Ergeneilek 2005). Nikotin yoksunluğu şu şekilde tanımlanmaktadır; “en azından birkaç haftadan beri her gün sigara kullanan birinde, nikotinin kesilmesini takip eden 24 saat içinde”

Aşağıdaki belirtilerin en az dördünün ortaya çıkması durumudur (Ergeneilek 2005).

1. Şiddetli nikotin alma (sigara içme) arzusu
2. Çabuk sinirlenme, huzursuzluk
3. Sıkıntı hissi (anksiyete)
4. Dikkatin belirli bir konuya yoğunlaştırılmasında zorluk, konsantrasyon güçlüğü
5. Hareketsiz duramama (restlessness)
6. İştahta artış ve kilo alma
7. Kalp atım hızında azalma
8. Uykusuzluk, uyku bozuklukları
9. EEG'de yavaşlama

Bununla birlikte nikotine bağlı semptomlar arasında yer aldığı düşünülen bazı semptomlar değil, nikotinin doğrudan etkileridir. Örneğin, nikotin enerji kullanımını arttırdığından bırakıldıktan sonra kilo kontrolü zorlaşır. Aynı şey dikkat ve konsantrasyon içinde söylenebilir, çünkü nikotin kullanımı dikkat ve konsantrasyonu artırmaktadır (Ergeneilek 2005).

2.5.3. Nikotin Toleransı

Sigara içmeye başlayanların çoğunun sigara miktarını giderek artırdığı bilinmektedir. Bunun nedeni, sigarayla alınan nikotinin vücutta gösterdiği etkinin azalması sebebiyle tolerans gelişmesidir ve bu durum giderek daha fazla sigara

içilmesiyle sonuçlanmaktadır. Nikotinin vücutta gösterdiği etkinin azalması durumu sigara içen kişide yoksunluk belirtileri ortaya çıkarmaktadır ve sigara kullanıcısı bu semptomları hissetmemek için alınan nikotin miktarını daha fazla sigara içerek arttırır (Faltz ve Skinner 2002).

2.5.4. Sigara İçmeye Başlama Nedenleri

Günümüzde erişkin sigara içicilerinin %80'inden fazlası 18 yaşından önce genellikle adölesan dönemde sigara içmeye başlamaktadır. Adölesan döneminde sigara içmenin getireceği sağlık sorunları yeterince algılanamamakta ve önemsenmemektedir. Bunun yanında ailenin sosyo-ekonomik özelliği, ebeveynlerin yanı sıra, kardeşlerin sigaraya ilişkin tutum ve davranışları da sigaraya başlama davranışını etkilemektedir (Ergün 2006).

Sigara kullanmaya hazır kişilik özelliklerine sahip olanlar, içinde yaşadığı sosyal çevrenin de etkisiyle kolayca sigaraya başlayabilmektedir. Ekonomik ve sosyal durum, ailede sigara veya diğer madde kullanımı öyküsü, bireyin gelişimsel dönemi gibi nedenler sayılabilir (Öztürk 2002). Anne-babanın gence karşı tutumlarında tutarsızlıklar, aşırı sertlik veya aşırı rahatlık, uygun denetimin sağlanmaması, gencin davranışlarının anne-baba tarafından izlenmemesi diğer önemli risk etkenleri arasında yer almaktadır (Akfert ve ark. 2009). Anne-babanın evlilik ilişkilerinde çatışmanın fazla olması, geniş ve kalabalık aileler, işsiz aile üyelerinin varlığı, düşük eğitim düzeyine sahip anne-baba, aile içinde alışkanlıkların ve düzenin olmaması (birlikte yemek yemek gibi), parçalanmış ve boşanmış aileler, anne-babadan birinin ya da her ikisinin kaybı, anne-babanın madde kullanması veya kullanıma tolerans göstermesi ve evde bu maddelerin bulunması da ailesel risk etkenleri olarak kabul edilir (Akfert ve ark. 2009).

2.5.5. Sigara Kullanma Davranışını Sürdürme Nedenleri

Herhangi bir kimyasal maddenin bir kişide bağımlılık oluşturabilmesi ve durumun sürdürülebilmesi, gerek ilaca ait gerekse kişiye ait bazı özelliklerin varlığına bağlıdır. Örneğin kişilik yapısı, aile ilişkileri v.b gibi pek çok faktör yardımcı etken olabilir. Şöyle ki kişi ilacın veya maddenin ortaya çıkardığı akut etkilerden hoşlanmasa da bulunduğu çevrenin kendini dışlaması endişesi ile

kullanmaya devam edecek (sosyal pekiştiri) ve giderek bağımlı hale gelecektir (Ergeneilek 2005). Ailenin sosyo-ekonomik özelliği, ebeveyn ve kardeşlerin sigaraya ilişkin tutum ve davranışları, öğrenimi sigara içmeyi etkileyen faktörlerinden sayılmaktadır. Özellikle arkadaş etkisinin rolü fazla olmaktadır. İtalya'da sigara karşıtı programlar gösteriyor ki en iyi arkadaşı sigara kullananlar, en iyi arkadaşı sigara kullanmayanlara göre sigara kullanmaya daha eğilimli oluyor. Sigara kullanan anne ve babaların çocuklarının sigaraya başlama olasılığı hiç kullanmayanların çocuklarına göre dört misli fazla olarak saptanmıştır (Ergeneilek 2005).

Sigara kullanma davranışının psikolojik ve sosyolojik etkileri miktar ve kalite açısından kişiden kişiye değişebilir. Sigara alışkanlığı gösterenlerin kişilik yapılarında, duygusal olgunlaşmada gerilik, devamlı huzursuzluk, toplumda gerçek ilişki kurmada zorluk, sorumluluk yüklenmekten kaçış, bilinç dışı komplekslerin dürtülerine karşı aşırı duyarlık, toplum içinde yalnız kalma isteği ya da korkusu gibi psiko dinamik faktörlerin bir veya birkaçı rol oynamaktadır. Bütün bunlar dikkate alındığında sigara içmenin çatışmaları veya güçlükleri çözümlendiği düşünülür (Ergeneilek 2005). Araştırmalar insanların sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermiştir. Sigaraya başlatan faktörlerle sürdürülmesine neden olan faktörlerin genellikle farklı olduğu kabul edilmektedir. Sosyal ve ailesel faktörlerin özellikle sigaraya başlamada önemli olduğu düşünülür (Karlıkaya ve ark.2006). Sigara içme davranışının sürdürülmesinde sosyal, kültürel, duyuşsal faktörlerin yanı sıra alışkanlık nedeniyle ve sigaranın farmakolojik etkisi nedeniyle de bu davranışın sürdürüldüğü belirtilmektedir. Sigara içme davranışının başlaması ve alışkanlık olarak devam etmesinde içinde bulunulan çevre ve diğer kişilerin tavrı oldukça önemlidir. Stresli sosyal yaşantı koşulları (çalışma), sigara içen kişilerle yoğun ilişki, sosyal uyumu sürdürme çabası gibi faktörler bu davranışın sürekliliğini pekiştirir (Ergül 2005). Yapılan çalışmalarda, adölesan dönemde sigara davranışını sürdürme niyetinin fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel, ekonomik pek çok faktörle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu yaş döneminde bireylerin sigarayla ilgili olası sağlık problemlerinin farkında olsalar bile, nikotinin bağımlılık yapıcı özelliğinin farkında olmadıkları bilinmektedir. Yetişkinlik döneminden önce sigara içilmeye başlanması, kısa sürede bireyin nikotin yoksunluk belirtilerini daha yoğun hissetmesine neden olmaktadır (Ergül 2005).

Sigara içme davranışı çok yönlüdür, nikotin bağımlılığı, genetik ve psikososyal faktörler sigara içme davranışını sürdürmede önemlidir (Karlıkaya ve ark.2006). Sigara kullanımının ortaya çıkardığı risklere rağmen bireylerin sigara içmeye devam etmeleri “bağımlılık” sorunuyla açıklanabilir ve bu bağımlılığın nedeni de sigaranın içinde bulunan nikotindir (Özyurt 2006).

20 yıl boyunca günde 1 paket sigara içen bir kişi 1 milyon kez duman inhale etmiştir. Bu tekrarlayıcı hareketler günlük hayatta çok güçlü uyarılmaya yol açar. Sigara ile ilişkili uyarılmanın özellikle sosyal ve stresli ortamlardaki nüklere katkısı olduğu saptanmıştır. Aile ve arkadaşların sigara içimi bırakmayı zorlaştıran faktörlerdir (Karlıkaya ve ark. 2006). Çevresinde sigara içen ebeveyn, arkadaş, kardeş gibi rol modellerin varlığı sigara içme davranışının onaylanması anlamına gelmekte, bireyin bu davranışa ilişkin yarar ve zarar algısını dolayısıyla niyetini etkilemekte ve kişinin sigara içme davranışını sürdürme olasılığını arttırmaktadır. Özellikle sigara içen arkadaş, akran etkisi, akran grubuna dahil olma, grup dışında kalmama anlamına da gelmekte ve adölesanın sigara içmeyi sürdürmesinde, sigara sayısını arttırmasında etkili olmaktadır (Ergül 2005).

2.5.6. Sigarayı Bırakmayı Deneyip Yeniden Başlama (relaps) Nedenleri

Sigarayı bırakmaya çalıştığımızda vücudumuz hem fiziksel olarak nikotin eksikliğine reaksiyon gösterir, hem de bir yandan alışkanlıklardan kurtulmakla yüz yüze kalır. İkisini birden göğüslemek oldukça zor bir iştir (Ergeneilek 2005).

Sigarayı bırakanların %70'i ilk ayda tekrar kullanmaya başlar bunun nedeni nikotin yoksunluk semptomlarından kaynaklanmaktadır. Özellikle ilk bir iki hafta bu semptomları bireyler çok yoğun yaşayabilirler. Bunlar ilk 24 saatte huzursuzluk, gerilim hissi düşüncelerini toparlamada güçlük, sinirlilik, yorgunluk hissi, titremeler, uykusuzluk, kabızlık gibi belirtilerdir. Bu semptomlar bazı bireylerde kısa sürerken bazılarında uzun sürebilmektedir. Sigarayı bırakmış olanların dörtte birinden azı ilk girişiminde bunu başarmıştır. Sigarayı bırakanların çoğu bunu başaramadan önce 3-4 kez bırakmayı deneyip yeniden başlamışlardır. Genellikle sigaranın başarıyla bırakılmasından önce 5- 7 kez başarısızlık olur. Başarısızlık, boşa bir çabanın göstergesi olarak görülmemelidir. Bir kişi ne kadar sık sigarayı bırakma denemesi yaparsa, sonuçta bunu başarma olasılığı o kadar yüksektir. Sigarayı bırakıp tekrar

başlayan bir insan, sıkıntı yaratan durumlarla, nikotinin sakinleştirici etkisi olmadan nasıl baş edeceğini bilemeyebilir.

2.6. Sigara ve İlişkili Hastalıklar

2.6.1. Sigaranın Genel Sağlık Üzerine Etkileri

Sigara kullanımının, ölümcül etkilerinin yanı sıra, içmeyenlerle kıyaslandığında içenleri daha fazla hastalandırdığını da görmekteyiz. Sigara kullanıcıları, bırakanlara veya hiç içmemişlere nazaran akut ve kronik hastalığa yakalanarak gündelik etkinlikten daha fazla yoksun kalma durumundadırlar. Ayrıca yatalak olarak geçirdikleri gün sayısı daha fazla olup, daha fazla okul veya iş devamsızlığı yaparlar. Ergenlik çağında sigara içmeye başlayan ve uzun süredir düzenli olarak sigara içen kişilerin yarısı sigaradan ölmekte ve bunların yarısı da orta yaşlarda ölmektedirler. Bu kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20–25 yıl daha kısadır. 1990 yılında tüm dünyada sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölüm oranı %2,6 iken, 2020 yılında bu oranın %9'lara çıkacağı tahmin edilmektedir.

Sigara ölümle sonlanmayan yaklaşık 50 kadar kronik ve 20'ye yakın da ölümcül hastalıkla ilişkilidir. Sigaranın akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), periferik ateroskleroz (damar hastalığı), kalp-damar ve beyin-damar hastalıklarının nedeni olduğu bilinmektedir. Sigara içimi tüm kronik akciğer hastalıklarının %80'inden, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birinden sorumlu bulunmuştur. Yakın zamanlarda elde edilen kanıtlar kadınların sigaradan daha fazla zarar görme olasılıkları olduğunu göstermektedir (Karlıkaya ve ark. 2006).

2.6.2. Sigara ve Akciğer Kanseri

Sigaradaki nitrozamin, butanone'un deney hayvanında akciğer kanseri oluşturduğu gösterilmiştir. Sigaranın toksik metabolitleri DNA hasarı yaparak solunum yollarında epitelyum hasarına sebebiyet vermektedir. Bu hasarın başlangıcı skuamöz metaplazi şeklinde olup sigara içilmeye devam edilecek olursa karsinoma insitu'ya dönüşebilmektedir (Öztuna 2004).

Tüm dünyada sigara karşıtı hareketlerin en güçlü dayanağı sigara ile akciğer kanseri ilişkisinin gösterilmiş olmasıdır. Keyif verici bir madde olarak tanınmış olan tütün içiminin hızla yayılması, kullanmakla ortaya çıkan hastalıklar kanıtlanıncaya dek sürmüştür. Önceleri tütün kullanımının bazı sakıncaları gözlense de akciğer kanseri ile ilişkisinin gösterilmesinden sonra özellikle bilim adamları için sigara ile mücadelenin bir görev halini alması kaçınılmaz olmuştur. 1900–1930 yılları arasındaki dönemlerde sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki henüz kanıtlanamadığı için bu dönemde sigara kullanımı kısıtlanmamış, aksine özellikle savaş yıllarında askerlere tavsiye edilmiştir. 1914–1918 yıllarında yaşanan Birinci Dünya Savaşı sigara tüketiminin en hızlı arttığı dönemdir. 1930–1960 yılları arasındaki dönem ise akciğer kanseri epidemisinin başladığı yıllardır. Sigaranın akciğer kanserine neden olduğundan sıkça söz edilir olmuş, ancak aradaki bağ net olarak ortaya konamamıştır. 1960–1980 arası dönem sorunun tanımlanarak, mücadele yöntemlerinin ortaya konulduğu dönemdir (Karadağ 2002). İlk kez 1964'teki "Surgeon General" raporu, resmi olarak sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bundan sonra da yapılan tüm çalışmalarda sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri için hem erkek hem de kadında önemli bir neden olduğu saptanmıştır. Önceleri akciğer kanseri bir erkek hastalığı olarak kabul edilip kadınlar bu konuda şanslı cinsiyet olarak görülmüştür. Ancak tütün kullanımının kadınlar arasında yaygınlaşmasıyla bu şanslı durum giderek kaybolmuş ve 1950'lerden beri kadınlarda akciğer kanserine bağlı ölümlerde %600'lük bir artış gözlenmiştir. Epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adeno karsinom gibi histolojik tipleri olan akciğer kanseri en sık görülen kanser türlerindedir. Tüm dünyada yıllık 1,3 milyon ölümlerle en sık öldüren kanser olan ve başlıca sağlık sorunlarından birisi olmaya da devam eden akciğer kanseri, 1987'den itibaren kadınlarda meme kanserini geçerek birinci sıraya yerleşmiştir. 1980 yılından beri Amerika'da her yıl sigaranın yol açtığı hastalıklardan 3 milyon kadar kadının beklenenden erken öldüğü rapor edilmiştir (Karadağ 2002).

2.6.3. Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Sigaranın içerdiği parçacıkların bölgesel depolanması, akciğer hastalıklarının gelişiminde ilk basamağı oluşturur. Parçacıkların çökme hızı onların büyüklüğüne,

kişinin akciğer yapı ve işlevine ve nefesin akım hızına bağlıdır. Etkilediği bölgeleri santral, periferik ve alveolo-kapiller alan olarak ayırabiliriz. Santral hava yollarında en belirgin olarak gözlenen etkisi, akciğer savunma sisteminde önemli bir yeri olan siliyaların sayısında ve işlevlerinde azalma yapmasıdır. Sigaranın içindeki CO, N2O ve SO2 gazları siliyalar üzerinde doğrudan toksik etki göstermektedir. Siliya işlevinin bozulması ve mukus salgısının artışı, bakteriyel bağlanma artışına yol açar. Sigara büyük miktarda toksik serbest oksijen radikalleri içerir. Özellikle amfizem başta olmak üzere KOAH'ın gelişiminde sigaranın içerdiği serbest radikaller ve peroksidaz pek çok değişiklikten sorumlu tutulmaktadır. Serbest radikaller ve peroksidaz ayrıca nötrofil elastazın salınımını artırmak suretiyle goblet hücre hiperplazisine, epitel hasarına, mukus aşırı salgılanmasına neden olmaktadır. Aşırı mukus salgılanması olan hastalarda sigara bırakıldıktan sonra mukus üretimi normale dönmektedir (Öztuna 2004). Sigaranın akciğer hastalıklarının oluşumunda önemli bir diğer etkisi de oksidan ve antioksidan sistem üzerinedir. Sigaranın oksidan etkisi belirgin olarak hücre zarının lipid bileşenidir. Sigara ile etkinleşen alveolar makrofajlar fibroblastlar üzerinde toksik etki göstermekte, elastin ve kollagen yapımı bundan zarar görmektedir. Fibrozis, alveol komşuluğunda küçük arter yıkımına ve dolayısıyla parankima hasarına yol açmaktadır. Sonuçta oksidan stres ve proteazlara bağlı hasar ile kalıcı havayolu hastalıkları gelişmektedir (Öztuna 2004). Sigara ayrıca mukosilyer ve surfaktan etkinliğini ve makrofajların bakterisidal ve fagositer etkilerini bloke ederek hem parankimal hem de işlevsel bozukluğa neden olur (Akar ve Özyardımcı 2002).

2.6.4. Kardiyovasküler Etkiler

Sigara kullanımı ve koroner kalp hastalıkları arasındaki ilişki ilk olarak 1940 yılında ortaya kondu. Bu tarihi izleyen yıllarda sigaranın kardiyovasküler hastalık riskini, inmeyi, kalp krizini, ani ölümü, aort anevrizmasını ve periferik arter hastalıklarını artırdığını gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 1990 yılı itibari ile Amerika'da sigaraya bağlı 23.281'i beyin damar hastalığından olmak üzere 179.820 ölüm bildirilmiştir. Bu tarihte 1988'e göre kalp hastalığına bağlı ölümlerde %10,4 kadar bir azalma görülmüş olup kardiyovasküler ölümler tüm ölümlerin %20'sini oluşturmaktaydı. Britanyalı erkek doktorlar arasında yapılan ve yirmi yıl süren bir

çalışmada günde yirmi beş ve daha fazla sigara içenlerde, içmeyenlere göre koroner kalp hastalığına bağlı mortalite 2,3 kat fazla bulundu. Sigara içen kadınlarda yapılan çalışmalar da benzer sonuçlar içeriyordu. Bir çalışmada günde bir ile dört sigara içen kadınlarda koroner kalp hastalığının 2,5 kat daha fazla olduğu gösterildi. Birçok ileriye dönük çalışma ise hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü, tekrarlayıcı kalp atakları ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Sigara içen her iki cinsten KAH insidansı 2–4 kat fazladır. KAH'ndan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara KAH, hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (Aydınlar 2002).

Sigara akut ve kronik miyokard değişikliklerine yol açar. Akut olarak sigara oksijen ihtiyacını arttırarak veya kan akışını azaltma yolu ile oksijen sunumunu azaltarak miyokard iskemisine yol açar. Bu değişiklikler koroner arter spazmı ve/veya trombosit agregasyonu ile sonuçlanabilir. Bir çalışmada holter monitorizasyonu ile koroner kalp hastalarında sigara içimi sırasında %33 daha fazla iskemi geliştiği gözlenmiştir. Ayrıca sigara özellikle başta ventriküler fibrilasyon olmak üzere disritmilerin eşliğini azaltarak ani ölüme yol açabilir. Kronik olarak sigara içimi olasılıkla yineleyen endotel hasarına yol açarak koroner ateroskleroza neden olur; düz kas proliferasyonunu uyararak trombosit yapışmasını arttırır; LDL-kolesterolü arttırır ve/veya HDL-kolesterolü azaltır (Aydınlar 2002).

2.6.5. Sigaranın Gebe ve Fetüse Etkisi

Sigara kullanımı hipotalamo-hipofizer hormonal sistemi baskılayarak LH pikini engelleyip prolaktin ve tiroksin salgılanmasını baskılar. Bu hormonal etkilerinden dolayı sigara, adet düzensizliği yapabilir ya da var olan düzensizliği daha da kötüleştirebilir. Ayrıca sigara kullanımı dismenoreyle de yakından ilişkilidir. Sigaranın tubal mukoza siliyer etkinliğini ve oositlerde mayotik içciklenmeyi bozduğu, fertilizasyon oranını düşürdüğü, oosit sayısını azalttığı ve abortus oranını arttırdığı gösterilmiştir. Olgu kontrol çalışmalarında, sigara içen 10928 kadında 2916 (%26,6) infertilite saptanırken, sigara kullanmayan 19179 kadında 3990 (%20) infertilite saptanmıştır. Kohort çalışmalarının toplamında sigara içen 6990 kadında

%20,3 infertilite, sigara içmeyen 13069 kadında %14,2 infertilite saptanmış olup, sigara kullanımının infertilite ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Sigara ektopik gebelik riskini de 2 kat arttırmaktadır (Uncu 2002). Sigara kullanan gebelerde spontan abortus riski 2 kat daha yüksek olup bu risk, kullanılan sigara miktarıyla anlamlı bir şekilde artış göstermektedir.

Yapılan çalışmalar kullanılan sigaranın miktarıyla erken doğum arasında doğrudan ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca gebelerin sigara kullanmaları normale göre 200 gram daha az ağırlıkta çocuk doğurmalarına neden olmaktadır. Amerika'da gebeliği süresince sigara içen kadınların gebeliğinin canlı doğumla sonuçlanma sıklığının 1989'dan 1996'ya kadar %43 azalma gösterdiği ifade edilmektedir.

2.6.6. Sigara ile İlişkili Diğer Hastalıklar

Amerika'da tüm kanser ölümlerinin 1/3'ü sigaraya bağlanmaktadır. Yapılan birçok çalışma, kanser türlerinin çoğunun sigara ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunlar; ağız boşluğu, larinks, böbrek, mide, pankreas, özefagus, mesane, uterus ve akciğer kanserleridir. Yine çeşitli çalışmalarda hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve diğer kalp hastalıkları, serebro vasküler hastalıklar, ateroskleroz, aort anevrizması, KOAH vs. gibi hastalıkların sigara kullanımına bağlı hastalıklar olduğu gösterilmiştir (Karlıkaya ve ark. 2006). Akut ülserli diş eti hastalığı, kalp spazmı, sırt ağrısı, burger hastalığı, duodenal ülser, katarakt, kolon polipleri, crohn, depresyon, tip 2 diabetes mellitus, işitme kaybı, grip, impotans, görme siniri hastalığı, eklem bağ zedelenmesi, maküler dejenerasyon, kas zedelenmesi, boyun ağrısı, nistagmus, göz içi mantar hastalığı, osteoporoz, osteoartrit, çevresel damar hastalığı, pnömoni, sedef hastalığı, cilt kırışıklığı, mide ülseri, tendon zedelenmesi, tütün körlüğü, diş dökülmesi, tüberküloz gibi hastalıklar, sigara içenlerde riski artmış hastalıklardır (Karlıkaya 2004). Sigara içicilerinde bağışıklık sistemi bozulması, doğurganlık azalması, erken menopoza, ejakülasyon hacminin azalması, sperm sayısı azalması, sperm hareketi azalması, spermin yumurta dölleme yeteneğinin azalması, sperm şekil bozuklukları gibi işlev bozuklukları olabilmektedir (Karlıkaya 2004).

2.7. Pasif İçicilik

Sigarada, sigarayı içenlerin akciğerlerine soluduğu "anaakım dumanı", sigaranın ucunun yanmasıyla çevreye yayılan "yanakım dumanı" mevcuttur. Sigara içmeyenlerin bu yanakım dumanına maruz kalmalarına pasif içicilik denir. Çocukların sürekli sigara içilen ortamda yaşamak zorunda kalmaları, sağlık durumlarını ve gelecekteki yaşamlarını olumsuz yönde etkiler. Özellikle çocukluğun ilk birkaç yılı ev gibi kapalı ortamlarda geçmektedir. Bu nedenle çocuklar istemsiz olarak ev ortamı kirliliğinin etkisinde kalmaktadırlar. Kendisi sigara içmeyen fakat pasif sigara dumanına maruz kalan gebelerin düşük ağırlıklı bebek dünyaya getirme ve erken doğum riski yüksektir. Sadece annenin pasif içici olması veya sigara içmesi değil, babanın sigara içmesi de anne karnındaki bebeği de olumsuz etkilemektedir. Sigara içen babaların çocuklarının ileriki yaşlarda kanser olma risklerinin daha fazla olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Anneleri doğum öncesi sigara içen çocukların gelişimlerinin de geri olduğu bildirilmiştir. Çocukların akciğerleri tam gelişmemiş olduğundan, çevresel sigara dumanına maruz kalmak, her yaşta çocuğun akciğer işlevini bozar. Çocuklar, yetişkinlerden daha fazla ve hızlı nefes alıp verirler; bu nedenle pasif içici durumuna düşürülen çocuklarda ciddi sağlık sorunları ortaya çıkar. Bu bebeklerin tükürük salgısında ve idrarında sigaradan kaynaklanan maddelerin varlığını gösteren çalışmalar vardır.

2.8. Sigarayı Bırakanlarda Vücutta Görülen Değişiklikler

Sigara bırakıldıktan 20 dakika sonra, tansiyon ve nabız normal düzeye iner. 8 saat sonra ise, kandaki oksijen düzeyi normale yaklaşır. 24 saat sonra, kalp enfaktüsü tehlikesi azalmaya başlar. 48 saat sonra, sinir uçları kendini yenilemeye başlar. 2 haftadan 3 aya kadar, dolaşım dengesi düzelir, yürümek daha kolaylaşır. akciğer fonksiyonu %30 oranında iyileşir. 1 aydan 9 aya kadar, öksürük krizleri, yorgunluk, bitkinlik ve kısa kısa nefes almalar azalır, akciğer bir ölçüde temizlenir ve enfeksiyon tehlikesi de çok azalır.

2.9. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları

2.9.1. Dünyada Tütün Kontrolü Çalışmaları

1964 yılında sigarayla akciğer kanseri birlikteliğinin ortaya konmasıyla bu konuya tüm dünyada ilgi hızla artarak tütünün zararları ve korunma yollarını kapsayan konferanslar vermeye başlanmıştır. Bu konferanslardan ilki 1967 yılında Amerika’nın New York şehrinde yapılmıştır. 1970 yılındaki Genel Kurul Toplantısında DSÖ, tütün kullanımının insan sağlığına verebileceği zararlarla ilgili bir bildiri yayınlamıştır. DSÖ 1980 yılındaki Dünya Sağlık Günü’nde “Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin (Smoking OR Health; Choose Health)” şeklindeki slogan ile sigara mücadelesinin önemine tekrar işaret etti. Sloganda “Sigara ve Sağlık” değil de “Sigara ya da Sağlık” ifadesi sigaranın sağlıkla bir arada olamayacağı vurgusu bakımından önem taşıyordu. Daha sonra 1988 yılında ise her yılın 31 Mayıs’ı “Dünya Sigarasız Günü-Sigara İçmeme Günü” olarak belirlenerek, yıl boyunca bütün ülkelerde DSÖ’nün her yıl belirlemiş olduğu slogan çerçevesinde çalışmalar yapılması önerildi (Bilir ve Aslan 2005).

Tütün ekimi, sigara üretimi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, nikotin ve katran içerikleri, tütün kaçakçılığının önlenmesi, sigara kullanımının zararları, çocuklara sigara satışının engellenmesi, pasif içiciliğin önüne geçilmesi, sigara tanıtımı ve sponsorlukları gibi konuları kapsayan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”, DSÖ’nün tütün kontrolü konusunda atmış olduğu en önemli adımdır. 2001 yılında hazırlanmaya başlanan ve 2003 yılında yapılan genel kurulda oy birliği ile kabul edilen ve 168 ülkenin bakanlarınca imzalanmış olan bu sözleşmede şu konular yer almaktadır:

- Tütün firmalarının her türlü tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
- Sigara paketleri üzerinde, paketin en az %30’unu kaplayacak şekilde uyarı yazısıyla yine kullanıcının dikkatini çekecek resimlere yer verilmesi,
- Çevresel sigara dumanından etkilenmenin önüne geçilmesi,
- Sigaradan alınan vergilerin yükseltilerek sigara fiyatlarının yükseltilmesi,
- Tütün kaçakçılığının önlenmesi.

57 ülkenin parlamentosunca onaylanmış olan bu sözleşme, 27 Şubat 2004 tarihinden itibaren uluslar arası bir yasa niteliği kazanmıştır. Sözleşmeye uymayan ülkeler için

uygulanabilecek yaptırımların belirlenmesiyle ilgili çalışmalar devam etmektedir (Bilir ve Aslan 2005).

Dünya Sağlık Örgütü, “Sağlık 21” sloganı ile 21. yüzyılda herkes için sağlık kapsamında 12. hedef olarak tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri ele almıştır. Üye ülkelerin tümünde 2015 yılına kadar tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılması gerektiğini öngörmektedir. Özellikle tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının, on beş yaş üzerinde en az %80, on beş yaş altında %100’e yakın olması gerektiği ifade edilmiştir. İnsanoğlunun bu yüzyıl içerisinde sağlık durumunu düzeltmek için yapabileceği en büyük gelişme toplumda sigara içme yaygınlığının azaltılmasıdır. Kontrol programlarındaki gecikme her yıl bir milyon gencin sigarayla tanışmasına, dört yüz binden fazla erişkinin erken yaşta hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (Çan 2002).

2008 yılı başında DSÖ yeni bir girişim başlatmıştır. Bu amaçla Küresel Tütün Salgını Raporu yayınlanmıştır. Raporda dünyadaki ülkelerde tütün kullanımı ve tütün kontrolü konularında mevcut durum değerlendirilmek suretiyle ülkelere bu yönde yol gösterici nitelikte 6 temel strateji önerisinde bulunulmuştur. Bu stratejilere işaret eden ifadelerin ilk sözcüklerinin baş harflerinden oluşan kısaltma kullanılmak suretiyle rapor mpower olarak adlandırılmıştır. Raporda yer alan stratejiler şu şekildedir:

- Tütün kullanımı ve tütün kontrolü konusundaki uygulamaların izlenmesi,
- Pasif sigara dumanı etkileniminden korunulması,
- Sigara içenlere bırakmaları konusunda destek sağlanması,
- Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda uyarı yapılması,
- Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunun yasaklanması,
- Tütün üzerindeki vergi yükünün artırılması

Bu altı strateji bilimsel çalışmalar ile tütün kontrolü konusunda etkileri kanıtlanmış olan uygulamalardır. DSÖ bu raporda üye ülkelere yararlanabilecekleri yöntemleri açıklamanın yanı sıra, ülkelerin bu yöntemler bakımından durumu hakkında da bilgi vermektedir (Bilir 2009).

2.9.2. Türkiye’de Tütün Kontrolü Çalışmaları

Türkiye’de 1924 yılında kurulan Tekel’in varlığı nedeniyle uzun yıllar tütün kontrolü konusunda özel çaba gösterilmesi gerekmemiştir. Sigarayla ilgili hemen hiç tanıtım yapılmazken 1984 yılında yabancı sigaraların ithali serbestlik kazanmasıyla, bu sigaraların cazibesi ve tanıtımlar gençlerde sigara kullanımını artırmıştır (Bilir ve Aslan 2005). Tütün kontrolüyle ilgili ilk adım 1987 yılında Sağlık Bakanlığınca sigara kullanımının kontrolüne yönelik başlatılan çalışmayla atılmıştır. “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair” yasa 1991 yılında meclisten geçerken, aynı zamanda yabancılara Türkiye’de sigara fabrikası kurabilme izni verilmesi de önemli bir çelişki olmuştur. Tütün kontrolüne yönelik ilk bilimsel toplantı “Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi” adı altında Ankara’da 1992 yılında yapılmıştır. 1995 yılında kurulan Ulusal Komite, sayıları 60’ın üzerinde olan ve sigarayla mücadele eden kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütlerini bir araya getirmiştir (Bilir ve Aslan 2005). 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” TBMM’de 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 günü Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Bilir ve Aslan 2005). Türkiye’deki tütün kontrolü çalışmaları bakımından bu kanun bir dönüm noktasıdır. Yasadaki başlıca maddeler tütün mamullerinin her türlü reklam ve tanıtımının ve 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, sigara paketleri üzerine sağlığa zararlı olduğuna işaret eden uyarı yazılması, toplu olarak bulunulan başlıca yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, spor ve eğitim tesislerinde sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Yasa ayrıca bütün televizyon kanallarına tütün kullanımının zararları ve korunma yolları konularında ayda en az 90 dakika süreli eğitici yayın yapma yükümlülüğü de getirmiştir. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 sayılı Kanunun uygulanması ile ilgili bazı güçlükler olmakla birlikte, ülkemizde özellikle bu yasanın yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sigara kullanımı ile ilgili olarak çeşitli kısıtlamalar gündeme gelmiştir (Bilir ve Aslan 2005).

2.10. Tütünle Savaşmada Birinci Basamağın Rolü

Sigara tiryakilerinin sağlık seviyelerini yükseltmek için yapabilecekleri en olumlu davranış sigarayı bırakmalarıdır. Ancak sigarayı bırakanların yalnızca %10

kadarı profesyonel yardıma gereksinim duymaksızın bunu başarabilmektedirler. Nüfusunun %40'ı sigara tiryakisi olan ülkemizde, sigara içenlerin ancak %6'sı birinci basamak hekiminin önerisiyle bu alışkanlığından vazgeçebilmektedir. Birinci basamak hekimleri, davranış değişikliği döngüsünün (düşünme öncesi dönem, düşünme dönemi, hazırlık dönemi, eylem dönemi ve sürdürme dönemi) herhangi bir evresinde olan hastalara kısa klinik görüşmeler, yoğun klinik görüşmeler ve farmakoterapi uygulayarak sigarayı bıraktıracaklarıdır (Yalçın ve ark. 2004).

Sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının önemi büyüktür. Bir hizmet birinci basamak sağlık kuruluşlarına entegre edilince başarıya ulaşma olasılığı artar. Sigara mücadelesinde de birinci basamak sağlık kuruluşları yer alırsa başarı olasılığı yükselir. Çoğunlukla kadınlar ve çocuklar olmak üzere her yıl sağlık ocaklarına 100 milyonun üzerinde başvuru olmaktadır.

2.11. Sigara İçenlerin Değerlendirilmesi

Sigara içimine ve bu davranışın sürdürülmesine biyolojik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktörler katkıda bulunur. Bu yüzden her bir sigara içicisi biyopsikososyal yönden değerlendirilir. Hastanın sigarayı bırakma davranışı ile ilgili hangi değişim evresinde olduğunu saptamak, nikotin bağımlılığının ciddiyetini değerlendirmek, sigara içme nedenlerini ve sigara içmeyi tetikleyici faktörleri belirlemek ve tedaviyi etkileyebilecek olası psikiyatriyi tanımlamak bu değerlendirme sürecinin ilkesel amaçlarıdır (Narrie ve ark.1996).

2.11.1. Değişimin Evreleri

2.11.1.1. Niyetlenme Öncesi Evre

Bireylerin değişmeyi düşünmediği ve yadsıma sürecinde oldukları evredir. Bu evrede hastalar, tavsiyelerin kişisel olarak kendilerine seslenmediğini düşünerek sigarayı kendileri için bir sorun olarak görmezler. Bu bireyler, teşvik ya da nikotin replasmanı gibi yaklaşımlara yanıt vermezler. Bu evredeki olgulara güdüleyici girişim en etkin olanıdır. Bu olgulara empatik ve destekleyici yaklaşmak gerekir. “Sigarayı bırakmanın zor bir durum olduğunu biliyorum” (empati). “Bırakma konusunda niyetli olduğunuzda size yardım etmeye hazırım” (destekleyici). Ayrıca

“Sigarayı bırakmanın zamanının geldiğini nasıl anlarsınız?”, “Bırakma zamanının geldiğini size hangi işaretler anlatacaktır?” ya da “Eğer değiştirmeye karar vermiş olsaydınız sizce bunun olumlu sonuçları neler olurdu?” gibi hastaya değişimi düşünmeye sevk eden sorular sorulmalıdır. Tıp uygulamasında günümüzde sigara içenlerin %40’ı bu evrededir (Narrie ve ark. 1996).

2.11.1.2. Niyetlenme Evresi

Hastaların değişim konusunda kararsız oldukları evredir. Henüz sigarayı bırakmayı denememişlerdir, ancak bırakmaya ilişkin olumlu düşünceleri vardır. Bir taraftan değiştirmeye yönelik engeller çıkarırken, bir taraftan da değişimin yararları üzerine düşünürler. Bu evrede hekimin yaklaşımı, hastanın sigara içme nedenleri ve bırakmasına engel olan etkenleri ortaya koymak olmalıdır. Bunun yanında kararsızlığın her iki ucu hekim tarafından ortaya konur. Hastalar bu evrede korku ve olumsuz duygu içerisinde olabildikleri için, onlara bu duygularını anlatma rahatlığı sağlanmalıdır.

2.11.1.3. Hazırlık Evresi

Sigara içen bireylerin %20’si tıbbi yardımı önemser. Bu bireyler hazırlık aşamasında olup sigarayı bırakmak için çeşitli adımlar atmışlardır. Bu adımlar sabahları ilk içilen sigarayı ertelemek, içtikleri sigara sayısını azaltmak, başka bir marka sigaraya geçmek, içmeyi akla getiren uyaranlardan uzak durmak gibi stratejiler olabilir. Bu evrede hastanın çabaları cesaretlendirilir. Bireye risk içeren durumlarda nasıl bir strateji izleyeceği sorulur. Eylem evresini başlatan, sigarayı bırakma tarihi sorulur (Narrie ve ark.1996).

2.11.1.4. Eylem Evresi

Bir önceki evrede belirlenen sigarayı bırakma günü geldiğinde eylem başlatılır. Bireyi eyleme yönlendiren uygun stratejiler tavsiye edilir. Bu stratejiler özgül sigarayı bırakma gün saptama, sözleşme yapma, kendi kendine yardım materyalleri elde etme, nikotin replasmanı ya da diğer farmakolojik ajanlardan faydalanma, davranışsal beceriler kazanma (kendi kendini izleme, amaç belirleme, kendi kendini

ödüllendirme, dürtü denetimi, sigara içme davranışının yerine geçecek alternatif davranışlar bulma, gevşeme egzersizleri) ve sosyal desteği artırmak olarak sıralanabilir. Eğer birey izleme sürecinde güçlü tetikleyiciler tanımladıysa, hekim hastaya bu tetikleyicileri yönetebileceği uygun stratejiler sunarak yardımcı olur.

2.11.1.5. Sürdürme Evresi

Hastanın değişimi günlük yaşamına uyarladığı evredir. Hekim hastayı desteklemeye ve zorlamaya devam etmek durumundadır. Zira bu evrede kısa kayışlar olabilir. Bu da ümit kırıklığına yol açarak hastanın vazgeçmesine neden olabilir. Prochaska ve arkadaşlarına göre, değişim gerçekleşti diyebilmek için, hastanın sürdürme evresinde birkaç yıl kalabilmesi gerekir. Zaten bireyler sigarasız yaşamdan evvel, evreler arası 3–4 tur atmaktadırlar. “Size neler yardımcı oluyor?”, “Yüksek riskli durumlarınız neler?” tarzında soruların yer aldığı görüşmeler uzun süre devam etmelidir (Narrie ve ark. 1996).

2.11.1.6. Relaps Evresi

Geçici başarıdan elde edilen bilgilerin öğrenilmesi sağlanır; örneğin, sigara içilen ortamlardan uzak durmak gibi. Hastaya değişimin bir süreç olduğu ve birçok insanın bu döngüden 3–4 kez geçtiği söylenmelidir. “10 gün boyunca bunu başardınız, başarıyı sağlayan neydi?” tarzında sorular sorularak, planın başarılı kısmına odaklanılır. Amaç hastayı cesaretlendirerek sürece yeniden sokmaktır. Düş kırıklığı olmaması için belirleyeceğimiz yeni hedeflerimizin de gerçekçi olmasına dikkat etmeliyiz (Narrie ve ark. 1996).

2.11.2. Nikotin Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi

Sigara içiminin yol açtığı fiziksel nikotin bağımlılığının her bir sigara içicisi açısından belirlenmesi, içiciyi değerlendirme sürecinin önemli bir parçasıdır. Nikotin sigaradaki başlıca psikoaktif madde olup, birçok fizyolojik sistemi etkileyen stimülan ve depresan etkileri vardır. Nikotinin sigara içenlerde dikkat, bellek ve öğrenme yeteneğini artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca araştırmalarda nikotinin, anksiyolitik ve antinosiseptif etkilerinin olduğu öne sürülmüştür. Bu etkilerin, negatif duygu

durumda ve stres anında ise yaradığı öne sürülmüştür. Bundan dolayı bu etkilerin her biri, nikotinin gücüne katkıda bulunarak sigara içme davranışını pekiştirmektedir (Narrie ve ark. 1996). Bireyin nikotin bağımlılığının derecesinin belirlenmesine yönelik birçok strateji vardır:

- a İçilen sigaranın yazılması ve sigaranın içerdiği nikotin miktarının bilinmesi
- b Fagerstrom Tolerans Ölçeği
- c Bireyin bir ya da daha fazla başarısız girişiminin öyküsü
- d Biyolojik testler
- e E)Kan kotinin düzeyi
- f F)Ekspiryum karbon monoksit (CO) düzeyi

2.11.2.1. İçilen Sigaranın Yazılması ve Sigaranın İçerdiği Nikotin Miktarının Belirlenmesi

Günde 25 taneden fazla sigara içen bireylerin, birkaç tane içenlerden daha fazla çekilme ve yoksunluk belirtileri yaşamaları olasıdır. Ayrıca ağır içicilerin, sigarayı bırakma girişimlerinde başarısızlığa uğramaları da olasıdır. Birey, içtiği her sigarayı yanında taşıdığı küçük kartlara yazar. Böylece günlük içilen toplam sigara miktarı ortaya çıkar. Bu da hekime bireyin bağımlılık düzeyi hakkında fikir sahibi yapar. Yine bireyin içtiği sigaradaki nikotin miktarını bilmek de bireyin bağımlılık düzeyinin göstergesi olabilir (Narrie ve ark. 1996).

2.11.2.2. Fagerstrom Tolerans Ölçeği

Nikotin bağımlılığını belirleyen belki de en yaygın ve en geçerli ölçektir. Sekiz maddelik, kendi kendine yanıtlanan bir form olup, nikotin bağımlılığını yansıtan davranışları ortaya koyar (Örneğin: Yüksek sigara içme oranı ve sigaraya özgü yüksek nikotin oranı, hastayken sigara içme, uyandıktan sonra sigara içme gibi). Ölçek birkaç dakikada doldurulabilir ve kolayca puanlanır. Sabah ilk sigaranın içilme zamanı testin özgül bir maddesidir. Bu madde sigarayı bırakma eylem sonuçlarının önceden tahmin edilmesini sağlar. “30 dakikadan az” yanıtı, kötü sonuçlar elde edilmesiyle ilişkilidir. Bu, gece boyunca oluşan nikotin yoksunluğunu göstermekte olup bireyin çekilme semptomlarını kontrol etmek için sigara içtiğini öngörür (Narrie ve ark.1996). Fagerstrom Tolerans Anketine göre 7 puan ve üzerinde alan

bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin replasman tedavisinden yarar görmeleri olasıdır. Nikotin bağımlılık testi olarak EMASH'ın (European Medical Association Smoking or Health) önerdiği tek soruluk test de kullanılabilir.

2.11.2.3. Bireyin Bir ya da Daha Fazla Başarısız Girişiminin Öyküsü

Birçok sigara içicisinin, bir ya da birçok kez başarısız sigara bırakma ya da kesme girişimlerinin olması nedeniyle, geçmişteki girişimleri öğrenmeye yönelik sorular, nikotin bağımlılığının yüksek seviyede olduğunu belirlemeye yarayan iyi bir stratejidir. Hekim, sigarasızlık boyunca gelişen semptomları, çekilme belirtilerini, semptomların süresini ve sigaraya geri dönüş nedenlerini sorgulamalıdır. Semptomlar, bireyin düşük nikotin içerikli sigara içmesiyle, nikotin sakızı veya dumansız tütün ürünleri kullanmasıyla da meydana gelebilir.

2.11.2.4. Biyolojik Testler

Nikotin bağımlılığının ölçümü, biyolojik testlerle yapılabilmekte ve nikotin etkisinde kalmanın nesnel bir kanıtı elde edilmektedir. Nikotin, nikotinin bir metabolitidir. Yarı ömrü 16 saat olup herhangi bir vücut sıvısından ölçülebilir. Tütün yokluğu sırasındaki yüksek nikotin düzeyleri nikotin toleransı, regülasyonu ve çekilme semptomları ile ilişkilidir. Kan nikotin düzeyi ölçümüne alternatif bir yöntem, çok daha ucuz ve kolay olan ekspirium havasındaki karbonmonoksit miktarının ölçümüdür. Ekspirium havasındaki karbonmonoksit yoğunluğunu ölçmeye yarayan aletler kolayca elde edilebilirler ve daha ucuzdurlar. Bu aletlerin bir üstünlüğü de hasta başında ya da özel kliniklerde kullanılabilir olmasıdır (Narrie ve ark.1996).

2.11.3. Sigara İçmeyi Tetikleyenler ve İçme Nedenleri

Sigara içen bireyi değerlendirmede kullanışlı bir strateji de bireyin sigara içme nedenlerini ve sigara içmesini tetikleyen etkenleri ayrıntılı olarak irdelemektir. Bireyler birkaç günlüğüne sigara içimlerini izlemeleri için basitçe eğitilirler. Bu izlem sigara içim zamanını, duyu durumlarında ve duygulanımlarında kapladığı yeri ve bireylerin sigara içimleri hakkındaki düşüncelerini gösterir. Bireyin kendi kendini

izlemesi, hekim tarafından tetikleyicilerin gücü ve sıklığının anlaşılmasını sağlar. Sigarayla taşınabilecek kadar küçük boyutlu kartların kullanılması bu izlemin kolaylaşmasını sağlayacaktır (Narrie ve ark.1996).

2.11.5. Komorbiditenin Değerlendirilmesi

Bireyin değerlendirilmesinde en önemli basamak, herhangi bir psikiyatrik komorbidite kanıtının olup olmadığını belirlemektir. Psikiyatrik bozukluklarla (başta diğer madde bağımlılıkları olmak üzere, şizofreni, duyu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları) sigara içimi arasında güçlü bir birliktelik bulunmaktadır. Şu anda ya da geçmişte herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsünün varlığının, sigara bıraktırmayı daha da zorlaştırması olasıdır. Psikiyatrik komorbiditeye sahip insanlarda nikotin bağımlılığının tedavisiyle ilgili veriler, yapılan birkaç araştırmayla elde edilmiştir. Bu bireylerde komorbiditenin tanımlanması sigara içen bireye yaklaşımın en önemli aşamasıdır (Narrie ve ark.1996).

2.12. Tütünle Mücadelede Hekimin Rolü

Tütün kullanımı gelişmiş ülkelerde azalırken gelişmekte olan ülkelerde hızla artış göstermektedir. Pek çok insanın tütünün insan sağlığı için oluşturduğu risk ve tehlikelerden habersiz oldukları düşünülecek olursa, prevalansın giderek artış gösterdiği bu ülkelerdeki insanlara tütün ile ilgili sağlık bilgileri verilmesinin ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır (Yüksel 2002).

Dünyada ve Türkiye'de sigara bırakma konusunda pek çok çalışma yürütülmektedir. Bu çalışmalarda hekimin rolü son derece önemlidir. Sigara içmeyi bırakmak isteyen kişiler, bu davranışlarından uzaklaşmaları için bazı kolaylaştırıcı ve destekleyici yaklaşımlara gereksinim duymaktadırlar. İlaçsız yapılan bazı destek programları, farmakolojik ajanların kullanılması yoluyla sağlanan destek programları ya da kimi zaman bu iki yaklaşımın birlikte kullanılması bunlar arasında yer almaktadır (Aslan ve Bilir 2006). Herhangi bir nedenle kendisine başvuran bir kişiye karşı hekimin sigara konusunda sorumlulukları olup ona sigara ile ilgili olarak sorması önerilen bazı sorular vardır. Bu soruların sorulmasıyla eğer içiyorsa sigara içme davranışını gözden geçirmesine yardımcı olabilir. Bu soruları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Sigara içiyor mu?
2. Eğer sigara içiyorsa, bırakmayı düşünüyor mu?
3. Eğer sigara içiyorsa, bırakmayı denemiş mi?
4. Sigaranın zararlarını biliyor mu?
5. Sigaranın sağlığa verdiği zararlarla ilgili sohbet etme.
6. Sigara içilen bir ortamda bulunmuş mu?
7. Pasif sigara dumanına maruz kalmanın sağlığa getirdiği riskleri biliyor mu?
8. Pasif sigara dumanına en çok maruz kalma riski olan gruplar hakkında neler biliyor? (çocuk, yaşlı, engelli vb).
9. Sigara mücadelesinin neden önemli olduğu sorulmalı.
10. Sigara mücadelesinin en önemli basamakları nelerdir?
11. Daha önce sigara mücadelesine katılmış mı?
12. Sigara ile ilgili broşürler gösterilmelidir.
13. Bu görüşme, sigara ile ilgili düşünce ya da yaklaşımını değiştirebilmiş mi (Aslan ve Bilir 2006).

Böylesi çalışmalar tıp fakültelerinde eğitim programları içinde yürütülmelidir. Çalışmaların özellikle birinci sınıfta yapılmasının faydası daha da büyük olacaktır. Zira bu erken başlanan çalışmalar, hekim adaylarının sigara ile ilgili doğru tutumu erken bir dönemde geliştirmelerine katkı sağlayabilir. Bu konuda Türkiye'de bazı üniversiteler önemli çalışmalar yapmaktadırlar. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıfta okuyan öğrencilere yönelik olarak 2004–2005 öğretim yılından beri "Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadelede Hekimin Rolü" başlıklı beş saatlik bir "Probleme Dayalı Öğrenme" oturumu düzenlenmektedir. Bu çalışmalar kapsamında öğrencilerin tütün mücadelesi konusunda bilgilerinin artırılmasının yanında, yukarıda yer alan 13 maddeden oluşan soruları sorabilme becerilerinin geliştirilmesini amaçlamışlardır (Aslan ve Bilir 2006).

3. GEREÇ – YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; Isparta il merkezi ve merkez köy ve kasabalarında görev yapan başta İmam olmak üzere Müftülük çalışanların sigara içme durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesini saptamak hedeflenmiştir. Çalışmanın alt amaçları ise araştırma grubunun;

- Sigara içme konusundaki davranışlarını, tutumlarını ve düşüncelerini,
- Fagerstrom Bağımlılık Testine göre bağımlılık düzeylerini,
- 4207 Sayılı Kanunun müftülük çalışanları gözünden Isparta ilinde kapalı alanlarda uygulanma durumuna ve kanuna ilişkin görüşlerini,
- Diyanet teşkilatında çalışmanın sigara içme olgusu üzerine etkilerini incelemek olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın veri toplama aşaması Aralık 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında Isparta valiliği aracılığıyla müftülükten izin alınarak yapılmıştır (ilgili yazı ek-2).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evreni il merkezi, merkez köy ve kasabada çalışan müftülük çalışanlarının tamamını kapsamıştır. Isparta il merkezinde 172 imam ve müezzin, köy ve kasabalarda 47 imam ve müezzin görev yapmaktadır. Toplam Isparta'da çalışan imam ve müezzin sayısı 219'dur. İl merkezinde çalışan kuran kursu öğreticisi sayısı 63, köy ve kasabalarda çalışanlar ise 19 kişidir. Toplam Isparta'da çalışan kuran kursu öğretici sayısı 82'dir. İl Müftülük binasında görev yapan 16 kişinin 14'ü memur, 1'i vaiz ve 1'i de din hizmetleri uzmanıdır. Toplam Isparta il merkezi ve merkez köy ve kasabalarında görev yapan müftülük çalışanı toplam 317 kişidir. Evrenimiz bu 317 kişiyi kapsıyordu. Müftülük çalışanlarının aylık toplantılarına katılan her camiye temsilen en az bir çalışan, kuran kursu öğretmenleri ve müftülük binasında çalışanların katıldığı toplam 225 (%72) kişiye ulaşılmıştır. 10 kişi anket

sorularını cevaplamayı reddettiği ve 11 kişi de anket sorularına tam ve tutarlı cevap vermediğinden dolayı değerlendirme 204 tam doldurulmuş anket formu üzerinden yapılmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler, bu çalışma için hazırlanan bir anket kullanılarak toplanmıştır (ek-1). Anket formu 54 sorudan oluşturulmuştur. Sorular yaş, cinsiyet, meslek, son görev süresi, toplam hizmet süresi tanı konulmuş hastalık gibi demografik veriler 19 sorudan, sigara içme ve bırakma davranışlarına ilişkin oluşturulan 5 soru bu konuda DSÖ'nün önerileriyle belirlenmiş temel standartlara uygun olarak düzenlenmiştir (Bilgin N ve ark 1996). 16 sorudan oluşan sigara ile ilgili bilgilerin ölçülmesi evet-hayır şeklinde iki seçenekli ve çoktan seçmeli olarak kurgulanmıştır. Evet-hayır şıklı 28, 29, 30, 31, 32, 33 ve 34. sorulara verilen cevaplardan sigara bilgi puanı oluşturuldu.

Anket formu içerisinde yer alan 49, 50, 51, 52, 53 ve 54. sorular çalışanların nikotin bağımlılık düzeylerini saptamak için kullanılan "Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)" sorularıdır. Uysal ve arkadaşlarının türk sigara içicileri üzerinde Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testinin türkçe versiyonunun güvenilirliği ve faktör analizini belirlemek için yaptıkları çalışmada FNBT'nin türkçe versiyonunu orta derecede güvenilir bulmuşlardır (Cronbach alfa: 0.56). FNBT'nin soruları, puanlaması ve puanların değerlendirilmesi aşağıda belirtilmiştir.

Fagerstom Nikotin Bağımlılık Testi

- 1- Sabah ilk sigaranızı uyanışınızdan ne kadar sonra içersiniz?
 - a- İlk beş dakika içinde.....3 puan
 - b- 6-30 dakika içinde.....2 puan
 - c- 31-61 dakika içinde.....1 puan
 - d- Bir saat sonra.....0 puan
- 2- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
 - a- Evet.....1 puan
 - b- Hayır.....0 puan

- 3- Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan size en hoş geleni hangisidir? Diğer bir deyişle vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?
- a- Sabahın ilk sigarası.....1 puan
b- Diğer.....0 puan
- 4- Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
- a- 31+.....3 puan
b- 21-30.....2 puan
c- 11-20.....1 puan
d- 10 veya daha az.....0 puan
- 5- Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?
- a- Evet.....1 puan
b- Hayır.....0 puan
- 6- Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar rahatsız olduğunuzda da sigara içer misiniz?
- a- Evet.....1 puan
b- Hayır.....0 puan

Değerlendirme:

Toplam Puan: Bağımlılık Düzeyi:

- 0-2 puan.....Çok az
3-4 puan.....Az
5 puan.....Orta
6-7 puan.....Yüksek
8-10 puan.....Çok yüksek (14).

3.6. Anket Formunun Uygulanması

Gerekli izinlerin tamamlanmasını takiben anketler müftülük çalışanların aylık toplantılarında sabah ve öğlen yapılan iki oturumda, bilginin şahsiliği ve gizliliği ilkesine uyulacağı ile ilgili bilgi verildikten ve gereken açıklamalar yapıldıktan sonra gözlem altında bizzat çalışanlar tarafından dolduruldu. Çalışmaya katılma konusunda zorlama getirilmemiştir. Katılmak istemeyen çalışanların anketleri boş teslim edebilecekleri belirtilmiştir.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi Statistical Packages for the Social Science (SPSS) for Windows Version 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında frekans, yüzde (%) dağılımı kullanılmış, istatistiksel değerlendirilmesinde 'Pearson Ki-Kare', 'Anova' testleri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Isparta il merkezi ve merkez köy ve kasabalarında görev yapan müftülük çalışanlarında yapılmış olması, evrenin tamamına ulaşamaması, kullanılan tütün ürünleri içerisinde yalnızca sigara maddesinin incelenmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edildi.

Tablo 4.1. Araştırma grubunun temel özellikleri

		Erkek		Kadın		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş, ortalama (Min, Max)		40.3 (22-56)		35.5 (22-52)		39.1 (22-56)	
Eğitim Durumu	Lise	34	22.2	12	23.5	46	22.5
	Fakülte	108	70.6	36	70.6	144	70.6
	Yüksek okul	11	7.2	3	5.9	14	6.9
Meslek	İmam	116	75.8	0	0.0	116	56.9
	Müezzin	23	15.0	0	0.0	23	11.3
	Kuran kursu öğreticisi	0	0.0	49	96.1	49	24.0
	Diğer (memur, din hizmetleri uzmanı, vaiz)	14	9.2	2	3.9	16	7.8
Medeni Durum	Evli	146	95.4	47	92.2	193	94.1
	Bekar	7	4.6	3	5.9	10	4.9
	Boşanmış	0	0.0	1	1.9	1	1.0
Çocuk Sayısı	Yok	13	8.5	13	25.5	26	12.7
	1-2	85	55.6	31	60.8	116	56.9
	3 ve üstü	55	35.9	7	13.7	62	30.4
Evde yaşayan kişi sayısı	1-2	11	7.2	14	27.5	25	12.5
	3-4	102	66.7	29	56.9	131	64.2
	5 ve üstü	40	26.1	8	15.7	48	23.5
Çalışma süresi, ortalama (Min, Max) (yıl)		17.2 (1-32)		12.3 (1-31)		16.0 (1-32)	
Son görev yerinde çalışma süresi, ortalama (Min,Max) (yıl)		8.5 (1-32)		5.3 (1-20)		7.7 (1-32)	
Toplam		153	75.0	51	25.0	204	100

Araştırmada 153 (%75.0) erkek ve 51 (%25.0) kadın olmak üzere toplamda 204 kişi vardır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması erkeklerde 40.3 (22-56), kadınlarda 35.5 (22-52) ve toplamda 39.1 (22-56)'dır.

Eğitim durumu erkek ve kadınlarda benzer ve toplamda %22.5'i lise mezunu, %70.6'sı fakülte mezunu ve %6.9'u yüksek lisans mezunudur.

Meslek dağılımı açısından erkeklerin %75.8'i imam, %15.0'ı müezzin ve kadınların ise %96.12 i kuran kursu öğreticisidir.

Medeni durum açısından erkekler ve kadınların durumu benzerdir. Toplamda %94.1'i evli, %4.9'u bekar ve %1'i boşanmıştır.

Katılımcıların %12.7'sinin çocuğu yok, %56.9'unun 1-2 çocuğu var ve %30.4'ünün ise üç ve daha fazla çocuğu vardır.

Katılımcıların %12.5'inde evde yaşayan kişi sayısı 1-2 tane, %64.2'sinde 3-4 tane ve %23.5'inde ise beş ve daha fazladır.

Ortalama çalışma süresi erkeklerde 17.2 (1-32) yıl, kadınlarda 12.3 (1-31) yıl ve toplamda 16.0 (1-32) yıldır.

Son görev yerinde çalışma süresi erkeklerde 8.5 (1-32) yıl, kadınlarda 5.3 (1-20) yıl ve toplamda 7.7 (1-32) yıldır.

Tablo 4.2. Araştırmaya katılanların sağlık durumu ile ilgili temel özellikleri

		Erkek		Kadın		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Boy, ortalama (Min, Max) (cm)		170.6 (150-191)		160.9 (150-185)		168.2 (150-191)	
Kilo, ortalama (Min, Max) (kg)		78.8 (53-150)		65.1 (48-90)		75.4 (48-150)	
Beden kitle indeksi (bki)	<20	4	2.6	5	9.8	9	4.4
	20-<25	40	26.1	24	47.1	64	31.4
	25-<30	80	2.3	14	27.5	94	46.1
	30 ve üstü	29	19.0	8	15.7	37	18.1
Tanı konulmuş hastalık	Var	15	9.8	6	11.8	21	10.3
	Yok	138	90.2	45	88.2	183	89.7
Toplam		153	75.0	51	25.0	204	100

Araştırmaya katılan erkeklerin boy ortalaması 170.6 (150-191) cm, kadınların boy ortalaması ise 160.9 (150-185) cm'dir.

Erkeklerin kilo ortalaması 78.8 (53-150) kg, kadınların kilo ortalaması ise 65.1 (48-90) kg'dır.

Beden kitle indeksi 20'nin altında olanların oranı %4.4, 20-45 arasında olanların oranı %31.4, 25-30 arasında olanların oranı %46.1 ve 30 ve üstünde olanların oranı %18.1'dir. Bki'nin 20'nin altında olması durumu erkeklerde %2.6 iken kadınlarda %9.8'dir. Bki'nin 30 ve üzerinde olması erkeklerde %19.0, kadınlarda %15.7'dir.

Tanı konulmuş hastalığı olma oranı toplamda %10.3'tür. Erkeklerin %9.8'inde tanı konulmuş hastalık varken kadınların %11.8'inde tanı konulmuş hastalık vardır.

Tablo 4.3. Araştırma grubunun sigara içme ile ilgili durumları

		Erkek		Kadın		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara deneyimi	Var	113	73.9	15	29.4	128	62.7
	Yok	40	26.1	36	70.6	76	37.3
İlk sigara deneme yaşı, ortalama (Min, Max)		17.2 (9-32)		14.5 (5-20)		16.9 (5-32)	
Halen sigara içme durumu	İçiyor	42	27.5	1	2.0	43	21.1
	Bırakmış	59	38.6	9	17.6	68	33.3
	Hiç içmemiş	52	34.0	41	80.4	93	45.6
Eşinin sigara içme durumu	İçiyor	6	4.1	8	17.0	14	7.3
	Bırakmış	1	0.7	5	10.6	6	3.1
	Hiç içmemiş	139	95.2	34	72.3	173	89.6
Çocuklarının sigara içme durumu	İçiyor	14	9.7	1	2.3	15	8.0
	Bırakmış	2	1.4	1	2.3	3	1.6
	Hiç içmemiş	129	89.0	41	95.3	170	90.4
Toplam		153	100	51	100	204	100

Araştırma grubunda sigara deneyimi olan erkeklerin oranı %73.9, kadınların oranı %29.4 ve toplamda sigara deneme oranı %62.7'dir.

İlk sigara deneme yaşı ortalaması erkeklerde 17.2 (9-32), kadınlarda 14.5 (5-20) ve toplamda 16.9 (5-32)'dur.

Halen sigara içen erkeklerin oranı %27.5, kadınların oranı 2.0 ve toplamda halen sigara içme oranı %21.1'dir. Sigarayı bırakmış erkeklerin oranı %38.6, kadınların oranı %17.6 ve toplamda sigarayı bırakmışların oranı %33.3'tür. Hiç sigara içmemiş erkeklerin oranı %34.0, kadınların oranı %80.4 ve toplamda hiç sigara içmemişlerin oranı %45.6'dır.

Erkeklerin eşlerinin sigara içme oranı %4.1, kadınların eşlerinin sigara içme oranı %17.0'dır. Erkeklerin çocuklarının sigara içme oranı %9.7, kadınların çocuklarının sigara içme oranı ise %2.3'dür. Toplamda çocukların sigara içme oranı %8.0'dır.

Tablo 4.4. Araştırma grubunun temel özelliklerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsi Yet	Erkek	42	27.4	59	38.6	52	34.0	153	75.0	0.001
	Kadın	1	2.0	9	17.6	41	80.4	51	25.0	
Yaş	<25	3	42.9	0	0.0	4	57.1	7	3.4	0.186
	25-45	33	22.6	48	32.9	65	44.5	146	71.6	
	>45	7	13.7	20	39.2	24	47.1	51	25.0	
Eğitim durumu	Lise	13	28.3	10	21.7	23	50.0	46	22.5	0.335
	Fakülte	27	18.8	54	37.5	63	43.8	144	70.6	
	Yük. okul	3	21.4	4	28.6	7	50.0	14	6.9	
Meslek	İmam	31	26.7	41	35.3	44	37.9	116	56.9	0.001
	Müezzin	5	21.7	13	56.5	5	21.7	23	11.3	
	Kur. kursu öğreticisi	1	2.0	9	18.4	39	79.6	49	24.0	
	Diğer (memur, din hizmet uzm, vaiz)	6	37.5	5	31.3	5	31.3	16	7.8	
Çalışma süresi	5 yıl ve daha az	15	31.9	8	17.0	24	51.1	47	23.0	0.025
	>5-25	23	20.7	43	38.7	45	40.5	111	54.5	
	>25	4	10.9	17	39.0	24	52.2	46	22.5	
Medeni durum	Evli	9	20.2	66	34.2	88	45.6	193	94.6	0.462
	Bekar	4	40.0	2	20.0	4	40.0	10	4.9	
	Boşanmış	0	0.0	0	0.0	1	100	1	0.5	
Çocuk sayısı	Yok	6	23.1	3	11.5	17	65.4	26	12.7	0.021
	1-2	27	23.3	36	31.0	53	45.7	116	56.9	
	3 ve üstü	10	16.1	29	46.8	23	37.1	62	30.4	
Evde yaşayan kişi sayısı	1-2	3	12.0	4	16.0	18	72.0	25	12.3	0.003
	3-4	32	24.4	39	29.8	60	45.8	131	64.2	
	5 ve üstü	8	16.7	25	52.1	15	31.3	48	23.5	
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100	

Araştırma grubunda erkeklerin sigara içme oranı %27.5, kadınların sigara içme oranı ise %2.0'dir. Erkeklerin sigarayı bırakma oranı %38.6, kadınların oranı ise %17.6'dır. Erkeklerin hiç sigara içmemiş olma oranı %34.0, kadınların oranı ise %80.4'dür. Cinsiyete açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

25 yaş altında sigara içme oranı %42.9, 25-45 yaş arasında %22.6 ve 45 yaş üstünde ise %13.7 bulunmuştur. Sigarayı bırakma oranı ise 25 yaş altında %0.0, 25-45 yaş arasında 32.9 ve 45 yaş üstünde ise %39.2 bulunmuştur. Yaş gruplandırması açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.186).

Lise mezunlarında sigara içme oranı %28.3, fakülte mezunlarında %18.8 ve yüksek lisans mezunlarında ise %21.4 bulunmuştur. Eğitim durumu açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.335).

İmamlarda sigara içme sıklığı %26.7, müazzinlerde %21.7, kadınlardan oluştuğu için kuran kursu öğreticilerinde %2.0 ve memurlar, din hizmetleri uzmanı ve vaizden oluşan diğer meslek grubunda ise %37.5 bulunmuştur. Meslek dağılımı genel olarak erkek kadın dağılımına uyduğu için erkek ve kadınlardaki halen sigara içme durumu farklılığına paralel olarak, meslek açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Çalışma süresi 5 yıl ve daha az olanlarda sigara içme sıklığı %31.9, 5-25 yıl arasında %20.7 ve 25 yıl üstünde ise %10.7 bulunmuştur. Çalışma süresi ile yaş paralel olduğu için çalışma süresi ile yaş açısından sigara içme sıklığında benzer veriler elde edilmiştir. Çalışma süresi açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.025).

Evli olanlarda sigara içme sıklığı %20.2, bekarlarda %40.0 ve boşanmış tek kişide ise %0.0 bulunmuştur. Evlilerde sigarayı bırakma oranı %34.2, bekarlarda %20.0 ve boşanmış tek kişide ise %0.0 bulunmuştur. Evlilerde hiç sigara içmemiş olma oranı %45.6, kadınlarda %40.0 ve boşanmış tek kişide ise %100 bulunmuştur. Medeni durum açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.462).

Çocuğu olmayanlarda sigara içme oranı %23.1, 1-2 çocuğu olanlarda %23.3 ve 3 ve daha fazla çocuğu olanlarda ise %16.1 bulunmuştur. Çocuğu olmayanlarda

sigarayı bırakma oranı %11.5, 1-2 çocuğu olanlarda %31.0 ve 3 ve daha fazla çocuğu olanlarda ise %46.8 bulunmuştur. Çocuk sayısı açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.021).

Evde yaşayan kişi sayısı 1-2 olanlarda sigara içme oranı %12.0, 3-4 kişi olanlarda %24.4 ve 5 ve daha fazla yaşayanlarda ise %16.7 bulunmuştur. Evde yaşayan kişi sayısı 1-2 olanlarda sigarayı bırakma oranı %16.0, 3-4 kişi olanlarda %29.8 ve 5 ve daha fazla yaşayanlarda ise %52.1 bulunmuştur. Evde yaşayan kişi sayısı açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.003).

Tablo 4.5. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili özelliklerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
BKİ	<20	2	22.2	1	11.1	6	66.7	9	4.4	0.049
	20-<25	17	26.6	13	20.3	34	53.1	64	31.4	
	25-<30	20	21.3	37	39.4	37	39.4	94	46.1	
	30 ve üstü	4	10.8	17	45.9	16	43.2	37	18.1	
Tanı konulmuş hastalık	Var	3	14.3	12	57.1	6	28.6	21	10.3	0.05
	Yok	40	21.9	56	30.6	87	47.5	183	89.7	
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100	

Araştırma grubunda beden kitle indeksi 20'nin altında olanlarda sigara içme sıklığı %22.2, 20-25 arasında %26.6, 25-30 arasında %21.3 ve 30'un üzerinde ise %10.8 bulunmuştur. Bki 20'nin altında olanlarda sigarayı bırakma oranı %11.1, 20-25 arasında %20.3, 25-30 arasında %39.4 ve 30'un üzerinde ise %45.9 bulunmuştur. Bki gruplandırması açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.049).

Tanı konulmuş hastalığı olanlarda sigara içme sıklığı %14.3, hastalığı olmayanlarda ise %21.9 bulunmuştur. Tanı konulmuş hastalığı olanlarda sigarayı bırakma oranı %57.1, hastalığı olmayanlarda %30.6 bulunmuştur. Tanı konulmuş hastalığın olup olmaması açısından halen sigara içme durumu farklı olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.050).

Tablo 4.6. Araştırma grubunun sigara içme deneyiminin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sigara deneyimi	Var	43	33.6	67	52.3	18	14.1	128	54.2	0.001
	Yok	0	0.0	0	0.0	75	100.0	94	45.8	
Toplam		43	100	67	100	94	100	204	100	

Sigara deneyimi olanlarda sigara içme oranı %33.6, bırakma oranı %52.3 ve deneyip bir daha içmeyenlerin oranı %14.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7. Araştırma grubunda sigara içme deneyimi olanların ilk deneme yaşının halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk deneme yaşı	<15	16	41.0	17	43.6	6	15.4	39	30.5	0.462
	15-20	16	30.2	32	60.4	5	9.4	53	41.4	
	20'nin üstü	11	30.6	18	50.0	7	19.4	36	28.1	
Toplam		43	100	67	100	18	100	128	100	

İlk deneme yaşı 15'in altında olanlarda sigara içme oranı %41.0, 15-20 arası %30.2 ve 20'nin üstünde %30.6 olarak bulunmuştur. İlk deneme yaşı 15'in altında olanlarda sigarayı bırakma oranı %43.9, 15-20 arası %60.4 ve 20'nin üstünde %50.0 olarak bulunmuştur. İlk sigara deneme yaşı açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.462).

Tablo 4.8. Araştırma grubunda sigara içenlerin temel özelliklerinin günlük sigara içme sayısı ile karşılaştırılması

		Sayı	%	Ortalama	Min-max	p
Cinsiyet	Erkek	42	97.6	12.5	1-40	0.775
	Kadın	1	2.4	10		
Yaş	<25	3	7.0	10.3	6-15	0.776
	25-45	33	76.7	12.3	1-40	
	>45	7	16.2	14.4	6-20	
Eğitim durumu	Lise	13	30.2	15.1	1-30	0.467
	Fakülte	27	62.8	11.4	1-40	
	Yüksek okul	3	7.0	11.7	5-15	
Meslek	İmam	31	72.2	11.2	1-30	0.119
	Müezzin	5	11.6	21.2	6-40	
	Kuran kursu öğreticisi	1	2.3	10.0	10-10	
	Diğer (memur, din hiz. uzmanı, vaiz)	6	13.9	12.1	3-20	
Çalışma süresi	5 ve daha az	15	34.9	11.6	1-30	0.754
	>5-25	23	53.5	13.4	1-40	
	>25	5	11.6	11.0	5-20	
Medeni durum	Evli	39	90.7	12.8	1-40	0.588
	Bekar	4	9.3	10.3	6-15	
Çocuk sayısı	Yok	6	13.9	11.0	6-15	0.092
	1-2	27	62.8	14.7	1-40	
	3 ve üstü	10	23.3	7.8	1-20	
Evde yaşayan kişi sayısı	1-2	3	7.0	13.3	10-15	0.508
	3-4	32	74.4	13.3	1-40	
	5 ve üstü	8	18.6	9.3	1-20	
Toplam		43	100	12.5	1-40	

Anova

Sigara içenler içinde erkeklerin oranı %97.6, kadınların oranı %2.4'dür. Erkeklerde ortalama sigara içme adeti 12.5 (1-40)'dir. Tek kadındaki sigara içme adeti 10'dur. Cinsiyet açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.775).

Yaşı 25'in altında olanların sigara içenler içindeki oranı %7.0 ve ortalama sigara içme adeti 10.3 (6-15), yaşı 25-45 arasında olanların oranı %76.7 ve ortalama sigara içme adeti 12.3 (1-40), yaşı 45'den büyük olanların oranı %16.2 ve ortalama sigara içme adeti 14.4 (6-20) bulunmuştur. Yaş grupları açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.776).

Lise mezunu olanların sigara içenler içindeki oranı %30.2 ve ortalama sigara içme adeti 15.1 (1-30), fakülte mezunu olanların oranı %62.8 ve ortalama sigara içme adeti 11.4 (1-40), yüksek lisans mezunu olanların oranı %7.0 ve ortalama sigara içme adeti 11.7 (5-15) bulunmuştur. Eğitim durumu açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.467).

İmamların sigara içenler içindeki oranı %72.2 ve ortalama sigara içme adeti 11.2 (1-30), müezzinlerin oranı %11.6 ve ortalama sigara içme adeti 21.2 (6-40), kuran kursu öğreticisi olan bir kişinin oranı %2.3 ve tek kişinin sigara içme adeti 10 adet, diğer meslek grubundaki memurlar, din hizmetleri uzmanı ve vaizin oranı %13.9 ve ortalama sigara içme oranı 12.1 (3-20) bulunmuştur. Meslek açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.119).

Çalışma süresi 5 yıl ve daha az olanların sigara içenler içindeki oranı %34.9 ve ortalama sigara içme adeti 11.6 (1-30), çalışma süresi 5-25 yıl olanların oranı %53.5 ve ortalama sigara içme adeti 13.4 (1-40), çalışma süresi 25 yıldan fazla olanların oranı %11.6 ve ortalama sigara içme adeti 11 (5-20) bulunmuştur. Çalışma süresi açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.754).

Evli olanların sigara içenler içindeki oranı %90.7 ve ortalama sigara içme adeti 12.8 (1-40), bekar olanların oranı %9.3 ve ortalama sigara içme adeti 10.3 (6-15) bulunmuştur. Medeni durum açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.588).

Çocuğu olmayanların sigara içenler içindeki oranı %13.9 ve ortalama sigara içme adeti 11.0 (6-15), 1-2 çocuğu olanların oranı %62.8 ve ortalama sigara içme adeti 14.7 (1-40), 3 ve daha fazla çocuğu olanların oranı %23.3 ve ortalama sigara içme adeti 7.8 (1-20) bulunmuştur. Çocuk sayısı açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.092).

Evde yaşaya kişi sayısı 1-2 olanların sigara içenler içindeki oranı %7.0 ve ortalama sigara içme adeti 13.3 (10-15), evde yaşayan kişi sayısı 3-4 olanların oranı %74.4 ve ortalama sigara içme adeti 13.3 (1-40), evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzerinde olanların oranı %18.6 ve ortalama sigara içme adeti 9.3 (1-20) bulunmuştur. Evde yaşayan kişi sayısı açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.508).

Sigara içen kişilerin ortalama sigara içme adeti 12.5 (1-40)'dır.

Tablo 4.9. Araştırma grubunda sigara içenlerin sağlıkla ilgili özelliklerinin günlük sigara içme sayısı ile karşılaştırılması

		Sayı	%	Ortalama	Min-max	p
BKİ	<20	2	4.6	17.5	15-20	0.012
	20-<25	17	39.5	17.5	5-40	
	25-<30	20	46.5	9.0	1-20	
	30 ve üstü	4	9.4	8.0	1-20	
Tanı konulmuş hastalık	Var	3	7.0	16.7	15-20	0.393
	Yok	40	93.0	12.2	1-40	
Toplam		43	100	12.5	1-40	

Anova

Beden kitle indeksi 20'nin altında olanların sigara içenler içindeki oranı %4.6 ve ortalama sigara içme adeti 17.5 (15-20), bki 20-25 arasında olanların oranı %39.5 ve ortalama sigara içme adeti 17.5 (5-40), bki 25-30 arasında olanların oranı %46.5 ve ortalama sigara içme adeti 9.0 (1-20), bki 30 ve üstünde olanların oranı %9.4 ve ortalama sigara içme adeti 8.0 (1-20) bulunmuştur. Bki açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (0.012).

Tanı konulmuş hastalığı olanların sigara içenler içindeki oranı %7.0 ve ortalama sigara içme adeti 16.7 (15-20), hastalığı olmayanların oranı %93 ve ortalama sigara içme adeti 12.2 (1-40) bulunmuştur. Tanı konulmuş hastalığın olup olmaması açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.393).

Tablo 4.10. Araştırma grubunda sigara içenlerin sigara ile ilgili özelliğinin günlük sigara içme sayısı ile karşılaştırılması

		Sayı	%	Ortalama	Min-max	P
İlk deneme yaşı	<15	16	37.2	12.3	1-30	0.978
	15-20	16	37.2	12.5	2-20	
	20'nin üstü	11	25.6	13.0	1-40	
Toplam		43	100	12.5	1-40	

Anova

Sigara içmeyi ilk deneme yaşı 15'in altında olanların sigara içenler içindeki oranı %37.2 ve ortalama sigara içme adeti 12.3 (1-30), ilk deneme yaşı 15-20 arasında olanların oranı %37.2 ve ortalama sigara içme adeti 12.5 (2-20), ilk deneme

yaşı 20'nin üstünde olanların oranı %25.6 ve ortalama sigara içme adeti 13.0 (1-40) bulunmuştur. Sigara içmeyi ilk deneme yaşı açısından ortalama sigara içme adeti istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.978).

Tablo 4.11. Araştırma grubunun sigara içme konusundaki düşüncelerinin dağılımı

		Sayı	%
Sigara içme konusundaki düşünceniz	İçmekten hoşlanıyorum	4	2.0
	Az içtiğim için önemli bulmuyorum	13	6.4
	İstediğim an bırakabilirim	11	5.4
	Gelecekte bırakacağımdan eminim	8	3.9
	Bırakmak istiyorum ama başaramıyorum	17	8.3
	İçmekten hoşlanmıyorum	76	37.3
	Hiç içmedim	75	36.8
Toplam		204	100

Araştırma grubunun %36.8'i hiç sigara içmediğini, %37.3'ü içmekten hoşlanmadığını ve %8.3'ü de bırakmayı bıraktığını fakat bırakmadığını belirtmişler.

Tablo 4.12. Araştırma grubunda başka bir meslek yapıyor olsaydınız sigara kullanma durumunuz nasıl olurdu sorusuna verdiği cevabın halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Başka meslekte sigara içme durumu	Daha fazla olurdu	6	46.2	7	53.8	0	0.0	13	6.4
	Daha az olurdu	6	85.7	1	14.3	0	0.0	7	3.4
	Değişmezdi	31	16.8	60	32.6	93	50.6	184	90.2
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100

Kikare: 27.828, p:0.001

Araştırma grubunda başka meslekte olsaydım sigara kullanma durumum değişmezdi diyenlerin oranı %90.2'dir. Başka meslekte olsaydım sigara kullanma durumum daha fazla olurdu diyenlerin sigara içme oranı %46.2, daha az olurdu diyenlerin sigara içme oranı %85.7 ve değişmezdi diyenlerin sigara içme oranı %16.8 bulunmuştur. Başka meslekte sigara içme durumu hakkındaki düşünceleri açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Tablo 4.13. Araştırma grubunun sigaranın insan vücuduna kaç yılda zarar vermeye başlar sorusuna verdiği yanıtların halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara insan vücuduna kaç yılda zarar vermeye başlar	Çok kısa süre	30	17.9	55	32.7	83	49.4	168	82.4
	Bir yıldan fazla	2	15.4	7	53.8	4	30.8	13	6.4
	5 yıldan fazla	7	46.7	6	40.0	2	13.3	15	7.4
	20 yıldan fazla	4	50.0	0	0.0	4	50.0	8	3.9
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100

Kikare:18.007, p:0.006

Araştırma grubunda sigaranın insan vücuduna çok kısa sürede zarar vermeye başlar diyenlerin oranı %82.4'dür. Sigara insan vücuduna çok kısa sürede zarar vermeye başlar diyenlerin sigara içme oranı %17.9, bir yıldan fazla sürede diyenlerin sigara içme oranı %15.4, 5 yıldan fazla sürede diyenlerin sigara içme oranı %46.7 ve 20 yıldan fazla sürede diyenlerin sigara içme oranı %50.0 bulunmuştur. Sigaranın insan vücuduna zarar vermeye başlama süresi hakkındaki düşünceleri açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.006).

Tablo 4.14. Araştırma grubunun sigara ile bağlantı kurdukları hastalıkların halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sigara ile bağlantı kurduğunuz hastalıklar	Kansere yol açar	2	15.4	2	15.4	9	69.2	13	6.4
	Damar hastalıklarına ve buna bağlı organ kayıplarına	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	2.0
	Hepsi	38	20.7	64	34.8	82	44.6	184	90.2
	Fikrim yok	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	1.5
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100

Kikare:8.016, p:0.237

Araştırma grubunda sigara hepsine yol açar diyenlerin oranı %90.2'dir. Sigara kansere yol açar diyenlerin sigara içme oranı %15.4, damar hastalıklarına ve buna bağlı organ kayıplarına yol açar diyenlerin sigara içme oranı %25.0, hepsine yol açar diyenlerin sigara içme oranı %20.7 ve fikrim yok diyenlerin sigara içme oranı %66.7 bulunmuştur. Sigara ile bağlantı kurdukları hastalıklar hakkındaki düşünceleri açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.237).

Tablo 4.15. Araştırma grubunun temel özelliklerinin sigara bilgi puanı ile karşılaştırılması

		Sayı	%	Ortalama	Min-max	p
Cinsiyet	Erkek	153	75.0	5.7	2-7	0.501
	Kadın	51	25.0	5.8	3-7	
Yaş	<25	7	3.4	6.0	5-7	0.225
	25-45	146	71.6	5.8	3-7	
	>45	51	25.0	5.6	2-7	
Eğitim durumu	Lise	46	22.5	5.7	3-7	0.803
	Fakülte	144	70.6	5.8	2-7	
	Yüksek okul	14	6.9	5.8	5-7	
Meslek	İmam	116	56.9	5.8	2-7	0.289
	Müezzin	23	11.3	5.8	4-7	
	Kuran kursu öğreticisi	49	24.0	5.8	3-7	
	Diğer (memur, din hizmetleri uzmanı, vaiz)	16	7.8	5.4	3-7	
Çalışma süresi	5 ve daha az	47	23.0	5.8	5-7	0.645
	>5-25	111	54.4	5.7	3-7	
	>25	46	22.5	5.7	2-7	
Medeni durum	Evli	193	94.1	5.8	2-7	0.784
	Bekar	10	4.9	5.9	5-7	
	Boşanmış	1	1.0	6.0	-	
Çocuk sayısı	Yok	26	12.7	6.0	5-7	0.196
	1-2	116	56.9	5.8	3-7	
	3 ve üstü	62	30.4	5.7	2-7	
Evde yaşayan kişi sayısı	1-2	25	12.5	5.9	5-7	0.478
	3-4	131	64.2	5.7	3-7	
	5 ve üstü	48	23.5	5.7	2-7	
Toplam		204	100	5.8	2-7	

Anova

Araştırma grubunda ortalama sigara bilgi puanı 5.8 (2-7) bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma süresi, medeni durum, çocuk sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı gruplandırmaları açısından sigara bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Araştırma grubunun sağlıkla ilgili özelliklerinin sigara bilgi puanı ile karşılaştırılması

		Sayı	%	Ortalama	Min-max	P
BKİ	<20	9	4.4	6.0	5-7	0.784
	20-<25	64	31.4	5.8	2-7	
	25-<30	94	46.1	5.8	3-7	
	30 ve üstü	37	18.1	5.7	3-7	
Tanı konulmuş hastalık	Var	21	10.3	5.7	3-7	0.510
	Yok	183	89.7	5.8	2-7	
Toplam		204	100	5.8	2-7	

Anova

Beden kitle indeksi ve tanı konulmuş hastalık gruplandırmaları açısından sigara bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Araştırma grubunun sigara ile ilgili özelliklerin sigara bilgi puanı ile karşılaştırılması

		Sayı	%	Ortalama	Min-max	P
İlk deneme yaşı	<15	41	31.5	5.7	3-7	0.414
	15-20	53	40.8	5.8	3-7	
	20'nin üstü	36	27.7	5.6	2-7	
Halen sigara içme durumu	İçiyor	43	21.1	5.5	2-7	0.059
	Bırakmış	93	33.3	5.8	3-7	
	Hiç içmemiş	68	45.6	5.8	4-7	
Toplam		204	100	5.8	2-7	

Anova

İlk sigara deneme yaşı açısından sigara bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır ($p:0.414$). Halen sigara içme durumu açısından sigara bilgi puanı farklı olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (0.059).

Tablo 4.18. Araştırma grubunun buldukları ortamda sigara içilmesine karşı görüşlerin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bulduğunuz ortamda sigara içilmesini nasıl karşılıyorsunuz	Gayet doğaldır etkilemez	4	100	0	0.0	0	0.0	100	2.0
	İçilmemesini tercih ederim ama rahatsız olmam	16	50.0	7	21.9	9	21.8	32	15.7
	Rahatsız olurum	20	12.3	58	35.8	84	51.9	162	79.4
	Fikrim yok	3	50.0	3	50.0	0	0.0	6	2.9
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100

Kikare:44.244, p:0.001

Araştırma grubunda bulunduğunuz ortamda sigara içilmesinden rahatsız olurum diyenlerin oranı %79.4'dür. Bulduğunuz ortamda sigara içilmesi gayet doğaldır diyenlerin sigara içme oranı %100, içilmemesini tercih ederim ama rahatsız olmam diyenlerin sigara içme oranı %50.0, rahatsız olurum diyenlerin sigara içme oranı %12.3 ve fikrim yok diyenlerin sigara içme oranı %50.0 bulunmuştur. Bulduğu ortamda sigara içilmesi hakkındaki düşünceleri açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Tablo 4.19. Araştırma grubunun kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanmasına karşı görüşlerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kapalı ortamda sigara içme yasağı ile ne düşünüyor sunuz	Yasağa katılıyorum içilmemeli	38	19.3	66	33.5	93	47.2	197	96.6
	Katılmıyorum uygun havalandırma sağlanırsa içilmeli	5	100	0	0.0	0	0.0	5	2.5
	Sakıncası yok	0	0.0	1	100	0	0.0	1	0.5
	Fikrim yok	0	0.0	1	100	0	0.0	1	0.5
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100

Kikare:23.135, p:0.001

Araştırma grubunda kapalı ortamda sigara içme yasağına katılıyorum içilmemeli diyenlerin oranı %96.6'dır. Kapalı ortamda sigara içilmemeli diyenlerin sigara içme oranı %19.3, uygun havalandırma yapılırsa içilmeli diyenlerin sigara içme oranı %100, kapalı ortamda sigara içilmesinde sakınca yoktur diyenlerin sigara içme oranı %0.0 bulunmuştur. Kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanmasına karşı görüşler açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Tablo 4.20. Araştırma grubunun dinimizde sigara içmenin hükmü hakkındaki görüşlerinin halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dinimizce sigara içmenin hükmü	Sakıncası Yok	5	83.3	1	16.7	0	0.0	6	3.0
	İçilmesi mahsurludur	25	22.9	41	37.6	43	39.4	109	55.1
	İçilmesi kesinlikle yasak	12	14.5	26	31.3	45	54.2	83	41.9
Toplam		42	21.2	68	34.3	88	44.4	198	100

Kikare:19.021, p:0.001

Araştırma grubunda dinimizce sigara içmenin sakıncası yoktur diyenlerin oranı %3.0, içilmesi mahsurludur diyenlerin oranı %55.1 ve içilmesi kesinlikle yasaktır diyenlerin oranı %41.9'dur. Dinimizce sigara içmenin sakıncası yoktur diyenlerin sigara içme oranı %83.3, içilmesi mahsurludur diyenlerin sigara içme oranı %22.9 ve içilmesi kesinlikle yasaktır diyenlerin sigara içme oranı %14.5 bulunmuştur. Dinimizce sigara içmenin hükmü hakkındaki görüşler açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Tablo 4.21. Araştırma grubunun cami mensuplarına sigarayı bırakma konusunda telkinde bulunma durumunun halen sigara içme durumu ile karşılaştırılması

		İçiyor		Bırakmış		Hiç içmemiş		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cami mensuplarına sigara bırakma konusunda telkinleriniz oluyor mu?	Her zaman	8	10.7	29	38.7	38	50.7	75	36.8
	Çoğu zaman	8	17.0	15	31.9	24	51.1	47	23.0
	Ara sıra	17	25.4	22	32.8	28	41.8	67	32.8
	Hiçbir zaman	10	66.7	2	13.3	3	20.0	15	7.4
Toplam		43	21.1	68	33.3	93	45.6	204	100

Kikare:25.173, p:0.001

Araştırma grubunda cami mensuplarına sigarayı bırakma konusunda her zaman telkinleri olanların oranı %36.8, çoğu zaman telkinleri olanların oranı %23.0, ara sıra telkinleri olanların oranı %32.8 ve hiçbir zaman telkinde bulunmayanların oranı %7.4'dür. Cami mensuplarına her zaman sigarayı bırakma konusunda telkinde bulunanların sigara içme oranı %10.7, çoğu zaman telkinlerde bulunanların oranı %17.0, ara sıra telkinlerde bulunanların oranı %25.4 ve telkinde bulunmayanların sigara içme oranı %66.7 bulunmuştur. Cami mensuplarına sigarayı bırakma konusunda telkinde bulunma durumu açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Sigara içenlerin ortalama sigara içme zamanı 16.7 yıl olarak bulunmuştur. En düşük sigara içme süresi 1 yıl, en yüksek sigara içme süresi 35 yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 4.22. Sigara içen çalışanların sigaraya başlama nedenlerin dağılımı

		Sayı	%
Sigaraya başlama nedenleri	Sosyal faktörler	18	41.9
	Özenti ve merak	23	53.5
	Ailede içenlerin olması	1	2.3
	Stres ve üzüntü	1	2.3
Total		43	100

Sigara içen çalışanların sigaraya başlama nedenleri arasında %53.5 oranla özenti ve merak, %41.9 oranla sosyal faktörler yer almaktadır.

Tablo 4.23. Evli ve çocuğu olan sigara içen çalışanların çocuklarının yanında sigara içme durumunun dağılımı

		Sayı	%
Çocukların yanında sigara içme durumu	Ara sıra	29	85.3
	Sık sık	1	2.9
	Çoğu zaman	4	11.8
Total		34	100

Çocuğu olan sigara içen çalışanların %85.3'ü ara sıra çocuğunun yanında sigara içtiğini, %11.8'i ise çoğu zaman çocukların yanında sigara içtiğini belirtmiştir.

Tablo 4.24. Sigara içen çalışanların sigarayı bırakmayı deneme durumunun dağılımı

		Sayı	%
Sigarayı bırakmayı deneme Durumu	Hiç denemedim	7	16.3
	Birkaç kez denedim	16	37.2
	İstiyorum ama bırakamıyorum	12	27.9
	Kararsızım	2	4.7
	Bırakmayı düşünmüyorum	3	7.0
	Bırakmaya hazırım	3	7.0
Toplam		43	100

Sigara içen 43 kişinin %37.2'si sigarayı bırakmayı birkaç kez denediğini, %27.9'u isteyip bırakmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca %16.3'ü de hiç sigarayı bırakmayı denemediğini belirtmiştir.

Tablo 4.25. Sigara içen çalışanların sigarayı bırakmada denedikleri yöntemlerin dağılımı

		Sayı	%
Sigarayı bırakmada denenen yöntemler	Aniden bıraktım	24	66.7
	Azaltarak bıraktım	5	13.8
	Diğer	7	22.2
Total		36	100

Sigara içen çalışanlar sigarayı bırakmayı denemede; %66.7 oranla aniden bıraktığını, %13.8 oranla azaltarak bıraktığını açıklamışlardır. Kalan 7 kişi sigarayı bırakmayı denememiştir.

Tablo 4.26. Sigara içen çalışanların sigarayı bırakmada uzman desteği tavsiyesine karşı tutumların dağılımı

		Sayı	%
Sigarayı bırakmada uzman desteği isteme durumu	Kesinlikle	7	16.8
	Olabilir	17	37.7
	İstemiyorum	11	26.1
	Fark etmez	8	19.4
Total		43	100

Sigara içen çalışanlar sigarayı bırakmak için uzman desteği alma tavsiyesine %16.8 oranla kesinlikle isterim, %37.7 oranla olabilir ve %26.1 oranla istemiyorum yanıtı vermişlerdir.

Tablo 4.27. Sigara içen çalışanların Fagerstorm Bağımlılık Testine göre nikotin bağımlılıklarının dağılımı

		Sayı	%
Fagerstorm bağımlılık testi	Çok az bağımlı	20	46.5
	Az bağımlı	11	25.6
	Orta derecede bağımlı	4	9.3
	Yüksek bağımlı	6	14.0
	Çok yüksek bağımlı	2	4.7
Toplam		43	100

Sigara içen çalışanların nikotin bağımlılık testine göre verdiği cevapların dağılımında %46.5'inin çok az bağımlı, %25.6'sının az bağımlı, %14.0'ının yüksek bağımlı, %9.3'ünün orta derecede bağımlı ve %4.7'sinin ise çok yüksek derecede bağımlı olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Günümüzde sigara içimi önlenabilir ölüm nedenleri arasında en başta gelmektedir ve tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık sorunudur. 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık olarak 4 milyon insanın sigaraya bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (Uzaslan 2002). Bu tüketim eğilimlerinin sürmesi durumunda 2025 yılında tüm dünyada sigaraya bağlı ölümlerin 10 milyonu bulacağı tahmin edilmektedir. Bu 10 milyon ölümün %70'inin gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir. Diğer gelişmekte olan ülkeler gibi Türkiye'de de sigara tüketimi hızla artmaktadır. Türkiye'de 1985'de 64,8 milyar adet olan yıllık sigara satışı, %87,5 oranında artışla 1999'da yaklaşık 121,5 milyar adete ulaşmıştır. Yani sigara salgını gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru kaymaktadır ve ülkemizde bu açıdan riskli ülkeler arasında yer almaktadır.

Sigara kullanımı bir alışkanlık olmaktan öte tedavisi mümkün olan bir hastalık ve bağımlılıktır ve sigarayla mücadelede en önemli adım birincil korunma yani sigaraya başlama oranlarının düşürülmesidir. Sigaraya başlamada en önemli etkenlerin başında çalışmamızda da görüldüğü gibi sigaraya başlamada görülen en önemli etken %53.5 ile özentî ve merak, %41.9 ile sosyal faktörler oluşturmuştur. Doktorlar, sanatçılar, öğretmenler, din görevlileri vb. toplumun liderlik özelliğini taşıyan kişilerin davranışları rol model olarak görülmektedir. Liderlerin hal ve hareketlerinden özellikle çocuklar ve gençler etkilenmektedir. Edirne'de öğretmenlere yapılan araştırmada okulda öğretmenlerin sigara kullanım durumları ile sigaraya karşı tutumları ve tavırlarının, öğrencilerin sigaraya başlamalarını önlemede derslerde verilen sigara ile ilgili bilgilerden daha etkili olduğu bildirilmiştir (Yalçın B.M.2002). Toplumun gelenek ve görenekleri açısından en kolay ulaşabilecek grup olan din görevlilerinin, sigaraya başlama oranının düşürülmesinde rol oynayabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmamız Isparta il merkezindeki müftülük çalışanlarında sigara içme davranışı ve sigara hakkında bilgi ve tutumlarının belirlenmesine yönelik kesitsel tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır.

Isparta il merkezinde görev yapan diyanet işlerinde çalışanların sigara içme ve bırakma davranışları, sigara hakkındaki bilgi ve tutumları belirlenip bunların çeşitli

sosyo-demografik ve görevleri hakkındaki değişkenler arasındaki ilişkileri belirlenmiştir.

Çalışmamızda sigara içme davranışıyla ilgili olarak sürekli sigara kullanma alışkanlığı geliştirmemiş ama sigarayla tanışmış, sigarayı içmeyi denemiş çalışanlar da incelenmiştir. Bu sayede önemli metodolojik karışıklık yaratan bu grubun özelliklerinin ayrıştırılmasına çalışılmıştır.

Çalışmanın yapısı gereği verilerin kişisel beyana dayanması ve gerçeklerden belli oranda sapma riskini içermesi çalışmanın kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır. Kişisel beyanların doğruluğunu güvene almak amacıyla, çalışanların çalışmaya katılmaları gönüllülüğe bağlanmış ve katılımcıların kimlik bilgilerinin toplanmasından kaçınılmıştır. Ancak bu çalışanların bir kısmına ait verilere ulaşamamasını da beraberinde getirmiştir. Aralık 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında Isparta il merkezi müftülük çalışanlara yönelik yapılan çalışmada 204 kişi çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tanımlayıcı özellikleri araştırma raporunun bulgular bölümünde verilmektedir. Buna göre araştırmaya katılan çalışanların genel tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde araştırma katılan 204 çalışanın 153'ü (%75.0) erkek, 51'i (%25.0) kadındı.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 39.1 olarak bulundu (en düşük 22, en yüksek 56). Erkeklerin yaş ortalaması (40.3), kadınların yaş ortalamasından (35.5) daha büyüktü.

Araştırma grubunun çalışma süresi ortalama 16.0 (1-32) yıl idi. Kadınların ortalama çalışma süresi 12.3 yıl, erkeklerin çalışma süresi ise 17.2 yıl idi .

Araştırma grubunda kadınlarda beden kitle indeksi (bki) 20'nin altında olanların oranı %9.8, erkeklerde ise %2.6'dır. Bki 30 ve üstünde olan kadınların oranı %15.7, erkeklerin oranı ise 19.0'dır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı %28.5, gelişmekte olan ülkelerde ise %29.5 olarak bulunmuştur. Türkiye'de genel toplumda sigara içme alışkanlıklarının saptanmasına yönelik çalışmalar az sayıdadır ve dar bölgelerde yapılmış çalışmalardır. Sağlık Bakanlığı adına 1989 yılında PİAR tarafından yapılan bir çalışmada 10 ilde 2048

kişiyile görüşülmüş ve 15 yaş üstü sigara içme sıklığı %43.6 bulunmuştur (PIAR 1988).

Kamuoyu araştırması düzeyinde 1993 yılında Sağlık Bakanlığı adına BİGTAS tarafından yapılan araştırmada 26546 kişi ile görüşülmüş ve 20 yaş üstü sigara içme sıklığı %33.6 olarak bulunmuştur (BİGTAS 1993). 1997 yılına ait verilere göre Türkiye’de yetişkinlerde sigara içme sıklığı %50 olarak bildirilmiştir (Bilgel N 2002). Emri ve ark’nın 2002 yılında yaptığı çalışmaya göre ülke genelinde 15 yaş üstü sigara içme prevalansı %35.8 bulunmuştur (Vineis P 2005). Ülkemizde değişik zamanlarda yapılan ve genel popülasyonu yansıtan bu çalışmalarda sigara içme sıklığının %33.6 ile %50 arasında değiştiği görülmektedir ve oranlar dünya ortalamasının üstündedir. Dilbaz ve arkadaşlarının 2001 yılında Ankara Numune Hastanesi hemşirelerinde yaptığı araştırmada sigara içme sıklığı %58.8, bırakma sıklığı ise %14.0 olarak bulunmuştur. Gülhane Askeri Tıp Akademisinde çalışan hemşirelerde %56.6, Ege Üniversitesinde çalışan hemşirelerde %47.6, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde ise %51.9 olarak belirlenmiştir (Sezer E ve ark 1993). Ohido ve ark’nın Japonya’da ulusal hastanelerde çalışan 2207 hemşirede yaptıkları çalışmada sigara içme sıklığını %18.6 bulmuşlardı. Bu oran Japon genel kadın nüfusundaki içicilik oranından (%6.8) yüksek olup, çalışmadaki sigara içen hemşirelerin %45’i sigarayı bırakmayı düşünüyorlardı (Ohida ve ark 1999).

Araştırma grubunda kadınların %29.4’ü hayatında bir kez dahi olsa sigarayı denemiş, erkeklerin ise %73.9’u sigarayı denemiştir. Kadınların %70.6’sı sigarayı hayatında bir kez dahi olsa bile sigarayı denememiştir. Erkeklerin de %26.1’inin hayatında hiç sigara deneyimi olmamıştır. Sigara deneyimi olanlarda sigara içme oranı %33.6, bırakma oranı %52.3 ve deneyip bir daha içmeyenlerin oranı %14.1 olarak bulunmuştur. İlk deneme yaşı 15’in altında olanlarda sigara içme oranı %41.0, 15-20 arası %30.2 ve 20’nin üstünde %30.6 olarak bulunmuştur. 15 yaşın altında deneyimi olanlar diğer yaşlara oranla daha fazla bağımlı olmuşlardır.

Araştırma grubunun hayatında ilk kez sigarayı deneme yaş ortalaması kadınlarda 14.5, erkeklerde ise 17.2 bulunmuştur. En düşük sigara deneme yaşı 5 ve en yüksek sigarayı deneme yaşı 32’dir.

Sigara içme prevalansı kardeşin veya eşin sigara içiyor olması ile doğru orantılıdır (Erbaycu AE ve ark 2004). Araştırma grubunun kadınların eşinin sigara içme oranı %17.1, erkeklerin eşinin sigara içme oranı %4.1 bulunmuştur. Ayrıca kadınların eşlerinin %10.6'sı sigarayı bırakmıştır.

Ailede ebeveynlerden birinin sigara içiyor olması genç bireylerin sigaraya başlamasında önemli bir etmendir (Andrews JO, Heath J. Women 2003). Evde sigara içiminin çocuklar için özendirici bir faktör olduğu da düşünülürse sorunun ne kadar büyük olduğu dikkati çekmektedir. Araştırma grubunda çocuğu sigara içen 15 (%8.3) kişidir. Ayrıca çocuğu sigara içmeyi bırakmış 3 (%1.9) kişidir.

Yapılan çalışmalarda hekimlerdeki sigara içme oranı 1993 yılında Adana'da %45.6 ve 1997 yılında Denizli'de %45.1 olarak saptanmıştır (Kocabaş A 1994, Özkurt Ö ve ark 1997). Hekimlerde bu oranlar sigara ve sağlığa zararlarını en iyi bilen meslek grubunda olmalarına rağmen toplum ortalamasının da üstündedir. Yine yapılan çalışmalarda öğretmenlerde sigara içme oranları 1999 yılında Elazığ'da %42.2, 2003 yılında Sivas'ta %52.4, 2005 yılında Afyon'da %32.5 ve 2006 yılında Konya'da %36.2 olarak saptanmıştır (Demirel Y ve ark 2004, Turgut T ve ark 2001, Marakoğlu K ve ark 2007). Türkiye'de öğretmenlerde sigara içme sıklığı için elde edilen oranlar %32.5 ile %52.4 arasında değişmektedir ve ülkemizdeki genel toplumun sigara içme sıklığı ile benzerlik göstermektedir. Türkiye'deki hekimlerde ve öğretmenlerde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki sigara içme sıklığı oldukça düşüktü. Bizim çalışmamızda kadınların sigara içme oranı %2.0, erkeklerin ise %27.4 bulunmuştur. Toplamda sigara içme sıklığı %21.1 bulunmuştur. Toplamda sigarayı içip bırakanların oranı %33.3'tür. Bizim çalışmamızdaki sigara içme sıklığı topluma göre düşük bulunmuştur. Topluma örnek olması gereken, toplumun ve gençlerin kendilerine rol modeli olarak seçtikleri toplum liderlerinden biri kabul edilen din görevlilerinde sigara içme sıklığının genel popülasyonun içme sıklığı ile benzer olması da beklenmemektedir. Ülkemizde din görevlilerinde sigara içmeyi irdeleyen başka araştırma bulunmamaktadır. Dünyada ise Polonya'da rahipler üzerinde yapılmış araştırmada sigara içme sıklığı %13.9 bulunmuştur (Sieminska A ve ark 2004).

Evli olanlarda sigara içme sıklığı %20.2, bekarlarda %40.0 ve boşanmış tek kişide ise %0.0 bulunmuştur. Evlilerde sigarayı bırakma oranı %34.2, bekarlarda

%20.0 ve boşanmış tek kişide ise %0.0 bulunmuştur. Evlilerde hiç sigara içmemiş olma oranı %45.6, kadınlarda %40.0 ve boşanmış tek kişide ise %100 bulunmuştur. Medeni durum açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.462).

Sezer ve arkadaşları Elazığ'da hekim ve diş hekimleri üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada erkeklerin günde içtikleri ortalama sigara sayısını 8.8 olarak saptamışlardır (Sezer RE ve ark 1988). Bizim araştırmamızda ise sigara içenlerin günlük içtikleri sigara sayısı ortalama 12.5 adettir. En düşük miktar 1 bulunurken, en yüksek miktar 40 bulunmuştur.

Araştırma grubunun herhangi bir tanı konulmuş hastalığı olan kişiler grubun %10.3'ünü oluşturuyordu. Hastalığı olanlardan 6'sı diyabet hastası olduğunu, 4'ü tansiyon hastası olduğunu, 2'si kolesterol hastası olduğunu, 2'si astım hastası olduğunu diğer kalanlardan her biri, KOAH, epilepsi, kanser, mide, kalp, ve nöroloji hastası olduğunu belirtmiştir. Tanı konulmuş hastalığı olanlarda sigara içme sıklığı %14.3, hastalığı olmayanlarda ise %21.9 bulunmuştur. Tanı konulmuş hastalığı olanlarda sigarayı bırakma oranı %57.1, hastalığı olmayanlarda %30.6 bulunmuştur. Tanı konulmuş hastalığın olup olmaması açısından halen sigara içme durumu farklı olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p:0.050).

Din görevlilerinden imamlarda sigara içme sıklığı %26.7, müazzinlerde %21.7, kadınlardan oluştuğu için kuran kursu öğreticilerinde %2.0 ve memurlar, din hizmetleri uzmanı ve vaizden oluşan diğer meslek grubunda ise %37.5 bulunmuştur. Meslek dağılımı genel olarak erkek kadın dağılımına uyduğu için erkek ve kadınlardaki halen sigara içme durumu farklılığına paralel olarak, meslek açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

25 yaş altında sigara içme oranı %42.9, 25-45 yaş arasında %22.6 ve 45 yaş üstünde ise %13.7 bulunmuştur. Çalışma süresi 5 yıl ve daha az olanlarda sigara içme sıklığı %31.9, 5-25 yıl arasında %20.7 ve 25 yıl üstünde ise %10.7 bulunmuştur. Çalışma süresi ile yaş paralel olduğu için çalışma süresi ve yaş açısından sigara içme sıklığında benzer veriler elde edilmiştir. Çalışma süresi açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.025).

Araştırma grubunda başka meslekte olsaydım sigara kullanma durumum değişmezdi diyenlerin oranı %90.2'dir. Başka meslekte olsaydım sigara kullanma durumum daha fazla olurdu diyenlerin sigara içme oranı %46.2, daha az olurdu diyenlerin sigara içme oranı %85.7 ve değişmezdi diyenlerin sigara içme oranı %16.8 bulunmuştur. Başka meslekte sigara içme durumu hakkındaki düşünceleri açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Araştırma grubunda ortalama sigara bilgi puanı 5.8 (en az puan 2, en yüksek puan 7) bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma süresi, medeni durum, beden kitle indeksi, tanı konulmuş hastalık, ilk sigara deneme yaşı, sigara içme durumu, çocuk sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı gruplandırmaları açısından sigara bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmamıştır (p>0.05). Araştırma grubunda sigara hepsine yani; kansere, kalp hastalıklarına, damar hastalıklarına ve buna bağlı organ kayıplarına yol açar diyenlerin oranı %90.2'dir. Genel olarak sigara sağlık ilişkisinin araştırma grubu tarafından yeterince bilindiği söylenebilir. Ancak bu bilginin sigara bırakmada yeterli bir motivasyon aracı olarak kullanılmasında eksiklik söz konusudur.

Araştırma grubunda kapalı ortamda sigara içme yasağına katılıyorum içilmemeli diyenlerin oranı %96.6'dır. Kapalı ortamda sigara içilmemeli diyenlerin sigara içme oranı %19.3, uygun havalandırma yapılırsa içilmeli diyenlerin sigara içme oranı %100, kapalı ortamda sigara içilmesinde sakınca yoktur diyenlerin sigara içme oranı %0.0 bulunmuştur. Kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanmasına karşı görüşler açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Araştırma grubunda dinimizce sigara içmenin sakıncası yoktur diyenlerin oranı %3.0, içilmesi mahsurludur diyenlerin oranı %55.1 ve içilmesi kesinlikle yasaktır diyenlerin oranı %41.9'dur. Dinimizce sigara içmenin sakıncası yoktur diyenlerin sigara içme oranı %83.3, içilmesi mahsurludur diyenlerin sigara içme oranı %22.9 ve içilmesi kesinlikle yasaktır diyenlerin sigara içme oranı %14.5 bulunmuştur. Dinimizce sigara içmenin hükmü hakkındaki görüşler açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001).

Araştırma grubunda cami mensuplarına sigarayı bırakma konusunda her zaman telkinleri olanların oranı %36.8, çoğu zaman telkinleri olanların oranı %23.0, ara sıra telkinleri olanların oranı %32.8 ve hiçbir zaman telkinde bulunmayanların oranı %7.4'dür. Cami mensuplarına her zaman sigarayı bırakma konusunda telkinde bulunanların sigara içme oranı %10.7, çoğu zaman telkinlerde bulunanların oranı %17.0, ara sıra telkinlerde bulunanların oranı %25.4 ve telkinde bulunmayanların sigara içme oranı %66.7 bulunmuştur. Cami mensuplarına sigarayı bırakma konusunda telkinde bulunma durumu açısından halen sigara içme durumu istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (p:0.001). Buna paralel olarak öğretmenlerde yapılan araştırmada, sigara içme durumunun yüksek olarak tespit edildiği okullarda öğrencilerinde buna paralel olarak sigara başlama ve içme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Poulsen LH va ark 2002). Öğretmenlerin dersleri esnasında sigara konusuna yer vermelerinden ziyade onların sigaraya karşı davranış ve tutumlarının öğrenci üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir (Poulsen LH 2002).

Sigara ile ilgili yapılan hemen tüm çalışmalarda en sık sigaraya başlama nedenleri merak ve özenti olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sigara içen çalışanların sigaraya başlama nedenleri arasında %53.5 oranla özenti ve merak, %41.9 oranla sosyal faktörler yer almaktadır. Sigara içen erişkinlerin büyük kısmının 18 yaşından önce sigaraya başladığı düşünülürse, en başta aile içinde ve toplumda rol model olarak görülen müftülük çalışanları olan imamların sigara içmeyerek özenilecek yanlış davranışta bulunmamış olmaları gerekir.

Turgut ve ark'nın 1999 yılında Elazığ'da yaptıkları çalışmada halen sigara içen öğretmenlerin %48'i çocuklarının yanında sigara içmekteymiş (Turgut T ve ark 2001). Bizim çalışmamızda da sigara içen çalışanların %85.3'ü ara sıra çocuğunun yanında sigara içtiğini, %11.8'i ise çoğu zaman çocukların yanında sigara içtiğini belirtmiştir. Yanlarında sigara içerek hem pasif içicilik açısından, hem de kötü örnek olmak açısından çocuklarına zarar verdiklerini bilmeleri gereken imamlarda yüksek bir orandır.

Günümüzde sigara içimi artık kronik bir hastalık olarak algılanmakta ve tedavisi mümkün olan bir hastalık olarak görülmektedir. Çalışmamızda sigara içen 43 kişinin %37.2'si sigarayı bırakmayı birkaç kez denediğini, %27.9'unun istediğini

ama bırakmadığını, %16.3'ünün de sigarayı bırakmayı hiç denemediğini belirtmiştir. Sigara içen çalışanların, sigarayı bırakmayı denemedi; %66.7 oranla aniden bıraktığını %13.8 oranla azaltarak bıraktığını belirtmiştir. Sigara içen çalışanlar sigarayı bırakmak için uzman desteği alma tavsiyesine %37.7 oranla olabilir yanıtını, %26.1 oranla ise uzman desteği almak istemediği yanıtını vermiştir.

Temininin kolay, kullanımının yasal olması ve eroin, kokain, esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş maddesi olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir (Doğan YB 1998). Nikotin bağımlılığı klinik olarak önemli sorunlara neden olur. Fagerstrom testi nikotin bağımlılık derecesini ölçmeyi hedefleyen bir testtir (Fagerstrom KO 1978). Bizim çalışmamızda sigara içen çalışanların nikotin bağımlılık testine göre verdiği cevapların dağılımında %46.5'inin çok az bağımlı, %25.6'sının az bağımlı, %14.0'mın yüksek bağımlı, %9.3'ünün orta derecede bağımlı, %4.7'sinin ise çok yüksek derecede bağımlı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere müftülük çalışanlarının büyük çoğunluğunda sigara kullanımında nikotinin fiziksel bağımlılık yapıcı etkisi, sigaranın psikolojik bağımlılığı yanında kısıtlı etkidedir. Sigara kullananların büyük çoğunluğunda davranışsal tedavi yaklaşımlarının daha etkili olacağı beklenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

204 katılımcınının 153'ü (%75.0) erkek, 51'i (%25.0) kadındı. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 39.1 olarak bulundu (en düşük 22, en yüksek 56). Erkeklerin yaş ortalaması (40.3), kadınların yaş ortalamasından (35.5) daha büyüktü. Araştırma grubunun erkeklerin 116'sı imam, 23'ü müezzin, 14'ü memur, kadınların 49'u kuran kursu öğreticisi, 1'i din hizmetleri uzmanı, 1'i de vaiz olarak dağılmaktadır. Araştırma grubunun 193'ü (%94.6) evli, 10'u (%4.9) bekar, 1'i (%0.5) boşanmıştı. Katılımcıların 144'ü (%70.6) fakülte mezunu olarak en kalabalık grubu oluşturdu. Ortalama çalışma süresi erkeklerde 17.2 (1-32) yıl, kadınlarda 12.3 (1-31) yıl ve toplamda 16.0 (1-32) yıldır.

Araştırma grubunda, kadınların %29.4'ü sigarayı denemiş, erkeklerin de %73.9'u sigarayı denemiştir. Katılımcıların hayatında ilk kez sigarayı deneme yaş ortalaması kadınlarda 14.5, erkeklerde ise 17.2 bulunmuştur. Araştırma grubunda kadınların eşinin sigara içme oranı %17.0, erkeklerin eşinin sigara içme oranı %4.1 bulunmuştur. Ayrıca kadınların eşlerinin %10.6'sı sigarayı bırakmıştır. Araştırma grubunda kadınların sigara içme oranı %2.0, erkeklerin %27.4 bulunmuştur. Erkeklerin sigarayı bırakma oranı %38.6, kadınların oranı ise %17.6'dır. Erkeklerin hiç sigara içmemiş olma oranı %34.0, kadınların oranı ise %80.4'dür.

Araştırma grubunda başka meslekte olsaydım sigara kullanma durumum değişmezdi diyenlerin oranı %90.2'dir. Başka meslekte olsaydım sigara kullanma durumum daha fazla olurdu diyenlerin sigara içme oranı %46.2, daha az olurdu diyenlerin sigara içme oranı %85.7 ve değişmezdi diyenlerin sigara içme oranı %16.8 bulunmuştur. Araştırma grubunda sigaranın insan vücuduna çok kısa sürede zarar vermeye başlar diyenlerin oranı %82.4'dür.

Araştırma grubunda ortalama sigara bilgi puanı 5.8 (en az puan 2, en yüksek puan 7) bulunmuştur.

Araştırma grubunun %79.4'ü bulunduğu ortamda sigara içilmesinden rahatsız olduğunu, %15.7'si ise sigara içilmemesini tercih ederim ama içilmesinden rahatsız olmadığını, %2.9'u bu konuda herhangi bir düşüncesinin olmadığını belirtmiştir.

Araştırma grubu, kapalı ortamlarda sigara içilmemesi yasağına %96.6 oranla desteklemiştir ve kapalı ortamlarda içilmemesini, %2.5 oranla yasağına katılmadığını

uygun havalandırma sağlanırsa içilebileceğini belirtmiştir. Kapalı ortamda sigara içilmemeli diyenlerin sigara içme oranı %19.3, uygun havalandırma yapılırsa içilmeli diyenlerin sigara içme oranı %100, kapalı ortamda sigara içilmesinde sakınca yoktur diyenlerin sigara içme oranı %0.0 bulunmuştur.

Araştırma grubu, %55.1 oranla dinimizce sigara içilmesinin mahsurlu olduğunu, %41.9 oranla içilmesinin kesinlikle yasak olduğunu ve %3.0'ı da içilmesinde dinimizce bir sakıncasının olmadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun %36.8'i her zaman cami mensuplarına sigara bırakma ile ilgili telkinlerinin olduğunu, %32.8'nin ara sıra telkinlerin olduğunu ve %23.0'ının da sigara bıraktırma konusunda çoğu zaman cami mensuplarına telkinlerinin olduğunu belirtmiştir.

Sigara içenlerin ortalama sigara içme zamanı 16.7 yıl olarak bulunmuştur. En düşük sigara içme süresi 1 yıl, en yüksek sigara içme süresi 35 yıl olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunda, sigara içen çalışanların sigaraya başlama nedenleri arasında %53.5 oranla özentiler ve merak, %41.9 oranla sosyal faktörler yer almaktadır.

Sigara içen çalışanların %83.8'i ara sıra çocuğunun yanında sigara içtiğini, %13.4'ü ise çoğu zaman çocukların yanında sigara içtiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda sigara içen 43 kişinin %37.2'si sigarayı bırakmayı birkaç kez denediğini, %27.9'u istediğini ama bırakmadığını, %16.3'ünün de hiç sigarayı bırakmayı denemediğini belirtmiştir. Sigara içen çalışanların, sigarayı bırakmayı denemedi; %66.7 oranla aniden bıraktığını %13.8 oranla azaltarak bıraktığını belirtmiştir. Sigara içen çalışanlar sigarayı bırakmak için uzman desteği alma tavsiyesine %37.7 oranla olabir yanıtını, %26.1 oranla ise uzman desteği almak istemediği yanıtını vermiştir.

Sigara içen çalışanların nikotin bağımlılık testine göre verdiği cevapların dağılımında %46.5'inin çok az bağımlı, %25.6'sının az bağımlı, %14.0'ının yüksek bağımlı, %9.3'ünün orta derecede bağımlı ve %4.7'sinin ise çok yüksek derecede bağımlı olduğu bulunmuştur.

Araştırmadan çıkan sonuçlara göre şu önerilerde bulunabiliriz:

Müftülük çalışanlarından araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunda sigara kullanımında nikotinin fiziksel bağımlılık yapıcı etkisinin, sigaranın psikolojik

bağımlılığı yanında kısıtlı etkidedir. Sigara kullananların büyük çoğunluğunda davranışsal tedavi yaklaşımlarının daha etkili olacağı beklenebilir.

Sigara sağlık ilişkisinin araştırma grubu tarafından yeterince bilindiği söylenebilir. Ancak bu bilginin sigara bırakmada yeterli bir motivasyon aracı olarak kullanılmasında eksiklik söz konusudur.

Sigara ve zararları ile ilgili bilgi düzeyinin artmasıyla birlikte sigara içme oranlarının azalacağı beklenebilir. Ancak gelişmiş ülkelerde toplum liderleri gibi eğitim ve kültür düzeyi yüksek olmayanlarda bile, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerdeki toplum liderlerinden daha düşük oranlarda sigara içilmesi eğitim dışında başka faktörlerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Sigaranın sağlığa zararlarının geniş ölçekte öğretilmesi yanında tütün kullanımının bir sosyal alışkanlık olarak görülmesi önlenmelidir.

Sigara ile mücadele de etkin meslek gruplarından biri olan din görevlilerinde sigara içme sıklığı beklenenden yüksektir. Topluma, özelliklere gençlere ve çocuklara her anlamda örnek olması gereken toplum liderlerinden biri olarak sayılan din görevlilerinin, sigara içme sıklığının azaltılması amaçlanmalıdır. Katılımcıların kendilerinin yürüttükleri bırakma girişimlerinin başarı oranı düşüktür. Bu konuda din görevlilerine tıbbi destek verilmelidir.

ÖZET

Isparta İl Merkezi ve Merkeze Bağlı Köy ve Kasabada Görev Yapan Müftülük Çalışanlarının Sigara İçme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Tütün ürünleri tüm dünyada önlenebilen en önemli ölüm ve hastalık nedenidir. Doktorlar hastalıkları tedavi etme, önleme çalışmalarıyla, öğretmenler, din görevlileri, polis vb meslek grupları da rol modelleri oluşturarak toplumun sağlığını etkilemektedirler. Bu çalışma Isparta il merkezi ve merkez köy ve kasabalarında görev yapan müftülük çalışanların sigara içme durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesini saptamak hedeflenmiştir.

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri Aralık 2009-Ocak 2010 yılı tarihlerinde, 54 sorudan oluşan anket uygulandı. Sorular demografik verileri sigara ile ilgili bilgiler ve sigara içme durumunu içermektedir.

Sonuç olarak araştırma grubunda kadınların sigara içme oranı %2.0, erkeklerin %27.4 bulunmuştur. Araştırma grubunun %33.3'ü içip bırakmıştır. Araştırma grubunda, sigara içen çalışanların sigaraya başlama nedenleri arasında %53.5 oranla özentisi ve merak, %41.9 oranla sosyal faktörler yer almaktadır. Çalışmamızda sigara içen 43 kişinin %37.2'si sigarayı bırakmayı birkaç kez denediğini, %27.9'unun istediğini ama bırakamadığını, %16.3'ünün de hiç sigarayı bırakmayı denemediğini belirtmiştir. Sigara içen çalışanların nikotin bağımlılık testine göre verdiği cevapların dağılımında %46.5'inin çok az bağımlı, %25.6'sının az bağımlı, %14.0'ının yüksek bağımlı, %9.3'ünün orta derecede bağımlı ve %4.7'sinin ise çok yüksek derecede bağımlı olduğu bulunmuştur.

Günümüzde çok sayıda ölümcül hastalığın patogeneğinde sigara rol oynamaktadır. Sigaraya karşı savaşta toplum liderleri merkezi bir konumda yer almaktadır. Bu kişilere sigaranın zararları ile ilgili verilen eğitimin niteliğinin artırılması, sigarayı bırakmak isteyen kişilere sigarayı bıraktırma konusunda gerekli desteğin sağlanması, bırakmayı özendirme çalışmalarına en yüksek oranlarda ağırlık verilmesi gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Sözcükler: Sigara, sağlık, çalışan, tütün.

SUMMARY

Connected To the Center of Village and Town of Isparta City Center and the Smoking Habits of Employees, and This Task Müftülük Makes Determination of Factors Affecting

Tobacco products are the most important preventable cause of death and disease all over the world. Doctors who works on treating diseases caused by tobacco products and their prevention efforts, teachers, religious commissary, police, etc. who has influence on public and their health by creating role models in occupational groups.

The aim of the study is to investigate the smoking conditions and situation of religious commissary in Isparta and its and suburbs towns of the province of Isparta factors and determine the factors affecting the determination.

This research is descriptive and cross-sectional survey. The survey data including 54 questions of the questionnaire was administered on December of 2009 to January of 2010. Questions related to demographic data, information, and smoking status include cigarettes.

As a result of smoking research group at 2.0 %women, 27.4 %were men. the ratio of research group is 33.3 %. In this study emulate and wondering 53.5 %and social factors 41.9 %causes of starting to smoke in the smoke employees. In our study 43 people who tried to quit smoking several times is 37.2 %, 27.9 %of participants expressed that they want to quit smoking but they could not succeed and the percentage of the participant who never try to quit smoking is 16.3 %. The results show that the smoking information score in research group is 5.8 (2-7). Test of nicotine dependence in the distribution of answers given by employees who smoke 46.5 %'much less dependent on scroll, 25.6 % cynical less dependent, 14.0 %high dependent scroll, 9.3 %moderately dependent, while 4.7 %is too high proved to be highly dependent.

Today, cigarette plays a large number of non-fatal roles in the pathogenesis of the disease. Community leaders are in the fight against smoking is a central location. Enhancing the quality of education provided to people about the hazards of smoking, providing the necessary support to people who want to quit smoking, we believe that should be given to encourage the work of the highest rates of quit smoke.

Key Words: Cigarette, health, employees, tobacco

KAYNAKLAR

- Akar B, Özyardımcı N. Kronik Bronşit ve Sigara. *Akciğer Arşivi* 2002; 1:45-48.
- Akfert SK, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10 (1):40-47,.
- Altıntaş Ö. Hemşirelerde Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
- Andrews JO, Heath J. Women and the global tobacco epidemic: nurses call to action *Int Nurs Rev* 2003;50 (4):215-28.
- Aslan D, Bilir N. Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Bu Mücadelede Hekimin Rolü. *STED* 2006; 15 (4): 8-9
- Aslan D, Bilir N. Sigarayı Bırakma Yaklaşımları ve Hekim Tutumu. *STED* 2006; 15 (8): 7-8
- Aşut Ö. *Sigara ve Hekim*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1993
- Uzunca G. Tütünün Tarihi. İçinde: *Sigara ve Sağlık*. N. Özyardımcı (Ed.). Özyardımcı N. (Ed), Bursa, 2002. s:22- 25.
- Aydınlar A Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri. İçinde: *Sigara ve Sağlık*. Özyardımcı N. (Ed), Bursa, 2002. s:206-215
- Azkan N. Tütün. İçinde: *Sigara ve Sağlık*. Özyardımcı N. (Ed), Bursa, 2002. s: s.3-6.
- Bernstein NA, Alexis N, Bacchus N, Bernstein IL and Fritz P et al. The health effects of nonindustrial indoor air pollution. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 121 (3), 585-59.
- Beyer J, Brigden L. Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks. The World Bank, p:1- 12. Erişim adresi: www.worldbank.org Erişim tarihi: 20.04.09.
- BIGTAS Survey Research Group. Health services utilization survey in Turkey, Ministry of Health, Ankara,1993.
- Bilgel N. Türkiye’de Sigara İçme Yaygınlığı. Özyardımcı N (editor) *Sigara ve sağlıkta*. Bursa: Adeka İlac AS; 2002.s. 59-73
- Bilgin N. Elazığ Sanayi Sitesinde Çalışan Çıraklarda Sigara İçme, Alkol Kullanma ve Uçucu Madde Bağımlılığı Prevalans Araştırması. Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ, 1996.
- Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de Tütün Kontrolü. *Hacettepe Tıp Dergisi* 200536: 75-79.
- Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1997.

- Bilir N. Sigara Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri ve Kontrolü. İçinde: Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın Kitabı. Akın A. (Ed.) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003, s:209-219.
- Bilir N. Sigara ve Sağlık Konusunda En Sık Sorulan 50 Soru ve Cevapları. *Sağlık İçin Sigara Alarmı*, 1996-1997;3 (1-2), 11-14..
- Bilir N. Türkiye Tütün kontrolünde Dünyanın Neresinde? *Tur Toraks Der* 2009; 10 (1):314,.
- Centers For Disease Control. Tobacco Use Among High School Students- United States, *MMWR* 1997; ... p.47:229- Erişim adresi: www.cdc.gov/mmwr/preview Erişim tarihi: 27.05.09.
- Chapman S. Tobacco Control. *BMJ* 1996;313: 97–100.
- Coleman T. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004; 328:397-399
- Çan G, Sigara epidemiyolojisi. Ed: Özyardımcı N. Sigara ve Sağlık. s.49- 58, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002.
- Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Sen FS, Topçu F. Manisa İlinde Lise Örgencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. *Toraks Dergisi* 2000; 1 (1):61-6,.
- Dabak S. Sigara ve Sağlık. Ayla T. (Ed.). Sigaranın Bilimsel Yüzü (s.1- 4). İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004.
- Demir, Ü. Sigara İçme ve Sağlığımız. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1993;10 (3), 151-152..
- Demirel Y, Toktamış A, Nur N, Sezer RE. İlköğretim Okullarındaki Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004, 24:492-7.
- Doğan YB. Bağımlılık Kavram ve Anlayışı. Dilbaz HN (Editor). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı'nda. Ankara: 1998.s.1-8
- Edis EÇ Çağlar T. Tütün Bağımlılığı Tedavisinde Yeni Gelişmeler. *Akciğer Arşivi*, 2006; 7: 99-103
- Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Ozsoz A. İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5 (1):27-35.
- Ergeneilek E. Sigara Kullanan Hemşirelerin Sigarayı Bırakmaya Yönelik Girişimleri ve Sonuçları. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2005.
- Ergüder T. Elazığ İli Merkezinde 18 ve Üzeri Yaş Nüfusta Sigara Bağımlılığı Prevalans Araştırması. Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ, 1998.
- Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, Ankara, 2008.
- Ergül S Temel AB. Hava Teknik Okullar Komutanlığı Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışını Tetikleyici Nedenler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006; 22 (2) : 41-54.

- Ergül S. Sigara İçme Alışkanlığı Olan Adölesanlarda Karşıt Olumlu Davranış Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2005.
- Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3 (3-4):235-41,.
- Faltz BG Skinner MK. Substance Abuse Disorders. In: *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Boyd MA. Ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, p.617-655.
- Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2005; 6: 27-34.
- Gretchen L. Zmmerman PSY.D Cynthia G. Olsen et al. A 'Stages of Change' Approach to Helping Patients Change Behavior, *American Family Physician*, 2000; 61: 1409-1416
- Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara Kullanma Davranışında Sosyal Öğrenmenin Etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1 (1): 38-42 ,.
- Karabulut A. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Kullanım Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Niğde, 2007.
- Karadağ M. Sigara ve Akciğer Kanseri: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık; 155 161, Bursa ;2002
- Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Z, Solak M, Örsel Ö. Tütün Kontrolü, *Toraks Dergisi* 2006; 7 (1): 51-64.
- Karlıkaya C. Sigara ve Meslek. *Solunum Dergisi*, 2004; 6 (6): 262-275.
- Karlıkaya C. Tütün ve Ortak Havayolu. *Solunum Dergisi*, 2004; 7 (1): 29-40.
- Kaya E, Danacı AS ,Sakar A, Yorgancıoğlu A. Sigarayı Bırakmada Ruhsal Etkenlerin Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 245-250
- Kesim Y. Ayla. Tür (Ed.). Sigaranın Bilimsel Yüzü (s.33-39). İstanbul: Logos Yayıncılık.2004.
- Kırımı E, Pençe S. Gebelikte Sigara Kullanımının Fetus ve Plasentanın Gelişimine Etkisi. *Van Tıp Dergisi*, 1999; 6 (1): 28-30.
- Kızılkaya N, Coşkun A. Sigara İçme ve Servikal Kanseri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1993;9 (3), 89..
- Kocabaş A. Türkiye'de Sigara İçme Alışkanlığının Yaygınlığı ve Bazı Özellikleri *Solunum* 1994;5:133-47.
- Kutlu R, Çivi S. Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6 (4):273-278.

- Küçükavruk E. Atatürk Sağlık Yüksek Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sigara İçme Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 2002.
- Lerman C, Caporaso NE. Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychol* 1999; 18 (1):14-20.
- Mackay J Eriksen M. (2002) The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3. Male Smoking p:24-5. Erişim adresi: <http://whqlibdoc.who.int/publications> Erişim tarihi: 15.04.09.
- Mackay J Eriksen M. () The Tobacco Atlas. World Health Organization, 2002. Erişim adresi: <http://whqlibdoc.who.int/publicatio> Erişim tarihi: 15.04.09.
- Mahaney MC, Hyland A. Tobacco Cessation. In: *Current Diagnosis Treatment in Family Medicine*. South-Paul JE, Lewis EL, Matheny SC. Eds, International Ed. Mc Graw- Hill, 2004, p:654-661
- Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003; 25 (4): 157-164.
- Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S. Konya'da İlköğretim Okullarındaki Öğretmenler Arasında Sigara İçme Durumu. *Toraks Dergisi* 2007; 8 (1):37-40.
- Moran S, Wechsler H, Rigotti NA. Social smoking among US college students. *Pediatrics* 2004; 114 (4):1028-1034.
- Murin S. Silvestri G. Smoking and pulmonary and cardiovascular diseases. *Clin Chest Med*, 2000; 21 (1):1-9.
- Narrie J, Guise Michael G, Goldstein Matthew M. Clark Ronald W. The barge Behavior Change: The Example of Smoking Cessation. In: *TextBook of Primary Care Medicine*, Noble J. (Ed), Second edition 1996 by Mosby-year Book, Inc, 1650-1656.
- Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, Sekiyama M, Minowa M. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. *Tob Control* 1999; 8 (2):192-5.
- Özalp, Ü. Sigara Dumanının Kimyasal Bileşimi. N. Özyardımcı (Ed.). Sigara Ve Sağlık (s.30-41). Bursa, 2002.
- Özcebe H. *Gençler ve Sigara*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2008.
- Özdemir L. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne, 2007.
- Özkurt Ö, Bostancı M, Altın R ve ark. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığı durumu. Poster bildiri TÜSAD XXIV. Ulusal Kongresi: 8-11 Haziran 1997; İstanbul.
- Öztuna F. Sigaranın Hücresel Etkileri. *Akciğer Arşivi*, 2004; 2:111-116.
- Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (9.Basım), Feryal Matbaası, Ankara, 2002. s.540-542

- Özyurt L. Hekimlerin Sigara İçme Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
- PIAR Araştırma Ltd. Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu, İstanbul, 1988.
- Piko BF, Luszczyńska A, Gibbons FX, Tekozel M.. A Culture-Based study of personal and social influences of adolescent smoking. *Eur J Public Health*, 2005; 15 (4):393- 8,.
- Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tobacco Control* 2002; 11:246-51.
- Sabol SZ, Nelson ML, Fisher C, Gunzerath L, Brody CL and Hu S et al. A genetic association for cigarette smoking behavior. *Health Psychol*, 1999; 18 (1): 7-13.
- Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü (2003). Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması. Erişim adresi: www.hm.saglik.gov.tr/pdf Erişim tarihi: 21.05.09.
- Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader SN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda Etkili Faktörler. *Toraks Dergisi*, 2005; 6 (2): 151-158
- Sezer E, Açık Y, Bilgin N, ve ark. Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Sigara Alarmı* 1992; cc:2:9.
- Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N, Açık Y ve ark. Elazığ'da Görev Yapan Hekimlerin ve Diş Hekimlerinin Sigara Konusundaki Davranışları, Tutumları, Düşünceleri (Ekim 1988). I.Kısım: Sigara İçme ve Bırakma Oranları. *Doğa Turkish Journal of Medical Sciences*, 1990;1:381-390
- Sezer, R.E., Bostancı, M., Öztürk, Z.S., Bilgin, N., Horasan, E., Açık, Y. Pasif İçicilik. *Sigara Alarmı*, 1, 3. 1992.
- Sieminska A, Krakowiak P, Ucinska R, Jassem E, Slominski JM. The prevalence of tobacco smoking among Polish Pallotins priests and seminarians of Seminary in Oltarzew *Pneumonol Alergol pol.* 2004;72 (3-4):90-5.
- Solak ZA Telli CG Erdiñç E. Sigara Bırakma Tedavisinin Sonuçları. *Toraks Dergisi* 2003; 4 (1): 73-77
- Turgut T, Deveci F, Altuntaş E, Muz M.H. Elazığ'da Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerine Uygulanan Sigara Anketi Sonuçları. *Solunum* 2001; 3:295-99
- Tutluoğlu B. Sigara Bırakma Yöntemleri. *Solunum* 2003; 5 (5): 230-236
- Türkcan A, Çakmak D. Tütün Bağımlılarında Nikotin Yerine Koyma Tedavisinin Sigara Bırakma Programını Sürdürme Üzerine Etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14: 198-203
- Türkcan A. *Sigara Bırakma Rehberi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.2004

- Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporu 2008, Erişim adresi: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi:10.05.2009.
- Umut S. Akciğer Hastalıkları. İstanbul: Arion Yayıncılık, 2004.
- Uncu G. Sigaranın Fertilite ve Gebelik Üzerine Etkileri. Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık,; 257-280 Bursa; 2002.
- Uzaslan EK Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa; 2002; 441-463.
- Vineis P, Airoidi L, Veglia P, Olgiati L, Pastorelli R, Autrup H, et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ* 2005; 330:277.
- Williams GC Cox EM Kouides R Deci EL. Presenting the facts about smoking to adolescents: Effects Of An Autonomy-Supportive Style. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1999;153 (9):959-64,
- World Health Organization. The Tobacco Epidemic Rages On In Eastern and Central Europe. Fact Sheet No.156. 1997, Erişim adresi: www.who.int Erişim tarihi: 16.03.09
- World Health Organization. Conclusions of conference on the regulation of tobacco dependence treatment products. 1999, Erisim adresi:www.who.int Erişim tarihi: 10.03.09.
- World Health Organization, European Country Profiles On Tobacco Control. 2003, Erişim adresi:www.data.euro.who.int/tobacco Erişim tarihi: 21.04.2009.
- World Health Organization.. Investing in Mental Health, 2003, Erişim adresi:www.who.int/mental_health Erişim tarihi:16.04.2009
- World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, The Mpower package. Erişim adresi: www.who.int/tobacco/mpower Erişim Tarihi:15.04.2009.
- World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic. Brazil: World Health Organization, 2008.
- Yalcın BM. Edirne ilinde hipertasyon prevalansı ve eşlik eden etyopatolojik risk faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
- Yalcın BM Şahin ME Özer C. Birinci basamakta sigara bırakma danışmanlığı. *OMÜ. Tıp Dergisi* 2004; 21 (3): 142-147.
- Yorgancıoğlu A Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler, *Türk Toraks Der.* 2000; 1 (1):90 95,.
- Yüksel EG. Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, : Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık,; 136-146 Bursa; 2002.
- Yüksel EG, Sigaraya Başlamının Önlenmesinde Hekimin Rolü: Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve sağlık, Bursa 2002; 429-440

EKLER

EK 1: Araştırma anketi

Sayın Diyanet Mensubu alışanları,

Bu anket, Isparta İli Diyanet İşleri alışanlarında Sigara Kullanma Durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmayı Diyanet İşleri alışanlarında yapmak istememizde etkili olan dumansız hava sahası hedefine ulaşılmasında toplum liderleri olarak görülen öğretmen, doktor, polis ve sizlerin görüşlerinizin halk tarafından önemsendiği kanaatindeyiz. Vereceğiniz yanıtlar sadece bu araştırmada kullanılacak ve bilginin şahsiliği ve gizliliği ilkesine özenle uyulacaktır. Anket formunu yanıtlamayı kabul ederek araştırmaya katkı sağladığımız için teşekkür ederim.

SDÜ Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı

ABD Bölüm Başkanı

Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK

ISPARTA MÜFTÜLÜK ÇALIŞANLARININ SİGARA İÇME DURUMU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ANKET FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

1-Kadın 2- Erkek

3.Mesleğiniz?.....

4.Son görev yerinizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?..... (ay veya yıl olarak)

5.Toplam hizmet süreniz?..... (ay veya yıl olarak)

6.En son bitirdiğiniz okul?

1-Lise 2-Yüksekokul 3-Fakülte 4-Y.lisans 5-Doktora

7.Herhangi bir tanı konulmuş hastalığınız var mı?-

1-Evet..... (açıklayınız) 2-Hayır

8.Boyunuz.....cm

9.Kilonuz.....kg

10.Medeni haliniz

1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış/Dul

11.Siz dahil evde kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

12.Siz dahil evde kaç kişi sigara kullanıyor?.....

13.Çocuğunuz var mı?

1-Yok 2-Var ise sayısı.....

14.Eşinizin mesleği.....

15.Eşiniz sigara içiyor mu?

1-Evet 2-Hayır 3-İçiyordu bıraktı

16.Çocuk (larınız) sigara içiyor mu?

1-Evet 2-Hayır 3-İçiyordu bıraktı

17.Yaşamınızda hiç sigara içmeyi denediniz mi?

1-Evet 2-Hayır

18.Cevabınız evet ise kaç yaşındaydınız?.....

19.Sigarayı deneme sürecinizden sonra;

1-Birkaç kez denedim ve bıraktım 2-Sigara içmeye devam ettim

3- Bıraktım ve daha sonra yeniden başladım

SİGARA İÇME DURUMUNUZ

20.Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içmiş misinizdir?

1-Evet 2-Hayır

21.Halen sigara içiyor musunuz?

1-Evet her gün içerim

2-Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim

3-Hayır bıraktım

4-Hayır daha öncede içmedim

22.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?.....adet/gün

23.Sigara içme konusunda siz ne düşünüyorsunuz?

1-İçmekten hoşlanıyorum

2-Az içtiğim için önemli bulmuyorum

3-İstediğim an bırakabilirim

4-Gelecekte bırakacağımdan eminim

5-Bırakmak istiyorum, başaramıyorum 6-İçmekten hoşlanmıyorum

7-Hiç içmedim

24. Başka bir meslek yapıyor olsaydınız, sigara kullanma durumunuzun nasıl olacağını tahmin ederdiniz?

- 1-Daha fazla kullanırdım.
- 2-Daha az kullanırdım.
- 3-Hiç değişmezdi

Sigara İle İlgili Bilgiler

25. Sigaranın zararlı olduğu fikrine ;

- 1-Tümüyle katılıyorum
- 2-Bir ölçüde katılıyorum
- 3-Fikrim yok veya bilmiyorum
- 4-Katılmıyorum

26. Kaç yıl süreyle sigara içmek sağlığa zarar vermeye başlar?

- 1-Çok kısa süre, tek tük içmek bile zarar verir
- 2-Bir yıldan sonra
- 3-Beş yıldan sonra
- 4-Yirmi yıldan sonra

27. Sizce sigara insan vücuduna nasıl zarar verir?

- 1-Kansere yol açar
- 2-Kalp hastalıklarına yol açar
- 3-Damar hastalıklarına ve buna bağlı organ kayıplarına yol açar
- 4-Hepsi
- 5-Bu konuda fikrim yok

28. Bebek ölümleri sigara ile ilişkilidir.

- 1-Evet
- 2-Hayır

29. Pasif sigara, sigara içmeyen kişilerde de kalp hastalığı riskini artırır.

- 1-Evet
- 2-Hayır

30. Sigara sağlığı etkilemez

- 1-Evet
- 2-Hayır

31. Sigaranın içeriğinde kadmilyum, aseton, arsenik gibi maddeler bulunmaktadır.

- 1-Evet
- 2-Hayır

32. Sigara dumanı katarakt yapar

- 1-Evet
- 2-Hayır

33. Sigarayı bir kez deneyen 4 kişinin 3'ü sigara bağımlısı olur.

- 1-Evet
- 2-Hayır

34. Günümüzde dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmekte, her yıl 4,9 milyon kişi sigaradan kaynaklanan bir hastalıktan hayatını kaybetmektedir.

- 1-Evet
- 2-Hayır

35. Bulduğunuz ortamda sigara içilmesini nasıl karşılıyorsunuz?

- 1-Gayet doğaldır, beni etkilemez
- 2-İçilmemesini tercih ederim ama rahatsız olmam
- 3-Rahatsız olurum, içilmemesini isterim
- 4-Bu konuda fikrim yok

36. Kapalı ortamlarda sigara içmeme yasağı ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

- 1-Yasağa katılıyorum; kapalı ortamlarda içilmemeli
- 2-Katılmıyorum; uygun havalandırma sağlanırsa içilmeli
- 3-Kapalı ortamda içilmesinin bence sakıncası yok
- 4-Bu konuda fikrim yok

37. Sigara paketi üzerinde uyarıcı resim ve yazıların sigarayı bırakma üzerinde etkili olacağını düşünüyor musunuz?

- 1-Evet
- 2-Hayır

38.Sizce dinimizce sigara içmek dinimizce hükmü/görüşü nedir?

- 1-Hiçbir sakınca yoktur
- 2-İçilmesi kesinlikle yasaktır
- 3-İçilmesi mahsurludur.
- 4-Bu konu hakkında bilgim yok

39.Sigara içilmesi, içeriği, insan vücudundaki etkileri hakkındaki bilgi düzeyinizi -başkalarına göre- nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1-Çok iyiyim
- 2-Yeterli bilgiye sahibim
- 3-Yetersizim
- 4-Kararsızım / fikrim yok

40.Cami mensuplarına sigara bırakma konusunda telkinleriniz oluyor mu?

- 1-Her zaman
- 2-Çoğu zaman
- 3-Arada sırada
- 4-Hiçbir zaman

(Hiç sigara içmemiş olanlar için anket bitmiştir teşekkür ederiz.)

HALEN SİGARA İÇENLER (bu bölümü sigara içmeye devam edenler cevaplandıracaktır.)

41.Ne kadar zamandır sigara içiyorsunuz?.....

42.Sigaraya başlama nedeniniz ? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1-Sosyal faktörler (çevre, arkadaş grupları)
- 2-Özenti ve Merak
- 3-Ailemde içen olduğu için
- 4-Yasağa tepki
- 5-Stres/Üzüntü

43.Kullandığınız sigara türü nedir?

- 1-Filtreli
- 2-Filtresiz

44.Ailenizin (çocuklarınızın)yanında sigara içer misiniz?

- 1-Ara sıra
- 2-Sık Sık
- 3-Çoğu zaman

45.Sigarayı bırakmayı denediniz mi?

- 1-Hiç denemedim
- 2-Bir ve daha fazla denedim
- 3- İstiyorum bırakamıyorum
- 4-Kararsızım
- 5-Bırakmayı düşünmüyorum
- 6-Bırakmaya hazırım

46.Sigarayı bırakmayı en son ne zaman denediniz?.....

47.Sigarayı bırakmada hangi yöntemleri denediniz?

- 1-Bitkisel tedavi
- 2-Aniden bıraktım
- 3-Azaltarak bıraktım
- 4-Tıbbi destek
- 5-Diğer

48.Sigarayı bırakmak için uzman desteği almak istiyor musunuz?

- 1-Kesinlikle
- 2-Olabilir
- 3-İstemiyorum
- 4Farketmez

Fagerstorm nikotin bağımlılık ölçeği

49.Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- 1)10 veya daha az
- 2) 11 – 20
- 3) 21 – 30
- 4) 31 ve üzeri

50.İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

- 1) 0 – 5 dakika sonra
- 2) 6 – 30 dakika sonra
- 3) 31 – 60 dakika sonra
- 4) daha sonra

51.Sigara içmenin yasak olduğu (örneğin hastane, sinema gibi) yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

52.Sabah saatlerinde ,günün diğer saatlerine göre çok sigara içer misiniz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

53.Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir?

- 1) Sabah ilk sigara
- 2) Diğer herhangi biri

54.Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

EK-2: İzin formu

T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Müftülüğü

Sayı : B.02.1.DİB.4.32.00.02/090- 3/56
Konu : Tez Çalışması

09/12/2010


SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü)

İlgi : 18/10/2010 tarihli ve B.30.2SDÜ.0.42.72.00/ÖZD/359-1049 sayılı yazı.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi 083030700 nolu Ayşegül DİLEK'in "Isparta İl Merkezinde görev yapan sigara içme sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi" konulu tez çalışması için Müftülüğümüzde görev yapan personel ile anket yapmasına gerekli iznin verilmesi ilgi yazı ile talep edilmektedir.

Adı geçen öğrencinizin söz konusu anketi yapmasında Müftülüğümüzce bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.


Mehmet Emin AVCI
Vali a.
İl Müftüsü

ASLİNIN AYNIDIR


Ali Rıza YEŞİBİRMAK
Enstitü Sekreter V.

10.12.2010

Adres : İl Müftülüğü 32040
Telefon No: 0 (246) 218 14 12 -232 62 92
e-posta : ifspartamuf@ttnet.net.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat :M.AKKAYA Pr.Ks.Şefi
Faks No: 0 246 223 21 58