

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

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. E. Melih ŞAHİN

**EDİRNE'DE ÖĞRETMENLERİN SİGARA İÇME İLE
BIRAKMA DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

(Uzmalık Tezi)

Dr. Zafer TUNÇ

EDİRNE-2007

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gsterdiği her turlu destek ve yardımdan dolayı tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. E. Melih şahin'e, anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Nezh Dağdeviren'e, istatistik konusunda danışmanlık aldığım Yrd. Doç. Dr. Necdet Süt'e, eğitimimde emeği olan TÚTF'nin diğer anabilim dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
SİGARANIN İÇERİĞİ	4
SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ	5
DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE ÖĞRETMENLERDE SİGARA KULLANIMI	9
SİGARA İÇMEYLE İLİŞKİLİ MALİYETLER	9
TÜTÜN KONTROL YÖNTEMLERİ	10
SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ	12
SİGARANIN BIRAKILMASININ SAĞLIK AÇISINDAN YARARLARI	14
SİGARA BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİSİ	15
AİLE HEKİMLİĞİNDE SİGARA	22
GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
BULGULAR	26
TARTIŞMA	51
SONUÇLAR	69
ÖZET	71
SUMMARY	73
KAYNAKLAR	75
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ÇSD	: Çevresel sigara dumanı
KAH	: Koroner arter hastalığı
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
NRT	: Nikotin replasman tedavisi

GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara içimi ciddi hastalıklara ve ölümlere yol açmaktadır. Dünyada 1,1 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayı 15 yaş üstü dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Bunların %80'i gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır (1). Türkiye dünyada en yoğun sigara içilen bölgeler arasında yer almaktadır. Türkiye'de sigara içme sıklığı %44,5 olarak tespit edilmiştir. Bu oran erkeklerde %63, kadınlarda ise %24'tür (2).

Erişkin sigara içicilerinin %80'ninden fazlası 18 yaşından önce sigaraya başlamaktadır (3). Bu dönemde gençlerin çoğunun vaktinin büyük bir kısmı okulda geçmektedir ve en çok etkilendikleri kişilerin başında arkadaşları ve öğretmenleri gelmektedir. Öğretmenlerinin sigara konusundaki tutum ve davranışları gençlerin de sigaraya karşı tutum ve davranışlarını etkiler. Gelişmekte olan ülkelerde halen okul çağındaki çocukların %20'si günlük sigara içicisidir (1). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar öğrencilerde sigara içme sıklığının %18-43 arasında olduğunu ortaya koymuştur. Bu oranın azaltılmasında ve gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesinde öğretmenlere çok fazla iş düşmektedir. Çünkü bu yaşlarda öğrenciler öğretmenlerini özdeşim nesnesi olarak seçerler. Öğretmenlerin sigara içiminin fazla olduğu okullarda öğrencilerde de sigara içiminin fazla olduğu bilinmektedir.

Ülkemizde genel olarak öğretmenlerin sigara içme sıklığı genel popülasyonun içme sıklığıyla paralellik göstermektedir. Bu yüzden öğretmenler sigara karşıtı kampanyaların ve sigara bırakırma girişimlerinin önemli bir hedef kitesidirler. Öğretmenler arasındaki sigara içiciliğinin takibi de bu açıdan önemlidir.

Bu çalışmada Edirne'de öğretmenlerin sigara içme ve bırakma davranışları, sigara hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri, çeşitli sosyo-demografik değişkenler ile yaşam kalitesi, depresyon, ve anksiyete düzeylerinin sigara içme ve bırakma davranışlarına etkilerinin

araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmada elde edeceğimiz veriler, daha önce ülke geneli ve bölgemizde yürütülmüş çalışmalarla karşılaştırılıp değişim hakkında yorumda bulunmamızı sağlayacak, sigara bırakma etkinliklerinin öğretmenlere ne oranda ulaşabildiğini saptamamıza, öğretmenlerin sigara ve sigara bıraktırma ile ilgili çeşitli konulardaki bilgi ve tutumlarını anlamamıza yardım edecektir. Bu sayede bölgesel ve ulusal çapta sigara karşıtı kampanyaların şekillenmesine katkı yapılması umulmaktadır.

GENEL BİLGİLER

Tütün patlıcangiller familyasından bir bitkidir. Amerika'nın keşfinden 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 rastlanılmaktadır. Milattan önce birinci asırda Mayaların ibadetlerinde tütün yapraklarını yakarak dumanını güneşe ve etrafa üfledikleri bildirilmiştir. Orta Amerika'da, Meksika ve Antiler halkı arasında o zamanın doktorları olan rahipler tütünden şifa ummuşlar ve taze tütün yapraklarını yaralar üzerine koymuşlar, göğüs hastalıklarına karşı dumanını koklatmışlar ve ayrıca baş ağrısı tedavisinde kullanmışlardır (4).

Tütünün Avrupa'ya girişi ise Cristophe Colomb'un Amerika'yı keşfi ile başlar. Colomb yerlilerin tütün içtikleri saz borunun adı olan "Tobacco" adını tütün bitkisine vererek "Nicotina Tobaccum" adı doğmuştur İlk tütün tohumu 1511 yılında Avrupa'ya gelmiştir. İlk zamanlar şifa ve süs bitkisi olarak kullanılmıştır. 1600'lü yıllarda tütün tiryakiliğinin hızla yayılması üzerine gereksiz harcama olduğu ve sağlığa zararlı olduğu ileri sürülerek bir çok yerde tütüne karşı yasaklar ve cezalar getirilmiştir. Hatta 1638'de Çin'de bir yasa ile tütün alıp satanlara idam cezası verilmiştir (5).

Tütünün 1601 yılında İngiliz gemiciler tarafından İstanbul'a getirildiği Katip Çelebi tarafından bildirilmiştir. Göğüs hastalıklarına iyi geldiği rivayeti ile bütün ülkeye hızla yayılmaya başlamış. Padişah I. Ahmet ve IV. Murat zamanlarında tütüne karşı çeşitli yasaklar getirilmiş, ancak tütün kullanımının önüne geçmek pek mümkün olmamış ve yaygın tütün kullanımı artarak günümüze kadar gelmiş. İlkel puro, ilkel pipo ve çubukla tütün içiminden sonra ilk kez 18. yüzyılda Güney Amerika'da kıyılmış tütünler kağıda sarılarak içilmiştir. Bu

ilk sigaralar Brezilya’da büyük rağbet görmüştür. 1878’de Amerika’lı James A.Bonsack saatte 3600 sigara yapabilen ilk sigara makinesinin patentini almıştır. Böylece tütünde, sigara sanayi ön plana çıkmıştır (4).

SİGARANIN İÇERİĞİ

Tütün yaprağının kimyasal bileşiminde diğer bitkisel materyallerde olduğu gibi su ve kuru madde denen kısımlar vardır. Kuru madde de inorganik ve organik bileşikler olarak iki gruba ayrılır. İnorganik kısım tütünün külünü meydana getirir. Külün içinde esas element Ca olmakla beraber CaO, K₂O, MgO, Cl, P₂O₅, SO₄ bulunur. Organik bileşikler de azotlu bileşikler, alkaloidler, protein –N ve çözünür –N bileşikleri, amino asitler, karbonhidrat bileşikleri, şekerler, nişasta, diğer yüksek moleküllü karbonhidratlar, fenolik bileşikler, organik asitler, petrol eteri ekstraktı maddeler, renk maddeleri ve steroller bulunmaktadır . Ayrıca tütünün üretimi sırasında zirai mücadele amaçlı yapılan bir takım ilaçlamalar sonucu ilaç kalıntıları kalabilir. Bunlarda: organik klorlu pestisidler, organik fosforlu pestisidler, dithiocarbamate’li pestisidlerdir (5).

Sigara dumanında, farmakolojik olarak aktif 4000’den fazla madde vardır. Bu maddelerin antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik etkileri olabilir (6). Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi’nin (International Agency for Research on Cancer) 2003 yılı raporunda sigara dumanı Grup 1 karsinojen olarak sınıflanmıştır (6). Sigara dumanı “partikül fazı” ve “gaz fazı” diye iki faza ayrılmaktadır. Cambridge glass-fiber filtresi kullanılarak sigara dumanının her iki fazı tanımlanmıştır. Partikül fazı cam fiber filtreden sigara dumanı geçişi esnasında içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Katran ise partikül fazında nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir maddedir. Katranın içeriğinde karsinojenik olan polinükleer aromatik hidrokarbonlar vardır (7).

Tütünün yanması ile iki tip duman oluşur. Yanma bölgesinden çevreye direkt yayılan yan akım ve kişinin ağzından içine çektiği ana akım. Ana akım dumanının %92-95’i gaz fazındadır ve 1 mL’de 0,3–3,3 milyar partikül içerir. Sigaranın çevresel etkisinin çoğu (%85) yan akımdan, çok az bir bölümü ise ana akımdan oluşmaktadır. Partikül fazının her gramında 10¹⁷’den, gaz fazında ise 10¹⁵’ten fazla serbest radikal bulunmaktadır (8).

Sigara dumanının gaz fazı bileşiklerinden bazıları; karbon monoksit (CO), karbon dioksit (CO₂), azot oksitleri, uçucu nitroz aminler, hidrojen siyanür, kükürt içeren uçucu bileşikler, alkoller, aldehit ve ketonlardır. Partikül fazında ise katran, nikotin ve nem vardır (7).

Sigaradaki hangi maddenin hangi hastalıkla ilişkili olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte sigara içindeki parçacıkların farmakolojik özelliklerine dayanarak elde edilmiş veriler mevcuttur. Kardiyovasküler hastalıklar ile CO, nikotin ve serbest yağ asitleri ilişkili bulunmuştur. Karbon monoksit hipoksiye neden olarak miyokardı doğrudan hasara uğratmaktadır (9). Nikotin fizyolojik dozlarda nabız artışına, periferik ve koroner vazokonstriksiyona yol açmaları ve pıhtılaşma üzerine etkili olmaları nedeni ile iskemik kalp hastalığı patogeneğinde önemli yer tutmaktadır (10). Neoplastik hastalıkların oluşumunda nikotin ve CO'dan çok, çoğu bilinmeyen karsinogenik maddeler sorumlu tutulmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) oluşmasında, parçacık ve gaz fazındaki birçok ürünün etkisi ile proteolitik enzimlerin aktive olması, bağışıklık süreçlerinin bozulması ve mukosilyer temizlemenin baskılanması etkilidir (11). Sigara dumanında bulunan benzopirenler, oksidan moleküllerin kontrolünde görev alan enzimlerden biri olan mikrozomal epoksit hidrolozu artırarak oksidanların yeterince uzaklaştırılmaması sonucu hasara katkıda bulunmaktadır. Mukosilyer işlev üzerine toksik etkili olan ve inhibisyona neden olan sigara komponentleri; akrolein, asetaldehid, formaldehid, hidrojen siyanid ve fenoldür. Nikotin mukosilyer temizleme üzerine düşük dozda uyarıcı, yüksek dozda baskılayıcı etki yapmaktadır (12).

Sigaranın kimyasal içeriği değerlendirildiğinde çoğu katkı maddesi olan nemlendirme, yakma, boşluk doldurma gibi fonksiyonları olan çok sayıda madde karışımıza çıkmaktadır. Sigaranın içeriğinde yer alan kimyasal maddelerden, asetanizol, asetik asit, aseton, asetofen, balzam ve benzaldehid esans olarak, benzofen ve benzoik asit koruyucu olarak, kalsiyum karbonat doldurucu olarak, karboksimetil selüloz ve selüloz de yakıcı madde olarak işlev görürler (13).

SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Sigara tüm dünya ülkeleri için çok ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre tüm dünyada 15 yaş üstü nüfusun 1/3'ü sigara içmektedir. Yani yaklaşık 1.1 milyar insan sigara içmekte ve bunların yaklaşık 800 milyon gibi büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (1). Tüm dünyada her 10 saniyede bir kişi tütün ürünlerine bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Tahmini olarak 2020 yılında yılda 10 milyon insanın ölümünün sigaraya bağlı olacağı ve bunların da %70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (1).

Sigara, özellikle 1920'de yapılan büyük reklam kampanyalarından sonra, temel tütün tüketim şekli olarak tüm dünyaya dağılmıştır (14). 1960'lı yıllarda tütün bütün Avrupa ve

Asya'ya yayılmıştır. Hem Avrupa ülkelerinde hem de Amerika'da 1930-1960 döneminde yapılan çalışmalar sigara ile akciğer kanseri, kronik bronşit ve kalp damar hastalıkları arasında nedensel ilişkiyi ortaya koymuştur. Bunun sonucu olarak 1960'lı yıllarda sigara karşıtı faaliyetler başlamış ve hız kazanmıştır (14).

Dünya çapında tüketilen sigaraların 1/3'ünü tüketen Çin sigara tüketimi konusunda lider ülke konumundadır. Çin'de ortalama 300 milyon kişi sigara içmektedir. 1985'ten 1992'ye kadar Çin'deki erişkinler arasındaki sigara tüketimindeki %20'lik artış aynı dönemde gelişmiş ülkelerdeki %13'lük azalma ile tezat oluşturmaktadır (15).

Sigara ile ilgili mortalite ve morbidite açısından riskli olan ikinci bölge ülkemizin de kısmen içinde yer aldığı Orta ve Doğu Avrupa ülkeleridir. Bu ülkelerin bir çoğunda erkeklerin ortalama %50'si ve kadınların ortalama %30'u sigara içmektedir (16). Ülkemiz sigara içme sıklığı açısından Avrupa'da Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır (17). Yine sigara içme oranlarının çok yüksek olduğu Latin Amerika'da erkeklerin ortalama %40'ı, kadınların ortalama %21'i sigara içmektedir (18).

Tüm gelişmiş ülkelere paralel olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde de son 30 yılda sigara içme sıklığı ciddi şekilde azalmıştır. 1963'de bu ülkede kişi başına yıllık sigara tüketimi 4300 adetken, 1998'de bu sayı 2350'ye düşmüştür. Yine 1965'de bu ülkede erişkinlerin sigara içme sıklığı %42,6 iken 1999'da %23,5 tespit edilmiştir. Avrupa ülkelerinde sigara içme sıklığı 1920-1960 yılları arasında artış göstermiş, bir süre aynı devam eden sigara içme sıklığı 1970'li yıllardan sonra istikrarlı bir şekilde azalmaya başlamıştır (19).

Gelişmiş ülkelerde ve erkeklerde sigara içme sıklığı sürekli azalırken, kadınlarda ve gelişmekte olan ülkelerde sürekli bir artış görülmektedir. İleriki yıllarda sigaranın özellikle gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olacağı öngörülmektedir. Nüfus artışlarının yüksek olması, kadınların sosyal statülerinin yükselmesi, sağlık konusundaki bilgisizlik ve kontrol yöntemlerinin yetersizliği bu ülkelerde sorunun tüm hızıyla devam etmesine neden olacaktır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde sigara ile ilgili çeşitli kısıtlamalarla karşılaşan büyük sigara şirketlerinin yeni pazar arayışı ile üçüncü dünya ülkelerine yönelmeleri de sorunu bu ülkeler açısından artırmaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü bölgelerinde 1990'lı yıllarda 15 yaş üstü kadın ve erkeklerin ortalama sigara içme sıklığına bakıldığında genel olarak gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalmakta iken kadınlarda durum tam tersi olarak görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça kadınların sigara içme sıklığı artmaktadır (20).

Tablo 1. Dünya’da bölgelere göre sigara içme sıklığı (20)

DSÖ BÖLGELERİ	Sigara İçme Sıklığı (%)	
	Erkek	Kadın
Afrika Bölgesi	29	4
Amerika Bölgesi	35	22
Doğu Akdeniz Bölgesi	35	4
Avrupa Bölgesi	46	26
Güney Doğu Asya Bölgesi	44	4
Batı Pasifik Bölgesi	60	8
Dünya Geneli	47	12

1924’te tüm dünyada kadınların ortalama sigara içme sıklığı %6 iken, bu oran 1935’te %18,1 ve 1965’te %34,2’ye yükselmiştir. Günümüzde Amerikalı kadınların tahmini sigara içme sıklığı %21,3’tür. Bu oranın artmasında sigaranın kadının özgürlük hareketlerinin sembolü olarak gösterilmesinin payı vardır. 1920’li yıllardan sonra sigara şirketleri kadınlara yönelik kampanyaları daha da artırmışlar ve daha cazip hale getirmişlerdir. Kampanyalarda kullanılan öğelerden biri de kadınların kilo kontrolü için sigara kullanmasının önerilmesi ve bedava sigara dağıtılması olduğu öne sürülmektedir (21). Ayrıca kadınlarda sigara içme davranışı kendileri dışında annelik fonksiyonu nedeniyle de ayrı bir önem taşımaktadır. Özellikle 20 yaş üstü kadınlar arasında, gebelikleri süresince sigara içme sıklığı azalmakta, 20 yaş altı gebelerde ise bu riskli davranışa devam edilmektedir (22).

Sigara içme sıklığı sosyoekonomik durum, eğitim, ırk, yaşanılan bölge gibi faktörlerle ilişkili olarak değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde eğitim düzeyi arttıkça sigara içme sıklığı azalmakta iken, ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde sigara içme davranışı toplumsal bir norm olarak algılanmakta ve her eğitim seviyesinde hala yüksek seyretmektedir (19). Ülkemizde topluma model oluşturan öğretmenler ve doktorlarda özellikle sigara içme sıklığının yüksek olması ayrıca üzerinde durulması gereken bir konudur. Sigara kullanımının yaygın olduğu ülkelerde akciğer kanserlerinin %80-90’ından, kronik bronşit ve amfizeme bağlı ölümlerin %75-90’ından, koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin %25-30’undan sigaranın sorumlu olduğu düşünülmektedir (23).

Sigara içme alışkanlığı genç yaşlarda başladığı için bu konuda gençlere yönelik faaliyetler önemlidir. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir (24). 1999 yılında yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelerde 13-15 yaşları

arasındaki gençlerde sigara içme oranının %10-33 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (25). Buradan da anlaşıldığı gibi sigaraya başlama yaşı gittikçe düşmekte ve bu durum sigaranın sağlık üzerine yapacağı olumsuz etkiyi artırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü 21. Yüzyılda herkes için sağlık kapsamında 12. hedef olarak tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri ele almıştır . Tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının, 15 yaş üstünde %80, 15 yaş altında %100'e yakın olması gerektiği ifade edilmiştir. Sigara ile ilgili kontrol programlarındaki gecikme her yıl 1 milyon gencin sigara ile tanışmasına, 400 binden fazla erişkinin erken yaşta hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (25).

Ülkemizde 1988'de yapılan bir araştırmaya göre 15 yaş üstü nüfusun sigara içme prevalansı %43,6 bulunmuştur, bu oran erkeklerde %62,8, kadınlarda ise %24,3'tür (2). Türk Kardiyoloji Derneğinin 1990 yılından beri sürdürdüğü TEKHARF çalışmasına göre erişkin erkeklerin %59,4, erişkin kadınların ise %18,9'u sigara içicisi olarak tespit edilmiştir (26,27). 1993 yılında yürütülen ülke çapındaki bir araştırmada 20 yaş üstü erkeklerin %57,8'inin, kadınların %13,5'inin sigara içtiği ve ortalama sigara içme sıklığının %33,6 olduğu tespit edilmiştir (28). Bu çalışmada sigara içme sıklığının bölgesel dağılımına bakıldığında %39 sıklık ile en yüksek Trakya Bölgesi, %29 sıklık ile en düşük Güneydoğu Anadolu Bölgesi görülmektedir (28). Ayrıca 2002'de ülkemizde yapılan başka bir çalışmaya göre 15 yaş üstü sigara içme sıklığı erkeklerde %50,9, kadınlarda %25,5 ve ortalamada %35,8 bulunmuştur (29).

Sigara içenlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır ve sigara içimi çocukluk ve ergen yaşlarda başlamakta eğer bu yaşlarda sigaradan uzak kalınırsa kişi sigaraya başlamamaktadır (30). Yapılan bir araştırmada Türkiye'de sigara içenlerin %56'sının 12 yaşından önce sigara içmeye başlamış oldukları bulunmuştur (31). Dünya Bankası raporunda her gün dünya'da 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir (32). Yapılan çalışmalarda ülkemizde öğrencilerde sigara içme sıklığı %18-43 olarak bulunmuştur (33). Saltık ve ark'nın 1992 yılında Edirne'de yaptıkları bir çalışmada ortaöğretim öğrencilerinde sigara içme sıklığını %27 bulmuşlar (34). Karlıkaya'nın 2000 yılında yaptığı çalışmada ise bu oran %38 bulunmuş (3). Okul yaşlarındaki çocuklarda sigara kullanımını sosyal öğrenme doğrudan etkilemektedir. Arkadaş baskısı, anne-baba yada kardeşlerin sigara içimi, öğretmen, sanatçı, usta, sporcu gibi sevdikleri ve önemsedikleri kişilerin sigara içmeleri öğrencilerin sigaraya başlamasında özendirici rol oynamaktadır (35,36).

DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE ÖĞRETMENLERDE SİGARA KULLANIMI

Okullar, bireylerin ailelerinden sonra sosyal ilişkiler kurdukları ve birbirleriyle etkileşime geçtikleri ilk toplumsal birimlerdir. Bunun yanında okullar çok sayıda bireye aynı anda ulaşabilme ve verilen bilgilerin aileye taşınması ile dolaylı olarak toplumun eğitilmesine katkıda bulunmaları açısından da önemlidir (37).

Bu açıdan bakıldığında öğretmenlerin sigara içme davranışı ve sigara ile ilgili bilgi ve tutumları toplumsal açıdan büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda dünya'da bazı ülkelerde öğretmenlerde sigara içme sıklığı %12,2 ile % 44,7 arasında bulunmuş (38,39). Yine Avrupa'da 12 değişik ülkede 1989 yılında yapılan bir çalışmada öğretmenler arasında sigara içme oranı %12 ile %36 arasında bulunmuş (40). Bilir ve ark'nın 1999 yılında ülkemizde yaptıkları bir çalışmada öğretmenlerde sigara içme sıklığını %48,6 olarak bulmuşlar. Saltık ve ark'nın 1989 yılında Edirne'de öğretmenlerde sigara içme sıklığını %49 olarak bulmuşlar (41). Topluma örnek olması gereken ve toplumsal eğitimde önemli katkıları olan öğretmenlerde sigara içme sıklığının yüksek olduğu görülmektedir.

SİGARA İÇMEYLE İLİŞKİLİ MALİYETLER

Sigara kullanımının kişiye ve topluma maliyeti oldukça yüksektir. Sigara içimi; sigaraya bağlı morbidite ve mortalitede artış ve bunların da sağlık harcamalarını artırmasının yanında, işe devamsızlık, iş gücü kaybı nedeniyle ortaya çıkan maliyetlere de yol açar. Ayrıca çevredeki sigara dumanının zararlı etkilerinin neden olduğu maliyetlerde bulunmaktadır (42). Dünya bankası verileri her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zararın 200 milyar dolar civarında olduğunu ortaya koymaktadır. ABD'de 1993'te sigaraya bağlanabilen tıbbi giderler 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. İşgücü ve üretim kaybı da eklendiğinde kayıp 97 milyar dolar veya kişi başına 373 dolardır. 1995 yılında ABD'de sigara reklamları için harcanan para günlük 5 milyar dolar civarındadır. 1998 yılında, sigaraya bağlı tıbbi giderler 75,5 milyara yükselmiş, bunun da ABD'de sağlık giderlerinin %8'ini oluşturduğu belirlenmiştir (18). İngiltere'de sigara içmeye bağlı hastalıklar Ulusal Sağlık Hizmetlerine (National Health Services, NHL) her yıl yaklaşık 1,5 milyar sterline mal olmaktadır. 2030 yılında sigara içenlerin beşte dördünü geliştirmekte olan ülkelerdeki insanlar oluşturacaktır ve tütün kullanımına bağlı hastalıkların yol açtığı ekonomik maliyetler, büyük olasılıkla bu ülkelerin sağlık hizmetlerine çok büyük yükler oluşturacaktır (43).

Ülkemizde sigara içen 17 milyon kişi günde 40 milyon doları, yılda ise 15 milyar doları sigaraya harcamaktadır. Bu 17 milyondan 4 milyonu hayatından 7 yıl, 4 milyonu ise 22 yıl kaybederek ölecektir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 100.000 kişi sigaraya bağlı hastalıklar

nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Sigaranın yol açtığı hastalıklar nedeniyle ülkemizde verdiği yıllık ekonomik zarar 2,72 milyar dolardır. Bu rakama işgücü kaybı, hastalılar nedeniyle bireylerin ve ailelerin yaşadığı sosyal sorunlar dahil değildir. Bu tablo karşısında sigaranın bırakılmasına yönelik tedaviler tüm sağlık girişimleri arasında maliyet açısından en uygun girişimlerden birisini oluşturmaktadır (17).

TÜTÜN KONTROL YÖNTEMLERİ

Tütünün kontrolü birçok sektörün işbirliğini gerektirir. Özellikle tütünle mücadelenin işsizliğe yol açmayacağı, ekonomiye zarar değil yarar sağlayacağı, yoksullukla mücadeledeki öneminin ortaya konması önemlidir. Ülkemiz gibi yoğun tütün tarımı yapılan ülkelerde bile tütün kontrolünün ekonomiye zarardan çok yarar getirdiği bildirilmektedir (24). Kapsamlı tütün kontrol programı uygulayan birçok ülkede tütün tüketimi hızla azalmış ve sonuç olarak kanserler, kalp hastalıkları ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve düşük doğum ağırlığı insidanslarında azalma sağlanmıştır (24).

Tütün kontrol faaliyetlerinden amaç tütün ürünlerine olan talebi azaltmaktır. Talepteki bu değişim tütün ürünleri için yapılan harcamaların diğer mal ve hizmetlere kaymasını sağlayacaktır. Tütün endüstrisi zarar görse de diğer sektörler yararlanacak, işsizlik olmayacaktır (17). Dünyada birçok yönetim tütün kontrolünün istenmeyen ekonomik sonuçları olacağı endişesi ile harekete geçmekte tereddüt etmiştir. Tütün talebinde düşme olması ile birlikte kitlesel iş kayıpları yaşanacağı, tütünden alınan vergi gelirlerinin kaybedileceği, vergi oranlarının arttırılması ile kaçakçılıkta kitlesel artışa neden olunacağı gibi görüşler sürekli gündemde olmuştur. Tütün üretimi ile ilgili işler ülkemizde, Bangladeş, Mısır, Filipinler ve Tayland'dakine benzer şekilde imalat ile ilgili işlerin %2,5-5'ini oluşturmaktadır. İnsanların tütüne para harcamaktan vazgeçmeleri durumunda genellikle onun yerine başka ürünlere para harcayacakları ve böylece olası iş kaybını karşılayacak alternatif iş kaynakları yaratacakları gerçeği dikkate alınmalıdır. Uygun eylem planlarında güçlü tarım ve ticaret politikalarını desteklemek, geniş çaplı kırsal gelişim politikalarını hazırlamak, ürün çeşitlendirilmesinde yardımcı olmak, kırsal eğitim ve diğer güvenlik ağı sistemleri oluşturmak gibi farklı çabaları kapsamaktadır (24).

Sigara vergilerinin devlet bütçelerine etkilerini incelemek için geliştirilen bir modelde, sigaralardan alınan vergi kesintilerinde tüm dünyada %10 oranında orta derecede bir artış yapılmasının ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak tütün vergilerinden elde edilen geliri yaklaşık olarak yüzde yedi oranında artıracığı sonucuna varılmıştır (17).

Reklam ve promosyon yasakları, toplumun bilgilendirilmesi ve uyarı etiketleri gibi bazı fiyat dışı önlemlerin geliri azaltması beklenebilir. Nikotin yerine koyma tedavisinin ödenmesi ve sigarayı bıraktırmaya yönelik diğer çabalar da tüketimi, dolayısıyla geliri azaltacaktır. Ancak, gelir üzerinde ortaya çıkabilecek bu tür bir etki kademeli olarak gerçekleşecektir ve bu durum her ne olursa olsun vergi artışlarını da içeren kapsamlı bir kontrol paketi gelirde olasılıkla net artışa yol açacaktır (24).

Ayrıca tütün kontrolündeki nihai hedef insan sağlığına yarar sağlamak olduğundan tütün tüketiminin tütün vergi gelirlerinin azalacağı noktaya kadar düşmesi istenir bir sonuç olacaktır. Aynı zamanda yönetimler tütün vergilerinden elde edilen gelirin yerini alacak alternatif bir gelir yada tüketim vergisini devreye sokma serbestisine sahiptirler (17).

Tütün kontrol programı için basamaklar;

1. Çocukların ve ergenlerin tütün bağımlılığına yakalanmalarının önlenmesi. Ergenler arasındaki sigara içiciliğini etkileyen en önemli unsurlardan birisi sigara fiyatlarıdır. Sigara fiyatlarının vergiler yoluyla artırılmasının vergi kaybına uğramadan sağlığa büyük oranda katkısı olacağı bildirilmekte ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (International Union Against Cancer, UICC) gibi kurumlarca tütün kontrol yöntemi olarak önerilmektedir (44).
2. Tütün kullanımı için cesaret kırıcı mali politikalar uygulamak, büyümeden ve fiyatlardan daha hızlı artan bir vergilendirme sistemi
3. Artırılan vergilerden elde edilen paraların bir kısmını tütün kullanımını önlemeye ve sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklere ayrılması,
4. Çevresel sigara dumanına istemsiz maruziyetin önlenmesi,
5. Sosyo-ekonomik, davranışsal ve diğer tütün kullanmaya yönelten faktörlerin ortadan kaldırılması,
6. Doğrudan ve dolaylı reklam, promosyon ve sponsorlukların ortadan kaldırılması,
7. Tütün ürünlerinin kontrolü: çarpıcı sağlık uyarılarının paketlere konması ve reklamların tamamen önlenmesi; tütün ürünlerinin ve tütün dumanının toksik içeriklerinin limitlerinin belirlenmesi ve paketler üzerinde zorunlu olarak belirtilmesi,
8. Tütün üretimi ve fabrikasyonuna alternatif ürünlerin promosyonu ve desteklenmesi,
9. Tütünle ilgili konuların etkin yönetimi, izlem ve değerlendirmesi,

Tütün mücadelesinin sadece sağlık sektörü içinde değil multi-sektöriyel ele alınması, tütünün halk sağlığı önceliği değil halk politikası önceliği haline getirilmesi gerekmektedir. Tütün kontrolünde ilk hedefler olarak sigarayı bırakmak isteyen insanların %20 artırılması ve isteyen insanların bırakma hızınının %10 artırılması önerilmektedir (45).

SİGARA KULLANIMININ SAĞLIĞA ETKİLERİ

Sigara içenler içmeyenlere göre daha fazla hastalanırlar. Sigara içen kişiler bir takım akut ve kronik hastalıktan dolayı daha fazla günlük aktivite kaybı ve daha fazla yatalak gün geçirirler. Okul ve iş devamsızlığı diğer insanlara göre daha fazladır. Ergenlik döneminde sigaraya başlayan kişilerde beklenen yaşam süresi içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (46). Sigara akciğer kanseri, KOAH, ve periferik aterosklerozun başlıca nedenidir.

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bunlar peribronşiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyettir. İşlevsel bozukluklar solunarak alınan maddelerin temizlenmesinde bozulma, patojen adherensinde artış, anormal vasküler ve epitelial geçirgenlik artışıdır (47).

Sigara içenlerde birçok solunum işlev bozukluğu geliştiği saptanmıştır Genel olarak sigara içenlerin FEV1 değerleri daha düşük, FEV1 azalma hızı daha fazladır. Bu her iki etki de doz yanıt ilişkisi gösterir ve kadında erkeğe göre daha dramatiktir. Bu bulguların orta yaşlı bir bireyde gösterilmesi ciddi KOAH riskinin en önemli göstergelerinden birisi kabul edilmektedir Solunumsal yakınmalar sigara içicilerinde belirgin şekilde artmıştır. Kronik öksürük, balgam, hırıltı ve dispne ile sigara kullanımı arasında doz-yanıt ilişkisi vardır. Hava yolu epitelinde siliyer kayıp, müköz bez hipertrofisi, goblet hücre sayısında artış ve geçirgenlik artışı bu semptomlardan sorumlu olan değişikliklerdir (48).

Sigara içimi KOAH için esas risk faktörüdür. KOAH ve sigara arasında doğrudan doz-yanıt ilişkisi vardır. Sonuç olarak sigara içenlerde içmeyenlere göre KOAH, pnömoni ve gripten ölümler belirgin şekilde fazladır (49).

1964'teki Amerikan Sağlık Dairesi Surgeon General'in raporu ilk kez resmi olarak, sigara içiminin akciğer kanseri ile nedensel ilişkisini bildirmiştir (17). Bundan sonra yapılan çalışmalarda da inkar edilemeyecek şekilde sigaranın akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri (epidermoid, küçük hücreli, büyük hücreli ve adenokarsinom) için hem erkekte, hem kadında başlıca neden olduğu kanıtlanmıştır (50). Ülkemizde yılda 20.000-40.000 arasında akciğer kanserine bağlı ölüm olabileceği tahmin edilmektedir (51).

Yakın zamanlara kadar akciğer kanseri prevalansı erkekte stabil kalırken kadında dramatik bir şekilde artmaya devam etmektedir. Halen ABD'de akciğer kanseri kadınlarda da en önemli kanser ölümü nedenidir. Epidemiyolojik çalışmalar sigara ile birçok kanser türünün (örneğin, ağız boşluğu, larinks, özofagus, mesane, böbrek, pankreas, mide ve serviks) ilişkili olduğunu göstermektedir (49).

Birçok prospektif çalışma hem kadın hem erkek sigara içicilerinde miyokard enfarktüsü ve koroner arter hastalığına (KAH) bağlı ani ölüm risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (49). Sigara içenlerde koroner arter hastalığı insidansı 2-4 kat fazladır. KAH'dan ölüm riski günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Ayrıca sigara, KAH'nın hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (49).

Mide veya duodenum ülserleri ya da Crohn hastalığı gelişme riski sigara içme ile artar (52,53). Sigara içmeyi bırakan hastalarda bu hastalıkların prognozu, bırakmayanlarla karşılaştırıldığında düzelmektedir. Buna karşılık ülseratif kolitte sigara içmenin koruyucu etkisi vardır (54).

Gebeliği sırasında sigara içen annelerin bebekleri ortalama 200-250 gr daha hafiftir ve erken doğma olasılıkları daha yüksektir. Bundan başka, ölü doğum, doğum sonrası ölüm ve ani bebek ölüm sendromu riski sigara içen anne bebeklerinde daha yüksektir (55). Sigara içmeyenlere göre içen kadınların kısırlık riski daha fazladır ve daha geç gebe kalmaktadırlar. Sigara içen bayanların amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz riskleri daha fazladır. Sigara içen kadınlarda ortalama olarak 1-2 yıl daha erken menopoz ortaya çıkmaktadır. Menopozdaki sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır. Sigara içimi yüzde erken yaşta kırışıklıklar oluşmasıyla ve erkeklerde seksüel disfonksiyonla da ilişkilidir (49).

Pasif sigara içimi, içmeyen kişilerin sigara içilen bir ortamda istemsiz olarak tütünün yanma ürünlerine maruz kalması olarak tanımlanmaktadır. Sigara sadece içen kişiye değil aynı zamanda onun sigara dumanına maruz kalan kişilere de ciddi zararlar vermektedir. Çevresel sigara dumanına (ÇSD) maruziyet içmeyen insanlarda ölüm ve bazı hastalıklara yol açmaktadır. ÇSD erişkinlerde koroner arter hastalığı, akciğer kanseri, nazal sinus kanseri, non-malign akciğer kanseri, inmeler, meme kanseri, servikal kanser ve düşüklere, çocuklarda da ani bebek ölümü sendromu, fetal büyüme geriliği, bronşit, pnömoni, otit media, davranış ve biliş üzerine olumsuz etki, astım oluşumu, kistik fibrozis alevlenmelerine neden olmaktadır (56). Aynı zamanda ÇSD'nin astım prevalansının artmasına yol açtığı gösterilmiştir. İlk kez 1981'de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiş ve bu birçok çalışma ile teyid edilmiştir (57). Dünya genelinde her yıl 600.000 insan başkasının dumanından ölmekteyken bu sayı ülkemizde 8750 kişidir (57).

Çevresel sigara dumanı, başlıca yan dumandan ve daha az oranda ikinci el ana dumandan oluşur. Aslında bilinen 4000 madde ve bilinen 50 karsinojen madde yan dumanda ana dumandan daha fazla miktarda bulunmaktadır (58).

İstemsiz sigara dumanı maruziyeti ile KAH riski arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma içicilerle aynı evde yaşayan içmeyenlerin riskinin %20-50 daha fazla olduğunu göstermiştir (59). Dahası birçok çalışmada maruziyet dozu-yanıt ilişkisi de gösterilmiştir. Amerikan Kalp Birliği 1,2 kat daha az bir risk bile olsa ÇSD maruziyetine bağlı olarak yılda 30.000-40.000 fazladan kalp hastasının ortaya çıktığını bildirmiştir (59).

Ev içinde ÇSD'na maruz kalan çocuklarla ilgili çalışmalar solunumsal hastalık riskinin belirgin derecede arttığını göstermiştir. Maternal sigaraya maruz kalan yenidoğanlarda yaşamın ilk 2 yılında pnömoni, bronşiolit ve bronşit gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır. Babanın sigara içimi ve ev içindeki toplam içici sayısı da riski artırmaktadır (58). Çevresel Kirlilik Ajansı (Environmental Pollution Agency, EPA) raporuna göre ÇSD, ABD'de her yıl, 18 ay ve daha küçük bebeklerde 150.000-300.000 fazladan alt solunum yolu hastalığına yol açmaktadır (58). Öksürük, balgam ve hırıltı anne babaları sigara içen çocuklarda daha sıktır. Pasif sigara ile çocukluk astımı arasında ilişki vardır (42). İngiltere'de her yıl 17.000 çocuğun ÇSD nedeniyle hastanelere yatırıldığı bildirilmektedir (42). Çevresel sigara dumanının en önemli zararları çocuk ve gebelerdir. Çocukların akciğer fonksiyonlarının gelişim hızını düşürür. İçicilerin evlerinde yaşayan çocuklarda bronş duyarlılığı artmıştır (60). Ülkemizde yapılan çalışmalar ilkökul çocuklarının her $\frac{3}{4}$ 'ünün pasif içici olduğunu ve bu çocukların idrarlarında ölçülen kotinin düzeylerinin, günde 6 adet sigara içen erişkindeki miktara eşit olduğu bulunmuştur (61).

SİGARANIN BIRAKILMASININ SAĞLIK AÇISINDAN YARARLARI

Yaklaşık on yıl ve üstünde sigara içen kişilerde, ölüm, hastalık ve sakatlık oranları sigara içmeyen kişilere göre önemli ölçüde daha yüksektir. Fakat sigaranın bırakılmasıyla sigaraya bağlı istenmeyen etkilerin büyük bir kısmı ortadan kalkmakta ya da azalmaktadır. Sigaranın genç yaşta bırakılması en fazla yararı sağlarken, orta yaşlarda bırakılması bile fazla riskin çoğunu ortadan kaldırmaktadır. Sigarayı bıraktıktan 15 yıl sonra ölüm riski, hiç sigara içmemiş kişilerinkine eşdeğer olmaktadır (62).

Sigara kullanımının önlenmesi KOAH'ın bütün evrelerinde en temel yaklaşımdır. Ayrıca akciğer fonksiyon kaybındaki hızlanmanın azaltılmasında etkili tek tedavi sigaranın bırakılmasıdır. Bu düzelmenin sigara ne kadar erken bırakılırsa o kadar belirgin olacağı açıktır (63). Sigara bırakıldıktan sonra akciğer kanseri gelişme riski 5 yılda %50, 10 yılda %80

oranında azalmaktadır (64). Gelecekte akciğer kanseri insidansı azalacaksa bu sigara ile mücadelede, özellikle çocuklar ve gençler arasında sigaranın yaygınlığının azaltılması ile başarılabacaktır (61).

Sigaranın bırakılmasından sonra bir yıl içinde sigaraya bağı koroner kalp hastalığı riski yarıya inmekte ve 15 yıl sonra sigara içmeyenlerdeki risk ile eşitlenmektedir (62). Sigaraya bağı inme riskide sigaranın bırakılmasından sonra 5-15 yıl içinde sigara içmeyenlerdeki düzeye döner. Periferik damar hastalıklarının prognozu da sigaranın bırakılmasıyla önemli ölçüde düzelmektedir (62). Sigarayı bıraktan sonra 1 yıl içinde Crohn hastalığının seyri sigara içmeyenlerdekine benzer şekilde daha selim olmaktadır (65). Sigaranın bırakılmasından sonra 5 yıl içinde, ösefagus ve pankreas kanseri riski azalmaktadır (62). Gebelikte sigaranın bırakılması fetal gelişme geriliği, erken doğum ve perinatal mortalite gibi olumsuz sonuçların azalmasında en etkili yöntem olarak değerlendirilmektedir (43).

SİGARA BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİSİ

Sigara kullanımı, deneme dönemi dışında, belirli bir düzenle her gün tekrarlanan bir madde kullanımudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases - ICD 10) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanı ve İstatistik El Kitabı (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual - DSM-IV) sınıflandırmalarında hastalık olarak tanımlanmış ve kodlanmıştır (66). Sigara içen kişilerin çoğunda nikotin bağımlılığı gelişir. Bağımlı olarak sınıflanan kişilerde her koşulda sigara içme isteği vardır, davranışları sigara içip içmemelerinden etkilenir ve zarar gördüklerini bilmelerine rağmen sigara içmeden duramazlar (66-68).

Tütün içinde bulunan nikotin maddesi ile bağımlılığa neden olur. Bağımlılık deneysel olarak hayvanlarda da gösterildiği üzere santral sinir sistemindeki nikotin reseptörleri üzerine etki ile gelişir. Nikotin emildikten sonra hızla beyne gider. Santral sinir sistemindeki etkisi eroin veya kokain gibi maddelere benzer mekanizmalarla olur. Beyinde norepinefrin ve dopamin düzeylerini direkt olarak yükselterek, stimulan ve öforik etki oluşturduğu ve bu etkilerin de doza bağı olarak değişiklik gösterdiği belirtilmiştir Zihinsel işlevleri hızlandırabilir, anksiyeteyi yatıştırır, el becerilerini iyileştirir, kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar ve bütün bu nedenlerle kullanan kişiyi sürekli olarak nikotin arayışına sokar (66-68). Ayrıca nikotin açlık hissini ve yiyecek alımını azaltır, metabolik hızı artırır. Nikotinin farmakolojik etkileri alınan alınan sigara dumanının niteliksel ve niceliksel özelliklerine bağıdır (69). İçici ihtiyacı olan bu dozu günlük içtiği sigara sayısı, dumanı soluma derinliği ve bir sigaradan aldığı nefeslerin sıklığı ile ayarlar (68).

Sigara bağımlılığı nikotinin farmakolojik etkilerinin yanında, öğrenilmiş yada şartlanılmış davranışlar, kişilik yapısı ve sosyal etkilerle de ilişkilidir. Alınan maddenin pekiştirici farmakolojik etkilerinin belli duygu durumu veya çevresel faktörlerle ilişkilendirilmesi şartlanmadır. Örneğin pek çok insan sigarayı belli durumlarda (yemek sonrası, çayla, alkolle beraber) içer. Şartlanma mekanizmasının sigara bağımlılığında önemli olduğu düşünülmektedir (70). Sigaraya başlama yaşının genelde adolesan dönemde olması, bu dönemde özellikle depresif duygu durumu, okul başarısında azalma, düşük benlik algısı ve başkaldırma-isyankarlık tablolarının sıklıkla görülebilmesi de sigara bağımlılığında kişilik yapısı ve sosyal etkilerin önemini göstermektedir (71).

Günlük içilen sigara sayısının artışı ile nikotin bağımlılığı belirtileri de artar. Nikotinin etkilerine karşı zamanla tolerans gelişse de bu bütün etkileri kapsamaz. Kullanıcıdaki nikotinic asetikolinergic reseptörlerin sayısı nikotine maruz kaldıkça artar. Santral sinir sistemi dışında da nikotinic reseptörler vardır. Nikotinin kana geçmesiyle birlikte bu periferik reseptörler aktive olur; vazokonstriksiyon ve kalp atım sayısında artış izlenir. Nikotinic reseptörlerin sayısal artışı uzun süreli olabilir (66,67).

Nikotinin bağımlılığı ve sigara bırakılmasında oluşan nikotin yoksunluk belirtileri bırakmayı güçleştiren engellerdir. İçici sigarayı bıraktığında nikotinin olumlu etkilerini kaybeder, onun yoksunluğuna bağlı sıkıntılar yaşar (66-68). Sigarayı bırakma sonrası ortaya çıkan belirtileri inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır; ortaya çıkan yoksunluk belirtileri çoğunda aynıdır. Bunlar arasında sigara arama davranışı, irritabilite, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, bradikardi, sabırsızlık, somatik yakınmalar, insomni, açlık hissinde ve yemek yemede artışa bağlı kilo alımıdır (72).

Yoksunluk belirtileri sigarayı bırakmayı takip eden 1-3. günlerde en şiddetli düzeye ulaşır, 3-4. haftalarda sonlanır. Ancak sigarayı bırakanların %40'ında 4 haftadan uzun sürdüğü bildirilmiştir (71). Sigara içmek için şiddetli istek duyma ve kilo alımı gibi yakınmalar 6 ay veya daha uzun sürebilmektedir. Majör depresyonu veya anksiyete bozukluğu olanlarda yoksunluk belirtileri daha belirgin olur. Özellikle majör depresyon öyküsü bulunanlarda sigara bırakılmasının neden olduğu depresif belirtiler daha şiddetlidir (73).

Sigara bir alışkanlık değil tedavisi olan bir hastalık ve bağımlılıktır. Bütün hekimlerin hastalarını bu ölümcül maddeden uzak tutmak ve bu hastalığı tedavi etmek için çaba göstermeleri gerekir. Nikotin bağımlılığı hastalara, ailelerine ve sağlık sistemine çok büyük yüküdür. Sigara içenlerin %70'i sigara bırakmayı bırakmak istemektedir ve yaklaşık yarısı her yıl bırakmaya çalışmaktadır. Ancak %7,9'u yardım almaksızın bırakabilmektedir. Hekim

tavsiyesi bu oranı %10,2'ye çıkarmaktadır. Son yıllarda yayınlanan uzlaşi raporları sigara bıraktırmada medikal tedavi ve sigara bırakırma polikliniklerine vurgu yapmaktadır. Bu tarz desteklerle sigara bırakma oranı %35'lere çıkabilmektedir (74). Aile hekimliği ofisleri, bir sigara bıraktırma polikliniği gibi hizmet verebilmelidir. Sigara Kullanımı ve Bağımlılığı Klinik Pratik Rehber Paneli tüm klinik ortamlara uyarlanabilecek beş aşamalı eylem önermektedir (75,76).

- 1- Sor
- 2- Öner
- 3- Değerlendir
- 4- Yardımcı Ol
- 5- Düzenle

Sor

Poliklinik düzeyinde her hastanın her muayeneye gelişinde sigara içme durumu sorgulanmalıdır. Sigara kullanımına ait bilgiler hastanın dosyasına net olarak kayıt edilmelidir. Sigara dışında geleneksel tütün tipleri (pipo, puro, nargile) kullanımını da içeren kapsamlı bir tütün kullanım değerlendirmesi yapılmalı, bu yaklaşım tüm hastalar için sistematik olarak uygulanmalıdır.

Öner

Açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir yaklaşımla her sigara içene acilen bırakması önerilmelidir. Ofisteki doktor ve diğer çalışanlar sigara kullanıcılarını bırakma konusunda özendirici olmalıdır. Uygun olduğunda o anki sağlık problemi ile sigara kullanımı ilişkilendirilmelidir.

Değerlendir

Her hasta değerlendirildiğinde sigara bırakmanın aşamalarından herhangi birinde bulunur.

Bırakmanın düşünülmediği aşama: Halen sigara içmekte olup izleyen 6 ay içinde bırakmayı düşünmeyen hastalar bu aşamadadır. Bu aşamadaki hastanın bırakmaya ilgisi sağlanmaya çalışılmalı ve motivasyonel yaklaşılmalıdır. Doktorun kısa yorumları hastanın bir üst evreye geçmesinde yardımcı olabilir. Bırakmayı düşünmeyenlere bırakmayı düşünmeleri durumunda çabasına destek olunacağı ifade edilmelidir. Sigara bırakmanın düşünülmediği

aşamadaki hastalar içinde sistematik bir yaklaşım geliştirilmelidir. Bu sistemik yaklaşım 5 aşamadan oluşur (76):

1. İlişkilendirmek: Sigara bırakmanın kişinin kendisi ile ilgili bir konu olduğu belirtilmelidir. Mümkün olduğunca özgül olarak sigara bırakmanın o kişi için neden önemli olduğu ortaya konmaya çalışılmalıdır. En fazla motivasyon hastanın hastalık veya risk durumu, aile veya sosyal durumu, sağlık kaygıları, yaş, cins ve diğer önemli kişisel özellikleri kullanılarak sağlanır.

2. Riskler: Sigaranın olumsuz etkileri konusunda hastaya bilgi verilmelidir. Bu olumsuz etkilerden hastayla ilgili olanı üzerinde vurgu yapılmalıdır. Ancak burada meydan okumadan kaçınılmalıdır ve empatik bir yaklaşım geliştirilmelidir.

3. Ödüller: Bırakmanın yararlarının hastaya sorularak belirtilmesi gerekir. Bunlardan hastanın durumu ile en ilişkili olabileceklerin üzerinde özellikle durulmalıdır.

4. Engeller: Hekim sigara bırakmanın önündeki engelleri hastayla birlikte saptamalıdır ve bu engelleri ortadan kaldıracak tedavi yöntemleri ve diğer girişimler hakkında hasta bilgilendirilmelidir.

5. Yineleme: “Motivasyon artırıcı görüşme” olarak adlandırılan bu girişim hastayla her görüşmede tekrarlanmalıdır. Daha önceki denemelerinde başarısız olanlara çoğu kişinin birkaç denemeden sonra sigarayı bırakabildikleri söylenmelidir. Öncelikle hasta “bırakmanın düşünülmesi” aşamasına getirilmelidir.

Bırakmanın düşünülmesi aşaması: İlerideki 1 ay içinde bırakmayı düşünmeyen ayrıca geçmiş yıl içinde bırakma denemesinde bulunmamış olan ancak ilerideki 6 içinde sigarayı bırakmayı düşünenleri kapsar. Bu hastaların sigarayı bırakma aşamasına geçmesi amaçlanır. Sigarayı bırakmakla ilgili olumlu ve olumsuz düşünceleri değerlendirilmeli, olumlu düşünceleri desteklenmelidir.

Bırakma hazırlığı aşaması: Halen sigara içmekte olup izleyen bir ay içinde bırakmaya niyetlenenler ile geçen bir yıl içinde bırakma denemesinde bulunmuş olanları kapsar.

Bırakmanın denenmesi aşaması: Sigarayı bırakalı henüz 6 ay olmamış olanlar bırakmanın denenmesi aşamasındadır.

Bırakmanın sürdürülmesi aşaması: Sigarayı bırakalı 6 aydan daha fazla zaman geçmiş olanlar bırakmayı sürdürme aşamasındadırlar.

Yardımcı Ol

Hasta sigarayı bırakmaya karar verdiğiğinde bırakma hazırlığı yapılmalıdır. Sigara bırakma nedenleri, sigaranın hayatındaki rolü, sigara kullanım şekli ve tetikleyen faktörler belirlenmeli ve kaydedilmelidir.

Kritik ilk birkaç haftada, nikotin yoksunluğu semptomlarını da içeren belirtilerin olabileceği ve bunlara göğüs germesi gerektiği ifade edilmeli ve daha önce bırakma denemesinde bulunmuş ise başarı ve başarısızlık nedenleri irdelenmelidir. Sosyal destek sağlanmalı, fiziksel ve psikolojik yoksunluk semptomlarıyla nasıl başedilebileceği konusunda bilgi verilmelidir. Hastanın yardımcı tıbbi tedavi seçimine yardımcı olunmalıdır. Hekim sigarayı bırakması için hasta ile beraber plan yapmalıdır. Bırakma günü tayin edilmeli ve mümkünse bu hasta için özel bir gün olmalıdır. Hastanın ailesi ve arkadaşları bu günü bilmeli ve ona destek olmalıdır. Gerekirse destekleyici grup programlarına katılması sağlanmalıdır. Sigarayı bırakmadan önce çevre hazırlanmalı; sigarayı hatırlatan nesnelere ortamdan uzaklaştırılmalı ve yanında sigara içilmemelidir. İhtiyaç varsa nikotin replasman tedavisi verilmelidir. Nikotin replasmanı sigarayı bırakma gününde başlamalıdır. Bupropion tedavisi düşünülüyorsa bırakma gününden 2 hafta önce başlanmalıdır.

Düzenle

Bırakma tarihinden sonrası için bir takip çizelgesi çıkarılmalı ve bırakma tarihinden sonra yakın zamanda, tercihen bir hafta içinde bir görüşme yapılmalıdır. İkinci görüşme bir ay içinde olmalı ve ondan sonra hastanın durumuna göre randevular ayarlanmalıdır. Hastaların istedikleri zaman polikliniğe ya da hekime telefonla ulaşabilmeleri sağlanmalı ve ilk hafta içinde hasta telefonla aranarak motivasyonu artırılmalıdır. Takiplerde, hasta eğer sigara bırakmayı sürdürüyorsa başarı tebrik edilmelidir. Sigara içtiyse şartlar gözden geçirilmeli, tam bırakmaya yöneltilmelidir. Hastaya bunun öğrenmek için bir deneyim olduğu söylenmeli ve bırakmanın tekrar denenmesi gerektiği ifade edilmelidir. Daha yoğun bir tedavi kullanımı düşünülmelidir.

Sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından biri farmakoterapi, diğeri ise bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisidir. Her iki yöntem de tek başına etkili olup, iki yöntem birlikte uygulandığı zaman bırakma oranlarını artırmaktadır. Tedavinin başarısı, yoğunluğu ile doğru orantılıdır. Hastalar herhangi bir nedenle polikliniğe başvurduklarında hekimin kısa süreli görüşmesi bile sigarayı bırakmak için motivasyon sağlamaktadır (74)

Sigaranın bırakılmasına yönelik davranışçı girişimlerin çoğu etkilidir ve standart tıbbi uygulamaların bir parçası olarak uygulanmalıdır. Girişimler kısa önerilerden özel personel tarafından yürütülen kapsamlı programlara dek değişmektedir (78).

Kısa girişimler; tüm sağlık görevlilerinin ve sağlık hizmeti sunmak için oluşturulan sistemlerin her zaman, sigara içen kişileri belirlemesi ve sigara içme durumlarını belgelemesiyle başlar. Sigara tiryakilerinin etkin bir şekilde belirlenmesinden sonra sağlık görevlilerinin yapacağı 3-5 dakikalık kısa öneriler sigarayı bırakma oranının artırılmasında etkilidir (78).

Yinelenen girişimlerin sigaradan uzak durulmasını sağlayacağı varsayımıyla hekimlerin, sağlık sorunları nedeniyle başvuran sigara tiryakilerine her seferinde sigarayı bırakmayı tavsiye etmelerinin yerinde olacağı düşünülmektedir. Sigarayı bırakmaya çalışan hastaların hekim tarafından izlenmesinin sigarayı bırakma oranını iki katına çıkarabileceği gösterilmiştir (79).

Davranışçı bireysel ve grup tedavileri; sigarayı bırakma konusunda uzman danışmanlar tarafından yürütülen programlardır ve ister bireysel ister grup bazında olsun, sigarayı bırakma oranlarının artırılmasında etkili olan bir başka yoldur (80). Davranış tedavisi oldukça kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir ve bu tür programlara katılmaya istekli sigara tiryakileri için bir yıl sonra ortalama %20 olduğu düşünülen sigarayı bırakma oranları %10-30'dur .Sigara tiryakileri etkinlik sağlama gereğiyle çoğunlukla gruplar halinde tedavi edilmektedir ve grup üyelerinin birbirini teşvik etmek üzere baskı uygulayabileceği düşünülmektedir. Başarı oranları ve yüz yüze yapılan seansların sayısı ve sigara tiryakisi ile hekim arasındaki toplam temas süresi arasında bir doz yanıt ilişkisi vardır. Bununla birlikte seansların optimum sayısı ve süresi bilinmemektedir. Genellikle bir hafta arayla yapılan 10-30 dakikalık 4-8 seanstan oluşmaktadır (80).

Kendi kendine yardım materyalleri, davranışçı girişim yöntemlerine yardım ya da aracılık eden broşürler ve el kitapları, radyo-videoteypler ve bilgisayar programlarını kapsar. Bu yöntemler, bir terapistin yaptığı girişimlerle karşılaştırıldığında çok daha fazla sayıda kişiye ulaşabilir. Bu materyaller sigarayı bırakan insanların sayısında küçük bir artış sağlayabilirse de, başlıca önemleri klinisyenin tavsiyelerine yardımcı olmalarıdır. Kendi kendine yardım materyallerinin, destek sağlamaksızın etkili olduğunu düşündüren kanıtlar kısıtlıdır (81).

Davranışçı tedavilere ek olarak, sağlık görevlilerinin verdiği tedavi içi destek biçiminde ve aileden, arkadaşlardan ve toplumun diğer üyelerinden gelen motivasyon desteği de sigara tiryakilerinin sigarayı bırakmasına yardımcı olmaktadır. Sigaranın bırakılmasını

teşvik etmek amacıyla bilgisayar aracılığı ile oluşturulmuş mektuplar gönderilmesinin etkili bir yöntem olduğu görülmüştür. Egzersizin sigarayı bırakmaya yardımcı olduğuna ilişkin bazı kanıtlar mevcuttur. Sigaranın bırakılmasında potansiyel yardımcı yöntemler olarak akupunktur ve hipnozun etkinliği tartışmalıdır (82).

Bağımlı bir kişide sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (83). Bu durum sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin başarısızlığında en önemli rolü oynamaktadır. Bugüne kadar geliştirilen farmakoterapi yöntemlerinde hedef, nikotin yoksunluğunu ve yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan ve TC. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan İlaç Kurumu (FDA) onaylı iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır; nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi (bupropion hidroklorid) (84).

Nikotin replasman tedavisi çeşitli yöntemlerle vucuda nikotin sağlayarak, nikotinin kesilmesine bağlı semptomları azaltır ya da ortadan kaldırır ve böylece sigara tiryakilerinin sigarayı daha kolay bırakmasını sağlar. Günümüzde onaylanmış altı NRT formu bulunmaktadır: sakız, bantlar, inhalerler, nazal spreyleyler, dil altı tabletler ve pastiller (82). Nikotin sakızları bu replasman tedavilerinin ilkidir. Transdermal bantlar nikotinin deriden emilimini sağlarken, burun spreyi nikotinin herhangi bir NRT göre daha hızlı verilmesini sağlar. İnhalerler, pastiller ve dil altı tabletleri de ağız mukozasından emilmektedir. Başlangıçta herhangi bir NRT seçilebilir. Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir (82). En çok tercih edilen bant ve sakız kombinasyonudur. Bu kombinasyonda sakızın 2 mg'lık formunun kullanılması tercih edilmektedir (84).

Nikotin replasman tedavisi kullanımı uzun dönemde sigarayı bırakma oranını artırır ve nikotin almaya duyulan isteği ve nikotinin kesilmesine bağlı semptomları ortadan kaldırır (82). Nikotin replasman tedavisinin istenmeyen etkileri lokal reaksiyonlar, özellikle deri bantlarıyla deride iritasyon, spreyle burun mukozasında iritasyondur. Bu reaksiyonlar genellikle tedavinin kesilmesini gerektirmez (83).

Bupropiyon, tütün bağımlılığının tedavisinde etkisi gösterilen ilk non-nikotin tedavisidir. Bir anti depresan olan bupropiyon, sigara içme isteğini azaltmakta ve sigaranın bırakılmasına yardımcı olmaktadır. Bupropiyon sigaranın bırakılmasına bağlı semptomları azaltmakta olup davranışçı ve nikotin bantlarıyla birlikte uygulandığında etkinliği artmaktadır. Günde 10-15'ten fazla sigara içen ve sigarayı bırakmaya teşvik edilen sigara tiryakilerindeki etkinliği kanıtlamıştır (84).

Bupropiyon sigarayı bırakmayı ilk kez deneyecek olan sigara tiryakileri için, NRT'yi tolere edemeyenler yada nikotin içermeyen bir tedavi tercih edenler yada NRT'nin başarısız olduğu kişiler için yararlı bir seçenektir. Bupropiyon genellikle iyi tolere edilmektedir. Endişe, ağız kuruluğu, baş ağrısı, uykusuzluk ve döküntü gibi istenmeyen hafif etkileri vardır. Epilepsi hastalarında ve yeme bozukluğu bulunanlarda kontrendikedir (84).

AİLE HEKİMLİĞİNDE SİGARA

Aile hekimi, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak sağlık hizmeti veren, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Yaş, cinsiyet yada kişinin herhangi bir özelliğine bakmaksızın kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir ve sağlıklı dönemlerde de gereken hizmetleri kişinin tüm hayatını kapsayacak şekilde verir. Eğitimi aldığı birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde çalışarak bireylerin, sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturur. Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir ve sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimliği uzmanı ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır (85).

Sigara içen insanların yaklaşık %70'i yılda birkez sağlık kurumlarını ziyaret eder. Sağlık sistemi ile ilk temas noktası olması nedeniyle aile hekimleri sigara ile mücadelede çok etkin olabilirler. Kendilerine başvuran bütün hastaların öncelikle sigara içme durumunu tespit edip, kişilerin dosyasına kaydedebilir. Sigara içen hastalarının bırakmaları için onları teşvik eder ve bunu hastası sigarayı bırakana kadar her vizitte, hastayı yargılamadan tekrarlar. Bırakmayı düşünen hastaları ile birlikte bırakma planı yapar ve onları bırakmaya hazırlayıp en uygun zamanda da bırakmasını sağlar. Nikotin yoksunluk semptomları ile mücadele için gerekirse nikotin replasman tedavisi verirler. Hizmetin sürekliliği kapsamında sigarayı bırakmış olan hastalarının takibini yapar. Böylece bırakma oranının artmasını sağlarlar. Hizmet verirken yaş ve cinsiyet ayrımı yapmaksızın hizmet verdikleri için çocukların evde pasif sigara içiciliğine maruz kalıp, kalmadıklarını tespit edebilir. Aile ile zaman içinde sürekli ve yakın bir ilişki içerisinde olduğu için sigara konusunda aileyi bilgilendirip, özellikle de pasif içiciliğin önemine vurgu yaparak çocukların sigara dumanına maruz kalmalarını azaltabilirler. Hamile kadınların antenatal bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar doğrudan hizmet sunduğu için hamile kadınların ve bebeğinin sigaranın zararlarından korunmasında etkili olabilirler. Bütüncül, yani biyopsikososyal bir sağlık hizmeti sunduğu için sigara içiminin sosyal boyutu konusunda hastalarını bilgilendirebilir. Kişi merkezli fakat

aile ve toplumsal yönelimli hizmet sunduğu için hem aileni hem de toplumun sigara konusunda eğitime katkıda bulunur. Yine hizmetin nitelikleri arasında ekip hizmeti de vardır. Gerekli olduğu durumlarda hastaların sigarayı bırakmaları konusunda psikiyatrist ve psikologlarla kordineli çalışabilirler. Görüldüğü üzere aile hekimleri sigara ile mücadelenin her aşamasında etkin rol alabilirler.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmanın yürütülmeye başlanmasından önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulu onayı alınmıştır (Ek 1). Çalışmanın yürütülmeye başlanmasından önce Edirne Valiliği ve Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır (Ek 2). Çalışmanın yürütülmesi mali açıdan Trakya Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından TÜBAP-798 numaralı proje kapsamında desteklenmiştir.

Çalışmada veriler, bu çalışma için hazırlanan bir anket kullanılarak toplanmıştır (Ek 3). Anket, toplam 128 soru içermektedir ve öğretmenlerin sigara içme durumları, sigara bırakma davranışlarının aşamaları, nikotin bağımlılığı düzeyleri ve sigara hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri yanında demografik bilgileri, anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri, yaşam kalitesi düzeyleri ve alkol kullanım, durumları sorgulanmaktadır. Anketlerde öğretmenlerin kimlik bilgileri bulunmamaktadır.

Kesitsel tanımlayıcı desendeki çalışmanın evreni Edirne şehir merkezinde bulunan, kamu ve özel ilköğretim ve ortaöğretim kurumlarında çalışan öğretmenlerden oluşmaktadır ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir.

Demografik veriler ile sigara içme ve bırakma davranışlarına ilişkin sorular bu konuda Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileriyle belirlenmiş temel standartlara uygun olarak araştırmacılar tarafından düzenlenmiştir (86). Anksiyete düzeylerinin belirlenmesi için Beck Anksiyete Skalası, depresyon düzeylerinin belirlenmesi için Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği, yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır (87-89). Sigara bırakma davranışlarının aşamaları Prohocka tarafından önerilmiş davranışsal model üzerinden değerlendirilmiştir (90). Nikotin bağımlılık düzeyleri Fagerstorm Nikotin Bağımlılık ölçeği

yardımıyla belirlenmiştir (91). Bilgi soruları doğru-yanlış şeklinde iki seçenekli kurgulanmıştır. Tutum sorularının yanıtları 5'li Likert skala yardımıyla toplanmıştır. Yanıtların analizinde, kesinlikle katılıyorum 2, katılıyorum 1, fikrim yok 0, katılmıyorum -1 ve kesinlikle katılmıyorum yanıtları -2 ile sayısal dönüşüme tabi tutulmuştur. Elde edilen sayısal değişkenler için önerilen yöntem uygun analizler yapılmıştır (92). Elde edilen ortalamalar 1'den büyük olduğunda kesinlikle katılıyorum, 0'dan 1'e kadar olanlar katılıyorum, 0'dan -1'e kadar katılmıyorum ve -1'den küçük olanlar kesinlikle katılmıyorum alanı olarak yorumlanmıştır.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, çalışma evreni dışında kalan, Edirne Lalapaşa ilçesinde çalışan öğretmenler ve Trakya Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu okutmanlarından oluşan 20 kişide deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

Gerekli izinlerin tamamlanmasını takiben anketler öğretmenlere çalışma saatleri içerisinde iletilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılma konusunda zorlama getirilmemiştir ve bu anketlerin giriş sayfasında açıklanmış, katılmak istemeyen öğretmenlerin anketlerini boş teslim edebilecekleri belirtilmiştir. Doldurulan anketler 1-3 günlük bekleme süresinin ardından, anketleri ulaştıran araştırmacı tarafından geri toplanmıştır. Çalışma için gidildiği anda kurumda bulunmayan öğretmenler çalışma harici bırakılmıştır.

Çalışmanın veri toplama aşaması Aralık 2006-Mart 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma evreni 166 özel ve 1417 kamu çalışanı öğretmeni kapsamış, evrenin 1042 kişiden oluşan %65,8'ine ulaşılmıştır.

Verilerin bilgisayar ortamına aktarılmasını takiben istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı veriler sıklık tabloları yardımıyla, sürekli değişkenler merkezilik ve yaygınlık ölçütleriyle tanımlanmışlardır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorof-Smirnof testi ile incelenmiştir. Varilerin analizinde, Pearson Ki-kare, Fisher Exact, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal Wallis testinin anlamlı olduğu durumlarda post-hoc analizler için Dunn testinden yararlanılmıştır. Regresyon modellemesi için lojistik regresyon kullanılmış olup 'geri yönelimli eleme' ile test açıklayıcılığının en yüksek olduğu basamaktaki değişken listesi esas alınmıştır. İstatistik analizlerde Statistica 7.0 paket istatistik programı (Seri No: AXF507C775406FAN2) kullanılmıştır.

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırma sonunda ulaşılan 1042 katılımcıya ait verilerin analizi yapıldı.

Cinsiyetle ilgili soruya cevap veren 1038 (%99,6) katılımcının 459'u (%44,2) erkek, 579'u (%55,8) bayandı. Katılımcıların yaş ortalaması $38,19 \pm 8,34$, ortanca yaş 38 olarak bulundu (en düşük 22, en yüksek 59). Erkeklerin yaş ortalaması ($40,07 \pm 8,37$), bayanların yaş ortalamasından ($36,61 \pm 7,98$) büyüktü (Mann Whitney U=96692,0; $p < 0,001$).

Medeni durum sorusuna cevap veren 1025 (%98,4) katılımcının 178' (%17,4) bekar, 825'ü (%80,5) evli, 22'si (%2,1) duldu. Cinsiyetlere göre medeni durumlar arasında anlamlı fark bulunmaktaydı (Tablo 2).

Tablo 2. Medeni durum ile cinsiyet durumunun karşılaştırılması*

Medeni Durum	Cinsiyet Durumu		Toplam
	Erkek	Kadın	
Evli	384(%85,1)	438(%76,7)	822(%80,4)
Bekar	64(%14,2)	114(%20,0)	178(%17,4)
Dul	3(%0,7)	19(%3,3)	22(%2,2)
Toplam	451(%100)	571(%100)	1022(%100)

* $\chi^2=15,350$; $p < 0,001$

Eşlerinin meslekleriyle ilgili soruya cevap veren 812 katılımcının (%98,8) 103'ünün (%12,7) eşi çalışmıyordu, kalan 709 öğretmenin eşlerinin meslekleri Tablo 3'de verilmiştir. Öğretmenlerin eşleri en sık büro ve eğitim hizmetleri iş grubunda (%26,9) çalışmaktaydılar. Soruyu yanıtlayan 876 kişiden 121'inin (%13,8) çocuğu yoktu. Çocuğu olanların ortalama $1,36 \pm 0,78$, ortanca 1 çocuğu (en az 1, en fazla 5) vardı. Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı ortalama $3,11 \pm 0,99$, ortanca 3 kişiydi (en düşük 1, en yüksek 8).

Tablo 3. Öğretmenlerin eşlerinin mesleği

Meslek	Sıklık	Yüzde (%)
Büro ve eğitim hizmetleri	280	34,5
Kalifiye işçi, serbest meslek	120	14,8
İşsiz, öğrenci, ev hanımı	103	12,7
Memur	94	11,6
Emekli	76	9,4
Yüksek okul mezunları	73	9,0
Silahlı kuvvetler	26	3,1
Hizmet işçileri	14	1,7
Yönetici, iş adamı	13	1,6
Satışla ilgili işler	12	1,5
Üretim işçileri	1	0,1
Toplam	812	100,0

Ailelerin aylık gelirleri ortalama $1988,04 \pm 711,86$ YTL ortanca 2000 (en az 500 YTL; en çok 5000 YTL) bulundu. Kişi başı aylık gelir ise ortalama $714,40 \pm 348,34$ YTL ortanca $666,67$ YTL (en az 167 YTL; en çok 3000 YTL) hesaplandı.

Eğitim durumu hakkındaki soruya cevap veren 1038 (%99,6) katılımcıdan 677'i (%65,2) fakülte mezunu olarak en kalabalık grubu oluşturdu (Tablo 4).

Tablo 4. Öğretmenlerin en son bitirdikleri okul

En Son Bitirilen Okul	Kişi sayısı	Yüzde (%)
Orta okul	2	%0,2
Lise	16	%1,5
Yüksek okul	255	%24,6
Fakülte	677	%65,2
Yüksek lisans	87	%8,4
Doktora	1	%0,1
Toplam	1038	%100,0

Kişilerin çalışma süresi ortalama $15,34 \pm 8,51$ yıl, ortanca 15 yıl (en düşük 1, en yüksek 38 yıl) idi. Cevap veren 1017 (%97,6) kişinin 74'ü (%7,3) özel eğitim kurumlarında çalışmaktaydı.

Soruya yanıt veren 824 (%99,9) öğretmenden 281'inin (%34,1) eşi sigara içmekteydi. Çocuğu sigara içen öğretmen sayısı yanıt veren 748 (%99,1) kişi arasında 63 (%8,0) idi. Erkeklerin eşinin sigara içme oranı (%25,5), kadınların eşlerinin sigara içme oranından (%42,5) düşüktü. ($X^2=26,524$; $p<0,001$). Çocuklarının sigara içme oranları cinsiyetler arasında anlamlı farklı değildi ($X^2=0,150$; $p=0,698$). Ailenin aylık sigara gideri ortalama $106,95 \pm 88,78$ YTL, ortanca 90 YTL (en düşük 5 YTL , en yüksek 750 YTL) bulundu.

Beck anksiyete ölçeği sorularına tam cevap veren 963 (%92,4) kişinin beck anksiyete skoru ortalaması $8,92 \pm 8,71$ (en az 0, en fazla 58) idi. Beck depresyon ölçeği sorularının tamamına yanıt veren 1009 (%96,8) kişinin Beck depresyon skoru ortalaması $2,02 \pm 2,41$ (en düşük 0, en yüksek 14) idi. Kişilerin yaşam kalite ölçeği skoru ortalama $15,00 \pm 1,83$ 'di (en düşük 7,41, en yüksek 19,56).

Cevap veren 1013 (%97,2) öğretmenin 431'i (%42,5) hiç alkol kullanmadığını, 282'si (%27,84) sadece sosyal ortamlarda içtiğini ve 300'ü (%29,6) alkol kullandığını belirtti. Alkol kullanan 297 (%99) öğretmenin 81'i (%27,3) ayda bir defadan az, 134'ü (%45,1) ayda 1-3 kez, 74'ü (%24,9) haftada 1-5 kez ve 8'i de (%2,7) her gün alkol aldıklarını ifade ettiler.

Sigara Hakkında Tutum Ve Davranışlar

Öğretmenlerden soruya yanıt veren 998'inin 906'sı (%95,8) derslerinde sigara ile ilgili bilgi ve mesaj verdiklerini ifade ettiler. Öğrencilerini sigara içerken gördüklerinde

öğretmenlerin büyük bir kısmı nasihatta bulduklarını ve sözel uyardıklarını ifade ettiler. Diğer tutumlar Tablo 5’da yer almaktadır.

Tablo 5. Öğretmenlerin öğrencileri sigara içerken gördüklerindeki tutumları

	Sıklık	Yüzde (%)
Nasihatte bulunurum	691	66,3
Sözel uyarırım	618	59,3
Ailesine haber veririm	286	27,5
Disiplin kuruluna gönderirim	66	6,3
Azarlarım	63	6,1
Hiçbir tepki vermem	18	1,7
Diğer	23	2,2
Toplam *	1042	100

*Bir kişi birden fazla cevap verebilir.

Cevap veren 1009 (%96,8) öğretmenin 537’si (%53,2) okulda başkasının sigara dumanına maruz kaldıklarını ifade etti. Tüm öğretmenler sınıflarda sigara içilmediğini ifade ettiler. Okulda sigara içilen yerler aşağıdaki Tablo 6’da belirtilmiştir.

Tablo 6. Okulda sigara içilen yerler

Okulda Sigara İçilen Yerler	Sıklık	Yüzde
Özel sigara odasında	744	71,4
Öğretmenler odasında	190	18,2
Müdür /Müdür yrd. Odasında	114	10,9
Tuvalette	49	4,7
Kantinde	30	2,9
Okul bahçesinde	27	2,6
Çay ocağı	12	1,2
Hizmetli odası	10	0,9
Koridorda	6	0,6
Diğer	23	2,2
Sınıfta	0	0
Toplam*	1042	100

*Bir kişi birden fazla cevap verebilir

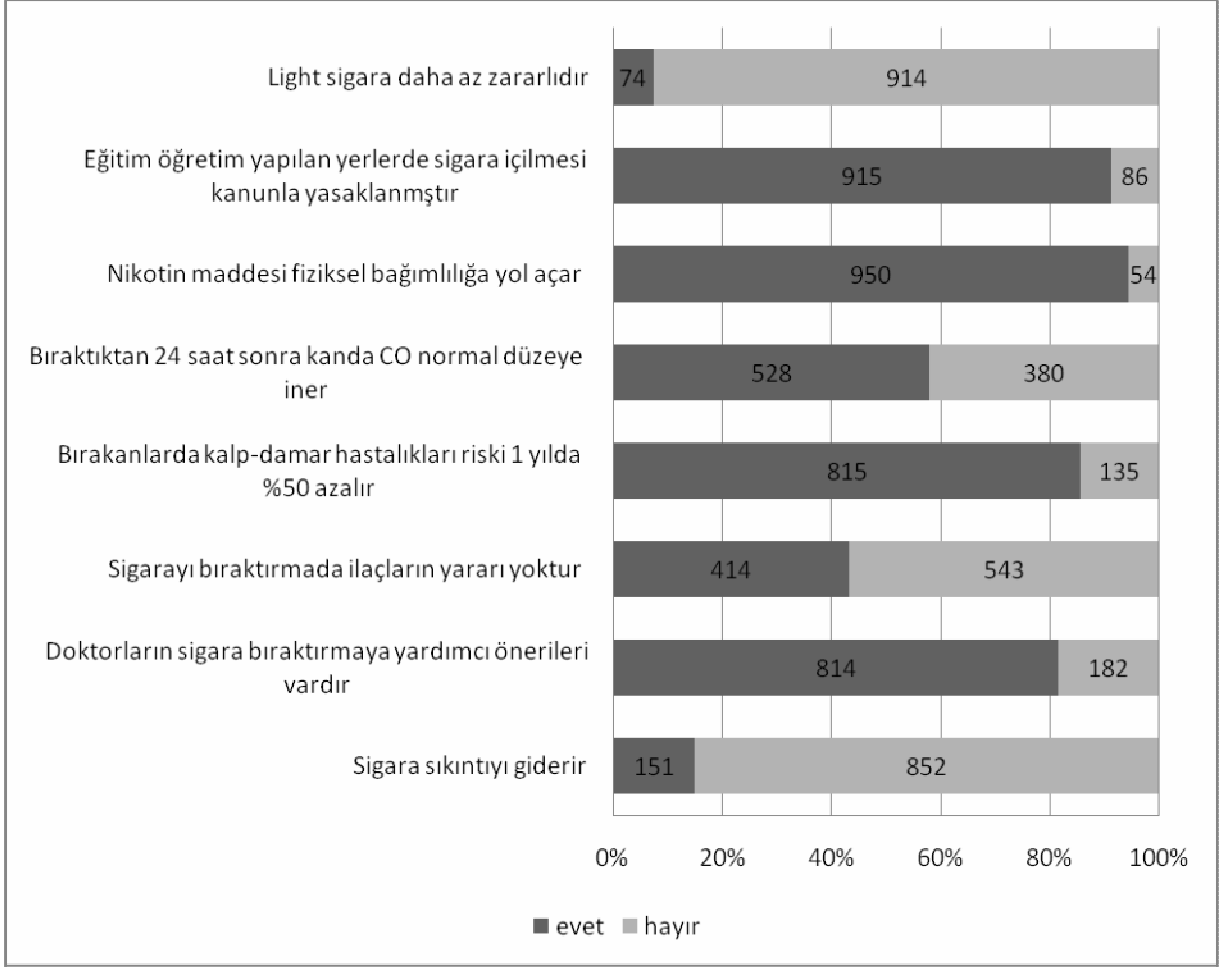
Öğretmenlerin %95'i sigaranın akciğer kanserine neden olduğunu belirtti. Öğretmenlerin sigara ile bağ kurdukları diğer hastalıkların sıklıkları aşağıdaki Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. “Sigara hangi hastalıklara yol açar?” sorusuna verilen yanıtlar

Hastalık	Sıklık	Yüzde
Akciğer kanseri	989	95,0
Kalp-damar hastalıkları	891	85,5
Gırtlak kanseri	872	83,7
Kronik bronşit	673	64,6
Beyin damar hastalığı	623	59,8
Ağız kanseri	620	59,5
Yenidoğan bebek ölümü	489	46,9
Mesane kanseri	293	28,1
Diğer	28	2,7
Toplam*	1042	100

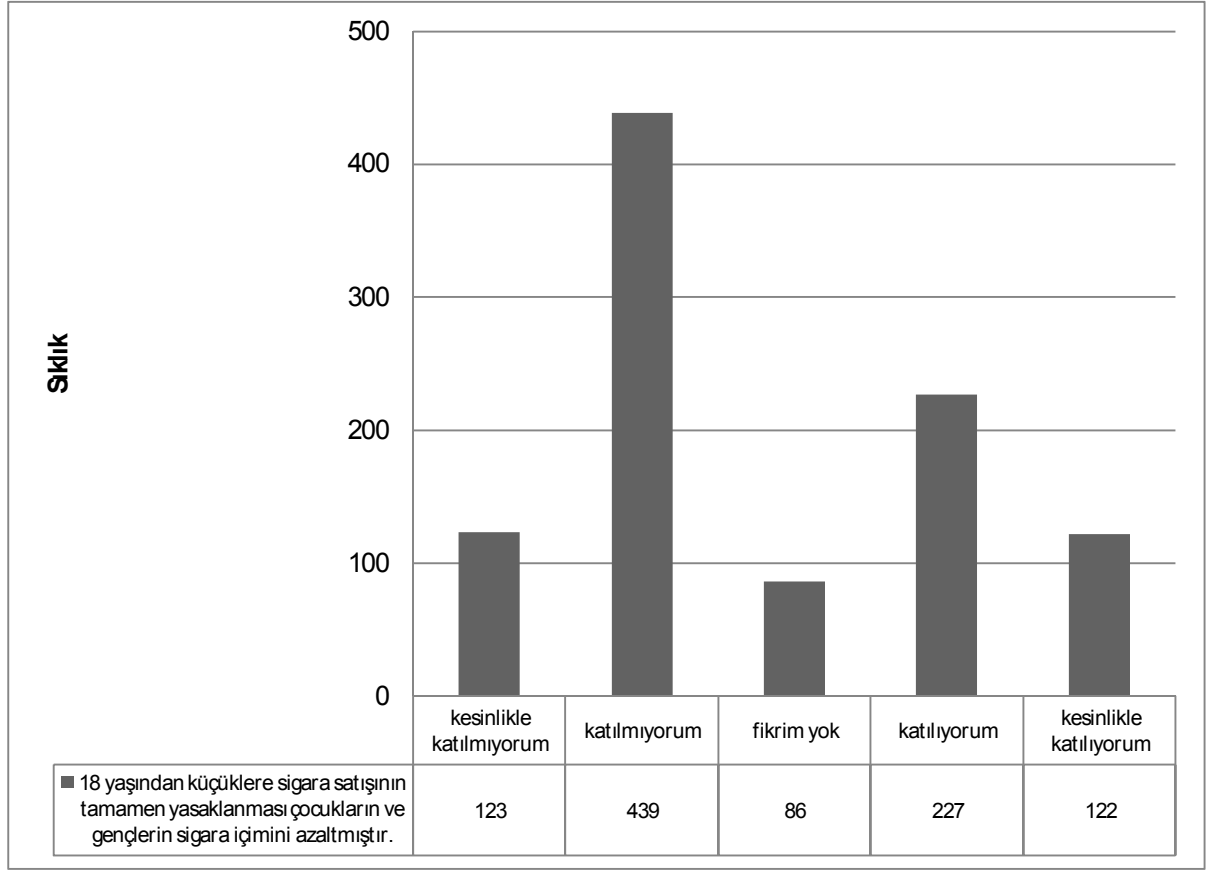
*Bir kişi birden fazla cevap verebilir

Sigara kullanımı hakkındaki çeşitli bilgi sorularının yanıtları Şekil 1'de verilmiştir. Light sigaranın daha az zararlı olmadığını doğru bilen öğretmenlerin oranı %92,5'ti. Eğitim öğretim yapılan yerlerde sigara içilmesinin kanunla yasaklanmış olduğunu öğretmenlerin %91,4'ü doğru biliyordu. Nikotin maddesinin fiziksel bağımlılık yaptığını doğru bilen öğretmenlerin oranı %94,6'ydi. Öğretmenlerin %58,1'i sigarayı bıraktıktan 24 saat sonra kanda karbonmonoksit oranının normal düzeye ineceğini doğru biliyordu. Sigarayı bırakanlarda kalp damar hastalıkları riskinin 1 yılda % 50 azalacağını doğru bilen öğretmenlerin oranı %85,8'ti. Sigarayı bıraktırmada ilaçların yararlı olduğunu bilen öğretmenlerin oranı %56,7, doktorların sigarayı bıraktırmaya yardımcı önerileri olduğunu bilen öğretmenlerin oranı ise %81,7'ydi. Sigaranın sıkıntıyı gidermediğini doğru bilen öğretmenlerin oranı %84,9'du.

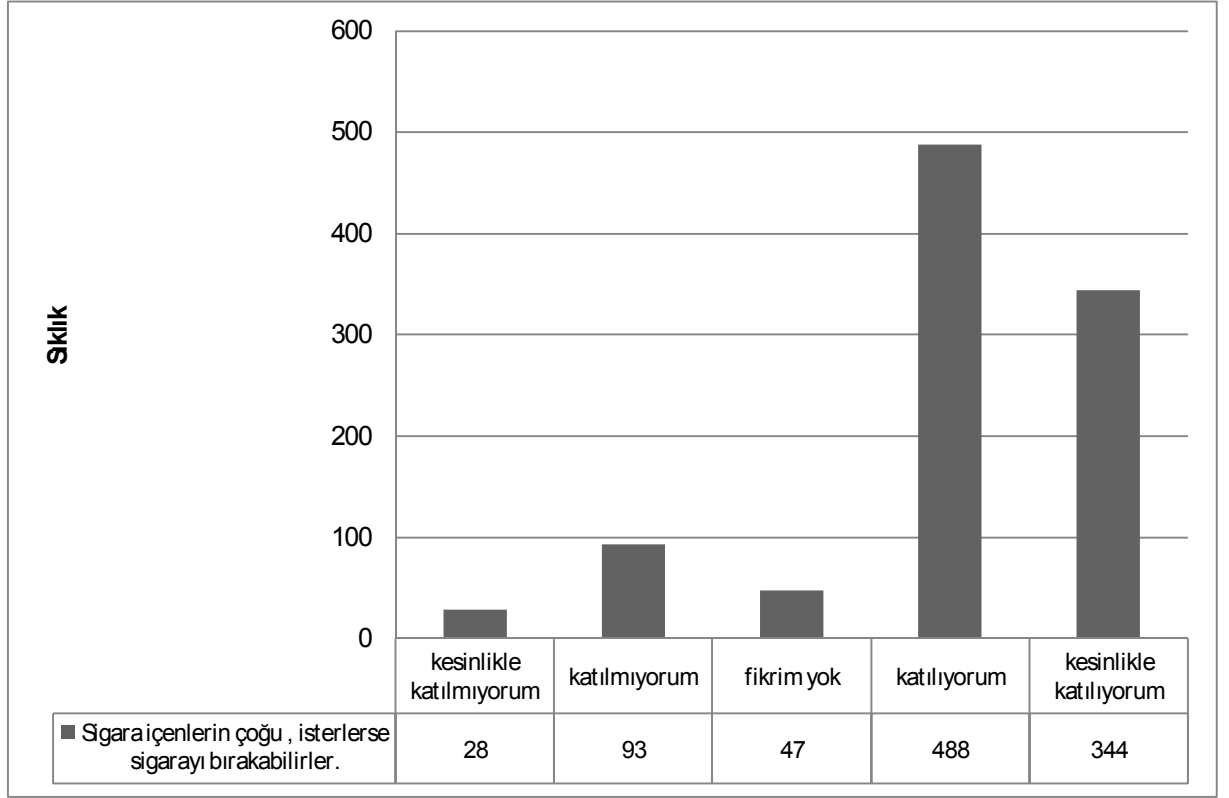


Şekil 1. Öğretmenlerin sigara ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtlar

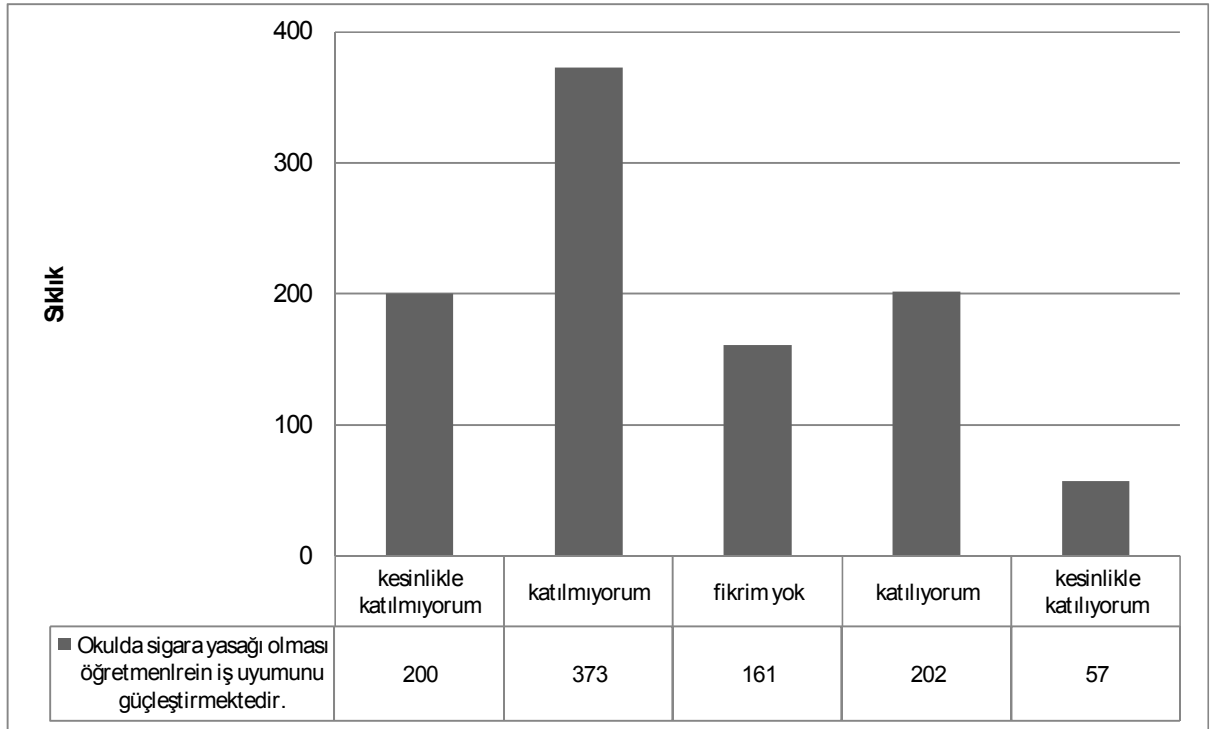
Kişilerin sigara ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik sorulan soruların yanıtları analiz edildiğinde şu sonuçlara ulaşıldı. “18 yaşından küçüklere sigara satışının tamamen yasaklanması çocukların ve gençlerin sigara içimini azaltmıştır” yargısına ait yanıtların dağılımı şekil 2’de verilmiştir. Yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalaması $-0,21 \pm 1,27$ (%95 güven aralığı $-0,29 - -0,14$) idi ve katılmıyorum alanına düşüyordu. “Sigara içenlerin çoğu, isterlerse sigarayı bırakabilirler” yargısına ait yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalaması $1,03 \pm 1,10$ (%95 güven aralığı $0,96 - 1,09$) idi ve kesinlikle katılıyorum alanına düşüyordu (Şekil 3). “Okulda sigara yasağı olması öğretmenlerin iş uyumunu güçleştirmektedir” yargısına ait yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalaması $-0,46 \pm 1,19$ (%95 güven aralığı $-0,53 - -0,39$) idi ve katılmıyorum alanına düşüyordu (Şekil 4).



Şekil 2. “18 yaşından küçükler için sigara satışının tamamen yasaklanması çocukların ve gençlerin sigara içimini azaltmıştır” yargısına ait yanıtların dağılımı

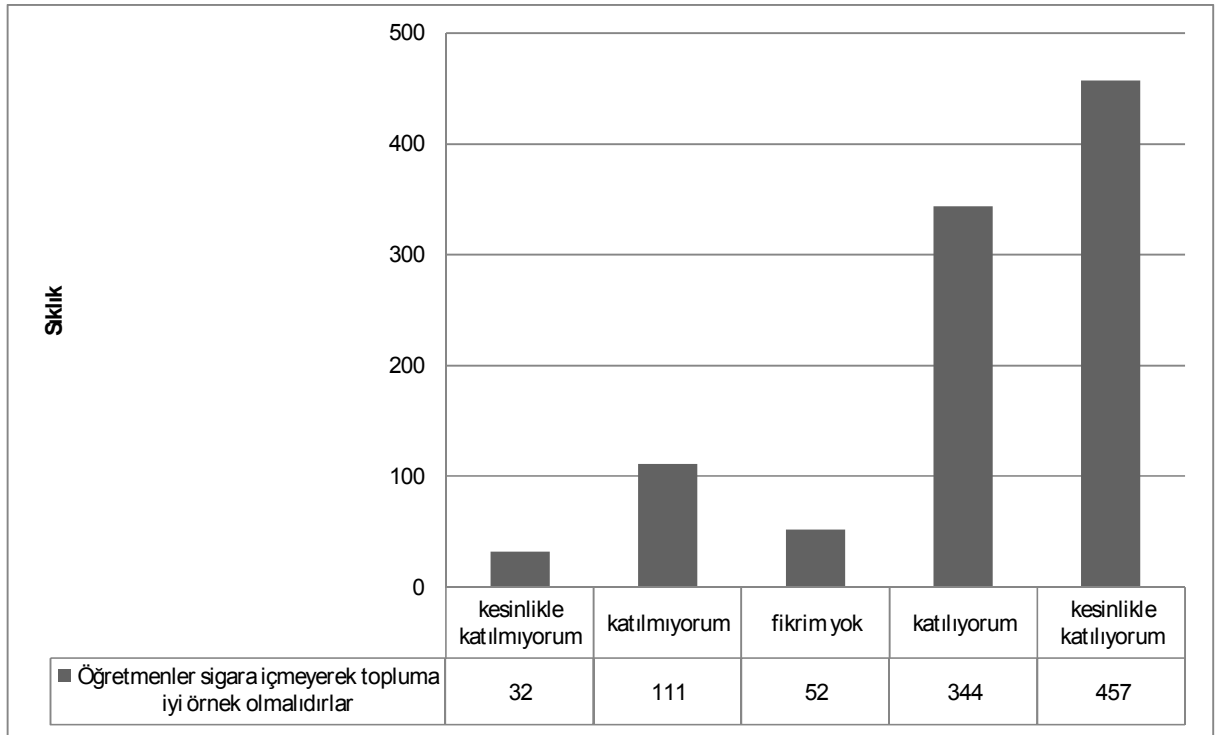


Şekil 3. “Sigara içenlerin çoğu, isterlerse sigarayı bırakabilirler” yargısına ait yanıtların dağılımı

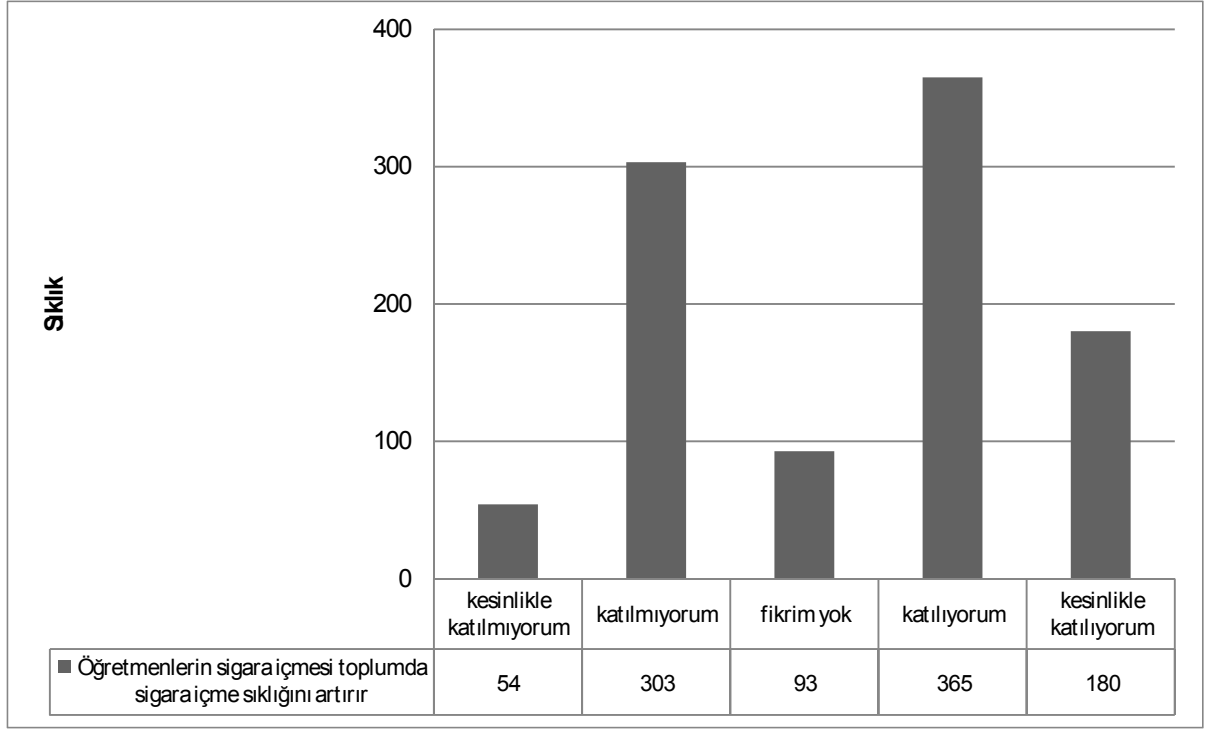


Şekil 4. “Okulda sigara yasağı olması öğretmenlerin iş uyumunu güçleştirmektedir” yargısına ait yanıtların dağılımı

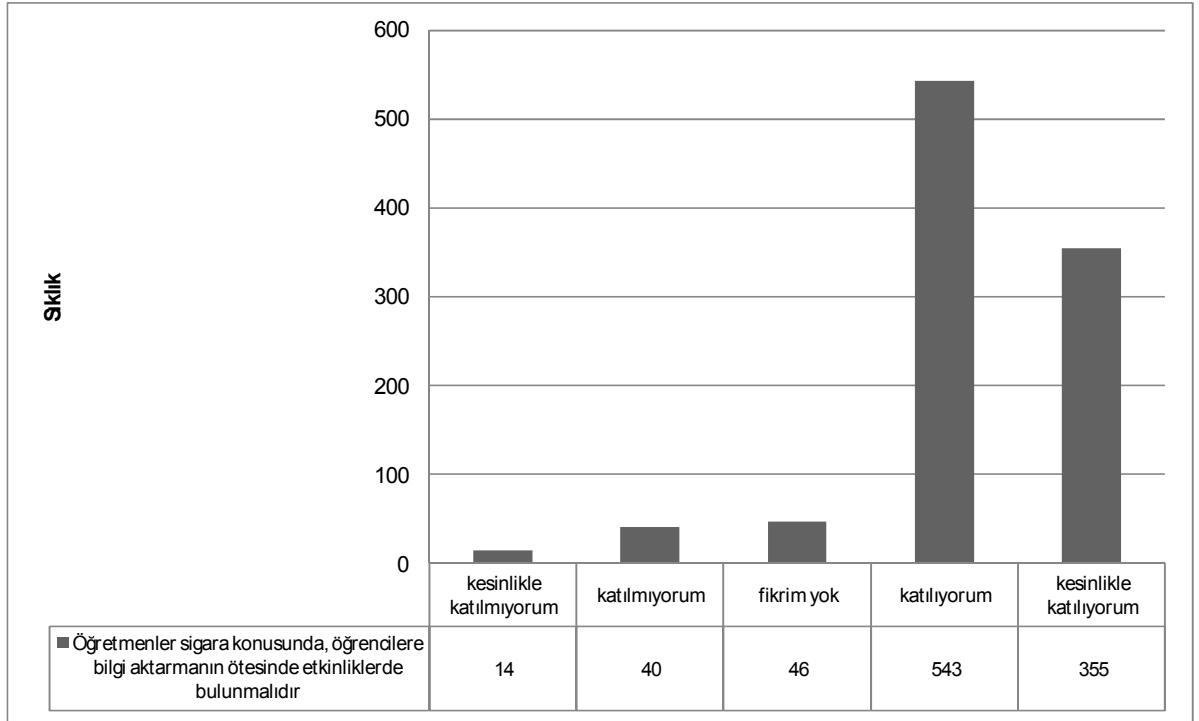
“Öğretmenler sigara içmeyerek topluma iyi örnek olmalıdırlar” yargısına ait yanıtların dağılımı şekil 5’de verilmiştir. Yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalaması $1,09 \pm 1,11$ (%95 güven aralığı 1,02 - 1,16) idi ve kesinlikle katılıyorum alanına düşüyordu. “Öğretmenlerin sigara içmesi toplumda sigara içme sıklığını artırır” yargısına ait yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalama $0,32 \pm 1,23$ (%95 güven aralığı 0,24 - 0,39) idi ve katılıyorum alanına düşüyordu (Şekil 6). “Öğretmenler sigara konusunda, öğrencilere bilgi aktarmanın ötesinde etkinliklerde bulunmalıdır” yargısına ait yanıtların dağılımı şekil 7’de verilmiştir. Yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalama $1,19 \pm 0,81$ (%95 güven aralığı 1,14 - 1,24) idi ve kesinlikle katılıyorum alanına düşüyordu. “Öğretmenlerin okulda sigara içmek için ayrılmış bir odada sigara içebilmeleri gerekir” yargısına ait yanıtların dağılımı şekil 8’de verilmiştir. Yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalama $0,77 \pm 1,24$ (%95 güven aralığı 0,69 - 0,84) idi ve katılıyorum alanına düşüyordu. “Okul müfredatında sigara ile ilgili doyurucu içerik bulunmaktadır” yargısına ait yanıtların matematiksel dönüşümünden sonra ortalama $-0,20 \pm 1,13$ (%95 güven aralığı -0,27 - -0,13) idi ve katılmıyorum alanına düşüyordu (Şekil 9).



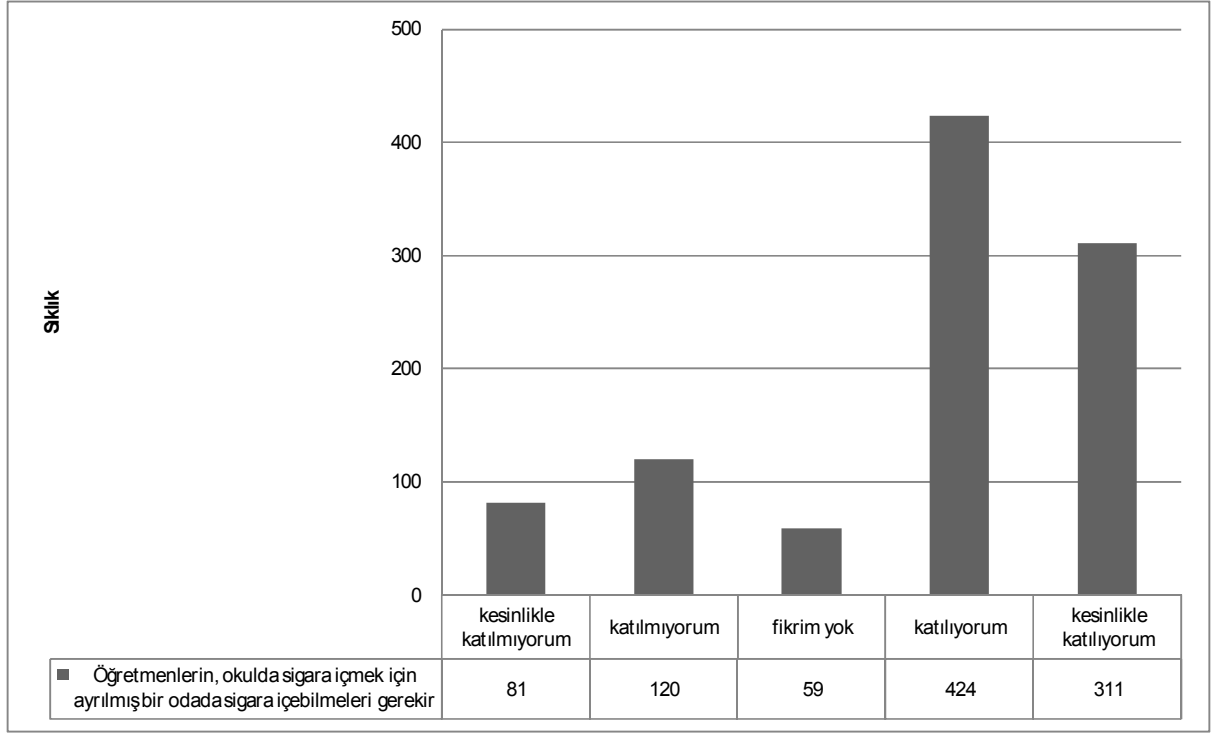
Şekil 5. “Öğretmenler sigara içmeyerek topluma iyi örnek olmalıdırlar” yargısına ait yanıtların dağılımı



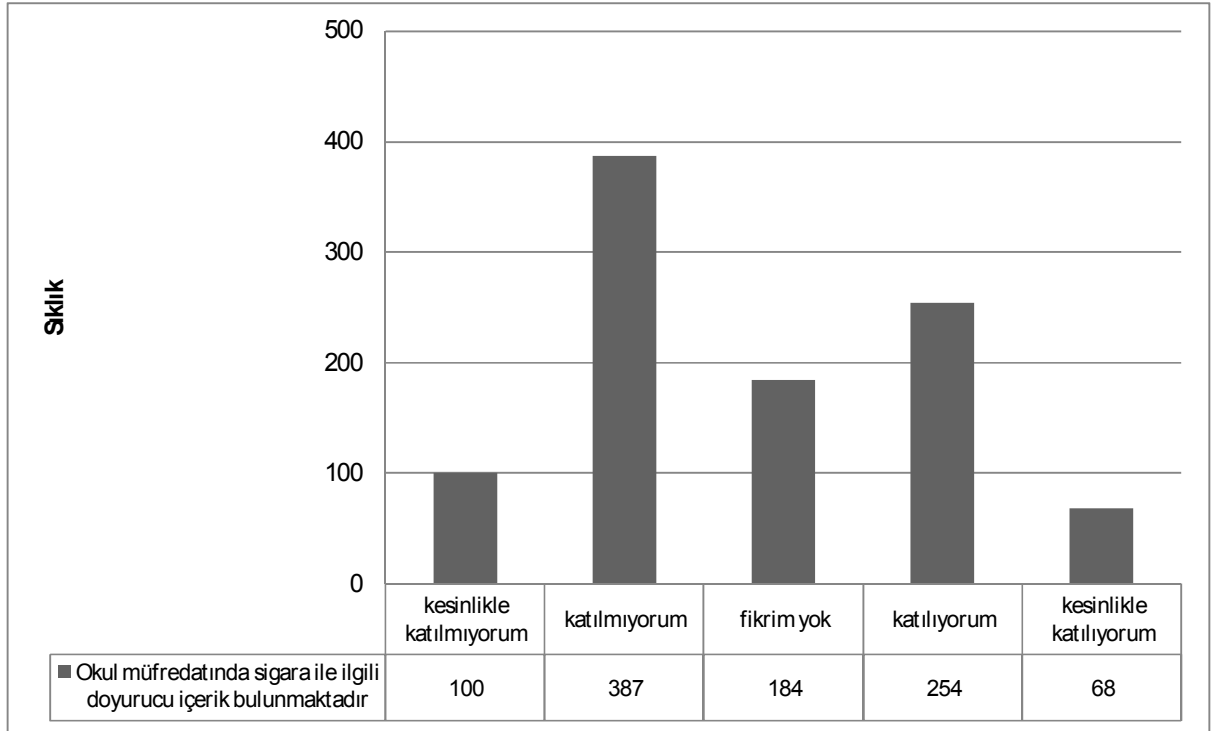
Şekil 6. “Öğretmenlerin sigara içmesi toplumda sigara içme sıklığını artırır” yargısına ait yanıtların dağılımı



Şekil 7. “Öğretmenler sigara konusunda öğrencilere bilgi aktarmanın ötesinde etkinliklerde bulunmalıdır” yargısına ait yanıtların dağılımı



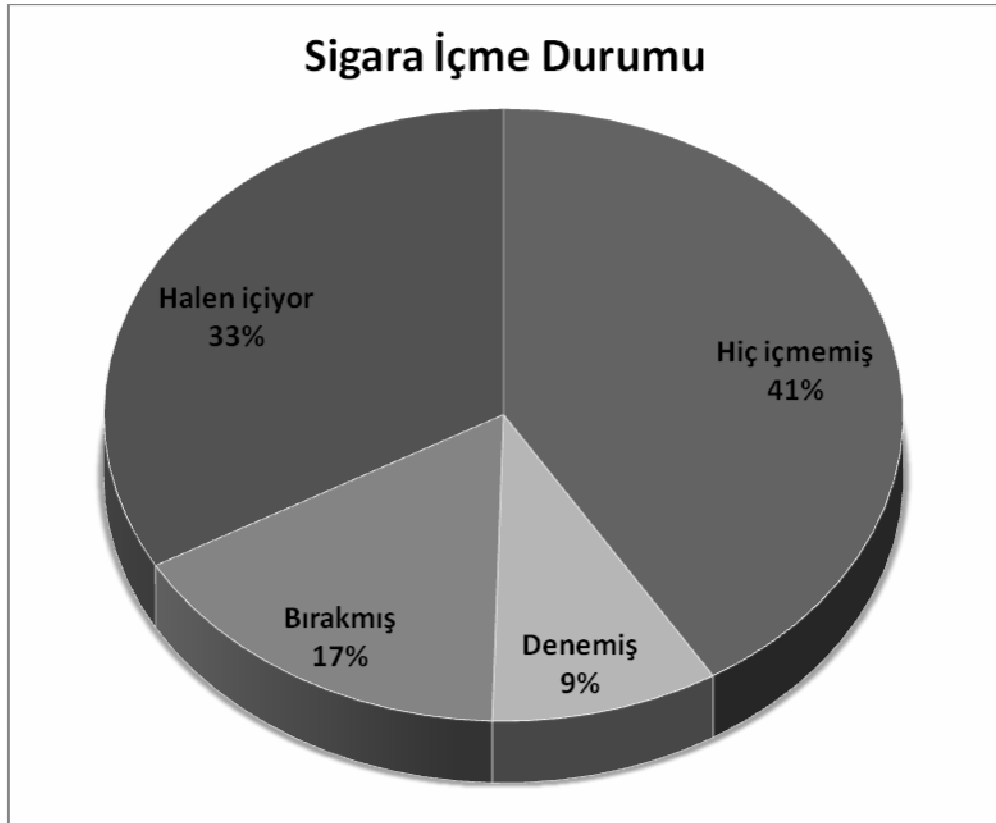
Şekil 8. “Öğretmenlerin, okulda sigara içmek için ayrılmış bir odada sigara içebilmeleri gerekir” yargısına ait yanıtların dağılımı



Şekil 9. “Okul müfredatında sigara ile ilgili doyurucu içerik bulunmaktadır” yargısına ait yanıtların dağılımı

Sigara İçme Durumu

Soruya cevap veren 994 (%95,7) ğretmenin 330'u (%33,2) halen sigara içtiğini, 162'si (%16,3) bıraktığını, 92'si (%9,2) daha önce denediğini ancak içme alışkanlığı geliştirmedeğini ve 410'u (%41,22) ise hiç sigara içmediğini ifade etti (şekil 10). Sigara bırakma durumunu değerlendirmede kullanılan ve sigarayı bırakanların; içenler ve bırakanların toplamına oranı olarak tanımlanan sigara bırakma oranı %33,1 hesaplandı. Sigara dışındaki tütün ürünü olarak 43 katılımcı nargile, 24 katılımcı puro ve 8 katılımcı pipo kullanıyor ve bu kişilerin hepsi aynı zamanda sigara kullanmaktaydılar.



şekil 10. ğretmenlerde sigara içme durumunun dağılımı

Sigara içme durumu cinsiyetle anlamlı fark göstermekteydi (Tablo 8). Kadınlarda hiç sigara içmemişlerin oranı erkeklerden yüksekken; sigarayı denemiş olanların, bırakmış olanların ve halen sigara içenlerin oranları düşüktü.

Tablo 8. Sigara içme durumunun cinsiyetle değişimi*

	Erkek	Kadın	Toplam
İçmemiş	148 (%33,8)	262 (%47,2)	410
Denemiş	49 (%11,2)	43 (%7,7)	92
Bırakmış	88 (%20,1)	74 (%13,3)	162
Halen içiyor	153 (%34,9)	177 (%31,8)	330
Toplam	438 (%100,0)	556 (%100,0)	994

* $X^2=21,337$, $p<0,001$

Sigara içme durumu yaşla anlamlı fark göstermekteydi (K-W=24,899, $p<0,001$). Post-hoc Dunn analizine göre yaşlar açısından hiç sigara içmemişlerin yaşı (37,03) sigarayı denemiş (39,87) ve bırakmışlardan (40,42) ve halen içenlerin yaşı (37,77) bırakmış olanlarınkinden (40,42) anlamlı farklıydı ($p<0,005$).

Sigara içme durumu eşin sigara içme durumuyla anlamlı fark göstermekteydi ($X^2=41,134$, $p<0,001$). Hiç sigara içmemiş kişilerin eşlerinin sigara içme oranı (%27,0), halen sigara içen kişilerin eşlerinin sigara içme oranından (%50,4) düşüktü ($X^2=33,725$, $p<0,001$). Halen sigara içen kişilerin eşlerinin sigara içme oranı (%50,4), sigarayı denemiş (%27,5) ve sigarayı bırakmış olan kişilerin eşlerinin sigara içme oranından (%27,7) daha yüksekti ($X^2=12,888$, $p<0,001$; $X^2=18,699$, $p<0,001$). Sigara içme durumuyla çocuklarının sigara içme durumu arasında anlamlı fark yoktu ($X^2=4,901$, $p=0,179$).

Sigara içme durumu çalışma süresi ile anlamlı fark göstermekteydi (K-W=20,590, $p<0,001$). Dunn analizi sonuçlarına göre sigarayı bırakmış olanların çalışma süreleri (17,64 yıl), hiç sigara içmemiş (14,27 yıl) ve halen içenlerinkinden (14,77 yıl) farklıydı ($p<0,005$).

Sigara içme durumuyla ailenin ortalama aylık geliri arasında anlamlı fark vardı (K-W=7,880, $p=0,049$). Dunn analizi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Sigara içme durumu kişi başı aylık gelir ile anlamlı fark göstermekteydi (K-W=9,744 $p=0,021$). Dunn analizi sonuçlarına göre hiç sigara içmemişlerin (680,53 YTL) ve sigarayı bırakmışların kişi başı gelirleri (764,22 YTL) anlamlı farklıydı ($p<0,005$).

Sigara içme durumu Beck anksiyete skoruyla anlamlı fark göstermekteydi (K-W=33,219, $p<0,001$). Dunn analizi sonuçlarına göre hiç sigara içmemiş kişilerin skorları (7,25), halen sigara içen (10,98) ve bırakmışlarınkinden (8,65) farklıydı ($p<0,005$). Sigara içme durumu Beck depresyon skoruyla anlamlı fark göstermekteydi (K-W=9,583, $p<0,022$). Dunn analizi sonuçlarına göre hiç sigara içmemiş kişilerin skorları (1,77), halen

içenlerinkinden (2,46) farklıydı ($p<0,005$). Sigara içme durumuyla yaşam kalite ölçeği arasında anlamlı fark yoktu ($K-W=3,409$, $p=0,333$).

Ortalama ilk sigara içme yaşı deneyenler için $18,15\pm5,01$ ortanca 18 (en küçük 9 yaş, en büyük 35 yaş), bırakanlar için $18,95\pm4,63$, ortanca 18 (en küçük 5 yaş, en büyük 40 yaş), halen içenler için $19,12\pm4,05$, ortanca 19 idi (en küçük 9, en büyük 37 yaşında) bulundu. İlk sigara içme yaşı ortalaması sigara içme durumuyla anlamlı fark göstermekteydi ($K-W=6,481$, $p=0,039$).

Deneyenlerin toplam içtiği sigara sayısı ortalama $48,80\pm34,93$, ortanca 45 (en az 1, en fazla 100) idi. Son sigara ortalama $60,27\pm71,32$ ay ortanca 36 ay önce (en az 1, en fazla 384 ay) içilmişti. Son sigara içildiğindeki yaş ortalama $33,86\pm8,00$, ortanca 33,5 (en az 13, en çok 50 yaş) idi. Günlük içilen ortalama sigara sayısı halen içenlerde $15,26\pm9,35$ ortanca 15 (en az 2, en fazla 70) adet bulunurken, bırakanlarda $15,35\pm9,27$, ortanca 15 idi (en az 1, en fazla 55 adet). Günlük içilen sigara sayısı ortalaması halen sigara içenlerle bırakmış olanlar arasında anlamlı farklı değildi (Mann-Whitney $U=22003,0$, $p=0,657$). Her gün düzenli sigara içmeyenlerin haftada içtikleri ortalama sigara sayısı $8,78\pm6,49$ ortanca 6 (en az 2, en fazla 20 sigara) idi.

Deneyenler, bırakanlar ve halen içenlerde sigaraya başlamada en önemli neden her üç grupta da merak ve özentiydi. Diğer nedenler Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9. Sigaraya başlama nedenleri

Neden	Deneyen	Bırakan	Halen içen
Merak	44 (%47,8)	85 (%44,1)	137 (%41,5)
Özenti	44 (%47,8)	101 (%62,1)	174 (%52,7)
Stres, üzüntü	19 (%20,7)	34 (%20,9)	73 (%22,1)
Kendini ispat	12 (%13,1)	31 (%19,1)	39 (%11,8)
Yasağa tepki	9 (%9,8)	12 (%7,4)	24 (%7,3)
Çevrenin psikolojik baskısı	5 (%5,4)	22 (%13,5)	34 (%10,3)
Ailede içen olduğu için	5 (%5,4)	28 (%17,2)	40 (%12,1)
Arkadaş ortamı	4 (%4,3)	10 (%6,1)	26 (%7,9)
Sigara reklamlarından etkilendiğim için	1 (%1,1)	7 (%4,3)	5 (%1,5)
Diğer	9 (%9,8)	4 (%2,5)	21 (%6,4)
Toplam*	92 (%100,0)	163(%100)	330(%100)

*Aynı kişi birden fazla cevap verebilir

Deneyenler için sigara içmeyi denedikten sonra devam etmemedeki nedenlerden en önemlileri ekonomik kayıp ve sağlığa olan zararıydı. Diğer nedenler aşağıdaki tabloda yer almaktadır. (Tablo 10).

Tablo 10. Sigarayı denedikten sonra devam etmeme nedenleri

Nedenler	Kişi Sayısı	Yüzde
Cebime ve sağlığıma zararlı olması	13	%19,7
Sağlıklı yaşama isteği	13	%19,7
Çekici gelmemesi	10	%15,2
Kokusu	5	%7,6
Arkadaş ortamı	5	%7,6
Stres	3	%4,5
Sigara yüzünden yakınlarımı kaybetmem	3	%4,5
Sakinleşme alışkanlığı	3	%4,5
Özenti	3	%4,5
Kanser riski	2	%3,0
Alışkanlık	2	%3,0
Bağımlılık	2	%3,0
Örnek olmak için	2	%3,0
Toplam	66	%100,0

Sigarayı bırakmış olanlar, bırakmalarında etkili olan neden olarak en sık sağlıklarıyla ilgili kaygıları göstermekteydiler. Diğer yanıtlar Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Sigarayı bırakanlarda bırakma nedenleri

Neden	Oran	Yüzde (%)
Sağlığım için	138	%87,9
Topluma iyi örnek olmak için	59	%37,5
Ailem istemediği için	37	%23,6
Parasal nedenler	17	%10,8
Hamilelik	10	%6,3
Arkadaşlarımın önerisiyle	9	%5,7
Çocuklarımla sağlığı için	4	%2,5
Yasal yaptırımlardan dolayı	2	%1,3
Diğer	9	%5,7
Toplam	157	%100,0

Sigarayı bırakan 129 (%79,1) öğretmenin 42'si (%32,6) çocuğunun yanında sigara içtiğini belirtti. Halen sigara içen 250 (%75,5) kişinin 85'i (%34,0) çocuğunun yanında da sigara içmekte olduğunu ifade etti. Çocuğunun yanında sigara içip içmeme durumu içenlerde ve bırakanlarda fark etmiyordu ($X^2=0,079$, $p=0,778$). Çocuğunun yanında sigara içenlerin çocuklarında sigara içme oranı (%15,3), çocuğunun yanında sigara içmeyenlerdekinden (%5,2) anlamlı yüksekti ($X^2=10,384$, $p=0,001$).

Sigarayı bırakanlarda soruya yanıt veren 60 (%36,8) öğretmenin 7'si (%11,7) hamileliğinde sigara içtiğini ifade etti. Halen sigara içen 128 (%38,8) kişinin 22'si (%17,2) hamileliği süresince de sigara içmeye devam ettiğini ifade etti.

Bırakan öğretmenlerin 71'i (%43,6) daha önce de sigara bırakma denemesinde bulunmuştu. Bırakma denemesi sayısı ortalama $2,59\pm 2,96$, ortanca 2 (en az 1, en fazla 20 deneme) bulundu. Mevcut denemeden önce öğretmenlerden 34'ünün (%48,8) 1, kalanların ise daha fazla sayıda bırakma denemesi vardı.

Halen sigara içenlerde soruya yanıt veren 288 kişinin 187'si (%64,9) daha önce sigarayı bırakmayı denemiş. Sigara bırakma denemesi sayısı ortalama $3,17\pm 2,53$, ortanca 2 (en az 1, en fazla 20 kez) bulundu. En son sigarayı bırakma denemesini üzerinden geçen süre ortalama $23,52\pm 30,96$ ay, ortanca 12 ay (en az 1, en fazla 156 ay) idi. Sigarasız geçirilen en uzun süre ortalama $288,40\pm 651,91$, ortanca 90 gün (en az 1, en fazla 5110 gün) olarak bulundu.

Bırakanların sürdürdükleri sigarayı bırakma sürecinde 15'i (%9,6) nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, ciklet, inhaler veya nazal sprey) yararlanırken, 7'si (%4,4) doktor yardımı aldığını ve 3'ü (%1,9) ilaç kullandığını ifade etti.

Bırakanlarda daha önceki başarısız sigarayı bırakma denemelerinde 5'i (%7,4) doktor yardımı aldığını, 8'i (%5,9) nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, ciklet, inhaler veya nazal sprey) yararlandığını, 2'si (%1,5) bırakmaya yardımcı ilaç kullandığını ifade etti.

Halen sigara içenlerde daha önce başarısız sigarayı bırakma denemelerinde 6'sı (%3,3) doktor yardımı aldığını, 26'sı (%14,4) nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, ciklet, inhaler veya nazal sprey) yararlandığını ve 5'i (%14,4) bırakmaya yardımcı ilaç kullandığını ifade etti.

Halen sigara içen ve bırakmış olan öğretmenlerin daha önceki başarısız sigara bırakma denemelerinden sonra yeniden başlamalarında etkili olan nedenler sorulduğunda alınan en sık yanıt arkadaş çevresinin etkisi ile ilgiliydi, diğer yanıtlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Başarısız bırakma denemesinden sonra sigaraya tekrar başlamadaki en önemli nedenler

Neden	Bırakanlarda	Halen içenlerde
Arkadaş çevresi	13	29
Sıkıntı,stres,üzüntü	11	60
Keyifli olduğu için	7	24
Yaşadığım kötü olaylar	4	7
Psikolojik sorunlar	3	6
Kilo vermek için	3	5
Bağımlılık	2	8
Diğer	7	35
Toplam	50	174

Sigarayı bırakmış öğretmenlerin, tekrar sigara içmeye başlamalarına neden olabileceğinden korktuklarını belirttikleri etkenlerin başında stres gelmekteydi. Diğer etkenler Tablo 13'de belirtilmiştir.

Tablo 13. Tekrar sigaraya başlanmasına neden olmasından korkulan nedenler

Neden	Kişi sayısı	Yüzde (%)
Stres	21	%38,18
Üzüntü	9	%16,36
Arkadaş çevresi	8	%14,55
Tek bir sigara içmiş olmak	6	%10,91
Alkol	3	%5,45
Sigara keyifli olduğu için	2	%3,64
Diğer	6	%10,91
Toplam	55	%100,0

Halen sigara içenler okulda en fazla özel sigara odasında sigara içtiklerini ifade ettiler. Sigara içtikleri diğer yerler Tablo 14’de yer almaktadır.

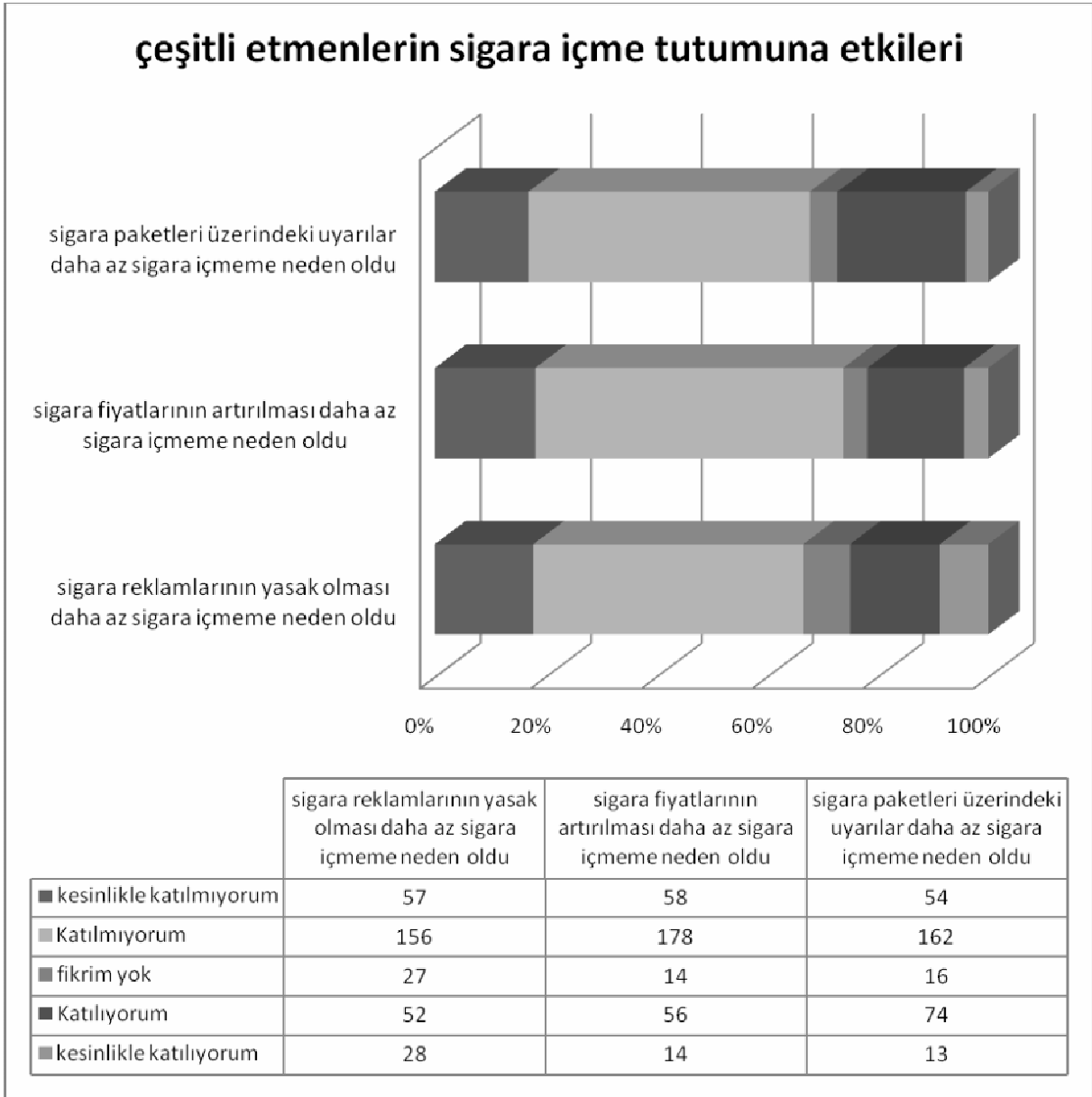
Tablo 14. Okulda nerelerde sigara içiyorsunuz?

Yer	Sıklık	Yüzde (%)
Özel sigara odasında	244	%74,1
Öğretmenler odasında	46	%14,1
Müdür/Mdr. Yard. odasında	13	%3,9
Sınıfta	12	%3,6
Okul bahçesinde	12	%3,6
Tuvalette	4	%1,2
Kantinde	3	%0,9
Koridorda	1	%0,3
Diğer	10	%3,1
Toplam*	330	%100

*Bir kişi birden fazla cevap verebilir.

Sigara kullanmakta olanlara çeşitli konuların daha az sigara kullanmalarına neden olup olmadığı soruldu. Yanıtlar şekil 11’de görülmektedir. Yanıtların matematiksel çevrimi yapıldığında sigara reklamlarının yasak olmasının daha az sigara içmeye neden olup olmadığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı $-0,51 \pm 1,21$ (%95 güven aralığı $-0,64 - -0,37$) idi ve

katılmıyorum yanıt alanında yer alıyordu; sigara fiyatlarının artırılmasının daha az sigara içmeye neden olup olmadığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı $-0,53 \pm 1,14$ (%95 güven aralığı $-0,66 - -0,41$) idi ve katılmıyorum yanıt alanında yer alıyordu; sigara paketleri üzerindeki uyarıların daha az sigara içmeye neden olup olmadığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı $-0,66 \pm 1,10$ (%95 güven aralığı $-0,78 - -0,54$) idi ve katılmıyorum yanıt alanında yer alıyordu.



Şekil 11. Sigara paketleri üzerindeki uyarıların, sigara fiyatının artırılmasının ve sigara reklamlarının yasaklanmasının sigara içme tutumuna etkileri

Öğretmenlerin, sigara içtiklerini öğrencilerin görmesine karşı tutumları sorgulandığında; 265'i (%86,6) “onlar görmeden içiyorum”, 35'i (%11,4) “içtiğimi görüyorlar”, 6'sı (%2,0) “benim için fark etmiyor” diye yanıt verdiler.

Sigara içen 285 (%86,1) kişinin verdiği yanıtlardan hesaplanan Fagertröm testi skorları ortalama $2,77 \pm 2,50$, ortanca 2 (en az 0, en fazla 10) olarak bulundu. Çok yüksek fiziksel bağımlılık kademesinde 15 (%5,3) öğretmen bulunmaktaydı (Tablo 15).

Tablo 15. Sigara içen öğretmenlerin Fagerström testi skorlarına göre nikotin bağımlılık durumları

Bağımlılık Derecesi	Sıklık	Yüzde (%)
Çok Az (0-2 puan)	154	%54,0
Az (3-4 puan)	60	%21,0
Orta (5 puan)	25	%8,8
Yüksek (6-8 puan)	31	%10,9
Çok Yüksek(9-10 puan)	15	%5,3
Toplam	285	%100,0

Halen sigara içen öğretmenlerden çocuklarının yanında sigara içenlerin Fagerström testi ortalama skoru ($4,04 \pm 2,94$), çocuğunun yanında sigara içmeyenlerinkinden ($1,10 \pm 2,04$) anlamlı olarak yüksekti (Mann-Whitney $U=3206,5$, $p<0,001$). Halen sigara içen öğretmenlerden hamileliği sırasında sigara içenlerin Fagerström testi ortalama skoru ($4,10 \pm 3,06$), hamileliği sırasında sigara içmeyenlerinkinden ($1,82 \pm 2,19$) anlamlı olarak yüksekti. (Mann-Whitney $U=527,5$, $p=0,002$).

Sigarayı Bırakmanın Davranışsal Aşamaları

Halen sigara içenler arasında, yanıt veren 281 (%84,9) kişinin 146'sı (%52,0) önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünürken, 283 (%85,5) kişinin 92'si (%32,5) önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlıyordu. Halen sigara içen 288 (%87,0) kişinin 187'si (%64,9) sigara bırakmayı denemişti. Tüm katılımcılar, sigarayı bırakmanın davranışsal aşamalarına göre irdelendiğinde elde edilen dağılım tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Halen sigara içenlerde bırakma aşamaları

Aşama	Kişi sayısı	Yüzde(%)
Bırakmayı düşünmeyenler	187	44,1
Bırakmayı düşünenler	18	4,2
Bırakmaya hazırlananlar	125	29,5
1 ay içinde planlayanlar	24	5,7
Son 1 yılda deneyen	101	23,8
Bırakma aşamasındakiler (<6 ay)	15	3,5
Bırakmayı sürdürenler	79	18,6
Toplam*	424	100

*Halen sigara içenler ve bırakma süresi 5 yılı geçmemiş olanlar dahil edilmiştir

Halen sigara içenler sigaranın kendileri için en önemli olumsuz etkisinin solunum yolu problemlerine yol açması olduğunu ifade ettiler. Diğer etkiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Sigaranın size olumsuz etkileri

Etki	Sıklık	Yüzde (%)
Solunum yolu hastalıkları	91	%31,1
Kanser riski	33	%11,2
Yorgunluk- halsizlik	31	%10,5
Ağız kokusu	27	%9,2
Ciddi ve ölümcül hastalıklara neden olması	11	%3,7
Ses tellerini tahriş etmesi	11	%3,7
Cilt bozukluğu	10	%3,4
Maddi kayıp	10	%3,4
Kalp çarpıntısı	9	%3,1
Dişlerde sararma	9	%3,1
Kokusunun üzerime sinmesi	8	%2,7
Uykusuz bırakması	5	%1,7
Bağımlılık riski	5	%1,7
Mide yanması	6	%2,0
Evde çocuğuma zarar vermesi	3	%1,0
Diğer	25	%8,5
Toplam	294	%100

Halen sigara içenlerle sigarayı bırakmış olanlar lojistik regresyon modelinde incelenip, sigarayı bırakmaya çeşitli etmenlerin etkileri incelendi. Modelin doğruluk oranı %67,3 idi. Modelde incelemeye baştan dahil edilen cinsiyet, medeni durum, ailenin ortalama aylık geliri, alkol kullanma durumu, kişi başı aylık gelir, günlük içtiği sigara sayısı ve sigaraya başlama yaşı değişkenleri modelin yürütülmesi sırasında etkili olmadıkları için modelden yöntem tarafından çıkarıldılar. Modelin açıklayıcılığının en yüksek olduğu aşamadaki sonuçlar Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Sigara içenlere karşı bırakanlarda etkili olan değişkenlere yönelik regresyon modeli

	P	Odds Oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,329			
Çalışma süresi	0,040	1,114	1,005	1,233
Çalıştığı kurum	0,128			
Eşin sigara içme durumu (1)	0,008	0,453	0,253	0,813
Beck anksiyete skor ortalaması	0,019	0,956	0,921	0,993
Beck depresyon skor ortalaması	0,166			
En son bitirdiği okul	0,289			
Sabit	0,564			

Eşi sigara içmiyor=0 Eşi sigara içiyor=1

Sigara İle Tanışmamış Olanlar

Sigarayı halen içen, denemiş ve bırakmış olanlardan oluşan sigara ile tanışmış grup 587 öğretmeni kapsamaktaydı. Sigara ile tanışmış olan öğretmenlerin ortalama yaşları (38,83±8,00), tanışmamış olanlarınkinden (37,03±8,62) daha büyüktü (Mann-Whitney U=99720,0, p<0,001). Sigarayla tanışmamışlar arasında kadınların oranı (%63,9), sigara ile tanışmış olanlardakinden (%50,3) anlamlı yüksekti ($X^2=17,970$, p<0,001). Sigarayla tanışmamış öğretmenlerin ailesinin ortalama aylık geliriyle, sigara ile tanışmış olan öğretmenlerin ailesinin ortalama aylık geliri arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U=87894,5, p=0,278). Sigarayla tanışmamış öğretmenlerin ortalama çalışma süresi (14,27±8,65 yıl), sigara ile tanışmış olan öğretmenlerin ortalama çalışma süresinden (15,86±8,25 yıl) daha kısaydı (Mann-Whitney U=103491,5, p=0,002). Bu iki grubun ailesinin

ortalama aylık sigara gideri arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U=15423,0, p=0,100). Sigarayla tanışmamış öğretmenlerin Beck anksiyete skor ortalaması (7,25±7,88), sigara ile tanışmış olan öğretmenlerin Beck anksiyete skor ortalamasından (9,90±8,95) daha düşükken (Mann-Whitney U=82617,0, p<0,001), Beck depresyon skorları arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U=104581,0, p=0,017). Bu iki grup arasında yaşam kalite ölçeği skorları açısından anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney U=81412,0, p=0,542). Sigarayla tanışmamış öğretmenlerin eşlerinin sigara içme oranları (%27,0), sigara ile tanışmış olanların oranından (%39,9) anlamlı düşüktü ($X^2=14,374$, p<0,001), çocuklarının sigara içme oranları açısından ise aralarında anlamlı fark yoktu ($X^2=0,954$, p=0,329).

Sigarayla tanışmamış olanlarla sigarayla tanışmış olanlar lojistik regresyon modelinde incelenip, çeşitli etmenlerin etkileri incelendi. Modelin doğruluk oranı %72,4 idi. Modelde incelemeye baştan dahil edilen Beck Depresyon skor ortalaması ve kişi başı aylık gelir değişkenleri modelin yürütülmesi sırasında etkili olmadıkları için modelden yöntem tarafından çıkarıldılar. Modelin açıklayıcılığının en yüksek olduğu aşamadaki sonuçlar tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Sigara ile tanışmamış olmaya karşı sigara ile tanışmada etkili olan değişkenlere yönelik regresyon modeli

	P	Odds Oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Yaş	0,162			
Cinsiyet (1)	0,017	0,561	0,349	0,904
Medeni durum	1,000			
Ailenin aylık geliri	0,015	1,001	1,000	1,001
Çalışma süresi	0,362			
Çalıştığı kurum	0,657			
Eşin sigara içme durumu (1)	0,010	1,776	1,150	2,745
Beck anksiyete skor ortalaması	0,006	1,037	1,011	1,065
Yaşam kalite ölçeği skoru	0,054			
Alkol (1)	0,000	3,614	2,256	5,790
Alkol (2)	0,000	4,010	2,430	6,618
Eğitim durumu	0,202			
Sabit	1,000			

Erkek=0, Kadın=1; Eşi sigara içmiyor=0, Eşi sigara içiyor=1; Alkol kullanmıyor=0, Sosyal içici=1, Sürekli kullanan=2

Halen Sigara İçenler

Sigarayı hiç içmemiş, denemiş ve birakmış olanlardan oluşan şimdi sigara kullanmayanlar grubu 666 (%68,4) ğretmeni kapsamaktaydı. şu an sigara içmeyen katılımcılar ile şu an sigara içen katılımcıların yaş ortalaması arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney $U=103649,5$, $p=0,503$). İki grup arasında cinsiyetler açısından anlamlı bir fark yoktu ($X^2=1,060$, $p=0,303$). şu an sigara içmeyen katılımcıların ailesinin ortalama aylık geliri ile şu an sigara içen katılımcıların ailesinin ortalama aylık geliri (Mann-Whitney $U=83877,0$ $p=0,629$) veya ortalama çalışma suresi arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney $U=103305,0$, $p=0,408$). şu an sigara içmeyen katılımcıların Beck anksiyete skor ortalaması ($7,74\pm 7,72$) ve Beck depresyon skor ortalaması ($1,80\pm 2,16$), şu an sigara içen katılımcıların Beck anksiyete skor ortalaması ($10,98\pm 9,84$) ve Beck depresyon skor ortalamasından ($2,46\pm 2,82$) daha duşkt (Mann-Whitney $U=77124,5$, $p<0,001$; Mann-Whitney $U=93376,5$, $p=0,003$). şu an sigara içen ve içmeyen katılımcıların yaşam kalite leği skor ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (Mann-Whitney $U=76387,5$, $p=0,333$). şu an sigara içenlerin eşlerinin sigara içme oranı (%50,4), şu an sigara imeyelerinkinden (%27,2) daha büyükken ($X^2=41,106$, $p<0,001$), çocuklarının sigara içme oranları açısından anlamlı fark yoktu ($X^2=0,25$, $p=0,875$).

Halen sigara içenlere karşı halen içmeyenler lojistik regresyon modelinde incelenip, çeşitli etmenlerin etkileri incelendi. Modelin doğruluk oranı %73,9 olarak bulundu. Modelde incelemeye baştan dahil edilen cinsiyet, medeni durum ve Beck depreayon skor ortalaması değişkenleri modelin yürütülmesi sırasında etkili olmadıkları için modelden yöntem tarafından çıkarıldılar. Modelin açıklayıcılığının en yüksek olduğu aşamadaki sonuçlar Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Sigara içmiyor olmaya karşı halen sigara içiyor olmada etkili olan değişkenlere yönelik regresyon modeli

	P	Odds Oranı	%95 güven aralığı	
			Alt sınıır	Üst sınıır
Yaş	0,147			
Ailenin aylık geliri	0,056			
Çalışma süresi	0,068			
Çalıştığı kurum	0,096			
Eşin sigara içme durumu (1)	0,000	2,205	1,473	3,301
Beck anksiyete skor ortalaması	0,000	1,046	1,023	1,068
Alkol (1)	0,018	1,838	1,113	3,038
Alkol (2)	0,000	3,655	2,266	5,897
Kişi başı aylık gelir	0,109			
Eğitim durumu (1)	0,022	0,152	0,030	0,758
Sabit	0,319			

Eşi sigara içmiyor=0, Eşi sigara içiyor=1; Alkol kullanmıyor=0, sosyal içici=1 sürekli kullanan=2
En son bitirdiği okul: ortaokul, lise=0, En son bitirdiği okul: yüksekokul ve üzeri=1

TARTIŞMA

Günümüzde sigara içimi önlenabilir ölüm nedenleri arasında en başta gelmektedir ve tüm toplumu ilgilendiren bir sağlık sorunudur. 2000 yılında tüm Dünya’da yaklaşık olarak 4 milyon insanın sigaraya bağlı nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (93). Bu tüketim eğilimlerinin sürmesi durumunda 2025 yılında tüm Dünya’da sigaraya bağlı ölümlerin 10 milyonu bulacağı tahmin edilmektedir (94). Bu 10 milyon ölümün %70’inin gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (94). 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. Günümüzde erişkin sigara içicilerinin %80’inden fazlası 18 yaşından önce sigaraya başlamaktadır (95). Bu yaş grubu için en önemli sosyal ortam okullardır. Öğrenciler arasında yapılan çalışmalarda sigaraya başlamada en önemli faktörlerden birinin yakın çevrede sigara içen kişilere duyulan özentisi olduğu görülmüştür ve öğretmenlerin sigara içiminin fazla olduğu okullarda öğrencilerde de sigara içiminin fazla olduğu bildirilmiştir (96). Öğretmenler bu yaş grubu için en önemli rol modellerinden biridirler. Öğretmenlerin sigara hakkındaki tutum ve davranışları bu yaş grubundaki gençler için çok önemlidir. Öğretmenlerin sigara kullanım durumları ile sigaraya karşı tutumları ve tavırlarının, öğrencilerin sigaraya başlamalarını önlemede derslerde verilen sigara ile ilgili bilgilerden daha etkili olduğu bildirilmiştir (97). Gençlere en kolay

ulaşabilecek grup olan öğretmenlerin, sigaraya başlama oranının düşürülmesinde rol oynayabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmamız Edirne şehir merkezindeki ilköğretim ve lise öğretmenlerinin sigara içme davranışı ve sigara hakkında bilgi ve tutumlarının belirlenmesine yönelik kesitsel tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır. İlk ve orta öğretimde görev alan öğretmenlerin sigara içme bırakma davranışları, sigara hakkındaki bilgi ve tutumları belirlenip bunların çeşitli sosyodemografik ve öğretmenlerin görevleri hakkındaki değişkenlerle ilişkileri belirlenmiştir.

Topluma dayalı bir çalışma olması yürütülmesi ile ilgili zorluğunu da beraberinde getirmektedir. Çünkü bu tür çalışmalarda verilerin toplanması ve işlenmesi için büyük kaynak, işgücü ve zaman harcanmaktadır. Çalışmamızın gücünü ve sonuçların gerçeği yansıtmaya oranlarını artırmak için, Edirne şehir merkezindeki tüm öğretmenlerden oluşan evrenin, örneklenmesi yerine tüm evrene ulaşılması hedeflendi. Ülkemizde öğretmenlerin sigara içme davranışları ile ilgili daha önce yapılan çalışmaların hepsi örneklem seçilerek yapılmış çalışmalardır. Bizim çalışmamızın tüm evrene ulaşmayı amaçlaması özgün yanlarından da birini oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliğini arttırmak üzere, öğretmenlerin sigara bağlantılı davranışlarına etkili olabilecek etmenleri belirlemek için Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği gibi geçerlilik güvenilirliği tanımlı ölçekler kullanılması tercih edilmiştir.

Çalışmamızda, ülkemizde öğretmenlerin sigara içme davranışı ile ilgili daha önce yapılan çalışmalardan farklı olarak, sürekli sigara kullanma alışkanlığı geliştirmemiş ama sigarayla tanışmış, sigarayı içmeyi denemiş öğretmenler ayrı bir grup olarak incelenmiştir. Bu sayede önemli metodolojik karışıklık yaratan bu grubun özelliklerinin ayrıştırılmasına çalışılmıştır.

Çalışma evreninin Edirne'yle sınırlı olması, sonuçlarının ulusal ve benzeri daha geniş topluluklara uygulanabilirliğini kısıtlayacaktır. Çalışmanın yapısı gereği verilerin kişisel beyana dayanması ve gerçeklerden belli oranda sapma riskini içermesi çalışmanın diğer kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır. Kişisel beyanların doğruluğunu güvene almak amacıyla, öğretmenlerin çalışmaya katılmaları gönüllülüğe bağlanmış ve katılımcıların kimlik bilgilerinin toplanmasından kaçınılmıştır. Ancak bu öğretmenlerin bir kısmına ait verilere ulaşamamasını da beraberinde getirmiştir. 2006-2007 eğitim ve öğretim yılında Edirne şehir merkezindeki ilköğretim okulları ve ve liselerde toplam 1583. öğretmen bulunmaktadır. Araştırmamıza 1042 öğretmen katılmıştır. Böylece çalışma evreninin %65,8'ine ulaşılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı %28,5, gelişmekte olan ülkelerde ise %29,5 olarak bulunmuştur (98,99). 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 kişiyle görüşülmüş ve 15 yaş üstü sigara içme sıklığı %43,6 bulunmuştur (2). Kamuoyu araştırması düzeyinde 1993 yılında Sağlık Bakanlığı adına BİGTAŞ tarafından yapılan araştırmada 26546 kişi ile görüşülmüş ve 20 yaş üstü sigara içme sıklığı %33,6 olarak bulunmuştur (28). 1997 yılına ait verilere göre Türkiye'de yetişkinlerde sigara içme sıklığı %50 olarak bildirilmiştir (100). Emri ve ark'nın 2002 yılında yaptığı çalışmaya göre ülke genelinde 15 yaş üstü sigara içme prevalansı %35,8 bulunmuştur (101). 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.

Sigara içme sıklığı ve sağlık riskleri açısından dünyayı evrelere ayıran Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre ülkemiz Doğu Avrupa, Güney Avrupa ve Latin Amerika ile birlikte evre 3 grubunda yer almaktadır ve bu grup "sigaraya bağlı hastalık ve ölümlerde yükselme"nin görülmesiyle tanımlanmaktadır (102). Oysa evre 4 grubunda yer alan İngiltere, Amerika, Kanada, Avusturalya ve Batı Avrupa'da "sigara kullanım sıklığının azaldığı" ifade edilmektedir. Dünya'da gelişmiş ülkelerde sigara içme sıklığı azalırken ülkemizde sigara içme sıklığının dünya ortalamasının üzerinde olmasını gelişmiş ülkelerde büyük sigara şirketlerinin yasal kısıtlamalarla karşılaşmasına ve yatırımlarını bizim gibi gelişmekte olan ülkelere kaydırmalarına bağlayabiliriz. Ayrıca toplumda sigara konusunda yeterince bilinç gelişmediği ve sigara karşıtı kampanya ve çalışmaların yetersiz olduğu sonucunu çıkarabiliriz.

Ülkemizde genel popülasyonun sigara içme oranlarının belirlendiği çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesi ve içme sıklığının zaman içinde değişiminin tanımlanamamasını çalışmaların metodolojik farklarına bağlayabiliriz. Benzer metodların kullanıldığı ve tüm toplumun sigara içme alışkanlıklarını ortaya koyacak ve zaman içindeki değişimi izleyecek kohort çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ülkemizde sigaranın en fazla içildiği bölge %33,6 ile Marmara bölgesidir. Karadeniz bölgesi ise %29,9'la sigaranın en az içildiği bölgedir (103). Edirne'de sigara içme sıklığı ise Yalçın'ın 2002 yılında yaptığı çalışmada %42,4 olarak bulunmuştur (104).

Dünya'da diğer ülkelerde öğretilerde sigara içme sıklıkları için Japonya'da %44,7, İspanya'da %37,2, İtalya'da %32,5 Romanya'da %33, Estonya'da %25,5, Hindistan'da %21,4, Malezya'da %20 oranları bildirilmiştir (38,39). Avrupa'da 1989 yılında 12 değişik

ülkede yapılan bir çalışmada öğretmenlerde sigara içme sıklığının %12 ile %36 arasında değiştiği gösterilmiştir (17). Bu çalışmada Edirne’de öğretmenlerde sigara içme oranı %33,2 bulundu. Bu oran; Romanya ve İtalya’daki oranlara yakinken, Japonya ve İspanya’dan düşük, Estonya, Hindistan ve Malezya’dan yüksektir. Bu farklılıklar kültürel farklılıklar ve gelişmişlik düzeyine bağlı olması yanında dünyadaki sigara içme oranlarını sınıflandıran kurama da uygun görünmektedir.

Ülkemizde öğretmenlerin sigara içme davranışı ile ilgili değişik zamanlarda farklı illerde çok sayıda çalışma yapılmıştır. Öğretmenlerde sigara içme oranları 1999 yılında Elazığ’da %42,2, 2003 yılında Sivas’ta %52,4, 2005 yılında Afyon’da %32,5, 2006 yılında Konya’da %36,2 olarak saptanmıştır (97,105-107). 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 öğretmenlerde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki sigara içme sıklığı çoğuna göre düşüktü. Farklı çalışmaların sonuçlarını karşılaştırırken çalışmalar arasında bazen ciddi boyutlarda fark oluşturma potansiyeli taşıyan metodolojik farklılıklara dikkat etmek gereklidir. Bu farklar eğer varsa, bölgesel ve zamansal fark ve değişimlerin ortaya çıkarılmasını zorlaştırmaktadır.

Saltık ve ark’nın 1989 yılında Edirne’de öğretmenlerde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %49 bulunmuştur. Yalçın’ın 2002 tarihli çalışmasında Edirne’de genel popülasyonda sigara içme sıklığı %42,4 bildirilmiştir (104). Bizim çalışmamızdaki içme sıklığı her iki çalışmadan da düşüktür. Bu, zaman içinde sigara içme oranlarında güçlü bir düşme eğilimine işaret etmektedir. Bu düşüşte son yıllarda sigara ile ilgili yasal düzenlemeler ve tütün karşıtı kampanyaların etkinliğini arttırmasının etkisinin olması muhtemeldir.

Yukarıdaki oranlardan da anlaşıldığı gibi ülkemizde öğretmenler arasında sigara içme oranı oldukça yüksek seyretmektedir. Topluma örnek olması gereken ve çocukların kendilerine rol modeli olarak seçtikleri öğretmenlerde sigara içme sıklığının genel popülasyonun içme sıklığı ile benzer olması beklenenden çok uzaktır.

Eğitim seviyesi arttıkça sigara içme oranı azalır (108). Öğretmenlerin eğitim düzeyi toplumdaki yüksek olmasına rağmen öğretmenlerdeki sigara içme sıklığı toplumun içme sıklığı ile benzer bulunmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranını daha düşük beklendiği için öğretmenlerin sigara içme oranı bu açıdan göreceli olarak toplumdaki daha fazla içme oranına sahiplerdir.

Sigara içiminin cinsiyetle ilişkisine baktığımızda tüm dünyada erkeklerde sigara içme sıklığı %47, bayanlarda %12 bildirilmiştir (109). Dünyada genel olarak erkeklerin

bayanlardan daha fazla sigara içmektedirler. Ancak özellikle gelişmiş ülkelerde bayanların sigara içme sıklığı artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bayanlarda sigara içme sıklığı %7 gibi düşük düzeydeyken bu oran gelişmiş ülkelerde %24 olarak bildirilmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkeklerde sigara içme sıklığı bayanlardan fazladır ve bayanlarda %13,5 ile %25,5 arasında oranlar bildirilmiştir. Gelir getiren bir işte çalışmak ve eğitim düzeyinin artması bayanlarda sigara içme sıklığını arttıran etkenler olarak ortaya çıkmaktadır (110). Bayanların eğitim düzeyi ve toplumsal statüleri arttıkça geleneksel yaşam tarzının sigaradan koruyucu etkisi ortadan kalkmakta ve sigara içme oranı artmaktadır. Bizim çalışmamızda erkek öğretmenlerde sigara içme oranı %34,9, bayan öğretmenlerde sigara içme oranı %31,8 bulundu. Erkek öğretmenlerin sigara içme sıklığının genel topluma göre düşük ancak bayan öğretmenlerde ise tam tersi yüksek olduğu görülmektedir. Bayan öğretmenler toplumun genelindeki bayanlara göre hem eğitim düzeyi yüksek hem de sosyal statü olarak daha iyi durumdadırlar ve bu onlardaki sigara içme sıklığının yüksekliğine yol açmaktadır. Yalçın'ın 2002 yılında Edirne'de genel popülasyonu yansıtan çalışmasında kadınlarda sigara içme sıklığı %28,2 bulunmuştur (104). Bu oran bizim çalışmamızdaki bayan öğretmenlerin sigara içme sıklığından düşükken, Türkiye genelindeki bayanların sigara içme sıklığından fazladır. Böyle bir sonuç Edirne'nin sosyokültürel yapısından dolayı bayanlar üzerindeki toplumsal baskının daha az olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca öğretmenlik mesleğinin hem ekonomik olarak hem de sosyal statü olarak sağladığı avantaj bu oranın yükselmesine katkı yapmaktadır. Ülkemizde öğretmenlerde yapılmış diğer çalışmalarda sigara içme sıklığının cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında 1999 yılında Elazığ'da erkeklerde %55,8 bayanlarda %29,2, 2005 yılında Afyon'da erkeklerde %61 bayanlarda %39, 2006 yılında Konya'da erkeklerde %42,5 bayanlarda %29,5 bulunmuştur (105-107). Bizim çalışmamızda erkek öğretmenlerde sigara içme sıklığı diğer çalışmalardaki erkek öğretmenlerin sigara içme sıklığından daha düşüktür. Yine Saltık ve ark'nın Edirne'de 1989 yılında öğretmenlerde yaptığı çalışmada erkek öğretmenlerde sigara içme oranı %62,4, bayan öğretmenlerde sigara içme oranı %33,8 olarak bulunmuştur (108). Bizim çalışmamız ile karşılaştırdığımızda erkek öğretmenlerde daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de sigara içme oranlarında düşme izlenmektedir. Bizim çalışmamızda halen sigara içen bayan öğretmenlerin yaş ortalaması (36,5), erkek öğretmenlerin yaş ortalamasından (39,2) daha küçük olarak bulundu. Önceki yıllarda öğretmen dahi olsalar bayanların sigara içmesi toplumsal anlamda pek kabul gören bir durum değildi. Son 15 yılda bu anlamda toplumsal baskı azaldığından bayan öğretmenlerde sigara içme sıklığı artmıştır ve sigara içen bayan öğretmenlerin yaş ortalaması erkek öğretmenlerin yaş ortalamasından küçüktür.

Bizim çalışmamızda halen sigara içen öğretmenlerin günlük içtiği sigara miktarı ortalama 15 adet bulundu. İçilen sigara miktarının cinsiyete göre dağılımında bizim çalışmamızda da bulduğumuz erkek öğretmenlerin günlük içtikleri sigara miktarının kadın öğretmenlerin içtikleri sigara miktarından fazla olması diğer tüm çalışmalardaki ortak sonuçlardandır (111,112).

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 (113). Nikotin bağımlılığı klinik olarak önemli sorunlara neden olur. Fagerstrom testi nikotin bağımlılık derecesini ölçmeyi hedefleyen bir testtir (114). Bizim çalışmamızda halen sigara içen öğretmenlerin Fagerström skorları ortalama $2,77 \pm 2,50$ bulundu ve bu hafif bağımlılığa denk gelmekteydi. Bağımlılık düzeyi orta ve ortanın altında bulunanların oranı %83,8'ken sadece %5,3'ünün bağımlılık derecesi çok yüksekti. Kutlu ve ark'nın 2006 yılında Konya'da öğretmenlerde yaptığı çalışmada da halen sigara içen öğretmenlerin %80,3'ünün bağımlılık düzeyi orta ve ortanın altında bulunmuştur. Çok yüksek bağımlılık düzeyindekilerin oranı ise %5,5'tir (115). Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere öğretmenlerin 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 bırakma süreci bir davranış değişikliği gerektirir. İlk kez Prochaska ve arkadaşları, bireyin sigara bırakma tedavisine uyum sağlamaya hazır olup olmadığının anlaşılmasına yardım eden beş aşamalı bir değişim süreci tanımlamıştır(116). Sigara içenler, sigara bırakmayı deneyenler ve bırakmış olanları kapsayan bu modele göre sigara bırakma davranışının bu beş aşaması şunlardır:

- 1- Bırakmayı düşünmeyenler
- 2- Bırakmayı düşünenler
- 3- Bırakma hazırlığı aşamasında olanlar
- 4- Bırakmayı deneme aşamasında olanlar
- 5- Bırakmayı sürdürenler

Bırakmayı düşünmeyenler, halen sigara içmekte olup izleyen 6 ay içinde bırakmayı düşünmediğini ifade edenlerdir. İzleyen 6 ay içinde bırakmayı düşünmesine karşın hazırlık kategorisine girmeyenler bırakmayı düşünenler grubunu oluşturmaktadır. Halen sigara içmekte olup önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı düşünenler ve geçen bir yıl içinde bırakma denemesinde bulunmuş kişiler bırakma hazırlığı aşamasındakileri tanımlar. Sigarayı bırakmış olanlar içinde; bırakalı 6 ay olmamış olanlar bırakmayı deneme aşamasında, 6 ay ve daha

fazla olanlar bırakmayı sürdürme aşamasındadırlar (116). Bizim çalışmamızda sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerin oranı %44,1, bırakmayı düşünenlerin oranı %4,2, bırakma hazırlığı aşamasında olanlar %45,5, bırakmayı deneme aşamasında olanlar %3,5, bırakmayı sürdürenler ise %18,6 olarak bulundu. Özellikle bu öğretmenlerin bırakmayı düşünme aşamasına geçmeleri için okullarda sigara ile ilgili toplantılar, seminerler düzenleyerek sigaranın zararlarına daha fazla dikkat çekmek gerekir. Öğretmenlerin yaklaşık yarısı bırakma hazırlığı aşamasındadırlar. Bu yüksek oran sigara bırakmaya yönelik tıbbi desteğin yararlı olacağı öğretmenlere işaret etmektedir.

Sigaranın içindeki nikotinin fiziksel bağımlılık yapıcı etkisi nedeniyle kişiler sigarayı bırakmada çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %94,6'sı nikotin maddesinin fiziksel bağımlılığa yol açtığı bilgisine sahipti. Sigarayı bırakmadaki başarının yaş ile doğru, alkol bağımlılığı ile ters orantılı ilişki gösterdiği ve alkol bağımlılığı olan hastalarda relaps riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (117). Erkeklerin bırakma konusunda daha başarılı olduğunu gösteren bir takım çalışmalar vardır (118). Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedir. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır (119). Türkiye genelinde bırakmışların oranı %8,3 olarak bildirilmiştir. Bölgelere göre bırakma oranlarına bakıldığında Edirne'nin de içinde bulunduğu Marmara bölgesinde %11,9 ile en yüksek bırakma oranına sahiptir (103). Bizim çalışmamızda bırakanların oranı %16,3 bulundu ve genel popülasyona göre daha yüksekti. Öğretmenlerde yapılan diğer çalışmalarda verilen sigarayı bırakanların oranları %15,3 ile %24,3 arasında değişmektedir (106-108,115). Bu sonuçlara göre öğretmenlerde sigarayı bırakanların oranının genel popülasyondan daha yüksek seyrettiği anlaşılmaktadır. Bizim çalışmamızda sigarayı bırakanların oranının öğretmenlerde yapılan diğer çalışmalarda elde edilen oranlardan farklı olmadığı görülmektedir.

Sigarayı bırakanların tüm popülasyon içindeki oranından farklı olarak sigarayı bırakanların; içenler ve bırakanların toplamına oranı olarak tanımlanan sigara bırakma oranı çeşitli topluluklarda sigara bırakma durumunu değerlendirmede kullanılan asıl hızdır. Bizim çalışmamızda %33 olarak belirlediğimiz bu hız, 2003 yılında Sivas'ta %24,5, 2006 yılında Konya'da %40,1 bulunmuştur (97,106). 1989'da bizim çalışmamıza benzer evrende aynı oran %29 olarak bildirilmiştir ve geçen sürede sigara bırakmada bir artış olduğu görülmektedir (108).

Bırakanları cinsiyete göre değerlendirdiğimizde erkeklerde sigara bırakma sıklığının (%20,1) bayanlardan (%16,3) fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Yalçın'ın 2002 yılında Edirne

genelini yansıtan çalışmasında bu oranlar erkeklerde %16,8, bayanlarda %12,2 olarak bulunmuştur ve çalışma evrenleri farklı da olsa aradan geçen 5 yıllık sürede Edirne’de öğretmenlerde her iki cinsiyette de genel toplumdaki daha yüksek bırakma eğilimi olduğu düşünülmektedir (104). Erkeklerde sigara içme sıklığı genel olarak daha fazla iken, bırakanlarının oranı da daha fazladır. Bayanlarda genel olarak hem sigara içme sıklığı zamanla artmakta, hem de sigarayı bırakanların oranı erkeklere göre daha az olmaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre sigara bırakma oranı öğretmenlerin çalışma sürelerindeki her bir yıllık artışla 1,114 kat artarken, eşin sigara içiyor olmasıyla 2,206 kat, Beck anksiyete skorundaki her 1 puanlık artış ile de 1,046 kat azalmaktaydı. Sigara bırakmada etkili olan etmenler öğretmenlere sorulduğunda en çok sağlığı korumak, topluma iyi örnek olmak ve ailesinin bırakmasını istemesi gösterilmiştir.

Bizim çalışmamızda sigarayı deneyen, yani tüm hayatı boyunca 100 adetten daha az sigara içen öğretmenlerin oranı %9,26 tespit edildi. Ülkemizde öğretmenlerin sigara içme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda sigarayı deneyenler diye ayrı bir grubun tanımlanmadığını gördük. Erkeklerin %11,2’si, bayanların %7,7’si sigarayı denemiş ve sağlık riskleri ve ekonomik sebepler daha ön planda olarak çeşitli nedenlerle içmeye devam etmemişlerdir. Sigara içenlerde olduğu gibi sigarayı deneyenlerde de erkeklerin oranı bayanlardan daha fazla idi. Sigarayı deneyenlerin ortalama $\frac{3}{4}$ ’ünün bağımlı hale geldiği düşünülürse deneyenlerde ve içenlerde erkeklerin oranının yüksek olması beklenen bir durumdur. Sigara ile ilgili çalışmalarda sigarayı deneyip kullanım alışkanlığı geliştirmeyen bu grubun ayrıştırılmaması, bu kişilerin yanlış olarak hiç sigara içmemiş ya da bırakmışlar içinde sınıflanmasına yol açarak, bu oranların hatalı şekilde değişmesine yol açmaktadır.

Çalışmamızda sigarayı bırakanların ortalama yaşı (40,5), halen içenlerin ortalama yaşından (37,8) daha büyüktü. Sigaraya bağlı sağlık sorunları sigara içme süresi ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Sigaraya bağlı zararların ortaya çıkması ortalama 20 yıl sonra olduğundan, çoğu hastalık 35 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (17). Hatta sigaraya bağlı ölümlerin büyük çoğunluğu 35-69 yaş civarında olmaktadır. Sonuçta sağlık sorunları kişilerin sigara bırakmalarında önemli bir motivasyon olduğundan yaş ilerledikçe sigara bırakma oranı artmaktadır. Sigarayı bırakanların ortalama yaşı halen içenlerin ortalama yaşında büyük olduğu için ortalama çalışma süreleri de (17,64 yıl), halen içenlerin ortalama çalışma sürelerinden (14,77 yıl) uzundu. Sigaranın zararlı etkilerinin aditif doğası yani içme süresiyle birlikte yükseliyor olması nedeniyle, geç yaşta sigara bırakılması erken yaşta bırakılmasına göre daha az yararlı etki yapabilmektedir. Sigara içiminin yüksek oranlarda bulunduğu ancak bırakma motivasyonlarının düşük olması nedeniyle bırakmayı ya hiç denemeyen ya da denese

de başarılı olamayıp geri dönen genç erişkinlerde, başarı oranları düşük olsa da elde edilecek yüksek yarar ön planda tutularak daha çok sigara bıraktırma etkinliğinde bulunulmalıdır.

Bizim çalışmamızda öğretmenlerin eşlerinin sigara içme oranı %34,4 bulundu. Sigara içme oranlarındaki cinsiyet farkını yansıtacak şekilde erkek öğretmenlerin eşlerinin sigara içme oranı (%25,5), kadın öğretmenlerin eşlerinin sigara içme oranından (%42,5) daha düşüktü. Sigara içme prevalansı kardeşin veya eşin sigara içiyor olması ile doğru orantılıdır.(120) Bizim çalışmamızda hiç sigara içmemiş öğretmenlerin eşlerinin sigara içme oranı (%27,0), halen sigara içen öğretmenlerin eşlerinin sigara içme oranından (%50,4) düşüktü. Nasıl ki sigaraya başlama nedenleri arasında çevre etkisi önemli bir faktörse; sigara içmeyi sürdürmede de çevre etkisi önemlidir. Yakın ilişkide bulunan insanların sigara içmesi kişinin sigara içmesi üzerinde tetikleyici bir faktör olmaktadır. Sigarayla mücadelede kişinin sosyal ortamı da ele alınmalıdır. Özellikle en yakınındaki insan kişinin eşi olduğundan sigara bağımlılığı tedavisine eşin katılımını sağlamak gerekir. Eşin sigara içme durumu sigara bırakmayı 2,206 kat azaltmaktadır. Sigarayı bırakan kişilerin eşlerinde de sigara bırakma oranı yüksek olabilir. Bunun tam terside geçerlidir. Eşinin sigara içmesi kadının sigaraya başlamasını kolaylaştırabileceği gibi sigara içen bir kadının bırakmasını da zorlaştırabileceği gösterilmiştir (120).

Bizim çalışmamızda kişi başı aylık gelir ortalama 714,40 YTL bulundu. Hiç sigara içmemiş olanların kişi başı aylık geliri (680,53 YTL), sigarayı bırakmış olanların kişi başı aylık gelirinden (764,22) düşüktü . Meslekte kıdem arttıkça kişi başı aylık gelir artacaktır. Buna paralel olarak yaş ilerledikçe hem kişi başı aylık gelir artmış olacak hem de sigarayı bırakma oranları da artacaktır. Bizim çalışmamızda öğretmenlerin ailelerinin aylık sigara gideri ortalama 106,95 YTL olarak bulundu. Aile bütçesine önemli bir katkısı olabilecek miktardaki bu paranın her ay sigaraya verilmesinin önüne geçebilmenin tek yolu sigarayı bırakma konusunda öğretmenlere daha fazla bilgi ve motivasyon sağlanmasıdır. Beklendiği üzere şu an sigara içen katılımcıların ailesinin ortalama aylık sigara gideri (115,32 YTL), şu an sigara içmeyen katılımcıların ailesinin ortalama aylık sigara giderinden (91,44 YTL) daha fazla bulunmuştur. Kendisi sigara içmese de ailesinde başka sigara içenlerin bulunmasından dolayı sigara içmeyen öğretmenlerin ailesinin aylık sigara gideri de (91,44 YTL) oldukça yüksek bulunmuştur.

Depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansı %13 ile %20 arasında değişmektedir, yaşam boyu depresif bozukluk gelişme riski kadınlar için %10 ile %25, erkekler için %5 ile %12 olarak bildirilmektedir (121). Bir çok psikiyatrik hastalıkta sigara içme prevalansı yüksektir (112). Sigara bırakma tedavisi başlangıcında ve sigara bırakıldıktan

sonra depresyon prevalansı arttığı için takiplerde anksiyete ve depresyon düzeyleri belirlenmelidir (123). Depresyon hikayesi olan hastalarda sigara bırakma başarısı daha düşük olduğu gibi, depresif semptomlar da daha çok görülür ve depresyon hikayesi olmayan hastalarla kıyaslandığında sigara bırakıldıktan sonra depresyon tekrarlama riski daha yüksektir (123). Fidan ve ark'nın nisan 2003-aralık 2004 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Sigara Bıraktırma Polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada sigara içmeye devam eden grupta, bırakmışlara göre hem anksiyete hemde depresyon skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (124).

Bizim çalışmamızda öğretmenlerin Beck anksiyete skoru ortalaması 8,9 bulundu. Hiç sigara içmemiş kişilerin Beck Anksiyete skoru (7,3), halen sigara içenlerin Beck Anksiyete skorundan (11,1) daha düşüktü. Beck Anksiyete skorundaki her 1 puanlık artış halen sigara içme durumunu içmemeye göre 1,046 kat artırmaktadır. Ya sigara anksiyeteyi artırmaktadır yada anksiyetesi fazla olan insanlar daha fazla sigara içmektedir. Toplumda ve özellikle sigara içen kişilerde yaygın olarak söylenen "sigara sıkıntıyı giderir" yargısı bu sonuca göre geçerliliğini yitirmektedir. Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %84,9'u da sigaranın sıkıntıyı gidermediğini doğru bilmekteydiler. Bizim çalışmamızda öğretmenlerin Beck Depresyon skoru ortalaması 2,02 bulundu. Aynı şekilde halen sigara içenlerin Beck Depresyon skoru (2,46), hiç içmemişlerin Beck Depresyon skorundan (1,77) yüksek bulundu. Sigara içen kişilerde depresif belirtilerin içmeyenlerden fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak bu konuda oluşturulan regresyon modelinde depresyon skoru, modelin başlangıç değişkenleri içine alınmasına rağmen kullanılan yöntem sırasında, etkisi olmadığından değişkenler listesinden yöntem tarafından çıkarılmıştır. Bu durumda tüm değişkenler birlikte incelendiğinde kişilerin depresyon skorları sigara içme içmeme durumlarına etkili bir değişken değildir. Değişken yalnız başına incelendiğinde belirlenmekte olan fark, eşlik eden diğer değişkenlerin; bu durumda da muhtemelen anksiyete durumunun etkisine bağlı oluşan farklardır. Sonuçta sigara içip içmeme durumuna etkili olan anksiyete durumudur ve depresyon skorlarında görülen farklar buna bağlıdır.

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi kültürel, sosyal ve çevresel kavramlarla iç içe subjektif bir değerlendirmedir.

Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi değerlendirme anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL-BREF) bireyin yaşam kalitesini nasıl algıladığını

değerlendiren bir ankettir. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini belirler (125,126). WHOQOL-BREF, gerek sağlıkla ilgili, gerekse sosyoekonomik değişkenlerdeki farklılıklara duyarlı bir gereç olarak kabul edilebilir.

Biz çalışmamızda yaşam kalitesi skoru düşük öğretmenlerde sigara içme oranının daha yüksek olmasını bekliyorduk. Oysa sigara içme davranışı ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. Bu sonucu öğretmenlerin genel olarak homojen bir topluluk olmalarına bağlayabiliriz. Öğretmenler arasında yaşam kaliteleri açısından çok fazla farklılık yoktur. Yaşam standartları daha farklı heterojen topluluklarda yaşam kalitesi ile sigara içme davranışı arasında ilişkinin tekrar araştırılması uygundur.

Sigara ile ilgili yapılan hemen tüm çalışmalarda en sık sigaraya başlama nedenleri merak ve özeni olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da merak ve özeni hem halen içenlerde hem de bırakmış olanlarda en sık sigaraya başlama nedeni olarak bulundu. Ayrıca stres ve üzüntü, kendini ispat çabası, yasağa tepki ve çevrenin psikolojik baskısı da sigaraya başlama nedenleri arasında yer alıyordu. Halen sigara içen erişkinlerin %80'ninin 18 yaşından önce sigaraya başladığı düşünülürse, öğretmenlerin 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 (105). Bizim çalışmamızda da halen sigara içen öğretmenlerin %34'ü çocuklarının yanında sigara içmekteydi. Yanlarında sigara içerek hem pasif içicilik açısından, hem de kötü örnek olmak açısından çocuklarına zarar verdiklerini bilmeleri gereken öğretmenlerde hala yüksek bir orandır. Bizim çalışmamızda çocukları sigara içen öğretmenlerin oranı %8,05 olarak bulundu. İnsanların çocuklarının yanında sigara içmesi onlar için olumsuz rol modeli olmalarını sağlamaktadır. Yani çocuğunun yanında sigara içen öğretmenlerin çocuklarının sigara içme sıklığı diğerlerine göre daha fazla olmaktadır. Çocuğunun yanında sigara içen öğretmenlerin çocuklarında sigara içme sıklığı %15,3'ken, çocuğunun yanında sigara içmeyen öğretmenlerin çocuklarının sigara içme sıklığı %5,2 olarak bulundu. Öğretmenlerin sigara içmesi yalnızca öğrencileri için değil kendi çocukları içinde sigara içme açısından risk oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda çocuğunun yanında sigara içen öğretmenlerin Fagerström skor ortalaması (4,04), çocuğunun yanında sigara içmeyenlerinkinden (1,10) yüksek bulundu. Yani sigaranın fiziksel bağımlılık boyutu fazla olan öğretmenlerin çocuklarının yanında sigara içme oranları daha yüksek olmaktadır. Bu gruba sigara bırakma tedavisi esnasında nikotin replasman tedavisinin varlığı anlatılmalı ve yoğun tıbbi yardım sağlanmalıdır.

Edirne’de 1992’de Saltık ve ark’nın yaptığı çalışmada orta öğretim öğrencilerinde sigara içme prevalansı %27 bulunmuş. Karlıkaya’nın 2000’de Edirne’de yaptığı çalışmada bu prevalans %38 bulunmuş (3). Sigaraya başlamada öğretmenlerini rol modeli olarak algılayabilecek öğrencilerin yanında sigara içilmemelidir. Halen sigara içen öğretmenlerin % 86,6’sı öğrencilerinin yanında sigara içmediklerini ifade ettiler. Ancak halen sigara içen öğretmenlerin %11,4’ü öğrencilerinin yanında sigara içerek onlara kötü örnek oluşturmaktalar. Hatta %2,0’si öğrencilerinin kendilerini sigara içerken görmelerinin kendilerini ilgilendirmediğini ifade etmekte. Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %91,4’ü eğitim öğretim yapılan yerde sigara içilmesinin kanunen yasak olduğunu bilmelerine rağmen bir kısmının öğrencilerinin yanında sigara içmesi düşündürücüdür. Hiçbir öğretmenin öğrencilerinin yanında sigara içmemesi gerekir. Bu konuda hem sigara hakkında bilgilendirme hem de gerekirse okulda sigara içmenin yasak olması nedeniyle yasal önlemler almak gerekir. Bu konuda önlemleri alması ve yaptırımları uygulaması gereken okul yöneticileri arasında, her ne kadar bu araştırma içinde araştırılmamış olsa da, yüksek oranlarda sigara kullanılıyor olması, önlemlerin uygulanmasını ve etkilerini düşürmektedir. Öğretmenlerin öğrencilerine rol model olması konusundaki beklentilerimize uygun olarak, öğretmenler arasında sigara içme oranlarını düşürecek dalganın da yöneticilerden başlaması, etkili olma şansını arttıracaktır.

Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenebilir önemli bir risk faktörüdür. Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetüsün gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir (127). Bizim çalışmamızda sigarayı bırakmış olan bayan öğretmenlerin %11,7’si hamilelikleri döneminde sigara içmişlerken, bu oran halen sigara içen bayan öğretmenlerde %17,2 olarak bulundu. Eşleri sigara içen bayanların gebelikte sigara içme oranı eşi sigara içmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (128). Hamilelikte içilen sigaranın hem annenin, hem de bebeğin sağlığına zararlı olduğunu bilecek eğitim düzeyinde olması gereken öğretmenlerin hamileliklerinde sigara içmeye devam etmeleri düşündürücüdür. Halen sigara içen öğretmenlerden hamileliği sırasında sigara içenlerde Fagerström skor ortalaması (4,10), içmeyenlerden (1,8) daha yüksek bulundu. Sigara bağımlılık puanı arttıkça hamilelikte sigara içme oranı artıyordu. Bu durumda nikotinin fiziksel bağımlılığı önem kazanmaktadır ve hamilelikte bebeğine zarar vereceğini bile bile sigara içenlerin nikotinin fiziksel bağımlılığı konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Fiziksel bağımlılığa yönelik yoğun tedavi girişimi ile sigaranın bırakılabileceği bu gruba anlatılmalıdır.

Araştırmalar sigara kullananlardan %70'inin sigarayı bırakmak istediğini, her yıl yaklaşık %50'sinin bırakmayı denediğini ve ancak %5'ten daha azının kendi kendine bırakmada başarılı olduğu göstermiştir. Bu oranın sadece hekim tavsiyesi ile 2 katına çıkabileceği söylenmektedir. Nikotin replasmanı, bupropion, sosyal ve davranışsal desteği de içine alan tıbbi destekle sigara bırakma oranı %35 kadar çıkabilmektedir (74). Günümüzde sigara içimi artık kronik bir hastalık olarak algılanmakta ve tedavisi mümkün olan bir hastalık olarak görülmektedir. Çalışma evrenimizde sigarayı bırakmış olan öğretmenlerden yalnızca %9,6'sı nikotin yerine koyma araçlarından faydalanırken, %4,4' doktor yardımı almış ve %1,9'u da bu süreçte sigara bırakmak için ilaç kullanmıştır. Yani sigara bırakmak için tıbbi destek alanlar beklenenden daha azdır. Bırakanların %43,6'sı daha öncede sigara bırakma denemesinde bulunmuşlardır. Başarısız olunan bırakma deneme sayısı ortalama $2,59 \pm 2,96$ bulunmuştur. Turgut ve ark'nın çalışmasında öğretmenlerin %70,6'sının en az 1 kez sigara bırakmayı denedikleri saptanmıştır (105). Bizim alışmamızda halen içenlerin %64,9 gibi büyük bir kısmı daha önce sigara bırakmayı denemiş ama başarılı olamamışlardır. Onlarda bırakma deneme sayısı $3,17 \pm 2,53$ idi. Sigarayı bırakanların deneme sayısı ile karşılaştırınca sigarayı bırakma deneme sayısı arttıkça başarı oranı beklenenin aksine azalmaktadır. Bizim alışmamızda halen sigara içenlerin başarısız oldukları sigarayı bırakma denemelerinde %3,3' doktor yardımı aldığını, %14,4' nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, çiklet, inhaler veya nazal sprey) yararlandığını ve %14,4' bırakmaya yardımcı ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Öğretmenlerin büyük bir kısmı sigarayı bırakmak istemektedir. Ancak bu konuda tıbbi yardım isteyenlerin oranı oldukça düşüktür. Çalışmaya katılan bütün öğretmenlerin %56,7'si sigarayı bıraktırmada ilaçların yararı olduğunu, %81,7'si de doktorların sigara bıraktırmaya yardımcı yöntemleri olduğunu bilmelerine rağmen hem bırakmış olanlar bıraktıkları ve başarısız oldukları bırakma denemelerinde, hem de içenlerin başarısız oldukları bırakma denemelerinde beklenenden daha az tıbbi yardım almışlardır. Eğer sigarayı bırakmak isteyenlere yeterli tıbbi destek verilebilirse ve tedavinin başarısına olan inanç daha da artırılabilirse bırakanların oranı daha fazla olacaktır ve başarısız olunan bırakma deneme sayısı azalacaktır.

Fidan ve ark'nın Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada bırakmayı deneyen fakat başarılı olamayan kişilerde tekrar sigaraya başlama nedeni olarak %39,2'si aşırı içme isteği, %27,0'si stres, %12,2'si sinirlilik, %9,5'i, arkadaş ortamı %8,1'i depresyon ve %4,0' kilo artışını ileri sürmüşlerdir (124). Bizim alışmamızda da başarısız bırakma denemesinden sonra tekrar sigaraya başlama nedenlerinin başında arkadaş çevresi, sıkıntı, stres, üzüntü gelmekteydi.

Sigara paketleri üzerinde uyarılar olmasının halen sigara içen öğretmenlerin büyük çoğunluğunda içtiği sigara miktarı üzerine etkisinin olmadığını belirttiler. Aynı şekilde sigara reklamlarının yasaklanmasının ve sigara fiyatlarının artırılmasının da içtikleri sigara miktarı üzerine etkisi olmadığını ifade edenlerin oranı oldukça yüksekti. Öğretmenlerin ekonomik durumları genel topluma göre göreceli olarak daha iyi olduğu için sigara fiyatlarının artırılmasından etkilenmiyor olabilirler ya da başka giderlerinden kesip sigaraya veriyor olabilirler. Halen içenlerde fiyat artırımının etkisinin az olması beklenen bir durumdur. Soruyu bırakan öğretmenlere sorsaydık muhtemelen fiyat artırımının bırakmada etkili olduğunu görebilecektik. Öğretmenler sigaranın zararlarını bile bile içtiklerini ve bu yüzdede paket üzerindeki uyarı yazılarından etkilenmediklerini düşünebiliriz. Sigara reklamlarının yasaklanmasının çocuklar, ergenler ve sigara içmeyen ergenler üzerinde sigaraya başlamama konusunda etkisi daha fazla olabilir. Zaten sigarayı tanıyan ve hala içenler için sigara reklamlarının yasaklanmasının içme miktarına etkisinin olmaması olağan karşılanabilir.

Sıklıkla ergenlik döneminde kazanılan sigara alışkanlığının oluşmasında çevrenin etkisi son derece fazladır. Gencin bu dönemde en fazla etkilendiği çevre okuldur, burada da kendi akranlarından oluşan bir arkadaş grubu ve sıklıkla özdeşim nesnelere olarak kullandığı öğretmenleri bulunmaktadır. Bewley erkek öğretmenlerin sigara içmesinin özellikle lise 1. ve 2. sınıftaki erkek öğrencilerin sigaraya başlamaları üzerinde etkisi olduğunu bildirmiştir (129). Öğretmenlerde sigara içme durumunun yüksek olarak tespit edildiği okullarda öğrencilerinde buna paralel olarak sigara başlama ve içme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (130). Yapılan araştırmalarda öğretmenlerin dersleri esnasında sigara konusuna yer vermelerinden ziyade onların sigaraya karşı davranış ve tutumlarının öğrenci üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir (130). Bütün bunlara rağmen öğretmenlerin bir kısmı öğrencilerinin yanında sigara içmeye devam etmektedir. Çalışmamızda halen sigara içen öğretmenlerin öğrencilerinin yanında sigara içme oranı %11,4 olarak bulundu ve bu benzer çalışmalardaki oranlara çok yakındı (105-108,115). Öğrencilerin yanında sigara içmemesi konusunda öğretmenlerin daha duyarlı olmaları gerekmektedir. Bu konuda uygulanan yaptırımların güçlendirilmesi önerilebilir.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %43 gibi önemli bir bölümü hiç alkol kullanmıyordu. Sosyal içicilerin oranı %28 ve sürekli alkol kullananların oran ise %29'du. Hem sigara hem de alkol kullanan kişiler arasında alkol alırken sigara vazgeçilmez görülmektedir. Bunu doğrular şekilde bizim çalışmamızda alkol kullanmayanlara göre halen sigara içiyor olma oranı sosyal içicilerde 1,838 kat, sürekli alkol kullananlarda ise 3,655 kat

artmaktaydı. Ayrıca alkol kullanmayanlara göre sigara ile tanışma oranı sosyal içicilerde 3,614 kat, sürekli alkol kullananlarda ise 4,010 kat artmaktaydı.

Bizim çalışmamızda öğretmenlerin %95,8'i gibi çok büyük bir çoğunluğu derslerinde sigara ile ilgili bilgi ve mesaj vermekte olduklarını belirttiler. Bu oran yakın tarihli benzer çalışmalarda elde edilmiş %75 civarındaki oranlara göre ciddi oranda yüksektir. Ancak konu sigara ile ilgili davranışlara yansımadağı sürece alışkanlığın öğrencilere geçmesine engel olamamaktadır.

Ülkemizde son yıllarda sigara dışında tütün ürünü kullanımı özellikle de nargile içimi şeklinde artmaktadır. Nargile kafelerin yaygınlaşmasının bunda büyük payı olduğunu düşünmekteyiz. Hedef kitlesi gençler ve ergenler olan nargile cafelerin yaygınlığının azaltılmasına yönelik önlemler alınması gerektiğini ve ayrıca da nargile, pipo, puro şeklinde tüketilen tütün ürünlerinin de sigara kadar zararlı olduğunu anlatılması gereklidir. Çalışmamızda öğretmenlerin %4,13'ü nargile, %2,3'ü puro, %0,8'ide pipo içmekteydi. Bu öğretmenlerin hepsi aynı zamanda sigara da içmekteydiler.

Çalışmamızda öğretmenlerin %53,2'si okulda başkasının sigara dumanına maruz kaldıklarını ifade ettiler. Yani öğretmenlerin yarıdan fazlası çevresel sigara dumanına maruz kalmaktaydılar. Pasif sigara içiciliğinin zararları konusunda hem sigara içenlerin hem de pasif sigara içimine maruz kalanların yeterli bilgi ve bilinç düzeyinde olmadıklarını düşünebiliriz. Pasif sigara içimi konusunda öğretmenlerin daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaçları olduğu ortaya çıkmaktadır.

Öğrencilerinizi sigara içerken görürseniz ne yaparsınız diye sorduğumuzda öğretmenlerin %60'ından fazlası nasihatle bulunurum ve sözel uyarım diye cevap verdi. Ailesine haber vermek, disipline göndermek ve azarlamak gibi yaklaşımları ifade edenlerin oranı düşüktü. Öğretmenlerin öğrencilerine nasihatle bulunmalarının yanında sigaranın zararları hakkında bilgede vermeleri gereklidir. Ayrıca okullarda sigara ile ilgili seminer ve toplantılar yapılarak öğrencilerin sigara hakkındaki bilgilerinin artırılması gerekir. Hiçbir tepki vermem diye cevap veren öğretmenlerin oranı %1,8'di. Öğrencilerin eğitiminden sorumlu olan öğretmenlerin bu duruma kayıtsız kalacağını ifade etmesi beklenen bir durum değildir.

Çalışmamızda tüm öğretmenlere okulda nerelerde sigara içiliyor diye sorduğumuzda %73,5 gibi büyük çoğunluğu özel sigara içme odası olduğunu ve orada içildiğini ifade etmişlerdir. Sigara içme odalarının belirlenip sigara içiminin buralarla kısıtlanması geçiş için kullanılacak aşamalardan biri olsa da yeterli bir önlem olamaz. Çünkü öğrenciler bu odaların varlığını görüp bildikleri sürece öğretmenlerinin sigara ile ilgili davranışlarından haberdar

olup bilinçötesi dinamiklerle bunu takip edeceklerdir. Bu konudaki tek nihayi hedef tüm eğitim kurumlarından sigaranın tamamen uzaklaştırılması olabilir. Yine %18,8'i müdür ve müdür yardımcısı odasında, %10,4'üde öğretmenler odasında sigara içildiğini ifade etmişlerdir. Okulun amiri konumundaki okul müdürünün odasında ve sigara içmeyen öğretmenler tarafından da kullanılan öğretmenler odasında sigara içiliyor olması okul yönetimlerinin sigara konusunda yeterli hassasiyeti göstermediklerini düşündürmektedirler. Öğretmenlerin hepsi sınıflarda sigara içilmediğini ifade etmişlerdir. Ancak sorumuzu sigara içen öğretmenlere okulda nerelerde sigara içiyorsunuz diye sorduğumuzda %3,6'sı sınıfta da içtiğini ifade etmişlerdir. Nerelerde içiliyor diye sorulunca soruyu içilmesi gereken yerler gibi algılayıp aslında sınıflarda sigara içilmemesi gerektiğini düşünmüş olabilirler. Sınıfta içilmemesini düşünmelerine rağmen bir kısmı sınıflarda içmeye devam etmektedirler.

Öğretmenlerin yaklaşık %98'i sigaranın akciğer kanserine yol açtığını,%88'ide kalp damar hastalıklarına yol açtığını biliyordu. Ağız kanseri, beyin damar hastalığı, kronik bronşit ve gırtlak kanserine yol açtığını bilenlerin oranı %60'ın üzerindeydi. Yenidoğan bebek ölümü ve mesane kanserine yol açtığını yarından azı biliyordu. Genel olarak sigara sağlık ilişkisinin öğretmenler tarafından yeterince bilindiği söylenebilir. Ancak bu bilginin sigara bırakmada yeterli bir motivasyon aracı olarak kullanılmasında eksiklik söz konusudur.

Light sigaraların daha az zararlı ve daha güvenli olduğuna dair yanlış bir inanış vardır. Düşük nikotinli sigara içenler kan nikotin seviyesini korumak için günlük içtikleri sigara sayısını artırır ve sonuçta light sigaranın daha az zararlı olmadığı ortaya çıkmaktadır. Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %92,5 gibi çok büyük bir kısmı light sigaranın daha az zararlı olmadığını bilmekteydiler. Eğitim öğretim yapılan yerlerde sigara içiminin kanunla yasak olduğunu öğretmenlerin %91,4'ü bilmekteydi. Buna rağmen bir kısım öğretmen okulda sigara içmeye devam etmekteydiler. Okullarda bu yasağın daha etkili bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır. Nikotinin sigara içenlerde fiziksel bağımlılığa yol açtığını bilen öğretmenlerin oranı %94,6 gibi yüksek bir orandı. Sigara hakkındaki diğer bilgi sorularına verilen yanıtlara baktığımızda öğretmenlerin %84,9'u sigaranın sıkıntıyı gidermediğini, %87,1'i doktorların sigara bıraktırmaya yardımcı önerileri olduğunu, %85,8'i sigara bırakıldıktan 1 yıl sonra kalp damar hastalıklarının %50 azalacağını, %58,1'i sigarayı bıraktıktan 24 saat sonra kanda CO oranının normale ineceğini, %56,7'si de sigarayı bıraktırmada ilaçların yararlı olduğunu bilmekteydiler. Genel anlamda öğretmenlerin sigara hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını söyleyebiliriz. Buna rağmen topluma nazaran göreceli olarak daha fazla sigara içiyor olmaları bilginin davranış değişikliği için yeterli olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

“18 yaşından küçüklere sigara satışının tamamen yasaklanması gençlerin sigara içimini azaltmıştır” yargısına katılmayan öğretmenlerin oranı daha fazla idi. Böyle bir sonucun ortaya çıkmasında bu yasağın gereğince ve yeterince uygulanmıyor olması etkili olmuş olabilir. “Sigara içenlerin çoğu, isterlerse sigarayı bırakabilirler” yargısına öğretmenlerin çok büyük bir kısmı katılmaktaydı. Bu sonuca göre sigara bırakmayı düşünen öğretmenlerin oranının daha yüksek beklenirdi. “Öğretmenler sigara içmeyerek topluma iyi örnek olmalıdır” ve “öğretmenler sigara konusunda öğrencilere bilgi aktarmanın ötesinde etkinliklerde bulunmalıdır” yargılarına öğretmenlerin tamamına yakını katılmaktaydı. Öğretmenlerin aslında kendi sosyal sorumluluklarının farkında oldukları ortaya çıkmaktadır. Buna rağmen toplumdan daha fazla sigara içme oranına sahip olmaları nedeniyle kötü örnek oldukları sonucu ortaya çıkmaktadır.

“Okulda sigara yasağı olması öğretmenlerin iş uyumunu güçleştirmektedir” ve “okul müfredatında sigara ile ilgili yeterli içerik bulunmaktadır” yargılarına katılmayan öğretmenlerin oranı daha fazla idi. Okul müfredatlarında sigara ile ilgili bölümün artırılması gerekmektedir. Bu hem öğrencilerin hemde öğretmenlerin sigara ile ilgili bilgilerini artırmalarını sağlayacaktır. Okuldaki sigara içme yasağı ile ilgili zorluğu kaldırmanın yolu ise sigara kullanımından vazgeçmekten geçmektedir.

“Öğretmenlerin okulda sigara içmek için ayrılmış bir odada sigara içebilmeleri gerekir” yargısına yine öğretmenlerin büyük çoğunluğu katılmaktaydılar. Aslında hedef tamamen sigarasız bir okul ve sigarasız bir toplum olmalıdır.

Geleceğin yetişkinleri olacak çocukların ve gençlerin eğitiminden sorumlu olan öğretmenlerin %33,2’sinin sigara içiyor olması, hatta bunların %11,4’ünün öğrencilerinin yanında içiyor olması sigara konusunda öğretmenlerin yeterli duyarlılığı göstermediklerini ortaya koymaktadır. Okulda sigara içimi yasak olmasına rağmen öğretmenler odasında, sınıflarda hatta bu konuda sorumluluğunun daha fazla olmasını beklediğimiz okul idarecilerinin odalarında sigara içiliyor olması öğretmenlerin sigara konusundaki tutum ve davranışlarının beklenen düzeyde olmadığı ortaya çıkmaktadır. Sigara ile mücadele de etkin rol oynaması gereken öğretmenlerin sigara içme oranının düşürülmesi için ciddi girişimler gerekir. Öğretmenlerin yarısından fazlası okulda başkalarının sigara dumanına maruz kaldıklarını ifade ettiler. Hem pasif içiciliğe yol açanlar hem de buna maruz kalan öğretmenlerin bu konuda gerekli yeterli özen ve çabayı göstermedikleri sonucuna varabiliriz. Eşleri sigara içen öğretmenlerde hem sigara içiciliği daha fazla hem de bırakma oranı daha düşük olduğu için sigara ile ilgili öğretmenlere yönelik yapılacak girişimlere eşlerini de katmaya çalışmak gerekir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen halen sigara içen öğretmenlerin

2/3'sinden daha fazlasının hayatında en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiş olması ve Şu anki Fagerström puan ortalamalarının 2,77 gibi hafif bağımlılık düzeyine denk gelmesi öğretmenlere yönelik sigara bıraktırma girişimlerinde başarı şansının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde sigara ile mücadele istenen düzeyde değildir. Bu konudaki girişim ve uygulamalar hala yetkinleşme aşamasındadır. Bu konuda önemli rol oynayabilecek meslek gruplarından hekimler ve öğretmenlerin daha yakın ve etkin işbirliği gereklidir. Böylece hem öğretmenlerde sigara içimi azaltılabilir hem de dolaylı yoldan toplumun sigara içimi azaltılabilir. Okullara yönelik sigarayla mücadele kampanyalarının acilen kapsamlı şekilde devreye sokulması gerekir.

SONUÇLAR

- 1- Öğretmenlerin %44,2 si erkek, %55,8'i bayandı. Yaş ortalamaları 38,19 bulundu. Bekarların oranı %17,4, evlilerin oranı %80,5 ve dulların oranı da %2,1'di. Evli öğretmenlerin %87,3'ünün eşi herhangi bir işte çalışmaktaydı. Ailenin ortalama aylık geliri 1988,04 YTL, kişi başı ortalama aylık gelir ise 714,40 YTL bulundu.
- 2- Çalışmamızda Edirne'de öğretmenlerin %33,2'sinin sigara içtiği tespit edildi. Erkeklerde sigara içme oranı (%34,9) kadınlardan (%31,8) fazlaydı. Bırakmış olanların oranı %16,3 bulundu. Erkeklerde bırakma oranı (%20,1), kadınlardan (%13,3) daha fazla bulundu. Öğretmenlerin %9,2'si sigarayı denemişti. Hiç sigara içmemiş olanlar öğretmenlerin oranı %41,2'iydi.
- 3- Sigara içen öğretmenlerin Fagerström testi skoru ortalama 2,77 bulundu. Sigara içen öğretmenlerin %75'inin nikotin bağımlılık düzeyi "az" ve "çok az" seviyesindeydi.
- 4- Çalışmamızda öğretmenlerin %44,1'i sigarayı bırakmayı düşünmüyordu. Bırakmayı düşünenlerin oranı %4,2, bırakmaya hazırlananların oranı %45,5, bırakma aşamasındakilerin oranı %3,5 ve bırakmayı sürdürenlerin oranı ise %18,6'ıydı.
- 5- Çalışmamızda sigarayı bırakmış olan öğretmenlerden %9,6'sı nikotin yerine koyma araçlarından faydalanırken, %4,4'ü doktor yardımı almış ve %1,9'u da bu süreçte sigara bırakmak için ilaç kullanmıştı. Yani sigara bırakmak için tıbbi destek alanlar beklenenden daha az bulundu. Bırakanların %43,6'sı daha öncede sigara bırakma denemesinde bulunmuşlardı. Başarısız olunan bırakma deneme sayısı ortalama $2,59 \pm 2,96$ bulundu. Bizim çalışmamızda halen içenlerin %64,9 gibi büyük bir kısmı daha önce sigara bırakmayı denemiş ama başarılı olamamışlardı. Onlarda bırakma deneme sayısı $3,17 \pm 2,53$ idi. Bizim çalışmamızda halen sigara içenlerin başarısız oldukları sigarayı bırakma

denemelerinde %3,3'ü doktor yardımı aldığını, %14,4'ü nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, çiklet, inhaler veya nazal sprey) yararlandığını ve %14,4'ü bırakmaya yardımcı ilaç kullandıklarını ifade ettiler. Öğretmenlerin büyük bir kısmı sigarayı bırakmak istemektedir.

- 6- Sigara içen öğretmenlerin %74,1'i özel sigara odasında sigara içtiklerini ifade ettiler. Öğretmenler odasında içtiğini ifade edenlerin oranı %14,1'di. Sigara içtikleri diğer yerler müdür/müdür yardımcısı odası, okul bahçesi, tuvalet, kantin, koridordu. Sigara içen öğretmenlerin %3,6'sı sınıflarda da sigara içtiğini ifade etti.
- 7- Çalışma süresindeki her bir yıllık artış sigara bırakma oranını 1,114 kat artırmaktaydı. Eşin sigara içme durumu bırakma oranını 2,206 kat, Beck Anksiyete skor ortalamasındaki bir puanlık artış 1,046 kat azaltmaktaydı.
- 8- Öğretmenlerde halen sigara içiyor olma oranını eşin sigara içiyor olması 2,205 kat, Beck Anksiyete skorundaki her 1 puanlık artış 1,046 kat artırıyordu. En son bitirdiği okul ortaokul veya lise olması yüksekokul ve üzeri olmasına göre halen sigara içiyor olma oranını 6,579 kat artırmaktadır. Alkol içmeyenlere göre halen sigara içme oranı sosyal içicilerde 1,113 kat, sürekli alkol kullananlarda 2,266 kat fazladır.
- 9- Öğretmenlerde sigara ile tanışma oranını cinsiyetin erkek olması 1,783 kat, ailenin aylık gelirindeki her 1 YTL 'lik artış 1,001 kat, eşin sigara içiyor olması 1,776 kat becc anksiyete skorundaki her 1 puanlık 1,037 kat artırıyordu. Alkol içmeyenlere göre sigara ile tanışma oranı sosyal içicilerde 3,614 kat, sürekli alkol kullananlarda 4,010 kat fazladır.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı öğretmenlerin sigara içme ve bırakma davranışları, sigara hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri, çeşitli sosyo-demografik değişkenler ile yaşam kalitesi, depresyon, ve anksiyete düzeylerinin sigara içme ve bırakma davranışlarına etkilerinin araştırılmasıydı.

Çalışma grubunu 2006-2007 eğitim ve öğretim yılında Edirne şehir merkezindeki kamu ve özel ilköğretim ve orta öğretim kurumlarında çalışan 1583 öğretmen oluşturdu. Öğretmenlerin 1042'sine(%65,8) daha önce denenmiş anket uygulandı. Anket, toplam 128 soru içermektedir ve öğretmenlerin sigara içme durumları, sigara bırakma davranışlarının aşamaları, nikotin bağımlılığı düzeyleri ve sigara hakkındaki bilgi, tutum ve görüşleri yanında demografik bilgileri, anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri, yaşam kalitesi düzeyleri ve alkol kullanım, durumları sorgulanmaktadır. Anketlerde öğretmenlerin kimlik bilgileri bulunmamaktadır.

Çalışmanın sonucunda öğretmenlerin %33,2'si halen sigara içiyordu. Öğretmenlerde halen sigara içiyor olma oranını eşin sigara içiyor olması 2,205 kat, Beck Anksiyete skorundaki her 1 puanlık artış 1,046 kat artırıyordu. En son bitirdiği okul ortaokul veya lise olması yüksekokul ve üzeri olmasına göre halen sigara içiyor olma oranını 6,579 kat artırmaktadır. Alkol içmeyenlere göre halen sigara içme oranı sosyal içicilerde 1,113 kat, sürekli alkol kullananlarda 2,266 kat fazladır. Sigarayı bırakmış olanların oranı %16,3 bulundu. Çalışma süresindeki her bir yıllık artış sigara bırakma oranını 1,114 kat artırmaktaydı. Eşin sigara içme durumu bırakma oranını 2,206 kat, Beck Anksiyete skor ortalamasındaki bir puanlık artış 1,046 kat azaltmaktaydı. Öğretmenlerin %9,2'sinin sigarayı denediği, %41,2'sinin de hiç sigara içmemiş olduğu bulundu.

Sigara ile m¼cadele de en etkin meslek gruplarından biri olması gereken ¼ğretmenlerde sigara içme sıklığı yüksektir. Çocuklara her anlamda örnek olması gereken ¼ğretmenlerin sigara içme sıklığının azaltılması amaçlanmalıdır. ¼ğretmenlerin kendilerinin yürüttükleri bırakma girişimlerinin başarı oranı düşüktür. Bu konuda ¼ğretmenlere tıbbi destek verilmelidir ve hekimlerle ¼ğretmenler işbirliği içinde olmalıdır. Çağdaş toplumda okulların sigarasız olması vazgeçilmezdir ve ¼ğretmenler bu konuda daha etkin ve duyarlı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigara içimi, ¼ğretmenler, Edirne, Fagerström, Beck anksiyete skoru

SMOKING AND QUITTING BEHAVIORS OF TEACHERS IN EDIRNE AND EFFECTING FACTORS

SUMMARY

The aim of this study was to determine the rates of smoking and smoking cessation behaviors of the teachers, their knowledge, attitudes and opinions on smoking, the effects of socio-demographic variables, quality of life, depression and anxiety levels on smoking and smoking cessation behaviors.

The study group consists of 1583 teachers working at the state and private primary and secondary schools in Edirne city center in 2006-2007 educational period. The questionnaire that has been tested before has been replied by 1042 of the teachers (%65.8). The questionnaire consists of 128 questions and examines the teachers' demographic characteristics, anxiety,, depression and quality of life levels and alcohol use besides their smoking habits, the stages of their smoking cessation behaviors, their levels of nicotine addiction and their knowledge, attitudes and opinions on smoking. The identities of the teachers are not specified in the questionnaires.

The study has shown that %33.2 of the teachers were smokers. Spouse's smoking increases the rate of smoking among teachers by 2.205 times. Each one- point increase in the Beck anxiety score increases this rate by 1.046 times. The rate of smoking among the secondary or high school graduates is 6.579 times more than the ones who had a higher education. Smoking rate is 1.113 times higher among social drinkers and 2.266 times higher among regular drinkers than the ones who don't use alcohol. The ratio of the ones who

stopped smoking has been found to be %16.3. Each one-year increase in the working life increases the rate of smoking cessation by 1.114 times. The spouse's smoking decreases the rate of cessation by 2.206 times, and one-point increase in the average Beck anxiety score decreases this rate by 1.046 times. It has been found that %9.2 of teachers only tried smoking and %41.2 of them were never smokers.

The smoking frequency is high among the teachers who should be one of the most active occupational groups in struggle against smoking. To decrease smoking frequency of the teachers, who are expected to be a role model for children, should be aimed. Success rate of smoking cessation attempt made by the teachers themselves is low. Medical support should be given to teachers and physicians should be in cooperation with teachers. It is indispensable in modern times that the schools should be smoke free areas and the teachers should be more active and sensitive to achieve this.

Key Words: Cigarette smoking, teachers, Edirne, Fagerstorm, Beck anxiety score

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Tobacco or health: A global status report. Geneva; 1997
2. PIAR Araştırma Ltd.Şti. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu. İstanbul; 1988.
3. Karlıkaya C. Edirne’de lise öğrencilerinde sigara içme prevalansı kaçakçılık reklamlar ve ergenlerin sigaraya ulaşması. Toraks Dergisi 2002; 3(1): 6-12.
4. Uzunca G. Tütün tarihi. Özyardımcı N (Editör). Sigara ve Sağlık’ta. Bursa: Adeka İlaç AŞ; 2002. s.22-9.
5. Azkan N. Tütün yaprağının kimyasal yapısı. Özyardımcı N (Editör). Sigara ve Sağlık’ta. Bursa: Adeka İlaç AŞ; 2002. s.3-22.
6. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking monograph on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans. Geneva; 2003
7. Singer BC, Hodgson AT, Nazaroff WW. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke: 2.Exposure relevant emission factors and indirect exposures from habitual smoking. Atmospheric Environment 2003; 37(39-40):5551-61.
8. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol 2004; 43:1731-3.
9. Zevin S, Saunders S, Gourlay SG, Jacob P, Benowitz NL. Cardiovascular effects of carbon monoxide and cigarette smoking. J Am Coll Cardiol 2001; 38:1633-8.
10. Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk factors atherosclerotic disease. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P (Eds.). Heart disease. 6th edition. Philadelphia: WB Saunders; 2001. p.1010-40.
11. Shapiro SD. The macrophage in COPD. Am j Respir Crit Care Med 1999; 160:29-32.

12. Tuder RM, Voelkel NF. The pathobiology of chronic bronchitis and emphysema. In: Voelkel NF, MacNee W (Eds.). *Chronic Obstructive Lung Disease*. London: BC Decker Inc; 2002. p.90-113.
13. Baker RR, Massey ED, Graham S. An overview of the effects of tobacco ingredients on smoke chemistry and toxicity. *Food and Chemical Toxicology* 2004;425:53-83
14. Skuladottir H, Olsen JH, Hirsch FR: Danish Cancer Society. Incidence of lung cancer in Denmark:historical and actual status. *Lung cancer* 2000;27:107-18.
15. Hu TW, Tsai YW. Cigarette consumption in rural China: survey results from 3 provinces. *American Journal of Public Health* 2000; 90(11):1785-87.
16. Murin S, Silvestri G. Smoking and pulmonary and cardiovascular diseases. *Clin Chest Med* 2000; 21:1-9.
17. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak AZ, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1): 51-64.
18. World Health Organization. Tobacco epidemic in the Russian Federation Kills 750 people every single day. Fact sheet No. 157. Geneva, Switzerland; 1997.
19. Centers for Disease Control. Cigarette smoking among adults-United States. *MMWR* 2001; 50:869-73.
20. Richmond R. Teaching medical students about tobacco. *Thorax* 1999; 54:70-8.
21. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003; 123–30.
22. Centers for Disease Control. Cigarette smoking during the last three months of pregnancy among women who gave birth to live infants. *MMWR* 1999;48:421-5.
23. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. USA; 2004
24. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2005. *J Sch Health*. 2006; 76(7):353-72
25. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Gren L, Blanten C, et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. *Bull WHO* 2000;78:868-76.
26. Türk Kardiyoloji Derneği. *Türkiye Kalp Raporu 2000*. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
27. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. Tür A (Editör). *Sigaranın bilimsel yüzü'nde*. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005.
28. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993. Ministry of Health.

29. Emri S, Başoğlu S, Turnagöl H, Güven GS, Arslan D, Epidemiology of smoking among Turkish adults: A national Household survey 2002. The Second International Symposium on Medicalgeology, Nutrition and Cancer Abstract book p:33-6, İstanbul, Turkey, 2003.
30. Özer M. Sigara alışkanlığı[serial online] 2003 <http://www.sabem.saglik.gov.tr>
31. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Sigara içme konusunda davranış ve tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın no:7, Ankara 1997.
32. Ling PM, Landman A, Glantz SA. It is time to abandon youth access tobacco programmes. Tobacco Control 2002;11:3-6
33. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A. Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları. Toraks Dergisi 2000;1:61-6.
34. Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz F, Spor Y. Edirne merkezinde 5100 orta-lise öğrencisinde sigara içme davranışı ve Spielberger Testi ile ölçülen kaygı düzeyinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 1992;31:53-9.
35. Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente T. Schools, and adolescent cigarette smoking. J Adolesc Healt 2001;29:22-30.
36. Buller DB, Borland R, Woodal WG, Hall JR, Burri-Woodall P, Voeks JH. Understanding factors that influence smoking uptake. Tob Control 2003;12 (Suppl 4): 16-25.
37. Horasan E. Öğretmenlerde sigara içme durumu ve sigarayı bırakma sürecine bazı özellikler. Menderes-İzmir. Sigara Alarmı 1994; 2:52-9.
38. Barrueco M, Hernandez-Mezquita MA, Jimenez-Ruiz C, Torrecilla M, Vega MT, Garrido E. Attitudes of teachers about tobacco prevention at school. Allergol Immunopathol 2000; 28(4):219-24.
39. Bang KM, Kim JH. Prevalance of cigarette smoking by occupation and industry in the United States. Am J Ind Med 2001; 40(3): 233-9.
40. Tessier JF, Freour P, Crofton J, Kombou L. Smoking habits and attitudes of medical students towards smoking and antismoking campaigns in fourteen European countries. European Journal of Epidemiology 1999; 5(3):311.
41. Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz F, Yücel V, Dindar İ. Edirne Merkezi'nde orta dereceli 318 okul öğretmenine sigara içme davranışı ve Spielberger Testi ile ölçülen kaygı düzeyinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 1991;30(4):524-9.
42. Fagerstrom K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. Drugs 2002; 62 Suppl 2:1-9.
43. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR 2002; 51:300-3.

44. Bauer UE, Johnson TM, Hopkins RS, Brooks RG. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program. *JAMA* 2000; 284:723-8.
45. Slama K. Tobacco and prevention. A guide for low income countries. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 1998.
46. Yang MC, Fann CY, Wen CP, Cheng TY. Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tobacco Control* 2005;14: 62-70.
47. Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med* 2000; 21:121-37.
48. Su H. ATS statement-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154:1579-80.
49. Şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler sistem ve sigara. Tür A (Editör). Sigaranın bilimsel yüzü'nde. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2005;147-61
50. Cohen V, Khuri FR. Progress in lung cancer chemoprevention. *Cancer Control* 2003; 10:315-24.
51. Köktürk N, Öztürk C, Kırıçoğlu CE. Sigara ve akciğer kanseri. *Solunum* 2004; 5:139-45.
52. Dabak Ş. Sigara ve sağlık. In: Tür A (Editör). Sigaranın bilimsel yüzü'nde. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004;1-32.
53. Karlıkaya C. Sigara ve Meslek. *Solunum* 2004; 6(6):262-75.
54. Thomas GA, Rohodes J, Green JT, Richardson C. Role of smoking in inflammatory bowel disease: implications for therapy. *Postgrad Med J* 2000; 76:273-9.
55. Marakoğlu K, Sezer E. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25 (4):157-64.
56. Jarvis M, Tunstall H, Feyerabend C, Vesey C, Salloojee Y. Biochemical markers of smoke absorption and self reported exposure to passive smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000;38:335-9.
57. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30.
58. U.S. Environmental Protection Agency (EPA). Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders. EPA/600/6-90/006F. Washington (DC), EPA Office of Research and Development. 1992.
59. U.S. Department of Health and Human Services The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta; 2004.
60. Janson C. The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2004; 8(5):510-6.

61. Boyacı H, Duman C, Başyiğit İ. İlkokul çocuklarında çevresel sigara dumanına maruziyetin idrar kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. *Tüberk Toraks* 2004; 52:231-6.
62. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:910-1.
63. Warner DO. Preoperative smoking cessation: The role of the primary care provider. *Mayo Clin Proc* 2005;80(2):252-8.
64. Trichopoulos D, Petridou E, Lipworth L, Adami HO. Epidemiology of cancer. In: DeVita VT, Hellman JS, Rosenberg SA (Eds.). *Cancer principles practice of oncology*. 5th ed. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven; 1997. p. 240-1.
65. Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beougerie L, Cattan S, Gendre J. Effects of current and former cigarette smoking on the clinical course of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13:1403-11.
66. Amerikan Psikiyatri Birliği (Çeviri: E Koroğlu). *Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı'nda. Dördüncü Baskı (DSM-IV)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
67. Coşar B, Şahin K, Arıkan Z, Işık E. Nikotin bağımlılığı, psikofarmakolojisi ve bağımlılık davranışının bazı psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi. *3P Dergisi* 1996; 4(3):199-205.
68. Sarandöl A. Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. *Akciğer Arşivi* 2002; 3:129-39.
69. Alikasifoğlu M, Erginöz E, Ercan O. Cigarette smoking among turkish high school students. *Adolesc Health* 2002;30:7-8.
70. Prokhoro AV, Hudmon KS, Moor CA, Kelder SH, Conroy J, Ordway N. Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking. *Nicotine & Tobacco Research* 2001; 3(2):151-5.
71. Hughes JR. Nicotine-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins; 2000; p.1033-8.
72. Çakmak D, Saatçioğlu Ö. Bağımlılık ve Komorbidite. İstanbul, Özgül Matbaacılık, 2005: 6-10
73. Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160:773-9.
74. Rakel RE, Houston T. Nicotin Addiction. In: Rakel RE (Ed.). *Textbook of family medicine*. 7th Edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007; p.1457-71.
75. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treting tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283:3244-54.

76. Anderson JE, Douglas EJ, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. *Chest* 2002; 121:932-41.
77. Rennard SI, Daughtin DM. Smoking cessation. *Chest* 2000; 117(5):360-4.
78. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Torax* 2000; 55:987-99.
79. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000; 117(4 suppl 1):169-75.
80. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for healthcare systems. *BMJ* 1999; 381(1):182-5.
81. Lancaster T, Stead L, Slayy C, et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321(5):355-8.
82. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2000; 346 (7): 506-12.
83. Ferry LH, Burchette RJ. Efficacy of bupropion for smoking cessation in non-depressed smokers. *J Addict Dis* 1994; 13:249.
84. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 2000; 59(4):1007-24.
85. WONCA Europe. The European definitions of general practice/family medicine. Barcelona, Spain: WHO Europe Office; 2002.
86. Jossens L. Improving Public Health through an International Framework convention on Tobacco Control. WHO/NCD/99.2. 1999 Brussels, WHO: Framework convention on Tobacco Control.
87. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(2): 90-6.
88. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. Birinci basamak için Beck depresyon tarama ölçeği'nin Türkçe çeviriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2005; 9(3):117-22.
89. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara. 2006. s: 354-62.
90. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC: In search of how people change:applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992; 47:1102-14.
91. Prokhorov AV, Moor C, Pallonen UE, Hudmon KS, Koehly L, Hu S. Validation of the modified Fagerström tolerance questionnaire with salivary cotinine among adolescents. *Addictive Behaviors* 2000; 25(3):429-33.
92. Tezbaşaran A: Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997.

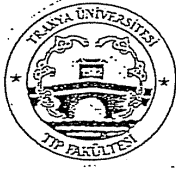
93. Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(2): 90-9.
94. Shibuya K, Ciecierski C, Guindon E, Bettcher DW, Evans DB, Murray CJ. WHO framework convention on tobacco control: development of an evidence based global public health treaty. *BMJ* 2003;327:154-7.
95. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta: 1994.
96. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen F, Topçu F. Lise öğrencilerinin sigraya karşı tutumları. *Toraks Dergisi* 2000; 1:61-7.
97. Demirel Y, Toktamış A, Nur N, Sezer R.E. İlköğretim okullarındaki öğretmenlerde sigara içme durumu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004, 24:492-7.
98. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. WHO. Part One, 3. Male smoking 2002:24-5.
99. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002:26-7.
100. Bilgel N. Türkiye’de sigara içme yaygınlığı. Özyardımcı N (editör) Sigara ve sağlık’ta. Bursa: Adeka İlaç AŞ; 2002.s. 59-73
101. 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.
102. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3:242-47.
103. METSAR grubu (Ö Kozan, A Oğuz, Ç Erol, Z Öngen, A Abacı, A Temizhan, Ş Çelik, M Şenocak) Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) 20.Ulusal Kardiyoloji Kongresi, Antalya 2004.
104. Yalçın B.M. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.
105. 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
106. Fidan F, Sezer M, Demirel R, Kara Z, Ünlü M. Öğretmenlerin sigara içme durumu ve sigara yasağı karşısındaki tutumları. *Toraks Dergisi* 2006; 7(3):196-9.
107. Marakoğlu K, Erdem D, Çivi S. Konya’da ilköğretim okullarındaki öğretmenler arasında sigara içme durumu. *Toraks Dergisi* 2007; 8(1):37-40.
108. Floyd RL, Rimer BK, Giovino GA, Mullen PD, Sullivan SE. A review of smoking in pregnancy: Effects on pregnancy outcomes and cessation efforts. *Annu Rev Public Health* 1993; 14:379-411.

109. Kaplan K, Jarvis M. Leave the pack behind. WHO, Geneva 1999.
110. Seyfikli Z, Gönügür U, Sümer H, Topçu S. Sivas'ta ev kadınlarında sigara alışkanlıkları. *Tüberküloz ve Toraks* 2001; 49:37-40.
111. Kocabaş A. Öğretmenlerde sigara içme alışkanlığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 1988; 5(1):51-61.
112. Horasan E. Öğretmenlerde sigara içme durumu ve sigarayı bırakma sürecine ilişkin bazı özellikler. *Menderes-İzmir. Sağlık İçin Sigara Alarmı* 1994; 2(1):52-9.
113. Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN (Editör). *Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı'nda*. Ankara: 1998.s.1-8.
114. Hearherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict*, 1991; 86:1119-27.
115. Kutlu R, Çivi S. Konya ili lise öğretmenlerinin sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(4):22-9.
116. Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Ruggiero L, Laforge R, Rossi JS, et al. Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Preventive Medicine* 2000; 32:23-32.
117. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med* 2005; 99:1303-10.
118. Deborah S, Saul S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. *Addiction* 2004; 99(11):1462-9.
119. Park EW, Tudiver F, Schultz J K, Campbell T. Does enhancing partner support and interaction improve smoking cessation? A meta-analysis *Annals of Family Medicine* 2004; 2:170-4.
120. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5(1):27-35.
121. Aydemir Ç, Temiz HV, Gökay E. Majör depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(1):33-9.
122. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004; 29:1067-83.
123. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001; 357:1929-32.
124. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005; 6(3):17-22.

125. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri.3P Dergisi 1999;2:23-40
126. Fidan D, Ünal B, Demiral Y: Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003;3:3-8.
127. Kırmı E, Pençe S. Gebelikte Sigara kullanımının fetus ve plasentanın gelişimine etkisi. Van Tıp Dergisi 1999;6(1):28-30.
128. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4): 157-64.
129. Coogan PF, Adams M, Geller AC, Brooks D, Miller DR, Lew RA, et al. Factors associated with smoking among children and adolescents in Connecticut. Am J Prev Med 1998; 15:17-24.
130. 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.

EKLER

EK 1



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı:

Karar Tarihi:

3-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 02.11.2006 tarihinde; “Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme ve Bırakma Davranışları ile Etkileyen Faktörler” adlı TÜTFEK-2006/166 protokol no.lu. Dr. Zafer TUNÇ’un tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Betül UĞUR ALTUN, Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA izinli olması nedeniyle katılamadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapılacağı, Yrd. Doç. Dr. E. Melih ŞAHİN’in yürütücüsü olduğu araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve Trakya Üniversitesi Araştırma Projeleri (TÜBAP) tarafından desteklenmesi koşuluyla yapılabileceğine mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izimli
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	izimli
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Posta Adresi:
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030.EDİRNE

Tel : (0284) 235 76 41 (9 Hat) Fax: (0284) 235 76 52

EK 2

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.22.00.02.540- 27397
Konu : Anket Çalışması.

12/11/2006

VALİLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterliği'nin 01.11.2006 tarih ve 60-952/16331 sayılı yazısı ile anket örneği ilişikte sunulmuştur.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığınca "Edirne'de Öğretmenlerin Sigara İçme ve Bırakma Davranışları ile Etkileyen Faktörler" konulu bilimsel çalışma yapılması planlanmaktadır.

İlimizde Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda görev yapan öğretmenlerimize, Kurum Müdürlükleri sorumluluğunda ve eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilişikte örneği sunulan anketin 2006-2007 eğitim döneminde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı görevlilerince uygulanabilmesi için gerekli iznin verilebilmesini olurlarınıza arz ederim.

Hulusi BEŞİROĞLU
Millî Eğitim Müdürü

OLUR

02/11/2006

Cengizhan AKSOY

Vali a.

Yalı Yardımcısı

Ek: Anket Örneği (16 Sayfa)

EK 3

EDİRNE'DE ÖĞRETMENLERİN SİGARA İÇME ve BIRAKMA DAVRANIŞLARI ile ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Zafer TUNÇ

TÜTF Aile Hekimliği AD

Danışman: Yrd Doç Dr Erkan Melih ŞAHİN

Açıklama:

Sayın Katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Edirne'de öğretmenlerin sigara alışkanlıkları ile buna etkili olan etkenlerin belirlenmesi amacıyla bilimsel bir araştırma yürütülmektedir. Çalışma için Edirne Valiliği'nin idari ve Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulunun etik izinleri alınmıştır.

Ekteki anket bu araştırma için hazırlanmıştır. Sizden aşağıdaki anketi doldurarak bu çalışmaya katılmanızı istiyoruz. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız.

Lütfen ilgili direktiflere uygun olarak ekteki anketimizi doldurarak çalışmamıza katılınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

A. Demografik Veriler:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Erkek Kadın
3. Medeni Haliniz. Evli Bekar Dul
4. Çocuk sayısı Çocuğum yok
5. Evliyseniz eşinizin mesleği
.....
6. Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı
7. Ailenin ortalama aylık geliri
8. En son bitirdiğiniz okul
 Lise Yüksek okul Fakülte
 Yüksek lisans Doktora
.....
9. Kaç yıldır çalışıyorsunuz
10. Çalıştığınız kurum : Kamu Özel
11. Eşiniz sigara içiyor mu?
Evli değilim Evet Hayır
12. Çocuğunuz (larınız) sigara kullanıyor mu?
Çocuğum yok Evet Hayır
13. Ailenin ortalama aylık **sigara** gideri

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sıcak/ateş basmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gevşeyememe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Baş dönmesi veya sersemlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kalp çarpıntısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dengeyi kaybetme duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dehşete kapılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinirlilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ellerde titreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Titreklik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kontrolü kaybetme korkusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nefes almada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ölüm korkusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Korkuya kapılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Baygınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Yüzün kızarması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşağıda yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere **son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçip yanındaki kutuyu işaretleyiniz.

1. Üzüntü

- Üzgün değilim
- Zaman zaman üzgünüm
- Her zaman üzgünüm
- Dayanamayacak kadar üzgün ve yalnızım

2. Kötümserlik

- Gelecekte umutsuz değilim
- Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum
- Gelecekte çok umutsuzum
- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

3. Geçmişteki başarısızlıklar

- Kendimi başarısız görmüyorum
- Yapabileceğim kadar başarılı olamadım
- Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum
- Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum

4. Kendini beğenmeme

- Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum
- Kendime olan güvenim azaldı
- Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum
- Kendimden nefret ediyorum

5. Kendini suçlama

- Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyorum ve suçlamıyorum
- Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum
- Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum
- Her kötü olayda kendimi suçluyorum

6. İlgil kaybı

- Gelecekte umutsuz değilim
- Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum
- Gelecekte çok umutsuzum
- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

7. İntihar düşüncesi veya isteği

- Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok
- Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam
- Kendimi öldürmek isterdim
- Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtı işaretleyiniz.

1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

2 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

*Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.*

3 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

*Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.*

10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

13 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?
 Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi Çok iyi

16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

17 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

18 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

20 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
 Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut, ne de değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

*Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.*

26 Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?
 Hiçbir zaman Nadiren Ara sıra Çoğunlukla Her zaman

27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?
 Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

Lütfen aşağıdaki sorularda size en uygun seçenekleri işaretleyiniz

B1. Alkollü içki kullanır mısınız?

- Hayır hiç kullanmam
 Evet, sadece sosyal ortamlarda kullanım
Evet kullanım Ayda bir defadan az
 Ayda 1-3 kez
 Haftada 1-5 kez
 Her gün

C1. Derslerinizde öğrencilerinize sigara ile ilgili bilgi ve mesajlar veriyor musunuz?

- Evet Hayır

C2. Öğrencinizi sigara içerken görünce ne yaparsınız?

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Azarlarım Disiplin kuruluna gönderirim
 Sözel olarak uyarırım Nasihatte bulunurum
 Ailesine haber veririm Hiçbir tepki göstermem
 Diğer.....

C3. Okulda başkasının sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?

- Evet Hayır

C4. Okulda nerelerde sigara içiliyor

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Özel sigara içme odası var, orada
 Öğretmenler odasında Müdür odasında
 Sınıfta Koridorda
 Kantinde Okul bahçesinde
 Tuvalette
 Diğer.....

C5. Sizce sigara aşağıdaki hastalıklardan hangisi yada hangilerine neden olur?

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Mesane Kanseri Akciğer Kanseri
 Ağız Kanseri Gırtlak Kanseri
 Kalp Damar Hastalıkları Beyin Damar Hastalıkları
 Kronik Bronşit Yeni Doğan Bebek ölümü

Diğer.....

C6. Sigara sıkıntısını giderir

Doğru

Yanlış

C7. Doktorların sigara bıraktırmaya yardımcı olan önerileri vardır

Doğru

Yanlış

C8. Sigara bıraktırmada ilaçların yararı yoktur

Doğru

Yanlış

C9. Sigarada bulunan nikotin maddesi fiziksel bağımlılığa yol açar

Doğru

Yanlış

C10. Sigara içmeyi bıraktıktan 24 saat sonra kandaki karbonmonoksit normal düzeye iner

Doğru

Yanlış

C11. Sigarayı bırakan kişilerde kalp-damar hastalıkları riski 1 yıl sonra % 50 azalır

Doğru

Yanlış

C12. Eğitim-öğretim yapılan yerlerde sigara içilmesi kanunla yasaklanmıştır

Doğru

Yanlış

C13. Light sigara daha az zararlıdır

Doğru

Yanlış

Aşağıdaki sigara ile ilgili yargılar hakkında düşüncelerinize uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

D1. 18 yaşından küçüklere sigara satışının tamamen yasaklanması çocukların ve gençlerin sigara içimini azaltmıştır.

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D2. Sigara içenlerin çoğu, isterlerse sigarayı bırakabilirler

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D3. Okulda sigara yasağı olması öğretmenlerin iş uyumunu güçleştirmektedir

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D4. Öğretmenler sigara içmeyerek topluma iyi örnek olmalıdırlar

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D5. Öğretmenlerin sigara içmeleri toplumda sigara içme sıklığını artırır

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D6. Öğretmenler sigara konusunda, öğrencilere bilgi aktarmanın ötesinde etkinliklerde bulunmalıdırlar

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D7. Öğretmenlerin, okulda sigara içmek için ayrılmış bir odada sigara içebilmeleri gerekir.

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

D8. Okul müfredatında sigara ile ilgili doyurucu içerik bulunmaktadır.

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

E1. Aşağıdaki sigara dışındaki tütün ürünlerinin hangilerini ne sıklıkta kullanırsınız?

Pipo Kullanmam
 Kullanırım Hangi miktarda?.....

Puro Kullanmam
 Kullanırım Hangi miktarda?.....

Nargile Kullanmam
 Kullanırım Hangi miktarda?.....

Sigara içme durumu

E2. Sigara kullanır mısınız?

İçmiyorum,daha önce de hiç içmedim.

Sizin için anket bitti. Teşekkürler

İçmiyorum, ama içmiştim (lütfen alttaki uygun seçeneği işaretleyiniz!)

Toplam 100 sigaradan (5 paket) azdır

(Lütfen F Grubu [Sayfa 11] sorulara geçiniz!)

Toplam 100 sigaradan (5 paket) fazladır

(Lütfen G Grubu [Sayfa 12] sorulara geçiniz!)

Evet içiyorum

(Lütfen H Grubu [Sayfa 14] sorulara geçiniz!)

F Sigarayı deneyenler

F1. Sigarayı ilk ne zaman içtiniz?

F2. Toplam kaç sigara içtiniz?

F3. Son sigaranızı ne zaman içtiniz?

F4. Sigarayı denemenizde en önemli etken ne idi? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Merak | <input type="checkbox"/> Kendimi ispatlama | <input type="checkbox"/> Çevrenin psikolojik baskısı |
| <input type="checkbox"/> Özenti | <input type="checkbox"/> Yasağa tepki | <input type="checkbox"/> Stres, üzüntü |
| <input type="checkbox"/> Ailemde içen olduğu için | <input type="checkbox"/> Sigara reklamlarından etkilendiğim için | |
| <input type="checkbox"/> Diğer..... | | |

F5. Denedikten sonra devam etmemenizde etkili olan en önemli etken nedir?

.....

.....

.....

Sizin için anket bitti. Teşekkürler

G. Sigara Kullanmayı Bırakanlar

G1. Sigaraya başlama yaşınız.....

G2. Sigaraya başlamanızda en önemli etken ne idi?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Merak Kendimi ispatlama Çevrenin psikolojik baskısı
 Özenti Yasağa tepki Stres, üzüntü
 Ailemde içen olduğu için Sigara reklamlarından etkilendiğim için
 Diğer.....)

G3. Çocuğunuzun yanında sigara içer miydiniz?

- Evet Hayır Çocuğum yok

G4.(BAYANLAR) Hamileliğiniz süresince sigara içtiniz mi?

- Evet Hayır Hamile kalmadım

G5. Sigarayı bırakma yaşınız.....

G6. Günde ortalama kaç sigara içerdiniz?.....

G7. Sigarayı bırakmanızda önemli gördüğünüz etkenler nelerdi?

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Sağlığım için Parasal nedenler
 Ailem istemediği için Arkadaşlarımın önerisiyle
 Yasal yaptırımlardan dolayı Topluma iyi örnek olmak için
 Diğer (.....)

G8. Halen sürdürdüğünüz bu sigarayı bırakma denemeniz için herhangi bir doktor yardımı aldınız mı?

- Evet Hayır

G9. Halen sürdürdüğünüz bu sigarayı bırakma denemelerinizde Nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, çiklet, inhaler, veya nasal sprey) yararlandınız mı?

- Evet Hayır

G10. Halen sürdürdüğünüz bu sigarayı bırakma denemelerinizde herhangi bir başka ilaç kullandınız mı?

- Evet Hayır

G11. Tekrar başlamanıza neden olabileceğinden korktuğunuz en önemli etken nedir?

.....
.....
.....

G12. Halen sürdürdüğünüz dışında başarısız olduğunuz başka sigarayı bırakma denemeleriniz oldu mu?

Hayır

Evet kez

G12a. Sigarayı bırakma denemelerinizde herhangi bir doktor yardımı aldınız mı

Evet

Hayır

G12b. Sigarayı bırakma denemelerinizde Nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, çiklet, inhaler, veya nasal sprey) yararlandınız mı?

Evet

Hayır

G12c. Sigarayı bırakma denemelerinizde herhangi bir başka ilaç kullandınız mı?

Evet

Hayır

G12d. Tekrar başlamanızda en önemli gördüğünüz etken ne idi?

.....
.....
.....

Sizin için anket bitti. Teşekkürler

H. Sigara Kullananlar

H1. Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz.....

Günde bir sigaradan az içiyorsanız haftada kaç adet sigara içiyorsunuz?.....

H2. Sigaraya başlama yaşınız.....

H3. Sigaraya başlama da en önemli etken ne idi?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Merak Kendimi ispatlama Çevrenin psikolojik baskısı
 Özenti Yasağa tepki Stres, üzüntü
 Ailemde içen olduğu için Sigara reklamlarından etkilendiğim için
 Diğer.....)

H4. Sigaranın hangi zararları sizi en çok etkilemektedir

.....
.....
.....

H5. Okulda nerelerde sigara içersiniz?

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- Okulda sigara içmiyorum
 Özel sigara içme odası var, orada
 Öğretmenler odasında Müdür odasında
 Sınıfta Koridorda
 Kantinde Okul bahçesinde
 Tuvalette Diğer.....)

Aşağıdaki sigara ile ilgili yargılar hakkında düşüncelerinize uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

H6. Sigara reklamlarının yasak olması daha az sigara içmeme neden oldu

<input type="checkbox"/> Kesinlikle katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Fikrim yok	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum	<input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--

H7. Sigara paketlerinin üzerindeki uyarılar daha az sigara içmeme neden oldu

<input type="checkbox"/> Kesinlikle katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Fikrim yok	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum	<input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--

H8. Sigara fiyatlarının artırılması daha az sigara içmeme neden oldu

<input type="checkbox"/> Kesinlikle katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Fikrim yok	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum	<input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--

H9. Çocuğunuzun yanında sigara içer misiniz?

- Evet Hayır Çocuğum yok

H10. (BAYANLAR) Hamileliğiniz süresince sigara içtiniz mi?

- Evet Hayır Hamile kalmadım

H11. Sigara içimi sırasında öğrencilerin görmesine karşı tutumunuz nedir?

- Onlar görmeden içiyorum.
 İçtiğimi görüyorlar.
 Benim için fark etmiyor

I. Nikotin Bağımlılığı

I1. Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- İlk 5 dk içinde 6-30 dk içinde
 31-60 dk içinde 61 dk veya üzeri

I2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

- Evet Hayır

I3. Sabahları uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

- Evet Hayır

I4. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta dahi olsanız yine de sigara içer misiniz?

- Evet Hayır

I5. Gün boyu içtiğiniz sigaralardan en vazgeçilmez olanı hangisidir?

- Sabahın ilk sigarası Diğer

J. Sigara bırakma aşamaları

J1. Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır

J2. Önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı planlıyor musunuz?

- Evet Hayır

J3. Sigarayı bırakmayı hiç denediniz mi?

- Hayır (**Sizin için anket bitti. Teşekkürler**)

- Evet

J3a Kaç kez sigarayı bırakma denemesinde bulundunuz?

.....

J3b En son sigarayı bırakma denemesini ne zaman gerçekleştirdiniz?

.....

J3c. En uzun denemenizde sigarasız ne kadar süre geçirdiniz?

.....

J3d. Sigarayı bırakma denemelerinizde herhangi bir doktor yardımı aldınız mı?

- Evet Hayır

J3e. Sigarayı bırakma denemelerinizde Nikotin yerine koyma araçlarından (flaster, çiklet, inhaler, veya nasal sprey) yararlandınız mı?

- Evet Hayır

J3f. Sigarayı bırakma denemelerinizde herhangi bir başka ilaç kullandınız mı?

- Evet Hayır

J3g. Tekrar başlamanızda en önemli gördüğünüz etkenler nelerdi?

.....

.....

.....

Anket bitti. Teşekkürler

“Sigarayı Nasıl Bırakabilirim?”

Hekiminizle sigarayı nasıl bırakabileceğiniz ve nasıl sigaradan uzak durabileceğiniz konusunda konuşun. Sigarayı bırakma konusunda yardım almak için hastanemizdeki **Sigara Bıraktırma Polikliniği**nden (0284 2360909 – 1116) ya da **Aile Hekimliği** Anabilim Dalı'ndan (0284 2360909 – 1460) yardım alabilirsiniz.