

**T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DENİZLİ MERKEZ İLÇE LİSELERİNDE 5727 SAYILI  
YASANIN ve EĞİTİMİN, ÖĞRETMENLERDE SİGARA  
İÇMEYİ BIRAKMA ÜZERİNE ETKİLERİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. ELİF TURHAN**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF. DR. MEHMET BOSTANCI**

**DENİZLİ - 2010**

Prof. Dr. Mehmet Bostancı danışmanlığında Dr. Elif Turhan tarafından yapılan "Denizli Merkez İlçe Liselerinde 5727 Sayılı Yasanın ve Eğitimin, Öğretmenlerde Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkileri" başlıklı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT



ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Bostancı



ÜYE

Doç. Dr. Ahmet Ergin



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

22/11/2010

Prof. Dr. Zafer AYBEK  
DEKAN

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANI

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
GİRİŞ .....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
TÜTÜN.....	3
Tütünün Tarihçesi.....	3
Tütünün ve Dumanının Yapısı.....	3
SİGARA KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ.....	5
Bağımlılık .....	5
Kanser .....	7
Kalp Damar Hastalıkları.....	7
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	8
Diğer Sağlık Etkileri.....	8
Pasif İçicilik.....	8
SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIĞA YARARLARI.....	9
SİGARA İÇME EPİDEMİYOLOJİSİ.....	10
Dünyada .....	10
Türkiye’de .....	11
SİGARA SALGINI İLE SAVAŞ.....	12
Dünyada Sigara Salgını İle Savaş.....	12
Türkiye’de Sigara Salgını İle Savaş.....	14
SİGARA İÇMEYİ BIRAKMA SÜRECİ.....	16
GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
BULGULAR .....	23
Eğitim Gruplarının Değerlendirilmesi.....	34
TARTIŞMA .....	44
Yasa Öncesi Değerlendirme.....	44
Yasa Sonrası Değerlendirme.....	47
Eğitimin Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkisi.....	50
SONUÇLAR.....	59
ÖZET.....	60
YABANCI DİL ÖZETİ.....	62
KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	71

## TABLolar ÇİZELGESİ

Sayfa No

<b>Tablo - 1</b>	Denizli Merkez İlçe Liselerinde çalışmaya katılan öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri.....	23
<b>Tablo - 2</b>	Denizli Merkez İlçe Liselerinde çalışmaya katılan öğretmenlerin yasa öncesi cinsiyete göre sigara içme durumu.....	24
<b>Tablo - 3</b>	Sigara içen öğretmenlerin cinsiyete göre bazı özellikleri.....	24
<b>Tablo - 4</b>	Sigara içen öğretmenlerin cinsiyete göre içtikleri sigara miktarı ve bağımlılık durumları.....	25
<b>Tablo - 5</b>	Evli öğretmenlerin eşlerinin sigara içme durumları.....	25
<b>Tablo - 6</b>	Öğretmenlerin sigara içmeyi bırakma istek ve deneyimleri.....	26
<b>Tablo - 7</b>	Öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında 5727 sayılı yasaya destek olma konusunda görüşleri.....	26
<b>Tablo - 8</b>	Erkek öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında 5727 sayılı yasaya destek olma konusunda görüşleri.....	27
<b>Tablo - 9</b>	Kadın öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında 5727 sayılı yasaya destek olma konusunda görüşleri.....	28
<b>Tablo - 10</b>	Sigara içen öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında yasaya verdiği destek.....	28
<b>Tablo - 11</b>	Sigara içen erkek öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında yasaya verdiği destek.....	29
<b>Tablo - 12</b>	Sigara içen kadın öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında yasaya verdiği destek.....	29
<b>Tablo - 13</b>	Yasa öncesi ve sonrasında öğretmenlerin sigara içme durumu.....	30
<b>Tablo - 14</b>	Yasa öncesi ve sonrasında erkek öğretmenlerin sigara içme durumu.....	31
<b>Tablo - 15</b>	Yasa öncesi ve sonrasında kadın öğretmenlerin sigara içme durumu.....	31

<b>Tablo - 16</b>	Öğretmenlerin bazı demografik özelliklerine göre sigara içme prevalansları ve yasa sonrasında değişim.....	32
<b>Tablo - 17</b>	Sigara içmeyi bırakan öğretmenlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	33
<b>Tablo - 18</b>	Öğretmenlerin sigara içme özelliklerine göre erkek ve kadınlarda bırakma durumu.....	34
<b>Tablo - 19</b>	Eğitim ve kontrol gruplarındaki öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri.....	36
<b>Tablo - 20</b>	Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre yaşları.....	37
<b>Tablo - 21</b>	Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre sigara içmeye başlama yaşları.....	37
<b>Tablo - 22</b>	Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre sigara içtikleri süre (yıl) .....	37
<b>Tablo - 23</b>	Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre bağımlılık düzeyleri.....	38
<b>Tablo - 24</b>	Eğitim öncesinde eğitim grupları ve kontrol grubundaki öğretmenlerin cinsiyete göre bağımlılık düzeyleri.....	38
<b>Tablo - 25</b>	Eğitim öncesinde eğitim grupları ile kontrol grubundaki öğretmenlerin bağımlılık düzeyleri.....	39
<b>Tablo - 26</b>	Eğitim önce ve sonrasında, eğitim grupları ile kontrol grubundaki öğretmenlerin içtikleri sigara sayıları.....	39
<b>Tablo - 27</b>	Eğitim sonrasında öğretmenlerin gruplarına ve cinsiyetlerine göre sigara içmeyi bırakma durumları....	40
<b>Tablo - 28</b>	Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına, bağımlılık düzeylerine, içtikleri sigara sayısına ve eşlerinin sigara içme durumuna göre bırakma hızları..	41
<b>Tablo - 29</b>	Bireysel eğitim müdahalesi yapılan öğretmenler ile kontrol grubunun sigara içmeyi bırakma durumları.....	42
<b>Tablo - 30</b>	Grup eğitimi müdahalesi yapılan öğretmenler ile kontrol grubunun sigara içmeyi bırakma durumları.....	42

<b>Tablo - 31</b>	Sigarayı bırakma üzerine etkili olabilecek değişkenleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizi.....	43
<b>Tablo - 32</b>	Yıllara göre sırasıyla bazı illerimizdeki liselerde sigara ile ilgili yapılan çalışmalara katılan öğretmen sayısı ve sigara içme prevalansları.....	45
<b>Tablo - 33</b>	Yıllara göre sırasıyla bazı illerimizde sigara ile ilgili yapılan çalışmalarda, öğretmenlerin yaş, sigara içmeye başlama yaşları, sigara içilen süre (yıl) ortalamaları, bırakmayı düşünme ve deneme durumları.....	46

## ŞEKİLLER ÇİZELGESİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil - 1</b> Çalışmanın akış şeması.....	20
<b>Şekil - 2</b> Yasa yürürlüğe girmeden önce ve girdikten bir yıl sonra yasayı destekleyen öğretmenlerin cinsiyete göre değerlendirilmesi.....	27
<b>Şekil - 3</b> 5727 sayılı yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra Denizli İl merkezindeki lise öğretmenlerinin sigara içme durumlarındaki değişim.....	30
<b>Şekil - 4</b> Eğitim gruplarının ve kontrol grubunun sigara içmeyi bırakma durumlarını gösteren akış şeması.....	35
<b>Şekil - 5</b> Çalışmaya katılan lise öğretmenlerinin yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra gruplarına ve cinsiyetlerine göre sigara içmeyi bırakma durumları.....	40

## KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHCPR	: Agency For Health Care Policy and Research
ÇSD	: Çevresel Sigara Dumanı
DSM IV	: American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMASH	: European Medical Association on Smoking or Health
FCTC	: Framework Convention on Tobacco Control
FDA	: The Food and Drug Administration
FNBT	: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi
IARC	: International Agency for Research on Cancer
IQR	: Interquartile Range
ICD 10	: International Classification of Diseases
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
SG	: Surgeon General
TAPDK	: Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
UHY-ME	: Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkililik



## GİRİŞ

Sigara kullanımı, Dünya’da ve Türkiye’de erken ölümlerin önlenabilir en önemli nedenlerinden biridir. Dünya genelinde 1.2 milyar insan (yetişkin nüfusun dörtte biri) sigara içmektedir (1). Düzenli bir şekilde sigara içmeye başlayıp içmeyi sürdürenlerin yarısı, sigara nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedir. Sigara nedeniyle 35 – 69 yaş arasında ölenlerin kaybettiği yaşam süresi 20 - 25 yıl/kişi olarak hesaplanmıştır (2). Dünya genelindeki 4.83 milyon insan her yıl tütün ürünleri nedeniyle ölmektedir (3).

Tütün dumanının tehlikesi yalnızca sigara içicisi ile sınırlı değildir. Çevreye dağılan tütün dumanı, akciğer kanseri riskini %30 arttırmaktadır (4, 5). Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl çevresel tütün dumanı nedeniyle 3000 akciğer kanseri olgusu görüldüğü tahmin edilmektedir (5). *Eurobarometer* (2005) çalışmasına göre, Türk halkının %80’i sigara dumanından pasif olarak etkilenmektedir ve bunların %50’si maruz kaldığı sigara dumanı kaynaklı zararların farkındadır (6). Bu tüketim eğilimlerinin sürmesi halinde 2030 yılına gelindiğinde dünyada sigara nedeniyle yılda sekiz milyonun üzerinde kişinin öleceği tahmin edilmektedir. Acil önlemler alınmadığı takdirde bu yüzyıl boyunca tütün kullanımı 1 milyar kişinin erken ölümüne neden olacaktır (1).

Ülkemizde sigara içme prevalansı çok yüksektir. Sigara içme yaygınlığı ile ilgili yapılmış araştırmalar daha çok bölgesel niteliktedir. Türkiye’nin 2003 yılı ulusal araştırma verilerinden elde edilen bilgilerin yayınlandığı, Dünya Sağlık Örgütü’nün “2008’de Dünya’da Tütün Epidemisi” raporuna göre tütün kullanma sıklığı %34.6’dır. On yedi milyon kişinin sigara tüketicisi olduğu ülkemizde, her yıl 100 bin kişi sigaraya bağlı gelişen hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir (7). Bu nedenle tütün kontrolü, halk sağlığını korumak için önemle üzerinde durulması gereken bir konudur.

Tütün kontrolü, bir toplumun tütün kullanımını azaltmak (olanaklı ise yok etmek), tütün kullanmayanların başlamasını engellemek ve tütün

dumanından zarar görmesini (pasif etkilenim) önlemek, özetle tütünden doğacak zararlara karşı toplum sağlığını korumak amacıyla geliştirilen stratejileri kapsar. Eğitim ve yasal müdahaleler bu stratejilerin birer parçasıdır.

Dünyada tütün yasağını kabul eden ülke sayısı gün geçtikçe artmaktadır. New York'da 2003 yılında, pasif olarak sigara dumanından etkilenimi azaltan yasanın kabulünden sonra yapılan bir araştırmada, hastaneye kardiyovasküler nedeni başvurularda azalma olduğu gösterildi (8).

Ülkemizde tütün kullanımını sınırlamak amacıyla 2008 yılının Ocak ayında 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" resmi olarak kabul edildi. Bu kanun ile eğitim kurumlarının hem kapalı alanlarında hem de bahçelerinde sigara içme yasağı getirildi.

Topluma yön veren, yeni yetişen gençlere örnek (rol model) olması beklenen öğretmenler arasında sigara kullanım oranı çok yüksektir. Ankara'da yapılan bir araştırmada kadın öğretmenlerde sigara içme sıklığı %53.8, erkek öğretmenlerde %46.5 bulunmuştur (9).

Sigara içme alışkanlığı yaklaşık %40 oranında 15 - 19 yaşları arasında başlamaktadır. Bu alışkanlığın oluşmasında çevrenin etkisi son derece önemlidir. Gençler bu dönemde arkadaş gruplarından ve öğretmenlerinden etkilenmektedir (10). Öğretmenlerin sigara kullanımının yüksek olduğu okullarda buna paralel olarak öğrencilerde de sigara içme oranları yüksek bulunmuştur (11).

Sigara içenlerin büyük bir kısmı bırakmak istemektedir. Ancak güçlü bir bağımlılık söz konusu olduğu için gerekli desteklerin yokluğunda genellikle başarısızlıkla sonlanmaktadır. Bu çalışma, yasanın ve eğitimin etkisiyle öğretmenlerin sigara kullanımında meydana gelecek değişimi değerlendirmek amacıyla planlandı.

## GENEL BİLGİLER

### TÜTÜN

#### Tütünün Tarihçesi

Tütün patlıcangiller familyasından bir bitki türüdür. Dumanının keyif verici olarak kullanılma öyküsü, tarih öncesi dönemlere uzanmaktadır (12). Bu dönemlerde Meksika, Orta ve Güney Amerika yerlilerinin tütün sakızları çiğnedikleri bilim adamlarınca saptanmıştır (9). Uygar dünyanın tütünle tanışması ise Amerika kıtasının keşfiyle başlar (12). Tütün Avrupa'ya 1492'de Amerika kıtasına ayak basan Christopher Columbus tarafından getirilmiştir. Tütün kullanımı Kırım, Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sırasında Avrupa'da hızla artmıştır. İlk sigara fabrikası Londra'da kurulmuş, 1880 yılında tütün sarma makinesinin üretilmesi, sigaranın yaygın tütün kullanım biçimi olmasını sağlamıştır (9). Anadolu'ya ilk kez 17. yüzyıl başında Avrupa'dan gelen tütün, toplum içinde yaygın bir kullanım alanı bulmuş, 17. yüzyılın sonlarında ülkede tütün üretimine izin verilmiştir. Tütün üretiminin yeterli olduğu 1861 yılında ise tütün dışalımını durdurulmuştur (12). Cumhuriyet döneminde, 1930 yılında 1701 sayılı kanun ile tütün tekeli kurulmuş ve 10 Haziran 1938 tarihinde kabul edilen 3487 sayılı kanun ile sigara sanayi, tamamen devlet kesiminde kurulup gelişen bir sanayi durumuna gelmiştir. Adana, Bitlis, İstanbul Cibali, İstanbul Maltepe, İzmir, Malatya, Samsun ve Tokat sigara fabrikaları kurulmuştur. Sigara üretim ve pazarlaması 1986 yılından sonra devlet tekeli olmaktan çıkarılıp, serbest bırakılmıştır. Günümüzde toplam tütün üretiminin %51'i Ege, %28'i Güneydoğu Anadolu, %14'ü Karadeniz, %4'ü Doğu Anadolu, %1.6'sı Marmara Bölgesi'nden sağlanmaktadır (13).

#### Tütünün ve Dumanının Yapısı

Sigara dumanının kimyasal yapısı, tütünün yapısından farklıdır. Çünkü tütünün yanmasıyla yeni bileşikler oluşur. Bu nedenle, sigara dumanının ve işlenmiş, yanmamış tütünün kimyasal yapıları ayrı değerlendirilmektedir.

Yanmamış tütünde yaklaşık 2500 kimyasal madde saptanmış. Yanmamış, işlenmiş tütündeki maddeler, "Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu" (IARC) tarafından açıklanmış, bu maddeler arasında kanserojen olanlar ve bunların kanserojenlik dereceleri tanımlanmıştır. İşlenmiş tütündeki kanserle ilişkili maddeler, sekonder aminlerdir. Bunlar tütünün işlenmesi sırasında N-nitrozaminlere dönüşebilirler. Söz konusu maddeler en çok dumansız sigara (tütün çiğneme) ile alınmaktadır.

Tütün yandığında ana akım ve yan akım denilen iki duman akımı oluşur. Ana akım, sigara dumanı içe çekildiğinde, yanan sıcak sigara bölümünde ortaya çıkar, tütün kitlesi içinden geçerek, sigaranın ağız bölümünden dışarı çıkar. Yan akım dumanı ise, sigara yanarken havaya yayılan dumandır.

Sigara dumanı yaklaşık 4000 kimyasal madde içermektedir. IARC tarafından yapılan incelemelere göre kanserojen olduğu saptanan maddeler, yan akım dumanında, ana akım dumanına göre daha fazla bulunur. Bu durum sigara içilen kapalı yerlerde havanın kanserojenik olmasına yol açmaktadır.

Sigara dumanının kanser dışındaki zararlı etkileri, içerdiği nikotin, karbonmonoksit, azotoksitler, amonyak, hidrojen siyanür ve akrolein gibi maddelere bağlıdır. Katran ayrı bir madde değildir. Katran, sigara dumanının özel bir filtre üzerinde kalan bölümünün, su ve nikotin dışındaki parçasıdır. Katran, binlerce kimyasal yapıdan oluşan karmaşık bir yapıdır ve bunların çoğunun deney hayvanlarında kanser yaptığı bilinmektedir.

Nikotin, yüksek derecede toksik bir maddedir. Örneğin; bir purodaki nikotin miktarı erişkin bir insana damardan verilirse öldürücü olmaktadır. Bir sigarada bulunan 20 mg nikotinin önemli bölümü yanarak başka maddelere dönüştüğünden, her sigara ile insan vücuduna 1 – 1.25 mg nikotin girer.

Nikotin, insanda güçlü fiziksel bağımlılığa yol açar. Beynin nikotinic reseptörlerini uyararak, santral ve otonom sinir sistemlerini etkiler; ruhsal durum, öğrenme, konsantrasyon ve performans değişiklikleri yapar. Bunun yanında nikotinin etkisiyle salgılanan değişik kimyasal maddeler, kalp atım hacmini, kan basıncını, kalp hızını, kanın pıhtılaşmasını, oksijen tüketimini ve vazokonstrüksiyonu artırır.

Karbonmonoksit, sigara dumanının gaz fazında bulunur. Sigara içenlerin kanında, içmeyenlere göre 2 – 15 kat fazladır. Kan hemoglobinine bağlanarak, kanın dokulara taşıdığı oksijen miktarını azaltır (12).

## **SİGARA KULLANIMININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ**

### **Bağımlılık**

Bağımlılık, herhangi bir maddenin yaşama ve sağlığa yönelik her türlü olumsuz etkilerine rağmen, bireyin kullanımına devam etmesi ve madde alma isteğini durduramamasıdır (14).

Sigara bağımlılığı çevre ve genetik etkilerin bir arada rol oynadığı karmaşık bir davranıştır. Psikolojik etkenlerin ve alışkanlıkların da payı olmakla birlikte bağımlılıkta esas bileşen sigaranın içindeki nikotindir. Nikotin psikomotor stimülandır. Çok güçlü fiziksel, psikolojik bağımlılık ve abstinens (yoksunluk) sendromu oluşturur. Nikotin, beyindeki özgül nikotinic asetilkolin reseptörleri üzerinden etki eder ve dopamin salınımını uyarır. Nikotin ve kötüye kullanım potansiyeli olan diğer ilaçların, ön beyindeki nucleus accumbense uzanan dopamin salgılayan nöronların 'ödül döngüsü' etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Presinaptik alanda asetilkolin, norepinefrin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını artırır. Dopamin ve norepinefrin salınımı zevk almayı sağlar ve iştahı azaltır. Asetilkolin performans ve bellek gücünde artışa, beta endorfinlerin salınımı ise anksiyete ve gerginlikte azalmaya yol açar.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık Bakanlığı'nın 1965 yılı raporunda, sigaranın bağımlılık yaptığı, nikotinin sigara içindeki bağımlılık

yapan madde olduğu ve nikotin bağımlılığının eroin ve kokain bağımlılığına benzer etkide olduğu bildirilmiştir (12).

Sigara içmeyi bir kez deneyen her dört kişiden üçü bağımlı olmaktadır (9). Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan test, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'dir (FNBT). FNBT'nin genel mantığına baktığımız zaman; kişinin içtiği sigara miktarı ile belli bir süre sigara içmeden durabilme derecesi incelenmektedir. Bu testin sonucuna göre altı ve daha fazla puan alanlarda, nikotin bağımlılığı yüksek derecededir denebilir. *European Medical Association On Smoking Or Health (EMASH)*'ın kılavuzunda, FNBT genel mantığı içinde basitleştirilerek iki soruya indirilmiştir (FNBT'nin 1. ve 4. soruları). Buna göre kişi günde 15 tane veya üstünde ve ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk yarım saat içinde içiyorsa, nikotin bağımlılığı güçlüdür denebilir. Bu test oldukça kısa ve basit olması nedeniyle, her koşulda kolaylıkla uygulanabilir (15).

Tütün kullanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Uluslararası Hastalık Sınıflaması'na (*International Classification of Diseases –ICD 10*) ve Amerikan Psikiyatri Birliğinin Tanı ve İstatistik El Kitabı (*American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)*)'na göre hastalık olarak tanımlanmış ve kodlanmıştır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre:

- Her gün içenler (*Daily smokers*): Günde en az bir tane veya daha fazla
- Ağır içiciler (*Heavy smokers*): Günde 20 adet veya daha fazla içenler
- Ara sıra içeler (*Occasional smokers*): Günde bir sigaradan daha az
- Bırakmış olanlar (*Exsmokers*): Geçmişte günde en az bir tane olmak üzere en az altı ay sigara içmiş olup şu an içmeyenler
- Diğer içmeyenler (*Other nonsmokers*): Geçmişte içmeyi denemiş veya denememiş olan ve şu an içmeyenler (17).

## **Kanser**

Tütün kullanımı ile en güçlü ilişki akciğer kanseri ile ilgili olmakla birlikte başka çok sayıda kanserin oluşumunda da rolü vardır (18). Kaydedilen ölümlerin nedenlerinin dağılımına bakıldığında, ölümlerin %46'sının kalp–damar hastalıklarından, %15'inin tüm kanser çeşitlerinden olduğu görülmektedir (19). Kanser ölümleri arasında da akciğer kanseri birinci sıradadır (12). Sigara alışkanlığı kanser ölümlerinin en önemli nedeni olup gelişmiş ülkelerde, erkeklerde görülen kanserlerin %40 – 45'i, tüm nüfustaki kanserlerin ise %30'u sigaraya bağlıdır. Akciğer kanseri ölümlerinde bu oran %80 – 90'a ulaşmaktadır (9). Sigara içme ile akciğer kanseri arasındaki ilişki, sigaranın günlük miktarı, sigara içme süresi, tütün kullanım biçimi, sigaranın çeşidi ile bağlantılıdır. Sigara içenlerde akciğer kanseri riski 10 kat, günde iki paket ya da üstünde içenlerde 20 - 25 kat fazladır. Sigara, pipo ya da puroya göre daha risklidir.

Alt üriner sistem kanserleri (renal pelvis, üreter, mesane ve üretra) büyük kohort araştırmalarında ve dünyanın değişik yerlerinde yapılan vaka - kontrol araştırmalarında sigara içmeyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Ağız, orofarinks, hipofarinks, özofagus kanserlerinin riski, alkol alan sigara bağımlılarında, alkolün dozuyla orantılı olarak artmaktadır (12).

## **Kalp Damar Hastalıkları**

Tüm çalışmalar, sigaranın koroner kalp hastalığı riskini arttırdığını göstermiştir. Bu risk artışı, içilen sigaranın miktarı, dumanın içe çekilme derecesi, filtre kullanılıp kullanılmadığı, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi gibi öğelere bağlı olarak, çeşitli araştırmalarda %24 ile %200 arasında değişmektedir. Kırkbeş yaşın altında görülen koroner kalp hastalığı ölümlerinin %80'i sigarayla ilişkilidir. Kalp - damar hastalıklarından ölüm riski 35 - 59 yaşları arasındaki sigara bağımlılarında, içmeyenlere göre 3.5 kat fazladır.

Sigara, periferik damarlara daha fazla etkilidir. Aterosklerotik periferik hastalığı olanların %90'ı sigara bağımlısıdır. Diyabetik hastalarda da damar

hastalığı riskini artırır. Sigara bağımlılığı, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık ölümlerinin %20 – 25'inden sorumludur. Sigara aterogenesisi hızlandırır. Koroner, serebral ve periferik arterlerde tıkaçıcı olaylara yol açar (12).

### **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı**

Tüm kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olgularının %80 - 90'ı sigaraya bağlıdır. Epidemiyolojik araştırmalar, günde 20 ya da üzerinde sigara içenlerde KOAH, kor pulmonale ve aort anevrizması nedeniyle ölüm oranlarının, hiç içmeyenlere göre 10 – 40 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca sigara bağımlıları, yinelenen solunum yolları enfeksiyonları nedeniyle daha çok iş günü yitirmektedir (12).

### **Diğer Sağlık Etkileri**

Mide ve duodenum ülserleri sigara içenlerde, içmeyenlerden iki kat fazladır. Sigara içimi, ciltte erken yaşta kırışıklıklar oluşması, kadınlarda osteoporoz, erkeklerde seksüel disfonksiyonla ilişkilidir. Graves Hastalığı, katarakt, maküler dejenerasyon, dejeneratif disk hastalığı, uyku bozuklukları ve depresyonla ilişkili olabilir. Tütün dumanı içerikleri, analjezikler, antikoagülanlar, antiastmatikler, trisiklik antidepresanlar, koroner dilatatörleri, benzodiazepin ve propoksifen gibi ilaçlarla etkileşebilir (20).

### **Pasif İçicilik**

Araştırmalar, sigara dumanından pasif etkilenim bakımından güvenli bir sınır olmadığını net bir şekilde ortaya koymuştur. Çerçeve Sözleşme Partiler Konferansı, DSÖ, IARC, *Surgeon General* (SG) ve İngiltere Tütün ve Sağlık Bilimsel Komitesi sigara dumanından pasif etkilenimin de kalp hastalığı, kanserler ve çok sayıda hastalık bakımından risk oluşturduğu konusunda fikir birliği halindedirler. Örneğin pasif sigara dumanı etkilenimi sigara içmeyenlerdeki koroner kalp hastalığı riskini %25 - 30, akciğer kanseri riskini %20 - 30 artırmaktadır (1).



İnsan yaşamının önemli bölümü (%80'i) kapalı yerlerde geçmektedir. İşyerleri, sigara içmeyenlerin çevresel sigara dumanıyla (ÇSD) en çok karşılaştıkları ve uzun süre istemsiz sigara içtikleri ortamlardır. Gelişmiş ülkelerdeki kapalı ortam havasının en önemli kirleticisi sigara dumanıdır. Bina içi hava filtrasyonu, ÇSD kirleticilerini etkili biçimde temizleyememektedir. ÇSD'nin yeterli derecede seyreltilmesi için, havalandırma hızlarının 200 kat artırılması gerekmektedir ki, günümüz koşullarında bu hıza ulaşılması olanaksızdır. ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (*US National Institute for Occupational Safety and Health*), sigara dumanını işyeri karsinojeni olarak tanımlamıştır. İşyerlerinde pasif sigara içmenin, kadınlarda serviks kanseri riskini arttırdığına ilişkin veriler de vardır (12).

Pasif içicilik çocukların da yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu çocuklarda pnömoni, bronşit ve bronşiolit yüzünden hastaneye yatma, kontrol gruplarına göre %27.5 ile %32.0 daha fazla görülmektedir. Akut solunum yolu hastalıkları, tonsillit, kronik öksürük ve kronik ortakulak yangısı (otit) gibi hastalıklara, akciğer gelişiminin yavaşlamasına ve işlevinin azalmasına, pasif olarak sigara içen çocuklarda daha sık rastlanmaktadır. Anne babaları sigara içen çocukların sigaraya başlama olasılığı da daha yüksektir (12).

Pasif etkilenimi engellemek için sigarasız ortamlar oluşturulması sigarayı bırakmak isteyenler bakımından da yarar sağlar. İşyerlerinin "sigarasız" olması sigara içme sıklığında %4'lük azalmaya yol açar. Endüstrileşmiş bazı ülkelerde sigarasız işyeri politikası uygulamasından sonra çalışanlar arasında toplam sigara kullanımında %29'lük azalma meydana gelmiştir (1).

## **SİGARAYI BIRAKMANIN SAĞLIĞA YARARLARI**

Sigarayı bırakmak, yaşamın hangi döneminde ya da bağımlılığın hangi evresinde olursa olsun, sigara içen kişiye sağlığı ve yaşam süresi açısından büyük yarar sağlar. Sigarayı 20 yılın altında ve günde yarım paketten az içenlerde, bıraktıktan 10 yıl sonra kanser riski, içmeyenlerle eşit düzeye gelmektedir. Beyin kanaması, felç riski bıraktıktan beş yıl sonra hiç

içmemişlerle aynı düzeye inebilmektedir. Bu süre koroner kalp hastalığı riski için iki yıldır. Bırakmak, alt ekstremitte arter hastalığı ve amputasyon riskini de azaltır (12).

## **SİGARA İÇME EPİDEMİYOLOJİSİ**

### **Dünyada**

Tütün kullananların dünya üzerindeki dağılımı, ülkelerde uygulanan politikalara bağlı olarak değişmektedir. Geçen yüzyılda gelişmiş ülkelerde kullanım oranı yüksekti. Zamanla bu oran değişerek gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek rakamlara ulaştı. Dünya genelinde 1.2 milyar insan (yetişkin nüfusun dörtte biri) sigara içmektedir. Bu sayının 2025 yılında 1.6 milyara yükselmesi beklenmektedir Bunların yarısından fazlası günümüz çocukları ve gençleridir. Dünya'da sigara içen 1.2 milyar kişinin 800 milyonu (%70 - 75'i) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (21).

*Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)* ülkeleri arasında da tütün kullanım oranları açısından büyük farklılıklar görülmektedir. Onbeş yaş üzeri nüfusun her gün sigara içme oranları değerlendirildiğinde; Kanada (%17), ABD (%18), İsveç (%18) ve Avustralya (%20) en düşük yüzdeye sahip ülkeler iken; Yunanistan (%35), Macaristan (%34), Lüksemburg (%33) en yüksek yüzdeye sahip olan ülkelerdir (22).

En önemli önlenebilir ölüm nedeni olarak kabul edilen sigara, ciddi hastalık ve ölümlere yol açması yanında üretim kaybı ve gittikçe artan sağlık harcamaları nedeniyle ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Dünya genelinde 20. yüzyılda 10 milyon kişi sigara nedeniyle öldü. Her yıl 5.4 milyon kişi tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar yüzünden hayatını kaybetmektedir. Buna göre her gün 14 bin kişi, her sekiz saniyede bir kişi tütüne bağlı nedenlerle ölmektedir. İkibinotuz yılına gelindiğinde her yıl sekiz milyondan fazla ölüm beklenmekte, ölümlerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir ve 21. yüzyıl boyunca bir milyar kişinin öleceği tahmin edilmektedir (1).

Dünyada sigara içen bir milyanın üzerindeki kişinin çoğu bağımlıdır. Pek çoğu sigarayı bırakmak ister ancak pek azı gereksinim duyduğunda bu konuda yardım alabilir. Tütün bağımlılığı tedavisi için kapsamlı hizmet dünyada ancak dokuz ülkede vardır. Bu da sigara içenlerin %5'i kadardır. Ülkeler, sigara kullanan ve bırakmak isteyenlere yönelik olarak etkili ve ucuz müdahale programları oluşturmalıdır (1).

Sigarasız ortamlar, sigara içmeyenler kadar sigara içenlerin de sağlığını korur. Toplu yerlerde sigara içilmesinin sosyal olarak kabul edilmediği konusunda da net bir mesaj verilmiş olur. Ancak, kapalı yerlerde sigara içilen bölümlerin ayrılması gibi uygulamaya izin vermeyen ve titizlikle uygulanan tam sigarasız ortamlar yasası, çalışanlar ve toplumu sigaranın olumsuz etkilerinden tam olarak koruyabilir ve sigara içenleri de sigarayı bırakmaları yönünde destekler. Bu konudaki istisnalar uygulamayı güçleştirir ve yasanın etkisini zayıflatır. Giderek artan sayıdaki ülkeler tam sigarasız ortamlar ile ilgili yasalar çıkarmakla birlikte, halen ülkelerin büyük çoğunluğunda bu yönde bir yasal düzenleme yoktur veya sınırlı düzenlemeler vardır. Uygulamada da güçlükler söz konusudur. Sonuç olarak dünya nüfusunun yaklaşık yarısının yaşadığı ülkelerde hükümetler vatandaşlarını hastanelerde pasif sigara dumanı etkileniminden korumamakta, ülkelerin %40'ında da okullardaki çocuklar pasif sigara dumanından etkilenmektedir. Toplam olarak 80 ülkede hastane ve okullarda sigara içilmesi konusunda kısıtlama yoktur (1).

## **Türkiye'de**

Türkiye Avrupa ülkeleri arasında sigara tüketiminde üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında yedinci sıradadır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM) tarafından gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na göre 13 -15 yaş grubundaki her üç çocuktan bir tanesi 10 yaşından önce sigarayı denemişlerdir. Ülkemizde yaklaşık 17 milyon kadar sigara içen kişi vardır ve her yıl 100 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir.

“Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik 2003” (UHY-ME 2003) çalışmasına göre 18 yaş ve üstündekilerin %31.2’si her gün sigara içmektedir. Kadınlarda her gün sigara içme oranı %17.6 iken, erkeklerde %49.4’dür.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen “Aile Yapısı Araştırması 2006”ya göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33.4’ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %50.6 iken, kadınlarda bu oran %16.6’dır (23).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008)’e göre tüm 15 - 49 yaşları arasındaki evlenmiş kadınların %22.0’ı ara sıra ya da düzenli olarak sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Kentsel alanlar ve İstanbul’da yaşayan kadınlarda sigara içme oranı daha yüksektir. Eğitim arttıkça sigara içme oranı da artmaktadır. En az lise mezunu olan kadınlar için sigara içme oranı %35.1’dir (19).

## **SİGARA SALGINI İLE SAVAŞ**

### **Dünyada Sigara Salgını İle Savaş**

Tütün kullanımının zararlı olduğu görüşü resmi olarak ilk kez ABD’de SG (ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi) başkanı tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır. Bu rapor üzerine ABD ve bütün dünyada tütün kontrolü çalışmaları da başlamış oldu. Bu rapor Doll ve Hill’in İngiltere’de, sigara kullanımı ile çeşitli hastalıklar arasındaki ilişkileri inceledikleri ve 10 yıl aralıklarla izleme sonuçlarını yayınladıkları uzun süreli kohort çalışmasının ilk raporuydu. Raporda sigara içenlerde akciğer kanseri, larenks kanseri ve kronik bronşit riskinin arttığı bilgisi yer alıyordu. İkiyıldört yılında yayınlanan 50 yıllık izlem raporunda ise sigara içenlerin üçte ikisinin “sigaraya bağlı bir nedenle” ve ortalama olarak “10 yıl erken” öldüğü, sigarayı bırakanlarda ise sigaraya bağlı nedenle ölüm olasılığının azaldığı bilgisi yer alıyordu (3, 4). Dünyada bu konuya ilgi hızla arttı. Bir yandan araştırmalarla yeni bilgiler üretilirken, bir yandan da tütün kullanımının zararları ve korunma

yollarının tartişılması amacıyla kongre ve konferanslar dzenlenmeye başlandı.

İlk "Dünya Tütün ve Sağlık Konferansı" 1967 yılında New York'ta yapıldı. DSÖ 1980 yılındaki Dünya Sağlık Günü'nde "Sigara ya da Sağlık; Sağlığı Seçin (*Smoking or Health; Choose Health*)" şeklindeki slogan ile sigara mücadelesinin önemine tekrar işaret etti. Daha sonra 1988 yılından başlayarak 31 Mayıs günü "Dünya Sigarasız Günü - Sigara İçmeme Günü (*World No-Tobacco Day*)" olarak belirlendi. DSÖ tarafından her yıl 31 Mayıs günü için bir slogan belirlenmeye başlandı ve bütün ülkelerde yıl boyunca bu slogan ile ilgili olarak çalışmalar yapılması önerildi.

DSÖ'nün tütün kontrolü konusundaki en önemli etkinliği ise "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC; *Framework Convention on Tobacco Control*)" oldu. Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi", 21 Mayıs 2003 tarihinde Cenevre'de DSÖ'nün 56. Genel Kurul toplantısında görüşülerek kabul edildi. Sözleşme, bugüne kadar 168 ülkenin bakanları tarafından imzalanmıştır. Sözleşmede yer alan başlıca konular şu şekildedir:

- Tütün firmalarının reklam, tanıtım, sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
- Sigara paketlerinin en az %30'unu kaplayacak uyarı yazı ve resimleri,
- Sigara dumanından pasif etkilenmenin önlenmesi,
- Sigaradan alınan vergilerin yükseltilmesi, sigara fiyatının arttırılması,
- Tütün ve tütün ürünlerinin kaçakçılığının önüne geçilmesi.

"Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" 27 Şubat 2004 tarihinden itibaren uluslararası bir yasa niteliği kazandı (24). DSÖ Çerçeve Sözleşmesine taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermiş oldular. Ükelere bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ "MPOWER" paketini hazırladı. Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili altı politika ele alınmaktadır:

- Vergileri ve fiyatı arttırmak
- Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak

- Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak
- Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek
- Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek.

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır (1).

## **Türkiye’de Sigara Salgını İle Savaş**

Cumhuriyetin ilk kurumlarından olan ve 1924 yılında kurulan Tekel idaresi, uzun yıllar boyunca tütün üretimini planlamış ve üretilen tütünün tek müşterisi konumunda çiftçinin ürettiği tütünün tamamını satın almış, sigara ve diğer tütün ürünlerini üreterek “devlet kontrolünde” pazarlamasını yapmıştır. Türkiye’de tütün ve tütün mamullerinin üretimi ile satışı konuları devlet tekelinde iken 1986 yılında tütün ürünlerinin ithali ve satışı konularındaki “devlet tekeli”ni kaldıran bir yasa çıkarılmıştır. Yabancı sigaraların çekiciliği ve reklamlar etkisini göstermiş ve izleyen yıllarda Türkiye’de özellikle gençler arasında sigara kullanımı ve yabancı markalara ilgi artmıştır. Bir çalışmada sigara içenlerin %4 - 11 kadarı yerli marka sigaralardan yabancı markaya geçtiklerini belirtmişlerdir (9).

Türkiye’de sigara kontrolü konusundaki çalışmalar da ilk kez bu yıllarda başlamıştır. İlk bilimsel toplantı olan “Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi” 1992 yılında Ankara’da yapılmıştır. Bu kongrenin yol açtığı önemli bir gelişme, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi’nin kurulması olmuştur. Ulusal Komite, daha önce veto edilmiş olan yasanın yeniden hazırlanarak Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne (TBMM) sevk edilmesi yönünde çaba göstermiştir. Bu çabaların sonucunda 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” TBMM’de 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996 günü Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasanın kabul edilmesinin birinci yılında 7 - 8 Kasım 1997 günlerinde Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi düzenlenmiş, kongreye katılan uzmanlar ve DSÖ temsilcileri tütün kontrolü ve yasanın uygulanması ile ilgili konuları tartışmışlardır.

Yasadaki başlıca maddeler tütün mamullerinin her türlü reklam ve tanıtımının, 18 yaşından küçük çocuklara sigara satışının yasaklanması, sigara paketleri üzerine sağlığa zararlı olduğuna işaret eden uyarı yazılması, toplu olarak bulunulan başlıca yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, spor ve eğitim tesislerinde sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. Yasa ayrıca bütün televizyon kanallarına tütün kullanımının zararları ve korunma yolları konularında ayda en az 90 dakika süreli eğitici yayın yapma yükümlülüğü de getirmiştir. Uluslararası tütün firmaları yasanın reklamları kısıtlayan maddesinin anayasaya aykırı olduğu gerekçesi ile bu maddenin iptali için dava açmış ancak Anayasa Mahkemesi kamu yararının ve genel sağlığın korunması bakımından anayasaya aykırılık bulmamış ve tütün firmalarının itirazını reddetmiştir.

Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 sayılı Kanunun uygulanması ile ilgili bazı güçlükler olmakla birlikte ülkemizde özellikle bu yasanın yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sigara kullanımı ile ilgili olarak çeşitli kısıtlamalar gündeme gelmiştir. Örneğin, toplu taşıma araçlarında ve toplu bulunulan pek çok ortamda sigara içilmemesi bir sosyal norm olarak benimsenmiştir.

DSÖ tarafından hazırlanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin Genel Kurul'da kabul edilmesinden sonra Sağlık Bakanı 28 Nisan 2004 tarihinde sözleşmeyi imzalamış, daha sonra sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde de TBMM tarafından kabul edilmiş (9), 30 Kasım 2004 tarihinde Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Anılan Sözleşme milletlerarası sözleşme niteliğinde olduğundan Bakanlar Kurulu Kararı olarak 25.12.2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. 27 Şubat 2005 tarihinde uluslararası anlaşma haline gelerek yürürlüğe girmiştir. Bu anlaşma ülkemizde 4207 sayılı Kanun'dan sonra sigara ile mücadelede atılan en önemli adımdır. Sözleşme TBMM tarafından onaylandıktan sonra Sağlık Bakanlığı "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanması ile ilgili çalışmalara hız verdi. Programın temel hedefi, 2010 yılına kadar ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını % 80'in

üzerine çıkarmak, 15 yaş altında ise % 100'e yakın olmasını sağlamaktı. Söz konusu programın izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması amacıyla, kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile ülke genelindeki akademik kurumlardan, tütün ve tütün ürünleri mücadelesi ve kontrolü konusunda deneyimli uzmanlar ve idari birimlerin katılımıyla bir "Tütün Kontrolü Ulusal Komitesi" kuruldu. Ulusal Komite'nin görevi, programın süreç ve çıktılarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması idi (23).

Bu arada 2002 yılında 4733 sayılı yasa ile kurulmuş bulunan "Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu" (TAPDK) tarafından da bazı yönetmelik ve tebliğler yayınlandı, Bu şekilde 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı aksaklıkların giderilmesi yoluna gidildi (24).

4207 sayılı yasanın kabulünden 12 yıl sonra, adeta hazırlık süreci sonrasında yapılan yeni düzenlemeler, dumansız alanları genişletti. Bu kanun 5727 sayılı kanunla yeniden düzenlendi ve 19 Ocak 2008 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlandı. Yeni kanun 19 Mayıs 2008 tarihinde uygulamaya kondu. Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerdeki düzenlemelerin uygulamaya girmesi için verilen süre, bir yıl sonra 19 Temmuz 2009 tarihine kadar uzatıldı.

## **SİGARA İÇMEYİ BIRAKMA SÜRECİ**

Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi asıl önemli olanın kişinin sigaraya hiç başlamamasıdır. Bununla birlikte sigara içenlere sigaranın bırakılması hekimlerin sorumluluk alanına girmektedir. Halen dünyada bu konuda yayınlanmış sigara bırakma kılavuzları ve etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri mevcuttur. Bu kılavuzlar eşliğinde sigara bırakma tedavileri konusunda şu genel ilkeleri söyleyebiliriz:

Sigara bırakma kronik bir olaydır ve tekrarlayan girişimlere gereksinim duyulabilir. Ancak halen etkili tedaviler mevcuttur ve bunlar uzun süreli ya da



kalıcı olarak sigara bırakmaya yardımcı olurlar. Bırakmayı denemek isteyen her hastaya kılavuzlarda etkin olduğu belirtilen tedavilerden biri önerilmelidir.

Tütün, psikolojik ve fiziksel bağımlılık yapan bir maddedir. Bağımlı bir kişide sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin başarısızlığında en önemli rolü oynamaktadır. Bugüne kadar geliştirilen tedavi yöntemlerinde hedef, nikotin yoksunluğunu ve yoksunluk belirtilerini önlemektir. Günümüzde tüm kılavuzlarda yer alan ve *The Food and Drug Administration* (FDA) onaylı ilk seçenek iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır: nikotin replasman tedavisi ve bupropion. Herhangi bir kontrendikasyon olmadığı sürece bu tedavilerden biri seçilmelidir. İlk seçenek ilaçlar “Bupropiyon, nikotin sakızı, nikotin inhaler, nikotin nazal sprey, nikotin bantları”, ikinci seçenek ilaçlar “Nortriptilin, Klonidin”dir. İkinci seçenek ilaçlar yalnızca ilk seçenek ilaçların etkisiz kaldığı ya da kullanılmadığı durumlarda denenmelidir. Varenicline ve rimonabant da kısa süre önce kullanıma girmiş yeni ilaçlardır.

Sigarayı şu anda bırakmak istemeyen kişilere ise sigara bırakma motivasyonunu arttıracak kısa süreli eğitim verilmelidir. Sigara bırakmak isteyen her hastaya etkinliği kanıtlanmış olan kısa süreli eğitim mutlaka verilmelidir. Sigara bırakma ile sigarayı bıraktırma yaklaşımları arasında güçlü bir doz - yanıt eğrisi mevcuttur. Bu nedenle uygulanan yaklaşımın sıklığı ve toplam süresi arttıkça başarı şansı da artmaktadır. Üç çeşit destek tedavisinin özellikle etkili olduğu gösterilmiştir. 1- Öncelikle problem çözme ve beceri kazandırmaya yönelik destek, 2- Tedavinin bir parçası olarak sosyal destek, 3- Tedavi dışı sosyal destek.

Sigara bırakma tedavileri diğer medikal tedavilere oranla hastalıkların önlenmesinde maliyet etkindir. Sigara içenlerin çok az bir kısmı ilk denemede sigarayı kesin olarak bırakabilmektedir. Ancak relapslar hiçbir zaman başarısızlık olarak görülmemeli ve hastanın motivasyonu kırılmamalıdır (15).

## GEREÇ YÖNTEM

Araştırma müdahale çalışmasıdır ve eş zamanlı iki müdahale söz konusudur. Sigara kullanımını kısıtlayan 5727 sayılı yasa ülkemizde 19 Mayıs 2008'de yürürlüğe girdi. Bu çalışmada yasanın ve sigara bıraktırma eğitiminin öğretmenlerde sigarayı bırakma üzerine etkisi değerlendirildi. Denizli Merkez İlçe'deki 33 lisenin öğretmenleri evren olarak belirlendi.

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Pamukkale Üniversitesi'nden 26 Mayıs 2008 tarih ve 2008/06 sayılı etik kurul onayı alındı. Aynı zamanda Denizli Milli Eğitim Müdürlüğü ve Denizli Valiliği'nden izin alındı. Öğretmenlerin okullara göre sayılarını içeren listeler Denizli Milli Eğitim Müdürlüğü'nden temin edildi. Liseler öğretmen sayılarına göre büyükten küçüğe doğru sıralandı. Sistemik örnekleme yöntemi ile 33 lise üç gruba ayrıldı. Her grupta 11 lise yer aldı. Kura yöntemi ile gruplardan biri kontrol, ikisi müdahale grubu olarak seçildi. Müdahale grupları, Müdahale 1 ve Müdahale 2 olarak belirlendi. Müdahale 1 grubuna bireysel eğitim, Müdahale 2 grubuna grup eğitimi verildi. Kontrol grubuna eğitim verilmedi.

Toplam 37 soruluk anket Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılandırıldı. Anketlerin ilk sayfası, çalışmanın amacını özetleyen "bilgilendirilmiş onam formu" idi. Anketler ile öğretmenlerin demografik özellikleri, kendilerinin ve ailelerinin sigara içme alışkanlıkları, nikotin bağımlılık düzeyleri, sigara içmeyi bırakma deneyimleri ve başarı durumları, yeni yürürlüğe giren sigara ile ilgili yasa konusundaki düşünceleri sorgulandı. Ayrıca anketle sigara içmeyi bırakmak isteyenler ve bu konuda eğitim ve yardım almak isteyenler de belirlendi. Ankette, sigara içme durumunun tanımlanması, DSÖ'nün kabul ettiği üç soruya göre yapıldı (17). Bu sorular şunlardır:

- Şimdiye kadar (bir tane bile olsa) sigara, puro, pipo içtiniz mi? (Tütün kullandınız mı?)

- Evet       Hayır

- Halen sigara içiyor musunuz?
  - Evet, günde en az bir tane veya daha fazla içiyorum.
  - Günde bir taneden az olmak üzere ara sıra içiyorum.
  - İçmiyorum
- Günde en az bir olmak üzere, altı ay veya daha uzun süre sigara içtiniz mi?
  - Evet
  - Hayır

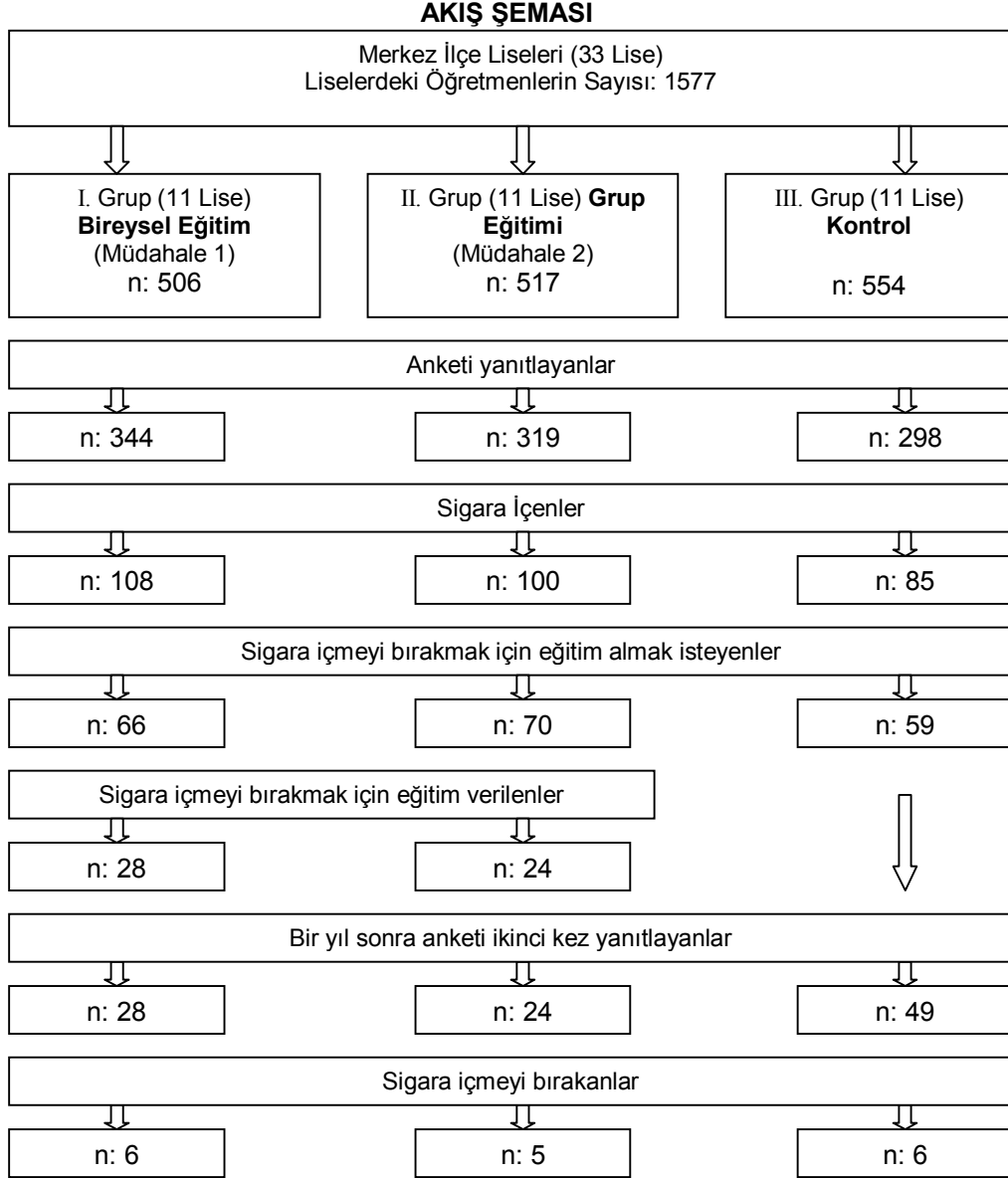
Bu sorulardan birincisine hayır diyenler “**Hiç İçmemişler**” sınıfına dahil edildi. “**Halen içenler**” kategorisine birinci soruya “evet” diyenler; ikinci soruya, “evet, her gün” veya “her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim” ve üçüncü soruya “evet” yanıtlarını verenler dahil edildi. Birinci soruya evet diyenlerden ikinci soruya “içmiyorum” üçüncü soruya “evet” yanıtını verenler “**Bırakanlar**” kategorisini oluşturdu. Grafiklerde her gün içen ve ara sıra içenler birleştirilerek “sigara içenler” olarak değerlendirildi.

Sigara içen öğretmenlerin bağımlılık düzeyinin puanlamasında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanıldı. Sigara kullanımı ile ilgili altı sorunun puanlarının toplamı sonunda elde edilen ölçeğe göre bağımlılık düzeyleri; 0-2 puan çok az, 3-4 puan az, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek ve 8-10 puan çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirildi (57).

Sigara içenlerin içicilik durumunun değerlendirilmesinde (Surgeon General 1989 raporuna göre) 15 sigaradan az içenler hafif içici (*light*), 15 – 24 arası normal içici (*moderate*), 25 ve üzeri içenler ağır içici (*heavy*) olarak tanımlandı (26).

İl Millî Eğitim Müdürlüğü kanalıyla lise öğretmenlerine ilk anket 07 – 16 Mayıs 2008 tarihleri arasında uygulandı (Ek – 1). Okul yönetimi tarafından dağıtılan anketler bir hafta içinde toplandı. Anket ile her üç grupta sigara içen öğretmenlerden bırakmak isteyen ve bu konuda yardım almak isteyenler belirlendi. Bu öğretmenlerden buldukları okullara göre Müdahale 1 ve Müdahale 2 gruplarına girenler “sigara bıraktırma eğitimi” verilmek üzere çağrıldı. Müdahalelerden biri “Bireysel Eğitim”, diğeri “Grup Eğitimi” idi.

Denizli Merkez İlçe liselerinde sigara içmeyi bırakmak isteyen öğretmenlere, bu konuda verilen eğitimin ve yasanın etkinliğini göstermek amacıyla yapılan araştırmanın akış şeması aşağıda verilmiştir.



**Şekil – 1:** Çalışmanın Akış Şeması

Eğitimler 21 Mayıs - 27 Haziran 2008 tarihleri arasında sekiz eğitici hekim tarafından haftada bir olmak üzere beşer kez gerçekleştirildi. Eğitici hekimler, sigarayı bıraktırma konusunda Pamukkale Üniversitesi Göğüs Hastalıkları, Psikiyatri ve Halk Sağlığı anabilim dalları ile Cumhuriyet

Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalı tarafından Pamukkale Üniversitesi'nde düzenlenmiş kurslara katılan gönüllü hekimlerdi.

Grup eğitimlerinde dört hekim görev aldı. Yapılandırılmış eğitim programı beş seansta uygulandı. Her biri yaklaşık iki saat süren seansların ilk yarısında görsel sunu, diğer yarısında katılımcıların deneyimleri, kaygıları ve sorunlarını dile getirdikleri tartışma bölümü yer aldı. Görsel sunu sigaranın zararlarının ve bırakmada yardımcı yöntemlerin anlatıldığı iki bölümden oluşuyordu.

Bireysel eğitimlerde de dört hekim görev aldı. Öğretmenlerle 15 - 20 dakika süren bire bir görüşmeler birer hafta arayla beş kez tekrarlandı. Kişiyeye özel sigara içme nedenleri üzerinde durulan bu görüşmelerde en uygun bırakma yönteminin tespit edilmesi ve uygulanması hedeflendi. Bırakmak isteyen öğretmenlere bırakmayı kolaylaştırıcı, destekleyici bilgiler içeren broşür dağıtıldı (Ek - 2).

Bir yıl sonra 14 Eylül – 16 Ekim 2009 tarihleri arasında aynı okullardaki öğretmenlere ulaşılarak aynı soruları içeren ikinci anket uygulandı (Ek - 1). Okul yönetimi tarafından dağıtılan anketler bir hafta içinde toplandı.

Değerlendirmede her iki anketi de yanıtlayan öğretmenler esas alındı.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Öğretmenlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, branşı, ilk tütünü deneme yaşı, müdahale grubuna verilen eğitim, 5727 sayılı tütün mamullerinin zararlarının önlenmesi hakkındaki yasanın yürürlüğe girmesi.

Bağımlı değişkenleri: Öğretmenlerin sigara içme durumları, sigarayı bırakma istekleri, bağımlılık düzeyleri, yasa hakkındaki görüşleri.

Veri analizinde SPSS 10.0 programı kullanıldı. İstatistik testlerinden Ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis varyans analizi, bağımlı

gruaplarda Mc Nemar Ki-kare, Wilcoxon testleri kullanıldı. Sigara içmeye etkili olduğu düşünülen değişkenler ile model oluşturularak lojistik regresyon analizi uygulandı. Anlamlılık sınırı olarak  $p < 0.05$  kabul edildi.

Eğitim verilen gruplarda eğitimin etkinliği, kontrol grubu ile kıyaslanarak ölçüldü. Etkinliği ölçmek için “Eğitime Atfedilen Etkinlik, Rölatif Etkinlik, Etkinlik Oranı” aşağıdaki formüller kullanılarak hesaplandı:

**Eğitime Atfedilen Etkinlik** = Eğitim verilen grupta sigarayı bırakma yüzdesi – Kontrol grubunda bırakma yüzdesi

**Rölatif Etkinlik** = Eğitim verilen grupta sigarayı bırakma yüzdesi / Kontrol grubunda bırakma yüzdesi

**Etkinlik Oranı** = Eğitime atfedilen etkinlik / Eğitim verilen grupta sigarayı bırakma yüzdesi.

## BULGULAR

Tütün kullanımını sınırlayan yasa yürürlüğe girdiği sırada ve bundan bir yıl sonra tekrar uygulanan anketlerin her ikisini de yanıtlayan öğretmen sayısı 545 idi. Öğretmenlerin %57.4'ü erkek, %42.6'sı kadın olup yaş ortalaması  $40.40 \pm 6.86$ , ortancası  $40.00 \pm 10.00$ , minimum 24, maksimum 61 idi. Diğer bazı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo - 1:** Denizli Merkez İlçe Liselerinde çalışmaya katılan öğretmenlerin sosyo - demografik özellikleri

		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	313	57.4
	Kadın	232	42.6
	<b>Toplam</b>	545	100.0
<b>Yaş Grupları</b>	29 yaş ve altı	23	4.2
	30 – 39 yaş arası	236	43.3
	40 – 49 yaş arası	229	42.0
	50 yaş ve üzeri	57	10.5
	<b>Toplam</b>	545	100.0
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	488	91.4
	Bekar	38	7.1
	Dul – ayrılmış	8	1.5
	<b>Toplam</b>	534*	100.0
<b>Branş</b>	Sayısal	182	33.8
	Sözel	208	38.6
	Yabancı dil	46	8.5
	Müzik, resim, beden	23	4.3
	Rehberlik	21	3.9
	Meslek dersleri	59	10.9
	<b>Toplam</b>	539*	100.0

\*Bazı sorular yanıtlanmamıştır.

Birinci anket verisi değerlendirildiğinde öğretmenlerin %21.4'ünün (n: 206) yaşamları boyunca en az bir kez sigara içmeyi denediği, %51.9'unun (n: 499) yaşamlarının bir döneminde altı ay ya da daha uzun süreyle sigara içtiği görüldü. Öğretmenlerin %34.9'u, Erkeklerin %39.3'ü, kadınların %28.9'u her gün veya ara sıra sigara içiyordu (Tablo - 2).

**Tablo - 2:** Denizli Merkez İlçe Liselerinde çalışmaya katılan öğretmenlerin yasa öncesi cinsiyete göre sigara içme durumu

		Erkek		Kadın		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
<b>İçen</b>	Her gün	119	38.0	62	26.7	181	33.2
	Ara sıra	4	1.3	5	2.2	9	1.7
	<b>Toplam</b>	123	39.3	67	28.9	190	<b>34.9</b>
<b>İçmeyen</b>	Bırakmış	79	25.2	33	14.2	112	20.6
	İçmemiş	111	35.5	132	56.9	243	44.6
	<b>Toplam</b>	190	60.7	165	71.1	355	65.1
<b>Toplam</b>		313	100.0	232	100.0	545	100.0

Sigara içen erkek öğretmenlerin yaş ortalaması  $40.71 \pm 7.35$ , kadın öğretmenlerin yaş ortalaması  $38.49 \pm 5.76$  idi. Sigara içmeye başlama yaşı ortalaması kadınlarda erkelere göre anlamlı olarak iki yıl daha fazlaydı (Erkeklerde  $19.45 \pm 4.80$ , kadınlarda  $21.47 \pm 4.30$ )( $p=0.006$ ). Erkek öğretmenlerin günlük tükettiği sigara adedi ortalaması  $19.06 \pm 9.61$ , kadın öğretmenlerin ise  $12.64 \pm 8.74$  idi ( $p<0.001$ ). Toplam sigara içme süresi ortalaması erkeklerde yaklaşık beş yıl fazla idi ( $p<0.001$ )(Tablo – 3).

**Tablo – 3:** Sigara içen öğretmenlerin cinsiyete göre bazı özellikleri

	Erkek	Kadın	Toplam	p
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
<b>Yaş</b>	$40.71 \pm 7.35$	$38.49 \pm 5.76$	$39.93 \pm 6.90$	0.068
<b>Sigara içmeye başlama yaşı</b>	$19.45 \pm 4.80$	$21.47 \pm 4.30$	$20.16 \pm 4.72$	0.006
<b>Günde içilen sigara adedi</b>	$19.06 \pm 9.61$	$12.64 \pm 8.74$	$16.84 \pm 9.78$	<0.001
<b>Sigara içilen süre (yıl)</b>	$20.56 \pm 7.87$	$15.62 \pm 6.12$	$18.86 \pm 7.67$	<0.001*

p (Mann Whitney U testi ile)

\*t testi



Öğretmenlerin içicilik ve bağımlılık durumu değerlendirildiğinde erkek öğretmenlerin %20.7'si, kadın öğretmenlerin %10.2'sinin ağır içici (günde 25 adetten fazla) olduğu görüldü. FNBT'ye göre erkeklerin %69.4'ü nikotine çok düşük, düşük ve orta düzeyde bağımlı, %30.6'sı da yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlıyken bu oranlar kadınlarda sırasıyla %86.5 ve %13.6 idi ( $p < 0.001$ ) (Tablo - 4).

**Tablo - 4 :** Sigara içen öğretmenlerin cinsiyete göre içtikleri sigara miktarı ve bağımlılık durumları

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Miktar (günde)</b>	15 ↓ (hafif)	29	26.1	37	62.7	66	38.8	<0.001
<b>(İçicilik düzeyi)</b>	15 – 24 (orta)	59	53.2	16	27.1	75	44.1	
	25 ve ↑ (ağır)	23	20.7	6	10.2	29	17.1	
	<b>Toplam*</b>	111	100.0	59	100.0	170	100.0	
<b>Bağımlılık</b>	Çok düşük	36	32.4	43	72.9	79	46.5	<0.001
	Düşük	22	19.8	6	10.2	28	16.5	
	Orta	19	17.2	2	3.4	21	12.4	
	Yüksek	23	20.7	4	6.8	27	15.9	
	Çok yüksek	11	9.9	4	6.7	15	8.8	
	<b>Toplam*</b>	111	100.0	59	100.0	170	100.0	

\*Bazı sorular yanıtlanmamıştır.

Sigara içen erkek öğretmenlerin eşlerinin üçte biri sigara içiyordu. Sigara içen kadın öğretmenlerin ise eşlerinin yarıdan fazlası sigara içiyordu (Tablo – 5).

**Tablo - 5:** Evli öğretmenlerin eşlerinin sigara içme durumları

Eş	Erkek				Kadın				Toplam			
	İçen		İçmeyen		İçen		İçmeyen		İçen		İçmeyen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>İçen</b>	33	32.0	14	8.5	32	59.3	59	42.1	65	41.4	73	24.0
<b>İçmeyen</b>	70	68.0	150	91.5	22	40.7	81	57.9	92	58.6	231	76.0
<b>Toplam*</b>	103	100.0	164	100.0	54	100.0	140	100.0	157	100.0	304	100.0
<b>p</b>	<0.001				0.042				<0.001			

\*Evli olanlar

Sigara içen öğretmenlerin %80.2'si (n:130) sigarayı bırakmayı düşünüyordu. Bu oran erkeklerde %82.4, kadınlarda %75.9 idi ( $p>0.05$ ). Bu öğretmenlerin %72.8'i (n:118) en az bir kez bırakmayı denemişti (Tablo - 6).

**Tablo - 6:** Öğretmenlerin sigara içmeyi bırakma istek ve deneyimleri

		Erkek		Kadın		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara</b>	1 ay içinde bırakmak isteyen	27	25.0	9	16.7	36	22.2	0.305
<b>İçmeyi</b>	6 ay içinde bırakmak isteyen	28	25.9	10	18.5	38	23.5	
<b>Bırakma</b>	6 aydan daha uzun bir zaman	34	31.5	22	40.7	56	34.6	
<b>İsteği</b>	sonra bırakmak isteyen							
	Bırakmak istemeyen	19	17.6	13	24.1	32	19.8	
	<b>Toplam*</b>	108	100.0	54	100.0	162	100.0	
<b>Bırakmayı</b>	Deneyen	83	76.1	35	66.0	118	72.8	0.242
<b>Deneme</b>	Denemeyen	26	23.9	18	34.0	44	27.2	
	<b>Toplam*</b>	109	100.0	53	100.0	162	100.0	

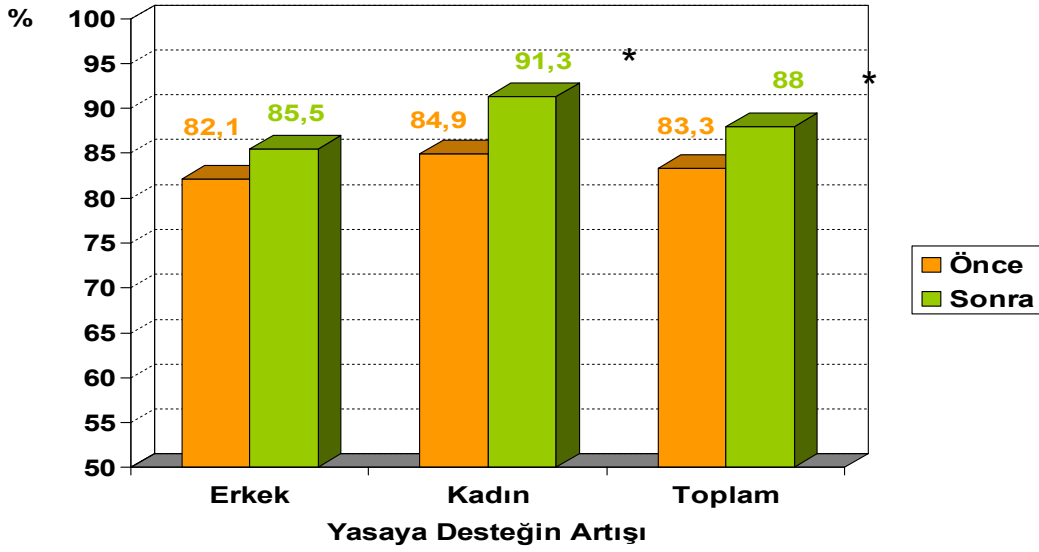
\* Bazı sorular yanıtlanmamıştır.

Öğretmenlerin 5727 sayılı yasa hakkında fikirleri sorulduğunda, ilk anketlerde yasayı destekleyenlerin oranı %83.3'tür. Yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra uygulanan ikinci anket ile 5727 sayılı yasayı destekleyen öğretmenlerin yüzdesinin anlamlı olarak yükseldiği görüldü (%83.3→ %88.0) ( $p<0.05$ )(Tablo – 7) (Şekil – 2).

**Tablo - 7:** Öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında 5727 sayılı yasaya destek olma konusunda görüşleri

ÖNCE \ SONRA	Destekleyen		Fikri yok		Desteklemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Destekleyen</b>	401	78.9	11	2.2	11	2.2	423	<b>83.3</b>
<b>Fikri yok</b>	21	4.1	7	1.4	2	0.4	30	<b>5.9</b>
<b>Desteklemeyen</b>	25	4.9	2	0.4	28	5.5	55	<b>10.8</b>
<b>Toplam</b>	447	<b>88.0</b>	20	<b>3.9</b>	41	<b>8.1</b>	508	100.0

p (Mc Nemar)= 0.029 (Destekleyen ve desteklemeyenler arasında yapıldı. Fikrim yok diyenler desteklemeyenlere ilave edildi)



\*p<0.05

**Şekil-2: Yasa yürürlüğe girmeden önce ve girdikten bir yıl sonra yasayı destekleyen öğretmenlerin cinsiyete göre değerlendirilmesi**

Yasa öncesinde, yasaya destek verenler arasında cinsiyet açısından fark yoktu (erkeklerde %82.1, kadınlarda %84.9)(p>0.05). Yasadan bir yıl sonra cinsiyete göre yasaya destek verenler değerlendirildiğinde her iki cinsiyetin de yasaya desteğinin arttığı görüldü. Kadınların desteğindeki artış anlamlı idi (erkeklerde %85.5, kadınlarda %91.3)(p = 0.028)(Tablo – 8, 9).

**Tablo - 8: Erkek öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında 5727 sayılı yasaya destek olma konusunda görüşleri**

ÖNCE	SONRA		Fikri yok		Desteklemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Destekleyen	225	77.6	3	1.0	10	3.4	238	82.1
Fikri yok	10	3.4	6	2.1	1	0.3	17	5.9
Desteklemeyen	13	4.5	-	-	22	7.6	35	12.1
Toplam	248	85.5	9	3.1	33	11.4	290	100.0

p= 0.132 (Destekleyen ve desteklemeyenler arasında yapıldı. Fikrim yok diyenler desteklemeyenlere ilave edildi)

**Tablo - 9: Kadın öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında 5727 sayılı yasaya destek olma konusunda görüşleri**

ÖNCE \ SONRA	Destekleyen		Fikrim yok		Desteklemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Destekleyen	176	80.7	8	3.7	1	0.5	185	<b>84.9</b>
Fikrim yok	11	5.0	1	0.5	1	0.5	13	<b>6.0</b>
Desteklemeyen	12	5.5	2	0.9	6	2.8	20	<b>9.2</b>
<b>Toplam</b>	199	<b>91.3</b>	11	<b>5.0</b>	8	<b>3.7</b>	218	100.0

p= 0.020 (Destekleyen ve desteklemeyenler arasında yapıldı. Fikrim yok diyenler desteklemeyenlere ilave edildi)

Yasa öncesinde, ilk ankette yasaya destek verenler, sigara içme durumuna göre incelendiğinde, içmeyenlerin desteği içenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (İçmeyenlerin %92.6, içenlerin %65.1)(p<0.001).

Yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra, hem sigara içen hem de sigara içmeyen öğretmenlerin yasaya desteği arttı. Sigara içmeyenlerin desteği %95.8'e yükseldi (p>0.05). Sigara içenlerin desteğindeki artış anlamlıydı (%65.1→%72.7) (p=0.038) (Tablo-10).

**Tablo - 10: Sigara içen öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında yasaya verdiği destek**

ÖNCE \ SONRA	Destekleyen		Fikri yok		Desteklemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Destekleyen	100	58.1	4	2.3	8	4.7	112	<b>65.1</b>
Fikri yok	7	4.1	5	2.9	1	0.6	13	<b>7.6</b>
Desteklemeyen	18	10.5	2	1.2	27	15.7	47	<b>27.3</b>
<b>Toplam</b>	125	<b>72.7</b>	11	<b>6.4</b>	36	<b>20.9</b>	172	100.0

p= 0.038 (Destekleyen ve desteklemeyenler arasında yapıldı. Fikrim yok diyenler desteklemeyenlere ilave edildi)

Cinsiyete göre incelendiğinde sigara içen erkek öğretmenlerin yasaya desteğindeki artış (%64.5 → %67.3) anlamlı değilken kadın öğretmenlerde (%66.1 → %82.3) anlamlı bulundu ( $p<0.05$ )(Tablo 11 -12).

**Tablo - 11:** Sigara içen **erkek** öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında yasaya verdiği destek

ÖNCE \ SONRA	Destekleyen		Fikrim yok		Desteklemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Destekleyen</b>	61	55.5	2	1.8	8	7.3	71	<b>64.5</b>
<b>Fikrim yok</b>	3	2.7	4	3.6	1	0.9	8	<b>7.3</b>
<b>Desteklemeyen</b>	10	9.1	-	-	21	19.1	31	<b>28.2</b>
<b>Toplam</b>	74	<b>67.3</b>	6	<b>5.5</b>	30	<b>27.3</b>	110	100.0

$p=0.678$  (Destekleyen ve desteklemeyenler arasında yapıldı. Fikrim yok diyenler desteklemeyenlere ilave edildi)

**Tablo - 12:** Sigara içen **kadın** öğretmenlerin yasa öncesi ve sonrasında yasaya verdiği destek

ÖNCE \ SONRA	Destekleyen		Fikrim yok		Desteklemeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Destekleyen</b>	39	62.9	2	3.2	-	-	41	<b>66.1</b>
<b>Fikrim yok</b>	4	6.5	1	1.6	-	-	5	<b>8.1</b>
<b>Desteklemeyen</b>	8	12.9	2	3.2	6	9.7	16	<b>25.8</b>
<b>Toplam</b>	51	<b>82.3</b>	5	<b>8.1</b>	6	<b>9.7</b>	62	100.0

$p=0.013$  (Destekleyen ve desteklemeyenler arasında yapıldı. Fikrim yok diyenler desteklemeyenlere ilave edildi)

Öğretmenlerde sigara içme (her gün+ara sıra) sıklığı yasa yürürlüğe girdiği sırada %34.9 iken birinci yılın sonunda %29.5'e azaldı. ( $p<0.001$ ) (Tablo – 13)(Şekil – 3).

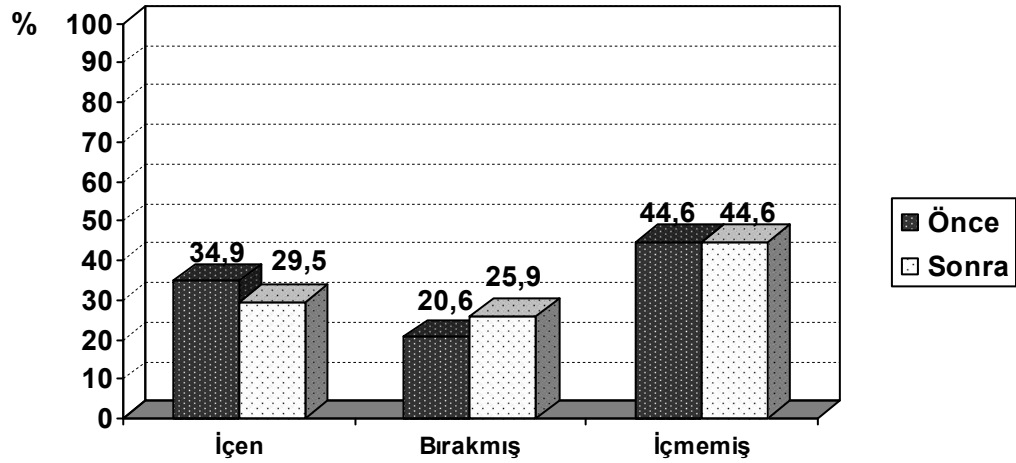
**Tablo - 13:** Yasa öncesi ve sonrasında öğretmenlerin sigara içme durumu

SONRA ÖNCE	Her gün		Ara sıra		İçmeyen		Bırakmış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Her gün	138	76.2	13	7.2	-	-	30	16.6	181	33.2
Ara sıra	-	-	2	22.2	-	-	7	77.8	9	1.7
İçmeyen	-	-	-	-	243	100.0	-	-	243	44.6
Bırakmış	7	6.3	1	0.9	-	-	104	92.9	112	20.6
<b>Toplam</b>	<b>145</b>	<b>26.6</b>	<b>16</b>	<b>2.9</b>	<b>243</b>	<b>44.6</b>	<b>141</b>	<b>25.9</b>	<b>545</b>	<b>100.0</b>

p (Mc Nemar)<0.001

Not: Mc Nemar testi içiyor-içmiyor olarak değerlendirildi (Her gün ve ara sıra içenler "içiyor", bırakanlar "içmiyor" olarak gruplandırıldı)

Şekil - 3'de görüldüğü gibi bir yıllık süre içinde sigara içmeye yeni başlayan olmamış, bırakanlar %20.6'dan %25.9'a yükselmiştir.



**Şekil - 3:** 5727 sayılı yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra Denizli İl merkezindeki lise öğretmenlerinin sigara içme durumlarındaki değişim.

Yasa öncesinde ve bir yıl sonrasında cinsiyete göre sigara içme sıklıkları karşılaştırıldığında her iki cinsiyette de azalma olduğu görüldü ( $p<0.001$ ). Yasa öncesinde erkeklerin %39.3'ü, kadınların %28.9'u sigara içerken yasa uygulanmaya başladıktan bir yıl sonra bu oranlar erkeklerde %33.9'a, kadınlarda %23.7'ye düştü (Tablo -14, 15).

**Tablo - 14:** Yasa öncesi ve sonrasında **erkek** öğretmenlerin sigara içme durumu

SONRA \ ÖNCE	İçen		İçmeyen		Bırakmış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İçen	102	32.6	-	-	21	6.7	123	<b>39.3</b>
İçmeyen	-	-	111	35.5	-	-	111	<b>35.5</b>
Bırakmış	4	1.3	-	-	75	24.0	79	<b>25.2</b>
<b>Toplam</b>	<b>106</b>	<b>33.9</b>	<b>111</b>	<b>35.5</b>	<b>96</b>	<b>30.7</b>	<b>313</b>	<b>100.0</b>

p (Mc Nemar)<0.001

Not: Mc Nemar testi içen-içmeyen olarak değerlendirildi (Bırakanlar "içmiyor" olarak gruplandırıldı).

**Tablo - 15:** Yasa öncesi ve sonrasında **kadın** öğretmenlerin sigara içme durumu

SONRA \ ÖNCE	İçen		İçmeyen		Bırakmış		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İçen	51	22.0	-	-	16	6.9	67	<b>28.9</b>
İçmeyen	-	-	132	56.9	-	-	132	<b>56.9</b>
Bırakmış	4	1.7	-	-	29	12.5	33	<b>14.2</b>
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>23.7</b>	<b>132</b>	<b>56.9</b>	<b>45</b>	<b>19.4</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>

p (Mc Nemar)<0.001

Not: Mc Nemar testi içen-içmeyen olarak değerlendirildi (Bırakanlar "içmiyor" olarak gruplandırıldı).

Sigara içme prevalansı bazı demografik özelliklere göre incelendiğinde, öğretmenlerin tamamında ve tüm alt gruplarda, yasadan bir yıl sonra içme prevalansında azalma görülmekle beraber bu azalma; her iki cinsiyette, yaşları 30 ile 49 arası öğretmenlerde, sözel branş öğretmenlerinde ve eşi sigara içmeyen evli öğretmenlerde daha fazlaydı (p<0.05)(Tablo – 16).

**Tablo - 16:** Öğretmenlerin bazı emografik özelliklerine göre sigara içme prevalansları ve yasa sonrasında değişim

		Önce		Sonra		p*
		n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	123	39.3	106	33.9	<b>&lt;0.001</b>
	Kadın	67	28.9	55	23.7	<b>0.012</b>
	<b>Toplam</b>	190	34.9	161	29.5	
	<b>p</b>	<0.001		<0.001		
<b>Yaş Grupları</b>	29 yaş ve altı	8	34.8	7	30.4	>0.05
	30 – 39 yaş arası	94	40.2	79	33.8	<b>0.006</b>
	40 – 49 yaş arası	68	30.4	60	26.8	<b>0.039</b>
	50 yaş ve üzeri	18	31.6	14	24.6	>0.05
	<b>Toplam</b>	188	34.9	160	29.7	
<b>p</b>	0.029		0.168			
<b>Medeni Durum</b>	Evli	165	34.0	142	29.2	<b>&lt;0.001</b>
	Bekar	15	39.5	11	28.9	>0.05
	Dul – ayrılmış	2	25.0	2	25.0	>0.05
	<b>Toplam</b>	182	34.2	155	29.1	
<b>p</b>	0.359		0.831			
<b>Branş Grupları</b>	Sayısal	54	29.7	47	25.8	0.065
	Sözel	75	36.1	66	31.7	<b>0.035</b>
	Yabancı dil	18	39.1	12	26.1	>0.05
	Müzik, res, beden	12	52.2	9	39.1	>0.05
	Rehberlik	9	42.9	8	38.1	>0.05
	Meslek dersleri	21	35.6	18	30.5	>0.05
	<b>Toplam</b>	189	35.1	160	29.7	<b>&lt;0.001</b>
<b>p</b>	0.435		0.397			
<b>Eşi</b>	İçen	66	46.5	61	43.0	0.180
	İçmeyen	93	28.3	75	22.8	<b>0.001</b>
	<b>Toplam</b>	159	33.8	136	28.9	
	<b>p</b>	<0.001		<0.001		

p (ki-kare)

p\* (Mc Nemar ki-kare)

Yasanın yürürlüğe girdiği sırada uygulanan eğitim müdahalesinden bir yıl sonra sigara içmeyi bırakanlar değerlendirildiğinde sigara içen 190 öğretmenin %19.5'inin (n:37) sigara içmeyi bıraktığı görüldü. Kadınların bırakma hızı (%23.9), erkeklerin bırakma hızından (%17.1) fazlaydı (p>0.05). Sigara içmeyi bırakanlar incelendiğinde, yapılan ikili analizlerde yaşın ve



cinsiyetin sigara içmeyi bırakma üzerine anlamlı etkisi bulunmadı (Tablo – 17).

**Tablo - 17:** Sigara içmeyi bırakan öğretmenlerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		n	%	p
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	21	17.1	>0.05
	Kadın	16	23.9	
	<b>Toplam</b>	37	19.5	
<b>Yaş grupları</b>	29 ve altı	1	12.5	>0.05
	30 – 39 arası	21	22.3	
	40 – 49 arası	11	15.7	
	50 ve üzeri	4	22.2	
	<b>Toplam</b>	37	19.5	
<b>Medeni durum</b>	Evli	33	19.8	>0.05
	Bekar	4	26.7	
	<b>Toplam</b>	37	20.1	
<b>Branş grupları</b>	Sayısal	9	16.7	>0.05
	Sözel	12	16.0	
	Yabancı dil	8	44.4	
	Müzik, resim, beden eğitimi	3	25.0	
	Rehberlik	1	11.1	
	Meslek dersleri	4	19.0	
	<b>Toplam</b>	37	19.6	
<b>Eşi sigara</b>	İçen	7	11.1	0.048
	İçmeyen	23	25.3	
	<b>Toplam</b>	30	19.5	

Sigara içmeye devam edenlerin yaş ortalaması  $40.02 \pm 6.86$ , bırakanların yaş ortalaması  $39.54 \pm 7.16$  idi ( $p>0.05$ ). Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenlerin %16.1'i, denemeyenlerin %15.9'u sigara içmeyi bıraktı ( $p>0.05$ ).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile elde edilen beş farklı bağımlılık düzeyi gruplandırıldı. Çok düşük, düşük ve orta düzeyde bağımlı olanlar “düşük düzeyde bağımlı”, yüksek ve çok yüksek düzeyde bağımlı olanlar “yüksek düzeyde” bağımlı olarak değerlendirildi. İkili analizlerde düşük ve yüksek nikotin bağımlılığı seviyelerinin sigara içmeyi bırakma üzerine etkisi anlamlı bulundu ( $p=0.045$ ). Düşük düzeyde bağımlı öğretmenlerin %25.8'i (n:33), yüksek düzeyde bağımlıların %9.5'i (n:4) sigara içmeyi bırakmıştı. Cinsiyete göre incelediğimizde her iki cinsiyette de istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte yüksek düzeyde nikotin bağımlılarında bırakma oranları daha düşüktü ( $p>0.05$ ). Bir günde 15 adetten az sigara içen hafif (*light*) içicilerin, orta ve ağır içicilere göre bırakma oranları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Yirmi yıldan fazla süredir sigara içen öğretmenlerde bırakma hızı %15.0, 20 yıl ve daha az süredir içenlerde %25.7 olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ )(Tablo - 18).

**Tablo - 18:** Öğretmenlerin sigara içme özelliklerine göre erkek ve kadınlarda bırakma durumu

		Bırakan Erkek		Bırakan Kadın		Toplam Bırakan	
		n	%	n	%	n	%
<b>Miktar</b>	15 ↓	9	31.0	12	32.4	21	31.8
	15 ve ↑	12	14.6	4	18.2	16	15.4
	<b>Toplam</b>	21	18.9	16	27.1	37	21.8
		p = 0.096		p = 0.375		p = 0.019	
<b>Bağımlılık</b>	Düşük	18	23.4	15	29.4	33	25.8
	Yüksek	3	8.8	1	12.5	4	9.5
	<b>Toplam</b>	21	18.9	16	27.1	37	21.8
		p = 0.123		p = 0.427		p = 0.045	
<b>Süre</b>	20 yıl ve ↓	14	23.0	14	29.2	28	25.7
	20 yıl ↑	7	14.0	2	20.0	9	15.0
	<b>Toplam</b>	21	18.9	16	27.6	37	21.9
		p = 0.340		p = 0.710		p = 0.158	
<b>Eşi</b>	İçen	5	15.2	4	12.5	9	13.8
	İçmeyen	15	21.4	9	40.9	24	26.1
	<b>Toplam*</b>	20	19.4	13	24.1	33	21.0
		p = 0.628		p = 0.038		p = 0.098	

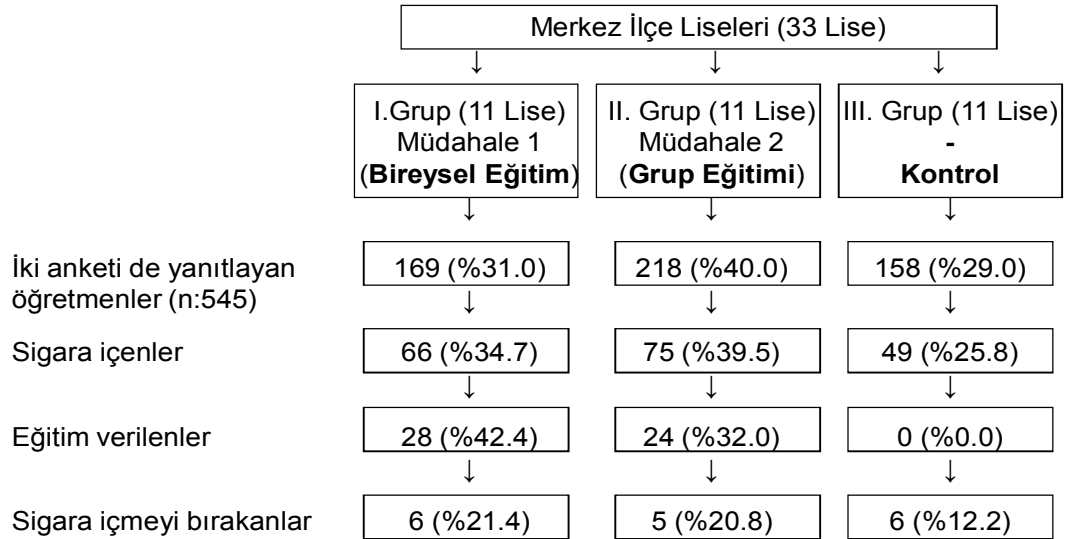
\*Evli olanlar

## Eğitim Gruplarının Değerlendirilmesi

Öğretmenlerin (n:545), %9.54'üne (n:52) sigara içmeyi bırakma eğitimini verildi. Sigara içen 190 öğretmenin %27.37'si (n:52) eğitim aldı.

Denizli Merkez İlçe'de yer alan 33 lise sistematik olarak üç gruba ayrıldı. Her grupta 11 lisenin öğretmenleri yer aldı. Anket yardımı ile sigara içen ve bırakmak isteyen öğretmenler belirlendi. İlk ankete göre 66 kişiye (Birinci gruptaki sigara içen öğretmenlerin %61.1'i) bireysel eğitim, 75 kişiye (İkinci gruptaki sigara içen öğretmenlerin %75.0'ı) grup eğitimi verilecek, 85 kişi (Üçüncü gruptaki sigara içen öğretmenlerin tamamı) kontrol grubu olacaktı. Ancak bireysel eğitime 28 kişi (%42.4), grup eğitimine de 24 kişi (%32.0) katıldı. Bir yıl sonra uygulanan ikinci anketi bireysel ve grup eğitimi alan 52 öğretmenin tamamı yanıtlarken kontrol grubundaki 85 öğretmenin 49'u (%57.7) yanıtladı. Sonuç olarak, eğitim müdahalesinin etkisini bir yıl sonra değerlendirebileceğimiz öğretmen sayısı 52+49= 101 kişi idi.

### Akış Şeması



**Şekil – 4:** Eğitim gruplarının ve kontrol grubunun sigara içmeyi bırakma durumlarını gösteren akış şeması

Bireysel ve grup eğitimi verilen öğretmenler ile kontrol grubundan oluşan üç grup arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, branş, eşlerinin sigara içme durumu açısından fark yoktu ( $p>0.05$ )(Tablo 19).

**Tablo - 19:** Eğitim ve kontrol gruplarındaki öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri

		Bireysel		Grup		Kontrol		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	20	71.4	18	75.0	33	67.3	0.788
	Kadın	8	28.6	6	25.0	16	32.7	
	<b>Toplam</b>	28	27.7*	24	23.8*	49	48.5*	
<b>Yaş Grupları</b>	29 yaş ve altı	-	-	2	8.3	2	4.1	0.262
	30 – 39 yaş arası	12	42.9	15	62.5	28	57.1	
	40 – 49 yaş arası	13	46.4	7	29.2	14	28.6	
	50 yaş ve üzeri	3	10.7	-	-	5	10.2	
	<b>Toplam</b>	28	100.0	24	100.0	49	100.0	
<b>Medeni Durumu</b>	Evli	27	96.4	23	95.8	40	83.3	0.315
	Bekar	1	3.6	1	4.2	7	14.6	
	Dul – ayrılmış	-	-	-	-	1	2.1	
	<b>Toplam†</b>	28	100.0	24	100.0	48	100.0	
<b>Branş</b>	Sayısal	5	17.9	8	33.3	16	32.7	0.144
	Sözel	10	35.7	6	25.0	18	36.7	
	Yabancı dil	2	7.1	4	16.7	4	8.2	
	Müzik, resim, beden	2	7.1	2	8.3	5	10.2	
	Rehberlik	1	3.6	3	12.5	3	6.1	
	Meslek dersleri	8	28.6	1	4.2	3	6.1	
	<b>Toplam</b>	28	100.0	24	100.0	49	100.0	
<b>Eşi sigara</b>	İçiyor	9	36.0	10	43.5	18	50.0	0.555
	İçmiyor	16	64.0	13	56.5	18	50.0	
	<b>Toplam‡</b>	25	100.0	23	100.0	36	100.0	

\*Satır yüzdesi,  $p>0.05$

† Eksik yanıt

‡ Evlilerde

Öğretmenlerin gruplarına göre yaşları (Tablo - 20), sigara içmeye başlama yaşları (Tablo - 21), ve sigara içme süresi (Tablo - 22) dağılımları istatistiksel olarak farklı değildi ( $p>0.05$ ).

**Tablo - 20:** Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre yaşları

Gruplar	n	Yaş			p*
		Ortalama $\pm$ SS	Ortanca $\pm$ IQR	Min-Maks	
Bireysel Eğitim	28	41.04 $\pm$ 6.96	41.50 $\pm$ 7.75	30 - 57	0.146
Grup Eğitimi	24	37.25 $\pm$ 5.80	37.00 $\pm$ 6.75	26 -48	
Kontrol	49	39.27 $\pm$ 7.29	38.00 $\pm$ 11.50	28 - 57	

\*Kruskal Wallis

**Tablo - 21:** Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre sigara içmeye başlama yaşları

Gruplar	n	Sigara İçmeye Başlama Yaşları			p*
		Ortalama $\pm$ SD	Ortanca $\pm$ IQR	Min-Maks	
Bireysel Eğitim	28	20.00 $\pm$ 6.15	18.50 $\pm$ 6.00	12 - 45	0.478
Grup Eğitimi	24	19.38 $\pm$ 3.28	20.00 $\pm$ 3.00	10 - 27	
Kontrol	44	18.73 $\pm$ 3.39	18.00 $\pm$ 3.00	10 -26	

\*Kruskal Wallis

**Tablo - 22:** Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre sigara içtikleri süre (yıl)

Gruplar	n	Sigara İçme Süresi (Yıl)			p*
		Ortalama $\pm$ SD	Ortanca $\pm$ IQR	Min-Maks	
Bireysel Eğitim	27	20.56 $\pm$ 8.59	20.00 $\pm$ 10.00	3- 40	0.296
Grup Eğitimi	24	17.33 $\pm$ 6.24	15.50 $\pm$ 7.00	8 -36	
Kontrol	44	19.61 $\pm$ 7.47	18.00 $\pm$ 12.50	5 -36	

\*Kruskal Wallis

Öğretmenlerin FNBT'ye göre değerlendirilen bağımlılık durumları, üç grup arasında farklı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo - 23).

**Tablo - 23:** Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına göre bağımlılık düzeyleri

Bağımlılık Düzeyleri	Bireysel		Grup		Kontrol		p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>Çok düşük</b>	14	50.0	8	33.3	19	43.2	0.169
<b>Düşük</b>	4	14.3	3	12.5	11	25.0	
<b>Orta</b>	1	3.6	3	12.5	5	11.4	
<b>Yüksek</b>	6	21.4	5	20.8	6	13.6	
<b>Çok yüksek</b>	3	10.7	5	20.8	3	6.8	
<b>Toplam</b>	28	100.0	24	100.0	44	100.0	

\*İstatistik analizi "çok düşük, düşük, orta" ve "yüksek, çok yüksek bağımlılık" olmak üzere iki grup arasında yapılmıştır.

Her üç gruptaki kadın ve erkek öğretmenlerin bağımlılık düzeyleri değerlendirildi. Yüksek ve düşük derecede bağımlı erkeklerin gruplara dağılımı benzerken kadınlarda dağılım farklı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo - 24).

**Tablo - 24:** Eğitim öncesinde eğitim grupları ve kontrol grubundaki öğretmenlerin cinsiyete göre bağımlılık düzeyleri

		Bireysel		Grup		Kontrol		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Erkek</b>	<b>Düşük</b>	11	55.0	11	61.1	22	71.0	0.493
	<b>Yüksek</b>	9	45.0	7	38.9	9	29.0	
	<b>Toplam</b>	20	100.0	18	100.0	31	100.0	
<b>Kadın</b>	<b>Düşük</b>	8	100.0	3	50.0	13	100.0	0.003
	<b>Yüksek</b>	0	0.0	3	50.0	0	0.0	
	<b>Toplam</b>	8	100.0	6	100.0	13	100.0	

Eğitim grupları ile kontrol grubundaki öğretmenlerin eğitim öncesindeki bağımlılık düzeyleri, cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arasındaki bağımlılık düzeyleri grup eğitimi verilen grupta farksızken, bireysel eğitim grubu ve kontrol grubunda kadınlarda anlamlı olarak daha düşük bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo - 25:** Eğitim öncesinde eğitim grupları ile kontrol grubundaki öğretmenlerin bağımlılık düzeyleri

Gruplar		n	Bağımlılık Düzeyleri		
			Ortalama ± SS	Ortanca ± IQR	Min-Maks
Bireysel Eğitim	Erkek	20	2.75 ± 1.59	2.50 ± 3.00	1 - 5
	Kadın	8	1.13 ± 0.35	1.00 ± 0.00	1 - 2
	Toplam	28	2.29 ± 1.54	1.50 ± 3.00	1 - 5
	p*			0.016	
Grup Eğitimi	Erkek	18	2.72 ± 1.49	3.00 ± 3.00	1 - 5
	Kadın	6	3.17 ± 2.04	3.50 ± 4.00	1 - 5
	Toplam	24	2.83 ± 1.61	3.00 ± 3.00	1 - 5
	p*			0.537	
Kontrol	Erkek	31	2.55 ± 1.36	2.00 ± 3.00	1 - 5
	Kadın	13	1.23 ± 0.44	1.00 ± 0.50	1 - 2
	Toplam	44	2.16 ± 1.31	2.00 ± 2.00	1 - 5
	p*			0.001	

\* Mann Whitney U

Bir yıl sonra uygulanan ikinci anket ile eğitimin sigara içmeyi bırakma ve azaltma üzerine etkisi günlük içilen sigara sayısı ile değerlendirildi. Üç grup arasında hem eğitim öncesinde hem de sonrasında, günlük içilen sigara sayıları farklı değildi ( $p>0.05$ ). Buna karşın eğitimden yaklaşık bir yıl sonra günlük içilen sigara sayılarında her üç grupta da azalma görüldü ( $p<0.01$ )(Tablo - 26 ).

**Tablo - 26:** Eğitim önce ve sonrasında, eğitim grupları ile kontrol grubundaki öğretmenlerin içtikleri sigara sayıları

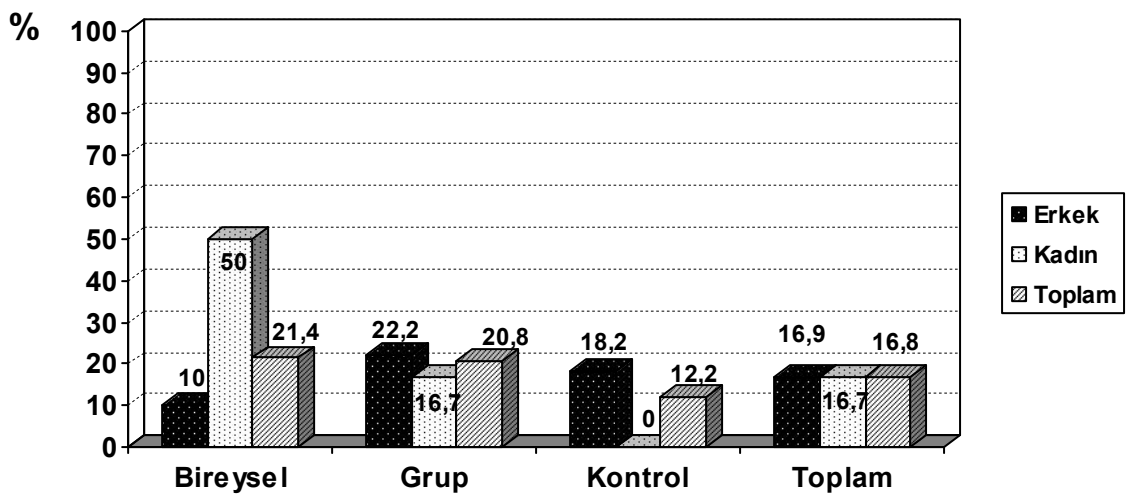
Gruplar		n	Günlük İçilen Sigara Sayısı		
			Ortalama ± SS	Ortanca ± IQR	Min-Maks
Bireysel Eğitim	Önce	28	17.18 ± 11.47	17.00 ± 10.00	3 - 55
	Sonra	28	11.79 ± 10.59	10.00 ± 17.75	0 - 40
	P*			<0.001	
Grup Eğitimi	Önce	24	17.92 ± 7.22	18.00 ± 7.25	5 - 32
	Sonra	24	12.96 ± 10.49	12.50 ± 15.75	0 - 40
	P*			0.008	
Kontrol	Önce	44	16.89 ± 8.57	20.00 ± 10.00	1 - 40
	Sonra	44	13.24 ± 10.88	10.50 ± 16.00	0 - 40
	P*			0.002	

\*Wilcoxon

Birinci yıl sonunda sigarayı bırakma durumları incelendiğinde, 101 öğretmenden 17'sinin (%16.8) sigara içmeyi bıraktığı görüldü. Üç grup birlikte incelendiğinde erkek ve kadınlarda bırakma hızları sırasıyla %16.9, %16.7 idi ( $p>0.05$ ). Bırakma hızları gruplara göre incelendiğinde; bireysel ve grup eğitimi alan öğretmenlerin bırakma hızları sırasıyla %21.4 ve %20.8, kontrol grubunun bırakma hızı %12.2 idi. Sigara içmeyi bırakma eğitimi alan öğretmenlerde bırakma hızlarının kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı değil ( $p>0.05$ ) iken bireysel eğitim alan kadınlarda anlamlı olarak yüksekti ( $p<0.05$ )(Tablo - 27)(Şekil- 5).

**Tablo - 27:** Eğitim sonrasında öğretmenlerin gruplarına ve cinsiyetlerine göre sigara içmeyi bırakma durumları

Gruplar	Erkek		Kadın		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Bireysel Eğitim	2	10.0	4	50.0	6	21.4	0.038
Grup Eğitimi	4	22.2	1	16.7	5	20.8	1.000
Kontrol	6	18.2	0	0.0	6	12.2	0.159
Toplam	12	16.9	5	16.7	17	16.8	1.000
p	0.583		0.008		0.488		



**Şekil - 5:** Çalışmaya katılan lise öğretmenlerinin yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra, gruplarına ve cinsiyetlerine göre sigara içmeyi bırakma durumları



Her üç grupta da bağımlılık düzeylerinin sigarayı bırakma üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). Ancak; kontrol ve bireysel eğitim gruplarındaki yüksek düzeyde bağımlı öğretmenlerden hiçbiri sigara içmeyi bırakmamıştı. Her üç grupta bulunan öğretmenler bir arada değerlendirildiğinde bağımlılık düzeyleri arttıkça bırakma oranlarının azaldığı görüldü. Düşük düzeyde bağımlıların %23.5'i, yüksek düzeyde bağımlıların %3.6'sı sigara içmeyi bıraktı ( $p=0.026$ ) (Tablo – 28).

Her üç grupta da öğretmenlerden, günde 15 adetten az sigara içenlerin (*light* içici) bırakma hızları, 15 ve üzeri içenlere göre daha fazla idi ( $p>0.05$ ). Eşi sigara içen öğretmenlerde bırakma hızı daha düşük olmakla birlikte anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo - 28).

**Tablo - 28:** Çalışmaya katılan öğretmenlerin gruplarına, bağımlılık düzeylerine, içtikleri sigara sayısına ve eşlerinin sigara içme durumuna göre bırakma hızları

	Sigara İçmeyi Bırakma								p
	Bireysel		Grup		Kontrol		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Bağımlılık</b>									
<b>Düşük</b>	6	31.6	4	28.6	6	17.1	16	23.5	0.433
<b>Yüksek</b>	-	-	1	10.0	-	-	1	3.6	0.393
<b>Toplam</b>	6	21.4	5	20.8	6	13.6*	17	17.7*	0.488
<b>p</b>	0.136		0.358		0.319		0.026		
<b>Miktar</b>									
<b>15 ↓</b>	4	36.4	3	50.0	3	18.8	10	30.3	0.316
<b>15 ve ↑</b>	2	11.8	2	11.1	3	10.7	7	11.1	0.994
<b>Toplam</b>	6	21.4	5	20.8	6	13.6	17	17.7	0.488
<b>p</b>	0.174		0.078		0.652		0.042		
<b>Eşi</b>									
<b>İçen</b>	2	20.0	2	20.0	1	5.3	5	12.8	0.358
<b>İçmeyen</b>	4	25.0	3	23.1	4	22.2	11	23.4	0.979
<b>Toplam†</b>	6	23.1	5	21.7	5	13.5	16	18.6	0.488
<b>p</b>	1.000		1.000		0.180		0.328		

\* Bazı sorular yanıtlanmamıştır.

† Evliler

Bireysel eğitimin sigarayı bırakma üzerine etkisini değerlendirmek üzere kontrol grubu ile karşılaştırma yapıldı. Bireysel eğitim verilen öğretmenlerde sigara içmeyi bırakma, kontrol grubuna göre 1.75 kat fazla bulundu. Sigarayı bırakma başarısının %42.9'u bireysel eğitim ile sağlandı.

**Tablo - 29:** Bireysel eğitim müdahalesi yapılan öğretmenler ile kontrol grubunun sigara içmeyi bırakma durumları

	Bırakan		İçen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%*
<b>Bireysel</b>	6	21.4	22	78.6	28	36.4
<b>Kontrol</b>	6	12.2	43	87.8	49	63.6
<b>Toplam</b>	12	15.6	65	84.4	77	100.0

\*Sütun yüzdesi,  
p = 0.336

Bireysel Eğitime Atfedilen Etkinlik = %21.4 – %12.2 = %9.2

Rölatif Etkinlik = 21.4 / 12.2 = 1.75

Etkinlik (Koruyuculuk) Oranı = 9.2 / 21.4 = %42.9

Grup eğitiminin sigarayı bırakma üzerine etkili olup olmadığını değerlendirmek üzere kontrol grubu ile karşılaştırma yapıldı. Grup eğitimi verilen öğretmenlerde sigara içmeyi bırakma 1.71 kat fazla bulundu. Sigarayı bırakma başarısının %41.3'ü grup eğitimi ile sağlandı.

**Tablo - 30:** Grup eğitimi müdahalesi yapılan öğretmenler ile kontrol grubunun sigara içmeyi bırakma durumları

	Bırakmış		İçiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%*
<b>Grup</b>	5	20.8	19	79.2	24	32.9
<b>Kontrol</b>	6	12.2	43	87.8	49	67.1
<b>Toplam</b>	11	15.1	62	84.9	77	100.0

\*Sütun yüzdesi,  
p = 0.487

$$\begin{aligned} \text{Grup Eğitime Atfedilen Etkinlik} &= \%20.8 - \%12.2 = \%8.6 \\ \text{Rölatif Etkinlik} &= 20.8 / 12.2 = 1.71 \\ \text{Etkinlik (Koruyuculuk) Oranı} &= 8.6 / 20.8 = \%41.3 \end{aligned}$$

Sigarayı bırakma üzerine etkili olabileceği düşünülen değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Bu değişkenler; öğretmenlerin cinsiyeti, yaşı, sigarayı bırakma eğitimi alıp almamaları, bağımlılık düzeyleri, eşlerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili yasaya destek olup olmamaları idi. Enter ile yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda yasaya destek verenlerde (OR: 3.31, p:0.026) ve eşi sigara içmeyenlerde (OR: 2.74, p:0.032) bırakma oranları anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo - 31).

**Tablo - 31:** Sigarayı bırakma üzerine etkili olabilecek değişkenleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizi

	Güven Aralığı		
	OR	Minimum - Maksimum	p
Cinsiyet	0.60	0.25 - 1.46	0.26
Yaş	0.99	0.94 - 1.06	0.92
Eğitim alma	1.06	0.44 - 2.56	0.90
<b>Yasaya destek verme</b>	3.31	1.16 - 9.46	<b>0.03</b>
Bağımlılık düzeyi	1.97	0.60 - 6.42	0.26
<b>Eşinin sigara içme durumu</b>	2.74	1.09 - 6.85	<b>0.03</b>

## TARTIŞMA

### Yasa öncesi değerlendirme

Sigara içme davranışı sosyal öğrenme ve model alma ile yerleşmektedir. Model alınan birey ne kadar saygın ve yüksek kariyerde olursa, ne kadar çok gencin dikkatini çekiyorsa o kadar çok etkili olmaktadır (25). Bu çalışmada, kadın öğretmenlerin sigara içme durumu ile annelerinin sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Kadın öğretmenler ile anneleri arasındaki bu ilişki, kız öğrenciler ile de kadın öğretmenler arasında kurulabilir. Murray ve arkadaşları, babası sigara kullanan erkek çocukların ve annesi sigara kullanan kız çocukların diğerlerine göre daha çok sigara kullandığını tespit etmişlerdir (25). Başka bir çalışmada Bewley, erkek öğretmenlerin sigara içmesinin özellikle lise 1 ve 2. sınıflardaki erkek öğrencilerin sigaraya başlamaları üzerinde etkisi olduğunu bildirmiştir (28).

Denizli'deki lise öğretmenlerinin %73.3'ü yaşamları boyunca en az bir kez sigara içmeyi denemişti. Sigara içmeyi deneyen öğretmenlerin %21.4'ü deneme düzeyinde kalmış, %51.9'u hayatlarının bir döneminde en az altı ay süreyle sigara içmiş ve "sigara içen" sınıfına dahil olmuştu. Diğer bazı illerde öğretmenlerde yapılan çalışmalarda da deneme sıklığının çok yüksek olduğu görülmektedir (28, 31). Sigara içmeyi deneyen her dört kişiden üçünün bağımlı olduğu daha önceki çalışmalarda bildirilmişti (9).

Türkiye'nin 2003 yılı ulusal araştırma verilerinden elde edilen bilgilerin yayınlandığı, DSÖ'nün "2008'de Dünya'da tütün epidemisi (MPOWER)" raporuna göre günlük tütün kullanma sıklığı %32.7, tütün kullanma sıklığı ise %34.6'dır. Bu rapora göre erkeklerde tütün kullanımı kadınlara göre fazladır. Her gün sigara kullanımı erkeklerde %46.4, kadınlarda %15.7, her gün ve ara sıra sigara kullanımı erkeklerde %53.3, kadınlarda %20.5'dir (1).

Eğitim arttıkça sigara içme sıklığının yükseldiğinden pek çok çalışmada bahsedilmiştir (29, 34). Öğretmenlerde de sigara içme sıklığı yüksektir (Tablo - 32).

Denizli Merkez İlçe liselerinde çalışan öğretmenlerde sigara içme prevalansı %34.9 (kadınlarda %28.9, erkeklerde %39.3) olarak bulundu. Daha önceki yıllarda diğer illerdeki lise öğretmenlerinde yapılmış araştırmalarda bulunan sigara içme sıklıkları %32.5 ile %50.8 arasında değişmekteydi (9, 28, 29, 31, 33)(Tablo - 32). Denizli’de 2007 yılında yapılan, 40 yaş üzeri erişkinleri hedef alan bir çalışmada sigara içme prevalansı %30.3 idi (34).

Erkek öğretmenlerde sigara içme sıklığı (%39.3) pek çok çalışmada gösterildiği gibi kadınlara (%28.9) göre yüksek bulundu (30, 32, 34). Erkekler kadınlara göre sigara içmeye yaklaşık iki yıl önce başlıyor, günde yaklaşık iki kat fazla sigara içiyordu (Tablo - 3). Yüksek düzeyde bağımlılık ve ağır içicilik erkeklerde iki kat fazla idi (Tablo - 4). Sigara içmeyi bırakma isteği de erkeklerde fazla idi (Tablo - 6).

**Tablo – 32:** Yıllara göre sırasıyla bazı illerimizdeki liselerde sigara ile ilgili yapılan çalışmalara katılan öğretmen sayısı ve sigara içme prevalansları

İl	Yıl	n	Prevalans		
			Erkek %	Kadın %	Toplam %
Manisa (28)	2000	172	48.3	32.5	40.7
Elazığ (29)	2001	533	46.4	29.2	42.2
Afyon (30)	2002	242	52.0	42.0	48.3
İstanbul (31)	2005	350	43.3	50.0	45.7
Ankara (9)	2006	254	46.5	53.8	50.8
Afyon (32)	2006	365	34.8	29.2	32.5
Konya (33)	2007	213	-	-	42.7
Denizli*	2008	545	39.3	28.9	34.9

\* “Denizli Merkez İlçe Liselerinde 5727 Sayılı Yasanın Ve Eğitimin, Öğretmenlerde Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkileri” çalışmasının müdahale öncesi verileri

Daha önce diğer illerimizde yapılan çalışmalarda kadın öğretmenlerde sigara içme sıklığı %29.2 ile %53.8 arasında değişmektedir. Bu çalışmada

kadın öğretmenlerde %28.9 olarak bulunan sigara içme sıklığı diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur (Tablo - 32).

Verilerimiz TNSA 2008 sonuçları ile karşılaştırılmıştır. TNSA 2008'e göre; toplumdaki sigara içen kadın ortalaması %22.0, batı bölgesi için %27.7, kentte yaşayan kadınlarda %26.0, lise ve üzeri eğitim alan kadınlarda %35.1'dir (19).

TNSA 2008'e göre batı bölgesinde, kentte, lise ve üzeri eğitimlilerde 15 - 49 yaş arası kadınlarda günlük sigara kullanım adedi ortalaması sırasıyla 10.7, 10.6 ve 10.7'dir. Bu çalışmada kadınlarda günlük sigara kullanımı  $12.64 \pm 8.74$  adettir. TNSA 2008 ile kıyaslandığında bu çalışmada bulunan günlük sigara kullanım adedi yüksektir. Bu yüksekliğin nedeni, TNSA 2008'de daha çok ev hanımlarının ve lise mezunlarının değerlendirilmiş olması olabilir.

Farklı yıllarda, çeşitli illerimizde, öğretmenlerde sigara içme ile ilgili yapılan çalışmalarda değerlendirilen bazı özellikler Tablo - 33'de verilmiştir.

**Tablo - 33:** Yıllara göre sırasıyla bazı illerimizde sigara ile ilgili yapılan çalışmalarda, öğretmenlerin yaş, sigara içmeye başlama yaşları, sigara içilen süre (yıl) ortalamaları, bırakmayı düşünme ve deneme durumları

İl	Yıl	Yaş ort±SS	Sigara başlama yaşı ort±SS	Sigara içilen yıl ort±SS	Bırakmayı düşünen %	Bırakmayı deneyen %
Manisa (28)	2000	-	-	-	75.6	87.2
Elazığ (29)	2001	35.6 ±6.8	-	-	69.3	70.6
Afyon (30)	2002	37.0 ±9.1	18.9 ±5.2	-	-	66.4
İstanbul (31)	2005	33.8 ±8.8	19.3 ±3.7	-	67.7	60.2
Ankara (9)	2006	35.4±7.1	-	-	100.0	70.6
Afyon (32)	2006	37.7±8.1	-	15.5±7.8	-	-
Konya (33)	2007	41.5±8.2	-	-	80.6	-
Denizli*	2008	40.4±6.9	19.4±4.4	18.9±7.7	80.2	72.8

\* "Denizli Merkez İlçe Liselerinde 5727 Sayılı Yasanın ve Eğitimin, Öğretmenlerde Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkileri" çalışmasının müdahale öncesi verileri

Bu çalışmada, kadın öğretmenlerde sigara içmeye başlama yaşı ortalaması  $21.47 \pm 4.30$  bulundu (Tablo - 3). Yine TNSA 2008'e göre evlenmiş kadınlar arasında sigara içmeye başlama yaşı kentte ve batı bölgesinde 19.4, lise ve üzeri eğitimlilerde 19.7'dir (19). Kadın öğretmenler sigara içmeye daha çok çalışma yaşamının ilk yıllarında başlamaktadır. Bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (35).

Erkek öğretmenlerin kadınlara göre daha fazla sayıda sigara tükettiği görüldü. Kadınların yarısından fazlası, günde 15 sigaradan az içen hafif içici iken, erkeklerin sadece dörtte biri hafif içici idi (Tablo - 4). Bu da erkek öğretmenlerin kronik hastalıklara maruz kalma ve erken ölüm riskinin kadın öğretmenlere göre daha fazla olabileceğini düşündürür (2).

Önceki çalışmalarda, erkeklerin daha ağır nikotin bağımlılık düzeyleri gösterdiği belirtilmektedir (Ağır düzeyde nikotin bağımlılığı erkeklerde %39, kadınlarda %26) (36). Bu çalışma da bunu desteklemektedir (Tablo - 4).

Sigara içen öğretmenlerin %80.2'si bırakmayı düşünmekteydi, %72.8'i en az bir kez bırakmayı denemişti (Tablo - 6). Bu bulgular daha önceki çalışmalara benzerdir (9, 28, 29, 31- 34, 36-39). Ancak nikotinin yüksek düzeyde bağımlılık yapıcı etkisi bırakmayı zorlaştırmaktadır (15).

Çalışmada bırakma isteği aşamalı olarak değerlendirildiğinde bir ay içinde bırakmak isteyenlerin oranı sadece %22.2'dir. Güçlü nikotin bağımlılığı nedeniyle daha önceki denemelerinde yaşanan başarısızlık, %58.1 gibi yüksek oranda bir öğretmen grubunun, sigara içmeyi bırakmak istemelerine rağmen daha ileri tarihlere ertelemelerine neden olmaktadır (Tablo - 6).

## **Yasa Sonrası Değerlendirme**

Ülkemizde tütün kullanımını sınırlamak, genel sağlığı korumak amacıyla 2008 yılının Ocak ayında 5727 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" resmi olarak kabul edildi ve 19 Mayıs 2008' de yürürlüğe girdi.

Tütün kontrol politikalarından biri olan “Dumansız Hava Sahası” uygulamasının ülkemizde yasal olarak kabul edilmesi, sigara içme prevalansında azalma ve sigara dumanından pasif olarak etkilenimi engellemeyi hedefliyordu. Yasa yürürlüğe girdikten bir yıl sonra öğretmenlerde sigara içme prevalansının %34.9’dan %29.5’e düştüğü görüldü (Şekil - 3). Sigara içme prevalansındaki azalma %5.4 idi. Her iki cinsiyette de sigara içme prevalansındaki azalma anlamlıydı. Erkeklerde sigara içme prevalansı %39.3’den %33.9’a (Tablo - 14), kadınlarda %28.9’dan %23.7’ye indi (Tablo - 15). Sigara içme prevalansındaki azalma erkeklerde %5,4, kadınlarda %5.2 bulundu. Kadınlarda sigara bırakma hızı erkeklere göre yüksek olmakla birlikte sigara bırakma başarısı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo - 17). Bunu destekleyen çalışmalar olduğu gibi ( 39, 41, 42) bazı çalışmalarda erkeklerin daha başarılı olduğu bildirilmektedir (35, 43).

Tütün kontrolü yasasının uygulandığı ülke sayısı her yıl artmaktadır. DSÖ Türkiye Ofisi tarafından kanunun dünyada en az 20 ülkede uygulandığı bildirilmiştir (44). Sigara içmeyenleri pasif etkilenimden korumak için Kentucky’de çıkarılmış ve halen uygulanmakta olan tütün kontrolü yasasının sonuçları değerlendirildiğinde, yasanın hem sigara içenleri hem de yeni başlayacak olanları olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Kentucky’de tütün kontrolü yasasının uygulandığı bölgelerde sigara içme prevalansındaki azalma (%31.9), kontrol bölgelerine göre (%2.8) anlamlı idi (40).

İtalya 2005 yılında ülke çapında tütün kullanımını düzenleyen yasayı uygulamaya başladı. Bu ülkede 2004 yılında %26.2 olan sigara içme prevalansı azalarak 2005’te %25.6’ya, 2006’da %24.3’e düştü (43).

Denizli liselerinden çalışmaya katılan, sigara içmeye devam eden ve bırakan öğretmenlerin yaş ortalamaları farksız bulundu. Daha önceki çalışmalarda sigarayı bırakanların yaş ortalamaları daha fazla iken bizim çalışmamızda düşük idi (7). Bu bulgu, sigaranın neden olduğu kronik hastalıklar nedeniyle son dönemde bırakmak isteyenler yerine daha erken



dönemde bırakmak isteyenlerin arttığını göstermektedir. Sigaranın neden olduğu olumsuzlukların bu dönemde geri döndürülmesi daha kolaydır (45, 46). Ulusal düzeyde tütün yasasının uygulandığı İtalya'da da vaktinin büyük bir kısmını işyerlerinde, lokanta ve kafelerde geçiren genç ve orta yaşlılarda sigara içmeyi bırakma oranı daha fazlaydı. Yasa etkili olmuştu (43).

Eğitim durumunun, sigara bırakma tedavilerinin üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, yüksek eğitim düzeyinin sigara bırakma başarısını arttırdığı belirtilmektedir (7). Eğitim düzeyi yüksek olan öğretmenlerde de sigara içmeyi bırakma başarısı beklentimiz yüksektir.

Daha önce sigarayı bırakmayı deneyenler ile denemeyenlerin bırakma başarısı istatistiksel olarak farksız olmakla birlikte deneyenlerde daha yüksek bulundu. Bu bulgu Prochaska tarafından öne sürülen, önceki sigarayı bırakmayı deneme sayısının artmasının, şimdiki sigarayı bırakma başarısını yükselteceği teorisini desteklemektedir (47).

Sigarasızlık yasasının yürürlüğe girdiği bütün ülkelerde, yasa hakkında toplumun görüşü üzerine yapılan çalışmalar, bu konuda büyük bir toplumsal destek olduğunu ortaya koymaktadır. Uruguay, Amerika kıtasında %100 sigarasızlık yasasını uygulayan ilk ülke olmuştur. Bu ülkede bütün kapalı alanlar, restoran, bar ve gazinolar dahil olmak üzere bütün işyerleri "sigarasız" olmuştur. Yasaklama on Uruguaylı'nın sekizinin ve sigara içenlerin de yaklaşık üçte ikisinin desteğini almıştır. Yeni Zelanda 2004 yılında sigarasızlık yasasını geçirdikten sonra toplumun %69'u, insanların sigarasız bir ortamda çalışma hakkının olduğunu ifade etmiştir. Kaliforniya'da restoran ve barlar dahil olmak üzere sigarasız işyerleri yasası 1998 yılında yürürlüğe girdiğinde toplumun %75'inin onayını almıştır (1).

Öğretmenlerin üçte birinden fazlasının sigara içiyor olması yasaya destek vermelerine engel olmadı. Yasa yürürlüğe girmeden önce öğretmenlerin %83.3'ü yasaya destek olurken bu oran bir yıl sonra %88.0'a yükseldi. Daha önce yürürlükte olan 4207 sayılı kanun da öğretmenler

tarafından büyük destek görmüştü. Önceki araştırma sonuçlarına göre hiç sigara içmemiş öğretmenlerin %95.8'i, sigara içmeyi bırakanların %96.8'i, sigara içen öğretmenlerin de %84.4'ü sigara yasağının uygun olduğunu belirtmişti (9). Yasa (5727 sayılı) yürürlüğe girmeden önce sigara içenlerde yaşanan tereddüt, yasa yürürlüğe girdikten sonra ortadan kalktı ve yasaya desteklerinde anlamlı artış görüldü. Sigara içmeyen öğretmenlerin desteğinin daha da artmasının sebebi, yasanın yürürlükte olduğu bir yıl içerisinde yasanın uygulanabilirliğini görmeleri olabilir.

Önceki çalışmalarda nikotin bağımlılığının, sigara içme davranışının sürdürülmesinde ve tedavi girişimlerinin genel başarısızlığında birinci neden olduğu belirtilmektedir (48). Bu çalışmada da nikotin bağımlılığı yüksek olan öğretmenlerde sigara içmeyi bırakma başarısı düşük bulunmakla birlikte lojistik regresyon ile değerlendirildiğinde nikotin bağımlılığının bırakma üzerine etkisi anlamlı bulunmadı. Regresyon sonucuna göre yasaya destek olanlarda ve eşi sigara içmeyenlerde sigara bırakma başarısı anlamlı olarak yüksek bulundu.

Bu çalışmada, sigara içen öğretmenlerin eşlerinde de sigara içme prevalansının anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (Tablo - 16). Bu da bize eşler arasındaki etkileşimin önemini göstermektedir.

Yasa uygulamaya girdikten bir yıl sonra, hem eşi sigara içen hem de eşi sigara içmeyen öğretmenlerin sigara içme prevalansı azalmıştı. Ancak sadece eşi sigara içmeyen öğretmenlerin sigara içme prevalansındaki azalma anlamlıydı (Tablo - 16).

### **Eğitimin Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkisi**

Sağlık personelinin, bireylere ve topluluklara, sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılayabilecek davranışları kazandırabilmek için eğitici olarak rolleri giderek daha karmaşıklaşmaktadır. Günümüzde sağlık eğitiminde davranış değişikliği oluşturmak için grup süreci tekniklerinden de yararlanılmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık personelinin, sağlık eğitiminin

amacını, sağlığı geliştirmede sağlık eğitiminin rolünü doğru kavramış olması ve yetişkin eğitimini yürütme ile ilgili bilgi ve beceriyi de kazanmış olması gerekir. Bu nedenlerle sağlık eğitimi giderek daha da uzmanlaşmayı gerektiren bir alan olmaktadır.

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlarıdır. Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için, toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sağlık ve hastalık konularındaki algılamalarını çift yönlü iletişimle, yani toplumla birlikte saptamak ve eğitim programlarını bunlara dayandırarak geliştirmek ve uygulamak gerekir.

Bireylerin, grupların ve toplumların davranışları bir buzdağına benzetilirse, suyun üzerindeki görünen bölüm toplumların sağlıkla ilgili davranışlarını, suyun altındaki görünmeyen bölüm ise; o toplumun gelenek ve görenekleri, inançları, hastalık ve sağlığı algılamalarını yansıtır. Bunları dikkate almadan yapılan uğraşlar çoğu kez başarısızlığa, zaman, insan gücü ve maddi kaynakların boşa harcanmasına neden olmaktadır. Özellikle sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, bu durum dikkate alınması gereken önemli bir sorundur (49).

Sigara ićen pek çok kiři hem kendi sağlığını korumak hem de yakınlarının sağlığını korumak için sigarayı bırakmak ister, ancak nikotine olan bağımlılığı yüzünden bırakmayı başaramaz. Ülkelerin büyük çoğunluğu da sigarayı bırakmak isteyen kişilere etkin bir yardım sağlayamamaktadır. Halen dokuz ülke, sigarayı bırakmak isteyenlere bütün tedavi yöntemlerinin sunulması ve kısmen de olsa maddi destek sağlanması dahil olmak üzere kapsamlı destek sağlayabilmektedir. Bu ülkeler dünya nüfusunun ancak %5'ini oluşturmaktadır. Bu durumda kalan %95'lik grup tütün bağımlılığı konusunda tedavi olanağına ulaşamamaktadır (1).

Sigara bırakma konusunda herhangi bir yardım almayanların yalnızca %7.5'inin beş aylık bir sürede sigarasız kalmayı başardıkları, davranışsal ya da farmakolojik bir girişimin ise başarı oranlarını %15- 30 düzeylerine kadar attırdığı bildirilmektedir (38). Davranış eğitimi, motivasyonel destek en yaygın olarak kullanılan ve önerilen yöntemlerdir.

Öğretmenlerin tutum ve davranışlarının gençleri etkilediği bilinen bir gerçektir (28, 31). Öğrencilerine davranışları ile örnek olması beklenen öğretmenlerin sigara konusunda eğitime, motivasyona ve tedaviye ihtiyaç gösterdikleri çalışmalarda gösterilmiştir. Poulsen ve arkadaşları çalışmalarında öğretmenleri hedef alan sigara ile mücadele konulu eğitimlerin ve okul sınırları içinde sigarayı yasaklamanın "sigarasız okullar" oluşturulmasındaki önemini vurgulamışlardır. Öğretmenlerde sigara içme sıklığının %29.7 olarak bulunduğu bir İspanya çalışmasında, bu oran ile aynı okul öğrencilerinde sigara içme oranı arasında paralellik gösterilmiştir. Aynı çalışmada öğretmenlerin okul içinde öğrencilerin önünde sigara içmesinin, öğrencilerin sigarayı denemelerinde etkili olduğu bildirilmiştir (33). Sigara bırakma programlarında ana hedef öğretmenler olmalıdır. Çünkü; öğrenciler öğretmenlerine özenirler, onları kendilerine örnek alırlar.

"Tütün kullanımı ve bağımlılık" başlıklı bir rehber, 2000 yılında *Agency for health care policy and research* (AHCPR) tarafından yayınladı. Bu rehber, birinci basamak sağlık kuruluşlarında bireysel ve grup danışmanlığını öneriyordu. Her iki yöntemin de etkinliği gösterilmişti (50, 51). Bu rehberde göre bireysel danışmanlık daha etkiliydi ancak daha fazla zaman alıyordu ve pahalıydı. Bir çalışmada kardiyovasküler sağlık problemleri olan yetişkinlerde sigara içmeyi bırakma başarısında, grup müdahalesine kıyasla bireysel müdahale daha üstün bulunmuştu (53). Grup danışmanlığı ise yapılabirliği yüksek bir uygulamaydı. Lung ve arkadaşları Amerika'da farklı iki araştırmada (Akciğer Birliği ve Kanseri Topluluğu) grup danışmanlığı ile bırakma oranlarını %16.0 ve %22.0 buldu. Bu yöntemin eksikliği, grupların sadece %5'inin istenilen yer ve zamanda toplanabilmesiydi (52). Bunun dışında gruptaki üyelerin tümüne eşit davranılması güç olabilir ve bazı üyeler

ihmal edilebilir. Ayrıca kendileri hakkında bilgi paylaşan üyeler grup liderinden ve diğer üyelere uygun desteği alamadığında grup deneyiminden zarar görebilirler (27).

İsviçre’de yapılan bir araştırmada, grup danışmanlığı verildikten sonra birinci yılda bırakma hızı %25 idi. Sigara içme süresi bırakma başarısı üzerine etkili tek değişken olarak bulunmuştu. 20 yıldan daha az süre sigara içenlerde bırakma başarısı daha yüksekti (54). Bu çalışmanın bulguları da sigara içme süresi ile bırakma başarısının ilişkisi konusunda önceki çalışmayı destekler nitelikte olmakla birlikte anlamlılık bulunamadı. Bunun sayı yetersizliğinden olabileceği düşünüldü. Bu çalışmada sigara içme süresi 20 yıl ve daha az olan öğretmenlerin bırakma başarısı %25.7, 20 yıl üzeri olan öğretmenlerin ise %15.0 idi. Bırakma durumu gruplara göre incelendiğinde; 20 yıl ve daha az süre sigara içenlerde bırakma hızı kontrol grubunda %11.5, bireysel eğitim verilen grupta %31.3, grup eğitimi verilenlerde %26.3, 20 yıl üzerinde içenlerde bırakma hızı kontrol grubunda %16.7, bireysel eğitim verilen grupta %9.1 bulundu. Grup eğitimi verilen öğretmenlerden 20 yıldan fazla sigara içenlerde bırakan olmamıştı.

Ulusal düzeyde müdahale uygulayan Danimarka’da, sigara içmeyi bırakma başarısı, sigara bıraktırma gruplarında, bireysel müdahaleye göre daha fazla bulunmuştu (OR: 1.44, CI: 1.11 - 1.86). Bu çalışmada erkekler, yaşlılar, düşük düzeyde nikotin bağımlıları ve sigara bıraktırma gruplarındakiler daha başarılı idi (55).

Bu çalışmada, Denizli merkez liselerindeki sigara içen öğretmenlere yapılan müdahale sonrasında bir yılda bırakma hızı %16.8 bulundu (Tablo - 27). Gruplar arasında bırakma hızları değerlendirildiğinde, bırakma hızları kontrol grubunda %12.2, bireysel eğitim grubunda %21.4, grup eğitimi verilenlerde %20.8’dir. Üç grup arasında bırakma hızları açısından anlamlı fark yoktur. Kontrol grubu ile eğitim verilen her iki grubun bırakma başarısının farksız olmasının nedeni sayı yetersizliği olabilir. Daha önceki çalışmalarda hiçbir müdahale yapılmadığında bırakma oranlarının %5 - 7 arasında olduğu

bildirilmiştir (38). Bu çalışmada, eğitim müdahalesi verilmeyen kontrol grubunda bırakma başarısı (%12.2), daha önceki çalışmalarda bildirilen bırakma başarısının (%5-7) üzerindedir. Çünkü; kontrol grubu her ne kadar eğitim müdahalesi almasa da eğitim müdahalesi ile aynı zamanda ve ülke çapında uygulanan yasa müdahalesinden etkilenmiş olabilir. Kontrol grubunda bulunan %12.2'lik bırakma oranı yasanın başarısı olarak kabul edilebilir.

Eğitim verilen gruplarla kontrol grubu arasında sigara içmeyi bırakma başarısı cinsiyete göre incelendiğinde, her üç gruptaki kadınların başarısı farklıdır. Bireysel eğitim uygulanması kadınlarda başarıyı arttırıyordu. Kadınların ilgiye daha çok ihtiyaçlarının olduğu sosyolojik araştırmalarda belirtilmiştir (56). Bireysel müdahale kadınların bu ihtiyaçlarına daha fazla cevap veriyor olabilir. Kontrol grubundaki kadınlardan sigara içmeyi bırakan hiç kimsenin olmaması tezimizi doğruluyor olabileceği gibi bu gruptaki kadınların sigara içmeyi bırakma konusunda çok istekli olmadıklarını da gösteriyor olabilir.

Erkekler için gruplar arasında bırakma başarısı farklı değildi. Bununla birlikte bireysel eğitim alanlarda başarı en düşük, grup eğitimi alanlarda en fazlaydı. Erkekler için grup çalışmalarında ön plana çıkmak, başarılı olmak isteği yine sosyolojik çalışmalarda gösterilmiştir (56). Kontrol grubundaki yüksek bırakma başarısı erkeklerin yasadaki olumlu etkilendiğini gösteriyor olabilir.

Öğretmenlerin dörtte üçünün bağımlılıklarının az olması davranış değişimleri ile bırakma tedavileri yönünden ümit vericidir (Tablo – 4). Bağımlılık düzeyinin sigara içmeyi bırakmaya etkisi gruplar arasında anlamlı değildi. Sayı yetersizliği bunun nedeni olabilir. Gruplardaki öğretmenler bir arada değerlendirildiğinde Danimarka çalışmasında olduğu gibi düşük düzeyde bağımlıların bırakma başarısı daha fazla bulundu (55).

Türkiye’de öğretmen olmayan gruplarda yapılan çalışmalarda sadece davranış ve destek tedavisi alan gruplarda bir yıl sonunda bırakma başarısı %24.2 ve %18.8 bulunmuştur (36, 39). Bu çalışmada bir yıl sonunda bırakma başarısı grup eğitimi verilen öğretmenlerde %20.8, bireysel eğitim verilen grupta %21.4’tür. Öğretmenlerin buldukları sosyal konum gereği daha fazla bırakma başarısı göstermesi beklenmesine rağmen, sonuçlar değerlendirildiğinde, bırakma hızlarının birbirine yakın olduğu görüldü. Bununla birlikte; öğretmenlerin bırakma başarısının sadece kendileri için bir kazanım olarak kalmayacağı, yetiştirdikleri sağlam nesiller aracılığı ile tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe payını azaltarak koruyucu hizmetlere ayrılan payı arttıracığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigara bırakma oranları çalışmaya katılan lise öğretmenlerinde düşük bulundu. Bunun nedenleri; lise öğretmenlerinin ders programlarının ve muhatap oldukları öğrenci grubunun problemlerinin yoğun olması ya da rutine giren, maddi manevi tatmin etmeyen işlerin depresyonla sonuçlanarak kişiyi mutluluk arayışlarına yöneltmesi olabilir (58, 59).

Hem bireysel eğitim hem de grup eğitimi alan öğretmenlerin sigara bırakma başarısında önemli unsurlardan biri kuşkusuz eğitimi veren kişidir. Eğitime katılan üyelerin özelliklerini ve gereksinimlerini doğru biçimde fark edebilmesi için duyarlı, esnek ve doğal olması önemlidir. Ayrıca eğitim veren kişinin grup uyumunu sağlamada, doğru ve tutarlı bilgi aktarımını yapmada, grubun gizliliğini temin etmede, üyeler arasında doğal ve açık iletişimin yanı sıra içtenliği kurmada etkili olması temel beklentilerdir (27).

Eşin sigara içiyor olmasının sigarayı bırakma başarısını anlamlı olarak azalttığı bulundu. Her üç gruptaki öğretmenlerin eşlerinin sigara içme durumu istatistiksel olarak farksız olmakla birlikte kontrol grubundaki öğretmenlerin eşlerinde daha fazlaydı. Bu durum da kontrol grubundaki başarıyı düşürüyor olabilir. Bir çalışmada, 12 aylık bırakma başarısı, eşi sigara içenlerde %28.3, eşi sigara içmeyenlerde %46.5 idi (35).

Eşin sigara içme alışkanlığını değiştirebilirsek, sigara içen öğretmenin sigarayı bırakma başarısını arttırabiliriz. Bu nedenle; sigara bırakma destek ve eğitim programlarına sigara içen öğretmenin eşi, sigara içse de içmese de dahil edilmeli, bilinçlendirilmelidir. Programa dahil etmekle, içmeyen eşin bilgisi, motivasyonu ve desteği arttırılabilir, içen eşin ise bırakması sağlanarak hem eşine desteği arttırılır, hem de kendilerinin sağlık durumları olumlu yönde değiştirilebilir. Ailede sigarasız ortam sağlayarak, hane halkının özellikle de çocukların sağlıklarını korumuş, onların sigaraya özenmelerini, sigara içen anne ve/veya babalarını rol modeli olarak almalarını önlemiş oluruz. Böylelikle küçük bir kartopunun büyüyerek yuvarlanması gibi anne, baba, çocuk, ev halkı, arkadaş çevresi ve öğretmen, öğrenci, öğrencilerin ev halkı..... şeklinde daha da ilerletebileceğimiz çığ gibi büyüyen toplumsal faydalar elde edebiliriz.

Sigara bırakma programının başarısını arttırabilmek için sigara içme nedenlerini de ortadan kaldıracak çalışmalar yapmalıyız. Bağımlılık düzeyini arttırdığı bilinen stres faktörlerini azaltacak önlemler alınmasını sağlamalıyız. Öğretmenlerin iş yükü azaltılmalı, motivasyonlarını arttıracak sosyal faaliyetler programlarına ilave edilmelidir. Ders saatleri aralarında öğretmenlerin sigara ile rahatlamaya çalıştıkları bilinmektedir. Yasa ile eğitim kurumlarının içinde, bahçesinde sigara içmeleri yasaklanmıştır. Bu çok olumlu bir gelişmedir. Ancak; sigara bağımlılığına sahip öğretmenler, sigara içme isteklerini okul bahçesi dışına çıkararak gidermeye çalışmaktadırlar. Eğer; Sağlık Bakanlığı tarafından resmi olarak sigara bıraktırma programları yapılandırılırsa, yeterli personel de bu programlara aktarılabilirse, öğretmenlerin ders aralarında rahatlamak için kullandıkları sigaranın yerine, sağlık personeli ile iletişim kurması sağlanabilir. Bu iletişim, telefon ya da internet vasıtasıyla yapılan görüşmeler şeklinde olabilir. Görüşmeler sık sık yapılmalı ve kısa sürmelidir. Öğretmenlere ulaşmada yaşanan güçlükler ve sabit bir buluşma noktasının olmayışı göz önüne alındığında, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında işbirliği sağlanarak eğitim kurumlarının içinde sigara bıraktırma programlarını uygulayacak sağlık personeli için sürekli bir görüşme odası ayarlanabilir. Böylece sağlık



personeline daha rahat ulaşması sağlanan sigara bağımlısı öğretmenlerin sigara bağımlılıklarını daha rahat yenmeleri sağlanacaktır. Ayrıca desteği aynı sağlık personelinin sürekli vermesi ile bir güven ortamı da sağlanacaktır. Bunun ötesinde sağlık personelinin sürekli kurumda bulunması sigara içmeyen diğer öğretmenlerin de bu davranışlarını sürdürmelerinde motivasyonlarını arttıracaktır (60). Bu hizmet sadece sunulmakla kalmamalıdır. Verilen hizmetin hem koruyucu hem de tedavi edici yöndeki başarısı rakamlarla ifade edilmeli, elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmelidir. Çıkan sonuçlar ışığında programda uygun değişiklikler yapılmalı, programın etkinliği artırılmalı ve program süresi en uygun olacak şekilde belirlenmelidir.

Sigara bıraktırma programlarında bugüne kadar hakim olan, gönüllü sağlık personeli vasıtasıyla hizmetin yerine getirilmesi anlayışı değişmelidir. Gönüllülük esasıyla verilen hizmette, gönüllü personelin mesai dışında sigara bıraktırma programlarına ayırabilecekleri zaman kısıtlıdır. Çünkü; mesai bitiminde uygulanan programlarda, hem programa alınan kişinin hem de programı uygulayan kişinin zihinsel ve bedensel yorgunlukları performanslarını, motivasyonlarını düşürebilir. Tatil günlerinde de sosyal faaliyetlerine ve ailelerine ayırabilecekleri zamanı, sigara bıraktırma programlarında geçirmeleri isteksizliğe yol açabilir. Bu yüzden hem sigarayı bırakmak isteyen kişinin hem de desteği sağlayan sağlık personelinin devamlılığı sürdürülemezdir. Bu da; sigara bıraktırma programlarının başarısını düşürebilir. Sigara bıraktırma konusunda yetiştirilmiş uzman personelin, kadrolu olarak istihdam edilmesi uygulanan programların başarısını arttıracaktır. Hem koruyucu hizmeti hem de tedavi hizmetini bir arada veren kadrolu bu personelin maddi açıdan da tatmin edilmesi önemlidir. Çünkü, gönüllülük esasına dayanan sigara bıraktırma programlarında, desteği sağlayan sağlık personeline maddi destek sağlanmamakta, bunun da ötesinde; özveride bulunarak çalışan gönüllü sağlık personeli, maddi açıdan da zarara uğrayabilmektedir. Bütün bunlar, sigara bıraktırma programlarının başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmaya katılım oranının düşük olması kısıtlılıklarımızdan biridir. Çalışmaya katılmayan öğretmenler arasında sigara içenlerin oranı yüksek olabileceği gibi bu öğretmenlerin yasa sonrasında bırakma oranları da yüksek olabilir. Anketlerin eksik doldurulması da bir diğer kısıtlılığımızdır. Bu durum toplanan verinin tamamının kullanılamamasına neden oldu. Bir diğer kısıtlılığımız ise, gönüllü eğitici hekimlerin mesailerinin dışında sigara içen öğretmenlere zaman ayırmalarıydı. Bireysel eğitim veren hekimler de eğitim verebilmek için bazı zorluklarla karşılaştıklarını belirtmiştir (yer, zaman). Eğitim gruplarında sigara bırakma başarısının anlamlı düzeyde yüksek olmaması, öğretmenlere ulaşmada yaşanan güçlükler ve sabit bir buluşma noktasının olmayışına bağlı olabilir. Kendi kurumlarında yasanın tam olarak uygulanması ve kurum içi sosyal destek ile daha fazla başarı elde edilebilir.

## SONUÇLAR

Tütün kullanımını kısıtlayan 5727 sayılı yasanın uygulanabilir olduğu görüldü. Yasa uygulanmaya başladıktan bir yıl sonra yapılan anketler değerlendirildiğinde öğretmenlerin yasaya desteğinin arttığı görüldü. Sigara içen öğretmenlerin desteğindeki anlamlı artış sigara yasağını delmeye çalışan tütün endüstrisi için iyi bir cevap niteliğindedir. Sigara içme prevalansı ve miktarı azaldı. Yasanın etkili olduğu görüldü. Her üç gruptaki öğretmenlerin sigarayı bırakma başarı hızları istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile eğitim verilen gruplarda daha fazlaydı (Tablo – 27).

Öğretmenlerimizin sigara içmeyi bırakmaları için kurum dışından yapılacak bir eğitim müdahalesi yeterli değildir. Şu an yürürlükte olan yasanın tam olarak uygulanması ve kendi kurumlarından yakın destek görmeleri motivasyonu artırabilir. Yasanın uygulanması sonrasında tespit edilen bırakma hızlarındaki artış ve günlük tüketilen sigara sayısındaki azalma gibi istatistiksel bilgilerin öğretmenlerle paylaşılması, onların yasaya desteklerinin artması yönünde etkili olabilir. Bununla birlikte sigara içmeyi bırakma isteğinde olanlar için sağlık kuruluşları ile işbirliği içinde eğitim verilebilir. Eğitim konusunda uzmanlaşmış sağlık görevlileri tarafından, kadınlar için bireysel eğitim, erkekler için grup eğitimi düzenlenebilir. Sigara içen eşlerin birlikte bırakması teşvik edilmelidir.

## ÖZET

Denizli Merkez İlçe Liselerinde 5727 Sayılı Yasanın ve Eğitimin, Öğretmenlerde Sigara İçmeyi Bırakma Üzerine Etkileri  
Dr. Elif Turhan

Topluma yön veren, yeni yetişen gençlere rol model olması beklenen öğretmenler arasında sigara kullanım oranı çok yüksektir. Ülkemizde tütün kullanımını sınırlamak amacıyla 2008 yılının Ocak ayında kabul edilen kanun ile eğitim kurumlarının hem kapalı alanlarında hem de bahçelerinde sigara içme yasağı getirildi. Bu çalışma, yasanın ve eğitimin etkisiyle öğretmenlerin sigara kullanımında meydana gelecek değişimi değerlendirmek amacıyla planlandı.

Denizli merkez ilçedeki 33 lisenin tüm öğretmenlerine, yasa öncesinde (Mayıs 2008) ve bir yıl (Eylül 2009) sonra uygulanan iki anketi yanıtlayan 545 (%34.6) öğretmenin sigara içme davranışındaki değişim değerlendirildi. Anketler, öğretmenlerin demografik özelliklerini, kendilerinin ve ailelerinin sigara içme alışkanlıklarını, bağımlılık düzeylerini, yeni yürürlüğe giren sigara ile ilgili yasa konusundaki düşüncelerini sorguluyordu. Ayrıca 2008 yılı Mayıs ayında, sigara içen öğretmenlerden bir gruba sigarayı bırakma konusunda “bireysel eğitim”, diğer gruba “grup eğitimi” verildi. Bir grup da kontrol grubu olarak kaldı.

Öğretmenlerin %57.4’ü erkek olup yaş ortalaması  $40.40 \pm 6.86$  idi. Öğretmenlerin %74.7’si yaşamları boyunca en az bir kez sigara içmeyi denemişti. Sigara içen öğretmenlerin %80.2’si sigara içmeyi bırakmayı düşünüyordu. Sigara içme prevalansı, uygulanan yasaya ve sigara bıraktırma eğitimine bağlı olarak %34.9’dan %29.5’e düştü ( $p < 0.001$ ). Hem yasa öncesinde hem de sonrasında tütün kullanımını düzenleyen yasaya, sigara içmeyen öğretmenlerin desteği fazlaydı ( $p < 0.05$ ). Yasa sonrasında hem sigara içenlerin hem de içmeyenlerin desteği artmakla birlikte bu artış sigara içen öğretmenlerde daha fazlaydı ( $p > 0.05$ ).

Sigara içen öğretmenlerden, bireysel eğitim verilenlerde bir yıl sonunda bırakma oranı %21.4, grup eğitimi verilenlerde %20.8, kontrol grubunda ise %12.2 idi. Her üç grup da yasadan etkilenmişti.

Sigarayı bırakma üzerine etkili olabileceği düşünülen değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Bu değişkenler; öğretmenlerin cinsiyeti, yaşı, sigarayı bırakma eğitimi alıp almamaları, bağımlılık düzeyleri, eşlerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili yasaya destek olup olmamaları idi. Yasaya destek olanlarda (OR: 3.31, p:0.026) ve eşi sigara içmeyenlerde (OR: 2.74, p:0.032) bırakma oranları anlamlı olarak yüksek bulundu.

## YABANCI DİL ÖZETİ

Effects of Education and Law on Tobacco Cessation among High School Teachers in Denizli

Dr. Elif Turhan

Smoking rates are very high in teachers expected to effect the youth and give direction to the society. It is prohibited to smoke either closed or opened areas of the education buildings by the tobacco limitation law accepted in 2008, January. This study was planned to assess the change of the teacher's smoking status as a result of the law and education about cessation.

The change of the smoking habits of 545 (34.6%) teachers who answered the questionnaires two times before the law and after about a year, among the teachers of 33 high schools in the center of Denizli were evaluated. The questionnaires were about demographic characteristics, smoking habits of their own and their families, addiction levels and their opinion about the smoking ban which has been accepted recently. And there was an intervention to compare individual counselling, group counselling and the control group with each other.

Fiftyseven point four percent of the teachers were men. The mean age of them was  $40.40 \pm 6.86$ . Seventyfour point seven percent of them tried smoking at least once for their life. Eighty point two percent of the teachers were considering smoking cessation. Due to implementation of law and education about cessation, the prevalance of smoking decreased from 34.9% to 29.5% ( $p < 0.001$ ). Before and after the law, teachers who never smoked and quit smoking gave support to the law more than those smokers ( $p < 0.05$ ). After a year, either the support of smokers or support of non smokers to the law increased but the increase was much more in smokers ( $p > 0.05$ ).

After a year, quit rate for teachers who were given individual counselling was 21.4%, group counselling was 20.8% and for the control group it was 12.2%. All the three groups were effected by the law.

The variables which were thought to be effective in smoking cessation were evaluated by logistic regression. These variables were sex, age, being counselled about smoking cessation or not, addiction level and giving support to the law or not. Quit rates were found significantly higher in teachers who gave support to the law (OR:3.31,  $p=0.026$ ) and whose spouse didn't smoke (OR:2.74,  $p=0.032$ ).

## KAYNAKLAR

- 1 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland. 2008: the MPOWER package.
- 2 Prescott E, Osler M, Andersen PK, Hein HO. Mortality in women and men in relation to smoking. Int J Epidemiol 1998;27: 27-32.
- 3 Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z.A, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7:51-64.
- 4 Tobacco or Health. Smoke-Free Europe: 4. WHO Regional Office for Europe, International Agency for Research on Cancer and Commission of the European Communities 1988.
- 5 A Statement of the Joint Committee on Smoking and Health: Smoking and Health:Physician Responsibility. Special Report. Chest. 1995;108: 1118-21.
- 6 Risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı. Ankara. SB, TSHGM: 2008.Yayın no:743.
- 7 Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. Toraks Dergisi 2007;8: 110-114.
- 8 Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, Birkhead GS. Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York state after implementation of a comprehensive smoking ban. Am J Public Health 2007;97: 2035-9.
- 9 Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN, Sigara içme davranışı konusundaki davranışlar ve tutumlar, Ankara, Türkiye. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1997;7: 1-9.



- 10 Anatchkova MD, Redding CA, Rossi JS. Factors associated with smoking cessation and risk of smoking initiation in Bulgarian youth. *Californian J Health Promot.* 2006;4: 1-12.
- 11 Marakoğlu K, Erdem D, ivi S. Konya'da ilköğretim okullarındaki öğretmenler arasında sigara içme durumu. *Toraks Dergisi* 2007;8: 37-40.
- 12 Aşut,Ö, Hekim ve Sigara. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara, 1993.
- 13 Azkan N. Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002: 3.
- 14 Ergenç G, Yıldırım E, editörler. Madde kullanımı önleme kılavuzu. İstanbul, 2007.
- 15 Demir T, Sigara bağımlılığı, İ.Ü. Cerrahpaşaa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008: 231-238.
- 16 WHO International Classification of Diseases (ICD 10) 2009.
- 17 Epidemiyoloji. Sigara alarmı. Haziran 1992: 6,7.
- 18 Nazmi B. Tütün ve kanser ilişkişi, ölkemiz açısından önemi. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005;36: 75-79.
- 19 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 20 Ratschen E, Britton J, Doody GA. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and

- attitudes. Gen Hosp Psychiatry. 2009;31: 576–582.
- 21 Şengezer T. Ülkemizde tütün kontrolünde aile hekiminin rolü ve sigara bırakma yaklaşımı. Aile Hekimliği Dergisi 2008;2: 60-64.
  - 22 Halkın Sağlık Eğitimi Aylık Faaliyet Raporu Kılavuzu T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2008.
  - 23 Ergüder T. tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi küresel sağlık için, küresel eylem. Sağlık Bakanlığı – TSHGM. Ankara 2008.
  - 24 Bilir N, Aslan D, Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü çalışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi 2005;36: 75-79.
  - 25 Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. Bağımlılık Dergisi, 2000;1: 38-42.
  - 26 Okuyemi KS, Harris KJ, Scheibmeir M, Choi WS, Powell J, Ahluwalia JS. Light smokers: Issues and recommendations. Nicotine & Tob Res. 2002: 103–S112.
  - 27 Tuncay T. Kanslerle baş etmede destek grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2010;21: 59-71.
  - 28 Danacı AE, Yorgancıoğlu A, Çelik P, Topçu F, Şen FS. Manisa ilinde lise öğretmenlerinin sigara içmeye karşı tutumları. Toraks Dergisi 2000;1: 16-20.
  - 29 Turgut T, Deveci F, Altuntaş E, Muz MH. Elazığ’da lise ve dengi okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. Solunum. 2001;3: 295-299.
  - 30 Ünlü M, Orman A, Cirit M, Demirel R, Afyon’da lise öğretmenlerinin sigara içme alışkanlığı ve sigaraya karşı tutumları. Solunum Hastalıkları. 2002;13:

203-207.

- 31 Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul Eyüp ilçesi lise öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. Toraks Derneği 6. Yıllık Kongresi. Antalya, 2003.
- 32 Fidan F, Sezer M, Demirel R, Kara Z, Ünlü M. Öğretmenlerin sigara içme durumu ve sigara yasağı karşısındaki tutumları. Toraks Dergisi 2006;7: 196-199.
- 33 Kutlu R, Çivi S. Konya ili lise öğretmenlerinin sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6: 273-278
- 34 Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan F, Özkurt S, Kıter G, Zencir M. Denizli il merkezinde yaşayan erişkinlerin sigara içme özellikleri. Toraks Dergisi 2007;8: 179-84.
- 35 Walsh PM, Carrillo P, Flores G, Masuet C, Morchon S, Ramon JM. Effects of partner smoking status and gender on long term abstinence rates of patients receiving smoking cessation treatment. Addict Behav. 2007;32: 128–136.
- 36 Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Güven SF, Şipit T et al. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. Solunum Hastalıkları. 2005;16: 112-118.
- 37 Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütüne bağlı hastalıklar ve tütünün kontrolü. Toraks Dergisi 2006;7: 51-64.
- 38 Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counselling versus minimal counselling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. Am J Med 2003;114: 555-62.

- 39 Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005;6: 27-34.
- 40 Hahn EJ, Rayens MK, Butler KM, Zhang M, Durbin E, Steinke D. Smoke-free laws and adult smoking prevalence. *Prev Med.* 2008;47: 206–209.
- 41 Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadag M. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Sci*, 2000;9: 63-69.
- 42 Çan G, Öztuna F, Özlü T. The evaluation of our smoking cessation clinic results. *Eur Respir J*, 2002;38: 579.
- 43 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S et al. Smoking in Italy 2005–2006: Effects of a comprehensive National Tobacco Regulation. *Prev Med.* 2007;45: 198–201.
- 44 Ergüder T. DSÖ Türkiye Ofisi Tütün Kontrolü Uzmanı. Sağlık Aktüel sağlık haber sitesi (<http://www.saglikaktuel.com>).
- 45 Agency for Healthcare Policy and Research. Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2000: 1-175.
- 46 Dresler CM, León ME, Straif K, Baan R, Secretan B. Reversal of risk upon quitting smoking. *Lancet.* 2006;368: 348-9.
- 47 Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross C. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav*, 1985;10: 395–406.
- 48 Teneggi V, Squassantre L, Iavarone L, Milleri S, Bye A, Gomeni R.

- Correlation and predictive performances of saliva and plasma nicotine concentration on tobacco withdrawal-induced craving. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54: 407-14.
- 49 Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Ankara 2001.
- 50 Prochaska A, Bunn P. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000;117: 169.
- 51 American Cancer Society. Freshstart participant's guide. Inc.www.cancer.org. 1999.
- 52 Cahall JE. Assisting with tobacco cessation. *J Vasc Nurs.* 2004;22: 117-23.
- 53 Rice VH, Fox DH, Lepczyk M, Sieggreen M, Mullin M, Jarosz P et al. A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart Lung.* 1994;23: 473-86.
- 54 Frikart M, Etienne S, Cornuz J, ZellwegerJP. Five-day plan for smoking cessation using group behaviour therapy. *Swiss Med Wkly* 2003;133: 39–43.
- 55 Kjaer NT, Evald T, Rasmussen M, Juhl HH, Mosbech H, Olsen KR. The effectiveness of nationally implemented smoking interventions in Denmark. *Preven Med.* 2007;45: 12–14.
- 56 Sarıgöz İH. Adapting EFL topics to gender differences (dissertation). Gazi University Institute of Educational Sciences. Ankara. 2006.
- 57 Heatherton T.F, Kozlowski L.T, Frecker R.C, Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction.* 1991;86: 1119-27
- 58 Akpınar B. Eğitim Sürecinde Öğretmenlerde Strese Yol Açan Nedenlere

Yönelik Öğretmen Görüşleri. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2008; 16: 359-366

- 59 Maraşlı M. Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine Göre Lise Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Temmuz-Ağustos-Eylül 2005
- 60 Aksayan S, Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2

## EKLER

### Ek – 1: Anket

#### Denizli İl Merkezi Lise Öğretmenlerinde Sigara İçme Durumu Anketi

1996 Tarihli 4207 sayılı yasa üzerinde değişiklik yapılmasıyla Ocak 2008’de kabul edilen 5727 sayılı yasanın sigara içme ve bırakma üzerine etkilerini saptamak amacıyla, uzmanlık tezi düzeyinde yapılacak ve bırakmak isteyenlere eğitim desteğinin de verileceği çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

**Prof. Dr. Mehmet Bostancı**

1- Adınız, soyadınız:

2- Cinsiyetiniz:  Erkek  Kadın

3- Yaşınız:

4- Medeni haliniz:  Bekar  Evli  Dul – ayrılmış

5- Öğretmenlik branşınız nedir?.....

6- Şimdiye kadar (bir tane bile olsa) sigara, puro, pipo içtiniz mi? (Tütün kullandınız mı?)

Evet  Hayır → **Hayır yanıtı verenler 32 numaralı soruya geçiniz.**

7- Halen sigara içiyor musunuz?

Evet, günde en az bir tane veya daha fazla içiyorum.

Günde bir taneden az olmak üzere arasıra içiyorum.

İçmiyorum

8- Günde en az bir tane olmak üzere, altı ay veya daha uzun süre sigara içtiniz mi?

Evet  Hayır → **Hayır yanıtı verenler 32 numaralı soruya geçiniz.**

9- Sigara içmeye kaç yaşında başladınız? (Yazınız)

.....

10- Sigaraya başlamanızda size örnek olan ya da etkili olan birisi var ise özelliğini (arkadaş, öğretmen, akraba vb.) yazınız.

.....

11- Kaç kez sigarayı bırakma girişiminde bulundunuz? (**Bırakma kararını takiben, 24 saatten daha fazla süre içmemek bir bırakma denemesi sayılır**)

Bırakmayı hiç denemedim. **17. soruya geçiniz.**

..... kez sigarayı bırakmayı denedim.

12- Geçmişte en uzun bırakma girişiminiz ne kadar sürdü?(Ay, hafta veya gün sayısını yazarak hangisi olduğunu belirtiniz)

13- Sigarayı bırakmak için tıbbi yardım aldınız mı? (İlaç, nikotin bandı, hipnoz, akupunktur, psikoterapi vb.)

Hayır

Evet,.....yardımını/yardımlarını aldım.

### **SİGARAYI BIRAKANLAR İÇİN**

14- Yaklaşık kaç yıl sigara içtiniz?.....

15- Ortalama olarak bir günde kaç adet sigara içiyordunuz?

Günde.....adet.

16- Ne kadar süredir sigara içmiyorsunuz?

0 – 6 ay

7 - 12 ay

13 - 24 ay

24 ay+ (2 yıldan fazla)

**Sigarayı bırakanlar 32 numaralı soruya geçebilirler.**

**Halen sigara kullanıyorsanız lütfen soruları yanıtlamaya devam ediniz.**

17- Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? ..... yıl.

18- Ortalama olarak günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

(Yazınız).....adet.

19- Halen içtiğiniz sigaranın markası nedir?.....

20- Sabah uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?

İlk 5 dakika

6 - 30 dakika

31- 60 dakika

1 saatten fazla



21- Sigara içiminin yasak olduğu yerlerde sigara içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

- Evet  Hayır

22- Gün boyu içtiğiniz sigaralardan sizin için vazgeçilmesi en zor olanı hangisidir?

- Sabahın ilk sigarası  
 Diğer (yazınız).....

23- Günün ilk saatlerinde sonraki saatlere göre daha sık sigara içiyor musunuz?

- Evet  Hayır

24- Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirecek kadar hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz?

- Evet  Hayır

25- Sigara ile ilgili bir sağlık sorunuz var mı? Varsa nedir?

- Yok  Var (yazınız)

26- Sigara ile ilgili olduğunu düşündüğünüz sağlık sorunu için kullandığınız bir ilaç var ise yazınız.

- Yok  Var (yazınız)

27- Hekim önerisi ile düzenli olarak kullandığınız ilaç ya da ilaçlar varsa nelerdir?(Yazınız).....

28- Sigarayı bırakmak istiyor musunuz?

- Sigaradan memnunum, bırakmak istemiyorum  
 Sigarayı bırakmayı düşünüyorum, ama gelecek 6 ay içinde değil.  
 Önümüzdeki 6 ay içinde bırakmayı düşünüyorum  
 Önümüzdeki 1 ay içinde bırakmayı düşünüyorum.

29- Eğer sigarayı bırakmayı düşünüyorsanız, bırakma nedeninizi belirtiniz.

30- Sigarayı bırakma konusunda size yardımcı olmak istiyoruz. Bize katılır mısınız?

- Evet  Hayır  Düşünebilirim

31- Sigarayı bırakmak için bir hekimden danışmanlık almak istiyorsanız size ulaşabileceğimiz bir telefon numarası ve/veya e-mail yazınız.

Tel: ..... e-mail: .....

32- Aşağıdaki tabloda belirtilen kişilerin sigara içme durumlarını işaretleyiniz.

Sigara İçme Durumu	Eşiniz	Anneniz	Babanız	İlkokul öğretmeniniz
Hiç içmemiş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bırakmış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İçiyor (her gün)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İçiyor (ara sıra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33- 5727 Sayılı tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanun ile ilgili bilginiz var mı?

- Tamamını okudum
- Bazı bölümlerini okudum
- Basın yolu ile duydum
- Hiç okumadım

34- 5727 Sayılı Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunu destekliyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

35- Bu kanun uygulanabilir mi?

- Evet, uygulanabilir
- Uygulanmalı
- Uygulanamaz
- Fikrim yok

36- Kanun yürürlüğe girdikten sonra sigara içme alışkanlığınızda değişiklik olacak mı? (*Sadece İçenler yanıtlayacaktır*)

- Sigarayı bırakacağım
- İçmeyi sürdüreceğim

37- Kanunun sigara içmek için serbest bıraktığı alanlar nerelerdir?(Yazınız)

.....

**Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.**

**Sigarasız ve sağlıklı bir yaşam dileğiyle...**

## **DESTEKLEYİCİ ÖNERİLER**

**Bağımlılık tedavi edilebilir bir hastalıktır.**

Sigarayı bırakmak için kendinize inanın

**Bırakma gününüzü belirleyin**

**Ve o gün kesinlikle BIRAKIN**



Sigara günlük yaşantının bir parçası haline geldiğinden, gün içinde pek çok şey içme dürtüsü uyandırır.

- Size sigarayı hatırlatan her şeyi ortadan kaldırın;çakmak,küllük,sigara...
- Eşinizle veya bir arkadaşınızla beraber bırakın
- **Yanınızda sigara içilmesine izin vermeyin**
- Sigara içilmeyen yerleri tercih edin
- Sigarayla bağlantılı alışkanlıklarınızdan bir süre uzaklaşın (kahve, yemek sonrası masada uzun süre oturmak, kahvehaneye gitme vb.)
- **Sigara ikramını kesin bir dille reddedin**



**En zor dönem ilk 3 haftadır.**

**İlk hafta daha da zordur. Aileniz ve sevdiklerinizden destek isteyin.**

**İlk gün kendinizi oldukça meşgul edin.**



- İlk olarak diş hekiminize uğrayın, diş temizliği yaptırın.
- Şekersiz sakız çiğneyin
- Sık sık dişlerinizi fırçalayın
- Bol sıvı alın
- Bol meyve atıştırın
- Sık duş alın
- Derin nefes almaya özen gösterin
- Düzenli egzersiz yapın
- Yeterince dinlenin ve aşırı yorgunluktan kaçının
- Kendinizi ödüllendirin (sigaraya ödemeyeceğiniz para ile güzel bir tatile çıkın)

**Asla “bir taneden bir şey olmaz” demeyin  
Hayır demeyi öğrenin!**