

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ ÇALIŞANLARI SİGARA ve KANSER RİSKİ KONUSUNDA NE BİLİYOR ve NE YAPIYOR?

What Primary Care Health Workers Know and Do About Cigarette Smoking and Cancer Risk?

Dr. Vildan Mevsim¹, Dr. Çitım Dontlu², Dr. Neşe Yeniçeri³, Dr. Nilgün Özçakar⁴, Dr. Dilek Güldal⁵

ÖZET

Amaç: Sigara içiciliği, dünyanın ve Türkiye'nin önlenebilir en önemli sağlık sorunudur. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigaranın etkileri ve kanser riski konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanmıştır. Geliştirilen 82 soruluk soru formu, İzmir/ Buca Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki 16 birinci basamak sağlık kurumundaki 142 sağlık personeline uygulanmıştır.

Bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla, her üç değişken için ölçek geliştirilmiş ve uygun bir puanlama yapılmıştır.

Veriler SPSS 11.0'da değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı analiz, Khi-kare, independent t testi ve pearson korelasyon kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada incelenen 142 kişinin %31 hekim, %23.2 hemşire, %35.2 ebe ve %10.6 sağlık memurudur. Sağlık personelinin %36.6 sigara içmekte, %12 ise sigarayı bırakmıştır. Bilgi, tutum ve davranış puan ortalamaları sırasıyla 20.65 ± 4.81 ; 6.26 ± 3.51 ve 9.73 ± 2.54 olarak saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının tutum düzeyi ile davranış düzeyi arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=0.334$, $p=0.015$) olduğu saptanmıştır. Ancak bilgi puanı ile tutum ve davranış puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Sağlık personeli sigara konusundaki bilgi ve inanışları sigaranın zararlarını önlemeye yönelik olmakla beraber, hem kendilerine hem de etraflarına karşı olması gereken sigara içmeme davranışı sergileyememektedirler. Toplum için sigara mücadelesinde örnek olması gereken sağlık personelinin sigara içiyor olması, sigara mücadelesini daha da zorlaştırmaktadır. Sağlık personelinin sigaraya karşı duyarlılığını artıracak çalışmalar sigara mücadelesinde öncelikli olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sigara içme, bilgi, tutum, davranış, kanser, birinci basamak.

ABSTRACT

Objective: Smoking habit is the most important preventable health problem of the world and Turkey. The objective of this study is to research the knowledge, behavior and attitude of primary care health workers about cigarette smoking and cancer risk.

Method: A cross-sectional analytic study is planned. A questionnaire with 82 questions is applied to 142 health workers of 16 primary health care centers in Buca. The questionnaire had three parts including knowledge, behavior and attitude parameters. For each group of parameters a composite index is developed. Data were analyzed on SPSS 11.0 package program by Pearson chi-square, independent t test and Pearson correlation test.

Results: In the study, 31% of participants were physicians, 23.2% were nurses, 35.2% were midwives and 10.6% were male-nurses. 36.6% of medical staff were current smokers, 12.0% were ex-smokers. The mean scores of knowledge, behavior and attitude parameters were 20.65 ± 4.81 , 6.26 ± 3.51 and 9.73 ± 2.54 in order. There was a statistically significant relation between the attitude and behavior scores ($r=0.334$, $p=0.015$). There was no statistically significant relation between knowledge and attitude, behavior scores of participants.

Conclusion: Although the health workers have better knowledge and attitude for preventing and decreasing the effects of smoking, they still go on smoking. The health workers must be a good model for the community as non-smokers. Some other ways must be considered to increase awareness and sensitivity of health workers about smoking and cancer.

Key words: Smoking, knowledge, attitudes, behavior, cancer, primary care.

Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 65-75

Journal of Dependence 2005; 6: 65-75

¹ Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D.

² Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Organ Nakli ve Transplantasyon Merkezi

³ Uzm. Dr. Yücelen Hastanesi

⁴ Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D.

⁵ Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D.

* EGPRN (European General Practice Research Network) Meeting Ekim-2003 Verona-ITALY sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Uzm. Dr. Vildan Mevsim, Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. İnciraltı – İzmir – TURKEY

Elektronik Posta Adresi / E-mail address: vildan.mevsim@deu.edu.tr Telefon / Phone: +90 (232) 463 67 60

18 Mayıs 2005'te alınmış, 27 Temmuz 2005'te kabul edilmiştir. / Received May 18, 2004; accepted for publication July 27, 2005.

GİRİŞ

Sigara içiciliği dünyanın ve Türkiye'nin önle-
nebilir en önemli sağlık sorunudur. Dünyada her
yıl yaklaşık 4 milyon kişi (ölümlerin %8.8'i) si-
garaya bağlı hastalıklar sonucu yaşamını kaybet-
mektedir (50). Erkek ölümlerinin %13.3'ü, kadın
ölümlerinin ise %3.8'i sigaraya bağlıdır. Bu ölüm-
lerin yaklaşık yarısı gelişmiş yarısı da gelişmekte
olan ülkelerde görülmektedir. Ancak Dünya
Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı projeksiyonlara
göre 2025 yılından 2030 yılına kadar beklenen
10 milyon sigaraya bağlı ölümün 3 milyonunun
gelişmiş, 7 milyonunun ise gelişmekte olan
ülkelerde olacağı bildirilmektedir (32). Sigara
içme oranı gelişmekte olan ülkelerde artmakta
iken, gelişmiş ülkelerde 15 yılda %50 azalmıştır
(40,47).

DSÖ verilerine göre, Türkiye'de sigara içme
oranı kadınlarda %20-24 erkeklerde %60-65 ol-
mak üzere ortalama %44 olarak bildirilmektedir
(32).

Dünya üzerinde yaklaşık 1.2 milyar kişi si-
gara içmektedir. Dünyadaki sigara içme oranları
erkeklerde %47 kadınlarda %12'dir. Kadın içi-
cilerin %9'u gelişmekte olan ülkelerde; erkek
içicilerin %55'i gelişmekte olan ülkelerdedir
(32). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde si-
gara içme oranlarının en tepe noktaya ulaştığı
düşünülmektedir, bundan sonraki süreç sigara
içme oranlarının düşmesi yönündedir, ancak bu
düşüş çok yavaş olmaktadır (11,32,47).

Hekimlerde sigara içme oranları;
Avustralya'da %3, İsveç'te %6, İngiltere de %7
iken Çin'de %36.5, Rusya %27, İspanya %34.5,
Danimarka %24.5, Bosna Hersek'te %52.5 olarak
bildirilmiştir (32).

Türkiye'de bütün ölüm nedenleri arasında
solunum sistemi hastalıklarının payı %11'dir
(%4'ü akciğer kanseri ve %1'i pnömonidir) (6). Si-
gara en önemli kanser nedenidir. Sigara pek çok
kansere neden olmaktadır. Kanser ölümlerinin
yaklaşık %30'u sigara kaynaklıdır. Akciğer kan-
serlerinden ölümlerin %80-90 nedeni sigaradır
(4,10). Sigara, akciğer kanseri, bronşit ve anfi-
zem gibi ana nedeni olduğu hastalıklar dışında
yaklaşık 25 kadar hastalığın nedeni olduğu bilin-
mektedir (47).

Epidemiyolojik çalışmalar kanserin önle-
bilir olduğunu göstermiştir. Kanserlerin %80-90'ı
çevresel faktörlere bağlanmaktadır. Kanser ön-
lemenin en önemli yolu birincil korumadır. Si-
gara içiminin önlenmesi, kullananların sigarayı
bırakmaları kanserleri önlemede etkin olacak
birincil koruma yöntemlerinden biridir (35).

Yapılan pek çok çalışmada, birinci basa-

makta çalışan sağlık personelinin özellikle he-
kimlerin sigara ile mücadelede çok etkin yer-
lerinin oldukları gösterilmiştir. Sigara içiminin
önlenmesinde, sigara içenlerin saptanmasında,
değerlendirilmesinde ve tedavisinde birinci ba-
samak anahtar rol oynamaktadır.

Sağlık personelinin sigara mücadelesinde rol
model olması da çok önemlidir. Yapılan çalışmalar
da toplumun sağlığını ilgilendiren konularda
özellikle hekimlerin sağlık davranışlarını gö-
zlemlediklerini ve örnek aldıklarını göstermiştir.
Sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmalarda
da, hekimler, hemşireler ve hatta tıp öğrencileri
sağlıkçıların sigara içmemeleri, içiyorlarsa he-
men bırakmaları veya hastanın olduğu poliklinik,
bekleme odaları veya sağlık kurumları içinde
içmemeleri gerektiği görüşünü savunmuşlardır
(4,31,41,42). "Sigarasız işyerleri" sadece sigara
maruziyetini değil ayrıca içenleri azaltmaya ve
bırakmaya teşvik etmektedir (9,23,25).

National Health Service'in sağlık perso-
neli için sigara bıraktırma rehberi ile ilgili West
ve arkadaşları yayınladıkları yazıda stratejiler
şunlardır: 1-Genel pratisyenler her fırsatta si-
gara içenlere sigara bırakmayı önermelidir.
Sigara bırakmayla ilgili ilaçları önermelidir
veya sigara bırakma alanında uzmana gönder-
melidir. 2- Sigara bırakma polikliniklerinde
(specialist smokers' services) uzmanlar sigara
bırakmak için başvuran hastalara davranışsal
terapi ve gerektiğinde ilaç tedavisini öner-
melidir. 3- Sigara bırakma konusunda uzman-
lar hastanede yatan hastalara ve hamilelere
başvurdıkları taktirde sigara bırakma konusun-
da davranışsal yardımlarda bulunmalıdır. 4- Si-
gara bıraktırmada görev alan tüm sağlık perso-
neli uygun durumlarda nikotin replasman tedavisi
(NRT) ve bupropion kullanma konusunda sigara
içenleri cesaretlendirmelidir (49).

Dünya üzerinde ve Türkiye'de yapılan pek
çok çalışmada sağlık personelinin sigara içme
oranları toplumun geneliyle pek farklılık göster-
memektedir. Sigara ve zararları konusundan bil-
gi ve tutumları daha iyi olmasına rağmen sigara
içme davranışları değişmemektedir (8,13,17,31,40,
42).

YÖNTEM

Kesitsel analitik bir araştırma planlanmıştır
ve İzmir ilinde Buca Sağlık Grup Başkanlığı böl-
gesindeki birinci basamak sağlık kurumlarında
yürütülmüştür.

Sağlık personelinin bilgi, tutum ve
davranışlarını ölçmek amacıyla 82 soruluk bir
soru formu geliştirilmiştir. Anket soruları, konuyla

ilgili literatür incelemesi sonucu sigara konusunda sağlık personelinin sahip olması gereken bilgi, tutum ve davranış değişkenleri saptanarak oluşturulmuştur. Bu değişkenler bilgi, tutum ve davranış değişkenleri olarak gruplandırılarak üç ölçek geliştirilmiştir. Bilgi için geliştirilen ölçekte 30 parametre (puanlama 0-30), tutum için geliştirilen ölçekte 12 parametre (puanlama 0-12), davranış için geliştirilen ölçekte 15 parametreye kullanılmış (puanlama 0-15) ve uygun bir puanlama yapılmıştır. Davranış için geliştirilen ölçekte üç boyutta değerlendirilme yapılmıştır, bunlar; bireysel sigara içme davranışı (puanlama 0-6), sağlık personeli olarak sigara mücadele davranışı (puanlama 0-5) ve bireysel korunma davranışı (puanlama 0-4) dır.

Bilgi düzeyini belirlemek için soru formunda; sigara kullanımının yaygınlığı, sigaranın sağlık zararlısı olarak önemi, sigara bağımlılığı ve kanser yapıcı özellikleriyle, pasif içicilik ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Tutumu belirlemek için soru formunda; sigara ile mücadele konusunda yapılması gerekenler, sağlık personeli olarak sigara mücadelesinde yapılması gerekenler konusunda tutumları sorulmuştur. Davranış boyutu ise üç bölümde incelenmiştir. Bireysel sigara içme davranışını belirlemek için soru formunda; sigara içen kişilerin sigara içme davranışları ve sigara içtikleri koşullar ilk bölümde sorulmuştur. Sağlık personeli olarak sigara mücadele davranışını belirlemek için soru formunda; sigara içen ve içmeyen kişilerin sağlık personeli olarak yapmaları gereken davranışlar (başvuran kişilere sigara içme durumunu sorma, içenleri bırakmaya yöneltme, içenleri izleme, kayıtlarını tutuma, sigara konusunda bireysel ve toplumsal eğitim yapma vb sorular) ve bireysel korunma davranışı belirlemek için soru formunda; sigara içen kişilerin sigaranın neden olabileceği hastalıklar konusundaki yapmaları gereken sağlık kontrolleri (yıllık akciğer filmi, tansiyon takibi vb) açısından davranışları sorgulanmıştır.

Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki 16 birinci basamak sağlık kurumunda görevli 179 sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Soru formları bu kurumlardaki sağlık personeline dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Anketleri 147 sağlık personeli doldurmuştur. Ankete katılım oranı %82 olarak gerçekleşmiştir. 5 anket formu veri düzensizlikleri nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır. Sonuç olarak 142 soru formu değerlendirilmiştir.

Soru formları SPSS 11.0'da değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı analizler, Khi-kare, independent t testi ve pearson korelasyon kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada değerlendirilen 142 kişinin %21.8 (n=31) erkek, %78.2 (n=111) kadındır. Bu kişilerin öğrenim durumları ise %23.2 (n=33) lise mezunu, %72.5'i (n=103) üniversite mezunu, %6'sı (n=6) ise lisansüstü (uzmanlık) eğitim mezunudur. İncelenen kişilerin yaş ortalaması 33.68 ± 6.66 yıl (min=21 mak= 64) ve meslek yıllarının ortalaması 12.81 ± 6.63 yıldır (min=1, mak= 41). Çalışma grubunun %31'i (n=44) hekim, %23.2'si (n=33) hemşire, %35.2'si (n=50) ebe, %10.6'sı (n=15) sağlık memuru olup, %11.3'ü (n=16) bekar, %88.7'si (n=126) evli, evli olanların da %84.1'inin (n=106) çocuğu olduğu saptanmıştır.

İncelenen sağlık personelinin %36.6'sı (n=52) sigara içiyor, %51.4'ü (n=73) sigara içmiyor, %12.0'sinin (n=17) sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Sigara içenlerin sigara içme süre ve miktarı ortalaması 6.37 ± 6.19 (min=0.1 mak=33) paketyıl'dır. Sigarayı içenlerin %71.2'si (n=37) sigarayı bırakmayı düşünmektedirler. Cinsiyetlere göre sigara içme oranı ise erkeklerde %41.9 kadınlarda %35.1 dir.

Geliştirilen ölçek kapsamında incelenen değişkenler ve katılım yüzdeleri tablo 1'de yer almaktadır.

Sigaranın kanser etkileri bilgisi değerlendirildiğinde; sağlık personelinin %54.6'sı prostat kanserine, %64.8'i lösemilere, %30.3'ü özafagus kanserine, %51.4'ü mesane kanserine, %66.2'si serviks kanserine sigara içiminin neden olduğunu bilmediği saptanmıştır. %14.8'i de pasif içiciliğin akciğer kanserine neden olabileceğini bilmediği saptanmıştır (Tablo 1).

Sigara içenlerin %50'si (n=26) korunma davranışı olarak belirlenen yıllık sağlık muayenesi, yılda bir akciğer grafisi çekirme, kan yağları-kolesterol ölçümü ve tansiyon arteriyel takibinin hiç birini yaptırmıyor. Sadece %5.8'inin (n=3) tümünü yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 1).

İncelenen sağlık personelinin görev yaptığı kurumların hiç birinde hasta bekleme salonu ve hasta bakılan yerlerde (poliklinik, aşı odası, acil odası, AP odası, bebek gebe poliklinikleri vb.) sigara içilmiyordu. Ancak kurumların %26.8'inde hastanın olmadığı yerlerde sigara içildiği saptandı (Tablo 1).

Kullanılan ölçeklere göre; bilgi puanı ortalaması 20.65 ± 4.81 (min= 8, mak= 29), tutum puanı ortalaması 9.72 ± 2.53 (min=0.0 mak= 12) ve davranış puanı ortalaması 5.88 ± 2.13 (min=2 mak= 11) olarak saptanmıştır. Davranış ölçeği boyutlarındaki değerlendirmeye göre ise; bireysel davranış puanı ortalaması 3.19 ± 0.91 (min=18,

Tablo 1: Sigara Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçek Değişkenleri ve Katılım Yüzdeleri

Bilgi Değişkenleri (n=142)	%	Tutum Değişkenleri (n=142)	%
Sigara içimi Türkiye'nin önlenebilir en önemli sağlık sorunudur	75.4	Sağlığa zararlıdır	97.8
Dünyada her 10 yetişkinden biri sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölüyor	87.3	Sigara içen hastaların kayıtları tutulmalıdır	64.1
Türkiye'de yaklaşık 2 yetişkinden biri sigara içiyor	82.4	Hastaların rutin olarak sigara alışkanlıkları sorulmalıdır.	82.7
Türkiye'de gelişmiş ülkelerin aksine gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yükseldikçe sigara içme sıklığı azalıyor.	62.7	Sağlık personeli sigara içenleri bırakma yönünde teşvik etmelidir.	97.0
Günümüzde sigara tekelleri için hedef grup kadınlar ve ergenlerdir	78.2	Sigara konusunda toplum, özellikle çocuk ve ergenler bilgilendirmeli ve bilinçlendirilmelidir.	97.0
Sigara içindeki nikotin nedeniyle eroin, kokain ve morfin kadar bağımlılık yapmaz	65.5	Birinci basamak sağlık kurumları sigara bırakma konusunda yardım isteyenlere danışmanlık verebilmelidir.	92.6
Light sigaralar sağlığa daha az zararlıdır.	88.0	Sigara bırakılabilir.	94.6
Sigara ile mücadele yasaları, sigara kullanımının azaltılmasında etkili olamazlar	41.5	Benim sigarayı bırakmam imkansız. (Sigara içen kişiler için)	38.6
Akciğer kanserlerinin %90'ı sigara kaynaklıdır	85.9	Pasif içicilik pek çok hastalığa neden olduğu için önlenmelidir.	99.2
Sağlık ve eğitim kurumlarında sigara içilmesi yasa ile engellenmiştir.	76.1	Sigara içen kişiler ciddi sağlık riskleri taşımaktadırlar.	95.4
Sigaranın Neden Olduğu Hastalıklar		Sigara içen gebeler mutlaka sigara bırakmaları yönünde desteklenmelidir.	99.2
Akciğer kanseri	98.6	Sigara bırakmak isteyen kişiler sigara polikliniklerine yönlendirilmelidir.	99.3
Koroner kalp hastalıkları	94.4		
Kronik obstruktif akciğer hastalığı	92.3	Davranış Değişkenleri	
Serebro vasküler hastalıklar	87.3	Bireysel Sigara İçme Davranışı Değişkenleri(n=52)	
Ağız içi kanserler	89.4	Sigarayı bırakmayı deneme	71.2
Bademcik kanseri	71.8	Evde sigara içen	82.7
Pankreas kanseri	50.0	Poliklinikte sigara içen	1.9
Serviks kanseri	33.8	Kalabalık ortamlarda sigara içen	38.5
Lösemiler	35.2	Çocuklarının yanında sigara içen	76.9
Özofagus kanseri	69.7	Sağlık Personeli Olarak Sigara Mücadele Davranışı(n=142)	
Prostat kanseri	46.5	Hastaların sigara alışkanlıklarını sorgulama	22.5
Gırtlak kanseri	90.8	Sigara içen hastaları düzenli takip	2.1
Mesane kanseri	48.6	Sigara içenleri bırakmaya teşvik etme	76.8
Pasif İçiciliğin Neden Olduğu Hastalıklar		Sigara konusunda eğitim yapma	52.8
Özellikle çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları	90.8	Sigara bırakmak isteyenleri sigara polikliniğine yönlendirme	25.4
Özellikle çocuklarda astım ve allerjik hastalıklar	93.0	Bireysel Korunma Davranışı(n=52)	
Bebeklerde ve çocuklarda orta kulak enfeksiyonları	40.1	Periyodik sağlık muayenesi	16.9
Büyüme gelişme geriliği	75.4	Akciğer filmi	12.0
Zeka geriliği	49.3	Kan kolesterol takibi	35.2
Ani bebek ölüm sendromu	43.0	Kan basıncı takibi	50.0
Akciğer kanseri ve diğer	85.2		

Tablo 2: Demografik Özelliklere Göre Bilgi, Tutum ve Sağlık Personeli Olarak Davranış Puanlarının Ortalama ve Standart Sapmaları (N=142)

	N	%	Bilgi		Tutum		Davranış (Sağlık personeli olarak)	
			Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Cinsiyet								
Erkek	31	21.8	21.06	4.99	9.38	3.07	1.87	0.92
Kadın	111	78.2	20.54	4.76	9.81	2.37	1.79	1.08
Yaş Grupları								
30 yaş altı	38	26.8	19.73	4.59	9.86	2.35	1.60	1.19
30-39 yaş	82	57.7	21.52	4.52	9.69	2.69	1.85	0.98
40 yaş ve üzeri	22	15.5	19.00	5.62	9.59	2.34	20.00	1.02
Öğrenim Durumu								
Lise	33	23.2	18.21	4.02	9.57	2.65	1.48	1.17
Üniversite/Yüksekokul	103	72.5	21.31	4.79	9.74	2.57	1.92	1.00
Lisansüstü Eğitim/Uzmanlık	6	4.2	22.83	4.95	10.16	0.98	1.66	0.81
Unvan								
Hekim	44	31.0	22.70	4.24	10.20	2.37	2.36	0.91
Hemşire	33	23.2	20.30	4.42	9.51	2.64	1.51	1.09
Sağlık Memuru	50	35.2	19.62	5.09	9.96	1.80	1.66	1.04
Ebe	15	10.6	18.86	4.54	8.00	3.98	1.33	0.72
Meslek Yılı								
10 yıl altı	38	26.8	20.71	4.59	10.05	2.06	1.84	1.15
10-19 yıl	85	59.9	21.14	4.75	9.65	2.72	1.77	1.01
20 yıl ve üzeri	19	13.4	18.36	50.1	9.36	2.56	1.89	1.04
Sigara İçme Durumu								
İçiyor	52	36.6	20.19	4.88	9.07	3.49	1.69	1.02
İçmiyor	90	63.4	20.92	4.76	10.10	1.67	1.87	1.06
Evde çocuk olma durumu								
Var	106	74.6	20.81	4.87	9.60	2.69	1.82	1.04
Yok	36	25.4	20.19	4.62	10.08	1.99	1.77	1.09
Toplam	142		20.65	4.80	9.72	2.53	1.80	1.05

* p<0.05

mak= 5), sağlık personeli olarak davranış puanı ortalaması 1.80 ± 1.05 (min= 0, mak= 4) ve korunma davranışı puanı ortalaması 1.14 ± 1.21 (min= 0, mak= 4) (Tablo 2).

Bilgi, tutum, davranış puanı ve sağlık personeli olarak sigara ile mücadele davranış puanı ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puanın hekimlerde olduğu ve puanların diğer sağlık çalışanları puanları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim durumu ile puanlar karşılaştırıldığında; eğitim durumu yükseldikçe bilgi puanının

yükseldiği görülmektedir ($p = 0.003$) (Tablo 2).

Sigara içmeyen kişilerin içenlere göre bilgi, tutum ve sağlık personeli olarak sigara ile mücadele davranış puanları daha yüksek olmasına rağmen, puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının bilgi, tutum ve davranış puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; tutum düzeyi ile davranış düzeyi arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki ($r = 0.334$, $p = 0.015$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 3: Sigara İçme Durumuna Göre Bilgi, Tutum ve Sağlık Personeli Davranış Puanı Ortalamaları Karşılaştırılması ve Independent T Testi Sonuçları

Bilgi Puanı	N	Ortalama ($\pm$ SS)	T	p
İçiyor	52	20.19 ± 4.88	-0.871	0.385
İçmiyor	90	20.92 ± 4.76		
Toplam	142	20.65 ± 4.80		
Tutum Puanı				
İçiyor	52	9.07 ± 3.49	-1.982	0.052
İçmiyor	90	10.10 ± 1.67		
Toplam	142	9.72 ± 2.53		
Sağlık Personeli Davranış Puanı				
İçiyor	52	1.69 ± 1.02	0.572	0.568
İçmiyor	90	1.87 ± 1.06		
Toplam	142	1.80 ± 1.05		

Tablo 4: Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

		Bilgi Puanı	Tutum Puanı	Davranış Puanı
Bilgi Puanı	r	1.000	0.108	0.231
	p		0.201	0.099
	N	142	142	52
Tutum Puanı	r	0.108	1.000	*0.334
	p	0.201		0.015
	N	142	142	52
Davranış Puanı	r	0.231	0.334*	1.000
	p	0.099	0.015	
	N	52	52	52

$p < 0.05$

TARTIŞMA

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara içme durumu, sigaranın etkileri ve kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeyleri saptanmıştır. Araştırmamızda birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara içme oranı %36.6 olarak saptanırken, hekimlerde %34.1, hemşire ve ebelerde sırasıyla %42.4 ve %32.0 olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde hekimlerdeki sigara içme oranları bizim araştırmamızdaki hekimlerin sigara içme oranından çok düşüktür (7,13,26,51). Ülkemizde hekimlerde sigara içme sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda oranlar %35.7 ile %54.0 arasında değişmekte iken (11,12,29,48,51), hemşirelerde bu oran %47.6-%58.8 arasında (17,36,43) olup her iki kesimin sonuçları da bizim sonuçlarımız ile uyum göstermektedir. Türkiye’de 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden araştırmada, 15 yaş üzeri nüfusta sigara içme oranı %43.6 olarak bulunmuştur (44). Sağlık personelinin sigara içme oranının genel popülasyonun sigara içme oranı ile benzer olduğu; hemşirelerde sigara içme oranlarının doktorlar ve dış hekimlerinden daha yüksek olduğu çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (17,36). Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerdeki sigara içme oranı Danimarka’da %29-30, İngiltere’de %25.8, Fransa’da %25, İtalya’da %43 Japonya’da %18.6, Çin’de %7.4 olarak bildirilmiştir (17).

Akdeniz ülkesi olan İspanya (%42.3) ve Yunanistan’da (%44) sigara içme oranları bizim sonuçlarımızdan çok farklı değildir (13,51). Tıp öğrencilerinde sigara içme oranları erkeklerde %0-56.9 ve kadınlarda %0-44.7 arasında değişmektedir (1,40).

Çalışmamızda cinsiyetlere göre sigara içme oranı ise erkeklerde (%41.9) kadınlardan (%35.1) ($p>0.05$) fazladır. Türkiye’de, hekimlerde yapılan çalışmalarda benzer şekilde erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla oranda sigara içtikleri ve kadın hekimlerin sigara içme oranlarının toplumdaki kadınların sigara içme oranlarının üzerinde olduğu saptanmıştır (12,13,20,36,48). Bu durum sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan daha iyi koşullarda olmaları ve daha özgür yaşamalarına bağlanabilir (44). Bu durumun genel olarak Müslüman ülkelerde eğitim düzeyinin yükselmesi ve kentleşme sonucu olduğu bildirilmektedir (40).

Araştırmamızda, sağlık personelinin ortalama sigara kullanımı 6.37 paket yıl ve ortalama günlük olarak kullanılan sigara miktarı 12.6 adet olarak saptanmıştır. Cirit ve arkadaşları yaptığı çalışmada hekimlerin sigara kullanımları (13.5 paket-yıl) bizim çalışmamızda bulduğumuz

sonuçlardan oldukça yüksektir (13).

Dilbaz ve arkadaşları yaptığı çalışmada hemşirelerde günlük içilen sigara sayısı 12.8 olarak (17), Sejr ve arkadaşlarının öğrenci hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada ise ortalama günlük içilen sigara miktarı 8.5 adet olarak bildirilmişlerdir (42).

Çalışmamızda sigara konusundaki bilgi puanı ortalamasının 30 puan üzerinden 20.65 puan olduğu saptanmıştır. Sigara konusunda daha bilgili olması gereken sağlık personelinin orta düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Hekimlerin bilgi düzeyi diğer sağlık personeline göre daha iyi düzeydedir. Sigara içiciliğinin neden olduğu kanserler konusunda solunum sistemi kanserleri ile ilgili bilgi düzeyleri varken, solunum sistemi dışındaki kansere neden olması konusundaki bilgilerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle sigaranın prostat, özafagus, mesane ve serviks kanserine yol açabileceğini araştırma grubunun %50’sinden daha azı bilmıştır. Yapılan çalışmalarda da hekimlerin, hemşirelerin ve tıp öğrencilerinin sigara ve zararları konusunda bilgi düzeylerinin çok yeterli olmadığı gösterilmiştir (8,31,40,42,45). Toplumu kapsayan araştırmalarda da bilgi düzeyinin yeterli olmadığı gösterilmiştir (29,38). Dilbaz ve arkadaşları yaptığı çalışmada hemşirelerin %89’unun sigaranın sağlığa zararlı olduğunu bildiklerini ifade etmelerine rağmen içtiklerini saptamıştır (17).

“The 1996 California Tobacco Survey”de toplumdaki sigara içenlerin %27.9’u light sigaraların daha az katran ve nikotin içerdiğini düşündüğü belirtilmektedir. Light sigara içenler sigaradan daha az zarar gördüklerini düşünmektedirler (38). Bizim araştırmamızda da benzer sonuç saptanmıştır.

Düzenli sigara içicisiyle yaşayan çocukların %85’i çevresel tütün dumanına (ÇTD) maruz kalmaktadırlar (46). Bizim araştırmamızda da sigara içenlerin %88’i evde sigara içmektedir.

Çalışmamızda sağlık personelinin sigara konusundaki tutum puanı ortalaması 12 puan üzerinden 9.72 puan olarak saptanmıştır. Tutum puanı ortalaması, davranış ve bilgi puanına oranla daha yüksek bulunmuştur. Ancak yine de bir sağlık personelinin sahip olması gereken tutum düzeyinde değildir. Sigara konusunda sağlık personelinde yapılan çeşitli çalışmalarda tutum ölçütü olarak değerlendirilen hastaya sigara içme durumunu sorma ve hastayı sigara bırakma yönünde teşvik etme bizim çalışmamızda daha çok kabul edilen tutum olarak sergilenmiştir. (31,42). O’Loughlin Genel Pratisyen’lerde (GP) yaptığı çalışmada hastaya sigara içme durumunu sorma ve teşvik etme tutumu bizim çalışmamızla benzer oranlarda

bildirilmiştir (34).

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının bilgi, tutum ve davranış puanları arasındaki ilişkinin analizinde, tutum ile davranış arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.334$, $p=0.015$).

Çalışmamızda davranış puanı ortalaması 15 puan üzerinden 5.88 puan olarak gerçekleşmiştir. Sağlık personelinin sigarayla ilgili orta düzeyde davranış sergilediği saptanmıştır. Bireysel koruma davranışı parametreleri içinde yer alan, sigara içen kişilerin kalabalık ortamlarda ve çocuklarının yanında sigara içmemesi konularında özenli oldukları görülmüştür. Ayrıca sigara içicileri çok büyük oranda sigarayı bırakmak istediklerini belirtmişlerdir.

National Health Service'in sağlık personeli için sigara bıraktırma rehberinde (49) önerdiği; hizmet alan kişilerin sigara alışkanlıklarını sorgulama, sigara kullananları takip etme, sigara bırakmaya yönlendirme, sigara eğitimi ve sigara içen kişilerle ilgili kayıt tutma parametrelerinden oluşan "sağlık personeli olarak davranış puanı" ise oldukça düşüktür. Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara mücadelesi konusunda önemli görevleri olmasına rağmen sağlık personeli olarak bunları yerine getirmediği görülmektedir. Araştırma sonuçlarımıza göre sağlık personelinin %22.5'i hizmet alan kişilere sigara alışkanlığını sorarken, %2.1'i sigara içenleri düzenli izlediğini, %7 bu hastalarla ilgili kayıt tuttuğunu, %76.8'i ise sigara içen kişileri bırakmaları konusunda teşvik ettiklerini söylemişlerdir. Hekimlerin %40.9'u hastalarına sigara içip içmediklerini sorduklarını belirtmişlerdir.

Birinci basamak hekimleri sigara içenleri saptamada, değerlendirmede ve tedavisinde önemli bir anahtar rol oynayabilir. Hekimler sigara içenlerin yaklaşık %70'i ile her yıl en az bir defa karşılaşmaktadırlar ve hasta hekim ilişkisi nikotin bağımlılığının tedavi için benzersiz ve güçlü bir etkiye sahiptir (26).

Değişik ülkelerden bildirilen çalışmalarda, hekimlerin hastalarının sigara içme alışkanlıklarını %40-98 arasında sorguladıkları görülmektedir, %51-90'ının önerilerde bulunduğu, %25-68'inin yazılı materyal sağlayarak veya 2 dk yada daha fazla süre ayırarak yardımcı oldukları, %5-11'inin sigara bırakmayı takip ettiği gösterilmiştir (3,7,13,25,26,34,51).

Birinci basamak hekimleri hastalarına sigara bırakmayı yönlendirmede hayati bir rolleri vardır. Çalışmalar sadece hekimlerin önerisinin bile %5-10 arasında bir yıllık bırakma oranlarına ulaşıldığını göstermektedir. Takiplerle de bırakma oranlarının %20-36'lara çıktığı gösterilmektedir

(13,40,49).

Yine Cirit ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hekimlerin %30.1'inin hastalarının yanında sigara içtiği, %21.7'sinin çocuklarının yanında devamlı sigara içtiği (13), Tuğlu ve arkadaşları sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %10.9'u hastalarının yanında sigara içtiklerini belirttikleri bildirmektedir (48). Bizim çalışmamızda hekimlerden hiç biri hastasının yanında sigara içmediğini, sağlık personelinin ise %23.1'inin çocuğunun yanında sigara içtiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda sigara içen kişilerin sigaranın neden olacağı hastalıklar konusunda erken tanının konabilmesi için gereken kontrolleri de yaptırmadıkları görülmektedir. Bu kontrollerin en basitlerinden olan sağlık muayenesini bile ancak %19.2 gibi çok az bir kısmı yaptırmaktadır. Tanıyon takibini de ancak %55.8'i yaptırmaktadır. Sigaranın en çok neden olduğu solunum sistemi hasarlanmaların erken tanısı için ise akciğer filmi çekirme oranı %11.5 gibi çok düşük bir orandadır.

Asword ve arkadaşları yaptığı araştırmada birinci basamak hekimlerinin %53'ünün, sigara içen hastalarından akciğer grafisi taraması yaptırdığını bildirmektedir. Yine bu araştırmada, sigara içimi konusunda koruyucu hekimlikteki en önemli engellerin; sigara içimini önlemedeki eğitim eksikliği ve mesajların belirsiz olması, sağlık eğitimcisinin az olması, zaman azlığı gibi nedenler olarak ifade edilmiştir (3).

Bazı araştırmalarda balgam sitolojisinin ve akciğer grafisi taramasının akciğer kanseri ölümlerini azaltmadığı, bunun yerine sigara bırakma danışmanlığı üzerine yoğunlaşmayı önermektedirler. "US Preventive Services Task Force" asemptomatik kişilerde rutin akciğer grafisini ve balgam sitolojisini önermemektedir (33).

SONUÇ

Hekimlerin sigara bırakmadaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemektir (13, 14, 51). Ancak, ne yazık ki hekimlerin bu konudaki gerek bilgileri gerekse istekleri tüm dünyada ve ülkemizde yeterli görülmemektedir.

Türkiye henüz sigara mücadelesinde çok yetersiz kalmaktadır. Sigaranın zararlarının önlenmesine dair yasa ancak 1996 yılında çıkmıştır. Yasanın uygulanmasında halen ciddi aksaklıklar vardır. Sigara konusundaki eğitim başta sağlık

personeli olmak üzere tüm toplumda halen eksiktir. Sigara yaygınlığına yönelik çalışmalar halen çok az sayıda ve toplumu ifade etmemektedir. Sigara bırakma yönünde teşvik çok az ve bırakmak isteyenlere destek verecek sağlık yapılanması yok denecek kadar azdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının sigara mücadelesinde çok önemli görevleri vardır. Ülkemizde sigara kullanımının artmasının nedenlerinden biri de bu alanda görevi olan özellikle birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının gerekeni yapmamasıdır. Toplumun sigara konusunda bilgilendirilmesinden, sigaraya başlanmaması ve sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına kadar sigara mücadelesinde pek çok boyutta işlevleri vardır. Tüm bu işlevlerinden daha da önemlisi sigara içmeyen bireyler olarak topluma özellikle gençlere rol model olmalarıdır.

Sigara konusunda sağlık personelinin bilgi tutum ve davranışını inceleyen pek çok araştırmada, sigara ile ilgili bilgi ve tutumun belli bir düzeyde olmasına karşın, halen özellikle ülkemizde çok yoğun olarak sigara içtikleri gösterilmiştir. Sağlık personelinin eğitimi ile bilgi düzeylerinin artırılması sigara içiciliğinde istenilen düşüslere neden olmamaktadır. Bu nedenle sigaranın sağlık zararlarının bilinmesine rağmen halen sigara içilmeye devam edilme nedenleri konusunda niteliksel araştırmalar yapılması gerekliliği düşünülmektedir. Bunun dışında tıp ve hemşirelik eğitimlerinin daha ilk yıllarından itibaren eğitim programı içine sigara konusundaki eğitimlerin konulmasının da önemli olduğu görüşündeyiz.

Toplumdaki sigara yaygınlığının azaltılabilmesi için, sigara bırakma yönünde teşviklerin bireysel, kurumsal ve toplumsal olarak sağlanması ve bırakmak isteyenlere destek verecek sağlık yapılanmasının kurulması gereklidir. Bu yapılanma için en uygun olan koşul da ülkemizde çok yaygın örgütlenmesi olan sağlık ocağı hekimlerinin sigara bırakma konusunda danışmanlık yapabilecekleri koşulların sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Akvardar Y, Aslan B, Ekici ZB, et al. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 2001;2:1-8
- 2- Arnold CL, Davis TC, Berkel HJ, et al. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Am J Prev Med* 2001; 32:313-320

- 3- Ashford A, Gemson D, Gorin SNS, et al. Cancer screening and prevention practices of inner-city physicians. *Am J Prev Med* 2000;19(1):59-62
- 4- Austoker J, Sanders D, Fowler G. Cancer prevention in primary care: smoking and cancer: smoking cessation. *BMJ* 1994;308:1478-1482.
- 5- Austoker J. Cancer prevention in primary care cancer prevention: setting the scene. *BMJ* 1994;308:1415-1420.
- 6- Bilir N. Ulusal akciğer sağlığının temel göstergeleri ve araştırma öncelikleri. *Toraks Dergisi*, 2002;3:317-320.
- 7- Block DE, Hutton KH, Johnson KH. Differences in tobacco assessment and intervention practices: a regional snapshot. *Am J Prev Med* 2000;30:282-287.
- 8- Box V, Anderson Y. Cancer beliefs, attitudes and preventive behaviours of nurses working in the community. *Cancer beliefs of community nurses. Eur J Cancer Care*, 1997; 6: 192-208.
- 9- Brenner H, Born J, Novak P, Wanek V. Smoking behavior and attitude toward smoking regulations and passive smoking in the workplace. *Am J Prev Med* 1997; 26: 138-143
- 10- Brescia FJ. Lung cancer- a philosophical, ethical, and personal perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2001; 40: 139-148.
- 11- Çan G. Sigara içme alışkanlığı ve sigarayı bırakma, <http://meds.ktu.edu.tr/~tozlu/quit.html>
- 12- Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Trabzon il merkezinde görev yapan doktorlarda sigara içme sıklığı. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 1999;20:2-3.
- 13- Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. *Toraks Dergisi*, 2002;3:253-256.
- 14- Chapman S. Recent advances: tobacco control. *BMJ* 1996;313:97-100.
- 15- Danacı AE, Yorgancıoğlu A, Çelik P, et al. Manisa ili lise öğretmenlerinin sigara içmeye karşı tutumları. *Toraks Dergisi*, 2000;1:16-20.
- 16- Demiralay R. Behaviours and attitudes of medical students towards smoking. *Turk J Med Sci* 2002;32:339-344.
- 17- Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2002;3:73-83
- 18- Dowdell EB. Urban seventh graders and

- smoking: a health risk behaviour assessment. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 2002; 25:217-229
- 19- Early release of selected estimates based on data from the 2002 national health interview survey, CDC; 2002: 38-43
 - 20- Ertuğrul E, Erkan F, Çuhadaroğlu Ç. Smoking behaviour and attitudes of doctors in a university hospital in İstanbul. *J Smoking-Related Dis* 1994; 5: 177-181
 - 21- Esen A, Yorgancıoğlu A, Şen FS ve ark. Celal Bayar Üniversitesi Hekimlerinin sigara içme davranışına karşı tutumları. *Tüberküloz ve Toraks* 1998; 46: 250-255
 - 22- WHO/WPRO-Smoking Statistics http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20020528.htm
 - 23- Fichtenberg M. C, Glantz A. S, Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review, *BMJ* 2002; 325(7357): 188
 - 24- Frank E, Winkleby MA, Altman DG, et al. Predictors of physician's smoking cessation advice. *JAMA* 1991;266:31-39
 - 25- Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ, et al. The California Tobacco Control Program: A decade of progress, results from the California Tobacco Surveys, 1990-1998. La Jolla, CA: University of California, San Diego; 2001: 6-26
 - 26- Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Am J Prev Med* 1998; 27:720-729.
 - 27- Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü. İzmir ili lise öğrencilerinin sigara alışkanlığını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi*, 2001;2:49-53.
 - 28- Katz D, Muehlenbruch D, Brown R, et al. Effectiveness of a clinic based strategy for implementing the ahrq smoking cessation guideline in primary care. *Am J Prev Med* 2002; 35:293-302.
 - 29- Kim KK, Yu ESH, Chen EH, Kim J, et al. Smoking behaviour, knowledge, and beliefs among Korean Americans. *Cancer Pract* 2000; 8:223-230
 - 30- Kurtz M, Kurtz JC, Contreras D, Booth C, Knowledge and attitudes of economically disadvantaged women regarding exposure to environmental tobacco smoke. *Eur J Public Health* 2003; 13:171-176
 - 31- Lei Z, Jingheng H, Jianzhong L. Smoking among Shanghai medical students and the need for comprehensive intervention strategies. *Health Promot Int* 1997;12 (1):27-31
 - 32- Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization 2002, Geneva
 - 33- Morrison BJ. Interventions other than smoking cessation to prevent lung cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada, 1994; 780-86.
 - 34- O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, et al. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Am J Prev Med* 2001; 33:627-638
 - 35- Osborne M, Boyle P, Lipkin M. Cancer prevention. *Lancet* 1997; 349 (suppl II):27-30
 - 36- Öncel S. İzmir Metropolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları (Basılmamış uzmanlık tezi) TC Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir,1984
 - 37- Perlman F, Bobak M, Steptoe A, et al. Do health control beliefs predict behaviour in Russians? *Am J Prev Med* 2003; 37:73-81
 - 38- Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, et al. Tobacco control in California: who's winning the war? an evaluation of the tobacco control program, 1989-1996. La Jolla, CA: University of California, San Diego; 1998: 12-18
 - 39- Public knowledge and beliefs about the effects of smoking, <http://www.quit.org.au/quit/Fandi/fandi/c03s19.htm>
 - 40- Richmond R. Teaching medical students about tobacco. *Torax* 1999; 54:70-78.
 - 41- Sammut MR. Breaking the smoking habit in Malta. *Maltese Med J*, 1998;10 (1): 22
 - 42- Serj H.C, Osler M. Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Am J Prev Med* 2002; 34:260-265.
 - 43- Sezer E, Açık Y, Bilgin N, ve ark. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. *Sigara Alarmı* 1992; 2:9.
 - 44- Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırma raporu, PİAR, Ocak, 1988.
 - 45- Soliman AS, Raouf AA, Chamberlain RM. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to cancer control and screening among primary care physicians in Egypt: the need for postgraduate medical education. *J Cancer Educ* 1997; 12: 100 -107.
 - 46- Smoking in Canadian Homes, Does Health Knowledge Make a Difference?. http://www.smoke-free.ca/pdf_1/ETS-Health-knowledge.pdf
 - 47- Tobacco- Health Facts. Fact Sheet No 221, 1999, <http://www.who.int/inf-fs/en/fact221.html>.

- 48- Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, Şenveli B, Abay E. Hekimlerde sigara içme alışkanlığı ve ruhsal örüntü. Bağımlılık Dergisi, 2000; 1:32-37.
- 49- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999
- 50- World Health Report: 2002 Reducing risks, promoting healthy life, WHO, 2002 Geneva.
- 51- Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Dergisi 2000;1:90-95.