

Ankara ili Yenimahalle ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde tütün bağımlılığı ve ilişkili risk faktörleri

Nicotine dependence and related risk factors at individuals admitted to primary care units in Ankara Yenimahalle

Tijen Şengezer¹, Fazilet Sivri², Nesrin Dilbaz³, Didem Sunay⁴

Özet

Amaç: Birinci basamakta tütün bağımlılığı sıklığının değerlendirilmesi, bağımlılıkla ilişkili sosyo-demografik özelliklerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışma Ankara ili Yenimahalle ilçesinde bulunan iki birinci basamak sağlık kuruluşunda yürütüldü ve 01/01/2009-10/03/2010 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran bireyler rasgele örneklem metodu ile çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların yaş, eğitim, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, aile yapısı, geçim kaynağı, sağlık kuruluşuna başvuru nedeni, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı ve ailede sigara içme durumu ile ilgili bilgileri önceden hazırlanan anket formu ile elde edildi. Sigara içtiğini belirten katılımcıların bağımlılık düzeyini saptamak üzere Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 12-86 yıl arasında değişen 451 (%45.1) erkek, 549 (%54.9) kadın olmak üzere 1000 hasta dâhil edildi. Katılımcıların sigara içme oranı %29 olup, 36-44 yaş arasında ve erkeklerde daha yüksekti (sırasıyla, $p=0.001$ ve $p=0.001$). 18 yaş altındaki katılımcılar arasında cinsiyete göre sigara içme durumunda anlamlı bir fark görülmezken ($p=0.72$), 18 yaş üstünde kadınlara göre erkeklerde daha yüksekti ($p=0.001$). Sigara içme oranları, yalnız yaşayanlarda ($p=0.027$), serbest çalışanlarda ($p=0.001$), geçimini geçici/gündelik işlerden sağlayanlarda ($p=0.001$), annesi ($p=0.001$), babası ($p=0.001$), erkek ve kız kardeşleri (sırasıyla, $p=0.012$ ve $p=0.001$), ikinci derece kadın akrabaları sigara içenlerde ($p=0.04$) ve herhangi bir fiziksel hastalığı olmayanlarda ($p=0.003$) daha yüksekti. Fagerström puanları karşılaştırıldığında kadınlarda bağımlılık düzeyinin daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0.014$). Anne, baba, kız kardeşin sigara içmesi durumunda sigara içme olasılığının sırasıyla 2.12, 1.51 ve 2.87 kat arttığı saptandı. Ayrıca sigara içme olasılığı erkek cinsiyette ve parçalanmış aile üyelerinde sırasıyla 2.16 ve 1.92 kat artmaktaydı.

Sonuç: Sigara içme olasılığı ailede sigara içen olduğunda artmaktadır. Gelecek nesilleri tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik sonuçlarından korumak için ebeveynlere ve bireyi sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte ele alan aile hekimlerine ciddi görevler düşmektedir.

Anahtar sözcükler: Sigara, aile bireyleri, risk faktörleri, aile hekimi.

Summary

Objective: To assess frequency of nicotine dependence, and to determine related sociodemographic characteristics and risk factors among patients attending primary care units.

Methods: This descriptive study was conducted at two primary care units in Ankara Yenimahalle and patients attending to primary care outpatient clinics were enrolled to this study between 01/01/2009-10/03/2010 by random sampling regardless of their chief complaint. Information about age, education, occupation, marital status, place of residence, with whom they live, family structure, source of income, cause of admission, comorbid physical and psychiatric diseases and smoking history of other family members were obtained by pre-prepared questionnaire. Fagerström Nicotine Dependence Test (FNBT) was applied to determine dependence level of the smokers.

Results: A total of 1000 patients, 451 (45.1%) male, 549 (54.9%) female whose ages were between 12-86 years were included into the study. Smoking rate of participants was 29% and it was high among 36-44 years of age and among men ($p=0.001$, $p=0.001$, respectively). While no significant difference was seen in smoking rates by sex among participants under age 18 ($p=0.72$), over age 18 smoking rates were higher in men than women ($p=0.001$). Smoking rates were high in patients living alone ($p=0.027$), self-employed ($p=0.001$), temporary/causal workers ($p=0.001$), whose mothers ($p=0.001$), fathers ($p=0.001$), brother and sisters ($p=0.012$ and $p=0.001$, respectively) and second-degree women relatives were smoking ($p=0.04$) and those without any physical diseases ($p=0.003$). When Fagerström scores were compared, dependence level was found lower in women ($p=0.014$). 2.12, 1.51 and 2.87 fold increases in probability of smoking were determined in the event of smoking of mother, father and sister, respectively. Also probabilities of smoking were 2.16 and 1.92 fold increased in male gender and in members of divorced family, respectively.

Conclusions: Probability of smoking increases if there is smoker in the family. Parents and family physicians who assess the individual with his social, cultural, economical, psychological and biological environment, have serious tasks to protect future generations from devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption.

Key words: Cigarette smoking, family members, risk factors, family physician.

¹ SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

² Fatma Hanım Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Sakarya

³ NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi, Prof. Dr., İstanbul

⁴ SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık olmasının yanı sıra, tütün ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada toplam 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Kadınlarda sigara içme oranı erkeklerle oranla daha az olmakla birlikte son yıllarda bu oranın da artmış olduğu bilinmektedir. Hindistan, Endonezya ve Çin bu sayının çoğunluğunu oluşturmaktadır ve toplam sigara içenlerin %75 gibi büyük bölümü Türkiye'nin de aralarında olduğu 10 ülkede yaşamaktadır.^[1] Ancak ülkemizde 2008 ve 2012 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından uygulanan yetişkinlerde tütün kullanımının ve tütün kullanımına ilişkin temel göstergelerin sistematik şekilde izlenmesi için geliştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre tütün kullanımında 2008 (%31.2; 16 milyon) ile 2012 (%27.1; 14.8 milyon) yılları arasında anlamlı azalma olmuştur. Bu, tütün kullanımında %13.4'lük rölatif azalma (erkeklerde %13.5, kadınlarda %13.7) anlamına gelmektedir. Bu değişikliğin bir nedeni, 19 Mayıs 2008'de yürürlüğe giren Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda (Kanun no: 4207) Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun (Kanun No: 5727) ve 7 Mayıs 2007'de uygulamaya konan Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı'nın etkili şekilde uygulanması olabilir.^[2]

Madde bağımlılığında genetik, psikolojik, sosyal boyutlar gibi multifaktöryel etkenler yer almaktadır.^[3] Biyolojik boyutunda tıbbi tedaviler devreye girerken, sosyal boyutunda bağımlılık için olası risk etkenleri, alevlenme ve bağımlılığın sürmesinde rol oynayan özellikler, tedavilere toplumsal destek gibi özellikler yer almaktadır. Sigara bağımlılığında risk faktörleri ve sosyo-demografik özellikler ile ilişkisini değerlendiren birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye'de sigara içicilerinin %20'si 11-14 yaşları arasında olup, tüm içicilerin %83'ü 21 yaşından önce sigaraya başlamış durumdadır.^[4] Anne, baba veya kardeşleri sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, erkeklerin kızlara göre, ağabeyleri, sevdikleri öğretmen ve ustaları, örnek aldıkları sanatçı ve futbolcuları sigara kullananların kullanmayanlara göre daha çok sigara içtikleri bildirilmiştir.^[5,6]

Ülkemizde sigara içme sıklığı batı toplumlarının tersine eğitim düzeyi ile paralel olarak artmaktadır. Okula gitmeyenlerde sigara içme oranı %26, ilkökul mezunlarında %47, ortaokul mezunlarında %52, lise mezunlarında %45 ve üniversite mezunlarında %59 olarak bildirilmiştir.^[2] Meslek gruplarına bakıldığında sigara kullanım sıklığı öğretmenlerde %50.8, doktorlarda %43.9 ve sanatçılarda %34.9 olarak bulunmuştur.^[7]

Bu çalışmada birinci basamakta tütün bağımlılığı sıklığının değerlendirilmesi, bağımlılıkla ilişkili sosyo-demog-

rafik özelliklerin karşılaştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler aile hekimlerinin sigara bağımlılığı ile mücadelede koruma, tespit, tedavi ve bağımlılık merkezlerine sevk konularında yardımcı olabilir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki çalışma Ankara ili Yenimahalle ilçesinde bulunan ve rasgele seçilen iki birinci basamak sağlık kuruluşunda Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayıyla yürütüldü. Örneklem sayısı evreni bilinmeyen örneklem sayısı formülüne göre %5 hata payı ve %3 hata payı ile $[n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} (t=1.96, p=0.5, q=0.5, d=0.03)] n=1067$ olarak belirlendi. 01/01/2009-10/03/2010 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya dahil etme kriterlerine uygun 1067 hastaya anket uygulandı. Görüşmelerden önce etik kurul kararı gereği tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı onayları alındı.

Katılımcıların yaş, eğitim, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, aile yapısı, geçim kaynağı, sağlık kuruluşuna başvuru nedeni, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalık varlığı ve ailede sigara ve alkol kullanma durumu ile ilgili bilgileri önceden hazırlanan ve denemesi yapılan 32 soruluk anket formu ile tek bir hekim tarafından elde edildi. Halen sigara içen ve hiç içmemiş olanlar çalışmaya dahil edildi, içmiş bırakmış olanlar çalışma dışı bırakıldı. Sigara içtiğini belirten katılımcıların bağımlılık düzeyini saptamak üzere Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) yapıldı. Fagerstrom ve Schneider tarafından 1989'da geliştirilen FNBT, sigara içen bireylerde nikotin bağımlılığının derecesinin ölçülmesine olanak tanıyan 6 soruluk bir tarama testidir.^[8] Her soruya 0-3 arasında değer verilmekte ve sonunda toplam değere göre bağımlılık derecesi belirlenmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0 (sıfır) en yüksek puan 10 (on)'dur.

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Program for Social Sciences)sürüm 15.0 programı ile değerlendirildi. Sigara içme durumu ile sosyo-demografik veriler arasındaki ilişkilerin analiz, değerlendirilme ve karşılaştırılmasında ki kare testi (2 bağımsız kategorik veri) ve MannWhitney U testi (2 bağımsız numerik veri) kullanıldı. Sigara içme durumunu etkileyen faktörler için step by step metodu ile Lojistik regresyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Çalışmayı yarıda bırakan ya da tutarsız cevap veren 67 kişinin anketleri iptal edilmiş ve çalışma 1000 kişi ile tamamlanmıştır. Katılımcılar, yaşları 12-86 yıl arasında de-

gişen 451 (%45.1) erkek, 549 (%54.9) kadından oluşmaktaydı. Çalışma grubunun %37.5'i üniversite mezunu, %20.9'u serbest meslek sahibi, %55.6'sı evli, %67.5'u büyük şehir merkezinde ikamet ediyordu, %86.6'sı ailesi ile yaşıyordu, %81.7'si çekirdek aile yapısındaydı ve %61.7'sinin geçim kaynağı ücret/maaştı. Katılımcıların %29.8'i kullanmakta olduğu raporlu ilaçları yazdırmak için başvurmuştu. Fiziksel hastalığı olanların oranı %26.8 idi ve detaylı sorgulamada %6.5'inde hipertansiyon, %6.5'inde tiroid hastalığı %5.9'unda diyabet, %6.7'sinde kalp, %1.7'sinde karaciğer, %2'sinde böbrek hastalığı, %8.1'inde de diğer hastalıklar (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, akciğer kanseri, romatizmal hastalıklar, meme kanseri ve mesane kanseri) olduğu saptandı. Katılımcıların %8.9'unda ruhsal hastalık tanısı vardı ve bunların %6.7'si depresyon, %3'u anksiyete bozukluğu, %0.4'ü davranım bozukluğu idi. Önceden cezaevinde yatanların oranı ise %0.6 idi.

Katılımcıların %29'u sigara içiyordu ve sigara içme durumu ile sosyo-demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı (Tablo 1). Katılımcıların yaş gruplarına göre sigara içme sıklıkları 12-24 yaş %19.6, 25-34 yaş %36.6, 36-44 yaş %45.7, 45-54 yaş %33.3, 55-64 yaş %17.6, 65-86 yaş %11 olarak saptandı ve sigara içme durumunun yaşla ilişkili olduğu ve sigara içme oranının 36-44 yaş arasında anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (p=0.001).

Cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerde sigara içme oranı kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001). Yaş ve cinsiyete göre sigara içme durumu karşılaştırıldığında 18 yaş altında sigara içme durumu cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermezken (p=0.72), 18 yaş üstünde erkeklerde sigara içme durumu kadınlardan anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001).

Sigara içme oranları ailesi ve arkadaşlarıyla yaşayanlara göre yalnız yaşayanlarda anlamlı olarak daha yüksekken (p=0.027), aile yapısı ile (çekirdek aile, geniş aile, parçalanmış aile) sigara içme durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05). Yine bireyin yaşadığı yer (il, ilçe, köy) ve konut tipi (apartman, gecekodu, müstakil ev) ile sigara içme oranları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

Katılımcıların eğitim seviyeleri ile sigara içme oranları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (p>0.05), meslek ile sigara içme oranları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü (p=0.001). Buna göre serbest çalışanlarda, işçilerde ve doktorlarda sigara içme oranları diğer meslek gruplarına göre daha yüksekti. Sigara içme durumu ile geçim kaynağı karşılaştırıldığında sigara içme oranları geçimlerini eşinden ve ailesinden sağlayanlara göre ücret/maaş ve geçici/günlük işlerden sağlayanlarda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.001).

Tablo 1. Katılımcıların sigara içme durumu ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması

	Sigara içen n (%)	Sigara içmeyen n (%)	Toplam n (%)	p
Cinsiyet				0.001
Kadın	(22.6)	425 (77.4)	549 (54.9)	
Erkek	166 (36.8)	285 (63.2)	451 (45.1)	
Yaş ve cinsiyet				0.72
<18 yaş				
Kadın	4 (9.1)	40 (90.9)	44 (4.4)	
Erkek	10 (23.3)	33 (76.7)	43 (4.3)	
>18 yaş				0.001
Kadın	120 (23.8)	385 (76.2)	505 (50.5)	
Erkek	156 (38.2)	252 (61.8)	408 (40.8)	
Kiminle yaşıyor				0.027
Aile	260 (30.0)	606 (70.0)	866 (86.6)	
Arkadaş	10 (14.7)	58 (85.3)	68 (6.8)	
Yalnız	20 (32.3)	42 (67.7)	62 (6.2)	
Diğer	0 (0.0)	4 (100.0)	4 (0.4)	
Aile yapısı				0.334
Çekirdek	236 (28.9)	581 (71.1)	817 (81.7)	
Geniş	33 (26.2)	93 (73.8)	126 (12.6)	
Parçalanmış	21 (36.8)	36 (63.2)	57 (5.7)	
Yaşadığı yer				0.096
İl	221 (27.7)	575 (72.3)	796 (79.6)	
İlçe	53 (35.6)	96 (64.4)	149 (14.9)	
Köy	16 (29.1)	39 (70.9)	55 (5.5)	
Konut tipi				0.086
Apartment	254 (28.0)	653 (72.0)	907 (90.7)	
Gecekodu	10 (45.5)	12(54.5)	22 (2.2)	
Müstakil	26 (36.6)	45 (63.4)	57 (5.7)	
Eğitim				0.176
Okur-yazar değil	1 (9.1)	10 (90.9)	11 (1.1)	
Okur-yazar	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (0.8)	
İlkokul	92 (33.3)	184 (66.7)	276 (27.6)	
Lise	94 (28.5)	236 (71.5)	330 (33.0)	
Üniversite	102 (27.2)	273 (72.8)	375 (37.5)	
Meslek				0.001
Öğretmen	24 (24.0)	76 (76.0)	100 (10.0)	
Öğrenci	30 (16.6)	151 (83.4)	181 (18.1)	
Mühendis	18 (28.1)	46 (71.9)	64 (6.4)	
Doktor	7 (38.9)	11 (61.1)	18 (1.8)	
Memur	19 (33.9)	37 (66.1)	56 (5.6)	
İşçi	40 (39.6)	61 (60.4)	101 (10.1)	
Emekli	24 (23.5)	78 (76.5)	102 (10.2)	
Ev hanımı	38 (23.8)	122 (76.3)	160 (16.0)	
Serbest meslek	90 (41.3)	128 (58.7)	218 (21.8)	
Geçim kaynağı				0.001
Ücret/Maaş	201 (32.6)	416 (67.4)	617 (61.7)	
Geçici gündelik iş	15 (41.7)	21 (58.3)	36 (3.6)	
Eşi çalışıyor	36 (23.4)	118 (76.6)	154 (15.4)	
Aile desteği	38 (19.7)	155 (80.3)	193 (19.3)	
Anne sigara/alkol				0.001
Kullanmıyor	215 (25.5)	627 (74.5)	842 (84.2)	
Sigara kullanıyor	68 (46.9)	77 (53.1)	145 (14.5)	
Sigara+alkol kullanıyor	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (0.9)	
Baba sigara/alkol				0.001
Kullanmıyor	489 (86.9)	74 (13.1)	563 (56.3)	
Sigara kullanıyor	244 (80.8)	58 (19.2)	302 (30.2)	
Sigara+alkol kullanıyor	23 (65.7)	12 (34.3)	35 (3.5)	
Erkek kardeş sigara/alkol				0.012
Kullanmıyor	198 (26.1)	560 (73.9)	758 (75.8)	
Sigara kullanıyor	74 (36.3)	130 (63.7)	204 (20.4)	
Sigara+alkol kullanıyor	16 (48.5)	17 (51.5)	33 (3.3)	
Kız kardeş sigara/alkol				0.001
Kullanmıyor	219 (25.6)	636 (74.4)	855 (85.5)	
Sigara kullanıyor	63 (47.7)	69 (52.3)	132 (13.2)	
Sigara+alkol kullanıyor	8 (61.5)	5 (38.5)	13 (1.3)	
Amca/dayı sigara/alkol				0.124
Kullanmıyor	196 (27.1)	528 (72.9)	724 (72.4)	
Sigara kullanıyor	77 (34.4)	147 (65.6)	224 (22.4)	
Sigara+alkol kullanıyor	15 (35.7)	27 (64.3)	42 (4.2)	
Hala/teyze sigara/alkol				0,04
Kullanmıyor	247 (27.5)	650 (72.5)	897 (89.7)	
Sigara kullanıyor	38 (40.0)	57 (60.0)	95 (9.5)	
Sigara+alkol kullanıyor	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (0.8)	
Cezaevinde				0.003
Yatmış	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (0.6)	
Yatmamış	285 (28.7)	709 (71.3)	994 (99.4)	

On sekiz yaş altı grupta annenin sigara içmesi ile çocuğun sigara içmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Ancak 18 yaş üzeri grupta annesi sigara içmeyenlerin sigara içme oranı annesi sigara içenlerden, annesi sigara içenlerin de annesi sigara ve alkol kullananlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.001$). Babası sigara ve alkol kullanmayan bireylerde sigara içme oranı, babası sigara içenlerden ve babası sigara ve alkol kullananlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.001$). Yine erkek ve kız kardeşleri sigara içmeyenlerin sigara içme oranı sigara içenlere ve sigara ve alkol kullananlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla, $p=0.012$ ve $p=0.001$). Amca/dayı gibi ikinci derece erkek akrabaları sigara içmeyen bireylerde sigara içme oranı ile sigara içen, sigara ve alkol kullananlar arasında anlamlı farklılık yokken ($p>0.05$), hala/teyze gibi ikinci derece kadın akrabaları sigara içmeyen bireylerde sigara içme oranı sigara içenlerden ve hem sigara hem de alkol kullananlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.04$).

Herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olanların sigara içme oranı olmayan bireylerden anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.003$). Karaciğer, böbrek, tiroid bezi hastalığı, depresyon, anksiyete bozukluğu ve davranış bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında sigara içme durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Ancak kalp hastalığı, diyabet ve hipertansiyon tanısı almış olanlarda sigara içme oranı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla, $p=0.019$, $p=0.016$ ve $p=0.002$).

Cezaevine girmemiş bireylerde sigara içme oranı cezaevine girmiş bireylerden anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.003$).

Sigara içme durumunun bağımlı değişken olduğu lojistik regresyon analizinde; anne, baba ve kız kardeşin sigara içme durumunun sigara içme olasılığını sırasıyla 2.12, 1.51 ve 2.87 kat artırdığı görüldü ($p<0.05$). Ayrıca erkek olma durumunda sigara içme olasılığının 2.16 kat arttığı saptandı ($p=0.001$). Aile biçimi, çekirdek ve geniş aile bir grup ve parçalanmış aile bir grup alınarak analiz edildiğinde, parçalanmış ailede yaşama durumunda sigara içme olasılığının 1.92 kat arttığı saptandı ($p=0.03$) (Tablo 2).

Tablo 2. Sigara içme durumunu etkileyen faktörler

	p	OR	%95.0 güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Annenin sigara içmesi	0.000	2.116	1.454	3.081
Babanın sigara içmesi	0.007	1.506	1.120	2.026
Kız kardeşin sigara içmesi	0.000	2.868	1.953	4.210
Cinsiyet	0.000	2.158	1.606	2.899
Aile biçimi	0.036	1.923	1.042	3.548

Sigara içtiğini belirten katılımcılara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Cinsiyetlerine göre Fagerström puanları karşılaştırıldığında kadınlarda bağımlılık düzeyinin daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0.014$). Bağımlılık düzeyi yaş ve cinsiyete göre karşılaştırıldığında 18 yaş altında kadın ve erkekler arasında bağımlılık düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), 18 yaş üzerinde erkeklerde bağımlılık düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.003$).

Tartışma

Çalışmamızda sigara içme oranları erkeklerde %36.8, kadınlarda %22.6, toplamda %29, 18 yaş üzerindeki kadınlarda %30.2 olarak bulundu. Sigara içen bireyleri Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile değerlendirildiğinde erkeklerin FNBT puanlarının dolayısı ile bağımlılık derecelerinin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. On sekiz yaş altı grupta ise cinsiyetler arasında farklılık saptanmadı. Ülkemizde 1988 yılında Sigara Alışkanlığında Halk Araştırması ve Sigara Karşıtı Kampanya (*Public Research On Smoking Habits and Campaign Against Smoking: PIAR*) çalışmasında sigara kullanım sıklığı %44 (erkek %63, kadın %24) olarak saptanmış, 15 yıl sonra 2003 yılında yapılan Ulusal Hane Halkı çalışmasında sıklığın % 32,1 olduğu bildirilmiştir.^[4,9] Doğu Karadeniz bölgesinde 6103 kişilik örneklem grubunda yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde sigara içme oranının (%53.2), kadınlara (%20.4) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[10] Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı ve 2008 yılında 73 sayılı bültenle ilan ettiği Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusta sıklık %31.3 (erkek %47.9, kadın %15.2) olarak bildirilmiştir.^[11]

Son 10 yılda yapılan çalışmalarda özellikle erkeklerde sigara içme oranlarının azaldığı, kadınlarda ise bu azalmanın daha düşük seviyede olduğu, hatta bazı çalışmalarda kadınlarda artmış olduğu gözlemlenmektedir.^[12,13] Tüm dünyada kadınlar arasında sigara kullanımının artıyor olması üzücüdür. İsveç'te 2009 yılında yayınlanan bir çalışmaya göre ilk defa kadınlarda sigara içme oranı erkeklerden fazla bulunmuştur.^[14] Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasında erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'unun sigara kullandığı bildirilmiş, 2000 yılındaki taramalarda erkeklerde sigara içme sıklığı gerilerken özellikle genç kadınlarda sıklıkta artış olduğu saptanmıştır.^[15] Sigara endüstrisinin son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınları ve gençleri hedef aldığı bilinmekte olan bir gerçektir. Bizim çalışmamızda da kadınlarda oranın yüksek olması endüstrinin hedeflerine ulaşmakta başarılı olduğunu göstermektedir. On sekiz yaş üstünde kadın ve erkekler arasında

sigara içme oranlarında erkekler lehine anlamlı fark varken 18 yaş altında kızlar ve erkekler arasında fark olmaması da çalışmamızın diğer bir dikkat çekici sonucudur. Bu farkın olmaması gelecekle ilgili kadınlarda içme oranlarının yükseleceği ya da düşmenin gerçekleşmeyeceği yönünde kaygılarımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda 18 yaş altı grupta sigara içme sıklığı %16 olarak saptanmış olup sıklık açısından erkekler ve kızlar arasında anlamlı farklılık bulunamadı. Keskinoglu ve ark.^[16] yaptığı çalışmada 15-19 yaş grubu ergenlerde sigara içme sıklığı %14.5 olarak bulunmuştur. Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına (KGTA) sonuçlarına göre ise ülkemizde, 13-14 yaş arasında halen sigara içen ergen oranlarının 2003 ve 2009'da sırasıyla %6.9 ve %8.4 (erkeklerde %9.4 ve %10.2, kızlarda %3.5 ve %5.3) olduğu görülmektedir.^[17] Bu çalışmada içme sıklığı açısından erkeklerde anlamlı bir yükseklik varken, çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılık çalışma gruplarının farklı yaşlarda olmasından ve çalışmamızın daha dar bir bölgede yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca KGTA sonuçlarına göre 2003'te gençlerin %7'si, 2009'da %10'u önümüzdeki 1 yıl içinde sigaraya başlamayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar ve çalışmamızın dikkat çekici noktaları göz önüne alındığında yaş gözetmeksizin nüfusundaki her bireye koruyucu ve tedavi edici hizmetleri veren aile hekimlerinin tütün kontrolü açısından 18 yaş altı grubun öncelikli hedefi olması gerektiği ve çocuklar ve gençlere verilecek eğitim ve mesajların gelecekte sigara içme oranlarının düşmesinde çok etkili olacağını düşündürmektedir.

Sigara içenlerin büyük bir bölümünün sigaraya başlama yaşı ergenlik dönemine denk gelmektedir, daha önce deneyenlerin %90'ı 18 yaşına geldiklerinde bağımlı duruma gelmektedir.^[18] Herken ve ark.^[19] yaptıkları çalışmada sigaraya başlamanın önlenmesi ve bırakılmasında gençlerin örnek aldıkları kişilerin (anne, baba, ağabey, öğretmen, usta, sanatçı, sporcu, film yıldızı) sigara kullanmamalarının etkili olabileceğini vurgulamışlardır. Ergenler sigarayla ilgili olarak erken dönemde ebeveyn, geç ergenlikte akran tutumundan etkilenmektedirler.^[20] Ergenlerde sigara kullanımında risk faktörlerini araştıran çalışmalarda ebeveynlerin disiplinli tutumu ve aile içi olumlu ilişkilerin sigara kullanımında azaltıcı etkisi olduğu, öte yandan anneye bağımlılığın ve ebeveyn denetim eksikliğinin sigaraya başlamada etkili olduğu gösterilmiştir.^[21,22] Çalışmamızın genelinde ve 18 yaş üstü grupta annesi, babası, erkek ve kız kardeşi, ikinci derece kadın akrabaları sigara kullananlarda sigara içme sıklıkları anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışmamızın sonuçları bu konuda yapılan çalışmaları destekler görünmektedir. Bunun yanı sıra 18 yaş altı grupta annesi sigara içenlerle içmeyenler arasında sigara içme sıklığı açısından an-

lamlı farklılık saptanmadı. Bu da çocuk ve gençlerin sigara içme davranışının 18 yaş sonrasında devam etmesinde ebeveynlerin rol model olmalarının önemini ortaya koymaktadır. İkinci derece erkek akrabaların sigara içmesinin bir etkisi yokken kadın akrabaları sigara içenlerde sigara içme oranlarının yüksek olması ilginçtir. Bu durum kadınların özellikle anne olarak tutum ve davranışlarının birincil korumadaki rolünün önemini göstermektedir.

PIAR çalışmasının diğer sonuçlarına göre, ülkemizde sigara içme sıklığı batı toplumlarının tersine eğitim düzeyi ile paralel olarak artmaktadır.^[4] Bilir ve ark.^[7] yüksek gelirli ve yüksek eğitilmiş kişilerde sigara içme prevalansını daha yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Bozkurt ve ark.'nın^[23] Güneydoğu Anadolu'da yaptıkları bir çalışmada erkeklerde, kentte yaşayanlarda ve yüksek eğitilmiş olanlarda sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise farklı olarak sigara içme oranı ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı, sigaranın yaşam şekli, eğitim düzeyi, sosyokültürel ve ekonomik fark gözetmeksizin her kesimde bağımlılık yaptığı saptanmıştır.

Keskinoglu ve ark.'nın^[16] sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yaptığı çalışmada düşük gelirli, düşük eğitilmiş ve sosyal güvencesi olmayan, işsiz ve düzensiz işlerde çalışan kişilerde sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur. Yüzde %37.5'i üniversite mezunu, %20.9'u serbest meslek sahibi olan çalışma grubumuzda ise sigara içme sıklığı geçim kaynağı ücret/maaş olanlarda ve geçici/günlük işlerde çalışanlarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Çalışmamızda doktorlarda, işçilerde ve serbest meslek sahibi olanlarda sigara içme oranlarının diğer meslek gruplarına kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde hekimler arasında sigara içme oranı düşüktür. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, hekimler arasında sigara içme oranı yaklaşık %3 olarak saptanmıştır.^[24] Bu oran İngiltere, Norveç ve Kanada'da %10, İsviçre ve İrlanda'da %20'dir.^[25] Ancak kimi gelişmiş ülkelerde bile, hekimlerde sigara içme hızları oldukça yüksektir. Özellikle Akdeniz ülkelerinde hekimlerin genelde topluma kötü örnek olduğu söylenebilir. Avrupa ülkelerinden İspanya, İtalya, Portekiz ve Lüksemburg'da, hekimlerde sigara içme düzeyleri, genel toplumun değerlerinin üstündedir.^[26] Ülkemizde ise hekimlerin sigara içme oranının birçok ülke hekimlerinden yüksek olup farklı yıllarda yapılan çalışmalarda, hekimler arasında sigara içme sıklığı %41-50 arasında bildirilmiştir. Bu oranlar genel toplum ortalamasına ve erkeklerde ülkemiz ortalamasına yakın (%49.3), kadınlarda ise (%33.5) ortalamasının üzerindedir.^[7,27-32] En son Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde gerçekleştirilen sağlık personelinin tütün kullanım durumu araştırmasının ön sonuçlarına göre 2007'de sigara

ra içme oranları uzman hekimler arasında %22.1 pratisyen hekimlerde %30.5 iken, 2011'de sırasıyla %12.7 ve %23.9'a gerilediği saptanmıştır.^[33] Bir rol-model olarak hekimlerin sigara içmeme ve tütün kontrolünde aktif olarak görev alma konusunda sorumluluklarının farkına varmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda özellikle diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan bireylerde sigara içme oranı herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu veriler bireyin hayatını tehdit eden ve düzenli ilaç kullanmasını gerektiren kronik hastalıklara sahip olmasının sigara içmemesi konusunda ikna edici rol oynadığını düşündürebilir. Ancak ruhsal hastalığı olan bireylerde olmayanlara göre sigara içme sıklığı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılmış çalışmalarda ruhsal hastalık ve sigara içme birlikteliğinin sık olduğunu düşünürsek, çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmamış olması çalışmamızın dar bir bölgede yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Cezaevine girmiş bireylerde sigara içme sıklığı cezaevine girmemiş olanlardan istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, %83.3 ve %28.7). Bu sonuçlar cezaevine girmiş bireylerin tekrar topluma kazandırılması girişimleri arasında nikotin bağımlılığının da göz önüne alınması gerektiğini göstermektedir.

Örnekleminizi oluşturan birey sayısı önemli bir rakam olmasına rağmen Ankara'da sosyokültürel ve ekonomik düzeyi orta ve ileri olan iki ilçede yapılmış olması çalışmanın zayıf yönlerini oluşturmaktadır. Sosyokültürel ve ekonomik düzeyi düşük olan ilçelerden de birinci basamak sağlık kuruluşlarını dahil ederek Ankara ilini daha iyi temsil edebiliriz.

Sonuç

Son yıllarda bir azalma olmasına rağmen, çalışmamızda 18 yaş üstü grupta sigara içme oranları ve bağımlılık düzeyleri erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen kadınlarda sigara içme oranı, literatürdeki diğer çalışmalara göre daha yüksektir. Onsekiz yaş üstünde sigara içme oranlarının erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen 18 yaş altında kızlar ve erkekler arasında fark olmaması diğer dikkat çekici sonuçlarıdır.

Anne, baba, kardeş ve ikinci derecede bayan akrabalar da sigara kullanımının varlığı, sigara içme oranları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Bu durum ailelere de önemli görevler yüklemektedir. Ailenin bir rol model olarak sigara içilmemesi önemlidir ve aile hekimlerinin burada aileye verecekleri eğitim ve mesajlar sigara bağımlılığı konusunda önemli rol oynayabilir.

Kaynaklar

1. WHO Report On The Global TobaccoEpidemic (MPOWER), 2008, WHO, Geneva (Türkçe Çeviri; MPOWER; DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, Çev.Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T). http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/tutun_salginu_raporu_2008.pdf erişim Temmuz 2013.
2. Türkiye İstatistik Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012 www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142, erişim Temmuz 2013.
3. Kaplan HI, Sadock BJ (Çeviri Abay E). Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: 75-119.
4. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu (Report of the public poll of smoking habits and antismoking campaign). PLAR 1988.
5. Uğur M. Medical Psikoloji 1. baskı. İstanbul 1994;569-580.
6. Murray M, Kiryluk S, SwanAV. Relation between parent's and children's smoking behavior and attitudes. *J Epidemiol Community Health* 1985;39:169-74.
7. Bilir N, Güçüz B, Yıldız AN. Smoking behaviours and attitudes. Ankara: Hacettepe Public Health Foundation, International Development Research Centre; 1997. s. 1-9.
8. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1992;69:763-7.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Çalışması, Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003. Temel bulgular. Ed: Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Başara B. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2006.
10. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55:141-7.
11. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2008. www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=215 erişim Temmuz 2013
12. Gilmore A, Pomerleau J, McKee M, et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *Am J Public Health* 2004;94: 2177-87.
13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global youth tobacco survey. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gys/datasets/policy.htm>) erişim Ağustos 2013.
14. Ali SM, Chaix B, Merlo J, Rosvall M, Wamala S, Lindström M. Gender differences in daily smoking prevalence in different ages: a population-based study in southern Sweden. *Scand J Public Health* 2009;37:146-52.
15. Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000. s. 3-9.
16. Keskinoglu P, Sözkese S, Sarıyer E, Kesik K, Öztürk R. Sosyoekonomik Düzeyi düşük bir bölgede 15 yaş üzerinde sigara içicilik sıklığı, içicilik maliyeti ve içiciliğin hastalık varlığına etkisi. *Toraks Dergisi* 2007;8:227-33.
17. Milli Eğitim Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi. Küresel Gençlik Tütün Araştırması, yayınlanmamış araştırma raporu, 2009. www.trg.docdat.com/docs/954/index-122598.html. Erişim Tarihi: Temmuz 2013.
18. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug Alcohol Depend* 2000;1;59:83-95.
19. Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara Kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1:38-42.
20. Mc Dermott D. The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use. *Adolescence* 1984;19:89-97.
21. Klitzner M, Gruenewald PJ, Bamberger E. The assessment of parental prevention programs: a preliminary assessment of impact. *J Drug Educ* 1990;20:77-94.

22. Reimers TM, Pamprehn PR, Becker SL, et al. Fathers for adolescent cigarettes smoking. The muscatin study. *Am J Dischild* 1990;144:1265-72.
23. Bozkurt AI, Şahinoz S, Özciarpici B, et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South East Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. *BMC Public Health* 2006;6:15.
24. Jarvik ME, Caskey NH, Wirshing WC, et al. Bromocriptine reduces cigarette smoking. *Addiction* 2000;95:1173-83.
25. Lawrence G, Steven D, Stellman D. Cigarette smoking among physicians, dentist and nurses. *Am Can Soc* 1986;1:50-6.
26. Aşut Ö. Hekim ve sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları: 1993. s. 4352.
27. Sezer RE, Öztürk Z, Bilgin N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları. *Doğa Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 1990;14:381-90.
28. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. *Toraks Dergisi* 2002;3:253-6.
29. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun M, Örnek T. Tıp Fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2004;5:63-7.
30. Özkurt S, Bostancı M, Altın R ve ark. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığı durumu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2000;48:140-7.
31. Çan G, Özlü T, Bülbül Y, Torun P. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1998;46:245-9.
32. Tuğlu C, Güzelant A, Erdoğan S, Şenveli B, Abay E. Hekimlerde Sigara içme alışkanlığı ve ruhsal örüntü. *Bağımlılık Dergisi* 2000;1:32-7.
33. Açık Y, Aslan D, Aşut Ö, ve ark. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü. Ülkemizde Sağlık Çalışanları Arasında Sigara İçme Sıklığı (http://www.ssuk.org.tr/savefiles/basin_bulteni_10_09_2012.pdf). Erişim Tarihi: Temmuz 2013.

Geliş tarihi: 27.05.2013

Kabul tarihi: 22.09.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 26.02.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Didem Sunay

Kızılkulesi Sokak 3/5

Gaziosmanpaşa, Çankaya, Ankara

e-posta: didemsunay@gmail.com