

Toraks Derneği Üyelerinin Sigara Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları

Nilüfer Kosku¹, Mesud Kosku², Uğur Çıkrıkçıoğlu³, Zeynep Özlen Tümer⁴

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, İstanbul

²SSK Kartal Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

³Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

⁴Heybeliada Göğüs Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Bu çalışma, Toraks Derneği üyelerinin sigara kullanma oranını, bu konudaki tutum ve davranışlarını, bilgi düzeylerini ve tütün kontrol önlemleri konusunda görüşlerini belirlemek amacıyla, 1995 yılında yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık çalışanlarına yönelik yayımladığı anket formu amaçlar doğrultusunda ek sorularla genişletilerek, 928 üyeden 925'ine ulaştırıldı; 447 üye (%48.2) anketi yanıtladı.

Anketi yanıtlayan dernek üyesi hekimlerin, %22.3'ünün (n:100) her gün, %13.0'ünün (n:58) ara sıra sigara içtiği (toplam sigara içme oranı %35.3) belirlendi. Üyelerden 63'ü (%14.1) altı aydan uzun süre sigara içmiş, sonra bırakmıştı.

Hekimlerin 427'si (%95.5) sigarayı sağlığa zararlı olarak nitelendiriyordu. Ancak, sigara içimi ile bağlantılı olduğu belirlenmiş hastalıklar sorgulandığında, %23.0'ünün (n:103) yumuşak doku lezyonları, %16.6'sının (n:74) yenidoğan ölümleri, %12.1'inin (n:54) mesane kanseri, %11.9'unun (n:53) lökoplaki, %7.2'sinin (n:32) serebrovasküler hastalıklar ile sigara ilişkisi hakkında yeterli bilgisinin olmadığı belirlendi.

Hastanın sigara içimi ile ilgili semptom veya hastalığı yoksa ve hasta sigara içimi ile ilgili soru sormuyorsa, 126 hekim (%28.2) hastasına sigara bırakmayı önermediğini belirtti. Bu, %79.9 (n:357) oranla katılım gözlenen "sigarayı bırakma konusunda halkı ikna etmek doktorun görevidir" düşüncesi ile çelişen bir davranış olarak yorumlandı.

Sigara içen hekim modeliyle karşılaşan hastanın, hekimin sağlıklı davranış kazandırma mücadelesine daha büyük direnç göstermesi olasıdır. Bu nedenle, sigara bırakma çalışmalarında, toplumda model konumunda bulunan öğretmen, hekim gibi saygın kişilerden oluşan gruplar içinde öncelikli olarak hekimlerin ele alınması gerekir. Tüm sağlık çalışanlarının (öncelikli olarak tıp öğrencilerinin, hekimlerin ve özellikle de göğüs hastalıkları uzmanlarının), sigaranın zararlı etkileri, sigara ile ilişkili hastalıklar, sigarayla mücadele ve bıraktırma yöntemleri konusunda güncel bilgilere sahip olması, gerek koruyucu gerekse bırakmaya yönelik çalışmaların başarı kazanması için kaçınılmazdır.

Anahtar sözcükler: sigara içimi, hekimler, göğüs hastalıkları uzmanlığı, sigarayla ilişkili hastalıklar, tütün kullanımını kontrolü

Toraks Dergisi, 2003;4(3):223-230

ABSTRACT

Smoking Habits and Attitudes of the Members of the Thoracic Society

This study was carried out in 1995 to determine the smoking ratio of the members of the Turkish Thoracic Society, to estimate their knowledge level about smoking related diseases and to learn their opinions about tobacco control. The questionnaire proposed by WHO for health personnel was adapted and added some questions,

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Nilüfer Kosku
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD,
26 Ağustos Yerleşimi, Kayışdağı Cad.
81120, Ümraniye, İstanbul
Tel: (0216) 578 05 25
E-posta: nkosku@yeditepe.edu.tr

and we carried out the questionnaire survey among 925 members (total number of members is 928); and 48% of them (n: 925) responded.

The proportion of daily smoker was 22.3% (n: 100), and an occasional smoker was 13.0% (n: 58) (total smokers ratio was 35.3%). Sixty-three (14.1%) of the members have smoked more than 6 months and then quitted (ex-smokers).

Most of the medical doctors (n:427, 95.5%) considered smoking as hazardous addiction for health. But, the relationship of the smoking and some health conditions such as soft tissue lesions, neonatal death, cancer of bladder, leukoplakia and cerebro-vascular diseases was not recognized by 23.0%, 16.6%, 12.1%, 11.9% and 7.2% of physicians respectively.

When the patient has not asked about smoking and/or any smoking related disease diagnosis and symptoms were identified, 126 (28.2%) physicians have not advised to stop smoking. This finding evaluated in contradiction with the thought that "the persuasion of smokers to quit smoking was the responsibility of the physician" of 79.9% of the physicians.

Physicians who smoke may have difficulty promoting healthy behavior among their patients, and they must be offered help in order to quit. For this reason, the physicians should be considered an initial group in the smoking cessation studies before then the other model people such as teachers and other leaders in the population. The education about the harmful health effects of smoking, smoking related diseases, methods of tobacco control and smoking cessation techniques were necessary for all health professionals, medical students, medical doctors, and especially chest specialists in order to carry out successful preventive and smoking cessation studies.

Key words: smoking, medical doctors, chest specialist, smoking related diseases, tobacco control

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sigara ile bağlantılı hastalıklar nedeniyle 1950 ile 2000 yılları arasında 60 milyon insanın öldüğünü ve bunun II. Dünya Savaşı nedeniyle meydana gelen ölümlerden fazla olduğunu bildirmiştir [1,2]. Peto ve arkadaşlarının yaptığı mortalite çalışmasında da sigara içiminin beklenen yaşam süresini bütün yaş gruplarında 16 yıl, 35-69 yaş grubunda 22 yıl kısalttığı belirlenmiştir [2]. Günümüzdeki çalışmalar da, hastalık ve erken ölüm riskini artırmada sigaranın rolünü ortaya koymaktadır [2-7]. Dünyada, yılda yarım milyar insan sigara nedeniyle ölmekte, bu ölümlerin yaklaşık yarısı 35-69 yaş grubunda olmaktadır [8]. Japonya'da yapılan bir çalışmada, 45 yaş ve üzerindeki nüfusun tıbbi harcamalarının %4'ünün sigara kaynaklı olduğu belirlenmiştir [9].

Tütün dumanının tehlikesi yalnızca sigara içicisi ile sınırlı değildir ve çevresel tütün dumanı, akciğer kanseri riskini %30 artırmaktadır [10-13]. ABD'de her yıl çevresel tütün dumanı nedeniyle 3000 akciğer kanseri olgusu görüldüğü tahmin edilmektedir [13].

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün, ilçe ve köyleri içine alan 1990 yılı mortalite istatistiklerine göre [14], Türkiye'de en sık görülen ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar iken, üçüncü sıradaki ölüm nedeni kanserdir. Kanserle ilişkili ölümlerin başında ise bronkoalveoler kanser gelmektedir. Dördüncü neden serebrovasküler hastalıklar olup, bu hastalıkların sigara ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir [10,15].

Türkiye, kişi başına düşen sigara tüketimi yönünden Avrupa'da Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almakta, gelişmiş ülkelerdeki genel eğilimin tersine sigara içme hızı artmaktadır [16-18]. Sigaranın yol açtığı zararların önlenmesi de buna bağlı olarak başlıca 3 hedefi içermektedir: İlk ve en önemli hedef, çocukların ve adolesanların sigara içmeye başlamalarının önlenmesidir. Sigara içicilerin sigarayı bırakmalarını teşvik etmek ikinci, sigara içmedikleri halde sigara dumanına maruz kalan pasif içicileri korumak üçüncü hedefdir [18].

Sigara içme davranışında sosyal öğrenmenin önemli bir yeri olduğu, sigaraya başlamanın önlenmesinde ve bırakmanın teşvik edilmesinde gençlerin örnek aldıkları kişilerin özendirici tarzda sigara kullanmamaları ve sigarayı bırakmalarının etkisi gösterilmiştir [19]. Sağlık alanında söz sahibi olma niteliğiyle, topluma ve gençlere örnek olma açısından büyük potansiyel taşıyan hekimlerde, sigara içme oranının Türkiye genel ortalamasının üzerinde olduğu gözlenmiştir [17].

Hekimin sigara içmesi, bu alışkanlığa karşı tutumunu ve günlük uygulamasını olumsuz etkileyebilir, sigara içmenin oluşturduğu risklere duyarlılığını azaltabilir ve koruyucu sağlık hizmetine yeterli ağırlık vermemesine yol açabilir. Oysa, hekimlerin sigara ile ilişkili hastalıklar konusunda yeterli güncel bilgiye sahip olması ve sigaranın sağlık üzerine zararlı etkileri için insanları uyarması, toplumda sigaranın keyif verici basit bir alışkanlık değil, birçok insanın ölümüne yol açan önemli bir sağlık sorunu olduğu bilincinin yerleşmesinde önem taşımaktadır.

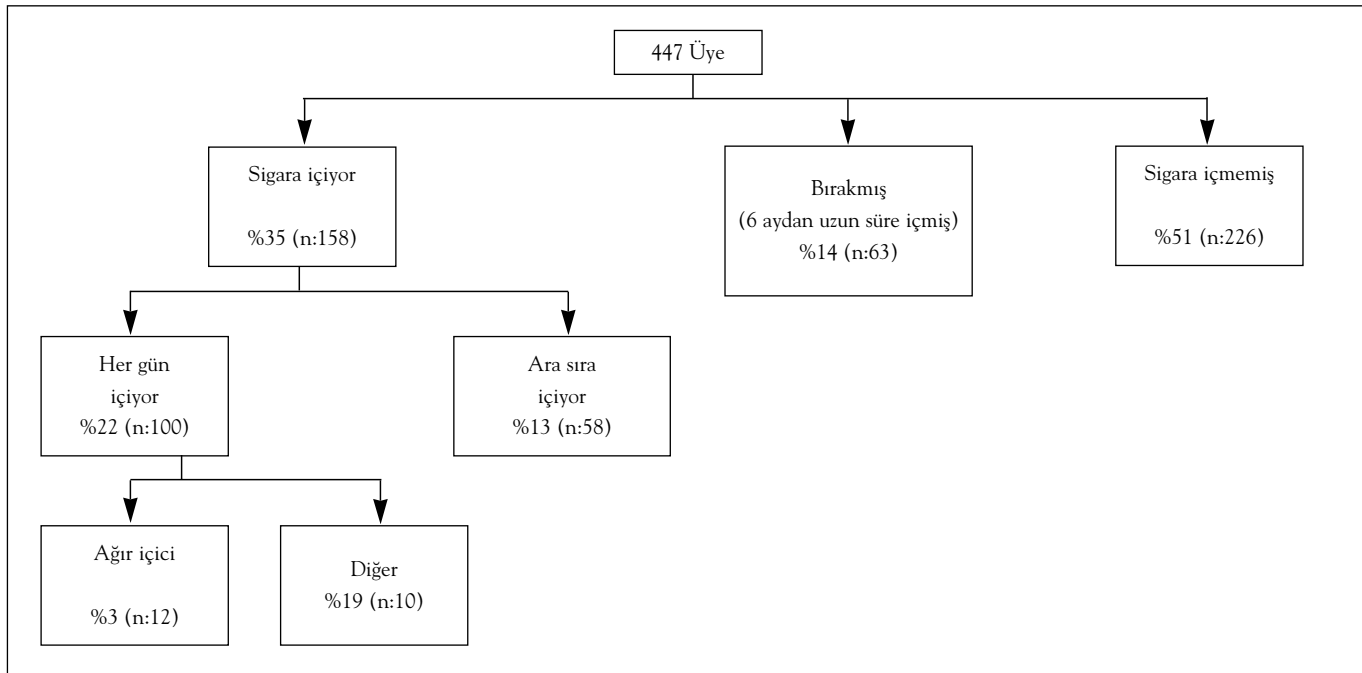
Toraks Derneği, solunum hastalıkları alanındaki bilimsel gelişmeyi izlemek, yaymak, uluslararası bilgi üretimine katkıda bulunmak ve konu ile ilgili ulusal sorunlara çözüm üretmek amacıyla 1993 yılında kurulmuştur [20]. Toraks Derneği Sigara ve Sağlık Kolu bu amaç doğrultusunda, üyelerinin sigara konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek için bu çalışmayı yapmıştır. Sonuçlar, çalışmanın Toraks Derneği'nin kuruluşunun ikinci yılında ve "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"un [21] ve ilgili yasal düzenlemelerin kabulünden önce yapıldığı dikkate alınarak değerlendirilmeli ve zaman içindeki değişim araştırılmalıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda, Dünya Sağlık Örgütü'nün, 1983'te "Sigara ya da Sağlık" kampanyası başlatarak, bu kampanya kapsamında sağlık çalışanlarının sigaraya karşı tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yayınladığı anket formu ile toplantı ve yayınlarında erişkinler için önerdiği sigara kullanımıyla ilgili sınıflandırma ve tanımlamalar kullanılarak, anket formu oluşturuldu ve değerlendirildi [1].

Hedef kitle olarak seçilen 928 Toraks Derneği üyesinden 925'ine, her ilde seçilen bir Toraks Derneği üyesi aracılığıyla anket formları ulaştırıldı; 447 (%48) üye anketi yanıtladı. Bölgelere göre dernek üye sayıla-

Bölge	n	%	Yanıt (n)	Yanıt (%)
Marmara (İstanbul+Bursa)	318	34.3	240	75.5
Ege (İzmir)	145	15.6	41	28.3
Akdeniz (Adana)	69	7.4	12	17.4
Karadeniz (Samsun)	25	2.7	21	84.0
İç Anadolu (Ankara+Eskişehir+Konya)	296	31.9	116	39.2
Doğu Anadolu (Erzurum)	32	3.5	14	43.8
G. Doğu Anadolu (Diyarbakır)	43	4.6	3	7.0
TOPLAM	928	100.0	447	48.2



Şekil 1. Üyelerin sigara içme durumu.

rı ve anket yanıtlama yüzdeleri Tablo I'de verilmiştir. Karadeniz (%84) ve Marmara (%76) bölgeleri, anket yanıtlama oranının en yüksek olduğu bölgelerdi.

İstatistiksel değerlendirmede "SPSS 10.0 for Windows" paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmede, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri ile yüzde değerleri ele alındı. Gruplara ait iki ortalama değer karşılaştırılmasında Student t testi, oranların karşılaştırılmasında χ^2 testi uygulandı.

BULGULAR

Araştırma yapıldığı sırada, ankete yanıt verenlerden %35.3'ü (n:158) sigara içiyor, %64.7'si (n:289) sigara içmiyordu (**hiç içmemiş+bırakmış**) (Şekil 1).

Üyelerden 226'sının (%50.6) sigara içicisi olmadığı belirlendi: 157 (%35.1) üye yaşamında hiç sigara içmemiş, 69'u (%15.6) sigarayı denemiş (6 aydan kısa

süre içmiş) ve bırakmıştı. Altı aydan uzun süre sigara içip daha sonra bırakan üye sayısı 63 (%14.1) idi.

Üyelerden 100'ü (%22.4) her gün en az bir adet sigara içiyordu ve 12'sinin (%2.7) günde 20 adetten fazla sigara içtiği (**ağır içici**) belirlendi. Ara sıra sigara içen üye sayısı 58 (%13.0) idi.

Üyelerin 31'i (%7) sigaraya yeni başlamıştı (6 aydan kısa süreden beri sigara içiyordu); 127 (%28.4) üye ise 6 ay veya daha uzun süreden beri sigara içmekteydi.

Anketi yanıtlayan 447 üyenin %52.1'i (n:233) erkek, %47.9'u (n:214) kadındı. Kadın hekimlerin sigara içme oranı %29.4 (n:63), erkeklerin %40.8 (n:95) idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=2.529$, $p<0.01$). Sigara bırakma oranları ise erkek ve kadınlarda benzerdi ($t=-1.139$, $p>0.05$).

Asistanlar arasında sigara içme oranı ($P<0.05$), uzmanlar arasında ise bırakma oranı ($P<0.01$) daha yük-

Sigara	Asistan		Uzman		Toplam	İki oran arasındaki istatistiksel fark SS= 445
	n	%	n	%		
İçen	65	40.6	93	32.4	158	$t=1.727$, $P<0.05$
Bırakmış	10	6.3	53	18.5	63	$t=-4.094$, $P<0.01$
İçmeyen	85	53.1	141	49.1	226	$t=0.810$, $P>0.05$
Toplam	160	100.0	287	100.0	447	

Hastalık	İlişki var		Yok/Yanıtsız	
	n	%	n	%
Mesane kanseri	393	87.9	54	12.1
Koroner arter hastalığı	443	99.1	4	0.9
Akciğer kanseri	444	99.1	3	0.7
Kronik bronşit	441	98.7	6	1.3
Ağız kanseri	425	95.1	22	4.9
Amfizem	423	94.6	24	5.4
Larinks kanseri	440	98.4	7	1.6
Periferik damar hastalığı	441	98.7	6	1.3
Lököplaki (ağız-dudak)	384	85.9	53	11.9
Yumuşak doku lezyonu (ağız-dudak)	344	77.0	103	23.0
Yenidoğan ölümleri	373	83.5	74	16.5
Serebrovasküler hastalıklar	415	92.8	32	7.2

* Yüzde değerleri anketi yanıtlayan toplam üye sayısı (n:447) üzerinden hesaplanmıştır.

Hastalık	İlişki var		Yok/Yanıtsız	
	n	%	n	%
Akciğer kanseri	407	91.1	40	8.9
Koroner arter hastalığı	353	79.0	94	21.0
Astım nöbetleri	437	97.8	10	2.2
Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları	447	96.6	15	3.4

* Yüzde değerleri anketi yanıtlayan toplam üye sayısı (n:447) üzerinden hesaplanmıştır.

Kontrol önlemi	Evet		Hayır - Yanıtsız	
	n	%	n	%
Sigara paketleri üzerinde sağlığa zararlı olduğu uyarısı olmalı	412	92.2	35	7.8
Sigara reklamları tümüyle yasak olmalı	418	93.5	29	1.5
Topluma ait kapalı yerlerde sigara içimi yasaklanmalı	438	98.0	9	2.0
Sigara fiyatları aşırı derecede artırılmalı	291	65.1	156	34.9
18 yaşın altındakilere sigara satışı yasaklanmalı	420	94.0	27	6.0
Hastanelerde sigara içimine yalnızca özel yerlerde izin verilmeli	382	85.7	64	14.3
Sağlık personeline, sigarayı bırakmak isteyen hastalara nasıl yardımcı olabilecekleri konusunda özel eğitim verilmeli	412	92.2	35	7.8

* Yüzde değerleri anketi yanıtlayan toplam üye sayısı (n:447) üzerinden hesaplanmıştır.

sekti (Tablo II).

Sigara içen 158 kişinin %56.3'ü (n:89) yabancı sigara, %32.3'si (n:51) yerli sigara, 2 kişi (%1.3) pipo kullanıyordu. Ara sıra sigara içenlerden 16 kişi (%10.1) sigara tercihini belirtmemişti.

Sigara içenlerden %64.6'sı (n:102) sigarayı bırakmayı düşündüğünü, %43.7'si (n:69) sigarayı bırakmak için ciddi denemelerde bulunduğunu, %27.2'si (n:43) ise bir aydan daha uzun süreyle sigarayı bıraktığını, ancak daha sonra yeniden başladığını (**nüks**) belirtmişti.

Hekimlerin %95.5'i (n:427) sigaranın sağlığa zararlı olduğunu düşünürken, 4 hekim sigaranın sağlığa zararlı olmadığını (!) ileri sürüyordu. Hekimlerin %77.0'si (n:344) sigaranın kendi sağlığına zararlı olabileceğinden endişeliydi.

Sigara içen 22 (%13.9) hekim muayene odasında, hastanın yanında sigara içtiğini belirtmişti.

Hekimlerde en çok (%23), ağız-dudak bölgesi yumuşak doku hastalıkları ile sigaranın ilişkisi hakkında bilgi eksikliği olduğu belirlendi (Tablo III). Pasif sigara içimi (sigara dumanına maruz kalma) ile koroner arter hastalığı ilişkisi konusundaki bilgi eksikliğinin de yüksek düzeyde (hekimlerin %21'i) olduğu gözlemlendi (Tablo IV).

Hastada sigara ile ilgili hastalık ya da bulgu olmasına ve hastanın sigara içimi ile ilgili soru sormamasına karşın, 321 hekim (%72) hastasına sigarayı bırakmayı öneriyordu. Hasta sigara içimi ile ilgili soru sorarsa, sigarayı bırakmayı önerenlerin oranı %92'ye (n:410), hastada sigara ile ilgili hastalık ya da bulgu

varsa %94'e (n:422) ulaşıyordu.

Hekimlerden %79.9'u (n:357) hastaların bekleme odaları ya da bölmelerde "Sigara İçilmez" uyarısı bulunduğunu, %7.8'i (n:35) bu uyarının olmadığını belirtti. Üyelerin sigara içiminin kontrolü amaçlı yasal önlemlere katılım oranı genelde %85-95 olarak gözlemlendi (Tablo V). Sigara fiyatlarının aşırı artırılması düşüncesine katılım ise %65 ile en düşük orandaydı (n:291).

Hekimlerden %80'i (n:357) "Sigarayı bırakma konusunda halkı ikna etmek doktorun görevidir" düşüncesine katılıyor, %87'si (n:390) doktor önerisine karşın çoğu hastanın sigarayı bırakamayacağından endişe duyuyordu. Hekimlerden 113'ü (%25), sigarayı bırakma konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını, 412'si (%92) sağlık personeline bu konuda özel eğitim verilmesi gerektiğini vurguladı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Gelişmiş Batı ülkelerinde, erkekler ve kadınlar benzer oranlarda sigara içerken, eğitim ve ekonomik düzey arttıkça sigara içme oranı da azalmaktadır [13]. Türkiye'de ise sigara içme alışkanlığı genel olarak erkeklerde daha yaygındır. Kentlerde oturan, eğitim ve ekonomik düzeyi yüksek kadınlarda sigara içenlerin oranı artmaktadır [22]. Çalışmamızda da bu genel eğilimle uyumlu olarak kadın hekimler arasında sigara içme oranı %29 iken, erkeklerde bu oran daha yüksekti (%41).

İsrailli hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, sigara içme oranı %15.8 olarak belirlenmiş, ancak uzmanlık alanlarına göre anlamlı fark gözlemlendi, radyoloji uzmanları arasında %40, cerrahi ve anestezi uzmanları arasında %25, dahiliye ve çocuk sağlığı uzmanları arasında %8 oranında sigara bağımlısı olduğu belirtilmiştir [23]. Türkiye'de ise hekimler arasında sigara içme alışkanlığı genel toplum ortalamasına (%43-63) yakın gözlenmektedir [17,21]. Çalışmamızda hekimlerin %35'inin sigara içtiği, bu oranın genel toplum ortalaması ve hekimlere ilişkin değerlerle karşılaştırıldığında düşük olduğu belirlendi. Bu sonuç, araştırma için seçilen grubun özelliğine (Toraks Derneği üyesi göğüs hastalıkları uzmanı ya da asistanı olması) bağlandı. Asistanlar arasında sigara içme oranı (%40.6), uzmanlar arasında ise bırakma oranı (%18.5) yüksek bulundu. Uzmanlık eğitimi sürecinde bilgi düzeyinin yükselmesi, karşılaşılan hasta grubunun özellikleri ve hekimlerin yaşlarının da bu süreçte ilerlemesine bağlı olarak bu farkın oluştuğu düşünülmektedir.

Tüketilen tütün ürünleri çeşitleri yıllara göre incelendiğinde, 1925-1960 yıllarında tütünden sigaraya, 1960-1991 yıllarında fitresiz sigaradan filtreli sigaraya eğilimin belirgin şekilde arttığı gözlenmektedir [22]. Çalışmamızda sigara içenlerin %56'sı yabancı sigarayı tercih ederken, %32'si yerli sigara, %1'i pipo kullanmaktaydı. Bu durum, yabancı sigara tipine doğru eğilimin arttığını gösteriyordu.

Türkiye'de toplum genelinde sigara içen erkeklerin %61'i, kadınların %53'ü [16], İsrailli doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %54'ü [18], bırakmayı ciddi olarak denemişlerdi. Çalışmamızda bu oran %44 ile daha düşüktü.

Akciğer kanserinde ölümlerin %87'si, kronik obstrüktif akciğer hastalığında %82'si, koroner kalp hastalığında %21'i ve felçlerde %18'i sigaraya bağlanmaktadır. Tütün bağımlılığı, kanser, solunum yolu hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini de artırmaktadır. Doğum öncesi ve sonrasında çevresel tütün dumanına maruz kalan çocuklarda solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diğer sağlık sorunları daha sık ortaya çıkmaktadır [10-13].

Sağlığı etkileyen konularda önderlik yapma durumunda olan hekimler, kendi sağlıkları konusunda duyarlıydı ve üyelerin %69'u sigara içtiği halde sigaranın sağlığına zararlı olabileceğinden endişe duymuyordu.

Hekimlerin %23'ü yumuşak doku lezyonları, %17'si yenidoğan ölümleri, %12'si mesane kanseri, %12'si lökoplaki, %7'si serebrovasküler hastalıklar ile sigara ilişkisi konusunda bilgisizdi. Yüzde 21'i koroner arter hastalığı, %9'u akciğer kanseri, %3'ü çocuklarda solunum yolu enfeksiyonu, %2'si astım nöbetleri ile pasif sigara içiminin ilişkisi olduğunu bilmiyordu [10-12]. Sigaranın sağlığa zararları konusundaki duyarsızlığın nedeni eğitim eksikliği olabileceğinden lisans eğitimi ve uzmanlık eğitimi sırasında sigaranın zararları konusunda verilmekte olan eğitim önem taşımaktadır. Çalışmamızda, hekimlerin %92'si sağlık personeline, sigarayı bırakmak isteyen hastalara nasıl yardımcı olabilecekleri konusunda özel eğitim verilmesi gerektiğine inanıyordu.

Çalışmamızda, 4 hekim sigaranın sağlığa zararlı olmadığını düşünüyor, sigara içen hekimlerin %14'ü muayene odasında hasta varken, %59'u çalıştığı işyerinde çeşitli ortamlarda sigara içiyordu. Oysa hekim (özellikle göğüs hastalıkları uzmanı), hiçbir şekilde hastasının yanında sigara içmemeli, hastasına sigaranın sağlığa zararlı olmadığı fikrini söz ya da hareketleriyle mesaj olarak iletmemelidir.

Her hekimden, mümkünse hastalığı önlemesi, hastalık gelişmişse en uygun tedaviyi uygulaması beklenir. Bu, hekimlere hastalarına sigara içip içmediklerini sorma ve o öyküye dayanarak gerekli bilgileri sağlama zorunluluğu getirmektedir. Sigara içen hastalara sigarayı bırakmanın yararları anlatılmalı, kişisel risk faktörleri tartışılmalı, sigarayı bırakması için yardım edilmelidir [20]. Çalışmamızda, hekimlerin hasta öyküsünde sigaraya yer verme, sigara bırakma konusunda yönlendirme çabaları koruyucu hekimlik açısından yeterli bulunmadı. Bu nedenle, sigara içme açısından hastanın değerlendirilmesi ve kaydedilmesi, bu konuda danışmanlık hizmeti verilmesi ve sigarayı bırakma kliniklerine sevk oranını artırıcı etki yaptığı belirlenen, “hatırlatıcı kart” gibi yöntemlerin [24] uygulanması önerilebilir.

Sigara içimine karşı alınacak yasal önlemleri destekleme oranı, önceki çalışmalarla [17] uyumlu şekilde, genellikle %85’in üzerinde bulunmuştur. Yalnızca, sigara ücretlerinin aşırı derecede artırılması önerisine katılım düşüktü (%65.1). Oysa ekonominin temel kurallarından biri fiyat yükseldikçe ürüne olan talebin azalacağını ifade eder. Araştırmacılar fiyat artışlarının, bazı kişileri sigarayı bırakma konusunda cesaretlendirdiğini, diğerlerini sigaraya başlamaktan alıkoyduğunu ve sigaraya yeniden başlayanların sayısını azalttığını saptamışlardır. Dünya Bankası raporlarında, vergileri artırmanın tütün tüketimini anlamlı derecede azalttığı, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere kıyasla, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde fiyat artışlarına tepkinin (tütün talebinde azalma) daha belirgin olduğu vurgulanmaktadır [25].

Her tür tütün reklamını ve kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan “Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”un (1996) [21] kabulünden önce yapılan bu çalışmada sevindirici bir sonuç, hekimlerin %80’inin sigarayı bırakma konusunda halkı ikna etmeyi hekimin görevi olarak görmesi ve bu konuda çalışmaya açık olmasıydı.

Tütün kanununun kabulünden sonra sigara içme oranlarında değişim olacağı, bu değişimin konuya bakış açısını değiştireceği ve kanunun uygulanması konusunda görüş ve deneyimlerinin değerlendirilmesinin anlamlı olacağı düşünülmektedir. Geçen süre içinde Toraks Derneği üye profilinin de değişmesi olasıdır. Bu nedenle, çalışmanın aynı grupta tekrarlanması, paralel yürütülecek çalışmalarla farklı hekim grupları ve diğer meslek grupları ile kıyaslanması anlamlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Guidelines for the Conduct of Tobacco Smoking Surveys Among General Population. WHO / SMO / 83.4,1983.
2. Peto, R., Lopez A.D, Boreham, J, Thun M, Heath CJr. Mortality from Smoking In Developed Countries 1950-2000. Oxford University Press. 1994:A24-A41.
3. Ha BM, Yoon SJ, Lee HY, Ahn HS, Kim CY, Shin YS. Measuring the burden of premature death due to smoking in Korea from 1990 to 1999. Public Health 2003;117(5):358-65.
4. Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR, Papapanou PN, et al. Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque. The oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST). Stroke. 2003.
5. Li D, Jiao L. Molecular epidemiology of pancreatic cancer. Int J Gastrointest Cancer. 2003;33(1):3-14.
6. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brenner SJ, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA. 2003;290(7):898-904.
7. Ruano-Ravina A, Figueriras A, Montes-Martínez A, Barros-Dios JM. Dose-response relationship between tobacco and lung cancer: new findings. Eur J Cancer Prev. 2003;12(4):257-63.
8. Moyer D. The Tobacco Reference Guide. Published on UICC GLOBALink. 2000.
9. İzumi Y, Tsuji I, Ohkubo T, Kuwahara A, Nishino Y, Hisamichi S. Impact of smoking habit on medical care use and its costs: a prospective observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan. Int J of Epidemiol. 2001;30:616-21.
10. Tobacco or Health. Smoke-Free Europe: 4. WHO Regional Office for Europe, the International Agency for Research on Cancer and Commission of the European Communities. 1988.
11. Stoddard JJ, Gray B. Maternal Smoking and Medical Expenditures for Childhood Respiratory Illness. Am J Public Health. 1997;87:205-9.
12. O’Connell EJ. Pediatric allergy; a brief review of risk factors associated with developing allergic disease in childhood. Ann Allergy Asthma Immunol. 2003;90(suppl 3):53-8.
13. A Statement of the Joint Committee on Smoking and Health: Smoking and Health: Physician Responsibility. Special Report. Chest. 1995; 108:1118-21.
14. Ölüm İstatistikleri (İl ve İlçe Merkezlerinde) 1990. Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ekim 1992.
15. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, Houston-Miller N, Kris-Etherton P, Krumholz HM, LaRosa J, Ockene IS, Pearson TA, Reed J, Washington R, Smith SC. Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance From Framingham. A statement for Healthcare Professionals From the AHA Task Force on Risk Reduction. Circulation. 1998;97:1876-87.
16. Crofton ST. Tobacco and the third World, No Tobacco. (Ed. Erkan F., Tabak L., Özkardaşlar S.) İstanbul Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, 1991-1992 Sempozyumları, Akciğer Hastalıkları Derneği. 1992;1-21.
17. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması Raporu, Piar, 1988.
18. Bilir N. Sigara ile Savaşın Neresindeyiz? Hacettepe Tıp Dergisi 1997; 28;1:14-17.
19. Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara Kullanma Davranışında Sosyal Öğrenmenin Etkisi. Bağımlılık Dergisi 2000; 1:1:38-42.
20. Toraks Derneği: Yeni Hedefler, Toraks Bülteni. 1996;1:2: 3-4.

21. Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun. Kanun No:4207. Kabul tarihi: 07.11.96.
22. Kocabaş A.; Türkiye’de Sigara İçme Alışkanlığının Yaygınlığı ve bazı Özellikleri, Solunum Hastalıkları. 1994;5:1:133-147.
23. Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Public Health. 1997;111(5):285-8.
24. Chang HC, Zimmerman LH, Beck JM. Impact of chart reminders on smoking cessation practices of pulmonary physicians. Am J Respir Crit. Care Med 1995;152(3):984-7.
25. Uygulamada Gelişme. Salgını Durdurmak. Yönetimler ve Tütün Kontrolünün Ekonomisi. Dünya Bankası Yayını. Çev: Taş Ş. Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş. 1999;37-45.